

Er økonomisk krise ensbetydende med helsekrise – hva forteller forskningen?

Espen Dahl, Anne Grete Tøge, Kristian Heggebø,

Jon Ivar Elstad, John E. Berg og Knut Halvorsen

Espen Dahl, Anne Grete Tøge, Kristian Heggebø og Knut Halvorsen er tilsatt ved Sosialforsk, Høgskolen i Oslo og Akershus, Jon Ivar Elstad har sin hovedstilling ved NOVA og John E. Berg er knyttet til Fakultet for helsefag ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Innledning

Den vestlige verden er rammet av den verste økonomiske krisen siden den store depresjonen i 1930. Den er da også døpt «The Great Recession». Den innværende krisen har manifestert seg blant annet ved boligbobler, konkurser, kredittørke, høy statsgjeld, nedgang i verdiskapningen, og vedvarende høy arbeidsledighet, og i flere land ikke minst skyhøy ungdomsarbeidsledighet. I skrivende stund, fem år etter at krisa startet, har arbeidsledigheten bitt seg fast selv om den økonomiske veksten har bedret seg (OECD 2014a; Winsnes 09.11.2014). Fra mange hold kommer bekymringsmeldinger om krisas sosiale konsekvenser. OECD (2014b:11) har for eksempel uttrykt frykt for uheldige langsiktige helsekonsekvenser av krisa siden arbeidsløshet er kjent for å bidra til en rekke helseproblemer, ikke minst svekket mental helse. Vi har da også sett en oppblomstring av forskningsinteressen for sammenhengene mellom økonomiske kriser og helse.

Denne artikkelen tar for seg denne forskningen om hvordan og i hvilken grad krisa har gitt seg utslag på folkehelsa i europeiske land som er rammet og hvilke sosiale grupper i befolkningen

som eventuelt er blitt rammet. Krisas sammenheng med helse og trivsel («well-being») er en tematikk som i Norge er langt mindre påaktet enn krisas innvirkning på sosiale forhold som massearbeidsledighet og økonomiske fenomener som økt fattigdom og stagnasjon og nedgang i nasjonaløkonomiene (se for eksempel TVF 4-2013). Å rette søkelyset mot helse og dens sosiale fordeling innebærer ikke bare å framheve helse som en samtidig verdi og et viktig aspekt ved trivsel, men også å løfte fram mulige uheldige langtidsvirkninger av helseskadelige forhold, ikke minst for barn og unge.

I utgangspunktet skulle en anta – og konvensjonell visdom skulle tilsi – at økonomiske kriser er skadelig for folkehelsa, men som vi skal se gir ikke historisk helseforskning på økonomiske ned- og oppgangstider entydige funn.

Enkelte hevder at økonomiske kriser er skadelig for folkehelsa. Huijts (2014) skriver:

... Scientific studies suggest that health has also been seriously affected by the recession. Although some beneficial effects ... have been reported ... the consequences for health mostly appear to be harmful.

Flere framtreddende «kriseforskere» som Stuckler, McKee og Suhrke deler i hovedsak dette synet. Men, de anfører en viktig kvalifikasjon: tesen er at det ikke er krisa i seg selv som påvirker helsestilstanden i befolkningen, men den politikken som nasjonalstatene, og internasjonale organisasjoner velger å føre som respons på krisa. Stuckler og Basu (2013:xiv) hevder likefram at «What we have learned is that the real danger to public

health is not recession per se, but austerity». Sparerpolitikk er ikke bare ansett som helseskadelig, men også som uegnet til å bringe økonomien ut av det dødvannet som krisa representerer.

Andre legger for dagen det motsatte synet; økonomiske nedgangstider gagnar folkehelse; det er snarere oppgangstider som er uheldig for folkehelse. En framtrædende eksponent for denne forestillingen er økonomen Ruhm som har levert en rekke artikler om helse og økonomiske fluktasjoner. En artikkel har følgende utvetydige budskap i tittelen: «Good times make you sick» (Ruhm 2003). En senere oppsummeringsartikkel har kort og godt tittelen: «Mortality increases during economic upturns» (Ruhm 2005). Vår lesning av litteraturen viser at det dette er oppfatninger som deles av flere, og kanskje særlig helseøkonomer som i tillegg til Ruhm selv innbefatter sentrale bidragsyttere på feltet som Catalano og Granados.

På bakgrunn av slike motstridende forestillinger er det ganske uvisst hvordan de nåværende nedgangstidene i europeiske land innvirker på befolkningens helse og dens sosiale fordeling.

Teorier og tilnærminger

Hva er det mer spesifikt ved økonomiske kriser som kan påvirke folkehelse og helsas sosiale fordeling? En dominerende, overordnet tilnærming er perspektivet om helsens sosiale determinanter. Kort fortalt inviterer dette perspektivet til å studere hvordan utvalgte levekår og ulike typer helse-relatert atferd påvirkes av økonomiske kriser. Talskvinner for begge leire påberoper seg dette perspektivet, men legger vekt på ulike aspekter ved det. De som argumenterer for at kriser kan være til ugunst for folkehelse fokuserer på arbeidsløshet og frykt for arbeidsløshet, lavere inntekter og forverrede levekår, dårligere ernæring, svekkelse av sosiale sikkerhetsnett, og generell usikkerhet, frykt og stress (Ruckert og Labonté 2014; Stuckler og Basu 2013). De som hevder at kriser kan gagnar folkehelse betoner lavere aktivitet og tempo i arbeidslivet og derfor mindre stress og færre arbeidsulykker, mindre

veitrafikk og dermed færre trafikkuulykker, lavere forbruk av alkohol og tobakk, mindre overspising, og mer tid for sosial kontakt og fysisk aktivitet (Ruhm 2005). Det finnes flere teoretiske perspektiver, men en behandling av disse faller utenfor rammen av denne artikkelen.

Studier av helse og økonomiske kriser spenner vidt i design og metodisk tilnærming. Catalano, Goldman-Mellor, Saxton, Margerison-Zilko, Subbaraman, LeWinn og Anderson (2011) trekker et skille mellom studier på hhv. individnivå og aggregatnivå. Typisk sammenlikner individstudiene helseutfall eller fordeling av risikofaktorer mellom de som eksponeres og de som ikke eksponeres, for eksempel for arbeidsledighet. Individstudiene eksplorerer sammenhengene mellom makroforhold som bruttonasjonalprodukt og individuelle helseutfall, eventuelt for ulike sosiale grupper – makro-/mikrorelasjoner. Aggregatstudiene tar for seg sammenhengene mellom for eksempel endringer i bruttonasjonalprodukt og endringer i dødelighetsratene (såkalte nettoeffekter) i en eller flere populasjoner – makro-/makrorelasjoner. Resultatene fra de to tilnærmingerne divergerer ofte, noe som ved nærmere ettertanke ikke er så overraskende. For eksempel kan det tenkes å være en positiv sammenheng mellom krise og selvvurdert helse på makronivå, samtidig som det er negativ sammenheng mellom krise og selvvurdert helse på mikronivå, for eksempel for de (relativt få) som faktisk er eksponert for arbeidsledighet (Edwards 2008; Suhrcke og Stuckler 2012). Slik gruppespesifikk kunnskap er høyst relevant for hvordan politiske beslutningstakere skal møte økonomiske kriser. Et annet viktig skille går mellom studier som er opptatt av helseutfall som sådan, som totaldødelighet, selvvurdert helse og kronisk sykdom, og studier som retter søkelyset mot utviklingen og eventuelt fordelingen av risikofaktorer for sykdom. Typiske eksempler er helse-relaterte atferder som fysisk aktivitet, røykevaner, alkoholkonsum og spisevaner. Et poeng er at ulike tilnærminger ikke nødvendigvis gir samme resultater. En krise kan samtidig føre til høyere – og mer helseskade-

lig – alkoholkonsum, men mer helsebringende fysisk aktivitet. Det er uvisst hva nettoresultatet for mortalitet og morbiditet blir, og hvor lang tid det tar før ulike typer helseutfall kan observeres.

Et historisk sveip

Historien tilbyr en rekke tilfelle av naturlige eksperimenter som er egnet til å teste ut sammenhengene mellom helse og økonomiske ned- og oppgangstider. Hvilke lærdommer kan vi trekke av disse?

En forskningstilnærming er «casestudier» av land, eller grupper av land som gjennomgår en økonomisk krise. Den store depresjonen er allerede nevnt. Det er interessant – og neppe allment kjent, at dødeligheten fortsatte å synke i USA selv under de verste kriseårene under og etter børskrakket og den store depresjonen tidlig på 1930-tallet (Stuckler og Basu 2013:9). Likevel ble ikke alle rammet likt. Walker (2010:483–486) viser hvordan den store depresjonen gikk hardest utover sårbare grupper som arbeidsimmigranter. Ofte trekkes Russland etter Sovjetunionens fall fram som et skrekkenes eksempel på hvor galt det kan gå med folkehelse under en alvorlig krise. Mellom 1989 og 1994 steg dødelighetsraten med 45 prosent i Russland og forventet levealder falt fra 64 til 58 år blant menn og fra 75 til 71 år blant kvinner (Chen, Wittgenstein og McKeon 1996). Slike hurtige og markante svingninger i dødeligheten har knapt vært observert tidligere i historien. Nedgangen i forventet levealder mellom 20–65 år gjaldt i første rekke voksne menn og kvinner med lav utdanning. For eksempel hadde menn med høy universitetsutdanning en moderat og kortvarig nedgang i dødeligheten rundt 1990. Deretter steg deres levealder raskt, i motsetning til menn med lav utdanning. For dem fortsatte levealderen å falle utover 1990 og 2000 tallet. Dermed økte også ulikheten i levealder mellom utdanningsgruppene dramatisk (Murphy, Bobak, Nicholson, Marmot og Rose 2006). Dette illustrerer med all mulig tydelighet viktigheten av å undersøke hvor sosialt skjevt kriser rammer. Et annet poeng å merke seg er at

en rekke land som var en del av, eller avhengige av, tidligere Sovjetunionen også ble kastet ut i dype økonomiske kriser, men uten at folkehelse tok en på langt nær så alvorlig vending som i Russland (Borowy 2011; Marmot 2004).

Tidlig på 1990 tallet opplevde Sverige og Finland økonomiske nedgangstider. Det var ingen tegn til forverret folkehelse, eller økning av sosioøkonomiske ulikheter i selvrapportert helse (Lahelma, Kivela, Roos, Tuominen, Dahl, Diderichsen, Elstad, Lissau, Lundberg, Rahkonen, Rasmussen og Yngwe 2002). Disse funnene ga opphav til «bufferhypotesen», det forhold at velferdsordningene, som i det store og det hele var intakt under og etter krisa, beskyttet mot krisas ugunstige helsemessige konsekvenser – ikke minst for lavere sosiale lag. Studier av den asiatiske økonomiske krisa sent på 1990 tallet viser bagatellmessige endringer i dødelighetstrendene, men økt forekomst av selvmord i flere land (Chang, Gunnell, Sterne, Lu og Cheng 2009). Sosial ulikhet i dødelighet, mental helse og selvvurdert helse økte i noen asiatiske land, men ikke i andre (Bacigalupe og Escobar-Pujolar 2014:2; Khang, Lynch og Kaplan 2005).

En annen type tilnærming omfatter analyser av hvordan helseutfall samvarierer med mer eller mindre «normale» økonomiske fluktuasjoner og konjunkturer over lengre perioder. Tidligere tidsserieanalyser konkluderte at økonomiske kriser var ledsaget av høyere dødelighet (Brenner 2005). En rekke nyere analyser med bedre metoder, også fra Norge (Haaland og Telle 2015), kommer til stikk motsatte konklusjoner som antydnet innledningsvis: lavkonjunkturer fører til nedgang i dødeligheten, mens høykonjunkturer følges av høyere dødelighet (Ruhm 2005). «Høyere og lavere» refererer i slike tilfelle til «effekter» som avviker fra en langsiktig synkende dødelighetstrend. Dødelighetens såkalte prosykliske variasjon er i første rekke påvist i velstående land (Bezruchka 2009). Dette er således et empirisk funn som bidrar til en tilstøtende debatt om hvorvidt ulikhet i seg selv influerer på folkehelse og påstanden om at det er fordelingen av rik-

dommen snarere enn rikdommen per se som er avgjørende for folkehelsen i den velstående delen av verden. Denne kriselitteraturen fokuserer på mer normale konjunktursyklusler og ikke på dypere kriser ala den store resesjonen. Dette aktualiserer spørsmålet om hvordan økonomisk krise skal defineres og ulike dimensjoner ved økonomiske kriser.

En tredje metodisk tilnærming er meta-studier (systematiske oversikter), ofte av spesifikke helseutfall. Suhrcke, Stuckler, Suk, Desai, Senek, McKee, Tsovala, Basu, Abubakar og Hunter (2011) identifiserte 37 studier av økonomiske kriser og forekomsten av infeksjonssykdommer. 30 av disse viste en sammenheng mellom nedgangstider og forverring av utfall av infeksjonssykdommer. Et par oversikter konkluderer at økonomiske kriser og arbeidsledighet fører til dårligere mental helse blant annet i form av selvmord, depresjon, og angst (Paul og Moser 2009; Uutela 2010). Dødelighet er et annet mye studert utfall. Metastudien til Falagas, Vouloumanou, Mavros og Karageorgopoulos (2009) viser at dødeligheten øker i mindre velstående land under økonomiske kriser, mens den faller trendmessig i rike land med utbygde velferdsordninger. En oversiktsartikkel over fødselsutfall og kriser konkluderte at påstander om en sammenheng mellom økonomiske nedgangstider og fødselsvekt, spedbarnsdødelighet og sekundær kjønnsratio (tallforholdet mellom gutter og jenter ved fødsel i en populasjon) «forblir spekulative» (Zilko 2010:465). Catalano mfl. (2011) foretok en omfattende meta-analyse av en rekke helseutfall. De konkluderte med at uønskete jobb – og økonomiske erfaringer som følger i kjølvannet av økonomiske kriser øker risikoen for psykisk og atferdsrelatert sykkelighet, mens evidensen spriker for somatisk sykkelighet.

Kort sagt er de historiske erfaringene sprikende, uoversiktlige og motsetningsfulle. Det er åpenbart forskjell på kriser, på trekk ved det samfunnet de finner sted i, og på hvordan de håndteres politisk. Sist, men ikke minst spiller

åpenbart forskningsmetodene en rolle. Vi kommer tilbake til dette mot slutten av artikkelen.

Den nåværende krisas anatomi

Den nåværende resesjonen startet som en finanskrise, men har etter hvert utviklet seg til en dyp og vedvarende fiskal og økonomisk krise. I dag, mer enn fem år etter at krisa inntraff, er bruttonasjonalproduktet i OECD-området fremdeles lavere enn det var før krisa (OECD 2014b:11). OECD (2014b) påpeker at finanskrise som rammet globalt i 2007–08 i løpet av fem år har utviklet seg til en sosial krise ved å true mange menneskers jobbsikkerhet, inntektsgrunnlag og levekår. Et kjennetegn ved utviklingen den senere tid er at selv om mange land har gjenfunnet den økonomiske veksten, er arbeidsledigheten gjenstridig. De fleste land opplever nå «jobless growth» og nedgang i arbeidslønningene (OECD 2014b:18). OECD anslår at i OECD-området er om lag 48 millioner mennesker på jakt etter jobb – en økning på 15 millioner siden 2007. Men noen land er som kjent verre hjemsøkt enn andre. Blant de hardest rammede nasjonene er, foruten Hellas, Irland, Spania, Irland, Island, Italia, Kypros og Ungarn. Men krisa rammer også sosialt skjevt. Ikke uventet kommer lavinntektsgруппene dårlig ut, sammen med lavt utdannede, unge mennesker og familier med barn (OECD 2014b:11). En studie av data fra Luxembourg Income Study (LIS) viser at velferdsstater av alle typer har bidratt til å kompensere for arbeidsløses bortfall av arbeidsinntekter, men at mange land har sviktet spesielt overfor lavinntektstakere: De fattigste 20 prosent led de største tapene i disponibel inntekt under kriseårene 2007–2010 (Baird 2012). Dette illustrerer at det er spesielt viktig å studere krisas implikasjoner for helsetilstanden i ulike sosiale lag.

Metode: «scoping review»

Formålet med denne litteraturoversikten er å gi et innblikk i de siste årenes forskning på sammenhengen mellom krisetilstandene i de rike landene, folkehelsas utvikling, og ikke minst

hvordan, eller hvorvidt, ulike sosiale grupper er affisert. Av forskjellige grunner har ikke formålet vært å utarbeide en uttømmende systematisk forskningsoversikt ala Cochrane – eller Campbell review (www.cochrane.org, <http://www.campbellcollaboration.org/>). Vi har gjennomført en såkalt «scoping review» snarere enn en komplett, systematisk og syntetiserende litteraturoversikt. Det er ingen omforent forståelse av hva en scoping oversiktsstudie er. Vår «scoping studie» er en litteraturstudie som er en mindre omfattende, foreløpig og eksplorerende kartlegging av forskningslitteraturen på et område. Den dekker empiriske funn og i tillegg sentrale begreper og teorier som er brukt i litteraturen (Levac, Colquhoun og O'Brien 2010). For oss er en slik kartlegging spesielt viktig for å identifisere kunnskapshull og dermed avsløre hvor ny forskning trengs.

Vi har søkt i databasene Pubmed og Academic Search Premier for perioden 2009 fram til desember 2014. Vi har brukt søkeord som health, economic crisis, recession og downturn. I tillegg har vi gjennomført litteraturlistene i de ferskeste artiklene, herunder flere oversiktsartikler, og sjekket de siste årgangene av utvalgte sentrale tidsskrifter som Social Science and Medicine, Journal of Epidemiology and Community Health, European Journal of Public Health og International Journal of Equity in Health. Vi har videre vært i dialog med forskere og forskningsmiljøer fra flere europeiske land, ikke minst de som er hardest rammet, det vil si Irland og sør-europeiske land. Søkene ble ikke avgrenset til europeiske land, men det er kun funn fra europeiske land som rapporteres tabellarisk her. I tabellen vår inngår empiriske, kun fagfelleverderte studier som har tatt for seg europeiske land samt komparative empiriske studier som inkluderer europeiske land.

Resultater av litteraturgjennomgangen

Vi har laget en tabell (som er tilgjengelig her: www.hioa.no/sosialforsk/artikkel_helsekrise) der vi gjengir utvalgt nøkkelinformasjon fra

vår litteraturgjennomgang. Tabellen inneholder resultater fra 46 studier som er publisert siden 2009. Siden vi har gjort en scoping review kan vi ikke utelukke at enkelte arbeider har unnsloppet. Selv om vi ikke kan hevde at litteraturoversikten er uttømmende, gir den likevel en god pekepinn på hva som karakteriserer forskningen på feltet og hvilke sammenhenger mellom innneværende krise og (ulikhet i) helse som er dokumentert.

Resultatene i tabellen

kan oppsummeres i fem hovedpunkter:

For det første viser den at det er stort mangfold i forskningstilnæringer langs flere dimensjoner; de varierer etter design, analysemetoder, bruk av sosioøkonomisk indikator, valg av helseutfall med videre. Dette kan betraktes som en styrke, men er også unektelig en svakhet fordi det gjør det vanskelig å sammenlikne resultater på tvers av studier og land. Det er for eksempel ikke lett å vite om forskjeller mellom land skyldes faktiske forhold eller bruk av ulike forskningsmessige tilnæringer.

For det andre ser vi at noen land er kraftig overrepresentert i materialet av nasjonsbaserte studier, mens andre glimrer med sitt fravær. England, Hellas, Italia og Spania er godt representert. Av hardt rammede land er for eksempel Portugal helt fraværende. Fra Irland foreligger kun tre studier. Fra Norden er bare Sverige og Finland representert, og fra kontinental-Europa finner vi bare Tyskland. Dette betyr at en skal være ytterst varsom med å trekke bombastiske slutninger om hvordan dagens krise har rammet europeiske land generelt. Materialet dekker i hovedsak land som er hardt eller relativt hardt rammet av krisa, og resultatene må tolkes i lys av dette.

For det tredje, de komparative studiene av mange land (studie 1–5) fokuserer på dødelighet og utvalgte dødsårsaker. Disse studiene bekrefter langt på vei de historiske kriseerfaringene: Totaldødeligheten fortsetter å falle under den nåværende krisa, slik Granados (2014) konkluderer:

In European countries in general and especially in those most affected by the crisis, general mortality has continued to decrease.

Samtidig øker selvmordsratene og de øker med økt ledighet, og er mindre når de offentlige utgiftene til sosiale formål er mer omfattende. Som påvist for tidligere kriser, reduseres dødsulykker i trafikken også under den nåværende krise.

For det fjerde, de 45 studiene som analyserer sammenhengen mellom innværende krise og folkehelseutfall rapporterer ofte mer enn ett funn. Av disse funnene underbygger langt de fleste (30) hypotesen om at krise er forbundet med dårligere helse eller usunnere helseatferd. Det gjelder ikke nødvendigvis alle befolkningskategorier, men er ofte avgrenset, for eksempel til kun menn. Likevel foreligger også positive funn, at krise er knyttet til bedre helse eller helserelatert atferd. Disse 8 funnene dreier seg i det alt vesentlige om sunnere helseatferd, redusert alkoholkonsum, mindre røyking, og mer fysisk aktivitet. Det er 14 funn som indikerer uendret helse eller helserelatert atferd. Kategorien «ingen endringer» innbefatter også ubrutte trender.

Det femte hovedtrekket er at helseulikhetene øker under krise. Kun et mindretall, 17 av 46 studier, gir informasjon om hvordan krise er assosiert med utviklingen av sosial ulikhet, indikert ved sysselsettingsstatus, utdanning, klasse, inntekt og lokalsamfunnsdeprivasjon, i helse. Flere av disse 17 studiene rapporterer mer enn ett funn. 13 funn bekrefter at ulikhetene øker ved at krise faller sammen med høyere forekomster av helseproblemer eller usunne helsevaner i lavere sosiale lag. I 13 tilfelle påvises ingen signifikant endringer i den sosiale fordelingen. I enkelte tilfeller (4) dokumenteres mindre helseulikheter under krise. Vi vil drøfte detaljene i dette nedenfor og kommentere tabellen under fem overskrifter. (Tallene i parentesene refererer til nummereringen av studiene i tabellen).

Variasjoner i helseutfall og kort- og langsiktige effekter

En problemstilling er knyttet til hvor raskt helseeffekter av en krise manifesterer seg og blir målbar. Når det gjelder dagens krise er den såpass fersk at det så langt kun har vært mulig å måle korttidseffekter over maksimalt en håndfull år. Det er òg mulig at langtidseffekter ikke vil oppetre før om en generasjon siden de belastninger og påkjenninger som små barn blir utsatt for i dag ikke blir manifeste før de blir voksne, jf. livsløpsperspektivet og tesen om biologisk programmering (Barker 1994). Videre er dette et spørsmål som ikke kan vurderes uavhengig av hva slags helserisiko eller helseutfall det er snakk om. Endringer i utfall som mental helse, for eksempel angst og depresjon, og selvvurdert helse, vil kunne observeres mer umiddelbart enn for eksempel kreft og andre somatiske sykdommer som kan ha en latenstid på flere tiår. En analyse av data fra Ungarn viser for eksempel at dødsfall forårsaket av selvmord topper seg 4–5 år etter at arbeidsløsheten har nådd toppen (Fountoulakis, Gonda, Dome, Theodorakis og Rihmer 2014). Det er også mulig at det tar noe tid før totaldødeligheten slutter å falle og begynner å stige slik det er antydning til i Hellas fra 2011 til 2012, det siste året med offentliggjorte dødelighetstall (studie 20).

Når dette er sagt synes det å avtegne seg noen temmelig klare mønstre av krisas korttidseffekter. Forekomsten av problemer som indikerer dårlig mental helse, som selvmord, selvmordstanker og depresjon øker under krise mens andre helsemål, herunder generell prematur dødelighet, er lite affisert og ser ut til å fortsette sin nedadgående trend. Videre er det enkelte dødsårsaker som klart faller under krise. Trafikkulykker er en slik dødsårsak.

Kjennetegn ved krise

En annen viktig faktor er hva som kjennetegner krise, hvor hurtig den inntreffer, hvor lenge den varer, om den er finansiell, fiskal, eller allment økonomisk, og i hvilken grad den berører den

økonomiske veksten og/eller arbeidsledigheten. En enkel inndeling av landene etter hvor hardt de er rammet – målt med nedgang i BNP eller arbeidsledighet – gir imidlertid få holdepunkter for å vurdere dette spørsmålet, blant annet fordi mange land mangler. Imidlertid viser Stuckler, Basu, Suhrcke, Coutts og McKee (2009) at krisas alvorlighetsgrad, målt med økning i arbeidsledighetsraten i perioden 1970–2007 i EU er assosiert med utvalgte dødelighetsutfall. En stor oppgang i arbeidsledigheten (3 % versus 1 %) ledsages av langt høyere selvmordsrate, drapsrate og i tillegg forhøyet dødelighet knyttet til alkoholbruk. I denne sammenheng er en komparativ studie av den nåværende krisa interessant. Den sammenlikner endringer i selvvurdert helse i Hellas og Polen og argumenterer for at Polen er et kontrafaktisk krisetilfelle, noe som nok kan diskuteres. Forfatterne viser at utviklingen av selvvurdert helse i Hellas er klart mer ugunstig i Hellas enn i Polen (14).

Velferdsordningenes rolle

Et viktig spørsmål er hvilke mekanismer som eventuelt leder fra krise til uheldige helseutfall. Her antas velferdsordningenes utforming å spille en viktig rolle. Helseforskere som studerte helsekonsekvensene av nedgangstidene i Sverige og Finland tidlig på 1990-tallet var opptatt av dette og lanserte bufferhypotesen som forklaring på at økonomisk nedgang ikke var forbundet med dårligere helse, eller større helseforskjeller i årene som fulgte (Lahelma mfl. 2002). En case-studie av Russland og Cuba etter Sovjetunionens kollaps illustrerer også denne problemstillingen. Begge land ble kastet ut i dype økonomiske kriser. Som nevnt falt levealderen dramatisk i Sovjet, mens folkehelsen i Cuba stort sett var uberørt av krisa. Borowy (2011:1497) argumenterer for at ulik politisk respons langt på vei var avgjørende: «... political decisions go far to explain the difference».

For å skille mellom effektene av krise per se og effektene av den politikken som føres, ville et potent design være å gruppere land etter disse

to dimensjonene. En test på politikkenes betydning, ville være å se på helsekonsekvensene i to land (eller to grupper av land) som er rammet om lag like hardt økonomisk, for eksempel målt med reduksjon i bruttonasjonalproduktet, men der det ene landet fører en raus og støttende politikk mens det andre fører en hardhendt innstrammingspolitikk. Det er imidlertid vanskelig, om ikke umulig å finne land som tilfredsstillende et slikt metodekrav. Grunnen er at det er en sterk sammenheng mellom hvor hardt krisa har rammet og hvilken krisepolitikk som landene fører. OECD (2014b) viser at de land som er hardest rammet (målt i nedgang i BNP eller økt arbeidsledighet) samtidig også fører en streng sparepolitikk, og omvendt, noe som neppe er særlig overraskende. Dette innebærer at det er vanskelig å skille betydningen av krise som sådan fra betydningen av krisehåndteringspolitikken. Vi må derfor nøye oss med det nest beste.

Et interessant par av land er Island og Hellas. Begge ble hardt rammet økonomisk, om enn ikke like hardt. Den politiske håndteringen av krisa er imidlertid svært forskjellig. Hellas har gjennomgått en langt kraftigere hestekur i form av en streng, og påtvunget, sparepolitikk enn Island. Pålitelige sammenlikninger av studier fra de to landene er vanskelige å foreta, men som tabellen vår viser er flere helseparametere forverret også på Island, for eksempel høyere forekomst av hypertensjon (26). I Hellas er den nedadgående trenden i hjerte- og kardødelighet brutt under krisa (19). I Hellas rapporteres både en økning (16) og en reduksjon av helseforskjeller (15). På Island har inntektsulikhet i selvvurdert helse tiltatt blant menn, men er uendret blant kvinner. Til tross for at Island har ført en mer human krisehåndteringspolitikk enn Hellas, er det også her tegn til dårligere folkehelse og større helseforskjeller.

Nyere analyser bekrefter imidlertid at velferdsordningene kan innta en helsebeskyttende rolle. Det er påvist at negative effekter av arbeidsledighet på selvmord modereres av hvor mye som brukes på aktiv arbeidsmarkedspoli-

tikk i europeiske land (Stuckler mfl. 2009); jo mer europeiske land bruker på sosiale utgifter, men ikke helsetjenesteutgifter, jo lavere er totaldødeligheten (Stuckler, Basu og McKee 2010). Tilsvarende er også vist i OECD-området: utgifter til sosiale formål er negativt korrelert med selvmord, spesielt i land som gjennomgår en sosial krise (Park, Kim, Kwon og Shin 2009). En undersøkelse som har studert graden av generøsitet i arbeidsløshetsstrygden mellom amerikanske delstater over tid viser også at effekten av arbeidsledighet på selvmordsraten motvirkes av raise ytelser til arbeidsløse (Cylus, Glymour og Avendano 2014). Alt i alt støtter disse analysene forestillingen om at velferdsordningene fungerer som helsebeskyttende buffer når land rammes av økonomiske kriser.

Folkehelse eller helseulikheter?

Det er stor mangel på studier som fokuserer spesielt på ulikhet i helse og hvordan vanskeligstilte grupper klarer seg. Det er selvsagt fullt mulig at en krise bedrer folkehelsen i stort, men svekker helsen til sårbare grupper. Det er tegn til at økonomiske krisetilstander kan virke positivt for helsen til bedrestilte, men negativt for vanskeligere stilte grupper (Edwards 2008). I en oversiktsartikkel framholder Marmot, Bloomer og Goldblatt (2013:19–20):

The impact of the economic crisis on health through its social determinants has the greatest effect on disadvantaged, low income households as they are more vulnerable to falls in income and are more likely to suffer the employment effects of an economic crisis.

I så fall vil økonomiske kriser bidra til en forsterkning og utvidelse av langsiktige trender kjennetegnet av økende sosiale helseforskjeller. Dette resonnementet er plausibelt, men hvis en også trekker inn for eksempel nedgang i røyking og større muligheter for mer fysisk aktivitet er «nettoresultatet» mindre opplagt. En fersk litteraturoversikt har spesielt saumfart sammenhen-

gene mellom inneværende krise og helseulikheter i Europa. Forfatterne identifiserte 7 studier, 3 fra England og 4 fra Spania. De konkluderer med at det ikke er noen økning i ulikhet i helse i England. I Spania finner de økte sosiale forskjeller i mental sykkelighet, helserelatert livskvalitet blant barn, perinatale helseutfall og i menns mentale helse (Bacigalupe og Escobar-Pujolar 2014:2).

Hva forteller vår tabell om dette? Som nevnt rapporteres ofte en økning av helseforskjellene, men det er også noen tegn til en reduksjon av helseulikheterne, som mindre utdanningsforskjeller i depresjon i Hellas (15). En skal imidlertid være oppmerksom på at denne utjevningen skyldes høyere forekomst av depresjon blant de velutdannede. I lys av politiske likhetsmålsettinger er denne typen utjevning knapt ønskelig. Det er som nevnt også et anselig antall funn som ikke viser noen signifikante endringer i helseulikheter som i Litauen (12), Hellas (18) og Island (25). De studiene som har tatt for seg helseulikheter er ofte spørreundersøkelser og har derfor mindre statistisk styrke enn ønskelig for å gi robuste estimater på endringer over tid mellom ulike sosiale lag (25).

Det er ikke nødvendigvis overensstemmelse mellom utfall for folkehelse og utfall for helseulikheter. En forbedring av folkehelsen kan falle sammen med en økning i helseulikheterne, noe som har vært en normal trend i flere europeiske land de siste årene når det gjelder dødelighet. Men det kan selvsagt også være omvendt: en folkehelseforverring kan finne sted samtidig som helseulikheterne reduseres. Dette ser vi for eksempel i Hellas (15 og 16): Høyere forekomst av depresjon, selvmordstanker og selvmordsforsøk opptrer sammen med mindre utdanningsforskjeller i disse indikatorene på mental helse, men samtidig øker forskjellene mellom arbeidsledige og yrkesaktive (gjelder kun selvmordstanker og -forsøk).

Forskningsmetoder og design

Som det er lett å se av tabellen vår, har vi langt mer omfattende kunnskap om krisas virkninger

på folkehelse enn virkningene på helseulikhet og hvordan vanskeligstilte og sårbare grupper kommer ut. Det er også klart at forskningsfeltet byr på et mangfold av forskningsdesign og statistiske metoder. Dette gjør sammenligninger på tvers av undersøkelser vanskelig.

Enkelte design er åpenbart mer robuste enn andre. Som det framgår av vår tabell består en rekke studier av to tverrsnittundersøkelser, ofte fra før og under krise. Et slikt design gir ikke mulighet for å kunne si, med en tilfredsstillende grad av sikkerhet, om en endring skyldes krise, andre ytre sjokk, eller om den er uttrykk for en langsiktig trend.

Mange av individstudiene er basert på surveyundersøkelser som er gjennomført på ulike utvalg en gang før og en gang under krise. I tillegg til problemet nevnt ovenfor, skaper en slik tilnærming vanskeligheter med å tolke endringer i helse-estimer for spesifikke, ofte flyktige grupper som «fattige», eller «arbeidsledige». Det er minst to tolkninger av slike før-etter estimater: endringene kan skyldes kausaleffekter av krise, eller de kan skyldes endret sammensetning av den aktuelle sosiale kategorien. Det er sannsynlig at når arbeidsledigheten øker, så endrer sammensetningen av de arbeidsledige seg i en positiv retning, og omvendt, men dette er noe som må fastslås empirisk. Helsemessige endringer i mer permanente sosiale kategorier som utdanningsgrupper eller yrkesklasser er imidlertid mindre sårbare for slike komposisjonseffekter.

De mange aggregatstudiene er sårbare for kritikk av typen økologisk feilslutning (Catalano mfl. 2011; Janlert 2009; Zivin, Paczkowski og Galea 2011). I de tilfellene funn fra individstudier avviker fra aggregatstudiene, kan det skyldes denne svakheten. Men det kan også skyldes at de to tilnærmingene egentlig besvarer ulike spørsmål. Individstudier av for eksempel helsekonsekvenser av opplevd eksponering for arbeidsledighet i et samfunn preget av økonomisk krise, dreier seg om noe annet enn hvordan en økonomisk krise henger sammen med et folkehelseproblem. En krise kan påvirke førstnevnte

uten å påvirke sistnevnte, for eksempel ved at (relativt få) arbeidsledige oppviser høyere risiko for dårlig mental helse, men uten at det kommer til uttrykk på befolkningsnivå og vise versa, for eksempel ved at krise øker selvmordstilbøyeligheten for yrkesaktive og ledige like mye på grunn av utbredt usikkerhet i hele befolkningen (Janlert 2009).

Avsluttende betraktninger

Bildet av sammenhengen mellom «den store rejesjonen» og folkehelse er sammensatt, og det er fortsatt mye som er uklart. Vår gjennomgang av 46 europeiske studier, som i hovedsak omfatter land som er hardt truffet av krise, viser som regel en forverring i folkehelse. Spesielt gjelder dette ulike indikatorer på mental helse og selv-vurdert helse. Enkelte helserelaterte vaner, som eksempelvis røyking, viser imidlertid en gunstig utvikling under krise. Mange av funnene fra i alt 17 studier indikerer også en økning av sosiale ulikheter i helse, men like mange antyder uendrede helseforskjeller. Det er også noen enkeltstående funn av mindre sosiale helseforskjeller i krisetider.

Det er behov for flere robuste studier av hvordan kriser påvirker vanskeligstilte grupper og sosiale ulikheter i helse. Strengt tatt er det få studier som eksplisitt studerer hvordan krise influerer på sosiale helseforskjeller og som anvender mer sofistikerte metoder som er godt tilpasset slike problemstillinger. Studie 28 i tabellen er et sjeldent og godt eksempel på en studie spesielt designet for å analysere inntektsulikhet i selv-vurdert helse før og under krise på Island.

Undersøkelsene av den krise vi er inne i har av naturlige grunner fokus på korttidseffekter. Det er viktig at forskningen også bidrar til innsikt om langtidseffekter, og dessuten overvåker utviklingen over lengre tid. Spesielt er dette et poeng om en er interessert i om og i hvilken grad velferdsordningene fungerer som en buffer mot krisers potensielle helskadelige konsekvenser, ikke minst for barn og unge. Mangfold i forskningstilnærming og i valg av helseutfall kan

betraktes som en styrke, men vanskeliggjør sammenligninger av resultater mellom land og på tvers av tilnærminger.

Endelig er det behov for teori som kan hjelpe oss å forstå under hvilke tidshorisonter og under hvilke sosiale, politiske og økonomiske omstendigheter en økonomisk krise skaper alvorlige folkehelseproblemer. Perspektivet om helsens sosiale determinanter synes å være fremherskende på feltet, men det er mer et rammeverk enn en teori som kan forklare de komplekse sammenhengene vi finner mellom økonomisk krise og helse. Dette sambandet er, som vi har sett, langt fra entydig. Alt kommer an på. Et annet gjennomgående trekk er at den generelle dødeligheten fortsetter å falle også under den nåværende krisa. Perspektivet om helsens sosiale determinanter ser ut til implisere en prediksjon om reversibilitet: Om kvalitet og nivå på de sosiale determinantene svekkes på grunn av økonomisk krise, så vil folkehelsestilstanden få et tilbakeslag. Dette gjelder også for sosial ulikhet i helse: Om den sosiale fordelingen av de sosiale helsedeterminantene blir mer ulik, vil helseulikhetene øke. Som vi har sett, er det ikke nødvendigvis samsvar mellom slike forventninger og empiriske funn. Ofte er folkehelse situasjonen – målt for eksempel som forventet levealder – forbausende stabil og motstandsdyktig mot kriser, den nåværende inkludert. Dette kan henge sammen med at sunnere helseatferd oppveier mulige helseskadelige virkninger, men det kan også være at antakelsen om reversibilitet hviler på sviktende forutsetninger. Teorien om «assets for health» kan være til hjelp her (Murray og Chen 1993). Teorien retter oppmerksomheten mot materielle ressurser og infrastruktur som skoler, sykehus og sanitærsystem, mot etablerte kunnskaper og ferdigheter og mot sosiale institusjoner. I tillegg vektlegges rutinserte sosiale praksiser, handlingssett, og måter å forholde seg til hverandre på. Folkehelse tilstanden generelt er ikke grunnlagt på hva som har skjedd nylig, men på en akkumulert oppbygning av ulikeartete helserelevante ressurser over en historisk periode der tidsmålestokken sjelden er et år, men gjerne tiår, og endog hundreår. Ifølge

dette synssettet vil ikke fluktuasjoner i arbeidsledighet fra år til annet skape merkbar bevegelse i folkehelse situasjonen. Når et samfunn en gang har bygd opp slike «assets for health», skal det mer til enn en økonomisk krise ala «den store resesjonen» for å ryste folkehelsen (ibid.).

Litteratur

- Bacigalupe, A. og A. Escolar-Pujolar (2014) The impact of economic crises on social inequalities in health: What do we know so far?, *International Journal for Equity in Health*, 13(1):1–6. doi:10.1186/1475-9276-13-52.
- Baird, K. (2012) Class in the classroom: the relationship between school resources and math performance among low socioeconomic status students in 19 rich countries, *Education economics*, 20(5, (12)):484–509.
- Barker, D.J.P. (1994) *Mothers, babies, and disease in later life*, London: BMJ.
- Bezruchka, S. (2009) The effect of economic recession on population health, *Canadian Medical Association Journal*, 181(5):281–285.
- Borowy, I. (2011) Similar but different: health and economic crisis in 1990s Cuba and Russia, *Social Science & Medicine*, 72(9):1489–1498.
- Brenner, M.H. (2005) Commentary: Economic growth is the basis of mortality rate decline in the 20th century – experience of the United States 1901–2000, *International Journal of Epidemiology*, 34(6):1214–1221.
- Catalano, R., S. Goldman-Mellor, K. Saxton, C. Margerison-Zilko, M. Subbaraman, K. Le Winn og E. Anderson (2011) The health effects of economic decline, *Annual Review of Public Health*, 32.
- Chang, S., D. Gunnell, J. Sterne, T. Lu og A. Cheng (2009) Was the economic crisis 1997–1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? *A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand*, 68(7):1322–1331.
- Chen, L.C., F. Wittgenstein og E. McKeon (1996) The upsurge of mortality in Russia: causes and policy implications, *Population and Development Review*, 22(3):517–530.

- Cylus, J., M. M. Glymour og M. Avendano (2014) Do generous unemployment benefit programs reduce suicide rates? A state fixed-effect analysis covering 1968–2008, *Am J Epidemiol*, 180(1): 45–52. doi:10.1093/aje/kwu106.
- Edwards, R. (2008) Who is hurt by procyclical mortality?, *Social Science & Medicine*, 67(12):2051–2058. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socsci-med.2008.09.032>.
- Falagas, M.E., E.K. Vouloumanou, M.N. Mavros og D.E. Karageorgopoulos (2009) Economic crises and mortality: a review of the literature, *International Journal of Clinical Practice*, 63(8):1128–1135. doi:10.1111/j.1742-1241.2009.02124.x.
- Fountoulakis, K., X. Gonda, P. Dome, P. Theodorakis og Z. Rihmer (2014) Possible delayed effect of unemployment on suicidal rates: the case of Hungary, *Annals of General Psychiatry*, 13(1):12.
- Haaland, V.F. og K. Telle (2015) Pro-cyclical mortality across socioeconomic groups and health status, *Journal of health economics*, 39(0): 248–258. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2014.08.005>.
- Huijts, T. (2014) Recession and health in Europe. Invitation to Pre-organized session, 15th conference European Society of Health and Medical Sociology, Helsinki.
- Janlert, U. (2009) Economic crisis, unemployment and public health, *Scandinavian Journal of Public Health*, 37:783–784.
- Khang, Y., J. Lynch og G. Kaplan (2005) Impact of economic crisis on cause-specific mortality in South Korea, *Int J Epidemiol*, 34: 1291–1301.
- Lahelma, E., K. Kivela, E. Roos, T. Tuominen, E. Dahl, F. Diderichsen, J. Elstad, I. Lissau, O. Lundberg, O. Rahkonen, N. Rasmussen og M.A. Yngwe (2002) Analysing changes of health inequalities in the Nordic welfare states, *Soc. Sci. Med.*, 55(4):609–625.
- Levac, D., H. Colquhoun og K. K. O'Brien (2010) Scoping studies: Advancing the methodology, *Implementation Science*, 5(1):1–9. doi:10.1186/1748-5908-5-69
- Marmot, M. (2004) *The status syndrome: how social standing affects our health and longevity*, New York: Times Books.
- Marmot, M., E. Bloomer og P. Goldblatt (2013) The role of social determinants in tackling health objectives in a context of economic crisis, *Public Health Reviews*, 35(1):1–24.
- Murphy, M., M. Bobak, A. Nicholson, M. Marmot og R. Rose (2006) The widening gap in mortality by educational level in the Russian Federation, 1980–2001, *American Journal of Public Health*, 96(7): 1293–1299. doi:10.2105/AJPH.2004.056929.
- Murray, C.J.L. og L.C. Chen (1993) In search of a contemporary theory for understanding mortality change, *Social Science & Medicine* 36:143–155.
- OECD (2014a) *Mortality and life expectancy*, 05.01.2015: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/7/76/Mortality_and_life_expectancy_statistics_YB2014.xlsx.
- OECD (2014b) *Society at a Glance 2014*: OECD Publishing.
- Park, Y., M.H. Kim, S. Kwon og Y.J. Shin (2009) [The association between public social expenditure and suicides: evidence from OECD countries], *J Prev Med Public Health*, 42(2):123–129. doi:10.3961/jpmph.2009.42.2.123.
- Paul, K.I. og K. Moser (2009) Unemployment impairs mental health: Meta-analyses, *Journal of Vocational Behavior*, 74(3):264–282. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvb.2009.01.001>.
- Ruckert, A. og R. Labonté (2014) The global financial crisis and health equity: Early experiences from Canada, *Globalization & Health*, 10(1):1–21. doi:10.1186/1744-8603-10-2.
- Ruhm, C.J. (2003) Good times make you sick, *Journal of health economics*, 22(4):637–658. doi:10.1016/S0167-6296(03)00041-9.
- Ruhm, C. J. (2005) Commentary: Mortality increases during economic upturns, *International Journal of Epidemiology*, 34(6):1206–1211. doi:10.1093/ije/dyi143.
- Stuckler, D. og S. Basu (2013) *The body economic: why austerity kills: recessions, budget battles, and the politics of life and death*, New York: Basic Books.
- Stuckler, D., S. Basu og M. McKee (2010) Budget crises, health and social welfare programmes, *BMJ* 341, 10 July: 77–79.

- Stuckler, D., S. Basu, M. Suhrcke, A. Coutts og M. McKee (2009) The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis, *The Lancet*, 374(9686):315–323.
- Suhrcke, M. og D. Stuckler (2012) Will the recession be bad for our health? It depends, *Soc Sci Med.*, 74(5):647–653. doi:10.1016/j.socsci-med.2011.12.011.
- Suhrcke, M., D. Stuckler, J.E. Suk, M. Desai, M. Senek, M. McKee, S. Tsovala, S. Basu, I. Abubakar og P. Hunter (2011) The impact of economic crises on communicable disease transmission and control: a systematic review of the evidence, *PLoS One*, 6(6):1–12.
- Uutela, A. (2010) Economic crisis and mental health, *Curr Opin Psychiatry*, 23(2):127–130. doi:10.1097/YCO.0b013e328336657d.
- Walker, K. (2010) Historical perspectives on economic crises and Health, *The Historical Journal*, 53(02):477–494.
- Winsnes, E. (9.11.2014) Venter fortsatt på soloppgangen, *Aftenposten Økonomimagasinet*: 10.
- Zilko, C.E. (2010) Economic contraction and birth outcomes: an integrative review, *Hum Reprod Update*, 16(4):445–458. doi:10.1093/humupd/dmp059
- Zivin, K., M. Paczkowski og S. Galea (2011) Economic downturns and population mental health: research findings, gaps, challenges and priorities, *Psychological medicine*, 41(07):1343–1348.

En samlet oversikt over litteratur som ligger til grunn for studien finnes her: www.hioa.no/sosialforsk/artikkel_helsekrise?

Artikkelen er en del av et større prosjekt om krise og helse ved HiOA. Prosjektet er finansiert av programmet Strategiske høgskoleprosjekter, Norges forskningsråd (prosjektnummer 221037).