
Velutdannet og frisk

REDAKSJONELT

WIST E

Prognosen for kreftpasienter avhenger av utdanningsnivå og sosioøkonomiskstatus

"Det er bedre å være rik og frisk enn syk og fattig," heter det med et beskt epidemiologisk smil. Men slik er det faktisk. De rike er friskere enn de fattige. Dette henger sammen med så mye: levekår, levevaner, evnen til å ta til seg relevant informasjon om helse og helsefremmende atferd m.m. Men hvis det også skulle være slik at de rike har lettere tilgang på optimal behandling for sin sykdom på grunn av kjøpekraft og utdanning, er det en ubehagelig observasjon idet sosialdemokratiske Norge, hvor oppbyggingen av vårt helsevesen har vært, og forhåpentligvis ennå er, tuftet på prinsippet om likhet for alle uavhengig av økonomi, sosial status, yrke og kjønn.

I februarutgaven av British Journal of Cancer presenterte Fernandez & Borrell en undersøkelse om kreftmortalitet i relasjon til utdanningsnivå i den spanske storbyen Barcelona (1). For menn var det en klar sammenheng mellom hvor mye utdanning man hadde og kreftmortaliteten. For en mann med kun grunnskole var risikoen for død av kreft 21% høyere enn for en med universitetsbakgrunn. For undergrupper av kreft, for eksempel ventrikkcancer, var risikoen hele 99% høyere. For kvinner var bildet mer blandet. Kvinner med liten utdanning hadde større risiko for å dø av cervixcancer enn kvinner med universitetsutdanning (relativ risiko 2,62), men mindre risiko for å dø av tykktarmskreft, brystkreft og lungekreft. I Genova i Italia har pasienter med mer enn fem års utdanning en 60% reduksjon i relativ risiko for residiv av ventrikkcancer sammenliknet med landsmenn som ikke hadde så mye utdanning (2).

Betydningen av rase for kreftprognose debatteres stadig. Enkelte forskere finner at sosioøkonomisk status og rasebegge er individuelle prognostiske faktorer, men at det kan slå forskjellig ut fra kreftform til kreftform. Andre finner ingen slik sammenheng. Det må imidlertid være riktig å si at det er og bør være til bekymring at mennesker av enkelte raser har dårligere prognose når det gjelder kreft. Kvinner kommer ofte verre ut enn menn (3).

I Lancet skrives det 6. mars i år på lederplass om institusjonalisert rasisme i helsevesenet (4). Institusjonalisert rasisme innebærer en kollektiv svikt i en organisasjons evne til å skaffe til veie tilstrekkelig og profesjoneltjeneste overfor mennesker pga. deres hudfarge, kultur eller etniske bakgrunn. I lederen påpekes det at leger stadigvekk tar viktige avgjørelser som har konsekvenser for mennesker. Det er tilstrekkelig bekymring til at man i helsesektoren bør gå i seg selv og undersøke om det finnes institusjonalisert rasisme.

Sosioøkonomisk status og utdanning har ikke bare betydning for den enkelte voksne. Det får også følger for barna i familien. Fra Brasil melder Viana og medarbeidere at fattigdom er en uavhengig prediktor for residiv av akuttlymfoblastisk leukemi hos barn (5). Dårlig husvære, lav inntekt og lavt energiinntak øker risikoen for død. Feilernæring og analfabetisme reduserer muligheten for samarbeid mellom helsevesen og pasient, spesielt pasientens mulighet for å etterleve de anbefalinger og foreskrivninger helsevesenet kommer med.

Så lenge denne typen meddelelser kommer fra land hvor vi vet det er et betydelig klasseskille, blir vi neppeforbauset. Slik er det ikke i gode, gamle Norge. Tror vi. Men i denne utgaven av Tidsskriftet presenterer Øystein Kravdal data fra vårt eget land (6). Vi finner liknende forskjeller her. Ikke nok med at selve risikoen for å dø av enkreftsykdom er forskjellig fra ett utdanningsnivå til et annet. Det er også slik at når man har fått en kreftsykdom, vil sluttresultatet etter behandling være forskjellig. Har man utdanning utover videregående skole, er det tillegg idødelighet som kreft gir, redusert med 15%. Har man hovedfag, er situasjonen enda lysere.

Hva innebærer så dette? Som forfatteren selv skriver kan overlevelse ha med flere faktorer å gjøre: biologiske karakteristika ved selve svulsten, kroppslige forhold for øvrig og behandlingen.

I denne studien har man ikke kunnet korrigere for eventuell komorbiditet, noe man godt kan tenke seg har innflytelse på overlevelsen, og det er viktig å få vite noe mer om det. Man har korrigert for sykdommens stadium med utgangspunkt i hva som er registrert i Kreftregisterets data. Man kan selvsagt spørre om denne registreringen er god nok. Men Kreftregisterets tidligere publikasjoner har vist at de data som er samlet, gjør det mulig å skille ut prognostisk forskjellige grupper. Utdanningens betydning for overlevelse av kreft kan derfor ikke feies under teppet.

Det er et stort behov for mer forskning på dette feltet. Det er også behov for forskning på hvordan pasienter på forskjellige utdanningsnivåer blir tatt imot av det offentlige helsevesen. Selv om vi som arbeider i kreftomsorgen nok vil forsverge at vi ikke gjør forskjell på fattig og rik og på lavt og høyt utdannet, er det ikke helt sikkert at viser oss selv på en objektiv måte. La oss ønske det velkommen hvis noen vil kikke oss i kortene.

Er det slik at vi i informasjonalderen risikerer at kunnskap og problemløsende evner fører til helsemessige klasseskiller i tillegg til den som er der pga. inntekt og sosioøkonomisk status? Det kan se slik ut. Det er en utfordring for helsevesenet og myndighetene å motvirke slike forskjeller.

Erik Wist

LITTERATUR

1. Fernandez E, Borrell C. Cancer mortality by educational level in the city of Barcelona. *Br J Cancer* 1999; 79: 684-9.
 2. Fontana V, Decensi A, Orengo MA, Parodi S, Torrisi R, Puntoni R. Socioeconomic status and survival of gastric cancer patients. *Eur J Cancer* 1998; 34: 537-42.
 3. Greenwald HP, Polissar NL, Dayal HH. Race, socioeconomic status and survival in three female cancers. *Ethnic Health* 1996; 1: 65-75.
 4. Institutionalised racism in health care. *Lancet* 1999; 353: 765.
 5. Viana MB, Fernandes RA, de Carvalho RI, Murao M. *Int J Cancer Suppl* 1998; 11: 56-61.
 6. Kravdal Ø. Sosiale forskjeller i kreftoverlevelse. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 1577-83.
-

Publisert: 30. april 1999. *Tidsskr Nor Legeforen*.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 17. juni 2026.