

# Fortsatt stor sosial ulikhet i dødelighet i Norge

Forskjellene i dødelighet og i selvrapportert helse mellom mennesker med kort og lang utdanning er forholdsvis store i Norge. Det viser en studie av sosiale ulikheter i sykkelighet og dødelighet i 22 europeiske land. Den gir oss ny og overraskende kunnskap om et sårt tema.

**Bjørgulf Claussen**

*bjorgulf.claussen@medisin.uio.no*

**Dag Bruusgaard**

Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin

Universitetet i Oslo

Postboks 1130 Blindern

0318 Oslo

I 1997 vakte den nederlandske forskeren Johan Mackenbach og hans medarbeidere oppsikt med en artikkel i *The Lancet* der de viste store sosiale forskjeller i dødelighet og sykkelighet i 11 vesteuropeiske land i 1980-årene (1). Særsomt stor oppmerksomhet fikk det at Sverige og Norge hadde de største helseforskjellene mellom arbeidere og funksjonærer. De svenske medarbeiderne

i studien, Denny Vågerö og Robert Erikson, trakk seg fordi de mente at studien ga misvisende resultater ved bare å bruke relative forskjeller (2). Når de relative forskjellene var høye i Norge og Sverige, skyldtes det at funksjonærer i våre land hadde spesielt god helse, hevdet de, mens arbeiderne helsemessig var mer lik sine europeiske kolleger.

Vi fulgte derfor Mackenbachs neste store europeiske undersøkelse med interesse. Den såkalte Eurothine-studien omfatter 22 europeiske land. Merkelig nok inneholdt den første tykke rapporten på hele 634 sider også bare relative forskjeller i dødelighet og i selvrapportert helse, målt etter utdanning, yrke og inntekt (3). Denne gangen var en rekke østeuropeiske land med. De hadde

overlegent størst sosial forskjell i dødelighet etter utdanning, mens ulikhetene i selvrapportert helse varierte mye gjennom Europa. De søreuropeiske landene hadde lavest sosial forskjell på begge helse mål, mens de nordvestlige var i en mellomstilling.

## Absolutte helseforskjeller

Nylig kom resultatene i en artikkel i *New England Journal of Medicine*, denne gangen også med absolutte forskjeller i helse i 1990-årene (4). Data fra dødelighetsregistre er koblet til folketellinger, mens selvopplevd helse er hentet fra representative befolkningsundersøkelser. *Lancet*-studien fra 1997 hadde data fra mindre materialer fra 1980-årene og var mer usikre enn resultatene som nå er publisert i *New England Journal of Medicine*.

Viktigste ulikhetsmål var fire kategorier av utdanning. Her brukes et komplisert mål som er utarbeidet av Mackenbach og medarbeidere, såkalt Slope of Inequality (SI), som vi på norsk kan kalle absolutt ulikhetsindeks (5). Denne viser forskjell i ratedifferanser for et helse mål mellom den kortest utdannede og den lengst utdannede gruppen, justert for antall mennesker i de aktuelle utdanningsgruppene. En slik standardisering løser et viktig problem når vi ønsker å sammenlikne sosiale ulikheter mellom land eller over tid, fordi fordelingen av individer i hver sosiale gruppe varierer. Dette målet må hele tiden sammenholdes med dødeligheten, for når den er høy, må vi også regne med forholdsvis store forskjeller i absolutt ulikhet. Det tilsvarende målet for relative forskjeller kalles Relative Index of Inequality (RII) eller relativ ulikhetsindeks. Denne indeksen viser helse målet i den dårligst stilte sosiale gruppen når det settes til 1 i den beststilte gruppen, uttrykt i rateratioer og justert for antall individer i hver gruppe.

Tabell 1 viser noen av resultatene for dødelighet i aldersgruppen 30–74 år. Norge har forholdsvis store sosiale ulikheter. Målt med absolutt ulikhetsindeks er vi på 10. plass for kvinner og på 7. plass for menn i denne rangeringen mellom 16 europeiske land med fulle datasett. Det svarer til at vi har forholdsvis høy dødelighet i denne aldersgruppen. Men dette er ikke hele forklaringen på de store sosiale ulikhetene, for den relative ulikhetsindeksen gir oss de samme plassene som vi får på det absolutte målet. Sverige ligger bedre an, på 3. plass for det absolutte målet og 4. plass for det

**Tabell 1** Ulikheter i dødelighet mellom grunnskoleutdannede og universitets-/høyskoleutdannede mennesker i alderen 30–74 år i 16 europeiske land i perioden 1990–2001, målt ved absolutt ulikhetsmål (SI) og relativt ulikhetsmål (RII) i Eurothine-studien, samt dødelighet per 100 000 personår, alt aldersjustert, basert på Mackenbach og medarbeidere (4), gjengitt med tillatelse fra *New England Journal of Medicine*

	Kvinner			Menn		
	Dødelighet	SI	RII <sup>1</sup>	Dødelighet	SI	RII <sup>1</sup>
Norge	811	518	2,0	1 529	980	1,9
Sverige	673	381	1,8	1 188	625	1,7
Danmark	830	511	1,9	1 344	828	1,8
Finland	811	483	1,8	1 673	1 255	2,2
England og Wales	672	462	2,2	1 124	862	2,3
Sveits	676	337	1,6	1 475	1 012	2,1
Belgia	761	417	1,7	1 510	915	1,8
Frankrike	536	375	1,9	1 241	1 044	2,3
Italia (Torino)	721	197	1,3	1 377	639	1,6
Spania (Madrid)	569	175	1,4	1 355	530	1,5
Spania (Baskerland)	422	51	1,2	1 108	384	1,4
Estland	1 213	851	2,2	2 531	2 349	2,5
Litauen	1 053	1 099	3,2	2 799	2 536	3,1
Polen	840	750	2,7	1 804	2 192	4,1
Tsjekkia	868	726	2,5	1 664	2 130	4,6
Ungarn	1 023	948	2,7	2 110	2 580	4,2
Slovenia	853	459	1,7	1 902	1 439	2,3
Totalt	778	492	2,0	1 635	1 333	2,4

<sup>1</sup> Avlest fra histogrammer



Illustrasjonsfoto ImageSource/SCANPIX

relative målet for menn, og på 6. og 8. plass for kvinner. Danmark har litt mindre sosiale ulikheter i dødelighet enn Norge, mens Finland er omtrent på samme plass som oss. De mellomeuropeiske statene har stort sett mindre sosiale ulikheter, mens Sør-Europa har langt mindre ulikheter enn Norge, både med absolutte og relative mål, og har også en lavere dødelighet i disse aldersgruppene.

Mackenbachs konklusjon fra 1997 om store sosiale ulikheter i helse i Sverige og Norge gjelder altså ikke lenger. Virkeligheten har forandret seg på dette feltet. Sverige har nå forholdsvis lav sosial ulikhet i dødelighet, mens de andre nordiske landene har større ulikheter enn Sør- og Mellom-Europa. Heller ikke Vågerö & Eriksons innvending fra 1997 gjelder mer. Nye analyser viser at absolutte og relative dødelighetsmål gir samme rangering av de nordiske landene.

### Risikofaktorer

Denne gangen er også sosiale ulikheter i risikofaktorene røyking og fedme med i analysene, likeledes diagnosespesifikk dødelighet. Dette gir interessante resultater med henblikk på å tolke hovedfunnene. Hjerter- og karsykdommer forårsaker en stor del av ulikhetene i dødelighet, hele 21 % blant menn, og mer i land hvor hjerter- og kardødeligheten er relativt høy, som

i Norden. Derfor er det viktig at Norge ikke bare hadde en forholdsvis høy røykefrekvens i 1990-årene, men også hadde den største sosiale forskjellen i røyking, både blant menn og kvinner, etterfulgt av England og de andre nordiske landene. I Sør-Europa er det fremdeles slik at de bedrestilte røyker nesten like mye som de dårligstilte, i noen land til og med mer. De sosiale ulikhetene i fedme er derimot mye større i Sør-Europa enn hos oss, men fedme er på langt nær så viktig for dødeligheten som røyking.

### De nordiske velferdsstatene

Når de nordiske velferdsstatene ikke har klart å hindre sosiale ulikheter i dødelighet, slik som mange av oss har ventet, er nok store sosiale ulikheter i livsstil den viktigste forklaringen. Dette er en av konklusjonene til det europeiske forfatterkollegiet. Satt på spissen kan vi si at de nordiske velferdsstatene har gitt de dårligstilte penger nok til å overta den gamle overklassens uvaner.

Dette negative synet på de nordiske velferdsstatene er nylig blitt kritisert av Olle Lundberg, en svensk sosiolog med lang erfaring innen forskning på sosiale ulikheter (6). Han hevder at velferdsstaten har bidratt til den lave dødeligheten i Skandinavia, særlig blant folk i manuelle yrker, og det er viktigst når det gjelder sosiale helse-

forskjeller. De sosiale ulikhetene i dødelighet er ikke redusert, men i bedømmingen av velferdsstatene er det viktigst at den nordiske typen har gjort det lettere for underprivilegerne å leve et ordnet liv enn for de tilsvarende i resten av Europa.

En av de tre norske deltakerne i Eurotine-studien er sosiolog Terje Andreas Eikemo ved Institutt for samfunnsmedisin i Trondheim. Han har nettopp disputert på sosiale ulikheter i helse i ulike typer velferdsstater (7, 8). Han deler de europeiske velferdsstatene inn i fem grupper: øst-, sør- og mellomeuropeiske typer, samt en angelsaksisk og en nordisk. Type velferdsstat forklarer hele 10 % av variansen i selvrapportert helse blant folk i de europeiske statene, mens 90 % forklares av individuelle faktorer. Folk i de nordiske og angelsaksiske velferdsstatene rapporterer minst dårlig helse, folk i de mellomeuropeiske typene kanskje litt mer, mens folk i de søreuropeiske og dernest i de østeuropeiske velferdsstatene rapporterer signifikant dårligere helse.

Dette er en interessant utvidelse av Mackenbach og medarbeideres diskusjon av dødelighet i de ulike velferdsstatene. Selvrapportert helse regnes for å være et godt helsemål som er nær korrelert med dødelighet mange år senere.

Når folk i Norden rapporterer forholdsvis

god helse, illustrerer det Olle Lundbergs poeng at den nordiske velferdsstaten gir noen gode helsegevinster, om enn ikke på de sosiale ulikhetene i røyking og dødelighet. Det er rimelig å slutte at de nordiske velferdsstatene ikke påvirker avstanden i helse mellom de høyeste og de laveste sosiale lagene, men at de påvirker helsen til alle sosiale lag i en gunstig retning.

*Oppgitte interessekonflikter: Ingen*

#### Litteratur

1. Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *Lancet* 1997; 349: 1655–9.
2. Vågerö D, Erikson R. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *Lancet* 1997; 350: 516–7.
3. European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Tackling health inequalities in Europe: an integrated approach. Eurothine. Rotterdam: University Medical Center Rotterdam, 2007.
4. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ et al. European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med* 2008; 358: 2468–81. Rettelse: *N Engl J Med* 2008; 359: e14.
5. Mackenbach JP, Kunst AE. Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Soc Sci Med* 1997; 44: 757–71.
6. Lundberg O. Commentary: Politics and public health – some conceptual considerations concerning welfare state characteristics and public health outcomes. *Int J Epidemiol* 2008; 37: 1105–8.
7. Eikemo TA. Social inequalities in self-assessed health between European welfare regimes: evidence from the European Social Survey. Doktoravhandling ph.d. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2008.
8. Eikemo TA, Bambra C, Judge K et al. Welfare state regimes and differences in self-perceived health in Europe: a multilevel analysis. *Soc Sci Med* 2008; 66: 2281–95.

*Manuskriptet ble mottatt 19.8. 2008 og godkjent 12.3. 2009. Medisinsk redaktør Odd Terje Brustugun.*