

# Styresak

---

Går til: Styremedlemmer  
Føretak: Helse Vest RHF  
Dato: 25.02.2011  
Sakhandsamar: **Gjertrud Jacobsen og Anne May Sønstabø**  
Saka gjeld: **Likeverdige helsetenester**

**Arkivsak**  
2011/77/  
**Styresak 035/11 B**

**Styremøte 15.03. 2011**

---

## Forslag til vedtak

Styret i Helse Vest RHF tek saka til orientering med følgjande presisering:

- Høgt fokus på arbeidet med rett prioritering, bruk av kliniske retningsliner og å unngå fristbrot skal halde fram.
- Det må gjerast ei vurdering av korleis ein skal sikre innspel frå alle aktuelle brukargrupper, også dei som ikkje er representert i brukarutvalet i Helse Vest.

## Oppsummering

Helsesituasjonen i befolkninga er gjennomgåande god, men det er sosial skilnad i helse i Noreg. Saka har fokus på sosial skilnad i bruk av helsetenester, kva for grep som blir gjort i Helse Vest og kva som kan gjerast framover for å sikre likeverdige helsetenester til alle ulike sosiale grupper. Svært mange ulike faktorar kan påverke sosial skilnad i bruk av helsetenester og nokre av dei viktigaste, inntekt og utdanning, er forhold som spesialisthelsetenesta ikkje kan påverke. Likevel er det grunn til å tru at medisinsk utvikling vil gjere at nye behandlingsmetodar i større og større grad vil påverke utvikling i levealder. Derfor må vi ha høg fokus på å sikre likeverdige helsetenester ikkje berre geografisk, men også sosialt.

Til slutt i saka er det peika på ei rekke forhold som er med å bidra til at vi sikrar likeverdige helsetenester i Helse Vest og kva vi bør gjere for å følgje dette opp framover.

## Fakta

### Innleiing

Under eventuelt, sak 80/10, blei temaet likeverdige helsetenester tatt opp i styret. Det blei vist til ein studie frå Folkehelseinstituttet som viser at aukinga i levealder hovudsakeleg skjer i dei mest ressurssterke gruppene i befolkninga og at det er store forskjellar mellom ulike grupper.

Styret ønskte ei styresak for å belyse dette, og for å vurdere tiltak for å sikre at tenestetilbodet er likt til alle grupper i befolkninga. Styresaka bør belyse mogleg samarbeid med instansar som jobbar med folkehelse, og ein bør vurdere om arbeidet med "helseatlas" i Hordaland for om lag 10 år sidan kan belyse dette.

På denne bakgrunn blir det lagt fram sak for styret i Helse Vest om likeverdige helsetenester og kva Helse Vest eventuelt kan gjere for å sikre likeverdige helsetenester i regionen.

### Likeverdige helsetenester – krav i lova

Det følgjer av lov om helseforetak §1 at "...helseforetakenes formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn ..".

Likeverdige helsetenester blir i det følgjande definert som likeverd i tilgjenge, bruk og resultat jf. St. meld. nr. 20. (2006 – 2007) og høyringsgrunnlaget for Nasjonal helse- og omsorgsplan hausten 2010.

### Definisjonar og omgrep

#### *Sosial skilnad i helse*

Det ei kjennsgjering at sjølv om helsesituasjonen i befolkninga gjennomsnittleg er god, er det store forskjellar mellom ulike sosiale grupper og dermed sosial skilnad i helse i Noreg. Årsakene til dette er samansette, men utdanningsnivå og inntektsnivå er faktorar som i stor grad blir peika på som årsak til skilnad i helse mellom individa i samfunnet.

#### *Sosial skilnad i bruk av helsetenester*

Sosial skilnad i bruk av helsetenestene er ei problemstilling som er meir isolert inn mot vår sektor, spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta. Spørsmålet ein kan stille seg er om det er andre faktorar enn *behov* som spelar inn i bruken av tenester i vår sektor, og om desse kan knytast opp mot sosiale skiljelinjer.

### Sentrale dokument som omhandlar temaet "sosiale skilnader i helse"

**Stortingsmelding nr. 20 (2006 – 2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller** er regjeringa sin langsiktige strategi for å redusere sosial ulikskap i helse.

Meldinga beskriv at den gjennomsnittlege forventa levealderen i Noreg er høg, spedbarnsdødeligheita er låg og folk flest vurderer si eiga helse som god. Men gjennomsnittstala skjuler store skilnader. Levealder aukar mest i grupper med lang utdanning. Ein finn sosial ulikskap i helse nesten uansett korleis ein måler sosial posisjon og kva for mål på helse som blir nytta.

Det blir peika ut fire overordna satsingsområde for å nå mål om å redusere sosial ulikskap i helse:

- Redusere sosiale skilnader som bidrar til ulikskap i helse
- Redusere sosiale skilnader i helseatferd og bruk av helsetenester
- Målretta innsats for sosial inkludering
- Utvikle kunnskap og sektorovergripande verktøy

Betring av folkehelsa er nært knytt til faktorar utanfor helsetenesta, men i følgje Nasjonalt folkehelseinstitutt er det sannsynlig at medisinsk teknologi i framtida vil redusere dødeligheita ytterligare og føre til at helsetenesta vil bli stadig viktigare for betringa av folkehelsa. Det er derfor viktig at helsetenesta ikkje forsterkar de sosial skilnadene, men bidrar til sosial utjamning i helse.

Kunnskapen om sosiale skilnader i tilgang til helsetenester, bruk av helsetenester og behandlingresultat er mangelfull. Meir forskning og kartlegging på området er nødvendig for å kartlegge kva forhold som bidreg til sosiale skilnader i bruk av helsetenester og kva forhold som kan motverke desse.

Informasjon og god kommunikasjon er ein føresetnad for eit godt behandlingresultat. Ofte er det sterk forventning om at brukarane av offentlege tenester også i kulturell forstand er like, eller at dei opptre som majoritetsbefolkninga når de nyttar helsetenester. Spesielt overfor minoritetspråklige pasientar er det viktig at helsepersonell sikrar at språklige eller kulturelle skilnader i minst mogleg grad har negativ innverknad på nytten av behandlinga.

Meldinga drøfter ei rekke vridingsmekanismar som kan skape ulikskap i bruk av helsetenester og virkemiddel som kan bidra til å utjamne sosial ulikskap i helse:

Vridingsmekanismar:

- Organisering av tenesta kan gjøre terskelen for høg for enkelte grupper i ein vanskelig livssituasjon.
- Juridiske rettar kan virke sosialt ulikt fordi det krev ressursar å hevde rettar.
- Auka grad av brukarval kan favorisere dei som har kompetanse til å velje.
- Finansieringssystem kan føre til vriding bort frå pasientar og oppgåver som ikkje blir omfatta av ordninga, noko som kan ramme pasientar med kroniske og samansette lidingar.
- Eigendelar reduserer etterspørselen etter nødvendige og unødvendige tenester, og gjeld aller mest dei som har dårlegast råd.
- Helsetenesteforsikringar og privatfinansierte helsetilbod kan føre til skilnader og undergrave føremålet med eigenbetalingsordninga, og dempe etterspørselen etter lågt prioriterte helsetenester.

Virkemiddel:

- Vurdere endringar i eigenbetalingsordningane med sosial utjamning som eit viktig aspekt.
- Vidareutvikle tilbod av helsetenester med låg terskel
- Utvikle indikatorar på kvalitet og prioritering i spesialisthelsetenesta som inkluderer mål på sosiale skilnader i tilgjenge
- Legge vekt på fordelingseffektar ved innføring av nye eller endra styringsmekanismar i helsesektoren både når det gjeld juridiske, finansielle, organisatoriske og pedagogiske styringsvirkemidlar
- Gjennomføre kartlegging av sosiale skilnader i helsetenestebruk
- Styrke forskning på forhold som bidrar til sosiale skilnader i tilgjenge til og kvalitet på helsetenester
- Sørgje for at sosial utjamning blir vurdert når ein gjer evaluering av reformer i helsetenesta
- På bakgrunn av ny kunnskap, vurdere tiltak for å redusere eventuelle sosiale skilnader bruk av helsetenester

### **Nasjonal helse- og omsorgsplan**

Som eit ledd i arbeidet med Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015), gjennomførte Helse- og omsorgsdepartementet i haust ei høyring jf. styresak 08/11. I høyringsgrunnlaget blei sosial ulikskap og helse behandla i eit eige kapittel som tok utgangspunkt i St. meld. nr. 20 (2006-2007).

Her blir det halde fram at det og er eit viktig mål å sikre likeverdige helse- og omsorgstenester for å førebygge sosial skilnad i helse.

Det er krevjande å få et godt bilde av sosiale mønstre i helsetenestebruken fordi den faktiske bruken må vurderast opp mot behov. Etablering av eit personidentifiserbart norsk pasientregister opnar for nye høve til å studere sosiale skilnader i bruk av helsetenester og ein peikar på ei rekke tiltak for å kartlegge og få meir kunnskap om sosiale skilnader i helse.

Innvandrarbefolkninga blir spesielt trekt fram i høyringsgrunnlaget. Sjølv om vi finn dei same sosiale skilnadene i helse blant innvandrarak som elles i befolkninga, er ein del meir spesifikke helseproblem meir utbredt i enkelte innvandrargrupper enn i andre grupper av befolkninga. Også her blir andre faktorar enn bruk av helsetenester peika på som viktige for sosial likskap i helse. Språklig tilrettelegging er nødvendig for å sikre god informasjon og opplæring. Dei regionale helseføretaka skal sørgje for tolketenester.

### **Helsedirektoratet – arbeid med å utjamne sosiale skilnader i helse**

Helsedirektoratet (H-dir) utgjer årlig rapport om arbeidet med å utjamne sosiale skilnader i helse som ei oppfølging av St. meld. nr. 20 (2006-2007).

H-dir sitt arbeid har høgt fokus på dei faktorene som i størst grad bidreg til helse og skilnader i helse. Fordeling av økonomiske ressursar blir her sett på som avgjerande og det blir peika på at vi tradisjonelt har hatt små skilnader i inntekt i Noreg. Deltaking i arbeidslivet er og viktig for helse, og H-dir peiker på at helsebelastande faktorar i arbeidslivet er ulikt sosialt fordelt. I arbeidet med å redusere skilnader i helse ser H-dir det som viktig å finne ein god balanse mellom breie befolkningsretta tiltak og meir målretta innsats overfor svake grupper.

### **Nasjonalt folkehelseinstitutt**

Nasjonalt folkehelseinstitutt gav i 2007 ut rapporten; Sosial ulikhet i helse – en faktarapport. I rapporten finn ein dokumentasjon som understøtter funna rundt sosial ulikskap i helse. Det blir òg vist til funn som slår fast at ordninga med tilvising til spesialisthelsetenestene kan vera ei barriere som dei mest ressurssterke har best sjanse til å forsera.

Rapporten tar også for seg sosial ulikskap i helse i minoritetsgrupper (innvandrarak og samar). Det blir peika på at innvandrarak er ei ueinsarta gruppe med svært ulike erfaringar og at ein derfor ikkje kan konkludera med at innvandrarak i seg sjølv utgjer ei felles risikogruppe.

### **Bruk av analyseining i Helse Vest**

I 1996 blei det utgitt eit Helse- og levekårsatlas for Hordaland for å kartlegge helsetilstand i Hordaland med fokus på førebyggande helsearbeid som er ei fylkeskommunal oppgåve. Det har vore fremma forslag om å oppdatere dette med ny statistikk og kunnskap, men det er nå etablert ei nasjonal gruppe som skal arbeide fram felles indikatorar for helsetilstanden for å kunne samanlikne tal på ulike nivå, mellom grupper, kommunar og fylkeskommunar. Fokus for dette arbeidet er ulikskap i helse/ helsetilstand.

Det er behov for meir kunnskap om sosial skilnad i bruk av helsetenester. Oppbygging av analyseining i Helse Vest kunne være eit tiltak for å få meir kunnskap om dette området, men behandlingsdata og informasjon frå dei pasientadministrative systema som i dag blir nytta for analyser i Helse Vest er ikkje personidentifiserbare. Dei vil derfor ikkje kunne nyttast til analyse og kartlegging av sosial skilnad i bruk av spesialisthelsetenester. Datagrunnlaget vil seie noko om den geografiske fordelinga av helsetenestene

i regionen. Rettferdig geografiske fordeling er ein grunnleggande premis for likeverdige helsetenester i regionen som er heilt nødvendig, men åleine ikkje tilstrekkelig for førebygge sosial skilnad i bruk av spesialisthelsetenester.

### **Ansvar for førebyggande helsearbeid**

Ansvar for folkehelsearbeidet/primærførebyggande<sup>1</sup> helsearbeid er i dag i stor grad lagt til kommunar og fylkeskommunar og primærførebygging er ein viktig del av dette arbeidet. I tillegg har fylkeskommunane ansvar for å ha oversikt over helsetilstanden i fylket jf. avsnitt om helseatlas over.

Det førebyggande helsearbeidet i spesialisthelsetenesta skal hovudsakeleg være ved etablert skade eller sjukdom (sekundærførebyggande<sup>2</sup>). Det blir spesielt peika på spesialisthelsetenesta sitt ansvar for opplæring av pasientar og pårørande men også opplæring i kommunehelsetenesta som er ei av hovudoppgåvene i spesialisthelsetenesta.

## **Kommentar**

### **Kva gjer Helse Vest for å sikre likeverdige helsetenester og kva meir kan gjerast?**

#### *Prioritering av den einskilde pasient*

Rett prioritering av pasientane etter mest mogleg objektive kriterium er eit tiltak som vil være med å sikre likeverdige helsetenester. For å sikre lik bruk av prioriteringsretteleiarane i regionen er det sett i verk ei rekke tiltak mellom anna knytt til opplæring.

- Helse Vest skal også i 2011 ha høgt fokus på arbeidet med å sikre rett prioritering av den einskilde pasient.

#### *Unngå fristbrot*

Vidare er arbeidet med å fjerne fristbrota i helseføretaka og eit verkemiddel. Ikkje berre fordi pasientane skal ha behandling innan den tid som er medisinsk forsvarleg og juridisk rett, men og fordi det kan være grunn til å tru at ressurssterke pasientar i større grad enn andre vil kunne krevje dei rettar ein har når fristbrot oppstår.

- Helse Vest vil fjerne fristbrot, slik at desse bare opptrer unntaksvis og kortvarig.

#### *Bruk av kliniske retningslinjer*

Bruk av kliniske retningslinjer bidreg til å sikre auka kvalitet på tenestene og til likebehandling av pasientane på tvers av sosial status.

- Helse Vest deltek aktivt i arbeidet med utarbeiding av nasjonale retningslinjer i regi av Helsedirektoratet, og implementering av desse i føretaksgruppa.

#### *Prioritering på tvers av pasientgrupper*

På eit meir overordna nivå gjer vi i regionen også prioritering mellom ulike pasientgrupper for å sikre meir likeverdige helsetenester. Dette skjer både gjennom nasjonalt fokus og opptrappingsplanar og

---

<sup>1</sup> Primærførebygging siktar mot å hindre at problem, skade eller sjukdom oppstår i befolkninga. Vellykka primærførebyggande innsats vil føre til ein reduksjon i talet på nye tilfelle av skade eller sjukdom. Dette er det vi vanlegvis meiner når vi bruker ordet førebygging.

<sup>2</sup> Sekundærførebygging er mellom anna individretta tiltak når det allereie har oppstått sjukdom eller skade for å hindre at tilstanden kjem at eller blir verre.

regionalt arbeid med prioritering av til dømes rus og psykiatri. Prioriteringane som blir gjort med oppbygging av regionale kompetansesentra innan rehabilitering, rusbehandling og eldremedisin er også eit døme på løfte tenestetilbodet til desse gruppene opp på nivå med andre grupper.

- I samband med prosjektet "riktig prioritering i spesialisthelsetenesta" deltek Helse Vest aktivt for å harmonisera prioritering på tvers av ulike medisinske fagområde.

#### *Grupper med særskilde behov*

Når ein skal sikre likeverdige helsetenester er det viktig å identifisera kven som er dei potensielt svakare gruppene, og at det i alle behandlingsledda i helseføretaka eksisterer ein bevisstheit og overordna strategi for å sikre desse gruppene likeverdige tenester. Innvandrarak blir ofte trekt fram som ei potensielt svak gruppe, og eit viktig tiltak i så måte er tolketenestene. Helseføretaka har ansvar for å sikre tolketenester til pasientane når det er behov for det.

Det er viktig å presisere at tolketenester aldri fullt ut kan erstatte direkte kommunikasjon mellom pasienten og behandlar. Sjølv om Helse Vest ikkje kan stå for språkopplæring er språk heilt sentralt for formidling av vital klinisk informasjon og som terapeutisk instrument både innanfor somatikk og psykiatri. Med stadig meir poliklinisk behandling og eigenoppfølging av eigen sjukdom får språkkunnskap stadig større verdi for å dra fullt nytte av helsetenestetilbodet.

Når kommunikasjon mellom pasient og behandlar må skje via tolk, må det vere aksept for at det er behov for ekstra tid, og i mange tilfelle ei tettare oppfølging gjennom behandlinga.

- Likeverdige helsetenester til innvandrarak omfattar og andre element, mange ulike grupper og behov. Det vil bli lagt fram ei eiga sak for styret i Helse Vest om helsetenester til asylsøkarar og papirlause, som er ei av desse gruppene.

#### *Opplæring – kjennskap til helsetenesta*

Vi veit at enkelte innvandrargrupper har lite kunnskap om helsetenesta og her har vi eit ekstra ansvar i forhold til å informere om tenestene våre. Dette kan det nok i mange tilfelle være vel så viktig å rette inn mot den enkelte i møte med helsetenesta, som å gi generell informasjon. Det same kan gjelda også for andre utsette grupper.

Etablering av ordninga med pasientrettleiaren i Helse Vest er eit døme på ei ordning som er etablert for å betre informasjonsarbeidet om rettigheter og helsetenestetilbodet i regionen.

#### *Brukarmedverknad*

Det er i stadig større grad fokus på brukarane sin medverknad i behandlinga. Ein ser at jo meir kunnskap pasienten har om eigen sjukdom, jo betre blir resultatet av behandlinga. Høyringsgrunnlaget knytt til arbeidet med nasjonal helse- og omsorgsplan har òg fokus på å i større grad gjere pasienten ansvarleg i forhold til eigen sjukdom. I denne samanheng er det viktig å ha fokus på at generelle tiltak ofte treff dei med best helse og derfor kan føre til større skilnader. Ein må derfor sikre ekstra tiltak i høve til dei svakaste gruppene.

Brukarutvala både i Helse Vest og i helseføretaka skal sikre brukarane sin medverknad på eit overordna nivå og bidreg også til å sikre likeverdige helsetenester. Det er viktig med geografisk spreiding på medlemmene i utvalet, men det er også viktig at alle sentrale pasientgrupper kan komme med innspel.

- Helse Vest bør gjera ei vurdering av korleis ein skal sikre innspel frå alle aktuelle brukargrupper, også dei som ikkje er representert i brukarutvalet i Helse Vest.

#### *Inntektsmodellen*

I finansieringsmodellane både frå stat til RHF og frå RHF til HF har ein bygd opp modellen rundt analyser av behov i opptaksområda til helseføretaka. Faktorar som har vært vektlagt i dette arbeidet er mellom anna alderssamansetning og sosiale kriterium, og finansieringsmodellen bidreg dermed til at det blir ytt likeverdige helsetenester i heile regionen. Stykkprisfinansiering av nokre tenester kan gjere at desse blir

prioritert høgare enn tenester som ikkje er det, t.d. psykiatri og rus. Risikoen for at dette faktisk skjer, vil imidlertid vera lågare desto lågare ISF-refusjonsgraden er.

- I vidareutvikling av inntektsmodellen må Helse Vest framleis sikre at modellen støtter opp om sosialt likeverdige helsetenester.

## **Konklusjon**

Vi veit at det er sosial skilnad i bruk av helsetenester i Noreg. Helse Vest skal sørge for likeverdige spesialisthelsetenester til alle som treng det når dei treng det, uavhengig av alder, kjønn, bustad, økonomi og etnisk bakgrunn. Det betyr at Helse Vest må ha høgt fokus på at helsetenestene som blir ytt i seg sjølve ikkje skaper sosial skilnad i helse, men bidreg til å utjamne dei sosial skilnadene.

I saka er det trekt fram fleire viktige forhold som er sentrale for å bidra til dette og kva Helse Vest gjer og kan gjere for å førebygge sosial skilnad i bruk av helsetenester.

Saka er utforma som eit grunnlag for drøfting i styret.

Bakgrunnsdokument:

- St. meld.nr 20 (2006 – 2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosial helseforskjeller
- Helsedirektoratets årlige rapport om arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller – Folkehelsepolitisk rapport 2010 IS-1856
- Nasjonal helse- og omsorgsplan – høringsgrunnlag hausten 2010
- Folkehelseinstituttet – Sosial ulikhet i helse. En faktarapport. Rapport 2001:1