

Sosial ulikhet i helse

En faktarapport

Redaktører:

Øyvind Næss

Marit Rognerud

Bjørn Heine Strand

Rapport 2007:1
Nasjonalt folkehelseinstitutt

Tittel:

Sosial ulikhet i helse
En faktarapport

Redaktører og forfattere i alfabetisk rekkefølge:

Redaktører: Øyvind Næss (kapittel 2, 3 og 5), Marit Rognerud (kapittel 1 og 4)
og Bjørn Heine Strand.

Forfattere (om ikke annet er angitt er forfatterne tilknyttet Folkehelseinstituttet):
Annett Arntzen (Høyskolen i Vestfold), Odd Steffen Dalgard, Malin Eberhard-Gran,
Merethe Eggesbø, Sidsel Graff Iversen, Else-Karin Grøholt, Rune Johansen,
Petter Kristensen (Statens arbeidsmiljøinstitutt), Eiliv Lund (Universitetet i Tromsø),
Marit Låg, Kristin S Mathiesen, Marita Melhus (Universitetet i Tromsø), Haakon
Meyer, Per Nafstad, Øyvind Næss, Marit Rognerud, Kari Slinning, Bjørn Heine Strand,
Anne Johanne Søgaard, Leila Torgersen, Margarete Vollrath og Per-Henrik Zahl.

Publisert av :

Nasjonalt folkehelseinstitutt
Postboks 4404 Nydalen
NO-0403
Norway

Tel: 22 04 22 00
E-mail: folkehelseinstituttet@fhi.no
www.fhi.no

Design:

Per Kristian Svendsen

Forsideillustrasjon:

©Getty Images

Trykk:

Nordberg Trykk AS

Opplag:

1 500

Bestilling:

publikasjon@fhi.no
Fax: +47-23 40 81 05
Tel: +47-23 40 82 00

ISSN:1503-1403
ISBN: 978-82-8082-186-7 trykt utgave
ISBN: 978-82-8082-187-4 elektronisk utgave

Forord

Regjeringen har utpekt sosial ulikhet i helse til et nasjonalt satsingsområde med en klar målsetting om å redusere helseforskjellene. Denne faktarapporten gir en oversikt over sosial ulikhet i helse og risikofaktorer for sykdom i Norge i dag, og presenterer hovedtrekk i utviklingen de siste 30 år. Rapporten diskuterer også årsaker til ulikhetene.

Rapporten presenterer nye analyser og oppsummerer forskning som er publisert tidligere. Kjønn og kjønnsforskjeller er viktige i forskningen om helseulikhet. Vi har valgt å ikke ta med et eget kapittel om kjønn fordi det er en gjennomgående dimensjon, og nesten alle analyser er inndelt etter kjønn.

Rapporten er bestilt av Helse- og omsorgsdepartementet. Det redaksjonelle ansvaret er delt mellom Marit Rognerud i Divisjon for psykisk helse (kapittel 1 og 4) og Øyvind Næss (kapittel 2, 3 og 5) i Divisjon for epidemiologi ved Folkehelseinstituttet. Bjørn Heine Strand redigerte rapporten til slutt. Senter for samisk helseforskning har bidratt med et eget kapittel og det er i tillegg bidragsytere fra Statens arbeidsmiljøinstitutt og Høyskolen i Vestfold.

For å evaluere effekten av den samlede helse- og sosialpolitikken på sosial ulikhet, må vi følge med på og analysere utviklingen. Et godt helseovervåkingssystem skal gi myndighetene et bedre beslutningsgrunnlag for å prioritere målgrupper og innsatsområder i folkehelsearbeidet, anslå behov for helsepersonell, dimensjonere helsetjenester og evaluere utviklingen over tid. Et slikt system skal også være et redskap for å fremme en rettferdig fordeling av ressurser. Rutinemessige analyser og publikasjoner om status for sosial ulikhet i helse er en forutsetning for en folkehelsepolitikk med langsiktige målsetninger. Forskning og overvåking av sosial ulikhet i helse er og vil være en sentral aktivitet for Folkehelseinstituttet. Rapporten er en begynnelse på en systematisk beskrivelse og regelmessig publisering av hvordan den sosiale ulikheten i helse utvikler seg, og på å forsøke å finne årsaker til ulikheten som gjør det mulig å redusere helseforskjeller framover.

Geir Stene-Larsen
direktør

Innhold

Forord	3
Begreper, inndelinger og avgrensninger	6
Sammendrag	7
1. Sosial ulikhet i helse – utvikling over tid (1970–2003).....	13
1.1 Sosiale ulikheter i dødelighet hos voksne 1970–1997	13
Hovedtrekk i utviklingen av sosiale ulikheter i dødelighet	13
1. Dødsårsaker	14
1.2 Sosiale ulikheter hos voksne 1994–2003	16
Utviklingen av helseulikheter etter utdanningsnivå 1994–2003	16
Utviklingen av helseulikheter etter inntektsnivå 1994–2003	16
Dødelighetsutviklingen hos fattige 1994–2003	18
Dødelighetsutviklingen hos aleneboende	19
Sammenlikning av dødelighet hos utvalgte grupper 1999–2003	19
Behov for ny kunnskap	20
1.3 Endringer i spedbarnsdødelighet 1967–1998	21
Ulikhet etter mors utdanning 1967–1998	21
Tolkninger og vurderinger	21
Behov for ny kunnskap	22
1.4 Egenvurdert helse i perioden 1995–2002	22
Utvikling basert på data fra Statistisk sentralbyrås helseundersøkelser i 1995, 1998 og 2002	22
Datamateriale, definisjoner og avgrensning	22
Egenvurdert helse og utdanningsnivå	22
Egenvurdert helse og inntektsnivå	23
Psykiske plager og utdanningsnivå	23
Vurdering av utvikling i ulikheter basert på data fra helseundersøkelser	23
Behov for ny kunnskap	24
1.5 Norge i et europeisk perspektiv på 1980- og 1990-tallet	24
2. Status for sosial ulikhet i helse gjennom livsløpet	27
2.1 Sosial ulikhet i perinatalperioden og spedbarnsalderen	27
Økt risiko ved lav utdanning	27
Høyere fødselsvekt ved høyere utdanning	27
Flere aborter ved lav utdanning	27
Røyking under graviditeten er skjevt sosialt fordelt	27
Flere med høy utdanning ammer lenger	27
2.2 Sosial ulikhet i barn og unges somatiske helse	28
Forekomsten av kronisk sykdom har sammenheng med foreldrenes utdanning, yrke og inntekt	28
En sosial gradient i mobbing	29
Ernæring og livsstil	29
2.3 Barn og unge – psykisk helse og sosial ulikhet	30
Særlig utsatte barnegrupper	30
2.4 Sosial ulikhet og psykisk helse blant voksne	32
Psykisk helse	32
Sosial ulikhet	33

2.5	Sosial ulikhet blant eldre	34
	Viktige helseplager og risikofaktorer blant eldre	34
	Risikofaktorer hos eldre	34
	Sosial ulikhet blant eldre	34
	Sosial ulikhet blant eldre i Norge	35
	Funksjonell kapasitet	36
	Risikofaktorer	36
	Omsorgsbehov	36
	Behov for ny kunnskap	37
2.6	Sosial seleksjon og årsaksforklaringer gjennom livsløpet	37
	Sosiale ulikheter i helse utvikler seg over tid	37
	Helserelatert seleksjon i Norge	38
	Nyere årsaksforklaringer	38
3.	Minoritetsgrupper og sosial ulikhet i helse	41
3.1	Psykisk helse blant innvandrere	42
	Norske data	42
3.2	Somatisk helse blant innvandrere	43
	Innvandrere og dødelighet i perioden 1990–2001	44
	Behov for ny kunnskap	44
3.3	Sosial ulikhet og egenrapportert helse i områder med samisk og norsk bosetting	47
	Viktige helseplager og risikofaktorer	47
	Sosial ulikhet	48
4.	Enslige og sosial ulikhet	51
	Enslighet og helse	51
	Forholdet mellom enslighet og utdanningsnivå i norske dødelighetsdata	51
	Levekår og psykososial risikoprofil	52
	Kunnskapsbehov	53
5.	Helse-determinanter	55
5.1	Sosial ulikhet i helseatferd og viktige risikofaktorer	55
	Sosial ulikhet: Data fra helseundersøkelser i 2000–2003	55
	Røyking	55
	Fysisk aktivitet og inaktivitet	56
	Alkoholvaner	56
	Fedme	56
	Diabetes	57
	Blodtrykk og kolesterol	57
	Behov for ny kunnskap	57
5.2	Sosial ulikhet i psykososiale risikofaktorer	58
	Sosial ulikhet i psykologiske faktorer av betydning for helserelatert atferd	58
	Behov for ny kunnskap	60
5.3	Fysiske og kjemiske miljøfaktorer, sosial ulikhet og helse	61
	Luftforurensninger	61
	Inneklima	61
	Støy	62
	Stråling	62
	Meteorologiske forhold og naturkatastrofer	62
	Kjemiske miljøfaktorer	62
5.4	Arbeidsmiljø	64
	Arbeidsmiljø og helse	64
	Posisjon i arbeidslivet og ulikheter i helse	64
	Posisjon i arbeidslivet og ulikheter i arbeidseksposering	64
	Arbeidsmiljøeksponering som forklaring til sosiale ulikheter i helse	65
	Behov for ny kunnskap	65
5.5	Helsetjenester og sosial ulikhet	66
	Pasientrettighetsloven	66
	Voksne og eldre	66
	Barn og unge	66
	Behov for ny kunnskap	67

Begreper, inndelinger og avgrensninger

I publikasjonen *Gradientutfordringen* fra Sosial- og helsedirektoratet omfatter sosial ulikhet i helse systematiske forskjeller i helsetilstand gjennom hele det sosiale hierarkiet. Videre omfatter det også helseproblemene til spesielt utsatte grupper, og geografiske forskjeller i helse.

Som mål på sosioøkonomisk posisjon i denne rapporten benyttes hovedsakelig utdanning, yrke og inntekt. Dette er i tråd med retningslinjene til Verdens helseorganisasjon (Kunst AE og Macenbach JP, 1994). Noen utsatte grupper beskrives, slik som enslige, innvandrere, samer og fattige. Også ulikheter i risikofaktorer for sykdom beskrives. Geografiske forskjeller presenteres imidlertid ikke i denne rapporten. I de fleste analysene er det gjort separate analyser for hvert kjønn.

Yrke er et av hovedmålene på klassesilhørighet, og yrke har i stor grad vært benyttet opp gjennom historien for å beskrive forskjeller etter sosial klasse. Problemet med yrke er at det ikke automatisk kan rangordnes. For eksempel passer bønder dårlig inn i et yrkeshierarki.

Inntekt er også et mål som har vært benyttet som mål på sosioøkonomisk posisjon, og er lettere å rangordne enn yrke. Men inntekt har en del svakheter, blant annet er det ikke så lett å måle og er ofte beheftet med feil. For eksempel er det en del inntektstyper som ikke blir registrert. I denne rapporten brukes hovedsaklig disponibel inntekt. Det vil si inntekt inklusive overføringer, minus skatt på husholdningsnivå, korrigert for antall personer i husholdningen, som er anbefalt av EU.

Utdanning er kanskje det målet som i størst grad måler statusdimensjonen, som viser til anseelse og prestisje, og ikke i like stor grad måler den økonomiske dimensjonen. Men de tre målene yrke, inntekt og utdanning henger ofte tett sammen; har man høy utdanning har man gjerne også en høy yrkesposisjon og relativ høy inntekt. Utdanning kan være en vei til bedre muligheter i livet som igjen kan omsettes til bedre helse. Utdanning er ikke bare av betydning for muligheter for arbeid og inntekt; den sier også noe om det generelle kunnskapsnivået.

Sosial ulikhet har mange dimensjoner.inntekt, yrke og utdanning har ikke samme betydning for ulike sykdommer. Utdanning bestemmes tidlig i livet og kan derfor være knyttet til sykdommer som har årsaker tidlig i livet. Inntekt derimot kan variere gjennom livet og gi et øyeblikksbilde.

I rapporten er det lagt stor vekt på ulikheter i dødelighet, som benyttes som helsemål verden over. Dødelighet er et robust og pålitelig helsemål og er sjelden beheftet med feil. Registrering av dødsårsak kan derimot være utsatt for feildiagnostisering, og er ikke et like robust mål som totaldødelighet. Dødelighet fanger imidlertid ofte ikke opp betydningen av mange kroniske sykdommer. Andre mål på helse er også brukt i rapporten, slik som forventet levealder, spedbarnsdødelighet og egenvurdert helse.

Kunst AE og Mackenbach JP (1994). Measuring Socio-economic Inequalities in Health. World Health Organization, Copenhagen.

Sammendrag

Sosial ulikhet i helse – utvikling over tid (Kapittel 1)

Dødelighet hos voksne (1970-2003)

Fra 1970-tallet til midten av 1990-tallet falt dødeligheten for folk med utdanning utover ungdomskolenivå og for de med inntekt over gjennomsnittet, mens dødeligheten endret seg lite blant grupper med lav utdanning, lav inntekt og blant enslige. Dette resulterte i økte dødelighetsforskjeller etter utdanningslengde, inntektsnivå og mellom enslige og samboende. Sosial ulikhet i dødelighet var gjennomgående, og økende for de fleste dødsårsaker.

Ulikhetene i dødelighet etter utdanningsnivå fortsatte å øke fra midten av 1990-tallet og fram til 2003. For kvinner økte ulikhetene også etter inntektsnivå, men dette var mindre entydig for menn. Gapet i dødelighet mellom fattige¹ og ikke-fattige ble større for begge kjønn. Fattige kvinner hadde faktisk høyere dødelighet på slutten av perioden enn i 1990. Forholdet mellom inntekt og dødelighet viste ingen jevn gradient. Den fattigste fjerdedelen av befolkningen skilte seg ut ved å ha to til tre ganger høyere dødelighetsrisiko sammenliknet med de resterende tre fjerdedelene. Aleneboende hadde høy dødelighet sammenliknet med samboende. Disse forskjellene avtok for menn, men økte for kvinner i perioden 1994-2003.

Spedbarnsdødelighet (1967-1998)

Spedbarnsdødeligheten avtok i alle utdanningsgrupper i perioden 1967-1998. Forskjellen i postneonatal² dødelighet for barn av mødre med høy og lav utdanning har økt, mens de sosiale forskjellene er redusert for neonatal³ død. De økte sosiale forskjellene over tid i postneonatalperioden var spesielt uttalte for barn av enslige mødre. Blant disse barna var det høyere dødelighet, uavhengig av mors utdanningslengde, og kun en liten reduksjon i risiko over tid. De økte sosiale forskjellene over tid i postneonatal dødelighet skyldes hovedsaklig krybbedød og infeksjoner.

Egenvurdert helse (1995, 1998 og 2002)

I 1995, 1998 og 2002 var det en større andel som vurderte sin helse som meget god blant de med universitet eller høgskoleutdanning i forhold til de med kortere utdanning. Det samme mønsteret ble funnet for inntekt. Det var imidlertid ikke noen økning eller reduksjon i de sosioøkonomiske ulikhetene fra 1995 til 2002. Tilsvarende sammenhenger ble funnet mellom psykiske plager og sosioøkonomisk posisjon, og heller ikke her var det endringer i ulikhet over tid.

Status gjennom livsløpet (Kapittel 2)

Det første leveåret

Økt sykkelighet tidlig i livet kan gi økt sykdomsrisiko senere i livet. Selv om det har vært en markert bedring i overlevelse i forbindelse med fødsel, er det fortsatt høyere risiko for dødfødsel og død i første leveår blant barn av foreldre med lav utdanning. Andelen med lav fødselsvekt er høyere hos barn av foreldre med lav utdanning. Færre kvinner med høy utdanning gjennomfører provosert abort. Røyking i svangerskapet er vanligere hos lavt utdannede kvinner, og det er høyere andel av-og-til røykere blant de høyt utdannede kvinnene. Kvinner med høy utdanning ammer lenger.

¹ Under 50% av median inntekt (OECD).

² Død 28-364 dager etter fødsel.

³ Død 0-27 dager etter fødsel.

Barn og unge

Barn og unge har i Norge gjennomgående god helse og er friske og funksjonsdyktige gjennom hele barndommen og ungdomstiden. Det er høyere forekomst av astma, allergi og eksem i husholdninger med lavt utdanningsnivå og hvor barn vokser opp med bare én omsorgsperson. Andelen overvektige barn har økt i senere år, og viser samme sosiale fordeling. I familier med høy inntekt har man funnet at barna er mer fysisk aktive og har et mer regelmessig kosthold.

Psykiske plager rammer barn og unge, og særlig utsatt er barn av foreldre med ikke-vestlig minoritetsbakgrunn, barn av enslige forsørgere, barn av voldelige foreldre, barn av foreldre med rusproblemer og barn av foreldre med psykiske lidelser. I tillegg er andelen barn av deprimerede mødre sosialt skjevfordelt.

Voksne og psykiske lidelser

Hos voksne gir vanskelige sosiale levekår betydelig økt risiko for å utvikle vanlige psykiske lidelser, slik som angst og depresjon, som er en av hovedårsakene til uføretrygd. Sammenhengen mellom psykiske lidelser og sosioøkonomisk posisjon varierer med diagnose, og det er noe uvisst i hvor stor utstrekning de sosioøkonomiske forholdene er risikofaktorer eller snarere konsekvenser av psykiske lidelser. Det er en klar statistisk sammenheng mellom schizofreni og sosioøkonomisk posisjon, men her mener man at sammenhengen i første rekke skyldes at denne type sinnslidelse gjør det vanskelig å få utdanning og arbeid. Heller ikke ved manisk depressiv sinnslidelse er det grunn til å tro at sosioøkonomiske forhold bidrar som risikofaktor i vesentlig grad. Dårlige levekår gir imidlertid betydelig økt risiko for å utvikle de mest vanlige psykiske lidelsene.

Psykiske plager og lidelser er også risikofaktorer for usunne levevaner, somatisk sykdom og tidlig død. Norske data viser stor overhyppighet av psykiske plager og bruk av medikamenter mot psykiske lidelser blant grupper med lav sosioøkonomisk posisjon og blant enslige.

Eldre

Andelen og antallet eldre i befolkningen vil øke betydelig i årene fremover. Eldre har økt forekomst av hjerte-karsykdom og kreft. Dessuten rammes eldre av sansesvekkelser og plager i muskel- og skjelettsystemet, som sammen kan virke inn på funksjonsevnen og ha betydning for hjelpebehovet. Selv om den relative betydningen av sosial ulikhet avtar med alderen, øker den absolutte betydningen. Dermed øker omfanget av sosial ulikhet fordi flere blir syke. Eldres egenvurderte helse er bedre enn før, men det er klare utdanningsforskjeller i hvor ofte de rapporterer om kroniske sykdommer.

Oppsummering av livsløpet

Sett under ett er alle livsfaser viktige for sosial ulikhet i helse. De sosiale forskjellene vi ser i dag er ofte, men ikke alltid, uttrykk for sosiale levekår mange år tilbake i tid. Dette varierer mellom sykdommer. Derfor er det ikke mulig å si at de sosiale ulikhetene i helse vi ser blant eldre i dag vil gi seg samme uttrykk hos dagens unge når de blir eldre. Gjennom livsløpet beveger mennesker seg mellom ulike sosiale levevilkår som har betydning for helsa. I Norge synes den viktigste formen for helserelatert seleksjon å være når personer beveger seg inn og ut av arbeidslivet, som ved uførepensjon. Andelen uførepensjonerte synker kraftig med økende utdanning.

Minoritetsgrupper og sosial ulikhet (Kapittel 3)

Innvandrere

Med innvandrere mener vi personer hvor begge foreldre er født utenfor Norge. Noen innvandrergupper har økt sykdomsrisiko. Norske studier tyder på at særlig flyktninger har økt hyppighet av helseproblemer, særlig knyttet til posttraumatisk stress. Barn av ikke-vestlige innvandrere har flere symptomer på depresjon enn barn av majoritetsbefolkningen. Det er imidlertid viktig å merke seg at det er stor variasjon mellom innvandrergupper. Det er høyere forekomst av enkelte smittsomme sykdommer i noen innvandrergupper. Forekomst av selvrapportert sykkelighet er høyere blant en del innvandrergupper enn i majoritetsbefolkningen. Undersøkelser fra Oslo viser økt forekomst av fedme, særlig hos kvinnelige innvandrere fra Tyrkia og Pakistan.

Type 2 diabetes forekommer hyppig i mange innvandrergupper, særlig fra det indiske subkontinent. Kvinner fra Sri Lanka, Pakistan og Vietnam røyker mindre enn norske kvinner. På den annen side røyker en del mannlige innvandrergupper mer enn norske menn. Generelt er mange av innvandrerguppene lite fysisk aktive. Det er økt hyppighet av vitamin D-mangel blant innvandrere fra Pakistan, Tyrkia, Iran og Sri Lanka. Det er vist økt risiko for dødfødsel, spedbarnsdød og medfødte misdannelser blant innvandrere av pakistansk herkomst. Kvinner fra Somalia har flere komplikasjoner ved fødsel enn andre. I Oslo fant man at innvandrere var overrepresentert blant abortsøkerne.

Områder med samisk og norsk bosetting

Det foreligger lite kunnskap om sosiale forhold og helse i den samiske befolkning, og likeledes få studier som sammenlikner samiske og norske forhold. Foreløpige analyser fra Senter for samisk helseforskning viser at det er store ulikheter i livsstil mellom samisk og norsk befolkning, men dette gjenspeiles bare i mindre grad i omfanget av egenrapportert sykdom. Det er store utdanningsforskjeller blant samisk og norsk befolkning, spesielt blant de eldste. På samme utdanningsnivå er det få forskjeller i selvrapportert sykkelighet mellom samisk og norsk befolkning.

Enslige og sosial ulikhet (Kapittel 4)

De som er gift eller lever i samboerforhold har bedre psykisk og fysisk helse enn single. Spesielt skilte og enker/enkemenn har mer depresjon og angst, og høyere dødelighet. Dette kan skyldes at ekteskap og samboerforhold gir sosial støtte, og at gifte og samboere har mindre økonomiske problemer enn enslige. Enslige forsørgere er den gruppen som har mest alvorlige økonomiske problemer. Skilsmisse tredobler risikoen for langvarig arbeidsuførhet. Når andelen enslige og skilte fortsetter å stige, kan enslighet og skilsmisse lett bli et større folkehelseproblem. Enslighet og skilsmisse fører til større sosiale ulikheter i helse. Enslige i Norge har relativt sett blitt fattigere enn samboende. Samlivsbrudd er en av de situasjonene som gir størst risiko for å havne i fattigdom. Barn som lever i fattigdom har ofte enslig hovedforsørger med lav utdanning. Enslige forsørgeres levekårsproblemer kan være av stor betydning både for deres egen og deres barns psykiske og fysiske helse. Å vokse opp med enslig mor eller far har vist seg å være en risikofaktor for selvmord. Selv om de fleste barn med enslige eller skilte foreldre klarer seg bra, er det vist at foreldrenes skilsmisse øker risikoen for psykiske helseplager både i ungdomsårene og i voksenlivet.

Hesledeterminanter (Kapittel 5)

Helseatferd og viktige risikofaktorer

I den norske befolkningen er det vist at følgende risikofaktorer har stor betydning for sosial ulikhet i helse: Røyking, fysisk aktivitet, kostvaner, kolesterolnivå, alkoholforbruk, blodtrykk og høy kroppsmasseindeks. Data fra norske helseundersøkelser tyder på at røyking, fysisk inaktivitet, overvekt/fedme og diabetes er sterkt sosialt skjevfordelt. Den helsemessige betydningen av risikofaktorene er stor i alle aldersgrupper. Et viktig grunnlag for atferd, og dermed for sykdomsrisiko, legges tidlig i livet. Men det er ingen tvil om at viktige atferdsendringer også kan skje i voksen alder. Eksempler på dette er voksne kvinner som begynte å røyke i 1960- og 1970-årene, og da fettinnholdet i norsk kosthold sank i 1970-årene. Generelt er risikofaktorene nevnt over viktigere hos ungdom og yngre voksne enn hos eldre, fordi risikofaktorene ofte vil holde seg uforandret eller tilta gjennom mange år. Derfor har endringer og sosial ulikhet i yngre aldersgrupper stor betydning, selv om kroniske sykdommer ikke viser seg før senere i livet.

Psykososiale risikofaktorer

Med *psykososiale risikofaktorer* mener vi psykiske belastninger som oppstår i samspillet mellom individet og det sosiale miljø, og som bidrar til å øke risikoen for helseproblemer. Eksempler på slike risikofaktorer er langvarig usikkerhet og engstelse for arbeid og økonomi, tapsopplevelser,

lav selvfølelse, sosial isolasjon, opplevelse av maktesløshet og mangel på kontroll over familie-situasjon. De sosiale og økonomiske levekårs innvirkning på helse går i mange tilfeller via psykologiske mekanismer. Disse faktorene kan påvirke helse både på en direkte og en indirekte måte. Den direkte virkning kan gå gjennom utvikling av stress, mens den indirekte kan gå gjennom disse psykiske stressfaktorenes innvirkning på helse relatert atferd, slik som røyking og alkoholbruk.

Hvis vi skal kunne redusere omfanget av helseskadelig livsstil og levevaner hos grupper med store levekårsproblemer, er det viktig at vi forstår hvordan sosiale miljøfaktorer, individuelle psykologiske forhold og psykisk helse virker inn på evne til og motivasjon for å opprettholde helsebringende levevaner eller helse relatert atferd. Helse relatert atferd blir påvirket av kunnskap om risiko og hvordan man oppfatter konsekvenser, stress og mestring, psykisk helse og personlighetstrekk. I tillegg kan normer og regler, og faktisk atferd i det sosiale miljøet og samfunnet man er en del av, spille inn. Mye tyder på at den skjeve sosiale fordelingen av disse atferdsdeterminantene er viktige bakenforliggende årsaker til sammenhengen mellom levekår og helse relatert atferd i Norge.

Fysiske og kjemiske miljøfaktorer

Sammenhengen mellom fysiske og kjemiske miljøfaktorer og sosial ulikhet i helse har blitt viet liten oppmerksomhet. Det er gode grunner til å tro at helseeffekter av luftforurensning, dårlig inneluft, støy, stråling, klima og naturkatastrofer er ujevnt sosialt fordelt. Foreløpige upubliserte tall fra Oslo kan tyde på en viss sammenheng mellom bosted og eksponering for luftforurensning.

Arbeidsmiljø

Fysiske og psykososiale faktorer i arbeidslivet kan ha betydning for helse. Det er funnet sammenheng mellom dårlig helse og yrkesposisjon. Det er dokumentert at eksponering for helse-skadelige faktorer, både innen yrker og mellom ulike yrkeskategorier, er skjevt sosialt fordelt. Ofte er det ufaglærte arbeidere som har de høyeste eksponeringene. Slik eksponering kan være risiko for belastningsskader, risiko for arbeidsulykker, tunge løft og gass eller støv.

Helsetjenester og sosial ulikhet

Norske studier har dokumentert at sosial ulikhet har betydning for overlevelse av ulike kreftformer. Dette kan tyde på sosial ulikhet i tilgang på helsetjenester. Et annet funn som også tyder på ulikhet i helsetjenester er at forbruk av allmennlege- og spesialisthelsetjeneste følger en sosial gradient.



Illustrasjonsfoto: ©PangPang

1 Sosial ulikhet i helse – utvikling over tid (1970–2003)

1.1 Sosiale ulikheter i dødelighet hos voksne 1970–1997

Er de sosioøkonomiske forskjellene i helse blitt mindre de siste tiårene i Norge? Rapporten *Bedre helse - større forskjeller* (Zahl PH et al, 2003) tyder ikke på det. Denne foreliggende rapporten bygger i stor grad på samme datamateriale som ble benyttet i *Bedre helse - større forskjeller*, med den forskjellen at vi nå har med spesifikke dødsårsaksgrupper, og nyere data ut år 2003.

For å illustrere hvor store forskjellene i dødelighet er etter utdanningsbakgrunn har vi beregnet forventet levetid for 30-åringer med utgangspunkt i dødelighetsdata i perioden 1990-2001. En mann på 30 år med ungdomskoleutdanning kan forventes å leve til han er 71,8 år - om lag fem år kortere enn en mann med universitets- eller høgskoleutdanning (tabell 1). Kvinner lever lengre enn menn, og en lavt utdannet kvinne lever lengre enn en høyt utdannet mann. Kvinner med universitets- eller høgskoleutdanning lever lengst, 81,4 år i gjennomsnitt.

Tabell 1. Forventet levealder for 30-åringer i 1990 - etter kjønn og utdanningsnivå basert på dødsrater for perioden 1990-2001:

	Menn	Kvinner
Ungdomsskole	71,8	78,0
Videregående	74,2	80,0
Universitet/høgskole	76,7	81,4

Hovedtrekk i utviklingen av sosiale ulikheter i dødelighet

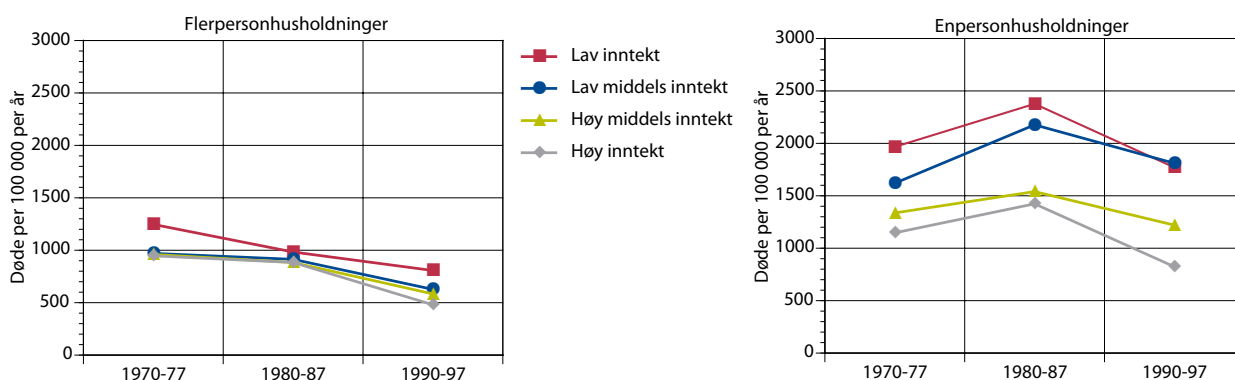
De fleste grupper i samfunnet har fått bedre helse i løpet av de siste tretti årene. Slik sett har vår velferdspolitikken virket etter hensikten. Men forbedringen har ikke vært like stor i alle grupper. Siden 1970-tallet har vi sett et fall i dødelighet og forlenget levelader for de med utdanning utover grunnskole og de med inntekt over gjennomsnittet. Imidlertid har dødeligheten endret seg lite blant grupper med lav utdanning, lav inntekt og blant enslige. Dette har resultert i større sosioøkonomiske helseforskjeller fra 1970-tallet til 1990-tallet (Rognerud M og Zahl PH, 2005).

Enslige hadde på 1990-tallet den høyeste dødeligheten; høyere enn gruppene i laveste inntektskvartil og høyere enn de med ungdomsskoleutdanning. Dødeligheten for gruppen i laveste inntektskvartil økte også.

Økt andel uføretrygdede og skilte kan være viktige forskjellsdrivende faktorer (Rognerud M og Zahl PH, 2005). I og med at disse gruppene har fortsatt å øke i omfang, er dette forhold av potensiell stor betydning for folkehelsen generelt – og for sosial ulikhet i helse spesielt.

De enslige har blitt flere og de har relativt sett blitt fattigere. Det siste skyldes til dels at de som lever som par i langt større grad har to fulle inntekter i dag enn tidligere, og det har vært økte overføringer til barnefamilieene. Andelen som skiller seg har økt de siste 10-20 årene, og dette er hovedårsaken til økningen i andelen enslige. Enslighet ser ut til å øke sosial ulikhet i helse. Analyser av norske data har vist at forskjellene i dødelighet etter både inntekt og utdanning relativt sett er små hos de som lever i parforhold (Zahl PH, Rognerud M og Strand BH, 2003). Dette er illustrert for menn etter inntektsnivå i figur 1.

Figur 1. Alderjusterte dødelighetsrater per 100 000 per år. Menn 45-59 år.



Utdanningsnivået har økt i perioden 1970-1990. Nedleggelse av industriarbeidsplasser og arbeidsplasser med mindre krav til formell utdanning har bidratt til at mange lavt utdannede har falt tidlig ut av arbeidslivet. Dersom en trygdet tilværelse fører til en raskere nedbryting av helsen enn en yrkesaktiv tilværelse vil økt uføretrygding føre til økte utdanningsforskjeller i helse. Analyser av uføretrygding og dødelighet etter nedbemanning av bedrifter utført av Rege og medarbeidere kan tyde på dette (Rege M et al, 2005).

Dødsårsaker

I denne rapporten ser vi på dødsårsaker i forholdsvis grove grupper. Gruppene vi ser på er hjerte- og karsykdommer, kreft, luftveissykdommer, ulykker og voldsomme dødsfall, og samlegruppen andre årsaker. Når man skal studere dødsårsaker, er valget av aldersgruppe avgjørende for hvilke dødsårsaker som dominerer bildet. I aldersgruppen 45-59 år, som presenteres her, er hjerte-karsykdommer og kreft de vanligste dødsårsakene. For yngre vil ulykker og voldsomme dødsfall utgjøre en større andel av dødsfallene.

For menn økte utdanningsforskjellene i perioden 1970-97, både for totaldødelighet og for de dødsårsaksgruppene som ble undersøkt (figur 2). For kvinner var det stabile utdanningsforskjeller i dødelighet av hjerte- karsykdommer og en økning i forskjellene når det gjaldt kreftdødelighet. Dødelighet av luftveislidelser og voldsomme dødsfall var sjeldne for kvinner, og

trender i ulikhet for disse dødsårsakene presenteres ikke på grunn av statistisk usikkerhet.

Hvis den absolutte reduksjonen i dødelighet er størst for de med høyest utdanning, så vil både den absolutte og den relative forskjellen i dødelighet vokse. I dette tilfellet er det samsvar mellom økte absolutte forskjeller og økte relative forskjeller i dødelighet. Hvis den absolutte reduksjonen i dødelighet er lik for alle utdanningsgrupper, som for hjerte-kardødelighet hos kvinner, så vil det ikke være noen økning i absolutte forskjeller i dødelighet, men de relative forskjellene i dødelighet vil allikevel øke. Relative forskjeller i dødelighet vokser derfor for alle grupperte dødsårsaker. Når andelen i hver utdanningsgruppe forandrer seg, er det hensiktsmessig å justere for dette når man sammenlikner forskjeller i dødelighet. Dette kan gjøres ved å beregne Relativ Index of Inequality (RII) (Mackenbach JP og Kunst AE, 1997).

De relative forskjellene mellom lavt og høyt utdannede, her målt som RII, vokste med rundt 60 prosent for både menn og kvinner fra 1970 til 1990 for totaldødelighet. RII vokste mest for sykdommer i luftveiene og for hjerte-karsykdom. Man kan spekulere på betydningen av sosiale forskjeller i røykevaner til dette i og med at de med høy utdanning i langt større grad har sluttet å røyke enn de med lav utdanning.

Sosial ulikhet i dødelighet er gjennomgående for alle dødsårsaker – selv om størrelsen på ulikhetene varierer. WHO anbefaler derfor å fokusere mer på brede

To måter å måle ulikhet: Absolutt skala og relativ skala

Absolutt skala: Risikodifferanse (RD)

Risikodifferanse er et absolutt mål, og er risiko i en gruppe minus risiko i en annen gruppe. Dersom dødelighetsraten for lavt utdannede menn er 12 og dødelighetsraten for høyt utdannede menn er 9, vil risikodifferansen være $12-9=3$. RD har den fordel at den er uavhengig av hvor man er på skalaen, den absolutte forskjellen blir den samme. For eksempel vil både $100-97=3$ og $12-9=3$. På relativ skala som blir forklart nedenfor vil derimot ikke forskjellen være den samme: $100/97=1,03$ og $12/9=1,33$.

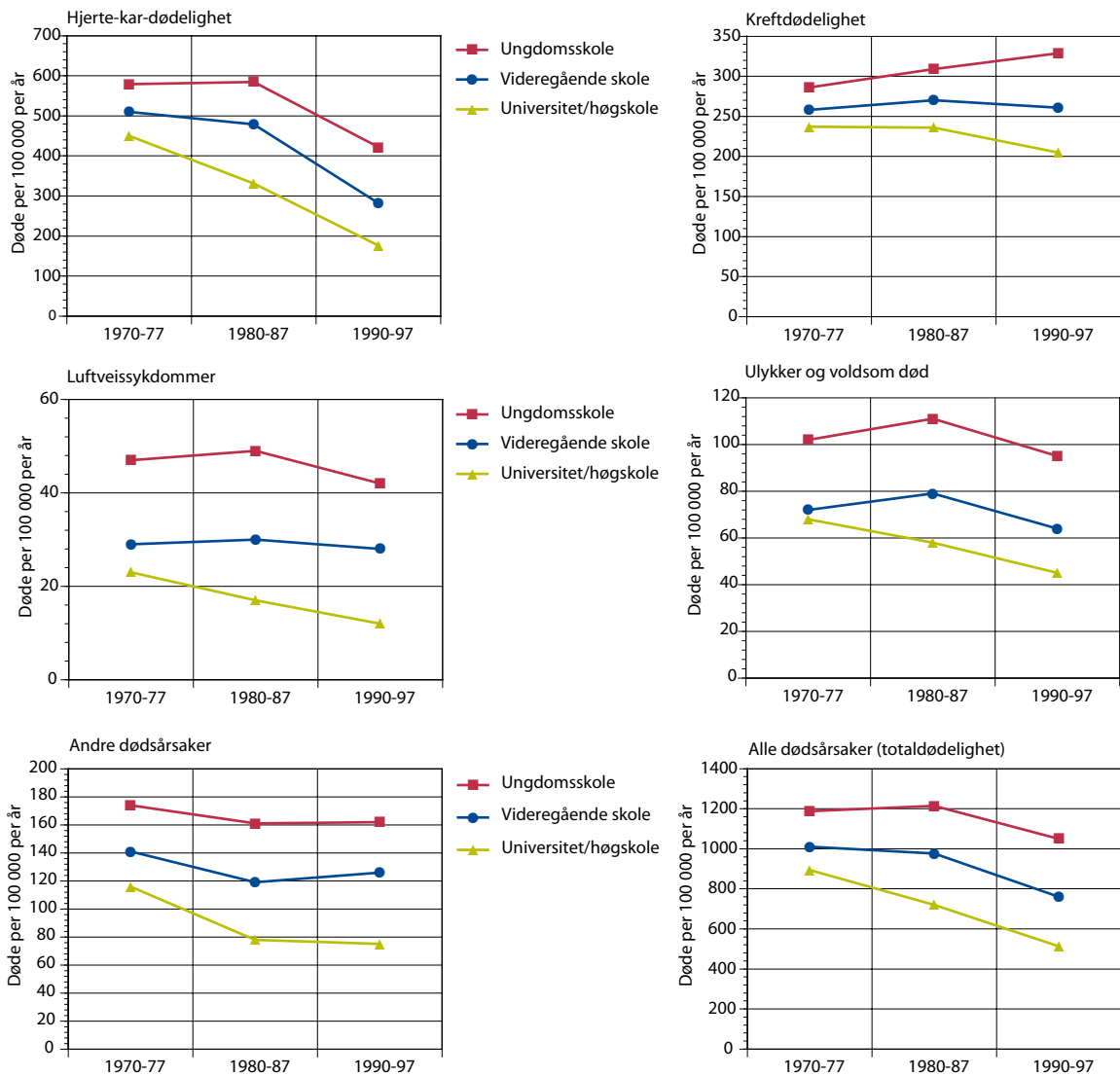
Relativ skala: Relativ risiko og Index of Inequality (RII)

Et relativt mål som relativ risiko (RR) er risiko i en gruppe dividert på risiko i en annen gruppe. I eksemplet brukt over vil relativ risiko for lavt utdannede i forhold til høyt utdannede da være $12/9=1,33$. Relativ risiko måler forholdet mellom to grupper.

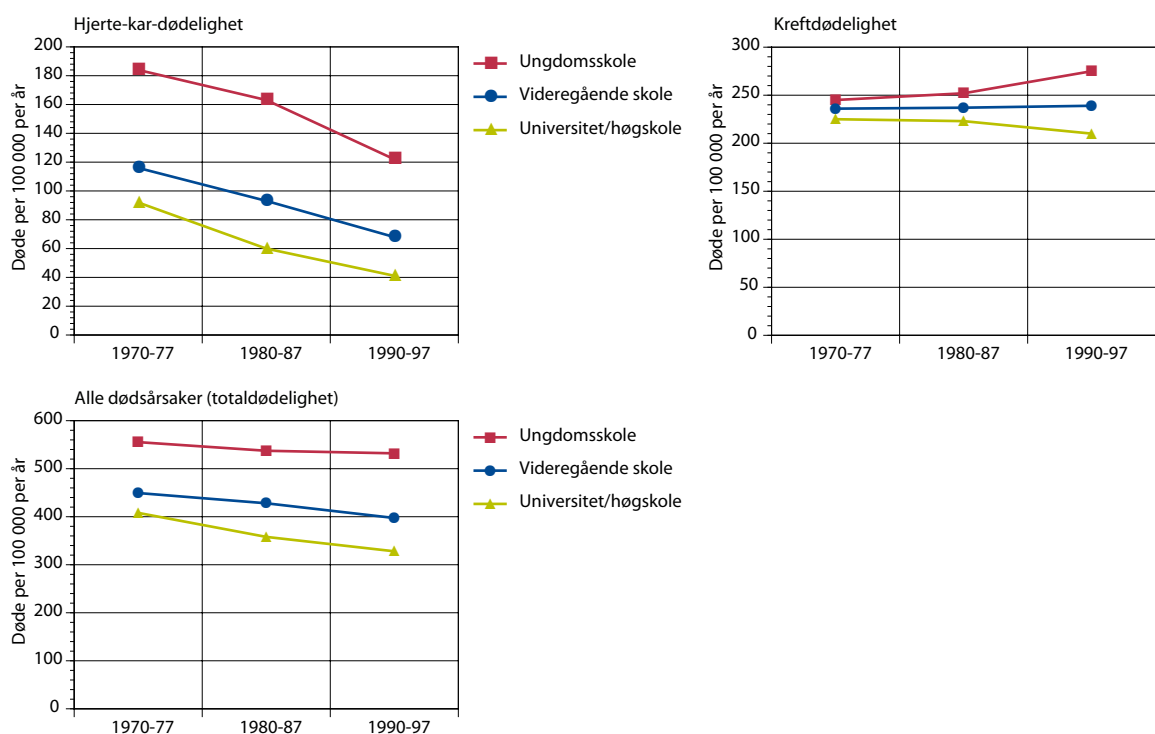
Når man ønsker å se på flere grupper samtidig, og fordelingen av individer i en befolkning forandrer seg over tid, som mellom utdanningsnivåene, kan det være hensiktsmessig å bruke relative index of inequality (RII) for å sammenlikne forskjeller på en relativ skala (Mackenbach JP og Kunst AE, 1997). RII brukes til å sammenlikne forskjeller som måles på flere enn to nivåer. RII tar hensyn både til populasjonsstørrelse i hver gruppe og størrelsen på forskjellene mellom gruppene.

Relativ index of inequality (RII) kan betraktes som relativ risiko (RR) for død for den laveste innteks- eller utdanningsgruppen sammenliknet med den høyeste - kontrollert for andelen individer i hver gruppe. De relative forskjellene i RII vil øke i tråd med hvor mange grupper man deler befolkningen inn i, men målet er mindre følsomt enn relativ risiko mellom to ytterpunkter for endringer i fordeling mellom gruppene fordi man kontrollerer for gruppefordeling. RR og RII har den ulempen at de er avhengige av hvor man er på skalaen.

Figur 2. Årsaksspesifikk dødelighet per 100 000 per år. Menn 45-59 år etter utdanning.



Figur 3. Årsaksspesifikk dødelighet per 100 000 per år. Kvinner 45-59 år etter utdanning.



Tabell 2. Utdanningsforskjeller (RII) for menn og kvinner 45-59 i tre tidsperioder.

Menn			
Dødsårsaksgrupper	1970-77	1980-87	1990-97
Hjerte- og karsykdommer	1,4	2,1	3,4
Kreft	1,3	1,5	1,9
Sykdommer i luftveiene	2,7	4,5	5,7
Ulykker og voldsomme dødsfall	1,8	2,5	2,8
Andre dødsårsaker	1,7	2,7	2,7
Totaldødelighet	1,7	2,1	2,8

Kvinner			
Dødsårsaksgrupper	1970-77	1980-87	1990-97
Hjerte- og karsykdommer	2,6	3,8	4,7
Kreft	1,1	1,2	1,4
Sykdommer i luftveiene	2,7	4,8	10
Ulykker og voldsomme dødsfall	0,7	0,7	0,8
Andre dødsårsaker	1,9	2,4	2,5
Totaldødelighet	1,3	1,5	2,1

sosiale forhold i stedet for å søke sykdomsspesifikke løsninger som ofte ignorerer de bakenforliggende sosiale faktorene av betydning (WHO, 2006).

- **Sosial ulikhet er gjennomgående og økende for totaldødelighet og for de fleste dødsårsaker**

1.2 Sosiale ulikheter hos voksne 1994–2003

Dataene fra 1994-98 overlapper i tid med tidligere analyser fra 1990-97 som ble presentert i publikasjonen *Bedre helse – større forskjeller* (Zahl PH et al, 2003). Resultatene for perioden 1994-98 svarer derfor til tidligere resultater fra 1990-97. For utdanning har vi valgt å presentere både figurene fra 1970-97, og de nye dataene fra 1994-2003 for å vise utviklingen helt siden 1970 (figur 4). Tallene presenteres i to separate figurer på grunn av at de to siste periodene er kortere enn de foregående periodene, og er derfor ikke direkte sammenliknbare.

Utviklingen av helseulikheter etter utdanningsnivå 1994–2003

Utviklingstrekkene i perioden 1970-97 ble beskrevet i forrige kapittel. I perioden 1994-2003 var dødeligheten synkende for alle utdanningsgrupper hos menn. Forskjellene i absolutte dødelighetsrater mellom laveste og høyeste utdanningsgruppe (risikodifferansene) har imidlertid økt noe, og beregninger av RII (Relativ Index of Inequality) viser også en viss økning (tabell 3).

For kvinner er det en langt tydeligere økning i dødelighetsforskjellene har økt etter utdanningsnivå fra 1994

til 2003. Det er verd å merke seg at kvinner i laveste utdanningsgruppe hadde høyere dødelighet i siste periode 1999-2003 enn i 1994-1998.

Utviklingen av helseulikheter etter inntektsnivå 1994–2003

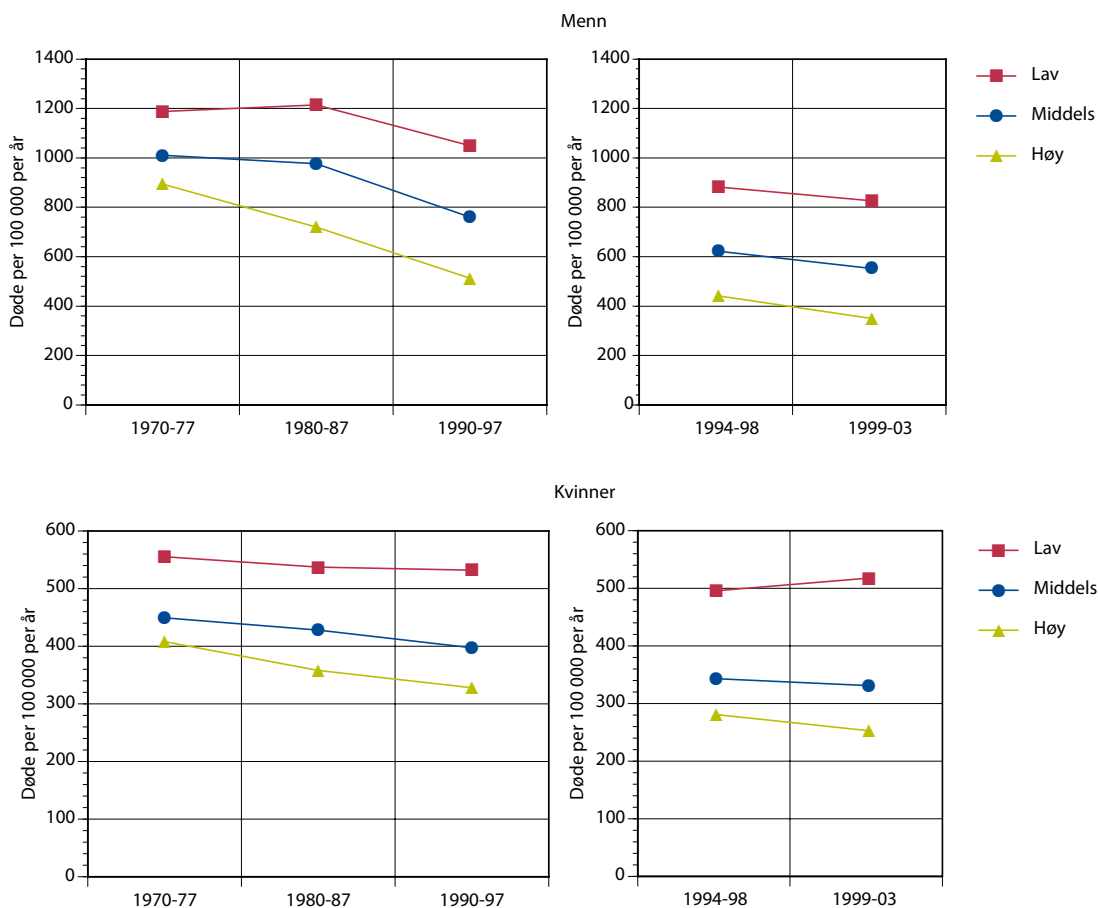
For menn var det en nedgang i dødelighet for alle inntektsgruppene (figur 5). For kvinner var det kun en nedgang i dødelighet for de øvre inntektsgruppene, mens det var en økning for laveste inntektsgruppe. Forskjellene i dødelighet etter inntektsnivå har derfor økt for kvinner, både på absolutt og relativ skala.

Tabell 3. RII i dødelighet mellom inntektsgrupper (4)

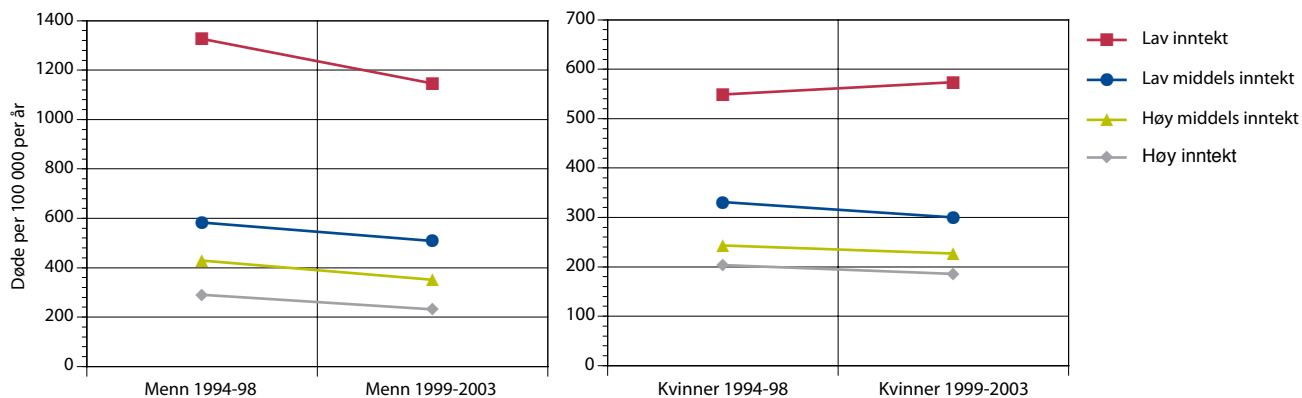
	1994-98	1999-2003
Menn	4,5	4,7
Kvinner	4,1	4,4

- **Forskjellene i dødelighet mellom utdanningsgruppene, som økte for begge kjønn fra 1970 til 1997, har fortsatt å øke fram til 2003 for kvinner**
- **Denne utviklingen i perioden 1994-2003 er ikke like tydelig for menn**
- **De med lav inntekt hadde høyere dødelighet enn de med høy inntekt, både for menn og kvinner i perioden 1994-2003**
- **Dødelighetsforskjellene mellom inntektsgruppene økte for kvinner i perioden 1994-2003**
- **For menn var dødelighetsforskjellene etter inntekt stabile**

Figur 4. Dødelighet etter utdanningsnivå i perioden 1970-2003. Menn og kvinner 45-59 år.



Figur 5. Dødelighet etter inntektsnivå i perioden 1994-2003. Menn og kvinner 45-59 år.



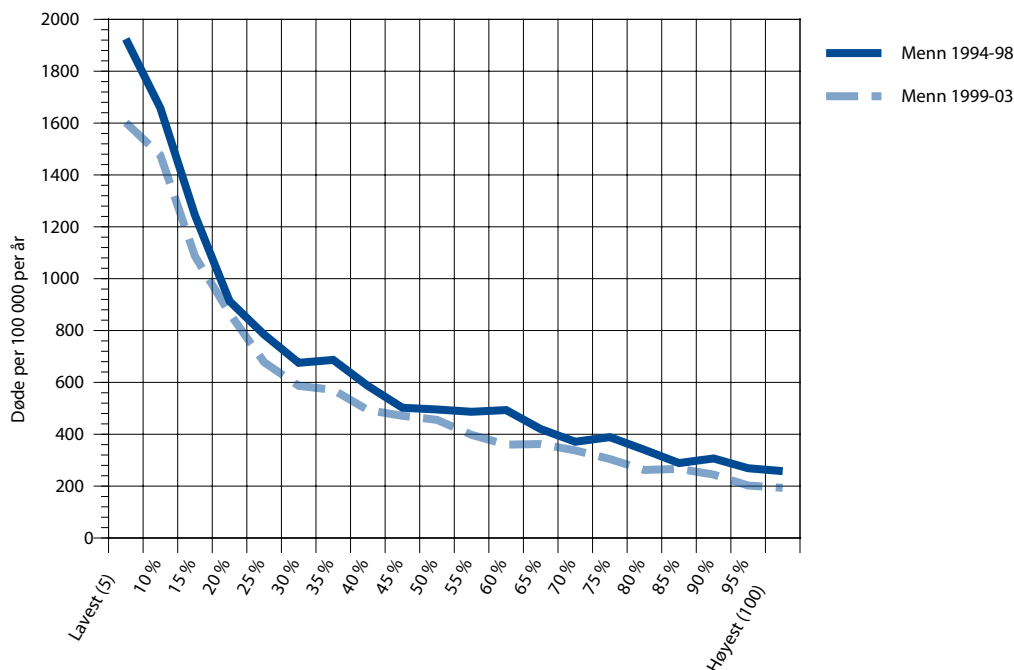
Den store avstanden i dødelighet mellom de i laveste inntekt og de øvrige tre gruppene er slående (figur 5). For å undersøke dette nærmere så vi på inntekt i flere grupper. Den første inntektsgruppen på figur 6 (til venstre på den vannrette akse) er de fem prosentene av befolkningen med lavest inntekt, mens den siste inntektsgruppen (til høyre på akse) er de fem prosentene med høyest inntekt. Det samme gjelder figur 7, hvor tall for kvinner presenteres.

Som vi ser av figur 6, avtar dødeligheten gradvis

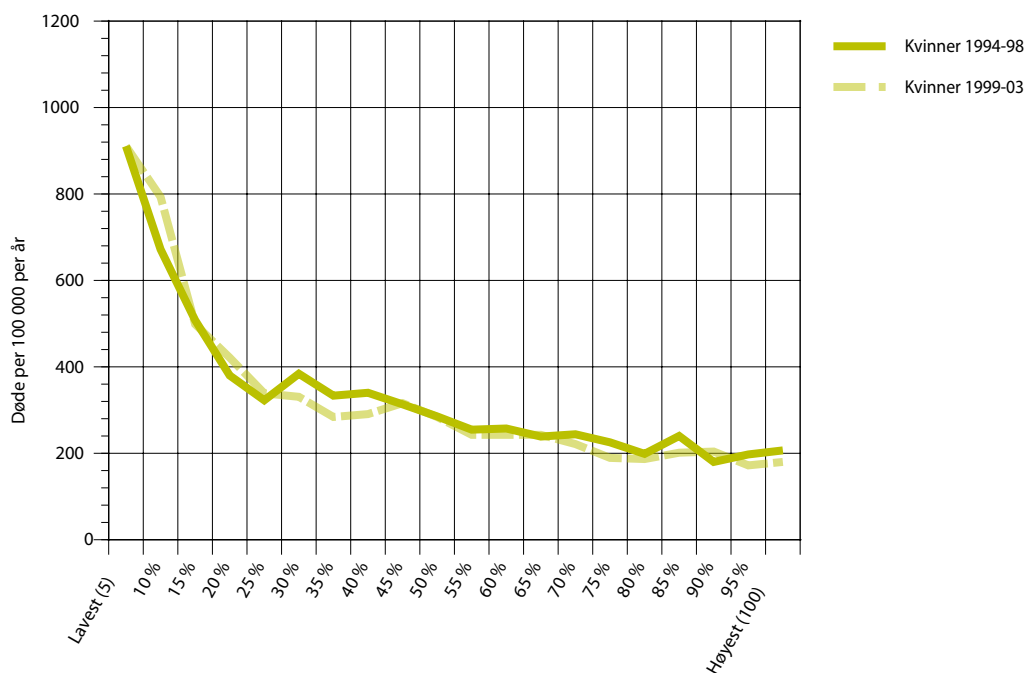
ettersom vi beveger oss oppover i inntekt. Samtidig blir den gradvise bedringen mindre jo lenger oppover i inntekthierarkiet vi kommer – linjen flater ut. De største forskjellene i dødelighet finnes blant gruppene med 25-30 prosent lavest inntekt (tilsvarende ca kr 200 000 i disponibel inntekt). De samme tendenser gjør seg gjeldende for begge kjønn, og i begge tidsperioder.

Denne ikke-lineære sammenhengen mellom inntekt og helse er et velkjent fenomen internasjonalt og mye diskutert blant fagfolk. Det er to mulige

Figur 6. Dødelighet etter inntektsnivå i perioden 1994-2003. Menn 45-59 år.



Figur 7. Dødelighet etter inntektsnivå i perioden 1994-2003. Kvinner 45-59 år.



forklaringer. Den ene forklaringen er at inntekt forårsaker helse, blant annet fordi høyere inntekter gir større muligheter til helsefremmende forbruk – bedre bomiljø, sunnere mat, bedre ferier, bedre helseforsikringer osv. Denne helsemessige fordelene av inntekt avtar gradvis oppover i inntekthierarkiet, fordi mulighetene for å investere i ytterligere helsegevinst etter hvert blir oppbrukt. Denne forklaringen ser en årsakssammenheng mellom inntekt (som årsak) og helse (som virkning). Den andre forklaringen, kalt helserelatert

seleksjon, er at de som blir syke mister inntekt, for eksempel ved å slutte i jobb, og dermed vil de nederst på inntektsstigen ha dårligere helse. Denne forklaringen har helse som årsak og inntekt som virkning.

Dødelighetsutviklingen hos fattige 1994-2003

Fattige defineres etter OECD-normen som de med under 50 prosent av medianinntekten. Det er denne normen som brukes i Norge. Med denne definisjonen er 8,5 prosent av mennene og 10 prosent av kvinnene

mellom 45-59 år i våre data fattige. Hvis vi hever fattigdomsgrensen til under 60 prosent av medianinntekt, EU-skala, så øker andelen fattige til 13,5 prosent for menn og 15 prosent for kvinner. Om vi bruker den ene eller den andre definisjonen på fattigdom utgjør ingen vesentlige forskjell i trendutvikling. I figur 8 er fattigdom definert som mindre enn 50 prosent av medianinntekt. En sammenlikning av dødelighet for de to fattigdomsdefinisjonene er vist senere i kapitlet, i figur 10.

Dødeligheten synker både for fattige og ikke-fattige menn (figur 8). Forskjellene i dødelighet mellom gruppene øker imidlertid noe som følge av at dødeligheten synker mer hos ikke-fattige enn hos fattige. Blant kvinner er det en klar økning av dødelighetsforskjellene mellom fattige og ikke-fattige. Dette skyldes at dødeligheten hos fattige kvinner økte i perioden, mens den sank hos ikke-fattige kvinner i samme periode.

- **Dødelighetsforskjellene mellom fattige og ikke-fattige har økt**
- **Den økte ulikheten var størst blant kvinner**
- **Det har vært en absolutt økning i dødelighet blant fattige kvinner de senere årene**

Dødelighetsutviklingen hos aleneboende

Aleneboende er her definert som en-personhusholdninger, det vil si individer som bor alene uten ektefelle, samboer eller barn i husholdningen.

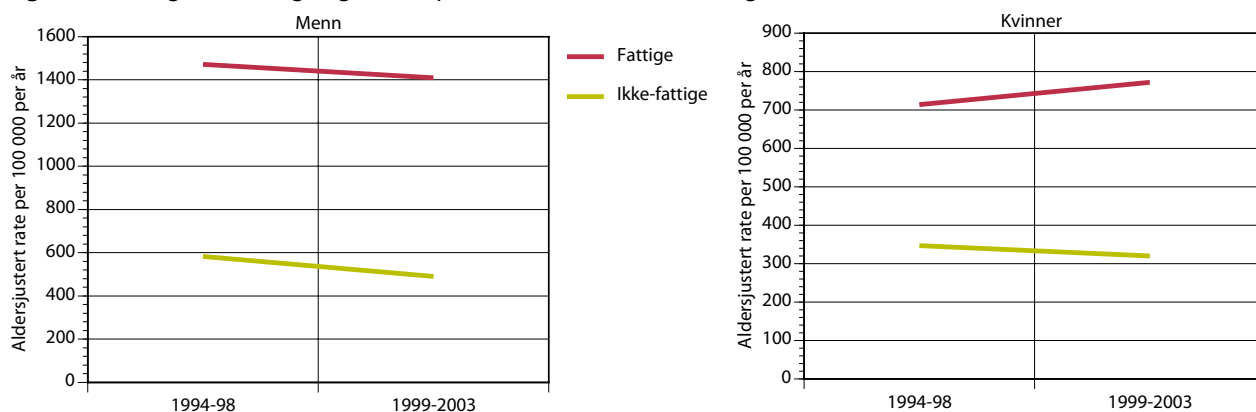
Andelen aleneboende menn i alderen 45-59 år økte fra 19,4 prosent til 21,7 prosent i perioden 1994-1999. Tilsvarende var det en økning fra 15,4 prosent til 17,6 prosent for kvinner. Forskjellene i dødelighet mellom disse gruppene er store både for menn og for kvinner (figur 9). Tidstrendene i dødelighet pekte nedover både for en-personhusholdninger og flerpersonhusholdninger. Absolutte dødelighetsforskjeller ble mindre for menn, mens det for kvinner var en svak økning.

- **Dødelighetsforskjellene mellom aleneboende og andre er store**
- **Disse forskjellene avtar for menn, og øker for kvinner**

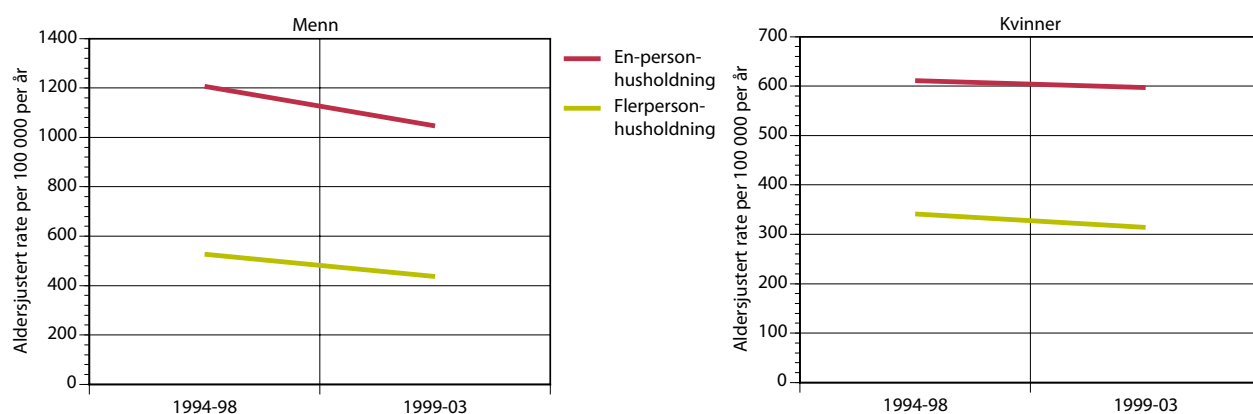
Sammenlikning av dødelighet hos utvalgte grupper 1999-2003

Hvis vi sammenstiller dødelighetsratene hos ulike utvalgte grupper i perioden 1999-2003, ser vi av figur 10 at dødeligheten er høyest hos de fattige, som her represen-

Figur 8. Dødelighet til fattige og andre i perioden 1994-2003. Menn og kvinner 45-59 år.



Figur 9. Dødelighet til aleneboende og personer i flerpersonhusholdning i perioden 1994-2003. Menn og kvinner 45-59 år.



terer den mest marginaliserte gruppen (tabell 4). Dødeligheten til de i laveste inntektskvartil og til de enslige ligger på samme nivå, mens dødeligheten til gruppen med ungdomsskoleutdanning ligger noe lavere.

Tilskrivbar risiko er et mål på hvor mye dødeligheten i hele befolkningen, av henholdsvis menn og kvinner 45-59 år, ville blitt redusert i prosent hvis dødeligheten i den angitte gruppen hadde vært lik dødeligheten til resten av befolkningen i denne aldersgruppen. Dette skal være et uttrykk for hvor mye den økte risikoen for hver gruppe betyr for folkehelsen. Når man skal tolke tilskrivbar risiko, eller hvor mye som kan "tilskrives" den enkelte faktoren, er det imidlertid flere forhold som man må tenke på. Når gruppene er overlappende eller har felles bakenforliggende årsaker, som her, vil summen av de tilskrivbare risikoene i prosent kunne overskride 100 prosent. I våre data er innteksgruppene overlappende (begge grupper fattige er inkludert i gruppen med lavest inntektskvartil). Andre grupper er også delvis overlappende; både enslige og lavt utdannede er gjennomsnittlig fattigere enn andre, enslighet øker betydningen av lav utdanning og lav inntekt.

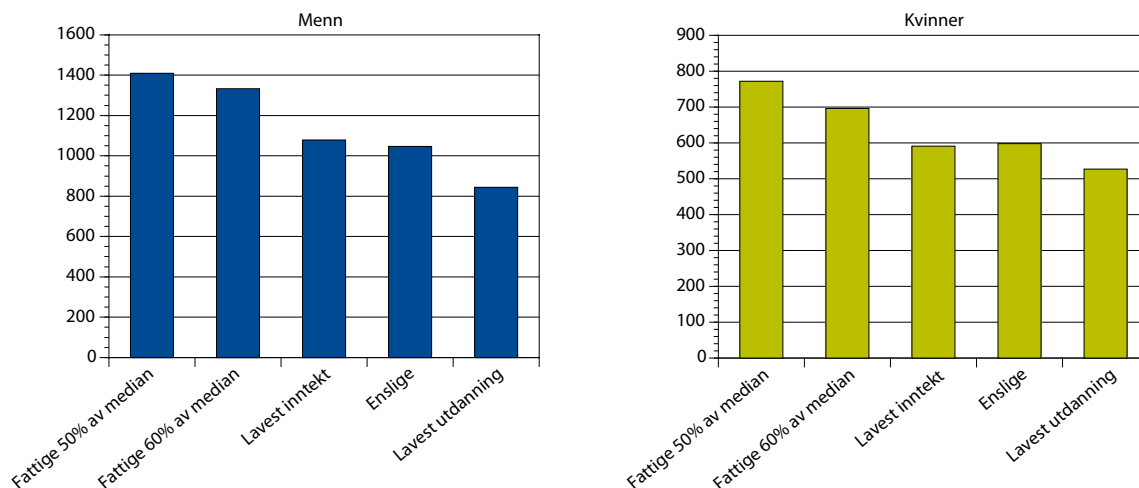
Med ovennevnte forbehold ser vi at 14 prosent av alle dødsfall hos menn, og 12 prosent av alle dødsfall hos kvinner, kunne vært unngått dersom fattigdom ble fjernet (OECD-definisjon). Dersom enslige hadde hatt samme dødelighet som resten av befolkningen ville vi unngått 23 prosent av alle dødsfall hos menn og 14

prosent av alle dødsfall hos kvinner. For utdanning ville man unngått 21 prosent av de mannlige dødsfallene og 24 prosent av de kvinnelige dødsfallene dersom de med lavest utdanning hadde hatt samme dødelighetsrate som resten av befolkningen.

Behov for ny kunnskap

Når det gjelder den høye dødeligheten hos fattige, er det viktig å utrede om dette først og fremst skyldes en opphopning av syke med lav inntektsevne eller om inntekt under dette nivået er en risikofaktor for uhelse og tidlig død. Et annet spørsmål er om en trygdet tilværelse fører til en raskere nedbryting av helsen enn en yrkesaktiv tilværelse. Dette spørsmålet er ikke bare av betydning for sosial ulikhet i helse, men for folkehelsen generelt på grunn av at uføretrygd og yrkespassivitet har blitt så utbredt. Forholdet mellom enslighet og trygd er også av betydning. Er dødeligheten etter overgangen fra yrkesaktivitet til yrkespassivitet større for enslige enn ikke-enslige? Gjelder dette for alle dødsårsaker eller bare for dødsårsaker relatert til psykisk helse, slik som selvmord og rusrelaterte dødsfall? Om enslighet generelt, eller skilsmisser spesielt, øker sosiale ulikheter i dødelighet er et dagsaktuelt forskningstema i dagens Norge. Studier fra Norden har vist at enslige forsørgere og deres barn er svært utsatt (Ringback G et al, 2000; Arntzen A et al, 2004).

Figur 10. Dødelighet til utvalgte grupper i perioden 1999-2003. Menn og kvinner 45-59 år.



Tabell 4. Størrelse på utvalgte grupper og tilskrivbar risiko 1999-2003. Menn og kvinner 45-59 år.

	Menn 45-59 år					Kvinner 45-59 år				
	Fattige 50%	Fattige 60%	Lavest inntektgr	Enslig husholdn	Lavest utdann	Fattige 50%	Fattige 60%	Lavest inntektgr	Enslig husholdn	Lavest utdann
Andel (%)	8,5	13,5	25,0	21,7	22,1	10,0	15,0	25,0	17,6	25,3
Tilskrivbar risiko, %	14	21	27	23	21	12	16	20	14	24

1.3 Endringer i spedbarnsdødelighet 1967–1998

Spedbarnsdødelighet defineres som antall barn som dør i løpet av første leveår per 1 000 levende fødte. Spedbarnsperioden kan deles inn i neonatalperioden (0-27 dager etter fødsel) og den postneonatale perioden (28-364 dager etter fødsel).

Spedbarnsdødeligheten er et mye brukt mål på nyfødte barns helse. I 2005 døde 175 barn i løpet av første leveår i Norge, viser tall fra Statistisk sentralbyrå. Dette gir en spedbarnsdødelighet på 3,1 av 1 000 barn, som er blant de laveste i verden.

Den lave spedbarnsdødeligheten skyldes både gode levekår, et høyt opplysningsnivå og et godt utbygd og gratis helsetjenestetilbud til alle gravide. Bedre overlevelse av for tidlig fødte og for barn med misdannelser, gjør at vi har hatt en redusert spedbarnsdødelighet gjennom de seneste årene. En annen viktig årsak til dødelighet første leveår er krybbedødsfall. På 1990-tallet ble det anbefalt at barna skulle ligge på ryggen når de sov. Dette har gitt en markant nedgang i krybbedød de senere år.

Svangerskapsomsorgen og helsetjenestene i forbindelse med fødsel har antakelig større innvirkning på den neonatale enn på den postneonatale dødeligheten, mens den postneonatale dødeligheten nok i større grad kan påvirkes av foreldrenes kunnskapsnivå og omsorgsevne og andre miljøfaktorer i hjemmet.

Ulikhet etter mors utdanning fra 1967–1998

Selv om spedbarnsdødeligheten har sunket de siste 30 årene, viser flere studier at det fortsatt er sosiale forskjeller, og at disse øker (Arntzen A et al, 2004 og 2006). Tabell 5 beskriver utvikling i ulikhet målt som risikodifferanse (RD) og Relativ index of Inequality (RII) (beskrevet i forrige kapittel) for neonatalperioden og den postneonatale perioden. Høy verdi på RII betyr høy ulikhet i spedbarnsdødelighet mellom høyt og lavt utdannede kvinner. Risikodifferansen er differansen i dødelighetsrater mellom gruppen med lavest og høyest utdanning. Ulikheten i neonatal dødelighet ble

redusert fra første til siste periode, mens ulikheten i postneonatal dødelighet økte betraktelig.

Dødelighetsratene for medfødte misdannelser og infeksjoner har avtatt jevnt i alle utdanningsgrupper i hele perioden. I kontrast til dette sees krybbedøpdemien på 1980-tallet. Det var små forskjeller mellom utdanningsgruppene i krybbedød på 1970-tallet, og epidemien på 1980-tallet var en epidemi som først og fremst rammet barn av mødre med lav eller middeles høy utdanning. I tillegg kom nedgangen i krybbedød tidligere for barn av mødre med høy utdanning. Når det gjelder andre dødsårsaker var det liten ulikhet etter mors utdanningsbakgrunn på 1970-tallet, men det var en økning av forskjellene fra 1980 til 1995.

Tolkninger og vurderinger

Spedbarnsdød ble vesentlig redusert i alle sosio-økonomiske grupper fra 1967 til 1998, men det er likevel en negativ sammenheng mellom foreldrenes utdanningsnivå og dødelighet i hele perioden. Det var en markant reduksjon i sosial ulikhet for neonatal dødelighet, og en økt sosial ulikhet i postneonatal dødelighet.

At den sosiale ulikheten for dødelighet i første levemåned (neonatal dødelighet) er liten og har blitt redusert over tid, kan bety at helsetjenestene som tilbys i forbindelse med svangerskap og fødsel virker sosialt utjevne. Ulike røykevaner er en viktig risikofaktor når det gjelder sosial ulikhet i spedbarnsdødelighet (Woolbright LA, 1994). Forekomsten av daglig røyking er fallende blant kvinner med høy utdanning, mens den er mer eller mindre konstant blant de med lav utdanning (Eriksson KM, 1998). Vi har ikke opplysninger om røyking, og vet ikke om og eventuelt i hvilken grad økt sosial ulikhet i røykevaner kan forklare våre resultater.

Barn med uregistrerte fedre i Medisinsk fødselsregister har hatt svært lav reduksjon i risiko for spedbarnsdød over tid, og dødeligheten er høy uavhengig av mors utdanningsnivå. Dette er trolig barn av reelt enslige mødre.

I analysene av spedbarnsdødelighet ble utdanning brukt som mål på sosioøkonomisk posisjon. Det

Tabell 5 Forskjeller i spedbarnsdødelighet etter mors utdanning, målt med risikodifferanse og Relativ Index of Inequality (RII).

	Neonatal dødelighet (Antall døde pr 1000 første 4 uker etter fødsel)			Postneonatal dødelighet (Antall døde pr 1000 fra 4 uker til 1 år etter fødsel)		
	1967-1979	1980-1989	1990-1998	1967-1979	1980-1989	1990-1998
Risiko differanser (RD) (95% konfidensintervall)	3,50 (2,90-4,10)	2,62 (1,93-3,31)	0,85 (0,19-1,51)	0,66 (0,28-1,04)	2,32 (1,70-2,93)	2,01 (1,46-2,57)
RII (Relative Index of Inequality) (95% Konfidens intervall)	1,72 (1,56-1,89)	1,91 (1,62-2,25)	1,32 (1,09-1,60)	1,31 (1,13-1,53)	2,10 (1,74-2,53)	4,00 (2,98-5,36)

Årsaksspesifikk postneonatal dødelighet etter mors utdanningsnivå (Rater per 1 000 levende fødte) Kilde: Arntzen et al, 2004

er rimelig å tro at den lille gruppen med lav utdanning i 1990 representerer mer marginaliserte individer enn den langt større gruppen med lav utdanning i 1970. Et viktig spørsmål å stille er om den økte sosiale ulikheten vi har observert på 1990-tallet er et forbigående historisk fenomen. Vil foreldre med lav utdanning gradvis oppnå den samme lave spedbarnsdødeligheten som foreldre med høy utdanning, eller er det et vedvarende fenomen som kan forverre seg fordi foreldre med lav utdanning nå er en mindre og mer selektert gruppe enn de var på 1970-tallet?

Behov for ny kunnskap

Denne beskrivelsen av trender over tid slutter i 1998, og det er derfor et klart behov for å oppdatere dataene. Vi burde også måle sosial ulikhet med flere ulike mål som kan synliggjøre sammenhengen mellom foreldres levekår og spedbarns helse. Vi kan nyansere bildet ytterligere ved å inkludere flere mål på spedbarns helse, som fødselsvekt i forhold til svangerskapslengde og røyking i graviditet. Enslige mødre og deres barn peker seg ut som en utsatt gruppe som antakelig trenger særskilt oppfølging fra helsetjenestene i forbindelse med svangerskap, fødsel og i tiden deretter.

- **Siden slutten av 1960-tallet har spedbarnsdødeligheten falt betydelig og foreldrenes utdanningsnivå har økt**
- **Spedbarnsdødeligheten er vesentlig redusert i alle utdanningsgrupper i perioden 1967-1998**
- **Forskjellen i postneonatal dødelighet (28-364 dager) for barn av mødre med høy og lav utdanning har økt, mens de sosiale forskjellene er redusert for neonatal død (0-27 dager)**
- **De økte sosiale forskjellene over tid i postneonatal perioden er spesielt synlig for krybbedød og infeksjoner**
- **Barn av enslige mødre har høy dødelighet uavhengig av mors utdanningslengde, og kun en liten reduksjon i risiko over tid**

1.4 Egenverdert helse i perioden 1995–2002

Utvikling basert på data fra Statistisk sentralbyrås helseundersøkelser i 1995, 1998 og 2002

Mange norske studier av sosial ulikhet i helse har benyttet data fra helseregistre som omfatter hele be-

folkningen (Dødsårsaksregisteret, Medisinsk fødselsregister og Kreftregisteret). Det er også blitt presentert studier hvor data er basert på helseundersøkelser av utvalg av befolkningen. Data fra slike helseundersøkelser kan gi informasjon om befolkningens selvopplevde helse, risikoeksponering og bruk av helsetjenester.

Datamateriale, definisjoner og avgrensning

Statistisk sentralbyrås helseundersøkelser i 1995, 1998 og 2002 er landsrepresentative utvalgsundersøkelser av 10 000 nordmenn fra 16 år og oppover. Frafallet er på ca 30 prosent, det vil si de som av ulike grunner ikke deltar i undersøkelsen. Undersøkelsene, som gjentas hvert 3-4 år, er de eneste helseundersøkelsesdataene som både er landsrepresentative, repeterende og som rutinemessig kobles til andre registre om familie, utdanning, inntekt, og trygd. Vi har studert selvopplevd helse hos personer i arbeidsfør alder, 25-64 år. Disse har karakterisert egen helse i en av kategoriene: Meget god/god, verken god eller dårlig, dårlig, meget dårlig. Inntekt etter skatt ble hentet fra inntektsregisteret og delt i tre like store grupper. Utdanning ble hentet fra utdanningsregisteret og inndelt i tre grupper etter høyeste fullførte utdanning.

Helseundersøkelsene i 1998 og 2002 inneholdt også sammenliknbare data om selvrapporterte psykiske plager (Hopkins Symptom Check List med 25 spørsmål, HSCL-25). En gjennomsnittlig score på mer enn 1,75 regnes ofte som betydelige psykiske plager. HSCL-25 måler først og fremst symptomer på angst og depresjon. Vi har sammenliknet sosial ulikhet i psykiske plager etter utdanning i 3 nivåer for aldersgruppen 25-64 år fra 1998-2002.

Vi må imidlertid være klar over svakhetene med dataene som disse analysene er basert på. Svarprosenten i helseundersøkelsene har vært jevnt synkende, og vi vet ikke om frafallet er fordelt ulikt mellom ulike sosiale lag. Utvalgene er små, og endringene må derfor være store for å slå ut i statistiske analyser.

Egenverdert helse og utdanningsnivå

En signifikant større andel vurderte sin helse som meget god/god blant de med universitet eller høgskoleutdanning i forhold til de med lavere utdanning (tabell 6). Det var et trappetrinnmønster der de med lavest utdanning hadde lavest andel med meget god/god helse. Det var signifikante forskjeller mellom utdanningsgruppene for alle årene for begge kjønn. Ulikhetene holdt seg stabile. Det var ikke noen signifikant økning eller reduksjon i ulikheten fra 1995 til 2002, verken for menn eller kvinner.

Av tallene kan det se ut som det er større ulikheter i egenverdert helse etter utdanningsnivå blant kvinner enn blant menn, men denne forskjellen er ikke statistisk signifikant og kan være tilfeldig.

Egenvurdert helse og inntektsnivå

Flere blant de med høy inntekt rapporterte om meget god/god helse, og det var et tilsvarende trappetrinnsnivå for helse etter inntektsnivå som etter utdanningsnivå (tabell 7). Flere vurderte helsen som meget god/god blant de med høy inntekt enn de med middels og lav inntekt. Forskjellene er signifikante mellom alle inntektsgruppene i alle undersøkelsene, og for begge kjønn. Det var ikke noen signifikant økning eller reduksjon av forskjellene fra 1995 til 1998.

Av tallene kan det se ut som om inntektsnivå er sterkere relatert til selvrapportert helse for menn enn for kvinner, og analyser viser at det faktisk er større forskjeller i selvrapportert helse etter inntekt blant menn enn blant kvinner – og for 1995 og 1998 er denne forskjellen statistisk signifikant.

Psykiske plager og utdanningsnivå

Andelene som rapporterte betydelige psykiske plager (HSCL > 1,75) i Helseundersøkelsene i 2002 og i 1998 var omtrent like (tabell 8). I begge undersøkelsene var det flere kvinner enn menn som rapporterte om betydelige psykiske plager. Kvinner brukte mer legetjenester og medisiner mot angst, uro, søvnproblemer, depresjoner og smerter enn menn.

I begge undersøkelsene var det samme trappetrinnsnivået i psykiske plager som beskrevet for egenvurdert helse, med mest plager for de med lavest utdanning og minst blant de høyt utdannede. Det var imidlertid ingen signifikante endringer i sosial ulikhet i psykiske plager i perioden 1998-2002.

Forbruket av angstdempende, beroligende, anti-depressive og smertestillende midler fulgte samme sosiale mønster som for psykiske plager. Det samme gjorde bruk av legetjenester (tall ikke vist).

Vurdering av utvikling i ulikheter basert på data fra helseundersøkelser

Det var betydelige sosiale forskjeller i egenvurdert helse både etter inntekt og utdanning. I 1998-undersøkelsen fant vi at utdanning hadde klareste sammenheng med psykiske plager hos kvinner, mens inntektsnivået betydde mest for omfanget av psykiske plager hos menn (Rognerud et al, 2002).

Analysen av norske data på sosial ulikhet i egenvurdert helse fra 1985 til 1995 kan tyde på at ulikhetene har vært stabile helt fra midten av 1980-tallet (Dahl E og Elstad JI, 2001; Krokstad S et al, 2002). Våre funn i perioden 1995-2002 støtter dette. Videre viser en ny internasjonal studie at ulikhetene i egenrapportert

Tabell 6. Andel (%) med meget god/god helse i alderen 25-64 år, etter utdanningsnivå. Aldersjustert*.

Utdanning	Menn			Kvinner		
	1995	1998	2002	1995	1998	2002
Ungdomsskole	76	78	75	73	68	74
Videregående	84	85	82	82	84	80
Universitet/høgskole	91	88	90	90	89	90

* Norges befolkning 1.januar 1981 er standardbefolkning.

Tabell 7. Andel (%) med meget god/god helse i alderen 25-64 år, etter inntektsnivå. Aldersjustert*.

Inntekt	Menn			Kvinner		
	1995	1998	2002	1995	1998	2002
Lav	70	66	69	78	77	74
Middels	82	78	78	84	85	82
Høy	90	92	88	89	90	90

* Norges befolkning 1.januar 1981 er standardbefolkning. (I 2002 er inntekt gruppert på en annen måte enn i 1995 og 1998, så inntektsdataene fra denne undersøkelsen kan ikke sammenliknes direkte med de to foregående.)

Tabell 8. Andel (%) med betydelige psykiske plager (HSCL-25 > 1,75), etter utdanningsnivå.

Utdanning	Menn 25-64 år		Kvinner 25-64 år	
	1998	2002	1998	2002
Ungdomsskole	12	14	20	20
Videregående	9	9	13	13
Universitet/høgskole	6	5	9	7

helse var stabile i perioden 1980-1990 i de Nordiske land (Kunst JP et al, 2005).

Forventningene til egen helse kan ha betydning for hvordan man svarer på spørsmål der man skal vurdere helsen. Eldre rapporterer ofte om god helse i slike spørreundersøkelser på tross av betydelig kronisk sykdom. Man har forklart dette med at mange eldre ikke forventer å være helt friske. Det er også kulturelle variasjoner (Rose G, 1992) som kan resultere i lav samvariasjon mellom subjektive vurderinger av egen helse og objektive helsemål som forventet levealder mellom ulike land. Hvis forventningene til egen helse varierer mellom sosioøkonomiske grupper, kan dette virke inn på ulikhetene vi måler i data fra slike spørreundersøkelser.

Behov for ny kunnskap

For å evaluere effekten av helsetjenestene og folkehelsearbeidet i forhold til sosial ulikhet i helse er det behov for befolkningsrepresentative data fra helseundersøkelser som repeteres over tid. For å øke påliteligheten av helseundersøkelsene kan man inkludere flere individer, supplere egenvurdering av helse med objektive mål og koble helseundersøkelsesdataene til de mest sentrale nasjonale helseregistrene.

- **Flere blant de med høy utdanning eller høy inntekt vurderte sin helse som meget god eller god**
- **Ulikhetene holdt seg stabile i perioden 1995-2002**
- **Flere kvinner enn menn rapporterte om psykiske plager**
- **Kvinner brukte mer legetjenester og medisiner mot angst, uro, søvnproblemer, depresjoner og smerter enn menn**
- **Flere psykiske plager ble rapportert for de med lavest utdanning og minst inntekt**
- **Det var imidlertid ingen endringer i sosial ulikhet i psykiske plager i perioden 1998-2002**

1.5 Norge i et europeisk perspektiv på 1980- og 1990-tallet

I en studie av seks europeiske land ble det påvist økende sosioøkonomiske forskjeller i perioden 1981-95 (Mackenbach JP et al, 2003). De relative forskjellene økte i alle land som en følge av en større nedgang i dødelighet i de øvre sosioøkonomiske lag. Tabell 9 viser at Norge hadde stabile absolutte forskjeller mellom yrkesgruppene i de to periodene, men med bruk av

utdanning som sosioøkonomisk mål var det en økning i ulikhet i Norge, også på absolutt nivå (data ikke vist).

Nederlandske forskere har gjort en rekke komparative studier av sosial ulikhet i dødelighet i europeiske land, deriblant Norge. En av disse studiene, som ble publisert i Lancet i 1997, fikk stor oppmerksomhet (Mackenbach JP et al, 1997). Det ble dokumentert store relative forskjeller i helse i Norge, og sammen med Sverige var Norge et av de landene i Europa med størst ulikhet i helse. Denne publikasjonen ble mye kritisert på grunn av fokuseringen på relative forskjeller. Når ulikheten ble målt på absolutt nivå, kom både Norge og Sverige mer fordelaktig ut fordi det absolute dødelighetsnivået i disse landene var lavere for alle grupper. Ulikhetene i de nordiske landene ble da forholdsvis mindre når man benyttet forskjeller i absolute dødelighetsforskjeller eller risikodifferansen, RD, enn om man brukte relative mål som relativ risiko (RR) eller relative index of inequality (RII).

I en annen studie ble årsaksspesifikk dødelighet for voksne etter sosioøkonomisk posisjon, i perioden 1990-1997, analysert i åtte europeiske land, deriblant Norge (Huisman M et al, 2005). Hjerte-karddødelighet var den største bidragsyteren til forskjeller i dødelighet mellom de med høy og lav utdanning i Norge og i Nord-Europa. I Syd-Europa var det ikke primært hjertesykdommer som sto bak utdanningsforskjellene i total dødelighet.

En ny studie av selvrapportert helse i 10 europeiske land (deriblant Norge) har vist at de sosioøkonomiske forskjellene var store i alle landene (Kunst JP et al, 2005). Forskjellene var stabile i perioden 1980-1990 i de Nordiske landene, men i Spania, Italia og Nederland var det økende forskjeller i egenvurdert helse. Vi må som nevnt i foregående kapittel være klar over svakhetene med dataene basert på helseundersøkelser.

- **De sosiale helseulikhetene i Norge er i samme størrelsesorden som i Sverige og England**
- **I Norge økte ulikhetene i dødelighet mellom utdanningsgruppene, men ikke mellom yrkesgrupperingene fra 1980-tallet til 1990-tallet**
- **Hjertekarsykdommer var den viktigste bidragsyter til sosioøkonomiske forskjeller i dødelighet hos voksne menn og kvinner i Norge og i Nord-Europa**

Tabell 9. Endringer i dødelighet (per 1 000 personår) etter yrkesbakgrunn, menn 30-59 år. Aldersstandardisert dødelighetsrate.

Populasjon	1981-85			1991-95			Relativ forandring (%) 1993-1983	
	Ikke-manuelle yrker	Manuelle yrker	Absolutt forskjell	Ikke-manuelle yrker	Manuelle yrker	Absolutt forskjell	Ikke-manuelle yrker	Manuelle yrker
Finland	4,7	7,4	2,7	3,6	6,9	3,3	-23 %	-7 %
Norge	3,7	5,2	1,5	2,8	4,3	1,5	-24 %	-17 %
Sverige	3,4	5,1	1,7	2,5	4,1	1,6	-26 %	-20 %
Danmark	4,3	6,2	1,9	3,9	5,7	1,8	-9 %	-8 %
England/Wales	3,9	5,3	1,4	3,0	4,6	1,6	-23 %	-13 %
Italia (Torino)	4,0	5,3	1,3	3,0	4,3	1,3	-25 %	-19 %

Referanser

Arntzen A, Samuelsen SO, Bakketeig LS, Stoltenberg C. Socioeconomic status and risk of infant death. A population-based study of trends in Norway, 1967-1998. *Int J Epidemiol* 2004;33:279-88.

Arntzen A, Samuelsen SO, Daltveit AK, Stoltenberg C. Postneonatal mortality in Norway 1969-1995: a cause-specific analysis *Int J Epidemiol* (in press).

Dahl E, Elstad JI (2002). Recent changes in social structure and health inequalities in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health* 2002; 29(suppl 55):7-17.

Eriksson KM, Haug K, Salvesen KÅ et al. Smoking habits among pregnant women in Norway 1994-1995. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77:159-64.

Huisman M et al. Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations. *Lancet* 2005;365:493-500.

Iversen AC. Social differences in health behaviour: the motivational role of perceived control and coping (thesis). University of Bergen 2005.

Krokstad S, Kunst A, Westin S. Trends in health inequalities by education level in a Norwegian total population study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2002;56:375-80.

Kunst AE et al. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *Int J Epidemiol*. 2005;34:295-305.

Løken E, Trygstad S og Lorentzen T. "Den nye staten: Omfang og effekter av omstillingene i staten 1990-2004." *Søkelys på arbeidsmarkedet*, 2 (2005)

Mackenbach JP et al. Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *International Journal of Epidemiology*. 2003;32:830-7.

Mackenbach JP et al. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *Lancet* 1997;349:1655-9.

Mackenbach JP, Kunst AE. Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health in the Europe: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Soc Sci Med* 1997; 44: 757-71.

Mackenbach J, Bakker M (Ed). *Reducing inequalities in health. A European perspective*. London: Routledge 2002.

Mæland JG, Fugelli P, Høyer G, Westin S. *Sosialmedisin teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk – Universitetet i Oslo, 2004.

Rege M, Telle K, Votruba M. The Effect of Plant Downsizing on Disability Pension Utilization. Statistics Norway, Discussion Paper no 435. SSB 2005.

Ringback Weitoft G, Haglund B, Rosén M. Mortality among lone mothers in Sweden: a population study. *Lancet* 2000; 355: 1215-9.

Rognerud M, Zahl P-H. Social inequalities in mortality: changes in the relative importance of income, education and household size over a 27-year period. *Eur J Publ Health* 2006; 16: 62-8.

Rognerud M, Strand BH, Dahlgard OS. Psykisk helse i Helse- og levekårsundersøkelsen 1998-sosio-økonomiske forskjeller i psykisk helse og livsstil. *Norsk Epidemiologi* 2002;12:239-48.

Ringback Weitoft G, Haglund B, Rosén M. Mortality among lone mothers in Sweden: a population study. *Lancet* 2000; 355: 1215-9.

Statistisk Årbok 2002. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå, 2003.

Rose G. *The strategy of preventive medicine*. Oxford-New York: Oxford University Press 1992.

Statistisk årbok 2004. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå, 2005.

Sund ER, Krokstad S. Sosiale ulikheter i helse i Norge. En kunnskapsoversikt. Sosial- og helsedirektoratet 2005;10. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet 2005.

Trygstad S, Lorentzen T og Løken E. Den nye staten. Omfang og effekter av omstillingene i staten 1990-2004. Et underveisnotat. Fafo-notat 2005:20

WHO 2006. Commission on Social Determinants of Health

Woolbright LA. The effect of maternal smoking on infant health. *Popul Res Policy Rev* 1994;13:327-39.

Zahl PH, Rognerud M, Strand BH, Tverdal Aa. Bedre helse – større forskjeller. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2003.

Zahl PH, Rognerud M, Strand BH. Utvikling og forskjeller i dødelighet hos enslige sammenliknet med de som er 2 eller flere i husholdningen i 1970-77, 1980-87, 1990-97. *idsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 1822-5



2 Status for sosial ulikhet i helse gjennom livsløpet

2.1 Sosial ulikhet i perinatalperioden og spedbarnsalderen

Økt risiko ved lav utdanning

Som vi så i kapittel 1.3 har forskjellen i dødelighet i første leveår for barn av mødre med høy og lav utdanning økt, mens de sosiale forskjellene er redusert for død i første levemåned.

Andelen dødfødte er høyere blant foreldre med lav utdanning sammenlignet med foreldre med høy utdanning. Forskjell i spedbarnsdødelighet i første levemåned mellom barn av mødre med høy og lav utdanning var 3,5 per 1 000 barn på 1970-tallet, og 0,9 per 1 000 barn på 1990-tallet (Arntzen A et al, 2004). For dødelighet første leveår økte forskjellen i dødelighet mellom høyeste og laveste utdanningsgruppe fra 0,7 per 1 000 på 1970-tallet til 2,0 per 1 000 på 1990-tallet.

Høyere fødselsvekt ved høyere utdanning

Barn av foreldre med høy utdanning har høyere fødselsvekt enn barn av foreldre med lav utdanning (Arntzen A et al, 1994). Jentebarn født av ufaglærte kvinnelige arbeidere har signifikant lavere fødselsvekt sammenlignet med jentebarn født av mødre i andre yrkesklasser (Nodtvedt et al, 1999). Barn født av kvinner som har beveget seg nedover i det sosioøkonomiske systemet, har i tillegg signifikant lavere fødselsvekt sammenlignet med barn av kvinner som har gått motsatt vei på den sosiale rangstigen. Forskjellen er størst for jentebarn.

Flere aborter ved lav utdanning

Kvinner i alderen 15-50 år i Oslo i perioden 2000-2002 med lav utdanning hadde lavere fødselsrate og høyere abortrate sammenlignet med kvinner med høy utdanning (Eskild A, personlig meddelelse). Gravide kvinner med lav utdanning hadde dobbelt så stor sannsynlighet for å gjennomføre provosert abort sammenlignet med kvinner med universitetsutdanning. Analyser av pakistanske kvinner i samme aldersgruppe viste at fødselsraten ikke hadde sammenheng med utdanningsnivå, men at pakistanske kvinner med høy utdanning hadde høyere sannsynlighet for å gjennomføre provosert abort sammenlignet med pakistanske kvinner med lav utdanning.

Data fra Ung i Norge har vist en sterk sammen-

heng mellom abort og utdanningsnivå i ung voksen alder. Kvinner med utdanning kun på ungdomsskolenivå hadde tre ganger så høy risiko for å ta abort sammenlignet med universitetsutdannede kvinner. Jenter med fedre som var trygdede eller arbeidsløse hadde også klart økt risiko for å ta abort (Pedersen W et al, 2006).

Røyking under graviditeten er skjevt sosialt fordelt

Data fra en undersøkelse i Trondheim, Bergen og Uppsala 1986-92 viste at røyking under graviditeten var assosiert med mors utdanning. 31 prosent av kvinnene oppgav at de røykte ved 17. uke. Av kvinnene som røykte hadde 27 prosent mindre enn 10 års utdanning og 15 prosent mer enn 12 års utdanning. Tilsvarende tall for de som oppgav at de ikke røykte var 10 prosent og 44 prosent (Wideroe M et al, 2003).

Foreløpige analyser av de første 8 000 kvinnene i Den norske mor og barn-undersøkelsen viste at av-og-til-røykere hadde høyere utdanning enn dagligrøykere. Barn født av mødre som var av-og-til-røykere i svangerskapet, hadde en signifikant lavere fødselsvekt enn barn av ikke-røykende mødre. Om lag 33 prosent av mødrene oppgav at de røykte før de ble gravide, og av disse var 33 prosent av-og-til-røykere (Hovengen R og Nordhagen R, 2004)

Flere med høy utdanning ammer lenge

Brysternæring er kjent for å være den beste ernæringen i spedbarnsalderen. Dette gjelder for helseutfall både på kort og lang sikt. Morsmelksernæring synes for eksempel å være positivt i forhold til å hindre overvekt senere i livet. Analyser av data fra Spedkost har vist at barn har henholdsvis 2 og 2,4 ganger større sjanse for å bli ammet ved fire og seks måneders alder hvis mor har høyere utdanning enn hvis hun har lav utdanning (Lande B et al, 2003).

Referanser

Arntzen A, Samuelsen SO, Bakketeig LS, Stoltenberg C. 2004. Foreldres utdanning og spedbarnsdødelighet 1967 – 98. Tidsskr Nor Lægeforen;124:2904-6.

Arntzen A, Moum T, Magnus P, Bakketeig LS. 1996. Marital status as a risk factor for fetal and infant mortality. Scand J Soc Med 24: 36-42.

Arntzen A, Samuelsen SO, Magnus P, Bakketeig LS. 1994. Birth weight related to social indicators in Norway. Eur J Publ Health 4: 92-97.

Pedersen W, Samuelsen SO, Eskild A. 2006. Abort hos unge kvinner – betydningen av oppvekst og sosial klasse. Tidsskr Nor Lægeforen 126: 1734-7.

Hovengen R, Nordhagen R. 2004. Av- og til- røyking - et økende problem. Tidsskr Nor Lægeforen 124: 3222-3223.

Lande B, Andersen LF, Baerug A, Trygg KU, Lund-Larsen K, Veierod MB, Bjorneboe GE. 2003. Infant feeding practices and associated factors in the first six months of life: the Norwegian infant nutrition survey. Acta Paediatr 92: 152-161.

Nodtvedt AM, Jacobsen G, Balstad P, Bakketeig LS. 1999. Sosial klasse og fødselsvekt. Tidsskr Nor Lægeforen 119: 4455-4459.

Wideroe M, Vik T, Jacobsen G, Bakketeig LS. 2003. Does maternal smoking during pregnancy cause childhood overweight? Paediatr Perinat Epidemiol 17: 171-179.

2.2 Sosial ulikhet i barn og unges somatiske helse

Flere studier har vist sammenheng mellom sosiale faktorer og somatisk helse blant barn og unge (Finnvold JE, Nordhagen R og Schjalm A, 1997; Grøholt EK et al, 2001; Grøholt EK og Nordhagen R, 2002). I dette kapitlet gjengis noen av de viktigste funnene fra norske studier.

Det er mange grunner til at barns helse er viktig. Barn er en sårbar gruppe i samfunnet, og barns helse og velferd kan på mange måter reflektere samfunnets evne og vilje til omsorg. Samtidig er barnet prisgitt sine omgivelser. Barn i Norge har gjennomgående god helse. Spedbarnsdødeligheten er lav, de fleste gjennomlever et normalt svangerskap, og er friske ved fødselen. Majoriteten av barna er også friske og funksjonsdyktige gjennom hele barndommen og ungdomstiden. Barn i dagens Norge står imidlertid overfor nye utfordringer sammenlignet med det de gjorde for en del tiår tilbake. Det kan for eksempel virke som om en rekke kroniske tilstander som astma, allergiske sykdommer, diabetes og psykiske lidelser har erstattet tidligere tiders infeksjonssykdommer. Vi vet også at nye helsetrusler er kommet til, for eksempel en økende epidemi av fedme blant barn.

Å måle sosial ulikhet i helse hos barn er beheftet med større usikkerhet enn hos voksne. Barns sosioøkonomiske posisjon baseres på foreldrenes sosioøkonomiske posisjon. Sosial ulikhet i helse blant ungdommer er enda vanskeligere å måle. I denne aldersgruppen vil den relative betydningen foreldrenes sosioøkonomiske tilhørighet veies opp mot andre sosioøkonomiske forhold av betydning for unge mennesker som påvirkning fra venner, fritidsaktiviteter og skolemiljø. Planer om utdanning har vært mye brukt som indikator for sosial

ulikhet i helse blant ungdom. Man kan imidlertid stille spørsmål om dette er et godt mål, eller om vi trenger andre mål som er bedre.

Internasjonalt har det vært diskutert hvorvidt den sosiale gradienten i helse er stabil eller dynamisk gjennom livsløpet. I følge West forsvinner den sosiale gradienten i ungdomsårene for å dukke opp igjen i voksen alder (West P, 1997). Påvirkning fra venner og skolemiljø har vært fremholdt som viktige faktorer i denne prosessen. Teorien har imidlertid vært omdiskutert, og er blitt imøtegått av andre (Goodman E, 1999). Det har også vært hevdet at den sosiale gradienten er stabil eller økende gjennom hele livsløpet, avhengig av om helseutfallet man studerer er av kronisk eller akutt karakter (Chen E, Martin AD og Matthews KA, 2006). Studier har vist at sammenhengen mellom sosioøkonomiske faktorer og generelle helsemål, som kroniske sykdommer eller funksjonshemninger, viser stabilitet over tid, mens sammenhengen mellom sosioøkonomiske faktorer og mer akutte helseutfall som skader og ulykker, er sterkere blant ungdom enn blant yngre barn (Chen E, Martin AD og Matthews KA, 2006).

Forekomsten av kronisk sykdom har sammenheng med foreldrenes utdanning, yrke og inntekt

Forekomsten av astma blant barn under 14 år var 12-15 prosent i husholdninger med lavest utdanningsnivå mens tilsvarende tall var 4 prosent og 6 prosent i husholdninger med høyest utdanningsnivå, viser tall fra Statistisk sentralbyrå sin helseundersøkelse i 1995 (Finnvold JE, Nordhagen R og Schjalm A, 1997). Videre er det funnet at barn i arbeiderfamilier der foreldrene hadde lav utdanning og lav inntekt, hadde 70 prosent høyere risiko for å ha kronisk sykdom (Grøholt EK et al, 2001; Grøholt EK og Nordhagen R, 2002). Det ble videre funnet at 15,7 prosent av barna hadde en eller flere kroniske sykdommer. Astma, allergi og eksem var de største gruppene, og utgjorde halvparten av alle barn med kroniske sykdommer.

Av tabell 10 ser vi at forekomsten av astma, allergi og eksem var 50 til 60 prosent høyere i familier der den ene av foreldrene var alene om omsorgen sammenlignet med familier der to foreldre hadde omsorg for barnet. Data fra den samme nordiske undersøkelsen viste at barn som bodde i arbeiderfamilier med lav utdanning og lav inntekt, hadde 40 prosent høyere risiko for å ha en eller flere smerteplager (hodepine, magesmerter eller ryggsmertesmerter) sammenlignet med barn i andre familier (Grøholt EK et al, 2003).

Data fra Ungkost viser at andelen overvektige barn økte i perioden 1993-2000. Barn av foreldre med lav utdanning hadde høyest andel overvektige (Andersen LF et al, 2005) (tabell 11).

Resultater fra helseundersøkelsen i Oslo (Ung-HU-BRO) har vist at sammenlignet med elever som planla en yrkesfaglig utdanning, var det en høyere andel 15-

16 åringer med planer om universitetsutdanning som vurderte sin egen helse som god/svært god (Grøtvedt L og Gimmestad A, 2002).

En sosial gradient i mobbing

Barn av foreldre med lav utdanning blir oftere mobbet enn barn av foreldre med høy utdanning (Nordhagen et al, 2005). Barn fra familier der foreldrene hadde mindre enn 12 års utdanning, hadde 30 til 40 prosent høyere risiko for å bli mobbet sammenlignet med barn i familier der foreldrene hadde mer enn 12 års utdanning. Det var 40 prosent høyere risiko for å bli mobbet hvis foreldrene var alene om omsorgen.

Ernæring og livsstil

Helseprofil for barn (3.-7. klasse) i Akershus viser at barn av foreldre med høy inntekt og høy utdanning var mer fysisk aktive sammenlignet med barn av foreldre med lav inntekt og kortere utdanning (24 prosent og 33 prosent av barna var aktive 4 ganger eller mer per uke i familier der samlet inntekt var henholdsvis mindre enn 400 000 kr og mer enn 600 000 kr). Barn av foreldre med lang utdanning hadde også et sunnere og mer regelmessig kosthold enn barn av foreldre med lav utdanning (Rødje K et al, 2004).

En studie fra 2002 viste at elever som fikk tilbud om skolefrukt hadde større forbruk av frukt og grønt, særlig

de som fikk tilbud om gratis skolefrukt. Undersøkelsen viste også at gratis skolefrukt hadde effekt på inntaket av brus og søtsaker, spesielt blant elever av foreldre med lav utdanning (Bere E, Veierod MB og Klepp KI, 2005).

Helseprofil for unge i Akershus viste at andelen dagligrøykere var høyere blant elever som oppgav at familien hadde dårlig råd sammenlignet med elever som oppgav at familien hadde god råd. Elever i videregående skole med yrkesfaglig utdanning var mer passive enn elever i videregående skole med allmennfaglig utdanning (Rødje K et al, 2004).

Resultater fra Ung-HUBRO har også vist at en mindre andel elever med planer om universitetsutdanning røykte, men det var ingen forskjell i bruk av alkohol mellom gruppene med ulike utdanningsplaner. Det var heller ingen forskjell i gjennomsnittlig kroppsmasseindeks, men en større andel elever med planer om yrkesfaglige utdanning var fysisk inaktive (Grøtvedt L og Gimmestad A, 2002).

- **Norske barn er blant de friskeste i verden**
- **Kroniske tilstander som astma, allergiske sykdommer, psykiske lidelser og overvekt har erstattet tidligere tiders infeksjonssykdommer**
- **Barns helse viser klare sammenhenger med sosial ulikhet**

Tabell 10. Forekomsten av astma, allergi og eksem hos barn i alderen 2-17 år i de nordiske land i 1996 (Grøholt EK et al, 2002).

	Astma		Allergisk rhinitt		Eksem	
	Prosent	Odds ratio	Prosent	Odds ratio	Prosent	Odds ratio
Foreldrenes utdanning						
>12 år	2,1	1,00	2,4	1,00	2,7	1,00
12 år	2,7	1,19	3,8	1,18	3,7	1,14
10-11 år	2,2	1,21	3,1	1,00	4,4	1,61*
≤ 9 år	3,7	2,07*	5,8	1,44*	3,7	1,38
Foreldrenes sivilstatus						
Gift / samboer	2,3	1,00	3,1	1,00	3,2	1,00
Enslig	3,8	1,66*	5,1	1,47*	5,1	1,66*

Kolonnene under hver diagnosegruppe viser justert odds ratio (OR) basert på logistisk regresjon, kontrollert for land, kjønn, alder og bosted
* Signifikant forskjell fra referansekategori

Tabell 11. Forekomsten av overvekt blant fjerde- og åttendeklassinger i Norge i 1993 og 2000 (Andersen LF et al, 2005).

	Antall	Odds ratio
Foreldrenes utdanning		
>12 år	92	1,0
10-12 år	106	1,22
≤ 9 år	12	2,17*

Kolonnene under hver diagnosegruppe viser justert odds ratio (OR) basert på logistisk regresjon, kontrollert for alder, kjønn, fysisk inaktivitet, kosthold og ernæring. * Signifikant forskjell fra referansekategori

Referanser

Andersen LF, Lillegaard IT, Overby N, Lytle L, Klepp KI og Johansson L. Overweight and obesity among Norwegian schoolchildren: changes from 1993 to 2000. *Scand J Public Health*, 2005; 33: 99-106.

Bere E, Veierod MB, og Klepp KI. The Norwegian School Fruit Programme: evaluating paid vs. no-cost subscriptions. *Prev Med*, 2005; 41: 463-470.

Chen E, Martin AD og Matthews KA. Socioeconomic status and health: Do gradients differ within childhood and adolescence? *Soc.Sci.Med*, 2006; 62: 2161-2170.

Finnvold JE, Nordhagen R og Schjalm A. Astma blant barn skjevt sosialt fordelt. *Samfunnsspeilet*, no. 2 1997.

Goodman, E. The role of socioeconomic status gradients in explaining differences in US adolescents' health. *Am J Public Health*, 1999; 89: 1522-1528.

Grøholt EK, Stigum H, Nordhagen R og Kohler L. Children with chronic health conditions in the Nordic countries in 1996 – influence of socioeconomic factors. 2001. *Amb Child Health*, 2001; 7: 177-189.

Grøholt EK og Nordhagen R. Differences in health and use of health services among Nordic children according to parental education. *Nor J Epidemiol*, 2002;12: 47-54.

Grøholt E K, Stigum H, Nordhagen R, og Kohler L. Recurrent pain in children, socio-economic factors and accumulation in families. *Eur J Epidemiol*, 2003; 18: 965-975.

Grøtvedt L og Gimmestad A. Helseprofil for Oslo - barn og unge. KS forskning, Folkehelseinstituttet og Oslo kommune, 2002.

Nordhagen R, Nielsen A, StigumH og Kohler L. Parental reported bullying among Nordic children: a population-based study. *Child Care Health Dev*, 2005; 31: 693-701.

Rødje K, Clench-Aas J, van Roy B, Holmboe O og Muller A. Helseprofil for barn og ungdom i Akershus. Ungdomsrapport. 2/2004. Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten.

Rødje K, Clench-Aas J, van Roy B, Holmboe O og Müller AM. Helseprofil for barn og ungdom i Akershus. Barne-rapport. 1/2004. Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten.

West, P. Health inequalities in the early years: is there equalisation in youth? *Soc Sci*, 1997; *Med* 44: 833-858.

2.3 Barn og unge – psykisk helse og sosial ulikhet

Utvikling av psykiske lidelser og plager hos barn er forbundet med familiebelastninger og knapphet på sosiale ressurser. Noen barn og unge lever under så belastende oppvekstkår at vi vet at de allerede fra før fødselen har økt sannsynlighet for å utvikle psykiske plager og lidelser. 10-20 prosent av barn og unge

har vansker til daglig. Særlig utsatte er barn som har foreldre med lav utdanning eller løs tilknytning til arbeidsmarkedet (Tvetene KG, 2006; Ytrehus S, 2004). I tråd med dette er barn med særlig høy risiko for å utvikle psykiske vansker overrepresentert i familier hvor foreldre har psykisk lidelser, er rusmisbrukere eller voldelige. Det samme gjelder barn som bor med enslige forsørgere og barn med ikke-vestlig minoritetsbakgrunn.

Psykiske problemer benyttes gjerne som et samlebegrep som kan deles inn i:

- *Psykiske plager*: Uttrykkes som angst, fortvilelse, følelse av meningsløshet, uro, søvnvansker, konsentrasjonsvansker, med mere. Omlag 15-20 prosent av barn og unge i alderen 0-18 år er så plaget at dette går ut over deres daglige fungering. I sosialt belastede bydeler i Oslo gjelder dette 24-27 prosent av ungdommene.
- *Psykiske lidelser*: Kjentetegnes ved endring i tenkning, følelser eller atferd kombinert med opplevelsen av psykologisk smerte eller redusert fungering. Psykiske lidelser deles inn i diagnoser som angstlidelser, depresjon, ADHD, schizofreni med mere. På bakgrunn av tall fra undersøkelsen *Barn i Bergen* anslås det at omkring 8 prosent av barn og unge har en behandlingstrengende lidelse. Tallene er høyere for ungdom og lavere for førskolebarn. Psykiske lidelser hos barn og unge forekommer hyppigst i familier med lav sosioøkonomisk posisjon.

Særlig utsatte barnegrupper

Barn av foreldre med psykiske lidelser

Depresjon er en hyppig årsak til sykemelding og uføretrygd, og medfører ofte tap av inntekt, vansker med å klare daglige gjøremål og sosial isolasjon. Lidelsen kan føre til fattigdom samtidig som økonomiske belastninger medvirker til følelse av håpløshet. Andelen deprimerede mødre er størst i gruppen med lav sosioøkonomisk posisjon. Depresjon hos mødre er i en særstilling som risikofaktor for barns utvikling fordi den knyttes til alle typer psykiske plager (Mathiesen KS og Sanson A, 2000). Depresjon gjør mødre mindre følelsesmessig tilgjengelige for sine barn samtidig som de blir mer kritiske og oftere anvender straff i oppdragelsen. Dette gjør de aller minste barna særlig utsatte (Weinberg M og Tronick E, 1998). Psykiske plager og lidelser hos vordende mødre kan ha uheldige følger for det ufødte barnet gjennom å øke forekomsten av for tidlig fødsel og lav fødselsvekt (Cooper R og Goldberg R, 1996).

Norske undersøkelser viser at 10-15 prosent av kvinner i fruktbar alder er betydelig plaget av symptomer på angst og depresjon, og at forekomsten er om-

trent like høy i fasen med barnefødsler (Eberhard-Gran M et al, 2003). Dette betyr at 6-9 000 spedbarnsmødre til enhver tid har klare plager. Like mange spedbarn, og eventuelle søsken, er dermed involvert. Minst 15 000 barn i Norge under 18 år lever med en eller to foreldre som får behandling innen det psykiske helsevern. I tillegg kommer barn som bor sammen med foreldre med psykiske lidelser som ikke behandles. Siden det er sosial ulikhet i tilgang på hjelp fra spesialisthelsetjenesten, vil andelen barn som lever med foreldre med ubehandlede psykiske lidelser være høyest i de laveste sosialgruppene.

Til tross for mye forskning om depresjon mangler vi studier som undersøker hvorledes barn mestrer dagliglivet når mor er innlagt. I tillegg kommer at vi i liten grad bruker den kunnskapen vi allerede har til å finne fram til, og behandle, deprimerte mødre. Siden andelen barn med deprimerte mødre er størst i familier med lav sosioøkonomisk posisjon, rammer dette sterkest disse sårbare barna.

Barn av foreldre med rusmisbruk

Problemfylt bruk av rusmidler hos foreldre bidrar til plager og lidelser hos barn og unge (Kjelsberg E, 1999). Barn av rusmisbrukende foreldre som er påført skader allerede i fosterlivet er ekstra sårbare for negative påvirkninger fra et belastende oppvekstmiljø (Moe V og Slinning K, 2002). Det er vanskelig å beregne hvor mange barn som er berørt av foreldres rusmiddelmissbruk da misbruket ofte er skjult. Alkohol er det rusmiddelet som i størst omfang påvirker barna gjennom rusmiddelrelaterte skader prenatalt, og ved ulike funksjons- og symptomlidelser under oppvekst.

Undersøkelser tyder på at ettårs prevalens for alkoholavhengighet og misbruk er på 10 prosent (Kringlen E et al, 2001). Norske studier viser at mellom 18 og 58 prosent av rusmisbrukende kvinner i behandling bor sammen med barn under 18 år, og at det er klare sosiale gradienter (Iversen E et al, 2004; Lauritzen G et al, 1997). Beregningene er imidlertid usikre. Mødrene får vanligvis lite hjelp i svangerskap og barseltid, vansker barna måtte ha blir sjelden utredet, og barna får dermed kun unntaksvis optimal behandling. Også her mangler vi studier som undersøker hvorledes barn mestrer dagliglivet når mor er innlagt.

Barn som opplever vold i familien

Vold forekommer hyppigst i familier med lav sosioøkonomisk posisjon (Krug EG et al, 2002). Familievold kan føre til posttraumatisk stressyndrom (PTSD), depresjon, tilknytningsvansker, og konsentrasjons- og lærevansker hos barnet. I ungdomsårene kan det gi seg utslag i atferdsvansker, rusmisbruk og suicidalitet. I tillegg til vold direkte mot barnet, er også vold mot mor en stor trussel for barn. Å være vitne til at

omsorgsgiver blir truet eller utsatt for vold kan være verre enn om barna selv blir slått. Vold i svangerskapet har vært assosiert med for tidlig fødsel, lav fødselsvekt og dødfødsel (Curry MA, 1998). Rapportert forekomst av vold mot kvinner er på 3-11 prosent, men er betydelig høyere blant tenåringsjenter med lav sosioøkonomisk posisjon.

Spørsmål om kvinner og barn er blitt utsatt for vold inngår vanligvis ikke i de rutinemessige screeningsundersøkelsene. I dag har vi mangelfull kunnskap om så vel forekomst, følgetilstander, langsiktige konsekvenser, forebyggingsmuligheter og behandlingsmåter. Vi mangler kunnskap som kan gjøre det mulig å finne fram til voldsutsatte kvinner og barn og støtte disse allerede fra svangerskapet og framover. Siden andelen voldelige familier er størst blant dem med lav sosioøkonomisk posisjon, rammer kunnskapsmangelen sterkest disse sårbare barna. I tillegg mangler de fleste kommunene spesialutdannet personell som er velegnet til å arbeide med denne målgruppen.

Udekkede hjelpebehov og sosial ulikhet i tilgang på helsetjenester

Det er sosial ulikhet i barns tilgang på helsetjenester. Ordningen med henvisning til spesialisttjenestene kan bli en barriere mot tilgang til kompetent hjelp – en barriere der de svakeste oftere faller fra og de mest ressurssterke har best sjans til å forsere. Pravin Israels doktoravhandling (2005) fra Helse Vest viser nettopp dette. Barn av enslige og skilte foreldre har dårligere tilgang og mottar færre tiltak fra Barne- og ungdomspsykiatri enn barn med gifte foreldre.

- **10 til 20 prosent av barn og unge har så store psykiske plager at dette går ut over deres daglige fungering**
- **Tilsvarende tall for sosialt belastede bydeler i Oslo er 24 til 27 prosent**
- **De psykiske problemene er knyttet til familiebelastninger og knapphet på sosiale ressurser. Særlig utsatt er barn som har foreldre med lav utdanning og løs tilknytning til arbeidsmarkedet**
- **Barn og unge med særlig høy risiko for å utvikle psykiske problemer er overrepresentert i familier hvor foreldrene har psykiske lidelser, er rusmisbrukende, er voldelige, eller har ikke-vestlig minoritetsbakgrunn**

Utfordringer framover

Det er en klar målsetting å minske forekomsten av psykiske plager og lidelser hos barn og unge, og spesielt hos barn i risikogrubbene. Et sentralt virkemiddel vil være å iverksette gode forebyggende og behandlende tiltak så tidlig som mulig i problemprosessen. Til dette kreves kunnskap om forekomst, følgetilstander og langsiktige konsekvenser av at barn vokser opp i familier preget av mange belastninger, psykiske lidelser, rusmisbruk og vold. Vi trenger også kunnskap om tiltak som har en god effekt på barn og unge som vokser opp i belastede familier.

Referanser

Cooper R, Goldberg R, Daas A et al. The preterm prediction study: maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than thirty-five weeks' gestation. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1996; 175:1286-1292.

Curry MA, Perrin N, Wall E. Effects of abuse on maternal complications and birth weight in adult and adolescent women. *Obstetrics and Gynecology*, 1998; 92: 530-534.

Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samuelsen SO, Opjordsmoen S. Depression in postpartum and non-postpartum, women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2002;106: 426-433.

Iversen E, Lauritzen G, Skretting, A og Skutle, A. Det nasjonale dokumentasjonssystemet innen tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere. Klientkartleggingsdata. Rapport for 2004.

Kjelsberg E. A long-term follow-up study of adolescent psychiatric in-patients. Doctoral thesis. Oslo: Centre for Child and Adolescent Psychiatry, Department Group of Psychiatry, University of Oslo, 1999.

Kringlen E, Torgersen S og Cramer VA. "Norwegian Psychiatric Epidemiologic Study". *American Journal of Psychiatry*, 2001; 158, 1091-1098.

Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA et al. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.

Lauritzen G, Waal, H, Amundsen, A og Arner, O. A nationwide study of norwegian drug abusers in treatment: Methods and findings. *Nordisk Alcohol- & Narkotikatidskrift*, 1997; 14, 43-63.

Mathiesen KS og Sanson A. Dimensions of early childhood behavior problems: stability and predictors of change from 18 to 30 month. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2000; 28 (1), 15-31.

Moe V og Slinning K. Prenatal drug use and the conceptualization of long-term effects. *Scandinavian Journal of Psychology*, 2002; 43, 41-47.

Tvetene KG. Rapport fra Barne- og likestillingsdepartementet: Fattigdom blant barn, unge og familier – et kunnskaps og erfaringshefte, 2006.

Weinberg M, Tronick E. The impact of maternal psychiatric illness on infant development. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998; 59: 53-61.

Ytrehus S. Fattige barn i Norge. Hvem er de og hvor bor de. Fafo-rapport 445. Oslo. Fafo, 2004.

2.4 Sosial ulikhet og psykisk helse blant voksne

Begrepet psykisk helse er definert i kapittel 2.3 *Barn og unge – psykisk helse og sosial ulikhet*. Der har vi redegjort for hva vi legger i begrepene psykiske plager og psykiske lidelser.

Psykisk helse

Psykiske plager og lidelser er blant de vanligste årsakene til bruk av helsetjenester og trygdeytelser. Psykiske plager og lidelser er også viktige risikofaktorer for usunne levevaner (se kapittel 5.2), somatisk sykdom og tidlig død (WHO 2006; Sosial- og helsedirektoratet 2004; Iversen AC, 2005). I den landsrepresentative helseundersøkelsen til Statistisk sentralbyrå i 2002 hadde 8,4 prosent av mennene og 13,7 prosent av kvinnene i aldersgruppen 25–64 år betydelige psykiske plager (HSCL-25 > 1,75).

Psykiske lidelser er en gruppe ulike tilstander med til dels ukjente årsaker. Vi vet imidlertid at det dreier seg om et komplisert samspill mellom en rekke faktorer som inkluderer genetisk sårbarhet, oppvekstforhold, livshendelser og sosiale faktorer som sosialt nettverk og fattigdom.

Nesten en av tre innvilges uføretrygd med psykiske lidelser som hoveddiagnose. Mentale lidelser utgjør i tillegg en betydelig risikofaktor for innvilgelse av uføretrygd ved ikke-psykiatriske diagnoser (Mykletun A et al, 2006). Depresjon er den sykdom som forårsaker mest uførhet. De vanligste psykiske lidelsene er misbruk av alkohol, alvorlig depresjon, rusmiddelmissbruk utenom alkohol og angstlidelser. Alvorlige spiseforstyrrelser slik de defineres i de formelle psykiatriske diagnosesystemene er relativt sjeldne lidelser som forekommer nesten bare hos kvinner.

I en norsk befolkningsbasert undersøkelse ble forekomsten av alvorlige sinnslidelser som schizofreni og manisk depressiv sinnslidelse målt til henholdsvis 1,3-2 prosent og 0,8 prosent (Kringlen E et al, 2001). Man har et stort frafall blant alvorlig psykisk syke i slike undersøkelser, og man antar at den reelle forekomsten av disse lidelsene er omtrent det dobbelte.

Sosial ulikhet

Det er vist i undersøkelser fra andre land, spesielt i USA, at lav sosioøkonomisk posisjon er nært knyttet til dårlig psykisk helse (Regier DA et al, 1993). Sammenhengen mellom psykiske lidelser og sosioøkonomisk posisjon varierer med diagnose, og det er uvisst i hvor stor utstrekning de sosioøkonomiske forholdene er risikofaktorer eller snarere konsekvenser av psykiske lidelser. Det er en klar statistisk sammenheng mellom schizofreni og lav sosioøkonomisk posisjon, men her skyldes sammenhengen i første rekke at denne type sinnslidelse vanskeliggjør utdanning og arbeidskarriere. Heller ikke ved bipolar affektiv lidelse er det grunn til å tro at sosioøkonomiske forhold bidrar som risikofaktor i noen vesentlig grad. Dårlige levekår gir imidlertid betydelig økt risiko for å utvikle de mest vanlige psykiske lidelsene (Muntaner CM et al, 2004).

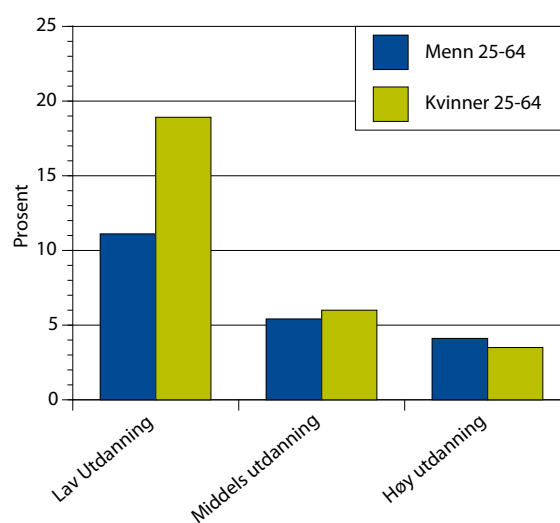
I Norge er det få undersøkelser om sammenhengen mellom *psykiske lidelser* og sosioøkonomisk status, men det er flere undersøkelser som viser en sammenheng mellom *psykiske plager*, som er vanlige ved depresjon og angstlidelser, og sosioøkonomisk posisjon. I den landsomfattende helseundersøkelsen utført av Statistisk Sentralbyrå i 1998 hadde menn og kvinner med lav utdanning mer enn dobbelt så høy forekomst av betydelige psykiske plager (HSCL-25 > 1,75) sammenliknet med de med høy utdanning (Rognerud et al, 2002).

Tilsvarende overhyppighet av psykiske plager og bruk av psykofarmaka finner vi blant de med lav inntekt og blant de enslige.

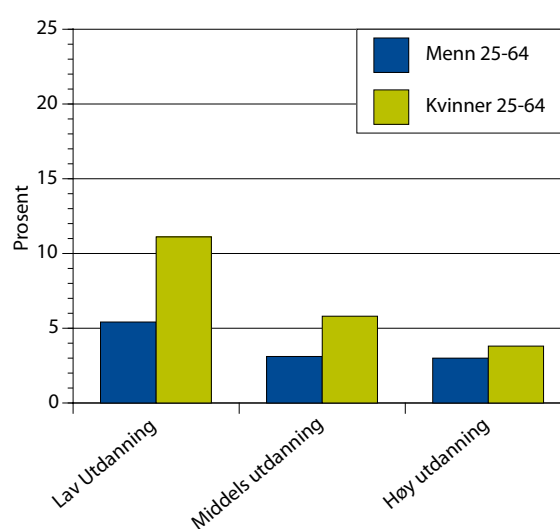
I en analyse av Dalgard OS (2006) stod manglende mestring av egen livssituasjon frem som en viktig forklaringsvariabel for den økte hyppigheten av psykiske plager hos de med lite utdanning. Opplevelse av makteløshet var også en viktig forklaringsfaktor for økt hyppighet av psykiske lidelser hos de med lav utdanning i Helseundersøkelsen i Oslo 2001-2002 (2006). Blant de enslige var alvorlige økonomiske problemer den viktigste forklaringsvariabelen.

Selv mord har også vist seg å ha nær sammenheng med sosioøkonomiske faktorer som lav inntekt, lav utdanning, lav yrkesmessig status, arbeidsledighet og ekteskkelig status i internasjonale studier (Lorant V, Kunst AE, Huisman M et al, 2005a; Lorant V, Kunst AE, Huisman M et al, 2005b). Tilsvarende sammenhenger mellom utdanningsnivå, ekteskkelig status og selvmord er funnet i en analyse av norske data av Strand BH med flere (2006). Når det gjelder forebyggende arbeid i forhold til sosial ulikhet og helse, både psykisk og somatisk, henvises til WHO's publikasjon *Sosiale forhold av betydning for helsen. De Harde fakta* (2003) og rapporten *Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid* (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2006).

Figur 11. Andel (%) som bruker medisiner mot angst/uro – ukentlig eller oftere.



Figur 12. Andel (%) som bruker medisiner mot depresjon – ukentlig eller oftere.



Referanser

Dalgard OS, Mykletun A, Rognerud M et al. Education, sense of mastery and mental health: Results from a nation wide health monitoring system in Norway. BMC Psychiatry, 2006, in press

Dalgard OS, Claussen B, Mc Cubbin M, Tambs K. Social inequality, lack of control and health. Unpublished paper, 2006

Folkehelseinstituttet Rapport 2006:2. Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid.

Iversen AC. Social differences in health behaviour: the motivational role of perceived control and coping (thesis). University of Bergen 2005.

Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. American Journal of Psychiatry, 2001; 1091-1098

Lorant V, Kunst AE, Huisman M et al. A European comparative study of marital status and socio-economic inequalities in suicide. *Social Science and Medicine*, 2005, 60, 2431-41.

Lorant V, Kunst, A E, Huisman, M, et al, Socio-economic inequalities in suicide: a European comparative study. *Br J Psychiatry*, 2005b; 187, 49-54.

Muntaner CM, Eaton WW, Miech R et al. Socioeconomic Position and Major Mental Disorder. *Epidemiol Review*, 2004; 26: 53-62

Mykletun A, Øverland S, Dahl AA et al. A population-based cohort study of the effect of common mental disorders on disability pension awards. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1412 - 8.

Regier DA et al. One-month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics: the Epidemiological Catchment Area study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1993; 88: 35-47

Sosiale forhold av betydning for helsen. De harde fakta. Andre utgave. Norsk nettverk av helse- og miljøkommuner. Sosial- og helsedirektoratet, 2004

Strand BH, Kunst AE. Childhood socioeconomic status and suicide mortality in early adulthood among Norwegian men and women. A prospective study of Norwegians born between 1955 and 1965 followed for suicide from 1990 to 2001. *Soc Sci Med*. 2006 Dec; 63(11): 2825-34.

WHO 2006. Commission on Social Determinants of Health. www.who.int/social_determinants/en/

2.5 Sosial ulikhet blant eldre

I årene fremover vil antall eldre øke. Fra 2013 vil dessuten andelen eldre i forhold til antall personer i yrkesaktiv alder øke kraftig. Mens det i dag er 4,4 yrkesaktive per pensjonist, vil det i 2050 være 2,0. Derfor er eldres helse og ulikheter i helse blant eldre av økende betydning for folkehelsen totalt og dermed for planleggingen av helsetjenesten.

Viktige helseplager og risikofaktorer blant eldre

Hjerte-karsykdom og kreft er de viktigste dødsårsakene blant eldre. Disse sykdomsgruppene opptrer langt hyppigere og får oftere et fatalt utfall blant eldre enn blant yngre. Mange eldre rammes også av sykdommer i luftveiene (f. eks KOLS), dårlig syn, hørsel og andre sansesvekkelser, artroser (slitasjegikt) og andre plagsomme tilstander i ledd og muskulatur, senil demens og andre degenerative lidelser i sentralnervesystemet, depresjon pga isolasjon og ensomhet, samt fall og bruddskader med alvorlige følger. Ettersom funksjonsevnen i eldre år blir lavere og marginene mindre i forhold til dagliglivets krav, vil forhold som virker inn

på funksjonsevnen være særlig viktige for helsen og hjelpebehovet.

Risikofaktorer hos eldre

Risikofaktorer for sykdomsgruppene nevnt ovenfor, er som regel like viktige i eldre år som blant yngre. For eksempel er høyt blodtrykk en viktig risikofaktor for hjerneslag uansett alder. Enkelte risikofaktorer er særlig viktige blant eldre – noen fordi svært mange eldre rammes, og noen fordi konsekvensene kan være større enn hos yngre. Til den første gruppen hører uregelmessig hjerterytme av typen atrieflimmer, som medfører høy risiko for slag. Til den andre gruppen hører sosial kontakt som helsefremmende faktor og - kanskje enda viktigere, sosial isolasjon som risikofaktor for depresjon og underernæring - med beinskjørhet og brudd som aktuell konsekvens. Sosial isolasjon kan også medføre vansker med å skaffe helsehjelp ved akutt sykdom. Fysisk aktivitet er minst like viktig hos eldre som hos yngre – både for å øke livskvaliteten, opprettholde funksjonsevnen og redusere risikoen for fall og brudd.

Risikofaktorer som er viktige hos eldre:

- Høyt blodtrykk og atrieflimmer
- Røyking (spesielt for hjerte- og lungesyke og beinskjøre)
- Sosial isolasjon
- Fysisk inaktivitet
- Kosthold med for lavt energiinntak og for lite inntak av nødvendige næringsstoffer

Sosial ulikhet blant eldre

En europeisk sammenligningsstudie mellom 8 land viser at eldre (75 år og eldre) med kort utdanning har høyere dødelighet enn de med lang utdanning (Huisman et al, 2005). Tabell 12 viser hvordan den relative betydning av utdanningsforskjeller avtar med økende alder. Blant de eldste er det følgelig mindre forskjell i dødelighet mellom de med kort og dem med lang utdanning, enn forholdet er blant de yngre. Reduksjonen i relativ forskjell i total dødelighet er ikke så uttalt blant kvinner som blant menn, fordi dødeligheten av brystkreft utvikler seg forskjellig med økende alder i grupper med ulik utdanningslengde. Brystkreft blant de under 75 år rammer i større grad kvinner med lang utdanning, mens brystkreft hos de eldste rammer omtrent likt.

Den absolutte forskjellen, det vil si differansen mellom andel døde med kort og lang utdanning, øker derimot med stigende alder fordi så mange flere eldre har et helseproblem som de dør av.

Hjerte- karsykdommer var den årsaken som prosentvis bidro mest til forskjellen i dødelighet mellom lavt og høyt utdannede eldre - halvparten av forskjellen kunne forklares av denne sykdomsgruppen.

Det var forskjell på kvinner og menn. Blant de eldste mennene var det størst relativ utdanningsforskjell i dødelighet av KOLS og magekreft, og minst av prostatakreft. Blant de eldste kvinnene var det størst relativ utdanningsforskjell i dødelighet av magekreft – og minst av lunge- og brystkreft. I denne generasjonen var magekreft klart sosialt skjevfordelt, mens lunge- og brystkreft ikke var det. Lungekreftutviklingen følger tobakksbruken med 20-30 års forsinkelse, og det kan ventes at lungekreft blir en sterkere sosialt skjevfordelt sykdom i årene fremover.

Kunnskap om forekomst av sykdom, funksjons- evne og risikofaktorer er oftest basert på intervju eller spørreskjema, en metode som innebærer større usikkerhet hos eldre enn hos middelaldrende. Et personentydig Norsk pasientregister vil supplere den kunnskapen vi får fra helseundersøkelser.

Sosial ulikhet blant eldre i Norge

I aldersgruppen 67 år og eldre hadde 26 prosent fire eller flere sykdomstilfeller på intervjudispunktet, men bare 9 prosent av mennene og 16 prosent av kvinnene vurderte sin helse som dårlig eller svært dårlig (Seniorer i Norge, 2005). Eldres egenvurderte helse er bedre

enn før, men viser klare sosiale forskjeller. 18 prosent av de med ungdomsskole eller kortere utdanning sier de har dårlig/meget dårlig helse, mens 5 prosent av de med høyskole/universitetsutdanning sier det samme.

Når det gjelder psykiske vansker, oppgir fem prosent i aldersgruppen 67 år og eldre at de har nervøse lidelser (psykisk sykkelighet) (HUS2002). Symptomer på psykiske problemer forekommer langt hyppigere hos kvinner over 67 år enn hos menn i samme alder, og dobbelt så hyppig hos dem med ungdomsskole eller kortere utdanning som hos dem som har høyskole/universitetsutdanning (Seniorer i Norge, 2005). Også de som bor alene har hyppigere symptomer på psykiske plager enn personer som bor sammen med andre. Eldre enslige kvinner med kort utdanning er følgelig spesielt utsatt.

Forekomsten av demens i Norge blant personer 60-64 år, er beregnet å øke fra 1 prosent til vel 30 prosent i alderen 90 år og eldre (Engedal KA, 2000). Årsakene til demenslidelser og hvilke følger sykdommen har for sosial ulikhet i helse er lite kjent.

Tabell 13 viser en klar forskjell mellom utdanningsgruppene når det gjelder hjerteinfarkt, diabetes og generell helse, mens forskjellene er noe mindre

Tabell 12. Relativ og absolutt forskjell i total dødelighet mellom de med lav og høy utdanning – etter alder (Huisman M 2005).

Total dødelighet	Menn			Kvinner		
	45-59 år	60-74 år	75 år og over	45-59 år	60-74 år	75 år og over
Relativ forskjell mellom lav og høy utdanning – rate ratio*	1,54	1,36	1,21	1,28	1,32	1,22
Absolutt forskjell mellom lav og høy utdanning – rate differanse**	290	867	2127	84	404	1588

* Dødelighetsraten (antall døde pr 100 000 personår under risiko) blant dem med lav utdanning *delt på* dødelighetsraten blant dem med høy utdanning

** Dødelighetsraten (antall døde pr 100 000 personår under risiko) blant dem med lav utdanning *minus* dødelighetsraten blant dem med høy utdanning.

Tabell 13. Prosentandelen 75-76-åringene som rapporterer om sykdom. 4 utdanningskategorier. Helseundersøkelsene i Oslo, Hedmark, Oppland, Troms og Finnmark 2000-2003. Andeler som har svart på det enkelte spørsmålet (n=antall svar på det enkelte spørsmål).

Utdanning, totalt antall år	7-9 %	10-12 %	13-16 %	17 + %
Menn				
Hjerteinfarkt, n=2667	17,4	16,1	15,0	12,8
Diabetes, n=2662	11,1	7,9	8,9	4,5
Mindre god generell helse, n=2638	43,1	37,0	26,6	23,0
Kronisk bronkitt, n=2633	8,0	7,0	9,5	4,5
Kroniske smerteplager, n=2586	3,9	2,9	3,5	1,8
Psykiske plager som man har søkt hjelp for, n=2610	11,1	9,5	8,9	7,3
Kvinner				
Hjerteinfarkt, n=3240	6,8	7,2	4,7	4,4
Diabetes, n=3265	8,6	5,8	3,5	2,9
Mindre god generell helse, n=3260	52,5	40,2	34,0	27,9
Kronisk bronkitt, n=3234	6,7	4,9	7,3	3,0
Kroniske smerteplager, n=3161	11,0	10,5	7,6	9,0
Psykiske plager som man har søkt hjelp for, n=3203	13,3	10,3	11,2	13,9

for kronisk bronkitt og kroniske smerteplager. Tallene er hentet fra befolkningsundersøkelser i fem fylker i perioden 2000-2003 (Graff-Iversen S, Nasjonalt folkehelseinstitutt). Det er også forskjeller når det gjelder psykiske plager blant eldre menn, men ikke blant eldre kvinner.

Funksjonell kapasitet

Fra 50-årsalderen reduseres muskelstyrken med om lag 40 prosent, og andelen hjelpetrengende øker. Av alle i alderen 67 år og eldre, er 2 av 5 med ungdomsskole eller kortere utdanning hjelpetrengende, mens dette gjelder bare 1 av 5 med høyskole eller universitetsutdanning (Seniorer i Norge, 2005). Det har vært en bedring av Eldres bevegelsesevne i perioden 1975-2002. Flere kvinner enn menn har langvarig sykdom som påvirker hverdagen – og flere kvinner enn menn er hjelpe- eller pleietrengende (Seniorer i Norge, 2005). Forskjellen er størst blant de eldste. Mens 36 prosent av mennene opplever at sykdom har merkbare konsekvenser for hverdagen, gjelder dette 46 prosent av eldre kvinner (Seniorer i Norge, 2005). Jo lengre utdanning, jo mindre er sannsynligheten for at sykdom skal påvirke hverdagen og for nedsatt bevegelsesevne. De som bor alene har større sannsynlighet for nedsatt bevegelsesevne.

Risikofaktorer

For røyking blant eldre (75-76 år) var det markert færre røykere blant høyt utdannede menn (tabell 14). For kvinner var det ikke tilsvarende markerte sosioøkonomisk gradient. Det var klare utdanningsforskjeller for hard fysisk aktivitet og bruk av grønnsaker. Det var 20 prosent flere fysisk aktive blant de med høyskole- eller universitetsutdanning, sammenlignet med de med ungdomsskoleutdanning. 8 prosent blant de med høyeste og 18 prosent blant dem med laveste utdanning var inaktive. Eldre med høy utdanning hadde oftere enn andre et hyppig og høyt alkoholinntak (f. eks ½ flaske vin 3 dager i uken eller mer) (Seniorer i Norge, 2005). Den helsemessige betydningen av dette er omdiskutert.

- **Antall eldre i befolkningen øker, derfor får Eldres helse og helseulikheter blant eldre økt betydning for folkehelsen og helsetjenesten i årene framover**
- **Forskjellen i helse mellom grupper med ulik sosial bakgrunn er markert opp til meget høy alder**
- **Blant de aller eldste dominerer kvinnene i antall, de er ofte enslige og har kortere utdanning enn menn**
- **Blant de aller eldste er menn friskere enn kvinner**
- **Sosiale helseforskjeller målt i absolutte tall (slik som differanse i andel syke) er større hos eldre enn hos yngre, men de relative forskjellene mellom personer med ulik sosial bakgrunn avtar med alderen**
- **Mange eldre deltar ikke i helseundersøkelser. Derfor har vi ikke gode nok tall for sosiale forskjeller i sykkelighet blant eldre. Et personentydig Norsk pasientregister kan supplere kunnskapen**

Omsorgsbehov

Antallet eldre og funksjonshemmede i pleie og omsorgsinstitusjoner gikk ned 6 prosent i perioden 1994-2003. Samtidig har antallet personer som mottar hjemmetjenester steget med 13 prosent i samme tidsrom (Seniorer i Norge, 2005). Totalt bor 15 prosent av befolkningen i aldersgruppen 80 år og over på institusjon. Blant 90-åringene bor 37 prosent av kvinnene og 27 prosent av mennene på institusjon (Seniorer i Norge, 2005). I en studie fra Larvik, der 80-åringene ble fulgt til sin død, fant man ingen sosioøkonomiske forskjeller i hjelpebehovet for personer som fulgte ulike livsløp. (Romøren TI og

Tabell 14. Andelen 75-76 år som rapporterer daglig røyking, ingen hard fysisk aktivitet i fritiden og sjelden/aldri bruk av grønnsaker i 4 kategorier av utdanning. Helseundersøkelsene i Oslo, Hedmark, Oppland, Troms og Finnmark 2000-2003. (n=antall svar på det enkelte spørsmål).

Utdanning, totalt antall år	7-9 %	10-12 %	13-16 %	17 + %
Menn				
Daglig røyking, n=2695	24,0	18,9	14,8	10,7
Ingen hard mosjon i fritiden, n=2439	52,7	47,6	39,9	35,3
Sjelden eller aldri grønnsaker, n=2601	2,6	1,4	0,6	0,3
Kvinner				
Daglig røyking, n=3331	15,7	14,1	14,7	12,2
Ingen hard mosjon i fritiden, n=3956	72,6	65,9	58,3	44,6
Sjelden eller aldri grønnsaker, n=3162	1,2	0,7	0,6	0

Blekesaune M, 2003). Og i en sammenlignende studie mellom 5 europeiske land – inkludert Norge fant man at helserelatert livskvalitet sank med alderen. Samtidig ble variasjonene større (Motell-Klingebl A, 2004).

Behov for ny kunnskap

Det er viktig med styrket forskning på lidelser som gir nedsatt livskvalitet og avhengighet blant de eldste eldre, som smertetilstander, sansesvekkelser, demenslidelser, fall og bruddskader. For kroniske sykdommer der man kjenner mange av risikofaktorene, for eksempel slag, hjerteinfarkt og KOLS, trengs kunnskap om effektive sykdomsforebyggende og helsefremmende tiltak overfor ulike sosiale grupper. Videre trengs forskning som kan sette oss bedre i stand til å forutsi omsorgsbehovet blant ulike grupper av de aller eldste, og vi trenger forskning på hvilke virkemidler som kan utsette eldres behov for hjelp og omsorg.

Referanser:

Andersson L, Öberg P. Diversity, health and aging. In Daatland SO, Biggs S. Ageing and diversity. Multiple pathways and cultural migrations. London: The Policy Press 2004, p. 45-60.

Engedal KA. Alderspsykiatri. I Wiesæth L, Dalgard OS (red). Forebyggende psykiatri. Oslo: Universitetsforlaget, 2000.

Huisman M, Kunst AE, Bopp M, Borgan JK, Borell C, Costa G, Deboosere P, Gadeyne S, Glickman M, Marinacci C, Minder C, Regidor E, Valkonen T, Mackenbach JP. Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations. *Lancet* 2005; 365: 493-500.

Huisman M, Kunst AE, Andersen O, Bopp M, Borgan JK, Borrell C, Costa G, Deboosere P, Desplanques G, Donkin A, Gadeyne S, Minder C, Regidor E, Spadea T, Valkonen T, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58: 468-75.

Motell-Klingebl A. Quality of life and social inequality in old age. In Daatland SO, Biggs S. Ageing and diversity. Multiple pathways and cultural migrations. London: The Policy Press 2004, p. 189-205.

Ringberg K. Muscle strength differences in urban and rural populations in Sweden. *Arch Phys Med Rehab* 1993; 74(12): 1315-8.

Romøren TI, Blekesaune M. Trajectories of disability among the oldest old. *J Aging Health*, 2003; 15: 548-66.

Seniorer i Norge. Ugreninov E. Statistiske analyser nr. 72/2005. Oslo-Kongsvinger, Statistisk sentralbyrå, 2005.

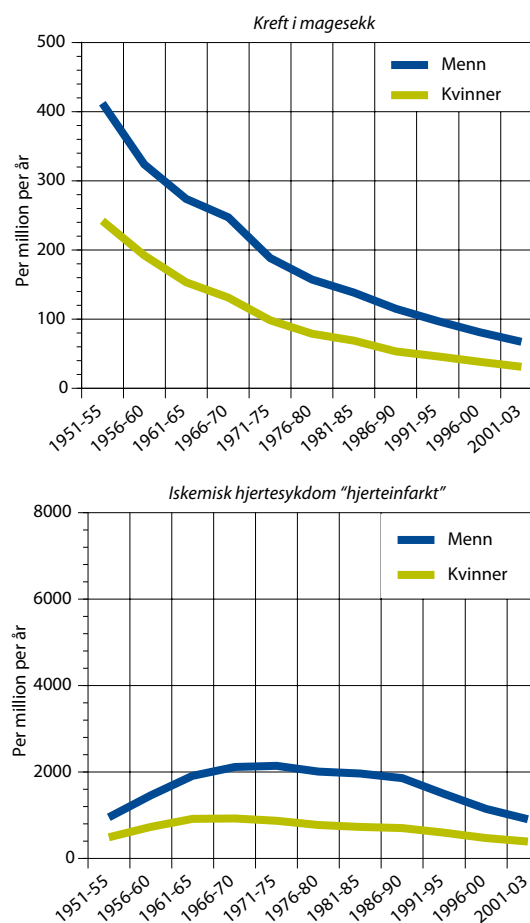
2.6 Sosial seleksjon og årsaksforklaringer gjennom livsløpet

Sosiale ulikheter i helse utvikler seg over tid

Gjennom flere århundre har vi sett en tydelig sammenheng mellom sosiale levekår og sykdom i befolkningen. Her hjemme viste Eilert Sundt tydelige forskjeller i dødelighet allerede på 1800-tallet (Sundt E, 1855). Den gang ble mange syke og døde av akutte infeksjonssykdommer. I dag preges sykdomsmønsteret og dødeligheten av kroniske sykdommer som til dels utvikler seg over flere tiår.

På 1900-tallet fikk vi store endringer i forekomsten av flere viktige sykdommer. Infeksjonssykdommene gikk tilbake på grunn av bedret hygiene, men kroniske sykdommer ble vanligere. Dødelighet av hjerteinfarkt steg etter andre verdenskrig og nådde en topp tidlig i 1970. Siden dette har dødeligheten av denne sykdommen gått ned. Dødelighet av magesår og kreft i magesekken har derimot sunket gradvis etter 1950 (Tverdal Aa og Nelson E, 2001 og figur 13). Dette er eksempler på sykdommer med en klar sosial gradient, men med ulike årsaker. Nyere forskning har vist at magesår og kreft i magesekken kan knyttes til infeksjon med bakterien *helicobacter pylori* i barndommen.

Figur 13. Trend i dødelighet for magesekke og hjerteinfarkt i Norge 1951-2003 (aldersjustert).



Kilde: Folkehelseinstituttet

Den gradvise nedgangen i forekomsten av magesår og kreft i magesekken kan forklares med at flere nå vokser opp under bedre hygieniske forhold og sosiale levekår. Når disse sykdommene opptrer i dag, ansees det som en virkning av sosiale levekår for mange tiår tilbake. Hjerteinfarkt derimot kan knyttes til sosiale levekår både i barndommen og i voksen alder (Forsdahl A, 1973; Næss O, 2004; Strand BH og Kunst AE, 2006). Viktige årsaker gjennom hele livsløpet som helseatferd og helsetjenester har betydning for hjerteinfarkt. Disse sykdommene illustrerer at de sosiale årsakene kan variere sterkt, og at tiltak ikke nødvendigvis vil ha den samme og umiddelbare virkningen på alle sykdommer.

Helserelatert seleksjon i Norge

En forklaring på at personer fra ulike sosiale grupper har ulik helse kan være at ulik økonomi og sosiale levekår forårsaker helseulikhetene. En annen forklaring kan være at de som har best helse fra barndommen får bedre utdanning og bedre økonomi i sitt voksne liv og at dette bidrar til bedre helse. Denne andre forklaringen - helserelatert seleksjon - har blitt trukket fram som en mulig forklaring på at vi i moderne velferds-samfunn fortsatt har store sosiale ulikheter i helse.

Teorien om helserelatert seleksjon er omstridt blant forskere, og det er gjort en rekke studier for å forsøke å beregne hvor stor betydning helserelatert seleksjon kan ha (Blane D et al, 1993). Å kalkulere den totale effekten av slike selektive prosesser for omfanget av helseulikheter er innviklet. Og det er heller ikke opplagt at seleksjon øker de sosiale forskjellene i helse.

Elstad har funnet at de som gjør en klassereise oppover i samfunnhierarkiet har dårligere helse enn den gruppen de ender opp i, men bedre helse enn gruppen de forlot (Elstad JI, 2001). I et materiale fra HUNT i Nord-Trøndelag fant Elstad og medarbeidere at selvopplevd helse først og fremst hadde betydning for om man beveget seg inn og ut av arbeidslivet og ikke bevegelser i yrkeshierarkiet.

En tredje forklaring på de sosiale ulikhetene vi ser i helse er såkalt indirekte seleksjon. Her tenker man seg at en medfødt eller tidlig ervervet tilbøyelighet for helseskadelig atferd samtidig øker sannsynligheten for å få kort utdanning eller liten inntekt. Det er hittil få studier som kan gi holdepunkt for denne forklaringen.

Forskere ser i dag ut til å legge vekt på at seleksjon og sosial årsak virker sammen. I ulike stadier av livsløpet er det flere utvelgelsesprosesser som fører til at ulike sosiale grupper får ulik helse. Prosessene opptrer særlig ved inngangen til yrkeslivet, for eksempel gjennom ulike utdanningsveier og ulik start på yrkeskarrieren. Utvelgelsesprosessene opptrer også når en går ut av og inn i arbeidslivet gjennom hele livet. Helseproblemer bidrar for eksempel til tidlig pensjonering,

vedvarende arbeidsløshet og uføretrygd. (Claussen B et al, 1993). I en studie fra Nord-Trøndelag fant man seks til sju ganger høyere risiko for uførepensjon hos de med lav utdanning (Krokstad S et al 2002)

Nyere årsaksforklaringer

Akkumulasjon

I senere år har det vært økende oppmerksomhet på hvordan sosiale levekår gjennom hele livet øker risikoen for å utvikle en del kroniske sykdommer. Resultater fra slike studier peker på at skal man fullt ut ta høyde for hvor stor den sosioøkonomiske effekten er på risikoen for å utvikle sykdom holder det ikke å måle sosioøkonomisk posisjon én gang i et livsløp. Summen av sosiale levekår gjennom et helt liv er større enn hvis sosial ulikhet måles bare en gang. Man tenker seg at risikoen akkumulerer seg over tid.

I norske studier er det funnet en slik akkumulasjonseffekt for dødelighet av kronisk obstruktiv lungesykdom, hjerte-karsykdom og røyke-relatert kreft (Næss O et al, 2004). Det ble derimot ikke funnet holdepunkter for en slik effekt for totaldød hos de aller eldste (Næss O et al, 2006). Dette ble tolket som at en slik effekt hadde størst betydning blant for tidlige dødsfall fordi det er her effekten av sosial ulikhet også er størst. For kronisk obstruktiv lungesykdom er det en nær sammenheng mellom denne tilnærmingen og biologisk utvikling av lungefunksjon. Over tid faller lungefunksjonen, og dette fallet kan påskyndes ved miljøbelastning som røyking, yrkesrelatert støv eller forurensning.

Kritisk periode

Visse faser av livet er man mer sårbar for biologiske og sosiale påvirkninger. For eksempel er risikoen for *helicobacter pylori*-infeksjon størst i barndommen. For en rekke sykdommer er det funnet at påvirkning i svangerskapet medfører økt risiko for sykdom senere i livet. Dette er vist for hjerteinfarkt, høyt blodtrykk og type 2 diabetes. I en samlet vurdering av internasjonal forskning er det funnet at dårlige sosiale levekår i barndommen kan øke risikoen for hjerneblødning og magekreft senere i livet. (Galobardes B et al, 2004)

Disse to tilnærmingene, akkumulasjon og kritisk periode, utfyller hverandre. Dersom sårbare livsfaser kan identifiseres, kan en i forebyggende helsearbeid få en stor gevinst ved tiltak i disse fasene. Tilsvarende er kunnskapen om oppsamling av risiko eller akkumulasjon viktig fordi det ved flere sykdommer er mye å hente ved å snu en utvikling. Innfallsvinklene kan være både biologiske og sosiale, for eksempel gjennom etablering av helseatferd tidlig i livet eller forebygging av konsekvensene av sykdom gjør det vanskeligere å delta i yrkeslivet.

- **Mange kroniske sykdommer bruker flere tiår på å utvikle seg**
- **For sykdommer som kols og hjerteinfarkt øker risikoen med summen av sosial belastning gjennom livet**
- **En rekke internasjonale og norske studier har demonstrert at sosiale levekår i barndommen har betydning for senere helse**

Referanser

Barker, DJV. Fetal origins of cardiovascular and lung disease. Marcel Dekker. New York 2001.

Blane D, Smith GD, Bartley M. Social selection-what does it contribute to social-class differences in health? *Social Health Illness* 1993; 15: 2-15

Claussen B, Bjørndal A, Hjort PF. Health and reemployment in a 2 year follow-up of long-term unemployed. *J Epidemiol Community Health* 1993; 47: 14-18

Elstad JI. Health-related mobility, health inequalities and gradient constraint-discussion and results from a Norwegian study. *Eur J Public Health* 2001; 11: 135-40

Forsdahl A. Points which enlighten the high mortality rate in the county of Finnmark. Can the high mortality rate today be a consequence of bad conditions of life in childhood and adolescence? *Tidsskr Nor Laegeforen* 1973; 93: 661-7

Galobardes B, Lynch J, Davey Smith G. Childhood Socio-economic Circumstances and Cause-specific Mortality in Adulthood: Systematic Review and Interpretation. *Epidemiol Rev* 2004;26:7-21

Krokstad S, Johnsen R, Westin S. Social determinants of disability pension: A 10-year follow-up of 62 000 people in a Norwegian county population. *International Journal of Epidemiology* 2002;32:1183-1191.

Næss O, Claussen B, Thelle D, Davey Smith G. Cumulative deprivation and cause specific mortality. A census based study of life course influences over three decades. *J Epidemiol Community Health*. 2004;58:599-603

Næss O, Hernes F, Blane D. Life-course influences on mortality at older ages: evidence from the Oslo Mortality Study. *Soc Sci Med*. 2006;62:329-36

Næss O, Claussen B, Davey Smith G. Relative impact of childhood and adulthood socioeconomic conditions on cause specific mortality in men. *J Epidemiol Community Health*. 2004;58:597-8

Strand BH, Kunst A. Childhood Socioeconomic Position and Cause-specific Mortality in Early Adulthood. *Am J Epidemiol*. 2006 Oct 13.

Sundt E. Om dødeligheten i Norge. Bidrag til kundskap om folkets kaar. Christiania 1855.

Tverdal A og Nelson E. Dødeligheten i Norge av forskjellige årsaker 1951-98. Folkehelseinstituttet/SHUS-rapport 3-2001.



Illustrasjonsfoto: © Jan Erik Johansen/Scanpix

3 Minoritetsgrupper og sosial ulikhet i helse

Dette kapitlet vil ta for seg minoritetsgrupper som innvandrere og samer. Det er viktig å være klar over at innvandrere er en uensartet gruppe med svært ulike erfaringer. Derfor kan man ikke konkludere med at innvandrere i seg selv utgjør en felles risikogruppe. I tillegg er det viktig å være klar over at sammenhengen mellom etnisitet, sosioøkonomisk posisjon og helse er sammensatt fordi det bak forskjeller mellom innvandrergupper kan ligge store forskjeller i sosiale levekår (Smith GD, 2000).

Innvandrere kan ha økt sykdomsrisiko av to grunner: For det første antas innvandrere å være en gruppe som er spesielt utsatt for ekstrabelastninger knyttet til deres situasjon som innvandrere. Den andre grunnen er at innvandrere kan ha sosiale og økonomiske levekår som er knyttet til økt sykdomsrisiko.

Med innvandrere mener vi i denne rapporten personer hvor begge foreldrene er født utenfor Norge. Førstegenerasjonsinnvandrere er innvandrere født utenfor Norge, mens andregenerasjonsinnvandrere er personer som er barn av innvandrere, og som selv er født i Norge.

I 2005 var det 365 000 innvandrere i Norge (8 prosent av befolkningen). Av disse var 82 prosent førstegenerasjonsinnvandrere (Kilde: SSB). Oslo har den største andelen av innvandrere, med 22 prosent, men det bor innvandrere i alle landets kommuner. To tredjedeler av førstegenerasjonsinnvandrerne kommer fra ikke-vestlige land. Halvparten av førstegenerasjonsinnvandrere fra Afrika, Asia, Øst-Europa og Sør- og Mellom-Amerika er kommet som flyktninger. Den største enkeltgruppen innvandrere kommer fra Pakistan. Innvandrerbefolkningen er i gjennomsnitt yngre enn den norske befolkningen

Det er vanlig å skille mellom arbeidsmigranter og flyktninger. Arbeidsmigranter har forlatt sitt tidligere hjemland frivillig for å skaffe seg jobb. Flyktninger derimot har vært tvunget til å flykte pga krig eller politisk forfølgelse. Dette gjør de mer utsatt på grunn av senvirkninger av traumatiske opplevelser i hjemlandet. Det å selv ha innvandret til Norge er trolig også forskjellig fra det å være født og oppvokst i Norge av innvandrede foreldre. Forankringen til deres opprinnelige hjemland blir svakere blant andregenerasjonsinnvandrere. Belastninger knyttet til selve migrasjonsprosessen har derfor sterkest direkte innvirkning på foreldrene. Det

tydeligste skillet går mellom innvandrere fra ulike land og regioner. Levekårene til ikke-vestlige innvandrere er i dag dårligere enn blant majoritetsbefolkningen, med lavere inntekt, flere arbeidsledige, dårligere boforhold, og lavere utdanningsnivå. Dette gjør at innvandrere som gruppe er spesielt utsatt for en rekke risikofaktorer knyttet til lav sosioøkonomisk status.

Samlet sett kommer innvandrere fra Asia og Afrika dårligst ut på utdanningsstatistikken. Samtidig har innvandrere fra Filippinene, Polen, Russland, India, og Kina i gjennomsnitt høyere utdanning enn landsgjennomsnittet. Innvandrere fra Tyrkia, Somalia, Pakistan og Thailand kommer dårligst ut. Her har bare 10 prosent høyere utdanning. Det er også store forskjeller mellom første og andre generasjons innvandrere. 27 prosent av alle 19-24-åringer født i Norge av to utenlandskfødte foreldre var i gang med en høyere utdanning. Tilsvarende tall for førstegenerasjonsinnvandrere var 18 prosent. Til sammenligning var 29 prosent av alle 19-24-åringer i Norge i høyere utdanning.

I 2003 hadde en ikke-vestlig husholdning om lag 70 prosent av medianinntekten til befolkningen ellers. Andel med vedvarende lavinntekt i treårsperioden 2001-2003 var 20 prosent for ikke-vestlige innvandrere, sammenliknet med 4 prosent for befolkningen totalt. Det samme mønsteret finner vi for mottakere av sosialhjelp: 30 prosent av ikke-vestlige innvandrere mottok sosialhjelp i 2003, sammenliknet med 6 prosent i befolkningen ellers.

Ved utgangen av 2005 hadde innvandrere en arbeidsledighetsprosent som var tre ganger så høy som i befolkningen ellers (8,4 prosent versus 2,6 prosent). I enkelte ikke-vestlige innvandrergupper var forskjellene enda større. Innvandrere fra Afrika lå seks ganger så høyt som de uten innvandrerbakgrunn, og blant innvandrere fra Asia var 11 prosent ledige, fra Øst-Europa (utenom EU) 10,2 prosent og fra Latin-Amerika 9 prosent ledige. Innvandrere fra Norden og de øvrige vesteuropeiske landene lå mye lavere, med en ledighet på rundt 3,5 prosent, mens folk fra de nye EU-landene i Øst-Europa hadde 4,2 prosent ledige.

Innvandrere får ofte ikke uttelling for den utdanningen de har tatt i hjemlandet. Dette gjør at yrke ikke kan tolkes som et mål på utdanning for innvandrere. Arbeidsledigheten er også større blant innvandrere med utdanning, sammenliknet med majoritetsbefolk-

ningen. Spør man direkte om utdanning er det ofte vanskelig å sammenligne med norske forhold. Dette gjør at man kan studere sammenhengen mellom levekår/fattigdom og helse, men det blir mer problematisk med betydningen av utdanning.

3.1 Psykisk helse blant innvandrere

Risikofaktorer som gjør innvandrere mer utsatt for psykiske helseplager er opplevd rasisme, ekskludering, oppbrudd fra tidligere sosialt nettverk, identitetsproblemer og stress knyttet til møte med en ny og ukjent kultur, og manglende sosiokulturell integrasjon. Størrelsen på kulturforskjellene mellom opprinnelige hjemland og Norge har konsekvenser for hvor belastende migrasjonsprosessen blir. Hudfarge har også betydning for hvor ofte de opplever rasisme (Øia T, 2000). I tillegg kan det være andre kjennetegn som hemmer eller letter integrasjonsprosessen for enkelte innvandrergupper. En rekke studier har vist at de som både tar vare på sin egen kulturelle bakgrunn, samtidig med at de prøver å tilpasse seg sitt nye hjemland, klarer seg best. De som trekker seg tilbake fra det norske storsamfunnet, eller de som assimileres inn i det norske storsamfunnet uten å ta vare på egne kulturtradisjoner, har flest psykiske helseproblemer.

Flyktninger har økt forekomst av posttraumatisk stresslidelse, angst og depresjon. Barna er spesielt utsatte, men blir ofte oversett av hjelpeapparatet (Lustig S et al, 2004). Det finnes i dag få studier som har fulgt flyktningbarn over tid. Lustig og kollegers (2004) gjennomgang av eksisterende studier viser at mellom 50 og 80 prosent av flyktningbarna fikk diagnosen posttraumatisk stresslidelse (PTSD) to år etter at familien flyktet. Selv etter 12 år hadde mange av barna store problemer.

Norske data

Nye undersøkelser fra Norge viser at voksne innvandrere oftere har psykiske helseproblemer (Dalgard OS, 1998, Syed HR et al, innsendt manus, 2006, Dalgard OS et al, akseptert manus, 2006). Det må imidlertid her skilles mellom innvandrere fra vestlige land og innvandrere fra Afrika og Asia. Når det gjelder de første, har undersøkelser fra Oslo (Oslo-undersøkelsen 2000-2001) vist at deres psykiske helse er like god som majoritetsbefolkningens. De fremmedkulturelle innvandrere har imidlertid en betydelig øket hyppighet av psykiske plager, slik dette måles ved spørreskjema. Når en bruker instrumentet HSCL-10 som mål skårer 24 prosent av de fremmedkulturelle innvandrerne så høyt at en kan snakke om psykiske helseproblemer. Det tilsvarende tallet for majoritetsbefolkningen er 10 prosent. Det er en tendens til at forskjellene mellom innvandrere og majoritetsbefolkningen er større hos menn enn kvinner. Statistiske analyser viser at den

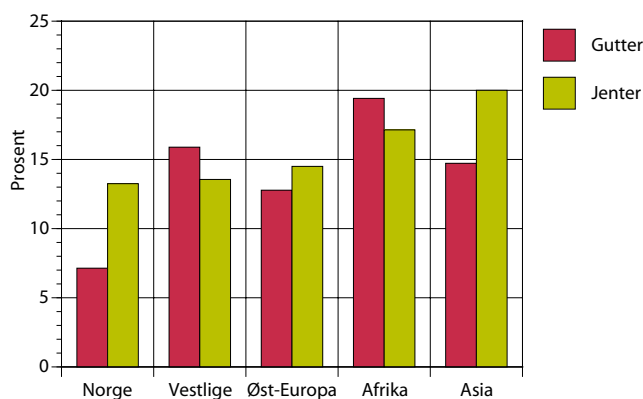
økede hyppighet av psykiske plager hos de fremmedkulturelle innvandrere bare til en viss grad kan forklares ved sosioøkonomiske faktorer.

For flyktninger, er det i Norge særlig gjort undersøkelser av flyktninger fra Vietnam (Hauff E et al, 1993) og fra tidligere Jugoslavia (Lie B, 2002). Flyktninger som gruppe hadde en øket hyppighet av psykiske helseproblemer. Når det gjelder diagnoser har en særlig vært opptatt av posttraumatisk stresslidelse. Denne diagnosen kan imidlertid være usikker, noe som kan forklare at tallene på forekomst varierer betydelig. De psykiske helseproblemer har en tendens til å vare i lengre tid, selv om forholdene i mottakerlandet legges godt til rette. Forhold som bidrar til å øke risikoen for slike problemer er traumatiske opplevelser i hjemlandet (tortur, krigshandlinger, fangeskap), traumatiske opplevelser under selve flukten, og traumatiske opplevelser i mottakerlandet. For eksempel kan langvarige opphold i asylmottak være en risikofaktor for psykiske helseproblemer. Vanskeligheter med å få arbeid kan være en annen.

Barn av ikke-vestlige innvandrere har flere symptomer på depressivitet enn barn av majoritetsbefolkningen (Sund AM, Larsson B, og Wichstrøm L, 2003; Oppedal B og Røysamb E, 2004; Sam DL, 1994). Det er stor variasjon mellom de ulike innvandrerguppene. Figur 14 viser prosentandelen ungdommer mellom 14 og 17 år som rapporterte at de i gjennomsnitt var svært plaget av depressive tanker (målt med HSCL-6). Tallene er hentet fra undersøkelsen Ung i Oslo i 1996. Som figuren viser er spesielt gutter med utenlandskfødte foreldre mer utsatt for depressive symptomer enn majoritetsbefolkningen. Figuren viser samtidig stor variasjon mellom de ulike innvandrerguppene. I tillegg er det variasjon mellom innvandrere fra de ulike landene innenfor hver landsdel

Spørreundersøkelser blant ungdom viser at atferdsproblemer, særlig voldelig og utagerende atferd, er noe mer utbredt blant barn av innvandrere (Torgersen L, 2001, 2002; Øia T, 2003). Forskjellene er imidlertid små, og gjelder kun enkelte land. En nylig publisert studie fra Statistisk sentralbyrå (Skarøhamar T, 2006) fulgte ikke-

Figur 14. Depressive symptomer etter fødeland.



Kilde: Ung i Oslo 1996

vestlige innvandrerungdom som var født i 1977 frem til i dag. Mens det ikke var noen forskjeller i registrert kriminalitet da de var 15, var innvandrerungdom tydelig overrepresentert da de var 24 år gamle. Studien viste samtidig at etter kontroll for en rekke levekårsindikatorer forsvant forskjellene. Dette tyder på at innvandrerungdom er mer utsatt for å få et kriminelt rulleblad: ikke fordi de er innvandrere, men på grunn av dårlige levekår.

For barn og unge viser de fleste studier at atferdsproblemer, rusproblemer, og psykiske vansker er mer utbredt blant andregenerasjonsinnvandrere sammenlignet med førstegenerasjonsinnvandrerbarn (Øia T, 2003; Oppedal B, Røysamb E og Heyerdal S, 2004). Dette har blitt brukt som et argument for at en svakere kulturell forankring er en risikofaktor for psykiske helseplager blant barn av innvandrere.

3.2 Somatisk helse blant innvandrere

Det er høyere forekomst av enkelte smittsomme sykdommer blant første generasjons ikke-vestlige innvandrere sammenlignet med etnisk norske nordmenn (eMSIS, Folkehelseinstituttet). Dette gjelder tuberkulose, HIV-infeksjon, hepatitt B, malaria, hepatitt A, tyfoidfieber og shigellose. Hovedgrunnene til at ikke-vestlige innvandrere har høyere forekomst av disse sykdommene, er at de var smittet før de ankom Norge, og nysmitte ved besøk i tidligere hjemland.

SSB gjennomførte i 1996 en levekårsundersøkelse blant personer med innvandrerbakgrunn (fra det tidligere Jugoslavia, Tyrkia, Iran, Pakistan, Vietnam, Sri Lanka, Somalia og Chile) og fant at forekomsten av varig sykdom (selvrapportert) var lavere blant innvandrere enn blant nordmenn (Blom S, 1998). Det var høyere forekomst av diabetes og lavere forekomst av åndedretts- og hudlidelser blant innvandrere. Videre var andelen med varig sykdom lavere blant innvandrere enn blant nordmenn blant de yngste (16-44 år), mens den var høyere blant innvandrere i aldersgruppen 45-66 år. I innvandrergruppen var det høyere forekomst av sykdom blant kvinner enn blant menn.

I perioden 2000-2003 ble det gjennomført tre helseundersøkelser i Oslo som inkluderte voksne innvandrere: MoRo-prosjektet, Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO), og InnvandrerHUBRO. Man fant at fedme er svært hyppig forekommende blant kvinnelige innvandrere fra Tyrkia og Pakistan, mens innvandrere fra Vietnam utmerker seg med å være spesielt tynne (tabell 14). Til sammenligning har om lag 12 prosent Oslokvinner med norsk avstamning fedme. På tross av høy forekomst av fedme blant tyrkiske innvandrere har disse en gunstigere fettfordeling enn innvandrere fra Pakistan og Sri Lanka (Kumar, 2006). Type 2 diabetes er hyppig forekommende i mange innvandrergrupper (tabell 14).

Spesielt høy forekomst er det blant innvandrere fra det indiske subkontinent (India, Pakistan og Sri Lanka), men også hos personer fra Tyrkia og Vietnam er forekomsten høyere enn hos nordmenn som har en forekomst på om lag 2 prosent i samme aldersgruppe (Jenum AK, 2005). Forskjellene i diabetesforekomst mellom nordmenn og innvandrere fra det indiske subkontinent kan ikke forklares av kjente risikofaktorer (Jenum AK, 2005). Sosioøkonomiske faktorer har ulik betydning på risiko for type 2 diabetes hos nordmenn og innvandrere fra det indiske subkontinent. For nordmenn øker risikoen ved lav utdanning og lav inntekt, mens høy inntekt synes å være en høyere risikofaktor enn lav inntekt for disse innvandrerne (Jenum AK, 2005).

Innvandrerkvinner fra Sri Lanka, Pakistan og Vietnam (tabell 14) røyker langt mindre enn norske kvinner. På den annen side røyker langt flere tyrkiske enn norske menn, og røykeforekomsten er også relativt høy blant mannlige innvandrere fra Iran, Vietnam og Pakistan (Jenum, 2005). Innvandrere fra Pakistan og Sri Lanka har i gjennomsnitt den dårligste lipidprofilen, med lavere nivå av det gunstige HDL-kolesterolet og høyere nivå av triglyserider. Tallene tyder også på at innvandrere er lite fysisk aktive (Jenum AK, 2005). Innvandrere synes i mindre grad enn nordmenn å ha gått over til lettere matvarer, og foretrekker for eksempel helmelk og sukkerholdig brus i sterkere grad enn nordmenn (Jenum, 2005).

Vitamin D-mangel er svært hyppig blant innvandrere med pakistansk bakgrunn, og forekomsten er også relativt høy blant innvandrere fra Tyrkia, Iran og Sri Lanka, mens vietnamesere kommer noe bedre ut (Holvik K, 2005). Blant innvandrerkvinner med lav utdanning var det om lag dobbelt så høy forekomsten av vitamin D-mangel sammenlignet med de med høy utdanning. På tross av svært lave nivåer av vitamin D, har pakistanske innvandrere minst like god benmasse som nordmenn, som på sin side har en svært god vitamin D-status (Alver K, 2005). Det er også vist at barn av førstegenerasjonsinnvandrere har høyere forekomst av jernmangelanemi sammenlignet med norske barn (Brunvand L, 1993).

MoRo-prosjektet har vist at det går an å få til endring i atferd og biologiske risikofaktorer som vekt og blodlipider gjennom livsstilstiltak. Effekten viser seg å være minst like sterk hos ikke-vestlige innvandrere som hos nordmenn. Etter 3 års intervensjonstiltak i bydel Romsås er ikke bare befolkningen generelt, men også innvandrerne blitt mer fysisk aktive, og har mindre vektøkning sammenlignet med kontrollbydelen Furuset (Jenum AK, 2006).

Det er funnet høyere risiko for dødfødsel, spedbarnsdød og medfødte misdannelser blant innvandrere av pakistansk herkomst, men bare når foreldrene var beslektet (Stoltenberg C, 1998). Diabetes i svangerskapet, som er forbundet med fødselsproblemer, er hyppigere blant kvinner fra det sydlige Asia og

Nord-Afrika (Vangen S, 2002). Kvinner fra Somalia, der de fleste er omskåret, hadde flere komplikasjoner ved fødsel enn andre, men det var uklart om dette skyldtes omskjæringen. Perinatal dødelighet (dødfødsel og død i første leveuke) var høyere blant pakistanere og lavere blant vietnamesere enn blant ikke-innvandrere.

I Oslo fant man at innvandrere var overrepresentert blant abortsøkerne (24,5 prosent, mot 13,8 prosent i den generelle befolkning). Tendensen var tydeligst for kvinner over 35 år (Eskild A, 2002).

Fruktbarhetsmønsteret blant innvandrerkvinner i Norge i to tidsperioder var forskjellig, avhengig av fødeland. Fruktbarheten nærmet seg imidlertid det norske mønsteret etter som botiden i Norge økte, men i ulikt tempo (Lappegård T, 2000).

Innvandrere og dødelighet i perioden 1990-2001

Med bakgrunn i Dødsårsaksregisteret ble det gjennomført nye analyser av befolkningen i Norge i 1990 fordelt etter fødeland: Norge, Vest-Europa (+USA og Canada), Asia, Afrika og Øst-Europa. Disse gruppene ble fulgt opp for dødelighet ut år 2001. Vi valgte brede grupper fordi innvandrerne ikke er så mange, og det er vanskelig å få grupper som er store nok til å oppnå sikre resultater. Selv med såpass grove grupper var dette et problem.

Det er problemer knyttet til analyser av dødelighet blant innvandrere. For det første er det en stor andel som utvandrer; om lag 20 prosent av innvandrerne utvandret i løpet av oppfølgingsperioden (bare 2 prosent av de som er født i Norge utvandret). Dersom det er forskjell i sykkelighet for de som utvandrer og de som blir boende i Norge vil dette påvirke resultatene. For det andre er det store forskjeller i alderssammensetningen etter fødeland. Med alle disse forbehold velger vi likevel å presentere dødelighetstall etter fødeland, men tallene må tolkes med forsiktighet på grunn av fallgruvene nevnt ovenfor.

Norge og Øst-Europa kommer dårligst ut, med signifikant høyere dødelighet enn Asia og Vest-Europa (tabell 15, figur 15). Afrika ser også ut til å ligge litt bedre enn Norge, men her er gruppen liten og forskjellen er ikke signifikant. Resultatene for kvinner var like de for menn (resultater ikke vist). For aldersgruppen 25-59 år fant vi i hovedsak de samme forskjellene etter fødeland som for alle aldre, men det var litt mindre forskjell mellom asiater og de andre gruppene. Vi valgte å studere denne aldersgruppen på grunn av at innvandrerbefolkningen er ung, og har få personer over 59 år.

Det kan være flere årsaker til at de som er født i Norge er blant de med høyest dødelighet i våre analyser. En stor andel av de med fødeland utenfor Norge forlater gruppen som ble studert i løpet av oppfølgingsperioden, og dersom disse utflytterne er sykere enn de som er igjen vil de gjenværende ha en lavere dødelighet enn de totalt sett ville hatt dersom alle hadde vært tilstede. Vi har ingen informasjon om helsestatus til de som ut-

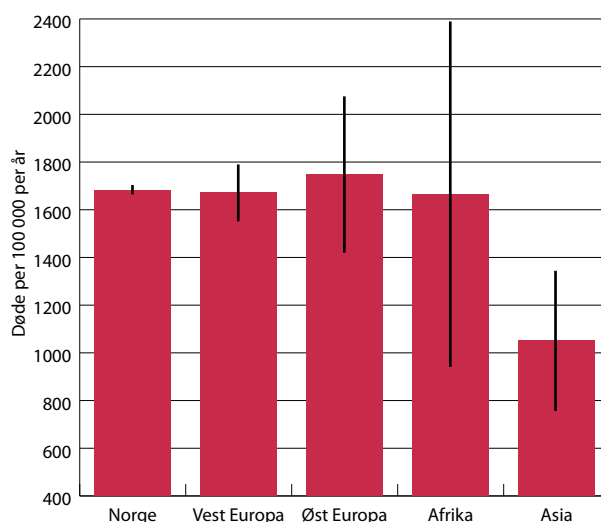
vandrer, og det kreves mer arbeid for å komme til bunns i dette. En annen mulighet er at det er en såkalt "healthy worker effect", som går ut på at det er de friskeste og sterkeste innvandrerne som kommer til Norge.

Behov for ny kunnskap

Vi trenger mer kunnskap om sammenheng mellom risikofaktorer og helse blant innvandrere. Vi trenger å forstå den store variasjonen i forekomsten av helse mellom ulike innvandrergrupper, og mellom første og andre generasjon. Det er mangelfull kunnskap om sammenhengen mellom sosial posisjon og helse innen de enkelte innvandrergruppene. Vi trenger mer kunnskap om forekomst av de store folkehelseproblemene som hjertekarsykdom og kreft hos innvandrere. Vi mangler kunnskap om effekten av forebyggende tiltak og behandling blant innvandrere.

- **Utbredelse av psykiske vansker er høyere hos innvandrere og deres barn. Flyktninger er spesielt utsatte**
- **Innvandrere og deres barn har en høyere forekomst av enkelte sykdommer, men resultatene varierer med type lidelse og innvandrernes landsbakgrunn**
- **Det er betydelige forskjeller i en rekke risikofaktorer for sykdom mellom etniske nordmenn og innvandrere, men det er til dels like store forskjeller mellom innvandrergruppene**
- **Tilgjengelige data tyder på høy forekomst av fysisk inaktivitet blant innvandrere**

Figur 15. Dødelighetsrater (med 90% konfidensgrenser) for menn i perioden 1990-2001 etter fødeland, alderskorrigerede tall.



Tabell 14. Utvalgte risikofaktorer blant deltakere i Innvandrundersøkelsen, Helseundersøkelsen i Oslo 2002, blant menn og kvinner 31-60 år. Aldersjusterte.

	Tyrkia	Iran	Pakistan	Sri Lanka	Vietnam
Menn					
Antall	228	358	244	603	244
Utdanning (år), gj.snitt	9,8	14,8	11,5	13,0	11,6
Total kolesterol (mmol/l), gj.snitt	5,5	5,4	5,4	5,4	5,5
HDL-kolesterol (mmol/l), gj.snitt	1,09	1,12	1,05	1,07	1,25
triglyserider (mmol/l), gj.snitt	2,6	2,4	2,6	2,6	2,4
Andel med fedme (BMI \geq 30 kg/m ²)	25	14	22	9	3
Andel med bukfedme (liv/hofte-ratio \geq 1,0)	10	4	20	10	2
Andel fysisk inaktive	52	47	58	51	55
Andel dagligrøykere	57	40	37	19	35
Andel med diabetes, selvrappoert	6	3	8	10	4
Kvinner					
Antall	196	238	196	398	291
Utdanning (år), gj.snitt	7,1	13,0	8,5	12,4	10,3
Total kolesterol (mmol/l), gj.snitt	5,2	5,0	4,9	5,1	5,1
HDL-kolesterol (mmol/l), gj.snitt	1,34	1,39	1,23	1,20	1,47
triglyserider (mmol/l), gj.snitt	1,7	1,5	2,1	1,8	1,5
Andel med fedme (BMI \geq 30 kg/m ²)	51	20	40	21	3
Andel med bukfedme (liv/hofte-ratio \geq 0,85)	33	23	52	54	21
Andel fysisk inaktive	61	49	62	54	56
Andel dagligrøykere	27	25	5	0	3
Andel med diabetes (selvrappoert)	8	3	13	12	4

Ref: Kumar B et al, 2006.

Tabell 15. Dødelighet for menn i perioden 1990-2001 etter fødeland og alder, samt alderskorrigerede tall for alle aldre og for aldersgruppen 25-59.

Alder, år	Dødelighetsrater per 100 000 personer per år				
	Norge	Vest-Europa*	Asia	Afrika	Øst-Europa
0-24	66	84	59	107	112
25-29	118	102	96	136	108
30-34	151	134	131	154	139
35-39	212	215	158	136	94
30-44	339	286	270	278	303
45-49	521	420	465	288	822
50-54	848	753	791	677	934
55-59	1493	1444	1496	1498	1330
60-64	2498	2501	1724	2111	3458
65-69	4150	4025	2443	3793	4831
70-74	6770	6804	3599	5425	7473
75+	14104	14171	8056	15570	12994
Aldersjustert total	1682	1671	1051	1665	1747
Aldersjustert 25-59	487	446	451	426	483

*Vest-Europa + Canada + USA

Referanser

Alver K, Meyer HE, Falch JA, Sjøgaard AJ. Bone mineral density in ethnic Norwegians and Pakistani immigrants living in Oslo—The Oslo Health Study. *Osteoporosis International* 2005; 16:623-30.

Blom S. Levekår blant innvandrere, 1996. SSB-rapport nr. 16/98. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå, 1998.

Brunvand L, Sander J. Jernmangelanemi hos innvandrerbarn fra utviklingsland. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1993; 113: 1719-20.

- Dalgard OS, Sandanger I, Sørensen, T (1998). Mental health among immigrants in Oslo, Norway. In: *Social psychiatry. A global perspective*, pp. 107-112. New Dehli: McMillan India Limited
- Dalgard OS, Thapa, SB, Hauff, McCubbin, M, Syed, HS (2006). Immigration, psychosocial variables and psychological distress. In press. *Scandinavian Journal of Psychology*; 47: 551-558.
- Eskild A, Helgadottir LB, Jerve F, Qvigstad E, Stray-Pedersen S, Løset Å. Provosert abort blant kvinner med fremmedkulturell bakgrunn i Oslo. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002;122:1355-7.
- Glenday K, Kumar BN, Tverdal A, Meyer HE. Cardiovascular disease risk factors among five major ethnic groups in Oslo, Norway: The Oslo Immigrant Health Study. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation* (in press).
- Hauff E, Vaglum P. Vietnamese boat refugees: the influence of war and flight traumatization on mental health on arrival in the country of resettlement. A community cohort study of Vietnamese refugees in Norway. *Acta Psychiatr Scand*, 1993; 88(3): 162-8.
- Holvik K, Meyer HE, Haug E, Brunvand L. Prevalence and predictors of vitamin D deficiency in five immigrant groups living in Oslo, Norway. *The Oslo Immigrant Health Study. European Journal of Clinical Nutrition* 2005; 59: 57-63.
- Jenum AK, Holme I, Graff-Iversen S, Birkeland KI. Ethnicity and sex are strong determinants of diabetes in an urban Western society: implications for prevention. *Diabetologia* 2005; 48: 435-9.
- Jenum AK, Anderssen SA, Birkeland KI, Holme I, Graff-Iversen G, Lorentzen C, Ommundsen Y, Raastad T, Ødegaard AK, Bahr R. Promoting physical activity in a low-income multi-ethnic district: behavioural, psychological and biological effects of a pseudo-experimental community intervention study to reduce risk factors for diabetes and cardiovascular disease. *Doktorgrad/innsendt manuskript*.
- Kumar BN, Meyer HE, Wandel M, Dalen I and Holmboe-Ottesen G. Ethnic differences in obesity among immigrants from developing countries, in Oslo, Norway. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2006; 30:684-90.
- Lappegård T. Mellom to kulturer. Frukthbarhetsmønstre blant innvandrerkvinner i Norge. *Rapporter 2000/25, Statistisk sentralbyrå. Oslo – Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå, 2000. ISBN 82-537-4839-6, ISSN 0806-2056.*
- Lie B. (2002). A 3-year follow-up study of psychosocial functioning and general symptoms in settled refugees. *Acta Psychiatr Scand* 106(6): 415-25.
- Lustig S, Kla-Keating M, Knight WG, Geltman P, Ellis H, Kinzie D, Keane T og Saxe, G.N. Review of child and adolescent refugee mental health. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2003; 43(1), 24-36.
- Oppedal B, Røysamb E og Heyerdahl S. Ethno-cultural group, acculturation, and psychiatric problems in young immigrants. Submitted to *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines*, 2004.
- Oppedal B, Røysamb E og Sam DL (2004). The effect of acculturation and social support on change in mental health among young immigrants. *Sendt for publisering*
- Oppedal B og Røysamb E. Mental health, life stress, and social support among young Norwegian adolescents with immigrant and host national background. *Scandinavian Journal of Psychology*, 2004; 45, 129-142.
- Sam DL. The psychological adjustment of young immigrants in Norway. *Scandinavian journal of psychology*, 1994; 35, 240-53.
- Skarðhamar T. Ikke-vestlige innvandrere og kriminalitet - Like og forskjellige. *Samfunnsspeilet* 4/2006
- Smith GD. Learning to Live With Complexity: Ethnicity, Socioeconomic Position, and Health in Britain and the United States. *American Journal of Public Health*, 2000; 90;11:1694-8.
- Stoltenberg C. Birth defects, stillbirth and infant death. Epidemiological studies of the effects of consanguinity and parental education on births in Norway 1967 – 1995. Thesis. *Norsk Epidemiologi (Norwegian Journal of Epidemiology)* 1998; 8, Suppl. 2. ISSN 0803-4206. ISBN 82-7722-080-4.
- Sund AM, Larsson B og Wichstrøm L. Psychosocial correlates of depressive symptoms among 12 - 14 – years old Norwegian adolescents. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 2003; 44, 588-597.
- Syed HR, Hussain A, Ahlberg N, Dalen I, Claussen B Dalgard OS og Ahlberg. Inequalities in health: A comparative study of self-reported health between ethnic Norwegians and Pakistanis. Submitted to *Journal of Equity in Health*, 2006; 2: 15.
- Thapa SB, Dalgard OS, Claussen B, Sandvik L og Hauff E. Psychological distress among immigrants from high- and low-income countries: findings from the Oslo Health Study. Submitted to *Nord J Psychiat*
- Torgesen, L. Sammenhengen mellom depressivt stemningsleie og relasjoner til foreldrene. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 2001; 38, 640-648.
- Torgesen, L. Patterns of self-reported delinquency in children with one immigrant parent, two immigrant parents, and Norwegian born parents. *Journal of Scandinavian studies in crime and crime prevention*, 2002; 2(2), 213-227.
- Vangen S. Perinatal Health among Immigrants. Thesis. Oslo: Faculty of Medicine, University of Oslo, 2002. ISBN 82-8072-037-5.
- Øia T. Innvandrerungdom – kultur, identitet og marginalisering. *NOVA-rapport* 20/03.

3.3 Sosial ulikhet og egenrapportert helse i områder med samisk og norsk bosetting

Det foreligger lite kunnskap om sosiale forhold og helse i den samiske befolkning og likeledes få studier som sammenlikner samiske og norske forhold. Det skyldes dels at mange av de helse- og levekårundersøkelsene som har vært gjennomført ikke har hatt tilstrekkelig gode opplysninger om etnisitet eller om særegne samiske levekår. Noe av dette kan tilskrives at det har manglet samisk kompetanse i de institusjonene som har gjennomført tidligere studier og at det ikke har vært bygget egne samiske sentra. Gjennom opprettelsen av Senter for samisk helseforskning i 2000 ved bevilgninger fra Helse og omsorgsdepartementet, er dette endret.

Senter for samisk helseforskning har som sin hovedoppgave gjennomført en Helse- og levekårsundersøkelse i områder med samisk og norsk bosetting – SAMINOR. Senteret har ansvaret for undersøkelsen som ble gjennomført i samarbeid med daværende Statens Helseundersøkelser (SHUS), nå Nasjonalt folkehelseinstitutt. I hovedsak fulgte SAMINOR den

tradisjonelle hjerte-kar screeningsmetodikken, men med en større andel egne spørsmål knyttet til ekstra spørreskjema. Invitasjonen ble sendt til 28 000 menn og kvinner i alderen 30 og 36-79 år i årene 2003-4. I alt 17 000 (61 prosent) møtte opp. Oppmøtet var best i indre Finnmark. Geografisk omfattet undersøkelsen kommuner der 10 prosent eller mer av befolkningen i Folketellingen 1970 hadde en eller flere besteforeldre med samisk språk. I tillegg til spørreskjemainformasjon ble det gjennomført noen fysiske målinger og tatt blodprøver som nå oppbevares i en egen biobank.

Viktige helseplager og risikofaktorer

Problemstillingene i undersøkelsen ble laget gjennom en egen arbeidsgruppe og møter med helse- og sosialpersonell i kommunene. Studien fokuserer på kjennetegn på etnisk tilhørighet; språk i tre generasjoner og opplevelse av samisk tilhørighet og slekt. Spørreskjemaene inneholdt spørsmål om selvopplevd helse, egenrapporterte sykdommer og plager, samt mange livsstilsfaktorer. En vesentlig del av spørreskjemaet tar opp mer utradisjonelle problemstillinger knyttet til et utvidet velferdsbegrep. Videre er det spurt om bruk av tradisjonelt kosthold i oppvekst og i dag.



Illustrasjonsfoto: ©Trym Ivar Bergsmo/Samfoto

Foreløpige analyser (upubliserte data) viser at det fremdeles er store ulikheter i livsstil mellom samisk og norsk befolkning. I planleggingen av undersøkelsen ble det klart at sykdomspanoramaet ikke var vurdert til å være svært ulikt i de ulike gruppene bortsett fra for noen få sykdommer.

Sosial ulikhet

Tabell 16 viser at det er store forskjeller i utdanningsnivå mellom de etniske gruppene. Den samiske gruppen har lavere utdanningsnivå, spesielt blant de eldste. Så mange som halvparten av de eldste samene (født før andre verdenskrig) har ikke fullført folkeskolen, mot en tiendedel av de norske. Det er store aldersforskjeller, de yngste har lengst utdanning. I den yngste aldersgruppen har kvinner i alle de tre samiske gruppene høyere utdanning enn mennene. Det kan delvis skyldes at SAMINOR i hovedsak omfatter små utkantkommuner, der primærnæringene som fiske, reindrift og landbruk fremdeles er viktige.

Når det gjelder egenrapportert helse er det totalt noen flere i den samiske gruppen som oppgir dårlig helse, ellers er det få forskjeller mellom de etniske gruppene (tabell 17). Siden dårlig egenrapportert helse er økende hos personer med lav utdanning, viser analyser (data ikke vist) at gitt samme utdanningslengde, kjønn og alder er det ingen forskjeller. Med andre ord, den forskjellen i totaltallene som vi fant er assosiert med det lavere utdanningsnivået.

For astma, kronisk bronkitt, diabetes, fibromyalgi, hjerteinfarkt, hjerneslag, ulcerøs colitt og mage-tarmplager er det små forskjeller. Brytes tallene ned etter

etnisk gruppe, kjønn og alder fremstår det ikke klare forskjeller.

For to tilstander er det mindre selvrapportert sykdom hos den samiske gruppen; psykiske plager det er søkt hjelp for og multipel sklerose. Når det gjelder psykiske problemer samsvarer disse data med andre funn fra SAMINOR som viser at den samiske gruppen benytter mindre sovetabletter (Bakken et al, 2006). Fraværet av MS blant samene er tidligere observert: Det er foreslått at dette kan ha med D-vitamintilgangen å gjøre. Gruppen av samer rapporterer færre plager knyttet til muskler og ledd, samt færre brudd.

For angina pectoris er det en høyere andel blant samene. Det skyldes i hovedsak at flere eldre samiske kvinner har rapportert dette. Flere samer oppgir også plager i mage/tarm ved inntak av melk.

- **Samer har generelt lavere utdanningsnivå enn majoritetsbefolkningen, særlig blant eldre**
- **På samme utdanningsnivå er det få forskjeller i selvrapportert sykkelighet mellom samer og andre**
- **Det er store ulikheter mellom de etniske gruppene når det gjelder livsstilsfaktorer, men dette gjenspeiles bare i mindre grad i omfanget av egenrapportert sykdom**
- **For to tilstander er det mindre selvrapportert sykdom hos den samiske gruppen; psykiske plager det er søkt hjelp for og multipel sklerose**

Tabell 16. Prosentvis fordeling av utdanning etter alder, kjønn og etnisk gruppe. Antall: 15 587, ubesvart=961.

Kjønn	Alder	Antall års skolegang	3 generasjoner med samisk språk %	Andre med samisk bakgrunn %	Personer uten samisk bakgrunn %
Menn					
36-49 år	<7 år	4,4	2,9	1,4	
	7-9 år	30,6	15,5	14,2	
	10-12 år	32,1	38,6	41,1	
	>12 år	32,9	43,1	43,2	
50-64 år	<7 år	4,3	2,2	1,4	
	7-9 år	44,1	38,7	34,4	
	10-12 år	28,9	32,1	32,8	
	>12 år	22,7	27,0	31,4	
65-79 år	<7 år	46,9	26,1	14,3	
	7-9 år	39,3	51,3	53,9	
	10-12 år	6,6	16,3	19,9	
	>12 år	7,1	6,2	11,8	
Kvinner					
36-49 år	<7 år	3,5	1,8	2,3	
	7-9 år	9,3	9,2	10,7	
	10-12 år	31,4	33,6	33,1	
	>12 år	55,8	55,4	54,0	
50-64 år	<7 år	5,9	1,5	0,7	
	7-9 år	71,3	40,0	36,2	
	10-12 år	23,9	33,0	32,6	
	>12 år	28,8	25,5	30,5	
65-79 år	<7 år	50,7	30,6	9,7	
	7-9 år	42,0	56,7	67,1	
	10-12 år	5,3	7,6	15,5	
	>12 år	1,9	5,2	7,6	
Totalt					
	<7 år	15,6	7,0	3,5	
	7-9 år	34,2	31,5	31,7	
	10-12 år	23,2	30,1	31,3	
	>12 år	27,1	31,5	33,5	

Tabell 17: Selvrapportert helse blant samer og ikke-samer (%)

Plager	3 generasjoner med samisk språk %	Personer uten samisk bakgrunn %
Dårlig eller ikke helt god helse	36,4	30,9
Astma	10,7	9,8
Kronisk bronkitt/emfysem/KOLS	4,1	4,6
Diabetes (sukkersyke)	4,8	4,2
Fibromyalgi/kronisk smertesykdom	9,4	9,4
Psykiske plager det er søkt hjelp for	8,4	11,8
Hjerteinfarkt	4,8	4,1
Angina pectoris (hjertekrampe)	9,3	6,0
Hjerneslag/ hjerneblødning	2,5	2,3
Multipel sklerose (MS)	0	0,3
Ulcerøs kolitt	1,2	1,2
Smerter/stivhet i muskler og ledd	39,4	43,3
Brudd i håndledd/underarm	7,6	11,8
Lårhalsbrudd	0,9	1,2
Sure oppstøt/halsbrann	24,7	21,9
Smerter/verk i magen i minst 2 uker	22,4	19,8
Oppblåsthet/ rumling i magen	40,8	37,1
Plager i mage/tarm etter inntak av melk	23,0	14,5



Illustrasjonsfoto: © PangPang

4 Enslige og sosial ulikhet

Enslighet og helse

De fleste studier peker i retning av at de som er gift eller lever i samboerforhold, gjennomgående har en bedre psykisk og fysisk helse enn ugifte og tidligere gifte. Spesielt skilte og enker/enkemenn har dårligere psykisk helse enn andre, og da særlig i form av mer depresjon og angst - men også høyere dødelighet. Dette kan til dels henge sammen med at ekteskap/samboerforhold gir sosial støtte, og er en beskyttelsesfaktor i seg selv, dels at gifte og samboere har mindre økonomiske problemer enn enslige (Mastekaasa A, 1993; Lau B et al, 2002). Det er naturlig at mennesker som står midt oppe i en opprivende separasjonsprosess for en periode kan slite med psykiske problemer, men hvor mye dette betyr for helsen for folk flest på lenger sikt har vi begrenset kunnskap om. En norsk oppfølgingsstudie over 4 år har vist at separasjon og skilsmisse var forbundet med en tredobbelt risiko for langvarig arbeidsuførhet (Eriksen W et al, 1999). Noe av de ensliges oversykelighet og overdødelighet kan skyldes at mennesker som i utgangspunktet har betydelige helseproblemer har en økt tendens til å forbli enslige. Vanskeligere levekår kan også være en del av forklaringen.

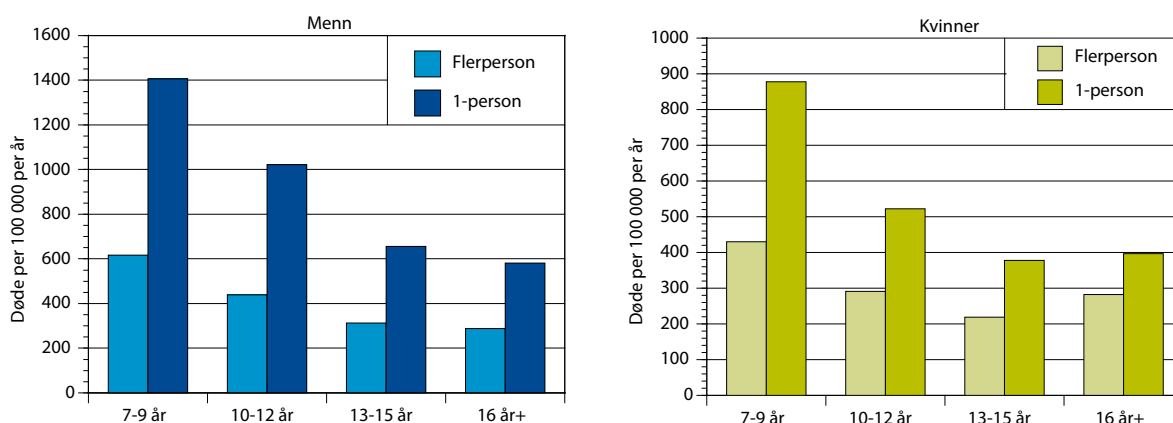
Enslige i Norge har blitt relativt sett fattigere sammenliknet med andre fra 1970 til 1990 (Zahl PH et al, 2003; Rognerud M og Zahl PH, 2005). Enslige forsørgerere er den gruppen som sliter mest med økonomiske

problemer. Enslige forsørgeres levekårsproblemer kan være av betydning både for deres egen og deres barns psykiske helse (se kapittel 2). I kapittel 1 har vi omtalt økt risiko for spedbarnsdødelighet for barn av enslige mødre. Å vokse opp med en enslig mor eller far har også vist seg å være en risikofaktor for selvmord i internasjonale studier. Dette er også funnet i upubliserede analyser av norske dødelighetsdata (Strand BH, 2006). Selv om de fleste barn med enslige eller skilte foreldre klarer seg bra, har en norsk studie vist at skilsmisse øker risikoen for psykiske helseplager både i ungdomsårene og i voksenlivet. Barn av skilte foreldre har også en noe økt tendens til selv å bli skilt når de blir voksne (Størksen I, 2006).

Forholdet mellom enslighet og utdanningsnivå i norske dødelighetsdata

Dødeligheten var høyere for enslige enn for samboende, for alle utdanningsgruppene. I perioden 1999-2003 var dødeligheten dobbelt så høy for alle utdanningsgrupper og gradienten etter utdanningsnivå langt brattere for enslige sammenliknet med de som var to eller flere i husholdningen. Dødelighetsraten hos enslige høyt utdannede var sammenliknbar med dødelighetsraten til hos lavt utdannede i flerpersonshusholdninger. Enslige med lav utdanning ser ut til å være en spesielt utsatt gruppe.

Figur 16: Dødelighet menn og kvinner 45–59 år etter utdanning og 1-person versus fler personer i husholdning.



Levekår og psykososial risikoprofil

I Statistisk sentralbyrås Helseundersøkelse 2002 er begrepet enslig ensbetydende med personer som ikke er samboende med andre voksenpersoner. Tabell 17 viser at andelen med lav utdanning er tilnærmet lik for enslige og for par. Andelen er ikke statistisk signifikant forskjellige verken for menn eller kvinner.

Tabell 17. Andel med lav utdanning blant enslige og for personer som lever i parforhold.

	Menn 25-64 år		Kvinner 25-64 år	
	Par	Enslige	Par	Enslige
Antall	1854	581	1803	534
Lav utdanning (9 år eller mindre), %	11,1 %	12,3 %	12,7 %	11,6 %

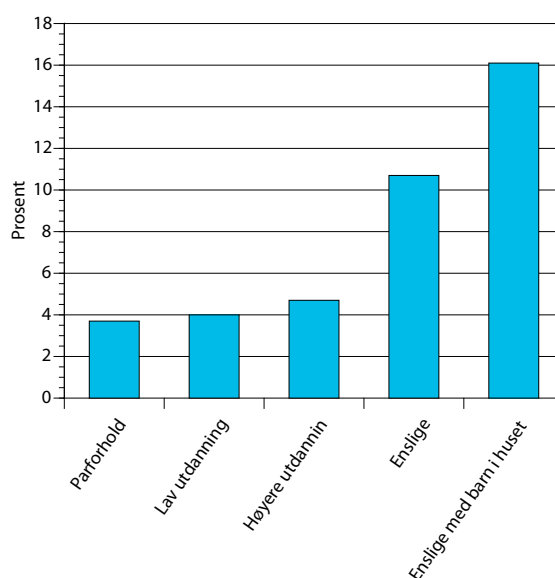
Kilde: SSBs Helse- og levekårsundersøkelse 2002

Analysen har vist at enslige og lavt utdannede har omtrent den samme overhyppigheten av psykiske plager og bruk av psykofarmaka. Enslige og lavt utdannede synes imidlertid å ha ulike levekårsproblemer. Mens enslige ser ut til å være mer utsatt for økonomiske problemer og problemer i forhold til samlivsbrudd, rapporterer lavt utdannede om lavere følelse av mestring/kontroll og mindre sosialt nettverk.

Økningen i skilsmisser er hovedårsaken til økningen i enslighet i Norge. Enslige generelt, og nyskilte og nyseparerte spesielt rapporterer om mer økonomiske og psykososiale belastninger enn ikke enslige (Lyngstad J og Epland J, 2003). Særlig enslige forsørgere med daglig omsorg for barn ser ut til å være mer utsatt for alvorlige økonomiske problemer. Økonomiske pro-

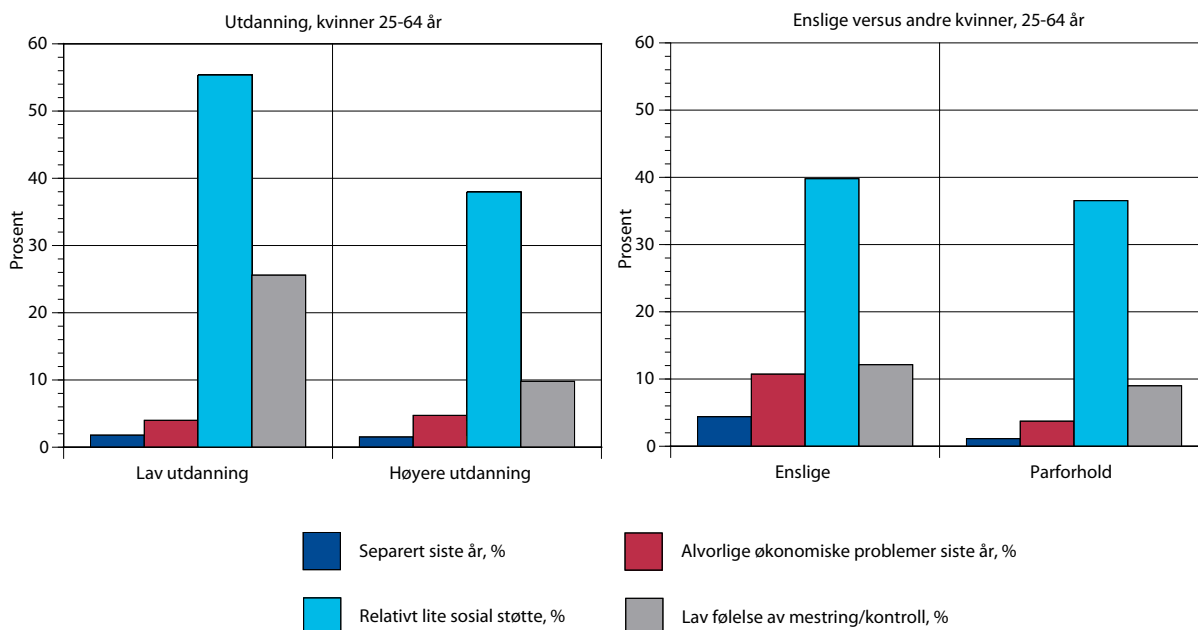
blemer ser ut til å kunne forklare mye av de ensliges overhyppighet av psykiske plager og bruk av psykofarmaka. Dette funnet er i tråd med en svensk studie (Oliveus G et al, 2004). I følge SSB er samlivsbrudd en av de situasjonene som gir størst risiko for å havne i fattigdom, og barn som lever i fattigdom har typisk enslig hovedforsørger med lav utdanning (SSB, 2006).

Figur 18. Alvorlige økonomiske problemer siste år.



Enslige generelt, og enslige forsørgere med daglig omsorg for barn spesielt, er signifikant mer utsatt for å ha alvorlige økonomiske problemer og for å ha psykiske plager.

Figur 17. Andel (%) med levekårsproblemer etter utdanning og enslighet.



Kilde: SSBs helse- og levekårsundersøkelse 2002

Kunnskapsbehov

Forskning viser at skilsmisse kan påvirke helse og levekår både for voksne og barn. Skilsmisse og enslighet har økt siden 1960-tallet, og det er viktig å skaffe mer kunnskap om hva denne økningen betyr for helse generelt, og for sosial ulikhet spesielt. Det er imidlertid et langt skritt fra å vise sammenheng mellom skilsmisse og helse til å utvikle tiltak som kan redusere de helseskadelige virkningene av skilsmisser.

- **Problemer med økonomi og samliv synes å være stressfaktorer som virker spesielt inn på ensliges helse**
- **Enslige forsørgere med daglig omsorg for barn er spesielt utsatt for å ha alvorlige økonomiske problemer**
- **Barn av enslige mødre har høyere spedbarnsdødelighet**
- **Barn av skilte og enslige forsørgere er utsatt for psykiske plager**
- **Skilsmisse kan se ut til å tredoble risikoen for langvarig arbeidsuførhet**

Referanser

Eriksen W, Natvig B, Bruusgaard D. Marital disruption and long-term work disability. A four-year prospective study. *Scand J Public Health* 1999;27:196-202.

Lau B, Moum T, Sørensen T, Tambs K. Sivilstand og mental helse. *Norsk epidemiologi* 2002;12:281-290.

Lyngstad J og Epland J (2003). Barn av enslige forsørgere i lavinntektshusholdninger. SSB rapport 2003/12.

Maastekaasa A. The relationship between marital status and subjective wellbeing: Consistency, variations, and causal explanations (Thesis). Oslo: University of Oslo; Department of Sociology 1993.

Oliveus G, Ostergren P-O, Hanson BS, Lyttkens CH. Parental economic stress: Evidence of an overlooked public health risk among Swedish families. *Eur J of Public Health* 2004;14:354-360.

Rognerud M, Zahl PH. Social inequalities in mortality: Changes in the relative importance of income, education and household size over a 27-year period. *Eur J of Public Health* 2005; Adv. Access Aug 10 doi:10.1093/eurpub/cki070

SSB (2006). Aleneboendes levekår. Statistiske analyser (SA 81).

Størksen I. Psychological distress and adjustment in adolescent and adult offspring (Thesis). Oslo: University of Oslo; Department of psychology 2006.

Zahl PH, Rognerud M, Strand BH. Utvikling og forskjeller i dødelighet hos enslige sammenliknet med de som er 2 eller flere i husholdningen i 1970-77, 1980-87, 1990-97. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 1822-5.



Illustrasjonsfoto: ©Digital Stock

5 Helsedeterminanter

5.1 Sosial ulikhet i helseatferd og viktige risikofaktorer

Med en risikofaktor menes her noe som øker en persons sannsynlighet for å utvikle sykdom. Risikofaktorer som gir liten risikøkning, men som forekommer hos et stort antall personer, vil ha stor betydning for folkehelsen. Et eksempel er fysisk inaktivitet. I et nasjonalt folkehelseperspektiv kan slike faktorer ha større betydning enn faktorer som gir økt risiko for sykdom hos enkeltpersoner, men som opptrer hos et mindre antall personer. Et eksempel er sterk arvelig disposisjon for visse kreftformer.

I den norske befolkningen regner vi med at følgende risikofaktorer har stor betydning for folkehelsen:

- røyking – økt risiko for visse kreftformer, hjerteinfarkt, hjerneslag, kronisk lungesykdom, diabetes, beinskjørhet
- fysisk inaktivitet – økt risiko for visse kreftformer, hjerteinfarkt, hjerneslag, diabetes, beinskjørhet
- visse kostvaner – økt risiko for kreft, hjerteinfarkt, hjerneslag, diabetes, beinskjørhet
- forhøyet kolesterol i blodet – følge av mettett fett og transfett i kosten i kombinasjon med arvelige anlegg, gir økt risiko for hjerteinfarkt
- stort alkoholforbruk – økt risiko for ulykker, psykisk sykdom, leversykdom
- forhøyet blodtrykk – økt risiko for hjerneslag, hjerteinfarkt
- høy kroppsmasseindeks (KMI) – gir økt risiko for diabetes, hjerteinfarkt, hjerneslag.
- psykososiale faktorer (blir spesielt omtalt nedenfor under avsnitt 5.2)

Som regel har disse risikofaktorene større betydning hvis de opptrer samtidig enn hva summen av hver faktor skulle tilsi. For eksempel har gruppen røykere som har høyt kolesterol og blodtrykk mange ganger høyere risiko for hjerteinfarkt enn røykere som har lave verdier for disse faktorene. Derfor er det viktig å vite om flere av risikofaktorene for vanlige sykdommer følger samme sosiale mønster.

Et viktig *grunnlag for atferd*, og dermed for sykdomsrisiko, legges tidlig i livet. Men det er ingen tvil om at viktige atferdsendringer også kan skje i voksen

alder, som da et stort antall voksne kvinner i alle aldersgrupper begynte å røyke i 1960- og 1970-årene, og da fettinnholdet i norsk kost sank i 1970-årene. Psykososiale forhold (se nedenfor) er ofte en viktig faktor når det gjelder utvikling av uheldig helseatferd.

Generelt er de nevnte risikofaktorene viktigere hos yngre enn hos eldre, fordi risikofaktorene ofte vil holde seg uforandret eller tilta gjennom mange år for de unge. Derfor har endringer og sosial ulikhet i yngre aldersgrupper stor betydning, selv om kroniske sykdommer ikke viser seg før senere i livet. For noen kroniske sykdommer, som hjerte- og karsykdom og Type 2 diabetes, har risikofaktorene stor betydning på kort sikt og etter at sykdom er etablert. Røyking, inaktivitet, forhøyet kolesterol og blodtrykk er derfor risikofaktorer med stor betydning i den middelaldrende og eldre befolkningen. For kreftsykdommer tar det mange år fra man utsettes for risikofaktorer til det utvikles sykdom og betydningen av risikofaktorene er mindre etter 60 års alder.

Sosial ulikhet: Data fra helseundersøkelser i 2000–2003

Helseundersøkelser gir en rekke opplysninger om utbredelsen av risikofaktorer. Tabell 18 viser andeler dagligrøykere, fysisk inaktive i fritiden, andeler som spiser svært lite grønnsaker, andeler med fedme og andeler som har kjent diabetes ved økende utdanningslengde. Nedenunder vil vi gå nærmere inn på resultatene som vist i tabell 18.

Røyking

Det er en markert sosial gradient for dagligrøyking (tabell 18). Jo lavere utdanning, desto mer røyking. Gradienten er brattere i aldersgruppen 40-45 år enn hos 59-60-åringene, noe som skyldes at lavt utdannede i den yngste generasjonen er mer tilbøyelige til å røyke enn korttids utdannede i den eldre generasjonen er. Også for alder ved røykestart, bruk av de mest skadelige tobakksproduktene, passiv røyking og andel som slutter er det funnet en sosial ulikhet hvor de med den lengste utdanningen kommer mest gunstig ut.

I Oslo i 2000-2001 var det høyest andel røykere i ytre-øst og lavest andel i ytre-vest. Dette gjaldt begge kjønn i alle voksne aldersgrupper. Med unntak for ikke-vestlige innvandrerkvinner, som røyker sjeldnere enn menn er røyking like vanlig hos voksne kvinner og menn i Oslo. Videre var røyking mer utbredt hos

separerte og skilte enn hos gifte. Kjønnforskjellene i daglig røyking var små. I Statistisk sentralbyrås Helseundersøkelse 2002 var det større utdanningsforskjeller i røyking blant menn enn blant kvinner, fordi lavt utdannede menn oftere var røykere enn kvinnene.

Blant ungdom født i Norge eller Europa var andelen røykere høyere blant jenter enn gutter. Blant ikke-vestlige innvandrere er forholdet omvendt. Det å ha skilte foreldre, foreldre som røyker og planer om yrkesfaglig utdanning er forbundet med høyere andeler røykere hos ungdom (se figur 23).

Fysisk aktivitet og inaktivitet

I gruppen med lengst utdanning var det dobbelt så stor prosentandel som mosjonerte aktivt i fritiden, sammenlignet med gruppen med nårig grunntidning (tabell 18). Utdanningsforskjellene var imidlertid mindre for fysisk inaktivitet i fritiden enn for røyking, spesielt hos menn. Videre viste resultater fra de fem fylkene at andelen som ikke drev hard mosjon (definert ved å bli svett eller andpusten) var dobbel så høy i gruppen med grunntidning sammenlignet med de høyest utdannede.

I Oslo var det høyere andel mosjonister blant de høyt utdannede i forhold til de med grunntidning. Dette gjaldt alle aldersgrupper for kvinner, men ikke for gamle menn. Blant ungdom i alderen 15-16 år var det store forskjeller etter bydel og kjønn. Best ut kom regionen "ytre vest", hvor bare 9 prosent opplyser om ingen ukentlig mosjon (begge kjønn). I indre øst var derimot 22 prosent av jentene inaktive. Blant ungdom med planer om universitets- eller høyskoleutdanning var 6 prosent av guttene og 10 prosent av jentene inaktive, mens andelen var høyere hos gutter og jenter med planer om yrkesutdanning, henholdsvis 12 og 21 prosent (Grøtvedt L 2002). Også andelen

som satt minst fem timer daglig foran TV, PC eller video var høyest hos unge med planer om yrkesutdanning.

Undersøkelsen Mosjon på Romsås (MORO) har vist at det er mulig å oppnå økt mosjon og bremsing av vektøkning i en bydel med høye nivåer for flere risikofaktorer (Jenum AK, 2006).

Alkoholvaner

Fra 1993 til 2000 økte alkoholforbruket hos begge kjønn og i alle utdannings- og inntektsgrupper. Forskjellene i 2000 var dermed de samme som i 1993 i følge norske data fra et landsrepresentativt utvalg voksne fra 15 år og over (Strand BH, 2003). Alkoholkonsumet økte med økende utdanningslengde hos begge kjønn. Menn med universitetsutdanning drakk i år 2000 26 prosent mer enn menn med grunntidning (tilsvarende 0,9 liter ren sprit). Hos kvinner var tilsvarende forskjell 68 prosent (1 liter). Samme mønster fant man for grupper med høy og lav inntekt.

Fedme

Blant de med grunntidning var det dobbelt så høy andel med fedme som i gruppene med høyest utdanning. Blant menn var det særlig gruppen med lengst utdanning som skilte seg ut (se Tabell 18).

I Oslo var det lavere andeler med fedme blant yrkesaktive enn blant voksne utenfor yrkeslivet. Det var også forskjeller etter fødeland: Lavere andeler med fedme i vestlige fødeland. Spesielt var andelen med fedme høy blant kvinner med ikke-vestlig fødeland. Derimot var det ingen signifikant forskjell etter sivilstatus (Grøtvedt L, 2002). Blant Oslo-ungdom i alderen 15-16 år var det også små forskjeller for selvrapportert kroppsmasseindeks (KMI) etter bydel, utdanningsplaner, foreldrenes økonomi eller mors fødeland (Grøtvedt L, 2002).

Tabell 18. Forekomst av selvrapportert daglig røyking, ingen hard trim i fritiden, sjelden/aldri bruk av grønnsaker, fedme (målte verdier) og kjent diabetes i to ulike aldersgrupper av menn og kvinner, i fire kategorier av utdanning. Helseundersøkelsene i Oslo, Hedmark, Oppland, Troms og Finnmark 2000-2003.

Alder, år	40-45				59-60			
	7-9	10-12	13-16	17 +	7-9	10-12	13-16	17 +
Menn								
Daglig røyking	52,4	40,4	28,2	18,2	34,6	28,7	21,2	15,4
Ingen hard mosjon i fritid*	35,9	29,0	21,4	16,6	40,4	31,8	25,3	21,9
Sjelden/aldri grønnsaker	2,5	0,9	0,7	0,3	1,4	0,9	0,2	0,1
Fedme (KMI > 30 kg/m ²)	27,4	23,7	20,6	14,5	29,3	26,8	25,0	18,5
Diabetes	1,6	1,7	1,7	0,9	6,3	5,4	5,5	3,2
Kvinner								
Daglig røyking	52,4	46,1	33,0	20,4	35,9	26,4	17,9	14,0
Ingen hard mosjon i fritid	49,5	35,0	25,3	19,8	57,2	47,0	39,5	32,7
Sjelden/aldri grønnsaker	1,3	0,4	0,1	0	0,9	0,1	0,1	0
Fedme (KMI > 30 kg/m ²)	28,3	20,2	15,7	12,2	34,3	24,8	18,6	15,1
Diabetes	2,3	1,6	1,3	0,9	5,6	2,9	1,9	1,2

Høy kroppsvekt er en risikofaktor for diabetes også for de man regner som lett og moderat overvektige. For enkeltindividet er risikoen liten ved å ligge 5-10 kg over sin ideelle vekt. Men fordi mer enn halvparten av den voksne befolkningen befinner seg i dette området vil mange av morgendagens diabetikere rekrutteres fra denne gruppen. Andelen som ut fra KMI har ideell vekt er høyest hos personer med mange års utdanning og lavest ved grunnutdanning.

Diabetes

Diabetes og nedsatt glukosetoleranse øker risikoen for hjerneslag, hjerteinfarkt og en rekke andre alvorlige helseproblemer. I alder 40 år og høyere har flertallet type 2 diabetes, som i motsetning til type 1 er sterkt knyttet til risikofaktorene overvekt, lite fysisk aktivitet og røyking. Andelen i befolkningen med uoppdaget diabetes kan være stor. I tillegg kommer en stor gruppe med nedsatt glukosetoleranse, som er i en gråsoner mot diabetes, hvor risikoen for å utvikle diabetes og hjertekarsykdommer er stor.

Det var lave andeler med kjent diabetes i begge de aktuelle aldersgruppene, men klart høyest andeler ved korteste utdanning (tabell 18). I aldersgruppen 75-76 år var andelen høyere: 11,1 prosent hos menn og 8,6 prosent hos kvinner med lavest utdanning, mot henholdsvis 4,5 og 2,9 prosent ved lengste utdanning.

Også Statistisk sentralbyrås Helseundersøkelse 2002, og studien Mosjon på Romsås i Oslo (MORO) viste en klar utdanningsgradient for kjent diabetes. Det var flere med kjent diabetes i gruppene med grunnutdanning, hos personer uten arbeid og hos personer med ikke-vestlig fødeland. Særlig var det en høyere andel som hadde diabetes blant ikke-vestlige innvandrerkvinner sammenlignet med norske kvinner (Jenum AK, 2004).

Hos personer som har fått diabetes er det svært viktig å ha kontroll med blodsukkeret og ha så lave nivåer som mulig for andre risikofaktorer (røyking, fysisk inaktivitet, blodtrykk, kolesterol). For overvektige diabetikere er det viktig å øke minst mulig i vekt. Prosjekter som sikter mot økt fysisk aktivitet, bedre kostvaner og røykeslutt hos personer med nedsatt glukosetoleranse har vist seg å redusere andelen som får type 2 diabetes med over 50 prosent.

Blodtrykk og kolesterol

Gjennomsnittlig systolisk blodtrykk i de fem fylkene viste en svak utdanningstrend for menn på 75 år og kvinner fra 40-45 år og eldre: jo lengre utdanning, jo lavere verdi. Forskjellen mellom gruppen med lavest og høyest utdanning var imidlertid beskjeden, i størrelsesorden 2-4 mmHg. Gjennomsnittlig kolesterolverdi i blodet viste en forskjell på kun 0,1 mmol/l mellom laveste og høyeste utdanningsgruppe.

Behov for ny kunnskap

Det bør stimuleres til prosjekter som sikter mot å forebygge røyking, overvekt, fedme og type 2 diabetes – på en måte som styrker selvfølelse, livsglede og opplevd kontroll i gruppene som er mest utsatt. For å følge utviklingen framover systematisk, herunder vurdere effekt av tiltak, trengs nasjonale helseundersøkelser som omfatter biologiske målinger som blodprøver. Utvalget som inviteres må planlegges slik at det er mulig å følge utviklingen med henblikk på sosiale forskjeller.

- **Røyking, fysisk inaktivitet, overvekt/fedme og diabetes er sterkt sosialt skjevfordelt i dagens Norge: dess flere års utdanning, dess lavere risiko**
- **De enkelte risikofaktorene har samme sosiale mønster – noe som gir en sterkere samlet virkning enn summen av faktorene skulle tilsi**
- **Den helsemessige betydningen av risikofaktorene er stor i alle aldersgrupper**
- **For å følge utviklingen framover systematisk og vurdere effekten av tiltak, trengs nasjonale helseundersøkelser**

Referanser

Grøtvedt L. Helseprofil for Oslo, voksne. Nasjonalt folkehelseinstitutt, Oslo kommune, Program for storbyrettet forskning, 2002

Grøtvedt L. Helseprofil for Oslo, ungdom. Nasjonalt folkehelseinstitutt, Oslo kommune, Program for storbyrettet forskning, 2002

Jenum AK, Holme I, Graff-Iversen S, Birkeland K. Ethnicity and sex are strong determinants of diabetes in an urban Western society: implications for prevention. *Diabetologia* 2005, 48:435-9.

Jenum AK, Anderssen SA, Birkeland KI et al. Promoting physical activity in a low-income multi-ethnic district: Effects of a community intervention study to reduce risk factors for type 2 diabetes and cardiovascular disease. A community intervention reducing physical activity. *Diabetes Care* 2006; 29 (7): 1605-12.

Strand BH, Tverdal A. 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. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58: 705-9.

Strand BH, Steiro A. Alkoholbruk, inntekt og utdanning i Norge 1993-2000. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 2849-53.

5.2 Sosial ulikhet i psykososiale risikofaktorer

Med psykososiale risikofaktorer mener vi psykiske belastninger som oppstår i samspillet mellom individet og det sosiale miljø, og som bidrar til å øke risikoen for helseproblemer. Eksempler på slike risikofaktorer er langvarig usikkerhet og engstelse, tapsopplevelser, lav selvfølelse, sosial isolasjon, opplevelse av maktesløshet og mangel på kontroll over arbeid og familiesituasjon. De sosiale og økonomiske levekårs innvirkning på helse går i mange tilfeller via slike psykologiske mekanismer.

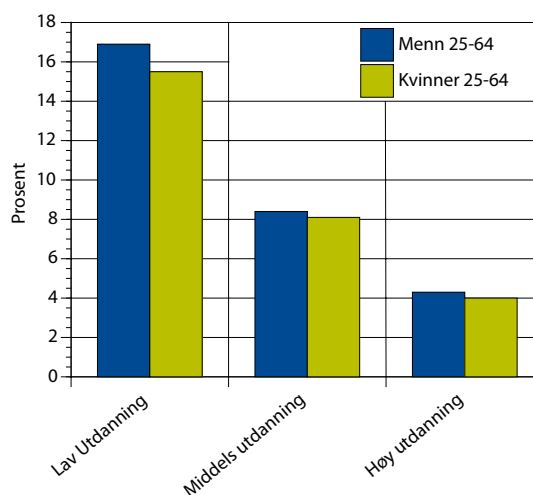
Det er enighet om at psykososiale faktorer bidrar til å øke risikoen både for somatiske og psykiske lidelser (WHO 2005 og 2006). Psykososiale faktorer kan påvirke helse både på en direkte og en indirekte måte. Den direkte virkning er utvikling av langvarig stress som kan være direkte skadelig for helse. Den indirekte virkningen av psykososiale faktorer går gjennom helserelatert atferd. Stress har både en psykologisk og en fysiologisk komponent. Den psykologiske komponenten bidrar til øket risiko for angst og depresjon, mens den fysiologiske komponenten kan påvirke hjerte/kar systemet og immunsystemet i negativ retning (Brunner E 1997). Virkningen går da gjennom fysiologiske risikofaktorer som økning i blodtrykk og kolesterol og svekket immunsystem. Når det gjelder helserelatert atferd, livsstil og levevaner, kan de psykososiale risikofaktorer påvirke både somatisk og psykisk helse gjennom øket røyking, overdreven bruk av alkohol, manglende mosjon og usunt kosthold. Dette beskrives mer utfyllende litt lenger ut i kapitlet.

Folk med lav utdanning og inntekt har generelt mer belastende livssituasjoner som problemer på arbeidsplassen, mangel på arbeid, sykdom, dødsfall i nær familie og alvorlige økonomiske bekymringer enn de med høyere utdanning og inntekt (Sosial og helsedirektoratet, 2005). Skilsmisser rammer ulike sosiale grupper nokså likt. De sosiale og psykologiske ressursene til å takle belastninger som separasjon og skilsmisse, derimot, er ulikt fordelt. Figur 17 viser eksempler på noen slike faktorer basert på landsrepresentative data fra Statistisk sentralbyrås helseundersøkelse i 2002.

Psykososiale risikofaktorer bidrar til å forklare sosiale ulikheter i helse (Marmot MG, 2004; Stansfeld SA, 1998; Stroebe W, 2000; Sosial- og helsedirektoratet 2005). Norske data viser en øket hyppighet for psykososiale risikofaktorer i grupper med lavt utdanningsnivå, lavt inntektsnivå og lav yrkesmessig status (Dalgard OS, 2006; Rognerud M, 2000). Når man tar høyde for disse psykososiale faktorene reduseres de sosiale ulikhetene i helse.

Upubliserte tall fra Helseundersøkelsen i Oslo 2000-2001 viste yrkesforskjeller etter for selvrapporterte kroniske somatiske lidelser, med mer lidelser for de manuelle yrker. Dette gjaldt både menn og kvinner. Tilsvarende var det yrkesforskjeller når det gjaldt psykiske plager. Også

Figur 19. Lav mestring/opplevelse av kontroll.



de psykososiale risikofaktorene (grad av sosial støtte, nære fortrolige, kontroll over arbeid, opplevd maktesløshet, mestringsforventning og negative livshendelser) og helseatferd (røyking, mosjon, kroppsmasseindeks) viste tilsvarende forskjeller etter yrkesbakgrunn.

Når man tok høyde for de psykososiale faktorene samt alder og kjønn ble yrkesforskjellene i kroniske somatiske lidelser vesentlig redusert, og yrkesforskjellene forsvant når man også tok høyde for helseatferd. Både de psykososiale faktorene og helseatferd syntes å ha en selvstendig effekt for de sosiale ulikhetene i kroniske somatiske lidelser. Når det gjaldt yrkesforskjeller i psykiske plager, skyldtes dette i all hovedsak den skjeve fordelingen av de psykososiale risikofaktorene. Helseatferd hadde liten betydning.

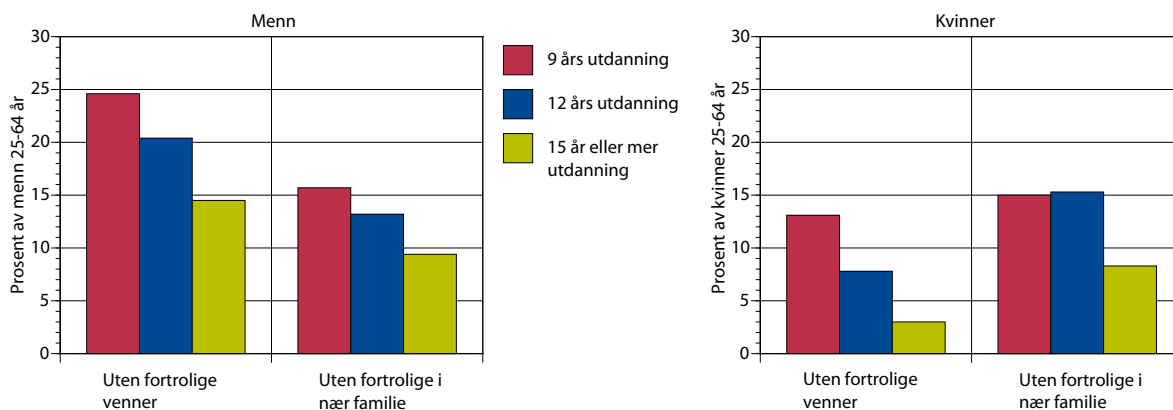
Sosial ulikhet i psykologiske faktorer av betydning for helserelatert atferd

I dette avsnittet vil vi avgrense oss til å si litt om hvordan sosiale miljøfaktorer, individuelle psykologiske forhold og psykisk helse virker inn på evne til og motivasjon for å opprettholde helsebringende levevaner eller helserelatert atferd som regelmessig fysisk aktivitet, sunt kosthold, avhold eller måtehold i bruk av tobakk og andre rusmidler.

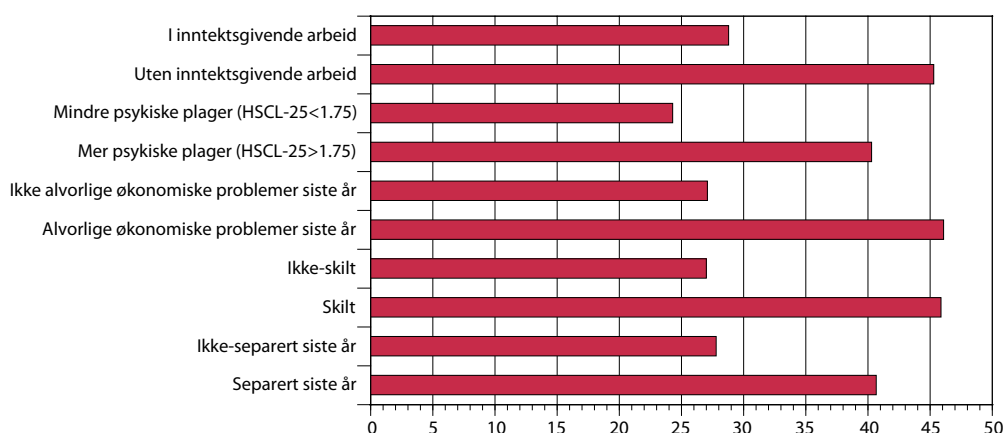
Helserelatert atferd blir påvirket av kunnskap og hvordan man oppfatter risikable konsekvenser, stress, mestring, psykisk helse og personlighetstrekk. I tillegg er normer, regler og atferd i det sosiale miljøet man tilhører av stor betydning (sosial læring) (Gochman DS, 1997; Cohen S et al, 1999; Bandura A, 1986; Aarø LE, 1986).

Kunnskap om helsemessige konsekvenser av atferd varierer med utdanningsnivå. Personer med lav utdanning har oftest mindre kunnskap både om helsefremmende atferd og konsekvenser av risikoatferd. I tillegg krever helsefremmende atferd, som sunt kosthold og fysisk aktivitet, ressurser i form av tid, anledning og penger,

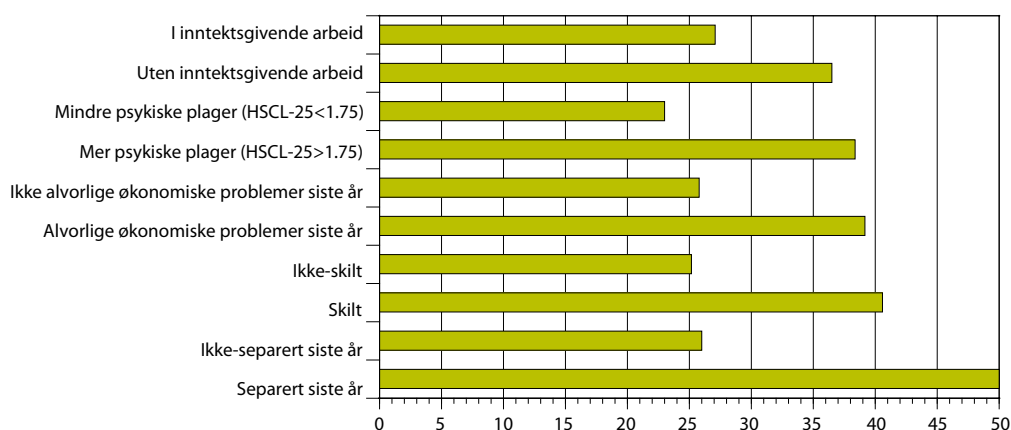
Figur 20. Sosial støtte/sosialt nettverk etter utdanningslengde.



Figur 21. Daglig røykende menn 25-64 år.



Figur 22. Daglig røykende kvinner 25-64 år.



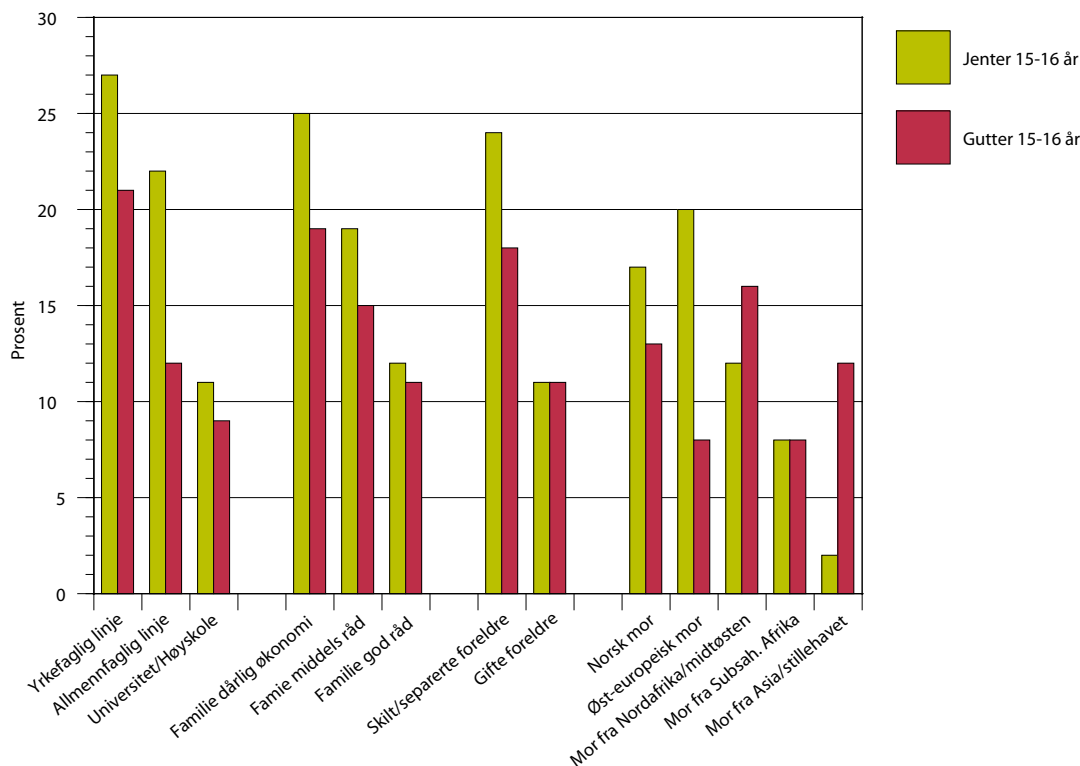
noe som ofte mangler hos de som er vanskelig stilt.

Svakere kontroll og opplevelse av mestring både i forhold til arbeids- og familieliv gjør at man er mer utsatt for psykisk stress. Det er kjent at psykiske plager og høyt stressnivå er en av de viktigste årsakene til misbruk av tobakk, alkohol, narkotika og legemidler. Psykiske forstyrrelser utløses eller forverres ofte av stress, og de tapper i sin tur menneskene for overskuddet som trengs for å eta-

blere og opprettholde en sunn livsstil. Figur 21 og 22 viser at belastende livssituasjoner som separasjon, skilsmisse og psykiske plager har sammenheng med høy forekomst av daglig røyking (alle forskjellene mellom eksponerte og ueksponerte er statistisk signifikante).

I tillegg finnes det individuelle forskjeller i risikotaking, impulsivitet og utholdenhet, som i sin tur er relatert til sunn eller usunn livsstil (Pedersen W et al,

Figur 23. Andel dagligrøykere (%) blant ungdom. Basert på data fra HUBRO-undersøkelsen i Oslo 2000-01.



1998; Røysamb E, 1997; Iversen AC, 2005). Det er funnet at høy impulsivitet og lav utholdenhet predikerer lav beredskap til å begynne på eller slutføre lange utdannelse, eller til å opparbeide yrkesmessige kompetanse. Personer med disse egenskapene fokuserer ofte på det som gir umiddelbar belønning. Derfor må tiltak rettet mot grupper med lavt utdanningsnivå ta høyde for at disse gruppene kan være mindre orientert mot kunnskap, og at de kan være mindre villige til å oppgi belønnende atferd, slik som røyking, enn resten av befolkningen. Man må også ta høyde for at grupper med lavt utdanningsnivå kan ha høyere stressnivå enn andre (Rutter DR og Ouine L, 2002; Pill R et al, 1995).

Når usunne levevaner tenderer til å hope seg opp i deler av befolkningen, kan disse levevanene også smitte over på familiemedlemmer og andre personer som oppholder seg i det samme miljøet. De usunne levevanene kan også bli mer allment akseptert i de samme befolkningsgruppene (Bandura A, 1986). Sosiale normer, som kan variere sterkt mellom ulike grupper i samfunnet, er av stor betydning for atferd. Mønsteret i ungdoms røykevaner (figur 23) illustrerer først og fremst betydningen av sosial læring.

Behov for ny kunnskap

Det er behov for å studere samspillet mellom psykososiale risikofaktorer, sosial status, livsstil og helse mer inngående. Det er også behov for flere studier der en evaluerer effekten av tiltak rettet mot psykososiale

risikofaktorer og helserelatert atferd. Man trenger kunnskap om grupperettede tiltak for sosialt belastede befolkningsgrupper kan være effektive for å fremme psykisk helse og livskvalitet, samt redusere omfanget av helseskadelig atferd. Det er lite dokumentasjon på hvordan man best kan påvirke sosiale normer som gir allmenn aksept for helseskadelig atferd.

- **Sosioøkonomiske levekår har innvirkning på helse via en rekke psykologiske og fysiologiske mekanismer**
- **Psykososiale risikofaktorer virker inn på livsstil og levevaner**
- **Norske data viser at det er en stor sosial skjevfordeling av psykososiale risikofaktorer både i Oslo og i landet som helhet**
- **Helserelatert atferd blir påvirket av kunnskap om risiko og konsekvenser, stress og mestring, psykisk helse og personlighetstrekk**
- **Atferd bestemmes også av normer, regler og helserelatert atferd i det sosiale miljøet man er en del av og i samfunnet som helhet**
- **I Norge er mange av de viktigste atferdsdeterminantene, ulikt fordelt etter inntekts- og utdanningsnivå og sivil status**

Referanser

- Bandura A (1986). Social foundations of thoughts and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall 1986.
- Brunner E. Stress and the biology of inequality. *BMJ* 1997; 314: 1472-1476.
- Carroll D, Bennett P, Smith GD (1996). Socio-economic health inequalities: Their origins and implications. *Psychology and Health*, 1996; 8: 295-316.
- Cohen S, Kaplan GA, Salonen JT (1999). The role of psychological characteristics in the relation between socioeconomic status and perceived health. *Journal of Applied Social Psychology*, 1999; 29: 445-468.
- Dalgard OS, Rognerud M, Strand BH (2002). Psykisk helse i helse- og levekårsundersøkelsen 1998. II. Geografiske forskjeller. *Norsk Epidemiologi* 2002; 12(3): 249-256.
- Dalgard, OS et al, (Manus). Social inequality, powerlessness and health. Manuskript.
- Dalgard OS et al, (2006). Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid. Rapport 2006:2. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, Divisjon for psykisk helse 2006.
- Gochman DS (ED) (1997). Handbook of health behaviour research: Personal and social determinants (Vol 1). New York: Plenum Press 1997.
- Iversen AC (2005). Social differences in health behaviour: the motivational role of perceived control and coping (thesis). Bergen; University of Bergen 2005.
- Marmot MG. The status syndrom: How your social standing directly affects your health and life expectancy. London: Bloomsbury, 2004
- Pedersen W, Clausen SE, Lavik NJ (1988). Sensation Seeking and Adolescent Drug-Use. *Nordisk psykologi*, 1988; 40: 358-370.
- Pill R, Peters TJ, Robling MR (1995). Social class and preventive health behaviour: a British example. *J of Epidemiol and Community Health*, 1995; 49: 28-32.
- Rutter DR, Quine L (2002). Changing health behaviour: intervention and research with social cognition models. Buckingham: Open University Press 2002.
- Rognerud M, Strand BH, Dalgard OS (2002). Psykisk helse i helse- og levekårsundersøkelsen 1998. I. Sosio-økonomiske forskjeller i psykisk helse og livsstil. *Norsk Epidemiologi* 2002; 12(3): 239-248.
- Røysamb E (1997). Adolescent risk making. Behaviour patterns and the role emotions and cognitions (Thesis). Oslo: University of Oslo 1997.
- Sosial- og Helsedepartementet (2000). Faktarapport om årsaker til psykiske plager og lidelser. Oslo: Sosial- og helsedepartementet 2000.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). Gradientutfordringen. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet 2005.

Sosial- og helsedirektoratet (2005). Sosiale ulikheter i helse i Norge – en kunnskapsoversikt. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet 2005

Stansfeld SA, Head J, Marmot MG. Explaining social class differences in depression and well-being. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33: 1-9

Stroebe W (2000). *Social psychology and health* (2nd ed.). Buckingham: Open University Press 2000.

WHO Europa: Sosiale forhold av betydning for helsen. De harde fakta. (Red. Richard Wilkinson og Michael Marmot). Norsk nettverk av helse- og miljøkommuner, mai 2005.

Aarø LE (1986). Health behaviour and socio-economic status. A survey among the adult population in Norway (Thesis). Bergen: University of Bergen 1986.

5.3 Fysiske og kjemiske miljøfaktorer, sosial ulikhet og helse

Luftforurensninger

Helseeffekter av luftforurensning knytter seg til utslipp fra kjøretøy, industri og husoppvarming. Det har vært størst oppmerksomhet rundt partikulær forurensning, men forurenset uteluft inneholder en rekke andre komponenter som for eksempel NO, NO₂, SO₂, O₃ og flyktige organiske forbindelser. WHO og EU har summert opp kunnskapen om helseeffekt av luftforurensning og funnet sammenhenger mellom luftforurensning og risikoen for sykehusinnleggelses og død, med særlig betydning for hjerte- og luftveissykdommer.

Flere studier, hovedsakelig fra USA, beskriver sammenhenger mellom utdanning, sosioøkonomisk posisjon og eksponering for luftforurensning og risikovurderinger (Gunier RB et al, 2003). Det mest vanlige funn er at lav utdanning og sosioøkonomisk posisjon fører til høyere eksponering både for utendørs luftforurensning og luftforurensning på arbeidststedet.

Fra Norge finner Næss og medarbeidere i et upublisert arbeid (Næss Ø, 2006 innsendt) lignende sammenhenger mellom luftforurensning og indikatorer på sosioøkonomisk posisjon særlig knyttet til bosted. Det foreligger også studier som viser sammenhenger mellom luftforurensning og helse i Norge (Nafstad P, 2003; Nafstad P, 2004; Næss Ø, 2006).

Inneklima

Passiv røyking, fuktskadde bygninger, mugg, middalergener, partikulær forurensning, flyktige organiske forbindelser, asbest og radon er knyttet til helseplager. Fra utviklingsland foreligger det mye data om sammenheng mellom alvorlige helseutfall som lungebetennelser og bruk av åpne ildsteder for matlaging. I mer moderne samfunn har en blant annet vært

opptatt av betydningen av passiv røyking, fuktproblematikk i bygninger (Bornehage CG, 2001), ventilasjon (Wargocki, 2002) for risikoen for å utvikle luftveissykdommer og symptomer.

Det er grunn til å tro at familier med høyere inntekt og utdanning er best i stand til å unngå helseskadelig inneklimateksponeringer. Undersøkelser fra Norge har viste lignende sammenhenger mellom inneklimateksponering og helse som er funnet internasjonalt (Nafstad P, 1997, 1998; Øie L, 1999; Dotterud LK, 1995; Stigum H, 2003). Sosiale skjevheter i inneklimateksponering er ikke godt vitenskapelig dokumentert, men sannsynlig. Inneklima og helse er et tema som har hatt stor interesse i offentlighet. Kunnskapsutviklingen har gått sakte. Dette skyldes både liten innsats og store forskningsmetodologiske utfordringer. Det er vist at foreldres utdanningslengde øker risikoen for at barn opplever passiv røyking (Lund KE, 2004)

Støy

Godt dokumenterte virkninger av støy er redusert hørsel ved høye lydnivåer, samt plage, kommunikasjonsforstyrrelser og innvirkninger på søvn ved moderate til høye nivåer med støy. En rekke studier har vist at kronisk støyeksponering, spesielt flystøy, påvirker skolebarn negativt ved å føre til lavere motivasjon til å løse oppgaver, dårligere hukommelse og reduserte leseferdigheter. De senere år er det også gjort undersøkelser som antyder en sammenheng mellom støyeksponering, både i bomiljø og på arbeidsplassen, og risiko for forhøyet blodtrykk og hjerte-/karsykdom. Dersom støy kommer på toppen av andre stressfaktorer kan det tenkes at man har mindre ressurser til å mestre dette og derfor blir mer sårbar for stressrelaterte plager og sykdommer.

Støy er sosioøkonomisk skjevt fordelt i mange samfunn. Flere studier viser at personer med lavere sosioøkonomisk posisjon oftere bor i områder med mye trafikkstøy og forurensning. Trafikkstøy påvirker boligprisene negativt, og de med høyere inntekt har derfor mulighet til å bosette seg i områder som er mindre utsatt for negative miljøpåvirkninger. Det er også sannsynlig at yrker forbundet med lavere utdanning og inntekt er knyttet til arbeidsplasser med høyere støynivåer.

Stråling

Stråling omfatter ioniserende og ikke-ioniserende stråling (avhengig av energien i hvert strålekvant og dermed evnen til å ionisere molekyler). Ioniserende stråling er helseskadelig (først og fremst kreft og arveskader). Mekanismene for dette er kjent. Det samme gjelder for UV-stråling som er ikke-ioniserende, men som kan skade øyne og hud og gi hudkreft. Elektromagnetisk stråling og strålefelt med lavere energi er

omdiskutert mht mulige helseskader. Det er holdpunkter for at lavfrekvente felt som kraftlinjer kan påvirke risikoen for å utvikle leukemi. Mekanismene for dette ikke er kjent. Når det gjelder stråling fra kilder som mobiltelefoner er holddepunktene for helseskader svært usikre.

Eksponering for elektromagnetiske felt fra kraftlinjer vil antakelig også variere for forskjellige sosioøkonomiske grupper. Man kan forestille seg at boligpriser varierer med nærhet til kraftlinjer, og at dette mønsteret forsterkes i takt med publikums økte kjennskap til påstandene om en mulig helsefare knyttet til bosted nær kraftlinjer

Når det gjelder UV-stråling vil det ventelig være kulturelle og sosioøkonomiske forskjeller på solingsvaner og bruk av solarier.

Meteorologiske forhold og naturkatastrofer

Erfaringer har vist at meteorologiske forhold har betydning for folkehelsen. Et ferskt eksempel er varmebølgen i Syd-Europa 2003 som ført til en betydelig overdødelighet i flere Middelhavsland (Fouillet A, 2006). Forskningsrapporter fra mange land viser at dødeligheten i et samfunn øker ved både kalde og varme utendørstemperaturer (Braga AL et al, 2002). Individuer som er sårbare for å utvikle sykdom og for å dø har liten motstandskraft mot uvanlig varmt og kaldt vær. Det er grunn til å tro at sosialt dårlig stilte vil ha mindre evne til å beskytte seg mot klimaeffekter og at klimaforholds betydning for sykdomsutvikling er størst blant dem.

I Oslo dør det flere personer om vinteren enn om sommeren og denne dødeligheten er avhengig av gjennomsnittstemperaturen i uken før dødsfallet oppstår (Nafstad P et al, 2001). Kulde synes derfor å påvirke sykkelighet/dødelighet i Norge og det er sannsynlig at denne effekten er sosialt skjev. Naturkatastrofer som flom og ras kan også ramme sosialt skjevt.

I et land som Norge med store værvariasjoner er det behov for å forstå klimaets effekter på helse og om disse effektene er ulikt fordelt.

Kjemiske miljøfaktorer

De kjemikalier vi er mest bekymret for tilhører de persistente miljøgiftene, slik som PCB og bromerte flammehemmere, fordi de akkumuleres i menneskekroppen og derfor kan nå høye verdier. Effekten av miljøgifter hos barn er knyttet til redusert kognitiv funksjon, økt mottakelighet for infeksjoner, forstyrrelser i atferd eller psykososial funksjonsevne og hormonhemmende effekter. Men det foreligger begrenset kunnskap om potensielle skadevirkninger av persistente miljøgifter, spesielt kunnskap om grenseverdier forbundet med effekt på foster og spedbarn og hvilken betydning dette har på sikt senere i livet. (Schutz, 1998)

Persistente miljøgifter samles opp i menneskekroppen. Foster og spedbarn utsettes derfor for nivåer som er flere titalls ganger høyere enn resten av befolkningen fordi de eksponeres for orene akkumulerte eksponeringer i denne fasen. Samtidig regnes denne perioden for den mest sårbare i menneskets utvikling. Derfor er eksponering av fostre og spedbarn viktig i et folkehelseperspektiv, da det i denne gruppen er størst risiko for å observere negative helseeffekter på sikt. Det synes ikke å være publisert studier på sammenhengen mellom sosial ulikhet og befolkningens eksponering for miljøgifter.

Foreløpige analyser av data fra en norsk undersøkelse kan tyde på at det er en sosial gradient (Eggesbø M). I tabellen 19 ser man at det er høyest nivåer av PCB i morsmelk fra høyt utdannede kvinner. Det er velkjent at høyt utdannede mødre ammer sine barn lengre enn mødre med lavere utdanning i Norge (Lande B, 2003). Lengden på ammeperioden er viktig for hvor mye miljøgift barn i førskolealderen får i seg (Walkoviak J, 2001).

Tabell 19. Gjennomsnittsverdier for PCB i morsmelk (mikrogram/kilo).

Mors utdanning	Antall	PCB
9-11 år	16	100,4
12 år	30	84,3
13-15 år	49	108,9
>15 år	23	123,1
p-verdi		0,03

Generelt trengs mer kunnskap om forekomst av fysiske og kjemiske miljøfaktorer mellom ulike sosiale grupper. Dessuten er det behov for å forstå i hvilken grad disse miljøfaktorene er med på å forklare sosiale ulikheter i helse. Det er lite kunnskap om grenseverdier for ulike nivåer av slike miljøfaktorer noe som gjør det vanskelig å beregne helsekonsekvenser av ulik eksponering mellom sosiale grupper.

- **Sammenhengen mellom fysiske miljøfaktorer, sosiale ulikhet og helse har blitt viet liten oppmerksomhet**
- **Det er gode grunner til å tro at helseeffekter av luftforurensning, dårlig innelima, støy, stråling, klima og naturkatastrofer er ujevnt sosialt fordelt**
- **Kjemiske miljøgifter via morsmelk kan være mer vanlig blant barn av mødre med høy utdanning**

Referanser

Bornehage CG, Blomquist G, Gyntelberg F, Jarvholm B, Malmberg P, Nordvall L,

Braga AL, Zanobetti A, Schwartz J. The effect of weather on respiratory and cardiovascular deaths in 12 U.S. cities. *Environ Health Perspect.* 2002;110:859-63

Dotterud LK, Korsgaard J, Falk ES. House-dust mite content in mattresses in relation to residential characteristics and symptoms in atopic and nonatopic children living in northern Norway. *Allergy.* 1995;50:788-93.

Eggesbø M. HUMIS. Muntlig meddelelse.

Fouillet A, Rey G, Laurent F, Pavillon G, Bellec S, Guihenneuc-Jouyau C, Clavel J, Jouglu E, Hemon D. Excess mortality related to the August 2003 heat wave in France. *Int Arch Occup Environ Health* 2006

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

Gunier RB, Hertz A, Von Behren J, Reynolds P. Traffic density in California: socioeconomic and ethnic differences among potentially exposed children. *J Expo Anal Environ Epidemiol.* 2003 May;13:240-6. <http://www.euro.who.int/document/E82792.pdf>.

Lande B. Infant feeding practices and associated factors in the first 6 months of life *Acta Paediatr.* 2003;92(2):152-61

Lund KE, Helgason AR, Andersen M. Endringer i småbarnsforeldres rapportering om passiv røyking. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2004;124:16-9.

Nafstad P, Kongerud J, Botten G, Hagen JA, Jaakkola JJK. The role of passive smoking in the development of bronchial obstruction the first 2 years of life. *Epidemiology* 1997;8:293-7.

Nafstad P, Oie L., Mehl R, Gaarder PI, Lødrup Carlsen KC, Botten G, Magnus P, Jaakkola JJK, Residential dampness problems and symptoms and signs of bronchial obstruction in young Norwegian children. *Am J Respir Crit Care Med* 1998;157:401-4.

Nafstad P, Skrondal A, Bjertness E. Mortality and temperature in Oslo, Norway, 1990-1995 *Eur J Epidemiol* 2001;17:621-7.

Nafstad P, Håheim LL, Oftedal B, Gram F, Holme I, Hjermann I, Leren P. Lung cancer and air pollution. A 27 year follow up of 16 209 Norwegian men. *Thorax* 2003; 58: 1071-76.

Nafstad P, Håheim LL, Wisløff T, Gram F, Oftedal B, Holme I, Hjermann I, Leren P. Urban air pollution and mortality in a cohort of Norwegian men. *Environ Health Perspect* 2004;112:610-5.

Nielsen A, Pershagen G, Sundell J. Dampness in buildings and health. Nordic interdisciplinary review of the scientific evidence on associations between exposure to "dampness" in buildings and health effects (NORDDAMP). *Indoor Air* 2001;11:72-86.

Næss O, Nafstad P, Aamodt G, Claussen B, Rosland P. Relation between concentration of air pollution and cause specific mortality Am J Epidemiol (Am J Epidemiol, in press).

Næss Ø, Piro FN, Nafstad P, Davey Smith G, Leyland AH. Air pollution, social deprivation and mortality (draft)

Schutz D, Moy GG, Kaferstein FK. Infant Exposure to Certain Organochlorine Contaminants from Breast Milk-A Risk Assessment. GEMS/Food International Dietary Survey, 1-32. 1998. WHO report.

Stigum H, Strand T, Magnus P. Should radon be reduced in homes? A cost-effect analysis. Health Phys. 2003;84:227-35

Øie L, Nafstad P, Botten G, Samuelsen SO, Magnus P Jaakola JJK., Ventilation in homes and bronchial obstruction in young children. Epidemiology 1999; 10:294-9.

Walkowiak J. Environmental exposure to polychlorinated biphenyls and quality of the home environment. Lancet 2001. Nov 10;358(9293):1602-7

Wargocki P, Sundell J, Bischof W, Brundrett G, Fanger PO, Gyntelberg F, Hanssen SO, Harrison P, Pickering A, Seppanen O, Wouters P. Ventilation and health in non-industrial indoor environments: report from a European multi-disciplinary scientific consensus meeting (EUROVEN). Indoor Air. 2002;12:113-28.

sykdom og død avdekket, også når man har tatt høyde for de klassiske risikofaktorene (Siegrist J og Theorell T, 2006). Også depresjoner og type 2 diabetes er funnet å være assosiert med dårlig psykososialt arbeidsmiljø. Det er vanskelig å rangere den folkehelsemessige betydningen av ulike grupper arbeidsrelaterede helse-skader fordi de medisinske og sosiale konsekvensene er svært ulike.

Posisjon i arbeidslivet og ulikheter i helse

I likhet med utdanning og inntekt er det dokumentert helseforskjeller etter posisjonen i arbeidslivet. Denne dokumentasjon er basert på landsdekkende datakilder og registre som dekker hele landet gjennom de siste 10-15 årene. Ulikheter for yrkesklasser er vist for en rekke dødsårsaker, uførhet, psykisk helse, muskelskjelettsykdom, hudsykdom og selvopplevd helse. Data fra Norge går også inn i flere sammenliknende studier fra europeiske land på relasjonen mellom posisjon i arbeidslivet og selvopplevd helse eller dødelighet. Et typisk eksempel på resultater fra en nyere norsk studie ses i tabell 20.

Posisjon i arbeidslivet og ulikheter i arbeidseksposering

Det er også dokumentert forskjeller i eksponering for helseskadelige faktorer i arbeidslivet mellom yrkeskategorier. Denne kunnskapen er best systematisert for psykososiale faktorer. Kunnskapen på ulikhet i fysisk/kjemisk/biologisk eksponering er i stor grad kvalitativ, og viser at det er ufaglærte arbeidere som har de høyeste eksponeringene. Det gjelder i mange (men ikke alle) bransjer for støy, kjemisk eksponering og uheldige fysiske belastninger. Det vil ofte være de ufaglærte og lærlingene som får det høyest eksponert arbeidet i mange bransjer. En av de få kildene til å beregne slik ulikhet i fordeling av (selvopplevde) eksponeringsfaktorer i arbeidet finner vi i Levekårsundersøkelsene (tabell 21).

5.4 Arbeidsmiljø

Arbeidsmiljø og helse

En rekke fysiske og psykososiale faktorer i arbeidslivet kan ha betydning for helsa. Det er dokumentert en rekke negative helseeffekter av arbeidsledighet og utstøtning fra arbeidslivet. Hovedtyngden av studier finner helseskadelige effekter av arbeid, knyttet til fysiske/kjemiske/biologiske faktorer (Bye E et al, 1998) og psykososiale faktorer (Statens arbeidsmiljøinstitutt 2004). Spesielt psykososiale faktorer i arbeidslivet har vært knyttet til sosiale ulikheter i helse. I mer enn 20 internasjonale studier er sammenhengen mellom psykososialt arbeidsmiljø og risiko for senere hjertekar-

Tabell 20. Ni års relativ dødsrisiko 1990-1998 etter yrkesklasse og kjønn blant 45- til 64-årige innbyggere i Oslo 1. januar 1990.

Yrkesklasse	Kvinner		Menn	
	Antall døde	Relativ risiko	Antall døde	Relativ risiko
VII Ufaglærte arbeidere	513	1,70	1 092	2,10
V/VI Faglærte arbeidere	443	1,43	949	1,67
III Funksjonærer, lavt nivå	825	1,38	748	1,49
II Funksjonærer, middels nivå	545	1,08	807	1,17
I Funksjonærer, høyt nivå	508	1,00	798	1,00

Kilde: Næss Ø et al, 2005.

Tabell 21. Prosentandeler av menn som angir selvopplevde arbeidsmiljøbelastninger etter utdanningsnivå. Data fra Levekårsundersøkelsen 2000, gjengitt i Elstad JI (2005).

	Ungdomsskole/ videregående lav	Høgskole/ universitet
Stor risiko for belastningsskader	24%	4%
Stor risiko for arbeidsulykker	12%	3%
Løfter 20 kg+ mer enn 20g daglig	16%	2%
Løfter i ubekvemme stillinger	48%	13%
Utsatt for gass, støv og lignende	28%	9%

Arbeidsmiljøeksponering som forklaring til sosiale ulikheter i helse

Problemet med norske studier om sosial ulikhet i helse er at de ikke inkluderer arbeidsmiljøfaktorer. Yrkesforskjellene i helse kan skyldes faktorer utenfor arbeidslivet. I analyser av årsaksspesifikk dødelighet i Oslo (Næss et al, 2005) ble det for menn funnet yrkesforskjeller for dødelighet av lungekreft, kronisk obstruktiv lungesykdom og plutselig død også når man tok høyde for forskjeller i utdanning, inntekt og boligforhold.

Når det gjelder hvilken betydning det psykososiale arbeidsmiljøet har for sosial ulikhet i helse fant man i den svenske SHEEP-studien at 30 prosent av risikoforskjellen for hjerteinfarkt mellom arbeidere og funksjonærer skyldtes lav jobbkontroll (Hallqvist et al, 1998). I Frankrike fant man nylig at kvaliteter ved arbeidsmiljøet sto bak 20 prosent av forskjeller i sykefraværet: forskjeller i ergonomiske forhold kunne ha betydning for sykefravær knyttet til muskelskjelett og arbeidsstress kunne ha betydning for fravær knyttet til psykiatriske sykdommer. (Melchior M et al, 2005).

Av viktige arbeidsmiljøfaktorer som kan være uheldige både for den psykiske og fysiske helse kan nevnes: manglende kontroll over egen arbeidssituasjon, spesielt hvis en er pålagt krevende arbeidsoppgaver, manglende muligheter or å bruke egne evner og interesser i arbeidet, manglende sosial støtte i arbeidssituasjonen og mobbing. Det er vanskelig å rangere den folkehelsemessige betydningen av ulike grupper arbeidsrelaterte helseskader fordi de medisinske og sosiale konsekvensene er svært ulike.

Behov for ny kunnskap

Mye tyder også på at modellene som benyttes for å forklare arbeidsmiljøets betydning for sosiale ulikheter i helse er for enkle. Her er det lovende fremskritt med fremveksten av livsløpsmodeller og økt vektleg-

ging på samspill med individfaktorer (Kristenson M, 2006).

Spørsmålet om hvilken tallmessig betydning arbeidsmiljøet har for sosiale ulikheter i helse i Norge i dag har ikke blitt undersøkt på en målrettet måte (Elstad JI, 2005). Flere tilgjengelige datakilder som Levekårsundersøkelsene, fylkesundersøkelsene og arbeidsepidemiologiske datamaterialer kan utnyttes bedre enn i dag for å beregne ulike elementer av dette problemkomplekset.

Studier internasjonalt har vist at generelle forebyggingstiltak på arbeidsmiljøområdet ofte kan føre til økte sosiale forskjeller fordi tiltakene blir mer effektivt benyttet av personer i de høyeste yrkesklassene (Macintyre S, 1997). Dette er et dilemma: Den jevne gradienten tilsier generelle tiltak men gjennomføring av slike generelle tiltak ser ofte ut til å føre til en økt gradient (Macintyre S, 1997). Det er viktig å undersøke dette nærmere. Det kunne for eksempel være at Arbeidstilsynets rolle som veiviser og systemkontrollør i første rekke tilgodeser de virksomhetene som har det beste utgangspunktet, eller at IA-avtalen bedrer folkehelsen men øker gradienten. Tiltak rettes også spesifikt inn på arbeidsmiljøfaktorer som antagelig betyr mye for gradienten (som jobbsikkerhet eller støveksponering), men vi har mangelfull kunnskap hvorledes slike tiltak påvirker gradienten. Dersom arbeidsliv og arbeidsmiljø skal trekkes inn i den nasjonale strategien mot sosial ulikhet i helse er det viktig at forebyggingsstrategier ikke bare vurderer totalgevinst, men også virkninger på gradienten.

Vi vet:

- *at det er en helseforskjeller etter posisjon i arbeidslivet*
- *at arbeidsmiljøfaktorer kan ha betydelig påvirkning på helse*
- *en del om sosiale gradienter i arbeidsmiljøeksponering*
- *for lite om arbeidsmiljøets rolle som forklaring på gradienten*
- *for lite om hvilke virkninger forebyggingsstrategier i arbeidsmiljøet har på gradienten*

Referanser

Bye E, Bakke JW, Grov TR. Kjemisk-fysiske forhold av betydning for helse: kunnskapsmangler og forskningsbehov. STAMI-rapport HD 1095/98. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt, 1998.

Elstad JI. (2005). Sosioøkonomiske ulikheter i helse: teorier og forklaringer. Oslo: SHD.

Hallqvist J, Diderichsen F, Theorell T, Reuterwall C, Ahlbohm A, Sheep Study Group. (1998). Is the effect of job strain on myocardial infarction risk due to interaction between high psychological demands and low decision latitude? Results from Stockholm Heart Epidemiology Program (SHEEP). *Soc Sci Med*, 1998; 46: 1405–1415.

Kristenson M. Socio-economic position and health: the role of coping. I: Siegrist J, Marmot M (red.) *Social inequalities in health: new evidence and policy implications*. Oxford: Oxford University Press, 2006; pp. 127–51.

Macintyre S. The Black report and beyond – what are the issues? *Soc Sci Med*, 1997; 44: 723–45.

Marmot MG, Bosma H, Hemingway H, Brunner E, Stansfeld S. Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *Lancet*, 1997; 350: 235–239.

Melchior M, Krieger N, Kawachi I, Berkman LF, Niedhammer I, Goldberg M. Work factors and occupational class disparities in sickness absence: findings from the GAZEL cohort study. *Am J Public Health*, 2005; 95: 1206–12.

Næss Ø, Claussen B, Thelle DS, Davey Smith G. Four indicators of socioeconomic position: relative ranking across causes of death. *Scand J Public Health* 2005; 33: 215–21.

Siegrist J, Theorell T. Socio-economic position and health: the role of work and employment. I: Siegrist J, Marmot M (red.) *Social inequalities in health: new evidence and policy implications*. Oxford: Oxford University Press, 2006; pp. 73–100.

Statens arbeidsmiljøinstitutt. Arbeidsforhold av betydning for helse. Rapport. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2005.

Sund ER, Krokstad S. (2005). Sosiale ulikheter i helse i Norge: en kunnskapsoversikt. Oslo: SHD.

5.5 Helsetjenester og sosial ulikhet

Pasientrettighetsloven

Den norske pasientrettighetsloven slår fast at nødvendig helsehjelp skal ytes hvor de som medisinsk sett trenger det mest, skal behandles først (Pasientrettighetsloven, 1999). Prinsippet om at pasienter skal behandles likt uavhengig av sosial bakgrunn, er et sentralt punkt i denne loven. Innen den sentrale helseforvaltningen har det trolig vært en generell oppfatning at alle behandles likt, men forskning kan kun i liten grad dokumentere denne oppfatningen.

De senere år har utviklingen innen medisinsk teknologi skutt fart og ført til at dødeligheten av hjerteinfarkt og en rekke andre sykdommer er redusert. Bedringen av folkehelsen var tidligere først og fremst knyttet til faktorer utenfor helsevesenet. Et godt eksempel på dette er nedgangen i spedbarnsdødeligheten i første halvdel

av 1900 tallet. Nedgangen i dødelighet av tuberkulose er et annet eksempel på hvor viktige faktorer utenfor helsevesenet har vært for folkehelsen. Det er sannsynlig at vi i fremtiden får redusert dødelighet av en rekke sykdommer, og at denne reduksjonen i større grad kan bli knyttet til framskritt i medisinsk teknologi. Det er derfor økt risiko for at helsevesenet i fremtiden kan bidra til å skape ulikheter i helse på en rekke stadier i behandlingkjeden (Nolte E og McKee M, 2004).

Erfaringer fra mange utviklingsland har vist at dersom barn har en allment tilgjengelig helsetjeneste, vil det bedre den generelle helsetilstanden i en befolkning (WHO, 1995). I vår vestlige del av verden vil subjektive og objektive behov være viktige for om man velger å konsultere lege eller ikke. I tillegg vil sosiale, økonomiske og psykologiske faktorer også spille en viktig rolle.

I Norge har det vært liten tradisjon for å undersøke om ulikt helsetilbud kan forklare ulikheter i helse. I det følgende vil vi vise vi til resultater fra noen av de studiene som er gjennomført.

Voksne og eldre

I en studie av ventelistepasienter ved Akershus Universitetssykehus fant man at kjønn og yrkesbakgrunn ikke kunne være årsaken til variasjonen i ventetid for kirurgisk behandling (Arnesen KE, Erikssen J og Stavem K, 2002). En annen norsk studie har funnet at tilgjengelighet og utdanning spilte en betydelig rolle for om man konsulterte spesialist eller ikke. Personer med høy utdanning som bodde områder med god tilgang på spesialister, hadde 46 prosent høyere sannsynlighet for å konsultere spesialist en eller flere ganger sammenlignet med personer som hadde lav utdanning og som bodde i områder med få spesialister. Polikliniske konsultasjoner på sykehus hadde derimot ingen sammenheng med utdanning og geografisk tilhørighet (Iversen T og Kopperud GS, 2005).

Data fra Levekårsundersøkelsen 1999/2000 viste at 14 prosent av de over 16 år med ungdomsskoleutdanning hadde hatt kontakt med privatpraktiserende lege for egen sykdom de siste 12 måneder. For personer med universitetsutdanning var tilsvarende tall 23 prosent (Finnvold JE 2002). I data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) og Finland (FINRISK) var det en svak positiv sammenheng mellom utdanningsnivå og bruk av allmennpraktiker blant eldre (64–74 år). Bruk av spesialist i Norge var 70 prosent høyere blant eldre med universitetsutdanning sammenlignet med eldre med grunnskoleutdanning. (Suominen-Taipale AL et al 2004).

Barn og unge

I en norsk studie fant man at bruk av allmennpraktiker hos barn i alderen 2–17 år var uavhengig av foreldrenes yrkestilhørighet (Grøholt EK et al, 2003). Bruk av spesialist var derimot høyere der foreldrene var funksjonærer

Tabell 22. Konsultasjons hos lege (allmennpraktiker og spesialist) og innleggelse i sykehus hos barn i alderen 2-17 år i de nordiske land 1996 (Grøholt og medarbeidere, 2002).

	Allmennpraktiker		Spesialist		Sykehusinnleggelse	
	Prosent	OR ¹	Prosent	OR ¹	Prosent	OR ¹
Foreldrenes utdanning						
>12 år	20,0	1,00	15,7	1,00	4,5	1,00
12 år	21,4	0,98	14,4	0,88	8,2	1,68*
10-11 år	20,4	1,02	14,5	0,87	6,7	1,48*
≤9 år	19,3	0,94	10,1	0,66*	7,1	1,72*

Tabellen viser justert odds ratio (OR) med 95% konfidensintervall (CI) basert på logistisk regresjon.¹ Kontrollert for land, kjønn, alder, sykkelighet (astma, allergi eller eksem), bosted og foreldrenes sivilstatus. * Signifikant forskjell

eller selvstendig næringsdrivende sammenlignet med der foreldrene hadde et arbeideryrke. En høyere andel barn av foreldre med ≤12 års utdanning ble innlagt i sykehus (Grøholt EK og Nordhagen R, 2002). Bosted hadde ingen betydning for bruk av allmennpraktiker eller innleggelse i sykehus, men sammenlignet med barn bosatt i mindre kommuner, var det en høyere andel barn bosatt i byområder som hadde vært hos spesialist i løpet av de siste 3 månedene.

Studier over tilbud og etterspørsel etter helsetjenester er verdifulle, men gir bare en indirekte pekepinn på om helsevesenet bidrar til ulikheter i helse. Internasjonalt er det gjort flere studier som viser at bestemte dødsårsaker kan knyttes til sosiale ulikheter i helsevesenets tilbud. I Norge er det gjort få studier som har sett på om ulike sosiale grupper tilbys ulike kvalitet på behandlingen. Kunnskapen om hvorvidt ulik overle-

velse av bestemte sykdommer mellom sosiale grupper kan knyttes til faktorer i helsevesenet, er i Norge (mest) studert for kreftsykdommer. Kravdal fant at pasienter med lav inntekt, grunnskoleutdanning eller manuelt arbeid, hadde lavere overlevelse av en rekke kreftsykdommer. Dødeligheten er økt også når en tar høyde for utbredelsen av kreftsykdommen på diagnosetidspunktet. Dette tyder på at ulike faktorer i helsevesenet kan påvirke dødeligheten. (Kravdal Ø, 1999).

Tabell 23 viser en utdanningsgradient for en rekke dødsårsaker knyttet til helsevesenet i Norge. Dødsårsakene er valgt etter Nolte og McKee sin gjennomgang i en tilsvarende studie fra Storbritannia (Nolte E, McKee M, 2004)

Behov for ny kunnskap

Helsevesenet bidrar både med forebyggende og kurative tjenester for sykdommer hvor prognosen har bedret seg betydelig etter 1950. Forskning bør utvides fra å se på tilbud og etterspørsel av helsetjenester og generelle helse mål til å identifisere hvilke deler av helsetjenesten som kan bidra til ulikhet for bestemte sykdommer. Både epidemiologiske og kvalitative studier kan bidra til å kaste lys over slike barrierer.

Tabell 23. Aldersjustert risiko for å dø (1990-2001) av årsaker særlig knyttet til helsetjenester etter utdanning i Norge.

Menn		Relativ risiko
25-49	Universitet	1,00
	Videregående II	1,22 (1,18-1,26)
	Videregående I	1,34 (1,30-1,38)
	Grunnskole	1,53 (1,49-1,57)
50-74	Universitet	1,00
	Videregående II	1,22 (1,18-1,26)
	Videregående I	1,29 (1,25-1,34)
	Grunnskole	1,50 (1,45-1,54)
Kvinner		
25-49	Universitet	1,00
	Videregående II	1,12 (1,08-1,17)
	Videregående I	1,17 (1,14-1,21)
	Grunnskole	1,34 (1,31-1,38)
50-74	Universitet	1,00
	Videregående II	1,10 (1,06-1,15)
	Videregående I	1,12 (1,09-1,16)
	Grunnskole	1,30 (1,26-1,34)

- **Helsetjenester spiller antakelig en langt større rolle for fremtidig bedring av folkehelsen enn tidligere**
- **Sosial ulikhet har betydning for overlevelse av ulike kreftformer**
- **Forbruk av allmennlege- og spesialisthelsetjeneste følger en sosial gradient**
- **Vi vet for lite om betydningen av bestemte sider ved helsetjenesten**
- **Vi vet for lite om hvilke sykdommer helsetjenestene har betydning for**

Referanser

Arnesen KE, Erikssen J og Stavem K. Gender and socio-economic status as determinants of waiting time for inpatient surgery in a system with implicit queue management. *Health Policy*, 2002; 62: 329-341.

Cheng T. Children's access to four medical services: Impact of welfare policies, social structural factors, and family resources. *Children and Youth Services Review*, 2005; 1-15.

Elofsson S, Unden AL og Krakau I. Patient charges --a hindrance to financially and psychosocially disadvantaged groups seeking care. *Soc Sci Med*, 1998; 46:1375-80.

Finnvold JE. 2002. Bestemmer behovene bruken av legespesialister? *Sosialt utsyn*, 2002; 41-52.

Grøholt EK, Stigum H, Nordhagen R og Köhler L. Health service utilisation in the Nordic countries in 1996 - influence of socio-economic factors among children with and without chronic health conditions. *Eur J Publ Health*, 2003; 13: 30-37.

Grøholt EK og Nordhagen R. Differences in health and use of health services among Nordic children according to parental education. *Nor J Epidemiol*, 2002; 12: 47-54.

Iversen T og Kopperud GS. Regulation versus practice--the impact of accessibility on the use of specialist health care in Norway. *Health Econ*, 2005; 14: 1231-1238.

Krardal Ø, Sosiale forskjeller i kreftoverlevelse. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 1999; 119: 1577-83

LOV av 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter. <http://odin.dep.no/shd/norsk/helse/helselover/pasientrettigheter/030061-990012/index-dok000-b-n-a.html>

Nelson DE, Thompson BL, Bland SD og Rubinson R. Trends in perceived cost as a barrier to medical care, 1991-1996. *Am J Public Health*, 1999; 89: 1410-1413.

Nolte E, McKee M. Does health care save lives? Avoidable mortality revisited. Nuffield Trust, 2004.

Suominen-Taipale AL, Koskinen S, Martelin T, Holmen J, og Johnsen R. Differences in older adults' use of primary and specialist care services in two Nordic countries. *Eur J Public Health*, 2004; 14: 375-380.

Verdens helseorganisasjon. 1995. *The World Health Report*. WHO, Geneva

Westin S. Ny ekstraskatt for de syke. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 2000; 120: 653.