

Sosiodemografiske forskjeller i bruk og adgang til helsetjeneste i Norge – en kunnskapsoppsummering

Notat fra Kunnskapssenteret
januar 2007

 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Bakgrunn: Sosiodemografiske forskjeller i helse i Norge er godt beskrevet som økte helseproblemer hos de svakeste sosialgruppene både hos barn, unge og voksne. Det er tegn som tyder på at disse forskjellene er i ferd med å bli større. Årsaken til forskjellene er mer diskutert. Det er et relativt kjent fenomen at sosiodemografiske forskjeller i livsstil og helseatferd forekommer, og det vises allerede fra barndommen. Utvilsomt har dette en betydning for helse. Men hvorvidt disse forskjellene i helse også kan tilskrives sosiodemografiske forskjeller i bruken eller adgangen til helsetjenesten, er mindre beskrevet. **Om**

notatet: I dette notatet er kunnskap om ulikheter i adgang til og bruk av helsetjenesten i Norge oppsummert for helsetjenesten innen •somatikk, •mental helse og •tannhelse. Innenfor hver av disse gruppene er det søkt for populasjonsgrupper etter alder med spedbarn, barn/unge, voksne og eldre som grupper.

Konklusjon: Det er relativt store hull i kunnskapen rundt sosiodemografiske forskjeller i bruken eller adgang til helsetjenester i Norge. De andre nordiske land har kommet lengre i å undersøke problemene. Derfor vil det

(fortsetter på baksiden)

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004, St. Olavs plass
N-0130 Oslo
(+47) 23 25 50 00
www.kunnskapssenteret.no
ISBN: 978-82-8121-119-3

januar 2007

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten



(fortsettelsen fra forsiden)

være en fordel om mer forskning i Norge knyttes til forslagene om tiltak.

Tittel	Sosiodemografiske forskjeller i bruk og adgang til helsetjeneste i Norge – en kunnskapsoppsummering
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	John-Arne Røttingen, direktør
Forfattere	Jocelyne Clench-Aas
ISBN	978-82-8121-119-3
Notat	2007
Prosjektnummer	337
Antall sider	41
Oppdragsgiver	Helse- og omsorgsdepartementet

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt, nytte og kvalitet av metoder, virkemidler og tiltak innen alle deler av helsetjenesten.

Kunnskapssenteret er formelt et forvaltningsorgan under Sosial- og helsedirektoratet. Det har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Oslo, januar 2007

Sosiodemografiske forskjeller i bruk og adgang til helsetjeneste i Norge – en kunnskapsoppsummering

Innholdsfortegnelse

1	Sammendrag	4
2	English summary	7
3	Introduksjon	8
4	Oversikt over norske undersøkelser	10
4.1	Somatisk helsetjeneste	10
4.1.1	Spedbarn	10
4.1.2	Barn/unge	11
4.1.3	Voksne	12
4.1.4	Eldre	15
4.2	Helsetjenesten for mental helse	17
4.2.1	Barn/unge	17
4.2.2	Voksne	18
4.2.3	Eldre	18
4.3	Tannhelsetjenesten	18
4.3.1	Barn/unge	18
4.3.2	Voksne	19
4.3.3	Eldre	19
5	Fremtidig behov	20
5.1	Somatisk helsetjeneste	20
5.1.1	Innsats for befolkningsgrupper	20
5.1.2	Utformingen av helsetjenesten	20
5.1.3	Tilgangsfaktorer	21
5.1.4	Behandlingskvalitet	21
5.2	Helsetjenesten for mental helse	21
5.3	Tannhelsetjenesten	21
5.4	Fremtidig forskning på feltet	22
5.5	Konklusjon	23
Tabeller	Tre tabeller over referanser til norske undersøkelser innen somatisk helsetjeneste, mental helse og tannhelsetjeneste som er aktuelle for de forskjellige temaene og befolkningsgruppene.	24-32
	Tabelloversikt over hoveddetaljer i de norske undersøkelsene brukt i denne oversikten.	
6	Referanser	33
7	Vedlegg: Søkestrategi	40

1 Sammendrag

Sosiodemografiske forskjeller i helse i Norge er godt beskrevet som økte helseproblemer hos de svakeste sosialgruppene både hos barn, unge og voksne (1-10). Det er tegn som tyder på at disse forskjellene er i ferd med å bli større (9,11). Årsaken til forskjellene er mer diskutert. Det er et relativt kjent fenomen at sosiodemografiske forskjeller i livsstil og helseatferd forekommer (1-4), og det vises allerede fra barndommen (12). Utvilsomt har dette en betydning for helse. Men hvorvidt disse forskjellene i helse også kan tilskrives sosiodemografiske forskjeller i bruken eller adgangen til helsetjenesten, er mindre beskrevet.

Somatisk helsetjeneste

Hovedsakelig er kontakt og adgang til både primær- og sekundærhelsetjenesten i Norge drevet av behov, dvs. at de som trenger mest, får mest. Behovet er høyest i de laveste sosiale klassene, og derfor får de som oftest også mest kontakt med helsetjenesten. Men når ressursene er knappe, må det prioriteres og fordeles. Her kan sosiale faktorer komme i betraktning selv om behovet er hovedregelen (10,13,13). I tillegg er begrepet horisontal likhet eller ulikhet viktig, og det handler om hvorvidt det er lik sosial adgang for dem som har like behov eller er like syke (14,15).

Forskningen gjort blant **spedbarn** er liten og gir bare en viss antydning om forskjeller knyttet til geografi. Det gjelder Akershus der det er mindre innleggelse i vestregionen av fylket.

Forskning blant **barn og unge** i Norge gir et bilde av svake eller ingen sosiodemografiske forskjeller i bruken av primærhelsetjenesten. Når forskjellene er til stede, vises de som funksjon av foreldrenes utdanning, med større bruk ved lengre utdanning. Foreldrenes inntekt eller yrke forklarer derimot ikke noe av forskjellen. Men for bruken av skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom – en bruk som styres hovedsakelig av ungdommene selv – er bildet det motsatte og ser ut til å styres av behov og ikke sosiodemografiske forskjeller. Forskning omkring bruken av spesialisthelsetjenesten viser svak, men signifikant hyppigere bruk hos de høyere sosiale klasser, selv om sykkelighet er høyere hos barn og unge der foreldrene har kort utdanning. I de fleste av undersøkelsene er det umulig å skille mellom kontakt og adgang til tjenesten. Men resultatene fra en undersøkelse om bruken av et spesialisert senter der adgang er vanskelig og sterkt kontrollert, kan tyde på at også adgang til spesialisttjenesten styres av sosiodemografiske forskjeller. Til gjengjeld vises det ingen sosiodemografiske forskjeller ved innleggelse i sykehus.

Men forskningen gjort blant **voksne** i Norge (delvis av beskrivende art), gir et bilde av økt forbruk av primærhelsetjeneste i de laveste sosiodemografiske gruppene målt både som funksjon av utdanning og inntekt eller yrke. Etter analyser med kontroll for sykkelighet er det ikke funnet signifikante forskjeller i kontakt eller adgang til primærhelsetjenesten basert på sosiodemografisk status. Kontakten med spesialisthelsetjenesten ser derimot ut til å være høyere blant dem med lengre utdanning (heretter kalt den pro-rike tendensen), selv om sykkeligheten er høyere hos dem med kortest utdanning. Her er Norge på linje med alle de andre OECD-landene. Dette resultatet bygger på tre mål for kontakt med helsetjenesten:

1. Totalt antall legebesøk – dette målet inkluderer både den første kontakten med legen og de videre besøkene.
2. Første kontakt – det antas at det er pasienten som tar initiativ til den første kontakten med legen, derfor regnes minst én kontakt i utgangspunktet som pasientdrevet.
3. Forskjellen mellom 1 og 2 – det antas at det er legen som bestemmer om det er behov for videre kontakt med legen, selv at dette kan diskuteres, men det antas da at dette målet er legedrevet.

Den pro-rike tendensen er særlig synlig og signifikant for mål nr 2, som reflekterer sannsynlighet for at en pasient tar kontakt med legen. I en annen og mer detaljert undersøkelse har lignende forskjeller vist seg å reflektere ulik henvisning i favør av dem med lengre utdanning, og da reflekterer forskjellen ulikhet i adgang og ikke behov.

Undersøkelsene viser videre at de forskjellige målene for sosial ulikhet kan resultere i motstridende effekt. Det vil si at det kan være både pro-rik og pro-fattig tendens hvis vi ser effekten av utdanning, inntekt, yrke eller geografisk region hver for seg.

Forskningen gjort blant **eldre** i Norge er kun av beskrivende art. Den gir et bilde av økt forbruk av primær- og sekundærtjenester i de laveste sosiale gruppene. Men siden de nødvendige analysene ikke er gjennomført, er det umulig å konkludere om det er noen reell forskjell i kontakt eller adgang til primærtjenesten ut fra sosiodemografisk status.

Helsetjenesten for mental helse

Trekk fra forskning gjort i Norge blant **barn og unge** viser at selv når det er kontrollert for sykелighet, er det økt kontakt i de lavere sosiale gruppene både i forhold til inntekt og utdanning hos foreldrene. Det som er mest avgjørende for kontakt med helsetjenesten, er foreldrenes vurdering av hvordan mentale helseproblemer virker inn på dagliglivet, og ikke barnas vurdering.

Det er lite som tyder på at det foreligger noen store forskjeller i bruken av helsetjenesten for mental helse hos **voksne**, verken for primær- eller sekundærtjenesten. Men i likhet med undersøkelser gjort for somatiske tjenester, er undersøkelsene beskrivende og tar ikke hensyn til sykелighet. Derfor kan det ikke konkluderes med at det finnes eller ikke finnes sosiodemografiske forskjeller i bruken av helsetjenesten for mental helse hos voksne. Det finnes ingen undersøkelser som tar særskilt hensyn til de eldres bruk eller adgang til helsetjenesten for mental helse.

Tannhelsetjenesten

Generelt synes det som den offentlige helsetjenesten har virket bra på bruk av tjenesten, og at det foreligger få, om noen sosiodemografiske forskjeller i bruken av tannhelsetjenesten hos **barn og unge** i Norge.

Generelt er det sosiodemografiske forskjeller i kontakt med tannlegetjenesten hos **voksne**; det er mer kontakt hos dem med høyere inntekt. Men etter at kontakten er tatt, ser det ikke ut til å være sosiale forskjeller i bruken av tjenesten.

Gruppen av **unge voksne** som nettopp er gått fra gratis tannhelsetjeneste til fullt betalende, viser mindre sosiodemografiske forskjeller enn gruppen over 30. Muligens skyldes dette at de

ynge er godt ferdigbehandlet og tar med seg rutinen med jevnlig tannlegekontakt fra barne- og ungdomstannpleien.

Generelt er det sosiodemografiske forskjeller i kontakten med tannlegetjenesten hos **eldre**; det er mer kontakt hos dem med høyere utdanning. Da er antall gjenværende tenner tatt hensyn til.

Konklusjon

Det er relativt store hull i kunnskapen rundt sosiodemografiske forskjeller i bruken eller adgang til helsetjenester i Norge. De andre nordiske land har kommet lengre i å undersøke problemene. Derfor vil det være en fordel om mer forskning i Norge knyttes til forslagene om tiltak.

2 English summary

Background

Socio-demographic differences in health in Norway among children, youth and adults are well known, whereas there is more discussion concerning the reasons for the differences. It is less known to what degree socio-demographic differences in use and access to health care, in addition to the known differences in lifestyles, contribute to the measured health differences. Analyses must account for morbidity such that the results can quantify if the increased use of health services by the lower social classes is sufficiently high to account for the much higher morbidity. This report presents a literature review of the most important research findings in this field in Norway over the past 15–20 years.

Methods

Research concerning social inequity in use/access to health services in Norway is summarized for somatic, mental and dental health, and for the population subgroups infants, children/youth, adults and the elderly. The summary includes both primary and secondary care.

Results

Somatic health services

The main finding is that contact with health services in both primary and secondary care is primarily based on need, leading to greatest use in the lowest social classes. This is true for all age groups. When differences are found however, education level is the social class measure that seems to describe differences best, with higher use among those with higher education.

Mental health services

The research in this field is less complete. Studies done in children and youth indicate a higher use of health services in the lower classes, even when controlling for morbidity. There is little evidence for socio-demographic differences among adults in contact with the health services for mental health, either for primary or secondary care, but the studies are purely descriptive and do not account for differences in morbidity.

Dental services

The public health services for oral health for children in Norway is free for the user and successfully removes social differences in use of care. However, for adults and the elderly there is increased contact with dentists among the higher social classes. However, once the contact is taken, there seems to be no social differences in further use of the services.

3 Introduksjon

Innledning

Helt siden JT Hart beskrev ”The Inverse Care Law” i 1971(16) og den britiske rapporten ”The Black Report”(17) kom i 1988, har sosiale ulikheter i bruken av eller adgang til helsetjenester vært omdiskutert. Hart mente at adgang og bruk var mindre hos dem som trenger det mest, det vil si de lavere sosiale klassene.

De fleste land har et uttalt ønske om at sosial ulikhet i helse ikke skal forekomme i deres egen befolkning. En av de viktigste forutsetningene for å oppnå dette, er lik adgang for alle til helsetjenester.

Hovedsakelig er kontakt og adgang til både primær- og sekundærhelsetjenesten i Norge drevet av behov; det vil si at de som trenger mest, får mest. Behovet er høyest i de laveste sosiale klassene, og derfor får de som oftest også mest kontakt med helsetjenesten. Men når ressursene er knappe, må det prioriteres og fordeles. Her kan sosiale faktorer komme i betraktning selv om behovet er hovedregelen (10,13,13). For å kunne vurdere om det foreligger sosiale ulikheter i adgangen til helsetjenester eller bruken av dem, er det viktig i første omgang å skille mellom sosiale ulikheter i behov for tjenester basert på sykkelighet og horisontal likhet ved slike behov. Med horisontal likhet menes at de med like behov (lik grad av sykkelighet) får lik adgang til tjenester uavhengig av inntekt, geografi, etnisitet, alder, kjønn osv. I praksis betyr det at selv om det hovedsakelig er størst sykkelighet i de laveste sosiale klassene, kan folk fra høyere sosialklasse ha lettere adgang til eller kontakt med helsetjenesten, selv ved lavere sykkelighet.

Forskningen i feltet har vært relativt omfattende ellers i verden, mens det ikke er gjort så mye i Norge. Helse- og omsorgsdepartementet har derfor bestilt en kunnskapsoversikt over de viktigste forskningsresultatene på området sosial ulikhet i bruk av helsetjenester i Norge de siste 15-20 årene. Oversikten skal bli en del av grunnlagsarbeidet for utarbeidingen av en nasjonal strategi mot sosial ulikhet i helse.

Metodikk

I dette notatet er kunnskap om ulikheter i adgang til og bruk av helsetjenesten i Norge oppsummert for helsetjenesten innen somatikk, mental helse og tannhelse. Innenfor hver av disse gruppene er det søkt for populasjonsgrupper etter alder med spedbarn, barn/unge, voksne og eldre som grupper.

Oppsummeringen inkluderer både primærhelsetjenesten (inklusive både preventiv og behandlende funksjon) og sekundærhelsetjenesten (inklusive bruken av spesialister, sykehusinnleggelse og akuttinntak). Innenfor disse grupperingene er det beskrevet forskjeller som kan tilskrives sosial ulikhet i kontakt, adgang eller oppfølging (dvs. å komme til avtalt legebesøk, å bruke medikamenter som tilrådd osv).

Det foreligger få (analytiske) forskningsstudier om sosial ulikhet i helse i Norge. For å gi et mer fullstendig bilde av kunnskapen på området, har vi inkludert deskriptive artikler som også omfatter oppsummert statistikk. De inkluderte undersøkelsene kan representere en viss regional skjevhet fordi de få omfattende studiene nesten bare kommer fra Oslo og Akershus.

Det er ikke foretatt en systematisk gradering av kvaliteten på de inkluderte undersøkelsene, men utøvd skjønn. Resultatene er ofte vanskelig å tolke og kan peke i forskjellig retning hvis riktige analyser ikke er gjennomført i studien. Analysene må ta hensyn til og kontrollere for helsetilstand når forskjeller i bruken av helsetjeneste undersøkes. Her kan det tillegges at varsomhet må brukes i tolkningen av kvantitative undersøkelser som bruker spørreskjemaer, og som kan inkludere både skjevheter og manglende forståelse. En mulig bedre tilnærming med kvalitativ undersøkelse (15) er sjelden. Når helse er verre i de lavere sosiale klasser, er spørsmålet hvorvidt den økte bruken av helsetjenesten i den gruppen er tilstrekkelig høy i forhold til økt sykkelighet. Derfor har beskrivende undersøkelser begrenset verdi ut over å gi visse indikasjoner om trender som er verdt å undersøke videre. I noen kvantitative undersøkelser er tre mål for kontakt med helsetjenesten derfor foreslått:

1. Totalt antall legebeseøk – dette målet inkluderer både den første kontakten med legen og de videre besøkene.
2. Første kontakt – det antas at det er pasienten som tar initiativ til det første kontakt med legen, derfor regnes minst én kontakt i utgangspunktet som pasientdrevet.
3. Forskjellen mellom 1 og 2 – det antas at det er legen som bestemmer om det er behov for videre kontakt med lege, selv at dette kan diskuteres, men det antas da at dette målet er legedrevet.

På grunn av tidsbegrensninger er søket begrenset til forskjeller som tilskrives sosiodemografiske faktorer. Definisjonen av sosiodemografisk status inkluderer som oftest inntekt, utdanning eller yrke, som oftest enkeltvis og gruppert i klasser. Men indekser som grupperer noen av disse variablene, brukes også. Vi har i tillegg inkludert undersøkelser der status som aleneforeldre, innvandrere og av og til sivilstatus hos de eldre gir kunnskap om sosial ulikhet. Men det er ikke gjort egne søk på etnisitet, sivil status eller geografi som selvstendig faktor.

Det har vist seg vanskelig å skille mellom sosiale ulikheter i kontakt med helsetjenesten, som antas å være hovedsakelig drevet av pasienten, og sosiale ulikheter forårsaket av forskjell i adgang til tjenesten. Forskjeller i adgang kan inkludere geografiske forskjeller, inklusive både fysisk avstand og kapasitet, og konkrete sosiale ulikheter i forhold til innkalling til kontroll, innleggelse og andre former for videresending av pasient til spesialisttjenesten osv. Med sosiale ulikheter i kontakt er det vanskelig å skille mellom situasjoner der tjenesten er ansvarlig for manglende kontakt og situasjoner der pasienten selv er ansvarlig.

Søkestrategien er beskrevet i vedlegg .

Det foreligger to sett med tabeller mot slutten av rapporten. Tabell 1-3 oppsummerer hvilke referanser som er relevante for de ulike temaene, og tabell 4 gir mer detaljer om de undersøkelsene som er referert i oppsummeringskapitlene.

4 Oversikt over norske undersøkelser

I Norge er forholdene som vil føre til sosiale ulikheter i kontakt/adgang til primærhelsetjenesten, en funksjon av enten:

- struktur i tjenesten (tilgjengelighet, kapasitet, geografisk fordeling og informasjon om tjenesten) eller

- forhold knyttet til pasienten selv i bruken av tjenesten (økonomi, geografi, språk og kultur med mer som hver for seg og sammen kan føre til forskjeller mellom sosialgrupper i terskler for å oppsøke allmennlegen).

Til gjengjeld fungerer allmennlegen i Norge som portvakt til den videre overføringen til sekundærtjenesten. Sosiale ulikheter på dette nivået kan tilskrives forskjeller i legens holdning, som vil føre til sosiale ulikheter i oversendelse ved at legene sender videre pasienter med lav sosial status enten hyppigere eller sjeldnere enn pasienter med høyere sosial status. Men pasientens rolle selv i å overtale allmennlegen til å henvise, kan ikke neglisjeres. Til slutt må det tas hensyn til sosiale ulikheter i kontakten med legevakt, som pasienten kan oppsøke selv, og kontakten/adgangen mellom pasienter og en del spesialistleger, særlig privatpraktiserende, der kontakten mellom pasienten og legen kan gå direkte.

I dette kapitlet gis en oversikt over forskningen gjort i Norge over ulikheter i adgang og bruken av helsetjenesten i Norge innen somatikk, mental helse og tannhelse. Sammenligning eller supplerer med videre forskning i Norden finnes i kapittel 5. Funnene er sortert etter aldersgrupper. Der det er mulig, er funnene videre sortert i forskjeller i kontakt (pasientinitiert), adgang (tjenesteregulert) og generell oppfølging av råd fått av helsetjenesten, i bruk av medisin og/eller i det å møte til avtalt tid osv.

4.1 Somatisk helsetjeneste

4.1.1 Spedbarn

Det finnes hovedsakelig to større undersøkelser som omhandler bruken eller adgang til helsetjeneste hos spedbarn i Norge:

- 1) Helseprofil Oslo, som er en beskrivelse som bruker fire regioner i Oslo uten særlige analyser (18); og
- 2) Helseprofil i Akershus, del 1(19).

I Helseprofil for Oslo er innskrivninger til sykehus registrert for spedbarn basert på regioner i Oslo med forskjellig sosial profil. Men resultatene er tvetydige i og med at det er registrert høyere antall utskrivninger i ytre vest og indre øst, med laveste antall utskrivninger i indre vest.(18)

Helseprofil for Akershus beskriver en dobbelt så høy sykehusinnleggelse for spedbarn i Follo som i Vestregion. Det er også beskrevet høyere sykелighet i både Follo og Vestregion. Men sykелigheten viser en nedgang i Vestregionen, mens Øvre Romerike har vist en ugunstig utvikling. Det er ikke mulig å vite om det er sosiodemografiske forskjeller i tilbud eller adgang i disse regionene uten å korrigere for sykелighet. Men det er referert at Øvre Romerike hadde den dårligste dekningen av sykepleiere og jordmødre for aldersgruppen 0–4 år(19).

4.1.2 Barn/unge

Det finnes hovedsakelig fire større undersøkelser som omhandler bruken eller adgang til helsetjeneste hos barn eller unge i Norge:

- 1) Helseprofil Oslo, som er en beskrivelse fra fire regioner i Oslo uten særlige analyser (18);
- 2) Helseprofil i Akershus, delrapport om sosiodemografiske forskjeller hos barn, med omfattende analyser (12);
- 3) Nordisk tverrsnittsundersøkelse, med omfattende analyser (20), og
- 4) Helseprofil i Akershus – Del 1(19).

4.1.2.1 Primærhelsetjenesten

Forebyggende

Det er ikke rapporterte forskjeller av sosiodemografisk art i direkte kontakt med forebyggende tjenester. Det er heller ikke funnet artikler som omhandler forskjeller i vaksinerings som kan tilskrives sosiodemografiske forhold.

Men kontakt med skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom kan beskrives som en del av denne virksomheten. I Helseprofil Oslo var bruken av skolehelsetjenesten høyest i indre vest, men også høy i indre øst, mens den var lavest i ytre vest. Bruken av helsestasjon for ungdom var høyere i østlige bydeler og lavere i vestlige (18). (21). Mens i en annet mindre undersøkelse er det ingen observert forskjell i bruk av skolehelsetjeneste eller helsestasjon for ungdom basert på de unges egenrapporterte inntektskategori for husstanden eller foresattes yrke (22). Det er rapportert et lokalt forsøk fra helsestasjon på å forebygge/behandle diabetes med økt fysisk aktivitet og der hovedmålgruppen var de laveste sosialklassene(23).

Behandling

I Helseprofil for Akershus, delstudien om sosiodemografiske forskjeller hos barn, ble det funnet en liten, men signifikant økt bruk av kommunale helsetjenester (allmennlege eller legevakt) ved lengre utdanning hos foreldre, men ikke ved høyere inntekt når sykелighet var kontrollert for (12).

I den nordiske undersøkelsen ble det ikke funnet forskjeller i bruken av primærhelsetjeneste som kunne tilskrives sosiodemografiske forskjeller, der forskjell var målt som funksjon av foreldrenes yrke eller foreldrenes utdanning (20,24), og heller ikke ved inntekt(21).

I en annet mindre undersøkelse er det ikke rapportert forskjeller i bruk av primærhelsetjeneste blant ungdommer basert på egenrapportert inntektskategori for husstanden eller foresattes yrke (22).

4.1.2.2 Sekundærhelsetjeneste

Spesialist

Helseprofil i Akershus – delstudien om sosiodemografiske forskjeller hos barn – fant svake, men signifikante forskjeller relatert til foreldrenes utdanning, men ikke inntekt, når det gjelder bruken av spesialisthelsetjeneste eller sykehusinnleggelse. Undersøkelsen viste høyere bruk blant dem med lengre utdanning når sykелighet var kontrollert for. Forskjellen var litt mindre enn den som ble målt for kommunaltjenestene (12).

Den nordiske undersøkelsen fant forskjeller i bruk av spesialisthelsetjenesten både basert på forskjeller i yrke, utdanning og inntekt. Man fant økt bruk i de høyere sosiodemografiske klasser (20,21,24). Men sykehusinnleggelse var derimot høyere blant dem med kortere utdanning (20)

Helseprofil for Akershus – Del 1 viste at Romerike, særlig Nedre Romerike, hadde høye utskrivningsrater for åndedrettssykdommer blant barn i aldersgruppene 0–4 år og 5–9 år. Nedre Romerike hadde også flest utskrivninger som følge av skader og forgiftninger blant barn (0–9 år), mens blant større barn og ungdommer (10–19 år) var det nesten ingen forskjeller i de regionale utskrivningsratene(19).

I en mindre undersøkelse i Oslo var det ingen observert forskjell i sykehusinnleggelser blant ungdommer basert på egenrapportert inntektskategori for husstanden eller foresattes yrke (22).

Undersøkelsen om bruken av Voksentoppen senter for astma og allergi fant økt bruk blant dem med høyest foreldreutdanning (25).

Akuttinnleggelse

I Helseprofil Oslo var det ikke beskrevet forskjeller mellom regionene i Oslo når det gjelder innleggelser for skader eller forgiftning(18).

I Helseprofil for Akershus – Del 1, hadde Nedre Romerike flest utskrivninger som følge av skader og forgiftninger blant de minste barna (0–9 år), mens blant større barn og ungdommer (10–19 år) var det nesten ingen forskjeller i de regionale utskrivningsratene (19).

Ingen andre undersøkelser så på denne typen innleggelser.

4.1.3 Voksne

Det er hovedsakelig fem større undersøkelser som behandler voksnes bruk eller adgang til både primære og sekundære helsetjenester i Norge:

- 1) OECD-undersøkelsen(14)
- 2) Helseprofil i Oslo(26),
- 3) Helseprofil i Akershus(27)
- 4) Statistisk sentralbyrås (SSBs) panelundersøkelse om fastlegereformen(28) og
- 5) Pfizerundersøkelsen(29).

Tre av de fem undersøkelsene er deskriptive uten å kontrollere for sykelighet, mens SSBs panelundersøkelse om fastlegereformen og OECD-undersøkelsen kontrollerer for sykelighet.

Men det finnes også en oppsummering av litt tidligere arbeid som omhandler kontakt med lege og sosiodemografiske forskjeller i Norge (15).

4.1.3.1 Primærhelsetjeneste

Forebyggende

I en analyse gjort før og etter innføring av fastlegeordningen var innkalling for forebyggende virksomhet analysert. I 2001, det vil si før innføringen av ordningen, var det antydninger til at kortere utdanning var assosiert med mindre sannsynlighet for forebyggende kontakter. Denne sammenhengen var ikke lenger til stede i 2003 etter innføring av ordningen (7,28).

Behandling

Kontakt

I Norges bidrag til OECD-undersøkelsen har man undersøkt totalt antall besøk hos alle leger (både primær og sekundær) de siste 12 månedene og sannsynlighet for minst ett besøk de siste 12 månedene. Norge ligger lavere enn gjennomsnittet i Europa i antall besøk hos lege per år. I alle land (unntatt Finland og Sverige) er det høyere bruk av legetjeneste hos dem med lavere inntekt når behov for tjenester ikke er kontrollert for. Men når man undersøker horisontal likhet (dvs. lik adgang ved lik grad av sykелighet), er resultatene annerledes. Da finner man i hovedsak økt bruk med økende utdanning eller inntekt. I den videre beskrivelsen av denne studien gjengir vi bare resultatene for norske forhold og bare de som tar hensyn til horisontal likhet.

Det vises ingen sosiale forskjeller i antall besøk hos legen. Men sannsynligheten for første (pasientdrevete) besøk hos legen øker med inntekten (se diskusjonen om pasientdrevet eller legedrevet kontakt under Metodikk, side 9). I en videre analyse av kildene til sosiale ulikheter, er utdanning en viktigere kilde enn inntekt for å forklare sosial ulikhet i totalt antall besøk hos legen og i sannsynlighet for minst ett besøk, men begge har en effekt i pro-rik retning. Yrke har en effekt i pro-fattig retning, mens yrkesaktiv mot ikke-aktiv ikke har noen slagside. Regionene har en effekt i retning pro-rik (14).

Til gjengjeld vises det ingen signifikante sosiale forskjeller verken for totalt antall besøk eller sannsynlighet for minst ett besøk hos allmennlegen. Men det er interessant å notere seg at retningen her er motsatt: For totalt antall besøk er den horisontale likheten negativ, det vil si hyppigere bruk blant dem med lavere inntekt. Sannsynligheten for minst ett besøk er motsatt, dvs. at sjansen for å ta første kontakt ser ut til å være høyere blant dem med høyere inntekt.

For totalt antall besøk har inntekt noe høyere betydning, men trekker i samme retning som utdanning, mens yrke og region trekker i motsatt positiv retning. For sannsynlighet for minst ett besøk har vi den situasjonen at inntekt også går i positiv, pro-rik retning (og har sterkere effekt), mens utdanning går i negativ, pro-fattig retning sammen med yrke (14). Denne undersøkelsen viser at de forskjellige sidene ved sosio-demografiske forskjeller som inntekt, utdanning, yrke eller geografi faktisk kan virke i helt forskjellig retning på grunn av mulige grunnleggende forskjeller i årsaken til kontakten.

I SSBs undersøkelse om fastlegeordningen er det sterke signifikante funn om at de med høyere utdanning hadde ønsket å kunne bruke flere ulike allmennleger. Samtidig er det denne gruppen som er blitt mer tilfreds med ventetid for leger etter fastlegereformen. Etter reformen opplever de med kortest utdanning i større grad at de får for lite tid i legekonsultasjonen og i mindre grad at de blir tatt på alvor (28).

I Helseprofil for Oslo hos voksne bruker de østlige regionene allmennlege og legevakt mer enn de vestlige regionene. For menn var besøk 15 % i indre øst mot 4 % i ytre vest. For kvinner var tallene 26 % i indre øst mot 15 % i ytre vest. De med lang utdanning brukte allmennlege mindre enn de med kortere utdanning.

I Helseprofil for Akershus Del 2 var det relativt lik bruk av lege i de fire regionene (høyest i vestregionen og Øvre Romerike) tross høyere sykелighet i Øvre Romerike, noe som muligens indikerer en relativt høy bruk av legetjeneste i vestregionen (27). Bruken av legevakt var lavest i vestregionen (27). Legebesøk var høyest hos dem med kortest utdanning, og likeledes hos dem med lavest inntekt. Forskjellene i bruken av legen var dobbelt så høy for de laveste inntektskategoriene som de høyeste. Bruken av legevakt viste liten forskjell med utdanning og

inntekt for kvinner, mens det var mindre bruk av legevakt i de høyeste inntekter og utdanningskategorier (27).

I Pfizerundersøkelsen viser tallene at mellom høyest og lavest inntektskategori er andelen som vurderer sin egen helse som svært god, 56 % mot 33 %. Tilsvarende er andelen som går til legebehandling 64 % og 33 % og får utskrevet resept 82 % mot 60 %. De samme trendene vises med utdanningskategorier. Mens det var lavest andel i Oslo Øst som hadde en sykdom eller skade som gjorde at de gikk til legebehandling, var andelen høyest i Oslo sør-øst. Det siste kan muligens forklares med ung alder i Oslo Øst (29).

I en undersøkelse i Tromsø minket bruken av allmennlege med økt utdanning, særlig hos menn, også etter kontroll for sykkelighet (30).

I et tidligere arbeid som oppsummerte den norske litteraturen om søkning til lege (hovedsakelig allmennlege), ble det konkludert med at hovedgrunnen for å oppsøke lege var sykkelighet, og at hvis det var sosiale forskjeller i søkningen, var det en tendens til at flere blant de laveste sosialgruppene søkte. Men i samme oppsummering nevnes mange grunner til at slike kvantitative undersøkelser kan undervurdere sosiodemografiske forskjeller (15).

Flere tidligere undersøkelser gjort i 80 og 90 tallet undersøkt sosioøkonomiske forskjeller i legebesøk. Et tidligere arbeid fant ingen holdepunkt for systematiske forskjeller i antall legebesøk mellom lav og høy sosiale klasser, selv at det var en ikke signifikant trend med hyppigere besøk hos men med høy status og det motsatte hos kvinner (31). Et annet tidligere arbeid bekreftet et forskjellig mønster mellom kvinner og menn i besøk hos lege, men fant ingen holdepunkt for systematisk forskjeller (32). Begge undersøkelser brukt yrke, særlig yrkesaktivitet som parameter for å skille sosiale klasser, noe som kan være uheldig og delvis forklare de forskjellige mønster mellom kvinner og menn. En tredje tidligere undersøkelse fant ingen forskjeller i bruken av legetjenesten mellom sosial klasser, men fant at utfallet av besøk (økt sykkelighet eller ikke helbredelighet) var verre for de lavere sosiale klasser. Fortolkningen var allikevel at dette hadde med type sykdommer i de lavere klassene og ikke forskjell i behandlingen (33).

Adgang

I Helseprofil for Akershus Del 1, er det beskrevet at Øvre Romerike hadde beste dekning av leger i Akershus, og at det var liten forskjell mellom de øvrige regionene (19).

Oppfølging

Pfizerundersøkelsen viste at det er tydelige forskjeller i opplevelsen av informasjonen man mottar som pasient. Andelen som synes at de ikke får nok informasjon om behandlingen, var i laveste inntektsgruppe 23 % mot 18 % i høyeste inntektsgruppe. Tilsvarende syntes 39 % mot 23 % at de ikke får nok informasjon om medisinen de tar (29).

4.1.3.2 Sekundærhelsetjeneste

Kontakt

I OECD-undersøkelsen viser alle landene pro-rike sosiale forskjeller i antall besøk hos spesialistlegen (høyere besøk hos dem med høyere inntekt). Norge er ett av tre land der forskjellen ikke er signifikant. Men ser vi på sannsynlighet for å besøke spesialist, er Norge, som de andre, signifikant positivt, dvs at sannsynligheten for å besøke spesialist er større blant dem med høyere inntekt. Blant kildene til sosiale forskjeller er inntekt viktigere enn utdanning (men begge trekker i pro-rik retning) både for totalt antall besøk og sannsynlighet for minst ett besøk. Yrke er viktig, men trekker i pro-fattig retning for totalt antall besøk, mens det trekker

i pro-rik retning for sannsynlighet for minst ett besøk. Norge var ett av tre land som viste sterk forskjell i pro-rik retning for regionale forskjeller både for totalt antall besøk og for sannsynlighet for besøk (14).

I SSBs undersøkelse om fastlegeordningen er det ikke funnet signifikante forskjeller i henvisninger til spesialister, selv om det var litt høyere frekvens for dem med høyere utdanning (28).

Helseprofil for Akershus Del 1 viste at Nedre Romerike hadde høyest sykehusutskrivingsrater blant voksne mens vestregion hadde lavest. (19).

I Helseprofil for Akershus Del 2 var det relativt lik bruk av sykehus i de fire regionene (27). Bruken av poliklinikk var lik blant regionene for kvinner, mens bruken blant unge menn var høyest i Øvre Romerike. Det var vanligere for menn og kvinner i lave inntektsgrupper og for dem med minst utdanning å benytte seg av sykehus det siste året, og forskjellene var tydeligere hos menn enn hos kvinner (27).

Utdanning og inntekt påvirker selvopplevd helse, men har ingen selvstendig effekt på bruken av spesialisthelsetjenester i en undersøkelse som skilte bruken av privatpraktiserende spesialister, poliklinikk-konsultasjoner og sykehusinnleggelse. De fant videre at *adgang*, og ikke *behov*, dominerte bruken av privatpraktiserende spesialister i motsetning til poliklinikk-konsultasjoner (34) og innleggelse ved sykehus (34,35). Men i en videre analyse av samme datasett fant man at det var økende bruk av privatpraktiserende spesialister med økende utdanningslengde (36). En tidligere undersøkelse fant ingen bevis for sosioøkonomiske forskjeller i innleggelser på sykehus utover det økt behov for tjenester i de laveste sosiale klasser på grunn av økt sykkelighet (37).

I en studie om bruken av fritt sykehusvalg viste resultatene at pasienter med lang utdanning oftere velger sykehus enn pasienter med kort utdanning (38).

Adgang

I en mindre undersøkelse i Tromsø økte allmennlegers henvisning av pasienter til spesialist betraktelig med økt utdanning, særlig hos menn, også etter kontroll for sykkelighet (30).

I en undersøkelse av køhåndtering på et sykehus ble det ikke funnet sosiodemografiske forskjeller i ventetid for sykehusinnleggelse. Hovedårsak til variasjon i ventetid var alvorlig sykdom, sykmelding eller intern henvisning innad i sykehussystemet mot henvisning fra primærhelsetjenesten (39).

Oppfølging

I en annen kvalitativ undersøkelse ble det opplevd dårlig informasjon og oppfølging hos lungekreftpasienter, som førte til økt passivitet, og som muligens kunne tilskrives lavere utdanning (40).

4.1.4 Eldre

Det er hovedsakelig to større undersøkelser som særskilt behandler de eldres bruk eller adgang til både primære og sekundære helsetjenester i Norge: Helseprofil i Oslo og Helseprofil i Akershus. Begge undersøkelsene er deskriptive uten å kontrollere for sykkelighet.

Dette avsnittet inkluderer bare de undersøkelsene som tar særskilte hensyn til eldre. Ellers er alt som står om voksne i dette notatet også aktuelt for denne gruppen og ikke gjentatt her.

4.1.4.1 Primærhelsetjeneste

Forebyggende

Kontakt

Det finnes ingen undersøkelse som omhandler bruken eller adgangen til primærhelsetjenesten for forebyggende hensikter blant eldre.

Adgang

I Helseprofil for Akershus Del 1, beskrives det at begge Romeriksregionene hadde heldøgns pleie- og omsorgstilbud til over 25 % av de trengende. Nedre Romerike hadde best dekning av andre typer boliger for eldre og funksjonshemmede. Når det gjelder mottakere av hjemmesykepleie og hjemmehjelp, viste Nedre Romerike relativt høyere andel hjemmehjelp/hjemmesykepleie med god kvalitet på tjenestene. Øvre Romerike hadde lavere årsverksinnsats i pleie og omsorg enn de andre regionene (19).

Behandling

Kontakt

I Helseprofil for Oslo – Eldre var det hyppigst bruk av allmennlege og mest bruk av legevakt i indre øst, og lavest i indre og ytre vest (41).

I Helseprofil for Akershus Del 2, var det relativt lik bruk av hjemmehjelp og hjemmesykepleie i de fire regionene (27). Bruken av hjemmehjelp og hjemmesykepleie var høyest hos dem med kortest utdanning. Bruken av hjemmehjelp og hjemmesykepleie var over dobbelt så høy i de laveste utdanningskategoriene som i de høyeste (27).

4.1.4.2 Sekundærhelsetjeneste

Kontakt

Sykehusinnleggelsene var høyest for indre øst i Helseprofil for Oslo. Bruken av spesialisthelsetjenesten var høyere blant eldre med lang utdanning enn blant eldre med grunnskoleutdanning i samme undersøkelse (41).

Helseprofil for Akershus Del 1 viste lite sammenheng mellom regioner med høy og lav sosiodemografisk status og sykehusinnleggelse. Vestregionen hadde laveste innleggelsesrater, lave reinnleggesrater og lengste antall liggedager for Akershus for eldre over 80 år, mens Øvre Romerike hadde høye innleggelsesrater for dem over 80 år, lave antall liggedager per sykehusopphold og høye antall reinnleggelser. Uten å kontrollere for alder og sykелighet er det derfor vanskelig å konkludere med at det foreligger sosiodemografiske forskjeller blant eldre i bruken av sykehusene (19).

I en undersøkelse som sammenliknet Norge og Finland, ble det funnet en svakt økende bruk av allmennleger med økt utdanning i Norge, men ikke Finland. Imidlertid ble det funnet sterkere sammenheng mellom økt utdanning og bruk av spesialisthelsetjenesten i begge land, og sterkest i Finland (42).

Adgang

Det er ikke funnet noen undersøkelser som omhandler sosiodemografiske forskjeller i adgang til spesialist blant eldre.

4.2 Helsetjenesten for mental helse

4.2.1 Barn/unge

4.2.1.1 Primærhelsetjeneste

Det finnes ingen undersøkelser som omhandler sosiodemografiske forskjeller i bruken eller adgang til primærhelsetjenesten for mental helse. Vi har valgt å legge PP-tjenesten under sekundærhelsetjenesten.

4.2.1.2 Sekundærhelsetjeneste

Spesialist

Kontakt

I Helseprofil for Akershus, ble SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) brukt for å vurdere psykisk helse hos barn. Dette verktøyet for å kartlegge psykisk helse resulterer i en symptomskåre og en innvirkningsskåre. Skåren ble beregnet av barnets eget svar og også av foreldrenes svar for 5.-7.-klassinger. Det var innvirkningsskåren, som var rapportert av foreldrene, som var mest assosiert med bruken av PP-tjenesten. Kontakten avtok med økende inntekt og utdanning (12). Kontakt med spesialisttjenesten (BUP, PUT og familierådgivning) var også assosiert med foreldres evaluering av innvirkningsskåren, og i mindre grad symptomskåren. Her var verken foreldres inntekt eller utdanning signifikant, mens barn som ikke bodde med både mor og far, hadde større sannsynlighet for kontakt med spesialisttjenesten i psykisk helsevern enn andre for dem med middels symptomskåre eller innvirkningsskåre, mens for dem med høyest skåre var det ingen forskjell (12). Men en videre analyse av data viser at både lav inntekt hos foreldre og det å ikke bo med begge foreldre øker sannsynligheten for avvik mellom foreldre og barnas vurdering av psykisk helse og innvirkning (43).

Liknende resultater ble funnet i en mindre undersøkelse i Oslo der de unges oppfatning av at familien er fattig var knyttet sammen med økt bruk av spesialisttjenesten hos gutter (10. klasse), men ikke hos jenter, mens det å ikke bo med både mor og far førte til økt bruk av spesialisttjenesten hos jenter, men ikke gutter (22). Men det motsatte er funnet i en annen undersøkelse (44) der barn som ikke bor med begge foreldrene hadde mindre kontakt med BUP enn de som bodde med begge foreldrene.

I Helseprofil for Oslo var bruken av psykolog/psykiater signifikant høyere hos 15–16-årige jenter i de indre regionene (særlig vest) enn i de ytre regionene, med ytre øst lavest. Slike forskjeller fant man ikke hos gutter (18).

Akuttinnleggelse

Det er ikke funnet noen undersøkelser som omhandler sosiodemografiske forskjeller i barn eller unges bruk eller adgang til akuttmottak.

4.2.2 Voksne

4.2.2.1 Primærhelsetjeneste

Behandling

Det er ikke funnet noen undersøkelser som omhandler sosiodemografiske forskjeller i bruken eller adgangen til primærhelsetjenesten hos voksne.

4.2.2.2 Sekundærhelsetjeneste

Spesialist

I Helseprofil for Oslo var det beskrevet en høyere andel blant 40–45-åringene i de indre regionene som brukte psykolog/psykiater de siste 12 månedene. Det var ikke rapportert en effekt av utdanning, men en høyere besøksrate hos dem med lavere inntekt (26).

I Helseprofil for Akershus Del 1 var bruken av spesialisttjenesten i psykisk helse relativt lik mellom regionene trass i en høyere hyppighet av psykiske symptomer i Øvre Romerike (19).

I Helseprofil for Akershus Del 2 var bruken av spesialisttjenesten i psykisk helse relativt lik mellom kommunene, og det ble ikke funnet samvariasjon med verken inntekt eller utdanning (27).

Akuttinnleggelse

Det er ikke funnet noen undersøkelser som omhandler sosiodemografiske forskjeller i bruken eller adgangen til akuttmottak hos voksne.

4.2.3 Eldre

Det finnes ingen undersøkelser som omhandler sosiodemografiske forskjeller i bruken eller adgangen til verken primær- eller sekundærhelsetjenesten for mental helse hos de eldre i Norge.

4.3 Tannhelsetjenesten

4.3.1 Barn/unge

I 1984 kom loven som endret organiseringen av den offentlige tannlegebehandlingen for barn og unge. Hensikten var å fremme lik behandling for alle samfunnsgrupper.

Kontakt

En sammenlikning av kontakt med tannlegjetjenesten hos barn i alderen 0 til 18 år før og etter tannlegjetjenestereformen i 1984 er gjennomført. Sammenlikningene ble gjort for 1975 og 1985 (45). Det ble ikke funnet signifikante sosiodemografiske forskjeller i bruken siste år i noen av aldersgruppene i 1985, mens signifikante forskjeller ble funnet i 1975 hos 7–15-åringene og 16–18-åringene.

Adgang

Det finnes ingen undersøkelser som omhandler sosiodemografiske forskjeller i bruken eller adgangen til primærtannhelsetjenesten hos barn eller unge.

Oppfølging

Hos 12- til 18-åringer er det funnet en ikke signifikant økning i antall tannlegetimer som er glemt eller avlyst, med økende utdanning hos moren (46).

Det finnes ingen undersøkelser som omhandler sosiodemografiske forskjeller i bruken eller adgangen til den sekundære tannlegetjenesten hos barn eller unger.

4.3.2 Voksne

Kontakt

I Helseprofil for Oslo hadde de aller fleste vært hos tannlegen minst én gang det siste året. En høyere andel av dem med lang utdanning og av dem i innteksbringende arbeid hadde vært hos tannlegen. Personer med innvandrerbakgrunn brukte tannlegen mindre enn personer med norsk bakgrunn (26). I Akershus var liknende funn beskrevet, med høyere bruk av tannlege siste år blant menn fra vestregionen og blant dem med høye inntekter og lang utdanning. Forskjellene var litt mindre for kvinner (27).

Generelt er det flere som unngår å gå til tannlege tross behov i de laveste innteksgruppene enn i de høyeste blant dem mellom 25 og 44 år (47).

I en undersøkelse var kontakt med tannlege høyere i grupper med høyere inntekt, men når kontakten først var tatt, var det ikke videre forskjeller mellom innteksgrupper i bruken av tannhelsetjenesten (48,49) eller i hvor mye utgiftene er brukt etter at kontakten er tatt (50). Denne trenden var også sett i en undersøkelse i Nord-Norge (51). Men der var det uenighet om hvorvidt de med lavere inntekt foretrekker å trekke tenner fremfor å behandle dem (48,52).

Som grunn for at det hadde gått mer enn tre år siden siste tannlegebesøk, oppga 25-åringer økonomi, men det gjorde ikke 40-åringer. Lang utdanning hadde en klar positiv effekt på hyppighet av tannlegebesøk hos 40-åringer, men ikke hos 25-åringer (53). Ujevn bruk av tannlege økte med kortere utdanning og lavere familieinntekt både hos kvinner og menn (54).

Gruppen av unge voksne som nettopp er gått fra gratis tannhelsetjenesten til fullt betalende, viser mindre sosiodemografiske forskjeller enn dem som er over 30, mest sannsynlig fordi behovene er mindre (55).

En undersøkelse som sammenliknet bruken av tannhelsetjenesten i 1973 og 1983, fant ingen forskjell i de sosiodemografiske forskjellene (målt i inntekt) i bruken av tjenesten disse to årene (56).

Adgang

En fylkesundersøkelse viser tvetydig resultat for variabelen antall tannlegeårsverk per innbygger og dekning av privattannlege; den "fattigste" regionen hadde best tilbud i forhold til innbyggertallet. (19).

4.3.3 Eldre

I Helseprofil for Oslo hadde de aller fleste vært hos tannlegen minst én gang det siste året, og flere eldre enn middelaldrende. En høyere andel av dem som bodde i vest hadde vært hos tannlegen enn dem fra øst, særlig blant menn (41). Liknende ble funnet i Akershus, der høyest andel som har besøkt tannlegen siste år var fra vestregionen, og besøkene økte med alder (27).

Utdanning var en vesentlig faktor i bruken av tannlegetjenesten blant pensjonister, men ikke alder (57). I en annen undersøkelse ble noe liknende funnet for inntekt og alder (58).

5 Fremtidig behov

I dette kapitlet prøver vi å beskrive områder hvor forskningen mangler eller ikke er tilstrekkelig i Norge. Der hvor det finnes, supplerer vi med informasjon innhentet fra andre nordiske land, særlig Sverige. Men det må vises forsiktighet med å overføre resultatene fra de andre nordiske landene til norske forhold, siden noen av undersøkelsene viser svært sprikende resultater landene innbyrdes når det gjelder sosial ulikhet i bruken eller adgang til helsetjenesten.

5.1 Somatisk helsetjeneste

Det er generelt et sterkt behov for mer forskning i Norge som inkluderer de relevante analysene og som ikke bare er undersøkelser som beskriver forekomster. Kontakt og adgang til helsetjenesten er hovedsakelig kontrollert av behov for tjenesten i form av sykkelighet. For å oppdage eventuelle sosiodemografiske forskjeller i enten bruken eller adgangen, er det nødvendig å kontrollere for sykkelighet, noe som sjelden er gjort i de undersøkelsene som er beskrevet ovenfor.

5.1.1 Innsats for befolkningsgrupper

Det er hovedsakelig ingen undersøkelser som dekker sosiodemografiske forskjeller i helsetjenesten knyttet til spedbarn, enten i form av svangerskapskontroll eller etter fødselen. Derimot er det gjort litt i andre nordiske land, og det finnes både undersøkelser som finner svært små sosiodemografiske forskjeller blant spedbarn (59) og blant barn (60), og det finnes undersøkelser som antyder en effekt av sosiodemografisk status blant spedbarn med økt bruk i lavere sosial klasse (61,62). mens det motsatte er funnet hos barn (63).

Mer forskning kunne ha vært gjort blant de eldre, men heller ikke i andre nordiske land er det gjort mye forskning i denne gruppen. Ellers i den voksne befolkningen finner nordiske undersøkelser hovedsakelig sosiodemografiske forskjeller i bruken eller adgangen til somatisk helsetjeneste, med lavere bruk i de laveste sosial klassene (64-69). I andre nordiske land, mer enn i Norge, er mye forskning konsentrert rundt gruppen av innvandrere og deres problemer knyttet til språk. I Norge, Helseprofilundersøkelsene i Oslo, diskuteres dette litt, men som skrevet tidligere, er dette beskrivelsesundersøkelser som ikke kontrollerer for sykkelighet.

5.1.2 Utformingen av helsetjenesten

Lite eller ingen forskning i Norge har tatt for seg forskjeller i den delen av primærtjenesten som er knyttet til forebygging hos voksne/eldre. Her kunne forskjeller i vaksineringsprogrammer og andre screeningprogrammer vært undersøkt. Dette er særlig aktuelt i pandemispørsmål, der knapphet til ressurser som for eksempel vaksine fører til prioritering og fordeling, og der sosio-demografiske forskjeller fort kan bli aktuelt (for eksempel fugleinfluensa). Mammografiscreening er blitt undersøkt i Sverige, der særlig kvinner som er enten barnløse eller har hatt mange barn, innvandrere, de som er uten partner og de som bor i leilighet og ikke i eget hus ikke møtte opp til mammografiscreening (70).

Sosiodemografiske forskjeller i bruken av legevakt er også et forsømt område i norsk forskning. Det er også et viktig område der påstanden er at de med lav sosiodemografisk status bruker legevakt i stedet for fastlegen. Dette er et viktig område for Norge med de endringer i legetjenesten som er foretatt nylig. Det er særlig her at hensyn til innvandrerpopulasjonen, som en del av gruppen med lav sosiodemografisk status, er viktig. Her er en del forskning gjort i andre nordiske land. Når det gjelder bruken av legevakt for barn, var det bare svake tegn til sosiodemografiske forskjeller i bruken av tjenesten (71,72). Blant voksne, derimot, var det en klarere sammenheng mellom økt bruk av legevakt og lavere

sosiodemografisk status når innvandrersstatus og sivilstatus var en viktig del av definisjonen av den lavere sosiodemografiske gruppen (73-78).

5.1.3 Tilgangsfaktorer

I Norge er forskningen hovedsakelig konsentrert rundt sosiodemografiske forskjeller i den generelle kontakten med tjenesten. En del forskning har vært gjort rundt adgang, hovedsakelig konsentrert i tilgjengelighet målt ved kapasitet i visse kommuner eller regioner i Akershus. Det er vanskelig å undersøke forskjeller i fastlegens rolle som portvakt, og her er det også gjort litt i Norge, hvor det også er blitt bekreftet (79,80) at legens forkunnskap om pasientens sosiale situasjon kan ha innflytelse på behandlingen, inklusiv videre henvisning. Lite er undersøkt hos barn. Men en norsk undersøkelse fant ingen sosiale ulikheter i lengden av tid i kø før kirurgi (39).

Et annet viktig område er hvorvidt helsetjenestens oppfølging av pasienter eller pasientens egen oppfølging i form av bruk av medisin eller råd fra legen er fulgt, og om det her vises sosiodemografiske forskjeller. I noen nordiske land har forskjell i bruk av medikamenter hos barn blitt undersøkt med uenighet om konklusjonene: noen finner lavere bruk i de laveste klassene (81,82) mens andre finner høyere bruk i de laveste klassene (83).

5.1.4 Behandlingskvalitet

Lite er gjort i Norge for å undersøke sosiodemografiske forskjeller i behandlingskvaliteten. Men det er rapportert sosiale ulikheter i mortalitet (4,84-87), med høyere mortalitet i de lavere sosial klassene. Selv at forskjellene i kreft dødelighet er størst når utdanning brukes i klassifiseringen av sosioøkonomiske forskjeller, finnes det uavhengig relasjoner med yrke og inntekt (87). Forskjeller i kvalitet på behandlingen kan være en av flere årsaker til målte forskjeller, men mer omfattende forskning er nødvendig for å kunne trekke noen konklusjon. I undersøkelsen om dødelighet av kreft derimot, var det lite som tydet på forskjell i behandling som årsak til dødelighetsforskjeller, selv at disse var ufullstendig forsket (kvalitet i behandlingen var undersøkt ved å undersøke forskjellige diagnosetyper hvor behandling kunne ha en effekt på dødelighet eller ikke, og en grov parameter for behandlingskvalitet)(87).

5.2 *Helsetjenesten for mental helse*

Generelt finnes det for lite undersøkelser i Norge om sosiodemografiske forskjeller i helsetjenesten for mental helse. Det finnes lite om forskjeller i primærtjenesten. Det finnes ingenting om sosiodemografiske forskjeller i bruken av helsetjenesten knyttet til mental helse hos de eldre, men det har vært et lite undersøkt tema også i de andre nordiske landene.

5.3 *Tannhelsetjenesten*

Tannhelsetjenesten er nokså grundig undersøkt i Norge og i Norden generelt. Det er et tema der flere faktorer spiller inn, slik som tannhelse generelt og antall tenner man har igjen (særlig ved at behov for tannlege kan tenkes å være litt mindre hos dem som har mistet alle tenner (edentulisme)), og der ikke minst psykologiske faktorer som angst og tannlegeskrekk er viktige faktorer.

Hos barn fant finske undersøkelser at sosiale ulikheter er blitt mye mindre eller borte (88), mens de lavere sosiale klasser var overrepresentert hos dem som var storforbrukere av tjenesten (89). Et område der Norge har forsket lite, men som er viktig, er overgangen mellom gratisordninger tilbudt barn og egenbetalt tannhelsetjeneste for voksne. Her finnes det danske undersøkelser som viser at kostnad og sosiodemografiske status er viktig som faktor som

kontrollerer bruken for akkurat denne aldersgruppen (90,91) mens den ene norske undersøkelsen viser det motsatte (55).

Hos voksne er det bekreftet forskjeller i bruken av tannhelsetjenester; det er mindre bruk hos dem med lav status i andre nordiske undersøkelser (92-94). Noe forskning i andre nordiske land har konsentrert seg om bruken av tjenesten og om hvorvidt de som direkte mener at kostnad er en grunn til at de ikke har brukt tjenesten, faktisk bruker tjenesten mindre (95-99), men også her er motstridende funn gjort (100).

5.4 Fremtidig forskning på feltet

Som sagt før, for å oppdage eventuelle sosiodemografiske forskjeller i enten bruken eller adgangen til helsetjenesten, er det nødvendig å kontrollere for sykelighet, noe som sjelden er gjort i de undersøkelsene som er beskrevet ovenfor. Til gjengjeld finnes datagrunnlaget for å foreta de nødvendige analysene i de større undersøkelsene, dersom dette skulle være ønskelig.

Følgende tabell oppsummerer noen av de største mulige datakilder som kan tenkes å brukes i eventuelle videreundersøkelser om sosialulikhet i helse og i bruken av helsetjenesten.

Navn på undersøkelsen	Datakilders eier	Årstall	N	Alder	Lokalisering
Helseundersøkelsen	SSB	1975	11014	Alle	Nasjonalt
Helseundersøkelsen	SSB	1985	10576	Alle	Nasjonalt
Helseundersøkelsen	SSB	1995	10248	Alle	Nasjonalt
Levekårsundersøkelsen	SSB	1998	3449	16-79	Nasjonalt
Levekårsundersøkelsen	SSB	2002	3867	16+	Nasjonalt
Levekårsundersøkelsen	SSB	2005	3867	Alle	Nasjonalt
Helseprofil Oslo (UngHubro)	FHI	2000	7200	2-17	Oslo
Helseprofil Akershus (voksne)	FHI	1998	6000	2-17	Akershus
Helseprofil Akershus (Barn og unge)	FHI	2002	16480	8-16	Akershus
Helseundersøkelsen i Nord Trønderlag HUNT I	NTNU-HUNT	1984-86	76885 (både HUNT og UNG_HUNT)	20+	Nord Trøndelag
Helseundersøkelsen i Nord Trønderlag HUNT II	NTNU-HUNT	1995-97	65599 (både HUNT og UNG_HUNT)	20+	Nord Trøndelag
Helseundersøkelsen i Nord Trønderlag HUNT III	NTNU-HUNT	2006-07	Ikke ferdig	20+	Nord Trøndelag
Helseundersøkelsen i Nord Trønderlag UNG-HUNT	NTNU-HUNT	1984-86	Se HUNT	13-19	Nord Trøndelag

Helseundersøkelsen i Nord Trønderlag UNG-HUNT	NTNU-HUNT	1995-97	Se HUNT	13-19	Nord Trøndelag
Helseundersøkelsen i Nord Trønderlag UNG-HUNT	NTNU-HUNT	2006-07	Ikke ferdig	13-19	Nord Trøndelag
The Tromsø study	UiT	1974-1995	Ca 27159	25+(?)	Tromsø
Eigersund-undersøkelsen I		1992	12 495	Alle	Eigersund kommune
Eigersund-undersøkelsen II		1998	13 045	Alle	Eigersund kommune
Hordaland I	FHI	1992/3	17 527	40 - 2, 65 - 7	Hordaland
Hordaland II (HUSK)	FHI	1997/9	25 432	40 - 8, 72 - 4	Hordaland
SHUS/Oppland III	FHI	1986	34 418	20 - 69	Oppland
OPPHED	FHI	2001	5 986	30,40,45,60,75	Oppland
OPPHED	FHI	2000/1	6 248	30,40,45,60,75	Hedmark
Kvinner og kreft		1991/2	56 289	34 - 49	Hele Norge
Kvinner og kreft		1996/7	37 390	40 - 74	Hele Norge
Kvinner og kreft		1998/9	36 217	40 - 59	Hele Norge
Pfizer undersøkelsene	Pfizer	2005+(årlig)	4000	16+	Hele Norge

5.5 Konklusjon

Det er relativt store hull i kunnskapen rundt sosiodemografiske forskjeller i bruken eller adgang til helsetjenester i Norge. De andre nordiske land har kommet lengre i å undersøke problemene. Derfor vil det være en fordel om mer forskning i Norge knyttes til forslagene om tiltak. Her gjelder det å:

1. definere og beskrive om det er forskjeller i bruk eller adgang til helsetjenester og i så fall hva omfanget er ved å kontrollere for sosiodemografiske forskjeller i sykkelighet
2. fokusere mer på de enkelte tjenestene, med mer fokus på bruken av legevakt og forebyggende helsetjenester
3. se på de ulike målene for sosial ulikhet separat, og ikke minst ha mer fokus på innvandrere som eget mål
4. se på de forskjellige befolkningsgruppene separat.

Tabell 1:
Referanser til norske undersøkelser innen somatisk helsejeneste som er aktuelle for de forskjellige temaene og befolkningsgruppene.

	Primærhelsejenesten				Sekundærhelsejenesten			
	Forebyggende		Behandling		Spesialist		Akutt innleggelse	
	Tiltak	Ref	Tiltak	Ref	Tiltak	Ref	Tiltak	Ref
Somatisk helsejeneste								
Spedbarn	Svangerskapskontroll Vaksinering		Kontakt Adgang Egen oppfølging		Kontakt Adgang Egen oppfølging	(19)	Kontakt Adgang Egen oppfølging	(18)
Barn/ungdom	Vaksinering Skolejenesten Helsestasjon for ungdom	(18,22) (18,22)	Kontakt Adgang Egen oppfølging	(12,18,20-22,24)	Kontakt Adgang Egen oppfølging	(12,18-22,24,25)	Kontakt Adgang Egen oppfølging	(18,19)
Voksne	Screening Bedriftsht		Kontakt Adgang Egen oppfølging	(14,19,26,27,29,31-33) (19)	Kontakt Adgang Egen oppfølging	(14,19,27,34,37,87) (19)	Kontakt Adgang Egen oppfølging	(19,26,27) (19)
Eldre			Kontakt Adgang Egen oppfølging	(19,27,41,42) (19,30,36)	Kontakt Adgang Egen oppfølging	(19,27,41) (19,30,36)	Kontakt Adgang Egen oppfølging	(19,27,41) (19)

Tabell 2:
Referanser til norske undersøkelser innen
helsetjenesten for mental helse som er aktuelle for de forskjellige temaene og befolkningsgruppene.

	Primærhelsetjenesten			Sekundærhelsetjenesten		
	Forebyggende		Behandling	Spesialist		Akutt innleggelse
	Tiltak	Ref		Tiltak	Ref	
Mental helsetjeneste						
Barn/ungdom	Vaksinering		Kontakt	(22,44,45)	Kontakt	(22,44,45)
	Skoletjenesten		Adgang		Adgang	
	Helsestasjon for ungdom		Egen oppfølging		Egen oppfølging	
Voksne	Skreening		Kontakt	(26)	Kontakt	(26)
	Bedriftshst		Adgang		Adgang	
			Egen oppfølging		Egen oppfølging	
Eldre			Kontakt		Kontakt	
			Adgang		Adgang	
			Egen oppfølging		Egen oppfølging	

Tabell 3:
Referanser til norske undersøkelser innen tannhelsestjenesten som er aktuelle for de forskjellige temaene og befolkningsgruppene

	Primærhelsestjenesten		Behandling		Sekundærhelsestjenesten		Akutt innleggelse	
	Forebyggende	Ref	Tiltak	Ref	Spesialist	Ref	Tiltak	Ref
Tannhelsestjenesten								
Barn/Ungdom		(44,45)	Kontakt	(46)	Kontakt	(45)		
			Adgang		Adgang			
			Egen oppfølging		Egen oppfølging			
Voksne			Kontakt	(47,49,50)	Kontakt	(47)	Kontakt	
			Adgang	(48,49,51-54,56)	Adgang	(48,51,53,54,56)	Adgang	
			Egen oppfølging		Egen oppfølging		Egen oppfølging	
Eldre			Kontakt	(41,57,58)	Kontakt		Kontakt	
			Adgang		Adgang		Adgang	
			Egen oppfølging		Egen oppfølging		Egen oppfølging	

Tabell 4:
Oversikt over hoveddetaljer i de norske undersøkelsene brukt i denne oversikten.

Navn på hovedundersøkelse	Første-forfatter	Ref	N	Alders-gruppe	Region i Norge	Mål for sosio-demografisk status	Mål for primær-helsetjeneste	Mål for sekundær-helsetjeneste	Kon-troll for helse-status	Statis-tisk ana-lyse gjort
Barn/unge										
Nordisk undersøkelse	Grøholt, EK	(24)	Cirka 10000, ca 1800 fra Norge	2–17	Nasjonalt	Yrke	Besøk hos allmennlege de siste 3 mnd	Besøk hos spesialist de siste 3 mnd	Ja	Ja
Nordisk undersøkelse	Grøholt, EK	(20)	Cirka 10000, ca 1800 fra Norge	2–17	Nasjonalt	Foreldres utdanning	Besøk hos allmennlege de siste 3 mnd	Besøk hos spesialist de siste 3 mnd Sykehusinnleggelse	Ja	Ja
Nordisk undersøkelse	Halldórsson, M	(21)	Cirka 10000, ca 1800 fra Norge	2–17	Nasjonalt		Besøk hos allmennlege de siste 3 mnd	Besøk hos spesialist de siste 3 mnd	Ja	Ja
Helseprofil for Oslo – barn/unge (som samle-resultater fra andre undersøkelser)	Grøtvedt, L	(18)	Ca 7200 for ung-HUBRO Sykehus-innlegg. Tannhelse	15–16 0–14 5, 12 og 18	Oslo	Bydel regioner	Bruk av skole-helsetjeneste og helsetjeneste for ungdom	Innleggelse i sykehus	Nei	Nei
Helseprofil for Akershus	Holmboe, O	(12)	16480 barn 14698 foreldre	8–16	Akershus	Foreldre-rapportert inntekt Og utdanning	Kontakt med allmennlege, legevakt	Kontakt med spesialist, sykehusinn-leggelse	Ja	Ja
Oslo Health Study	Haavet, OR	(22)	7329	15–16	Oslo	Inntektskategori som beskrevet av unge Utdanning av foreldre	Kontakt med allmennlege, skolehelsetjeneste og helsetjeneste for ungdom	Kontakt med spesialist i mental helse Akuttinntak Sykehus-innleggelse	Nei	Ja

Navn på hovedundersøkelse	Første-forfatter	Ref	N	Alders-gruppe	Region i Norge	Mål for sosio-demografisk status	Mål for primær-helsejeneste	Mål for sekundær-helsejeneste	Kon-troll for helse-status	Statis-tisk ana-lyse gjort
Helseprofil for Akershus – ulikeheter i sykdom, livsstil og helsejenester	Grøtvedt, L	(19)			Akershus	Regioner Utdanning	Årsverk allmennlege Årsverk helsestasjoner og jordmødre	Sykehus innleggelse Antall liggedager Reinnleggelse Årsverk	Nei	Nei
	Finnvold, JE	(25)	1800	0–16	Nasjonal	Foreldres utdanning		Adgang til spesialistenter	Ja	Ja
	Israel, KP.	(44)	20586	0–17	Stavanger	Bor med begge foreldre		Antall konsultasjoner med BUP	Ja	Ja
	Skaret, E	(46)	968	12–18	Hordaland Akershus	Foreldres utdanning	Glemte eller avlyst avtale hos tannlegen		Ja	Ja
	Rossow, I.	(45)	Circa 6700	0–18	Nasjonal	Sosioøkono- misk status	Bruk av tann- legetjenesten		Ja	Ja
Voksne/Eldre										
Helseprofil for Oslo – voksne (som samleresultater fra andre undersøkelser)	Grøtvedt, L	(26)	Ca 41300 for HUBRO Sykehus- innlegg. Tannhelse	30, 40- 45 og 60+	Oslo	Bydel regioner	Bruk av allmennlege og legevakt	Bruk av spesialist	Nei	Nei
Helseprofil for Oslo - eldre (som samleresultater fra andre undersøkelser)	Grøtvedt, L	(41)	Ca 3500 for HUBRO Sykehus- innlegg. Tannhelse	75–76	Oslo	Bydel regioner	Bruk av allmennlege og legevakt	Bruk av spesialist Sykehus innleggelse	Nei	Nei

Navn på hovedundersøkelse	Første-forfatter	Ref	N	Alders-gruppe	Region i Norge	Mål for sosio-demografisk status	Mål for primær-helsejeneste	Mål for sekundær-helsejeneste	Kon-troll for helse-status	Statis-tisk ana-lyse gjort
Helseprofil for Akershus – Del 1 - Ulikheter i sykdom, livsstil og helsejenester	Grøtvedt, L	(19)	Brukt dataregister data fra SHDir.		Akershus	Regioner Utdanning	Årsverk allmennlege Årsverk hjemme-tjenester for personer over 80 Årsverk i pleie- og omsorgstjeneste	Sykehus-innleggelser Antall liggedager Reinnleggelser Årsverk Plasser med heldøgnsomsorg Beboer i boliger for eldre og funksjonshemmede	Nei	Nei
Helseprofil for Akershus – Del 2 – Befolkningen svarer	Grøtvedt, L	(27)	Ca 6000	16–80	Akershus	Regioner Utdanning Inntekts-kategorier	Bruken av leger, legevakt	Sykehus-innleggelser Bruken av poliklinikk	Nei	Nei
Pfizerundersøkelsen	Ebbestad, ES	(29)	4000		Nasjon	Inntekt Utdanning	Bruken av lege		Nei	Nei
Tromsø study	Fylkesnes, K	(30)	21826	20–61	Tromsø	Utdanning Nivå av yrkesaktivitet	Besøk hos allmennlege	Henvising til spesialist	Ja	Ja
SSB levekårspanelet	Iversen, T	(34)	3449	16–79	Nasjon	Utdanning Inntekt		Sykehus-innleggelse Bruk av poliklinikk Bruk av privatpraktiserende spesialist	Ja	Ja
SSB levekårspanelet	Iversen, T	(35)	3449	16–79	Nasjon	Utdanning Inntekt		Sykehusinnleggelse Bruk av poliklinikk Bruk av privatpraktiserende spesialist	Ja	Ja

Navn på hovedundersøkelse	Førsteforfatter	Ref	N	Aldersgruppe	Region i Norge	Mål for sosio-demografisk status	Mål for primærhelsejeneste	Mål for sekundærhelsejeneste	Kontroll for helsestatus	Statistisk analyse gjort
SSB levekårspanelet	Finnvold, JE	(36)	3449	16–79	Nasjon	Utdanning Inntekt		Sykehusinnleggelse Bruk av poliklinikk Bruk av privatpraktiserende spesialist	Ja	Ja
SSB levekårspanelet	Finnvold, JE	(7,28)	3449	16+	Nasjon	Utdanning	Kontakt med allmennlege forebyggende Tilgjengelighet Telefontilgjengelighet Bruk av legevakt Henvisninger i allmennpraksis Pasienttilfredshet		Ja	Ja
OECD	Van Doorslaer, E	(14)	3709	16–80	Nasjon	Inntekt Utdanning Yrke Region	Besøk hos legen og allmennlege Sannsynlighet for minst ett besøk hos legen, og allmennlegen	Besøk hos spesialistlegen Sannsynlighet for minst ett besøk hos spesialistlegen	Ja	Ja
	Arnesen, K	(39)	452		Akershus	Yrke Nivå av yrkesaktivitet		Ventetid i kø for sykehusinnleggelse	Ja	Ja
	Suominen-Taipale, AL	(42)	7919	65–74	Nord-Trøndelag	Utdanning	Besøk hos allmennlege	Besøk hos spesialist	Ja	Ja
	Grytten, J.	(49)	1200	20+	Nasjon	Utdanning Inntekt	Besøk hos tannlege de siste 12 mnd Utgiftene brukt		Ja	Ja

Navn på hovedundersøkelse	Første-forfatter	Ref	N	Alders-gruppe	Region i Norge	Mål for sosio-demografisk status	Mål for primær-helsejeneste	Mål for sekundær-helsejeneste	Kon-troll for helse-status	Statis-tisk ana-lyse gjort
	Grytten, J	(48)	Cirka 9000	20+	Nasjon	Utdanning Inntekt	Besøk hos tannlege de siste 12 mnd Utgiftene brukt		Ja	Ja
	Grytten, J	(58)	1216	20+	Nasjon	Utdanning Inntekt	Besøk hos tannlege de siste 12 mnd Utgiftene brukt		Ja	Ja
	Grytten, J	(55)	2600 11500	20–25 30+	Nasjon	Utdanning Inntekt	Besøk hos tannlege de siste 12 mnd Utgiftene brukt		Ja	Ja
	Rise, J.	(56)	Cirka 3000	voksne	Nasjon	Inntekt	Bruk av tannlegejenesten		Ja	Ja
	Rise, J.	(57)	1493	65+	Nasjon	Utdanning	Bruk av tannlegejenesten		Ja	Ja
	Holst, D.	(50)	2471	voksne	Nasjon	Inntekt	Besøk hos tann-lege det siste året Utgiftene til tann-helse det siste året		Ja	Ja
	Svalund, J	(47)	220000	20+	Nasjon	Inntekt	Besøk hos tann-lege det siste året Utgiftene til tann-helse det siste året		Ja	Ja
	Treldal, K	(52)	1517	40	Aust-Agder	Yrke	Bruk av tannlegejenesten		Ja	Nei
	Norheim, PW	(51)	358	20–69	Lyngseidet Troms	Inntekt Yrke	Bruk av tannlegejenesten		Ja	Nei
	Søgaard,AJ	(54)	1511	16–79	Nasjon	Inntekt Utdanning	Bruk av tannlegejenesten		Ja	Ja

Navn på hovedundersøkelse	Første-forfatter	Ref	N	Alders-gruppe	Region i Norge	Mål for sosio-demografisk status	Mål for primær-helsejeneste	Mål for sekundær-helsejeneste	Kon-troll for helse-status	Statis-tisk ana-lyse gjort
	Berge, KA	(53)	146	25, 40	Balsfjord, Troms	Utdanning	Tannlegesøkning		Ja	Ja

6 Referanse

1. Rødje K, Clench-Aas J, van Roy B, Holmboe O, Muller A. Helseprofil for barn og ungdom i Akershus - Ungdomsrapport. Helseprofil for barn og ungdom i Akershus 2/2004: 1-141. Lørenskog, Norway: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 1-1-2004.
2. Rødje K, Clench-Aas J, van Roy B, Holmboe O, Muller A. Helseprofil for barn og ungdom i Akershus - Barnerapport. Helseprofil for barn og ungdom i Akershus 1/2004: 1-141. Lørenskog, Norway: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 1-1-2004.
3. Sund E, Krokstad S. Sosiale ulikheter i helse i Norge - en kunnskapsoversikt. IS-1304: 1-80. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2005.
4. Zahl P, Rognerud M, Strand B, Tverdal A. Bedre helse - større forskjeller - En analyse av hvordan inntekt, utdanning og husholdningsstørrelse har påvirket dødeligheten i befolkningen i periodene 1970-77, 1980-87 og 1990-97. 2003:1: 1-51. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2003.
5. Silventoinen KF, Lahelma E. Health inequalities by education and age in four Nordic countries, 1986 and 1994.
6. Krokstad S FAU - Kunst, Kunst AE FAU, Westin S. Trends in health inequalities by educational level in a Norwegian total population study.
7. Finnvold JE, Svalund J. Pasienterfaringer i allmennlegetjenesten før og etter fastlegeordningen - Del I Kronikeres erfaringer, Del II Kapasitetsforskjeller hos allmennlegene. 2005/34: 1-35. Oslo: Statistics Norway, 2005.
8. Prescriptions for a Healthier Norway - A broad policy for public health. Report No. 16 (2002-2003) to the Storting Short version: 1-35. Oslo: Ministry of Social Affairs, 2003.
9. Dahl E. Health inequalities and health policy: The Norwegian case. Norsk Epidemiologi 2002; 12: 69-75.
10. Johnsen J.R. Health Systems in Transition. Bankauskaite V, editor. The Health Systems in Transition profiles : 1-167. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2006, 2006.
11. Westin S. [Increased health inequality?]. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 2004: 2878.
12. Holmboe O, van Roy B, Helgeland J, Clench-Aas J. Sosiale ulikheter i helse og bruk av helsetjenester blant barn i Akershus. 5-2006: 1-168. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006.
13. Bringedal B. Distribution Principles in Health Care. Institute of Industrial Relations Working Paper Series : 1-35. Berkeley California: University of California, Berkeley, 1992.

14. Van Doorslaer E, Masseria C. Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries". Health Working Papers 14: 1-88. Paris: OECD, 2004.
15. Barstad A. Legesøkning og sosiokulturelle forhold - teorier, modeller og empiriske analyser, en litteraturstudie. Institutt for sosialforskning (INAS), editor. INAS-rapport 6: 1-76. Oslo: INAS, 1989.
16. Hart JT. The inverse care law. Lancet 1971; 1: 405-12.
17. Black D, Morris JK, Smith C, Townsend P, Whitehead M. Inequalities in health: The Black Report: The Health Divide. London: Penguin, 1988.
18. Grøtvedt L, Gimmestad A. Helseprofil for Oslo - Barn og unge. Helseprofil for Oslo : 3-48. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2002.
19. Grøtvedt L. Helseprofil i Akershus - Ulikheter i sykdom, livsstil og helsetjenester. 1-1998: 1-137. Lørenskog: Stiftelse for Helsetjenesteforskning, 1998.
20. Grøholt EK, Nordhagen R. Ulikhet i helse og helsetjenestebruk hos nordiske barn etter foreldrenes utdanning. 12: 47-54. 2002.
21. Halldorsson M, Kunst AE, Kohler L et al. Socioeconomic differences in children's use of physician services in the Nordic countries. Journal of Epidemiology & Community Health 2002; 56: 200-4.
22. Haavet OR, Straand J, Hjortdahl P et al. Do negative life experiences predict the health-care-seeking of adolescents? A study of 10th-year students in Oslo, Norway. Journal of Adolescent Health 2005; 37: 128-34.
23. Jenum AK, Lorentzen CB, Anderssen SB et al. Promoting physical activity in a multi-ethnic district - methods and baseline results of a pseudo-experimental intervention study. European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation 2003; 10: 387-96.
24. Grøholt EK, Stigum H, Nordhagen R et al. Health service utilization in the Nordic countries in 1996: Influence of socio-economic factors among children with and without chronic health conditions. European Journal of Public Health 2003; 13: 30-7.
25. Finnvoold JE. Access to specialized health care for asthmatic children in Norway: The significance of parents' educational background and social network. Soc Sci Med 2006; 63: 1316-27.
26. Grøtvedt L, Gimmestad A. Helseprofil for Oslo - Voksne. Helseprofil for Oslo : 3-80. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2002.
27. Grøtvedt L. Helseprofil i Akershus - Befolkningen svarer. 4-1999: 1-196. Lørenskog: Stiftelse for helsetjenesteforskning, 1999.
28. Finnvoold JE, Svalund J, Paulsen B. Etter innføring av fastlegeordning - brukervurderinger av allmennlegetjenesten. 2005/1: 1-91. Oslo: Statistics Norway, 2005.

29. Ebbestad HS. Pfizerundersøkelsen - Rapport 2005. Pfizerundersøkelsen : 1-68. Pfizer AS, 2006.
30. Fylkesnes K, Johnsen R, Forde OH. The Tromso study: factors affecting patient-initiated and provider-initiated use of health care services. *Sociology of Health and Illness* 1992; 14: 275-92.
31. Elstad JI. Sosial skjevfordeling av legetjenestene. In: Moum T, editor. *Helse i Norge*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S, 1991: 137-146.
32. Andersen AS, Laake P. [Who visits the Physician? A model for utilization of Physician services outside institution] Hvem går til lege? en modell for bruk av legetjenester utenfor institusjon. Statistisk Sentralbyrå -, editor. *Artikler 150*: 1-91. Oslo: H. Aschehoug / Co. og Universitetsforlaget, 1985.
33. Elstad JI. Diagnose av allmennlegetjenesten. Institutt for sosialforskning, editor. 1987:5: 1-196. Oslo: Institutt for sosialforskning, 1987.
34. Iversen T, Kopperud GS. [Use of specialist health care by the population]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2002; 122: 2199-203.
35. Iversen T, Kopperud GS. Regulation versus practice--the impact of accessibility on the use of specialist health care in Norway. *Health Econ* 2005; 14: 1231-8.
36. Finnvold JE. Bestemmer behovene bruken av legespesialistene. *Statistisk analyser* 56. Oslo: Statistisk Sentral Byrå - Helse- og omsorgstjenester, 2000: 41-52.
37. Nord E, Dahl E. Socioeconomic status and the use of public hospitals in Norway. *Sociol Health Illn* 1989; 11: 409-16.
38. Ringård Å. Skaper pasienters adgang til fritt å kunne velge sykehus sosiale ulikheter i tilgang til spesialisthelsetjenesten? 2006.
39. Arnesen KE, Erikssen J, Stavem K. Gender and socioeconomic status as determinants of waiting time for inpatient surgery in a system with implicit queue management. *Health Policy* 2002; 62: 329-41.
40. Oksholm T. Livet de første månedene etter en lungekreftoperasjon. 2006.
41. Grøtvedt L, Gimmestad A. Helseprofil for Oslo - Eldre. Helseprofil for Oslo : 3-51. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2002.
42. Suominen-Taipale AL, Koskinen S, Martelin T et al. Differences in older adults' use of primary and specialist care services in two Nordic countries. *European Journal of Public Health* 2004; 14: 375-80.
43. van Roy B, Grøholt B, Heyerdahl S, Clench-Aas J. Similarities and discrepancies between children's and parents assessment of the children's mental health: Part two: Effect of relational and sociodemographic factors on patterns of agreement and disagreement. 2006. (submitted for publication)

44. Israel KP. Parent Involvement in the Mental Health Care of Children and Adolescents - Empirical Studies from Clinical Care Setting. University of Bergen, 2006.
45. Rossow I, Holst D. Legislation and reality in public dental services in Norway: dental health services for children and adolescents in 1975 and 1985. *Journal of Public Health Dentistry* 1991; 51: 152-7.
46. Skaret E, Raadal M, Kvale G et al. Missed and cancelled appointments among 12-18-year-olds in the Norwegian Public Dental Service. *European Journal of Oral Sciences* 1998; 106: 1006-12.
47. Svalund J. Velferdsstatens siste hull? 2005: 1-7. Oslo: SSB, 2005.
48. Grytten J. The effect of the price of dental services on their demand and utilisation in Norway. *Community Dental Health* 1991; 8: 303-10.
49. Grytten J, Holst D, Laake P. Accessibility of dental services according to family income in a non-insured population. *Social Science & Medicine* 1993; 37: 1501-8.
50. Holst D, Grytten J, Skau I. Den voksne befolknings bruk av tannhelsetjenester i Norge i 2004. 115: 212-216. Oslo, 2005.
51. Norheim PW. The use of dental services in a population in Northern Norway. *Acta Odontologica Scandinavica* 1979; 37: 285-92.
52. Treldal K, Oustad B. [Dental health habits of 40-year old patients in Aust-Agder county. Dental status of non-recall patients]. [Norwegian]. *Norske Tannlaegeforenings Tidende* 1990; 100: 328-32.
53. Berge KA, Fylkesnes K. [Dental health and dental attendance among 25- and 40-year olds]. [Norwegian]. *Norske Tannlaegeforenings Tidende* 1991; 101: 408-12.
54. Sogaard AJ, Aaro LE, Heloe LA. Irregular users of dental services among Norwegian adults. *Acta Odontologica Scandinavica* 1987; 45: 371-81.
55. Grytten J, Holst D. Do young adults demand more dental services as their income increases? *Community Dentistry & Oral Epidemiology* 2002; 30: 463-9.
56. Rise J. Evaluation of social inequality of use of dental services in Norway. *Community Dentistry & Oral Epidemiology* 1985; 13: 57-60.
57. Rise J, Holst D. Causal analysis on the use of dental services among old-age pensioners in Norway. *Community Dentistry & Oral Epidemiology* 1982; 10: 167-72.
58. Grytten J. How age influences expenditure for dental services in Norway. *Community Dentistry & Oral Epidemiology* 1990; 18: 225-9.
59. Berglund A, Lindmark G. The impact of obstetric risk factors and socioeconomic characteristics on utilization of antenatal care. *Journal of Public Health Medicine* 1998; 20: 455-62.

60. Halldorsson M, Cavelaars AE, Kunst AE et al. Socioeconomic differences in health and well-being of children and adolescents in Iceland. *Scandinavian Journal of Public Health* 1999; 27: 43-7.
61. Darj E, Lindmark G. [Not all women use maternal health services. Language barriers and fear of the examination are common]. [Swedish]. *Lakartidningen* 2002; 99: 41-4.
62. Hakansson A, Cars H, Petersson C et al. What factors are of importance for infants' use of health and medical care during the first 18 months? *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 1996; 14: 171-6.
63. Vuorinen HS. Family resources and children's use of primary health care services in Finland in 1979. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1990; 18: 241-7.
64. Ahmad AW, Dag E, Kurt S. The influence of sociodemographic characteristics on health care utilisation in a Swedish municipality. *Uppsala Journal of Medical Sciences* 2004; 109: 33-42.
65. Burstrom B. Increasing inequalities in health care utilisation across income groups in Sweden during the 1990s? *Health Policy* 2002; 62: 117-29.
66. Elofsson S, Uden AL, Krakau I. Patient charges--a hindrance to financially and psychosocially disadvantage groups seeking care. *Social Science & Medicine* 1998; 46: 1375-80.
67. Gerdtham UG, Sundberg G. Equity in the delivery of health care in Sweden. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1998; 26: 259-64.
68. Haglund B, Rosen M. [The welfare wall is cracked. Low-educated people are not favoured by health services]. [Swedish]. *Lakartidningen* 1996; 93: 3672-7.
69. Westin M, Ahs A, Brand PK et al. A large proportion of Swedish citizens refrain from seeking medical care--lack of confidence in the medical services a plausible explanation? *Health Policy* 2004; 68: 333-44.
70. Lagerlund M, Maxwell AE, Bastani R et al. Sociodemographic predictors of non-attendance at invitational mammography screening--a population-based register study (Sweden). *Cancer Causes & Control* 2002; 13: 73-82.
71. Ahlmaa-Tuompo J, Linna M. The socio-economic and demographic context of children's emergency injury visits in Helsinki in 1991-1994. *European Journal of Emergency Medicine* 1998; 5: 429-40.
72. Ahlmaa-Tuompo J, Linna M, Kekomaki M. Impact of user charges and socio-economic environment on visits to paediatric trauma unit in Finland. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1998; 26: 265-9.
73. Landell NE. [The stream to the emergency departments--theories and reality]. [Swedish]. *Nordisk Medicin* 1977; 92: 313-6.
74. Laursen B, Frimodt-Moller B. [Socioeconomic differences in accident-related health care]. [Danish]. *Ugeskrift for Laeger* 2005; 167: 1855-8.

75. Lindstrom K, Engstrom S, Bengtsson C et al. Determinants of hospitalisation rates: does primary health care play a role? *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2003; 21: 15-20.
76. Magnusson G. The use and abuse of accident and emergency departments--the Stockholm experience. *World Hospitals* 1979; 15: 170-2.
77. Magnusson G. Utilization of a hospital emergency department in Stockholm. The effects of age, sex and marital status. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1980; 8: 141-8.
78. Norredam M, Krasnik A, Moller ST et al. Emergency room utilization in Copenhagen: a comparison of immigrant groups and Danish-born residents. *Scandinavian Journal of Public Health* 2004; 32: 53-9.
79. Gulbrandsen P, Fugelli P, Hjortdahl P. General practitioners' knowledge of their patients' socioeconomic data and their ability to identify vulnerable groups. *Scand J Prim Health Care* 1998; 16: 204-10.
80. Gulbrandsen P, Fugelli P, Sandvik L et al. Influence of social problems on management in general practice: multipractice questionnaire survey. *BMJ* 1998; 317: 28-32.
81. Hjern A, Haglund B, Rasmussen F et al. Socio-economic differences in daycare arrangements and use of medical care and antibiotics in Swedish preschool children. *Acta Paediatrica* 2000; 89: 1250-6.
82. Hjern A, Haglund B, Rosen M. Socioeconomic differences in use of medical care and antibiotics among schoolchildren in Sweden. *European Journal of Public Health* 2001; 11: 280-3.
83. Holstein BE, Ito H, Due P. [Social inequalities in child health status]. [Danish]. *Ugeskrift for Laeger* 1990; 152: 2910-3.
84. Elstad JI, Dahl E, Hofoss D. [Skewed income distribution and geographical mortality differences]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2005; 125: 3082-4.
85. Elstad JI, Dahl E, Hofoss D et al. Associations between relative income and mortality in Norway: a register-based study [Skewed income distribution and geographical mortality differences]. *Eur J Public Health* 2006.
86. Rognerud MA, Zahl PH. Social inequalities in mortality: changes in the relative importance of income, education and household size over a 27-year period. *Eur J Public Health* 2006; 16: 62-8.
87. Kravdal O. [Social inequalities in cancer survival]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1999; 119: 1577-83.
88. Honkala E, Kuusela S, Rimpela A et al. Dental services utilization between 1977 and 1995 by Finnish adolescents of different socioeconomic levels. *Community Dentistry & Oral Epidemiology* 1997; 25: 385-90.

89. Milen A, Laaksonen T, Tala H. Use of children's oral health services in Finland with special reference to heavy consumption. *Community Dentistry & Oral Epidemiology* 1988; 16: 22-6.
90. Antoft P. Utilization of the Danish Youth Dental Care Scheme among 1655 16-22-year-old males and females. *Community Dentistry & Oral Epidemiology* 1983; 11: 18-24.
91. Scheutz F, Heidmann J. Determinants of utilization of dental services among 20- to 34-year-old Danes. *Acta Odontologica Scandinavica* 2001; 59: 201-11.
92. Lavstedt S, Eklund G. [Importance of certain factors for the frequency of dental visits. Statistical study I]. [Swedish]. *Tandlakartidningen* 1977; 69: 538-48.
93. Petersen PE. Dental visits and self-assessment of dental health status in the adult Danish population. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 1984; 2: 167-73.
94. Stahlacke K, Soderfeldt B, Unell L et al. Changes over 5 years in utilization of dental care by a Swedish age cohort. *Community Dentistry & Oral Epidemiology* 2005; 33: 64-73.
95. Bagewitz IC, Soderfeldt B, Palmqvist S et al. Dental care utilization: a study of 50- to 75-year-olds in southern Sweden. *Acta Odontologica Scandinavica* 2002; 60: 20-4.
96. Hjern A, Grindefjord M, Sundberg H et al. Social inequality in oral health and use of dental care in Sweden. *Community Dentistry & Oral Epidemiology* 2001; 29: 167-74.
97. Osterberg T, Era P, Gause-Nilsson I et al. Dental state and functional capacity in 75-year-olds in three Nordic localities. *Journal of Oral Rehabilitation* 1995; 22: 653-60.
98. Osterberg T, Lundgren M, Emilson CG et al. Utilization of dental services in relation to socioeconomic and health factors in the middle-aged and elderly Swedish population. *Acta Odontologica Scandinavica* 1998; 56: 41-7.
99. Suominen-Taipale AL, Nordblad A, Alanen P et al. Self-reported dental health, treatment need and attendance among older adults in two areas of Finland. *Community Dental Health* 2001; 18: 20-6.
100. Palmqvist S. Utilization of dental services in an elderly population. *Swedish Dental Journal* 1989; 13: 61-8.

7 Vedlegg: Søkestrategi

1. exp Health Services/ut [Utilization]
2. exp "Delivery of Health Care"/ut [Utilization]
3. exp Primary Health Care/ut [Utilization]
4. exp Socioeconomic Factors/
5. 1 or 2 or 3
6. 5 and 4
7. (norway or norwegian\$ or sweden or swedish\$ or denmark or danish\$ or finland or finnish or iceland\$ or nordic or scandinavia\$).mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]

1. exp Health Services/ut [Utilization]
2. exp "Delivery of Health Care"/ut [Utilization]
3. exp Primary Health Care/ut [Utilization]
4. exp Socioeconomic Factors/
5. 1 or 2 or 3
6. 5 and 4
7. Meta-analysis/
8. meta analy\$.tw.
9. metaanaly\$.tw.
10. meta analysis.pt.
11. ((systematic or comprehensive or literature or quantitative or critical or integrative or evidence\$) adj2 (review\$1 or overview\$1)).tw.
12. literature study.tw.
13. (critical adj (appraisal or analysis)).tw.
14. exp Review Literature/
15. cochrane.ab.
16. medline.ab.
17. embase.ab.
18. (psychlit or psyclit).ab.
19. (psychinfo or psycinfo).ab.
20. (cinahl or cinhal).ab.
21. science citation index.ab.
22. bids.ab.

23. cancerlit.ab.
24. reference list\$.ab.
25. bibliograph\$.ab.
26. hand-search\$.ab.
27. relevant journals.ab.
28. manual search\$.ab.
29. selection criteria.ab.
30. data extraction.ab.
31. 29 or 30
32. review.pt.
33. 31 and 32
34. or/7-28,33
35. comment.pt.
36. letter.pt.
37. editorial.pt.
38. animal/
39. human/
40. 38 not (38 and 39)
41. or/35-37,40
42. 34 not 41
43. 6 and 42

I tillegg er det søkt generelt på internett og i sidene til spesielle instituttene som f. eks. OECD, FHI, SSB osv. Spesifikke litteratur søk i PubMed er gjort på navnene til de som har skrevet om feltet for å være sikkert på at det foreligger ikke mer forskning fra de. Og til sist, men ikke minst, er en god del forskning blitt muntlig informert om.