

Nå kommer de første undersøkelsene som tyder på at økende forskjeller i levekår siden 1980-tallet gir utslag i større helseforskjeller.

Større ulikheter i helse?

I Folkehelsemeldingen fra Dagfinn Høybråten i hans tid som helseminister lå det et sterkt budskap om at de sosialt betingede helseulighetene skulle bekjempes (1). Som et første trinn skulle de overvåkes og studeres grundigere. Tiltakene videre skulle bygge på en handlingsplan mot sosial ulikhet i helse. Nå har regjeringens forslag til statsbudsjett satt ny fart i diskusjoner om hvor store de sosiale ulighetene skal få bli her til lands. Det foreslås betydelig skattelette for de rikeste og et nytt hopp i egenandelene for pasientene. I mellomtiden diskuteres det i fagmiljøene hvordan helseulighetene i Norge faktisk utvikler seg (2). Og handlingsplanen skal visstnok være på trappene.

Etter hvert finnes det knapt noen økonomer som betviler at det er blitt større forskjell mellom fattig og rik her til lands. Men det har ikke vært like opplagt at dette spriket i levekår også gir helsemessige utslag. Forestillingene om at sosialt betingede helseforskjeller ikke finnes «hos oss», ble riktignok tilbakevist av Johan Mackenbachs forskningsgruppe ved Erasmusuniversitetet i Rotterdam i 1997 (3). Men tolkingen av disse funnene har vært omstridt. Var det mangler ved velferdsstaten som redskap for sosial og helsemessig utjevning vi så, eller var det sporene av nyliberalismens forskjellssamfunn vi ante konturene av? Jakten etter data for å belyse *tidstrender* i befolkningens helse er senere blitt intensivert. Blir ulighetene mindre eller større?

Det er flere grunner til at slike studier ikke er lette å utføre. For det første må vi anta at det er en viss latenstid mellom endringer i levekår og eventuelle virkninger på sykkelighet og dødelighet. Dernest er det et vedvarende problem å få tilgang til data som kan belyse slike helseforhold. Ikke sjelden må opplysninger fra sentrale helse- og befolkningsregistre kobles på måter som medfører tidkrevende og forsinkende saksbehandling i Rikstrygdeverket eller uro i Datatilsynet. Dertil kan den tekniske utførelsen være komplisert. Endelig kreves det et betydelig opprydningsarbeid under slike koblinger, for eksempel når man skal håndtere inntektsdata.

I prinsippet brukes gjerne *yrke*, *utdanning* eller *inntekt* ved beskrivelsen av sosioøkonomisk ulikhet. Det kan se ut til at inntekt isolert sett er det mest følsomme målet. I Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag var det for eksempel ingen sikre indikasjoner på større helseulikheter *etter utdanning* fra midten av 1980-årene sammenliknet med forholdene ti år senere (4). Men da Zahl og medarbeidere nylig presenterte norske dødelighetsdata *etter inntekt*, var sprikene mellom 1970-årene og 1990-årene påfallende (5). Den gode nyheten var at dødeligheten i det laveste inntektssjiktet ikke var blitt målbar større. Men blant dem med middels og høy inntekt var fallet i dødelighet gjennom disse 20 årene betydelig, særlig blant de rikeste, slik at kurvene nå spriker påfallende. Det er verdt å merke seg at inntekt som ulikhetsmål er den variabelen som i prinsippet lettest kan påvirkes i fordelingspolitikken gjennom skatter, avgifter og trygder.

I dette nummer av Tidsskriftet publiseres to nye undersøkelser av helseforhold med utviklingstrekk over tid som underliggende dimensjon (6, 7). Annett Arntzen og medarbeidere har, med data fra Medisinsk fødselsregister, sett på sammenhengen mellom foreldres utdanning og spedbarnsdødeligheten i perioden fra fødselsregisterets etablering i 1967 til 1998 (6). Igjen er den gode nyheten at

spedbarnsdødeligheten samlet og for alle utdanningsgrupper har falt. Men mens forskjellen i den neonatale dødeligheten (før 28 dager) mellom utdanningsgruppene var redusert, var forskjellen i den postneonatale dødeligheten (fra 28 dager til ett år) for barn av mødre med høy og lav utdanning blitt større. Dette tilsvarer mønstret i data for hele befolkningen i analysen fra Zahl og medarbeidere: Gjennomsnittet for dødeligheten blir lavere, men det sosiale spriket blir større.

Til dette bildet kan vi nå føye en komplisert analyse av hva slags betydning kronisk sykdom i barnealder og lav utdanning har for menns senere deltakelse i arbeidslivet (7). Kristensen & Bjerkedal har antatt at Rikstrygdeverkets register over dem som mottok grunn- eller hjelpetønad i barnealder gir en indikasjon på forekomst av kronisk sykdom senere. Deres data viser at yrkesdeltakelsen til disse mennene i voksenalder gikk ned i perioder der ledigheten gikk opp, og omvendt – et ikke helt uventet funn. Mer bekymringsfullt er det at unge menn med lav utdanning fikk en stadig lavere yrkesdeltakelse gjennom hele studieperioden, faktisk også i en periode da arbeidsledigheten var lav (7).

Begge disse undersøkelsene hjelper oss til å se betydningen av helse i et samfunn i forandring. Norge burde med sine gode helseregistre vært internasjonalt ledende i denne slags forskning om de sosiale faktorens epidemiologi. Det er vi ikke. Det går tregt med å få til de nødvendige registerkoblinger. Det formelle personvernet står sterkt. Likevel finnes det neppe eksempler på skadelige brudd på personvernet i slike studier. Vi bør ha forventninger til at Nylenna-utvalget, som blant annet skal se på forenklinger i den lovmessige reguleringen av medisinsk forskning (8), vil gjøre det lettere å utnytte de unike forskningsmulighetene vi har i de norske helseregistre.

Steinar Westin

steinar.westin@medisin.ntnu.no

Steinar Westin (f. 1944) er professor i sosialmedisin ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og fastlege for 340 personer ved Tempe legesenter.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. St.meld. nr. 16 (2002–03) Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken.
2. Westin S. Sosiale gradienter i helse. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1861.
3. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AEJ et al. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. Lancet 1997; 349: 1655–9.
4. 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.
5. Zahl PH, Rognerud M, Strand BH et al. 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. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2003.
6. Arntzen A, Samuelsen SO, Bakketeig LS et al. Foreldres utdanning og spedbarnsdødelighet 1967–98. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2904–6.
7. Kristensen P, Bjerkedal T. Trender i deltakelse i arbeidslivet – betydningen av kronisk sykdom som barn og utdanningsnivå. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2879–83.
8. Forskningsreguleringsutvalget (Nylenna-utvalget). <http://odin.dep.no/hod/norsk/dep/utvalg/042071-990362/> (25.10.2004).