



Ójöfnuður í heilsufari á Íslandi

Útdráttur

Inngangur: Erlendar rannsóknir hafa ítrekað sýnt að þeir sem minnst mega sín, þ.e. hafa lág laun, stutta skólagöngu að baki og gegna ófaglærðum störfum eða eru atvinnulausir, búa við meira heilsuleysi og lifa skemur en aðrir. Ójöfnuður í heilsufari þjóðfélagshópa kemur skýrar fram hjá körlum en konum. Umræður um ójafnræði í heilsufari hafa farið lágt hérlendis enda sé hér þjóðfélag þar sem jöfnuður ríki.

Tilgangur: Tilgangurinn með þessari könnun var að athuga hvort ójafnræðis gæti í heilsufari hérlendis.

Efniviður og aðferðir: Með þetta markmið í huga voru skoðaðar niðurstöður íslenskra rannsókna á íslensku þjóðfélagi og heilsufari ólíkra hópa.

Niðurstöður: Niðurstöðurnar benda með ótvíráðum hætti til að ójafnræðis gæti í heilsufari hérlendis. Þeir sem eru verst settir félagslega og fjárhagslega, hafa stutta skólagöngu að baki og sinna ófaglærðum láglæunastörfum búa við verst heilsufar. Þetta kemur skýrar fram hjá körlum en konum.

Ályktanir: Vafi leikur á því hvort jafnt aðgengi að heilbrigðisþjónustu sé lykilatriði til að leysa vandann. Forvarnir og fræðsla þurfa að haldast í hendur við efnahagslegan jöfnuð. Hjúkrunarfræðingar geta gegnt lykilhlutverki í því að stuðla að góðri lýðheilsu. Þekking á þjóðfélaginu er undirstaðan þegar fjallað er um áherslur til heilsueflingar og heilbrigðisáætlun gerð fyrir framtíðina.

Lykilorð: *Ójafnræði, heilsufar, menntun, starf, efnahagur, þjóðfélagshópar*

Abstract

Introduction: Studies have repeatedly shown that those in the lowest social strata, i.e. are low paid, less educated, unskilled or unemployed, are less healthy and live shorter lives than others. The relationship between socioeconomic measures and health is weaker for women than for men. Inequality in health has not been highlighted in Iceland as the Icelandic society is said to be an egalitarian one.

Aim: The aim of this study was to explore if inequality in health exists in Iceland.

Material and methods: For this purpose the results of Icelandic studies on the Icelandic society and on the health of different groups in Iceland were reviewed.

Results: The results clearly indicate that inequality in health exists in Iceland. Those who are socioeconomically disadvantaged; low paid, less educated, and unskilled, are less healthy and live shorter lives than others. This relationship is stronger for men than for women.

Conclusions: Equal accessibility to health services may not be sufficient to solve the problem. Preventive measures and education must be intertwined in an economically egalitarian society. Nurses can play a key-role in public health. Knowledge of the society is a prerequisite when health promotion and public health planning is on the agenda.

Keywords: *Inequality, health, education, occupation, socioeconomic groups*

Höfundur og
ábyrgðarmaður:

Hólmfríður K. Gunnarsdóttir (hkg@ver.is)
Rannsóknastofa í vinnuvernd/rannsókn- og heilbrigðisdeild Vinnueftirlitsins

Inngangur

Erlendar rannsóknir hafa margfalt sýnt að þeir sem minnst mega sín, þ.e. hafa lág laun, stutta skólagöngu að baki og gegna ófaglærðum störfum eða eru atvinnulausir, búa við meira heilsuleysi og lifa skemur en aðrir (Drever og Whitehead, 1997; Fox, 1989; Kunst og Mackenbach, 1995; Mackenbach, 2002; Mackenbach, Cavelaars, Kunst og Groenhof, 2000; Marmot, 1999; Townsend og Davidson, 1982). Þegar litið er til iðnvæðra þjóða eru það þó ekki ríkustu þjóðirnar sem búa við best heilsufar heldur þær þar sem tekjujöfnuðurinn er mestur (Wilkinson, 1996). Skipting í þjóðfélagsþópá hefur lengst af byggst á atvinnu manna en starfið tengist menntun og efnahag (Lynch og Kaplan, 2000). Menntun og efnahagur tengjast almennum aðstæðum, félagslegum stuðningi, lífsháttum, sjúkdómum og dauða (Drever og Whitehead, 1997). Frá því um miðja nítjándu öld hafa Bretar rannsakað tengsl atvinnu og dánarmeina en fyrst í byrjun tuttugustu aldar beindist athyglin að mismunandi dánarmynstri þjóðfélagsþópá og var það talið endurspeglar aðstæður fólks og lífshætti (Office of Population Censuses and Surveys, 1978). William Farr, læknir og tölfræðingur, gerði sér þó þegar á nítjándu öld grein fyrir mikilvægi aðstæðna manna því að hann segir í bréfi til þjóðskrárstjóra um dánartölur í Englandi á árunum 1861-1870 að mestu skipti að gera sér grein fyrir hvað tollur dauðans sé hár á ýmsum aldurskeiðum og hvað dragi menn til dauða þegar aðstæður eru mismunandi (Drever og Whitehead, 1997).

Ójöfnuður í heilsufari sést síður meðal kvenna en karla. Þetta hefur leitt til umræðna um það hvort þeir mælikvarðar, sem notaðir hafa verið til að mæla félagsþagfræðilega (socioeconomic) stöðu karla, henti illa þegar um konur er að ræða, m.a. vegna ólíkrar stöðu á vinnumarkaðinum (Moss, 2000; Stronks, van de Mheen, van den Bos og Mackenbach, 1995). Starfið eitt er ekki talinn hentugur mælikvarði til að mæla ójafnræði í heilsufari kvennaþópá því að aðrar aðstæður, svo sem atvinnuþátttaka, staða maka, efnahagur og aðrar aðstæður, virðast geta skipt sköpum (Arber og Lahelma, 1993; Moss, 2000; Stronks, van de Mheen, van den Bos og Mackenbach, 1995).

Áður hefur verið rætt ýtarlega um erlendar rannsóknir á ójafnræði í heilsufari starfs- og þjóðfélagsþópá (Hólmfríður K. Gunnarsdóttir, 1995, 1997,

2005). Á Íslandi hafa umræður um stéttaskiptingu lengst af farið lágt en málefnið er viðkvæmt eins og skýrt kom fram þegar Harpa Njáls gaf út bók sína *Fátækt á Íslandi* við upphaf nýrrar aldar, Hin dulda félagsgerð borgarsamfélagsins (Harpa Njáls, 2003; Björn Bjarnason, 2003; Ólafur Teitur Guðnason, 2003; ÓTG, 2003). Það er engin nýlunda að fregnir af þessu tagi valdi úlfafyrt því að þegar Svarta skýrslan (Townsend og Davidson, 1982) kom út í Bretlandi ætlaði allt um koll að keyra. Skýrslan sýndi svo ekki varð um villst að ójafnræði í heilsufari var mikið í Bretlandi.

Tilgangurinn með þessari könnun var að athuga hvort ójafnræðis gæti í heilsufari hérlendis. Með þetta í huga voru skoðaðar niðurstöður íslenskra rannsókna á íslensku þjóðfélagi og heilsufari ólíkra þópá.

Rannsóknir á félagsþagfræðilegri stöðu á Íslandi

Þorbjörn Broddason og Keith Webb skrifuðu grein í *Acta Sociologica* árið 1975 um þá lífseigu goðsögn að íslenskt þjóðfélag sé einstakt meðal þjóða þar sem allir séu jafnir og hafi jafna möguleika til auðs og metorða (Þorbjörn Broddason og Keith Webb, 1975). Þeir sýndu fram á að raunveruleikinn er annar, t.d. komi stærsti hluti embættismanna úr efri lögum þjóðfélagsins. Þeir ræða hugsanlegar skýringar á því hvers vegna goðsögnin hafi verið svo lífseig, m.a. telja þeir að íslenskuna vanti orð til að lýsa því sem enska orðið „class“ merki. Þeir kjósa að skipta þjóðfélaginu niður í „status groups“ þ.e. „stöðuhópa“ og byggist sú skipting á skólagöngu, völdum og efnahag. Þeir telja að goðsögnin um jöfnuð á Íslandi eigi rót sína að rekja til sterkra fjölskyldutengsla, hreyfanleika á milli þjóðfélagsþópá, sameiginlegs tungumáls, breytileika í mikilvægi starfa, efnahagslegrar velsældar á síðari tímum og breytinga á atvinnuháttum þjóðarinnar. Þeir ræða líklegar breytingar þjóðfélagsins á komandi árum og spá því að viðhorfin muni breytast með breyttum atvinnuháttum (Þorbjörn Broddason og Keith Webb, 1975). Aðrir félagsfræðingar og sálfræðingar hafa sýnt fram á lagskiptingu íslensks þjóðfélags (Dóra S. Bjarnason, 1974; Sigurjón Björnsson, Wolfgang Edelstein og Kurt Kreppner, 1977; Stefán Ólafsson, 1982). Dóra Bjarnason kemst að þeirri niðurstöðu að fólk vilji ekki viðurkenna að um stéttaskiptingu sé að ræða á Íslandi þrátt fyrir vitund þess um mismunandi aðstöðu fólks og efnahag (Dóra S. Bjarnason, 1974).

Sigurjón Björnsson og Wolfgang Edelstein gerðu árin 1965-1966 könnun meðal reykvískra skólabarna (Sigurjón Björnsson, Wolfgang Edelstein og Kurt Kreppner, 1977). Talað var við mæður barnanna og feðrum ráðað í þjóðfélagsþópá eftir starfi þeirra og menntun. Sigurjón og félagar sögðu að almennt væri því haldið fram á Íslandi að þar væri stéttlaust þjóðfélag. Þrátt fyrir augljósan launamun telji fólk það ekki vísbendingu um stéttaskiptingu. Vandinn við að meta þjóðfélags- og efnahagslega stöðu á Íslandi sé meðal annars sá að almennt trúir menn ekki

á fyrirbrigðið. Efnahagslegur mismunur, sem blasi við öllum, sé ekki talinn fylgifiskur né vísbending um stéttaskiptingu. Menn bregðist jafnvel hinir verstu við ef því sé haldið fram að mismunandi aðgengi að menntun stuðli að stöðumun (Sigurjón Björnsson, Wolfgang Edelstein og Kurt Kreppner, 1977). Þessir höfundar töldu að í raun væri ekkert vitað um íslenska þjóðfélagsgerð. Niðurstaða rannsóknar þeirra var að reykvísk börn stæðu ekki jafnt að vígi til að leysa úr þeim prófum sem þarna var stuðst við. Þau sem komi úr efri lögum þjóðfélagsins standi sig betur en önnur og átti það einkum við um drengi.

Stefán Ólafsson hefur í nokkrum ritum fjallað um þjóðfélagsgerð á Íslandi (Stefán Ólafsson, 1982, 1990, 1999; Stefán Ólafsson og Karl Sigurdsson, 1997). Hann hefur leitast við að kveða niður goðsögnina um að íslenskt þjóðfélag sé stéttlaust og einstakt í samfélagi þjóðanna. Öll þjóðfélög séu reyndar einstök að sínu leyti en íslensku þjóðfélagi verði best lýst sem dæmigerðu nútímaþjóðfélagi. Stefán hefur leitt rök að því að ójöfnuður sé heldur meiri á Íslandi en á öðrum Norðurlöndum þar sem beitt hafi verið ýmiss konar efnahagslegum ráðum til jöfnunar tekna í þjóðfélaginu (Stefán Ólafsson, 1999). Niðurstaða Stefáns er sú að efnahagslegum gæðum, tækifærum og valdi sé misskipt í íslensku þjóðfélagi en Íslendingar séu einstaklingshyggjumenn sem loki að miklu leyti augunum fyrir því í hvernig þjóðfélagi þeir búa (Stefán Ólafsson, 1982). Allir höfundarnir, sem vitnað er til hér að ofan og hafa skoðað íslenskt þjóðfélag, telja að Íslendingar vilji ekki sjá ríkjandi lagskiptingu og bregðist jafnvel reiðir við ef á hana sé minnst.

Mikil fjölmiðlaumfjöllun fylgdi (Björn Bjarnason, 2003; Ólafur Teitur Guðnason, 2003; ÓTG, 2003) útgáfu og kynningu bókar Hörpu Njáls félagsfræðings, *Fátækt á Íslandi* við upphaf nýrrar aldar með undirtitlinum *Hin dulda félagsgerð borgarsamfélagsins* (Harpa Njáls, 2003). Niðurstaða hennar var að íslenska velferðarkerfið hafi upphaflega byggst á sama grunni og velferðarríki annars staðar á Norðurlöndum en leiðir hafi skilið. Frændþjóðirnar hafi farið leið jafnaðar og samkenndar en Íslendingar hafi farið leið sem einkennist af lágum bótum, lágum frítekjumörkum og miklum skerðingum ef einhverjar eigin tekjur koma til. Ríkið setji ábyrgð sína á altæku tryggingarkerfi yfir á sveitarfélögin (Harpa Njáls, 2003).

Sigríður Jónsdóttir komst að þeirri niðurstöðu í rannsókn sinni meðal fólks sem hafði notið fjárhagsaðstoðar Félagsþjónustunnar í Reykjavík til langs tíma að kjör þeirra sem nutu langtíma-styrkja félagsþjónustu í höfuðborgum Norðurlanda voru águst í Reykjavík þegar dæmt var eftir því hvort fólki var kleift að veita sér ýmis lífsins gæði og nauðsynjar. Þegar fólk var á hinn bóginn spurt beint hvort það teldi sig fátækt var annað uppi á teningnum, Reykvíkingar töldu sig síður fátæka en styrkþegar í Osló eða Helsinki (Sigríður Jónsdóttir, 2002). Sigríður telur að

goðsögnin um jafnræði á Íslandi sé hér á ferðinni og það geti verið að Íslendingum veitist erfiðara en öðrum að játa á sig fátækt því að hérlendis ríki sú skoðun að hver sé sinnar gæfu smiður.

Rauði kross Íslands gerði fyrir nokkrum árum könnun á högum þeirra sem minna mega sín og fundu „vítahring fátæktar og einsemdar...“ (Rauði krossinn, 1999). Könnunin var gerð með þeim hætti að rætt var við 71 sérfræðing á sviði félagsmála um allt land, að auki var hringt í 1500 manns á landinu öllu. Félagsleg einangrun reyndist mikil hjá tilteknum hópum og fór oft saman við kröpp kjör. Aðþrengdir hópar féllu einkum í tvo hópa: Í fyrri hópnum voru bótaþegar og láglauna-fólk, þ.m.t. barnmargar fjölskyldur, einstæðar mæður, félitlir forsjarlausir feður og eignalausir lífeyrisþegar. Menntun barna, sem tilheyra þessum fjölskyldum, var oft mjög ábótavant. Í síðari hópnum voru félagslega einangraðir einstaklingar sem voru í raun útilokaðir frá þátttöku í íslensku samfélagi. Í þessum hópi var sumt aldrað fólk, geðfatlaðir, einstæðir karlar (fremur en einstæðar konur), misþroska börn og fólk á gráu svæði sem á af einhverjum ástæðum erfitt með að takast á við daglegt líf (Rauði krossinn, 1999).

Forsætisráðherra lét taka saman skýrslu um fátækt á Íslandi og var hún lögð fyrir Alþingi á 130. löggjafarþingi 2003-2004 (Forsætisráðuneytið, 2004). Þar var gerð grein fyrir þrem mismunandi skilgreiningum á fátækt og leitast við að upplýsa um raunverulega stöðu þeirra sem við kröppust kjör búa í þjóðfélaginu. Í lokaorðum skýrslunnar er tekið fram að miklu skipti að slíkar upplýsingar liggi fyrir á hverjum tíma. Í skýrslunni segir að Íslendingar séu meðal þeirra þjóða sem hafi einna hæstu þjóðartekjur á mann. Við þetta bætist að sé litið til tekjuskiptingar miðað við önnur lönd sé hún með því jafnasta sem þekkist. Aðrir velferðarmælikvarðar, s.s. útgjöld til heilbrigðismála, sýni einnig að velferðarkerfið virðist með því besta sem þekkist. Engu að síður sé ljóst að til séu hópar sem eigi erfitt með að láta enda ná saman og lifa mannsæmandi lífi (Forsætisráðuneytið, 2004).

Rannsókn á skilvirkni í 22 grunnskólum í Reykjavík vorið 2000 leiddi í ljós að unnt var að skýra mikið af mismunandi skilvirkni skóla með menntun for-eldra. Athugaður var árangur á samræmdu prófunum í 10. bekk (Sveinn Agnarsson, 2003).

Heilsufar starfs- og þjóðfélagshópa

Rúnar Vilhjálmsson athugaði heilsufar 20-70 ára íbúa á Stór-Reykjavíkursvæðinu og athugaði meðaltalsmun milli starfsstétta (Rúnar Vilhjálmsson, 2000). Spurt var um skammvinn og langvinn heilsuvandamál. Þjónustustarfsfólk og verkafólk á samkvæmt svörum við fleiri líkamleg óþægindi að stríða en aðrar stéttir og tilhneigingar gætti til að vandamálum í stoðkerfi fjölgaði með lækandi starfsstétt en hlutfall slíkra vandamála mældist hæst meðal verkafólks (Rúnar Vilhjálmsson, 2000). Heilsuvandamálin töldust oftast fæst í hópi embættismanna og sérfræðinga. Rúnar segir að lítið sé vitað um stéttamun í heilsufari hérlandis en þær upplýsingar, sem fyrir liggi, bendi til þess að stéttamunur hérlandis sé að nokkru leyti eins og í nágrannalöndunum.

Ólafur Ólafsson, fyrrverandi landlæknir, kannaði m.a. tengsl atvinnu, húsnaðis, lífshátta og heilsufars og byggði könnunina á upplýsingum sem safnað var í hóprannsókn Hjartaverndar á árunum 1967-1987. Ólafur fjallar um helstu niðurstöður þessara rannsókna í afmælisriti sínu *Úr handraða Ólafs landlæknis* (Ólafur Ólafsson, 2004).

Nokkrar greinar hafa birst bæði í innlendum og erlendum fræðiritum byggðar á efnivið Hjartaverndar þar sem komið hefur fram að marktækur munur er eftir lengd skólagöngu á áhættuþáttum kransæðasjúkdóma og dánartíðni (Hardarson, T., Gardarsdóttir, M., Guðmundsson, K. T., Thorgeirsson, G., Sigvaldason, H., og Sigfusson, N. (2001); Kristján Þ. Guðmundsson, Þórður Harðarson, Helgi Sigvaldason og Nikulás Sigfússon, 1996; Maríanna Gardarsdóttir, Þórður Harðarson, Helgi Sigvaldason og Nikulás Sigfússon, 1998). Hjá báðum kynjum voru í flestum tilfellum fleiri áhættuþættir hjá þeim sem höfðu stutta skólagöngu að baki heldur en hjá öðrum.

Höfundur þessarar greinar hefur kannað dánartíðni og nýgengi krabbameina hjá nokkrum starfshópum á Íslandi miðað við þjóðina í heild en langlífi er að sínu leyti mælikvarði á heilsu (Hólmfríður K. Gunnarsdóttir, 1997). Fram kom að bændur nutu meira langlífis og fengu síður ýmis krabbamein, blóðþurrðarsjúkdóma hjarta- og öndunarferasjúkdóma en aðrir þegar borið var saman við alla karla á Íslandi. Niðurstöðunum bar í stórum dráttum saman við það sem erlendis hefur sést í rannsóknum meðal bænda. Einnig var athuguð dánartíðni

og nýgengi krabbameina hjá ófaglærðum verkakönnum og hjúkrunarfræðingum (Hólmfríður K. Gunnarsdóttir, 1997) og iðnverkakönnum. (Hólmfríður K. Gunnarsdóttir og Vilhjálmur Rafnsson, 1999; Hólmfríður K. Gunnarsdóttir og Kristinn Tómasson, 2002). Sjálfsvíg vegna ofskammta lyfja voru tíðari meðal hjúkrunarfræðinga en almennt meðal kvenþjóðarinnar og átti þetta einkum við meðal ungra kvenna en tilfellin voru fá og öryggismörk við. Voveifleg dauðsföll voru einnig tíðari meðal iðnverkakvenna en annarra. Nýgengi reykingatengdra krabbameina var hærra meðal iðnverkakvenna en annarra (Hólmfríður K. Gunnarsdóttir og Vilhjálmur Rafnsson, 1999) en það endurspegladist ekki í hærri dánartíðni vegna lungnakrabbameins. Ályktað var sem svo að vera kynni að dauðsföll af völdum reykingatengdra sjúkdóma gætu átt eftir að koma fram í hópnum (Hólmfríður K. Gunnarsdóttir og Kristinn Tómasson, 2002). Mun erfiðara var að túlka niðurstöður rannsóknanna á kvennahópnum en niðurstöðurnar varðandi bændur.

Heilsufar barna

Rannsóknir Matthíasar Halldórssonar og félaga bentu til þess að börn foreldra, sem höfðu skamma skólagöngu að baki og lítil efni, byggju við lélegri heilsu og líðan en börn þeirra sem betur mega sín (Matthías Halldórsson, Cavelaars, Kunst og Mackenbach, 1999). Ályktun höfunda var að tengsl félags- og hagfræðilegrar stöðu og heilbrigðis og líðanar á fullorðinsárum mætti greina þegar á barnsaldri, jafnvel meðal einsleitra þjóða þar sem jafnræði væri talið ríkja.

Aðstæður öryrkja

Sigurður Thorlacius og félagar könnuðu í hve miklum mæli félagslegar aðstæður nýskráðra öryrkja væru frábrugðnar aðstæðum þjóðarinnar almennt (Sigurður Thorlacius, Sigurjón B. Stefánsson og Stefán Ólafsson, 2001). Þegar könnunin var gerð var örorka enn metin á grundvelli heilsufarslegra, félagslegra og fjárhagslegra forsendna. Menntunarstig öryrkjanna reyndist lægra og þeir höfðu í meira mæli unnið við ófaglærð störf en gengur og gerist hjá þjóðinni.

Geðlyfjanotkun

Tómas Helgason, Kristinn Tómasson og Tómas Zoëga athuguðu algengi og dreifingu notkunar geðdeyfðar-, kvíða- og svefnlyfja hérlandis og byggðu umfjöllun sína á könnun Áfengis- og vímuvarnarráðs í nóvember 2001. Spurningalisti var lagður fyrir slembiúrtak 4000 manna á aldrinum 18-75 ára. Niðurstaðan var sú að geðlyfjanotkun var mest hjá þeim sem verst voru settir félagslega og fjárhagslega; hjá þeim sem höfðu minnstu menntun, lægstar tekjur, voru ófaglærðir starfsmenn eða ekki á almennum vinnumarkaði, einhleypir eða ekki lengur í sambúð (Tómas Helgason, Kristinn Tómasson og Tómas Zoëga, 2003).

Tannheilsa aldraðra

Guðjón Axelsson og Sigrún Helgadóttir hafa kannað tannheilsu Íslendinga, m.a. tannheilsu Íslendinga 65 ára og eldri (Guðjón Axelsson og Sigrún Helgadóttir, 2004). Marktækur munur var á hlutfalli tenntara og tannlausra eftir starfi. Hlutfall tannlausra var hæst hjá verkamönnum en lægst hjá háskólamenntuðum sérfræðingum og embættismönnum. Marktækur munur var á hlutfalli tenntara og tannlausra eftir starfi maka, hlutfall tannlausra var hæst þegar maki var iðnaðarmaður en lægst þegar maki var háskólamenntaður sérfræðingur eða embættismaður. Ekki var tekið fram hvort þetta gildir bæði fyrir konur og karla. Starf föður hafði líka sitt að segja. Hlutfall tannlausra var hæst þegar faðir var verkamaður eða ósérhæfður skrifstofumaður en lægst þegar faðir var háskólamenntaður sérfræðingur eða embættismaður. Marktækur munur var á hlutfalli tenntara og tannlausra eftir menntun. Hlutfall tannlausra var hæst hjá þeim sem aðeins höfðu lokið barna- eða unglingsprófi eða höfðu styttri skólagöngu að baki en lægst hjá þeim sem höfðu háskólapróf. Mjög sterk tengsl voru á milli kynferðis og tannleysis. Konur voru ríflega tveimur og hálfum sinnum líklegri til að hafa misst allar tennurnar en karlar (Guðjón Axelsson og Sigrún Helgadóttir, 2004).

Líkamshreyfing, skólaganga og dánartíðni

Áður er getið rannsókna á sambandi skólagöngu, áhættuþátta kransæðasjúkdóma og dánartíðni (Maríanna Garðarsdóttir, Þórður Harðarson, Helgi Sigvaldason og Nikulás Sigfússon, 1998) en markmið annarrar rannsóknar úr efnivið Hjartaverndar var að kanna hvort líkamshreyfing gæti að einhverju leyti skýrt mun á dánartíðni mismunandi menntunarhópa (Einar Þór Þórarinnsson, Þórður Harðarson, Helgi Sigvaldason og Nikulás Sigfússon, 2002). Greinilegt samband kom fram milli lengdar skólagöngu og þess hversu algengt var að fólk stundaði líkamshreyfingu. Leiðrétting fyrir ástundun hreyfingar dró úr tengslum skólagöngu og dánartíðni en eftir leiðréttinguna stóð enn eftir marktækur munur á dánartíðni eftir lengd skólagöngu.

Mataræði

Í könnun á mataræði Íslendinga, sem Laufey Steingrimsdóttir og félagar gerðu 1990 (Laufey Steingrimsdóttir, Hólmfríður Þorgeirsdóttir og Stefanía Ægisdóttir, 1992), kom meðal annars fram að búseta, atvinna og menntun höfðu veruleg áhrif á mataræði og hollustu fæðunnar meðal karla en mataræði kvenna virtist að mestu óháð menntun eða atvinnu. Heimilistekjur höfðu lítil sem engin áhrif á næringargildi eða hollustu fæðunnar, hvorki meðal karla né kvenna, þótt nokkur munur væri á fæðuvali tekjuhópa. Hærri þjónustustéttir borðuðu fituminnsta fæðið. Athygli vakti að fituríkasta fæðið var að finna meðal bænda, ófaglærðs verkafólks,

lægrí þjónustustétta, atvinnurekenda og sjómanna. Bent var á að störf þessara hópa séu afar ólík, allt frá kyrrsetustörfum skrifstofufólks og bílstjóra, til erfiðis sjómanna eða byggingarverkamanna. Á hinn bóginn krefjast þessi störf yfirleitt tiltölulega stuttrar skólagöngu (Laufey Steingrimsdóttir, Hólmfríður Þorgeirsdóttir og Stefanía Ægisdóttir, 1992). Þegar litið var á tengsl menntunar og mataræðis kom í ljós að skólaganga tengdist mataræði afar sterkum böndum og voru áhrif menntunar mun meiri hér á landi en fram hafði komið í sambærilegum athugunum í nágrannalöndum okkar. Vitnað er til erlendra rannsókna, sem hafa sýnt sterka fylgni milli hollustuhátta í mataræði og þjóðfélags- hópa, og bent á að ráðleggingar um mataræði hafi greinilega náð betur til þeirra sem betur eru settir í þjóðfélaginu eða þeir verið færari um að tileinka sér hollara mataræði en þeir sem lakar eru settir. Könnunin benti til þess að lengd skólagöngu væri óvenjusterker áhrifavaldur varðandi hollustuhætti í mataræði hérlendis (Laufey Steingrimsdóttir, Hólmfríður Þorgeirsdóttir og Stefanía Ægisdóttir, 1992). Þótt mataræði kvenna dragi síður dóm af atvinnu og menntun en mataræði karla borðuðu kvenkyns atvinnurekendur feitara og trefjasnauðara fæði en aðrar konur að kvenkyns bændum undanskildum en bændur borðuðu fituríkara fæði en allir aðrir árið 1990.

Önnur landskönnun var gerð á mataræði Íslendinga árið 2002 og helstu niðurstöður hafa verið gefnar út í skýrslu (Laufey Steingrimsdóttir, Hólmfríður Þorgeirsdóttir og Anna Sigríður Ólafsdóttir, 2003). Skýrsluna mátti sækja 8. des. 2004 á heimasíðu Lýðheilsustöðvar, <http://www.manneldi.is/frettir/manneldi/nr/107>. Í skýrslunni kemur ekki fram hvort eða hvaða mismunur sást á mataræði starfs- eða menntunarhópa.

Reykingavenjur

Samkvæmt könnun Gallups á reykingavenjum Íslendinga árið 2003 er öfug fylgni á milli reykinga og lengdar skólagöngu; 23,9% þeirra sem höfðu eingöngu grunnskólapróf en 13,2% háskólaborgara reyktu daglega (Gallup, 2003). Öfug fylgni var einnig milli fjölskyldutekna og daglegra reykinga; 28,4% þeirra sem höfðu fjölskyldutekjur undir 250 þúsundum reyktu daglega en 18,4% þeirra sem höfðu 550 þúsund eða meira í fjölskyldutekjur á mánuði. Þegar greint var eftir starfssviði kom

fram að daglegar reykingar voru algengastar meðal heimavinnandi/öryrkja/atvinnulausra/ellilífeyrisþega, 39,3%, sjaldgæfastar meðal nema, 15,4%, og skrifstofufólks/fólks í faglegum störfum í opinberri þjónustu, 17,6% (Gallup, 2003).

Umræða

Niðurstöður rannsóknanna, sem hér er vitnað til, benda með ótvíræðum hætti til að ójafnræðis gæti í heilsufari hérlendis. Þeir sem eru verst settir félagslega og fjárhagslega, hafa stutta skólagöngu að baki og sinna ófaglærðum lágláunastörfum, búa við verst heilsufar. Þetta kemur skýrar fram hjá körlum en konum. Heilsuefning og heilbrigðisáætlun ættu að taka mið af þessu.

Í samantekt og tillögum fagráðs landlæknisembættisins um heilsuefningu segir að öll þjóðin „eða ákveðnir hópar hennar“ séu markhópar lýðheilsustarfs og að nauðsyn beri til að vinna úr gögnum sem safnað er á heilbrigðisstofnunum, reglulegum lífsstíls- og lýðheilsukönnunum meðal mismunandi þjóðfélagsþópna. Mikilvægt sé að huga að þessu þegar fjallað sé um áherslur til heilsuefningar og heilbrigðisáætlun gerð fyrir framtíðina. Þrátt fyrir þessi orð er svo að segja ekkert fjallað um það í tillögum fagráðsins hvernig taka eigi tillit til þessa (Landlæknisembættið, 2003) um heilsuefningu, 2003). Í samantekt í Áherslum til heilsuefningar segir: „Góður efnahagur, hátt menntunarstig og þjóðfélagsgerð, sem stuðlar að jöfnuði þegnanna, ásamt ýmsum jákvæðum ytri aðstæðum skapa íslensku þjóðinni einstakar forsendur til að lifa heilbrigðu og innihaldsríku lífi.“ Þegar niðurstöður fyrrgreindra rannsókna eru skoðaðar verður sú spurning áleitinn hvort þetta er sannmæli og hvort tekist hafi að ná þeim jöfnuði sem þarna er gert ráð fyrir að þjóðfélagsgerðin bjóði upp á.

Í heilbrigðisáætlun til ársins 2010, sem samþykkt var árið 2001, segir að í heilbrigðisáætlun, sem Alþingi samþykkti árið 1991, hafi tilgangur heilbrigðisþjónustunnar verið sagður sá að skapa jafnrétti í heilbrigðisþjónustu. Þessi orð eigi jafnvel við um hina nýju áætlun og næstu árin verði kröftunum einkum beint að því að bæta almennt heilsufar þjóðarinnar og tryggja öllum íbúum landsins sem jafnastan aðgang að öflugri heilbrigðisþjónustu (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2001). Í því skyni verði sérstaklega hugað að þeim

þjóðfélagsþópum sem verst standi í heilsufarslegum efnum. Heilbrigðisþjónustan er rauði þráðurinn í heilbrigðisáætluninni en minna rætt hvernig eigi að koma í veg fyrir að fólk þurfi á heilbrigðisþjónustu að halda.

Þótt heilbrigðisþjónustan sé mikilvæg hefur því verið haldið fram að hún ráði einungis 15% af heilbrigðisástandi þjóða svo vitnað sé í skýrslu fagráðs landlæknisembættisins (Landlæknisembættið, 2003). Þótt langlífi hafi aukist til muna á síðustu öld telja sumir að aðeins sé unnt að þakka framförum í læknisfræði og forvarnaaðgerðum um það bil 5-7 ár af þeim sem áunnist hafa (Bunker, Frazier og Mosteller, 1994). Aðrir telja að framfarir í læknisfræði á síðari hluta 20. aldar eigi drýgri hlut í langlífi þjóða en þetta (Nolte og McKee, 2004). Markmið greinarinnar, sem hér birtist, er ekki að meta gæði heilbrigðisþjónustunnar heldur að benda á að niðurstöður rannsókna gefa vísbendingar um að ójafnræði í heilsufari sé á Íslandi. Michel Marmot og aðrir höfundar, sem hafa rannsakað ójafnræði í heilsufari áratugum saman, telja að ójafnræði í heilsufari sé viðfangsefni heilbrigðisþjónustunnar en eigi ekki rót sína að rekja til hennar. Ýmiss konar neikvæðar aðstæður séu undirrótin (Marmot, 1999). Í ljósi þessa er vert að velja því fyrir sé hvort heilbrigðisþjónustan sé ekki ofmetin í því að bæta lýðheilsu – málið þurfi að skoða í víðara samhengi.

Evrópuþing Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar, WHO, samþykkti árið 1998 nýja Evrópuáætlun um heilbrigði með tuttugu og einu meginmarkmiði sem íslenska heilbrigðisáætlunin byggist á. Markmið númer tvö í Evrópuáætluninni er jafnrétti til heilbrigðis. Í Evrópumarkmiðinu segir: „Árið 2020 verði sá munur, sem er á heilbrigðisástandi einstakra þjóðfélagsþópna, a.m.k. fjórðungi minni en hann er nú innan allra aðildarríkjanna. Beitt verði sértækum aðgerðum til þess að bæta heilsufar þeirra hópa sem verst eru settir.“ Í íslensku markmiðunum segir í 1. grein undir þessu markmiði: „Dregið verði úr mun á lífslíkum einstakra þjóðfélagsþópna um a.m.k. 25%“ (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2001). Í umfjöllun um þetta atriði virðist fyrst og fremst talið að jafnt aðgengi að heilbrigðisþjónustunni sé leið til að bæta hag verst stöddu hópanna. Í ljósi þess sem áður er sagt um heilbrigðisþjónustuna hlýtur vafi að leika á því hvort jafnt aðgengi að henni nægi til að leysa vandann. Spurningar vakna einnig um það hvaða geiri heilbrigðisþjónustunnar ætti helst að koma til skjalanna og hvort fleiri þurfi ekki að koma að forvarnastarfinu. Markmiðið hlýtur að vera að koma í veg fyrir sjúkdóma og vanheilsu.

Varðandi skýrslu forsætisráðuneytisins, sem getið er í þessari grein (Forsætisráðuneytið, 2004), er vert að geta þess að auðugar þjóðir eru ekki endilega heilbrigðari en þær sem hafa úr minna að spila og útgjöld til heilbrigðismála eru ekki áreiðanlegur mælikvarði á heilsufar þjóða. Bandaríkin eru auðug en eru ekki efst á

lista þegar litid er til meðalævilengdar kvenna og karla. Japanar og Svíar eru meðal langlífustu þjóða heims en framlög til heilbrigðismála sem hluti af vergri þjóðarframleiðslu voru 15% í Japan en 40% í Svíþjóð á tíunda áratug síðustu aldar (Wilkinson, 1996).

Tengsl félagslagfræðilegrar stöðu og heilsu sjást síður hjá konum en körlum eins og áður er getið (Moss, 2000) og kom fram í íslensku rannsóknunum (Hólmfríður K. Gunnarsdóttir, 1997; Hólmfríður K. Gunnarsdóttir og Vilhjálmur Rafnsson, 1999; Hólmfríður K. Gunnarsdóttir og Kristinn Tómasson, 2002; Laufey Steingrimsdóttir, Hólmfríður Þorgeirsdóttir og Stefanía Ægisdóttir, 1992; Marianna Gardarsdóttir, Þórður Harðarson, Helgi Sigvaldason og Nikulás Sigfússon, 1998). Þetta bendir til þess að þörf sé að kanna frekar hvaða áhrifa-valdar vega þyngst og hvaða aðferðir henta þegar heilsa kvenna er rannsökuð. Nefnd á vegum heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins hefur um árabil verið að kanna hvað helst þyrfti að gera til að bæta heilsufar og líðan íslenskra kvenna. Nefndin stóð að fræðsluriti um heilsufar kvenna sem heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið gaf út árið 1998 (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti, 1998) og sendi frá sér álit og tillögur sem þáverandi heilbrigðisráðherra, Ingibjörg Pálmadóttir, fylgdi úr hlaði með ávarpi (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2000).

Hér hefur verið leitast við að taka saman niðurstöður íslenskra rannsókna á ójafnræði í heilsufari hérlendis. Aðferðir höfunda eru misjafnar en niðurstöður hníga allar í eina átt, þ.e. að ójafnræði ríki hérlendis eins og sést hefur erlendis. Goðsögnin um að íslenskt þjóðfélag sé einstætt þar sem ríki meira jafnræði en annars staðar eigi því ekki við rök að styðjast.

Niðurlag

Niðurstöður margra rannsókna benda ótvírætt til að ójafnræði ríkir í heilsufari hérlendis. Þeir sem hafa stutta skólagöngu að baki og sinna ófaglærðum láglaukastörfum búa við verst heilsufar. Vafi leikur á því hvort jafnt aðgengi að heilbrigðisþjónustu sé lykillinn til að leysa vandann. Fyrsta skrefið hlýtur að vera að viðurkenna að ójafnræði sé fyrir hendi. Í annan stað verður að leita leiða til að allir þjóðfélagsþegnar hafi möguleika á að lifa mannsæmandi lífi á þeim kjörum sem bjóðast, líka þeir sem hafa af einhverjum ástæðum ekki burði til að ná bestu sætum við allsnægtaborð íslensks þjóðfélags.

Þakkir

Ég þakka samstarfsfólki mínu, dr. fil. Guðbjörgu Lindu Rafnsdóttur félagsfræðingi og dr. med. Kristni Tómassyni yfirlækni, gagnlegar ábendingar eftir yfirllestur þessarar greinar.

Heimildaskrá:

Arber, S., og Lahelma, E. (1993). Inequalities in women's and men's ill-health; Britain and Finland compared. *Social Science and Medicine*, 37, 1055-1068.
Björn Bjarnason (2003, 3. maí). Villuljós um fátækt, menntun og jafnrétti. *Morgunblaðið*, bls. 36-37.

- Bunker, J. P., Frazier, H. S., og Mosteller, F. (1994). Improving health: measuring effects of medical care. *Milbank Q.* 72, 225-258. Tilvitnun frá Wilkinson, 1996.
- Dóra S. Bjarnason (1974). *A study of the intergenerational difference in the perception of stratification in urban Iceland*. Óbirt M.A.-ritgerð: Háskólinn í Kiel.
- Drever, F., og Whitehead, M. (ritstj.) (1997). *Health inequalities. Decennial supplement*. London: The Stationery Office.
- Einar Þór Þórarinnsson, Þórður Harðarson, Helgi Sigvaldason og Nikulás Sigfússon (2002). Samband skólagöngu, líkamshreyfingar og lífslíknna. *Læknablaðið* 88, 497-502.
- Forsætisráðuneytið (2004). Skýrsla forsætisráðherra um fátækt á Íslandi. Sótt 3. des. 2004 á <http://www.althingi.is/altxt/130/s/1588.html>.
- Fox, J. (ritstj.) (1989). *Health inequalities in European countries*. Aldershot: Gower Publishing Company Limited.
- Gallup (2003). *Tóbaksvarnaráð - umfang reykinga - samantekt 2003*. Reykjavík: Gallup.
- Guðjón Axelsson og Sigrún Helgadóttir (2004). *Breytingar á tannheilsu Íslendinga 1985-2000. Fjórði áfangi. Tannheilsa 65 ára og eldri Íslendinga árið 2000*. Reykjavík: Tannlækingastofnun Háskóla Íslands/Háskólaútgáfan.
- Hardarson, T., Gardarsdóttir, M., Guðmundsson, K. T., Thorgeirsson, G., Sigvaldason, H., og Sigfússon, N. (2001). The relationship between educational level and mortality. The Reykjavik study. *Journal of Internal Medicine*, 249, 495-502.
- Harpa Njáls (2003). *Fátækt á Íslandi við upphaf nýrrar aldar. Hin dulda félagsgerð borgarsamfélagsins*. Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið (1998). Heilsufar kvenna (rit 1). Lilja Sigrún Jónsdóttir (ritstj.) Reykjavík: Höfundur.
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið (2000). *Heilsufar kvenna. Álit og tillögur nefndar um heilsufar kvenna*. Reykjavík. Höfundur.
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. (2001). *Heilbrigðisáætlun til ársins 2010*. Langtimamarkmið í heilbrigðismálum. Reykjavík. Höfundur.
- Hólmfríður K. Gunnarsdóttir (1995). *Dánarmein og nýgengi krabbameina meðal verkakvenna*. Óbirt M.Sc.-ritgerð: Háskóli Íslands, Reykjavík. Læknadeild.
- Hólmfríður K. Gunnarsdóttir (1997). *Mortality and cancer morbidity among occupational and social groups in Iceland*. Doktorsritgerð: Háskóli Íslands, Læknadeild.
- Hólmfríður K. Gunnarsdóttir (2005). Þær bjargast helst sem ferðast á fyrsta farrými. Um tengsl félagslegrar stöðu og heilsufars (bls. 419-442). Í Irma Erlingsdóttir (ritstj.), *Kynjafræði - kortlagningar*. Fléttur II. Reykjavík: Rannsóknastofa í kvenna- og kynjafræðum.
- Hólmfríður K. Gunnarsdóttir og Kristinn Tómasson (2002). *Dánarmein iðnverkakvenna*. *Læknablaðið*, 88, 195-201.
- Hólmfríður K. Gunnarsdóttir og Vilhjálmur Rafnsson (1999). Nýgengi krabbameina meðal íslenskra iðnverkakvenna. *Læknablaðið*, 85, 787-796.
- Kristján P. Guðmundsson, Þórður Harðarson, Helgi Sigvaldason og Nikulás Sigfússon (1996). Samband menntunar og áhættuþátta kransæðasjúkdóma. *Læknablaðið*, 82, 505-515.
- Kunst, A. E., og Mackenbach, J. P. (1995). *Measuring socioeconomic inequalities in health* (WHO-skýrsla). Kaupmannahöfn: WHO, Regional Office for Europe.
- Landlæknisembættið (2003). *Áherslur til heilsuefingar*. Þorgerður Ragnarsdóttir (ritstj.). Sótt 3. desember 2004 á <http://www.land-læknir.is>.
- Laufey Steingrimsdóttir, Hólmfríður Þorgeirsdóttir og Stefanía Ægisdóttir (1992). *Könnun á mataræði Íslendinga. 2. Mataræði og mannlíf*. (Rannsóknir Manneldisráðs Íslands III). Reykjavík: Manneldisráð Íslands.
- Laufey Steingrimsdóttir, Hólmfríður Þorgeirsdóttir og Anna Sigríður Ólafsdóttir (2003). Hvað borða Íslendingar? *Könnun á mataræði Íslendinga 2002. Helstu niðurstöður*. (Rannsóknir Manneldisráðs Íslands V). Reykjavík: Lýðheilsustöð.
- Lynch, J., og Kaplan, G. (2000) Socioeconomic position. Í L. F. Berkman og Ichiro Kawachi (ritstj.), *Social Epidemiology* (bls. 13-35). Oxford: Oxford University Press.
- Mackenbach, J. P. (2002). [Ritstjórnargrein]. Income inequality and population health. *British Medical Journal*, 324, 1-2.
- Mackenbach, J. P., Cavelaars, A. E. J. M., Kunst, A. E., Groenhouf, F., og the EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health (2000). Socioeconomic inequalities in cardiovascular disease mortality; An international study. *European Heart Journal*, 21, 1141-1151.



Haustþing

- Marianna Garðarsdóttir, Þórður Harðarson, Guðmundur Þorgeirsson, Helgi Sigvaldason og Nikulás Sigfússon (1998). Samband menntunar og dánartíðni með sérstöku tilliti til kransæðasjúkdóma. *Læknablaðið*, 84, 913-920.
- Marmot, M. (1999). Introduction. Í: Marmot, M., og Wilkinson, R. G. (ritstj.). *Social determinants of health* (bls. 1-16). Oxford: Oxford University Press.
- Matthías Halldórsson, Cavelaars, A. E. J. M., Kunst, A. E., og Mackenbach, J. P. (1999). Socioeconomic differences in health and well-being of children and adolescents in Iceland. *Scandinavian Journal of Public Health* 1, 43-47.
- Moss, N. E. (2000). Socioeconomic inequalities in women's health. Í M. B. Goldman og M. C. Hatch (ritstj.), *Women og health* (bls. 541-552). San Diego: Academic Press.
- Nolte, E., og McKee, M. (2004). Population health in Europe: how much is attributable to health care? *World Hospital and Health Services*. 40, 12-14.
- Office of Population Censuses and Surveys (1978). *Occupational mortality, The Registrar General's decennial supplement for England and Wales 1970-72*. London: HMSO.
- Ólafur Teitur Guðnason (2003, 6. maí). Umdeild niðurstaða Hörpu Njáls í bókinni Fátækt á Íslandi við upphaf nýrrar aldar: Reykjavíkurborg svipti hóp fátækra hlutdeild í góðærinu. *DV*, bls. 10
- ÓTG (2003, 7. maí). Félagsþjónustan í Reykjavík um fjölmíðlaumræðu: Fullyrðir að farið sé með rangt mál. *DV*, bls. 4.
- Ólafur Ólafsson (2004). Vangaveltur um velferð og heilbrigði. Efnahagur, félagslegar aðstæður og heilsufar. Niðurstöður félagslæknisfræðilegrar rannsóknar. Í Vilhelm G. Kristinsson (ritstj.) *Úr handraða Ólafs landlæknis – Ólafur Ólafsson, fyrrverandi landlæknir, 75 ára 11. nóvember 2003* (bls. 11-43). Akureyri: Bókaútgáfan Hólar.
- Rauði krossinn (1999). *Vítahringur fátæktar og einsemdar í góðærinu*. Sótt 3. des. 2004 á <http://www.redcross.is>.
- Rúnar Vilhjálmsson (2000). Heilbrigðismál frá sjónarhóli félagsfræði. Í Friðrik H. Jónsson (ritstj.) *Rannsóknir í félagsvísindum* (bls. 335-350). Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands.
- Sigríður Jónsdóttir (2002). The life situation of long-term recipients of social assistance. *Nordic Journal of Social Work*, Oct, 51-56.
- Sigurður Thorlacius, Sigurjón B. Stefánsson og Stefán Ólafsson (2001). Menntun, störf og tekjur þeirra sem urðu öryrkjar á Íslandi árið 1997. *Læknablaðið*, 87, 981-985.
- Sigurjón Björnsson, Wolfgang Edelstein og Kurt Kreppner (1977). *Studien und Berichte. Explorations in social inequality. Stratification dynamics in social and individual development in Iceland*. (No. 38). Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung.
- Stefán Ólafsson (1982). Modernization and social stratification in Iceland. Óbirt doktorsritgerð: Hilary Term, Oxford.
- Stefán Ólafsson (1990). *Lífskjör og lífshættir á Íslandi*. Reykjavík. Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands/Hagstofa Íslands.
- Stefán Ólafsson og Karl Sigurðsson (1997). Fátækt. Í *Um velferð: Þrjár ritgerðir* (Greinasafn; 26, bls. 14-25). Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands.
- Stefán Ólafsson (1999). *Íslenska leiðin, almannatryggingar og velferð í fjölbjörgulegum samanburði*. Reykjavík: Tryggingastofnun ríkisins/Háskólaútgáfan.
- Stronks, K., van de Mheen, H., van den Bos, J., og Mackenbach, J. P. (1995). Smaller socioeconomic inequalities in health among women: The role of employment status. *International Journal of Epidemiology*, 24, 559-568.
- Sveinn Agnarsson (2003). Samræmd próf og skilvirkni skóla. Í Ingjalður Hannibalsson (ritstj.), *Rannsóknir í félagsvísindum IV; viðskipta- og hagfræðideild* (bls. 361-370). Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands/Háskólaútgáfan.
- Townsend, P., og Davidson, N. (ritstj.) (1982). *Inequalities in health. The Black report*. Harmondsworth: Penguin.
- Tómas Helgason, Kristinn Tómasson og Tómas Zoëga (2003). Algengi og dreifing notkunar geðdeyfðar-, kvíða- og svefnlyfja. *Læknablaðið*, 89, 15-22.
- Wilkinson, R. G. (1996). *Unhealthy societies: The affliction of inequality*. New York: Routledge.
- Þorbjörn Broddason og Keith Webb (1975). On the myth of social equality in Iceland. *Acta Sociologica*, 49-61.

Haustþing Læknafélags Akureyrar og Norðausturlandsdeildar Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga, verður haldið að Hólum, Menntaskólanum á Akureyri, laugardaginn 8. október kl. 8.30–16.15

Dagskrá:

- 8.30–8.40 Setning
8.40–9.15 Endurhæfing í nútíð og framtíð – Guðrún Sigurjónsdóttir sjúkraþjálfari, verkefnisstjóri í heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu.
9.15–10.00 Hugræn atferlismeðferð og verkir – Rúnar Andrason sálfræðingur.
10.00–10.30 Tímajöfnun og hressing.
10.30–11.10 Endurhæfing helftarlamaðra – Sigrún Garðarsdóttir iðjuþjálfari.
11.10–11.50 Atvinnuleg endurhæfing – Gunnar Kr. Guðmundsson endurhæfingarlæknir.
11.50–12.30 Endurhæfing aldraðra – Ólafur Þór Gunnarsson öldrunarlæknir.
12.30–13.30 Hádegishressingarhlé.
13.30–14.00 Endurhæfing hjartablaðra – Arna Elísabet Karlsdóttir sjúkraþjálfari.
14.00–14.45 Endurhæfing á geðsviði Reykjalundar – Rósa María Guðmundsdóttir og Sýlvía Ingibergsdóttir hjúkrunarfræðingar.
14.45–15.00 Tímajöfnun og hressing.
15.00–15.40 Endurhæfing ofþungra – Ludvík Guðmundsson endurhæfingarlæknir.
15.40–16.15 Endurhæfing eftir mænuskaða, vinnuferlar – Marta Kjartansdóttir hjúkrunarfræðingur.

Dagskrá birt með fyrirvara um breytingar.

Þáttökugjald í fyrra var 4.500,- innifalið matur og kaffi og má búast við svipaðri upphæð í ár.