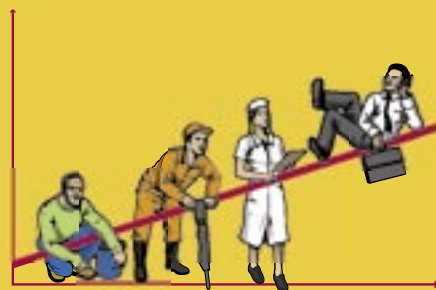
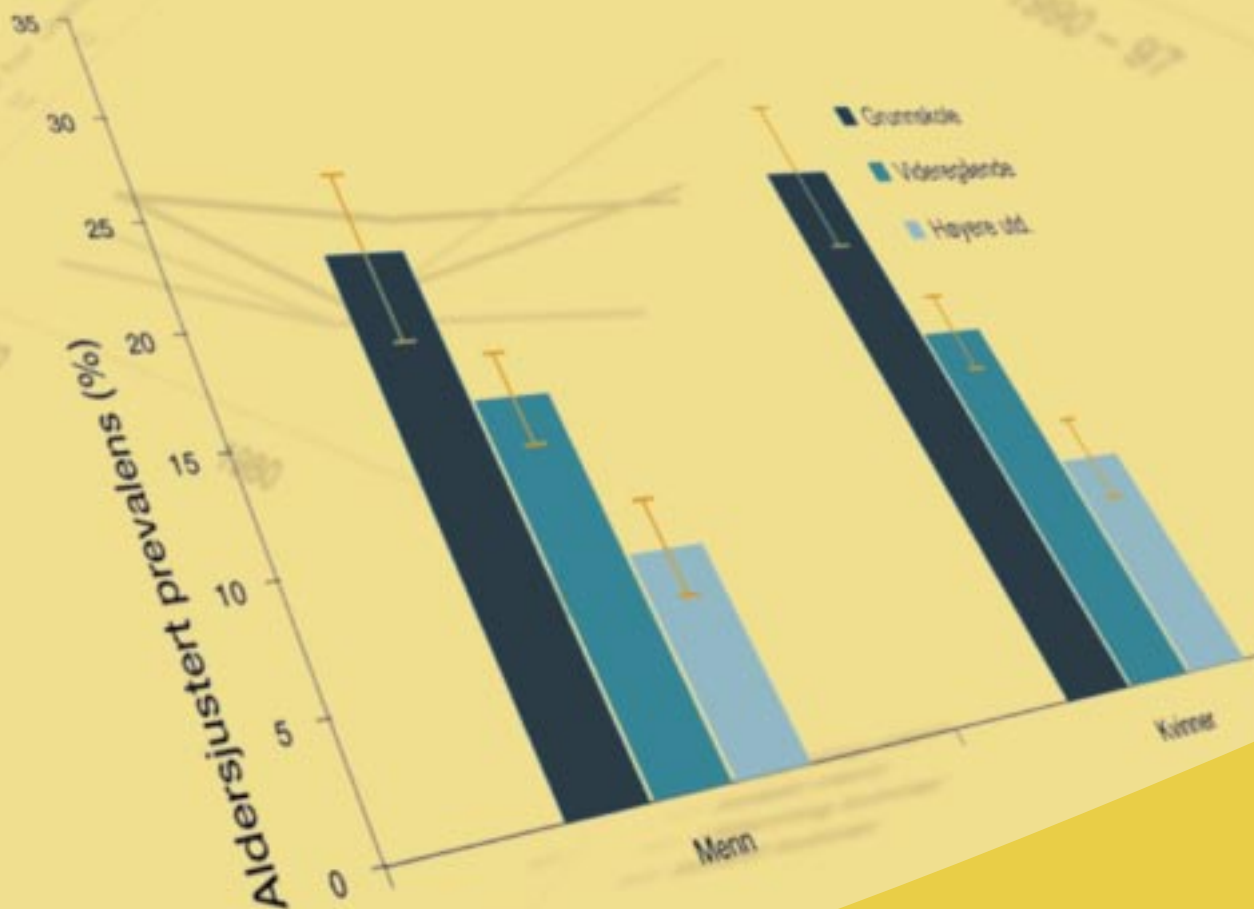


Sosiale ulikheter i helse i Norge

en kunnskapsoversikt



Utgitt: 10/2005

Bestillingsnummer: IS-1304

Utgitt av Sosial- og helsedirektoratet,

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf: 24 16 30 00 Faks: 24 16 30 01 www.shdir.no/gradienten

Heftet kan bestilles hos Sosial- og helsedirektoratet v/Trykksakekspedisjonen

E-post: trykksak@shdir.no Tlf: 24 16 33 58 Faks: 24 16 33 69

Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-1304

Forfattere:

Erik R. Sund

Steinar Krokstad

Kontaktpersoner:

Anne-Cathrine Hjertaas, ach@shdir.no

Øyvind Giæver, ogi@shdir.no

Ole Trygve Stigen, ots@shdir.no

Design:

Tank Design as

Illustrasjon:

Wei Qing Yu

Lars Blomberg

Tidligere utgitt i Sosial- og helsedirektoratets gule serie om sosiale ulikheter i helse:

- *Gradientutfordringen. Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse (IS-1229)*
- *The Challenge of the Gradient. The Norwegian Directorate for Health and Social Affairs' Plan of Action to Reduce Social Inequalities in Health (IS-1245)*
- *Sosioøkonomiske ulikheter i helse – teorier og forklaringer (IS-1282)*

Forord fra Sosial- og helsedirektoratet

For å vite hvor vi bør gå må vi vite hvor vi står. Sosial- og helsedirektoratet er i startfasen i en langsiktig satsing for å redusere de sosiale forskjellene i helse. Et viktig grunnlag for denne satsingen er den kunnskap som foreligger på feltet.

Denne rapporten gir en *kunnskapsoversikt* over forskning på sosiale ulikheter i helse i Norge de siste 20 årene. Rapporten og litteraturoversikten til slutt viser at det har pågått og pågår omfattende forskning på temaet. Det er stor bredde i tilnærmingen, både teoretisk og metodologisk.

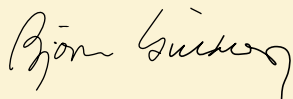
I beslutningsprosesser vil det gjerne være ønskelig med forskning og kunnskapsoppsummeringer som gir enkle svar og entydige anbefalinger. Denne rapporten gir ikke myndighetene et slikt beslutningsgrunnlag. Heller ikke om vi tar høyde for den internasjonale forskningslitteraturen finnes det enkle svar på hvilke tiltak som er effektive mot sosiale forskjeller i helse. Forklaringen på dette ligger i sakens natur. Det foreligger ikke et samlet bilde av hva som skaper god helse, og mange av de faktorer som påvirker forekomsten av sykdom og fortidlig død er fortsatt ukjente. Dette gjør det vanskelig å gi enkle svar på hvorfor den sosioøkonomiske fordelingen av god helse – og av sykdom og fortidlig død – er som den er.

Selv om vi gjerne skulle visst mer om enkelte problemstillinger, vet vi nok til å ta fatt på arbeidet for å redusere helseforskjellene. Vi vet nok til at vi ikke bør la være. Det er ikke uvanlig at kompetanse- og myndighetsmiljøer etterlyser et bedre kunnskapsgrunnlag og mer midler til forskning i stedet for å skride til handling. Sosial- og helsedirektoratet erkjenner at det på dette feltet er behov for mer forskning. Samtidig må vi ta utgangspunkt i det foreliggende kunnskapsgrunnlaget, i arbeidet med å legge et faglig grunnlag for handling som kan redusere de sosiale forskjellene i helse. Gjennom å kombinere ulike kunnskapskilder og mangfoldig kunnskap får vi et slikt grunnlag.

Vi vet atskillig, og mye av kunnskapen er samlet mellom disse to permer. Sosial- og helsedirektoratet utgir denne rapporten i håp om at den skal bli et nyttig verktøy for forskere, byråkrater og andre som vil vite mer om sosiale ulikheter i helse. Rapporten er utarbeidet av Erik R. Sund og Steinar Krokstad, og det innholdsmessige står for deres regning. Sosial- og helsedirektoratet vil med dette takke for arbeidet med rapporten.

Rapporten inngår i Sosial- og helsedirektoratets rapportserie om sosiale ulikheter i helse. Rapportserien skal danne et grunnlag for en tverrdepartemental oppfølging fra 2006, med forankring i Helse- og omsorgsdepartementet.

Sosial- og helsedirektoratet, september 2005

A handwritten signature in black ink, reading "Bjørn Guldvog". The signature is fluid and cursive, with the first name "Bjørn" and the last name "Guldvog" clearly distinguishable.

Bjørn Guldvog
Konstituert direktør

Forord fra forfatteren

Denne rapporten gir en kunnskapsoversikt, med resultater fra forskning gjennom de siste 20 år, over sosial ulikhet i helse i Norge. Rapporten beskriver omfanget av de sosiale helseulikhetene, årsakene, samt forskning på effekten av helseutjevnerende tiltak. Rapporten inneholder viktige bidrag fra mange fagområder og disipliner, og er tenkt å være et oppslagsverk for de som studerer, forsker eller planlegger å iverksette tiltak mot skjevfordeling av helse og helsetjenester.

Arbeidet med rapporten har foregått i perioden oktober 2004 til oktober 2005. I løpet av denne perioden ble det i april 2005 arrangert et nasjonalt ekspertseminar om kunnskapsbaserte strategier for forebygging av sosiale ulikheter i helse i Norge. Seminaret ble arrangert av HUNT forskningssenter NTNU, og finansiert av Sosial- og helsedirektoratet. Den internasjonalt anerkjente forskeren Margareth Whitehead fra England deltok på seminaret, som ellers samlet eksperter fra både Norge og Sverige. Gjennomarbeiding av rapporten er i tillegg basert på tilbakemeldinger fra Sosial- og helsedirektoratets ekspertgruppe på sosial ulikhet i helse ledet av professor Steinar Westin.

Sosial- og helsedirektoratet har vært oppdragsgiver og har finansiert arbeidet. Ansvarlige for innholdet er imidlertid forfatterne. Erik R. Sund har stått for informasjonsinnhenting, lesing av studiene, og har skrevet rapporten, mens Steinar Krokstad har lest, kommentert, og korrigert underveis.

Trondheim / Verdal , september 2005

Erik R. Sund og Steinar Krokstad

Innhold

1	Innledning	10
1.1	Formål og organisering	11
1.2	Nærmere om begreper og avgrensninger	11
2	Litteratursøkingen	14
3	Kunnskapsgrunnlaget anno 2005	15
3.1	Status og utvikling	15
3.1.1	Dødelighet	16
	Dødsårsakene	18
	Tidstrender i dødelighet og dødsårsaker	20
3.1.2	Sykdom (disease/illness)	26
	Somatisk helse	26
	Tidstrender i somatisk sykkelighet	28
	Mental helse	29
3.1.3	Egenvurdert helse (illness)	30
	Tidstrender for egenvurdert helse	33
3.1.4	Helseatferd	33
	Ernæring	33
	Tobakk	34
3.1.5	Atferdsbegrensninger / sykdomsatferd	38
3.1.6	Bruk av helsetjenesten	41
3.1.7	Norge i internasjonale komparative studier	42
	Dødelighet	42
	Trender i dødelighet	43
	Dødsårsaker	44
	Morbiditet	45
	Trender i morbiditet	46
	Livsstil	47
	Helsetjenestebruk	48
3.2	Årsaker til sosiale helseulikheter	48
3.2.1	Metodeartefakter	48
3.2.2	Sosial seleksjon (sosial mobilitet)	51
3.2.3	Sosiale årsaksforklaringer	53
	a) Materielle/neomaterielle forklaringer	53
	b) Helseatferd/livsstil	55
	c) Psykososiale forhold	56
	d) Forhold i barndommen / livsløpsforklaringer	57
	e) Kontekstforklaringer	59
3.2.4	Utfyllende merknader til årsaksforklaringene	60
3.3	Effekten av tiltak mot sosiale helseulikheter	62
3.3.1	Norske erfaringer	63
3.3.2	Internasjonale erfaringer	64
4	Oppsummering	66
	Referanser	72

Sammendrag

Folkehelsemeldingen, Stortingsmelding nr. 16 *Resept for et sunnere Norge*, varslet et kraftigere søkelys på sosiale ulikheter i helse i Norge. Sosial- og helsedirektoratet ble her tillagt oppgaven med å øke kompetansen om sosiale ulikheter i helse. Som et ledd i dette arbeidet skal Sosial- og helsedirektoratet blant annet utgi en rapportserie som denne kunnskapsoversikten blir en del av. Her sammenfattes forskningen om sosiale ulikheter i helse i Norge i perioden 1985 – 2005.

Forskningsaktiviteten på dette området har vært beskjednen i Norge sammenliknet med andre land i Europa. Noe forskning eksisterer, slik at omfang og trender i de sosiale ulikhetene kan beskrives. Både for dødelighet, sykелighet og subjektive helsemål finner de norske studiene sosiale helseulikheter. Disse ulikhetene former en gradient i befolkningen, slik at helseforskjellene er systematiske og hierarkisk ordnet. Det vil si at risikoen for dårlig helse og tidlig død er jevnt økende med synkende sosioøkonomisk status. Sosiale ulikheter i helse er altså ikke avgrenset til vanskeligstilte grupper i samfunnet.

Utviklingen over tid tyder på stor grad av stabilitet i de sosiale helseulikhetene. Unntaket er dødelighet, der ulikhetene ser ut til å bli større. I et internasjonalt perspektiv tyder komparative studier på at Norge ikke har mindre sosiale helseulikheter enn andre vesteuropeiske land dersom man benytter relative mål på ulikhet. Dersom man benytter absolutte mål på helseulikheter er de sosiale forskjellene langt mindre. Dette er i tråd med det som har vært den rådende oppfatningen av Norge som et relativt egalitært samfunn.

Årsaksforskningen har i Norge stort sett dreid seg om to mulige forklaringer. Den ene tar utgangspunkt i at sosiale helseulikheter ikke eksisterer, men skyldes forhold ved selve forskningsprosessen. Denne artefaktforklaringen ser ikke ut til å kunne forklare sosiale helseulikheter i Norge. Den andre forklaringen, som dreier seg om seleksjon, går på at dårlig helse medfører en nedadgående sosial mobilitet og at god helse medfører en sosial oppdrift. Denne forklaringen, som er blitt godt belyst i Norge, ser ikke ut til å ha særlig forklaringskraft i den overordnede forståelsen av de sosiale helseulikhetene. Det sosiale årsaksperspektivet, som hevder at sosial posisjon er bestemmende for helsa, inneholder en rekke forklaringsmodeller der fellesnevneren er at forskjeller i sosiale og økonomiske forhold medfører forskjeller i helse. Det synes å være et stort behov for mer

forskning med bakgrunn i det sosiale årsaksperspektivet i Norge, fordi forskning fra andre land tyder på at det er her hovedårsakene til ulikhetene ligger.

Når det gjelder forskning på effekten av tiltak mot sosiale helseulikheter er situasjonen i Norge, i likhet med andre land, at denne er tilnærmet ikke-eksisterende. Til dels har dette sin forklaring i at slik forskning metodemessig er svært komplisert. Men selv ikke for forebyggende- og helsefremmende tiltak blant utsatte grupper, der mulighetene er til stede, har man utført effektevalueringer. All den tid årsaksforskningen er så vidt mangelfull vil forskning på effekten av tiltak trolig ligge lenger frem i tid.

Ordforklaringer

Ord	Forklaring
Confounder	En bakenforliggende årsaksfaktor som gjør at to fenomener feilaktig synes å stå i et årsaks-virkningsforhold til hverandre
EGP	Erikson-Goldthorpe-Portocarero-klassifiseringen, yrkesklassifisering for å dele inn befolkningen i sosiale klasser
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale, et spørreskjema-verktøy som måler nivået av angst- og depresjonssymptomer
Morbiditet	Sykkelighet, for eksempel andelen som blir syke over en gitt periode
Mortalitet	Dødelighet, for eksempel andelen som dør over en gitt periode
Odds	Statistisk uttrykk for sannsynligheten for en gitt situasjon
Oddsratio	Forholdet mellom oddsen i to ulike grupper; et mål for relativ risiko
Potensielt tapte leveår (PYLL)	Antall leveår tapt, i forhold til en gitt standard, på grunn av en bestemt årsak
Prevalens	Andelen syke i en befolkning eller befolkningsgruppe på et bestemt tidspunkt
Prospektiv studie	En studie som følger en befolkning over tid for å se på helseutviklingen
Relativ indeks for ulikhet (RII)	Et mål på relativ ulikhet i helse mellom bunnen og toppen av det sosioøkonomiske hierarkiet
Signifikans	Et mål på hvorvidt en sammenheng statistisk sett er betydningsfull eller om den kan være et uttrykk for en tilfældighet
Standardisert dødsrate (SMR)	Andelen døde i en befolkning i en gitt periode, sammenlignet med en standardpopulasjon

1 Innledning

I hjertet av folkehelsa i dagens Norge ligger et paradoks. Vi er friskere enn noen gang tidligere målt ved forventet levealder, og sykdommer med høy dødelighet er på retur (UNDP 2001). Spesielt tidligere tiders velferdspolitik (Westin 1999b), men også godt preventivt helsearbeide og fremskritt i behandlingen av sykdommer har båret frukter. På samme tid begynner vi å se konturene av et annet trekk ved folkehelsa i dagens Norge (Westin 1994b, 2000b). Det er ikke alle som har tatt del i denne helseforbedringen, faktisk er helseulikhetene mellom «høy» og «lav» i samfunnet betydelige, og mye tyder på at ulikhetene består (Mæland mfl. 2002). At Eilert Sundt kunne dokumentere store sosiale ulikheter i helse på midten av 1800-tallet er forståelig i en tid hvor nød, underernæring og infeksjonssykdommer preget folkehelsebildet (Sundt 1987). Hamsun har gitt en intens skildring av datidens levekår i boken «Sult», hvor hovedpersonen påføres «brandsår på sjelen» der han går omkring i Kristiania og mangler det meste. At hovedpersonen således også slet med helseproblemer er lett forståelig. Langt mer problematisk blir det å forklare at vi i begynnelsen av det 21. århundre har betydelige sosiale helseforskjeller. Det i en tid hvor de dominerende dødsårsakene; hjerte- og karsykdommer, kreft og voldsomme dødsfall, har avløst tidligere tiders sykdommer assosiert med materiell nød. Disse ulikhetene lar seg ikke umiddelbart forklare, årsakene er sammensatte, men en del kunnskap har vi.

Nå har ikke alle ulikheter i helse samme helsepolitiske interesse. Når man i folkehelsemeldingen (St.meld.nr 16. – Resept for et sunnere Norge) retter oppmerksomheten mot sosiale ulikheter i helse er hovedbegrunnelsen: «*Det er et rettferdighetsproblem når mennesker med lav sosial status, få goder og få ressurser i tillegg er mer belastet med smerte, sykdom, nedsatt funksjonsevne og forkortet levealder.*» I et moderne demokrati er denne begrunnelsen tilstrekkelig grunnlag for handling, men i tillegg kan det anføres en rekke andre argumenter:

- De sosiale helseulikhetene er et folkehelseproblem fordi det ligger et latent helsepotensiale der som kan realiseres. Dersom alle oppnår samme helse som den gruppen med best helse vil således den samlede folkehelsa forbedres.
- Helse er en sentral forutsetning for samfunnsmessig aktivitet og sosial deltakelse.
- Helse har betydning for livskvalitet og trivsel.
- Sosiale helseulikheter har samfunnsøkonomisk betydning målt i sykemeldinger og uføretrygding. Bedret helse for alle grupper bidrar til økt økonomisk utvikling.
- Ulikhetene påvirker hele samfunnet og de kan unngås.

Den britiske epidemiologen Geoffrey Rose har kanskje formulert det mest prosaiske argumentet for å redusere helseulikhetene: *«It is better to be healthy than ill or dead. That is the beginning and the end of the only real argument for preventive medicine. It is sufficient.»*

1.1 Formål og organisering

Hovedpoenget med denne rapporten er å gi en kunnskapsoversikt over forskningen på sosiale helseulikheter som er mest mulig oppdatert. Dette forskningsområdet har tidligere vært gjenstand for to oversikter, først på 1980-tallet (Dahl 1988) og senere på 1990-tallet (Dahl 2000). Den foreliggende kunnskapsoversikten overlapper delvis disse to, og inkluderer i tillegg den nokså omfattende forskningsvirksomheten i perioden 2000 – 2005. Det er verdt å merke seg at de fleste av disse arbeidene er publisert i internasjonale tidsskrifter med fagfelleevaluering (peer review).

Kunnskapsoversikten er organisert på følgende måte: Først redegjøres det for sentrale begreper i avsnittet som følger. I kapittel 2 gis en kort beskrivelse av fremgangsmåten i litteratursøkningen samt kriteriene for inkludering. Deretter følger en oversikt over statusen for sosiale ulikheter i helse i kapittel 3. I avsnitt 3.1 vises det til studier som viser omfang og trender for sosiale helseulikheter med et eget avsnitt om komparative studier hvor Norge inngår som ett av flere land. I avsnitt 3.2 beskrives årsaksforklaringer knyttet til sosiale ulikheter i helse. Avsnitt 3.3 viser til studier som har undersøkt effekten av tiltak mot sosiale helseulikheter både i Norge og internasjonalt. Til slutt følger en oppsummering av de viktigste momentene i kapittel 4.

1.2 Nærmere om begreper og avgrensninger

Hva er helse og hvordan skal vi definere helse? Det eneste sikre som kan sies om helsedefinisjoner er at det ikke finnes en entydig og allment akseptert definisjon på hva helse er. Skiftende ideologier, kunnskaps- og samfunnsutvikling og politiske mål gjør helsedefinisjoner foranderlige og midlertidige. De strekker seg fra de rent utopiske helsedefinisjoner (WHO) til de mer rigide biomedisinske som definerer helse som fravær av sykdom. «Helse er et overskudd i forhold til hverdagens krav» er Peter F. Hjorts oppfatning av helse, som innebærer at sykdom og helse ikke nødvendigvis er gjensidig utelukkende (Hjort 1982). Man kan godt ha en sykdom i

medisinsk forstand men allikevel oppfatte helsa som god. I praktisk bruk operasjonaliseres helseindikatorer som er inverse mål på helse; dødelighet, sykелighet, atferdsbegrensninger/sykdomsatferd og (dårlige) subjektive helsevurderinger.

Ulikhetsbegrepet dreier seg om den vertikale fordelingen av goder og ressurser i samfunnet. Det er normativt i den forstand at det knyttes både etiske og moralske vurderinger til tolkningen av hva som oppfattes som ulikhet. Ulikhetsbegrepet atskiller seg dermed fra andre uttrykksmåter som vi tar i bruk for å betegne fenomener som ikke er like, for eksempel; forskjell, variasjon, mangfold, heterogenitet, uensartethet. I det svenske språket skilles det mellom olikhet og ojämlikhet, der det siste trolig er mer i tråd med ulikhetsbegrepet vi knytter til sosiale ulikheter i helse. Whitehead (1990) skiller på samme måte mellom begrepene inequality og inequity, hvor det første er verdinøytralt mens det andre inneholder moralske og etiske vurderinger. Inequities er i følge Whitehead de forskjellene som er unødvendige, urettferdige og unngåelige, altså de sosiale ulikhetene i helse. I en del sammenhenger er det ikke gitt om vi står overfor variasjon eller ulikheter. Kjønn kan tjene som eksempel, fordi vi mangler ord som skiller mellom biologisk (sex) og sosialt (gender) kjønn. Dersom det biologiske opphavet ligger til grunn er det trolig mer korrekt å benytte begrepet kjønnsforskjeller enn kjønnsulikheter. Følgelig kan man skille mellom helseforskjeller og helseulikheter, hvor det første primært betegner naturlig genetisk variasjon og det andre er det normative begrepet vi tilordner de sosiale helseulikhetene.

At en ulikhet er sosial betyr at fordelingen av goder og byrder systematisk følger rangordnede posisjoner i samfunnet. Når befolkningen klassifiseres hierarkisk etter sosiale kriterier og helsa systematisk følger samme mønster står vi overfor sosiale ulikheter i helse. Rangordningen av sosiale posisjoner kan baseres på følgende kriterier: rikdom, anseelse og makt. De to første kriteriene kan knyttes til lagdelingstradisjonen i sosiologien, mens fordelingen av makt gjenfinnes i klassetradisjonen. Prototypen på klasseteori er den tradisjonelle Marx-tolkningen hvor kapitalismen deler samfunnet i to skarpt atskilte klasser der motsigelser og konflikt i relasjonen mellom klassene avstedkommer klassekamp og revolusjonær omveltning. Webers lagdelingsteori legger liten vekt på relasjonene som knytter grupperingene sammen, men retter oppmerksomheten mot hvordan samfunnet er ordnet i et hierarki av strata basert på fordelingen av goder. I følge Webers klassiske inndeling er det tre grunnleggende stratifiseringskriterier; den økonomiske dimensjonen, statusdimensjonen og autoritetsdimensjonen. Hos Weber baseres derfor klassene på likheter i markedssituasjonen, der gruppene atskiller seg fra hverandre på grunn av deres ulike livssjanser. Hovedformålet for klasseteorien er å identifisere sosiale klasser for deretter å forklare kollektiv handling, sosial konflikt

og sosial endring, mens hovedformålet med lagdelingsanalyser er å studere og sammenlikne grader av ulikhet (Arntzen 2002). Hvilket perspektiv som skiller best i studier omkring den sosiale fordelingen av helse er imidlertid ikke gitt. I årsaksforståelsen rundt sosiale ulikheter i helse står dette svært sentralt.

Sosiale ulikheter i helse er imidlertid ikke synonymt med sosioøkonomiske helseulikheter. Som Elstad har anført er sosiale ulikheter i helse: «...differences in aggregated health between social positions in the same social structure(s)» (Elstad 2000 s 8). Følgelig bør i prinsippet alle systematiske ulikheter innen samme sosiale struktur inkluderes i studier av sosiale helseforskjeller. Denne kunnskapsoversikten er imidlertid avgrenset til å gjelde de systematiske forskjellene som følger sosiale og økonomiske kategorier uttrykt først og fremst ved indikatorene yrke, utdanning og inntekt. Begrepsbruken i beskrivelsen av det sosiale hierarkiet i samfunnet er uensartet hvis man ser alle studiene som inngår i denne kunnskapsoversikten under ett. En slik utvanning av klasse gjør begrepet uinteressant hevdes det (Elstad 1992). Mens noen er svært bevisste i sin begrepsbruk har andre en mer lemfeldig omgang med begrepene, ofte uten spesielle konnotasjoner til teori. Det gjør også at denne rapporten belemres med en nokså eklektisk begrepsbruk i beskrivelsen av sosial tilhørighet. Det er all mulig grunn til å ha et bevisst forhold til bruken av de ulike begrepene fordi en økt forståelse er viktig i fortolkningen av de funn man gjør i epidemiologiske studier (Arntzen 2002). I tillegg er det, som vi kommer tilbake til avslutningsvis, viktig i forhold til kunnskapsgrunnlaget om de sosiale helseulikhetene.

2 Litteratursøkingen

Litteraturen er identifisert gjennom søk i litteraturdatabasene Medline, Psycinfo, Sociological abstracts, Social citation index, Norart, samt den nasjonale bibliotek-databasen Bibsys, i perioden september – oktober 2004. Søkeordene som ble benyttet var:

- Norway/Norwegian*
- Socioeconomic/Social/Status/Class/Education/Income/Occupation*
- Health/Disease/Illness/Disability/Mortality/Ill health*

For søkningen om effekten av tiltak mot sosiale ulikheter ble i tillegg følgende søkeord benyttet:

- Evaluation*
- Intervention*

Det norske forskningsmiljøet er relativt lite og oversiktlig så det er også foretatt søk på enkelte forfatternavn i de nevnte litteraturdatabasene. I tillegg er referansene i samtlige publikasjoner undersøkt for å fange opp de som eventuelt ikke er blitt registrert i databasene. Noen pågående arbeider er også tatt med der disse er blitt gjort tilgjengelige. Inkluderingskriteriene har vært at artiklene skal være publisert i perioden 1985–2005, og at sosioøkonomisk status (yrke, utdanning, inntekt) eller bostedskontekst er en av forklaringsvariablene (i avsnitt 3.2.2, som handler om seleksjonsforklaringer, fremgår det at sosioøkonomisk status behandles som avhengig variabel, det vil si fenomenet som påvirkes). Kunnskapsoversikten inneholder først og fremst empiriske artikler og publikasjoner, men det vises også til enkelte teoretiske bidrag. Bakgrunnen for å inkludere teoretiske bidrag er, som det vil fremkomme, at disse utgjør en viktig del av kunnskapsgrunnlaget om sosiale ulikheter i helse.

3 Kunnskapsgrunnlaget anno 2005

3.1 Status og utvikling

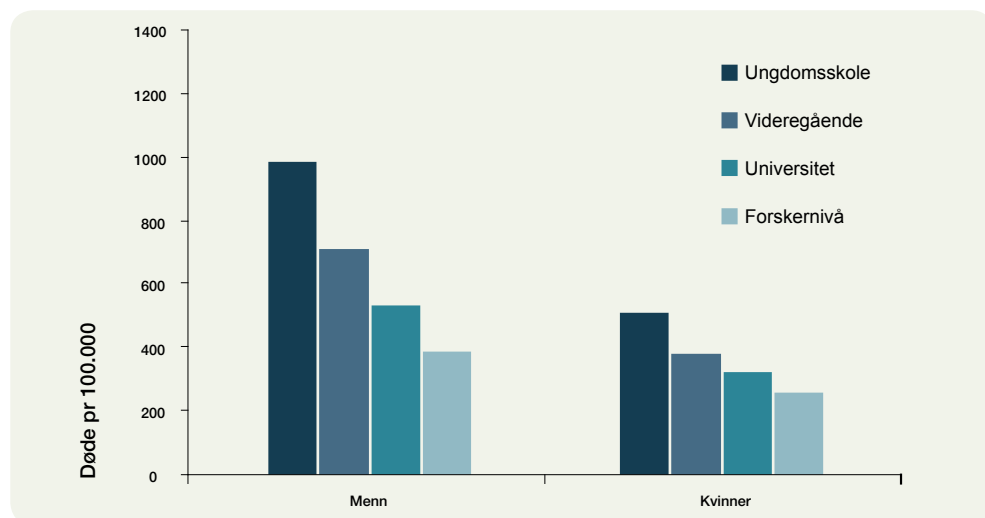
Det vil fremgå at det foreligger omfattende dokumentasjon på sosiale ulikheter i helse i Norge. Dette gjelder uavhengig av hvordan vi måler sosioøkonomisk status, og det har gyldighet for de fleste mål på helse. Samme mønster fremtrer ved å studere aggregater av mennesker på ulike steder, hvor stedene (bydeler, kommuner, fylker) er rangert etter graden av deprivasjon eller på basis av levekårsindekser. Slike økologiske sammenhenger tolkes normalt med en viss varsomhet, men vil som regel være de samme som fremtrer på individnivå. Ser vi på utviklingen over tid er det ingenting som tyder på minkende sosiale helseulikheter (Dahl & Kjærsgaard 1993b, Dahl & Elstad 2001). Bildet endres heller ikke vesentlig ved å betrakte undergrupper av mennesker. De sosiale ulikhetene i helse består, både for gammel (Dahl & Birkelund 1997) og ung (Finnvold & Nordhagen 1996), men er mest uttalt i aldersspennet mellom disse (Dahl & Rognerud 1999). Når det gjelder kjønn er tendensen den samme, dog med noe mindre sosiale helseulikheter for kvinner, spesielt når eget yrke benyttes som indikator på sosial status. Det kan også bemerkes at prognosene til de som allerede er rammet av sykdom viser en sosial fordeling. For enkelte kreftformer ser høy utdanning ut til å medføre at man lever lengre enn de med lav utdanning, selv når man tar hensyn til stadium, diagnosetidspunkt og alder (Kravdal 1999).

Hvilke typer ulikheter som er studert er svært sentralt på dette forskningsfeltet. Med få unntak har man overveiende konsentrert seg om den sosioøkonomiske gradienten, og i liten grad om fattigdom og utsatte grupper. Av studier som har sett på helsa hos utsatte grupper finner man imidlertid betydelig dårligere helse hos disse sammenliknet med resten av befolkningen. Eksempelvis for sosialklienter (Sæbø 1993), langtids arbeidsledige (Claussen 1991, Claussen mfl. 1993, Claussen 1999, Ytterdal & Fugelli 2000) og en rekke andre sårbare og utsatte grupper (Rognerud mfl. 2000). Det er imidlertid noen anomalier som synes å bryte med det generelle bildet som tegnes av sosiale ulikheter i helse i Norge. For mental helse er bildet noe uklart (Moum mfl. 1991, Dalgard mfl. 1995, Dahl 1994b). Man har også funnet en økt risiko for prostatakreft hos menn med høy sosioøkonomisk status (Lund Nilsen mfl. 2000). I tillegg er det registrert en høyere dødlighet av brystkreft med økende utdanningslengde (Strand mfl. 2005).

3.1.1 Dødelighet

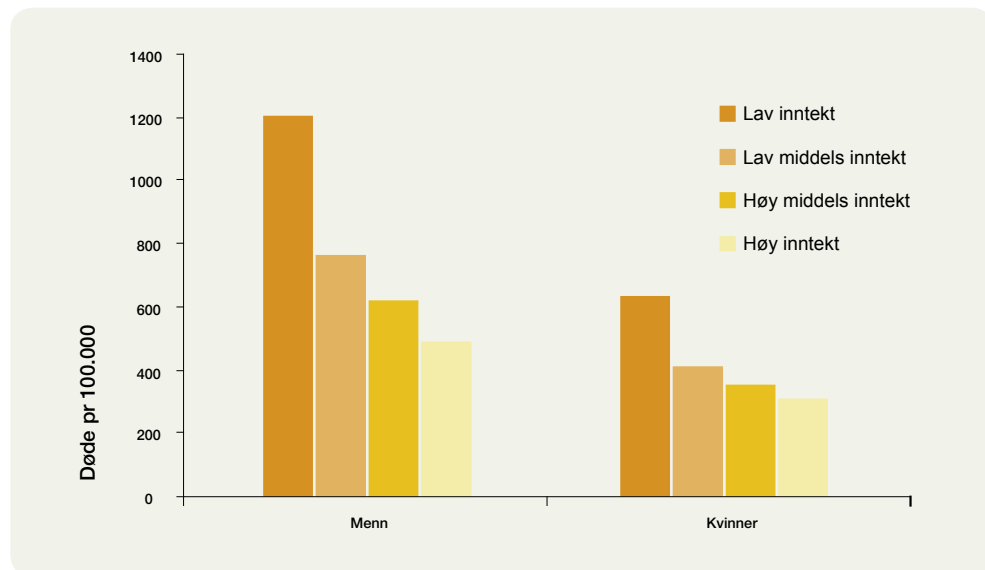
Dødelighet er en indikator på helse med høy reliabilitet. Det vil si at målingene av dødelighet sjelden er beheftet med feil. På den annen side dekker den kun ett aspekt ved helsa, den endelige og irreversible form for helsesvikt. Validiteten som helseindikator kan derfor diskuteres, fordi den ikke sier noe om livskvalitet og kostnader for det enkelte menneske knyttet til medisinsk behandling, sykefravær og uførhet. Sykdomspanoramaet domineres av kroniske sykdommer og samlet dødelighet gir kun delvis innsikt i den sosiale fordelingen av helse og sykdom. Dødelighet er derfor et indirekte mål på helse; jo lavere dødelighet, desto bedre er den allmenne helsetilstanden. Dødsårsakene gir et mer detaljert bilde av variasjoner i helsetilstand og forteller oss mer inngående om helsas sosiale fordeling.

Med nasjonale data fra 1970-tallet beregnet Borgan og Kristofersen tapte leveår i ulike yrker og viste at dødeligheten er høyere i de manuelle yrkene, spesielt for menn (Borgan og Kristofersen 1986). Midtsundstad og Dahl (2000) finner, med data fra 1990-tallet, et tilsvarende mønster hvor manuelle yrker har lavere forventet levealder enn folk i mer privilegerte yrker. En omfattende rapport fra Nasjonalt folkehelseinstitutt viser status for sosiale forskjeller i samlet dødelighet for personer mellom 45 og 60 år (Zahl mfl. 2003a). Her fremgår at dødeligheten synker med



Figur 1: Aldersjustert dødelighet etter utdanningsnivå for menn og kvinner 45–59 år. 1990–97.
Kilde: Zahl mfl. 2003a

Sammenhengen er også tydelig når inntekt benyttes som indikator på sosioøkonomisk status: dødeligheten synker med økende inntekt både for menn og kvinner (fig 2).



Figur 2:

Aldersjustert dødelighet etter inntektsnivå (kvartiler) for menn og kvinner 45–59 år. 1990–97.

Kilde: Zahl mfl. 2003a

Det begge disse figurene så tydelig viser er det som benevnes den sosioøkonomiske gradienten. De sosiale ulikhetene i helse er altså ikke avgrenset til å gjelde vanskeligstilte grupper, gradienten går tvers gjennom hele befolkningen (Dahl 2002, Westin 2002). Vi ser også at ulikhetene er større for menn enn for kvinner, og at gradienten er brattere for inntekt enn for utdanning. Ulikhetene i dødelighet er altså betydelig større etter inntektsnivå enn etter utdanningsnivå.

Andre dødelighetsberegninger har vist at menn i akademiske yrker og høyere funksjonærstillinger lever betydelig lengre enn menn i «manuelle» yrker (Borgan 2004). For noen enkeltyrker er forskjellen i gjennomsnittlig levetid på over 10 år for menn, for kvinner er forskjellene mindre.

Ser vi på dødeligheten innen Oslo finner vi at byen på mange måter fremstår i en særstilling. Her finner vi både de mest depriverte og de mest velstående menneskene. Flere har påpekt at forskjellene i levekår og dødelighet innen Oslo by er større enn mellom fylkene med høyest (Finnmark) og lavest (Sogn og Fjordane) dødelighet (Hagen mfl. 1994, Aase 1996, Barstad 1997). Rapporten Oslo-helsa

påviste store sosiale forskjeller i total dødelighet mellom regionene og bydelene i Oslo (Rognerud & Stensvold 1998). Den aldersjusterte dødeligheten for menn i den fattigste bydelen i Oslo var 3,3 ganger høyere enn i den mest velstående bydelen i perioden 1991-94. Samme forholdstall for kvinner var 2,1. I en sammenlikning med utvalgte europeiske land finner man i en senere studie at bydelene i Oslo indre øst ligger omtrent på nivå med Polen for total dødelighet i aldersgruppen 45-74 år (Stensvold mfl. 1998). Både total dødelighet og uførhet i Oslo er vist å samvarierte sterkt med ulike sosioøkonomiske indikatorer i en økologisk studie (Rognerud mfl. 1998).

Også med data på individnivå har man innen Oslo dokumentert store forskjeller i dødelighet etter yrkesklasse (Claussen & Næss 2002a). For ufaglærte arbeidere var dødeligheten respektivt 1,60 og 1,92 ganger høyere for kvinner og menn sammenliknet med høyere funksjonærer i aldersgruppen 50-69 år. De mellomliggende yrkesklassene viste et jevnt trappetrinnsmonster for dødelighet. For menn var yrkesforskjellene i dødelighet størst i aldersgruppen 35-49 år, for kvinner i alderen 20-34. I fortolkningen av disse funnene peker man på at mennene i Oslo ligger på nivå med England og Wales for ulikheter i dødelighet etter yrkesklasse.

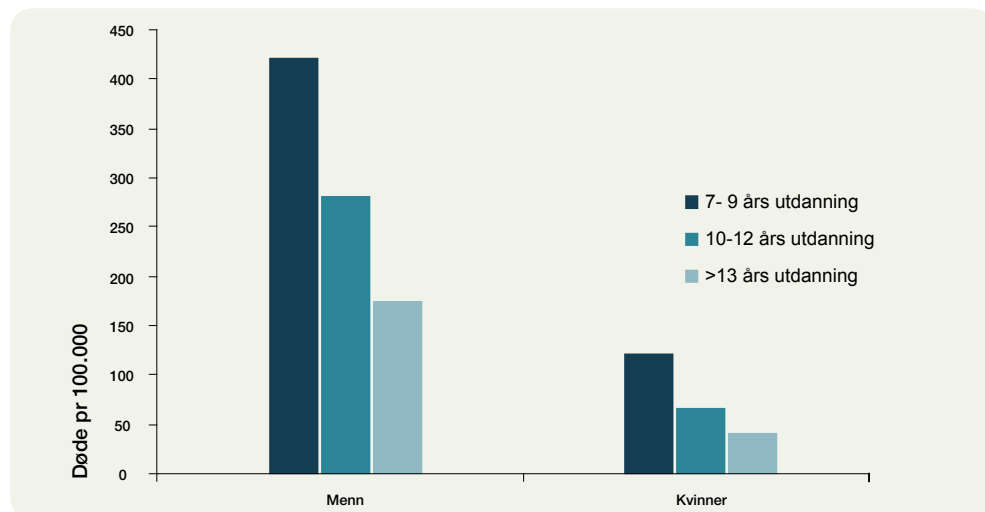
Spedbarnsdødeligheten er et fenomen som tradisjonelt er blitt sett i sammenheng med levekår, hygiene og helsestellet. Arntzen og medarbeidere har i flere artikler påvist systematiske sammenhenger mellom spedbarnsdødelighet og foreldrenes utdanningsnivå (Arntzen mfl. 1996, 2004b). Daltveit og medarbeidere finner derimot ingen sammenheng mellom foreldres utdanningsnivå og krybbedødsfall (SIDS) i multivariate analyser med data for alle de nordiske landene (Daltveit mfl. 1998).

Dødsårsakene

Total dødelighet er det helsemålet vi har mest rikholdige og presise data om, i tillegg finnes det god historisk statistikk. Dødsårsakene, hva folk dør av, er trolig et enda mer valid mål på helse når vi ønsker å beskrive den sosiale fordelingen. Mye tyder på at de dominerende dødsårsakene viser samme mønster. Borgan & Kristofersen (1986) fant samme mønster for nesten alle dødsårsaker som for samlet dødelighet. Dahl (1988) har i en tidligere oversikt kommentert at de dominerende dødsårsakene; hjerte- og karsykdommer, kreft og voldsomme dødsfall viser samme sosiale mønster som totaldødeligheten både for menn og kvinner, med ett unntak. Voldsomme dødsfall for kvinner avviker fra det generelle mønsteret, med høyest dødelighet i gruppen bestående av kvinner i overordnede stillinger. Dette skyldes uvanlig mange selvmord blant kvinner i denne yrkesklassen.

Thürmer (1993) viste i sin doktoravhandling at dødeligheten av koronar hjertesykdom følger de sosioøkonomiske indikatorene tett, både for utdanning, yrke og inntekt. Videre viser hun at de fleste risikofaktorene for koronar hjertesykdom også følger samme sosiale fordeling, spesielt for menn. Røyking var den risikofaktoren som hadde den sterkeste sosiale gradienten. Et annet forhold som fremheves er at dødeligheten av koronar hjertesykdom hos de med lavest sosioøkonomisk status var større enn det som kunne forklares på bakgrunn av risikofaktorene alene. Dette kan tolkes dit hen at gruppene med lavest sosioøkonomisk status i tillegg er mer sårbare. Nå viser imidlertid en nyere studie at man etter å kontrollere for livsstil og en rekke andre kjente risikofaktorer for hjerte- og karsykdom forklarer nesten all variasjon i dødeligheten av iskemisk hjertesykdom etter utdanningsnivå (Strand & Tverdal 2004). For kvinner med lav utdanning ble overdødeligheten redusert med 67 %, for menn var reduksjonen hele 91 %. Jenum og medarbeidere tok for seg dødsfall av hjerte- og karsykdommer i Oslo, og viste i en økologisk studie at dødeligheten av hjerte- og karsykdommer var tre ganger høyere i de bydelene med lavest inntektsnivå, sammenliknet med den mest velstående bydelen (Jenum mfl. 2001). Forholdstallet var her det samme for menn og kvinner.

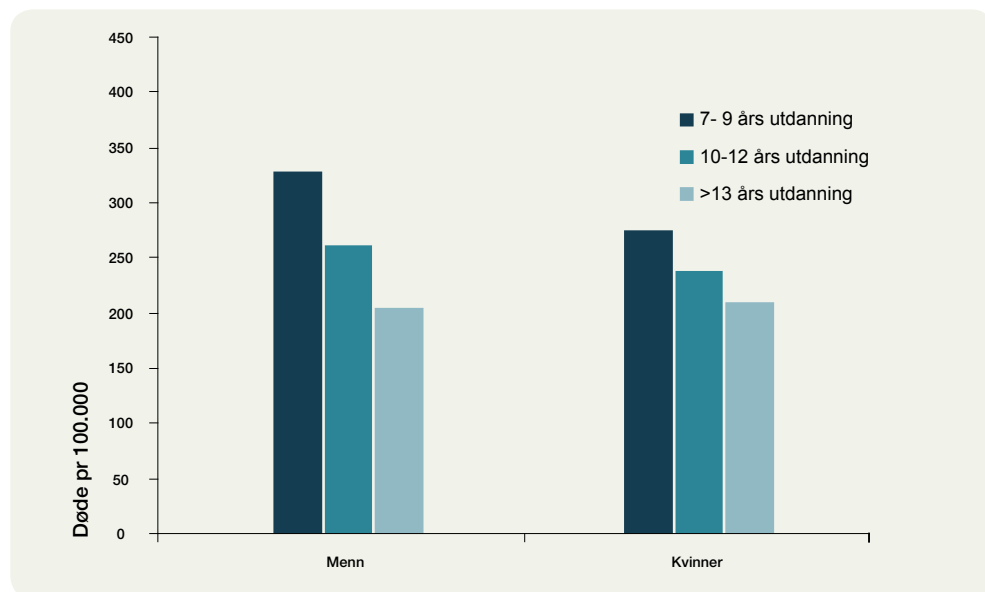
Ferske upubliserte resultater referert i boken: *Sosialmedisin – i teori og praksis*, viser hvordan situasjonen er på 1990-tallet (Mæland mfl. 2004). Figur 3 viser dødelighet av hjerte- og karsykdommer etter utdanningslengde, og her er ulikhetene svært markante, spesielt for menn.



Figur 3:

Aldersjustert dødelighet av hjerte- og karsykdommer etter utdanningslengde for menn og kvinner 45-59 år. 1990-97. Kilde: Mæland mfl. 2004, s. 58.

For dødelighet av kreft finner man også ulikheter etter utdanningslengde, og gradienten for menn er noe mer uttalt enn for kvinner (fig 4). Forskjellene er imidlertid langt mindre enn for hjerte- og karsykdommer.



Figur 4:

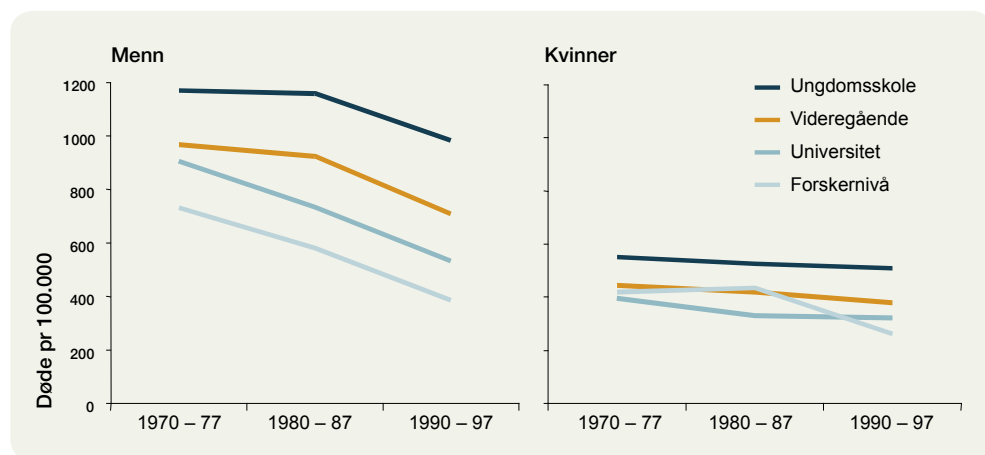
Aldersjustert dødelighet av kreft etter utdanningslengde for menn og kvinner 45–59 år. 1990–97. Kilde: Mæland mfl. 2004 s 58

Tidstrender i dødelighet og dødsårsaker

I tillegg til å påvise at de sosiale ulikhetene eksisterer er utviklingen over tid svært viktig å studere. Gjestland og Moen har vist at de regionale helseforskjellene i dødelighet og forventet levealder mellom de fattigste og rikeste områdene i Oslo er omtrent på samme nivå på 1970-tallet som de var på 1880-tallet (Gjestland & Moen 1988). Kristofersen (1991) viste til marginale endringer i sosioøkonomiske ulikheter i dødelighet for menn fra 1970–75 til 1980–85. Dahl og Kjærsgaard har tidligere undersøkt utviklingen for perioden 1960–85 blant yrkesaktive (Dahl & Kjærsgaard 1993b). For menn finner de en samlet økning i de sosioøkonomiske ulikhetene i dødelighet, mens for kvinner er det ingen klar trend. Både aldersstandardiserte mortalitetsratioer (SMR) og potensielt tapte leveår (PYLL) viser samme mønster for menn. En analyse av den aldersspesifikke dødeligheten blant menn viser at økningen i de sosioøkonomiske ulikhetene skjer hos eldre menn, for

ynge menn (under 35 år) er det en reduksjon i perioden 1960–1985. Når Dahl og Kjærsgaard (1993b) konkluderer forskjellig fra Kristofersen (1991) kan det skyldes flere forhold. Kristofersen (1991) benyttet alle menn (også arbeidsledige) i sine beregninger, dette kan ha ført til at yrkesforskjellene i dødelighet er blitt underestimert i beregningen av SMR (Dahl & Kjærsgaard 1993b). Dette er et eksempel på metodeartefakter som omtales senere under årsaksforklaringer.

Zahl og medarbeidere har vist at forskjellene i dødelighet har økt i perioden fra 1970 til 1997, og det er hos menn man finner den største økningen (Zahl mfl. 2003a). Figur 5 viser endringene i total dødelighet fra 1970 til 1997 for menn og kvinner etter utdanningsnivå. Alle utdanningsgruppene har som vi ser en absolutt nedgang i dødelighet i denne perioden, og mest uttalt er nedgangen hos menn. Det man kan merke seg for menn er at grafene ikke ser ut til å konvergere, ulikhetene blir altså ikke mindre. Mennene i laveste utdanningskategori har mer enn dobbelt så høy dødsrisiko som menn med høyeste utdanningsnivå i hele perioden (Zahl mfl. 2003a). For kvinner er ulikhetene i dødelighet mellom utdanningskategoriene som vi ser mindre.

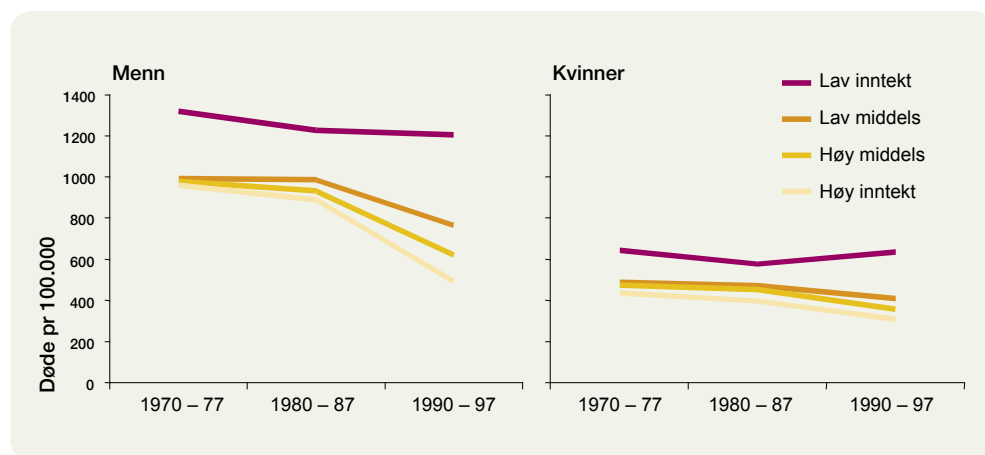


Figur 5:

Endringer i total dødelighet 1970–77, 1980–87 og 1990–97 etter utdanningsnivå for menn og kvinner 45–59 år. Aldersjustert. Kilde: Zahl mfl. 2003a

Det er imidlertid når vi benytter inntektsnivå som indikator på sosioøkonomisk status at økningen i dødelighetsforskjeller blir påtakelige (fig. 6). For begge kjønn registrerer vi små endringer mellom inntektsgruppene fra 1970 til 1980-tallet. I den neste perioden fra 1980-tallet til 1990-tallet registrerer vi økte forskjeller

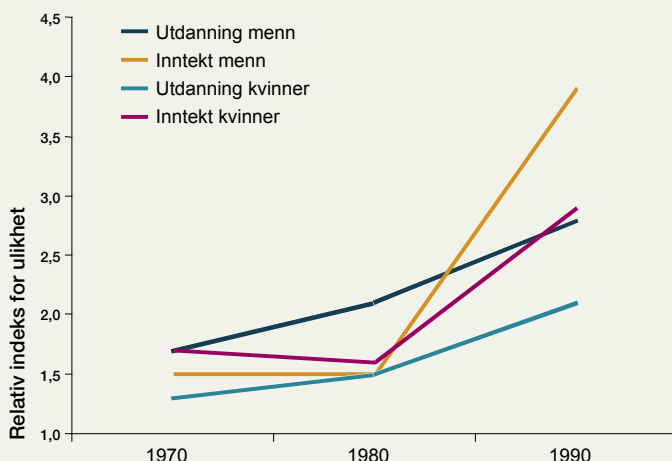
mellom inntektsgruppene. Med unntak av kvinner i den laveste inntektsgruppen har alle inntektsgruppene fortsatt en nedgang i total dødelighet, men nedgangen er forholdsvis større for de andre inntektsgruppene. Spesielt påtakelig er utviklingen for menn, der den laveste inntektsklassen viser tendens til utflating, klassen med lav middels inntekt går litt ned, klassen høy middels reduseres ytterligere, mens høyinntektsklassen har den klart største reduksjonen fra 1980-tallet til 1990-tallet. I sum så øker altså både de relative og absolutte forskjellene i dødelighet mellom inntektsklassene.



Figur 6:

Endringer i total dødelighet 1970–77, 1980–87 og 1990–97 etter inntektsnivå (kvartiler) for menn og kvinner 45–59 år. Aldersjustert. Kilde: Zahl mfl. 2003a

Figur 7 viser utviklingen i de relative dødelighetsforskjellene for menn og kvinner fra 1970-tallet til 1990-tallet etter utdanning og inntekt. Målet på sosioøkonomisk ulikhet som er fremstilt er relativ indeks for ulikhet (RII). RII er et mål på relativ ulikhet mellom bunnen og toppen av det sosiale hierarkiet som justerer for forskjeller og endringer i størrelsen på gruppene som sammenliknes (Mackenbach & Kunst 1997). Figuren viser tydelig at de relative sosioøkonomiske ulikhetene er økt. Størst er den relative økningen etter inntekt både for kvinner og menn, og det er spesielt i den siste perioden fra 1980-tallet til 1990-tallet de relative ulikhetene har økt.

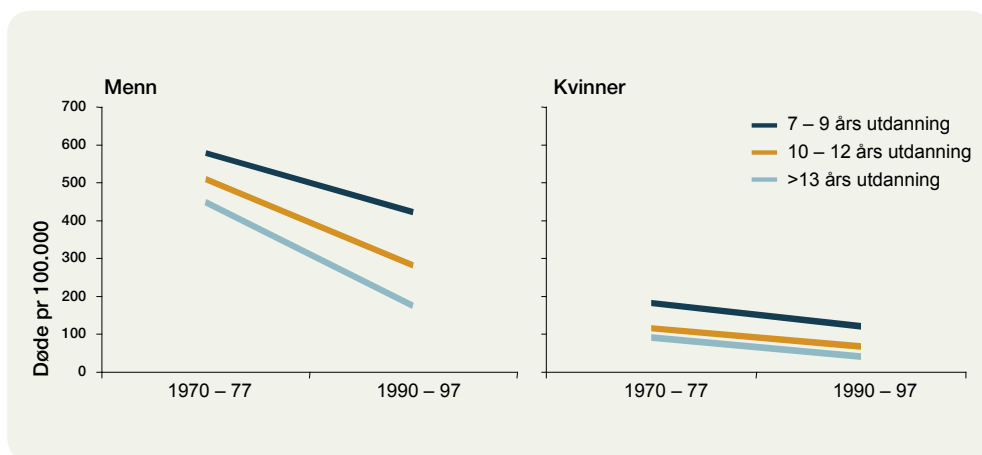


Figur 7:

Endringer i relative dødelighetsforskjeller etter utdanning og inntekt i periodene 1970–77, 1980–87 og 1990–97. Menn og kvinner 45–59 år. Kilde: Zahl mfl. 2003a

I senere analyser av dødelighetsdataene fra Statistisk sentralbyrå som ble benyttet av Zahl og medarbeidere (2003a) har man undersøkt den relative betydningen av inntekt og utdanning for dødelighet over tid (Rognerud & Zahl 2005). Her fant Rognerud og Zahl at dødelighetsforskjellene er økt både etter utdannings- og inntektsnivå i perioden 1970 til 1997. De finner videre at utdanningsnivåets betydning som risikofaktor økte i denne perioden, mens de økende forskjellene etter inntektsnivå for en stor del kunne tilskrives confounder-effekter av utdanningsnivå og husholdningsstørrelse. Betydningen av husholdningsstørrelse for økte ulikheter i dødelighet er fremhevet også i en tidligere studie fra det samme forskningsmiljøet (Zahl mfl. 2003b).

Ser vi på trender i den årsaksspesifikke dødeligheten viser upubliserte resultater referert i boken *Sosialmedisin – i teori og praksis* økte ulikheter for alle de viktigste dødsårsakene målt etter utdanningslengde fra 1970-tallet til 1990-tallet (Mæland mfl. 2004).

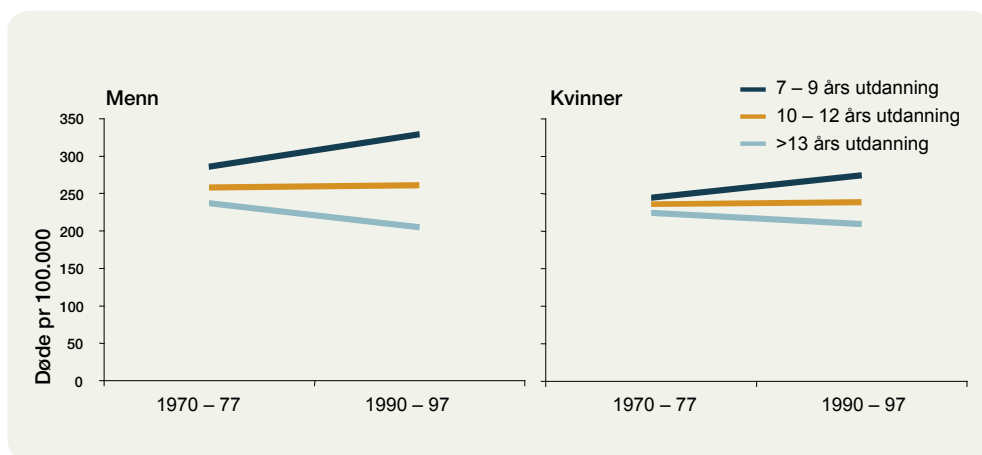


Figur 8:

Endringer i dødelighet av hjerte- og karsykdommer 1970–1977 og 1990–1997 etter utdanningslengde for menn og kvinner 45–59 år. Aldersjustert . Kilde: Mæland mfl. 2004, s. 58.

Mens det har skjedd en betydelig reduksjon i hjerte- og kardødeligheten blant høyt utdannede, har fallet vært mindre blant de med lavt utdanningsnivå (fig. 8). Dette gjelder begge kjønn, men er mest uttalt hos menn. De absolutte forskjellene i dødelighet av hjerte- og karsykdommer etter utdanningslengde har, som vi ser, økt for menn.

Mens dødelighet av kreft er mer jevnt sosialt fordelt registrerer man i samme periode tendenser til økte ulikheter. Figur 9 viser utviklingen i dødelighet av kreft etter utdanningslengde fra 1970-tallet til 1990-tallet. Her registrerer vi små forskjeller mellom de tre utdanningskategoriene på 1970-tallet for begge kjønn. Trenden fra 1970-tallet til 1990-tallet er tydelig for begge kjønn, der gruppen med lengst utdanning har en nedgang, midtgruppen holder seg stabil, og de med kortest utdanning har en økning i dødeligheten. Det er altså en økning i de absolutte forskjellene mellom utdanningskategoriene i denne perioden.



Figur 9:

Figur 9 Endringer i dødelighet av kreft 1970–1977 og 1990–1997 etter utdanningslengde for menn og kvinner 45–59 år. Aldersjustert. Kilde: Mæland mfl. 2004 s 58

Dødeligheten av sykdommer i luftveiene viser også en markert økning etter utdanningslengde fra 1970-tallet til 1990-tallet (Mæland mfl. 2004). Ulykker og voldssomme dødsfall viser økte ulikheter for menn. For kvinner er forholdet omvendt, det vil si at dødeligheten opptrer hyppigere blant de høyt utdannede kvinnene enn hos de lavt utdannede, og trenden er tilnærmet stabil i denne perioden. For andre dødsårsaker er det også en økning i ulikhetene for både kvinner og menn i perioden fra 1970-tallet til 1990-tallet (Mæland mfl. 2004).

Arntzen og medarbeidere studerte sammenhengen mellom foreldres utdanningsnivå og spedbarnsdødeligheten i perioden 1967–1998 (Arntzen mfl 2004a). De fant at den totale spedbarnsdødeligheten sank merkbart i denne perioden, men at forskjellene etter foreldrenes utdanningsnivå besto i hele observasjonsperioden. For neonatal dødelighet (før 28 dager) var det reduserte ulikheter etter foreldrenes utdanningsnivå, mens for post-neonatal dødelighet (fra 28 dager til ett år) økte de sosiale forskjellene målt ved foreldrenes utdanningsnivå. Arntzen drøfter i en senere artikkel disse funnene (Arntzen 2004b). Her peker hun på at reduksjonen av den neonatale dødeligheten i denne perioden kanskje kan tilskrives at helsetjenesten som tilbys i forbindelse med svangerskap og fødsel har en sosialt utjevnende effekt. I en tidligere analyse pekes det på at mens det gjennomsnittlige utdanningsnivået for kvinner er økt vesentlig i perioden som ble studert, har de sosiale ulikhetene i post-neonatal dødelighet altså økt (Arntzen mfl. 1996).

3.1.2 Sykdom (disease/illness)

Somatisk helse

Forskjellen på sykdom (disease) og egenrapportert sykdom (illness) reflekteres blant annet i måten vi måler sykdom på. En undersøkelse/observasjon benyttes for å fastslå sykdom, mens selvrapportering ved spørreskjema/intervju gir informasjon om de plager personene selv opplever. Påliteligheten av selvrapportert sykdom sammenholdt med opplysninger fremkommet ved undersøkelse/observasjon kan variere med mål på helse, og i prinsippet kan spriket gå i begge retninger. Det vil si at for enkelte mål på helse vil forekomsten av selvrapporterte sykdommer være høyere enn den faglig funderte sykdommen. For psykiske lidelser derimot er tendensen at disse underrapporteres. Generelt finner man imidlertid god overensstemmelse mellom selvrapportert sykdom og legerapportert sykdom i norske studier, blant annet fordi nasjonen er forholdsvis homogen både sosialt og kulturelt (Dahl 1994b). I det følgende fremkommer det i tillegg opplysninger om sosiale forskjeller i risikofaktorer. Det må understrekes at man bør være varsom med å sette likhetstegn mellom sykdom og risikofaktorer. Det er åpenbart to relaterte fenomener, men det å anlegge et sykdomsperspektiv på stadig større livsområder kan bidra til sykeliggjøring.

Brekke og medarbeidere tok for seg fire veldefinerte somatiske sykdommer og sammenliknet bydelene som representerer ytterpunktene i levekår innen Oslo by (Brekke mfl. 1998). For tuberkulose påviste de høyere forekomst i de mest depriverte bydelene. Type 1-diabetes hos barn forekom hyppigst i de mest velstående bydelene, mens for multippel sklerose og reumatoid artritt kunne man ikke påvise forskjeller. I senere studier fra Brekke og medarbeidere har man sett på hvordan personer med reumatoid artritt i de depriverte versus velstående bydelene vurderer sin egen helse (Brekke mfl. 1999). De finner at den fysiske og psykososiale helsa hos mennesker med denne sykdommen oppgis å være dårligere i de mest depriverte områdene av Oslo sammenliknet med de som lever med sykdommen i de velstående bydelene. Samme budskap formidles i senere studier av muskelskjelettsykdommer (ikke-inflammatoriske) (Brekke mfl. 2002, Brekke & Hjortdal 2004). Man finner også at mestring og håp hos de syke har dårligere kår i depriverte områder. Det oppleves altså verre å leve med en sykdom på østsiden enn på vestsiden i Oslo og dette får således preg av en dobbel byrde (double suffering) i følge forfatterne. Også resultater basert på helseundersøkelsen i Hordaland finner at utdanningsnivået har betydning for muskelskjelettplager (Sirnes mfl. 2003). Med data fra 40-42-åringsundersøkelsene har Jenum og medarbeidere vist at forekomsten av diabetes og blodtrykksbehandling for begge kjønn er omtrent

dobbelt så høy i indre østlige bydeler som i ytre vestlige bydeler i Oslo (Jenum mfl. 1998). Utvalgte risikofaktorer for hjerte- og karsykdom viser også en klar øst-vest gradient i denne studien, blant annet ift. kroppsmasseindeks, kolesterol og blodtrykk (Jenum mfl. 1998). Egeland og medarbeidere viser med data fra en oppfølgingsstudie (1977–83) at flere risikofaktorer for koronar hjertesykdom er inverst relaterte til både utdanning og inntekt (Egeland mfl. 2003). Et overraskende funn i denne studien er at sammenhengen er sterkest for kvinner.

I den voksne delen av befolkningen viser en oppfølgingsstudie (1985–1997) at risikoen for å utvikle astma og luftveissykdommer er klart høyere for de med lav utdannelse sammenliknet med de som har høy utdannelse (Eagan mfl. 2004). Det justerte oddsrationivået varierer i denne studien fra 1,4 til 2,5 for ulike luftsveissykdommer. Når det derimot gjelder egenrapporterte hudplager finner en studie fra Oslo ingen sammenheng med utdanning og yrke (Dalgard mfl. 2004). En analyse etter husholdningsinntekt hvor man delte inn i tre klasser viser imidlertid at de i midtkategorien oftere rapporterer hudplager. Også for hodepine har man funnet sosioøkonomiske forskjeller (Hagen 2003). I denne prospektive studien finner man at lav sosial status definert ved utdanningsnivå og yrke ga en dobling i risikoen for både kronisk og hyppig hodepine 11 år senere. I en annen prospektiv studie basert på det samme datamaterialet finner Hagen og medarbeidere at inntekt også har betydning, men da kun for menn (Hagen mfl. 2002).

En rekke andre studier fra helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag har sett på egenrapportert sykdom og dens sosioøkonomiske fordeling. Krokstad og Westin benyttet et sosial klasse-skjema (EGP) med langvarig sykdom og kronisk sykdom som helseindikatorer (Krokstad & Westin 2002). Her fremkom at prevalensratioen for menn mellom de ulike sosiale klassene varierte mellom 1,2 og 1,5 i forhold til ansatte i akademiske yrker i 1995. Noe mindre forskjeller ble rapportert for kronisk sykdom, med prevalensratioer fra 1,0 til 1,3. I en senere studie hvor man benyttet utdanningsnivå fant man også forskjeller for de samme målene på helse (Krokstad mfl. 2002b). For menn med laveste versus høyeste utdanningsnivå var prevalensoddsratioen 1,59 for langvarig sykdom og 1,49 for kronisk sykdom. Ulikhetene for kvinnene er marginalt mindre for langvarig sykdom (1,49) og høyere for kronisk sykdom, med prevalensoddsratio på 1,86 i 1995. Konfidensintervallene er imidlertid overlappende mellom kjønnene, så man kan ikke si sikkert hvorvidt det faktisk er kjønnsforskjeller. Elstad (1996b) fant i en studie med data fra levekårsundersøkelsene (samlet 1980–1991) klare sosiale ulikheter for langvarig sykdom blant menn. Oddsratio for å rapportere langvarig sykdom hos arbeidere var 1,57 sammenliknet med den såkalte middelklassen.

Når det gjelder barnehelse finner man også sosiale forskjeller i Norge. En hyppig forekommende lidelse er astma, og den sosiale skjevfordelingen etter foreldrenes utdanningsnivå fremkommer tydelig i helseundersøkelsen i 1995 (Finnvold mfl. 1997). I husholdningene med lavest utdanningsnivå hadde mellom 12 % og 15 % astma, mens det i husholdningene med høyest utdanningsnivå var mellom fire og seks prosent. En annen studie viser tendenser til at utdanningsnivå hos foreldrene er assosiert med astma hos barn i alderen fire til fem år, men sammenhengene er ikke signifikante (Lindbæk mfl. 2003a). Man finner imidlertid at antall rom i boligen er assosiert med astma (Lindbæk mfl. 2003b). Antall rom i boligen kan betraktes som en indirekte og grov indikator på materielt velstandsnivå i familien. Med data fra alle de nordiske landene viste Grøholt og medarbeidere at forekomsten av flere kroniske barnesykdommer former en sosial gradient (Grøholt mfl. 2001). Både for utdanningsnivå, inntekt og yrke fant man i denne studien høyere forekomst av astma, allergi og eksem hos barn i familier med lavest sosioøkonomisk status. Grøholt og medarbeidere har i en senere studie med data for alle de nordiske landene undersøkt ulike smertetilstander hos barn etter sosioøkonomisk status hos foreldrene (Grøholt mfl. 2003b). De fant høyere forekomst av hodepine, magesmerter og ryggsmelter hos barn i familier med lavt utdanningsnivå og lav husholdningsinntekt. Man viste i denne studien en økt risiko på 40 prosent for at barna opplevde disse smertetilstandene dersom familien hadde lavt utdanningsnivå og lav husholdningsinntekt.

Dahl (1988) har tidligere påpekt at tannhelsen varierer sterkt med sosial status. Dette gjelder uavhengig av indikator på sosial tilhørighet. Tall fra de nasjonale helseundersøkelsene viser store variasjoner i andelen uten egne tenner etter sosioøkonomisk status (Helseundersøkelsen 1985, 1995).

Tidstrender i somatisk sykkelighet

Dahl og Birkelund (1999) undersøkte sosioøkonomiske helseulikheter for tre selvrapporterte sykkelighetsindikatorer i perioden 1980-95. De fant en nedgang i sosioøkonomiske helseulikheter blant dem som er sysselsatte i hele perioden. Men ved å inkludere ikke-yrkesaktive, og således kontrollere for seleksjonsprosesser, viser det seg at de velkjente klasseskillene består. Dette tyder altså på sterk helsebetinget seleksjon ut av arbeidslivet. Elstad (1996a) har undersøkt utviklingen for helseindikatoren langvarig sykdom for kvinner (31–60 år) i perioden 1968–1991. Her viser han at ulikhetene mellom fulltids yrkesaktive kvinner og kvinner som ikke er fulltids yrkesaktive (dvs. alle andre) øker i denne perioden. Dahl og Elstad (2001) undersøkte endringer i egenrapportert sykdom (langvarig sykdom) blant menn og

kvinner mellom 25–64 år på midten av 1980-tallet og på midten av 1990-tallet. De fant kun marginale endringer i de sosioøkonomiske ulikhetene i denne perioden, både for utdanning, yrke og inntekt. Krokstad & Westin (2002) fant tendenser til mindre forskjeller for langvarig sykdom etter et sosial classeskjema (EGP), og stabilitet i rapporteringen av kronisk sykdom i perioden 1985 til 1995. Ved å benytte utdanningsnivå er tendensen i Nord-Trøndelag noe mindre forskjeller både for langvarig sykdom og kronisk sykdom i samme periode (Krokstad mfl 2002b).

I en studie der man så på tannhelsen hos unge voksne (23–24 år) påviste man en klar generell bedring i tannhelsestatus fra 1983–1994 (Schuller 1999). I denne perioden var det en generell reduksjon i antall karierte og/eller fylte tannflater på 54 %, men de sosioøkonomiske forskjellene målt ved utdanning ble større i samme periode. Mens de med lav utdanning hadde 10 % flere karierte tannflater enn de med lang utdanning i 1983, var tilsvarende tall i 1994 steget til 40 %.

Mental helse

Med data fra helse- og levekårsundersøkelsen i 1985 fant Moum og medarbeidere (1991) ingen store forskjeller i psykisk helse målt etter yrkesklasser i den norske befolkningen. I en nyere studie med data fra helse- og levekårsundersøkelsen i 1998 fant man imidlertid signifikante sammenhenger mellom inntekt og utdanning og psykiske plager og lidelser både for kvinner og menn (Rognerud mfl. 2002). Hyppigheten av psykiske plager avtar med økende sosioøkonomisk status, og inntekt ser ut til å bety mest for menn, mens utdanning synes viktigst for kvinner. En relatert studie i denne sammenheng har sett på forholdet mellom yrke og angst/depresjon (Sanne mfl. 2003). Sanne og medarbeiderne finner klare forskjeller i angst og depresjon (HADS) mellom ulike yrkesgrupper, og viser til at jo lavere krav til kompetanse, desto høyere skårer for angst og depresjon. Sterkest er sammenhengen mellom kompetanse og depresjon blant menn, dvs. depresjon hos menn i de manuelle yrkene. Bjellands doktoravhandling viser videre en klar invers sammenheng mellom utdanningsnivå og depresjon over en 11-årsperiode (Bjelland 2004). Sammenhengen var imidlertid mindre tydelig for angst. En studie av personlighetsforstyrrelser i Oslo gir en viss støtte til at også disse varierer etter sosioøkonomisk status (Torgersen mfl. 2001). I denne tverrsnittundersøkelsen fant man hyppigere forekomst av personlighetsforstyrrelser blant enslige med lavt utdanningsnivå som bodde i bykjernen av Oslo. Flere andre artikler fra samme undersøkelse viser til at sosioøkonomisk status er av betydning både for personlighetsforstyrrelser (Torgersen mfl. 2002), symptomforstyrrelser (Kringlen mfl. 2001) og livskvalitet (Cramer mfl. 2002). Resultater fra helseundersøkelsen i Oslo

viser også at symptomer på psykiske lidelser avtar med økende utdanningsnivå (Grøtvedt 2002a).

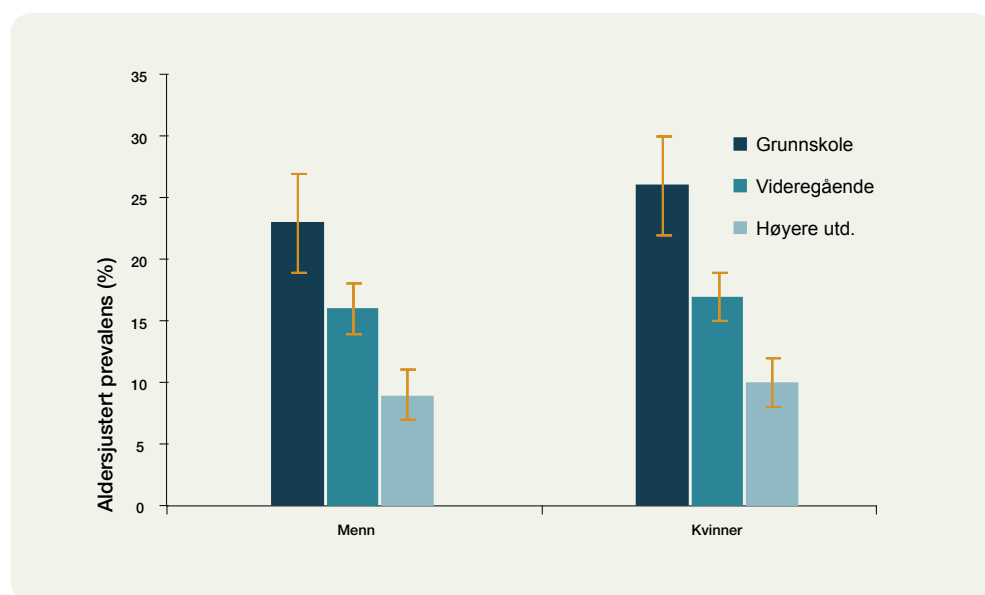
Det er ikke blitt identifisert studier av trendene i sosioøkonomiske ulikheter i mental helse. Behovet for å følge denne utviklingen er påtrengende, fordi i motsetning til totaldødeligheten, som går ned, så øker hyppigheten av psykiske lidelser i befolkningen (Lunde 2000b). Årsakene til at disse øker i befolkningen er flere og sammensatte og drøftes ikke i den rapporten, her vil det bare bemerkes at den mentale helsa kanskje er den mest sensitive helsekomponenten i forhold til endringer i de samfunnsmessige rammebetingelsene. Den egenvurderte helsa som beskrives i det følgende vil imidlertid i en viss utstrekning reflektere også et mentalt helseaspekt.

3.1.3 Egenvurdert helse (illness)

Subjektive helsevurderinger er et summarisk mål på ulike aspekter ved enkeltindividers helse. Egenvurdert helse er en god og uavhengig indikator på reell psykisk og fysisk sykdom (disease). Kanskje vel så viktig er det at egenvurdert helse også reflekterer de såkalte «samsykdommene» samt forhold som trivsel og levekår. Samsykdommer eller «the new morbidity» er et uttrykk som benyttes om tilstander hvor årsakene skyldes problemer folk har i samliv, samarbeid og samfunn. Samfunnsmessige rammefaktorer har altså betydning for slike subjektive helsevurderinger i tillegg til individuelle forhold, og med et samfunn i endring vil også innholdet i dette helsemålet endres parallelt. Tid og rom har derfor betydning for subjektive helsevurderinger. Det som gjør egenvurdert helse spesielt interessant som helseindikator er at studier har vist at det er en god prediktor for dødelighet, faktisk bedre enn medisinske utredninger (Idler & Benyamini 1997). Studier fra Norge har også vist at egenvurderte helsevurderinger predikerer sykdomsatferd, for eksempel uførepensjon (Holte mfl. 2000a). Endelig skal det nevnes at den også vil ha betydning for helsetjenestesøkningen, noe som åpenbart gjør det til et viktig mål. Vi har gode data om egenvurdert helse. Både de nasjonale helse- og levekårsundersøkelsene samt de regionale helseundersøkelsene stiller spørsmålet: Hvordan er helsa di nå?

I en studie som benyttet data fra de nasjonale helse- og levekårsundersøkelsene (1985,1995) har man sett på hvordan den egenvurderte helsa fordeler seg på tre indikatorer for sosioøkonomisk status (Dahl & Elstad 2001). Dårlig egenvurdert helse fordeler seg på nokså klassisk vis både for utdanning, yrke og arbeidstilknytning, slik at de med lavest sosioøkonomisk status oftere

rapporterer dårlig helse. Vi ser også her i figur 10 den karakteristiske gradienten for både menn og kvinner etter utdanningsnivå i 1995. Figuren viser videre at kvinner i de ulike utdanningsgruppene gjennomgående vurderer helsa til å være dårligere enn det menn gjør, selv om disse kjønnsforskjellene ikke er signifikante.



Figur 10:

Andel med dårlig egenvurdert helse etter utdanningsnivå for menn og kvinner 25–64 år. 1995.

Kilde: Dahl & Elstad 2001

Med data fra helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag har man sett egenvurdert helse i sammenheng med et mye brukt skjema for sosial klasseinndeling, den såkalte Erikson-Goldthorpe-Portocarero-klassifiseringen (EGP) (Krokstad & Westin 2002). Prevalensratio for dårlig egenvurdert helse mellom den høyeste og laveste klassen ble der funnet å være 2.0 i 1985 og 2.1 i 1995 for menn 25–69 år. Formålet med denne studien var å benytte en klasseinndeling som muliggjorde en sammenlikning med internasjonale studier, og man fant noe mindre sosiale forskjeller enn andre komparative studier med nasjonale data har kommet frem til. I en annen studie fra helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag benyttet man utdanning som sosioøkonomisk indikator (Krokstad mfl. 2002b). Prevalens oddsratio for dårlig egenvurdert helse mellom de med lavest utdanning og de med høyest var henholdsvis 2,7 og

2,1 for menn og kvinner i 1985. Ti år senere var tilsvarende tall 2,5 og 2. I en tredje studie med data fra helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag har man undersøkt sosioøkonomiske ulikheter i egenvurdert helse (Elstad & Krokstad 2003). Her benyttet man en relativt grov yrkesklasseinndeling (også ikke-yrkesaktive). For menn i alderen 35–59 varierte andelen som svarte dårlig egenvurdert helse fra ca 11 % (overordnede) til drøyt 20 % (manuelle yrker). Blant de ikke-yrkesaktive rapporterte nesten 60% dårlig egenvurdert helse. Også med data fra de landsomfattende 40–42 åringsundersøkelsene viser en studie for Aust-Agder fylke at dårlig egenvurdert helse rapporteres hyppigst blant de med lavest utdanning (Kreyberg 1999). For gruppen menn med lavest utdanning var oddsratio for dårlig egenvurdert helse 3,5 sammenliknet med gruppen med høyest utdanning.

I en kohortstudie fra helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag fulgte man menn i alderen 25–49 år i 1984 over en 10 års-periode (Elstad & Krokstad 2003). Som forventet fant man en økende andel som rapporterte dårlig egenvurdert helse med økende alder, fra 12 % i 1984 til 22 % ti år senere. I tillegg fant man systematiske sosioøkonomiske ulikheter i egenvurdert helse både i 1984 og i 1995 når mennene var 10 år eldre (35–59 år). I denne kohorten av menn økte de sosioøkonomiske ulikhetene i denne 10 års-perioden. For menn som ble klassifisert i den øverste yrkesklassen var det en økning i dårlig egenvurdert helse på 4 prosentpoeng i denne perioden. For den midterste og laveste yrkesklassen var samme verdier ca 9 % og 10 % respektive. Blant de ikke-yrkesaktive rapporterte 37 % dårlig helse i 1984 og 54 % i 1995, en økning på ca 17 %. Samlet var det altså økende sosioøkonomiske ulikheter i dårlig egenvurdert helse blant de som var sysselsatte, primært som en følge av at den høyeste yrkesklassen hadde gunstigst utvikling i forhold til de to andre. Størst var imidlertid økningen i ulikheter blant de sysselsatte versus de ikke-yrkesaktive.

Tall fra statistisk sentralbyrå viser også klare forskjeller i egenvurdert helse etter utdanningsnivå (Lunde 2000a). 63 prosent av de med utdanning på grunnskolenivå og 92 prosent av de som har mer enn fire år ved universitet eller høyskole rapporterte god egenvurdert helse i 1998. Blant de yngste fant man små utdanningsforskjeller, men de økte raskt med alderen. I aldersgruppen over 66 år rapporterer fortsatt åtte av ti at helsa er god hos de med inntil fire års høyere utdanning, mens kun halvparten av de med grunnskole som høyeste utdanning oppgir god egenvurdert helse.

Tidstrender for egenvurdert helse

Dahl og Elstad (2001) undersøkte trender i dårlig egenvurdert helse blant menn og kvinner mellom 25–64 år på midten av 1980-tallet og på midten av 1990-tallet. De fant kun marginale endringer i de sosioøkonomiske ulikhetene i denne perioden, både for utdanning, yrke og inntekt. Krokstad og medarbeidere (2002b) har sett på endringer etter utdanningsnivå i perioden 1984–1995 i Nord-Trøndelag. De fant tendenser til en nedgang i ulikhetene etter utdanningsnivå. Prevalens oddsratio for menn ble redusert fra 2,71 til 2,51, og for kvinner fra 2,13 til 2,06. Ved å benytte et sosial klasseskjema (EGP) finner man for menn at den egenvurderte helsa har holdt seg stabil i samme periode (Krokstad & Westin 2002). Prevalensratio mellom høyeste og laveste sosiale klasse var 2,0 i 1984 og 2,1 i 1995 for dårlig egenvurdert helse.

3.1.4 Helseatferd

Livsstil har åpenbart betydning for helsa, både som helsefremmende faktor og som risikofaktor. De sosiale ulikhetene i livsstil vil derfor ha betydning for de sosiale ulikhetene i helse og kanskje spesielt for dødelighet av hjerte- og karsykdommer samt røykerelatert kreft. Hvorvidt livsstil er en grunnleggende årsaksfaktor eller kun en medierende faktor kommer vi tilbake til senere. Sikkert er det at ernæring, tobakk, alkohol og fysisk aktivitet viser en klar sosial fordeling, slik at usunne livsstilsvaner opptrer hyppigst hos gruppene med lavest sosioøkonomisk status. Alkohol representerer et unntak.

Ernæring

Utenlandske studier har vist at de med lavest sosioøkonomisk status generelt har et helsemessig dårligere kosthold. Dette kjennetegnes ved et høyere inntak av energirik mat som fete kjøttprodukter og helmelk samt relativt høyt inntak av spisefett, sukker, hermetikk, poteter og raffinerte kornprodukter. Samtidig kjennetegnes kostholdet hos de samme gruppene av et lavere inntak av frukt og grønnsaker samt brød av sammalt mel. I Norge etterlyses mer forskning både om utbredelse og mekanismene bak sosiale ulikheter i kosthold samt hvilken betydning disse har for sosiale ulikheter i helse (Holmboe-Ottesen mfl. 2004). Jakobsen & Thelle (1988) så på kostholds faktorer av betydning for koronar hjertesykdom i forhold til utdanningsnivå i Tromsø. De fant at høyt utdanningsnivå var assosiert med lavere inntak av kaffe, mer bruk av lettprodukter (melk, smør) og større inntak av frukt og grønnsaker. I en annen studie med data fra Tromsø-IV-undersøkelsen finner man at personer med

lang utdanning har mindre fett i kosten og et høyere inntak av fiber, betakaroten og c-vitaminer (Jakobsen & Nilsen 2000). Leganger & Kraft (2003) viser i sin studie av kvinner at en sosial gradient eksisterer etter utdanningsnivå i konsum av frukt og grønnsaker. De finner at høyt utdannede kvinner generelt spiser mer frukt og grønt, og i tillegg så er intensjonen om å føre et sunt kosthold også mest uttalt hos grupper med høyere utdanning. Dette er interessant fordi atferd ofte ses som en funksjon av hvilke intensjoner man har (Aarø 2003). Resultater fra 40-åringsundersøkelsene fra Hedmark fylke i 1997 peker på at utdanningslengde har betydning for helsefremmende kostholdsvaner (Kvaavik mfl. 1999), både hva gjelder inntak av fisk, frukt og grønnsaker og lettere meieriprodukter. Samlet ser det altså ut til at personer med lang utdanning følger kostholdsanbefalinger i høyere grad enn de med kortere utdanning, selv om én studie viser til noe svakere sammenhenger mellom utdanningsnivå og kostholdsvaner (Johansson mfl. 1999). I en ny studie fra prosjektet kvinner og kreft har Engeset og medarbeidere identifisert seks ulike ernæringsmønstre og sett dette i forhold til bosted, sosiodemografi og livsstil (Engest mfl. 2005). De fant både geografiske-, sosiodemografiske- og livsstilsforskjeller for de ulike ernæringsmønstrene, der de nordlige og vestlige landsdelene var kjennetegnet ved det de definerte som et tradisjonelt kosthold. I tillegg fant de at også lav utdanning og lav inntekt var assosiert med et tradisjonelt kosthold.

Blant ungdom viser studier av tannhelseatferd at konsumet av brus avhenger av sosioøkonomisk status (foreldres utdanningsnivå), og trenden viser en økning i sosioøkonomiske ulikheter i perioden 1985–97 (Åstrøm & Samdal 2001, Åstrøm 2002). Også vaner knyttet til amming av småbarn viser sosioøkonomiske forskjeller (Lande mfl. 2003). I denne studien undersøkte man hvorvidt internasjonale anbefalinger knyttet til hvor lenge man bør amme varierer hos norske mødre. Anbefalt lengde hvor man utelukkende ammer er seks måneder, og studien viser at utdanningsnivå er av stor betydning for hvorvidt dette følges opp av mødrene. Oddsratio for hvorvidt man fortsatt ammer når barnet er seks måneder er 2,43 i den høyeste versus den laveste utdanningskategorien. Som det vil fremgå senere under årsaksforklaringene (Jfr. 3.2.3 d), er det holdepunkter for at både ernæring i fosterlivet og fødselsvekten har betydning for barns senere utvikling av kronisk sykdom (Vangen mfl. 2005, Henriksen mfl. 2005).

Tobakk

Røyking er den risikofaktoren som ligger bak det største antallet av dødsfall i den rike delen av verden. Målt i absolutte tall tar røykingen flest liv ved koronar hjertesykdom, mens lungekreft er den sykdommen der risikoen for å dø forhøyes mest.

Fordelingen av røykere etter sosioøkonomisk status er nokså entydig: de med lavest sosioøkonomisk status er overrepresentert. De debuterer tidligere, har høyere røykeintensitet, bruker oftere de mest skadelige tobakksproduktene, har større aksept for passiv røyking og er oftere feilinformert om helsefarene ved de ulike tobakksproduktene (Lund & Lund 2005). Når det gjelder røykeslutt finner Lund og medarbeidere høyere slutttrater med økende sosial status, men i multivariate analyser viser det seg at sosial status ikke har effekt på vurdert røykeslutt (Lund mfl. 2005). Grøtvedt og Stavem finner i en nylig studie av eks-røykere at i tillegg til alder og kjønn har også utdanningsnivået betydning for hvilke beveggrunner man oppga som årsak til røykeslutt (Grøtvedt & Stavem 2005).

Rapporten Oslohelsa viser med økologiske data sterke sammenhenger mellom en sosial indeks og andelen dagligrøykere (Rognerud & Stensvold 1998). Korrelasjonene mellom andelen dagligrøykere og den sosiale indeksen (Townsend deprivation index) var på 0,91 for begge kjønn. Også indikatoren på utdanning viser sterke korrelasjoner med røykevaner: 0,85 og 0,87 for henholdsvis kvinner og menn. Jenum og medarbeidere (1998) finner også store regionale forskjeller innen Oslo med data fra 40-årsundersøkelsene i perioden 1985-88. En gruppering av bydelene etter sosioøkonomiske fellestrekk viser en klar øst-vest gradient i andelen dagligrøykere, varierende fra 30 % til 50 % for menn og fra 29 % til 48 % for kvinner. Disse ulikhetene i røykevaner bidrar høyst sannsynlig til den høyere forekomst av hjerte- og karsykdom, lungesykdommer og visse kreftformer i de østlige bydelene (Jenum mfl. 1998). I en nyere studie med data fra 40-årsundersøkelsene for perioden 1991-95 finner man også sterke sammenhenger mellom sosioøkonomiske indikatorer og røyking innen Oslo (Jenum mfl. 2001). Korrelasjonene for andel dagligrøykere med henholdsvis lav utdanning og inntektsnivå var 0,85 og -0,91 for menn. Samme tall for kvinner var 0,87 og -0,92. Andelen dagligrøykere forklarte 70 % av variansen i total dødelighet for menn og 46 % for kvinner i denne studien.

Med individdata har også Egeland og medarbeidere vist at røyking samvarierer med ulike mål på sosioøkonomisk status (Egeland mfl. 2003). De fant en sammenheng med utdanning og inntekt for menn. For kvinner ble samme bilde avtegnet for utdanning, men ikke for inntekt. At røyking og inntekt ikke viser samme mønster for kvinner blir omtalt som overraskende (Egeland mfl. 2003). Men også Thürmer (1993) viser til tilsvarende resultater, faktisk samvarierte røyking positivt med inntekt i hennes studie. Sosioøkonomiske trender viser at mens røyking var like utbredt i alle samfunnslag rundt 1960 var det ved utgangen av det tjuende århundre personer med kort utdanning, inntekt under gjennomsnittet og bosatt på landsbygda som var overrepresentert (Lund 1996). Disse trendene følger et nokså klassisk sosialt

diffusjonsmønster (spredningsmønster) der tidlig-adoptørene og etternølerne har karakteristiske sosioøkonomiske kjennetegn (Lund 2003). Følgelig vil det også oppstå en geografisk diffusjonsprosess i røykevanene, hvor byene har vært tidligst ute med positive livsstilsvaner og hvor landsbygda med en viss tidsforsinkelse følger etter (Aase 1996).

Folks røykevaner etableres gjerne før 20-årsalderen, og ungdom blir derfor en viktig målgruppe når det gjelder å redusere røykingen. Ser vi på trendene i ungdoms røykeatferd kan vi registrere en jevn nedgang i perioden 1975–1990, og en liten økning fra 1990–95 (Braverman mfl. 2001). Økningen tilskrives for en stor del «festrøyking». Samtidig som man har registrert en nedgang i antallet røykere, er mengdeforbruket av røyk stigende blant dem som røyker (Braverman mfl. 2001). Flere jenter enn gutter er dagligrøykere og «festrøykere», og de begynner tidligere å røyke. En studie av trender i tannhelseatferd hos ungdom hadde blant annet spørsmål om røyking (Åstrøm & Samdal 2001, Åstrøm 2002). For aldersgruppen 11–15 år viste denne undersøkelsen mindre sosioøkonomiske forskjeller i perioden 1985–97 på spørsmål om eksperimentell røyking.

Røykevaner er uten sammenlikning den livsstilsfaktoren hvor de sosiale ulikhetene er størst. Tall fra Statistisk sentralbyrås røykeundersøkelser i 2001–03 viser at mens 15 % av de med høgskole- og universitetsutdanning var daglig-røykere, var tilsvarende tall for de med grunnskoleutdanning 50 % i aldersgruppen 35–44 år (Sosial- og helsedirektoratet 2004). Undersøkelser av barns eksponering for passiv røyking i hjemmet viser også en negativ korrelasjon med foreldrenes utdanningslengde (Lund mfl. 2004). Dette er interessant fordi den mest konsistente langtidspredikatoren for røyking hos ungdom er vist å være foreldrenes røykevaner (Friestad 1998).

Alkoholvaner

I europeisk målestokk har nordmenn et lavt alkoholkonsum. Men i motsetning til høykonsumland i Sør-Europa, som har hatt en nedgang i konsumet, registreres det her til lands en svak økning. De årlige undersøkelsene fra SIRUS har avdekket en kraftig økning i alkoholkonsumet blant ungdom fra begynnelsen av 1990-tallet og frem til i dag. Størst er økningen blant de yngste og for jentene. Menn konsumerte omtrent dobbelt så mye alkohol som kvinner i perioden 1993–2000 (Strand & Steiro 2003). De sosioøkonomiske forskjellene i alkoholbruk viser seg ved at alkoholkonsumet øker med økende utdanningsnivå for begge kjønn (Kreyberg 1999 Jakobsen & Nilsen 2000 Strand & Steiro 2003). Denne sammenhengen er nærmest lineær. Bildet er det samme for inntekt og alkoholbruk for kvinner, men ikke for menn. Flere studier har vist at sammenhengen for menn fremtrer som

J-formet, dvs. at menn med lavest inntekt drikker mer enn menn med middels inntekt, og at de med høyest inntekt drikker mest (Rognerud mfl. 2002, Steiro & Strand 2003).

Det er sammensatte årsaker som ligger bak bildet som fremtrer mellom sosio-økonomisk status og alkoholbruk. Trolig er noe av forklaringen forskjeller i drikke-mønstre mellom de ulike gruppene med hensyn til konsum og frekvens. Det ble tidligere vist til sosiale og geografiske spredningsprosesser i forhold til røykeatferd, hvor de med høy sosioøkonimisk status var tidlig ute med å adoptere både usunne og sunne leve-vaner. Kanskje registrerer vi samme fenomen i forhold til de såkalte kontinentale drikkevaner i dag. Det vil si at man i det øvre sosiale sjikt av samfunnet praktiserer kontinental drikkekultur, mens resten av samfunnet foreløpig holder seg til det mer tradisjonelle skandinaviske drikkemønsteret. Kontinental drikkekultur kan således fungere som en «distinksjonsmarkør» mellom de sosiale klassene (Bourdieu 1995). Dersom vi antar at spredningsmønsteret fra røykeatferden vil gjenta seg i forhold til alkoholvaner, kan det derfor tenkes at drikkemønsteret vil endre seg også for resten av befolkningen, med helt spesielle konsekvenser for sykdomsbildet i fremtiden når det gjelder alkoholskader.

Fysisk aktivitet

På relativt kort tid er det skjedd store endringer i samfunnet og i arbeidslivet som har medført at vi generelt er mindre fysisk aktive enn tidligere generasjoner. Ser vi på aktivitetsnivået for ulike sosiale grupper finner vi klare sosiale forskjeller. Uavhengig av hvilket mål på sosioøkonomisk status som benyttes finner man en større andel fysisk aktive i fritiden hos de med høy sosioøkonomisk status. Ferske tall fra Statistisk sentralbyrå viser at mens 7 % av de med høy utdanning aldri mosjonerer, er tilsvarende tall for de med grunnskole 26 % (Vaage 2004). Videre rapporterer 62 % av dem med høy utdanning at de trener minst to ganger i uken mot 41 % av de med grunnskoleutdanning. Deltakelsen i friluftaktiviteter viser også sosioøkonomiske forskjeller: gjennomsnittlig antall fotturer for dem med høy utdanning er 41 per år, mot 35 for befolkningen som helhet. Ser vi på medlemskapet i ulike friluft-organisasjoner har både utdanningsnivå og husholdningsinntekt positiv effekt på medlemsandelene (Vaage 2004). Regionale forskjeller i fysisk aktivitetsnivå er påvist innen Oslo (Jenum mfl. 1998). For kvinner var andelen fysisk inaktive i denne studien 27 % i de indre østlige bydeler mot 17 % i ytre vest. En senere økologisk studie hvor Oslo er inndelt i 25 regioner viser at andelen fysisk inaktive (45–74 år) varierer fra 15 % til 35 % for menn og fra 10 % til 31 % for kvinner (Jenum mfl. 2001).

Borgan gir en gjennomgang av nordmenns levevaner og livsstil basert blant annet på Statistisk sentralbyrås helseundersøkelser (Borgan 2000). Konsum av både frukt og grønt viser seg betinget av utdanning og inntekt, slik at høy utdanning og høy inntekt medfører større inntak av frukt og grønt. Dette mønsteret virker stabilt over tid. Personer med høyere utdanning har et kosthold bestående av mindre fett. Videre har personer med høy utdanning og høy inntekt et høyere fysisk aktivitetsnivå på fritiden. Røyking viser seg også å være betinget av utdanning og inntekt, men gradienten er brattere etter utdanningsnivå. Og til slutt viser man til at personer med høy utdanning sjeldnere er overvektige enn de med lavere utdanning (Borgan 2000).

3.1.5 Atferdsbegrensninger / sykdomsatferd

Alternative mål på helse, som langtids sykefravær og uførepensjon, er også brukt som endepunkt i en rekke studier. Begge disse ytelsene tildeles på grunnlag av medisinske kriterier, men ikke-medisinske faktorer har også stor betydning. Korttids sykefravær har holdt seg stabilt fra midten av 1970-tallet frem til 2002 (Gjesdal 2005). Langtids sykefravær sank fra midten av 1980-tallet for deretter å øke betydelig fra 1994 (Gjesdal 2005). Antallet nye uførepensjonister har også økt de siste 20 år (Holte mfl. 2000a).

En generell modell for å forklare langtids sykefravær og uførepensjon har to grunnleggende faktorer som utgangspunkt. På den ene siden finner vi arbeidskravene og på den andre arbeidstakerens yteevne. Endringer i én eller begge disse faktorene vil påvirke sykefravær og uførepensjon for den enkelte. Spesielt arbeidskravene, men også arbeidstakernes yteevne påvirkes av samfunnsmessige rammebetingelser både lokalt og nasjonalt. I det postindustrielle samfunn, med økte krav til utdanning, yteevne og mobilitet, er det derfor svært interessant å studere hvordan disse ytelsene fordeler seg etter sosioøkonomisk status. Hvis målet er å få ned langtidssykefraværet og antallet uførepensjonister i befolkningen må også tiltakene rettes mot befolkningen, det vil si på samfunnsnivå (Krokstad mfl. 2002d).

En økologisk studie fra Oslo viser at blant menn i alderen 50–66 år varierte forekomsten av uførepensjonister fra 6 % til 42 % mellom bydelene (Rognerud mfl. 1998). For kvinner i samme alder varierte de fra 11 % til 42 %. Forekomsten av uføre i bydelene viste seg å korrelere meget sterkt med flere økologiske indikatorer på sosioøkonomisk status. Korrelasjonene mellom en deprivasjonsindeks og preva-

lensen av uførepensjonister var henholdsvis 0,90 for menn og 0,92 for kvinner. Omtrent en tredjedel av uførepensjonistene har muskel- og skjelettlidelser som hoveddiagnose (Bruusgaard 2003). En studie av Holte og medarbeidere finner at både utdanning, type arbeide og delvis inntekt har betydning for uføretrygding på grunn av osteoporose for menn og kvinner 50–56 år i både 1970 og 1980 (Holte mfl. 2000b). Blant uførepensjonister med diagnosen reumatoid artritt finner man også sosioøkonomiske forskjeller (Holte mfl. 2001). Både utdanning og type arbeid predikerte i denne studien fremtidig uførepensjon med reumatoid artritt for menn og kvinner 30–56 år. Videre fant man at inntekt hadde betydning for menn men ikke for kvinner. Når det gjelder uføretrygding med «soft tissue rheumatism» som diagnose har man vist at både type arbeide og utdanning har betydning for menn og kvinner 30–39 år (Holte mfl. 2002). Igjen ser inntekt ut til å være av betydning for menn men ikke for kvinner. Hagen og medarbeidere har sett på uføretrygding på grunn av inflammatoriske og ikke-inflammatoriske ryggsmarter (Hagen mfl. 2000). Her vises det til at både kort utdanning og lav sosioøkonomisk status (Nordisk yrkesklassifisering) øker sjansen for uførepensjon tilkjent på bakgrunn av ryggsmarter. Den sosioøkonomiske gradienten er mest tydelig for ikke-inflammatoriske ryggsmarter, spesielt hos menn. Samlet ser det ut til at uførepensjon på bakgrunn av muskelskjelettlidelser kan predikeres på bakgrunn av manuelt arbeide, utdanning, alder og yrkestilknytning og for menn så ser også inntekt ut til å være av betydning (Holte 2002). Det ser altså ut til at både sosiale, økonomiske og demografiske forhold har betydning for uførepensjon på grunn av muskel- og skjelettlidelser. Det medisinske vilkåret som er kriteriet for å innvilges uførepensjon er lite utforsket, men ser også ut til å forklare noe av forekomsten av uførepensjon i befolkningen (Gjesdal mfl. 2004).

Flere har interessert seg for sammenhengen mellom uførepensjon og samfunnsmessige forhold. En studie som fulgte arbeidere etter en fabrikknedleggelse (med kontroll for arbeidere fra en annen fabrikk som unngikk nedleggelse) viste hvordan tap av arbeid økte risikoen for uførepensjon opptil tre-fire ganger i de fire påfølgende årene (Westin mfl. 1989). Med utgangspunkt i helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag har man utført flere studier om uførepensjon og medisinske og ikke-medisinske faktorer. I en oppfølgingsstudie i perioden 1984–95 finner man blant yngre mennesker (20–49 år) med grunnskole som høyeste utdanning, seks til syv ganger høyere risiko for uførepensjon sammenliknet med de med høy utdanning (Krokstad mfl. 2002a, 2002d). Selv etter kontroll for medisinske forhold, arbeidsforhold og livsstil har de lavt utdannede en økt risiko for uførepensjon som er tre til fem ganger høyere enn hos de med lengst utdanning. En sosial klasseinndeling basert på yrke (EGP) viser videre en aldersjustert risiko for uførepensjon hos menn

som er tre ganger høyere for ufaglærte arbeidere sammenliknet med de som har overordnede stillinger (Krokstad mfl. 2002d). En stratifisering etter alder viser at sosial klasse har størst betydning for uførepensjon blant arbeidstakere under 50 år (Krokstad mfl. 2002a). I en senere studie har man sett blant annet på endringer i de sosioøkonomiske ulikhetene i uførepensjon for perioden 1984–1995 (Krokstad & Westin 2004). For ufaglærte menn var det seks ganger så høy prevalens av uførepensjon sammenliknet med menn i overordnede stillinger i 1984. I 1996 var tilsvarende relative forholdstall 3,6 mellom disse to sosialklassegruppene (EGP). Den absolutte forskjellen i prosent mellom gruppene er imidlertid økt i perioden 1984–1997 fra 6,1 % til 7,7 %. En klassifisering etter utdanningsnivå viser samme mønster. Menn med grunnskole hadde nær seks ganger høyere prevalens av uførepensjon enn de med høy utdanning i 1984. For kvinner var samme tall 3,5. I 1995 var tilsvarende tall for kvinner og menn henholdsvis 3,4 og 2,6. Den absolutte prosentforskjellen viser en økning mellom utdanningsgruppene, fra 6,9 % til 8 % for menn og fra 6,4 % til 9,8 % for kvinner i perioden 1984–1995. Studien viser også et geografisk mønster for uførepensjon i kommunene i Nord-Trøndelag, og det diskuteres om også lokale kontekstuelle forhold har betydning for prevalensen av uførepensjon i tillegg til individfaktorene. Dette forholdet er undersøkt i påfølgende studie (Krokstad mfl. 2004). Her har man benyttet både individdata og økologiske data i samme modell. Denne tilnærmingen beskrives senere under sosiale årsaksforklaringer (kap 3.2.3e). Hovedpoenget med studien var å undersøke hvorvidt bostedets sosiale karakter har betydning for uførepensjon når man samtidig kontrollerer for en rekke risikofaktorer på individnivå. Man klassifiserte de 24 kommunene i tre grupper i henhold til graden av deprivasjon. Her fant man at den relative risikoen – målt med oddsratio – for uførepensjon var 1,36 i de kommunene som ble klassifisert som middels depriverte, og 1,48 for de mest depriverte sammenliknet med de minst depriverte kommunene. Når man så kontrollerte for en rekke individfaktorer sank den relative risikoen til 1,26 i de middels depriverte og 1,18 i de mest depriverte kommunene. Når analysene ble stratifisert på kjønn viste det seg at den økte risikoen for uførepensjon for menn i gruppen med de mest depriverte kommunene skyldtes den sosioøkonomiske sammensetningen av menn, og ikke en kontekstuell effekt. Innenfor forskningsområdet sosiale ulikheter og helse i Norge er denne studien av Krokstad og medarbeidere foreløpig nokså unik. Internasjonalt har disse kontekstforklaringene vært gjenstand for stor oppmerksomhet, og det er publisert svært mange artikler med samme studiedesign, spesielt fra England og Nederland, men også fra Sverige og USA.

Sykefraværet i befolkningen er et stadig tilbakevendende tema i den offentlige debatten. Det hevdes at når den norske folkehelse er blitt bedre så skulle vi

forvente en nedgang i både sykefravær og uførepensjonering, og i hvert fall ikke en økning. To forhold kan bemerkes i tilknytning til dette. For det første så er det tidligere kommentert at dette påvirkes av både arbeidstakernes yteevne og arbeidslivets krav. Dersom den siste faktoren endres eller skjerpes vil sykefraværet og uførepensjoneringen kunne gå opp uavhengig av sykkeligheten i befolkningen (Westin 1994a). Det er også utviklingstrekk som indirekte kan påvirke yteevnen til arbeidstakerne, for eksempel kan risikofokusering i helsesammenheng samt en tiltakende medikaliseringskultur senke tålsomheten for plager, smerte og sykdom i den generelle befolkningen (Holte 2000a). For det andre så kan sykkeligheten i den yrkesaktive befolkningen gjennomgå store endringer selv om sykkeligheten i totalbefolkningen er uendret (Dahl 1997b). Krokstad & Westin finner at forskjellen mellom sosial klasse I og VII i legeattestert sykefravær i Nord-Trøndelag er høyere enn for dårlig egenvurdert helse i 1995 (Krokstad & Westin 2002). Prevalens ratio mellom disse yrkesklassene var i denne studien 2,2, dvs. over dobbelt så mange ufaglærte var sykemeldte i forhold til de som jobbet i akademiske yrker.

3.1.6 Bruk av helsetjenesten

Internasjonalt trekkes Norge frem som et land som har unngått store sosiale forskjeller i tilgang til og bruk av helsetjenestene. Prinsippet om en likeverdig helse-tjeneste hvor tilbudet skal ytes uavhengig av bosted, økonomi, kjønn eller sosial status har hatt bred oppslutning (Westin 1999a).

Grøholt og Nordhagen har sett på helsetjenesteforbruk hos nordiske barn (2–17 år) etter foreldrenes utdanning (Grøholt & Nordhagen 2002). De fant at konsultasjon hos allmennpraktiker var uavhengig av foreldrenes utdanning. For konsultasjon hos spesialist viser studien derimot høyere forbruk hos foreldre med høy utdanning. I fortolkningen av dette funnet drøftes flere forhold. Blant annet pekes det på at foreldre med høy utdanning kan være flinkere til å overtale allmennpraktikeren til å henvise til spesialist. Terskelen for å gå direkte til spesialist kan være lavere for velutdannede. Privatiseringen av spesialisthelsetjenesten kan ha gjort dette enklere. Økte egenandeler kan også ha medvirket (Westin 2000a). At man finner høyere forbruk av spesialisthelsetjenester hos de med høy utdanning er noe overraskende ettersom en annen studie har vist at de med lavest utdanning vurderte spesialisthelsetjenesten som viktigere enn det de med høy utdanning gjorde (Grøholt mfl. 2003a). Et annet funn fra denne studien er at barn av foreldre med lav utdanning oftere legges inn på sykehus (Grøholt & Nordhagen 2002). Dette kan skyldes at foreldre venter lenger før de kontakter lege ved

sykdom hos barnet, og at barnet derfor er sykere når det kommer til lege. Videre spekuleres det i om barn av foreldre med lav utdannelse er mer sårbare og derfor sykere i utgangspunktet. Hvorvidt henvisningspraksisen hos legene påvirkes av foreldrenes utdanningsnivå drøftes også som en mulig faktor, selv om en tidligere studie ikke tyder på det (Elstad 1987). Lokaliseringen av spesialisthelsetjenestene i byene viser også at bruken av disse derfor vil være avhengig av bosted (Grøholt mfl. 2003a). I én studie har man sett på ventetiden for utvalgte kirurgiske inngrep (generelle elektive, ortopediske og gynekologiske) ved Akershus sentralsykehus i relasjon til blant annet sosioøkonomisk status (Arnesen mfl. 2002). Her fant man ingen forskjeller i ventetid etter sosioøkonomisk status.

Når det gjelder bruken av tannlegetjenester er situasjonen mer uklar. Resultater fra Oslo viste et velkjent trappetrinnsmønster etter utdanningsnivå ved at andelen som hadde besøkt tannlege siste år økte med stigende utdanningsnivå (Grøtvedt 2002a). Gradienten var tydelig for alle aldersgrupper i den voksne delen av befolkningen (30–60 år). Også for eldre (75–76 år) var forholdet det samme (Grøtvedt 2002b). Basert blant annet på SSBs levekårsundersøkelser i 2003 har Svalund undersøkt om økonomi har betydning for bruken av tannlegetjenestene (Svalund 2005). Han viste til at jo lavere inntekt jo større er sannsynligheten for at man ikke har råd til å oppsøke tannlegen. En ny studie konkluderer imidlertid med at husholdningsinntekten har liten betydning for etterspørselen etter tannhelsetjenester (Holst mfl. 2005).

3.1.7 Norge i internasjonale komparative studier

Folkehelsemeldingen understreker behovet for økt kunnskap om sosial ulikhet i helse, herunder sammenlikninger med andre land. Dette avsnittet gir en summarisk fremstilling av studier hvor Norge inngår i datagrunnlaget sammen flere europeiske land. Slike sammenlikninger mellom land er imidlertid beheftet med usikkerheter. Spesielt for selvrapportert helse er dette problematisk fordi kulturelle forskjeller kan påvirke meningsinnholdet som legges i helsebegrepet i de forskjellige landene. Mål på dødelighet anses normalt å være bedre egnede indikatorer å foreta sammenlikninger med (Dahl 1994b).

Dødelighet

Den studien som trolig har vakt mest oppsikt kom fra en europeisk forskergruppe og ble publisert i *The Lancet* i 1997 (Mackenbach mfl. 1997). Her fant man at de

relative ulikhetene i total dødelighet var større i Norge og Sverige enn i andre europeiske land. For menn i alderen 30–44 år var de relative forskjellene (rate-ratio) i Norge for manuelle versus ikke-manuelle yrker blant de høyeste i studien. Målt ved absolutte forskjeller (risikodifferansen) kommer Norge langt mer fordelaktig ut. Fra det samme forskningsmiljøet fra Erasmus-universitetet i Rotterdam viser en annen studie at de relative forskjellene i Norge for manuelle versus ikke-manuelle yrker er omtrent på nivå med resten av Norden (Kunst mfl. 1998a). Andre land som opp-viser tilsvarende ulikheter er England og Wales, Irland, Sveits, Italia, Spania og Portugal. For aldersgruppen 30–44 år finner denne studien i likhet med Mackenbach og medarbeidere (1997) at de sosiale ulikhetene i dødelighet er relativt store i Norge, Sverige og Finland. Et summarisk ulikhetsmål (index of dissimilarity) for dødelighet i aldersgruppen 45–59 år plasserer Norge som best i Norden, men like fullt dårligere enn flere søreuropeiske land.

Ved å benytte utdanningsnivå som indikator på sosioøkonomisk status og tall for både kvinner og menn (22–74 år) viser en annen studie at Norge kommer fordelaktig ut (Mackenbach mfl. 1999). De relative forskjellene i dødelighet for menn med lav versus høy utdanning er minst i Norge, mens kvinnene kommer litt dårligere ut sammenliknet med kvinner i andre land. Sammenlikner man menn og kvinner med hverandre er de relative forskjellene størst blant menn i alle land.

En sammenliknende studie undersøkte dødelighetsforskjeller etter utdanningsnivå og boligforhold for ulike aldersgrupper (Huisman mfl. 2004). Her fant man at de sosiale ulikhetene i dødelighet gikk mest ned i Norge etter hvert som man blir eldre, dvs. de relative forskjellene i dødelighet etter utdanningsnivå ble stadig mindre med økende alder. For de andre landene i denne studien besto de sosiale ulikhetene også for de eldre aldersklassene, for noen var det sågar økte sosiale dødelighetsforskjeller for de eldste.

Arntzen og Nybo Andersen (2004c) har i en review av studier av spedbarnsdødeligheten i de skandinaviske landene vist at Norge og Danmark har større sosioøkonomiske forskjeller enn Sverige og Finland.

Trender i dødelighet

Få sammenliknende studier har sett på tidstrender i sosiale ulikheter i dødelighet. Mackenbach og medarbeidere har undersøkt utviklingen i periodene 1981–85 og 1991–95 (Mackenbach mfl. 2003). De fant økte relative sosioøkonomiske ulikheter i dødelighet i denne perioden for alle land, herunder de nordiske landene, Italia og England/Wales. Mens de absolutte forskjellene er nokså stabile, har de relative forskjellene økt både for kvinner og menn. Dette gjelder uavhengig av om man

benytter yrke eller utdanning som indikator på sosioøkonomisk status. Økningen tilskrives primært at nedgangen i dødelighet har vært større for gruppene med høy sosioøkonomisk status. Man finner videre at de fleste gruppene har hatt en nedgang i dødeligheten. Altså både høyt og lavt utdannede, manuelle yrker og ikke-manuelle. Unntaket er lavt utdannede kvinner i Norge som ikke har hatt en bedring i dødeligheten i denne perioden. Når det gjelder spedbarnsdødeligheten viser en review-artikkel økende relative ulikheter etter utdanningsnivå for de nordiske landene (Arntzen & Nybo Andersen 2004c).

Dødsårsaker

Flere sammenliknende studier er utført om sosioøkonomiske ulikheter for ulike dødsårsaker. For dødelighet av hjerte- og karsykdommer finner man at de relative sosioøkonomiske ulikhetene etter utdanning er større for kvinner enn menn i Norge (Mackenbach mfl. 1999). Sammenliknet med de andre seks landene er de sosioøkonomiske ulikhetene i dødelighet av hjerte- og karsykdommer og kreft i Norge noe mindre, spesielt for menn. Dette resultatet er noe overraskende fordi en utbredt oppfatning er at de sosioøkonomiske dødelighetsforskjellene i Norden skyldes nettopp en økt risiko for hjerte- og karsykdommer hos de med lavest sosioøkonomisk status (Mackenbach & Bakker 2002). I en annen studie har man sett på dødelighet av iskemisk hjertesykdom for menn 30–64 år (Kunst mfl. 1999). Ulikhetene etter yrke viste at de nordiske landene har de største relative forskjellene mellom manuelle og ikke-manuelle yrker. Samme mønster er også påvist i en annen studie for menn 45–59 år (Kunst mfl. 1998b). Mackenbach og medarbeidere viser at både de relative og absolutte forskjellene i dødelighet av iskemisk hjertesykdom er stor i Skandinavia sammenliknet med sør- og mellomeuropeiske land, både etter yrkesklasse og utdanningsnivå (Mackenbach mfl. 2000). Dødelighet av slag etter utdanningsnivå er også studert (Avendaño mfl. 2004). Her finner man at Norge plasserer seg i midtsjiktet for dødelighet av slag etter utdanningsnivå. De største relative sosioøkonomiske forskjellene i Norge er blant den yngste aldersgruppen (30–59 år). For personer over 75 år finner studien nesten ingen sosioøkonomiske forskjeller i dødelighet av slag i Norge. Ved å benytte yrkesklasse finner man også en reduksjon i sosioøkonomiske ulikheter i dødelighet av slag med økende alder (Kunst mfl. 1998c). En nylig sammenliknende trendstudie av de skandinaviske landene samt England/Wales og Italia viser at de sosioøkonomiske forskjellene i dødelighet av slag er stabile i perioden 1980 til 1995 for alle landene unntatt for Norge (Avendaño mfl. 2005). I Norge øker de yrkesbetingede dødelighetsforskjellene av slag signifikant i denne perioden.

Dødelighet av lungekreft etter utdanningsnivå er studert i ti europeiske land (Mack-enbach mfl. 2004). For menn er de relative forskjellene i dødelighet av lungekreft etter utdanning nokså gjennomsnittlig for Norge i dette materialet (N=10). For kvinner kommer vi litt høyere ut sammenliknet med de andre landene i studien. Tolkningen av disse resultatene tilsier således at for Norges vedkommende så er røyking et lavstatusfenomen, og da spesielt for kvinner. Det kan tillegges at for noen av de andre landene var de relative forskjellene etter utdanningsnivå små, det vil si at røyking må ha vært like utbredt blant lavt utdannede som hos de høyt utdannede. I en sammenliknende studie av åtte europeiske land fant man at de relative utdanningsforskjellene i total dødelighet var nokså lik i landene som inngikk (Huisman mfl. 2005). Ved å studere bidraget fra de enkelte dødsårsakene til disse ulikhetene vises det til slående forskjeller mellom landene. For Norge, Finland og England/Wales fant man at dødeligheten av iskemisk hjertesykdom i stor grad bidro til utdanningsforskjellene i total dødelighet både for kvinner og menn. For de sør- og mellomeuropeiske landene var det utdanningsforskjeller i dødeligheten av kronisk obstruktive lungesykdommer og kreft som kompenserte for mindre utdanningsforskjeller i dødeligheten av iskemisk hjertesykdom og således ga nokså identiske utdanningsforskjeller i den totale dødeligheten.

Morbiditet

Flere sammenliknende studier er gjort med andre mål på helse, hvor egenrapportert sykdom og egenvurdert helse er de mest benyttede. I den tidligere omtalte *Lancet*-artikkelen brukte Mackenbach og medarbeidere egenvurdert helse og viste at de Nordiske landene hadde større relative forskjeller målt etter utdanningsnivå enn de åtte andre landene i studien. (Mackenbach mfl. 1997). De største relative forskjellene ble funnet for norske menn og svenske kvinner. Det samme resultatet viser seg i en annen studie (Cavelaars mfl. 1998). Også Silventoinen og Lahelma (2002) finner de største sosioøkonomiske forskjellene hos norske menn. De undersøkte langvarig sykdom i forhold til utdanningsnivå både i 1986/87 og 1994/95 og fant de største relative forskjellene (index of dissimilarity) blant norske menn på begge disse tidspunktene. Med data fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse har Grasdal (2003) replikert analyser basert på EUs husholdningsundersøkelse (Van Doorslaer & Koolman 2002). For egenvurdert helse fant hun at Norge, som et av landene i Europa med minst grad av inntektsulikhet, plasserer seg omtrent midt på rangstigen når det gjelder inntektsrelatert ulikhet i helse.

Ved å benytte egenrapportert langvarig sykdom som mål på helse viser en annen studie for de skandinaviske landene at norske menn og svenske kvinner har

størst relative forskjeller (concentration index) etter utdanning (Lahelma mfl. 1994). Ved å benytte yrkestilknytning som indikator på sosioøkonomisk status finner Roos og medarbeidere at ikke-yrkesaktive oftere rapporterer langvarig sykdom enn yrkesaktive i de nordiske landene både for menn og kvinner (Roos mfl. 2005). Sammenhengen mellom yrkestilknytning og langvarig sykdom viste seg å være sterkest i Norge, noe som kan skyldes at Norge i denne perioden hadde relativt sett færre arbeidsledige enn de andre nordiske landene.

Sammenliknende studier om sosioøkonomiske helseulikheter for barn og ungdom er også utført (Halldórsson mfl. 2000). Her finner man betydelige relative forskjeller både for symptomer, kroniske lidelser og kroppshøyde i de nordiske landene. Sverige og Danmark viste gjennomgående større sosioøkonomiske forskjeller enn Island, Finland og Norge. Men det var små variasjoner mellom landene, og det varierte med indikator på helse og med indikator på sosioøkonomisk status.

Trender i morbiditet

Relativt få sammenliknende studier har sett på endringer over tid for sosioøkonomiske ulikheter i morbiditet og dårlig helse der Norge samtidig inngår. Roos og medarbeidere (2001) har sett på utviklingen i Norden for to mål på helse; begrensede langvarig sykdom og egenvurdert helse. Begrensende langvarig sykdom etter utdanningsnivå er så godt som uforandret fra midten av 1980-tallet til midten av 1990-tallet for menn. For kvinner finner man imidlertid en økning i Norge og Sverige i sykighetsprevalens for de med lavest utdanning. For egenvurdert helse er ulikhetene etter utdanningsnivå uforandret for menn, mens lavt utdannede kvinner i Sverige og Danmark viser økt sykighet. Ser man på forskjeller etter sysselsettingsstatus for begrensende langvarig sykdom er forskjellene minsket i Norge og Finland for menn. For kvinner er bildet noe mer komplisert. Mens ulikhetene etter sysselsettingsstatus er minsket i Sverige og Finland er de uforandret i Norge. Prevalensen av dårlig egenvurdert helse etter sysselsettingsstatus viser stort sett samme mønster.

Lahelma og medarbeidere (2002) har også sett på endringer i samme tidsperiode for de nordiske landene. For helsemålet begrensende langvarig sykdom finner de ingen nevneverdige endringer etter sysselsettingsstatus verken for menn eller kvinner. Det bemerkes imidlertid at for norske menn er helseforskjellen mellom sysselsatte og arbeidsledige merkbart større enn i de andre nordiske landene på begge tidspunkt. Sammenliknet med sysselsatte har de arbeidsledige i Norge en økt risiko for begrensende langvarig sykdom som er omtrent fem ganger høyere

(OR1987 = 5,32, OR1995 = 4,29). Sverige og Finland har langt mindre forskjeller mellom sysselsatte og arbeidsledige (ORRange: 1,15–1,86). Hos norske kvinner registrerer man tendenser til en økning mellom sysselsatte og arbeidsledige for begrensende langvarig sykdom. Ser man på endringer etter utdanningsnivå for menn er det tendenser til en reduksjon i perioden 1986/87–1994/95, men disse endringene er ikke signifikante, så det konkluderes med at forskjellene har vært stabile. Bildet for kvinnene er stort sett det samme, men en økning i forskjellene blant norske kvinner etter utdanningsnivå finner man også her. En sammenliknende studie av 10 europeiske land med helsemålet dårlig egenvurdert helse etter utdanningsnivå viser totalt en nedgang for menn og en økning for kvinner fra midten av 1980-tallet til midten av 1990-tallet (Kunst mfl. 2004). For Norge er tendensen en nedgang for begge kjønn, men sammenhengene er ikke signifikante. En sammenliknende trendstudie av barns helse i Norden viser tendenser til økte ulikheter fra 1984 til 1996 (Berntsson & Köhler 2001). I Norge registrerte man økte ulikheter i psykosomatiske plager og langvarig sykdom etter både utdanningsnivå og inntektsnivå.

Livsstil

Relativt få komparative studier om sosioøkonomi og livsstil er utført. Cavelaars og medarbeidere (2000) har sett på røyking etter utdanning i 12 europeiske land. Denne studien finner store relative forskjeller mellom lavt utdannede og høyt utdannede i Norge. De sosioøkonomiske forskjellene i røyking i Norge er størst for aldersgruppen 20–44 år og noe lavere i alderen 45–74 år. Man kan på bakgrunn av dette forvente økte sosioøkonomiske ulikheter i røykerelaterte skader og dødsfall i fremtiden. En nylig publisert komparativ trendstudie av ni europeiske land viser endringer i forekomsten av røykere i to utdanningsgrupper i perioden 1985 til 2000 (Giskes mfl. 2005). For norske menn i alderen 25–79 er nedgangen i andelen røykere større blant de lavt utdannede enn hos de høyt utdannede. For norske kvinner registrerer man i samme periode en økt forekomst blant de lavt utdannede kvinnene og en nedgang blant de med lang utdanning. Forskjellene mellom utdanningsgruppene i denne perioden er dog ikke signifikante.

Flere metastudier og systematiske review's viser at kosthold og sosioøkonomisk status er relaterte i Europa (De Irala-Estévez mfl. 2000, López-Azpiazu mfl. 2003). Roos og medarbeidere finner i en oversikt om det europeiske kostholdet at inntaket både av grønnsaker og frukt samvarierer med utdanningsnivået (Roos mfl. 2000). For Norges vedkommende finner man imidlertid ingen sammenheng mellom utdanningsnivå og inntak av grønnsaker. Inntak av frukt derimot viser seg sterkt avhengig av utdanningsnivå i Norge.

Helsetjenestebruk

En komparativ analyse av primær- og spesialistlegekonsultasjoner fant at høyere inntekt er forbundet med økt sannsynlighet for å oppsøke primærlege i Norge, også etter kontroll for egenvurdert helse og egenrapportert sykkelighet (Van Doorslaer mfl. 2004). Det samlede antall konsultasjoner hos primærlege er imidlertid uavhengig av inntekt. For spesialistkonsultasjoner finner man for Norge en økt sannsynlighet for å oppsøke spesialist med høyere inntekt, i tillegg er høyere inntekt forbundet med flere konsultasjoner. For sykehusinnleggelser og tannhelse-tjenestebruk fantes ikke sammenliknbare tall for Norge, men for samtlige OECD-land for øvrig var både sannsynligheten for å oppsøke tannlege samt antallet konsultasjoner hos tannlege avhengig av inntekt.

3.2 Årsaker til sosiale helseulikheter

All variasjon i sykkelighet og dødelighet gjenspeiler variasjon i sykdomsårsaker. Her er det imidlertid viktig å presisere følgende: Forhold som forårsaker ulikheter i gruppers sykkelighet og dødelighet er ikke nødvendigvis de samme som forårsaker at enkelte individer rammes av en bestemt sykdom (Rose 1985, 1992). For enkeltindividet vil det alltid være et komplisert samspill mellom miljø, atferd og arvelige disposisjoner, mens det å avdekke forskjeller mellom grupper av mennesker kan avdekke årsaksforhold som senere kan anvendes i helsefremmende arbeide. Determinantene for enkeltindividets helse er altså ikke de samme som determinantene som skaper helseulikheter.

Ulike teorier om årsaker til sosiale ulikheter har vært fremsatt. Disse har ofte vært diskutert innenfor en inndeling presentert av et britisk offentlig utvalg ledet av Sir Douglas Black (Townsend & Davidson 1982), eller med utgangspunkt i en mye sitert WHO-rapport (Whitehead 1990). Internasjonalt har man ofte diskutert sosiale helseulikheter i lys av Blackrapportens forklaringsparadigme som skisserer tre perspektiver eller forklaringstyper: Artefaktforklaringer, seleksjonsforklaringer og sosiale årsaksforklaringer. Sterkt forenklet innebærer artefaktforklaringen at sosiale helseforskjeller ikke eksisterer, fremkomne ulikheter skyldes forskningsprosessen, og det er lite å forklare fordi ulikhetene er sosialt konstruerte. Kjernen i seleksjonsforklaringene er at god helse medfører en oppdrift i den sosiale lagdelingen, mens dårlig helse fører til at man beveger seg nedover. De sosiale årsaksforklaringene innebærer at forskjeller i levekår, kultur og atferd i ulike lag i samfunnshierarkiet fører til forskjeller i helse. De to siste (substansielle forklaringene) er som vi ser et klassisk eksempel på høna-eller-egget-diskusjonen. All den tid årsakene sannsyn-

ligvis er multifaktorielle og sammensatte er det ingenting i veien for at begge de to siste perspektivene vil ha gyldighet. De kan, som det vil fremgå nedenfor, virke sammen.

3.2.1 Metodeartefakter

Artefaktforklaringer fremholder at sosiale ulikheter i helse egentlig ikke eksisterer. Påviste helseulikheter er et produkt av forskningsmetodene og blir således et sosialt konstruert fenomen, altså ikke et reelt eksisterende faktum. Metodologiske forhold vedrørende definisjoner, måling og operasjonalisering, samt selve analysene kan tenkes å påvirke resultatene – både for det bildet vi får presentert av sosiale helseulikheter, størrelsen på disse ulikhetene, utviklingen over tid, samt årsakene. Utgangspunktet er at metodeartefakter både kan bidra til å skjule sosiale helseulikheter så vel som å overestimere dem.

Et gjennomgangstema for dette forskningsområdet har vært klassifiseringen av sosioøkonomisk posisjon. Elstad (1995b) har vist at det er flere måter å klassifisere yrkesstatus på innenfor dette forskningsområdet. Viktige hensyn dreier seg om hvordan den sosioøkonomiske posisjonen skal utledes, og i hvilken grad den får en hierarkisk oppbygning og ikke bare blir nominelle størrelser. Arntzen (2002) har i en gjennomgang av teoretiske og empiriske vurderinger rundt operasjonaliseringen av klassebegrepet pekt på at slike ting bør drøftes og fremgå eksplisitt når man måler sosial ulikhet i helse. Gjennomgående synes det som om yrkesklassifiseringer ikke produserer drastisk forskjellige resultater når det gjelder mønstrene for de sosiale ulikhetene i helse (Elstad 2000). Krokstad og medarbeidere har vurdert samsvaret mellom to metoder for sosial klasseinndeling i EGP-skjemaet, og finner små forskjeller i helse målt med de to skjemaene (Krokstad mfl. 2002c). Prevalensoddsratio for menn mellom sosial klasse V+VI+VII og sosial klasse I+II for dårlig selvopplevd helse var henholdsvis 2,11 og 2,07. Langt mer problematisk har det derimot vist seg å operasjonalisere kvinners sosioøkonomiske posisjon. I publikasjoner fra Statistisk sentralbyrå klassifiseres kvinner i henhold til eget yrke og man finner små eller inkonsistente yrkesbetingede helseforskjeller (Dahl 1988 1994b). Klassifiseres kvinner i henhold til ektemann/samboers yrke finner man klare sosioøkonomiske helseforskjeller i egenvurdert helse (Dahl 1991).

Spørsmålet om hvem som skal inkluderes i analysene kan også by på utfordringer. I kapittelet som følger nedenfor vises det til at seleksjonsprosesser kan gi opphav til helseforskjeller (eller mangel på sådanne) som kan være artefakter. Dahl og Birkelund (1999) fant at klasseforskjellene i egenvurdert helse i 1995 var små

blant yrkesaktive. Ved å inkludere ikke-yrkesaktive etter tidligere yrke, og således kontrollere for seleksjonsprosesser, fant de at de velkjente klasseforskjellene fremdeles var tilstede. Spørsmålet om hvem som skal inkluderes i dødelighetsanalyser har også vært diskutert. Det ble tidligere vist til to studier som konkluderte forskjellig rundt trendene i sosioøkonomiske forskjeller i dødelighet. Kristofersen (1991) fant ubetydelige endringer i sosioøkonomiske forskjeller i dødelighet mellom 1975 og 1985, mens Dahl og Kjærsgaard (1993) viste til en økning i omtrent samme periode. Denne diskrepansen er trolig en artefakt som er oppstått ved at de benyttet forskjellige referansepopulasjoner i sine beregninger av de standardiserte mortalitetsratioene (SMR).

Å måle ulikhet byr også på spesielle utfordringer. Når man skal fastslå størrelsen på de sosiale ulikhetene i helse står man overfor to muligheter. Den ene er å fastslå størrelsen på helseforskjellene mellom ulike sosiale posisjoner. Den andre er å beskrive den totale helsefordelingens avvik fra fullkommen likhet i samme befolkning (sosiale struktur). Dette er to forskjellige måter å konseptualisere ulikhet på. Den første sier noe om forholdet mellom sosiale posisjoner, mens den andre sier noe om hele fordelings forhold til fullkommen likhet. Et annet viktig aspekt dreier seg om absolutte og relative mål på ulikhet. Krokstad viser i et hypotetisk eksempel hvordan et land (A) kan ha lave relative forskjeller i dødelighet sammenliknet med land B, men allikevel ha høyere total dødelighet og større absolutte forskjeller i dødelighet enn land B (Krokstad 2004:53, fig. 3). Dessuten kan ulike relative mål på ulikheter gi opphav til tolkningsproblemer mellom studier.

Det er vist at artefakter kan ha betydning for bildet man presenterer over sosiale ulikheter på ett tidspunkt. Når man analyserer dette over tid skal man i tillegg ta hensyn til at fordelingen av mennesker endrer seg mellom klassene og at helseindikatoren som man studerer også kan ha forandret seg i samme periode. Situasjonen som kan oppstå, som Black-rapporten viste, er at målt i absolutte størrelser kan ulikhetene i dødelighet virke stabile over tid, mens de relative målene på ulikhet viser en økning (Elstad 2000). Det er derfor foreslått at man i tillegg også oppgir absolutte rater selv om det er endringer i relative forskjeller som er den primære interessen (Krokstad 2004).

Et viktig moment ved artefaktperspektivet i tiden fremover vil dreie rundt oppbygningen av kunnskapsgrunnlaget. Skal man effektivt motvirke eksisterende og økende sosiale ulikheter i helse er det avgjørende at man kan sammenlikne populasjoner, og overvåke utviklingen over tid. En felles begreps- og metodebruk som muliggjør internasjonale sammenlikninger, samt å overvåke trender blir derfor viktig.

3.2.2 Sosial seleksjon (sosial mobilitet)

Seleksjonsforklaringen antar at selektive prosesser gjennom livsløpet favoriserer de med best helse slik at de oppnår ytterligere fremgang i utdanningssystemet, yrkeslivet og senere inntekt. På denne måten får de høyere sosiale lagene en gunstigere helseprofil. Tilsvarende kan de med helsesvikt synke i det sosiale hierarkiet ettersom helseproblemer vil kunne påvirke arbeidsforhold, karriere og inntekt. Dette er den konvensjonelle fortolkningen av seleksjonsforklaringen, altså at de sosiale klasseforskjellene i helse øker som en følge av seleksjon / mobilitet.

Det har også vært fremsatt en alternativ forklaring knyttet til mobilitet som hevder det motsatte, nemlig at de sosioøkonomiske helseulikhetene reduseres som en følge av seleksjonsprosesser. Noen internasjonale studier har vist at de som beveger seg oppover i lagdelingen har dårligere helse enn de som allerede befinner seg på dette nivået, og motsatt har man registrert at de som beveger seg nedover i lagdelingen har bedre helse enn de som allerede befinner seg på dette nivået. Resultatet er at seleksjonsprosesser modererer eller utjevner sosiale helseforskjeller (gradient constraint). Elstad (2001) undersøkte disse hypotesene i Norge med data fra den nasjonale helseundersøkelsen i 1995. Han konkluderer med at helserelatert mobilitet både kan øke og minske de sosioøkonomiske helseulikhetene, men det er vanskelig å fastslå effekten av dette uten å vite hvordan sosiale årsaksfaktorer har medvirket. Claussen og Næss (2002b) har i foreløpige analyser gitt støtte til den alternative seleksjonsforklaringen, nemlig at disse prosessene heller bidrar til å redusere sosiale helseulikheter.

Et annet viktig skille går mellom direkte og indirekte seleksjon (Dahl 1994b). Direkte seleksjon vil være den mer klassiske effekten hvor manifest sykdom fører til nedadgående sosial mobilitet. Indirekte seleksjon impliserer at helsefaktoren er av latent karakter, ofte benevnt helsepotensiale. Dette kan være kroppshøyde, attraktivitet eller ulike former for helseatferd som eksempelvis røyking.

Det er åpenbart viktig å studere seleksjonsprosesser gjennom livsløpet. En nylig publisert studie har sett på effekten av kronisk sykdom i barnealder for senere deltakelse i arbeidslivet hos menn (Kristensen & Bjerkedal 2004). Her finner man at kronisk sykdom i barnealder påvirker deltakelse i arbeidslivet i unge år. Videre peker studien på at arbeidsdeltakelsen til disse mennene følger generelle økonomiske konjunktursvingninger, men at svingningene er sterkere enn for den øvrige befolkningen. Av viktige faser videre i livsløpet vil utdanningsvalg ofte ha stor betydning. Dersom utdanningen blir forhindret eller forsinket som følge av sykdom eller funksjonshemming kan seleksjonen starte allerede her. Kristensen og Bjerkedal viser i den samme studien at menn med lav utdanning fikk en forverret

situasjon på arbeidsmarkedet i perioden 1991-2001. Videre vil inntreden i yrkeslivet være en viktig fase hvor helseproblemer (helsepotensiale) kan være utslagsgivende for yrkeskarriere og senere inntekt. Disse selektive prosessene vil bidra til at mønsteret av sosioøkonomiske ulikheter i helse etableres allerede i det tidlige voksenliv (Elstad 2002).

Gjennom yrkeslivet er sammenhengen mellom helse og yrke sammensatt, men en tendens som går igjen i en rekke undersøkelser er at helseforhold spiller liten rolle i de fleste yrkeskarrierer (Elstad 2002). Det vil si at blant dem som er yrkesaktive gjennom hele voksenlivet finner man generelt små tendenser til bevegelse oppover eller nedover i det sosiale hierarkiet for de som rapporterer mindre helseproblemer (Elstad 2002). Dette kan synes noe overraskende, og en nyere studie blant yrkesaktive antyder at seleksjon har en viss betydning for de eldre arbeidstakerne (Elstad 2004a). Ved å benytte en mer finmasket indikator på yrkesstatus finner Elstad at for arbeidstakere over 40 år har faktisk helsa betydning for ulike yrkesforhold, ikke når det gjelder jobbprestige, men for lederstillinger og inntekt.

Den mest typiske helserelaterte seleksjonsprosessen blant voksne i moden alder er den som fører folk med helseproblemer ut av arbeidslivet, enten ved tidlig pensjonering eller uførepensjon. Resultatet er at vi får en helsemessig polarisering mellom de som faller ut av yrkeslivet på grunn av dårlig helse, og de som er friske, raske og produktive, og som henger med i arbeidslivet (Dahl 1997b). Følgelig vil helsetilstanden til de som blir stående i jobb variere mindre ettersom seleksjonsprosesser siler ut de med dårligst helse ut av arbeidslivet, en såkalt «healthy worker effect» (Dahl 1993a 1993b). Denne fortolkningen legges frem i en studie av Dahl og Birkelund (1999). De finner at klasseforskjellene i helse blant yrkesaktive nesten forsvinner i perioden mellom 1980 og 1995, men ved å ta hensyn til helserelaterte seleksjonsprosesser til og fra arbeidslivet ved å inkludere de ikke-yrkesaktive, finner de at classeskillene i helse også eksisterer i 1995. Samme forhold påpekes av Dahl (1997b) i en annen studie hvor man registrerer en oppgang i sykkeligheten hos ikke-yrkesaktive og en nedgang hos yrkesaktive i perioden 1980–95. Med data fra helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag viser Elstad og Krokstad (2003) i en oppfølgingsstudie av menn over en 10 års-periode (panelstudie) at seleksjon har betydning for sosioøkonomiske ulikheter i helse mellom yrkesaktive og ikke-yrkesaktive. De økte forskjellene i egenvurdert helse mellom disse to gruppene skyldtes primært helserelatert seleksjon. For de som var yrkesaktive gjennom hele perioden ble økningen i helseulikheter tilskrevet sosiale årsaksfaktorer (Elstad & Krokstad 2003). Elstad har i en tidligere studie av kvinner vist at observerte helseforskjeller etter sysselsettingsstatus primært skyldtes seleksjon (Elstad 1995a).

Denne mekanismen er også sosialt selektiv i den forstand at pensjoneringsratene er høyere jo lavere ned i yrkeshierarkiet man befinner seg (Elstad 2002). Dahl og Birkelund (1999) finner at den økende helsepolariseringen gjør at arbeidere i økende grad befinner seg utenfor det postindustrielle arbeidslivet, mens så godt som alle høyere funksjonærer blir stående. Studier antyder også at det i fysisk krevende manuelle yrker oppstår en «healthy worker effect». Dette innebærer at kun de med solid fysisk helse kan fortsette i yrker med store krav til fysisk arbeidskapasitet (Dahl 1993b).

Den rådende konklusjonen om betydningen av selektive prosesser for sosio-økonomiske helseulikheter er derfor: De bidrar, men er trolig ikke de mest vesentlige (Elstad 2002). Like fullt må tiltak mot selektive prosesser være en del av strategien dersom målet er å redusere sosioøkonomiske ulikheter i helse (Elstad 2002). Reduksjon av negative konsekvenser av helseproblemer for utdanning, yrkesstatus og inntekt er ett av flere momenter i den hittil mest omfattende kunnskaps-gjennomgangen av tiltak mot sosiale helseulikheter i Europa (Mackenbach & Bakker 2002).

3.2.3 Sosiale årsaksforklaringer

Mens seleksjonsforklaringen hevder at helsa bestemmer menneskenes sosioøkonomiske posisjon i samfunnet, vil sosiale årsaksforklaringer ta det motsatte utgangspunkt, at den sosioøkonomiske posisjonen er bestemmende for helsa.

a) Materielle/neomaterielle forklaringer

Den klassiske materielle forklaringen på dårlig helse, sykdom og tidlig død er fattigdom. Når fraværet av grunnleggende ressurser fører til at de mest basale menneskelige behov ikke kan imøtekommes vil det ha helsekonsekvenser. Dette hadde gyldighet i tidligere tider, og har det også i dag. Fattigdom og sykdom er samme dom (Fugelli 1999). Spørsmålet blir hvilken relevans dette har i velferdsstaten Norge, hvor de aller fleste har en tilfredsstillende boligstandard, økonomi til å kjøpe sunn mat og varme klær, samt et gjennomgående akseptabelt fysisk arbeidsmiljø.

Inntekt er direkte relatert til materielle forhold, og det er mye som tyder på at inntekt har betydning for helseutfall. Flere inntekthypoteser er fremsatt, hvor den absolutte inntekthypotesen er den som har vært mest omtalt. Den absolutte inntekthypotesen hevder at helsa er en funksjon av inntekten. Denne sammenhengen er imidlertid ikke lineær, men kan beskrives gjennom «loven om avtagende

grensenytte». Det betyr at helseeffekten av en gitt økning i inntekten er størst for personer med lave inntekter, og at forbedringen gradvis avtar med økende inntekt. Den relative inntektshypotesen ser på en persons helse som en funksjon av denne personens inntekt i forhold til gjennomsnittsinntekten i en referansegruppe. Referansegruppen kan for eksempel være innbyggerne i lokalsamfunnet eller i landet som helhet. Sammenhengen mellom inntekt og helse kan altså beskrives i absolute og relative termer, og det følger av dette at vi derfor både kan ha absolutt og relativ fattigdom, som begge vil kunne påvirke helsa.

Når det hevdes at absolutt og relativ fattigdom har betydning for helse, sykdom og dødelighet, kan sammenhengen forklares med bakgrunn i materielle forhold, eller rettere: fraværet av ressurser. Det følger derfor at vi ikke evner å forklare det faktum at sammenhengen på aggregert nivå fremstår som en gradient. Dette fremgår i internasjonale studier, og det er vist med norske data (jfr. fig. 2). Neomaterielle forhold er satt frem som en mulig forklaring. Den postulerer at selv om basale materielle forhold ivaretas ved et lavt inntektsnivå så vil hvert trinn opp inntekststigen ha positive effekter på helsa. Det gjelder for eksempel tilgang til bil, å eie sitt eget husvære, samt generelt større muligheter til å ivareta egen helse ved et sunt kosthold og fysisk rekreasjon. Bedre neomaterielle kår vil i tillegg til umiddelbare fordeler også akkumuleres over livsløpet og i siste instans påvirke den sosio-økonomiske situasjonen til neste generasjon.

Det er relativt få norske studier som har hatt muligheten til å benytte inntekt som forklaringsfaktor. Dahl (1994) brukte levekårsundersøkelsen i 1991 der alle yrkesaktive mellom 20 og 65 år inngikk i analysen. Der viste han at disponibel husholdningsinntekt påvirket helsemålene langvarig sykdom og symptomer på nervøsitet. Med data fra prosjektet kvinner og kreft har Lund undersøkt sammenhengen mellom inntekt og egenvurdert helse/egenrapportert sykdom (Lund 2000). Utvalget som inngikk i denne studien var kvinner i alderen 45 til 64 år. Ved å dele inn i fire inntektsklasser etter familiens bruttoinntekt viste egenvurdert helse og diabetes en sterk samvariasjon med inntektsklasse, mens sammenhengen var mindre tydelig for hypertensjon. Rognerud og medarbeidere brukte helse- og levekårsundersøkelsen i 1998 for å undersøke sambandet mellom blant annet inntekt og psykisk helse (HSCL-25). De fant ingen sammenheng mellom disponibel individuell inntekt og symptomer på psykiske plager for kvinner. For menn derimot slår inntekt ut som en signifikant faktor, oddsratio for menn med lav inntekt er 1,72 for symptomer på psykiske plager sammenliknet med klassen med middels inntekt. I en multivariat modell hvor det ble kontrollert for en rekke andre variable ga inntekt ikke lenger et signifikant bidrag.

Rapporten *Bedre helse – større forskjeller*, som er beskrevet tidligere, viser at dødeligheten er spesielt uttalt etter inntekt (Zahl mfl. 2003). Den relative risikoen i de fire inntektsgruppene, justert for en rekke kovariater, viser at på 1990-tallet var dødeligheten i høyeste inntektsklasse 40 % av hva den var i laveste inntektsklasse både for kvinner og menn (jfr. Zahl mfl. 2003:40, tab. 6).

b) Helseatferd/livsstil

Atferds- og livsstilsforklaringer har i prinsippet det samme utgangspunktet som materielle forklaringer i forståelsen av sosiale ulikheter i helse. Med det menes at begge legger til grunn en sosial årsaksforståelse. Den største forskjellen er at atferds- og livsstilsforklaringer legger større vekt på mennesker som handlende individer. Atferd og livsstil forstås som en konsekvens av den sosiale posisjonen. Det er tidligere vist til sosiale forskjeller for en rekke livsstilsfaktorer, hvor den sosioøkonomiske fordelingen av røyking, ernæring, fysisk aktivitet og rus kan tyde på at disse spiller en avgjørende rolle for sosiale helseulikheter. Spesielt synes dette å ha gyldighet for hjerte- og karsykdommer samt røykerelaterte kreftformer.

Aarø studerte sammenhengen mellom ulike indikatorer på sosioøkonomisk posisjon og en rekke helserelaterte atferds- og livsstilsfaktorer (Aarø 1986). Ved hjelp av faktor- og cluster-analyser av disse atferds- og livsstilsfaktorene skilte han ut tre dimensjoner: (1) en aktivt helsefremmende, (2) alkoholbruk, og (3) avhengighet og irregularitet i dagliglivet. Alle disse dimensjonene viste seg å samvarierte med sosioøkonomisk status, hvor den aktivt helsefremmende og alkoholbruk-dimensjonen var mer typisk for de med høy sosioøkonomisk status. Avhengighet og irregularitet i dagliglivet var typisk for de med lavere sosioøkonomisk status.

Det er altså vist at utvalgte livsstilsfaktorer, positive så vel som negative, viser seg å samvarierte med sosial status. Man kan på bakgrunn av dette ledes til å tro at dette også er årsakene til sosiale helseforskjeller. Det er i beste fall en sterk forenkling, spørsmålet som må besvares er: «Why do poor people behave poorly?» (Lynch mfl. 1997). Hvilke sosiale prosesser gjør at den helseskadelige atferden/livsstilen opptrer hyppigst hos grupper av mennesker med lav sosioøkonomisk status? Elstad (2000) beskriver i sin avhandling «The fundamental cause theory» som trekker et skille mellom nære (proximate causes) og bakenforliggende årsaker (distal causes). Her betraktes helseatferd/livsstil som en del av en lengre årsaksrekke. Slik forstått kan helseatferd/livsstil ses som et symptom på andre bakenforliggende årsaker. Hvordan helseatferden etableres i ulike sosiale grupper er derfor et viktig spørsmål, og svar på det kan vi håpe å få i forlengelsen av et pågående prosjekt i regi av Fafo (Friestad). Her er nettopp formålet å se hvilken betydning sosioøkonomisk status har for etableringen av helseatferd hos ungdom.

c) Psykososiale forhold

Psykososiale forklaringer er karakterisert som konkurrerende hypoteser til materielle/ neomaterielle forklaringer (Westin & Krokstad 2002). Noen hevder de er vanskelige å skille, og snarere er gjensidig utfyllende (Kawachi mfl. 2002). Elstad (1998:613) viser til at både materielle og psykososiale forklaringer «...support policies addressing equity questions», og at psykososiale forklaringer beriker den sosiale årsaksforståelsen. Det er spesielt de såkalte Whithall-studiene fra London som hevder at den psykososiale opplevelsen av ens egen posisjon i det sosiale hierarkiet har betydning for helse og dødelighet (Marmot 2004). Det etiologiske grunnlaget er det helseødeleggende potensialet som skapes av psykologisk stress (Elstad 1998, både direkte på den mentale og somatiske helsa, og indirekte via helse-atferd/livsstil. At psykologisk stress (for eksempel sorg og alvorlige livshendelser) kan påvirke den mentale helsa er nokså ukontroversielt. I tillegg har man med utgangs-punkt i moderne stressteori vist at individer med lite handlingsrom og lav kontroll over egen livssituasjon også kan oppleve en helseskadelig overaktivering av sympatikus- og kortisolresponsen (Westin & Krokstad 2002). Psykologisk stress hevdes altså å påvirke den somatiske helsa via sentralnervesystemet, og det er lite dissens om hvorvidt dette kan påvirke sykdomsrelaterte parametere (Elstad 1998). For eksempel det kardiovaskulære system (blodtrykk), det endokrine (kortisol) og immunsystemet (T-cells, natural killer cells). Det er imidlertid usikkert om slike endringer er store nok og langvarige nok til å påvirke helsa på en måte som virkelig har betydning eller gjør stor forskjell (Elstad 1998). Den indirekte mekanismen er atferd som oppstår som en reaksjon på psykologisk stress. Dette kan være alt fra helseskadelig atferd (alkoholbruk, røyking) til direkte antisosial atferd (vold, kriminalitet). Denne mekanismen har altså klare paralleller til atferds/livsstilsforklaringen som er beskrevet tidligere under punkt b). Den atskiller seg fra atferds/livsstilsforklaringen i det man tolker atferd som en reaksjon på psykologisk stress, og ikke som et resultat av enkeltindividers kunnskaper og overbevisninger om hva som er sunt og ikke sunt for helsa (Elstad 1998).

Det er ikke blitt identifisert studier som eksplisitt har tatt utgangspunkt i psykososiale forklaringer i forståelsen av sosiale ulikheter i helse i Norge. En oppfølgingsstudie som undersøkte betydningen av psykososiale forhold for senere dødelighet viste at spesielt sosial deltakelse var en sterk prediktor (Dalgard & Lund Håheim 1998). Det er også foreslått beslektede tilnærminger, for eksempel hypoteser basert på læringsteori og kognitive forhold ved moderne stressteori (Eriksen & Ursin 2002). Her trekker man inn hvordan graden av mestring samvarierer positivt med sosioøkonomisk status. Denne innlærte mestringen har betydning for stressmekanismer og antas å være den medierende faktoren mellom sosial status og

helse. Noe forenklet hevdes det at høy sosioøkonomisk status assosieres med større grad av mestring og følgelig lavere stress. Dette hevdes å påvirke den somatiske helsa direkte samt også indirekte via helseatferd.

d) Forhold i barndommen / livsløpsforklaringer

Ulike dynamiske forklaringer på sosiale ulikheter i helse har vært lansert, hvor to varianter kommenteres nærmere. Den ene er tesen om biologisk programmering først og fremst kjent som Barker/Forsdahl-hypotesen, som er den medisinske varianten (Barker mfl. 1995, Forsdahl 1977). Den andre, sosiologiske varianten, ser på hele livsløpets betydning for helsa. Den medisinske varianten hevder at uheldige omstendigheter i fosterliv og tidlig barndom setter et «biologisk avtrykk» som øker risikoen for en rekke sykdommer i voksen alder og følgelig også tidlig død. De sosiale omstendighetene som mor og barn lever under vil kunne prege den biologiske utviklingen videre i livet med konsekvenser for barnets sårbarhet for sykdomsfremkallende forhold. I denne tidlige perioden er samvirket mellom biologi, psykologi og sosiale faktorer svært viktig for den fremtidige helsa. Den sosiologiske livsløpsmodellen fremhever at en uheldig start på livet, materielt, sosialt og kulturelt markerer starten på vedvarende problematiske levekår som er ugunstige for helsa. Uttrykkene akkumulasjon og «onde spiraler» benyttes ofte om det fremtidige livsløpet, hvor risikoen for atferdsproblemer, sosiale problemer, mangelfull utdanning, yrke med dårlig arbeidsmiljø og generelt dårlige levekår, til slutt fører til helseproblemer. Disse dynamiske forklaringene kan derfor hevdes å inneholde elementer fra både sosiale årsaksforklaringer og seleksjonsforklaringer.

Helse og ernæring i barndommen kan altså ha betydning for helsa senere i livet. Kroppshøyde er foreslått som en «markør» for sosioøkonomiske forhold i barndommen. Njølstad har vist at kroppshøyden hos menn og kvinner er inverst relatert til slag (stroke) i et dose-respons mønster (Njølstad mfl. 1996). For hver 5 cm økning i kroppshøyde sank den aldersjusterte risikoen for slag med henholdsvis 25 % for kvinner og 18 % hos menn. Kristensen (mfl. 2004) har sett på sammenhengen fødselsvekt og senere arbeidsdeltakelse. De finner at fødselsvekt under gjennomsnittet har betydning for senere arbeidsdeltakelse, det vil si at risikoen for arbeidsledighet ved 29 års alder økte med synkende fødselsvekt. Dette hadde også gyldighet for de under gjennomsnittet som befant seg innenfor variasjonsbredden som regnes som normal fødselsvekt. Denne studien kan ses i sammenheng med seleksjonsforklaringer (jfr. Kap 3.2.2) og betydningen av helsepotensiale for arbeidsdeltakelse. Forfatterne understreker at fødselsvekt spiller en langt mindre rolle for senere arbeidsledighet enn andre faktorer. Ulike negative sosiale

omstendigheter i barndommen predikerer arbeidsledighet i langt større grad enn fødselsvekt (Kristensen mfl. 2004).

I en livsløpsstudie av middelaldrende menn har Elstad blant annet sett på betydningen av helsetilstanden som ung (Elstad 2003). Helseindikatoren var en indeks for helseproblemer, og i multivariate analyser fremstår helsa i ungdommen som den viktigste kilden til helseulikheter i 55 års alder (i tillegg til arbeidsmiljøet). Et uventet resultat ved denne analysen som undersøkte flere hypoteser samtidig, var at livsstil hadde minimal betydning for senere helseproblemer. Dette understøttes i en annen studie av middelaldrende menn hvor de akkumulerte effektene av problematiske livsvilkår over livsløpet fremstår som hovedkilden til de sosiale ulikhetene i helse (Elstad 2004b). Helsemålet i denne studien var en indeks for helsetilstand satt sammen av egenvurdert helse, antallet kroniske lidelser samt spørsmål om i hvilken grad kroniske plager begrenser arbeidsevnen. Det beskrives som slående at livsstilen synes å ha mindre betydning enn det livsløpsforholdene gjør rede for. De sosiale ulikhetene er altså ikke avgrenset til å gjelde valg av livsstil, men består også av mer dyptgripende sosiale ulikheter i livsvilkår, som ikke velges, men som rammer den enkelte på bakgrunn av plassering i den sosiale lagdeling. Elstad viser også i en senere livsløpsstudie at ugunstige forhold i barndommen har betydning for middelaldrende menns helse (Elstad 2005). Både helseproblemer som ung, materiell deprivasjon i oppvekst og psykososiale forhold (stressende konflikter med foreldre) har betydning for den egnevurderte helsa, langvarig begrensende sykdom og aktivitetsbegrensende helseproblemer. Effekten av de ulike forholdene i barndommen varierte noe for de ulike målene på helse. Psykososiale forhold i barndommen var av størst betydning for egnevurdert helse og aktivitetsbegrensende helseproblemer. Mens helseproblemer som ung predikerte langvarig begrensende sykdom. Ved å justere for eksposisjoner i voksen alder finner forfatteren at disse ugunstige forholdene i barndommen påvirker helsa hos middelaldrende menn som latente effekter. Det vil si at disse forholdene i barndommen virker negativt på helsa hos disse mennene mer eller mindre uavhengig av forhold senere i livet.

I en annen studie har Claussen og medarbeidere sett på betydningen av sosiale forhold både i barndommen og voksen alder for ulike dødsårsaker (Claussen mfl. 2003). Datagrunnlaget var registerdata for innbyggerne i Oslo mellom 31–50 år i 1990. Her fant man for det første at total dødelighet var assosiert med både sosiale forhold i barndom og i voksen alder. Dødeligheten av hjerte- og karsykdommer ble sterkere påvirket av sosiale forhold i barndommen enn i voksen alder, også for kvinner. For dødeligheten knyttet til psykiatriske lidelser og voldssomme dødsfall var sosiale forhold i voksen alder viktigst. Dødeligheten av kreftsykdom-

mer som en følge av røyking var relatert til sosiale forhold i både barndom og voksen alder, men var sterkest assosiert med det siste. Et viktig forhold som fremheves er at sosiale forhold synes å ha en kumulativ effekt på dødeligheten (Claussen mfl. 2003). Dette fremgår også i en annen studie (Næss mfl. 2004a). Dødsfall på grunn av koronar hjertesykdom, kronisk obstruktive lungesykdommer, og røykerelatert kreft er sterkt assosiert med kumulative sosiale forhold. Næss og medarbeidere undersøkte i en annen studie betydningen av sosiale forhold i barndommen og voksen alder for en rekke dødsårsaker for menn mellom 30–52 år i 1990 (Næss mfl. 2004b). De finner at betydningen av sosiale forhold i barndom og voksen alder varierer med dødsårsak. Voldsomme dødsfall, alkoholrelaterte dødsfall og lungekreft ser ut til å være sterkest påvirket av sosiale forhold i voksen alder. Forfatterne understreker at helseatferden bak disse dødsårsakene initieres i relativt ung alder. Igjen viser dødsfall av koronar hjertesykdom å være påvirket av sosiale forhold i barndom og ungdomsår. Om det er levekår i barndom eller senere i livet som betyr mest, vil styrking av barnehelse uansett få positive ringvirkninger, hevdes det (Næss & Claussen 2002).

e) Kontekstforklaringer

I årsaksforståelsen om sosiale ulikheter i helse er en ny type forklaringer blitt revitalisert de senere år. Mens tradisjonelle sosialepidemiologiske studier har sett på betydningen av den sosioøkonomiske statusen til enkeltmennesket, trekker man i kontekstforklaringene i tillegg inn et romlig aspekt. Denne typen flernivåstudier har fortsatt enkeltmennesket som analyseenhet, men i tillegg trekker man inn et økologisk nivå i forklaringsmodellen. Resonnementet bak dette er at det er forhold ved nærmiljøet eller bostedet (kommune, region) som kan påvirke helsa. Denne typen kontekststudier kan derfor besvare to forhold av betydning i forståelsen av helseulikheter. For det første kan vi påvise individfaktorer som varierer mellom befolkninger, men som ikke varierer nok innad i befolkningen til å la seg identifisere. Og i tillegg har vi såkalte makrofaktorer som kan virke direkte og indirekte. Dette blir derfor faktorer som ligger lenger tilbake i årsakskjeden (Næss 2004).

Internasjonalt publiseres det ofte studier av denne typen, men det er foreløpig sparsomt med norske studier av den sosioøkonomiske kontekstens betydning for helse og helseatferd. Det ble tidligere vist til en studie fra helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag hvor slike områdeeffekter bidro i forståelsen av forekomsten av uførepensjon (Krokstad mfl. 2004). Hypotesen var her at risikoen for å bli uførepensjonert var betinget av både individfaktorer og kontekstuelle forhold knyttet til stedet man bor på. Det kontekstuelle nivået i denne studien var en depriva-

sjonsindeks basert på indikatorer fra Statistisk sentralbyrå. Disse var blant annet utdanningsnivå, gjennomsnittsinntekt, forekomst av uførepensjon og arbeidsledighet, befolkningsendringer og sentralitet. Basert på en gruppering av kommunene viser studien at graden av deprivasjon påvirker risikoen for uførepensjon. I forhold til gruppen av kommuner som kom best ut viser studien som tidligere nevnt at innbyggerne i de middels depriverte kommunene hadde en økt sannsynlighet på 26 % mens de mest depriverte hadde noe mindre (18 %). Resultatet fra denne studien kan tolkes som at risikoen for å bli uførepensjonert først og fremst kommer an på hvem du er, men at også hvor du bor har betydning.

Internasjonalt har begrepsbruken rundt kontekstuelle faktorer dreid rundt fordeling av materielle forhold (inntektsulikheter, materielle investeringer), sosiale miljøkvaliteter (sosial kapital, «social cohesion»), deprivasjon, sosial fragmentering, polarisering, segregering, og en rekke andre kontekstkarakteristikk. Et internasjonalt review viste at 23 av 25 studier rapporterte om kontekstuelle effekter etter kontroll for individfaktorer (Pickett & Pearl 2001). I Norge pågår det prosjekter som ser på sammenhengen mellom blant annet inntektsulikheter og sosial kapital og helse, og når disse resultatene foreligger vil vi få vite mer om betydningen av bosted og nærmiljø for sosiale ulikheter og helse (NOVA). I mellomtiden vil studier fra utlandet kunne ha overføringsverdi. For eksempel har man i byen Glasgow studert hvordan såkalte opportunitetsstrukturer legger føringer på beboernes muligheter til å bedrive fysisk aktivitet. Disse studiene viser at de som bor i depriverte områder også har innskrenkede muligheter til å ivareta helsa si gjennom fysisk aktivitet. Overført til storbyene i Norge så kan derfor oppfordringen: «ut i skogen og opp i trærne» vanskeligjøres hvis premissene for å bedrive fysisk aktivitet ikke er tilstede. Det frie valg i forhold til å forvalte egen helse kan være begrenset i enkelte områder.

3.2.4 Utfyllende merknader til årsaksforklaringene

De ulike perspektiver og forklaringsmodeller om årsakene til sosiale ulikheter og helse er rikholdig. Inndelingen som er foretatt kan utvides og sikkert også forenkles eller reduseres. I praksis vil forskere bruke elementer fra flere perspektiver og forklaringsmodeller, og i prinsippet kan alle de tre perspektivene ha gyldighet. For eksempel kombinerte Elstad og Krokstad seleksjonsperspektivet med det sosiale årsaksperspektivet i samme studie, og konkluderte at begge perspektivene ga hvert sitt unike bidrag i forståelsen av den sosiale fordelingen av egenvurdert helse (Elstad & Krokstad 2003).

En viktig arena som i det foregående kun er berørt indirekte, er arbeidslivet og tilknytning til arbeidsmarkedet. Deltakelse i arbeidsmarkedet er en av de mest betydningsfulle faktorer for integrering og deltakelse i samfunnet og yrkesrollen er viktig for enkeltmenneskers identitet og selvfølelse. Noen får ikke muligheten til å delta, mens andre har en svak posisjon på arbeidsmarkedet. Enkelte har med bakgrunn i foreslåtte endringer i arbeidsmiljøloven advart mot et svekket arbeidervern og vist til Stortingsmelding nr 16 – *Resept for et sunnere Norge*, der vedtak utenfor helsesektoren skal vurderes opp mot konsekvensene for folkehelsen (Wergeland & Westin 2004). Et svekket arbeidervern vil først og fremst ramme de svakeste, med seleksjon ut av arbeidslivet og økende sosiale helseforskjeller som endelig resultat, hevdet denne kronikken.

Helsetjenestens betydning har også vært drøftet som et element i årsaksforståelsen bak sosiale ulikheter i helse. Det kan tenkes at marginaliserte grupper har et større behov enn det tilbudet de ytes. Videre er det grunn til å spørre om kvaliteten på helsetjenesten er jevnt sosialt fordelt. I det store og hele har helsetjenesten trolig bidratt til å redusere de sosiale helseulikhetene heller enn å skape dem. Det er hovedhypotesen i den internasjonale forskningen når man viser til velferdsordningene og organiseringen av helsetjenesten i de skandinaviske landene. Nå ser man imidlertid at etterspørselen etter helsetjenester øker raskere enn det helsevesenet er i stand til å tilby, og spørsmål om effektiviseringer og markedsløsninger er stadig på dagsorden. Det paradoksale i situasjonen er at folkehelsen i gjennomsnitt stadig blir bedre, mens etterspørselen etter helsetjenester til tross for dette altså øker. Noen av årsakene til dette er berørt tidligere, men klarest har kanskje sosiologen Bury satt ord på fenomenet: Menneskene har gått fra å være pasienter til konsumenter (Bury 1997). Behovet er altså samfunnsskapt, ikke naturgitt (Lian, 2000). Helse er blitt en vare som kan kjøpes og selges i et stadig voksende helsetjenestemarked. Sosialmedisin-ere påpeker ofte at man ved å eksponere helsetjenesten for markedskreftene vil få økende sosiale ulikheter i helse. I tillegg vil økende egenandeler på helsetjenester og medikamenter ramme de sykeste og minst bemedlede (Westin & Krokstad 2003). Private helseforsikringer, kjøp av helsetjenester for sykemeldte og private helsetjenester med høye egenandeler vil ha den utilsiktede bivirkning at de sosiale ulikhetene i helse vil øke (Westin & Krokstad 2003). Flere advarer mot en tendens der den norske helsetjenesten beveger seg i retning av en latinamerikansk variant (Olsen 1998, Westin 2001). Det vil si et tredelt system, med et privat høykvalitetstilbud til de rikeste, et forsikringsbasert lukket helsemarked for den ekspanderende middelklassen, og en statlig minimumsomsorg for de fattige (Westin 1999a). Det kan derfor være grunn til å minne om «loven om den omvendte omsorg», det vil si det fenomen at helsetjenesten tenderer mot å være dårligst der behovet er størst (Hart

1971). Dette er ingen naturlov, men et fenomen som kommer sterkere til uttrykk når helsetjenesten eksponeres for markedsmekanismer (Hart 2000).

Det er tidligere vist til studier blant unge voksne (23–24 år) som viser klare forskjeller i tannhelse etter utdanningsnivå (Schuller 1999). Hvordan disse forskjellene utvikler seg videre i voksenlivet vet vi i Norge mindre om, men resultater fra HUBRO tyder på svært store sosiale ulikheter (Grøtvedt 2002a). Tannhelsetjenesten for voksne i Norge er ikke en del av det offentlige tjenestetilbudet på linje med de andre helsetjenestefunksjonene. Når bruken av denne delen av helsetjenesten er avhengig av den enkeltes betalingsevne vil vi i utgangspunktet ikke forvente at de sosiale forskjellene er mindre i den voksne delen av befolkningen.

3.3 Effekten av tiltak mot sosiale helseulikheter

Sikker kunnskap skal ligge til grunn for politikkutforming og praksis innen folkehelsearbeidet (St.meld. nr. 16 *Resept for et sunnere Norge*). Tiltak som planlegges og iverksettes skal så langt som overhodet mulig være basert på eksisterende kunnskap om årsak og virkning. Kunnskap om sykdomsårsaker er det i første rekke epidemiologifaget som fremskaffer, og systematiske oversikter over tilgjengelig kunnskap er samlet i The Cochrane Library. Denne forskningsdatabasen inneholder effektevalueringer av tiltak som med rimelig grad av sikkerhet reduserer forekomsten av kjente risikofaktorer for sykdom eller skader i en befolkning.

Det er imidlertid tvilsomt at vi finner særlig mange studier om effekten av tiltak mot sosiale ulikheter i helse i denne forskningsdatabasen. Bakgrunnen for dette er som tidligere redegjort, at årsakene til at enkeltmennesker rammes av sykdom og død ikke er de samme årsakene som gjør at grupper av mennesker rammes. Kunnskapen i The Cochrane Library er kunnskap om tiltak rettet mot enkeltmennesker, ikke grupper av mennesker. Dette kan illustreres med et eksempel fra en leder i tidsskriftet *British Medical Journal* (Davey Smith mfl. 2001). Hvis vi vil undersøke hvilke faktorer som gjør at en arbeidsledig ikke kommer seg inn i yrkeslivet, kan vi tenke oss en rekke forhold knyttet til enkeltmennesket som vil påvirke sannsynligheten for dette, for eksempel kort utdanning, høy alder, minoritetsbakgrunn m.m. En kontrollert studie ville sikkert vist at man etter et jobbsøkerkurs økte sannsynligheten for å komme seg i arbeid, fordi man nå vet bedre hvordan man ter seg og kler seg i et jobbintervju. En slik studie kunne deretter blitt registrert i The Cochrane Library. Men denne kunnskapen forklarer ikke arbeidsledighetsnivået i samfunnet. Årsakene til at et enkeltmenneske ikke får seg jobb, og årsakene til arbeidsledighetsnivået i samfunnet er altså ikke de samme, og denne

retorikken kan overføres i forståelsen av de sosiale helseulikhetene i samfunnet. Årsakene, eller risikoen kan altså forstås på flere måter avhengig av om man er interessert i individenes eller befolkningens risiko.

Folkehelsepolitikken skal altså være basert på eksisterende kunnskap, men hvilket kunnskapsgrunnlag dette er, hevdes å være noe diffust (Næss 2003). Dette skyldes først og fremst at man blander sammen individenes risiko med befolkningens risiko (Næss 2003). Å overføre kunnskap om risiko på individnivå til befolkningsnivå er blitt beskrevet som en type 3-feil (Schwartz & Carpenter 1999). Det er derfor høyst tvilsomt at folkehelsearbeidet om sosiale ulikheter i helse kan benytte de samme metodene som kunnskapsbasert medisin. Det betyr imidlertid ikke at politikken ikke er kunnskapsbasert, men at den baseres på en annen type kunnskap, med fokus på et annet sted i årsakskjeden. Kunnskapsgrunnlaget vil først og fremst måtte utvikles fra empiriske studier. I stedet for et kunnskapshierarki hvor randomiserte eksperimenter troner øverst, bør man konsentrere seg om den kunnskapen som er hensiktsmessig (Whitehead mfl. 2004). Man kan imidlertid i en begrenset utstrekning tenke seg en såkalt høyrisikostrategi rettet mot utsatte grupper eller depriverede områder i samfunnet. Effektevalueringer av forebyggende og helsefremmende tiltak mot slike grupper er, som det vil fremgå i det følgende, svært få i Norge.

3.3.1 Norske erfaringer

Det er i en tidligere litteraturgjennomgang fremhevet at kunnskapen om effektive tiltak mot sosiale ulikheter i helse er svært mangelfull i Norge (Dahl 2000). Selv ikke intervensjoner mot utsatte grupper er blitt evaluert med hensyn til effekt, selv om behovet for slike studier er stort (Dahl & Rognerud 1999). Det er imidlertid et pågående prosjekt om livsstilsintervensjon som må nevnes. Mosjon på Romsås (MoRo) er en kvasiekperimentell intervensjonsstudie av tre års varighet med bydelen Furuset som kontroll (Jenum & Birkeland 2003, Jenum mfl. 2003). Intervensjonen er både populasjonsbasert og høyrisikobasert og målet er å fremme fysisk aktivitet i to bydeler med lav sosioøkonomisk status. Den vitenskapelige evalueringen er ikke avsluttet, men resultater som ble lagt frem på EUPHA-konferansen i Oslo 6.–10. oktober 2004 virker lovende. Hovedfunnene så langt viser for det første at holdningene til fysisk aktivitet er blitt mer positive, intensjonen er altså til stede. Videre er flere blitt fysisk aktive sammenliknet med kontrollbydelen. I tillegg er vektøkningen halvert for befolkningen på Romsås som helhet, for innbyggerne som var over 50 år ved starten av studien er forskjellen særlig markant. For disse var vektøkningen 1/6 av kontrollbydelen. Menn har en spesielt gunstig utvikling, og

forskjellen mellom bydelene gjelder både nordmenn og ikke-vestlige innvandrere samt de med både høy og lav utdanning. Hovedårsakene til at man har lyktes med livsstilsintervensjonen er for det første at strategiene og tiltakene har vært godt faglig funderte. For det andre oppnådde man et godt samarbeid med befolkningen, politikere, frivillige og enkeltpersoner. Prosjektet hevdes å være kostnads-effektivt med stor overføringsverdi til andre bydeler og kommuner.

I en studie som ble publisert i 1985 av Holme og medarbeidere presenteres resultater fra et randomisert primærforebyggende forsøk (Holme mfl. 1985). Studien hadde ikke som siktemål å evaluere effekten av tiltak mot sosiale ulikheter i helse, men noen av resultatene er interessante og refereres kort her. I forsøket som pågikk over fem år ble et antall menn (N=1.231) i Oslo med forhøyet risiko for koronar hjertesykdom gitt råd om kosthold og røyking. Analysene viste at reduksjonen i kolesterolnivået i intervensjonsgruppen var likt for alle sosiale klasser, og et uventet funn var at insidensen av koronar hjertesykdom var lavere i den nederste sosiale klassen i denne perioden. I tillegg var det denne gruppen som i størst grad responderte på rådgivningen om røykeslutt.

3.3.2 Internasjonale erfaringer

En omfattende gjennomgang av ulike europeiske lands tiltak mot sosiale ulikheter i helse viser at kunnskapsgrunnlaget om effektive tiltak er meget begrenset (Mackenbach & Bakker 2002). Dels skyldes dette at det er først nå man har nådd punktet der innfallsvinkler til policy og intervensjoner kan identifiseres, og der man har evaluert tiltak er kunnskapen vanskelig tilgjengelig fordi mye er såkalt «grå litteratur» som ikke er indeksert i konvensjonelle litteraturdatabaser (Mackenbach & Bakker 2003, Mackenbach 2003). Det foreslås derfor å opprette et prosjekt likt Cochrane-samarbeidet for kunnskap om effektive tiltak mot sosiale ulikheter i helse (Mackenbach 2003). Eksempler på slike studier er teoribaserte evalueringer og komparative studier. Det erkjennes at årsakene til sosiale ulikheter i helse kan variere fra land til land, men at flere helseutjevnerende tiltak kan identifiseres (Mackenbach & Bakker 2002):

1. Svært mange faktorer som påvirker helsa befinner seg utenfor rekkevidden til helsesektoren. Det anses nødvendig at helse legges på vektskålen når beslutninger skal tas også innenfor andre sektorer i samfunnet. Helsekonsekvensutredninger (Health impact assessment) anses som et viktig verktøy for å vurdere hvorvidt en beslutning vil føre til økte ulikheter i helse eller ikke. Dette krever bred oppslutning fra en rekke sektorer både i det private og det offentlige.

2. Sosiale tiltak hvor siktemålet er å eliminere fattigdom og å redusere arbeidsledigheten vil være viktig. Ulike typer arbeidsmarkedstiltak kan bidra til dette. Å bedre levekårene for utsatte grupper gjennom sosiale ytelser anses som essensielt.
3. Universelle velferdsordninger vil trolig ha en «buffereffekt» mot økende sosiale ulikheter i helse i økonomiske nedgangstider. Eksempel er Finland som på begynnelsen av 1990-tallet opplevde økonomiske nedgangstider uten at helseulikhetene økte i samme periode.
4. Å redusere uheldige fysiske og psykososiale forhold i arbeidsliv og på andre arenaer er også av betydning. Disse forholdene kan ha betydning direkte på helsa, og indirekte via utstøtningsmekanismer.
5. Flere livsstilstiltak kan redusere sosiale ulikheter i helse. Å redusere røyking i grupper med lav sosioøkonomisk status er en viktig innfallsport. Kostholdstiltak bør være både universelle og av spesifikk karakter.
6. Tiltak rettet mot barn og unge anses å ha stor betydning. Faktorer som virker uheldig inn på helse og velvære samt på mulighetene senere i livet er viktig å motvirke.
7. Lik tilgang til helsetjenester fremheves som viktig. I tillegg bør det tilstrebes å øke deltakelsen fra grupper med lav sosioøkonomisk status i screeningundersøkelser. Hjemmebesøk og lavterskeltilbud av enkelte spesialisthelsetjenester er også vist å være effektive tiltak i helsetjenesteintervensjoner.
8. Egenandeler for helsetjenester kan øke de sosiale ulikhetene i helse og bør unngås som virkemiddel. Det er uheldig å påvirke pasientatferd ved å heve terskelen for de minst ressurssterke.
9. På lokalt nivå kan tverrsektorielle partnerskap mellom offentlig virksomhet, næringsliv, frivillige organisasjoner samt arbeidsliv og forskningsmiljøer kunne påvirke helsa i depriverte områder og hos utsatte grupper.
10. Tiltakene bør i en viss utstrekning være kjønsspesifikke. Kvinners stilling på arbeidsmarkedet og forskjeller i livsstil mellom kvinner og menn gjør det nødvendig med et kjønnsperspektiv.

De mest effektive tiltakene vil være intervensjoner som griper inn i årsakskjeden på grunnleggende nivå (Mackenbach & Bakker 2002). Det at vi i Norge har en jevn økning i helseplager og dødelighet med synkende sosioøkonomisk status har konsekvenser for tiltakene som iverksettes. Det vil tilsi at høyrisikostراتيجier rettet mot utsatte grupper er utilstrekkelig. Det er de brede befolkningsrettede tiltakene mot sosiale forskjeller i samfunnet som trolig vil bidra til at helseforskjellene reduseres og at folkehelsa blir bedre.

4 Oppsummering

Det er tidligere referert til to kunnskapsoversikter utarbeidet i en norsk kontekst. I den første kunnskapsoversikten med studier fra 1980-tallet slås det fast at Norge har sosiale ulikheter i helse, og det oppsummeres med følgende (Dahl 1988:183): «Jeg tror det er riktig å si at vi har langt flere forklaringsmodeller enn gode svar. Forskningen om sosial ulikhet i helse bør i større grad legge vekt på teoretisk velbegrunnede prosjekter som kan kaste lys over årsaksmekanismene». I en senere oversikt av studier på 1990-tallet slås det fast at vi nå har god dokumentasjon på sosiale ulikheter i helse i Norge (Dahl 2000). Det påpekes videre at en svakhet med de norske studiene er at man i årsaksforståelsen har konsentrert seg primært om seleksjonsforklaringer og i liten grad om sosiale årsaksforklaringer. Mangelen på intervensjonsstudier om effekten av tiltak mot sosiale ulikheter fremheves, og det konkluderes med at (Dahl 2000:10): «Norway is a laggard in terms of attention and action devoted to this social and health problem». Årsakene til at Norge er en etterløper når det gjelder politikk og forskning på sosiale ulikheter i helse diskuteres i en senere artikkel (Dahl 2002). Her viser forfatteren til at de toneangivende politiske partiene oppfatter sosial ulikhet i helse som å være avgrenset til «vanskeligstilte» grupper i samfunnet. Nå vet vi bedre.

Både utdanningsnivå og inntektsnivå samvarierer med dødeligheten. Den totale dødeligheten er høyest for de lavest utdannede og de med minst inntekt, og avtar gradvis med økt utdannings- og inntektsnivå. Ulikhetene er større blant menn enn kvinner, og spesielt uttalt er forskjellene etter inntektsnivå. Også forskjeller i dødelighet etter yrkesklasse viser store ulikheter. Dødsårsakene viser samme mønster der risikoen er jevnt økende fra høyeste til laveste sosiale grupper.

Utviklingen fra 1970-tallet til 1990-tallet viser økte ulikheter i dødelighet for de dominerende dødsårsakene uttrykt ved relative mål på ulikhet etter utdanningsnivå og utdanningslengde. Alle utdanningsgruppene har en nedgang i dødelighet, men denne nedgangen går tregere hos de med lav utdanning. For dødeligheten av kreft registrerer vi en økning hos de med lav utdanning mens de med høy utdanning har en nedgang. Forskjellene i total dødelighet etter inntektsnivå viser en betydelig økning, spesielt fra 1980-tallet til 1990-tallet og dette gjelder uavhengig av mål på ulikhet. Spedbarnsdødeligheten viser seg også å henge sammen med foreldrenes utdanningsnivå slik at risikoen er større når foreldrene har lav utdanning.

For den somatiske helsa finner man samme mønster som for dødelighet, slik at risikoen er jevnt økende fra høyeste til laveste sosiale gruppe. Dette bildet er nokså entydig. Utviklingen over tid gir ikke noe tydelig bilde av hvordan utviklingen

har vært frem til nå. Stabilitet i de sosioøkonomiske ulikhetene er trolig den mest korrekte beskrivelsen av situasjonen så langt. For tannhelse vises det imidlertid til en klar økning. For den mentale helse er det også vist til ulikheter etter sosioøkonomisk status. Utviklingen over tid er imidlertid ikke studert for mental helse. For helsemålet egenvurdert helse vises det til samme sosiale fordeling som for dødelighet og sykdommer, også dette målet viser stabile ulikheter over tid.

Livsstilen viser en klar sosial fordeling: dårligere ernæring, tobakksbruk og fysisk inaktivitet opptrer hyppigere hos de med lavest sosioøkonomisk status. For alkoholbruk finner man imidlertid gradvis høyere konsum med økende sosioøkonomisk status. Studier av sykdomsatferd viser betydelige sosioøkonomiske ulikheter, der risikoen for uførepensjon er langt høyere hos dem med lavest sosioøkonomisk status. Studier angående bruken av helsetjenestene viser i grove trekk små sosioøkonomiske forskjeller. Unntaket er tannhelsetjenesten der resultater så langt kan tyde på betydelige sosioøkonomiske forskjeller.

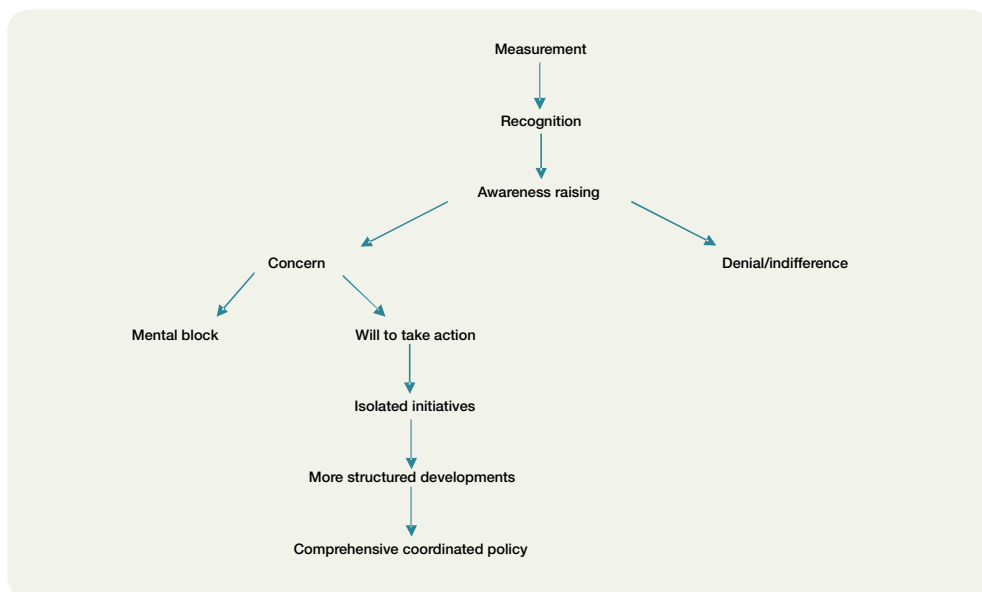
Bildet som tegnes av Norges posisjon i komparative internasjonale studier er på ingen måte entydig. De relative sosioøkonomiske ulikhetene i dødelighet plasserte Norge på en lite flatterende førsteplass i den mye siterte *Lancet*-artikkelen fra 1997. Senere studier har påvist fortsatt store relative sosioøkonomiske ulikheter i Norge for dødelighet og utvalgte dødsårsaker. De absolutte forskjellene etter sosioøkonomisk status plasserer i denne sammenheng Norge langt mer fordelaktig. I trendstudier finnes noe økte relative sosioøkonomiske ulikheter i dødelighet for alle land, også Norge. Ved å benytte andre mål på helse viser sammenliknende studier store relative forskjeller i Norge sammenliknet med andre europeiske land. Forskjellene varierer imidlertid både med mål på helse og mål på sosioøkonomisk status. Trendstudiene gir også et sammensatt bilde, men det er tendenser til at marginaliseringen av arbeidsledige i Norge gir økte helseulikheter sammenliknet med sysselsatte. I sammenliknende studier av livsstil finnes store relative forskjeller for røyking etter utdanningsnivå i Norge, spesielt hos yngre personer.

Studier som har sett på årsakene til sosiale helseforskjeller tyder på at både seleksjon og sosiale årsaksforklaringer kan ha betydning for de observerte ulikhetene i helse. Seleksjon har muligens bare begrenset betydning, men bør like fullt forsøkes motvirket gjennom tiltak mot dem med dårlig helse, helst så tidlig som mulig i deres livsløp. Tilrettelegging av arbeidssituasjonen for personer med funksjonshemminger og dårlig helse kan hindre utstøting fra arbeidslivet med påfølgende helsepolarisering. De sosiale årsaksforklaringene inneholder en rekke forklaringsmodeller, hvor fellesnevneren er fordelingen av levekår og sosiale rammebetingelser. Flere studier tyder på at fraværet av ressurser har betydning for helse, altså en materiell forklaring. At sammenhengen mellom inntekt og helse

former en gradient, gjør at psykososiale forhold kan tenkes å medvirke. Helseatferd og livsstilsforklaringer bidrar trolig også til observerte sosiale ulikheter i helse. Det viktige er imidlertid å undersøke hvorfor usunne levevaner opptrer hyppigst i gruppene med lavest sosioøkonomisk status. Helserelatert livsstil må trolig langt på vei ses på bakgrunn av kulturelle og sosiale rammebetingelser individet lever under.

Forskning som er utført med bakgrunn i livsløpsmodellen tyder på at sosiale ulikheter i helse gjenspeiler en rekke helsefremmende og helseskadelige forhold gjennom livet. Sosialt betingede påvirkningsfaktorer allerede i fosterlivet og tidlig barndom kan prege den biologiske utviklingen videre i livet med senere helsemessige konsekvenser. Negative helsepåvirkninger vil videre kunne akkumuleres gjennom livsløpet og til slutt gi utslag i manifest sykdom og tidlig død. Slike dynamiske forklaringer gjør det også nødvendig å se de sosiale ulikhetene i et generasjonsperspektiv, foreldrenes sosiale arv kan legge føringer på neste generasjons muligheter til å realisere sitt helsepotensiale. De norske studiene tyder på at forhold i barndom har betydning for enkelte dødsårsaker og helseproblemer, spesielt for dødeligheten av hjerte- og karsykdommer. For de andre dødsårsakene peker man på at sosiale forhold i voksenlivet trolig har størst betydning, men understreker at helseatferden bak disse dødsårsakene initieres i relativt ung alder, og er sterkt assosiert med kumulative sosiale forhold. Kun én studie har sett på kontekstuelle forholds betydning for helse, og man viser til moderat bidrag med hensyn til risiko for uførepensjon. Flere kontekststudier er underveis og kanskje kan disse kaste nytt lys over betydningen av romlige aspekter ved bo- og nærmiljø i forståelsen av de sosiale ulikhetene i helse. Det foreligger datamaterialer og analysemetoder for å kombinere livsløpsmodellen og kontekstforklaringene (Krokstad 2004). I et slikt økososialt dynamisk perspektiv oppnår man å se helsepåvirkninger på enkeltmennesket i både tid og rom (Krieger 2001). Studier fra England tyder på at denne typen årsaksforklaringer også vil kunne bidra i forståelsen av sosiale ulikheter i helse (Curtis mfl. 2004).

Metodeartefakter ser altså ikke ut til å bortforklare de sosiale ulikhetene i helse i Norge, og seleksjonsperspektivet har trolig begrenset forklaringskraft for de observerte ulikhetene i helse. De sosiale årsaksforklaringene er derfor potensielt viktige. Problemet er at det foreløpig er magert med forskning som har tatt utgangspunkt i sosiale årsaksforklaringer – her trengs det en kraftig økning i forskningsaktiviteten.



Figur 11:
Whiteheads «action spectrum» (Whitehead 1998).

Forskning som har evaluert effekten av tiltak mot sosiale ulikheter i helse er svært begrenset i Norge, og årsakene er flere. En av Englands ledende forskere på sosiale ulikheter i helse har beskrevet følgende rammeverk for hvordan et land kan velge å forholde seg til slike ulikheter (*fig. 11*): Måling og dokumentasjon er en forutsetning, og denne rapporten har i likhet med tidligere kunnskapsoversikter vist til studier som dokumenterer betydelige sosiale ulikheter i helse, som består og delvis øker. Hvorvidt disse ulikhetene anerkjennes som et problem avhenger av hvordan de toneangivende partiene oppfatter disse ulikhetene (Dahl 2002). Der-som man ser dette som et fenomen avgrenset til å gjelde såkalte vanskeligstilte grupper vil man trolig ikke nå den fasen der man skal begynne å bekymre seg for disse ulikhetene, og dette hevdes å være noe av årsaken til manglende initiativ i forhold til sosiale ulikheter i helse i Norge (Dahl 2002). Dette forholdet er trolig mye av forklaringen på manglende studier av tiltak.

Kunnskapsgrunnlaget må utvikles på bakgrunn av empiriske studier. Kontrollerte forsøk med enkeltindivider som eneste sikre form for kunnskap er feil måte å evaluere tiltakene mot sosiale ulikheter i helse på. Ved å avvise empiriske (ob-servasjonelle) studier som sikker kunnskap definerer man i så fall all forskning i samfunnsvitenskapene og humaniora som ugyldig. Å sammenlikne empiriske

(observasjonelle) studier med hverandre, nasjonalt og internasjonalt, samt å overvåke trender, fordrer en felles begreps- og metodebruk. Når artefaktforklaringen ble beskrevet under årsaksforklaringene var noe av hensikten nettopp å vise hvor viktig det er å kunne gjøre sammenliknende studier, kunnskapsgrunnlaget over sosiale ulikheter i helse hviler faktisk på at man greier å enes om metode og begrepsbruk. En felles internasjonal metode og begrepsbruk gjør også at man på sikt kan utføre mer systematiske review og metastudier og derigjennom styrke kunnskapsgrunnlaget vesentlig.

To viktige spørsmål knyttet til kunnskapsgrunnlaget blir hvilken kunnskap Norge kan nyttiggjøre seg fra den internasjonale forskningsfronten, samt hvilken ny kunnskap som trengs fra Norge med sine politiske og sosiale særegenheter. De landene som er kommet lengst i utarbeidelsen av en nasjonal politikk mot sosiale helseforskjeller er Nederland, Storbritannia og Sverige. Det er trolig også fra disse landene det kan være mest erfaringer å hente vedrørende policy og helseutjevningstiltak. Disse erfaringene kan tilpasses til en norsk kontekst dersom de er hensiktsmessige. Når det gjelder kunnskap fra Norge til andre land er det først og fremst karakteristika ved Norge som velferdsstat som er viktig. De omfordelende og utjevningstiltak som omfatter hele befolkningen, samt reguleringer av markedets og private aktørers atferd, har trolig en buffereffekt i forhold til sosiale helseforskjeller i økonomiske og sosiale nedgangstider. Kroneksempelene i så henseende er Finland som opplevde en dyp økonomisk nedgangstid på begynnelsen av 1990-tallet uten at dette fikk noen umiddelbare konsekvenser for folkehelsen (Lahelma mfl. 2001). På den andre siden registrerte man etter oppløsningen av Sovjetunionen et betydelig fall i den forventede levealderen (Lundberg 2005).

Det er i denne rapporten vist til studier som viser at de sosiale ulikhetene i helse består. De består uavhengig av om man benytter yrke, utdanning, inntekt eller andre mål på sosioøkonomisk status. Det er imidlertid grunn til å betone det faktum at inntekt er den indikatoren som har vist den tydeligste gradienten, spesielt i samband med dødelighet. Inntekt er i prinsippet også den variabelen som er lettest tilgjengelig for påvirkning gjennom skatter, avgifter og trygder (Westin 2004). Utjamningsmeldinga viste imidlertid til at inntektsforskjellene har økt i perioden fra 1986-1997 (St.meld. nr. 50 (1998-99) *Utjamningsmeldinga*). At tannhelsen viser store sosioøkonomiske ulikheter kan ses i sammenheng med rapporten som viste at bruken av tannhelsetjenester viser seg sterkt avhengig av sosioøkonomisk status. Dersom det eneste helsetjenestetilbudet hvor egen betalingsevne i stor grad påvirker bruken viser betydelige sosiale forskjeller burde dette mane til ettertanke. Spesielt i en tid hvor markedsløsninger for det øvrige helsevesenet stadig er på dagsorden.

Folkehelsemeldingen (St.meld. nr. 13 *Resept for et sunnere Norge*) fremhever betydningen av helsekonsekvensutredninger, det vil si at man vurderer konsekvensene av tiltak på alle samfunnsområder med henblikk på virkninger på folkehelsen, herunder sosiale ulikheter i helse. To eksempler på beslutninger som kan få helsekonsekvenser i forhold til sosiale ulikheter i helse kan nevnes kort. I den omfattende sammenfatningen av ulike lands tiltak som er beskrevet tidligere fremheves blant annet den uheldige effekten økte egenandeler på helsetjenester og medisiner har i forhold til økte sosiale ulikheter i helse (Mackenbach & Bakker 2002). Egenandeler i helsetjenesten kan anses som sterkt usosialt, all den tid vi vet at de minst bemidlede også er mest syke. Videre så fremheves betydningen av universelle velferdsordninger. Behovsprøvde ytelser vil øke de sosiale ulikhetene i helse, er kunnskapen som formidles fra forfatterne bak denne boken. Behovsprøvde ytelser er lansert som et alternativ til universelle ytelser i Norge, hvor argumentet er at et bærekraftig velferdssamfunn nødvendiggjør visse endringer. I praksis betyr dette at de minst privilegerte i samfunnet, som samtidig er de sykeste, også må bevisføre sin miserable tilstand. Om en slik omfordeling av ressurser er riktig, er først og fremst et politisk anliggende, god fordeling av helse og verdighet er det ikke. Et totalregnskap bør også kunne vise at det er samfunnsøkonomisk lønnsomt.

De viktigste forholdene for folkehelsen er: fordeling av makt og økonomiske ressurser, muligheter og vekst, frihet og innflytelse. Slaget om folkehelsen skjer først og fremst på den politiske arena (Mæland mfl. 2004 s 77).

Referanser:

- Arnesen, KE. Erikssen, J. Stavem, K (2002) Gender and socioeconomic status as determinants of waiting time for inpatient surgery in a system with implicit queue management. *Health Policy*; 62: 329–41
- Arntzen, A. Moum, T. Magnus, P. Bakketeig, LS (1996) The association between maternal education and post-neonatal mortality. Trends in Norway, 1968–1991. *International Journal of Epidemiology*; 25: 578–84
- Arntzen, A (2002) Mål for sosial ulikhet. Teoretiske og empiriske vurderinger. *Norsk Epidemiologi*; 12 (1): 11–17
- Arntzen, A. Samuelsen, SO. Bakketeig, LS. Stoltenberg, C (2004a) Socioeconomic status and risk of infant death. A population-based study of trends in Norway, 1967–1998. *International Journal of Epidemiology*; 33: 279–88
- Arntzen, A. Samuelsen, SO. Bakketeig, LS. Stoltenberg, C (2004b) Foreldres utdanning og spedbarnsdødelighet 1967–98. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*; 124: 2904–6
- Arntzen, A & Nybo Andersen, AM (2004c) Social determinants for infant mortality in the Nordic countries, 1981–2001. *Scandinavian Journal of Public Health*; 32: 381–9
- Avendaño, M. Kunst, A. Huisman, M. van Lenthe, F mfl. (2004) Educational level and stroke mortality. A comparison of 10 European countries during the 1990s. *Stroke*; 35: 432–37
- Avendaño, M. Kunst, A. van Lenthe, F. Bos, V. Costa, G. Valkonen, T. Cardano, M. Harding, S. Borgan, J-K. Glickman, M. Reid, A. Mackenbach, J.P (2005) Trends in socioeconomic disparities in stroke mortality in six European countries between 1981–1985 and 1991–1995. *American Journal of Epidemiology*; 161 (1): 52–61
- Barker, DJP. Bull, AR. Osmond, C. Simonds, SJ (1995) Foetal origins of coronary heart disease. *British Medical Journal*; 311: 171–4
- Barstad, A. (1997) *Store byer, liten velferd? Om segregasjon og ulikhet i norske storbyer*. Oslo – Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå
- Berntsson, LT & Köhler, L (2001) Long-term illness and psychosomatic complaints in children aged 2–17 years in the five Nordic countries. Comparison between 1984 and 1996. *European Journal of Public Health*; 11: 35–42
- Bjelland, I (2004) *Anxiety and depression in the general population. Issues related to assessment, comorbidity, and risk factors*. Dr.avhandling. Institutt for samfunnsmedisin. Universitetet i Bergen
- Borgan, JK & Kristofersen, LB (1986) *Dødelighet i yrker og sosioøkonomiske grupper 1970 – 1980*. Statistisk sentralbyrå. Oslo
- Borgan, JK. (1997) Utstøting gir lavere dødelighet hos yrkesaktive. *Samfunnsspeilet*; 11(1): 26–32
- Borgan, JK (2000) Sosial ulikhet i levevaner og livsstil. I: Ramm, J. mfl. (2000) *Helse i Norge*. Statistisk sentralbyrå. Oslo/Kongsvinger.
- Borgan, JK. (2004) Prester og fysioterapeuter lever lengst. *Samfunnsspeilet*; 18 (3): 2–8
- Bourdieu, P (1995) *Distinksjonen – En sosiologisk kritikk av dømmekraften*. Pax forlag A/S. Oslo
- Braverman, MT. Svendsen, T. Lund, KE. Aarø, LE (2001) Tobacco use by early adolescents in Norway. *European Journal of Public Health*; 11: 218–24
- Brekke, M. Hjortdal, P. Thelle, DS. Gulowsen Celius, E. Heldal, E. Joner, G. Kvien, TK (1998) Forskjeller i sykkelighet mellom indre øst og ytre vest i Oslo. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*; 118 (1): 14–7
- Brekke, M. Hjortdal, P. Thelle, DS. Kvien, TK (1999) Disease activity and severity in patients with rheumatoid arthritis: relations to socioeconomic inequality. *Social Science and Medicine*; 48: 1743–50
- Brekke, M. Hjortdal, P. Kvien, TK (2002) Severity of musculoskeletal pain: relations to socioeconomic inequality. *Social Science and Medicine*; 54: 221–228
- Brekke, M & Hjortdal, P (2004) Musculo-skeletal pain in 40- and 45- year olds in Oslo: differences between two socioeconomically contrasting areas, and their explanations. *International Journal for Equity in Health*; 3:10 doi:10.1186/1475-9276-3-10
- Bruusgaard, D (2003) Folketrygdens betydning for folkehelsen. I: Larsen, Ø. Alvik, A. Hagestad, K. Nylenna, M. (red). *Helse for de mange*. Samfunnsmedisin i Norge. Gyldendal. Oslo
- Bury, M (1997) *Health and illness in a changing society*. Routledge, London and New York
- Cavelaars, AEJM. Kunst, AE. Guerts, JJM mfl. (1998) Differences in self reported morbidity by educational level: A comparison of 11 Western European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 52: 219–27
- Cavelaars, AEJM. Kunst, AE. Guerts, JJM mfl. (2000) Educational differences in smoking: international comparison. *British Medical Journal*; 320: 1102–7

- Claussen, B (1991) *Arbeidsløs og helseløs? En medisinsk undersøkelse av lengre tids registrerte arbeidsløse i Grenland 1988*. Rapport nr 2/1991, Seksjon for helsetjenesteforskning. Statens institutt for folkehelse, Oslo
- Claussen, B, Bjørndal, A, Hjort, PF (1993) Health and re-employment in a two year follow-up of long term unemployed. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 47: 14–8
- Claussen, B. (1999) Health and re-employment in a five-year follow up of long-term unemployed. *Scandinavian Journal of Public Health*; 2: 94–100
- Claussen, B & Næss, Ø (2002a) Dødelighet i Oslo etter ulikheter i yrkesklasse. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*; 122: 1867–9
- Claussen, B & Næss, Ø (2002b) The selection hypothesis of social inequalities in health: The Oslo mortality study. *Norsk Epidemiologi*; 12 (1): 43–46
- Claussen, B, Davey Smith, G, Thelle, DS (2003) Impact of childhood and adulthood socioeconomic position on cause specific mortality: the Oslo mortality study. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 57: 40–5
- Cramer, V, Torgersen, S, Kringlen, E (2002) Livskvalitet i ulike deler av Oslo. *Norsk Epidemiologi*; 12 (3): 257–63
- Curtis, S, Southall, H, Congdon, P, Dodgeon, B (2004) Area effects on health variation over the life-course: analysis of the longitudinal study sample in England using new data on area of residence in childhood. *Social Science and Medicine*; 58: 57–74
- Dahl, E (1988) Sosial ulikhet i helse. En analyse av norske undersøkelser. Rapport nr.7 1988. *Statens institutt for folkehelse*: Oslo
- Dahl, E (1991) Inequality in health and the class position of women - the Norwegian experience. *Sociology of Health and Illness*; 13: 492–505
- Dahl, E (1993a) High mortality in lower salaried Norwegian men: the healthy worker effect? *Journal of Epidemiology and Community Health*; 47: 153–157
- Dahl, E (1993b) Social inequality in health – the role of the healthy worker effect. *Social Science and Medicine*; 36: 1077–86
- Dahl, E (1994a) Social inequalities in ill-health – the significance of occupational status, education and income. Results from a Norwegian survey. *Sociology of Health and Illness*; 16: 644–67
- Dahl, E (1994b) *Sosial ulikhet i helse: Artefakter eller seleksjon?* Dr.avhandling. FAFO-rapport 170. Oslo: FAFO
- Dahl, E (1997a) Social mobility and health: cause or effect? *British Medical Journal*; 313: 435
- Dahl, E (1997b) *Syssetsetting, sykefravær og sykkelighet 1980–1995*. Fafo-notat. Fafo. Oslo
- Dahl, E (2000) *Social inequalities in health: A review of the Norwegian evidence*. Fafo. Oslo
- Dahl, E (2002) Health inequalities and health policy: the Norwegian case. *Norsk Epidemiologi*; 12 (1): 69–75
- Dahl, E & Birkelund, GE (1997) Health inequalities in later life in a social democratic welfare state. *Social Science and Medicine*; 6: 871–81
- Dahl, E & Birkelund, GE (1999) Syssetsetting, klasse og helse 1980–1995. En analyse av fem norske levekårsundersøkelser. *Tidsskrift for samfunnsforskning*; 40 (1): 3–32
- Dahl, E & Elstad, JI (2001) Recent changes in social structure and health inequalities in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*; 29 (suppl 55): 7–17
- Dahl, E & Kjærsgaard, P (1993a) Social mobility and inequality in mortality – an assessment of the health selection hypothesis. *European Journal of Public Health*; 3: 124–32
- Dahl, E & Kjærsgaard, P (1993b) Trends in socioeconomic mortality differentials in post-war Norway – evidence and interpretations. *Sociology of Health and Illness*; 15: 447–71
- Dahl, E & Rognerud, M (1999) Helse og sosial ulikhet. I: *Folkehelse rapporten 1999*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Dalgard, F, Svensson, Å, Holm, JØ, Sundby, J (2004) Self-reported skin morbidity in Oslo. Associations with sociodemographic factors among adults in a cross-sectional study. *British Journal of Dermatology*; 151: 452–57
- Dalgard, OS mfl. (1995) *Sosialt nettverk, helse og samfunn*. Universitetsforlaget. Oslo
- Dalgard, OS, Rognerud, M, Strand, BH (2002) Psykisk helse i Helse- og levekårsundersøkelsen i 1998. Geografiske forskjeller. *Norsk Epidemiologi*; 12 (3): 249–56
- Dalgard, OS & Lund Håheim, L (1998) Psychosocial risk factors and mortality: A prospective study with special focus on social support, social participation, and locus of control in Norway. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 52: 476–81
- Daltveit, AK, Irgens, LM, Skjærven, R, Markestad, T, Alm, B, Wennergren, G, Norvenius, G, Helweg-Larsen, K (1998) Sociodemographic risk factors for sudden infant death syndrome: associations with other risk factors. *Acta Paediatrica*; 87: 284–90

- Davey Smith, G. Ebrahim, S. Frankel, S (2001) How policy informs the evidence – «evidence based» thinking can lead to debased policy making. *British Medical Journal*; 322: 184-5
- De Irala-Estévez, J. Groth, M. Johansson, L. Oltersdorf, U. Prättälä, R. Martínez-González, MA (2000) A systematic review of socio-economic differences in food habits in Europe: consumption of fruit and vegetables. *European Journal of Clinical Nutrition*; 54 (9): 706-14
- Eagan, TML. Gulsvik, A. Eide, GE. Bakke, PS (2004) The effect on educational level on the incidence of asthma and respiratory symptoms. *Respiratory Medicine*; 98: 730-36
- Egeland, GM. Tverdal, Å. Selmer, RM. Meyer, HE (2003) Socioeconomic status and coronary heart disease risk factors and mortality: Married residents, three counties, Norway. *Norsk Epidemiologi*; 13: 155-62
- Elstad, JI (1985) Helseulikheter mellom sosiale klasser. *Tidsskrift for samfunnsforskning*; 26: 29-51
- Elstad, JI (1987) Diagnose av allmennlegetjenesten. INAS-rapport, 1985:7. Institutt for sosialforskning. Oslo
- Elstad, JI (1992) Et klassebegrep for 90-årene? En kritisk oversikt over tre sosiologiske klasseteorier. *Tidsskrift for samfunnsforskning*; 33: 3-25
- Elstad, JI (1995a) Employment status and women's health – exploring the dynamics. *Acta Sociologica*; 38 (3): 231-49
- Elstad, JI (1995b) Sosial klasse i helsestatistikk og forskning. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*; 115 (4): 502-4
- Elstad, JI (1996a) Inequalities in health related to women's marital, parental, and employment status – a comparison between the early 70s and the late 80s, Norway. *Social Science and Medicine*; 42 (1): 75-89
- Elstad, JI (1996b) How large are the differences really? Self-reported longstanding illness between working class and middle class men. *Sociology of Health and Illness*; 18 (4): 475-98
- Elstad, JI (1998) The psychosocial perspective on social inequalities in health. *Sociology of Health and Illness*; 20 (5): 598-618
- Elstad, JI (2000) *Social inequalities in health and their explanations*. Dr.avhandling. Oslo: Norwegian Social Research, NOVA.
- Elstad, JI (2001) Health-related mobility, health inequalities, and gradient constraint: Discussion and results from a Norwegian study. *European Journal of Public Health*; 11: 135-40
- Elstad, JI (2002) Strategien mot sosioøkonomiske helseulikheter: Skal den innbefatte helserelatert seleksjon? *Norsk Epidemiologi*; 12 (1): 39-42
- Elstad, JI (2003) Livsstil, arbeidsmiljøbelastninger og helseulikheter blant 55-årige menn. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*; 123 (16): 2289-91
- Elstad, JI (2004a) Health and status attainment – Effects of health on occupational achievement among employed Norwegian men. *Acta Sociologica*; 47 (2): 127-40
- Elstad, JI (2004b) Sosial ulikhet i helse – livsstil eller livslop? I: Nylenna, M & Jakobsen, G (red) *Legerollens mange muligheter*, s. 90-100. Gyldendal Akademisk. Oslo
- Elstad, JI (2005) Childhood adversities and health variations among middle-aged men: a retrospective lifecourse study. *European Journal of Public Health*; 15 (1): 51-8
- Elstad, JI & Krokstad, S (2003) Social causation, health selective mobility, and the reproduction of socioeconomic health inequalities over time: panel study of adult men. *Social Science and Medicine*; 57: 1475-89
- Engeset, D. Alsaker, E. Ciampi, A. Lund, E (2005) Dietary patterns and lifestyle factors in the Norwegian EPIC cohort: The Norwegian Women and Cancer (NOWAC) study. *European Journal of Clinical nutrition*; Advance online publication 23 March 2005; doi: 10. 1038/sj.ejcn. 1602129
- Eriksen, HR & Ursin, H (2002) Social inequalities in health: Biological, cognitive and learning theory perspectives. *Norsk Epidemiologi*; 12 (1): 33-8
- Finnvold, JE & Nordhagen, R (1996) Helseulikhet i barns første leveår. *Samfunnsspeilet*; 10: 17-24.
- Finnvold, JE. Nordhagen, R. Schalm, A (1997) Astma blant barn skjevt sosialt fordelt *Samfunnsspeilet*; 11: 36-41
- Forsdahl, A (1977) Are poor living conditions in childhood and adolescence an important risk factor for arteriosclerotic disease? *British Journal of Preventive & Social Medicine*; 31 (2): 91-5
- Friestad, C (1998) *Social psychological approaches to smoking*. Dr.avhandling Bergen. Hemil-senteret, Psykologisk fakultet. Universitetet i Bergen
- Fugelli, P. (1999) *Rød resept: Essays om perfektjon, prestasjon og helse*. Tano Aschehoug, Oslo
- Giskes, K. Kunst, AE. Benach, J. Borell, C. Costa, G. Dahl, E mfl (2005) Trends in smoking behaviour between 1985 and 2000 in nine European countries by education. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 59: 395-401

- Gjesdal, S. Ringdal, PR. Haug, K. Mæland, JG (2004) Predictors of disability pension in long-term sickness absence. *European Journal of Public Health*; 14: 398-405
- Gjesdal, S (2005) Sykefraværets utvikling i Norge 1975–2002. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*; 125: 742-5
- Gjestland, T & Moen, E (1988) «East is east, and west is west...» NIBR-Rapport nr.21 Oslo: Norsk institutt for by- og regionsforskning.
- Grasdal, AL (2003) Sosial ulikhet og ulikhet i helse. Hva viser komparative studier? *Økonomisk Forum*; nr. 2
- Groholt, E-K. Stigum, H. Nordhagen, R. Köhler, L (2001) Children with chronic health conditions in the Nordic countries in 1996 – influence of socio-economic factors. *Ambulatory Child Health*; 7: 177-89
- Groholt, E-K & Nordhagen, R (2002) Ulikhet i helse og helsetjenesteforbruk hos nordiske barn etter foreldrenes utdannelse. *Norsk Epidemiologi*; 12 (1): 47-54
- Groholt, E-K. Stigum, H. Nordhagen, R. Köhler, L (2003a) Health service utilization in the Nordic countries in 1996. *European Journal of Public Health*; 13: 30-7
- Groholt, E-K. Stigum, H. Nordhagen, R. Köhler, L (2003b) Recurrent pain in children, socio-economic factors and accumulation in families. *European Journal of Epidemiology*; 18: 965-75
- Grøtvedt, L (2002a) *Helseprofil for Oslo – Voksne*. Nasjonalt folkehelseinstitutt, Oslo kommune, Program for storbyrettet forskning.
- Grøtvedt, L (2002b) *Helseprofil for Oslo – Eldre*. Nasjonalt folkehelseinstitutt, Oslo kommune, Program for storbyrettet forskning.
- Grøtvedt, L & Stavem, K (2005) Association between age, gender and reasons for smoking cessation. *Scandinavian Journal of Public Health*; 33: 72-6
- Hagen, K. Djuve, AB. Vogt, P (1994) *Oslo: den delte byen?* FAFO-rapport 161. Oslo
- Hagen, KB. Holte, H. Tambs, K. Bjerkedal, T (2000) Socioeconomic factors and disability retirement from back pain. *Spine*; 25 (19): 2480-7
- Hagen, K. Vatten, L. Stovner, LJ. Zwart, J-A. Krokstad, S. Bowim, G (2002) Low socioeconomic status is associated with increased risk of frequent headache: a prospective study of 22 718 adults in Norway. *Cephalalgia*; 22: 672-9
- Hagen, K (2003) Head-HUNT – jakten på årsaker til hodepine. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*; 123 (8): 1072-4
- Halldórsson, M. Kunst, AE. Köhler, L. Mackenbach, JP (2000) Socioeconomic inequalities in the health of children and adolescents. *European Journal of Public Health*; 10: 281-88
- Hart, JT (1971) The inverse care law. *Lancet*; 1: 405-12
- Hart, JT (2000) Commentary: three decades of the inverse care law. *British Medical Journal*; 320: 18-9
- Helseundersøkelsen 1985*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1987.
- Helseundersøkelsen 1995*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1997.
- Henriksen, T. Haugen, G. Bollerslev, J. Kolset, SO. Drevon, CA. Iversen, PO. Clausen, T (2005) Ernæring i fosterlivet og fremtidig helse. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*; 125 (4): 442-4
- Hjartåker, A & Lund, E (1999) Relationship between dietary habits, age, lifestyle and socioeconomic status among Norwegian women. The Norwegian Women and Cancer Study. *European Journal of Clinical Nutrition*; 52: 565-72
- Hjort, PF (1982) Helsebegrepet, helseidealet og helsepolitiske mål. I: Loretzen, PE (red) *Helsepolitikk og helseadministrasjon*. Tanum-Nordli, Oslo
- Holmboe-Ottesen, G. Wandel, M. Mosdøl, A (2004) Sosiale ulikheter og kosthold. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*; 124 (11): 1526-8
- Holme, I. Hjermann, I. Helgeland, A. Leren, P (1985) The Oslo study: Diet and antismoking advice. Additional results from a 5 year primary preventive Trial in middle aged men. *Preventive Medicine*; 14: 279-92
- Holst, D. Grytten, J. Skau, I (2005) Den voksne befolknings bruk av tannhelsetjenester i Norge i 2004. *Den Norske Tannlegeforenings Tidende*; 115: 212-6
- Holte, H. Krokstad, S. Magnus, P (2000a) *Årsaker til uførepensjonering*. Rapport 2000:5. Statens Institutt for Folkehelse.
- Holte, H. Tambs, K. Bjerkedal, T (2000b) Manual work as predictor for disability pensioning with osteoarthritis among the employed in Norway 1971–1990. *International Journal of Epidemiology*; 29: 487-94
- Holte, H. Tambs, K. Bjerkedal, T (2001) Becoming a disability pensioner with rheumatoid arthritis in Norway 1971-1990. *The Journal of Rheumatology*; 28 (1): 54-61

- Holte, H. (2002) *Disability pensioning with musculoskeletal diseases in Norway*. Oslo. Dr.avhandling. Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo
- Holte, H. Tambs, K. Bjerkedal, T (2002) Physically demanding situations as predictors of disability pensioning with soft tissue rheumatism among persons 30-39 years old in Norway, 1981-90. *The Journal of Rheumatology*; 29 (8): 1760-6
- Huisman, M. Kunst, AE. Andersen, O. Bopp, M. Borgan, J-K. Borrell, C. Costa, G. Deboosere, P. Desplanques, G. Donkin, A. Gadeyne, S. Minder, C. Regidor, E. Spadea, T. Valkonen, T. Mackenbach, JP (2004) Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 58: 468-75
- Huisman, M. Kunst, AE. Bopp, M. Borgan, J-K. Borrell, C. Costa, G. Deboosere, P. Gadeyne, S. Glickman, M. Marinacci, C. Minder, C. Regidor, E. Valkonen, T. Mackenbach, JP (2005) Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged men and women in eight European populations. *Lancet*; 365: 493-500
- Idler, EL & Benyamini, Y (1997) Self rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*; 38 (1): 21-37
- Jakobsen, BK & Thelle, DS (1988) Risk factors for coronary heart disease and level of education. The Tromsø Heart Study. *American Journal of Epidemiology*; 127 (5): 923-32
- Jakobsen, B.K & Nilsen, H (2000) High education is associated with low fat and high fibre, beta-carotene and vitamin C – Computation of nutrient intake based on a short food frequency questionnaire in 17,265 men and women in the Tromsø study. *Norsk Epidemiologi*; 10 (1): 57-62
- Jenum, AK. Thelle, DS. Stensvold, I Hjermann, I (1998) Regionale ulikheter i sykdomsrisiko i Oslo. Røyke- og mosjonsvaner, kroppsmasseindeks, blodlipidnivå og blodtrykk blant 40-åringer 1985-88. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*; 118 (1): 23-27
- Jenum, AK. Stensvold, I. Thelle, DS (2001) Differences in cardiovascular disease mortality and major risk factors between districts in Oslo. An ecological analysis. *International Journal of Epidemiology*; 30: 59-65
- Jenum, AK & Birkeland, KI (2003) «Mosjon på Romsås» (MoRo) – et helsefremmende intervensjonsprosjekt for å fremme fysisk aktivitet i et multi-etnisk lokalsamfunn i Oslo øst. *Norsk Epidemiologi*; 13 (1): 55-63
- Jenum, AK. Lorentzen, C. Andressen, SA. Birkeland, KI. Holme, I. Lund-Larsen, PG. Ommundsen, Y. Raastad, T. Thelle, DS. Bahr, R (2003) Promoting physical activity in a multi-ethnic district – methods and baseline results of a pseudo-experimental intervention study. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*; 10: 387-96
- Johansson, L. Thelle, DS. Solvoll, K. Aa Bjørneboe, GE. Drevon, CA (1999) Healthy dietary habits in relation to social determinants and lifestyle factors. *British Journal of Nutrition*; 81: 211-20
- Kawachi, I. Subramanian, SV. Almeida-Filho, N (2002) A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 56 (9): 647-52
- Kravdal, Ø (1999) Sosiale forskjeller i kreftoverlevelse. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*; 119: 1577-83.
- Kreyberg, S (1999) Kønnsulikheter i mønstrene av sammenhenger mellom selvpålevd helse, sivil status, utdanningslengde, risikofaktorer og helseatferd i en tverrsnittundersøkelse av 40-årige kvinner og menn i Aust-Agder i 1996. *Norsk Epidemiologi*; 9 (2): 135-42
- Krieger, N (2001) Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*; 30: 668-77
- Kristensen, P. Bjerkedal, T. Irgens, LM (2004) Birthweight and work participation in adulthood. *International Journal of Epidemiology*; 33: 849-56
- Kristensen, P & Bjerkedal, T (2004) Trender i deltakelse i arbeidslivet – betydningen av kronisk sykdom som barn og utdanningsnivå. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*; 124 (22): 2879-83
- Kristofersen, LB (1991) Recent trends on socioeconomic differential mortality in Norway. I: *Socio-economic differential mortality in industrialized societies*. Paris: CICRED 7:116-57
- Kringlen, E. Torgersen, S. Cramer, V (2001) A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*; 158: 1091-8
- Krokstad, S & Westin, S (2002) Health inequalities by socioeconomic status among men in the Nord-Trøndelag Health Study, Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*; 30: 113-24
- Krokstad, S. Johnsen, R. Westin, S (2002a) Social determinants of disability pension: a 10-year follow-up of 62 000 people in a Norwegian county population. *International Journal of Epidemiology*; 31: 1183-91
- Krokstad, S. Kunst, AE. Westin, S (2002b) Trends in health inequalities by educational level in a Norwegian total population study. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 56: 375-80

- Krokstad, S. Ringdal, K. Westin, S (2002c) Classifying people by social class in population based health surveys: Two methods compared. *Norsk Epidemiologi*; 12 (1): 19-25
- Krokstad, S. Johnsen, R. Westin, S (2002d) Medisinske og ikke-medisinske risikofaktorer for uførepensjon. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*; 122 (15): 1479-85
- Krokstad, S & Westin, S (2004) Disability in society – medical and non-medical determinants for disability pension in a Norwegian total county population study. *Social Science and Medicine*; 58: 1837-48
- Krokstad, S (2004) *Socioeconomic inequalities in health and disability. Social epidemiology in the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT)*, Norway. Dr.avhandling NTNU, HUNT forskningscenter, Verdal.
- Krokstad, S. Magnus, P. Skrandal, A. Westin, S. (2004). The importance of social characteristics of communities for the medically based disability pension. *European Journal of Public Health*; 14: 406-12
- Kunst, AE. Groenhouf, F. Mackenbach, JP and the EU working group on socioeconomic inequalities in health (1998a) Mortality by occupational class among men 30-64 years in 11 European countries. *Social Science and Medicine*; 46 (11): 1459-76
- Kunst, AE. Groenhouf, F. Mackenbach, JP and the EU working group on socioeconomic inequalities in health (1998b) Occupational class and cause specific mortality in middle aged men in 11 European countries: comparison of population based studies. *British Medical Journal*; 316: 1636-42
- Kunst, AE. del Rios, M. Groenhouf, F. Mackenbach, JP mfl. (1998c) Socioeconomic inequalities in stroke mortality among middle-aged men. An international overview. *Stroke*; 29: 2285-91
- Kunst, AE. Groenhouf, F. Andersen, O. Borgen, J-K mfl. (1999) Occupational class and ischemic heart disease mortality in the United States and 11 European countries. *American Journal of Public Health*; 89 (1): 47-53
- Kunst, AE. Bos, V. Lahelma, E. Bartley, M. mfl. (2004) Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *International Journal of Epidemiology*; Advance access published Nov 24, 2004. doi:10.1093/ije/dyh342
- Lahelma, E. Manderbacka, K. Rahkonen, O. Karisto, A (1994) Comparison of inequalities in health: Evidence from national surveys in Finland, Norway and Sweden. *Social Science and Medicine*; 38 (4): 517-24
- Lahelma, E. Lundberg, O. Manderbacka, K. Roos, E (2001) Changing health inequalities in the Nordic countries? *Scandinavian Journal of Public Health*; 29; (suppl 55): 1-5
- Lahelma, E. Kivela, K. Roos, E. Tuominen, T. Dahl, E. Diderichsen, F. Elstad, JI. Lissau, I. Lundberg, O. Rahkonen, O. Rasmussen, NK. Yngwe, M.Å (2002) Analysing changes of health inequalities in the Nordic welfare states. *Social Science and Medicine*; 55: 609-25
- Lande, B. Andersen, LF. Bærug, A. Trygg, KU mfl. (2003) Infant feeding practices and associated factors in the first six months of life: The Norwegian infant nutrition study; *Acta Paediatrica*; 92: 152-61
- Leganger, A & Kraft, P (2003) Control constructs: Do they mediate the relation between educational attainment and health behaviour? *Journal of Health Psychology*; 8 (3): 361-72
- Lian, OS (2000) Behovet for helsetjenester – naturgitt eller sosialt bestemt? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*; 120: 111-4
- Lindbæk, M. Wefring, KW. Grangård, E. Øvsthus, K (2003a) Sosioøkonomiske forhold og astma hos 4 – 5 åringer – en kohortstudie i Vestfold. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*; 123 (9): 1187-90
- Lindbæk, M. Wefring, KW. Grangård, E. Øvsthus, K (2003b) Socioeconomical conditions as risk factors for bronchial asthma in children aged 4-5 yrs. *European Respiratory Journal*; 21: 105-8
- López-Azpiazu, I. Sánchez-Villegas, A. Johansson, L. Petkeviciene, J. Prättälä, R. Martínez-González, MA. (2003) Disparities in food habits in Europe: systematic review of educational and occupational differences in the intake of fat. *Journal of human nutrition and dietetics*; 16: 349-64
- Lund, E (2000) Sosioøkonomisk status, selvurdert helse og sykdom blant norske kvinner i alderen 45-64 år. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*; 120: 1131-1134
- Lund, E & Koster Jacobsen, B (1991) Education and breast cancer mortality: experience from a large Norwegian cohort study. *Cancer Causes and Control*; 2: 235-238
- Lund, KE (1996) *Samfunnsskapte endringer i tobakksbruk i Norge idet 20. århundre*. Dr. avhandling Oslo: Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo.
- Lund, KE (2003) Røyking – kulturfenomen og risikofaktor. I: Larsen, Ø. Alvik, A. Hagestad, K. Nylenna, M. (red). *Helse for de mange. Samfunnsmedisin i Norge*. Gyldendal. Oslo
- Lund, KE. Helgason, AR. Andersen, M (2004) Endringer i småbarnsforeldres rapportering om passiv røyking. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*; 124 (1): 16-9

- Lund, KE & Lund, M (2005) Røyking og sosial ulikhet i Norge. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*; 125 (5): 560-3
- Lund, M. Lund, KE. Rise, J (2005) Sosiale ulikheter og røykeslutt blant voksne. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*; 125 (5): 564-8
- Lundberg, O (2005) Ojämlikhet i hålsa i Sverige: Trender och policyimplicationer. Foredrag på nasjonalt seminar om sosiale ulikheter i helse, Jægtvolden 2005
- Lunde, E.S (2000a) God helse – langt mer enn fravær av sykdom. I: Ramm, J. mfl. (2000) *Helse i Norge*. Statistisk sentralbyrå. Oslo/Kongsvinger.
- Lunde, E.S (2000b) Større åpenhet om psykiske lidelser. I: Ramm, J. mfl. (2000) *Helse i Norge*. Statistisk sentralbyrå. Oslo/Kongsvinger.
- Lund Nilsen, TI. Johnsen, R. Vatten, LJ (2000) Socio-economic and lifestyle factors associated with the risk of prostate cancer. *British Journal of Cancer*; 82 (7): 1358-63
- Lynch, J. Kaplan, GA. Salonen, JT (1997) Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychological characteristics by stages of socioeconomic life course. *Social Science and Medicine*; 44: 809-19
- Mackenbach, JP & Kunst, AE (1997) Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Social Science and Medicine*; 44 (6): 757-71
- Mackenbach, JP. Kunst, AE. Cavelaars, E. Groenhouf, F. Guerts, J, and the EU working group on socioeconomic inequalities in health (1997) Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *Lancet*; 349: 1655-9
- Mackenbach, JP. Kunst, A. Groenhouf, F. Korgan, J-K. Costa, G. Faggiano, F. Józán, P. Leinsalu, M. Martikainen, P. Rychtarikova, J. Valkonen, T (1999) Socioeconomic inequalities in mortality among women and men: An international study. *American Journal of Public Health*; 89 (12): 1800-6
- Mackenbach, JP. Cavelaars, AEJM. Kunst, AE. Groenhouf, F and the EU working group on socioeconomic inequalities in health (2000) Socioeconomic inequalities in cardiovascular disease mortality; an international study. *European Heart Journal*; 21: 1141-51
- Mackenbach, JP & Bakker, MJ (2002) *Reducing inequalities in health. A European perspective* (eds). Routledge. London
- Mackenbach, JP (2003) Tackling inequalities in health: the need for building a systematic evidence base. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 57: 162
- Mackenbach, JP & Bakker, MJ (2003) Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences. *Lancet*; 362: 1409-14
- Mackenbach, JP. Bos, V. Andersen, O. Cardano, M. Costa, G. Harding, S. Reid, A. Hemström, Ö. Valkonen, T. Kunst, AE (2003) Widening socioeconomic inequalities in mortality in six European countries. *International Journal of Epidemiology*; 32: 830-7
- Mackenbach, JP. Huisman, M. Andersen, O. Bopp, M. mfl. (2004) Inequalities in lung cancer mortality by educational level in 10 European populations. *European Journal of Cancer*; 40: 126-35
- Marmot, MG (2004) *The status syndrome: How your social standing directly affects your health and life expectancy*. Bloomsbury. London
- Moum, T. Falkum, E. Tambs, K. Vaglum, P (1991) Sosiale bakgrunnsfaktorer og psykisk helse. I: Moum T (red) *Helse i Norge. Sykdom, livsstil og bruk av helsetjenester*. Gyldendal Norsk Forlag. Oslo
- Midtsundstad, T & Dahl, E (2000) *Yrke og forventet levealder*. Notat. Fafo, Oslo
- Møeland, JG. Westin, S. Haug, K (2002) Helseulikhetene består: hvordan kan de forklares og bekjempes? (red). *Norsk Epidemiologi*; 12 (1): 3-5
- Møeland, JG. Fugelli, P. Høyer, G. Westin, S (2004) *Sosialmedisin – i teori og praksis*. Gyldendal Norsk Forlag. Oslo
- Njølstad, I. Arnesen, E. Lund-Larsen, PG (1996) Body height, cardiovascular risk factors, and risk of stroke in middle-aged men and women. *Circulation*; 94: 2877-82
- Næss, Ø & Claussen, B (2002) Barnehelse og livsløp. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*; 122: 636-7
- Næss, Ø (2003) Risikobegreper og folkehelse på to ulike måter – folkehelsemeldingen og WHO's årsrapport. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*; 123: 3245-7
- Næss, Ø (2004) Individ og gruppenivå i befolkningsundersøkelser og helsetjenesteforskning. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*; 124: 2783-4
- Næss, Ø. Claussen, B. Thelle, DS. Davey Smith, G (2004a) Cumulative deprivation and cause specific mortality. A census based study of life course influences over three decades. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 58: 599-603

- Næss, Ø. Claussen, B. Davey Smith, G (2004b) Relative impact of childhood and adulthood socioeconomic conditions on cause specific mortality in men. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 58: 597-8
- Olsen, B (1998) Helse og ulikhet – er vår uskyldstid over? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*; 118: 13
- Pickett, KE & Pearl, M (2001) Multilevel analysis and neighbourhood socio-economic context and health outcomes: a critical review. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 55: 111-22
- Rognerud, M & Stensvold, I (1998) *Oslohelse. Utredningen om helse, miljø og sosial ulikhet i bydelene*. Oslo: Ullevål sykehus, Klinikk for forebyggende medisin.
- Rognerud, M. Krüger, Ø. Gjertsen, F. Thelle, DS (1998) Strong regional links between socio-economic background factors and disability and mortality in Oslo, Norway. *European Journal of Epidemiology*; 14: 457-63
- Rognerud, M. Strand, BH. Hesselberg, Ø (2000) *The health of disadvantaged groups in Norway*. Rapport 2000:2. National Institute of Public Health. Oslo
- Rognerud, M. Strand, BH. Dalgard, OS (2002) Psykisk helse i Helse- og levekårsundersøkelsen i 1998 _ Sosioøkonomiske forskjeller i psykisk helse og livsstil. *Norsk Epidemiologi*; 12: 239-48
- Rognerud, M & Zahl, P-H (2005) Social inequalities in mortality: Changes in the relative importance of income, education and household size over a 27-year period. *European Journal of Public Health* (forthcoming)
- Roos, E. Kivelä, K. Lahelma, E. Tuominen, T. Dahl, E. Diderichsen, F. Elstad, JI. Lissau, I. Lundberg, O. Rahkonen, O. Rasmussen, NK. Yngwe, M.Å (2001) Liten förändring av hälsoskillnader i Norden under 1980- och 1990-talen. *Läkartidningen*; 98 (21): 2576-84
- Roos, E. Lahelma, E. Saastamoinen, P. Elstad, JI (2005) The association of employment status and family status with health among women and men in four Nordic countries. *Scandinavian Journal of Public Health* (forthcoming)
- Roos, G. Johansson, L. Kasmel, A. Klumbiené, J. Prättälä, R (2000) Disparities in vegetable and fruit consumption: European cases from the north to the south. *Public Health Nutrition*; 4 (1): 35-43
- Rose, G (1985) Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*; 14: 32-8
- Rose, G (1992) *The strategy of preventive medicine*. Oxford University Press. Oxford
- Sanne, B. Mykletun, A. Dahl, AA. Moen, BE. Tell, GS (2003) Occupational differences in levels of anxiety and depression: The Hordaland health study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*; 45: 628-38
- Schuller, AA (1999) Better oral health, more inequality – Empirical analysis among young adults. *Community Dental Health*; 16 (3): 154-9
- Schwartz, S & Carpenter, KM (1999) The right answer for the wrong question: consequences of type III error for public health research. *American Journal of Public Health*; 89: 1175-80
- Silventoinen, K & Lahelma, E (2002) Health inequalities by education and age in four Nordic countries, 1986 and 1994. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 56: 253-58
- Sirnes, E. Sødal, E. Nurk, E. Tell, G.S (2003) Forekomst av muskel- og skjelettplager i Hordaland. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*; 123: 2855-9
- Sosial- og helsedirektoratet (2004) *Tall om tobakk 1973-2003*. Sosial- og helsedirektoratet. Oslo
- Stensvold, I. Rognerud, M. Thelle, DS (1998) Dødelighet av alle årsaker i regioner og bydeler i Oslo: Sammenlikning med utvalgte Europeiske land. *Norsk Epidemiologi*; 8 (1): 21-8
- St.meld.nr 50. (1988-99). *Utgjningsmeldinga. Om fordeling av inntekt og levekår i Norge*. Sosial og helsedepartementet. Oslo
- St.meld.nr.16 2002-2003. *Resept for et sunnere Norge*. Folkehelsepolitikken. Helsedepartementet. Oslo
- Strand, BH & Steiro, A (2003) Alkoholbruk, inntekt og utdanning i Norge 1993-2000. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*; 123: 2849-53
- Strand, BH. Tverdal, Å (2004) Can cardiovascular risk factors and lifestyle explain the educational inequalities in mortality from ischaemic heart disease and from other heart diseases? 26 year follow up of 50 000 Norwegian men and women. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 58: 705-9
- Strand, BH mfl (2005) Is birth history the key to highly educated women's higher breast cancer mortality? A follow-up study of 500,000 women aged 35-54. *International Journal of Cancer*, published online 28 June 2005
- Sundt E (1987) *Om fattigforholdene i Christiania*. Verker i utvalg 11. Gyldendal Norsk Forlag. Oslo
- Svalund, J (2005) Velferdsstatens siste hull? *Samfunnsspillet*; 19 (3): 2-8
- Sæbø, G (1993) *Som folk flest? En beskrivelse av levekårsforskjeller mellom sosialklienter og totalbefolkning*. INAS-notat 1993:4. INAS. Oslo
- Thürmer, H (1993) *Risk factors for, and 13-year mortality from, cardiovascular disease by socioeconomic status*. Dr.avhandling. ISM skriftserie nr.26 Tromsø

- Torgersen, S. Kringlen, E. Cramer, V (2001) The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*; 58: 590-6
- Torgersen, S. Cramer, V. Kringlen, E (2002) Psykiske forstyrrelser i ulike bydelsregioner i Oslo. *Norsk Epidemiologi*; 12 (3): 265-8
- Townsend, P & Davidson, N (1982) *Inequalities in health. The Black Report* (eds). Harmondsworth: Penguin Books.
- UNDP (2001) Human development report 2001 – Making new technologies work for human development. *United Nations Development Programme*. Oxford university press. New York / Oxford
- Vaage, OF (2004) *Trening, mosjon og friluftsliv. Resultater fra levekårsundersøkelsen 2001 og tidsbruksundersøkelsen 2000*. Rapporter 2004/13. Statistisk Sentralbyrå. Oslo/Kongsvinger.
- Van Doorslaer, E & Koolman, X (2002) *Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries*. Equity II Project working paper no. 6
- Van Doorslaer, E. Masseira, C. Koolman, X and the OECD Health equity research group (2004) Unequal access to medical care by income. In: *Towards high-performing health systems*. Report, The OECD health project.
- Vangen, S. Nordhagen, R. Lie, KK (2005) Gjensyn med Forsdahl-Barker-hypotesen. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*; 125 (4): 451-3
- Wergeland, E & Westin, S (2004) Svekket arbeidervern bør bekymre legestanden. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*; 124: 1542-5
- Westin, S. Schlesselman, JJ. Korper, M (1989) Long term effects of a factory closure: unemployment and disability during ten years' follow-up. *Journal of Clinical Epidemiology*; 42: 435-41
- Westin, S (1994a) Ervervsmessig uførhet – et forhold mellom individets ressurser og arbeidslivets krav. I: Brusgaard, D. Hatland, A. Syse, A (red) *Et nødvendig gode. Folketrygdens krav i velferds-Norge*. Ad notam, Gyldendal. Oslo
- Westin, S (1994b) Sosial klasse – dimensjonen som forsvant. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*; 114: 2821-3
- Westin, S (1999a) Likhhet og brorskap verneverdige verdier i helsetjenesten. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*; 119: 1474-9
- Westin, S (1999b) Velferd og helse i folketrygdens århundre. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*; 119: 4507-13
- Westin, S (2000a) Ny ekstraskatt for de syke. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*; 120: 653
- Westin, S (2000b) Hvordan står det egentlig til med Ola og Kari nordmann? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*; 120: 2586
- Westin, S (2001) De fem scenariene – marked for alle pengene? *Utposten*; nr. 1; 2001
- Westin, S (2002) Sosiale gradienter i helse. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*; 122: 1861
- Westin, S & Krokstad, S (2003) Folkehelse og sosial ulikhet. I: Larsen, Ø. Alvik, A. Hagestad, K. Nylenna, M. (red). *Helse for de mange. Samfunnsmedisin i Norge*. Gyldendal. Oslo
- Westin, S (2004) Større ulikheter i helse? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*; 124: 2878
- Whitehead, M (1990) *The concepts and principles of equity in health*. Copenhagen. World Health Organization.
- Whitehead, M (1998) Diffusion of ideas on social inequalities in health: A European perspective. *The Milbank Quarterly*; 76 (3): 469-92
- Whitehead, M. Petticrew, M. Graham, H. Macintyre, SJ. Bambra, C. Egan, M (2004) Evidence for public health policy on inequalities: 2: Assembling the evidence jigsaw. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 58: 817-21
- Ytterdal, T & Fugelli, P (2000) Helse og livskvalitet blant langtidsledige. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*; 120: 1308-11
- Zahl, P-H. Rognerud, M. Strand, BH, Tverdal, Aa (2003a) *Bedre helse – større forskjeller*. Rapport 2003:1 Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Oslo
- Zahl, P-H. Rognerud, M. Strand, BH (2003b) Sosial ulikhet og utvikling i dødelighet hos enslige i Norge. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*; 123: 1822-5
- Aarø, LE (1986) *Health behaviour and socioeconomic status. A survey among the adult population in Norway*. Dr. avhandling. Institutt for Sosialpsykologi, Universitetet i Bergen
- Aarø, LE (2003) Påvirkning av helseatferd. I: Larsen, Ø. Alvik, A. Hagestad, K. Nylenna, M. (red). *Helse for de mange. Samfunnsmedisin i Norge*. Gyldendal. Oslo
- Aase, A (1996) *Helse - Helseatlas for Norge*. Statens kartverk. Hønefoss.
- Åström, AN (2002) Utvikling av tannhelseatferd blant norske skoleelever i tidsrommet 1985-97. *Den Norske Tannlegeforenings Tidende*; 112 (1): 428-32
- Åström, AN & Samdal, O (2001) Time trends in oral health behaviors among Norwegian adolescents: 1985-97. *Acta Odontologica Scandinavica*; 59 (4): 193-200



Sosial- og helsedirektoratet,

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf: 24 16 30 00 Faks: 24 16 30 01

www.shdir.no