

Sosiale helsegradienter i

AV HANS MAGNE GRAVSETH OG PETTER KRISTENSEN

Oppvekst og sosial bakgrunn har stor betydning for senere deltakelse i arbeidslivet, omfang av sykefravær og risikoen for å bli ufør. Det fremkommer av data for utdanning, inntekt, sykefravær og uførepensjonering basert på en registerbasert kohortundersøkelse av alle som ble født i Norge mellom 1967 og 1976 og deres foreldre. Undersøkelsen gir viktige kunnskaper for å forstå at forebyggende strategier må bygges bredt opp.

Partene i arbeidslivet inngikk i 2001 Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen). I 2005 ble det vedtatt at avtalen skulle videreføres. Avtalen er således inne i sin andre periode med utløpsdato 31. desember 2009. Avtalen har tre delmål: reduksjon i sykefravær, flere med redusert arbeidsevne i arbeid, økning av reell pensjoneringsalder. Det har vært omdiskutert hvor suksessbetont avtalen har vært. Mange mener også at de tre delmålene står i konflikt med hverandre. Størst oppmerksomhet har det utvilsomt vært på å få ned sykefraværet.

En fellesnevner for mesteparten av IA-arbeidet så langt, er at fokus har vært rettet mot den delen av befolkningen som er i arbeidsdyktig alder, og spesielt mot dem som allerede er i arbeidslivet og mot bedriftene (bedriftsinterne tiltak). Dette er viktig, men det utelater en viktig dimensjon: Alle de personene man skal inkludere inn i arbeidslivet har en forhistorie og en bakgrunn de bærer med seg hele livet. Dette gjelder helsemessige så vel som sosiale forhold fra oppvekst og barndom. Innen epidemiologisk forskning på kroniske sykdommer har livsløpsperspektivet fått betydelig større plass i løpet av de senere årene. Livsløpsepidemiologi defineres som studiet av langtidseffekter på helse og kronisk sykdom forårsaket av fysiske eller sosiale eksponeringsforhold i løpet av fosterperioden, barndommen, ungdomstiden og senere voksen alder (1). Denne modellen kan også brukes til å forklare funksjoner i arbeidslivet: Hva er sammenhengene mellom helsemessige og sosiale forhold tidlig i livet og hvordan går det med de samme personene i arbeidslivet i voksen alder – med tanke på f.eks. inntekt, sykefravær, arbeidsledighet eller risiko for uførepensjon?



Hans Magne Gravseth

er lege og doktorgradsstipendiat ved Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI). Gravseth forsker på sammenhengene mellom helsemessige og sosiale forhold tidlig i livet og senere funksjon i arbeidslivet.



Petter Kristensen

er forskningssjef ved Avdeling for arbeidsmedisin og epidemiologi ved STAMI og professor II ved Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin ved Universitet i Oslo.

Statens arbeidsmiljøinstitutt har i samarbeid med Medisinsk Fødselsregister, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Universitetet i Oslo og Forsvarets sanitet siden 2004 publisert en rekke artikler hvor dette er blitt undersøkt.

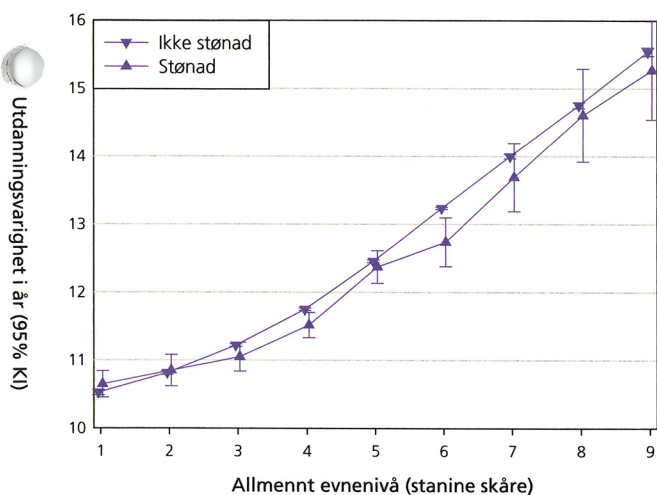
Metode

Studien er foretatt ved hjelp av sammenkobling av flere nasjonale registre. Utgangspunktet er over 600 000 «indekspersoner» som ifølge Medisinsk fødselsregister ble født i Norge i 1967–1976. 1967 er valgt som startår fordi det var da Medisinsk fødselsregister ble opprettet. I dette registeret finnes opplysninger om forhold knyttet til svangerskap og fødsel, f. eks. lengde og vekt ved fødselen, svangerskapets varighet og medfødte misdannelser. Indekspersonene samt

arbeidslivet – hva vet vi?

Gjennomsnitts utdanningsvarighet for menn etter evnenivå ved sesjon og stønad i barnealder*

*Utdanningsvarighet det året de fylte 28 blant menn født 1967-71, med bosted i riket samme år



FIGUR 1.

deres foreldre er fulgt i ulike registre med årlig oppdatering til 2003/2004 for de fleste data. Følgende opplysninger er koblet til: SSB har bidratt med opplysninger om utdanning fra sitt Utdanningsregister, dessuten med sentrale folkeregisterdata som død, emigrasjon, sivilstatus og bosted; fra Forsvarets sanitet har vi fått testresultater fra sesjon, f.eks. høyde, vekt og evnenivå (gjelder kun menn); dessuten har vi data fra ulike registre i NAV (stønads- og pensjonsytelser, sykefravær, pensjongivende inntekt).

Til sammen har vi dermed mange opplysninger om både indekspersonene og deres foreldre. Opplysninger om foreldrenes utdanning, inntekt, sykefravær og pensjonsytelser er brukt som mål på indekspersonenes sosiale oppvekstforhold, mens de før nevnte data fra Medisinsk fødselsregister har vært kilden til opplysninger om indekspersonenes helse-tilstand i barndom og oppvekst, sammen med NAVs registre over mottakere av grunn- og hjelpestønad og dataene fra Forsvarets sanitet. Barn med visse kroniske sykdommer

kan ha krav på slik stønad (2). Slik har vi kunnet konstruere livsløpsdata på individnivå for en lang rekke personer, med opplysninger fra alle faser av livet frem til ung voksen alder. Det er SSB som ved hjelp av fødselsnummeret har foretatt registerkoblingen, og forskerne har fått en aidentifisert arbeidsfil fra SSB. Studien har konsesjon fra Datatilsynet, og den er godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk.

Hvordan går det med dem som har en kronisk sykdom?

I en delundersøkelse studerte vi nærmere dem med kronisk sykdom i barnealderen, siden disse som kjent har en lavere arbeidsdeltakelse enn gjennomsnittet. Vi så særlig på hvilken grad av utdanning, yrkesaktivitet og inntekt de oppnår i forhold til hva de ble vurdert å ha potensial for (3). Vi brukte da bl.a. evnenivåtesten fra sesjon blant menn. Gjennomsnittlig evnenivå var riktignok litt lavere blant de med en kronisk sykdom. Imidlertid var, på et gitt evnenivå, andelen menn med høyere utdanning systematisk lavere i sykdomsgruppen sammenlignet med de uten kronisk sykdom (FIGUR 1). Evnenivåtesten ved sesjon har i en gjennomsnittspopulasjon en normalfordelt skåre fra en til ni, hvor gjennomsnittet er fem og standardavviket er to. Den kan sammenlignes med en vanlig IQ-test (4). De med kronisk sykdom oppnår altså lavere utdanning enn andre, selv etter justering for evnenivå. Videre så vi for begge kjønn på sammenhengen mellom utdanning og yrkesaktivitet, og fant at de med kronisk sykdom ikke oppnådde samme deltakelse i yrkeslivet som de uten kronisk sykdom, selv om man tok hensyn til utdanningsnivå (FIGUR 2). Dette gjaldt særlig personer med lav utdanning. Endelig så vi på forholdet mellom utdanning og inntekt, og fant for begge kjønn en klar tendens til at de med kronisk sykdom hadde lavere pensjongivende inntekt enn de «friske», innenfor samme utdanningsnivå. Unntaket var menn med universitetsutdanning. Den betenkelige konklusjonen å trekke av dette, er at personer med helseproblemer i barneårene ser ut til ikke å oppnå den utdanning, yrkesaktivitet og inntekt som de har potensial for, vurdert ut fra evnenivå og utdanning.

Oppvekst med uføre foreldre

I denne studien undersøkte vi hva det vil si å vokse opp i familier hvor minst en av foreldrene har uførepensjon (5). Dette var tilfelle for ca 10 prosent av de undersøkte. Denne gruppen opplevde mange ulike problemer i ung voksen alder, blant annet lavere utdanningsnivå, lavere inntekt og høyere sykefravær. Disse effektene kunne for en stor del forklares med at de materielle kårerne for barn med uføre foreldre er dårligere enn for andre. Aller størst økning fant vi i risikoen for egen uførepensjonering, en risiko som (justert for slike materielle forhold) var omtrent doblet når mor eller far var ufør. Vi fant at sammenhengen med egen uførhet var sterkere jo yngre man selv var da mor eller far ble ufør, dessuten var sammenhengen sterkere for kvinner hvis mor var ufør, mens sammenhengen for menn var sterkere når far var ufør. Dette kan tolkes dithen at man preges av de rollemodellene som nedfelles i barnealderen.

Sykefravær

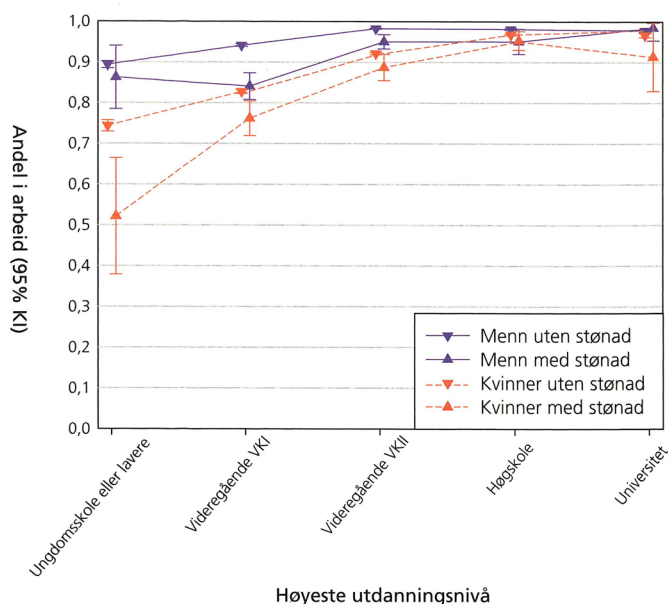
Som nevnt innledningsvis har det i de senere årene vært stor oppmerksomhet rundt sykefraværet. Den klart største diagnosegruppen for de sykmeldte er muskel- og skjelettlidelser, og i en studie undersøkte vi betydningen av forskjellige bakgrunnsfaktorer på sykefravær med muskel- og skjelettlidelser (6). Kun sykefravær utover arbeidsgiverperioden (16 dager) ble registrert, og de som ikke hadde rett til

sykepenger (uførepensjonerte, arbeidsledige, heltidsstudenter) ble ekskludert fra studien. Vi beregnet risikoen for minst ett sykefravær for en muskel- og skjelettlidelse i løpet av de fire årene f.o.m. 1. januar 2000 t.o.m. 31. desember 2003. Vi fant at 26 prosent av kvinnene og 16 prosent av mennene hadde ett eller flere slike fravær i løpet av denne perioden. De dominerende risikofaktorene var lav foreldreutdanning og lav egenutdanning, som det fremgår av FIGUR 3 A OG B. Lav fødselsvekt og kronisk sykdom i barneårene spilte liten eller ingen rolle for sykefraværet, og alle disse sammenhengene bestod etter at man tok hensyn til andre forhold og til hverandre. Det kan se ut til at personer med sykdom fra barndommen er en like stabil arbeidskraft som andre, dersom de først kommer inn i arbeidslivet. Det er kanskje ikke så overraskende at høyt utdannede har lavere sykefravær. Dette kan bl.a. skyldes at de høyt utdannede har flere valgmuligheter på arbeidsmarkedet og slik lettere kan påvirke eget arbeidsmiljø – de får gjerne de beste og mest beskyttede jobbene. Effekten av foreldrenes utdanning er delvis at den i seg selv direkte påvirker egen utdanning, men dette ser ikke ut til å være hele forklaringen. Forskning har vist at de som kommer fra lavere sosiale klasser gjerne utvikler mindre gunstige mestringsstrategier (7), og det er videre en sammenheng mellom mestringsstrategier og sykefravær (8). Uansett mekanisme viser disse resultatene at de sosiale forholdene man vokser opp under og «ballasten» man får med seg derfra spiller en stor rolle for sykefraværet.

FIGUR 2.

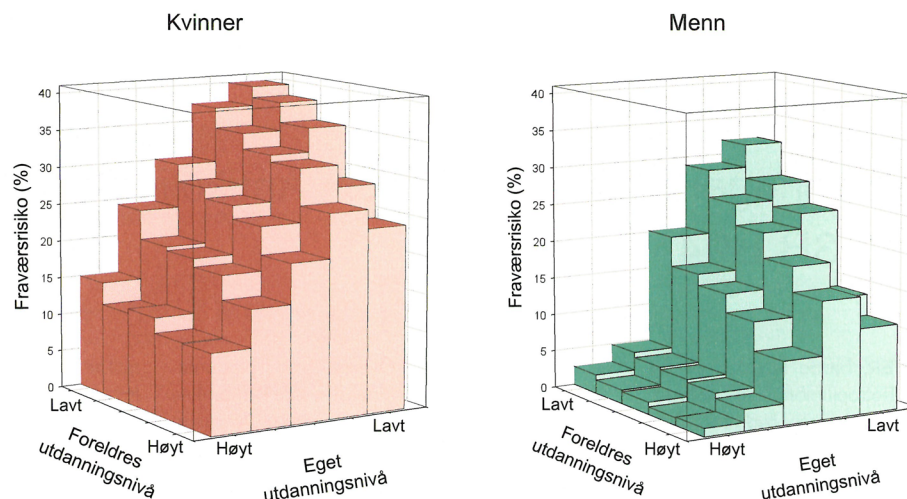
Andel yrkesaktive 28-åringer*, etter utdanning, stønad og kjønn

* Fødte i Norge bosatt i riket i året de fylte 28, og som da var ferdig med utdanning og som ikke hadde uførepensjon



Uførepensjon

Vi har også studert risikofaktorer for å få uførepensjon i løpet av de første årene man er i arbeidslivet (9). I denne studien startet vi oppfølging ved alder 20 år, og et inklusjonskriterium var at deltakerne hadde hatt et minimum av arbeidserfaring før uførepensjoneringen. På denne måten ble f.eks. psykisk utviklingshemmede og multifunksjonshemmede ekskludert, da hensikten med studien var å se på utstøttingsmekanismer fra arbeidslivet. Ca 10 000 personer (1,6 prosent) ble tildelt uførepensjon i løpet av oppfølgingsperioden (ut 2003). Halvparten av disse ble uførepensjonert med en psykisk lidelse. Også for uførepensjonering spilte eget utdanningsnivå en stor rolle. Vi delte materialet i to omtrent like store grupper, de som ikke hadde fullført videregående skole ved 20 års alder og de som hadde fullført (henholdsvis lavt og høyt utdannede). Risikoen for uførepensjonering viste seg å være omtrent fem ganger så høy for lavt utdannede sammenlignet med høyt utdannede. Foreldreutdanning spilte her en mindre rolle, bortsett fra en omvendt gradient hos lavt utdannede menn: blant disse fant vi en økt risiko for uførepensjonering dersom minst en av foreldrene hadde universitetsutdanning. Dette er et kjent fenomen, at det er en sammenheng med en slik nedadgående sosial mobilitet og f.eks. mentale lidelser (10, 11).



FIGUR 3 A OG B.
Foreldres risiko for syke-
fravær pga muskel- og
skjelettlidelse, etter
kategorier av foreldres
og eget utdannings-
nivå, hos henholdsvis
kvinner og menn.

En mulig forklaring på dette er at det har sammenheng med at man ikke lever opp til høye krav og forventninger fra foreldrene. For øvrig fant vi at det var små, men klare effekter på uførerisikoen ved fødselsvekt lavere enn gjennomsnittet, kronisk sykdom som barn, ikke-gifte foreldre og uføre foreldre. Imidlertid forklarte disse faktorene til sammen mindre enn halvparten av hva eget utdanningsnivå alene forklarte.

Konklusjoner

Resultatene viser at barndom og oppvekstvilkår spiller en stor rolle, ikke bare for helse i voksen alder, men også for funksjonsnivået i arbeidslivet. Dette samsvarer godt med internasjonal forskning, for eksempel de britiske fødselskohortene (12), og er et viktig moment å ha med seg i arbeidet for et mer inkluderende arbeidsliv. Røttene til problemene knyttet til et inkluderende arbeidsliv er dype, og skyggene fra barndommen er lange. Dette indikerer at vi som har arbeidsmiljø som anliggende må gå bredt ut og ha innsikt i at mange typer forhold spiller en rolle. Her og nå-tiltak, rettet mot den arbeidende befolkningen, er viktig og har sin verdi, men er ikke tilstrekkelig. Man må for øvrig også ha klart for seg at en livsløpstilnærming til et mer inkluderende arbeidsliv krever langsiktig planlegging og oppfølging og ikke kan forventes å gi kjappe resultater – kanskje de ikke kommer før neste generasjon.

En svakhet med analysene så langt er at vi ikke har hatt tilgang til data om aktuell arbeidssituasjon og arbeidsmiljø. Vi har imidlertid planer om å utvide prosjektet slik at vi kan trekke inn slike forhold, bl.a. med data fra Helseundersøkelsen i Oslo. Slik håper vi å kunne kaste ytterligere lys over sammenhengene mellom kvaliteter i det aktuelle arbeidsmiljøet og funksjonsnivået i arbeidslivet, samtidig som vi tar hensyn til bakgrunnsfaktorene. Vi har også planer om å trekke inn opplysninger fra ytterligere registre, som Forløpsdatabasen Trygd (hvor det bl.a. er opplysninger om sosialhjelp og arbeidsledighetstrygd), Kreftregisteret og Dødsårsaksregisteret. Dette vil gi oss enda

bedre muligheter til å nøste opp i det kompliserte samspillet mellom oppvekstvilkår, arbeidsmiljø og videre skjebne – i vid forstand – i voksenlivet.

Referanser

1. Ben-Shlomo Y, Kuh D. A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *Int J Epidemiol* 2002; 31(2):285–293.
2. Bjerkedal T, Thune O. Grunn- og hjelpetønad til barn – omfang og medisinske årsaker. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1994; 114(17):1941–1945.
3. Bjerkedal T, Kristensen P, Skjeret GA, Brevik JI. Oppfølging av personer som fikk grunnstønad og/eller hjelpetønad som barn. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126(4):436–439.
4. Sundet JM, Barlaug DG, Torjussen TM. The end of the Flynn effect? A study of secular trends in mean intelligence test scores of Norwegian conscripts during half a century. *Intelligence* 2004; 32(4):349–362.
5. Kristensen P, Bjerkedal T, Brevik JI. Long term effects of parental disability: A register based life course follow-up of Norwegians born in 1967–1976. *Norsk Epidemiologi* 2004; 14(1):97–105.
6. Kristensen P, Bjerkedal T, Irgens LM. Early life determinants of musculoskeletal sickness absence in a cohort of Norwegians born in 1967–1976. *Soc Sci Med* 2006; 2007:646–655.
7. Bosma H. Socio-economic differences in health. Are control beliefs fundamental mediators? I: Siegrist J, Marmot M, red. *Social inequalities in health. New evidence and policy implications*. Oxford: Oxford University Press; 2006. 153–166.
8. Kristensen TS. Sickness absence and work strain among Danish slaughterhouse workers: an analysis of absence from work regarded as coping behaviour. *Soc Sci Med* 1991; 32(1):15–27.
9. Gravseth HM, Bjerkedal T, Irgens LM, Aalen OO, Selmer R, Kristensen P. Life course determinants for early disability pension: a follow-up of Norwegian men and women born 1967–1976. *Eur J Epidemiol* 2007; 22(8):533–543.
10. Aro S, Aro H, Keskimäki I. Socio-economic mobility among patients with schizophrenia or major affective disorder. A 17-year retrospective follow-up. *Br J Psychiatry* 1995; 166(6):759–767.
11. Timms D. Gender, social mobility and psychiatric diagnoses. *Soc Sci Med* 1998; 46(9):1235–1247.
12. Kuh DJ, Wadsworth ME, Yusuf EJ. Burden of disability in a post war birth cohort in the UK. *J Epidemiol Community Health* 1994; 48(3):262–269.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
hmg@stami.no / petter.kristensen@stami.no