

Velferdsstaten holdt ikke hva den lovet

En av professor Peter F. Hjorts mest slående populariseringer om helse er bildet av enkeltmennesket som en slags Sisyfos som ruller steinen oppover bakken. Steinen symboliserer enkeltmenneskets ansvar for egen helse mens samfunnet avgjør hvor bratt bakken er. Den ser ut til å bli for bratt for stadig flere.

– Du kan ikke be en 20-årig arbeidsledig gutt om å slutte å røyke for å ta vare på egen helse. Bakken er allerede blitt for bratt for ham, og det i en alder hvor han fysisk sett er på sitt sterkeste. Etter hvert som jeg selv er blitt eldre, er jeg blitt mer opptatt av barn og unge. En stor undersøkelse viser at rundt 15% av våre unge lever med lite fremtidshåp. Jeg tror barnehage og skole er mye viktigere enn vi har trodd for barn og unges selvbylde og tro på fremtiden. Det er der de ofte kommer inn i sine første gode eller dårlige sirkler: Du duger eller du duger ikke, sier Peter F. Hjort, som selv var ung i årene etter 1945 og fikk oppleve den enorme fremtidsoptimismen.

Han er blitt 73 år, indremedisineren og hematologen som endte opp som samfunnsmedisiner, fordi han en dag løftet blikket fra den indremedisinske kroppen og så at sykdom og helse uløselig er bundet til hvem du er og hvordan du har det i samfunn med andre. Helt konkret skjedde denne bevisstgjøringen i Seattle i USA, hvor han var forskningsstipendiat i 1957. Her møtte Hjort tvandrede nordmenn, mange av dem fiskere. Når disse sliterne ble gamle og syke, måtte de selge alt de eide for å få behandling ved amerikanske sykehus. Det opprørte den unge medisineren så mye at han senere aldri har sluppet blikket mot samfunnet og den sosiale ulikheten som hersker der. Pensjonisten Peter F. Hjort har fortsatt sitt kontor ved Statens institutt for folkehelse.

Utjevning

– Det er fordelingen av rikdom som er viktig, ikke et lands rikdom i seg selv. I Norge har alle fått det bedre gjennom velferdsstaten, men den relative ulikheten har samtidig økt. I dag blir ikke folks helse ødelagt på grunn av sult og fysisk nød, men heller som et resultat av en stresseffekt fordi man befinner seg langt nede i det sosiale hierarkiet, der det er lite håp om fremgang. Sammenhengen mellom sosial rang og helse er dokumentert til gagns. Vi vet en del om hvilke mekanis-



– Fremdeles, mer enn 50 år senere, regner jeg 8. mai 1945 som den største dagen i mitt liv. Vi hadde en enorm tro på fremtiden, på solidaritet og fellesskap i gjenoppbyggingen av landet, sier Peter F. Hjort. Foto I. Wiese

mer som inntreffer, fordi vi ser forskjeller i alle dødsårsaker. Men når det gjelder tiltak, er nesten ingenting gjort, understreker Hjort.

Den såkalte Whitehall-undersøkelsen fra England i 1980-årene ble et viktig bidrag i forskningen rundt helse og sosial ulikhet. De ansatte i de offentlige bygningene i Whitehall ble gradert etter lønnstrinn for å se om det var noen sammenheng mellom dødelighet og inntekt. Kurven viste at de lavest lønnede funksjonærene hadde fire ganger så høy dødelighet som de med høyest lønn. Den høye dødeligheten gjaldt alle dødsårsaker, og ikke bare hjerte- og karsykdommer som lenge har vært overrepresentert i lavere sosiale klasser. Kurven viste en forbløffende rett strek oppover, jo lavere inntekt, desto høyere dødelighet.

– Undersøkelsen bekrefter en sårbarhet som handler om mye mer enn en uheldig livsstil. Rundt en tredel av dødsårsakene kan tilskrives røyking, overvekt, alkohol og mangel på fysisk aktivitet. Resten har med den tidligere nevnte stresseffekten å gjøre.

Følelsen av å bli kontrollert på arbeidsplassen, av manglende personlig frihet og opplevelsen av at din plass er langt nede på rangstigen, er farligere for helsen enn det tradisjonelle maset vi ofte kaller stress, sier Hjort.

I boken *Folkehelse i forandring* (1) skriver Espen Dahl ved FAFO – Forskningsstiftelsen, at lavstatusgrupper har en påfallende sårbarhet for sykdom og død: «Dødeligheten hos røykere med høy sosial status er lavere enn hos røykere med lav sosial status».

Den subjektive opplevelsen

Peter F. Hjort er opptatt av den subjektive opplevelsen av helse og sykdom. Særlig eldre mennesker kan fortelle ham om alvorlige sykdommer de har hatt eller har, men de holder likevel ofte fast på at de har hatt god helse. Andre kan klage over sin dårlige helse uten at man har påvist noen spesiell sykdom. Helse er derfor etter hans mening ikke nødvendigvis fravær av sykdom, men heller evnen til å mestre og tilpasse seg livets uunngåelige vanskeligheter. Hjorts personlige definisjon av helse er å ha overskudd i forhold til hverdagens krav.

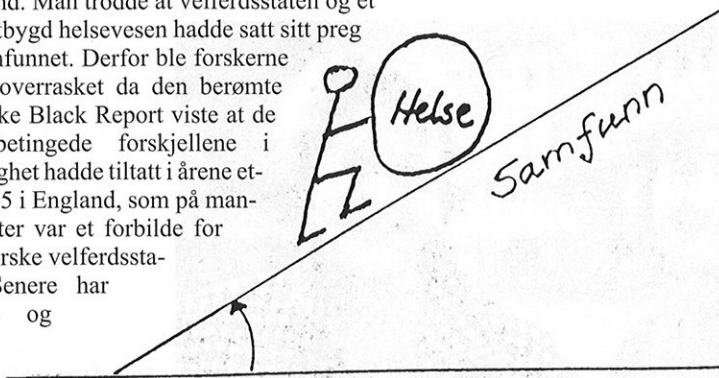
– Det er over 100 år siden den tyske patologen og sosialmedisineren Rudolf Virchow forstod at helse er politikk fordi alle politiske beslutninger får helseeffekter. Vi som trodde på velferdsstaten og likeverd som mål for det norske sosialdemokratiet etter krigen, vi er skuffet i dag. Den økonomiske veksten gjør kaken stadig større, men vi har glemt hvordan vi opprinnelig hadde tenkt å fordele den. Solidaritetssamfunnet er blitt borte. I dag virker kanskje det gamle slagordet fra etterkrigsårene komisk på unge mennesker, men jeg tror fremdeles på det sosialdemokratiske mottoet: «Gjør din plikt, krev din rett,» forteller Peter F. Hjort.

Velferdsstaten skulle endre bildet

Samfunnsforsker Ivar Brevik ved Norsk institutt for by- og regionforskning mener at likhetsidealet fortsatt står relativt sterkt i det norske samfunnet. Det vil si at alle i utgangspunktet skal ha de samme mulighetene til å realisere gode levekår. Likevel oppstår det ulikheter i helse mellom ulike grupper i Norge som i andre land, dels mellom kvinner og menn, men mest mellom sosiale grupper.

– I 125 år har vi visst om disse ulikhetene. Sosiologen Eilert Sundt påviste store forskjeller i Christiania rundt 1870, omtrent samtidig som Friedrich Engels påviste syk-

dom og nød i den engelske arbeiderklassen. Nesten hundre år senere, i moderne etterkrigstid, trodde folk flest at de sosialt betingede helseforskjellene skulle være borte eller i det minste være sterkt redusert i vestlige land. Man trodde at velferdsstaten og et godt utbygd helsevesen hadde satt sitt preg på samfunnet. Derfor ble forskerne svært overrasket da den berømte engelske Black Report viste at de klassebetingede forskjellene i dødelighet hadde tiltatt i årene etter 1945 i England, som på mange måter var et forbilde for den norske velferdsstaten. Senere har norske og uten-



landske studier vist at de sosialt betingede forskjellene i dødelighet har tiltatt de 30–40 siste årene uavhengig av den allmenne høying av levealder i de samme landene. Dette har også vært tilfelle i likhetsorienterte velferdsstater, sier Brevik.

I Norge hadde unge forskere like etter krigen påvist store forskjeller i dødelighet mellom befolkningen i Oslo øst og vest for alle tiårsperiodene fra 1890 til 1940, uten at det overrasket dem spesielt. I Festskrift til Karl Evangs 60-årsdag i 1962 (2), forklarte Trygve Gjestland og Thorbjørn Mork sine funn, og fremla samtidig hypotesen om at disse forskjellene ville endre seg med bygging av skikkelige boliger og generell sosial utjevning. Mange år senere, da Gjestland var blitt pensjonist og Mork var blitt helsedirektør gjennomførte Gjestland sammen med andre forskere en tilsvarende analyse av dødeligheten mellom øst og vest i Oslo for perioden 1971–1980 (3). De fant at levealderen i Oslo fortsatt var lavest øst for Akerselva og at forskjellene mellom Oslo øst og Oslo vest var presis de samme som før krigen når det gjaldt menn, mens forskjellene i dødelighet var noe mindre når det gjaldt kvinner. Levealderen generelt hadde økt for alle. Til tross for bange anelser etter resultatene fra England, var de norske forskerne meget forbausset. Hvorfor virket ikke velferdsstaten slik man hadde trodd og håpet?

Flere faller utenfor

Både Peter F. Hjort og Ivar Brevik er enige om at man begynte å se endringer i det norske samfunnet i slutten av 1960-årene. Ingen eksplosiv økning av én negativ trend, men heller mange mindre negative trender samtidig. Alkoholforbruket økte sammen med narkotika og medikamenter. Det ble mer kriminalitet, flere skilsmisser og flere selvmord. I tillegg økte arbeidsledigheten og flere nordmenn fikk sosial- eller uføretrygd.

– Vi ser at de sosiale forskjellene har økt i hele Europa fra 1970-årene. Det viser seg at 10–15 % av befolkningen ikke får være med på velstandskarusellen. I Sverige snakker

man om totredelssamfunnet. Vi er ikke kommet så langt i Norge, men til tross for allmenne forbedringer faller stadig flere utenfor, sier Brevik, som har forsket på sosioøkonomiske forskjeller og helse i mange år.

Denne utviklingen eksploderte i 1980-årene med markedsøkonomi og et tøffere arbeidsmarked. I 1970 levde 85 000 nordmenn 16–49 år på en eller annen stønad. I 1990 var antall mennesker med stønader 325 000 eller 21 % av alle sysselsatte i samme alder.

– Det er særlig de unge som rammes av samfunnets utstøtingsmekanismer, blant annet fordi krav til utdanning og til å henge med i arbeidslivet er blitt så mye tøffere. Tidligere var det plass til mange flere i det produktive samfunnet, selv om de ikke kunne yte hundre prosent. I dag kreves det ofte at du yter mer enn hundre prosent, så det til slutt går på helsa løs. Arbeidslivet skaper både tapere og bidrar til store helseproblemer i befolkningen. Helse- og vernepersonell må forberede seg på en ny og stor gruppe klienter i årene fremover. Det er dem jeg vil kalle leve- og boudyktige personer mellom 30 og 50 år, med store rus- og helseproblemer, sier Ivar Brevik.

– Ingeborg Wiese, *Tidsskriftet*

Litteratur

1. Hurlen P, Nordhagen R, red. Folkehelse i forandring. Oslo: Universitetsforlaget, 1996.
2. Bruusgaard A, Gjestland T, red. Festskrift til Karl Evang på 60-årsdagen. Oslo: Gyldendal, 1962.
3. East is east, and west is west... NIBR-rapport 1988: 21.

Nytt om sosial ulikhet og helse

Sammenhengen mellom sosioøkonomiske forhold og helse er veldokumentert, og dokumentasjonen øker jevnlig. Hver måned registreres det omkring 170 publikasjoner om emnet i Medline (BMJ 1997; 315: 1320).

Forskjeller etableres tidlig

Sykdomsrisiko og helsefarer utvikles gradvis fra barndom til voksen alder og henger sammen med sosial klasse ved fødselen. Det viser en oppfølging av vel 17 000 barn som ble født i England, Skottland og Wales i 1958. Kohorten er fulgt med jevnlig intervjuer, og resultatene fra undersøkelsen ved 33 års alder er nylig publisert i *Lancet* (1997; 350: 1584–90).

Med utgangspunkt i en klassifisering av sosial tilhørighet basert på fars yrke, viste det seg at 8 % i den øverste sosiale gruppen vurderte sin egen helse som dårlig mot 18 % i den laveste gruppen. Den sosiale gradienten var særlig tydelig for luftveislidelser og psykiske problemer. Sosial tilhørighet ved fødselen var dessuten sterkt assosiert med riskofaktorer som fødselsvekt, kroppsmasseindeks i voksen alder, levevaner, som kosthold og røyking, samt sosiale og økonomiske forhold senere i livet.

Levevaner og legevaner

Helseopplysning og aktiv livsstilsveiledning forsømmes av legene. Det viser en undersøkelse av 6 549 personer i Massachusetts, USA (JAMA 1997; 278: 1412–7). Høyinntektspasienter røykte mindre, mosjonerte mer, var sjeldnere overvektige og brukte oftere bilbelte enn lavinntektspasienter.

Egenrapportert stress og alkoholforbruk økte derimot med økende inntekt.

Legene viste seg å være mindre tilbøyelige til å gi råd om kosthold og mosjon til lavinntektspasienter som hadde behov for slike råd, enn til høyinntektspasienter. På den annen side tok legene oftere opp røyking med pasienter med lav enn med høy inntekt.

Blant de som fikk livsstilsråd fra legen, var pasienter med lav inntekt mer villig til å forsøke å endre atferd enn pasienter med høy inntekt for alle risikoforhold som ble undersøkt.

Relativ fattigdom viktigere enn absolutt?

Selv om det er vist at sosioøkonomiske forhold virker inn på sykkelighet og dødelighet, er sammenhengen mellom brutto nasjonalprodukt og forventet levealder i ulike land svak ($r = 0,08$). Dette står i kontrast til den klare sammenhengen det er mellom inntekt og levealder innen hvert enkelt land.

I en artikkel i *American Journal of Public Health* (1997; 87: 1504–6) hevdes det derfor at ulikheter i helse er mer avhengig av folks relative inntekt og sosiale status i et samfunn enn av det absolutte nivå på levestandarden.

– Magne Nylenna, *Tidsskriftet*