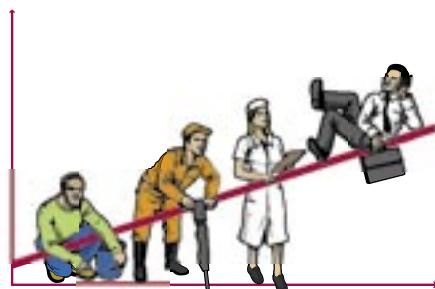


# Sosioøkonomiske ulikheter i helse

## teorier og forklaringer





Utgitt: 07/2005

Bestillingsnummer: IS-1282

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](http://www.shdir.no/gradienten)

Heftet kan bestilles hos Sosial- og helsedirektoratet v/Trykksakekspedisjonen

E-post: [trykksak@shdir.no](mailto:trykksak@shdir.no) Tlf: 24 16 33 58 Faks: 24 16 33 69

Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-1282

Forfatter:

Jon Ivar Elstad, NOVA

Kontaktpersoner:

Anne-Cathrine Hjertaas, [ach@shdir.no](mailto:ach@shdir.no)

Øyvind Giæver, [ogi@shdir.no](mailto:ogi@shdir.no)

Ole Trygve Stigen, [ots@shdir.no](mailto:ots@shdir.no)

Design:

Tank Design as

Illustrasjon:

Wei Qing Yu

Lars Blomberg



## Forord

Vi har lenge visst at det er store ulikheter i helse etter utdanning, inntekt og yrke i Norge. En rapport fra Nasjonalt folkehelseinstitutt fra 2003 viste for eksempel at dødeligheten for menn mellom 45 og 60 år er mer enn 2,5 ganger så høy blant de med ungdomsskoleutdanning som blant de med høgskole- eller universitetsutdanning. Den samme rapporten viste tilsvarende forskjeller mellom høyeste og laveste inntektsgrupper (kvartiler). Og ferske tall fra Statistisk sentralbyrå har vist at prester og universitetslærere i Norge lever ca. 10 år lenger enn matroser og gårdsarbeidere.

Men hvorfor er det slik? Hvis vi skal ha håp om å gjøre noe med de store sosiale ulikhetene i helse, må vi også forstå hva slags mekanismer som forårsaker dem. Det finnes en god del kunnskap blant forskere nasjonalt og internasjonalt om årsakene til sosiale ulikheter i helse. I arbeidet mot ulikhetene ser vi det som avgjørende at beslutningstakere – i og utenfor helsesektoren – er kjent med og tar del i denne kunnskapen.

Sosial- og helsedirektoratet har derfor invitert en av Norges fremste forskere på feltet, Jon Ivar Elstad ved Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), til å skrive en oversikt over forskning om årsakene til sosiale ulikheter i helse. Elstad tok doktorgraden i 2000 på en avhandling om sosiale ulikheter i helse og deres forklaringer, og er medlem av Sosial- og helsedirektoratets Ekspertgruppe – sosiale ulikheter i helse.

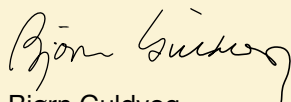
Uttrykk som «årsaker» og «mekanismer» vil lett kunne forstås dit hen at sosiale ulikheter i helse er uunngåelige produkter av mekanismer som er utenfor menneskets kontroll. Men Elstads gjennomgang av ulike årsaksmekanismer viser tvert i mot at sosiale ulikheter i helse i all hovedsak er forårsaket av samfunnsmessige innretninger. Det er naturlig å tenke seg at dårlig helse gir lav sosial posisjon og nedadgående sosial mobilitet. Dette er den såkalte «mobilitetsforklaringen» på sosiale ulikheter i helse. Forskningen om årsakene til sosial ulikhet i helse viser imidlertid at denne forklaringen bare har begrenset gyldighet for relativt marginale grupper. Elstad karakteriserer den som et «blindspor» (kapittel 2). For de brede lag av befolkningen tyder forskningen på feltet på at det er komponenter i vår sosiale posisjon – materielle faktorer, helseatferd og psykososiale faktorer – som bestemmer hva slags helse vi får (kapittel 3).

Dette betyr at det fra myndighetenes side ikke bare er mulig å gjøre noe med de sosiale ulikhetene i helse – vi er moralsk forpliktet til å gjøre noe med dem. Elstads resonnementer viser i tillegg at denne forpliktelsen ikke bare hviler på

helsesektoren, men krever en forankring innenfor nær sagt alle samfunnssektorer. Det er derfor gledelig at Helse- og omsorgsdepartementet har varslet en tverrdepartemental oppfølging fra 2006.

Rapporten inngår i Sosial- og helsedirektoratets gule publikasjonsserie om sosiale ulikheter i helse. De synspunkter som fremkommer står like fullt for forfatterens egen regning. Vi håper rapporten vil tjene som en kilde til opplysning og inspirasjon blant forskere, byråkrater, politikere og andre som er interessert i temaet.

Sosial- og helsedirektoratet, juli 2005



Bjørn Guldvog  
Konstituert direktør

## Forord fra forfatteren

Denne artikkelen er skrevet på oppdrag av Sosial- og helsedirektoratet. Den bygger på min avhandling «Social inequalities in health and their explanations» (NOVA Rapport 9/2000), men framstillingen er gjort kortere og mer tilgjengelig. I forhold til avhandlingen, som nå er noen år gammel, er vektleggingen dessuten annerledes, og en del nyere litteraturhenvisninger er lagt til. Dette er jo et forskningsfelt som både i norsk og internasjonal sammenheng er i kraftig vekst. Temaet er komplisert. Selv om det er bred enighet innen det internasjonale forskermiljøet om mange spørsmål, er det også motstridende synspunkter, tilnærminger og tolkninger. Denne artikkelen gir det jeg tror er en balansert vektlegging. At den kan provosere alternative synspunkter er rimelig. Ubestridte sannheter finnes heller ikke på dette området. Sosial- og helsedirektoratet har tatt initiativet til å få artikkelen lagd, men synspunktene er ikke nødvendigvis identiske med Direktoratets syn.

Oslo/NOVA 22. mars 2005

Jon Ivar Elstad

# Innhold

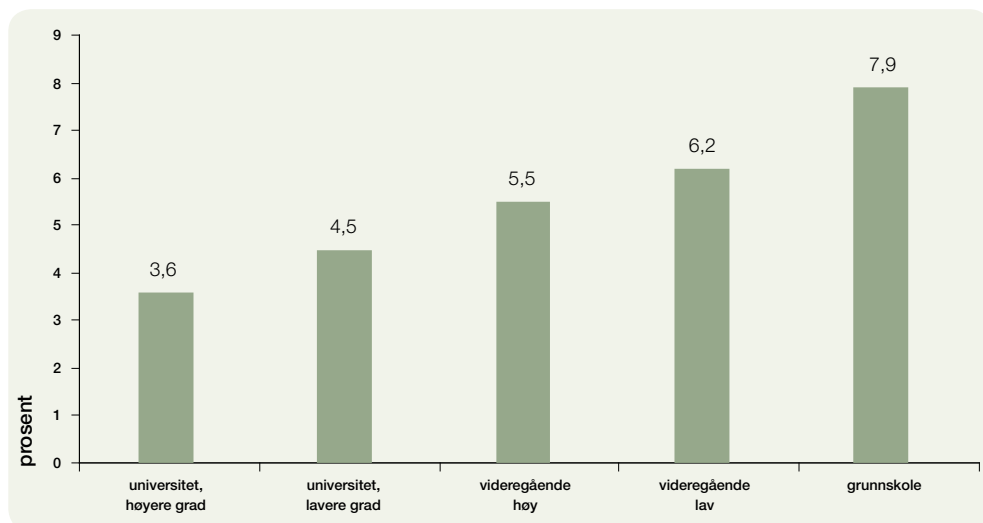
<b>1</b>	<b>Problemet</b>	<b>8</b>
	Et eksempel	8
	Et allment mønster	9
	Det sosioøkonomiske hierarkiet	10
	Hesedeterminanter og sosiale prosesser	11
<b>2</b>	<b>To blindspor</b>	<b>12</b>
	Står helsen skrevet i genene?	12
	De multifaktorielle sykdommene	13
	Hva er viktigst – miljø eller gener?	13
	Oppsummert	14
	Mobilitetsforklaringen	15
	Hva er sammenhengen mellom helse, utdanning og yrkeskarrierer?	17
	Sammenfatning om mobilitetsforklaringen	18
<b>3</b>	<b>Tre vesentlige tilnæringer</b>	<b>19</b>
	Den materialistiske forklaringen	19
	De vedvarende helseulighetene	20
	Den materialistiske forklaringen: Kritiske spørsmål	21
	Argumenter for betydningen av materiell ulikhet – i dag	22
	Paradigmeskifte	23
	Helseatferdsteoriens gjennombrudd	25
	Sosioøkonomiske ulikheter i helseatferd	25
	Hvor mye forklarer helseatferden?	26
	Hvorfor er det sosioøkonomiske forskjeller i helserelatert atferd?	27
	Livsstilbegrepet	28
	Det psykososiale perspektivet	29
	Det psykososiale perspektivet og de sosioøkonomiske helseulighetene	31
	Fengende, men usikker	32
<b>4</b>	<b>Tid og rom</b>	<b>34</b>
	Integrasjon av teorier og hypoteser	34
	Når i livsløpet dannes helseulighetene?	34
	Programmeringshypotesen	36
	Barndommens skygger	37
	Akkumuleringshypotesen og «usunne livskarrierer?»	38
	Den sosiale kontekst	39
	Den neo-materialistiske tilnærmingen	40
	Samhold og samfunnssolidaritet	42
<b>5</b>	<b>Sluttord</b>	<b>44</b>
	Mange kilder – og den ytterste årsak?	44
	<b>Referanser</b>	<b>45</b>

# 1 Problemet

## Et eksempel

Hva mener vi med sosioøkonomiske helseulikheter? *Figur 1* er et eksempel. Den viser hvor mange prosent av alle menn bosatt i Norge ved utgangen av 1992, i aldersgruppene 40–66, som døde i løpet av de påfølgende sju årene (1993–1999). I alt hadde vel 6 prosent avgått ved døden ved utløpet av 1999. Denne prosentandelen varierte sterkt med utdanningsnivå. Blant dem med universitet eller høyskole døde omlag 4 prosent. Blant dem med grunnskole som høyeste utdanning var prosentandelen omlag dobbelt så høy – 8 prosent!

Dette er et eksempel på sosioøkonomiske helseulikheter i Norge på 1990-tallet. Men er slike forskjeller et problem, noe vi trenger å bry oss om? La oss gjøre et regneeksempel. I Norge i 1992 var det omlag 487.000 menn i alderen 40–66 år med utdanning lavere enn universitet- eller høyskolenivå (dvs. de tre søylene lengst til høyre på figuren). I løpet av 1993–1999 døde vel 32.000 av dem. La oss tenke oss at deres dødsrisiko var den samme som for dem med universitet eller høyskole (dvs. 4 prosent). Da ville «bare» omlag 19.500 avgått ved døden i dette tidsrommet.



**Figur 1:**

Prosent døde 1993–1999 blant menn, alder 40–66 i 1992 og bosatt i Norge, etter utdanning. Aldersstandardisert. (FD-Trygd 2005).

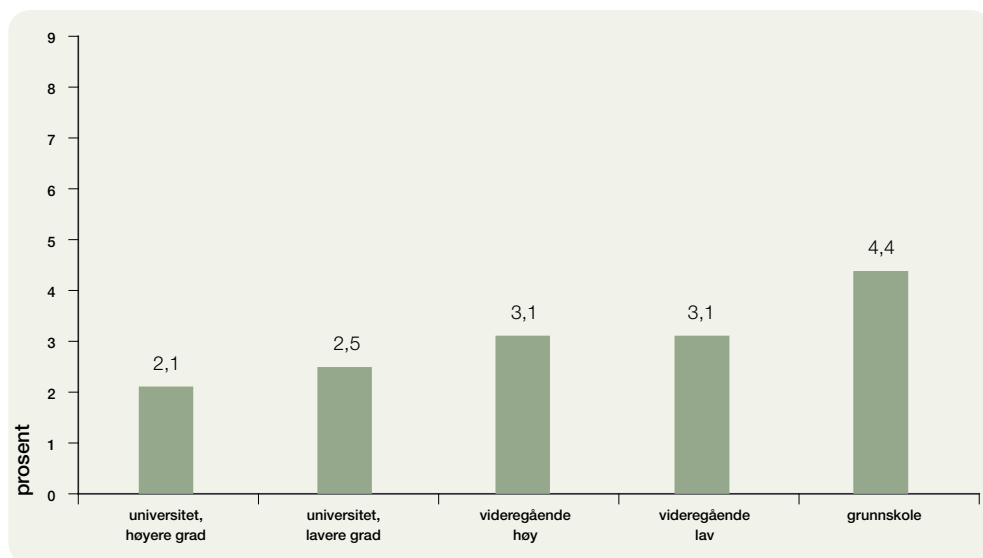


«Overdødeligheten» i disse tre utdanningsgruppene (om vi kan si det slik) medførte altså mer enn 12.000 dødsfall «ekstra» for menn i disse aldersgruppene, bare i løpet av sju år! Tolv tusen dødsfall hadde ikke skjedd om dødeligheten i de tre «laveste» utdanningsgruppene hadde vært på nivå med dødeligheten blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning.

Hva dette tallet betyr får vi et inntrykk av når vi vet at det samlede tallet døde 1993–1999 på grunn av selvmord og trafikkulykker til sammen var omtrent seks tusen. Alle erkjenner at dødsfallene på grunn av selvmord og trafikkulykker er for mange og at noe burde gjøres for å redusere dem. Men det vi her kaller «overdødeligheten» blant menn i lavere sosiale sjikt fører altså til langt flere dødsfall enn summen av selvmord og trafikkulykker til sammen.

### Et allment mønster

Figur 1 illustrerer et mangesidig fenomen – de sosioøkonomiske ulikhetene i helse. Slike mønstre av ulikhet i dødelighet finnes for eksempel ikke bare for menn 40–66 år, men for menn (og gutter) i alle aldersgrupper. Også blant kvinnene er mønsteret det samme (se figur 2), men søylene er tegnet lavere siden kvinners dødelighet generelt er lavere enn menns.



Figur 2:

Prosent døde 1993–1999 blant kvinner, alder 40–66 i 1992 og bosatt i Norge, etter utdanning. Aldersstandardisert. (FD-Trygd 2005).

Praktisk talt alle typer helseplager og helseproblemer forekommer i større omfang i det vi kan kalle «lavere» sosiale lag. Dette gjelder for eksempel generell dødelighet, dødelighet av de største dødsårsakene (hjerte- og karlidelser, kreft, ulykker) og kronisk sykkelighet (som muskel- og skjelettlidelser, revmatiske plager, psykiske lidelser). Ulikhetene i sykefravær og uføretrygd er av samme type. Det finnes riktignok enkelte sykdommer som har en annen sosial fordeling. Brystkreft forekommer hyppigst blant kvinner i «høyere» sosiale lag, og prostatakreft har også antakeligvis et «omvendt» mønster (Sund & Krokstad 2005). Dessuten er noen sykdommer og diagnoser så fåtallige at det er vanskelig å ha noen sikker formening om deres sosiale fordeling. Men bildet som helhet er entydig: Helseproblemene er hyppigere blant folk «lavere» på samfunnsstigen.

### Det sosioøkonomiske hierarkiet

Uttrykket «lavere» sosiale lag er ikke nedsettende ment. Uttrykksmåten reflekterer at vi kan lage en skala fra øverst til nederst når det gjelder hvor mye penger folk får over (inntekt, formue), hva slags kompetanse og utdanning de har, og hvor mye prestisje, makt og autoritet de har på sine arbeidsplasser eller generelt i samfunnet. Inntekt, utdanning, yrke – dette er de vanligste kriteriene for å anslå hvor folk «står på samfunnsstigen», dvs. er plassert i det sosioøkonomiske hierarkiet. Inntekt, utdanning og yrke henger ofte (men slett ikke alltid!) sammen. De tre kriteriene kan kombineres til summariske mål for generell sosioøkonomisk status (eller sosioøkonomisk posisjon, eller sosial klasse). Ofte gir imidlertid inntekt, utdanning eller yrkesgruppe hver for seg en brukbar antydning om hvordan en person er plassert i det sosioøkonomiske hierarkiet.

Spørsmålet om sosioøkonomiske ulikheter i helse dreier seg om kollektive ulikheter, dvs. om hvordan helsetilstanden «stort sett» varierer mellom store grupper med ulik plassering i det sosioøkonomiske hierarkiet. Innenfor alle sjikt er det store individuelle variasjoner. Enkelte vil dø av kreft som 35-åringer, av hjertestopp som 50-åringer, eller av alderdom som 95-åringer, i alle sosioøkonomiske grupper. De sosioøkonomiske helseulighetene framtrer når alle slike individuelle skjebner summerer seg til ulikheter i gjennomsnitt mellom store grupper. – Når personer blir klassifisert i sosioøkonomiske grupper, sier dette ikke nødvendigvis så mye om enkeltindividene. Dette er en statistisk framgangsmåte som har til hensikt å avdekke de «store» mønstrene i fordelingen av helseforhold. Mellom individene i samme sjikt, de som for eksempel har samme utdanningsnivå eller er i samme inntektsgruppe, kan det være mange slags forskjeller. Det er heller ikke noe uforanderlig i folks sosioøkonomiske plassering. Riktignok vil de fleste følge

noenlunde typiske livsbaner uten store forandringer i sosioøkonomisk posisjon. Over tid er det likevel ikke så få som endrer plass i hierarkiet når de for eksempel tar mer utdanning, skifter yrkesgruppe eller får høyere (eller lavere) inntekt.

### Helsedeterminanter og sosiale prosesser

Hva forårsaker de sosioøkonomiske helseulikhetene? Formålet med denne artikkelen er å gi en oversikt over endel viktige diskusjoner innen forskningen om disse ulikhetene. Siktemålet er ikke å diskutere enkeltsykdommer, slik den medisinske epidemiologien gjerne gjør (epidemiologi = studiet av sykdommers fordeling og årsaksforhold). Ettersom de sosioøkonomiske helseulikhetene er et allment mønster som viser seg i fordelingen av nær sagt alle «store» helseproblemer, er det også rimelig å tro at mer generelle årsakskomplekser ligger bak. Det er slike hovedgrupper av årsaksforhold – det vi kan kalle helsedeterminanter – som blir diskutert i denne artikkelen, mens spesifikke og detaljerte årsaker til enkelt-sykdommer stort sett ikke blir berørt.

Det er innlysende at de sosioøkonomiske helseulikhetene oppstår fordi viktige årsakskomplekser – helsedeterminanter – er «skjevt» fordelt i samfunnet. Et neste spørsmål er hvorfor helsedeterminantene er ujevnt fordelt. Hva slags sosiale prosesser ligger til grunn for at samfunnsgruppene lavt i det sosioøkonomiske hierarkiet er mer rammet, mens de høyere opp i større grad går fri for det som svekker helsen? Med andre ord: Spørsmålet er ikke bare hva slags årsaksforhold som påvirker helsetilstanden, men også hva slags samfunnsforhold som fører til at årsaksforholdene får den fordelingen de får. Å granske de sosiale prosessene som medfører at helsedeterminantene fordeles på en bestemt måte er derfor også en del av forskningen om grunnene til de sosioøkonomiske helseulikhetene.

## 2 To blindspor

### Står helsen skrevet i genene?

I seinere år har menneskets gener blitt kartlagt grundigere enn hva som tidligere var mulig (Human Genome Project), og forskningen har søkt å finne genetiske årsaker til sykdom og helse. I massemedia og blant folk flest er det ikke uvanlig å tro at «helsa står skrevet i genene». Om så var, kunne en tenke seg at det var genetiske grunner til de sosioøkonomiske helseulikhetene, eller med andre ord at det var hyppigere innslag av sykdomsdisponerende gener blant dem som er plassert lavt på den sosiale rangstigen.

Generelt utvikler den menneskelige organismen (inkludert sykdommer og helseplager) seg i et samspill mellom gener og miljø. Genene gir visse artskenne-tegn, de «bestemmer» at mennesker ikke kan leve under vann (som fiskene) eller overleve på bambusskudd (som pandaer). Det er menneskets gener som gjør at vi får skjorbuk om vi ikke får nok C-vitaminer (de fleste dyr produserer C-vitaminer selv og trenger ikke tilførsler gjennom kostholdet). Den genetiske utrustningen er i en viss forstand alltid viktig for livslengde og helsesvikt.

Men dette betyr ikke at det er riktig å si at helsen er determinert av den genetiske utrustningen man bærer med seg, og enda mindre at forskjellene i helse blant folk først og fremst er resultatet av genetiske forskjeller. En amerikansk genetiker (Baird 1994) skiller mellom tre typer sammenhenger mellom gener og miljø. For det første finnes det omstendigheter som er så helsefarlige at den menneskelige organismen vil skades uansett hva slags gener en har. Ekstrem underernæring, forgiftninger eller alvorlige ulykker kan ødelegge helsen uansett hvor «gode» gener en har. Ved ekstremt ondartede miljøbetingelser vil genene stort sett ikke spille noen viktig rolle for helseutfallet.

For det andre finnes det ekstremt uheldige gener som gjør at de som er bærere av dem ofte opplever helsesvikt, kanskje altfor tidlig død, selv om de lever i bra nok miljøer. En kan arve slike gener fra foreldrene, eller de kan oppstå spontant (mutasjoner, tilfeldige forandringer i genene). Dette er hva en vanligvis mener med genetiske sykdommer. Ofte er dette sykdommer forårsaket av et enkelt gen (Helsedepartementet 1999). Slike «fullt ut» genetiske sykdommer er imidlertid få. Cystisk fibrose (en genfeil som gjerne fører til lungesvikt) regnes som den vanligste, men den er likevel ytterst sjelden. I Norge antar man at kun en av 5000 nyfødte har den (Fluge 2000). Andre genetiske sykdommer (f.eks. Huntingtons sykdom og thalassemia) er enda sjeldnere. Selv om det er oppdaget flere tusen genetiske sykdommer, er de hver for seg såpass uvanlige at de samlet bare utgjør en brøkdel av sykdomspanoramaet. Derfor er det utenkelig at slike fullt ut genetiske sykdommer kan spille en viktig rolle for sosioøkonomiske helseulikheter.

## De multifaktorielle sykdommene

For det tredje finnes det helsesvikt der årsakene først og fremst må bli forstått som en interaksjon mellom gener og miljø. Dette er ofte såkalte multifaktorielle sykdommer. Her er hovedtyngden av sykdomspanoramaet: De vanligste dødsårsakene (hjerte- og karsykdommer, kreft) og de mest utbredte kroniske sykdommene (som for eksempel diabetes, revmatisme, astma og allergier). Infeksjonssykdommer (som tuberkulose) og psykiske lidelser som schizofreni regner en også som multifaktorielle. Miljøpåvirkninger av mange slag – kosthold, fattigdom, kroppslig slitasje, manglende hygiene, osv. – spiller helt sikkert en viktig rolle, men det er også sannsynlig at genetiske konstellasjoner i større eller mindre grad kan disponere for sykdommen. Slike sykdommer har altså en arvelig komponent (Stoltenberg 2005). Genetiske disposisjoner kan variere i befolkningen, men hvor stor variasjonen er – mellom individer og familier, mellom lokalbefolkninger og mellom nasjonale befolkninger – er i det store og hele uavklart.

Gradvis vil forskningen kanskje komme på sporet av dette. Man vil kanskje kartlegge genetiske kombinasjoner som disponerer for bestemte kreftformer, for eksempel, eller for atherosklerose (åreforkalkning, endringer i blodårer som kan være et forstadium for hjerte- og karsykdommer). I dag er ikke forskningssituasjonen slik at de genetiske bidragene til utviklingen av slike store, viktige folkesykdommer på noen måte er kartlagt. Når massemedia med jevne mellomrom rapporterer at genet for en sykdom eller et annet menneskelig trekk er funnet, viser det seg som oftest at meldingen er svært overdrevet – og lite troverdig: Visstnok har noen funnet genet som disponerer for å tømme hele potetgullposen (Davey Smith 2005)!

## Hva er viktigst – miljø eller gener?

Kunnskapen er altså fortsatt fragmentert og mangelfull, men man kan likevel stille spørsmålet: Er gener eller miljø viktigst i slike multifaktorielle sykdommer?

Det finnes ikke ett definitivt svar. Slike sykdommer utvikles i samspill mellom gener og miljøpåvirkninger. Innen befolkningen må vi regne med at genetiske disposisjoner varierer. Samtidig er det forskjeller i hva slags miljø og livsomstendigheter folk utsettes for. Når en stiller spørsmålet «hva er viktigst?» må en ta i betraktning at den relative betydningen av miljøvariasjonene avhenger av omfanget av genetisk variasjon. Omvendt: Hvor mye genene betyr for de multifaktorielle sykdommene påvirkes av hvor store miljøforskjellene er.

Den engelske epidemiologen Geoffrey Rose bruker følgende bilde (Rose 1985): Sett at alle – absolutt alle – røykte 20 sigaretter per dag, eller med andre

ord at det var ingen variasjon mellom samfunnsmedlemmene når det gjelder den miljøfaktoren som framfor alt er forbundet med lungekreft. I så fall ville genetiske variasjoner framstå som den viktigste årsaken til at noen fikk lungekreft og andre ikke. Miljøpåvirkningene var jo de samme for alle, samtidig som det antakeligvis var forskjeller mellom folk i hvor stor grad deres gener beskyttet mot tobakkens skadevirkninger. Omvendt kan vi forestille oss at halvparten av befolkningen ikke røykte, mens den andre halvparten røykte 60 sigaretter per dag. I så fall ville det være forskjellene i miljøpåvirkning som framsto som den overveiende årsaken til lungekreft, ettersom svært få av ikke-røykerne ville få lungekreft, mens etter endel år eller tiår ville svært mange av røykerne pådra seg sykdommen.

Altså: Jo mer miljøet er likt, jo mer livsomstendighetene er sammenfallende, jo mer vil forskjellene i helseplager henge sammen med genetiske variasjoner. Omvendt: Jo mer miljøpåvirkningene varierer i befolkningen, jo større forskjeller det er i omgivelsene for folk fra forskjellige samfunnsgrupper – fra det «optimalt sunne» til det «ekstremt skadelige», jo mindre relativ betydning vil de genetiske variasjonene ha. Store miljøforskjeller vil så å si overdøve betydningen av genene.

### Oppsummert

Slike resonnementer viser altså at spørsmålet om den relative betydningen av arv og miljø alltid må besvares i lys av en gitt historisk situasjon, en bestemt kontekst, som dannes av akkurat de genetiske variasjonene i akkurat de miljøforskjellene som foreligger i det spesielle samfunnet i det spesielle tidsrommet vi undersøker.

Når det gjelder problemstillingen i denne artikkelen – hva fører til de sosio-økonomiske helseforskjellene i Norge rundt årtusenskiftet – er det neppe noe grunnlag for å anta at gener spiller en viktig rolle.

Så langt har ingen forskning påvist at gener av betydning for de store trekkene i sykdomspanoramaet varierer mellom sosioøkonomiske sjikt. Det finnes til dags dato ingen vitenskapelige undersøkelser som har funnet noe betydelig omfang av genetisk relaterte sykdomsvariasjoner mellom de som er høyt eller lavt på inntektsstigen eller mellom forskjellige yrkesgrupper (Davey Smith & Ebrahim 2003; Wilkinson 1996:60–61).

De sosiale prosessene som har preget land som Norge i de siste århundrene gjør det også lite sannsynlig at betydelige sosioøkonomiske forskjeller i genkombinasjoner kunne oppstå. Om befolkningsgrupper skal utvikle særskilte genetiske profiler kreves det som regel at de er «lukket» over et lengre tidsrom, eller med andre ord at den sosiale mobilitet er liten. Men de store samfunnsomveltningene i nyere tid – industrialisering, urbanisering og utdanningseksplasjon – har kastet

samfunnsgruppene om hverandre. Det er mange som har foretatt «klassereiser», ikke få har giftet seg på tvers av sosiale skillelinjer, og det er sannsynlig at dette er «tilstrekkelig for at den genetiske fordelingen, i løpet av noen generasjoner, har blitt noenlunde lik i de forskjellige sosiale klassene» (Baird 1994, min oversettelse).

På den ene siden er det altså lite sannsynlig at det finnes noen viktige sosio-økonomiske forskjeller når det gjelder helserelevante gener, men på den annen side er det definitivt sikkert at det finnes omfattende miljøvariasjoner av stor betydning for helseforholdene. Store sosiale forskjeller i livsomstendigheter, atferd og levevilkår er dokumentert gjentatte ganger. Derfor er det all grunn til å anta at sosioøkonomiske helsevariasjoner i dag i det store og hele er knyttet til miljøforskjellene og ikke til genetiske forskjeller.

Dette er jo selvsagt. Om de genetiske profilene endrer seg i en befolkning, skjer det sakte. Det kreves noen, kanskje mange, generasjoner. At forventet levealder har økt betydelig, at sykdomspanoramaet har endret seg markant på noen få tiår, at de vernepliktige rekruttenes gjennomsnittshøyde økte med nesten 10 cm fra 1900 til 1980 – slike endringer i løpet av et par menneskealdre vitner om hvor avgjørende miljøet har vært for befolkningens helse (Krieger & Davey Smith 2004). Dette står ikke i motstrid til at helseforhold også har arvelige komponenter. I seinere tiår har overvekt og fedme framstått som et økende helseproblem. Risiko for vektøkning kan til en viss grad være arvelig. Men når (norskfødte) rekrutteres gjennomsnittsvekt har økt mye bare på et par tiår (Bjerkedal et al. 2001), er det nok endrete matvaner og andre miljøfaktorer som er avgjørende. Arvelige disposisjoner kan ikke rimeligvis regnes som årsaken – de sier «i beste fall» noe om hvem som kommer til å utvikle fedme når slike miljøfaktorer er blitt utbredt.

### Mobilitetsforklaringen

Om det ikke er genene, så er det vel ulikheter i omgivelser og miljø som de sosio-økonomiske gruppene er utsatt for, som fører til at det blir helseforskjeller?

I teorien kan det være en tredje forklaring. La oss si at de med god helse pleier å stige i det sosioøkonomiske hierarkiet, at de så å si har krefter og styrke til å «arbeide seg opp». Omvendt kunne helseproblemer svekke mulighetene til utdanning, god jobb eller forfremmelser og opprykk. I så fall ville folk med god helse kanaliseres til posisjoner høyt i det sosioøkonomiske hierarkiet, mens flere med dårlig helse ender lavt på skalaen.

Hvordan helse påvirket livsløp interesserte flere av de tidlige samfunnsforskerne. Eilert Sundt, teologen som gjorde inngående studier av levetilstand midt på 1800-tallet, så sammenheng mellom sykdom og fattigdom. Sykdom var ofte «en følge av armodens kår», men sykdom kunne også være «en vesentlig årsak til forarmelse». Den russisk-amerikanske sosiologen Sorokin pekte på at paver, millionærer og presidenter stort sett hadde bedre helse og levde lengre enn folk flest. Å nå så høyt forutsatte god helse – uten det ville en ikke makte det som krevdes, gjerne gjennom flere tiår, for klatringen til topps. – Men hverken Sundt eller Sorokin undersøkte om sosioøkonomiske helseforskjeller generelt skyldtes sosial mobilitet. Deres tema var først og fremst hvordan individenes helse kunne influere deres livsløp.

Dette er *mobilitetsforklaringen*. Den setter ikke søkelyset på de sosioøkonomiske forskjellene i levekår, men på hvordan folk beveger seg i det sosioøkonomiske hierarkiet, opp eller ned. Fokus er på muligheten av at de som avanserer jevnt over har bedre helse enn de som står stille, mens de som «synker» i hierarkiet oftere har dårligere helse. Dette kalles også helserelatert mobilitet, eller helseseleksjon, eller rett og slett seleksjonsforklaringen. Ordet «seleksjon» kan henspille på Darwins teorier, og det er nok uheldig. Her bruker vi heller ordet mobilitet, etter som mobilitet – bevegelse, sirkulasjon, i det sosioøkonomiske hierarkiet – er *mekanismen* som spiller inn.

I teorien kan helserelatert mobilitet produsere sosioøkonomiske helseulikheter, men om det *faktisk* skjer kommer an på flere forhold. Det må for eksempel være ganske mye mobilitet om omfanget av helseulikheter skal påvirkes noe særlig. I Norge er det ikke uvanlig å ta høyere utdanning og å jobbe i mer typiske hvitsnippyrker enn det foreldrene gjorde. Grunnen er ikke bare sosial klatring – det skjer også som en automatisk konsekvens av at yrkesstrukturen endres. Etter at man er blitt voksen er imidlertid yrkesbanene langt på vei gitt når utdannelsen er tatt og en har startet i sin første jobb. En annen viktig faktor av betydning for hva slags rolle mobilitet spiller for helseulikhetene er hvor sterk sammenhengen er mellom helse og «oppdrift» eller «deklassering». Det er ikke nok med bare en svak tendens til at helse betyr noe for oppadgående eller nedadgående mobilitet – om mobiliteten skal bety noe, må det være et ganske sterkt samsvar mellom helse og bevegelsene i det sosiale hierarkiet.



## Hva er sammenhengen mellom helse, utdanning og yrkeskarrierer?

Det er klart at individenes helsetilstand kan ha direkte konsekvenser for karrierene i det sosioøkonomiske hierarkiet. Barn og ungdom med alvorlige sykdommer eller funksjonshemninger kan ha større vansker med å gjennomføre utdanningsløp, av og til på grunn av direkte diskriminering (Grue 2001). Alvorlige fysiske og psykiske plager svekker muligheten på arbeidsmarkedet. Unge kvinner med helseplager forblir i større grad uten arbeid eller må «nøye» seg med deltidsjobber i større grad enn kvinner med bedre helse (Elstad 1995). Helseproblemer øker sjansen for arbeidsløshet og minsker sjansen for å få ny jobb (Claussen 1999). Den mest utbredte formen for helserelatert mobilitet i vårt samfunn er *uføretrygding*. Spesielt fra 50-årsalderen, når helseplagene øker, forlater mange yrkeslivet (eller skyves ut av det) – med fall i inntekter som resultat.

Ifølge den såkalte drift-hypotesen fører helseproblemer til nedadgående mobilitet i det sosioøkonomiske hierarkiet: En så å si «drifter» nedover fra høy status til lav status. Et funn i eldre studier var for eksempel at barn fra høystatusfamilier som hadde alvorlige psykiske sykdommer (som schizofreni) som regel endte opp i yrker (hvis de da i det hele tatt var yrkesaktive) langt lavere i statushierarkiet enn deres foreldre. Alt i alt er nok slik nedad-mobilitet utypisk i Norge. Det er sjelden at en akademiker som rammes av helseproblemer tar seg jobb som butikkekspeditør eller pleieassistent. De som har helseproblemer reduserer heller arbeidstiden innen yrket sitt eller blir trygdet og forlater arbeidslivet.

En annen variant av helserelatert mobilitet er den såkalte «frisk-arbeider-effekten» som vedrører yrker med store krav til fysisk kapasitet (som tunge industriarbeideryrker, skogsarbeid, gruvarbeid, etc.). Noen av dem som har vansker med de fysiske kravene skifter til lavere funksjonæryrker (Dahl 1993), slik at de som «overlever» i de tunge yrkene ofte har bedre helse enn en kunne vente (Graff-Iversen et al. 2001).

I eksemplene nevnt over er sviktende helse en direkte årsak til vansker i utdanningsløpet og problemer med å klare seg på arbeidsmarkedet. Dette fører til en viss tendens til at de som har jobber lavt i yrkeshierarkiet gjerne har flere helseplager ettersom de har vansker i konkurransen om de mest attraktive og best betalte stillingene.

Studier fra Vest-Europa kan tyde på at helserelatert sortering på arbeidsmarkedet skjer i endel utstrekning akkurat i overgangen mellom ungdom og ung voksen, slik at allerede i begynnelsen av yrkeslivet er de sosioøkonomiske helseforskjellene tydelige (Pensola 2003:28). Den mest markante konsekvensen av den helserelaterte mobiliteten er ellers at helsetilstanden er langt dårligere blant dem utenfor yrkeslivet enn blant dem som er i arbeid. Dette har selvsagt konsekvenser

for sammenhengen mellom helse og inntekt – her er det en markant sammenheng, og noe av dette skyldes at helseproblemer svekker inntektsmulighetene.

### Sammenfatning om mobilitetsforklaringen

At mobilitetsprosesser – inn og ut av yrkeslivet, eller oppover eller nedover på inntektsskalaen – i noen grad påvirker hvordan de sosioøkonomiske helseulikhetene trer fram, er sannsynlig. Den overveiende oppfatningen i forskningsmiljøene er imidlertid at slike prosesser spiller bare en liten rolle for hovedparten av disse ulikhetene (Blane et al. 1993; Dahl 1994; Claussen & Næss 2002). De medvirker riktignok til at det blir markante helseforskjeller mellom yrkesaktive og yrkespassive. Helserelatert mobilitet er derfor også involvert i prosessene som leder til helseforskjeller mellom dem med lav, middels og høy inntekt. Longitudinelle studier av de som er plassert innenfor yrkeslivet viser imidlertid at helseforskjellene mellom yrkesklassene ikke (eller bare i ubetydelig grad) oppstår på grunn av helserelatert mobilitet (Elstad 2004; Elstad & Krokstad 2003; van de Mheen et al. 1999). Blant dem som ikke allerede har helseplager og vansker med yrkeslivet er de sosioøkonomiske helseforskjellene ganske små i tidlige faser i voksenlivet (i 20-årsalderen), men de har en tendens til å øke utover livsløpet. Grunnene til dette må i all hovedsak være knyttet til de sosiale ulikhetene i omgivelser og miljø – og denne typen forklaringer er temaet for de neste avsnittene.

### 3 Tre vesentlige tilnærminger

#### Den materialistiske forklaringen

Gjennom 1800-tallet og første halvdel av 1900-tallet var den dominerende forståelsen av årsakene til de sosioøkonomiske helseulikhetene den materialistiske forklaringen. På den tid da sosialmedisin, folkehelsevitenskap og sosialstatistiske analyser vokste fram (disse kunnskapsgrenene skjøt fart på 1800-tallet) syntes det selvsagt at mangler og farer i det materielle miljøet var hovedårsaken til lav levealder og utbredte sykdomsplager. «Den industrielle revolusjon hadde dels skapt desperate helseforhold for en stor del av den nye arbeiderklasse», skrev den legendariske norske helsedirektøren Karl Evang (1974:55). På midten av 1800-tallet var det skremmende dårlige helseforhold i byenes fattigkvarterer – som vist for eksempel av den norske samfunnsforskningspioneren Eilert Sundt.

Den materialistiske forklaringen anvendte en naturvitenskapelig inspirert modell for å forstå de sosioøkonomiske helseulikhetene. Fokus var på møtet mellom kroppen, den biologisk-fysiologiske menneskelige organismen, og de fysiske, biologiske og kjemiske omgivelsene. Dette materielle miljøet dannet mer eller mindre gunstige omgivelser for organismens liv. Det som framfor alt ble regnet som skadelig var underernæring og feilernæring, kalde og fuktige boliger, mangelfulle klær som ikke beskyttet mot frost, vind eller regn, trangboddedhet og urenslighet (som økte infeksjonsfaren), manglende hygiene, forurenset drikkevann og dårlig luft. Nedslitende arbeidsforhold ble også framhevet – lange, utmattende arbeidsøkter, natt- og skiftarbeid, ingen ferie og mangelfull hvile, skitt, støv og støy, risiko for ulykker, forurenset arbeidsmiljø, tungt kroppsarbeid, monotone og slitsomme arbeidsstillinger. Mangel på kunnskap telte også med, og fravær av en god helsetjeneste kunne føre til at sykdommer fikk fatale følger.

Den materialistiske forklaringen var ikke bare en naturvitenskapelig modell, men også en moralsk evaluering. Den så de utbredte helseplagene blant brede befolkningsmasser først og fremst som et uunngåelig resultat av ytre omstendigheter – av samfunnsstrukturer som den enkelte ikke kunne rokke ved. Det var en strukturalistisk forklaring på forholdene. Datidens industriarbeidere kunne ikke velge seg vekk fra de urimelige arbeidsforholdene eller fra den ulidelige fattigdommen. De var derfor i det store og hele uten egen skyld for sine helseplager. Plagene oppsto som et resultat av at de var tvunget til å leve under så barske omstendigheter. De var samfunnsstrukturenes ofre.

Ideen om at man kunne passe på sin egen sunnhet og helse var på ingen måte ukjent på 1800-tallet. Også den gangen var mange opptatt av renslighet, riktig

kost, mosjon, frisk luft og måtehold (men tobakkens skader var nok fortsatt uoppdaget). Men sosialmedisinens hovedanliggende den gangen var først og fremst sosiale reformer. Ideen var at helsetilstanden kunne bedres og de grelle sosioøkonomiske forskjellene i helseforhold kunne avskaffes om man fikk mer velstand, rent vann og skikkelig renovasjon, sunn og nok mat til alle, ordentlige boliger, regulering av arbeidsmiljøet, ferier og kroppsøving i skolen, og en helse-tjeneste tilgjengelig for alle.

Sosioøkonomisk framgang, materiell vekst, forbedringer av arbeidsforhold, utbygd helsetjeneste – alt dette slo ut i en dramatisk nedgang i spedbarnsdødeligheten, en seier over infeksjonssykdommene (tuberkulosen, for eksempel, tok livet av tusentalls hvert år helt til langt inn på 1930-tallet) og en kraftig økning av levealderen (Hodne 1986). Slik sett fikk den sosialmedisinske visjonen rett: Bedrete materielle vilkår ville revolusjonere folkehelsen – og bedringen fra midten av 1800-tallet til idag har kanskje vært større enn datidens sosialmedisinere noen sinne hadde forestilt seg var mulig.

### De vedvarende helseulikhetene

Det uventede resultatet var imidlertid at de sosioøkonomiske helseulikhetene ikke ble særlig mindre. Riktignok har helsetilstanden målt med for eksempel spedbarnsdødelighet eller forventet levealder bedret seg i alle sosiale sjikt, om vi ser utviklingen i siste del av 1900-tallet under ett. Noen studier tyder på at avstanden i helse-tilstand har holdt seg noenlunde stabil over tid, mens andre studier tyder på at det har blitt større helseulikheter i de siste tiårene (Borgan 1996; Zahl et al. 2003). Målt med relative tall (for eksempel dødelighet blant ufaglærte arbeidere i forhold til høyere funksjonærer) får en ofte inntrykk av økende forskjeller (Lundberg 2003). Slike sammenligninger over lengre tidsrom reiser mange metodespørsmål – de

Svaret på spørsmålet om helseulikhetene øker vil noen ganger avhenge av om en måler ulikhetene *absolutt* eller *relativt*. Et eksempel: I Sogn og Fjordane sank dødeligheten for menn fra 9,56 i 1969–72 til 8,50 i 1981–85 (aldersjustert dødelighet pr. 1000 pr. år). Tilsvarende tall for menn i Finnmark var 13,64 og 12,42. Den *absolutte* forskjellen mellom de to fylkene ble altså mindre (4,08 i det første tidsrommet, 3,92 i det andre). En kan også vise ulikheten mellom de to fylkene med relative tall, for eksempel ved å beregne dødeligheten i Finnmark *i prosent* av dødeligheten i Sogn og Fjordane. I så fall var dødeligheten 42,7% høyere i Finnmark enn i Sogn og Fjordane i 1969–72 og 46,1% høyere i 1981–85. I dette tilfellet ble altså den relative forskjellen større selv om den absolutte forskjellen var blitt mindre.

sosioøkonomiske gruppene endrer seg, noen yrkesgrupper forsvinner og andre kommer til, høy utdanning er blitt mye vanligere, osv. – og hva er korrekt framgangsmåte når de grupperingene en skal sammenligne endrer seg over tid? Slike spørsmål kan stilles, men få har tvilt på at statistikkene har avdekket et vedvarende og forbløffende seiglivet mønster av sosioøkonomiske helseulikheter. Utover 1970-tallet ble dette etterhvert et hett politisk tema. I Storbritannia, for eksempel, forventet mange at velstand og gratis helsevesen for alle (The National Health Service ble vedtatt innført i 1948) skulle redusere de viktigste helseulighetene – en forventning som ble pulverisert i 1980 da Black-rapporten avdekket vedvarende sosiale forskjeller i dødelighet og sykkelighet.

### Den materialistiske forklaringen: Kritiske spørsmål

Den materialistiske forklaringen hadde selvsagt ikke vært enerådende, men påvisningen av at sosioøkonomiske helseulikheter var like markante som før ga støtet til kritisk refleksjon over denne forklaringen. Den baserte seg, i sin enkleste form, på en underliggende oppfatning om grenseverdier. Om levestandarden – for eksempel når det gjaldt kosthold, boliger, arbeidsmiljø, helsetjeneste, osv. – var under grenseverdiene, ville sykdomsrisikoen øke. Om levestandarden derimot var bedre enn grenseverdiene, var miljøet ikke lenger helseskadelig. Nok er nok. Om kostholdet var bra nok, boligene gode nok og velstanden på tilstrekkelig nivå ville det ikke være noen spesielle helsegevinster ved å forbedre standarden enda mer. Eller: De rike har villa, pelskåpe og Mercedes, andre har blokkleilighet, duffelcoat og en gammel Mazda – dette er utvilsomt sosial ulikhet, men ikke ulikhet av helsemessig betydning.

Hvis resonnementet er riktig, betyr det at dagens materielle forskjeller i levestandard og livsvilkår har mindre betydning for helseulighetene. At det fortsatt finnes «virkelige» fattige er sikkert, men i dag er det få som rammes av absolutte materielle mangler. Statistisk sentralbyrås intervjuundersøkelser er illustrerende: Nær en fjerdedel av barna som vokste opp i arbeiderfamilier på 1920- og 1930-tallet opplevde matmangel av og til. Knapt noen av etterkrigsbarna har opplevd slikt (Elstad 2000). En annen illustrasjon: En ny studie av oppvekstvilkår for barn i lavinntektsfamilier i Norge viste at mer enn halvparten av de «fattige» familiene eide sin egen bolig. Praktisk talt alle hadde telefon, TV og CD-spiller, 95 prosent hadde vaskemaskin, 93 prosent fryser, 81 prosent PC og 80 prosent bil. Materiell ulikhet finnes fortsatt, for den materielle standard målt for eksempel med boligens størrelse eller bilens alder er langt bedre blant «middelklassen» enn blant de 4–5 prosentene av barnefamiliene under fattigdomsgrensen. Men det var vanskelig å

finne materielle mangler i lavinntektsfamiliene som umiddelbart kunne klassifiseres som en helse­risiko, og det er symptomatisk at undersøkelsen ikke fant det nødvendig å spørre om matmangel eller klesmangel (Skevik 2004).

Av slike grunner er det mange som avviser den materialistiske forklaringen på de sosioøkonomiske helse­ulikhetene i dagens Norge. Et annet moment ble også trukket inn. Figur 1 vist innledningsvis demonstrerer et påfallende trappemønster. Det er ikke bare de som er «lavest» i det sosiale hierarkiet som har helseforhold som avviker negativt. Det slående er at også de med høyskole eller lavere universitetsutdanning (som jo faktisk er et høyt utdanningsnivå) har høyere dødelighet enn de med høyere universitetsutdanning. Helseforholdene forverrer seg altså i gjennomsnitt, gradvis, for hvert eneste steg nedover i det sosioøkonomiske hierarkiet – fra topp til bunn. Dette er den såkalte sosiale gradienten i helseforhold. Helse­problemene øker trinn for trinn jo lavere en er plassert på skalaen. Mange tviler på at det er forskjeller i materiell standard som genererer denne gradient­forskjellen, for kan det virkelig være noe i det materielle miljøet som varierer såpass mye mellom de som har videregående utdanning, de som har høyskole, og de med høyere universitetsgrad, osv. at det har konsekvenser for den generelle helsetilstanden?

### Argumenter for betydningen av materiell ulikhet – i dag

Å avskrive den materielle ulikheten som en av forklaringene på de sosioøkonomiske helse­ulikhetene – i dagens Norge – er forhastet. Et særskilt felt gjelder arbeidsforholdene. Tradisjonelt ble belastende miljøer på arbeidsplassene regnet som en viktig bestanddel av de faktorene som produserte helse­ulikheter. Utvilsomt er mange slike særegne vansker etterhvert blitt mindre. Tungt kroppsarbeid er gradvis redusert (Graff-Iversen et al. 2001), og automatisering og arbeidsmiljøreguleringer har nok avskaffet endel av de verste utslagene.

Men den sosioøkonomiske ulikheten i arbeidsmiljøbelastninger er fortsatt stor ved inngangen til det 21. århundret. Tabell 1 viser slike forskjeller for menn, for den tredelen av de yrkesaktive med lavere utdanning (grunnskole, ungdomsskole, videregående lavere nivå) i kontrast til den tredelen som har høyskole- eller universitetsutdanning. Det er dramatiske forskjeller for en rekke sider ved arbeidsmiljøet som sannsynligvis kan være en helse­belastning over sikt. Studier som også tar hensyn til andre faktorer (som livsstil) tyder på at slitasje og påkjenninger i arbeidet fremdeles utgjør en viktig kilde til helse­variasjoner (Elstad 2003), og studier innen arbeidsmedisin har gitt mange konkrete eksempler på arbeidsrelaterte helse­plager, se for eksempel (Moen et al. 2002; Petersen 2002). Det problematiske i

arbeidsmiljøet dreier seg ikke bare om fysiske eksponeringer. Også psykososiale belastninger i arbeidet har en klar sosial gradient som trolig er involvert i de sosio-økonomiske helseulikhetene (Siegrist & Marmot 2004).

	UNGDOMSSKOLE/ VIDEREGÅENDE LAV	HØGSKOLE/ UNIVERSITET
– Stor risiko for belastningsskader	24%	4%
– Stor risiko for arbeidsulykker	12%	3%
– Løfter 20kg+ mer enn 20g daglig	16%	2%
– Løfter i ubekvemme stillinger	48%	13%
– Utsatt for gass, støv ol.	28%	9%
– Utsatt for kulde på jobben	39%	11%
– Utsatt for vibrasjoner fra maskiner ol.	30%	6%
– Arbeidstid vanlig dagarbeid	66%	79%

**Tabell 1:**

Prosentandeler som opplever ulike arbeidsmiljøplager, etter utdanningsnivå. Menn. Levekårsundersøkelsen 2000. SSB.

Også materiell ulikhet i form av inntekt og levestandard kan ha betydning fortsatt – ikke bare for marginaliserte og sosialt ekskluderte grupper, men også for dem som på mange måter er solid plassert i yrkeslivet og neppe kan regnes som lavinntektstakere. Den tradisjonelle ideen om grenseverdier (nevnt over) var kanskje forfeilet eller i det minste ikke dekkende. Sett i forhold til en høy inntekt kan en «vanlig» arbeiderinntekt den dag i dag innebære svekkete muligheter for å understøtte en optimalt sunn levestandard – i kosthold, boligkvalitet og rekreasjon: De små materielle forskjellene kan alt i alt ha helsemessige konsekvenser midt i den økonomiske velstanden av i dag.

### Paradigmeskifte

Uansett: Et skifte i tenkningen omkring helseulikheter skjedde. Den materialistiske forklaringen på de sosioøkonomiske helseulikhetene hadde stor oppslutning fram til midten av 1900-tallet, men oppdagelsen av at ulikhetene besto også etter at den «tradisjonelle» fattigdommen forsvant dreidde oppmerksomheten mot andre teorier. Den sosiale gradienten i helseforhold – at helseplagene økte trinnsvis for hvert steg nedover i hierarkiet – virket vanskelig å forklare om man bare holdt seg

til den materialistiske forklaringen. Andre forklaringer ble etterspurt. Fra 1970-tallet var det individenes helseatferd som oftest ble regnet som det viktigste når det gjaldt sosioøkonomiske helseulikheter.

Det var ikke bare de kritiske spørsmålene som ble stilt til den materialistiske forklaringen, som satte helseatferden i fokus. Også endringer i helsesituasjonen spilte inn. Siden 1800-tallet hadde spedbarnsdødeligheten og infeksjonssykdommene vært dominerende temaer i helsepolitikken. Her var det imidlertid store forbedringer, og de som prøvde å forklare helseulikhetene på 1950- eller 1960-tallet sto overfor et annerledes helsepanorama enn tidligere. Nå framsto hjerte- og karsykdommer og kreft – sykdommer som ofte rammet middelaldrende, særlig menn – som mer viktige trusler mot befolkningens helse. Og mens spedbarnsdødelighet og infeksjonssykdommer var utbredt der materiell nød var stor, var det ikke en like entydig sammenheng når det gjaldt hjerte- og karlidelsene og kreft. Disse sykdommene, som nå var mere iøyenfallende enn tidligere, ble ofte regnet som velstandssykdommer – de oppsto ikke på grunn av materiell deprivasjon, men heller som en følge av rikelig med mat og drikke, eller av overdrevent stillesittende og sedate liv, eller manglende måtehold i bruk av rusmidler og stimulanser.

Epidemiologiske studier kunne etterhvert påvise forbindelsen mellom røyking og lungekreft. Gjennombruddet skjedde på 1950-tallet. Røykingen var også en bidragende årsak til hjerte- og karlidelser, og dessuten oppdaget man sammenhenger mellom disse sykdommene og forhøyet blodtrykk, høyt kolesterolnivå og overvekt. Disse risikofaktorene ble i sin tur påvirket av kostholdet og av trening og mosjon – og dessuten av røyking, og endel studier fant også at alkoholbruken spilte inn.

### Helseatferdsteoriens gjennombrudd

Spesielle vaner, handlemåter og forbruksmønstre ble således etterhvert oppfattet som en hovedårsak til mange alvorlige sykdommer, og i særdeleshet til de sykdommene som sto for flertallet av dødsfallene: hjerte- og karlidelsene og kreften. Derav uttrykket «livsstilssykdommer», men det er ikke alltid klart hva som menes. De fleste tenker nok på sykdommer der et bestemt sett av atferdstyper er risikofaktorer. Her inngår alltid tobakksrøyking, kosthold med lite frukt og grønnsaker, lite mosjon og for mye bruk av alkohol/rusmidler (helseatferdens «big four»). I varierende grad blir også andre handlesett trukket inn, som for eksempel ulykkesatferd, helsetjenestebruk og sovevaner. For andre betyr imidlertid livsstilssykdommer helseplager som er relatert til samtidens levevaner og livsvilkår i videre forstand. Eksempler er depresjon som kan oppstå etter samlivsbrudd eller stressrelaterte somatiske sykdommer der oppjagete arbeidsforhold i et konkurranseutsatt



arbeidsliv spiller inn. Skillet mellom livsstilssykdommer og andre sykdommer er ikke alltid lett å trekke. At lungekreft kan kalles en livsstilssykdom godtar alle, men hva med fordøyelsesplager fordi en har valgt å arbeide nattskift for å tjene mer? Er brystkreft en livsstilssykdom siden utsatte fødsler og lavt barnetall, typisk blant moderne kvinner, er en risikofaktor?

Særlig fra 1970-tallet og utover ble søkelyset rettet mot helserelatert atferd, og i særdeleshet mot tobakksrøyking, kosthold og mosjon. Mange studier tydet på at her fant en viktige risikofaktorer for det som førte til mange dødsfall blant 40-, 50- og 60-åringer.

Men gjennombruddet for helseatferdsteorien hadde nok også en politisk bakgrunn. Noen hevdet den var et svar på det som da (som nå) ble regnet som helsevesenets krise – at etterspørselen etter helsetjenester økte tross bedringene i folkehelsen (Wildawsky 1977). Veksten i sykehussektoren, for eksempel, førte til finansieringsproblemer for det offentlige. Ideen om å kreve at folk flest selv passet på helsen sin var nærliggende, for om en slik holdning ble rådende ville det lette presset på de offentlige helsetjenestene. På denne tid kom også et oppsving av individualistiske tenkemåter (postmodernismen) og en gjenoppliving av liberalistisk økonomisk teori («Thatcherismen»). Denne ideologiske vendingen framhevet individets uavhengighet og ansvar og la mindre vekt på sosiale årsaker og passet derfor godt sammen med helseatferdsteorien.

Helseatferdsteoriens underliggende moralske evaluering av prosessene bak sosioøkonomiske helseulikheter var således den motsatte av hva den materialistiske forklaringen sto for. De som ble rammet av dårlig helse var ikke lenger strukturenes ofre, men heller individer med dårlig oppførsel. Helseatferdsteorien ble følgelig kritisert for å overse den samfunnsmessige bakgrunnen for helseforhold og for å legge skylden for helsesvikt på individet selv – «en skyldte på offeret» («blaming the victim»).

### Sosioøkonomiske ulikheter i helseatferd

I helsepolitikken i land som Norge fikk kampanjer mot usunne levevaner snart en dominerende rolle – det dreidde seg om å stumpe røyken, spise mer frukt og grønnsaker, mosjonere og trene jevnlig, være måteholden med alkoholen og om mye annet, som bilbelter og hjelmer, sukker og fisk, kaffe, vitaminer, søvn og soling.

Helseatferdsteorien syntes umiddelbart å gi en forklaring på sosioøkonomiske helseulikheter. De vanene som særlig ble trukket fram som sunne, var utbredt i «middelklassen», men ikke så vanlig nedover i det sosioøkonomiske hierarkiet. I Norge har dette vært særlig tydelig for røyking i de siste tiårene. I 2001–2003 oppga for eksempel 15 prosent av alle 25–74 år med utdanning på universitetsnivå at de

var dagligrøykere, mot 33 prosent av de med videregående skole og 40 prosent av de med grunnskole (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Forskjellene var enda mer markante blant yngre. Liknende, om ikke så markante, sosioøkonomiske forskjeller kunne en se når det gjaldt mosjon/trening i fritiden og frukt og grønnsaker i kostholdet (Holmboe-Ottesen et al. 2004). Gjennomsnittlig alkoholkonsum er derimot høyere i øvre sosioøkonomiske lag, men den dominerende mening innen epidemiologien ble snart at moderat alkoholbruk («et par glass vin til middag») ikke var noen betydelig risikofaktor – risiko var mer knyttet til drikkevaner som kanskje var mer vanlig i «lavere» lag («helgefylla»). En norsk doktorgrad fra 1986 konkluderte derfor med at «Så godt som alt som kalles *sunt* er mer vanlig i høystatusgrupper» (Aarø 1986:131).

De sosioøkonomiske forskjellene i helserelatert atferd har imidlertid ikke vært stabile over tid. Røykingen er et klart eksempel. Langt på vei var det høystatusgrupper som introduserte sigaretten, og deretter spredte vanen seg til andre sosiale sjikt. For noen tiår siden var røyking like utbredt i alle sosiale lag (Lund & Lund 2005). Dagens markante sosioøkonomiske forskjeller i røyking har oppstått i løpet av tiden etter 1960. Ettersom de øvre lagene i det sosioøkonomiske hierarkiet i større grad har sluttet å røyke, har de sosiale forskjellene i røyking økt i de siste tiår – men også i lavere statusgrupper har det vært noe reduksjon i røykingen.

### Hvor mye forklarer helseatferden?

Hvor mye kan sosiale forskjeller i røyking, mosjon og kosthold – de mest omtalte helserelaterte vanene – gjøre rede for de sosioøkonomiske helseulikhetene? Eller formulert hypotetisk: Sett at det ikke var sosioøkonomiske forskjeller i røyking, kosthold og mosjon: Hvor mye av de sosioøkonomiske helseforskjellene ville forsvinne – alt, eller mesteparten, eller bare en liten del?

Spørsmålet er ikke lett å besvare og det er neppe unison enighet om konklusjonen innen forskningen. Svaret avhenger dessuten – som diskutert tidligere – av omfanget av sosiale forskjeller i andre relevante årsaksfaktorer er. Svaret vil også avhenge av hvilke deler av helsepanoramaet en ser på. Forskjeller i røykevaner er nok avgjørende viktig for lungekreft, og dette betyr noe siden dødsfall fra ondartede svulster i luftveiene utgjør omlag 10 prosent av alle dødsfallene i alderen 45–74 år. For de andre kreftformene er det mer usikkert hva helseatferden betyr. Noen studier tyder på at fysisk aktivitet kan ha noe forebyggende effekt (Thune & Smeland 2000). Trolig er også en del av de sosiale forskjellene i kroniske luftveissykdommer oppstått på grunn av forskjellene i tobakksbruk.

Røyking, kosthold og mosjon bidrar også til hjerte- og karlidelsene (som forårsaker nesten hvert tredje dødsfall 45–74 år), men her er årsakene sammen-

satt og mange andre faktorer teller også med. Utenlandske studier tyder på at noe (kanskje 15–25%) av de sosioøkonomiske forskjellene i hjertesykdommer er knyttet til røyking, høyt blodtrykk og kolesterol, og høyt blodtrykk og kolesterolnivået skyldes i noen grad kosthold og mosjon (Syme 1996). Norske studier peker i samme retning (Holme et al. 1982; Thürmer 1993) – en ny norsk studie antar riktignok at livsstil betyr mer for forskjellene i hjertedødelighet enn en kunne tro ut fra de tidligere studiene (Strand & Tverdal 2004).

At en del av de sosioøkonomiske forskjellene i de største dødsårsakene skyldes helseatferd i snever mening (tobakk, kosthold, mosjon) er derfor sannsynlig. Å forklare de sosioøkonomiske forskjellene med slike helseatferdsfaktorer når det gjelder andre deler av helsepanoramaet er mer problematisk. De sosioøkonomiske forskjellene er særlig markante for muskel- og skjelettlidelser. Disse plagene er utbredte (hver tredje uførepensjonist har dette som diagnose, for eksempel), men helseatferd i vanlig betydning betyr neppe mye for dem. De utbredte lidelsene i nervesystemet og de tallrike psykiske lidelsene har antakeligvis heller ikke noen klar årsak i røyking, kosthold eller mosjon.

En grundig prospektiv amerikansk studie (Lantz et al. 1998) anslo at den samlede betydningen av røyking, alkohol, manglende mosjon og overvekt gjorde rede for anslagsvis 10–30 prosent av de sosioøkonomiske forskjellene i dødelighet (alle årsaker). Forfatterne konkluderte at ulikhetene i dødelighet skyldes et vidt spekter av årsaker og at størsteparten ville vedvare også om helseatferden ble kraftig forbedret i lavere sosioøkonomiske lag. Det kan tenkes at dette også er realistiske anslag for dagens Norge. Det betyr i så fall at en utjevning i de sosioøkonomiske variasjonene i helseatferd nok ville redusere helseulikhetene noe, men langt ifra føre til en utjevning.

### Hvorfor er det sosioøkonomiske forskjeller i helserelatert atferd?

Levevaner knyttet til røyking, mosjon og kosthold spiller altså en viss, men neppe en dominerende, rolle for de sosioøkonomiske helseulikhetene. Men hvorfor har noen en sunnere livsstil enn andre?

Den enkleste forståelsen framhever det personlige valget – en «velger» sin egen helseatferd, ut fra informasjon, kunnskap og viljestyrke. At en slik modell har noe for seg, er det ingen grunn til å avvise. Røykevanene i den norske befolkningen er dramatisk endret i løpet av noen få tiår – to tredeler av voksne menn var dagligrøykere på 1960-tallet, mot mindre enn en tredel idag. Informasjonskampanjer og krafttak for å stumpe røyken har gjort sin virkning. Blant de gjenværende røykerne er det knapt noen som ikke reflekterer over temaet. Spørreundersøkelser viser at bortimot

halvparten av dem vurderer å slutte i nærmeste halvår (og noen lykkes, andre ikke). Men å forklare helserelatert livsstil utelukkende som et ubundet, personlig valg er stort sett alt for enkelt. At det fortsatt finnes strukturelle føringer kan en ikke se bort fra. Valgene kan styres av forhold som den enkelte, eller hennes familie og nærmiljø, i større eller mindre grad er tvunget til å tilpasse seg. Enkelte er trolig avskåret fra å velge sunne livsstiler av økonomiske grunner. Sunn mat kan også være kostbar mat. Når de billige idrettslagene for masseidrett nedlegges og erstattes av kommersielle treningstilbud med høye medlemsavgifter, blir noen av dem med lavere inntekter ekskludert. De eksklusive rekreasjonsstedene – helsefarmar – kan også bidra til høystatusgruppers helse, men de koster for mye for folk flest. For noen sykdommer spiller helsetjenestene en viktig rolle, og personlig økonomi kan sikre bedre og raskere tjenester. Framveksten av et privat, kommersielt, helsevesen gjør at sjansen for sosial ulikhet i behandlingstilbud øker.

### Livsstilbegrepet

En forståelse for de sosioøkonomiske variasjonene i helserelatert livsstil krever at en drøfter nærmere hva begrepet livsstil innebærer. Mange har drøftet hvordan livsstiler skal forstås (Bartley et al. 2001; Bourdieu 1984; Cockerham et al. 1997). En kan kanskje bruke tre stikkord (som ikke er gjensidig utelukkende) for å fange inn noen aspekter ved dette begrepet: tradisjon, tilhørighet og markering.

Mange typer levevaner er tradisjonelle, de er knyttet til hevdvunne måter å være på, som tunge søndagsmiddager med kaffe og bløtkake. Det finnes hevdvunne ritualer ala «fem minutters hvil og røyk» i militærtjenesten eller søndagsturene til borgerskapet på Oslo vestkant. Tradisjonelle levevaner kan være ureflekterte, de gjentas og reproduseres over tid uten kritisk distanse og begrunnes med hva som er vanlig og hva som passer seg.

Atferd og levevaner kan også være en måte å uttrykke hvilket sosialt miljø en hører til, eller ønsker å høre til – som dressen og den eksklusive whiskyen blant direktørene eller tatoveringer og skinnjakker i motorsykkelgjenger. Når unge jenter starter å røyke til tross for at alle vet at det er helseskadelig, handler det ofte om å signalisere hva de prøver å være: kule og (nesten) voksne. De adopterer det som er framherskende i den gruppen de tilhører eller vil være en del av. En kan gjerne kalle det for et «gruppepress», ettersom det dreier seg om sosiale normer som en må tilpasse seg for ikke å bli utesluttet eller isolert.

En enda mer aktiv form er å bruke atferd – forbruk, kostvaner, språk, kultur, klesdrakt, rusmidler, ferievaner – for å understreke det som skiller mellom sin egen gruppe og andre sosiale lag. Livsstilen markerer distinksjonene i det sosiale hierarkiet. De dyre bilene og villaene gjør det synlig at en er rikere enn andre, kostholdet

demonstrerer modernitet og overlegen kunnskap, osv. Den franske samfunnsforskeren Pierre Bourdieu, for eksempel, hevder at typisk for privilegerte klasser i vår tid er å behandle kroppen ikke som et instrument, men som et mål i seg selv, som noe en skal dyrke gjennom pleie og måtehold, i kontrast til «vulgariteten» i de «lavere» klasser som anser at utseendet er underordnet bruken av kroppen (Bourdieu 1991:213). Livsstiler blir et våpen i hegemoniske kamper. Det sunne levesettet gir prestisje, og fra toppen av samfunnspyramiden synes det som om «lavere» klasser avslører sin uverdighet ved sin sjuskete livsstil. Mot stempelingen ovenfra kan motstanden reise seg nedenfra, som når røykere på brune kafeer forarges av det overgrepet de mener at det nye røykeforbudet på kafeer var: Nå vil de ihvertfall ikke slutte å røyke (Pettersen 2005)!

Dette peker på at levevaner og livsstiler i stor grad er kollektive fenomener, ikke først og fremst individuelle handlinger. Dessuten: Selv om livsstil, levevaner og atferd kan ha betydning for om en pådrar seg helseplager, spiller helsekonsekvenser ofte en underordnet rolle for hvorfor livsstiler oppstår, vedvarer og eventuelt «går under». Riktignok har levevaner i stadig større utstrekning blitt vurdert fra et helseperspektiv. Den medisinske evalueringen av hva folk gjør har blitt mer og mer framtreddende i massemedia og i sosial omgang – såkalt medikalisering (Fugelli 2004). Dette setter livsstiler og levevaner under et forandringspress, og idag er det få som føler seg frikoblet fra dette trykket. Men ettersom livsstiler er kollektive fenomener knyttet til gruppers identitet, er det også begrenset hva individuelle opplysningskampanjer kan oppnå. Kanskje det er brede, mer dyptliggende, strømninger i samfunnsutviklingen som påvirker livsstilene langt mer enn målrettede tiltak for å endre atferden?

### Det psykososiale perspektivet

Både den materialistiske forklaringen og helseatferdsperspektivet (og den genetiske tilnærmingen) opererer i hovedsak med en naturvitenskapelig modell for helse, dvs. at den menneskelige organismen reagerer bokstavelig talt bevisstløst, viljeløst og følelseløst på ytre og indre påvirkninger. En alternativ modell er det psykososiale perspektivet, som fokuserer på mennesket i sine sosiale omgivelser. En legger vekt på at mennesker er plassert i sosiale sammenhenger og i sosiale interaksjoner med andre mennesker, og at også denne siden ved tilværelsen kan ha helsemessige konsekvenser. Ideen er blant annet at kognitive (erkjennelsesmessige) og emosjonelle (følelsesmessige) reaksjoner kan ha konsekvenser for kroppslige prosesser. Antakelsen er at det vi ser, hører og erkjenner i omgivelsene også kan ha ringvirkninger på organismens biologiske og fysiske tilstand, og at dette derfor er et potensial for å påvirke sykdomsprosessene.

At kroppslige prosesser kan utløses av kognitive og emosjonelle inntrykk er godt etablert i folkekunnskapen. Det reflekteres i uttrykk som at «innvollene vranger seg» når vi støter på noe frastøtende eller at «blodet fryser til is» når vi opplever fare. Verdenslitteraturen har mange fortellinger om ulykkelige som dør av sorg. Ofte knyttes begrepet stress om slike hendelser. En enkel definisjon av stress er psykisk belastning – eller bedre: psykisk overbelastning. Man erfarer omstendigheter som oppleves som vanskelige, krevende, kanskje uoverkommelige eller umulig å håndtere. Det som utløser stress, de ytre påkjenningene, kalles gjerne stressorer, mens stress i seg selv er de mentale og kroppslige reaksjonene.

På 1930-tallet skjøt vitenskapelige studier av slike reaksjoner fart. Noen er først og fremst psykiske, som anspenthet og konsentrasjon. En kunne også påvise en rekke kroppslige forandringer – hjertet banker raskere (noe de fleste har opplevd), blodtrykket kan stige, og dessuten mange andre mer skjulte reaksjoner, for eksempel ved at produksjonen av hormoner som adrenalin og kortisol i kroppen blir forandret.

Hvordan kan dette være relatert til helseplager og sykdommer? For det første kan stressorer – for eksempel skremmende, triste, rystende, ydmykende eller tærende opplevelser – utløse psykiske plager som depresjoner, nervøsitet, oppgitthet, mangel på livsmot osv. For det andre kan stressorer føre til større grad av helseskadelig atferd. Uttrykket «drikke for å glemme» forteller om et velkjent mønster. Studier har påvist hvordan psykiske belastninger (et samlivsbrudd, for eksempel, eller å miste jobben) kan føre til mer røyking eller mer rusbruk. At personer i stressende livssituasjoner blir mindre varsomme og er mer utsatt for ulykker er sannsynliggjort mange ganger.

Den tredje forbindelsen mellom stress og sykdom er mer omdiskutert. Her er ideen at stress kan føre til varig ubalanse i de kroppslige systemene og at dette kan resultere – på kort eller lengre sikt – i sykdommer. Stressreaksjonen, dvs. at kroppen mobiliserer ressurser for å håndtere utfordringene, er ikke nødvendigvis skadelig. Dette er noe alle har og alle trenger, av og til. Men når slike psykisk utløste kroppslige reaksjoner blir for sterke eller for langvarige, kan de deregulere de normale kroppslige prosessene og dermed svekke helsetilstanden. En antar at hormonproduksjonen, for eksempel, ikke kommer ordentlig tilbake til sitt «riktige» nivå, eller at immunapparatet (de kroppslige systemene som motarbeider infeksjoner og reparerer skadete celler) blir varig svekket. Som en følge av slike kroppslige forandringer, som kan være usynlige og umerkelige for den som rammes, kan sykdomstilbøyeligheten øke, både på kort og på lang sikt (Elstad 1998).

At uheldig stress kan øke sannsynligheten for somatiske sykdommer av mange slag er altså et viktig, men diskutert, element i denne teorien. Mange studier peker

i en slik retning. Forskningsfeltet er i vekst (psykosomatikk, psykonevroendokrinologi, psykonevroimmunologi) og har stor interesse i medisin og psykologi (Kristenson et al. 2004). Mye er fortsatt usikkert, blant annet siden måleproblemene er spesielt store når det gjelder disse problemstillingene.

### Det psykososiale perspektivet og de sosioøkonomiske helseulikhetene

I seinere tiår har den psykososiale modellen fått betydelig oppslutning innen forskningen om de sosioøkonomiske helseulikhetene. Fellesnevneren er hypoteser om en gjennomgående tendens til at forekomsten av uheldig stress øker jo lavere en er plassert i det sosioøkonomiske hierarkiet, men det er flere tilnærminger til hvordan dette kan skje.

En hovedtilnærming er at forekomsten av stressorer, både akutte (plutselige hendinger) og kroniske (langvarige stressende livssituasjoner), har en sosial gradient som mer eller mindre tilsvarer posisjonen i det sosioøkonomiske hierarkiet. Eksempler på akutte stressorer kan være en plutselig økonomisk belastning en ikke greier å dekke, trafikkulykker, brann i hjemmet, å bli oppsagt fra jobben, å bli tiltalt for en forbrytelse, samlivsbrudd eller dødsfall blant ens nærmeste. Kroniske stressorer kan bestå av kontinuerlige vansker med å greie økonomiske forpliktelser, langvarige vansker i privatlivet, gnagende boligproblemer over lang tid, stadig frykt for kriminalitet i nabolaget, en konstant redsel for å miste jobben eller opplevelsen av gjentatte nedvurderinger og ydmykelser fra overordnede. Levekårsundersøkelser og livsløpsstudier tyder på at det finnes et slikt sosioøkonomisk mønster (Elstad 2002; Turner et al. 1995). Den sosiale gradienten i stressorer har altså samme mønster som gradienten i helseulikhetene.

Stress utløses ikke automatisk av spesifikke livshendinger og livssituasjoner (dvs. av stressorene, de ytre påkjenningene), men kanskje i større grad av forholdet mellom de krav og utfordringer en stilles overfor og de ressurser en har til rådighet for å møte påkjenningen. Et viktig begrep her er mestringsressurser, ettersom det nettopp er avstanden mellom krav og muligheter som regnes som en hovedkilde til uheldig stress. Manglende ressurser har selvsagt sterk sammenheng med sosioøkonomisk plassering. Svak privatøkonomi svekker muligheten til å greie plutselige utlegg, utdanning gir kompetanse for å håndtere mange typer vansker, og sosiale nettverk er en kilde til støtte i vanskelige situasjoner. Om et barn plutselig blir sykt, er det en ressurs å ha bekjente som er lege – noe som selvsagt varierer med egen sosioøkonomiske status.

Denne tankegangen er også utviklet i form av mer spesielle begreper som fanger inn dette sosioøkonomiske mønsteret. For noen er nøkkelordet kontroll (Syme 1996).

En antar at det generelle er erfaringen og opplevelsen av at en selv kan kontrollere egne livsomstendigheter og vilkår, noe som systematisk kan minske jo dårligere økonomien er eller jo lavere en er plassert i arbeidsorganisasjonens autoritetshierarki. Andre knytter det psykososiale perspektivet til relativ deprivasjon (Wilkinson 1996), dvs. til følelsen av at en er underlegen og urettferdig dårlig stilt – i forhold til andre generelt eller spesielt i forhold til dem en ønsker å sammenligne seg med. Mestringsressurser kan også ha en psykologisk komponent, som kan være grunnlagt fra barnsben av eller som bygges opp gjennom livsløpet som en følge av positive eller negative erfaringer med å mestre omgivelsene. Optimisme, selvtillit og evne til å omgås andre kan utgjøre en styrke for å tackle vansker. Omvendt kan selvforakt, mistillit til andre og fatalisme (skjebnetro) svekke evnene og mulighetene til å møte påkjenninger, og slike egenskaper er ofte forbundet med høyere stressnivå. I hvilken grad slike personlighetsvariable varierer med sosioøkonomisk plassering er imidlertid uavklart – noen studier finner slike mønstre, mens andre finner få spor av dem.

### Fengende, men usikker

Det psykososiale perspektivet kan fortone seg som en attraktiv hypotese for å forklare de sosioøkonomiske helseulikhetene. Et generelt trekk er at det framhever sosiale relasjoner i langt større grad enn hva både den materialistiske forklaringen og helseatferdsteorien gjør. Perspektivet beskriver et fenomen – stress – som kan forårsake helseplager og som i det store og hele har den samme sosiale gradienten som helseforholdene. Stress anses ofte å ha en uspesifikk, generell negativ effekt på helsetilstanden. Stress kan derfor være en bidragende faktor til en lang rekke lidelser, fra psykiske vansker til kreft og hjertelidelser, noe som stemmer overens med at langt de fleste sykdommer har denne typiske sosiale gradienten. Mens den materialistiske forklaringen i dens opprinnelige form var knyttet til det absolutte materielle standarden, er den psykososiale forklaringen mindre avhengig av det generelle materielle nivået. Omfanget av stress kan særlig ha sammenheng med den relative plassering i det sosioøkonomiske hierarkiet, noe som kunne være en forklaring på hvorfor de sosioøkonomiske helseulikhetene består på tross av store materielle endringer i samfunnet. Det psykososiale perspektivet synes derfor å gi en rimelig forklaring på den sosiale gradienten i helseforhold.

At det psykososiale perspektivet er en løsning på spørsmålet om hvorfor de sosioøkonomiske helseulikhetene oppstår, er likevel omstridt. Hvor mye stress betyr for sykdomsutviklingen, alt i alt, i forhold til andre faktorer som direkte materielle påkjenninger eller usunne levevaner, er på ingen måte avklart. En grunn



er at presis forskning om dette er særlig vanskelig å utføre. Det psykososiale perspektivet vil dessuten i mindre utstrekning enn andre tilnærminger kunne ha som ideal å finne fram til faste, «evige» sannheter. Grunnen er at nøkkelfaktoren – stress – nødvendigvis er koblet sammen med sosiale forhold som skifter og er i forandring. Andre samfunnsforhold kan bety at det som før var stressende, nå er det i mindre grad. I hvilken grad det er stressende å bli skilt eller å være arbeidsløs, for eksempel, er ikke gitt en gang for alle. Det vil for eksempel avhenge av innholdet i dominerende sosiale normer som vedrører skilsmissestatusen, eller om situasjonen som arbeidsløs er fornedrende og økonomisk katastrofal eller respektert og uten sterke konsekvenser for levestandarden.

Det knytter seg altså mange uavklarte spørsmål til det psykososiale perspektivet. En finner ikke alltid en tydelig sosioøkonomisk gradient i stressbelastning, for eksempel. Fortsatt er det usikkert om det er godt nok dokumentert at stress er en svært viktig årsak til helseplager, og i tillegg kan det diskuteres om de sosioøkonomiske forskjellene i stress er såpass omfattende at de kan være en sentral årsak til sosioøkonomiske helseulikheter.

## 4 Tid og rom

### Integrasjon av teorier og hypoteser

Om genetik er uvesentlig og mobilitetsforklaringen ikke mer enn en bidragende faktor, står vi altså igjen med tre hovedtilnærminger for å forklare de sosioøkonomiske helseulikhetene – den materialistiske, helseatferdstilnærmingen og det psykososiale perspektivet. Til alle tre knytter det seg mange spørsmål. Den materialistiske forklaringen erkjenner alle var viktig før, hvor viktig er den nå? Helseatferden er av betydning, men kanskje mindre enn de fleste tror? Psykososiale effekter bidrar, men hvor mye?

Å vurdere disse forklaringene mot hverandre er ikke en enkel sak. I teorien kan hver av dem være dominerende. Om de er det bestemmes også av tyngden av de andre forklaringene, og av historiske og sosiale omstendigheter som skifter og er foranderlige. Riktignok er mange samfunnsforhold ganske stabile, men enkelte spesielle helselaterte endringer kan skje fort, i løpet av få år. Om fysisk aktivitet er viktig, vil vel joggebølgen fra 1970-tallet ha betydning? Om kostholdet avgjør, vil vel den motepregete internasjonaliseringen av matvanene komme til å spille en rolle? Om materiell standard betyr noe, vil kanskje inntektsøkningene på 1980- og 1990-tallet være vesentlig?

Antakelser om hva som forklarer de sosioøkonomiske helseulikhetene må nok ta i betraktning alle de tre hovedtilnærmingene. I de siste tiårene har forsøk på å formulere integrerende perspektiver vært en viktig del av forskningen om sosioøkonomiske helseulikheter. Disse forsøkene tar på den ene side hensyn til at flere forklaringstyper kan være relevante, men dessuten tar de ofte i bruk en eksplisitt forståelse av at helseforskjellene de studerer er lokalisert i tid og i rom. Tidsaspektet framkommer ved fokus på livsløp, oppvekstbetingelser og historiske forandringer. Romaspektet framkommer ved å rette søkelyset på sosiale omgivelser: Alle lever innen en sosial kontekst, og hva slags rolle spiller den for de sosioøkonomiske helseulikhetene?

### Når i livsløpet dannes helseulikhetene?

Det er sagt at sosioøkonomiske helseulikheter finnes «fra vuggen til graven». Tradisjonelt har det vært store sosiale skiller i spedbarnsdødeligheten. I Norge er de blitt redusert i tråd med at spedbarnsdødeligheten er gått kraftig ned. De sosiale forskjellene i dødelighet i den første levemåned er nå svært små (Arntzen et al. 2004). Blant eldre spedbarn, og blant barn og tenåringer var det imidlertid visse sosioøkonomiske ulikheter i dødelighet, men her er dødsfall sjeldne og forskjellene små i absolutte tall.

JUSTERT FAMILIEINNTekt I 1000 KR			
	< 80	80–110	110+
Antall barn 6-14 i 1992	97.326	166.899	198.231
Døde 1993-1999	233	318	350
Døde i % av gruppen	0,24	0,19	0,18

**Tabell 2:**

Døde 1993–1999 blant barn 6–14 år i 1992, i grupper etter familieinntekt 1993 justert for husholdningsstørrelse. Antall og prosent. Kilde: FD-trvad.

Tabell 2 viser dette for barn 6–14 år, gruppert etter familiens samlede inntekt etter skatt, justert for husholdningens størrelse. Blant barn i familier med inntekt under 80.000 kroner var det relativt flere dødsfall i sjuårsperioden 1993–1999 (0,24 prosent) enn blant barn i familier med over 110.000 kroner (0,18 prosent). Endel undersøkelser viser også sosioøkonomiske forskjeller blant barn når det gjelder enkelte typer sykkelighet, for eksempel astma. Men forskjellene er ikke store, blant annet etter som de fleste barn har god helse på disse alderstrinnene. Enkelte forskere hevder derfor at det er ubetydelige sosiale ulikheter i helse i barne- og ungdomsårene (West & Sweeting 2004).

Fra 20-årsalderen og fra starten av yrkeslivet blir de sosioøkonomiske helseulikheterne mer tydelige enn de var i barne- og ungdomsårene. Forskjellene framtrer mellom utdanningsnivåene og mellom yrkesklassene. De fleste undersøkelser tyder på økende sosioøkonomiske forskjeller etterhvert som en blir eldre om en måler de absolutte forskjellene (de relative forskjellene er store også i 20- og 30-årsalderen, men i denne fasen er helseproblemene færre og dødeligheten lav). Seinere i livet – for eksempel fra 60-årsalderen – er det tegn til at ulikhetene snevres inn igjen.

Omfanget av helseulikheter varierer altså noe over livsløpet. Dette har bidratt til en interesse for å undersøke ulikhetene i et livsløpsperspektiv: Hvorfor finnes det fortsatt forskjeller i spedbarnsalderen, hvorfor er ulikhetene antakeligvis ganske små i tenårene, og hvorfor øker de seinere, utover voksenalderen?

Et relatert spørsmål er sammenhenger og kontinuitet i helse over livsløpet. Om forskjellene i sykkelighet, uføretrygging og dødelighet synes særlig store i midtlivsfasen (i 40-, 50- og 60-årsalderen), betyr ikke dette nødvendigvis at det er akkurat hva som skjer i disse livsfasene som er av særlig betydning for helseplagene. Helsetilstanden utvikler seg gradvis, år for år, og alle «trekker med seg» påvirkninger fra tidligere faser i livet. Helsen på ethvert alderstrinn er en konsekvens, ikke bare av påkjenninger som har skjedd i den nærmeste fortid, men også av det man har vært utsatt for mange tiår tidligere.

## Programmeringshypotesen

På 1990-tallet fikk den engelske epidemiologen David Barker stor oppmerksomhet for sin hypotese om at viktige aspekter av helsetilstanden kunne være grunnlagt allerede tidlig i livet, faktisk før fødselen. Hypotesen gikk ut på at skadelige omgivelser i fosterlivet, for eksempel om moren var utsatt for feilernæring eller vanskelige levekår, eller om hun røykte for mye, kunne føre til varig mangelfull utvikling av organismen – som i sin tur kunne øke sykdomstilbøyeligheten gjennom hele livsløpet. For barnet er fostertilværelsen åpenbart en kritisk fase – det er her livsviktige organer og kroppslige funksjoner dannes. Om ytre påvirkninger hemmer veksten kunne permanente svekkelser opptre.

I sin «strengeste» form ble dette oppfattet som «biologisk programmering». Organismen ble programmert for seinere helsesvikt og sykdommer, på grunn av den mangelfulle utviklingen av vitale organer i den aller første levetiden. Programmering innebar altså en form for determinisme. Seinere utvikling av helseplager var uavvendelig, ettersom den var knyttet til svakheter i organismen etablert allerede før fødselen (eller i det minste i de aller første leveårene) – svakheter som knapt lot seg påvirke av miljøet seinere i livet.

Programmeringshypotesen ga et nytt perspektiv på de sosioøkonomiske helseulikhetene. Det ble antatt at mangelfull utvikling av kroppslige organer ville skje hyppigere jo lavere moren befant seg i det sosioøkonomiske hierarkiet, på grunn av dårligere levekår (og kanskje også på grunn av mer skadelig helseatferd). Det er jo en overveiende tendens til at barn inntar omtrent den samme relative plasseringen i det sosioøkonomiske hierarkiet som opphavsfamilien (tross omfanget av sosial mobilitet). Det kunne derfor være en mulighet for at dagens sosioøkonomiske helseulikheter blant voksne eller eldre ikke primært skyldtes hva de hadde vært utsatt for gjennom sitt eget voksne liv, men tvert imot var en konsekvens av en latent helsesvakheter de bar med seg fra barnsben av.

Barker og hans medarbeidere kunne understøtte hypotesen med analyser av longitudinelle datasett (observasjoner av samme individer over lengre tidsrom). Resultatene tydet på at svak fosterutvikling i mors liv (indikert ved for eksempel lav fødselsvekt) syntes å henge sammen med bestemte sykdommer og tidlige dødsfall – mange tiår seinere. Allerede før Barker hadde den norske forskeren Anders Forsdal påvist tilsvarende sammenhenger i Norge: I nordnorske kommuner der spedbarnsdødeligheten var særlig høy i årene rundt første verdenskrig (noe som tydet på særdeles vanskelige sosioøkonomiske levevilkår) var også dødeligheten av hjerte- og karsykdommer særskilt høy 40–50 år seinere!

## Barndommens skygger

At helsesvikt som ung eller middelaldrende kan ha sin rot i organiske svakheter dannet allerede i fostertilværelsen eller de tidligste leveårene er sannsynlig. I sin «strenge» form gir likevel hypotesen om biologisk programmering neppe noen fullstendig forklaring på de sosioøkonomiske helseulikhetene. Det er for eksempel ikke usannsynlig at omfanget av skadelige påvirkninger i fosterlivet er blitt mindre etterhvert som levestandarden har økt. Om biologisk programmering skulle forklare dagens sosioøkonomiske helseulikheter blant middelaldrende, forutsetter det nok at lavstatusfamilier var svært utsatt for materiell deprivasjon på den tiden da de ble født. Det var neppe tilfelle – matmangel og ekstremt dårlige boforhold var ikke så utbredt i Norge, for eksempel, på 1940- og 1950-tallet. Mange avviste også programmeringshypotesens determinisme, som om omstendighetene etter den første kritiske levetiden var svært lite vesentlige.

Men programmeringshypotesen pekte på noe som idag er blitt en vesentlig del av diskusjonen om hva som forårsaker de sosioøkonomiske helseulikhetene – nemlig kontinuiteten i menneskers helseutvikling, eller sagt annerledes: At tidlige påkjenninger og omgivelser ikke bare har kortsiktige konsekvenser, men kan også sette sine spor i helsetilstanden på lang sikt, mange tiår seinere.

Sagt dramatisk kan en si at den første levetiden og barndommen kan kaste lange skygger over helsetilstanden seinere i livet. Biologisk programmering – at man blir født med uoprettelige organiske svakheter grunnet uheldige omstendigheter i fosterfasen – er en ekstrem variant av dette, som sikkert forekommer, men som kanskje ikke er spesielt utbredt. En annen variant kan være materielle omstendigheter som er uheldige gjennom hele barndommen, i form av mindre sunn og lite allsidig kost, eller dårlige levekår, eller manglende fysisk aktivitet og motorisk utvikling. Slikt kan gradvis summere seg opp gjennom barndommen og seinere til et svakere helsepotensial. En tredje variant kan være spesielle sykdommer eller ulykker en blir utsatt for tidlig i livet, som også kan ha slike langvarige effekter og feste seg som en sårbarhet som gjør en mindre motstandskraftig mot påkjenninger seinere i livet. En fjerde variant kan være psykososialt stress i følsomme barne- og ungdomsår, i form av manglende trygghet, mobbing, omsorgssvikt og traumatiske sosiale relasjoner. At psykiske plager i voksenalderen kan ha slike røtter i psykososialt stress tidlig i livet er velkjent. En nyere norsk undersøkelse tydet for eksempel på at vold mellom foreldrene, korporlig avstraffelse og vonde minner om relasjonene til mor og far hadde direkte konsekvenser for dårligere selvopplevd helse midt i femtiårene, uansett om en hadde opplevd gode eller mindre gode levevilkår seinere (Elstad 2005), og denne studien er bare et eksempel blant flere liknende funn.

Noe av årsakskomplekset bak helseulikheter som ung, middelaldrende og eldre kan altså ligge i det helsepotensial som er grunnlagt i barndommen. Hvor mye dette forklarer de sosioøkonomiske helseulighetene i dag er likevel usikkert, for hvor sterkt varierer barnas levekår med sosial bakgrunn? At det er forskjeller i materiell levestandard er utvilsomt, men det kan også være forskjeller i etablering av sunne helsevaner, i adekvat bruk av helsetjenester, og kanskje – men det er mer usikkert – forskjeller i psykososialt stress blant barn. Hver for seg er slike sosiale forskjeller fra barnsben av ikke nødvendigvis avgjørende, men summen av dem kan være betydningsfulle.

### Akkumuleringshypotesen og «usunne livskarrierer?»

Livsløpsperspektivet på helse har ført til en rekke studier der en forsøker å klarlegge hvordan påvirkninger i barndom og ungdom, i kombinasjon med seinere omgivelser, influerer sykdomsutbrudd og sykdomsutvikling (Galobardes et al. 2004; Kuh & Ben-Shlomo 1997). Livsløpsperspektivet er blitt koblet til diskusjonen om de sosioøkonomiske helseulighetene ved å påvise en rekke sosiale mønstre som tilsammen kan være viktige bidrag til at disse ulighetene oppstår.

En viktig del av disse mønstrene er påpekningen av at helsesvikt i stor grad kan være et resultat av akkumulasjon av uheldige omstendigheter og miljøfaktorer – av mange forskjellige typer. Helsesvikt kan selvsagt skyldes spesielle avgjørende faktorer – som biologisk svikt på grunn av miljøet i fosterlivet, eller ekstremt dårlige materielle kår, eller spesielt usunn livsstil eller svært skadelige arbeidsforhold. En annen tilnærming er å anta at helsesvikt og sykdommer oftest er utfall av en gradvis akkumulasjon over livsløpet av mange typer skadelige miljøfaktorer, som hver for seg ikke nødvendigvis teller så mye, men som i sum adderer seg opp til en større og større risiko. Det kan dreie seg om vanskelige materielle kår som barn, kombinert med etablering av uheldige helsevaner, som følges av skadelige arbeidsmiljøer med forurensninger, slitasje og ulykkesrisiko, og dessuten psykososialt stress på grunn av manglende trygghet og slitsomme livshendinger.

Det er påpekt at helse-«fiendtlige» omstendigheter har en tendens til å opptre i klynger, i «syndromer» som henger sammen – både på ethvert tidspunkt og over tid (Blane 1999). Det finnes gunstige livsløp der de positive faktorene eksisterer sammen og kanskje forsterker hverandre. Høystatusbakgrunn leder gjerne til høyere utdanning, sosiale miljøer med sunne vaner, gode arbeidsforhold og solide materielle kår, og lettere tilgang til høykvalitets-helsetjenester om det skulle være nødvendig. Omvendt finnes det kjeder av «onde sirkler» eller hva som også er kalt «usunne livskarrierer»(Lundberg 1993): Vanskeligheter på skolen i ungdomstiden

kan føre til etablering av usunn livsstil, som følges av lavstatus-jobber som gir materielle mangler og lavere levestandard, og skadelige arbeidsforhold – alt dette kan gradvis, steg for steg, underminere helsetilstanden og øke sårbarheten for helsesvikt. I disse sirklene av gunstige eller ugunstige livsbaner kan også helse-relaterte mobilitetsprosesser spille inn: Høyere utdanning, sunne vaner og psykososial trygghet gjør det lettere å hevde seg i yrkeslivet, de bidrar til høyere inntekter og de gunstige karrierene forsterker de positive faktorene. Omvendt vil begynnende helsesvikt svekke posisjonen på arbeidsmarkedet og føre til mindre gunstige yrkesmessige karrierer og mindre bra materielle levekår, som i sin tur kan forsterke omfanget av usunne omgivelser og aksellerere utviklingen av helseplager.

Sagt annerledes: Samfunnsforholdene genererer typiske livsmønstre og livs-karrierer med særskilte typer muligheter og handlingsalternativer som strekker seg over hele livsløpet, fra barndommen til alderdommen. Det finnes mange individuelle avvik og variasjoner, mange har følelsen av at de selv «velger sine liv», men alt i alt er det likevel dominerende sosiale mønstre – strukturelle føringer – som fordeler helserelevante påkjenninger på en bestemt måte. Og hver nye studie avdekker resultatet av disse mønstrene i form av de vedvarende sosioøkonomiske helseulikhetene.

### Den sosiale kontekst

Livsløpsperspektivet har gitt et nytt inntak til forståelsen av de sosioøkonomiske helseulikhetene, ved å integrere en forståelse av hvordan materielle, atferds-messige og psykososiale forhold tilsammen utgjør et kompleks av påvirkninger over tid som kan føre til sosioøkonomiske helseulikheter. Men livsløpsperspektivet er samtidig i all hovedsak en individuell tilnærming. Det knytter helseulikhetene til forskjellene – i materielle kår, levevaner og psykososialt stress – som de enkelte medlemmene av hvert sosioøkonomisk lag har møtt og stått overfor i løpet av sin levetid.

At dette er en nyttig tilnærming, er utvilsomt. Den impliserer imidlertid et bilde av samfunnet som en samling av individer som på mange vis er løsrevet fra hverandre, som om helseutfallene hos den enkelte er resultatet av den enkeltes livsløp. Hva som kommer i bakgrunnen er den sosiale kontekst, eller sagt annerledes: Trekk ved samfunnet og fellesskapet og hvordan disse kan influere helse-tilstand og helseulikheter. Den sosiale kontekst kan være avgrenset til et bestemt geografisk område, men med sosial kontekst kan en også forstå et kollektiv av mennesker som ikke nødvendigvis er lokalisert et bestemt sted.

En illustrasjon: Om persontransport i stor grad foregår som privatbilisme og det satses lite på trafikk sikkerhet, vil det sannsynligvis bli store sosiale ulikheter i trafikkulykker. De med lave inntekter vil i større grad bo i sterkt trafikkerte områder og deres barn vil leke i trafikkfarlige miljøer i stedet for i beskyttede hager. De med lave inntekter vil oftere ha små, eldre og derfor mindre trafikk sikre biler enn de velstående. Et omfattende tilbud av billig og trygg kollektivtrafikk, sammen med trafikkregulering og investeringer i trafikk sikkerhet for dem som likevel bruker privatbil, vil utjevne de sosiale ulikhetene i trafikkulykker. Med andre ord: Skillet i individuelle ressurser mellom «høy» og «lav» i det sosioøkonomiske hierarkiet kan være akkurat det samme i de to eksemplene, men utfallet når det gjelder sosial ulikhet i trafikkskader kan likevel bli vidt forskjellig.

Historien om vestlige velferdsstater som den norske har på mange måter bestått i sosiale reformer som hadde til hensikt å endre den samfunnsmessige konteksten – blant annet med helseforbedringer og helseutjevning som målsetting. Utbyggingen av helsevesenet er et selvsagt eksempel blant mange andre. Det generelle ved den sosiale kontekst er at den utgjør et sett av rammebetingelser, av muligheter og begrensninger, som påvirker hvordan individenes livsløp kan utspille seg. Innen forskningen om sosioøkonomiske helseulikheter er den sosiale kontekst kommet mer i forgrunnen i seinere tid. Det internasjonale forskermiljøet er blitt mer opptatt av å studere hvordan trekk ved den kollektive organiseringen av samfunnet spiller inn på helseforholdene, i tillegg til de individuelle årsakene.

### Den neo-materialistiske tilnærmingen

Levekår og livsomstendigheter dannes selvsagt aldri bare av private ressurser hos de enkelte individer eller familier. De påvirkes også av det vi kan kalle den kollektive infrastruktur. Dette er et viktig tema i den såkalte neo-materialistiske tilnærmingen til studiet av helseforhold (Lynch 2000). Eksemplet i forrige avsnitt er en enkel variant. Det generelle er at ethvert samfunn har felles ordninger, tiltak og tilbud i større eller mindre grad, og de danner både materielle omgivelser for samfunnsmedlemmene og legger dessuten føringer for hvordan det sosiale liv utspiller seg. Bestemte former for infrastruktur gir kollektive ressurser som er allment tilgjengelige og deles av fellesskapet, og de kan erstatte eller supplere utilstrekkelige ressurser hos den enkelte. Dette kan ha betydning for de sosioøkonomiske helseulikhetene: Om ulikhetene skyldes private mangler og individuell fattigdom kan de kollektive investeringene virke helseutjevne.

Dette er synspunkter som på mange måter faller sammen med begrunnelsen for velferdsstaten. Den tradisjonelle velferdsstatspolitikken og det som ofte kalles



den neo-materialistiske tilnærmingen har mange felles trekk. Hva det «neo»-materialistiske innebærer er forøvrig ikke helt klart – hva skiller det tradisjonelle materialistiske perspektivet fra det «ny-materialistiske»? En måte å forstå dette på er å påpeke at velferdsstaten opprinnelig var opptatt av de mest grunnleggende velferdsgoder, som elementær inntektssikring for fattige, syke og arbeidsledige, nok mat til alle, rent vann, rimelige boliger, de mest vesentlige helsetjenestene og grunnskole. I dag, med et annet sosioøkonomisk nivå, vil den kollektive infrastrukturen være langt bredere orientert. Den innbefatter offentlig helsetjeneste med et utvidet tilbud i forhold til tidligere, skoler av ulike slag og skoleplikt helt opp til seint i tenårene, matsikkerhet, parker og «grønne lunger» i bymiljøene, naturreservater, idrettsanlegg av mange forskjellige typer, trafikktiltak og kontroll av utslipp som er mye strengere enn tidligere, bedre trygder, en omfattende eldreomsorg, regulering av arbeidsforholdene, påbud om verneutstyr, osv.

Det helseutjevnende aspektet ved dette bunner i at ressurser og makt er ulikt fordelt i det sosioøkonomiske hierarkiet. De på toppen vil oftest ha egne ressurser nok til selv å kunne fri seg fra helseskadelige omstendigheter. Gode helsetjenester kan de skaffe seg via private forsikringer uansett hva den kollektive infrastrukturen tilbyr. Offentlige tiltak for matsikkerhet er mest til nytte for dem som ikke har råd til å kjøpe i eksklusive butikker. De med store private formuer trenger ingen offentlig inntektssikring, men de offentlige trygdene og overføringsordningene kan sikre en rimelig materiell standard for dem som mister arbeid eller blir arbeidsufør og ikke har private midler å falle tilbake på.

En viktig politisk trend rundt årtusenskiftet har vært avregulering og privatisering, noe som kunne innebære at de fellestilltakene som virker helseutjevnende blir svekket eller avskaffet. Den neo-materialistiske tilnærmingen er utvilsomt en politisk opposisjon mot neo-liberalismen. Å forsvare, helst forbedre, den kollektive infrastrukturen blir sett på som avgjørende for å redusere de sosioøkonomiske helseulikheter.

At kvaliteten på den kollektive infrastrukturen teller er neppe omstridt. Et eksempel: De sosiale ulikhetene i spedbarnsdødelighet i første levemåned er nå blitt svært små, og det er sannsynlig at en viktig grunn til dette er det allment tilgjengelige, offentlige høykvalitetstilbudet med graviditets- og fødselsomsorg (Arntzen et al. 2004). Det er likevel flere temaer som blir diskutert i denne forbindelse. Det er antatt at de nordiske velferdsstatene har en høyere kvalitet på den kollektive infrastrukturen enn andre vestlige land. I tråd med den neo-materialistiske tesen er levealderen høy og helsetilstanden generelt god i Norden. Imidlertid er verken levealderen høyere eller de sosioøkonomiske helseulikhetene spesielt mindre i dag i Norden enn i flere land i Sør-Europa som ikke har det samme høyt

utviklele nivået på den offentlige velferdssektoren. Dette kan synes som et paradoks, og noen tar det som et argument mot den neo-materialistiske forståelsen. Hvorfor det er slik er usikkert – kan det være at disse landene har en helsefremmende sosial kontekst via andre «metoder» enn den nordiske formen for velferdsstat?

### Samhold og samfunnssolidaritet

Den neo-materialistiske analysen av betydningen av den sosial kontekst er selvsagt relatert til den materialistiske forklaringen, mens en annen tilnærming har større slektskap til det psykososiale perspektivet. Her betones i større grad de mellom-menneskelige relasjonene og hva de betyr for følelse av fellesskap, integrasjon og gjensidig respekt mellom ulike sjikt i det sosioøkonomiske hierarkiet.

Sosial kapital er et begrep som ofte brukes i denne tilnærmingen. Begrepet brukes på mange måter og i mange sammenhenger, og det er forskjellige definisjoner av det. Et aspekt som går igjen er de ressursene for den enkelte som ligger i sosiale nettverk, i samarbeid, i felles opptreden osv. En måte å måle den sosiale kapital i samfunnet har derfor ofte vært å undersøke hvor mye man deltar i frivillige organisasjoner, hvor høy oppslutningen om valgen har vært, og i det hele tatt hvor utbredt alle former for kollektive og fellesskaplige aktiviteter er. Et annet aspekt er mer knyttet til holdninger, særlig på tvers av de sosioøkonomiske skillelinjene – for eksempel graden av gjensidig, umiddelbar tillit mellom samfunnsmedlemmene eller overfor fremmede, graden av respekt for hverandre, og inkluderende holdninger som regner alle med som en del av fellesskapet uansett hvor i det sosioøkonomiske hierarkiet de befinner seg. Sosial kapital har altså med felles aktiviteter og samfunnsånd å gjøre, men begrepet sikter også til graden av samhold, solidaritet og respekt mellom samfunnsmedlemmene.

Det som er helsemessig relevant i dette er nært knyttet til det psykososiale perspektivet. Den generelle hypotesen er at lav sosial kapital i et samfunn i større grad vil generere uheldig stress, og det vil i særlig grad skje blant dem som er lavt plassert i de sosioøkonomiske hierarkiene. Nederlagsfølelse, erfaringer med å være utelukket, fiendskap og motvilje, forakt og nedvurderinger – dette kan være en stil i samfunn med lav sosial kapital som i særlig grad rammer dem i lavere samfunnssjikt.

Fra Norge og Norden finnes det i dag trolig ikke forskningsresultater som kan understøtte hypotesen om at en sosial kontekst preget av høy sosial kapital begrenser de sosioøkonomiske helseulikhetene. Forskning fra USA som for eksempel sammenligner de 50 delstatene kan imidlertid tolkes i denne retningen (Kawachi et al. 1999). Å demonstrere slike sammenhenger i strikt forstand vil dessuten alltid være svært vanskelig.

Det er neppe noen grunn til å skille de to sosial kontekst-tilnærmingene beskrevet her – kollektiv infrastruktur og sosial kapital – skarpt fra hverandre. Antakelsen om betydningen av samhold og solidaritet er ofte (men ikke alltid) knyttet til antakelser om at den materielle situasjonen i samfunnet er årsaken til nivået av sosial kapital. For en av de fremste talspersoner for denne tilnærmingen er det nettopp graden av inntektsulikhet i samfunnet som er den viktigste kilden til manglende sosial kapital (Wilkinson 1996). I denne versjonen er altså sosial-kapital- forklaringen nært forbundet med en hypotese om helseskadelige effekter av den materielle ulikheten i samfunnet.

## 5 Sluttord

### Mange kilder – og den ytterste årsak?

Denne framstillingen leder ikke i retning av en påstand om at et bestemt, avgrenset sett av faktorer er bakgrunnen for de vedvarende sosioøkonomiske helseulikheterne. Snarere er det sannsynlig at det finnes et vidt spekter av årsaker, som hver for seg ikke er avgjørende, men som alle bidrar på forskjellig måte, med forskjellig styrke, overfor forskjellige deler av helsepanoramaet. Arbeidsmiljøforskjeller og de materielle forskjellene «midt» i dagens norske velstandssamfunn fortsetter sannsynligvis å generere sosioøkonomiske ulikheter i helseplager. Helseatferd spiller inn, men er neppe den avgjørende faktoren, selv om det er grunn til å tro at ulikhetene i et bestemt segment av sykdommene ville reduseres om de sosiale forskjellene i røyking forsvant. Sosiale ulikheter i psykososiale belastninger er kanskje økende – mange antar det kan bli resultatet av trekk ved dagens næringsliv med oppjaget konkurranse og økende krav til ytelse og kompetanse – og sosiale forskjeller i stress teller også trolig med. Livsløpsperspektivet forteller at dagens ulikheter ofte ble etablert tiår tilbake, noe som også impliserer at hva dagens situasjon betyr for de kommende helseulikheterne neppe kan bli klarlagt før om mange år. Mobilitetsprosesser, hvordan folk beveger seg opp og ned i det sosiale hierarkiet, oppstår også i samband med helserelatert diskriminering og sorteringsprosesser i samfunnet, og de kan i noen grad bidra til hvordan de sosioøkonomiske helseulikheterne framtrer. Dessuten vil den sosiale kontekst – nivået på den kollektive infrastruktur og de sosiale kvaliteter som ligger i integrasjon og samhold – være viktige rammebetingelser for hvordan helseulikheterne dannes.

Slik kan en fokusere på forskjellige aspekter og prosesser som bidrar til hvordan de sosioøkonomiske helseulikheterne produseres. Men det kan også være en tanke å sette søkelyset på det sosioøkonomiske hierarkiet i seg selv. I en viss forstand er alle de bestemte mekanismene og prosessene som utformer helseulikheterne konsekvenser og utslag av det fundamentale faktum at det norske samfunn (og alle liknende samfunn) er et sosialt hierarki – det vil si et system av systematiske sosiale ulikheter i inntekt, levekår, utdanningsressurser, yrkesstatus og makt og innflytelse.

En hypotese som fortjener oppmerksomhet er at så lenge samfunnet er ordnet på en skarpt lagdelt måte, vil konsekvensen alltid være at de ressurssterke og velstående vil kunne omsette sin privilegerte situasjon til bedre helse (Link & Phelan 1995; Link & Phelan 2002). Gjennom historien har dette skjedd på forskjellige måter – i sin tid gjennom tilgang på basale materielle ressurser som flertallet

manglet, seinere kanskje gjennom større evne til å ta i bruk helsekunnskap, enda seinere kanskje gjennom den psykiske trygghet som posisjonen «ovenpå» alltid vil gi. Mekanismene skifter over tid, men roten til det skjeve helseutfallet ligger alltid i den hierarkiske oppbygningen som gjennomsyrer samfunnet – i det at det finnes avstand, rangering, fra øverst til nederst. I et slikt perspektiv er altså det sosioøkonomiske hierarkiet i seg selv den ytterste årsak til de sosioøkonomiske helseulikhetene, og allmenn sosial utjevning på alle felt det mest virksomme botemiddelet.

## Referanser:

- Arntzen, A., Samuelsen, S. O., Bakketeig, L. S. & Stoltenberg, C. 2004. Foreldres utdanning og spedbarnsdødelighet 1967–98. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 124, 2904–6.
- Baird, P. A. 1994. The role of genetics in population health. I R. G. Evans, M. L. Barer & T. R. Marmor (red.), *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*, pp. 133–60. Berlin/New York: de Gruyter.
- Bartley, M., Sacker, A., Firth, D. & Fitzpatrick, R. 2001. Dimensions of inequality and the health of women. I H. Graham (ed.), *Understanding health inequalities*, pp. 58–78. Buckingham – Philadelphia: Open University Press.
- Bjerkedal, T., Beckstrøm, J. R., Brevik, J. I. & Skåden, K. 2001. Høyde, vekt og kroppsmasseindeks ved sesjon for menn født i årene 1967–80. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 121, 674–7.
- Blane, D. 1999. The life course, the social gradient, and health. I M. Marmot & R. G. Wilkinson (red.), *Social determinants of health*, pp. 64–80. Oxford: Oxford University Press.
- Blane, D., Davey Smith, G. & Bartley, M. 1993. Social selection – what does it contribute to social-class differences in health? *Sociology of Health & Illness*, 15, 2–15.
- Borgan, J.-K. 1996. Socioeconomic trends i differential mortality among middle aged males in Norway 1960–1990. I Anonymous (ed.), *Yearbook of Population Research in Finland*. Helsinki: The Population Research Institute, Helsinki, Finland.
- Bourdieu, P. 1984. *Distinction. A social critique of the judgement of taste*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Bourdieu, P. 1991. *Kultur och kritik. Anföranden av Pierre Bourdieu*. Göteborg: Daidalos.
- Claussen, B. 1999. Health and re-employment in a five-year follow-up of long-term unemployed. *Scandinavian Journal of Public Health*, 27, 94–100.
- Claussen, B. & Næss, Ø. 2002. The selection hypothesis of social inequalities in health: The Oslo mortality study. *Norsk Epidemiologi*, 12, 43–6.

- Cockerham, W. C., Rütten, A. & Abel, T. 1997. Conceptualizing contemporary health lifestyles: moving beyond Weber. *Sociological Quarterly*, 38, 321–42.
- Dahl, E. 1993. Social-Inequality in Health – the Role of the Healthy Worker Effect. *Social Science & Medicine*, 36, 1077–1086.
- Dahl, E. 1994. Sosial ulikhet i helse: *Artefakter eller seleksjon?* Oslo: FAFO-Rapport 170.
- Davey Smith, G. 2005. Forelesning, Trondheim 27. januar 2005.
- Davey Smith, G. & Ebrahim, S. 2003. 'Mendelian randomization': can genetic epidemiology contribute to understanding environmental determinants of disease? *International Journal of Epidemiology*, 32, 1–22.
- Elstad, J. I. 1995. Employment Status and Womens Health – Exploring the Dynamics. *Acta Sociologica*, 38, 231–249.
- Elstad, J. I. 1998. The psycho-social perspective on social inequalities in health. *Sociology of Health & Illness*, 20, 598–618.
- Elstad, J. I. 2000. Social background and life chances in Norway: persisting inequalities throughout 20th century? In P. Otnes (ed.), *Sosiologisk Årbok 2000.1*, pp. 93–120. Oslo.
- Elstad, J. I. 2002. *Undersøkelse om helse og livsløp blant 55-årige menn*. Upubliserte resultater. Oslo: NOVA.
- Elstad, J. I. 2003. Livsstil, arbeidsmiljøbelastninger og helseulikheter blant 55-årige menn. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, Forthcoming.
- Elstad, J. I. 2004. Health and status attainment: effects of health on occupational achievement among employed Norwegian men. *Acta Sociologica*, 47, 127–40.
- Elstad, J. I. 2005. Childhood adversities and health variations among middle-aged men: a retrospective life-course study. *European Journal of Public Health*, in press.
- Elstad, J. I. & Krokstad, S. 2003. Social causation, health-selective mobility, and the reproduction of socioeconomic health inequalities over time: panel study of adult men. *Social Science & Medicine*, 57, 1475–1489.
- Evang, K. 1974. *Helse og samfunn. Sosialmedisinsk almenkunnskap*. Oslo: Gyldendal.
- FD-Trygd. 2005. *Data fra Forløp Trygd*. Egne analyser.
- Fluge, G. 2000. Cystisk fibrose i Helseregion Vest. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 120, 568–71.
- Fugelli, P. 2004. Formeghetens mentalitet – en fare for helsen og helsetjenesten? I J. G. Mæland, P. Fugelli, G. Høyer & S. Westin (red.), *Sosialmedisin – i teori og praksis*, pp. 416–430. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Galobardes, B., Lynch, J. W. & Smith, G. D. 2004. Childhood socioeconomic circumstances and cause-specific mortality in adulthood: Systematic review and interpretation. *Epidemiologic Reviews*, 26, 7–21.
- Graff-Iversen, S., Skurtveit, S., Nybø, A. & Ross, G. B. 2001. Utviklingen av kroppsarbeid hos norske 40–42-åringer i tiden 1974–94. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 121, 2584–8.
- Grue, L. 2001. *Motstand og mestring. Om funksjonshemning og livsvilkår*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Helsedepartementet. 1999. *Folkehelse rapporten 1999*. www.odin.dep.no.
- Hodne, F. 1986. Medisin og miljø: nye synspunkter. I Ø. Larsen, O. Berg & F. Hodne (red.), *Legene og samfunnet*, pp. 76–92. Oslo: Seksjon for medisinsk historie, Universitetet i Oslo.
- Holmboe-Ottesen, G., Wandel, M. & Mosdøl, A. 2004. Sosiale ulikheter og kosthold. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 124, 1526–8.
- Holme, I., Helgeland, A., Hjermann, I. & Leren, P. 1982. Socioeconomic-Status as a Coronary Risk Factor – the Oslo Study. *Acta Medica Scandinavica*, 147–151.
- Kawachi, I., Kennedy, B. P. & Glass, R. 1999. Social capital and self-rated health: A contextual analysis. *American Journal of Public Health*, 89, 1187–1193.

- Krieger, N. & Davey Smith, G. 2004. «Bodies count», and body counts: Social epidemiology and embodying inequality. *Epidemiologic Reviews*, 26, 92–103.
- Kristenson, M., Eriksen, H. R., Sluiter, J. K., Starke, D. & Ursin, H. 2004. Psychobiological mechanisms of socioeconomic differences in health. *Social Science & Medicine*, 58, 1511–1522.
- Kuh, D. & Ben-Shlomo, Y. (red.). 1997. *A life course approach to chronic disease epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Lantz, P., House, J. & Lepkowski, J. 1998. Socioeconomic factors, health behaviors, and mortality – Results from a nationally representative prospective study of US adults. *JAMA-Journal of the American Medical Association*, 279, 1703–8.
- Link, B. G. & Phelan, J. 1995. Social Conditions as Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 80–94.
- Link, B. G. & Phelan, J. C. 2002. McKeown and the idea that social conditions are fundamental causes of disease. *American Journal of Public Health*, 92, 730–732.
- Lund, K. E. & Lund, M. 2005. Røyking og sosial ulikhet i Norge. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 125, 560–3.
- Lundberg, O. 1993. The impact of childhood living conditions on illness and mortality in adulthood. *Social Science & Medicine*, 36, 1047–52.
- Lundberg, O. 2003. Ojämlikhet i hälsa: definitioner, mått, mekanismer och policyimplikationer. *Socialmedicinsk tidskrift*, 80, 200–8.
- Lynch, J. 2000. Income inequality and health: expanding the debate. *Social Science & Medicine*, 51, 1001–5.
- Moen, B. E., Riise, T., Hollund, B. E. & Torp, S. 2002. *Arbeidsrelaterte plager i Hordaland. Rapport 3/2002*. Bergen: Seksjon for arbeidsmedisin, Universitetet i Bergen.
- Pensola, T. 2003. From past to present: effect of lifecourse on mortality, and social class differences in mortality in middle adulthood. *Yearbook of Population Research in Finland, Supplement XXXIX*, Vol. 33. Helsinki: The Population Research Institute.
- Petersen, R. B. 2002. *Neuropsychological function in workers exposed to metals. An epidemiological study among workers exposed to aluminium, mercury or manganese*. Thesis. Oslo: Department of Occupational Medicine.
- Pettersen, K.-S. 2005. *Røykeloven og gjester ved brune serveringssteder*. Rapport 1/05. Oslo: NOVA.
- Rose, G. 1985. Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 14, 32–8.
- Sosial- og helsedirektoratet. 2005. *Sosial- og helsedirektoratet om tobakk*: [www.tobakk.no/statistikk/tot6.htm](http://www.tobakk.no/statistikk/tot6.htm), avlest 16.02.2005.
- Siegrist, J. & Marmot, M. 2004. Health inequalities and the psychosocial environment – two scientific challenges. *Social Science & Medicine*, 58, 1463–1473.
- Skevik, A. 2004. Lavinntekt og levekårsproblemer – to sider av samme sak? I M. Sandbæk (red.), *Barns levekår. Hva betyr familiens inntekt? Rapport 11/04*, pp. 43–64. Oslo: NOVA – Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Stoltenberg, C. 2005. Merging genetics and epidemiology: What is in it for public health? *Scandinavian Journal of Public Health*, 33, 1–3.
- Strand, B. H. & Tverdal, A. 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.
- Sund, E. & Krokstad, S. 2005. *Kunnskapsoversikt – forskning om sosiale ulikheter i helse i Norge*. Manuskript. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.


- Syme, S. L. 1996. To prevent disease. The need for a new approach. In D. Blane, E. Brunner & R. Wilkinson (red.), *Health and social organization*, pp. 21–31. London and New York: Routledge.
- Thune, I. & Smeland, S. 2000. Kan fysisk aktivitet forebygge kreft? *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 120, 3296–301.
- Thürmer, H. 1993. *Risk factors for, and 13-year mortality from, cardiovascular disease by socio-economic status. Thesis*. Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø.
- Turner, R. J., Wheaton, B. & Lloyd, D. A. 1995. The epidemiology of social stress. *American Sociological Review*, 60, 104–25.
- Van de Mheen, H., Stronks, K., Schrijvers, C. T. M. & Mackenbach, J. P. 1999. The influence of adult ill health on occupational class mobility and mobility out of and into employment in The Netherlands. *Social Science & Medicine*, 49, 509–518.
- West, P. & Sweeting, H. 2004. Evidence on equalisation in health in youth from the West of Scotland. *Social Science & Medicine*, 59, 13–27.
- Wildawsky, A. 1977. Doing better and feeling worse: the political pathology of health policy. *Dædalus*, 106.
- Wilkinson, R. 1996. *Unhealthy societies*. London: Routledge.
- Zahl, P.-H., Rognerud, M., Strand, B. H. & Tverdal, A. 2003. *Bedre helse – større forskjeller. En analyse av hvordan inntekt, utdanning og husholdningsstørrelse har påvirket dødeligheten i befolkningen i periodene 1970–77, 1980–87 og 1990–1997*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Aarø, L. E. 1986. *Health behaviour and socioeconomic status. A survey among the adult population of Norway*. Department of Social Psychology, University of Bergen.









 Sosial- og helsedirektoratet

Sosial- og helsedirektoratet,

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

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

[www.shdir.no](http://www.shdir.no)