

# Sosiale gradienter i helse



## Redaksjonelt

*Sosiale ulikheter i helse er større i Norge enn tidligere antatt, og det dreier seg om noe langt mer dyptgripende enn «restfattigdom»*

Idealer om likhet og rettferdighet har stått sterkt i den norske folkesjelen gjennom etterkrigstiden (1). Så sterk var troen på at man var på vei mot et klasseløst samfunn at man på mange områder sluttet å snakke om sosiale forskjeller eller klasser. Det meste av norsk statistikk innen helse og sosiale forhold ble uttrykt som gjennomsnitt, uten større interesse for om gode gjennomsnittstall kunne skjule store forskjeller i helse mellom fattig og rik (2). Derfor vakte det forbauselse da man fra midten av 1990-årene begynte å få forskningsresultater som tydet på at de sosiale ulikhetene i helse ikke var borte, og at de relative forskjellene var store, selv i europeisk målestokk (3). På lederplass i Tidsskriftet stilte Berit Olsen spørsmålet om vår uskyldstid definitivt var over (4).

Denne bråvåkningen har medført en fornyet interesse for forskning om sosiøkonomisk ulikhet og helse i Norge. Ikke for å påvise om slike gradienter faktisk finnes – det vet vi at de gjør. Men spørsmål ble raskt stilt om hvor store forskjellene faktisk var, om de ble større eller mindre, og om det var yrke, utdanning eller inntekt som var mest avgjørende. Etter hvert ble spørsmålene mer detaljerte, bl.a. for å avdekke hvilke mekanismer det er som gjør at både selvopplevd helse, registrert sykkelighet og forventet levetid varierer mellom sosiale sjikt i samfunnet.

Å svare på så omfattende forskningsspørsmål er ikke gjort over natten. Det tok faktisk flere år før vi begynte å få norske publikasjoner som kunne forholde seg til de spørsmål og påstander som den europeiske ulikhetsforskningen – med hovedsenter i Nederland – hadde lansert om Norge (3). Selv i dag er vi kommet meget kort i belysningen av disse sentrale spørsmål for sosialpolitikken. Norges forskningsråd har ikke greid å gjøre noe større ut av ulike innspill om å styrke denne forskningen. Men enkeltpersoner og mindre forskningsmiljøer har etter hvert fått frem en del viktige data, for eksempel med Mette Brekkes doktoravhandling om sosiale ulikheters betydning ved revmatoid artritt og muskel- og skjelettlidelser (5).

Et nytt slikt bidrag presenteres i dette nummer av Tidsskriftet, der Bjørgulf Clausen & Øyvind Næss har tatt for seg dødeligheten i Oslo i ulike yrkesklasser (6). Når yrkesklassene grupperes langs en gradientskala, fra høy til lav, finner de urovekkende store forskjeller i dødelighet, så store at de faktisk ligger på nivå med det man ser i England og Wales, der ulikhetene tradisjonelt har vært store. Forfatterne tar riktignok et berettiget forbehold om at de har sammenliknet ulikhetene i Oslo by med et helt land, for de store byene har gjerne høyere gradienter enn det man finner for hele land. Likevel ser vi med disse dataene nok en gang konturene av betydningsfulle og bekymringsfulle

helseulikheter i Oslo, denne gang for det «hardeste» av alle mål på helse, dødelighet.

En viktig milepæl i denne forskningen tror vi det vil være at *Norsk Epidemiologi*, tidsskriftet for Norsk forening for epidemiologi, nå i sommer utgav et spesialnummer om sosial ulikhet og helse (7). Her presenteres bidrag fra mange av de fagmiljøene som har tilgang til data som kan belyse rikets ulikhetstilstand. Det er lite i denne artikkelsamlingen som er egnet til å berolige. Espen Dahl hevder til og med at Norge ikke bare har betydningsfulle ulikheter; det erertil en manglende evne til å erkjenne at de er der (8). Det skyldes antakelig at de politiske partiene ennå henger igjen i forestillingen om at problemet er begrenset til «restfattigdom», helseproblemer blant såkalt utsatte grupper som ennå ikke har fått del i velstandsutviklingen. Dermed tror man at løsningen ligger i spesielle tiltak for de mest utsatte, underforstått at det ellers står bra til med de fleste. En slik tankegang overser det som blir tydeligere etter hvert, at ulikhetene i helse går tvers gjennom hele samfunnet (6, 9), og at gradientene muligens er økende. Her ligger den store sosialpolitiske utfordringen, og den løser man ikke bare med bedre innsats ved sosialkontorene.

*Steinar Westin*

Institutt for samfunnsmedisinske fag  
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Medisinsk teknisk forskningssenter  
7489 Trondheim

*Steinar Westin (f. 1944) er fastlege ved Tempe legesenter, professor i sosialmedisin ved NTNU og leder for Tidsskriftets redaksjonskomité.*

### Litteratur

1. Aalberg T. Norske likhetsverdier i et komparativt perspektiv. Tidsskrift for samfunnsforskning 1998; 4: 490–515.
2. Westin S. Sosial klasse – dimensjonen som forsvant? Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 2821–3.
3. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AEJ, Groenof 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.
4. Olsen B. Helse og ulikhet – er vår uskyldstid over? Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 13.
5. Brekke M. Influence of social inequality and self-efficacy on rheumatoid arthritis and non-inflammatory musculoskeletal pain. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2002.
6. Clausen B, Næss Ø. Dødelighet i Oslo etter ulikheter i yrkesklasse. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 120: 1867–9.
7. Mæland JG, Westin S, Haug K. Helseulikhetene består: hvordan kan de forklares og bekjempes? Norsk Epidemiologi 2002; 12: 3–5.
8. Dahl E. Health inequalities and health policy: the Norwegian case. Norsk Epidemiologi 2002; 12: 69–75.
9. Krokstad S, Kunst AE, Westin S. Trends in health inequality by educational level in a Norwegian total population study. J Epidemiol Community Health 2002; 56: 375–80.