
Hvordan står det egentlig til med Ola og Kari nordmann?

AKTUELT

STEINAR WESTIN

Institutt for samfunnsmedisinske fag
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)
Medisinsk teknisk forskningssenter
Trondheim

Ligger Norge på topp eller bunn i Europa når det gjelder sosial ulikhet i helse?
Spørsmålet har ikke noe entydig svar og sprer faglig ubehag i forskningsmiljøer som
befatter seg med sosial helse og ulikhet i Norge.



Johan P. Mackenbach

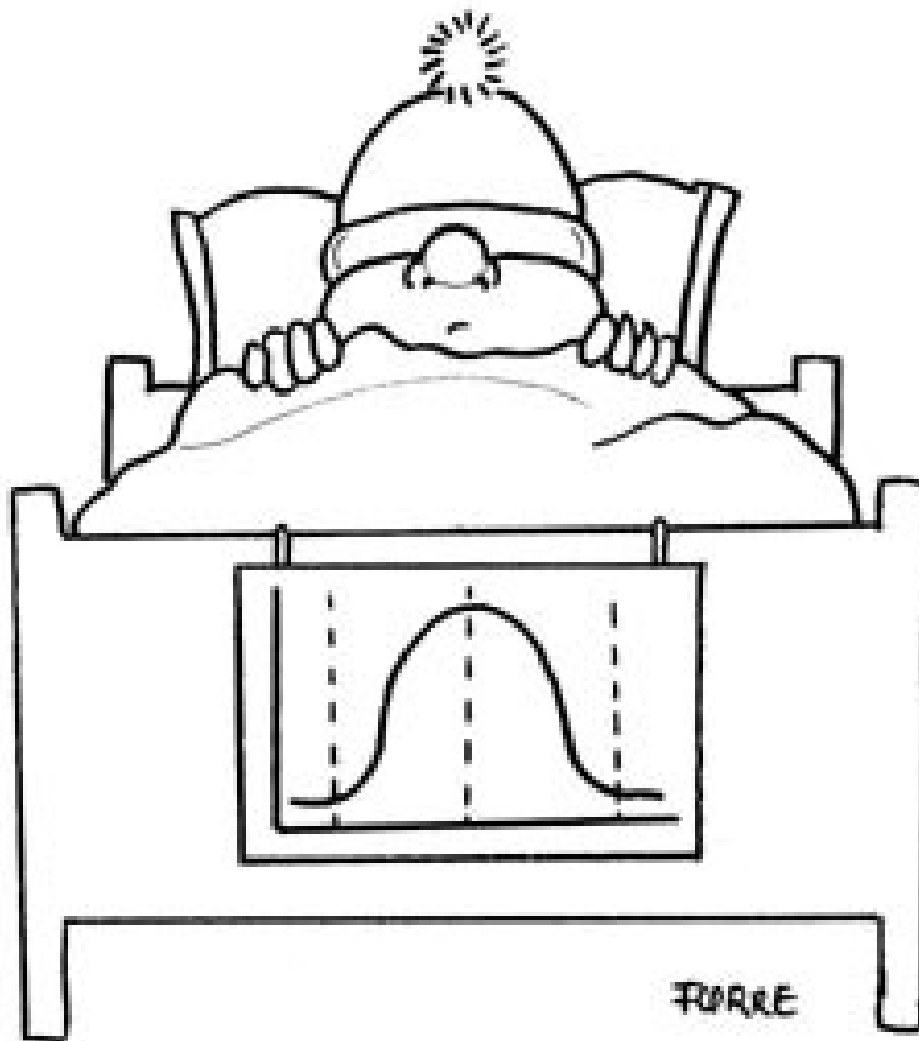
En artikkel i *Lancet* i 1997 (1) plasserte Norge på toppen, sammen med Sverige, når det gjaldt ulikhet i helse etter sosioøkonomisk status. Ikke bare gjaldt det for såkalt selvpoplevd helse, men også for «harde» helsevariabler som kronisk sykdom og død. Dette var høyst forstyrrende nyheter for mange av oss som har forestillinger om at klaseskiller i Norge er små, og at de i hvert fall ikke gjelder helse (2).

Ingen entydige svar

Diskusjonene om Lancet-artikkelen har dreid seg dels om svakheter ved analysemetodene, dels om fortolkninger av funnene (2, 3). De svenske medarbeiderne i studien trakk seg tidlig fra medforfatterskapet, bl.a. fordi de mente at bruken av relative forskjeller gav et skjevt bilde av ulikhetene i land der nivået av helseproblemer lå lavt, altså der de absolutte forskjellene i helse etter sosioøkonomisk status var små (3). Etter hvert har diskusjonene stilnet uten at man har kommet til noen avklaring. Heller ikke da 20–30 forskere møttes i regi av Sosial- og helsedepartementet som ledd i oppfølgingen av *Utjamningsmeldinga* (4), kunne de gi noe entydig svar på hvordan Norge ligger an i europeisk sammenheng. Topp eller bunn? Faglitteraturen er høyst motstridende og ikke vet vi noe om utviklingstrekk over tid heller. Vi har ikke hatt statistikk for slikt i Norge.

På denne bakgrunnen knyttet det seg stor interesse til forskerseminaret om sosioøkonomisk status og helseforskjeller i Nord-Trøndelag og Europa, som Folkehelsen i Verdal arrangerte 19.–20. juni. Hovedinnleder var nettopp Lancet-artikkelens førsteforfatter, Johan P. Mackenbach. Han er også leder av den nederlandske forskergruppen ved Erasmus-universitetet i Rotterdam.

Problemfeltet ble brettet ut i stor detalj, og det ble lagt frem nye sammenliknende data som ennå ikke er publisert. Vi festet oss ved at Mackenbach og medarbeidere nå tar alle skritt for å unngå feiloppfatninger basert på relative forskjeller. Men det er også klart at de store ulikhetene i Norge ikke helt lar seg bortforklare. I så måte kunne Eiliv Lund, Universitetet i Tromsø, legge stein til byrden med data fra et stort materiale i prosjektet Kvinner og kreft, der nokså store forskjeller i selvvalgt helse viste høy samvariasjon med husholdningens bruttoinntekt (5). Ellers ser det ut til at det meste av helseulikhetene i Norge knytter seg til hjerte- og karsykdommer. En viktig årsaksforklaring kan ligge i den sosialt sett skjeve fordeling av tobakksrøyking i Norge og Norden. Mye av de observerte forskjellene i helse lar seg ikke lett tilbakeføre til kjente risikofaktorer, selv ikke når man legger inn lange latensstider mellom antatt årsak og observert helse eller forventet levetid.



Nord-Trøndelag er Mini-Norge

Steinar Krokstad viste hvordan han nettopp ved å følge Mackenbachs arbeid og anbefalinger fra Verdens helseorganisasjon (6) hadde greid å gjøre dataene fra helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) internasjonalt sammenliknbare. For selvvalgte helsemål viste han at Nord-Trøndelag ligger midt i laget i europeisk sammenheng. Det er likevel langt derfra til den mye høyere grad av helseulikhet som ble publisert i Lancet-artikkelen for hele Norge (1). For noen av helsemålene ligger oddsrasjonivået mellom 2 og 3 i HUNT, mens de ble oppgitt til nivåer omkring 5 og 6 i det norske Lancet-materialet. Enten trekker de store byene høyt opp i sosioøkonomisk ulikhet, eller så er det fortsatt noe med analysene som ikke stemmer. For befolkningen i Nord-Trøndelag har i mange henseender vært betraktet som et Mini-Norge med hensyn til variasjon i levkår og helse.

Både Espen Dahl fra FAFO og Peter F. Hjort var opptatt av at det ikke bare var viktig å fastslå hvor nivået for ulikhet i Norge ligger, men heller gå videre til å studere mekanismer bak forskjellene: Hvordan blir sosiale faktorer som yrke, utdanning og inntekt til biologi og helse? Hjort redegjorde for en omfattende satsing på disse forskningsområdene i Sverige.

Marit Rognerud presenterte Folkehelsas arbeid med et nytt nasjonalt helseindikatorsystem som kan bli et nyttig verktøy i ulikhetsforskningen (7).

Når det i veletablerte kretser ubesværet snakkes om at Norge flyter over av penger og velstand, har saken så opplagt også en annen side. Med beina i kjøleskapet og hodet i komfyren kan man anta at en stakkar i gjennomsnitt har det ganske bra, hvis det ikke stilles andre spørsmål. Og det er det vi må gjøre – oftere.

LITTERATUR

1. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AEJ, Groenhof F, Geurts JJM and the EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. Lancet 1997; 349: 1655–9.
2. Westin S. Velferdspolitiske virkelighetsbilder. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 79–83.
3. Vågerø D, Erikson R. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. Lancet 1997; 350: 516.
4. St.meld. nr. 50 (1998–99). Utjamningsmeldinga. Om fordeling av inntekt og levekår i Noreg.
5. Lund E. Sosioøkonomisk status, selvvurdert helse og sykdom blant norske kvinner i alderen 45–64 år Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1131–4.
6. Kunst A, Mackenbach J. Measuring socioeconomic inequalities in health. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 1994.
7. www.folkehelsa.no/fag/nhis/norgeshelsa.html (23.8.2000)

Publisert: 10. september 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 9. september 2026.