
Helse og ulikhet - er vår uskyldstid over?

REDAKSJONELT

OLSEN B

Systematiske variasjoner i en befolknings helsetilstand er ofte relatert til kjønn, etnisitet, sosial klasse, yrke, utdanningslengde, inntekt, bosted o.l. Nå er ikke alle systematiske variasjoner i helsetilstand av samme helsepolitiske interesse, men ulikheter som er *unngåelige og unødvendige* og som føles *urettferdige* er det (1).

Vi har fått økende økonomisk ulikhet det siste tiåret. De rike er blitt rikere uten at andelen med lavest inntekt har økt (2, 3). Det vi ikke vet, er om sykdomsbelastningen og dødeligheten har endret seg i lavinntektsgruppene over tid. I Norge har den forskningsmessige innsatsen på dette feltet vært begrenset. Norsk offentlig statistikk og sosialmedisinsk forskning angir ikke sosial ulikhet på en entydig og sammenliknbar måte. Dette vanskeliggjør overvåking av tidstrender og gir derfor ikke det nødvendige og umiddelbare incitament til erkjennelse og undring, noe som er en forutsetning for forskning (4).

OSLO - EN DELT BY

Vi har lenge visst at Oslo i norsk sammenheng skiller seg ut som et sted med store sosiale variasjoner i helse. Tidsskriftet kan i dette nummer presentere fire artikler som dokumenterer og reflekterer over de betydelige helsemessige ulikhetene mellom Oslo øst og Oslo vest (5-8). Vår forståelse av de sosiale forhold og de biologiske virkningsmekanismer som omsetter disse i sykdom er ytterst ufullstendig, og det foreligger et stort behov for mer forskning.

Dette nummer av Tidsskriftet byr også på andre artikler om sosial ulikhet og helse (9-11).

Siden de første dødelighetsdata knyttet til sosiale klasser ble registrert i England i 1911, har man observert en vedvarende sosial gradient. Disse variasjonene, som kan være store, synes å være lite påvirket av historiske endringer i sykdomsmønstre eller av tilgjengeligheten til moderne medisinsk behandling. Mange funn tyder på at det ikke kan være materiell deprivasjon som ligger til grunn.

Hvordan skal man forklare en 3,5 ganger større dødelighet for kontorister av laveste grad i forhold til folk i administrative toppstillinger, og en gradient som tydelig følger status og rangorden i departementene? Ingen i disse gruppene er direkte materielt

depriverte, og det fysiske arbeidsmiljøet er lite risikofylt. Forklaringer må derfor søkes i en eller flere faktorer som har en kraftig effekt på helsen, som uttrykker seg gjennom ulike sykdommer og somtilsynelatende er korrelert med hierarki per se (12).

Til tross for at det ikke er politisk korrekt i dagens Norge, må vi påpeke at det finnes god dokumentasjon for å hevde at *inntektsutjevning* sannsynligvis er det mest effektive virkemiddel for å bedre folkehelsen (13-15). Store inntektsforskjeller i moderne industrisamfunn er sterkere assosiert med helsemessige ulikheter enn fattigdom eller gjennomsnittsinntekt per person.

I en sammenliknende studie av vesteuropeiske land fant man at risikoen for sykdom og død i alle land var høyere i gruppene med lavest inntekt, kortest utdanning og med manuelle yrker. Overraskende nok, og i strid med konvensjonell visdom og tidligere undersøkelser, var de relative ulikhetene mellom toppgruppen og bunngruppen størst i Norge og Sverige for sykkelighet, og bare Frankrike hadde større forskjeller i dødelighet (16).

Nå kan nok ulikhetene i dødelighet i Norden langt på vei forklares av en sosioøkonomisk gradient for hjerte- og karsykdom som ikke er til stede i andre land. Også den sosioøkonomiske gradienten for røyking er større i Skandinavia enn gjennomsnittet for de øvrige europeiske land. Tidsforskjeller i hjerte- og karsykdommenes epidemiologi er i allefall en sannsynlig delforklaring på de registrerte forskjellene.

HELSETJENESTENS SYMBOLFUNKSJON

Betyr tilgangen til helsetjenester noe for de ulikhetene vi her snakker om? Neppe. Likevel har helsetjenesten en viktig symbolfunksjon, idet den reflekterer hvordan samfunnet verdsetter den enkelte. Det finnes mange som spår at *alle* helsesystemer konvergerer mot dagens latinamerikanske variant: en klasseslett helsetjeneste med privatstykkprisfinansiering for de privilegerte og statlig finansierte lavkvalitetstjenester for resten.

Også i Norge erfarer vi at presset for privatisering øker. I tillegg har vi fått en tiltakende konsentrasjon av leger i helseregion 1 og 2. Er vi i ferd med å få en todeling av helsetjenesten? En lett tilgjengelig, serviceinnstilt, kvalitetssikret, i hovedsak privatfinansiert helsetjeneste i sentrale strøk, og en offentlig lavkvalitetstjeneste preget av diskontinuitet og språkvanskeligheter i resten av landet?

I en situasjon med en sterk privatøkonomi, med betydelig og utbredt misnøye blant helsepersonell i offentlig tjeneste, kan en detaljfokusert og stivbent sentral planstyring komme til å bli en utløsende faktor for personellflukt og utarming av den offentlige helsetjenesten. Og mens retorikken følger gamle spor, kan vi risikere at virkeligheten endres så radikalt at grunnen rives vekk under en offentlig helsetjeneste av den type vi kjenner.

Det umistelige ved vår helsetjeneste er trygghet for at økonomisk og sosial status ikke er utslagsgivende for tilbudet av nødvendige helsetjenester. For å bevare denne kjerneverdien er det nødvendig med en rask avklaring av innholdet i den basispakke av helsetjenester som det offentlige skal garantere, og det er nødvendig å akseptere at en større andel av lavt prioriterte tjenester (heri inkludert alternativ medisin) finansieres privat.

Berit Olsen

LITTERATUR

1. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. EUR/ICP/RPD 414. 7734r. København: WHO, 1990.
2. Epland J. Inntektsfordelingen 1986-1995: Hvorfor øker ulikheten? Økonomiske analyser 5/97. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1997.
3. Aaberge R, Andersen AS, Wennemo T. Omfang, nivå og fordeling av lavinntekter i Norge, 1979-1993. I: Den nordiska fattigdomens utveckling och struktur. TemaNord 1996: 583. København: Nordisk Ministerråd, 1996.
4. Westin S. Sosial klasse - dimensjonen som forsvant? Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 2821-3.
5. Jenum AK, Thelle DS, Stensvold I, Hjermann I. Regionale ulikheter i sykdomsrisiko i Oslo. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 23-7.
6. Jenum AK, Stensvold I, Bjartveit K, Thelle DS, Hjermann I. Risikofaktorer for hjerte- og karsykdom i Oslo, Sogn og Fjordane og Finnmark. Tidsskr Nor lægeforen 1998; 118: 18-22.
7. Brekke M. Fordeling av velstand er fordeling av helse. Aktuelle forklaringsmodeller og eksempler fra Oslo. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 76-8.
8. Brekke M, Hjortdahl P, Thelle D, Celius EG, Heldal E, Joner G, Kvien TK. Forskjeller i sykkelighet mellom indre øst og ytre vest i Oslo. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 14-7.
9. Westin S. Velferdspolitiske virkelighetsbilder. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 79-83.
10. Lilleholt O. Dersom du er fattig, hjelper det mindre å ha gode helsevaner. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 86-7.
11. Husom N. Helsen best i vest - både i Oslo og Akershus. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 110-1.
12. Evans RG, Barer ML, Marmor TR. Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations. New York: Aldine de Gruyter, 1994.
13. Wilkinson RD. Socioeconomic determinants of health. Health inequalities: relative or absolute material standards? BMJ 1997; 314: 591-4.
14. Fiscella K, Franks P. Poverty or income inequality as predictor of mortality: longitudinal cohort study. BMJ 1997; 314: 1724-7.
15. Wilkinson RD. Income inequality summarises the health burden of individual relative deprivation. BMJ 1997; 314: 1727-8.
16. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AEJM, 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.

Publisert: 10. januar 1998. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 8. september 2026.