

FOTO: INGILD S. REYMERT



ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER

Utposten publiserer for tiden en artikkelserie under denne fellesbetegnelsen.

Vi ønsker å sette lys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

Sosiale ulikheter i helse i Oslo

AV BJØRGULF CLAUSSEN

Øst er øst og vest er vest...

Akerselva har bestandig delt Oslo i to sosiale lag, arbeidere og borgere, som det het før. Grunnen er enkel. Vinden kommer som regel fra sørvest og blåser stank og skitt østover. Gjestland og Moen har greid å finne fram tall for dødelighet i Oslo øst og vest over en hundreårsperiode, og de er oppsiktsvekkende (tabell 1).

TABELL 1. Relative dødelighetsrater etter kjønn i to deler av indre Oslo der dødeligheten i vestre del = 1 i hver av tre perioder (1).

Periode	Kvinner		Menn	
	Indre vest	Indre øst	Indre vest	Indre øst
1890–1900	1,0	1,40	1,0	1,25
1930–1939	1,0	1,30	1,0	1,17
1992–1996	1,0	1,36	1,0	1,36

For mens velstanden økte, velferdsstaten ble bygd ut, forventet levealder for kvinner økte fra 52 år i 1890-årene til 79 år i 1990-årene, og andelen infeksjoner falt fra 40 prosent til 0,8 prosent av dødsfallene i samme tidsrom, holdt overdødeligheten seg øst for Akerselva på akkurat samme nivå! Hva i all verden kan forklaringen være?

Hvor store er helseulighetene i Oslo?

I Prosjekt «storbyhelse» ved Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin på Universitetet i Oslo har endel forskere vært i aktivitet siden 1990 for å kaste lys over dette spørsmål



Bjørgulf Claussen

er professor i samfunnsmedisin ved Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo. Han forsker mest i trygdemedisin og er dertil koordinator for Prosjekt «storbyhelse» som arbeider med sosiale ulikheter i helse i Oslo.

let, dels med dødelighetsstudier for hele byens befolkning og dels med sykkelighetsstudier i tre utvalg, den såkalte Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO).

I tabell 2 har vi analysert dødelighet etter fire mål for sosiale ulikheter og delt den middelaldrende befolkningen inn i fem sosiale lag. For alle målene finner vi for det første et trappetrinnsmodell med nokså like trinn mellom de fem lagene, særlig for menn. Merkelig. Hvorfor skal en mannlig ekspedisjonssjef i et departement ha lengre forventet levealder enn en førstesekretær? Begge tjener bra, begge har selvstendig arbeid og god kontroll over arbeidssituasjonen, begge har høy jobbsikkerhet, og begge er medlemmer av et ganske trygt og velordnet norsk samfunn.

Dessuten er ulikheten i dødelighet stor, vel dobbelt så stor blant ufaglærte som blant høyere funksjonærer. I tillegg er det utdanning som gir de mest markante forskjellene, tett

fulgt av yrker. Boligstandarden til hver husholdning har vi gode data på, og boligindeksen gir bare litt mindre forskjeller, mens inntekt er det dårligste ulikhetsmålet i Oslo i forhold til dødelighet.

TABELL 2. Dødelighetsrater (aldersjustert odds ratio) 1990–95 etter fire ulike mål for sosiale ulikheter blant 50–69 år gamle innbyggere i Oslo i 1990 (2).

Ulikhetsmål	Kvinner (n=40 581)	Menn (n=31 667)
Yrke		
Ufaglærte arbeidere	1.66	2.13
Faglærte arbeidere	1.50	1.65
Lavere funksjonærer	1.32	1.52
Midlere funksjonærer	1.02	1.24
Høyere funksjonærer	1.00	1.00
Utdanning		
Grunnskole (–9 år)	2.27	2.51
Gymnas I (10–11 år)	1.54	1.97
Gymnas II (12 år)	1.55	1.54
Høgskole (13–16 år)	1.03	1.29
Universitet (16 år–)	1.00	1.00
Netto husholdningsinntekt		
1–50 000	1.61	1.33
50–75 000	0.97	0.83
75–100 000	0.93	1.06
100–125 000	1.05	1.14
125 001 +	1.00	1.00
Bolig-indeks		
1 (dårlig bolig)	1.95	2.06
2	1.50	1.62
3	1.49	1.61
4	1.15	1.34
5 (god bolig)	1.00	1.00

Diagnoseforskjeller er interessante. I tabell 3 er bare gjennnitt relativ dødelighet etter noen diagnosegrupper for ufaglærte sammenliknet med høyere funksjonærer i en litt yngre aldersgruppe.

TABELL 3. Relativ dødelighet i 1990–95 blant ufaglærte arbeidere i Oslo, 31–50 år gamle i 1990, når dødelighet blant høyere funksjonærer settes til 1 (3).

	Kvinner	Menn
Hjerte og karsykdommer	2,63	2,21
Røykerelatert kreft	1,45	11,5
Annen kreft	0,58	1,40
Voldelig død	5,05	4,21
Rusmiddelrelaterte årsaker	15,0	16,9
Alle dødsfall (n=1290)	1,55	2,63

Rusmiddelrelaterte dødsfall viser som ventet størst sosial forskjell, deretter røykerelatert kreft blant menn og voldelige dødsfall blant begge kjønn. Her er det verd å merke seg den store sosiale gradienten i død av hjerte og karsykdommer, den største dødsårsaksgruppen som omfatter ca. 40 prosent av alle dødsfall.

Ikke-røykerelatert kreft blant kvinner var den eneste dødsårsaksgruppen i vårt materiale som viste motsatt gradient av den vanlige. Dette skyldes at brystkreft er vanligst blant de bedrestilte, antakelig fordi de senere får barn.

Vi ble forskrekket da vi så at forskjellen i dødelighet mellom ufaglærte arbeidere og høyere funksjonærer var den samme i Oslo som i England og Wales for menn, det eneste vi kunne sammenlikne med den gang (3). For kvinnene har de to beststilte lagene samme dødelighet, noe som er funnet over hele vesten. Siden er det funnet påfallende like sosiale ulikheter i alle velstående land. Det går også igjen at forskjellene øker, også i vårt land.

Hvorfor sosiale helseulikheter i Norge?

Da de første moderne tallene for sosiale ulikheter i helse ble kjent i England i 1980, trakk mange den slutningen at de først og fremst måtte skyldes sosial seleksjon, dvs. at de høyere sosiale lagene har bedre helse fordi sunne og sterke folk har en tendens til å stige sosialt i et moderne samfunn med stor sosial mobilitet. Tilsvarende har folk med et dårlig helsepotensiale, for eksempel dårlig fysikk, tendens til risikoadferd eller dårlig mental utrustning, en tendens til å falle sosialt.

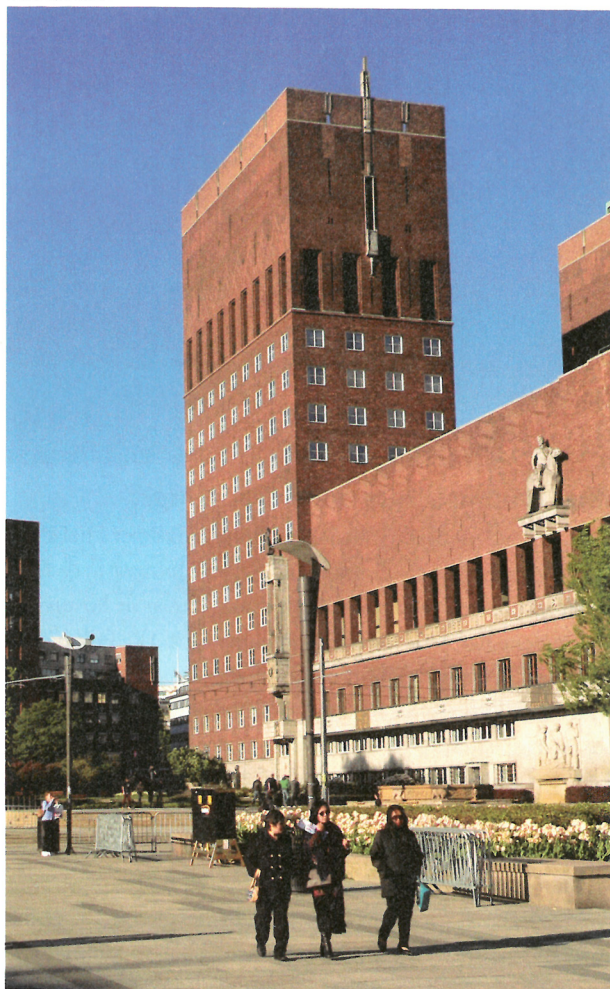
De konservative hellet til denne forklaringen. Ideen om seleksjon ga ulikhetene i helse noe selvsagt, nesten rettferdig over seg. Sosial mobilitet er et gode, og dermed må vi regne med en slik fordeling av gode og dårlige helsepotensialer.

Siden har mange undersøkt denne hypotesen, også i Norge. Resultatene ble oppsummert i en leder i British Medical Journal av den norske sosiologen Espen Dahl i 1996 (4). Han trakk den slutningen at studier til da overhodet ikke støttet seleksjonsmekanismen. Derimot får den andre store hypotesen mye støtte, kausalitetshypotesen, at forskjellene først og fremst skyldes forskjeller i levevilkår..

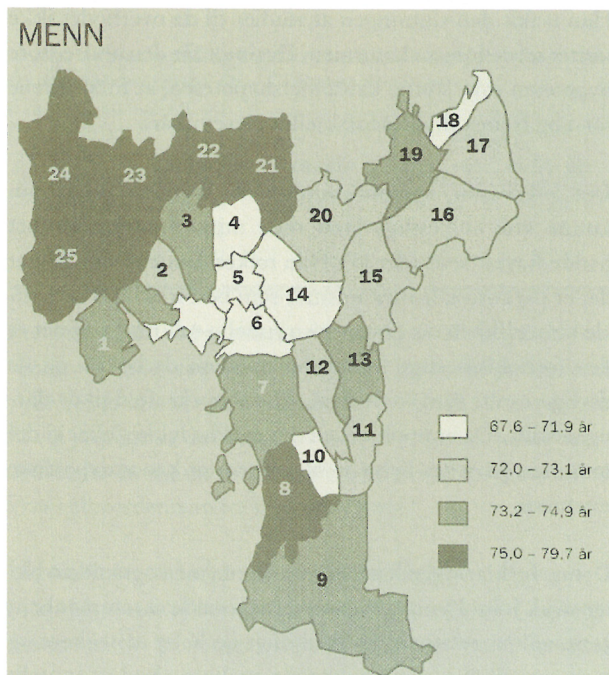
Det vakte stor oppmerksomhet da Richard Wilkinson kunne vise at vestlige land med minst inntekts-ulikhet hadde høyest levealder (5). Han tolket funnene sine slik at det er psykososiale mekanismer som best forklarer de sosiale helseulikhetene. Dette er en rimelig tolkning når det er den forholdsmessige forskjellen mellom de bedre- og de dårligerestilte som er viktigst, ikke kjøpekraften til de dårligerestilte. Da er opplevelsen din av å ha lyktes eller ei det som mest påvirker helsa di. Stress-teorier kan utdype dette nærmere.

Denne forklaringen har fått mye støtte, men også utløst bitter strid. John Lynch påviste overbevisende at sammenhengen mellom relativ inntektsulikhet og helse er svakere og mer spesiell enn sammenhengen mellom absolutt inntekt

FOTO: TORE SKEIE



FIGUR 1. Forventet levealder i de 25 bydelene i Oslo i 1990–96 for menn. Største forskjell er 12 år mellom Vindern og Sagene (9).



og helse (6). Det er inntektsulikheter mellom statene i USA som gir slike resultater som Wilkinson forfekter. Grunnen kan være at stater med relativt små økonomiske forskjeller også har bedre sosiale forhold på andre felt som er viktig for dødelighet, som sosiallovgivning og kriminalitet. Bedre tall for andre rike land gir langt mer støtte til betydningen av absolutt inntekt. Det betyr at det først og fremst er økonomisk overskudd som beskytter helsa di, både din personlige pengetilgang, men også nivået på offentlige investeringer i strøket der du bor. Også i Oslo har boligstrøket ditt en selvstendig innflytelse på leveutsiktene (7).

Jeg synes at de to store teoriene ikke utelukker hverandre. Når ekspedisjonssjefer lever lenger enn førstekonsulenter, kan forklaringen mye ligge i følelser. Men når ufaglærte arbeidere lever betydelig kortere enn funksjonærer, er den mest nærliggende forklaringen inntekt, arbeidsforhold og boligstrøk. De best betalte har gjerne best anledning til å jobbe roligere når de har påkjenninger i livet, blir tatt mer hensyn til og har flere grunner til god selvtilitt. Slik sett tror jeg det er mange og nære forbindelser mellom psykososiale følelser og de materielle forholdene som samfunnet byr oss. Begge deler har trygghet og kontroll til felles, kanskje de to viktigste faktorene for helse i et velstående samfunn.

Hva kan vi gjøre?

I vinter lanserte regjeringen en stortingsmelding med et program for å bekjempe sosiale ulikheter i helse (8). Den har dessverre fått liten oppmerksomhet. Det beste med den er at den utvetydig støtter et viktig prinsipp, nemlig at sosial ulikhet i helse er urettferdig.

Men derfra er det ikke lett å komme videre, spesielt ikke når nesten all politikk i dag går ut på å gjøre inntektsulikhetene større. De høyere inntektene vokser, de lave står nesten stille og trygdene tenderer til å falle. Regjeringens program mot fattigdom er en dårlig vits.

Hvis vi virkelig mener noe med å bekjempe helseulikheter, må vi minske disse inntektsulikhetene. Enklest å foreslå er å øke sosialhjelpen fra dagens nivå på omlag 94 000 kr i året (inklusive boligtilskudd) til EU's fattigdomsgrense på 140 000 kr, alt for enslige. Jeg har regnet ut at det vil koste omlag 3,2 milliarder kr i året for kommunene. Å heve minstepensjonen fra dagens 112 000 kr til 140 000 kr vil koste omlag sju milliarder kr for staten. De lave arbeidsinntektene på under 300 000 kr er heller ikke noe å skryte av i et velstående Norge.

Det går an å foreslå mer, som kanskje er lettere å gjennomføre i dagens markedsliberalistiske politikk. Her er en realistisk liste:

FOTO: TORE SKEIE



- Bedre barnevern, mer ungdomsvern
- Åpne skoler om ettermiddagen
- Mer ungdomsklubber, særlig med tema motor, kampsporter, o.l.
- Langt mer skolehelsetjeneste
- Mer selvstendig arbeid, mindre autoritære ledere (helsevesenet!)
- Mer sysselsetting, mindre arbeidsløshet
- Opprusting av de mer fattige bydelene

Jeg vil tro at vi allmennpraktikere flest har en liten tendens til å favorisere dårligstilte pasienter. Vi tar oss antakelig litt bedre tid enn vanlig og legger større vekt på å omstille språket til mottakeren. Kanskje gir vi også flere gode råd ved forholdsvis bagatellmessige lidelser. I hvilken grad dette skjer, vet jeg selvsagt ikke og det er vel mest sannsynlig at konsultasjonene blir mer effektive med pasienter som liker oss selv. Men kanskje vi kan favorisere de dårligerestilte mer bevisst?

Litteratur

- 1 Gjestland T, Moen E. «East is east and west is west, ...» NIBR rapport 1988: 21. Oslo: Norsk institutt for by- og regionsforskning, 1988.
- 2 Næss Ø, Claussen B, Thelle DS, Smith GD. Four indicators of socioeconomic position: relative ranking across causes of death. *Scand J Public Health* 2005a; 33: 215–21.
- 3 Claussen B, Næss Ø. Dødelighet i Oslo etter ulikheter i yrkesklasse. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 1867–9.
- 4 Dahl, E. Social inequalities and health: cause or effect? *BMJ* 1996; 313, 435–6.
- 5 Wilkinson R. Income distribution and life expectancy. *BMJ* 1992; 304: 165–8.
- 6 Lynch J, Davey Smith G, Harper S et al. Is income inequality a determinant of population health? Part 1. A systematic review. *Milbanks Quarterly* 2004; 82: 5–99.
- 7 Næss Ø, Leyland AH, Smith GD, Claussen B. Contextual effect on mortality of neighbourhood level education explained by earlier life deprivation. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59: 1058–9.
- 8 Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld. nr. 20 (2006–2007). Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2007.
- 9 Rognerud M, Stensvold I (red). *Oslohelse : utredningen om helse, miljø og sosial ulikhet i bydelene*. Oslo: Ullevål sykehus, 1998.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: bjorgulf.claussen@medisin.uio.no