
Typisk norsk å være (middels) god?

REDAKSJONELT

MÆLAND JG

Norge sakker akterut i dødelighetsutviklingen

Vinteren 1996 opplevde Norge forsmedelsen å se en portugiser foran beste nordmann i europamesterskapet på skøyter. Idette nummer av Tidsskriftet rapporterer Waaler & Guldvog at Norge faller nedover på rankinglisten over middellevetiden i befolkningen (1). Fra tidligere å ha ligget i tetskiktet, befinner Norge seg nå nær gjennomsnittet av land med markedsøkonomi. Norge er forbigått bl.a. av land som Canada, Frankrike, Island, Japan, Nederland, Spania, Sverige og Sveits (2).

La det være klart at dette dreier seg om et relativt fall, og at forskjellene mellom de nevnte landene er ikkesærlig store. I absolutte tall viser den norske befolkning fortsatt forbedring av middellevetiden. Særlig norske kvinner har vist en bemerkelsesverdig jevn økning i forventet levealder i hele etterkrigsperioden (3). Fra 1950 har forventet middellevetid ved fødsel økt med seks år for norske jenter. For menn inntrådte derimot en viss tilbakegang i forventet levealder fra midten av 1950-tallet, hovedsakelig forårsaket av en betydelig økning av koronar hjertesykdom i denne perioden. Først omkring 1973 var forventet levealder tilbake på samme nivå som i 1958. De aller siste årene har faktisk norske menn vist noe sterkere vekst i middellevetiden enn kvinnene. Det er altså tegn som tyder på at mennene er i ferd med å hente noe inn på kvinnenes markerte forsprang i Norge, men ennå lever kvinnene gjennomgående seks år lenger enn mennene.

Hovedforklaringen på den generelle økningen i middellevetiden i vårt og andre land finnes i en dramatisk forbedring av dødeligheten i første leveår. Spedbarnsdødeligheten er nå ca. fem per 1000 levendefødte mot vel 20 per 1000 for 40 år siden. Ut fra dette målet befinner Norge seg i førstedivisjon på verdensbasis.

Men også i andre livsavsnitt har dødeligheten gått ned. Bidragende faktorer er reduksjon i antall ulykker og alvorlige infeksjonssykdommer blant barn og unge, reduksjon i dødelige trafikk- og arbeidsulykker, og fra 1970-tallet markert tilbakegang av hjerte- og kardødeligheten. Derimot er kreftdødeligheten samlet sett nokså stabil, med en svak nedgang blant yngre og en viss oppgang blant eldre (4).

I motsetning til hva mange tror, er økningen i forventet levealder beskjedent i høyere alder. For 70-årige menn ligger forventet gjestående levealder omtrent på samme nivå som på begynnelsen av 1950-tallet, mens jevnaldrendekvinner kan forvente å leve omtrent to år lenger. Selv for 30-åringer har økningen i gjestående levealder bare vært knappe ett år for menn og fire år for kvinner i samme tidsrom (3).

Det nye i bildet er ikke så mye endringene i Norge, men det faktum at land som for bare få år siden lå langt tilbakefor Norge i helse, velferd og velstand, har innhentet forspranget og til dels gått forbi oss. Kanskje den mest bemerkelsesmessige utviklingen har skjedd i Japan, landet som lå på kne etter den annen verdenskrig, og som i løpet av en generasjon utviklet seg til en økonomisk stormakt. Som det eneste av OECD-landene, unngikk Japan hjerte- og karbølgen i forbindelse med utviklingen av det moderne industrisamfunnet (5). På tross av at japanske menn ligger iverdenstoppen når det gjelder røyking, har dødeligheten av hjertesykdom falt jevnt siden 1950 til et av de lavestnivåer blant industrialiserte land. Slagdødeligheten, som tidligere var svært høy, er også vesentlig redusert, mest sannsynlig som følge av redusert saltkonsum i den japanske befolkningen.

Japan skiller seg fra vestlige land i kultur og tradisjon, i sosial organisasjon og verdiorientering, og ikke minst i matkultur og livsstil. Den mest åpenbare forskjellen er japanernes ekstremt lave forbruk av animalsk fett og de lave kolesterolverdier i den japanske befolkning (5). Mye tyder på at det lave kolesterolnivået gjør at sigarett røyking ikke får de samme konsekvensene for hjerte- og karsystemet som i vestlige land, selv om to av tre japanske menn røyker. Likevel forklarer ikke dette at koronar hjertesykdom faktisk er blitt sjeldnere gjennom hele etterkrigsperioden og at selv lungekreft forekommer sjeldnere enn man skulle vente.

Marmot & Mustard (5) mener at den imponerende forbedringen i folkehelsen i Japan de siste 40 årene må forklares isosiale og økonomiske forhold i det japanske samfunnet, mens helsetjenestens bidrag neppe kan ha vært avgjørende. Japan bruker relativt mindre på helsetjenester enn mange andre OECD-land, men er det landet som har minst økonomisk ulikhet innen befolkningen, et forhold som synes å være klarere knyttet til dødeligheten enn absolutt økonomisk nivå (6). Migrasjonsstudier tyder på at tradisjonelt japansk levesett bidrar til å beskytte mot hjertesykdom, uavhengig av kolesterolverdi (7).

Er det grunn til å bli bekymret i Norge over tallene som Waaler & Guldvog presenterer? Både nei og ja. Vi kan ikke annet enn å glede oss over at mange land, også fattigere land, er i ferd med å innhente Skandinavia når det gjelder middellevetid. Også i den tredje verden skjer det en positiv utvikling i barnedødelighet og dermed også i forventet levealder (2, 8). Land som Puerto Rico og Cuba ligger allerede på europeisk nivå, og en rekke asiatiske land kommer etter.

Den internasjonale sammenlikning bør likevel bidra til å riste oss ut av den litt selvtilfredse holdningen det har vært til helseutviklingen i den norske befolkning. Den nærmest hysteriske oppmerksomhet mot ventelistene og andremarginalproblemer i norsk helsevesen, har tatt oppmerksomheten bort fra det det virkelig gjelder, nemlig befolkningens helse. Fortsatt skyldes 40% av tapte norske leveår før fylte 70 år en hjerte- og karsykdom og 25% en kreftsykdom. Fortsatt har menn overdødelighet i alle aldre. Fortsatt er dødeligheten nær dobbelt så høy i Oslo indre øst som i Oslo vest.

og 30% høyere i Finnmark enn landet for øvrig (9). Fortsatt dør like mange i trafikken hvert år som i Alexander Kielland-, Partnair- og Scandinavian Star-ulykkene til sammen. Fortsatt tar tobakksrøyking årlig 2000 liv førfylte 70 år i Norge (10).

Slaget om folkehelsen er langt fra vunnet, og den kampen kan ikke føres i sykehusene, men ute i samfunnet. Vi kan ikke behandle oss vekk fra de store dødsårsakene, ja selv medisinsk sykdomforebygging har sine klare begrensninger. Deter befolkningens levevaner og de brede miljøfaktorene som bestemmer hvilke sykdommer vi rammes av og når. Dette betyr ikke at medisinsk behandling og forebygging er uten betydning. Noe av æren for den reduserte hjerte- og kardødeligheten kan tilskrives forbedret akuttbehandling av slag- og hjertepasienter og mer effektive sekundærforebyggende tiltak. Forenklede kreftformer er prognosen radikalt forbedret, som ved leukemier og testikkelkreft. I tillegg tilsier hensynet til de syke at vi opprettholder et faglig sterkt og effektivt behandlingsapparat.

Dette til tross, variasjonene i helse mellom og innen befolkninger kan ikke forklares ut fra helsetjenestetilbudet, i alle fall ikke i vår del av verden (11). Den nylig avdøde britiske epidemiolog Sir Geoffrey Rose, som selv viet mye av sitt liv til høyrisikointervensjon mot hjerte- og karsykdommer, kom etter hvert til den overbevisning at folkehelsen først og fremst reflekterer gjennomsnittsnivået av risikofaktorene i befolkningen (12). Forebyggende arbeid må derfor rette seg mer mot totalbefolkningen enn mot såkalte høyrisikoindivider.

Et fall i befolkningens gjennomsnittlige kolesterolnivå på 10%, som er fullt oppnåelig, vil bety langt flere sparteliv enn om man oppnådde en "normalisering" av kolesterolnivået blant dem med de høyeste verdiene, noe som har vist seg svært vanskelig å gjennomføre. Synker befolkningens gjennomsnittlige alkoholforbruk, faller også tallet på storforbrukere og misbrukere. Massestrategien virker likevel først og fremst fordi så mange måteholdsdrikkere bidrar til å redusere risikoen i befolkningen, selv om den enkeltes risikoforhold i gjennomsnitt endrer seg lite. Dette er det preventive paradoks (12).

Hva er det som gjør at befolkninger endrer sitt levesett? Dette vet vi ennå for lite om. Det vi vet, er at befolkninger endrer seg, og det ofte i forbausende stor grad. Sjelden kan man peke på en enkelt forklaring, snarere er det en sum av påvirkningsfaktorer, som opplysnings- og holdningsskapende arbeid, lovreguleringer, prispolitikk og andresamtidige kulturelle og sosiale endringer. Våre kollektive levevaner gjenspeiler samfunnsmessige forhold, knyttet til medier og kultur, tilbud og restriksjon, politikk og meningsklima.

Erkjennelsen av at medisinsk teknologi og innsats har begrenset betydning for folkehelsen, trenger seg bare motstrebende inn i den offentlige debatt. For mange er helse fortsatt et spørsmål om bevilgninger til helsevesenet. Men folkehelsen har mindre med helsepolitikken å gjøre enn med spørsmålet om vi har en politikk for helse. Geoffrey Rose uttrykker det slik i sitt faglige testamente (12):

"The primary determinants of disease are mainly economic and social, and therefore its remedies must also be economic and social. Medicine and politics cannot and should not be kept apart."

John Gunnar Mæland

LITTERATUR

1. Waaler HT, Guldvog B. Utviklingen av dødeligheten i Norge - et internasjonalt perspektiv. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 1104-6.
2. The World Health Report 1995. Bridging the gaps. Genève: WHO, 1995.
3. Øverås S. Helseboka 1995. Hovedtrekk ved helsetilstand og helsetjeneste i Norge. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1995.
4. Guldvog B. Helse for alle-strategien - når vi målene for redusert dødelighet? Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 57-63.
5. Marmot MG, Mustard JF. Coronary heart disease from a population perspective. I: Evans RG, Barer ML, Marmor TR, red. Why are some people healthy and others not? Berlin: Walter de Gruyter, 1994: 189-214.
6. Wilkinson RG. Class mortality differentials, income distribution and trends in poverty 1921-1981. J Soc Policy 1989; 18: 307-35.
7. Marmot MG, Syme SL. Acculturation and coronary heart disease in Japanese-Americans. Am J Epidemiol 1976; 104: 225-47.
8. World Development Report 1993. Investing in health. Washington DC: The World Bank, 1993.
9. Måseide P. Health and social inequity in Norway. Soc Sci Med 1990; 31: 331-42.
10. Kraft P, Svendsen T. Røykevaner og bruk av snus i Norge 1973-95. Har nedgangen stoppet? Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 629-34.
11. Evans RG, Stoddart GL. Producing health, consuming health care. I: Evans RG, Barer ML, Marmor TR, red. Why are some people healthy and others not? Berlin: Walter de Gruyter, 1994: 27-64.
12. Rose G. The strategy of preventive medicine. Oxford: Oxford Medical Publications, 1993.

Publisert: 30. mars 1996. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 12. juli 2026.