

Bjørn Heine Strand (Folkehelseinstituttet) og
Øyvind Næss (Folkehelseinstituttet og Universitetet i Oslo)

Forskning på sosial ulikhet i helse i Norge

Sammenliknet med andre land har den norske befolkningen god helse. I verdenssammenheng er vi blant dem med høyest forventet levealder – er du mann, kan du i 2006 forvente å bli over 77 år, og er du kvinne, kan du forvente å bli over 82 år. Vi lever lenge, men har vi det bra?

Mye tyder på det. I 2005 ble Norge kåret av FN til verdens beste land å bo i for femte år på rad. Det er et uttalt mål at sosioøkonomiske ulikheter i helse, som for eksempel at lavt utdannede har mer hjerte-karsykdommer enn høyt utdannede, ikke er ønskelig. Det står blant annet i Stortingsmelding 16 (2002–2003), *Resept for et sunnere Norge*. Men til tross for dette er det dokumentert klare sosiale forskjeller i helse, og de relative forskjellene i helse mellom de på toppen og de på bunnen i det sosiale hierarkiet, er blant de høyeste i Europa. De sosiale forskjellene i helse danner en gradient gjennom befolkningen – jo lenger utdanning eller høyere inntekt du har, jo bedre helse. Dette er dokumentert for en rekke helse mål, inkludert levealder, spedbarnsdødelighet og psykisk helse. Og ikke nok med det – helseforskjellene i Norge ser ut til å øke. I denne artikkelen vil vi se på når man begynte å interessere seg for sosiale ulikheter i helse, med hovedvekt på etterkrigstiden. Vi vil også se på hva forskning har funnet om sosiale ulikheter i helse.

Sosial ulikhet i helse på 1800-tallet

Allerede på midten av 1800-tallet pekte samfunnsforskeren og presten Eilert Sundt på sosiale ulikheter i helse. I boken *Fattigforholdene i Christiania* skriver han:

«... der er mere af sygdom og sygelighed inden fattigbefolkningen

end blandt de øvrige samfundsklasser ...» (Sundt 1870).

På 1850-tallet herjet infeksjonssykdommene på grunn av fattigdom og elendige hygieniske forhold. Dette var en viktig årsak til de store sosiale ulikhetene i helse. Underernæring, dårlig boligstandard, urenslighet, forurensning, støy og fravær av god helsetjeneste kunne gi grobunn for infeksjonssykdommer og bidra til sykdom og død. Det var lett å peke på materielle faktorer som årsak til dårlig helse og forskjeller mellom sosiale lag. I dag er ikke slike materielle årsaker til sosial ulikhet i helse like opplagt. Relativt få rammes av absolutte materielle mangler i Norge i dag.

I England hadde man tidlig pålitelige data som viste sosioøkonomiske forskjeller i dødelighet (Engels 1892), og i 1851 begynte man systematisk å nedtegne dødelighet blant menn i flere hundre yrker. Dette fortsatte hvert tiår ved folketellingene. I Norge ble ikke slike tall tilgjengelige før hundre år senere (Borgan mfl. 1986).

Ikke-smittsomme sykdommer på frammarsj

Fra 1900 var smittsomme sykdommer i tilbakegang, mens ikke-smittsomme sykdommer var på frammarsj (Kunitz 1987). Tidlig på 1950-tallet oppdaget engelskmennene Richard Doll og Austin B. Hill at

«Man begynte å snakke om en sykdomsmodell for kroniske sykdommer med begreper som *multikausale*, slik som hjerte-karsykdommer.»

røykere hadde høyere sannsynlighet for å utvikle lungekreft enn ikke-røykere, at de som røykte mye hadde mer lungekreft enn de som røykte lite, og at de som ikke røykte i det hele tatt hadde svært lav sannsynlighet for å utvikle lungekreft (Doll og Hill 1956). Omtrent samtidig fant man i en amerikansk studie, Framingham-studien, sammenhengen mellom hjertesykdommer og forhøyet blodtrykk og kolesterol (Dawber 1980). Disse studiene var viktige, og de viste at sykdommer ikke skyldtes enkeltårsaker som for infeksjonssykdommer, men at årsaksforholdet var sammensatt. Man begynte å snakke om en sykdomsmodell for kroniske sykdommer med begreper som *multikausale*, slik som hjerte-karsykdommer.

På 1970-tallet var det internasjonalt særlig to retninger rådende for å forklare årsakene til sykdom og død (Kunitz 1987). Talspersoner for den ene retningen, ofte benevnt som *determinister*, mente det var strukturelle og ytre faktorer som påvirket helsen i negativ retning. Det gjaldt kjemisk forurensning fra industri, stråling, tilsetningsstoffer i maten, utslipp fra biler, nedbrytning av sosiale nettverk gjennom migrasjon og urbanisering, tap av autonomi, overbefolkning, arbeidsløshet og fattigdom. Kort sagt var det et innviklet årsakskompleks der enkeltindividet ikke kunne lastes (Kunitz 1987).

Den andre retningen fokuserte mer på individet, ikke på samfunnet. Her var den rådende oppfatningen at den personlige livsstilen var langt viktigere enn miljø. Helsetjenesten og den medisinske forskningen hadde blant dem som bekjente seg til denne oppfatningen, liten påvirk-

ning på levealderen. Det var menneskets levesett som hadde innvirkning på helsen, og de som ble syke hadde stort sett seg selv å takke. De politiske motsetningene mellom disse to retningene er åpenbare.

Politikk og forskning knyttet til sosial ulikhet i helse

I Storbritannia har det i mange år vært en faglig debatt om sosioøkonomiske helseforskjeller. Denne debatten ble intensivert med Black-rapporten som kom i 1980, og som viste at klasseforskjellene i dødelighet hadde økt etter krigen (Townsend og Davidson 1982). Black-rapporten var produsert av en regjeringsnedsatt arbeidsgruppe ledet av Sir Douglas Black. Rapporten var ferdig på et tidspunkt som var lite politisk passende, og den fikk mindre betydning enn mange hadde håpet på. Rapporten ble presentert for den konservative regjeringen til Margaret Thatcher, og ikke for Labour-regjeringen som hadde bestilt rapporten. Thatcher-regjeringen var ikke fornøyd med det rapporten dokumenterte, og den ble hysjet ned og bare trykt i få eksemplarer. Dette førte imidlertid til mer oppmerksomhet og økt forskningsaktivitet i en rekke europeiske land. En oppfølging av Black-rapporten kom i 1997, under en ny Labour-regjering, og den var en handlingsplan om hvordan man kan bedre folkehelsen og redusere sosioøkonomiske helseforskjeller (Acheson 1998).

I dag kan det synes som om forskning på sosial ulikhet i helse er langt mindre politisk kontroversielt. I Norge var det den borgerlige Bondevik 2-regjeringen som påpekte betydningen av dette feltet i Stortingsmelding 16, *Resept for et sunnere Norge* i 2003 (St.meld. 16, 2002–2003), og dermed satte i gang arbeidet med en bredere satsing her hjemme. Dette arbeidet ble videreført av den rød-grønne Stoltenberg-regjeringen som la frem en ny stor-

Matkø i Kristiania, 1913

Allerede på midten av 1800-tallet pekte samfunnsforskeren og presten Eilert Sundt på sosiale ulikheter i helse. I boken *Fattigforholdene i Christiania* (1870) skriver han: «... der er mere af sygdom og sygelighed inden fattigbefolkningen end blandt de øvrige samfundsklasser...».

Underernæring, dårlig boligstandard, urenlighet, forurensing, støy og fravær av gode helsetjenester kunne gi grobunn for infeksjonssykdommer og bidra til sykdom og død.

Foto: Arbeiderbevegelsens arkiv og bibliotek





tingsmelding om sosial ulikhet i 2007 (St.meld. 20, 2006–2007). Sett i lys av den beskjedne forskningsaktiviteten på dette området i Norge i forhold til andre land hittil, og at tyngden i oppmerksomhet nå synes å bli drevet frem av politikere, er det ikke opplagt hvem som er drivkrefter i arbeidet; forskere eller politikere.

Større helseforskjeller i Norge enn antatt

I 1997 kom en viktig publikasjon sett med norske øyne. En nederlandsk forskergruppe ledet av professor Johan Mackenbach, påpekte i en artikkel i det prestisjetunge legetidsskriftet *The Lancet* at det var store sosioøkonomiske helse- og dødelighetsulikheter i Norge og Sverige på 1990-tallet (Mackenbach et al. 1997). Forskjellene var faktisk større i Norge og Sverige enn i andre vesteuropeiske land. Disse funnene overrasket både forskere og myndigheter. Hva var dette, hadde velferdsstaten spilt fallitt? Funnene i *Lancet*-artikkelen førte til en voksende interesse for forskning på sosioøkonomiske helseulikheter her i landet.

Nederlendernes forskningsresultater var i stor grad basert på relative forskjeller mellom lav og høy sosioøkonomisk posisjon. Denne ensidige fokuseringen er blitt kritisert, og det er blitt hevdet at det er de absolutte forskjellene som må vektlegges. Ved vektlegging av relative forskjeller, kan det i tilfeller der hvor det er en like stor reduksjon i alle grupper, som for eksempel når dødeligheten går ned like mye i alle utdanningsgrupper, se ut til at forskjellene øker. For eksempel dersom dødeligheten går ned med to enheter, fra ti til åtte for de som er lavest på rangstigen, og fra fem til tre for de som er høyest, vil den relative forskjellen øke fra $10/5=2.0$ til $8/3=2.7$. Når man så på absolutte forskjeller i *Lancet*-artikkelen, kom ikke Norge og

«En nederlandsk forskergruppe påpekte at det var store sosioøkonomiske helse- og dødelighetsulikheter i Norge og Sverige på 1990-tallet.»

Sverige så ufordelaktig ut, men forskjellene er der, og studier har vist at forskjellene økte i tiåret 1990–2000, uansett om man ser på absolutte eller relative forskjeller.

Studier om helseulikheter i Norge i etterkrigstiden

I etterkrigstiden, frem mot 1970, ble det publisert svært få studier om sosiale helseulikheter i Norge. Tabell 1 viser antall publikasjoner indeksert med søkeordene «social inequalities and mortality» i søkebasen *Medline* over tid, i Norge, England, Sverige og Finland. Det var bare fire studier før 1970 i Norge, mens det etter år 2000 har blitt publisert hele 89 studier. Det har vært en fordobling av studier hvert tiår etter 1970. Også i andre nordiske land og i Europa for øvrig var det få studier på dette feltet før 1970-tallet.

På slutten av 1970-tallet vokste det frem en misnøye med epidemiologifaget og med perspektivet som ble valgt i mange studier av sykdomsårsaker. Altfor lenge hadde man lett etter de såkalte *nære* årsakene til sykdom, men systematisk utelatt å studere bakgrunnen for disse – gjerne omtalt som *årsakene til årsakene*. De såkalte nære eller mellomliggende faktorene kunne være bestemt ut fra individenes sosiale og materielle posisjon i samfunnet. Sosial ulikhet i eksponering for slike faktorer omfatter ofte hele befolkningen, og årsakene til slik ulikhet blir derfor også viktig ut fra et folkehelseperspektiv. Disse strukturelle årsakene kunne få stor betydning fra et folkehelseperspektiv, fordi de hadde betydning for at en hel befolkning ble utsatt for risiko (Rose 1985). Det vokste etter hvert frem en gryende tvil om hvorvidt livsstilsendring hos enkeltindivider skulle danne

Tabell 1. **Antall publikasjoner indeksert med søkeordene «social inequalities and mortality» i Medline (kumulativt) over tid i Norge, England, Sverige og Finland**

	Norge	England	Sverige	Finland
1970	4	19	6	9
1970–79	11	85	24	32
1980–89	29	219	77	57
1990–99	59	393	174	124
2000–07	89	498	252	172

Kilde: Medline.

grunnlag for at folkehelsen ble bedret. Dette kulminerte i 1993 med Leeds-erklæringen, som slo fast at epidemiologiske studier av risiko i fremtiden også bør se på faktorer lenger bak i årsakskjeden (The Leeds declaration 1993).

I tabell 1 ser vi at denne endringen kom tidligere i andre nordiske land og i Storbritannia enn i Norge. Sosiologen Espen Dahl spekulerer på denne tregheten i norsk helseforskning og peker på at det kan ligge kulturelle forklaringer til grunn (Dahl 2002). Den egalitære kulturen i det norske samfunnet kan ha gjort det vanskelig å se ulikhet. Så selv om omfanget i Norge har vært sammenlignbart med andre land, er ikke helse og ulikhet blitt viktige helsepolitiske spørsmål før i nyere tid.

Sosioøkonomiske forskjeller i dødelighet

Tabell 1 viser at det kom norske studier om sosial ulikhet i dødelighet før Mackenbach-rapporten i 1997. I begynnelsen av 1950-årene foretok Trygve Gjestland, Eigil Moen og Gunnar Trier en regional undersøkelse av dødeligheten i Oslo i perioden 1890–1940 (Gjestland et al. 1954). Arbeidet ble utført i forbindelse med en undersøkelse av dødeligheten blant en gruppe ubehandlede syfilispasienter som hadde ligget på Rikshospitalet mellom 1891 og 1910. Overdødeligheten for menn i Oslo indre øst sammenlignet med Oslo indre

vest i perioden 1930–39 viste at menn på østkanten i gjennomsnitt levde tre år kortere enn menn på vestkanten. For kvinner var forskjellen enda større, hele fem år. Undersøkelsen viste at det i løpet av de 50 år undersøkelsen omfatter (1890–1939), ikke hadde skjedd noen utjevning mellom dødeligheten i øst og vest.

Gjestland og Moen gjorde en oppfølging av sin undersøkelse i 1971–80 for hovedstadsområdet. Også i denne undersøkelsen fant man store ulikheter mellom øst og vest. Studien viser at overdødeligheten for menn på Oslo østkant i perioden 1971–1980 var presis den samme som i perioden 1930–39 (Gjestland og Moen 1988).

Holme og medarbeidere publiserte en studie i *The Lancet* i 1976 om sosial ulikhet i hjerte-/karddødelighet med data fra Oslo-undersøkelsen (Holme et al. 1976). I en annen artikkel noen år senere påviste de store sosioøkonomiske forskjeller i totaldødelighet og for dødsårsaker som lungekreft, ulykker og hjertesykdom (Holme et al. 1976).

Anders Forsdahl, tidligere distriktslege i Sør-Varan-

ger, publiserte i perioden 1973–1978 en rekke artikler der oppvekstvilkår ble sett i sammenheng med dødeligheten i voksen alder. Forsdahl viste at hjerte- og karsykdommer hadde sammenheng med oppvekstvilkårene tidlig i livet. Han fant at områder med høy spedbarnsdødelighet også hadde forhøyet nivå av hjertesykdom mange år senere. Spedbarnsdødelighet ble her brukt som en markør på levekår i barn- og ungdom. Hans forskning inspirerte en rekke forskere til å studere videre sammenhengen mellom negative erfaringer tidlig i livet og dårlig helse i voksen alder.

«Forsdahl viste at hjerte- og karsykdommer hadde sammenheng med oppvekstvilkårene tidlig i livet.»



Anders Forsdahl, tidligere distriktslege i Sør-Varanger, publiserte i perioden 1973–1978 en rekke artikler der oppvekstvilkår ble sett i sammenheng med dødeligheten i voksen alder. Forsdahl viste at hjerte- og karsykdommer hadde sammenheng med oppvekstvilkårene tidlig i livet.



Syv brødre i Vadsø 1926, Foto: Samuli Paulaharju. Nasjonalmuseet Helsingfors/ Tromsø Museum.

Analysen av det nasjonale dødsårsaksregisteret ble gjennomført av Jens-Kristian Borgan og Lars B. Kristofersen i Statistisk sentralbyrå på 1980-tallet. De fant store forskjeller i dødelighet i ulike yrkesklasser i perioden 1960–1980 (Borgan og Kristofersen 1986). Disse analysene er blitt gjentatt de senere år, og for enkelte yrker, slik som prester og matroser, er levetidsforskjellene så store som ti år (Borgan 2004). Andre rapporter fra Statistisk sentralbyrå har pekt på de store forskjellene i levealder mellom bydeler i Oslo. For eksempel er det beregnet at en mann født i Vestre Aker på vestkanten i Oslo kan forvente å bli 80 år, mens en mann fra Sagene bydel i Oslo øst kan bare regne med å bli 68 år gammel. Rapportene fra Statistisk sentralbyrå er i hovedsak begrenset til yrke som mål på sosioøkonomisk posisjon.

Når det gjelder andre sosioøkonomiske mål, slik som utdanning og inntekt, undersøkte Folkehelseinstituttet utviklingen i dødelighet for menn og kvinner i hele landet i perioden 1970–1997. Her fant man økende forskjeller etter sosioøkonomisk posisjon både for menn og kvinner (Zahl et al. 2003). Særlig de med lav inntekt hadde høy dødelighet. En ny faktarapport fra Folkehelseinstituttet med oppdaterte dødelighetsdata ut år 2003 viser at det fortsatt er tendenser til økende sosioøkonomiske forskjeller i dødelighet i Norge (Næss et al. 2007).

Forskjeller i selvrapportert helse

Med data fra helseundersøkelsen i 1975 fant sosiologen Jon Ivar Elstad store forskjeller i selvrapportert helse i sitt doktorgradsarbeid *Kroniske lidelser og sosial klasse*. Det er en rekke andre enkeltstudier på selvrapportert helse, blant annet analyser fra *Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag* i 1985 og 1995 og helse- og levekårsunder-

søkelsene til Statistisk sentralbyrå i 1998 og 2002. Fellesnevneren for alle disse studiene er at man finner store sosiale ulikheter i selvrapportert helse (Sund og Krokstad 2005).

«De som hadde fedre med lav yrkesmessig status, var sterkest rammet av psykiske lidelser.»

Mental helse – bra å bo i villastrøk

Med utgangspunkt i egen forskning om innleggelser av sinnssyke tok psykiateren Ørnulv Ødegård i 1936 initiativ til opprettelsen av et landsomfattende sentralregister for innleggelser av sinnssyke pasienter (Dalgard 2002). Sentralregisteret, som lå på Gaustad sykehus, dekket alle innleggelser for psykose tilbake til 1916. Det var det første i verden i sitt slag. Her hadde man muligheter for å studere innleggelser etter sosioøkonomisk bakgrunn. Om forholdet mellom utdanning og innleggelse for psykose fant Ødegård i 1963 at menn med høyere utdanning hadde lavere innleggelsehyppighet enn totalbefolkningen. I 1974 påviste psykiateren Odd Steffen Dalgard forskjeller i psykisk helse innenfor ulike typer bomiljøer. Lavest hyppighet av psykiske lidelser fantes i vel etablert villa-bebyggelse (Dalgard 2002). To år senere, i 1976, fant psykiateren Nils Johan Lavik at de som hadde fedre med lav yrkesmessig status, var sterkest rammet av psykiske lidelser. Psykiateren Tom Sørensen fulgte opp dette i 1987 og fant en klar tendens i retning av overhyppighet av symptomer hos dem med lav yrkesmessig status. En større epidemiologisk undersøkelse, basert på klinisk intervju, ble utført av psykiater Einar Kringlen og medarbeidere i 1994–1997 (Dalgard 2002). De fant at hyppigheten av psykiatriske lidelser var størst hos dem med lav utdanning, og hos dem som bodde i de eldre sentrale østlige bydeler av Oslo.

Helseundersøkelsen i Oslo fra 2001 og helseundersøkelsene til Statistisk sentralbyrå

i 1998 og 2002 viser at det var flest med symptomer på psykiske problemer i Oslo øst og blant dem med lav sosioøkonomisk posisjon.

Forklaringer på sosiale ulikheter i helse i dag

I dag arbeider mange forskere ut fra forskjellige forklarings teorier om sosial ulikhet i helse. Forklaringsmodeller som tar utgangspunkt i absolutte materielle behov, synes ikke å være like gode i dag som på midten av 1800-tallet. Det er imidlertid vanskelig fullt ut å måle effekten av materielle faktorer. Derfor kan vi heller ikke med sikkerhet si hvor stor betydning materielle faktorer har i dag. Det er lite sannsynlig at forskjellene i særlig grad skyldes genetiske faktorer (Mackenbach 2005). Imidlertid viser forskning at det kan tenkes at medfødte personlige egenskaper både virker bestemmende på senere utdanning og yrkesvalg og på helseatferd gjennom såkalt indirekte seleksjon. Omfanget av dette er hittil ukjent.

En av de relativt nye forklaringsmodellene er psykososialteorien (Marmot 2004). Ulikheter kan skape stress. I ytterste konsekvens kan dette føre til sykdom og død, enten direkte på grunn av stressrelaterte sykdommer eller indirekte gjennom usunn livsstil som for eksempel røyking eller høyt alkoholkonsum. Wilkinson-hypotesen, etter engelskmannen Richard Wilkinson, professor i sosial epidemiologi, går ut på at sosiale forskjeller er skadelige i seg selv. Det gjelder for alle i samfunnet, både for fattig og rik. Denne hypotesen er omdiskutert, men fikk nylig støtte i en norsk studie (Dahl et al. 2006).

En annen forklaringsmodell er sosial ulikhet i et livsløpsperspektiv som ser på

ulikheter i helse gjennom hele livet, helt fra fødsel til død. Det er kommet en rekke norske studier innen dette feltet de siste årene, både med data fra Oslo og fra hele Norge, som bekrefter denne hypotesens relevans (Naess et al. 2004a-b, Strand og Kunst 2006a-b).

Helseregistre – det nordiske fortrinn

Vi har spesielt gode muligheter til å studere sosioøkonomiske forskjeller i Norge, først og fremst fordi vi har tilgang til gode registre som er mulig å koble sammen ved hjelp av det unike fødselsnummeret. Denne muligheten er det bare de nordiske

landene som har. Vi kan bedre enn andre studere sjeldne sykdommer og dødsårsaker og kanskje komme nærmere en årsaksammenheng enn andre mindre undersøkelser der størrelsen på studien setter begrensninger. Det er også billig å gjøre slike registerstudier sammenliknet med undersøkelser der data må samles inn.

Fra 2004 fikk vi et nytt reseptregister der alle reseptbelagte medisiner registreres. Ved å koble dette mot Dødsårsakregisteret og andre registre med sosioøkonomiske variabler, kan vi studere medisinbruk på en måte som tidligere ikke har vært mulig her i landet. Når det gjelder sykdommer, er det foreløpig bare Kreftregisteret som er et landsdekkende personentydig sykdomsregister i Norge. Det norske pasientregister (NPR) er ikke personentydig, det vil si at en pasient kan legges inn flere ganger for den samme sykdommen, og vi har ikke mulighet for å se om det er én spesiell pasient eller flere. Om ikke lenge er NPR personentydig, og da har vi straks enda flere muligheter til å gjøre god forskning på sosial ulikhet i Norge.

«Ulikheter kan skape stress. I ytterste konsekvens kan dette føre til sykdom og død.»

registre som er mulig å koble sammen ved hjelp av det unike fødselsnummeret. Denne muligheten er det bare de nordiske



Nordvågen, Nordkapp kommune 1931

Foto: Samuli Paulaharju. Nasjonalmuseet Helsingfors/ Tromsø Museum.

Hvilken betydning har sosial ulikhet for helsetilstanden i dag?

Å påvise sosial ulikhet i helse er viktig fordi det viser til et uutnyttet helsepotensial i befolkningen. Dersom sosiale ulikheter i helse blir redusert, gir det store muligheter for å bedre folkehelsen. Som illustrasjon: I perioden 1990–1997 var det 313 000 menn i alderen 45–59 i 1990, hvorav 16 400 døde. Dersom alle disse mennene hadde hatt like lav dødelighetsrate som de med forskerutdanning, ville bare 8 400 vært døde. Norge ville altså spart 8 000 dødsfall på syv år, eller 1 143 dødsfall hvert år.

Observerte helseforskjeller mellom sosiale grupper blir ofte omtalt som unødvendige og ikke naturgitte i form av for eksempel arvelig disposisjon. Et annet spørsmål er hvorvidt disse forskjellene aksepteres som rettferdige. I den grad samfunnsborgere selv har ansvar for egen helse og livsførsel, vil antakelig samfunnet anse de helseforskjellene vi ser, som selvforskyldte. Synet på dette har endret seg over tid, ettersom politiske holdninger til betydningen av individets ansvar også har endret seg.

Imidlertid kan det synes som om den sterke vektleggingen av individuell livsstil som preget helseforskningen etter krigen og dannet grunnlag for mye helseopplysning, ikke var så vellykket. Dersom folks risiko for å bli syk i fremtiden skal bli redusert, synes det å være en styrket oppfatning blant forskere om at tiltak på samfunnsnivå vil ha størst betydning. I svært få studier har man klart å vise at individuell endring av risiko hos ellers friske har hatt betydning for fremtidig sykdomsrisiko. Dessuten synes det som om bedring i helseatferd de siste tiårene har hatt en skjev sosial profil. Tydeligst ser vi det for røyking. Her har andelen dagligrøykere totalt sett sunket kraftig, men i grupper med lav utdannelse



har det knapt skjedd noen endring (Lund og Lund 2005).

Hvor stort ansvar vi har for egen helse, vil være historisk og ideologisk bestemt, men velferdsstaten spiller en viktig rolle. Så lenge grunnlaget for velferdsstaten er bygd på lik tilgang til helsetjenester, spiller det en stor rolle om ulike sosiale grupper faktisk får lik tilgang og kvalitet på slike tjenester. Det blir vanskeligere å peke på individenes eget ansvar for helsen sin når ulikhetene skapes innenfor helsetjenestene. Omfanget av slik ulikhet har i liten grad blitt empirisk (grunnet på erfaringen) undersøkt i Norge, men studiene til Øystein Kravdal viste sosiale forskjeller i overlevelse av en rekke kreftformer (Kravdal 1999).

Sosial ulikhet – en viktig faktor i medisinsk forskning

Også innenfor medisinsk forskning er det økt erkjennelse av hvilken betydning sosial ulikhet i helse kan ha. Siden sosial ulikhet i eksponering for en rekke ulike risikofaktorer er så omfattende i befolkningen, er det vanskelig å se bort fra dette i medisinsk forskning.

Etterkrigstidens forskning om årsakene til hjerte- og karsykdommer lyktes i å identifisere viktige årsaker, som høye kolesterolverdier, høyt blodtrykk, fysisk inaktivitet og røyking. Da man antok at det også kunne være andre risikofaktorer, fortsatte denne letingen. Det typiske har vært at observasjonsstudier kan ha påvist sammenhenger mellom for eksempel vitaminer og hjertefarkt. Når slike resultater er blitt testet i eksperimentelle studier, har man ofte ikke klart å vise det samme. Et ferskt eksempel er den norske NORVIT-studien (Bonna et al. 2006). Personer som spiser vitaminer, kan med hensyn til sosial tilhørighet skille seg fra dem som ikke

spiser det, og ha lavere risiko for sykdom av andre grunner. Studier som ikke tar høyde for sosioøkonomiske forskjeller, kan komme galt av sted og gi feil konklusjoner. Et vesentlig punkt i de nye retningslinjene for epidemiologiske observasjonsstudier (www.strobe-statement.org), er å inkludere flere sosiale variabler i studier (von Elm og Egger 2004).

Myndighetene på banen

Myndighetene har innsett betydningen av å fokusere på sosial ulikhet i helse, og Helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad la i februar 2007 fram Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller (St.meld. 20, 2006–2007). Hovedmålet i denne strategien er å redusere sosiale helseforskjeller, uten at noen grupper får dårligere helse. For å nå dette målet konsentrerer man seg på fire hovedområder: 1) Redusere sosiale forskjeller som bidrar til helseforskjeller, 2) Redusere sosiale forskjeller i helseatferd og bruk av helsetjenester, 3) Målrettet innsats for sosial inkludering, 4) Utvikle kunnskap og sektorovergripende verktøy. Sosiale helseforskjeller henger nært sammen med andre sosiale forskjeller. Arbeidet for å redusere de sosiale helseforskjellene må derfor følges opp i de fleste sektorer. For å øke treffsikkerheten i tiltakene ønsker regjeringen å styrke kunnskapen om både årsaker til sosiale helseforskjeller og effektive virkemidler.

I forkant av stortingsmelding 20 lanserte Sosial- og helsedirektoratet i 2005 en handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse, kalt *Gradientutfordringen*. Handlingsplanen er rettet mot å utbedre kunnskapsgrunnlaget samt utvikle tiltak for å redusere ulikheter. Ettersom den generelle helsen i befolkningen er god, synes det som om vektleggingen i folkehelsearbeidet går mot sosial ulikhet i helse.

Men sosial ulikhet i helse er i høy grad et uttrykk for tilgang på helsefremmende og helseskadelige ressurser i samfunnet. Endringer for å redusere slike ulikheter kan innebære vanskelige politiske valg. I hvor stor grad politikere og samfunnet for øvrig er villige til å ta dette innover seg og å akseptere endringer, gjenstår å se. Dokumentasjon med tall av omfanget av sosial ulikhet i helse vil uansett spille en stor rolle.

Referanser

- Acheson, D. (1998): *Independent inquiry into inequalities in health*, Norwich: The Stationary Office.
- Borgan, J.K. og L.B. Kristoffersen (1986): *Dødelighet i yrke og sosioøkonomiske grupper*, Rapporter 1986/56, Statistisk sentralbyrå.
- Borgan, J.K. (2004): *Prester og fysioterapeuter lever lengst*, Rapporter 2004/3, Statistisk sentralbyrå.
- Bonaa, K.H., I. Njolstad, P.M. Ueland et al. (2006): Homocysteine lowering and cardiovascular events after acute myocardial infarction, *New England Journal of Medicine*, april 2006, 354(15), 1578–1588.
- Dahl, E. (2002): Health inequalities and health policy: the Norwegian case. *Norsk epidemiologi* 2002/12, 69–75.
- Dahl, E., J.I. Elstad, D. Hofoss og M. Martin-Mollard (2006): For whom is income inequality most harmful? A multi-level analysis of income inequality and mortality in Norway, *Social Science & Medicine*, nov. 2006, 63(10), 2562–2574.
- Dalgard, O.S. (2002): Psykiatrisk epidemiologi i Norge – et historisk tilbakeblikk, *Norsk epidemiologi*, 12(3), 163–172.
- Dawber, T.R. (1980): *The Framingham Study: The epidemiology of Atherosclerotic Disease*, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Doll, R. og A.B. Hill (1956): Lung cancer and other causes of death in relation to smoking, *British Medical Journal*, 10. november 1956, 1071–1081.
- Engels, F. (1892): *The Condition of the Working-Class in England in 1844*, London: Swann and Sonnenschien.
- Gjestland, T., E. Moen og G. Trier (1954): *En regional undersøkelse av dødeligheten i Oslo 1890–1940 – Første del*, Rapporter 1954/44, Statistisk sentralbyrå.
- Gjestland, T. og E. Moen (1988): «East is east, and west is west...», i *Levealderen i Oslo er fortsatt lavest øst for Akerselva. En sammenliknende undersøkelse av dødeligheten i Oslo øst og Oslo vest i perioden 1890–1940 og 1971–1980*, Rapporter 88/21, Statistisk sentralbyrå.
- Holme, I, A. Helgeland, I. Hjermand, P.G. Lund-Larsen og P. Leren (1976): Coronary risk factors and socioeconomic status. The Oslo study. *The Lancet*, desember 1976, 2(8000), 1396–1398.
- Holme, I, A. Helgeland, I. Hjermand, P.G. Lund-Larsen og P. Leren (1980): Four-year mortality by some socioeconomic indicators. The Oslo study. *Journal of Epidemiol Community Health*, mars 1980, 34(1), 48–52.
- Kravdal, Ø. (1999): Social inequalities in cancer survival, *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 119(11), 1577–1583.
- Kunitz, S. (1987): Explanations and ideologies of mortality patterns, *Population and development review* 1987, 13(3), 379–408.

- Lund, K.E. og M. Lund (2005): Smoking and social inequality in Norway 1998–2000, *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 125 (5), 560–563.
- Mackenbach, J.P., A.E. Kunst, A.E.J.M. Cavelaars et al. (1997): Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *The Lancet*, 7. juni 1997, 349 (9066), 1655–1659.
- Mackenbach, J.P. (2005): Genetics and health inequalities: hypotheses and controversies, *Journal of Epidemiol Community Health*, april 2005, 59(4), 268–273.
- Marmot, M. (2004): *Status syndrome. How your social standing directly affects your health and life expectancy*, London: Bloomsbury Publishing Plc.
- Næss, Ø., Rognerud, M. Strand, B.H. (2007). Sosial ulikhet i helse. En faktarapport. Rapport 2007:1, Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Naess, O., B. Claussen, D.S. Thelle og G.D. Smith (2004a): Cumulative deprivation and cause specific mortality. A census based study of life course influences over three decades, *Journal of Epidemiol Community Health*, juli 2004, 58(7), 599–603.
- Naess, O., B. Claussen og G.D. Smith (2004b): Relative impact of childhood and adulthood socioeconomic conditions on cause specific mortality in men. *Journal of Epidemiol, Community Health*, 58 (7), 597–8.
- Rose, G. (1985): Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, mars 1985, 14 (1), 32–38.
- St.meld. nr. 16 (2002–2003): Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken. Oslo: Det kongelige Helsedepartement.
- St.meld. nr 20 (2006–2007): Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Strand, B.H. og A. Kunst (2006a): Childhood socioeconomic status and suicide mortality in early adulthood among Norwegian men and women. A prospective study of Norwegians born between 1955 and 1965 followed for suicide from 1990 to 2001. *Social Science and Medicine*, des. 2006, 63 (11), 2825–2834.
- Strand, B.H. og A. Kunst (2006b): Childhood Socioeconomic Position and Cause-specific Mortality in Early Adulthood, *American Journal of Epidemiology*, okt. 2006.
- Sund, E.R. og S. Krokstad (2005): *Sosiale ulikheter i helse i Norge, en kunnskapsoversikt*, Rapport Nr. IS–1304, Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sundt, E. (1870): Om fattigforholdene i Christiania. Fra den ved Christiania Repræsentantskabs Beslutning af 9de September 1868 nedsatte Kommitte. Første hefte. Kristiania: J Chr Gundersens Bogtrykkeri.
- The Leeds Declaration (1993): Directions for health: new approaches to population health research and practice – The Leeds Declaration. Leeds: Nuffield Institute for Health, University of Leeds, UK.
- Townsend, P. og N. Davidson (1982): *Inequalities in health – The Black report*, Harmondsworth: Penguin Books.
- von Elm, E. og M. Egger (2004): The scandal of poor epidemiological research – Reporting guidelines are needed for observational epidemiology. *British Medical Journal*, okt. 2004, 329(7471), 868–869.
- Zahl, P.H., M. Rognerud, B.H. Strand og A. Tverdal (2003): *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*, Rapport nr. 1/2003, Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.