

Olik eller ojämlik hälsa?

Urban Janlert

Vad lägger vi in i begreppet "ojämlik hälsa"? Utifrån de engelska termerna *inequality* och *inequity* kan ojämlikhet definieras som orättvis olikhet. I artikeln diskuteras ett par skilda uppfattningar om vad som är rättvisa i hälsosammanhang och vilka olikheter som brukar betraktas som ojämlika. Vanligen analyseras ojämlikheten mellan olika grupper (t.ex. socialgrupper), men det är också möjligt att studera ojämlikheten som ett individuellt fenomen, t.ex. i form av ojämlik fördelning av hälsan i hela befolkningen. Strategier för att hantera ojämlikheten kan röra både orsaker, ohälsan och konsekvenser av ohälsa. I artikeln berörs också motsättningen mellan frihet och jämlikhet. Kan vi skapa jämlik hälsa utan att vara auktoritära?

Urban Janlert är socialmedicinare verksam vid samhällsmedicin, Västerbottens läns landsting och vid institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Umeå universitet.

Vad menar vi då vi säger att vi vill minska ojämlikheten i hälsa? Trots att just denna önskan återkommer i en rad dokument (från den globala WHO-nivån ned till uttalande på landstingsnivå) är svaret ingalunda trivialt. Inneböörden kan knappast vara att vi vill att alla människor skall leva precis lika länge eller vara precis lika mycket sjuka eller friska. Vi nickar mer instämmande till ett påstående att det är orimligt att arbetare skall ha en så

mycket kortare medellivslängd än tjänstemän. Mer var går gränsen mellan de skillnader som vi accepterar och de som vi vill göra något åt?

Ett sätt att starta resonemanget är att ta utgångspunkt i de två engelska uttrycken *inequality* respektive *inequity*. Medan *inequality* rätt och slätt betyder olikhet, så ligger i begreppet *inequity* någon form av orättvis olikhet – *inequity* betyder alltså en olikhet (*inequality*) som vi anser obefogad eller orättmätig. Det förefaller mig rimligt att översätta "inequality" med *olikhet* och "inequity" med *ojämlikhet*.

Vissa författare lägger i begreppet ojämlikhet (*inequity*) att förhållandet skall vara orsakat av människan eller påverkbart av människan [1]. "Ojämlikhet" skulle på så sätt vara förknippat med förhållanden som vi – åtminstone teoretiskt – kan göra något åt. Men det finns många som avvisar en sådan uppfattning av det skälet att även tillstånd som är medfödda eller tillstånd som inte går att göra något åt kan uppfattas som ojämlika. Så kan man t.ex. tycka att det är orättvist att man har fötts med anlag för en allvarlig sjukdom som inte kan botas.

Så fort vi anser att olikheten på något sätt

Olikhet (inequality) betyder rätt och slätt att människor har olika egenskaper i något avseende, medan ojämlikhet (inequity) innebär att dessa skillnader betraktas som orättvisa

är orättvis så blir den alltså till ojämlikhet. Vi kan därför ibland vara oense om när olikheten är ojämlik och alltså, åtminstone moraliskt, påfordrar att vi gör något. Vi vet t.ex. att ju längre utbildning en människa har, desto större är sannolikheten för ett långt och friskt liv. Om vi i första hand betraktar utbildningens längd som ett resultat av individens egna ambitioner och ansträngningar så skulle denna olikhet i livslängd inte vara så mycket att säga om – den skulle vara ett uttryck för olikhet, men knappast ojämlikhet. Vi väljer själva hur mycket vi vill utbilda oss. Men om vi ser utbildningens längd som i och för sig ett utflöde av individens ambitioner och ansträngningar samtidigt som vi ser att dessa insatser stimuleras i vissa miljöer medan de motarbetas i andra så blir resonemanget annorlunda. Att ambitioner och ansträngningar till stora delar har en annan grund än den egna viljan gör blir saken mer komplicerad. Beroende på perspektiv kan det som först bara var olikhet övergå till att bli ojämlikt.

Det bör kanske infogas att även om den engelska terminologin enligt ordböcker och vissa författare kan te sig nog så självklar är begreppen ingalunda självklara i alla sammanhang. Inget av orden finns som sökord (s.k. mesh-term) i den mest omfattande medicinska databasen, Medline. Termen *inequality* finns dock i sökstrukturen kopplad till begreppet *socioeconomic factors*. *Inequity* är däremot närmast ett okänt begrepp. Skall man söka efter ojämlikhet här får man trots allt söka på *inequality* (vilket idag ger ca 146.000 träffar) – söker man på *inequity* får man däremot bara 250 träffar.

Vad är rättvisa?

Den föreslagna definitionen av ojämlikhet kräver på något sätt att man klargör vad som

Endast sådana olikheter är rättvisa som är till största möjliga nytta för de sämst ställa

kan anses vara rättvist respektive orättvist. Att det råder rättvisa betyder att de skillnader i omständigheter som finns mellan människor är just de skillnader som man uppfattar bör finnas. Men vilka skillnader som bör finnas kan man ha olika uppfattning om. Filosofen Robert Nozick hävdar i sina tidiga arbeten att man är berättigad till vad man har, förutsatt att man fått det på ett rättmätigt sätt (exemplifierat som ersättning för ett arbete man utfört eller något som man ärvt). Det är proceduren hur man kommit i besittning av något som avgör om något är rättvist eller inte. Medfödda missbildningar är enligt Nozick rättvisa. Varje försök att påverka utnyttjandet av vård som innebär ett ingrepp mot marknadsprinciperna (t.ex. subventionering av hälso- och sjukvård till fattiga) är däremot orättvisa [2].

En diametralt motsatt uppfattning har lanserats av filosofen John Rawls [3]. Endast sådana olikheter är rättvisa som är till största möjliga nytta för de sämst ställa. I andra fall föreligger ojämlikhet. I stället för att maximera hälsan för alla i samhället (som utilitaristerna vill) anser han att man skall maximera hälsan för dem som har det sämst ställt.

Drivkraften bakom en sådan ordning är inget altruistiskt engagemang för dem som har det dåligt, utan risken att man själv skulle hamna i en sådan situation. Om man riskerar att få det sämst, då är man motiverad att se till att de sämst ställda ändå får det relativt hyggligt.

Vilka olikheter är ojämlikheter

Vi uppfattar det idag inte som något större mått av ojämlikhet att äldre människor är mer

sjuka än yngre. Det är tidens gång, som på något sätt drabbar alla som får chansen att leva länge. Det är möjligt att vi kommer att se an-norlunda på den saken om några år men idag är nog skillnaden i hälsa mellan åldrar mer att betrakta som olikhet än ojämlikhet. Att kvinnor lever längre än män har också länge betraktats som mer eller mindre självklart – men saken diskuteras nu på ett sätt som lyfter fram betydelsen av livsstil och risktagande [4]. Den här olikheten är kanske på väg att bli en ojämlikhet.

Minst omstridd är nog etiketten "ojämlikhet" då det gäller skillnader i hälsa mellan grupper med olika utbildning, social status, etnicitet och inkomster. Även geografiska skillnader (stad och land, norr och söder) lyfts av och till fram som exempel på ojämlikhet i hälsa, för att inte tala om de synnerligen stora skillnaderna i hälsa mellan olika geopolitiska block (jämför t.ex. hälsosituationen i södra Afrika med den i EU).

I och med att vi har använt etiketten "ojämlik" har vi sagt att det här är något som vi inte gillar. Det borde inte vara någon skillnad i hälsa mellan fattig och rik, hög och låg, infödd eller invandrare. Därför kallar vi dessa olikheter för ojämlikheter.

Lika risk eller lika ohälsa

Det kan vara meningsfullt att skilja mellan två olika typer av olikhet och ojämlikhet, nämligen förutsättningar och resultat. Om vi kallar förutsättningarna eller utgångspunkterna för *risk*, kan vi kalla resultatet eller följderna för *ohälsa*. Frågan är då: är det i första hand jämlikhet beträffande risk eller jämlikhet beträffande hälsa som vi eftersträvar?

Visserligen talar vi för det mesta om jämlikhet då det gäller utfallet (hälsan), men om vi samtidigt vill slå vakt om individernas möj-

Är det i första hand jämlikhet beträffande risk eller hälsa som vi eftersträvar?

ligheter att själva forma sina egna liv kanske jämlikhet i risk vore mer meningsfullt: Om vi alla har samma utgångsläge (risk) skulle sådana hälsoskillnader som är ett resultat av ett medvetet val som man har full kontroll över (t.ex. att man väljer att leva på ett visst sätt trots att man vet att detta avsevärt ökar risken för ohälsa på grund av att man värdesätter denna livsstil högre än de sannolika negativa konsekvenser som kommer att bli följden längre fram) inte längre betraktas som ojämlika, bara som olika.

Ojämlikhet som individ- eller gruppfenomen

Vanligen menar vid med ojämlik hälsa att vissa grupper har sämre hälsa än andra – att rika är friskare än fattiga, eller att människor bosatta på landet har kortare medellivslängd än människor som bor i staden. Men man kan också tänka sig att ojämlikhet innebär att individer skiljer sig mycket från varandra i hälsa. Inom ekonomin har man länge karakteriserat inkomstens fördelning i en befolkning med hjälp av den s.k. ginikoefficienten som är 0 om inkomsterna är fullkomligt lika fördelade i en befolkning och 1 om de är maximalt olika (t.ex. att all inkomst i gruppen uppbärs av en person medan alla andra saknar inkomst). På motsvarande sätt skulle man kunna konstruera en "hälsans ginikoefficient" som ett numeriskt uttryck för hälsans fördelning i en befolkning. Frågan är: vilket av dessa mått är mest intressanta ur ett folkhälsoperspektiv [5]?

Ojämlikhet som gruppfenomen har en viktig egenskap, nämligen att den kan ge oss en

viss vägledning om vad som är orsaken till ojämlikheten. Finner vi att det finns stora skillnader i hälsa i ett samhälle så kan detta ju tänkas bero på en mängd olika faktorer. Men ser vi på t.ex. den sociala stratifieringen av ohälsa så har vi genast ett första analysverktyg – kan det vara något i denna skiktning av människor på olika nivåer i en social hierarki som kan förklara varför denna skillnad uppstått och vidmakthålls?

Vad kan vi göra åt ojämlikheten?

Hur kan då de orättvisa skillnaderna minskas? Uppenbarligen behövs insatser på olika nivåer. Med en inom folkhälsoområdet känd begreppsapparat skulle vi kunna tala om primär, sekundär och tertiär prevention av ojämlikheten.

Den primära preventionen handlar om att förhindra att ojämlikhet över huvud taget uppträder genom att ge alla så likvärdiga förutsättningar som möjligt. Här vill vi alltså angripa risken. För att åstadkomma likvärdiga förutsättningar tvingas man ibland intervensera mycket olika, både vad gäller arten och graden av insatserna. Sådant skulle ju kunna betraktas som ojämlikt, om nu inte målet vore att faktiskt åstadkomma jämlikhet.

Den sekundära preventionen handlar om att när sjukdomen ändå är ett faktum så skall man försöka se till att den drabbar människorna så jämlikt som möjligt. Vi tar vanligen fasta på det och prioriterar insatserna efter graden av medicinsk angelägenhetsgrad (inte efter inkomst eller andra förhållanden). Hälso- och sjukvårdslagen uttrycker detta som "vård på lika villkor".

Det mest omfattande området för insatser handlar om att kompensera de personer som har nedsatt hälsa på olika sätt så att de – trots sin ohälsa – skall kunna leva ett så normalt liv som möjligt. Vi kan kalla det för tertiära

preventionen när vi försöker se till att personer som är sjuka, har kroppsfel, handikapp eller på annat sätt har nedsatt hälsa på olika sätt ändå skall få tillgång till så mycket som möjligt som de skulle ha haft tillgång till om de nu inte drabbats av det aktuella hälso-problemet. Även om man är rullstolsbunden skall man kunna gå på bio, handla i varuhus och besöka vänner och bekanta. Man kan eliminera många konsekvenserna av ett handikapp genom samhällseliga insatser. Om vi valt andra signalfärger än just rött och grönt hade en stor del av befolkningen drabbats mindre av sitt handikapp med färgblindhet.

Frihet eller jämlikhet?

En klassisk debattfråga är om jämlikheten är förenlig med frihet [6,7]. Det är inte ovanligt att man målar upp en motsättning mellan frihet och jämlikhet. För att åstadkomma en jämlik hälsa måste man agera auktoritärt, heter det. Får individen själv bestämma om skola och pensionsfond och får man ansvaret att själv förhandla om sin lön är det inte så märkligt att ohälsoklyftorna växer. Motargumentet heter att friheten är en förutsättning för jämlikheten: det auktoritära samhället kan möjligtvis skapa likhet, men inte jämlikhet.

När olikhet är ojämlikhet

"Alla djur är lika, men några djur är likare än andra" heter det i Georg Orwells "Djurfärmen" när Jarl Hammarberg-Åkesson översätter det motto som grisarna spikat upp på väggen. Att hävda att vissa skulle vara mer lika än andra skulle vi väl uppfatta som höjden av ojämlikhet. Det finns ingen rättvis ojämlik-

"Alla djur är lika, men några djur är likare än andra"

het. Per definition kallar vi sådan olikhet som vi betraktar som orättvis för ojämlikhet.

REFERENSER

1. Le Grand J. The strategy of equality: redistribution and the social services. London: Allen & Unwin, 1982.
2. Nozick R. Anarki, stat och utopi. Stockholm: Ratio, 1986.
3. Rawls J. En teori om rättvisa. Göteborg: Daidalos, 1999.
4. Hemström Ö. Male susceptibility and female emancipation: studies on the gender difference in mortality. Stockholm: Almqvist & Wiksell international, 1998.
5. Murray CJL, Frenk J, Gakidou EE. Measuring health inequality: challenges and new directions. I Leon D, Walt G (red.): Poverty inequality and health – an international perspective. Oxford: Oxford university press, 2001, ss. 194-216.
6. Letwin W (ed.). Against equality. London: Macmillan, 1983.
7. Norman R. Free and equal. A philosophical examination of political values. Oxford: Oxford university press, 1987.

PSYKOLOGPARTNERS W&W AB

anordnar utbildning i

Counseling/behandling utifrån Kognitiv Beteendeterapi

Målgrupp: Behandlingspersonal (ex socionomer, sjuksköterskor, socialpedagoger, beteendevetare) inom hälso-/sjukvård och socialtjänst.

Innehåll: Utbildningen syftar till att ge deltagaren teoretiska och praktiska färdigheter i kognitiv beteendeorienterad counseling att använda i det dagliga arbetet. Målet är att deltagarna efter utbildningen skall ha goda kunskaper i att göra beteendeanalys/problemanalys/målformulering, behandla vanliga ångestsörningar, depressioner, kriser, relationsproblem och beteendemedicinska problem genom beteende- och kognitiva interventioner. Andra områden som behandlas är bl a etik, professionellt förhållningssätt, diagnostik, självskattningsformulär och counseling metodik.

Undervisningsform: Grunden är PBL - problem baserat lärande. Deltagarna förutsätts att vara aktiva under hela utbildningen. Kursdagarna varvas mellan arbete med fall och vinjetter i mindre grupper och metodseminarier då olika praktiska moment övas. Metodseminarierna har tydlig tillämpningskaraktär - "hur gör man?". Under termin 2 och 3 kommer det praktiska patientarbetet mer i fokus med handledning på egna fall parallellt med fortsatta metodseminarier och fördjupning inom de olika problemområdena. Den mesta av litteraturen är på engelska.

Omfattning: Tre terminer (10 heldagar / termin)

Pris: 14.000 kr exklusive moms per termin (litteratur ingår).

Plats: Utbildningarna startar i augusti/september i Göteborg, Malmö och Stockholm. Varje kurs har plats för 24 deltagare.

Anmälan och frågor: Kontakta Håkan Wisung (tel: 013-353694 eller 0706-346110), Olle Wadström (013-143070 eller 0708-616161) - kursansvariga (båda leg. psykolog/leg. psykoterapeut/ handledare) - eller Magnus Stalby (0733-742977) för mer information och anmälan.

E-mail: hakan.wisung@telia.com eller olle.wadstrom@swipnet.se

Adress: Psykologpartners W&W, Engelbrektsplan 1, 581 21 Linköping