

Kjent hypotese med norsk opphav

I dette nummer av Tidsskriftet kan du i flere artikler lese om Forsdahl-Barker-hypotesen. Det var distriktslege Anders Forsdahl i Sør-Varanger som først foreslo at dårlig ernæring i første leveår kunne gi økt risiko for hjerte- og karsykdommer. Senere har David Barkers gruppe i England vist at dårlig ernæring i fosterlivet gir økt sykdomsrisiko i 50–60-årsalderen. Hypotesen ble lansert av Anders Forsdahl i Tidsskriftet i nr. 10/1973 (side 661–7).

MOMENTER TIL BELYSNING AV DEN HØYE DØDELIGHET I FINNMARK FYLKE

Kan den høye dødelighet i dag være en senfølge av meget dårlige levevilkår i barne- og ungdomsalderen?

Av ANDERS FORSDAHL

T. norske Lægeforen. 1973, 93, 661–667.

Helt siden den fylkesvise registrering av dødelighet begynte for ca. 100 år siden, har den alminnelige dødelighet i Finnmark fylke ligget betydelig høyere enn gjennomsnittet for hele landet. For menns vedkommende er riktignok dødeligheten i våre største byer nesten på samme høye nivå i dag, men sammenlignet med landets øvrige fylker har Finnmark hele tiden skilt seg særdeles ugunstig ut, og forskjellen er fremdeles påfallende og betydelig.

Den høye spedbarnsdødelighet i Finnmark har vært gjenstand for flere undersøkelser (1, 2, 4, 5, 9), men det foreligger ingen undersøkelse vedrørende årsakene til den høye alminnelige dødelighet i fylket, selv om det er foretatt flere undersøkelser av spesielle sykdommer som f. eks. tuberkulose, lungekreft og rakitt. Dessuten fremgår det at hjerte-/karsykdommer er en meget fremtredende dødsårsak. Likevel er det svært lite man vet om årsakene til den høyere dødelighet. Således vet man ikke om det er geografiske ulikheter innen fylket, om enkelte grupper yrkesutøvere er mer utsatt enn andre eller om det er vesentlige forskjeller mellom de ulike etniske grupper.

Av betydning er det å merke seg at den høyere dødelighet omfatter både menn og kvinner (fig. 1 og 2). Sammenstillingen omfatter befolkningen som var bosatt i bygdene i tidsrommet 1890–1967. Bosetningsforholdene i Finnmark gjør en slik sammenligning mest nærliggende, da så sent som i 1960 bare 34 % av befolkningen var bosatt i bymessige strøk. Men selv om man sammenligner bygdene i fylket med dødeligheten i landets byer, vil fremdeles Finnmark ligge langt ugunstigere an (13). Fra 1960 skiller ikke lenger de offisielle statistikker mellom byer og bygder, men også når sammenligningen omfatter den samlede dødelighet i fylket, er tendensen den samme (fig. 1 og 2).

Selv om det mangler nærmere undersøkelser, har det vært antydnet flere mulige årsaker til fylkets høyere dødelighet i dag. Først og fremst har de mer utbredte røkevaner vært nevnt i denne forbindelse. Og utvilsomt synes røkingen blant menn

å være betydelig mer utbredt enn hva som er funnet å være gjennomsnittet i landet (8), men det er ingen sikre holdpunkter for at det samme gjelder kvinnene, og kvinnenes dødelighet ligger som nevnt også betydelig høyere enn landsgjennomsnittet.

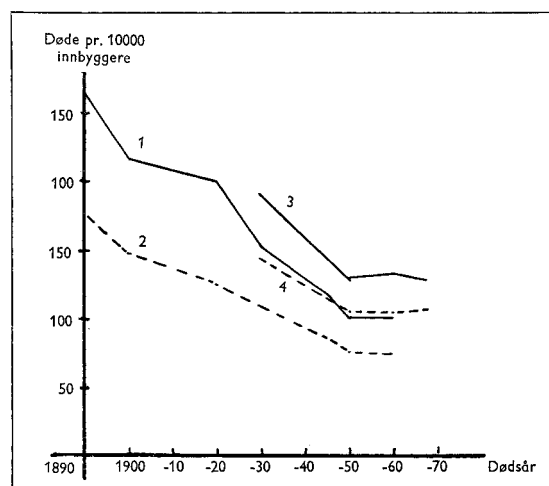


Fig. 1

Den samlede dødelighet blant menn i bygder i Finnmark fylke og bygder i Norge 1890–1960, og den samlede dødelighet i Finnmark og i Norge 1930–1967.

Døde pr. 10 000 innbyggere. Standardiserte kvotienter.

1. Samlet dødelighet blant menn i bygder i Finnmark.
2. Samlet dødelighet blant menn i bygder i Norge.
Standardbefolkningen er menn ved folketellingen 1920 (13, 14).
3. Samlet dødelighet blant menn i Finnmark.
4. Samlet dødelighet blant menn i Norge.
Standardbefolkningen er menn i riket pr. 1/11 1960 (14, 15)