

Helse, helseatferd og livsløp

*Marijke Veenstra
Ivar Andreas Lima
Svein Olav Daatland*

RAPPORT
NR 3/09

Helse, helseatferd og livsløp

Resultater fra LOGG og NorLag

MARIJKE VEENSTRA
IVAR ANDREAS LIMA
SVEIN OLAV DAATLAND

Norsk institutt for forskning om
oppvekst, velferd og aldring

NOVA Rapport 3/2009

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) ble opprettet i 1996 og er et statlig forvaltningsorgan med særskilte fullmakter. Instituttet er administrativt underlagt Kunnskapsdepartementet (KD).

Instituttet har som formål å drive forskning og utviklingsarbeid som kan bidra til økt kunnskap om sosiale forhold og endringsprosesser. Instituttet skal fokusere på problemstillinger om livsløp, levekår og livskvalitet, samt velferds-samfunnets tiltak og tjenester.

Instituttet har et særlig ansvar for å

- utføre forskning om sosiale problemer, offentlige tjenester og overføringsordninger
- ivareta og videreutvikle forskning om familie, barn og unge og deres oppvekstvilkår
- ivareta og videreutvikle forskning, forsøks- og utviklingsarbeid med særlig vekt på utsatte grupper og barnevernets temaer, målgrupper og organisering
- ivareta og videreutvikle gerontologisk forskning og forsøksvirksomhet, herunder også gerontologien som tverrfaglig vitenskap

Instituttet skal sammenholde innsikt fra ulike fagområder for å belyse problemene i et helhetlig og tverrfaglig perspektiv.

© Norsk institutt for forskning om oppvekst,
velferd og aldring (NOVA) 2009
NOVA – Norwegian Social Research
ISBN 978-82-7894-298-7
ISSN 0808-5013

Illustrasjonsfoto:	© Ingram Publishing
Desktop:	Torhild Sager
Trykk:	Allkopi

Henvendelser vedrørende publikasjoner kan rettes til:

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
Munthesgt. 29 · Postboks 3223 Elisenberg · 0208 Oslo

Telefon: 22 54 12 00
Telefaks: 22 54 12 01
Nettadresse: <http://www.nova.no>

Forord

Aldringen av befolkningen og endringer av familiemønstre og sosiale verdier reiser nye utfordringer til utviklingen av bærekraftige helse- og omsorgstjenester for årene framover. Dette er noe av bakgrunnen for at helse og helseatferd, hjelpebehov og omsorgsformer er viktige temaer i NOVAs forskning omkring aldring og livsløp. Den foreliggende rapporten er én av to fra delprosjektet LOGG Helse og omsorg, som ble finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet for å tilrettelegge datamaterialet, beskrive dagens mønstre og identifisere problemstillinger for videre forskning. Delprosjektet følges videre opp gjennom prosjektene The Norwegian Life-course, Ageing and Generation Panel Study og Population ageing and long-term care: The family-welfare state balance revisited, som startet i 2009 med finansiering fra Norges forskningsråd.

Til grunn for rapportene ligger to landsdekkende studier som er finansiert av Norges forskningsråd. Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (NorLAG) er en longitudinell studie, der første runde av datainnsamlingen (NorLAG-1) ble gjennomført i 2002–2003 med ca. 5 500 personer i alderen 40–79 år. De samme personer inngikk i datainnsamlingen for Studien av livsløp, generasjon og kjønn (LOGG) i 2007–2008 og utgjør andre runde av NorLAG (NorLAG-2). LOGG er et samarbeid mellom NOVA og Statistisk sentralbyrå og utvider materialet til å inkludere befolkningen i alderen 18–84 år, med et netto utvalg på ca. 15 100 som dekker hele landet. LOGG er på sin side første runde av det norske bidraget til den FN-baserte Generations and Gender Survey (GGS).

Vi takker spesielt Helse- og omsorgsdepartementet for finansieringen av det aktuelle delprosjektet og Norges forskningsråd for finansieringen av NorLAG og LOGG. En særlig takk til masterstudent Lars Roar Frøyland for iherdig og kompetent innsats i redigeringen av tabeller og figurer og til Torhild Sager for layout og teknisk redigering av rapportene. Sist, men ikke

minst, takker vi kolleger i prosjektene for å være den gode jord som forskning kan gro opp av. Takk også til kollega Aksel Hatland som har vært kritisk leser og bidratt til kvalitetssikring av rapporten. Ingen av disse kan kritiseres for det som måtte gjenstå av feil eller svakheter. De står forfatterne selv for.

Oslo, mars 2009

Marijke Veenstra

Ivar Andreas Lima

Svein Olav Daatland

Innhold

Tabell og figurregister	6
Sammendrag	9
1 Innledning	15
1.1 Livsløp, aldring og kohort	16
1.2 Problemstillinger	20
1.3 Om LOGG/NorLAG	23
1.4 Sentrale begreper og variabler	25
1.5 Årsakssammenhenger	31
2 Alder og sosiale helsevariasjoner	33
2.1 Allmenntilstand	33
2.2 Psykiske plager	36
2.3 Funksjonsevne	40
2.4 Helse og varig begrenset funksjon	47
2.5 Diskusjon	53
3 Alder og sosiale variasjoner i helseatferd	57
3.1 Tobakksbruk	57
3.2 Fysisk aktivitet	60
3.3 Alkoholforbruk	62
3.4 Bruk av helsetjenester og medikamenter	64
3.5 Fedme	70
3.6 Helseatferd og helse	73
3.7 Diskusjon	83
4 Hva betyr sosiale forhold i barndommen for helse og helseatferd?	85
4.1 Perspektiv og tidligere forskning	86
4.2 Aldersvariasjoner i de uavhengige variablene	88
4.3 Utdanningsbakgrunn er knyttet til fysisk helse og helseatferd, men ikke til angstplager	91
4.4 Skilsmisse har sammenheng med angstplager og røyking	98
4.5 De med skoleproblemer har oftere helseproblemer	102
4.6 Diskusjon	107
Summary	111
Referanser	115
Appendiks: Tabellgrunnlag	121

Tabell og figurregister:

BOKSER:

Boks 1.1 Oversikt over spørsmålene innenfor tre helsedomener i LOGG/NorLAG	26
Boks 1.2 Mål på helseatferd i LOGG/NorLAG.....	28
Boks 1.3. Spørsmål om problemer i oppveksten.	31

TABELLER:

Tabell 1.1 Utdanningsnivå etter kjønn og alder. Antall og andeler (vektet).	30
Tabell 2.1a. Egenvurdert helse, depressive symptomer og gangfunksjon blant menn med og uten begrenset funksjon, etter alder. Andeler.	49
Tabell 2.1b. Egenvurdert helse, depressive symptomer og gangfunksjon blant kvinner med og uten begrenset funksjon, etter alder. Andeler.....	49
Tabell 4.1 Fars utdanning, foreldre skilt i barndommen og problemer med å følge med på skolen. Ti-års aldersintervall. I prosent. Uvektet.	88
Tabell 4.2 Oversikt over sammenhengene mellom sosiale forhold i barndommen og helse i voksen alder. K i parentes betyr at effekten kun gjelder for kvinner.	107

FIGURER:

Figur 1. Andel med langvarige helseproblemer, begrenset funksjon eller negative helsevurderinger, etter kjønn og alder.....	33
Figur 2. Utdanningsforskjeller i andel menn og kvinner med negative helsevurderinger, etter alder.....	35
Figur 3. Utdanningsforskjeller i andel med begrenset funksjon for menn og kvinner etter alder.....	35
Figur 4. Andel med depressive symptomer eller angst blant menn og kvinner etter alder.....	37
Figur 5. Utdanningsforskjeller i depressive symptomer for menn og kvinner etter alder.....	38
Figur 6. Utdanningsforskjeller i angst for menn og kvinner etter alder.....	39
Figur 7. Andel med nedsatt gangfunksjon, nedsatt syn, nedsatt hørsel eller nedsatt fysisk funksjon blant menn og kvinner 40 år og eldre, etter alder.....	40
Figur 8. Andel med hjelpe- (IADL) og pleiebehov (ADL) blant menn og kvinner, etter alder.....	42
Figur 9. Utdanningsforskjeller i andel med nedsatt hørsel blant menn og kvinner 40 år og eldre, etter alder.....	43
Figur 10. Utdanningsforskjeller i andel med nedsatt gangfunksjon blant menn og kvinner 40 år og eldre, etter alder.....	44
Figur 11 Utdanningsforskjeller i andel med nedsatt fysisk funksjon blant menn og kvinner 40 år og eldre, etter alder.....	45
Figur 12. Utdanningsforskjeller i andel med hjelpebehov (IADL) blant menn og kvinner, etter alder.....	45
Figur 13. Utdanningsforskjeller i negative helsevurderinger blant menn og kvinner med begrenset funksjon; etter alder.....	51
Figur 14. Utdanningsforskjeller i andel med depressive symptomer blant menn og kvinner med begrenset funksjon; etter alder.....	52
Figur 15. Utdanningsforskjeller i andel med nedsatt gangfunksjon blant menn og kvinner med begrenset funksjon; etter alder.....	53
Figur 16. Bruk av sigaretter og snus, etter kjønn og alder.....	58
Figur 17. Utdanningsforskjeller i andel som røyker daglig, etter kjønn og alder.....	59

Figur 18. Andel som ukentlig trener innendørs, utendørs og mosjonerer til andpusten, etter kjønn og alder.....	60
Figur 19. Utdanningsforskjeller i andel som ukentlig eller oftere trener innendørs, etter kjønn og alder.....	61
Figur 20. Alkoholforbruk, etter kjønn og alder..	63
Figur 21. Utdanningsforskjeller i andel med middels alkoholforbruk. Menn og kvinner i ulike aldersgrupper.....	63
Figur 22. Andel som i løpet av det siste året har vært hos psykolog, tannlege, lege eller har vært innlagt på sykehus, for menn og kvinner etter alder..	65
Figur 23. Utdanningsforskjeller i andel som har vært hos tannlege i løpet av det siste året, etter kjønn og alder..	67
Figur 24. Utdanningsforskjeller i andel som har vært innlagt i sykehuset i løpet av det siste året, etter kjønn og alder..	67
Figur 25. Medikamentbruk den siste måned blant menn og kvinner etter alder..	68
Figur 26. Utdanningsforskjeller i andel som har brukt sterke smertestillende midler den siste måned, etter kjønn og alder..	69
Figur 27. Utdanningsforskjeller i andel som har brukt sovemedisin den siste måned, etter kjønn og alder.....	70
Figur 28. Andel menn og kvinner med fedme i ulike aldersgrupper.....	71
Figur 29. Utdanningsforskjeller i andel med fedme, etter kjønn og alder.....	72
Figur 30. Andel dagligrøykere blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper, etter begrenset funksjon..	74
Figur 31. Andel dagligrøykere blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper, etter depressive symptomer..	74
Figur 32. Andel dagligrøykere blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper, etter gangfunksjon..	75
Figur 33. Andel med middels alkoholforbruk blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper, etter langvarige helsebegrensninger.....	76
Figur 34. Andel med middels alkoholforbruk blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper; etter depressive symptomer.....	76
Figur 35. Andel med middels alkoholforbruk blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper; etter gangfunksjon. Prosenten.....	77
Figur 36. Andel som trener ukentlig innendørs blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper, etter langvarige helsebegrensninger.....	77
Figur 37. Andel som ukentlig trener innendørs blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper, etter depressive symptomer.....	78
Figur 38. Andel som ukentlig trener innendørs blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper, etter nedsatt gangfunksjon.....	79
Figur 39. Andel som har vært hos legen i løpet av de siste 12 månedene blant personer med og uten langvarige helsebegrensninger, etter kjønn og alder..	79
Figur 40. Andel som har vært hos legen i løpet av de siste 12 månedene blant personer med og uten depressive symptomer, etter kjønn og alder.....	80
Figur 41. Andel som har vært hos legen i løpet av de siste 12 månedene blant personer med og uten nedsatt gangfunksjon, etter kjønn og alder.....	80
Figur 42. Andel med fedme (KMI \geq 30) blant personer med og uten langvarige helsebegrensninger, etter kjønn og alder.....	81
Figur 43. Andel med fedme (KMI \geq 30) blant personer med og uten depressive symptomer, etter kjønn og alder.....	81
Figur 44. Andel med fedme (KMI \geq 30) blant personer med og uten nedsatt gangfunksjon, etter kjønn og alder.....	82
Figur 45. Forskjeller i andelen som opplevde skilsmisse i barndommen etter fars utdanning.....	90

Figur 46. Forskjeller i andelen med problemer med å følge med på skolen etter fars utdanning.	91
Figur 47. Forskjeller i andelen med nedsatt fysisk funksjonsevne etter fars utdanning.....	92
Figur 48. Forskjeller i andelen med angstplager etter fars utdanning blant menn og kvinner	93
Figur 49. Forskjeller i andel dagligrøykere etter fars utdanning. Etter kjønn og alder.	94
Figur 50. Forskjeller i andelen med fedme (KMI > 30) ut fra fars utdanning etter kjønn og alder.	95
Figur 51. Forskjeller mellom skilsmissebarn og andre i andelen med nedsatt fysisk funksjon i voksenalder.....	98
Figur 52. Forskjeller mellom skilsmissebarn og andre i andelen med angstplager.	99
Figur 53. Forskjeller i andelen dagligrøykere mellom skilsmissebarn og andre.	100
Figur 54. Forskjeller i andelen med fedme (KMI > 30) mellom skilsmissebarn og andre.	101
Figur 55. Forskjeller i andelen med nedsatt fysisk funksjon blant de med skoleproblemer i forhold til andre.....	103
Figur 56. Forskjeller i andelen med angstplager blant de med skoleproblemer i forhold til andre.	104
Figur 57. Forskjeller i andelen dagligrøykere blant de med skoleproblemer i forhold til andre.	105
Figur 58. Forskjeller i fedme blant dem med og uten skoleproblemer etter alder og kjønn.	106

Sammendrag

Bakgrunnen for denne rapporten er en ny og landsdekkende undersøkelse om livsløp, generasjon og kjønn (LOGG/NorLAG). LOGG/NorLAG er en kobling av Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (NorLAG) og Studien av livsløp, generasjon og kjønn (LOGG). Utvalget til denne rapporten består av 10 570 personer som har svart på telefonintervju og det postale spørreskjemaet. Tilnærmingen i undersøkelsen er å samle informasjon om individer med særlig vekt på sentrale overganger i livet. I denne rapporten beskriver vi sosiale forskjeller i helse og helseatferd i ulike aldre, og analysene styres av et livsløpsperspektiv. Dette perspektivet vektlegger tidsaspektet i forhold til helse og helseatferd enten det handler om aldring, livsfase eller kohorter. Rapporten gir en første beskrivende analyse av helse og helseatferd for ulike sosiale grupper og aldersgrupper, og resultatene brukes som en pekepinn for videre arbeid med materialet, blant annet longitudinelle analyser. Kapittel 1 presenterer bakgrunnen for rapporten og problemstillingene. I kapittel 2 ser vi nærmere på sosiale variasjoner i helse og funksjonsevne. Kapittel 3 tar for seg sosial variasjon i helseatferd og sammenhengen mellom ulike typer helsesvikt og helseatferd. I kapittel 4 ser vi nærmere på noen av de mest grunnleggende årsaksfaktorer for sosial ulikhet i helse og helseatferd, nemlig sosiale forhold i barndommen.

Alder og sosial ulikhet i helse (kapittel 2)

Helsa varierer med sosial status: Jo høyere sosial status desto færre helseproblemer. Et spørsmål som har fått stor oppmerksomhet i det siste er om sosiale helseforskjeller minsker eller øker med alderen. Ulike helsedomener kan imidlertid vise ulike sosiale forskjeller og kan antyde ulike følger for framtidig bruk av tjenester. I denne rapporten viser vi at utdanningsforskjeller i helse er til dels store og knyttet til både livsfase og kjønn. Hvor sterk tilknytningen er vil variere etter hvilket helsedomene en ser på: allmenntilstand, psykiske plager eller funksjonsevne.

Utdanningsforskjeller i allmenntilstand og funksjonsevne er størst midt i livet, noe som peker på betydningen av akkumulering av ugunstige omstendigheter. I aldersgruppen 50–59 år er det 45 prosent av kvinnene med lav utdanning som oppgir nedsatt fysisk funksjon, mens dette gjelder 20 prosent blant dem med utdanning på høyskole- eller universitetsnivå. Utdanningsforskjeller i psykiske plager er derimot størst blant yngre aldersgrupper. Det kan tyde på økt betydning av utdanning for mental helse blant yngre kohorter, og spesielt for kvinner. Alt i alt er det 37 prosent av unge kvinner med lav utdanning som oppgir depressive symptomer, mot 16 prosent av dem med høy utdanning. Et viktig spørsmål er om disse store sosiale forskjellene i depresjon vil vedvare når denne gruppen blir eldre, eller om dette er et livsløpsfenomen slik at forskjellene vil svekkes over tid.

Svekkelsen i allmenntilstanden med stigende alder viser en utflating blant de eldste, men det kan skyldes selektivt frafall blant de med dårlig helse. Eller det kan skyldes at de eldste tolker spørsmålet ut fra egne forventninger til helse, og svarer mer positivt fordi helsen er bedre enn ventet. Svarene på spørsmål om allmenntilstand påvirkes av forventninger, og er slik sett relative, siden forventninger til egen helse kan variere mellom kohorter og mellom sosiale grupper innenfor samme kohort. Slike generelle helse mål er allikevel viktige for å drøfte hva som påvirker etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester. Funksjonsevne er det helsedomenet som i størst grad påvirker behov for helse- og omsorgstjenester, spesielt blant de eldste. Resultatene i denne rapporten kan tyde på en utsatt sykkelighet blant høyt utdannede når det gjelder funksjonsevne, og dermed også et utsatt behov for tjenester for denne gruppen.

En av tre personer i aldersspennet 18–67 år har et varig helseproblem, og for halvparten av disse virker helseproblemene begrensende på hverdagen. Utdanningsforskjeller blant dem med varige helsebegrensninger er noe mindre tydelig. Høy utdanning synes allikevel å beskytte også dem som har fått varige helsebegrensninger tidlig i livet. Disse funn er i tråd med tidligere undersøkelser blant funksjonshemmede. Varige helsebegrensninger i ung alder (18–67 år) kjennetegnes i stor grad av psykiske plager, mens nedsatt fysisk funksjonsevne er mer vanlig blant de eldre.

Alder og sosial ulikhet i helseatferd (kapittel 3)

Også helseatferd varierer med sosial status. Flere studier har vist at røyking og fysisk inaktivitet er mer utbredt i grupper med lavere utdanning, mens alkoholforbruket er noe høyere blant dem som har høy utdanning. Helseatferd endres gjennom livet, og endringene kan variere med alder og livsfase. Dette er et tema som så langt har vært viet lite oppmerksomhet, og som vi gjør rede for i denne rapporten. Fordi helseatferd preger helse, og fordi sykdomsforebyggende og helsefremmede tiltak søker å påvirke helseatferd, er kunnskap om utdanningsforskjeller i ulike aldre viktig.

Funnene i denne rapporten understreker at helseatferd er sterkt knyttet til alder og livsfase. Med økende alder stiger forbruk av medikamenter, noe som kanskje først og fremst er en konsekvens av aldring. Imidlertid er det økende og forholdsvis store kjønns- og utdanningsforskjeller med stigende alder, for eksempel i bruk av smertestillende eller sovemedisiner. I aldersspennet 50–66 år er det 31 prosent av kvinnene med lavest utdanning, og kun 12 prosent av kvinnene med høy utdanning, som bruker sterke smertestillende midler. Mønsteret er delvis et resultat av sosiale forskjeller i helse og funksjonsevne, men i tillegg kan det gjenspeile ulike livsstiler blant høyt og lavt utdannede i denne fase av livet.

Etter fylte 50 år oppstår det utdanningsforskjeller både hva jevnlig bruk av alkohol og tannlegebesøk angår. Flere med høy utdanning drikker jevnlig i forhold til de med lav utdanning, mens færre lavt utdannede går til tannlegen hvert år. Resultatene avdekker to forskjellige risikogrupper: For det første, eldre høyt utdannede kvinner som er i en fase av livet hvor det drikkes mye alkohol. For det andre, en gruppe eldre lavt utdannede menn som går sjelden til tannlege.

I aldersspennet 30–49 år finner vi de største utdanningsforskjeller i dagligrøyking. Her er det hele 30 prosentpoeng forskjell mellom de med utdanning på høyeste og laveste nivå. Helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak har spesielt lagt vekt på røyking og fysisk aktivitet. Utdanningsforskjellene i denne rapporten kan tilsi at slike tiltak i større grad bør tilpasses lavt utdannede unge og middelaldrende voksne.

Helsetilstanden utgjør en viktig faktor for å være fysisk aktiv, spesielt blant yngre (under 67 år). Også sammenhengen mellom helsesvikt og dagligrøyking, fedme, samt forbruk av helsetjenester er sterkere blant yngre

enn eldre. Årsakssammenhengen kan gå begge veier. Fordi vi lever lengre, er det viktig at helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak fortsatt har fokus på helseatferd i yrkesaktiv alder. Konsekvenser av ugunstig helseatferd akkumuleres over tid og blir som oftest tydelig først senere i livet.

Betydning av sosiale forhold i barndommen for helse og helseatferd (kapittel 4)

I kapittel 4 ser vi på hvordan sosiale forhold i barndommen henger sammen med helse og helseatferd i voksen alder, nærmere bestemt: angst, fysisk funksjonsevne, dagligrøyking og fedme. Hvordan barndommen påvirker helse i voksen alder er sentralt i et livsløpsperspektiv, samtidig som det er et felt som det er forsket lite på i Norge.

Våre resultater tyder på at skilsmisse i barndommen spiller en negativ rolle for helse og helseatferd i voksen alder, selv med kontroll for egen utdanning. Skilsmissebarna har noe større risiko for angstplager og for å røyke i voksen alder. Sammenhengen mellom dagligrøyking og det å være skilsmissebarn viste seg å være sterkere for menn enn for kvinner. Blant menn i alderen 18–29 år som er skilsmissebarn, er det 24 prosent som røyker, mot 13 prosent blant de som ikke er skilsmissebarn i samme aldersgruppe. Dette antyder hvordan ugunstige forhold henger sammen over livsløpet. I de yngste kohortene har barn av lavt utdannede foreldre både større risiko for å oppleve samlivsbrudd mellom foreldrene, og større sannsynlighet for å ende opp med lav utdanning. Disse to faktorene til sammen øker risikoen for angstplager i voksen alder betydelig. Det viste seg imidlertid at det ikke er en sammenheng mellom angstplager og det å være skilsmissebarn blant de som har far med høyere utdanning. Helsekonsekvenser av skilsmisse bør derfor sees i sammenheng med foreldrenes utdanningsnivå.

Vi fant også en klar sosial gradient da vi så på sammenhengen mellom fars utdanning og helse og helseatferd. Blant de som har vokst opp med en lavt utdannet far, er det flere som har fysiske begrensninger, flere som røyker og flere med fedme i forhold til de som har en høyt utdannet far. Sammenhengen mellom fars utdanning på den ene side, og dagligrøyking og fedmeproblemer på den andre, var betydelig sterkere for kvinner enn for menn. Blant kvinner i alderen 30–39 år var det for eksempel 23 prosent med

fedmeproblemer blant kvinner med en lavt utdannet far, mot 9 prosent blant de med en far med høyere utdanning. Sammenhengen med fysisk funksjon var derimot omtrent lik for begge kjønn. Men når det gjelder fysisk funksjon og røyking fant vi at sammenhengen med fars utdanning i hovedsak skyldes at fars utdanning påvirker egen utdanning, og at det er egen utdanning som betyr klart mest for disse målene. Det indikerer at fars utdanning bare har en indirekte effekt på helse og helseatferd i voksen alder. Substansielt sett tyder det på at den norske velferdsstaten i hovedsak lykkes i å hindre at ugunstige faktorer knyttet til familiebakgrunn blir viktig for helsa og helseatferd i voksen alder. Fedme ser derimot ut til å være unntaket.

Når det gjelder fedme blant kvinner betyr fars utdanning noe mer enn egen utdanning. I et livsløpsperspektiv betyr det at risikoen for fedme akkumuleres blant kvinner med lavt utdannede fedre. Det at fars utdanning viser seg å ha en sterk direkte sammenheng med fedme i voksen alder blant kvinner, er et viktig funn, spesielt i lys av forskning som viser at vi er inne i en periode med økende fedmeproblemer i befolkningen. Det økende fedme-problemet rammer med andre ord sosialt skjevt. Grunnlaget for skjevhetene blir sannsynligvis dannet i barndommen og ungdomstida, og forsterkes gjennom livsløpet.

Problemer med å følge med på skolen har en negativ sammenheng med alle de fire helsemålene, og sammenhengen er særlig sterk med tre av dem: fysiske begrensninger, angstplager og dagligrøyking. Også når det gjelder sammenhengen mellom helse og skoleproblemer er den svak eller ikke-eksisterende blant de eldste, med unntak av sammenhengen med angstplager der vi også fant en sammenheng for aldersspennet 60–79 år. Her er våre funn imidlertid forbundet med metodiske utfordringer. Spørsmålet om skoleproblemer ble stilt generelt, noe som gjør det usikkert hva som egentlig ligger bak et positivt svar. I tillegg er det et problem med slike retrospektive spørsmål at forhold i nåtiden kan påvirke hvordan en husker fortiden. Det kan for eksempel tenkes at de som sliter med problemer i livet nå, har lettere for å huske at de hadde problemer med å følge med på skolen, og at en slik effekt skaper kunstig sterke sammenhenger med helseproblemer. Vi konkluderer med at den sterke sammenhengen mellom problemer med å følge med på skolen og ulike helse mål antyder at dette er en viktig faktor som bør studeres nærmere i fremtidige undersøkelser.

1 Innledning

Bakgrunnen for denne rapporten er en ny og landsdekkende undersøkelse om Livsløp, generasjon og kjønn (LOGG/NorLAG). I denne rapporten tar vi sikte på å beskrive sosial variasjon i helse og helseatferd i ulike aldersgrupper og vurdere betydningen av oppvekstvilkår. Bedre levekår og sunnere helseatferd er viktige forebyggende og helsefremmende tiltak i en politikk som ønsker å legge til rette for flere leveår med god helse og en utjevning av sosiale helseforskjeller. Analysene av variasjoner i helse og helseatferd, og av de mekanismer som former dem, gir dermed viktige innspill til politikk-områder som aktiv aldring, nedbygging av funksjonshemmede barrierer, framtidige omsorgsutfordringer, og utjevning av sosiale helseforskjeller.

Studiens omfang gjør det mulig å beskrive sammensatte kjønns-, utdannings- og aldersforskjeller i helse og helseatferd. En annen styrke ved LOGG/NorLAG er at den inneholder et bredt utvalg av helsemål. Dermed kan studien bidra til økt innsikt i hvorvidt sosiale variasjoner er de samme for ulike helsedomener.

Sosiale variasjoner i helse og helseatferd

Helsa til den norske befolkningen er gjennomgående god og levealderen er blant de høyeste i verden (Statistisk sentralbyrå, 2007a; Waaler, Hofoss, & Grøtvedt, 2003). Likevel har over halvparten av befolkningen over 45 år en eller annen form for varig sykdom eller skade (Statistisk sentralbyrå, 2005). Som oftest er det først i høy alder at helsa eller funksjonsevnen svikter i en grad som gjør det vanskelig å klare seg selv. I noen tilfeller er det imidlertid en medfødt sykdom eller helseproblem; andre erverver seg en varig sykdom eller skade i yngre år. Mange av disse klarer seg i jobb og hjem og lever et langt liv. Likevel er helserelevante problemer den viktigste grunn til at mennesker faller tidlig ut av arbeidsmarkedet (OECD, 2006).

Det er med andre ord ganske normalt å være «syk» i relativt ung alder. Helsa varierer imidlertid med sosial status. Jo høyere sosial status desto færre helseproblemer (Elstad, 2008; Folkehelseinstituttet, 2007; Sosial- og helse-

direktoratet, 2005). Utjevning av sosiale helseforskjeller er begrunnet i at alle bør kunne nå sitt fulle helsepotensial og ingen bør hindres av sin sosial status eller av andre sosiale forhold (Whitehead & Dahlgren, 2006). Økende velstand, og et godt utbygd og i det vesentlige gratis helsevesen skulle tilsi at den sosiale ulikheten i helse blir mindre. En rapport fra Folkehelseinstituttet konkluderer derimot med at befolkningen har fått bedre helse, men at den sosiale ulikhet i helse har blitt større (Folkehelseinstituttet, 2003, s. 11).

Et spørsmål som har fått stor oppmerksomhet i det siste er om sosiale helseforskjeller minker eller øker med alderen. Ulike helsedomener kan imidlertid vise ulike sosiale forskjeller og kan antyde ulike følger for framtidig bruk av tjenester (Parker & Thorslund, 2007). Hvorvidt forskjellige helsedomener viser de samme sosiale mønstre med økende alder er foreløpig uvisst og er ett av spørsmålene som denne rapporten kan gi svar på.

Helse henger sammen med helseatferd. Verdens helseorganisasjon (WHO) anslår at åtte av ti hjerteinfarkt, ni av ti tilfeller av type 2-diabetes og over tre av ti krefttilfeller, kan knyttes til helseatferd og kan dermed forebygges med endringer i kosthold, fysisk aktivitet og røyking (WHO, 2002). Ugunstig helseatferd er altså en vesentlig årsak til helseproblemer tidlig i livet og til for tidlig død. Helseatferd fortsetter å være viktig for helse også i høy alder (WHO, 2002a). Hvorvidt ulike typer helsesvikt henger sammen med ulik helseatferd ser vi nærmere på i denne rapporten. Helseatferd varierer også med sosial status. Røyking og fysisk inaktivitet er for eksempel mer utbredt i grupper med lavere utdanning, mens alkoholforbruket er noe høyere blant dem som har høy utdanning (Folkehelseinstituttet, 2007). Helseatferd endres gjennom livet, og endringene kan variere med alder og livsfase. Dette er et tema som så langt har vært viet lite oppmerksomhet, og som vi gjør rede for i denne rapporten.

1.1 Livsløp, aldring og kohort

Tilnærmingen i LOGG/NorLAG er å samle informasjon om individer med særlig vekt på sentrale overganger i livet. Dermed styres analysene av sosiale forskjeller i helse og helseatferd av et livsløpsperspektiv. Livsløp dreier seg om hvordan livets gang blir strukturert (Daatland & Solem, 2000; Frønes & Brusdal, 2005; Smith & Gerstorf, 2006). På den ene siden omfatter begrepet

biologisk basert livssyklus (aldring). På den annen siden blir livet organisert av historiske og sosiale forhold.

Vi snakker om aldring når noen forandrer seg fordi de blir eldre, eller når samfunnsmessig forandring skyldes endringer i alderssammensetningen (Frønes & Brusdal, 2005). Ulike sosiale klasser eller grupper har ulike livsløp basert på ulikhet i kultur og ressurser. Generasjoner eller kohorter har ulike livsløp ut fra sin posisjon i den historiske utviklingen. I befolkningsstudier defineres kohort ofte som en gruppe mennesker som har det til felles at de er født i samme tidsperiode. En kohort av mennesker deler derfor mange erfaringer fra barndom og oppvekst; erfaringer som kan prege dem livet ut.

Aldersspennet i denne rapporten går fra 18 til 79 år. Personer i de eldste kohorter vokste opp da Norge var et av de fattigere landene i Europa, mens personer i yngre kohorter vokste opp med økende velstand og med en godt utbygd velferdsstat. Dermed er det store forskjeller i oppvekstvilkår blant de eldste og yngste i materialet. Aldersspennet omfatter også ulike epoker, nærmere bestemt overgangen fra industrisamfunnet til dagens post-industrielle samfunn. Spesielt viktig for denne rapporten er forskjellene i yrkesstrukturen, og i utdanningens betydning for arbeidsmarkedet som kjennetegner de ulike epokene.

De eldste var barn i de harde trettiåra, med høy arbeidsledighet og en dårlig utbygd velferdsstat og helsevesen. I det tiåret var det opp mot 15 prosent som måtte gå på forsorgen for å klare seg, en form for offentlig hjelp som historikeren Even Lange beskriver som «en ydmykende og nødtørftig hjelp til å opprettholde livet» (Lange, 1998, s. 14). Hele 40 prosent av befolkningen jobbet fortsatt i primærnæringene jordbruk, skogbruk og fiske. Utdanningsstrukturen var mindre enhetlig enn i dag, og preget av en kort obligatorisk grunnutdanning i form av sjuårig folkeskole. Det var tilstrekkelig for innpass på arbeidsmarkedet, gjerne som ufaglært arbeider i industrien. Dette innebærer at det er mye mindre variasjon i utdanningsnivå i de eldste kohorter i denne rapporten. For eksempel har de fleste kvinner født 1938 og tidligere en utdanning bare på grunnskolenivå.

I perioden fra 70-tallet har det vært en sterk nedgang i andelen av befolkningen som jobber i industrien, mens næringene som har vokst mest er helse- og sosialtjenester og forretningsmessig tjenesteyting og eiendomsdrift.

De som vokste opp på 50- og 60-tallet, og som er i sekstiårene i dag, er blant de som Frønes og Brusdal (Frønes & Brusdal, 2005) betegner som de «friske unge eldre». Mange av disse har hatt en sykdomsfri barndom, preget av god ernæring, og få av disse vil være fysisk utslitt når de blir pensjonert. Menn i denne kohorten har ofte høyere utdanning enn kvinner. I denne rapporten skal vi se at andelen som er «friske unge eldre» varierer til dels kraftig med kjønn og utdanningsnivå samt med hvilket helse mål en ser på.

Fra 70-tallet og frem til i dag har den materielle levestandarden blitt kraftig bedret, velferdsstaten og spesielt helsevesenet har blitt videre utbygget. I dag er det stadig færre som jobber med tungt fysisk arbeid. Vanligere er det med jobber som krever stabil og god psykisk helse og høy utdanning. I det postindustrielle samfunnet er den obligatoriske skolegangen blitt mye lengre, og 13-årig skole er blitt det normale. De som ikke har fullført videregående opplæring er dermed å regne som «drop-out». Blant disse er det i dag flere som sliter med å komme inn på arbeidsmarkedet (Frønes & Brusdal, 2000, s. 31). Dette perspektivet retter oppmerksomheten mot økt betydning av utdanning og mulig marginalisering av de som ikke fullfører videregående skole i de yngre aldersgrupper. I tillegg til utdanningsnivå har også innholdet i høyere utdanning endret seg over tid. Slike kohortforskjeller er viktig å ha i bakhodet når en sammenligner utdanningens innvirkning på helse og helseatferd i ulike aldersgrupper. Spesielt kvinner har vært gjennom en «utdanningsrevolusjon», og dermed har utdanningsforskjeller mellom menn og kvinner fra yngre kohorter blitt nesten borte.

I tverrsnittsundersøkelser vil det ikke være mulig rent empirisk å skille mellom kohort- og livsløpseffekter. Underveis vil vi likevel bruke teoretiske resonnering for å diskutere både livsløps- og kohortforskjeller der det er aktuelt. Resultatene vil dermed gi en pekepinn for videre analyser av kohort- og livsløpseffekter med longitudinelle data fra LOGG/NorLAG.

Livsløp og sosial ulikhet i helse

Livsløpsperspektivet identifiserer kritiske perioder og akkumulering av risiko som viktige mekanismer for å studere utvikling av helseproblemer (Ben-Shlomo & Kuh, 2002; WHO, 2007). Kritiske perioder er også kjent som biologisk programmering og innebærer at en del av forutsetningene for

framtidig helse og sykdom allerede fastlegges i perioden som foster. I noen tilfeller er det imidlertid forhold senere i livsløpet som kan dempe eller forandre betydningen av kritiske perioder. For eksempel er sammenhengen mellom høyt blodtrykk og lav fødselsvekt spesielt sterk for personer med fedme i barndommen. Helsesvikt er dermed også i stor grad et resultat av akkumulering av uheldige omstendigheter og miljøfaktorer som i sum adderer seg opp til en større og større risiko (Dannefer, 2003; Elstad, 2005; Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Det kan dreie seg om vanskelige materielle kår som barn, kombinert med etablering av uheldig helseatferd, som følges av skadelige arbeidsmiljøer med forurensninger, slitasje og ulykkesrisiko, og dessuten psykososialt stress på grunn av manglende trygghet og slitsomme livshendelser. På samme måte finnes det gunstige livsløp der de positive faktorene eksisterer sammen og kanskje forsterker hverandre. I følge denne teorien øker sosial variasjon med stigende alder (Ross & Wu, 1996).

Forskning viser at sosiale forhold og sosioøkonomisk posisjon i barndommen påvirker helse og helseatferd i voksen alder (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 57–59). Dårlige oppvekstvilkår kan medføre større belastninger fra mange ulike områder gjennom hele livsløpet: ugunstige eksponeringer henger sammen i klynger (Blane, 1999; Elstad, 2008). I litteraturen er det vanlig å skille mellom stieffekter på den ene siden og latente effekter på den andre (Elstad, 2005). Med stieffekter menes erfaringer fra barndommen som påvirker helse i voksen alder indirekte gjennom at de påvirker livsløpet. Effekten går via løpet gjennom de forskjellige sentrale sosiale institusjonene, blant annet utdanningssystemet, familie- og yrkesliv. Latente effekter handler om forhold som setter varige spor hos individet, og som individet har med seg resten av livet. Et eksempel er at omsorgssvikt i familien medfører risiko for et permanent ustabilt følelsesliv og redusert læringskapasitet. Sosiale forhold knyttet til klassebakgrunn, skole og familie kan bidra til å ta vare på helsa, beskytte mot sykdom, eller påvirke ugunstig helseatferd i voksen alder. De kan være årsak til helseproblemer og sykdommer som i utgangspunktet kan forebygges, og kan dempe eller forsterke konsekvensene av helseproblemer for andre livsområder gjennom hele livsløpet. Betydningen av sosiale forhold i barndommen for variasjoner i helse og

helseatferd er et tema som bare i liten grad er forsket på i Norge, og som vi ser nærmere på i denne rapporten.

Varige helseproblemer eller begrenset funksjon kan oppstå tidlig i livet. I så fall kan de medføre større belastninger på mange ulike livsområder. Sosiale mønstre i helse blant yngre personer med nedsatt funksjonsevne blir ofte oversett, spesielt i forskningen omkring funksjonshemming og funksjonshemmede. I denne rapporten ser vi på sosiale helsevariasjoner blant personer med begrenset funksjon i ulike aldersgrupper. Et interessant spørsmål er hvorvidt vi innenfor denne gruppen finner de samme sosiale helseforskjeller som i det samlede utvalget. Spesielt blant personer som har fått begrenset funksjon tidlig i livet, for eksempel før fylte 67 år, kan begrensningene ha dempet den positive effekten av høyere utdanning på mange forskjellige områder. På den annen side kan det fortsatt være slik at høy utdanning utgjør en buffer mot forekomst av ulike typer helseproblemer, også blant dem med begrenset funksjon.

Hvis helseproblemene oppstår sent i livet relateres de vanligvis til aldring. Aldringsprosessen pågår hele livet, og aldring kan tolkes som en form for helsesvikt som gradvis utvikles over tid. Helsesvikt er dermed mer vanlig blant eldre enn yngre mennesker, men høy alder er ikke ensbetydende med helsesvikt og sykdom. I denne rapporten ser vi blant annet at det kan være betydelige sosiale helsevariasjoner i eldre år, for eksempel i aldersspennet 70–79 år.

1.2 Problemstillinger

Problemstillingene som rapporten er bygget omkring er:

1. *Øker sosiale forskjeller i helse over livsløpet, eller er de allerede godt etablert i yngre år?*

LOGG/NorLAG inneholder et bredt utvalg av helsemål, og denne rapporten gir et viktig bidrag ved å beskrive hvorvidt sosiale helseforskjeller viser samme utvikling over livsløpet for ulike helsedomener. Hypotesen om akkumulering av ugunstige eksponeringer peker i retning av økende sosiale helseforskjeller blant eldre kohorter (Dannefer, 2003; Ross & Wu, 1996). En alternativ hypotese går ut på at utdanningens betydning for helse har økt de siste tiårene. Konsekvensen vil være at sosiale helseforskjeller er større for yngre

kohorter. Betydningen av utdanning har økt spesielt blant yngre kvinner, som kan gi utslag i større sosiale helseforskjeller blant yngre kvinner sammenlignet med yngre menn. Større likhet i utdanningsnivå kan dermed også bidra til reduserte kjønnsforskjeller i helse for yngre sammenlignet med eldre kohorter. I tillegg vil grenser for levetid og utsatt sykkelighet for de friskeste gi utslag i reduserte sosiale helseforskjeller blant de eldste. Selektivt frafall blant de sykeste og frafall på grunn av dødsfall er andre faktorer som kan resultere i mindre sosiale helseforskjeller blant de eldste.

2. I hvilken grad endrer sosiale forskjeller i helseatferd seg over livsløpet?

Hvorfor utdanning påvirker helseatferd er ikke fullt ut forstått, men det skyldes trolig flere årsaker. Det mest nærliggende er at utdanning gir ressurser som igjen gir økt tilgang til fritidsaktiviteter og trening. Dessuten kan utdanning bidra til økt interesse og mottakelighet for helseopplysninger og adekvat bruk av helsetjenester. I dette lys kan utdanning være en form for kognitiv kapital ved at det styrker kompetanse og evnen til å tilegne seg kunnskap. Blant annet «lærer man å lære» (Mirowsky & Ross, 1998). I tillegg gjenspeiler utdanning forskjeller i livsstil og kultur (Elstad, 2008). Vi vet imidlertid lite om hvorvidt utdanningsforskjellene i helseatferd øker eller minsker med alderen. Fordi helseatferd preger helse, og fordi sykdomsforebyggende og helsefremmende tiltak søker å påvirke helseatferd, er kunnskap om utdanningsforskjeller i ulike aldre viktig. En hypotese er at utdanningsforskjeller i helseatferd er større i yngre enn i eldre aldersgrupper. På den ene siden kan dette skyldes at kunnskap om gunstig helseatferd i større grad er del av utdanningen i yngre enn eldre kohorter. På den andre siden kan årsaken være selektivt frafall i eldre kohorter. Aldersmønstre i helseatferd kan også variere mellom kjønnene og mellom ulike typer helseatferd. For eksempel er kvinner ofte mindre risikosøkende enn menn, selv om slike kjønnsforskjeller har blitt noe mindre i de yngste kohorter. Kjønnsforskjellene i helseatferd vil altså kunne være større blant eldre enn yngre kohorter.

3. I hvilken grad endrer sammenhengen mellom helseatferd og helse seg med økende alder?

I tillegg til en beskrivende analyse av sosiale mønstre i helseatferd, vil vi også beskrive helseatferd for personer med ulike typer helsesvikt. Vi skisserer her to forklaringer for sammenhengen mellom helse og helseatferd. Den første og mest vanlige forklaringen er at helseatferd påvirker helse. Røyking, høyt alkoholforbruk og fysisk inaktivitet, har dokumenterte negative effekter på helse. De er, med andre ord, viktige årsaker til helseproblemer og nedsatt funksjonsevne. En annen forklaring er at helse påvirker helseatferd. Dette kan være en direkte effekt ved at helsesvikt eller nedsatt funksjonsevne begrenser en i sine valg og muligheter for bestemte typer helseatferd, for eksempel fysisk aktivitet. Helse kan også ha en indirekte effekt på helseatferd ved at helseproblemer tidlig i livet bestemmer ens sosiale status, som igjen henger sammen med livsstil og helseatferd.

4. Hva betyr sosiale forhold i barndommen for variasjoner i helse og helseatferd i ulike aldersgrupper?

I denne rapporten ser vi på betydningen av tre typer sosiale forhold i barndommen: (1) fars utdanningsnivå, (2) opplevelse av problemer med å følge med på skolen, og (3) skilsmisse blant foreldre. Det er godt dokumentert at helse og helseatferd i voksen alder har sammenheng med foreldrenes sosioøkonomiske status. Flere studier viser at effekten stort sett er indirekte via egen sosioøkonomisk status som voksen (Pensola & Valkonen, 2002; Strand & Kunst, 2007). I LOGG/NorLAG har vi informasjon om både foreldrenes og individets eget utdanningsnivå, slik at vi kan få økt innsikt i hvilken grad sosioøkonomisk familiebakgrunn henger sammen med helse og helseatferd i hele aldersspennet fra 18 til 79 år.

Som vi påpekte ovenfor har skolen blitt mer sentral i det post-industrielle samfunnet, både fordi det er en forutsetning for innpass på arbeidsmarkedet, men også fordi skolen er mer omfattende både i timetall og i antall år. Uttrykk som skoletaper og «drop-out» har sammenheng med fremveksten av utdanningssamfunnet. Forskning viser at skolens rangering og vurdering av elever har direkte konsekvenser for elevens selvbilde (Elstad & Barstad, 2008), og på sikt for barnets psykiske helse. Vi vil i denne

rapporten undersøke om opplevelse av skoleproblemer i barndommen har helsekonsekvenser også i voksen alder.

Kvinnens inntreden på arbeidsmarkedet har gitt dem større økonomisk frihet. Dette, i kombinasjon med fremveksten av normer om individuell frihet og selvrealisering, er viktige faktorer som har bidratt til en kraftig økning i skilsmisseraten (Frønes & Brusdal, 2000). Daatland (2007) viser at skilte foreldre sjeldnere mottar hjelp av voksne barn og at voksne barn av skilte foreldre oftere har et dårlig forhold til sine foreldre enn barn uten skilte foreldre (se også «Morgendagens eldre» (Slagsvold & Solem, 2005)). Vi skal undersøke om skilsmisse i barndommen også har *helsekonsekvenser* for barna i voksen alder.

1.3 Om LOGG/NorLAG

Rapporten bygger på data fra to store studier som er koblet til hverandre:

(i) Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (NorLAG) er en longitudinell studie ved NOVA. Første runde av datainnsamlingen (NorLAG–1) ble gjennomført i 2002–2003 med ca. 5 500 personer i alderen fra 40 til 79 år. De samme personer inngår i datainnsamlingen for LOGG og utgjør andre runde av NorLAG (NorLAG–2). Utvalget i NorLAG er trukket fra 30 lokalmiljøer i fire regioner i Norge. Den lokale forankringen gjør det mulig å integrere individdata fra intervju og spørreskjema med lokalkunnskap og data om kommunene. Det at undersøkelsen pågår over tid og følger de samme personer med gjentatte intervjuer, gjør det mulig å undersøke aldring og rolleoverganger som prosesser (<http://norlag.nova.no>).

(ii) Studien av livsløp, generasjon og kjønn (LOGG) er et samarbeid mellom NOVA og Statistisk sentralbyrå, og representerer første runde av det norske bidraget til den internasjonale Generations and Gender Survey (GGS), som er en del av FNs forskningsprogram om generasjon og likestilling (Generations and Gender Programme). Ved utgangen av 2008 hadde om lag 20 land gjennomført GGS eller var i ferd med å gjøre det: Ungarn, Bulgaria, Russland, Italia, Nederland, Japan, Tyskland, Frankrike, Tsjekkia, Georgia, Litauen, Australia, Romania, Estland, Norge, Belgia, Østerrike, Polen, Slovenia, Slovakia og Canada. Utvalget til NorLAG–2 inngår i LOGG, men LOGG inkluderer også yngre personer og har et landsdekkende utvalg av

befolkningen i alderen 18–79 år på ca. 15 200 personer. GGS er planlagt som en longitudinell studie, og planen for Norges del er å følge opp med koblede NorLAG og LOGG utvalg i ytterligere to runder.

Blant styrkene til LOGG/NorLAG er at de inkluderer et stort landsdekkende utvalg av personer i alderen 18–79 år, som utvides med ytterligere fem år for hver runde. LOGG/NorLAG henter informasjon om individer gjennom tre kilder: (i) telefonintervju, (ii) postalt spørreskjema og (iii) registre. Databasen blir kompleks fordi to studier er slått sammen. Det er blant annet brukt noe ulike utvalgsriterier, noe ulike aldersgrupper og longitudinelle data for en del av utvalget og for en del av temaene. Fordi det samles informasjon over en stor bredde av temaer, gir undersøkelse(e) analysemuligheter som har manglet i de fleste tidligere studier. Bakgrunn for denne rapporten er blant annet å legge til rette data for analyser av helse og helseatferd gjennom livsløpet.

Utvalg og svarprosent

Analysene i denne rapporten er basert på datafilen som ble overlevert i november 2008 og inkluderer et utvalg av personer under 80 år som har deltatt i telefonintervjuet og svart på spørreskjemaet i posten. Alt i alt har 60 prosent (N= 14 876) i aldersgruppen 18 til 79 år svart på telefonintervjuet. Av disse har 71 prosent (N= 10 570) svart på den postale delen. Den endelige datafilen til LOGG/NorLAG ble overlevert januar 2009 og inneholder noen flere svar (N=178) på den postale delen. Tallene i denne rapporten er korrigert for noen av skjevhetene i nettoutvalget i forhold til trekkepopulasjonen ved hjelp av vekting. I dette tilfellet har denne prosedyren bidratt med å korrigere for geografiske skjevheter (landsdel) og i noen grad for utdanningskjevheter. Å korrigere for alle typer selektivt frafall er imidlertid ikke mulig. En svakhet som dette datamaterialet har felles med de fleste andre er at de med dårligst helse er tilbøyelige til å falle ut, simpelthen fordi de føler seg for svake til å delta. At bare hjemmeboende er inkludert, bidrar ytterligere til å gjøre utvalget noe skjevt med hensyn til variasjonsbredden av helse i befolkningen. Barn under 18 år og eldre med helseproblemer er imidlertid også representert ved respondentenes svar på spørsmål om nære familie-medlemmer.

I enhver form for intervjustatistikk finnes det mulige feilkilder. Med et såpass stort utvalg vil feilmarginene allikevel være små, men de blir større når vi ser på undergrupper. Her opererer man gjerne med feilmarginer på over ett prosentpoeng opp og ned.

1.4 Sentrale begreper og variabler

Helse

Helse er et komplekst begrep som kan beskrives på mange måter. Medisin har vanligvis en diagnoseorientert tilnærming som vektlegger fysiologiske og biologiske prosesser for å finne best mulig medisinsk behandling. Den sosiale tilnærmingen vektlegger hvordan faktorer knyttet til samfunnet og levevaner kan bidra til en friskere befolkning. En av de mest kjente og omfattende helsedefinisjoner er fra Verdens helseorganisasjon (WHO): Helse er en tilstand av fullkommen legemlig, sjelelig og sosial velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lyter¹.

WHOs Internasjonale klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF) hentes ofte fram som det mest sammenhengende og omfattende rammeverk for å vurdere konsekvenser av helse og sykdom (WHO, 2001). Helse betraktes her som et flerdimensjonalt fenomen. Det vil si at helseproblemer eller nedsatt funksjonsevne kan defineres innenfor ulike domener.

Helsemålene som inngår i LOGG/NorLAG belyser ulike helsedomener som går fra generelle beskrivelser av allmenntilstanden til konkrete typer av funksjonssvikt. I denne rapporten belyser vi helsevariasjoner i tre helsedomener: allmenntilstand, psykiske plager og funksjonsevne.

Boks 1.1 gir en oversikt over de ulike helsedomener og spørsmål i LOGG/NorLAG. *Allmenntilstand* betegnes her som den enkeltes oppfatning av egen funksjonsevne, funksjonshemming samt generell fysisk, psykisk og sosial velvære. I denne rapporten omhandler det spørsmål om varige helseproblemer, om disse virker begrensende på hverdagen (begrenset funksjon) og egenvurdert helsestatus. Egenvurdert helsestatus har vist seg å være en god indikasjon på framtidig sykdom og dødelighet (Blazer, 2008; Idler & Benyamini, 1997).

¹ WHO. Constitution of the World Health Organization. In Basic Documents. Geneva, Switzerland: WHO, 1948

Boks 1.1 Oversikt over spørsmålene innenfor tre helseomener i LOGG/NorLAG

Allmenntilstand	
Varig helseproblem, kronisk sykdom	Har du noen langvarig sykdom, kronisk helseproblem eller varig funksjonshemming? (NEI/JA)
Begrenset funksjon	Har du langvarig sykdom eller varig funksjonshemming og begrenses du i dine daglige gjøremål på grunn av dårlig helse, psykiske problemer eller funksjonshemming? (NEI/JA)
Egenvurdert helsestatus	Vil du si at din helse nå stort sett er..? Utmerket/Meget god/God/Nokså god/Dårlig
Psykiske plager	
Angst	(NEI/JA) Hopkins Symptom Check List HSCL-5 (i løpet av de siste to ukene). Internasjonal standard for angst er skåre > 1.99.
Depressive symptomer	(NEI/JA) Center for epidemiological studies Depression Scale CES-D (i løpet av den siste uka). Dikotom depresjonsskåre (skåre > 15).
Funksjonsevne	
Nedsatt syn	(NEI/JA) Kan du uten problemer lese teksten i en avis (evt. med briller) og kan du uten problemer ta seg frem innendørs pga synet?
Nedsatt hørsel	(NEI/JA) Har du problemer med hørselen <i>eller</i> er det vanskelig å oppfatte hva som blir sagt når det er mange tilstede?
Nedsatt gangfunksjon	(NEI/JA) Omtrent hvor langt er det lengste du kan gå til fots uten pause? Kan du gå lengre enn 5 km (ingen nedsatt gangfunksjon); 1-5km; 500-1000M etc.
Nedsatt fysisk funksjon	(NEI/JA) Er din helse i dag slik at den begrenser deg mye eller litt i å (1) utføre aktiviteter som for eks. å flytte et bord, støvsuge, gå en tur eller drive med hagearbeid, <i>eller</i> (2) gå opp trapper flere etasjer.
Hjelpebehov (IADL)	Fem spørsmål: Kan du vanligvis utføre aktiviteten uten hjelp fra andre, med noe hjelp fra andre, eller kan du ikke utføre denne instrumentelle (handle mat, lett husarbeid, tung husarbeid, vaske klær, ta offentlig transport) aktiviteten?
Pleiebehov (ADL)	Fem spørsmål: Kan du vanligvis utføre aktiviteten uten hjelp fra andre, med noe hjelp fra andre, eller kan du ikke utføre aktiviteten (dusje, kle på deg, bevege deg fra seng til stol, spise, gå på toalettet)?

Psykiske plager er et aspekt av mental helse. Mental helse benyttes gjerne som et samlebegrep som kan deles inn i psykisk velvære, psykiske plager og psykiske symptomer (Mathiesen et al., 2007). I denne rapporten begrenser vi oss til selvrapporterte psykiske plager, som refererer til forekomst av symptomer som er vanlige ved angst (HSCL-5) og depresjon (CES-D), men som ikke er diagnostiske (Myklestad, Rognerud, & Johansen, 2008). Symptomer på et depressivt stemningsleie er vanligvis ikke ensbetydende med en depressiv lidelse. Vanlige tegn på depresjon er interesseløshet, hjelpeløshet,

lavt selvbilde, pessimisme, dårlig appetitt og søvnløshet (Blazer, 2002; Thorsen & Clausen, 2008). Disse symptomene inngår også i det måleinstrumentet (CES-D) som vi benytter i denne studien.

Med *funksjonsevne* menes det evne til å utføre vanlige oppgaver i hverdagen. Eksempler er: å kunne gå, løfte ting, gå trapper og lese skrift av standard størrelser. I denne rapporten bruker vi nedsatt syn, nedsatt hørsel, nedsatt gangfunksjon, nedsatt fysisk funksjonsevne og evne til å selvstendig utføre IADL eller ADL aktiviteter². Nedsatt syn indikerer at respondenten har angitt problemer med å lese aviser, selv med bruk av briller, eller har problemer med å ta seg fram innendørs på grunn av synet (Boks 1.1). For nedsatt gangfunksjon har vi valgt å skille mellom de som svarer at de kan gå mer enn fem kilometer uten pause, og de som ikke kan det. Nedsatt fysisk funksjon innebærer at respondenten har svart mye, litt, eller noe på spørsmålene om helse virker begrensende på å utføre aktiviteter som det å gå trapper eller gjøre husarbeid. Spørsmålene om IADL og ADL handler om det å ha behov for hjelp til ulike daglige praktiske eller personlige gjøremål. Hjelpetbehov (IADL) betyr at respondenten trenger noe hjelp fra andre på minst ett av fem praktiske gjøremål. På samme måte defineres pleiebehov (ADL) ved at respondenten trenger noe hjelp fra andre på minst en av fem aktiviteter knyttet til personlig pleie.

Ikke alle helsemål gjelder for hele utvalget. For eksempel er spørsmål som inngår i funksjonsevne bare stilt til de som er 40 år og eldre eller til de som har helsebegrensninger.

Helseatferd

En enkel definisjon av helseatferd er regelmessig atferd som har konsekvenser for helse. Helseatferd trenger ikke å være helsemotivert. For eksempel kan en trene regelmessig fordi man ønsker å være sammen med venner, ikke primært for å bedre helsa.

I denne rapporten regner vi både helsefremmende og helsesvekkende atferd som helseatferd, for eksempel trening og røyking. Noen typer atferd viser sterkere sammenheng med helse enn andre. De mest studerte typer helseatferd er røyking, fysisk aktivitet, diett og alkoholforbruk. Ofte

² (Instrumental) Activities of Daily Living

inkluderes også andre typer atferd, som bruk av helsetjenester, medikamentbruk og fedme. Knipper av helsefremmende eller helsesvekkende atferd kan henge sammen og være del av en livsstil. I den grad helseatferd inngår i en livsstil kan den betegnes som en blanding av vaner, tradisjoner og gjennomtenkte handlinger (Cockerham, 2000). Livsstil gjenspeiler i tillegg individers holdninger, verdier og livssyn.

Gjennom den postale delen av LOGG/NorLAG har vi informasjon om tobakkbruk (forbruk av ulike former for tobakk og antall sigaretter), om alkoholkonsum (frekvens og mengde), om fysisk aktivitet (inne og ute), om bruk av helsetjenester og medikamentbruk og kroppsmasse indeks (KMI) (Boks 1.2).

Boks 1.2 Mål på helseatferd i LOGG/NorLAG

Tobakksbruk

- Røyker sigaretter daglig
- Bruker snus daglig eller av og til

Alkoholforbruk de siste 12 måneder

- Drukket alkohol 2 eller flere ganger i uken
- Drukket 2 eller flere ganger i uken minst en mengde som tilsvarer enten 2 halvliter pils eller ½ flaske vin eller 3 drinker brennevin.
- Drukket så mye at du har følt deg beruset minst en gang i måned

Fysisk aktivitet

- Ukentlig trening innendørs
- Ukentlig trening utendørs
- Ukentlig mosjon til en blir andpusten og/eller svett

Bruk av helsetjenester de siste 12 måneder

- Vært hos lege
- Vært hos psykolog/psykiater
- Vært hos tannlege
- Innlagt på sykehus

Medikamentbruk de siste fire ukene

- Sterke smertestillende
- Beroligende midler
- Midler mot depresjon
- Sovemedisin
- Naturmedisin
- Medisiner som fremmer potens

Kroppsmasseindeks (KMI): Vekten delt på kvadratet av høyden

- Undervekt (under 18,5)
- Normalvekt (18,5–24,9)
- Overvekt (over 24,9)
 - forstadium til fedme (25–29,9)
 - moderat fedme (30–34,9)
 - alvorlig fedme (35–39,9)
 - svært alvorlig fedme (over 39,9)

Utdanning

I denne rapporten bruker vi høyest oppnådd utdanningsnivå for å illustrere sosial ulikhet i helse, helseatferd og oppvekstvilkår. Sosial ulikhet refererer som oftest til systematiske forskjeller i for eksempel helsetilstand som følger sosiale og økonomiske kategorier – særlig yrke, utdanning og inntekt. Utdanning er den mest brukte indikatoren, ikke bare fordi den er lett å måle, men også fordi utdanning påvirker yrke, som i sin tur påvirker inntekt. Fordelen med å bruke utdanning framfor yrke eller inntekt er at den er forholdsvis stabil over livsløpet og inkluderer alle, ikke bare de som er yrkesaktive (Elstad, 2008). I denne rapporten skiller vi mellom tre kategorier av utdanning på grunnlag av høyest fullførte utdanningsnivå: grunnskole, videregående og høgskole eller universitet.

Utdanning strukturerer livsløpet i voksen alder ved at den påvirker levekår og arbeidsforhold. Høyt utdannede har oftere ledende stillinger, jobber oftere i høystatus yrker og har ofte betydelig høyere lønn enn dem med utdanning på lavere nivå. Lav inntekt medfører at en er mer utsatt for stressende livsomstendigheter, som igjen har en negativ innvirkning på helsa.

Utdanning kan også ha betydning for helse og helseatferd utover gevinster som yrke og inntekt, ved at den kan styrke mestringsevne og handlekraft mer generelt. Utdanning er en form for kunnskapsmessig kapital ved at det styrker kompetansen og evnen til å tilegne seg kunnskap. Blant annet «lærer man å lære» (Mirowsky & Ross, 1998). På denne måten kan utdanningsnivå bidra til økt mottakelighet for helseopplysninger eller bedre tilgang til adekvate helsetjenester. Utdanning kan også styrke troen på at det er mulig å påvirke eller kontrollere sine livsbetingelser, blant annet gjennom egne levevaner. Utdanning kan med andre ord styrke troen på egen mestring.

Til slutt gjenspeiler utdanning forskjeller i levevaner, livsstil, verdier og kultur (Elstad, 2008) som er tillært gjennom sosialiseringen i ulike sosiale klasser. Sosiale klasser skal her forstås som en gruppe individer som har omtrent samme levekår og sosiale status på grunn av lik utdanning, yrkesstatus og inntekt. Folk i samme sosiale klasse vil også tendere mot å gifte seg med hverandre og omgås på arbeidsplassen og i fritiden, og slik sett danne sosiale nettverk. Hvis den sosiale gruppen en identifiserer seg med verdsetter

mosjon, friluftsliv og sunn livsstil, vil en gjerne leve etter lignede verdier og levevaner (Cockerham, 2000).

Boks 1.3 beskriver utdanningsnivå for menn og kvinner i ulike aldersgrupper slik dette fremgår av LOGG/NorLAG materialet. SSB's statistikk over befolkningens utdanningsnivå antyder noe flere blant de eldste med utdanning på grunnskolenivå enn det vi finner her, noe som skyldes selektivt frafall. I aldersgruppen 18 til 29 år er det fortsatt mange som er under utdanning. Men i aldersgruppen 30 til 39 år er andelen med bare grunnskole lav, og lavere for kvinner enn for menn. Blant de eldre er fordelingen mellom kjønnene omvendt.

Tabell 1.1 Utdanningsnivå etter kjønn og alder. Antall og andeler (vektet).

		18–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	Total
Menn	Grunnutdanning	235	128	235	160	206	150	1114
		36%	15%	23%	17%	26%	33%	24%
	Videregående	305	383	505	528	409	213	2343
		46%	45%	50%	56%	51%	47%	50%
	Høgskole/universitet	120	349	265	258	190	94	1276
		18%	41%	26%	27%	24%	21%	27%
Total		660	860	1005	946	805	457	4733
Kvinner	Grunnutdanning	294	108	314	226	260	199	1401
		31%	11%	28%	22%	32%	38%	26%
	Videregående	348	393	424	506	379	246	2296
		37%	38%	38%	48%	46%	47%	42%
	Høgskole/universitet	301	520	374	314	181	74	1764
		32%	51%	34%	30%	22%	14%	32%
Total		943	1021	1112	1046	820	519	5461

Sosiale forhold i barndommen

Sosiale forhold i barndommen inkluderer sosioøkonomisk familiebakgrunn, problemer på skolen og skilsmisse. Sosioøkonomisk familiebakgrunn måles ved fars høyeste oppnådde utdanningsnivå. I likhet med utdanningsnivå til respondenten selv, bruker vi i denne rapporten en tredelt variabel som skiller mellom grunnutdanning, videregående og høyskole eller universitetsnivå. LOGG/NorLAG gir opplysninger om fars utdanningsnivå gjennom telefonintervjuet og registeropplysninger. I tillegg inneholder den postale delen en rekke retrospektive spørsmål om sosiale forhold i barndommen. Boks 1.4 beskriver de to spørsmål vi bruker i denne rapporten.

Boks 1.3. Spørsmål om problemer i oppveksten.

Noen har opplevd problemer i oppveksten. Opplevde du noen av de følgende problemene før du fylte 16 år?

- Foreldre ble skilt (NEI/JA)
- Problemer med å følge med på skolen (NEI/JA)

I denne rapporten har vi valgt å analysere skilsmisse og problemer med å følge med på skolen. Spørsmålet om skilsmisse refererer til en objektiv og konkret hendelse, og gir ingen rom for subjektiv vurdering. Opplevelsen av skilsmisse kan selvfølgelig variere. For eksempel vil foreldrenes evne til å samarbeide etter skilsmissen gjerne ha stor betydning for hvordan barnet opplever skilsmissen. Også ved spørsmålet om en har opplevd problemer med å følge med på skolen, er det grunn til å tro at respondenter innenfor gitte aldersgrupper tolker hendelsen noenlunde likt. Med tanke på at vi går stadig lengre på skolen er det ikke urimelig at yngre oftere rapporterer om problemer på skolen enn eldre. Jo lengre en går på skolen, desto sterkere vil følelsen av å ha problemer med å følge med på skolen bli innprentet hos en som ikke gjør det så godt. Det er en sterk sammenheng mellom det å ha svart ja på dette spørsmålet og høyest oppnådd utdanningsnivå. Dette kan betegnes som støtte til at spørsmålet fanger opp de som opplevde å ikke nå opp til skolens krav om teoretisk kunnskap. Ved å bruke spørsmålet om 'problemer med å følge med på skolen' rettes blikket mot skolens konsekvenser for selvfølelsen, og det er grunn til å tro at dette spørsmålet har sammenheng med psykiske plager i barndommen. Spørsmålet er om vi også finner en sammenheng i voksen alder.

1.5 Årsakssammenhenger

Når vi i denne rapporten beskriver sosiale variasjoner i helse og helseatferd og betydningen av oppvekstvilkår, kan det gi inntrykk av bestemte årsakssammenhenger. Utdanning og sosiale forhold i barndommen inngår som ett ledd i de komplekse prosessene som leder fram til bedret eller svekket helse, til gunstig eller ugunstig helseatferd. Helse og helseatferd påvirkes imidlertid av svært mange forhold, noen på individnivå, andre knyttet til de nære sosiale relasjoner eller til den større sosiale konteksten individet lever i. Med såpass

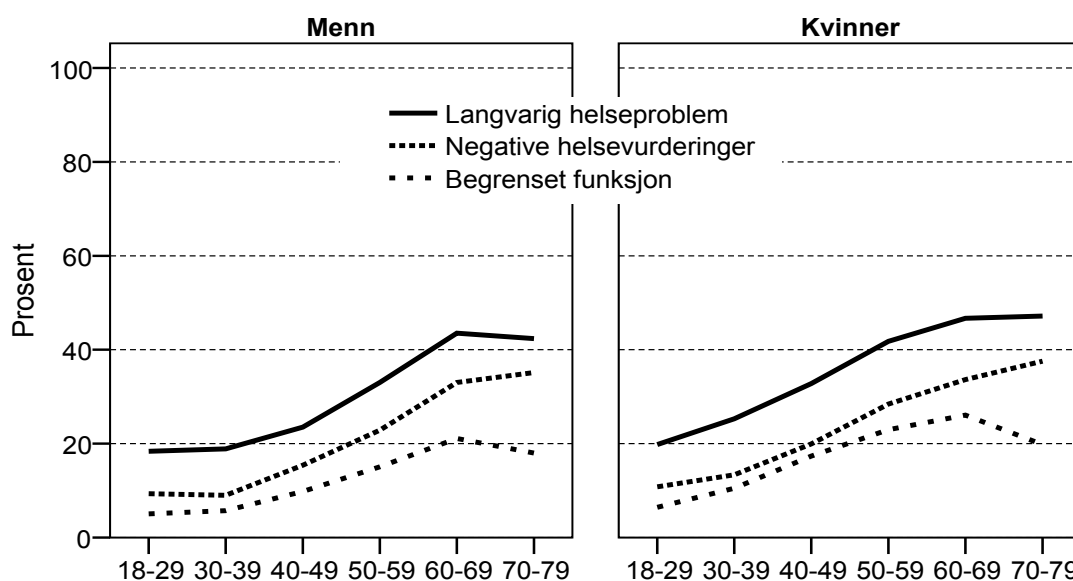
mange potensielt konkurrerende forklaringer, bør en være forsiktig med å trekke sikre konklusjoner i retning av kausale sammenhenger. Dette er spesielt viktig når vi i denne rapporten i hovedsak rapporterer resultater fra deskriptive bivarierte analyser. Funnene fra denne rapporten vil imidlertid gi grunnlag for videre forskning og utvidede analyser av LOGG/NorLAG materialet.

2 Alder og sosiale helsevariasjoner

I dette kapitlet beskriver vi variasjoner i helse for kvinner og menn i ulike aldersgrupper slik det kommer til uttrykk i deres egen vurdering av helsa. Øker sosiale forskjeller i helse over livsløpet eller er de allerede godt etablert i yngre år? Vi tar for oss tre helsedomener: (1) allmenntilstand, (2) psykiske plager og (3) funksjonsevne. For hvert av disse domenene har vi flere indikatorer for god og dårlig helse (Boks 1.1). Finner vi de samme sosiale mønstre for alle tre helsedomener?

2.1 Allmenntilstand

Allmenntilstand er målt ved (a) hvorvidt man har langvarige helseproblemer eller ikke, (b) hvorvidt slike helseproblemer begrenser en i hverdagen, heretter kalt begrenset funksjon, og (c) andel med negative helsevurderinger, her indikert ved andel som svarer mindre enn god på spørsmålet om hvordan man alt i alt vurderer sin helse. De nærmere detaljer om hvordan spørsmålene er stilt har blitt gjengitt i Boks 1.1. Vi kan illustrere forskjellene mellom disse målene ved at én av fem intervjuede vurderer sin helse som nokså god eller dårlig, én av tre oppgir at de har et varig helseproblem, men bare halvparten av dem sier at det begrenser dem i hverdagen (Figur 1).



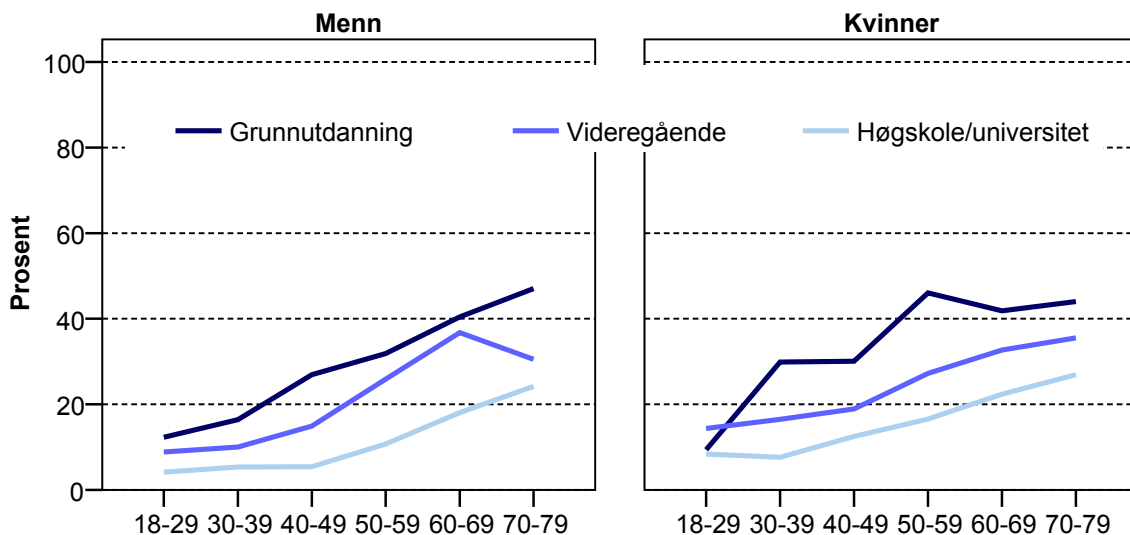
Figur 1. Andel med langvarige helseproblemer, begrenset funksjon eller negative helsevurderinger, etter kjønn og alder. Prosent.

Alt i alt angir 32 prosent i aldersspennet 18–79 år at de har et varig helseproblem. Andelen er dermed noe lavere enn det som ble funnet i helseundersøkelser fra SSB (Statistisk sentralbyrå, 2005) og kan tyde på at LOGG/NorLAG har et noe større frafall blant de med dårligst helse. Blant de yngste er det 19 prosent som oppgir et varig helseproblem, og denne andelen øker til 45 prosent blant dem over 60 år. Forskjeller mellom kvinner og menn er størst midt i livet. I aldersspennet 30–59 år oppgir flere kvinner et langvarig helseproblem enn menn, mens vi finner bare små kjønnsforskjeller blant de yngste og de over 60 år.

Når vi ser på andelen som opplever at helseproblemene virker begrensende på hverdagen, finner vi at 15 prosent oppgir begrenset funksjon. Dermed er det cirka halvparten av de med varige helseproblemer som opplever at disse virker begrensende i hverdagen. Andel med begrenset funksjon øker opp til 70-årsalderen, men reduseres noe blant de eldste (Figur 1). Sammenlignet med yngre aldersgrupper er det dermed forholdsvis flere blant de eldste som oppgir helseproblemer uten at disse virker begrensende i hverdagen. Dette kan ha flere forklaringer, blant annet selektivt frafall blant de eldste med de største helsebegrensninger, men også at eldre justerer sine daglige aktiviteter slik at helseproblemet rett og slett har en mindre begrensende innvirkning. Longitudinelle analyser vil kunne belyse hvorvidt pensjonering kan være en forklaring. Kvinner oppgir i større grad begrenset funksjon enn menn, og kjønnsforskjellene er størst i alderen 30–59 år.

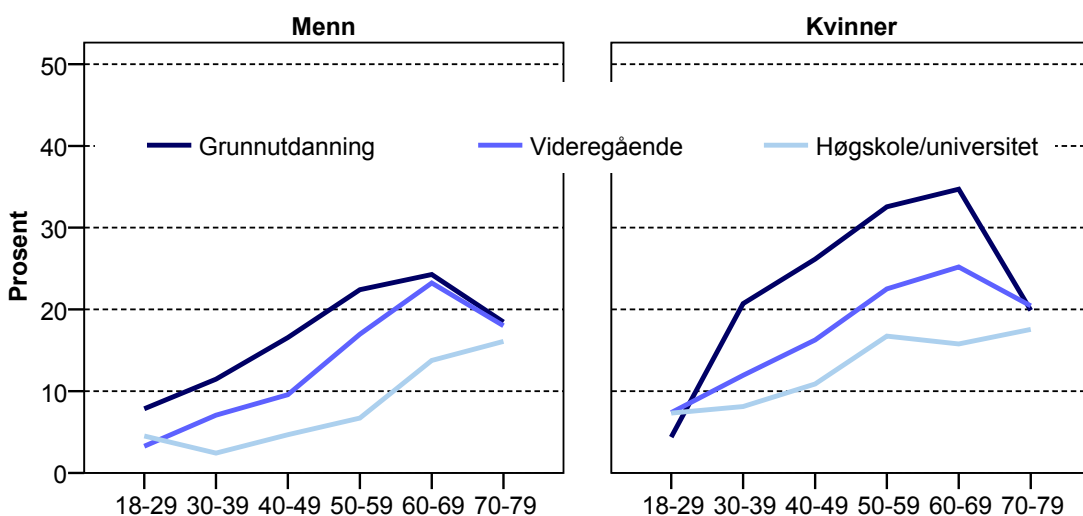
Alt i alt er det 55 prosent som vurderer sin egen helse som utmerket eller meget god, og 24 prosent som vurderer sin egen helse som god. En av fem (21 prosent) har negative helsevurderinger. Denne andelen stiger med økende alder, fra 10 prosent blant de yngste til 36 prosent blant de eldste (Figur 1). Flere eldre enn yngre har altså en negativ vurdering av egen helse, men det er likevel i overkant av 60 prosent blant de eldste som synes helsa er fra god til utmerket. Menn og kvinner har nokså like vurderinger av egen helse, men vi finner noen forskjeller mellom kjønnene i aldersspennet 30–59 år. Her er det noen flere kvinner enn menn med negative helsevurderinger.

Utdanningsforskjeller i egenvurdert helse og andel med langvarige helsebegrensninger er beskrevet i figurene 2 og 3.



Figur 2. Utdanningsforskjeller i andel menn og kvinner med negative helsevurderinger, etter alder. Prosent.

Begge figurene viser tydelige utdanningsforskjeller i retning av at personer med høyere utdanning har bedre helse enn dem med lavere utdanning. I aldergruppen 18–29 år er det små forskjeller, og utdanningsforskjeller er størst i 50–59-årsalderen. Dette gjelder for begge helsemål. I aldersgruppen 50–59 år er det for eksempel 46 prosent blant kvinner med grunntdanning og 17 prosent blant kvinner med utdanning på høyskole- eller universitetsnivå som har negative helsevurderinger. Sosiale forskjeller i egenvurdert helse opprettholdes også i de eldste aldersgruppene, mens de er svært små når det gjelder langvarige helsebegrensninger blant de eldste. Andelen eldre med langvarige helsebegrensninger reduseres spesielt blant lavt utdannede (Figur 3).



Figur 3. Utdanningsforskjeller i andel med begrenset funksjon for menn og kvinner etter alder. Prosent.

Oppsummering

Våre tre mål på allmenntilstand viser at helsa svekkes med økende alder, med en tendens til stabilisering etter fylt 70 år. Mest sannsynlig skyldes det et selektivt frafall blant de eldste med dårligst helse. Eldre mennesker med en eller flere varige helseproblemer deltar sjeldnere i spørreundersøkelser. Funnene viser også at det er spesielt de lavt utdannede eldre med langvarige helsebegrensninger som faller fra. En annen forklaring er at helsebegrensninger betyr noe annet for de eldste. Andel med negative helsevurderinger fortsetter å stige også blant lavt utdannede i aldersspennet 70–79 år. Om det er spesielt personer med lav utdanning som justerer sine aktiviteter slik at de ikke virker begrensende inn på hverdagen, eller om de reduserte utdanningsforskjeller blant de eldste skyldes selektivt frafall av de sykeste og på grunn av dødsfall, bør sees nærmere på i videre forskning.

Utdannings- eller kjønnsforskjellene øker noe med økende alder; de er størst midt i livet og minsker igjen i de eldste aldersgrupper. Store utdanningsforskjeller midt i livet kan tyde på en effekt av akkumulering av ugunstige eksponeringer. At utdanningsforskjeller i helse er små blant de yngre, taler imot hypotesen om økt betydning av utdanning for helse. Imidlertid er ikke alle i denne aldersgruppen ferdig utdannet, og målet på høyeste fullført utdanning i denne gruppen kan dermed være med på å undervurdere forskjellene. En annen forklaring på de små utdanningsforskjellene blant de yngste kan være lavere forekomst av alvorlige og varige helseproblemer. Men sosiale helseforskjeller tegner seg allerede i ung alder. For eksempel må vi for høyt utdannede menn gå helt til slutten av 50-årsalder for å finne en andel med negative helsevurderinger eller helsebegrensninger som er sammenlignbar med lavt utdannede menn i alderen 18–29 år.

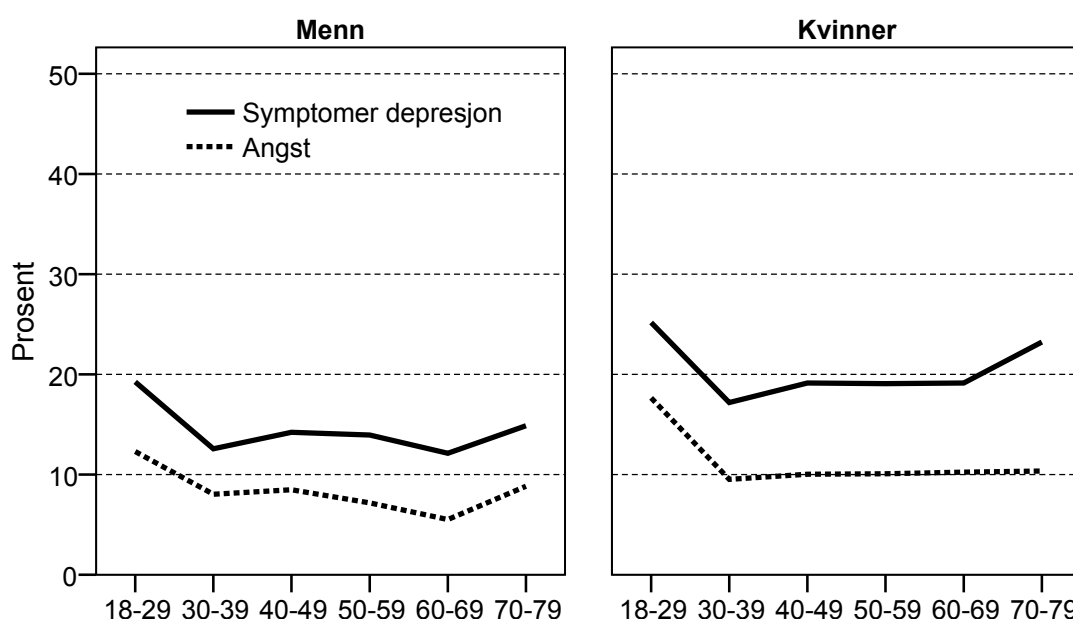
2.2 Psykiske plager

Psykiske plager er målt ved symptomer på angst (HSCL-5) og depresjon (CES-D). Nærmere opplysninger om måleinstrumentene er gjengitt i Boks 1.1. Én av ti i alderen 18 til 79 år rapporterer symptomer på angst, og 17 prosent har depressive symptomer. Tallene på depressive symptomer er dermed noe høyere enn en nylig studie fra Folkehelseinstituttet viser

(Myklestad et al., 2008), og dette skyldes antagelig bruk av forskjellige målemetoder (CES-D versus HSCL-25).

Vi skal nedenfor vise at det også på dette helsedomenet er betydelig variasjon mellom kjønn, utdanning og aldersgrupper.

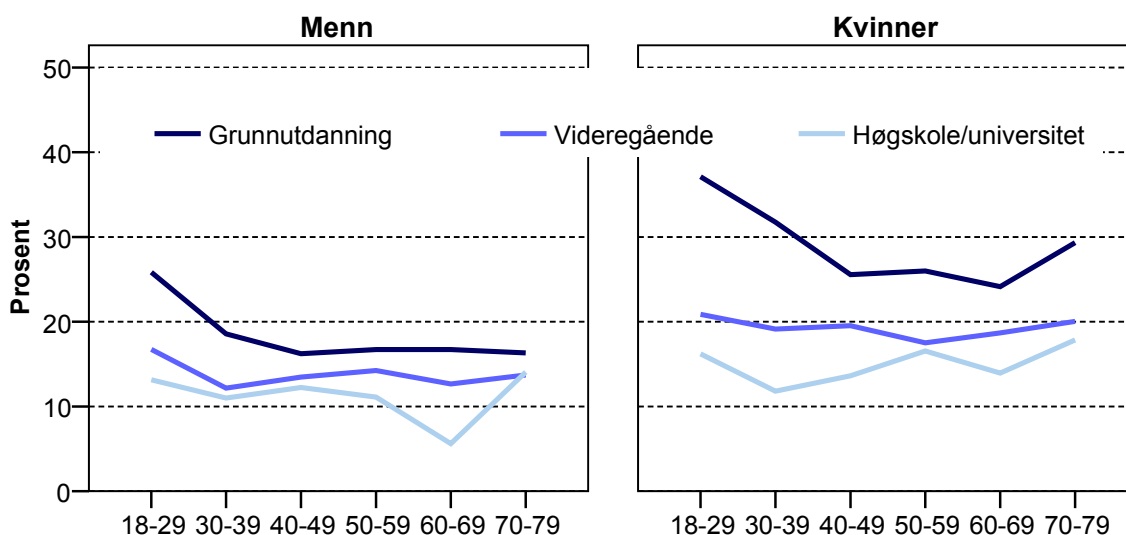
Figur 4 viser fordelingen av angst og depressive symptomer blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Flere kvinner enn menn har depressive symptomer, henholdsvis 20 prosent og 14 prosent. Kjønnforskjellene er nokså stabile for alle aldersgrupper. Depressive symptomer forekommer noe hyppigere blant de yngste og eldste aldersgrupper. Cirka hver fjerde kvinne mellom 18 og 29 år og mellom 70 og 79 år rapporterer depressive symptomer.



Figur 4. Andel med depressive symptomer eller angst blant menn og kvinner etter alder. Prosent.

Angst forekommer mest hyppig blant de yngste menn (12 prosent) og kvinner (18 prosent). Etter fylte 30 år ligger andelen på et stabilt nivå for kvinner, cirka 10 prosent. Blant menn er aldersmønsteret i angst svært lik det vi finner for depresjon. Kjønnforskjellene i angst er relativt små. De største kjønnforskjellene finnes i aldersgruppen 60–69 år. Figur 4 illustrerer at dette først og fremst skyldes en midlertidig nedgang blant andel menn med angst (5 prosent). Hvorvidt dette kan relateres til pensjonering bør studeres nærmere.

Figur 5 og 6 viser utdanningsforskjeller i psykiske plager for ulike aldersgrupper. Blant menn er det kun små utdanningsforskjeller i både depressive symptomer og angst. Det er en tendens til at menn med grunnutdanning, spesielt de under 40 år, i større grad rapporterer depressive symptomer og angst, men forskjellene er ikke statistisk signifikante. Den midlertidige nedgang i depresjon og angst for menn i aldersgruppen 60–69 år finner vi kun blant dem med utdanning på høyskole- eller universitetsnivå.

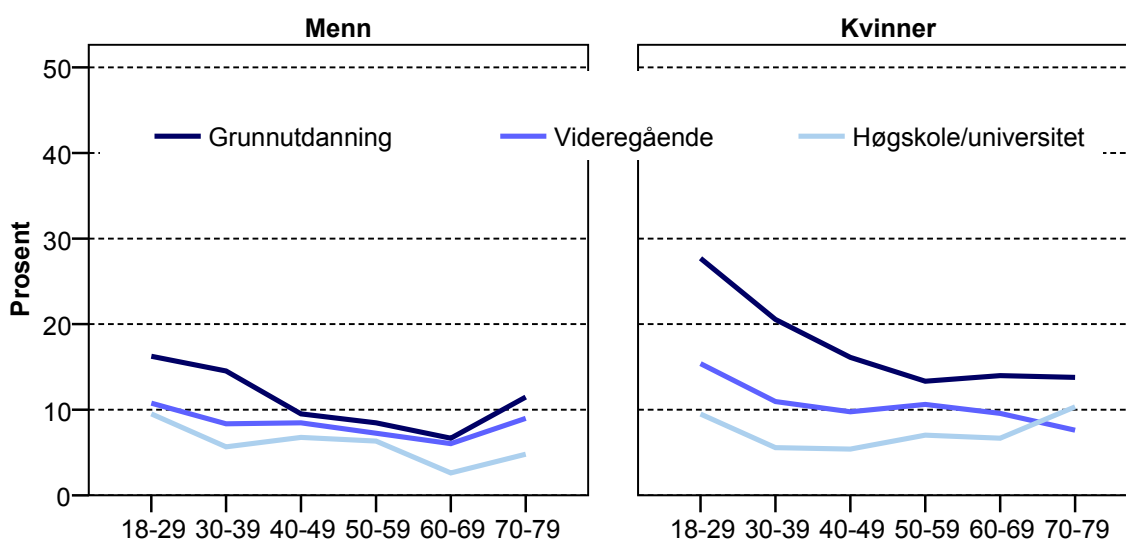


Figur 5. Utdanningsforskjeller i depressive symptomer for menn og kvinner etter alder. Prosent.

Blant kvinner er det imidlertid betydelige utdanningsforskjeller i depressive symptomer. Forekomsten av depressive symptomer er spesielt høy blant lavt utdannede kvinner. Alt i alt har 29 prosent av de lavt utdannede kvinnene depressive symptomer mot 14 prosent av kvinner med utdanning på høyskole eller universitetsnivå. Utdanningsforskjellene er størst blant de yngste kvinnene og blir noe mindre med økende alder, men også blant de eldste er det forholdsvis mange med depressive symptomer, nærmere bestemt én av tre med lav utdanning og én av fem med høy utdanning. Andel med depressive symptomer er nokså konstant blant kvinner med videregående og høyskole eller universitetsnivå. Det er med andre ord lavt utdannede kvinner som bidrar mest til det overordnede aldersmønsteret i depressive symptomer.

Også for angst er det betydelige utdanningsforskjeller blant kvinner under 50 år. Nesten én av tre kvinner med utdanning på grunnskolenivå har

angst, mens det er kun cirka 10 prosent blant kvinner med utdanning på høyskole- eller universitetsnivå. Etter fylte 50 år er det en betydelig reduksjon av utdanningsforskjeller i angst. Større utdanningsforskjeller i psykiske plager blant de yngre aldersgrupper kan tyde på økt betydning av utdanning i disse kohorter, spesielt for yngre kvinner.



Figur 6. Utdanningsforskjeller i angst for menn og kvinner etter alder. Prosent.

Oppsummering

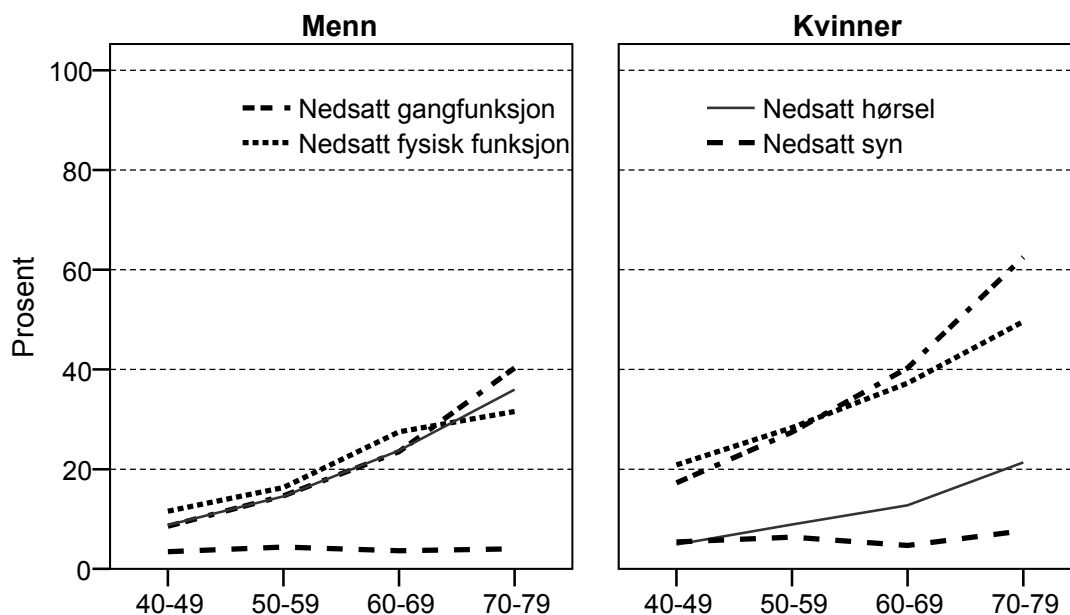
Resultatene viser størst forekomst av psykiske plager blant de yngste (18–29 år). Kvinner oppgir i større grad psykiske plager enn menn og kjønnsforskjellene er omtrent de samme for alle aldersgrupper. Funnene indikerer store utdanningsforskjeller i psykiske plager blant kvinner. Spesielt mange lavt utdannede kvinner under 50 år rapporterer angst og depressive symptomer. Noe av det samme mønstret finnes blant menn under 40 år selv om utdanningsforskjellene ikke er så store som for kvinnene. Funnene kan tyde på økt betydning av utdanning for mental helse i yngre kohorter. Gruppen med bare grunntutdanning blir mer og mer marginalisert og kan bli en spesielt utsatt gruppe med dårlig mestring og svake sosiale ressurser. Alderen 18–29 år kan utgjøre en spesielt kritisk og sensitiv periode, som blant annet omfatter valg og avrunding av utdanning, start på yrkeskarriere og samliv. Et viktig spørsmål er derfor om dette er et livsløpsfenomen som

gir seg når man når voksne og modne år, for eksempel i 40-årsalderen, eller om denne gruppen vil bære plagene med seg resten av livet.

2.3 Funksjonsevne

Funksjonsevne er målt ved spørsmål om nedsatt gangfunksjon, nedsatt sansevne (syn, hørsel) og et mer generelt mål på fysisk funksjonsevne. Spørsmål som inngår i disse mål er ikke stilt til personer under 40 år som ikke har oppgitt helsebegrensninger. Dermed blir prevalenstillene for de under 40 år noe lave i forhold til det som er funnet i andre studier. Resultatene for disse målene rapporteres derfor kun for personer 40 år og eldre. I tillegg har vi valgt å belyse hjelpe- og pleiebehovene indikert ved IADL og ADL. Boks 1.1 gir en nærmere beskrivelse av de målene som inngår i denne delen. Funnene nedenfor illustrerer at det også på dette helsedomenet er betydelig variasjon mellom kjønn, utdanning og aldersgrupper.

Figur 7 viser fordelingen av fire mål på fysisk funksjonsevne for menn og kvinner i ulike aldersgrupper: nedsatt gangfunksjon, nedsatt hørsel, nedsatt syn og nedsatt fysisk funksjon.



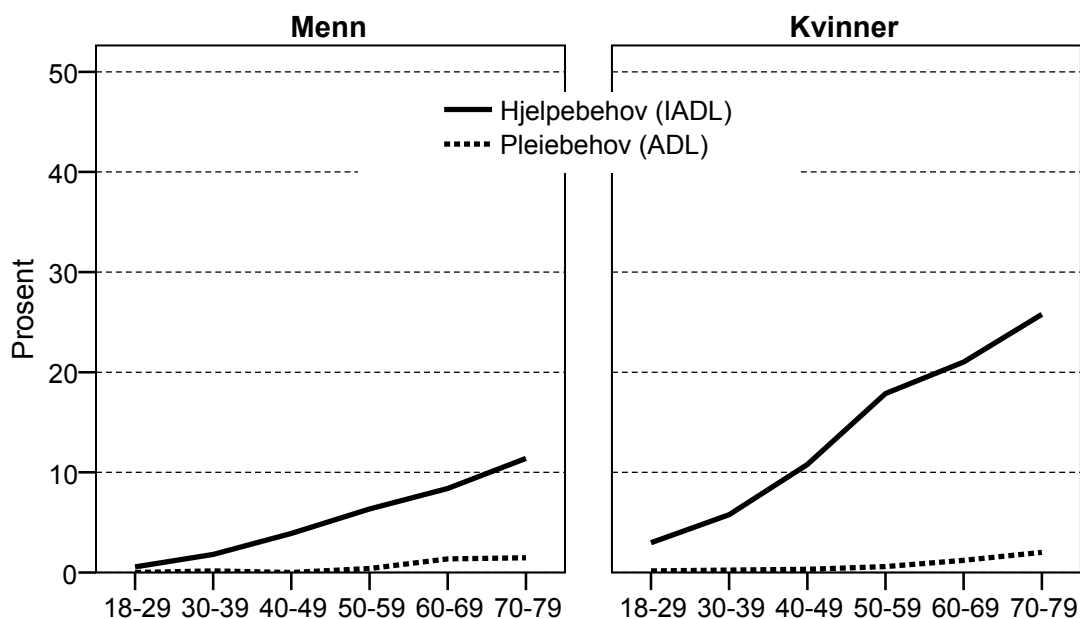
Figur 7. Andel med nedsatt gangfunksjon, nedsatt syn, nedsatt hørsel eller nedsatt fysisk funksjon blant menn og kvinner 40 år og eldre, etter alder. Prosent.

Andel personer med nedsatt hørsel, nedsatt gangfunksjon og nedsatt fysisk funksjon, stiger betraktelig med økende alder. Andel med nedsatt syn holder seg imidlertid stabilt over livsløpet (cirka 5 prosent). Dette gjelder både menn og kvinner. Nedsatt syn refererer her til de som har problemer med å lese tekst i en avis, selv om de bruker briller. Sannsynligvis har disse også i mindre grad svart på spørreskjemaet og er dermed underrapportert i studien. Nedsatt hørsel er et spesielt hyppig fenomen blant menn. Nesten hver femte (18 prosent) mann over 40 år har nedsatt hørsel, og blant menn over 70 år er det hele 36 prosent som oppgir at de har nedsatt hørsel. Hver tiende kvinne over 40 år har nedsatt hørsel, og det øker til én av fem blant de eldste kvinnene. Kjønnforskjeller i nedsatt hørsel øker noe med økende alder. Dette kan tyde på både aldrings- og kohorteffekter. Relativt flere menn har antagelig hatt yrker som kan gi hørselsskade, og dette kan særlig ha vært tilfellet for eldre kohorter av menn.

Blant kvinner er nedsatt gangfunksjon et spesielt hyppig fenomen. Cirka 30 prosent blant kvinner over 40 år oppgir at de har nedsatt gangfunksjon, mens andelen er 20 prosent blant menn. Blant de eldste oppgir 60 prosent av kvinnene og 40 prosent av mennene nedsatt gangfunksjon. Kjønnforskjeller i nedsatt gangfunksjon øker med økende alder. Gitt at nedsatt gangfunksjon i denne rapporten er definert som *problemer med å gå lengre enn fem kilometer uten pause* er det kanskje et positivt funn at det ikke er flere blant de eldste som rapporterer nedsatt gangfunksjon.

Aldersmønsteret for nedsatt fysisk funksjon følger stort sett mønsteret for gangfunksjon. Cirka 31 prosent av kvinnene og 20 prosent av mennene over 40 år oppgir nedsatt fysisk funksjon. Opp til 70-årsalder er kjønnforskjellene relativt konstante, mens de øker blant de eldste. Halvparten av kvinner i alderen 70-79 år har nedsatt fysisk funksjon, mens dette gjelder for 32 prosent av de jevngamle mennene.

Figur 8 viser andel menn og kvinner med henholdsvis hjelpebehov (IADL) og pleiebehov (ADL). Våre data antyder at svært få (0,5 prosent) har behov for pleie. Når andelen er såpass lav også blant de eldste, skyldes det mest sannsynlig selektivt frafall. Det er de sykeste og mest pleietrengende som ikke har svart. I tillegg er pleietrengende som bor på institusjon ikke inkludert i utvalget.

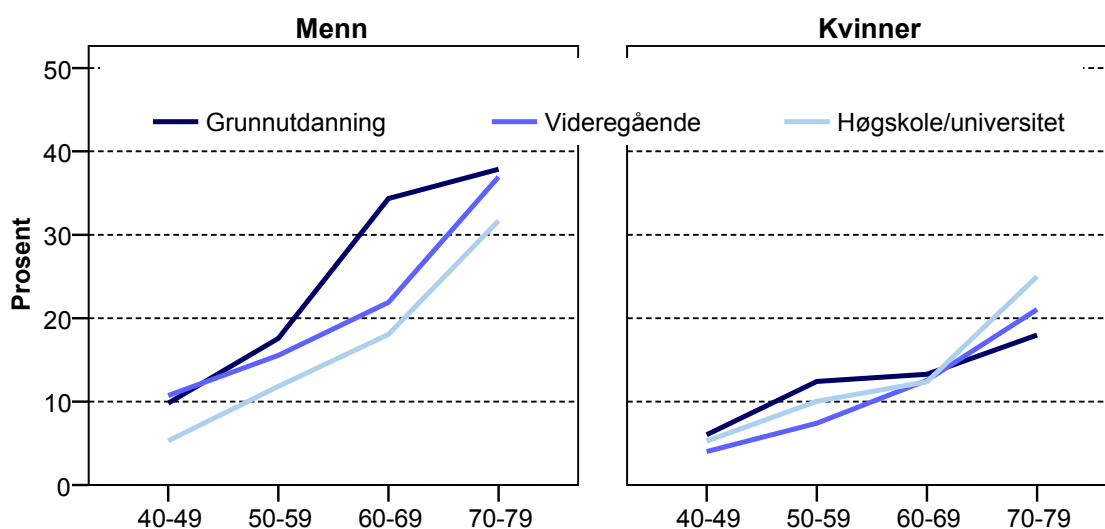


Figur 8. Andel med hjelpe- (IADL) og pleiebehov (ADL) blant menn og kvinner, etter alder. Prosent.

Hjelpebehov er mer utbredt blant kvinner enn menn i aldersspennet 18–79 år, henholdsvis 12 prosent og 5 prosent. Hjelpebehov øker med alderen, spesielt blant kvinner. Mens tre prosent av de yngste kvinnene har behov for praktisk hjelp, er dette tilfellet for én av fire kvinner i 70–79-årsalderen. Derimot er det kun én av ti av de eldste mennene som rapporterer et hjelpebehov. Kjønnforskjeller i hjelpebehov øker altså betydelig med økende alder. Én forklaring er at eldre menn som oftest får hjelp fra sine (yngre) ektefeller, noe som ikke blir registrert som hjelpebehov. En annen forklaring kan være at det er forskjeller i ambisjonsnivå som utløser økt hjelpebehov blant kvinner. Det store flertallet av de med hjelpebehov har rapportert at de har behov for hjelp til tyngre husarbeid. Siden kvinner oftere står for husarbeidet kan det være at de har et høyere ambisjonsnivå om det å holde det rent og ryddig i huset, noe som medfører økt hjelpebehov blant kvinner.

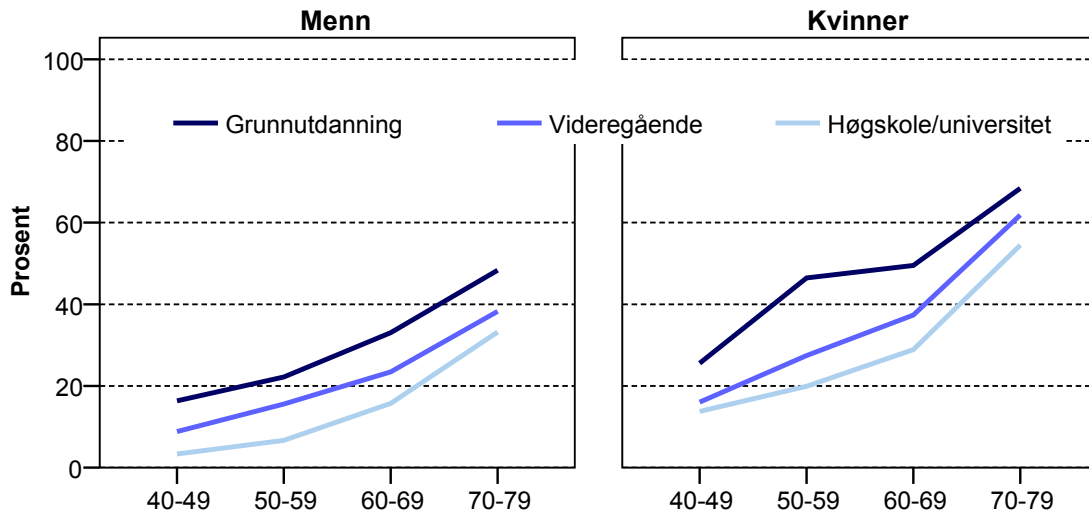
I figurene 9 til og med 12 gjør vi rede for utdanningsforskjeller i funksjonsevne. På grunn av for lav prevalens viser vi ingen figur på utdanningsforskjeller i pleiebehov. Utdanningsforskjeller i nedsatt hørsel er størst blant menn i alderen 60–69 år (Figur 9). Her er det 35 prosent av de lavt utdannede mennene som har nedsatt hørsel, sammenlignet med 18 prosent blant menn med utdanning på høyskole- eller universitetsnivå. Funnene

tyder på kohortforskjeller og forklaringer relatert til yrkesskader blant menn. Samtidig viser figuren at nedsatt hørsel øker med alder også blant høyt utdannede menn. Dette tyder på at økte kjønnsforskjeller i nedsatt hørsel med stigende alder også skyldes ulike aldringseffekter mellom kjønnene.



Figur 9. Utdanningsforskjeller i andel med nedsatt hørsel blant menn og kvinner 40 år og eldre, etter alder. Prosent.

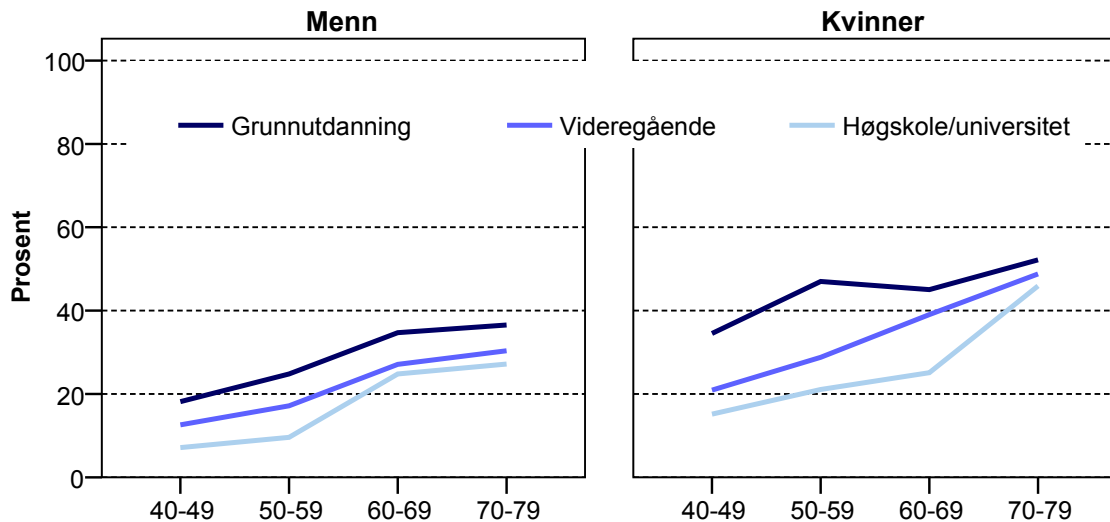
Figur 10 viser graderte utdanningsforskjeller i andel med nedsatt gangfunksjon blant både menn og kvinner over 40 år. Personer med grunntdanning rapporterer i større grad om nedsatt gangfunksjon sammenlignet med dem som har utdanning på høyere nivåer. Utdanningsforskjellene er størst i alderen 50–59 år, særlig blant kvinner. Her er det hele 45 prosent av kvinner med lav utdanning som oppgir at de har nedsatt gangfunksjon, mens dette gjelder kun for 20 prosent av de med utdanning ved høyskole eller universitet.



Figur 10. Utdanningsforskjeller i andel med nedsatt gangfunksjon blant menn og kvinner 40 år og eldre, etter alder. Prosent.

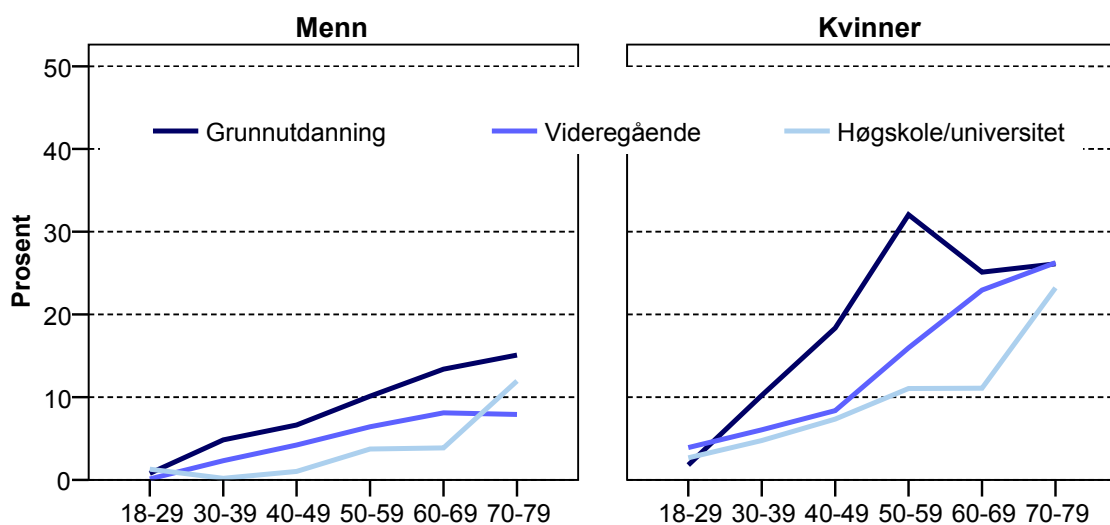
Blant menn er utdanningsforskjellene i nedsatt gangfunksjon stabile for de ulike aldersgrupper, men blant kvinner er det i aldersspennet 50–59 år at de største utdanningsforskjeller kommer til uttrykk.

Utdanningsforskjeller i nedsatt fysisk funksjon (Figur 11) følger noenlunde samme mønster som ved gangfunksjon. Personer med lav utdanning rapporterer i større grad om nedsatt fysisk funksjon enn de med høy utdanning. Blant menn er det stabile utdanningsforskjeller i ulike aldersgrupper. Etter fylte 60 år flater kurven ut for alle tre utdanningsnivåer. Det kan tyde på selektivt frafall blant menn. Mennene med dårligst helse og fysisk funksjon faller fra enten de har høy eller lav utdanning. En annen forklaring kan være relatert til pensjonering. Igjen er det blant kvinner i 50–59-årsalder vi finner de største utdanningsforskjellene. Figuren viser imidlertid ulike kurver for hvert utdanningsnivå. Blant kvinner med utdanning på høyskole- eller universitetsnivå øker for eksempel andel med nedsatt fysisk funksjon først betydelig etter fylt 69 år. En forklaring kan ligge i utsatt sykkelighet blant høyt utdannete kvinner.



Figur 11 Utdanningsforskjeller i andel med nedsatt fysisk funksjon blant menn og kvinner 40 år og eldre, etter alder. Prosent.

Figur 12 viser utdanningsforskjeller i andel med hjelpebehov. Utdanningsforskjellene er størst i aldersgruppen 50–69 år, spesielt blant kvinner. Hver tredje kvinne i alderen 50–59 år med grunntdanning rapporterer et hjelpebehov, mens dette gjelder cirka hver tiende kvinne med høyere utdanning. En sterk økning i hjelpebehov blant høyt utdannede menn og kvinner i alderen 70–79 år bidrar til små utdanningsforskjeller i hjelpebehov blant de eldste. Nedgangen i hjelpebehov blant lavt utdannede kvinner over 60 år kan tyde på selektivt frafall: kvinner med de største hjelpebehovene faller fra.



Figur 12. Utdanningsforskjeller i andel med hjelpebehov (IADL) blant menn og kvinner, etter alder. Prosent.

Oppsummering

Resultatene fra LOGG/NorLAG viser at funksjonsevne reduseres med økende alder, men at dette varierer betydelig med kjønn og utdanning. Kjønnforskjeller i nedsatt gangfunksjon, nedsatt hørsel og hjelpebehov blir større med økende alder. Kvinners gangfunksjon og fysiske funksjon reduseres raskere med økende alder, og hjelpebehovet øker sterkere enn menns. Økende kjønnforskjeller i hjelpebehov med økende alder skyldes antagelig flere enslige eldre kvinner med dårlig funksjonsevne. Nedsatt hørsel er mer utbredt blant menn og øker sterkere med økende alder sammenlignet med kvinner. Kjønnforskjellene kan forklares av både aldrings- og kohorteffekter. For eksempel er nedsatt hørsel spesielt utbredt blant lavt utdannede menn, selv om det øker med økende alder for alle utdanningsgrupper. Dette indikerer at menn med lavere utdanning oftere kan være utsatt for hørselsvekkende yrkesskader.

Funksjonsevne er det helsedomenet som i størst grad påvirker behov for helse- og omsorgstjenester, spesielt blant de eldste. Kjønn- og utdanningsforskjellene i funksjonsevne er spesielt store i aldersspennet 50–59 år. Utdanningsforskjellene i funksjonsevne er større blant kvinner enn menn. På en måte kan dette tyde på at utdanning er viktigere for kvinners funksjon enn menns. Behov for tjenester vil dermed først og fremst kunne gjelde lavt utdannede kvinner, mens høyt utdannede kvinner muligens får utsatt slike behov inntil eldre år. Videre analyser bør se nærmere på hvilke individuelle og strukturelle faktorer som karakteriserer gruppen kvinner i 50–59-årsalder for å gjøre rede for de store utdanningsforskjellene i funksjonsevne.

Den forholdsvis store økningen i andel med redusert funksjonsevne blant høyt utdannede i aldersspennet 70–79 år, kan forklares på ulike måter. En første forklaring er utsatt sykелighet og dermed utsatt behov for hjelp og omsorgstjenester. Utdanning har en beskyttende effekt, men bare opp til en viss alder. Med økende utdanningsnivåer i yngre kohorter kan det være flere som havner i denne kurven med utsatt sykелighet, og dermed vil en kunne regne med å finne flere som ikke har behov for helse- og omsorgstjenester før de fyller 70 år. En annen forklaring er at resultatene skyldes kohorteffekter og at høyt utdannede personer i neste kohort, det vil si i aldersspennet 60–69 år, rett og slett er friskere. I så fall vil sykелigheten kanskje bli utsatt eller

sammentrengt til enda eldre år i framtidige kohorter av høyt utdannede, og dermed også videre utsatt behovet for helse- og omsorgstjenester. Samtidig vil dette kunne gi økt sosial ulikhet i funksjonsevne blant de eldste.

2.4 Helse og varig begrenset funksjon

Varige funksjonsbegrensninger kan oppstå tidlig i livet. Sosiale mønstre i helse blant yngre personer med begrenset funksjon blir ofte oversett, spesielt i forskningen omkring funksjonshemming og funksjonshemmede. I dette avsnittet ser vi nærmere på helsevariasjoner blant yngre og eldre personer med varig begrenset funksjon. Vi velger ett helsemål fra hvert av de tre helsedomenene som vi har drøftet i det forrige avsnittet: egenvurdert helsestatus (allmenntilstand), depressive symptomer (psykiske plager) og nedsatt gangfunksjon (funksjonsevne). I hvilken grad finner vi de samme alders- og sosiale mønstre for personer med begrenset funksjon som vi fant for hele utvalget. Hvis høy utdanning virker som en buffer mot forekomst og graden av ulike typer helseplager, kan vi forvente lignende utdanningsforskjeller blant dem med begrenset funksjon. Funksjonsbegrensninger som oppstår tidlig i livet (under 67 år) kan imidlertid ha en varig innvirkning på levekår og bidra til reduserte sosiale helseforskjeller i denne gruppen.

Begrenset funksjon slik det måles i denne rapporten er et mye brukt mål på funksjonshemming. Selv om slike operasjonaliseringer i for liten grad ivaretar definisjoner av funksjonshemming som vektlegger det relasjonelle forholdet mellom individ og omgivelser, brukes de i stor utstrekning. Dette fordi slike mål er enkle å inkludere i spørreundersøkelser (Manor, Matthews, & Power, 2001) og fordi man mangler gode relasjonelle mål (Oliver, 1990; Tossebro & Kittelsaa, 2004). Med relasjonelle forhold siktes det til samspillet mellom individers fysiske funksjon og hvordan omgivelsene er tilrettelagt. I dette avsnittet bruker vi en grovere inndeling etter alder enn den vi hittil har brukt ettersom analysene omfatter flere undergrupper.

Helse blant personer med og uten varige helsebegrensninger

Tidligere i denne rapporten viste vi at 15 prosent av personer mellom 18 og 79 år har begrenset funksjon. Omlag 35 prosent av disse har mer enn ett

helseproblem eller funksjonshemming. Selvrapporterte opplysninger om sykdommer ble gjort om til diagnosekoder (ICD-10). En foreløpig oversikt indikerer at 40 prosent av personer med begrenset funksjon har sykdommer i muskel-skjelettsystemet, hvorav de fleste har uspesifiserte rygg- og nakkelidelser, reumatoid artritt og artrose. Nesten halvparten av kvinner og 42 prosent av menn i aldersspennet 45–66 år oppgir slike plager. Tolv prosent angir sykdommer i sirkulasjonssystemet, spesielt høyt blodtrykk. Dette er spesielt hyppig blant menn over 67 år (28 prosent). Videre opplyser også 12 prosent sykdommer i åndedrettssystemet, de fleste av disse har allergi eller astma.

For 86 prosent av personene med begrenset funksjon oppsto helseproblemet i voksen alder, mellom 16 og 66 år. Ni prosent oppgir at begrensningene enten var medfødt eller oppsto i barndommen før fylte 16 år, og 5 prosent av de med begrenset funksjon rapporterte at disse hadde oppstått etter fylte 66 år. Blant personer 67 år og eldre oppgir 67 prosent at begrensningene startet i voksen alder (16–66 år) mens én av tre angir at de oppsto etter fylt 66 år. Det er med andre ord svært vanlig at begrenset funksjon oppstår forholdsvis tidlig i livet. Begrensningene har vart fra mindre enn ett år til 77 år, med en median på 9 år.

Tabell 2.1a og 2.1b beskriver egenvurdert helse, depressive symptomer og gangfunksjon for henholdsvis menn og kvinner med og uten varige funksjonsbegrensninger. Andel med negative helsevurderinger er på alle alderstrinn betydelig større blant de med begrenset funksjon. Forskjellene er tilnærmet 50 prosentpoeng i alle aldersgruppene. Dette gjelder både menn og kvinner. På den ene siden øker også andelen med negative helsevurderinger blant menn og kvinner uten varig begrenset funksjon, spesielt etter fylte 50 år. Likevel forblir forskjellene mellom de med og uten begrensninger svært store. På den andre siden er det en stor andel (49 prosent) yngre med varig begrenset funksjon som vurderer sin helse positivt.

Tabell 2.1a. Egenvurdert helse, depressive symptomer og gangfunksjon blant menn med og uten begrenset funksjon, etter alder. Andeler.

	18–29 år		30–49 år		50–66 år		67–79 år	
	Begrenset funksjon		Begrenset funksjon		Begrenset funksjon		Begrenset funksjon	
	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja
Egenvurdert helse								
Nokså god/dårlig	7	51	8	66	16	77	23	85
Utmerket/ svært god/ god	93	49	92	34	84	23	77	15
Depressive symptomer								
Nei	82	62	89	62	89	77	88	77
Ja	18	38	11	38	11	23	12	23
Nedsatt gangfunksjon³								
Nei			94	57	91	45	72	18
Ja			6	43	9	55	28	82

Tabell 2.1b. Egenvurdert helse, depressive symptomer og gangfunksjon blant kvinner med og uten begrenset funksjon, etter alder. Andeler.

	18–29 år		30–49 år		50–66 år		67–79 år	
	Begrenset funksjon		Begrenset funksjon		Begrenset funksjon		Begrenset funksjon	
	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja
Egenvurdert helse								
Nokså god/dårlig	8	47	9	66	17	74	25	77
Utmerket/ svært god/ god	92	53	91	34	83	26	75	23
Depressive symptomer								
Nei	76	56	85	64	85	69	81	66
Ja	24	44	15	36	15	31	19	34
Nedsatt gangfunksjon³								
Nei			89	49	78	33	49	18
Ja			11	51	22	67	51	82

Også forekomst av depressive symptomer er større blant personer med varig begrenset funksjon. Forskjellene mellom de med og uten begrensninger er størst blant de yngste og blir noe mindre med økende alder. Dette gjelder både menn og kvinner, selv om depressive symptomer er langt mer hyppige blant kvinner. Psykiske problemer kan for mange utgjøre selve årsaken til varige funksjonsbegrensninger. I tillegg er det dokumentert at funksjonshemming øker risikoen for å utvikle depresjon (Ormel, Rijsdijk, Sullivan, van Sonderen, & Kempen, 2002). Flere prospektive longitudinelle studier viser

³ Nedsatt gangfunksjon er målt for personer 40 år og eldre

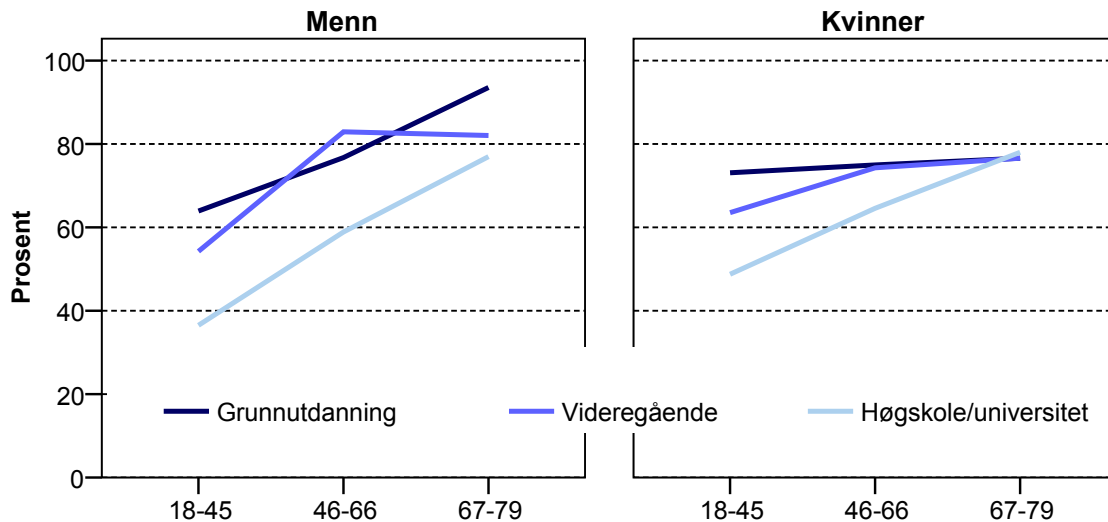
at depresjon øker risikoen for funksjonshemming (Ormel et al., 1998; Ormel et al., 2002; Penninx et al., 1998) ved at depresjon bidrar til å redusere funksjonsevnen i dagliglivet (Jang, Haley, Small, & Mortimer, 2002). Det ser altså ut til at begrenset funksjon og depressive symptomer virker gjensidig forsterkende over tid.

Spesielt for personer med varig begrenset funksjon er det en kraftig økning i andel med nedsatt gangfunksjon med stigende alder. Kvinner uten varig begrenset funksjon rapporterer imidlertid i større grad om nedsatt gangfunksjon enn menn. Det kan tyde på at spesielt mange kvinner over 66 år ikke oppfatter nedsatt gangfunksjon som en begrensning, mens menn gjør dette. Muligens gjelder dette spesielt problemer med gangfunksjon som har oppstått i høy alder. Dette har også med definisjonen av nedsatt gangfunksjon å gjøre: problemer med å gå mer enn fem kilometer uten pause vil ikke automatisk medføre begrensninger i daglige aktiviteter. Funnene kan tyde på at innholdet i begrepet «begrensninger» endrer seg med økende alder, og spesielt blant kvinner. Aldersforskjellene kan så å si antyde forskjeller i den erfarte betydningen av symptomer. Eldre erkjenner ofte at de er mer mottakelig for sykdom og mer alvorlige symptomer, men er mindre redde for å være syke (George, 2001). Dette er et spørsmål som kan utforskes med mer detaljerte analyser av LOGG/NorLAG materialet.

Sosiale helseforskjeller blant personer med varig funksjonsbegrensning

Tidligere i denne rapporten har vi funnet en sosial gradient i andel med negative helsevurderinger, depressive symptomer og nedsatt gangfunksjon. For alle disse tre helsedomener gjelder at jo lavere utdanningsnivå desto dårligere helse. Aldersmønstrene varierte imidlertid noe mellom de ulike helsedomener. For egenvurdert helse og nedsatt gangfunksjon fant vi de største utdanningsforskjeller midt i livet (50–59 år). For depressive symptomer var det blant unge vi fant de største utdanningsforskjellene. Finner vi de samme sosiale mønstre innenfor gruppen med langvarige helsebegrensninger? Dette skal vi se nærmere på i dette delkapittelet.

Figur 13 til og med 15 illustrerer utdanningsforskjeller blant personer med langvarige helsebegrensninger i de tre helsedomener.

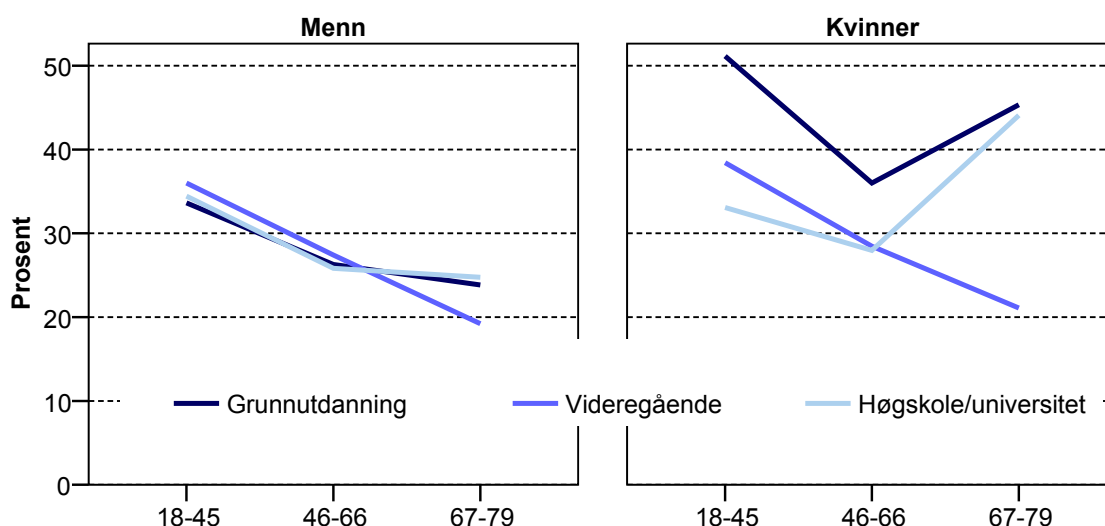


Figur 13. Utdanningsforskjeller i negative helsevurderinger blant menn og kvinner med begrenset funksjon; etter alder. Prosent.

Også blant personer med varige funksjonsbegrensninger finner vi en lavere andel med negative helsevurderinger blant dem med utdanning på høyskole eller universitetsnivå (Figur 13). Her mangler det imidlertid en tydelig sosial gradient. Skillet går mellom utdanning på høyskole eller universitetsnivå og resten. Dette kan tyde på at spesielt utdanning på høyskole- eller universitetsnivå er viktig for egenvurdert helse blant personer med begrenset funksjon. I tillegg ser utdanningsforskjellene i egenvurdert helse ut til å være noe større for menn enn for kvinner. For lavt utdannede kvinner med begrenset funksjon er andel med negative helsevurderinger like stor i alle aldersgrupper. For høyt utdannede kvinner er det imidlertid en sterk økning i negative helsevurderinger med stigende alder. Dette bidrar til at det blant de eldste kvinnene med begrenset funksjon ikke lenger er utdanningsforskjeller i egenvurdert helse.

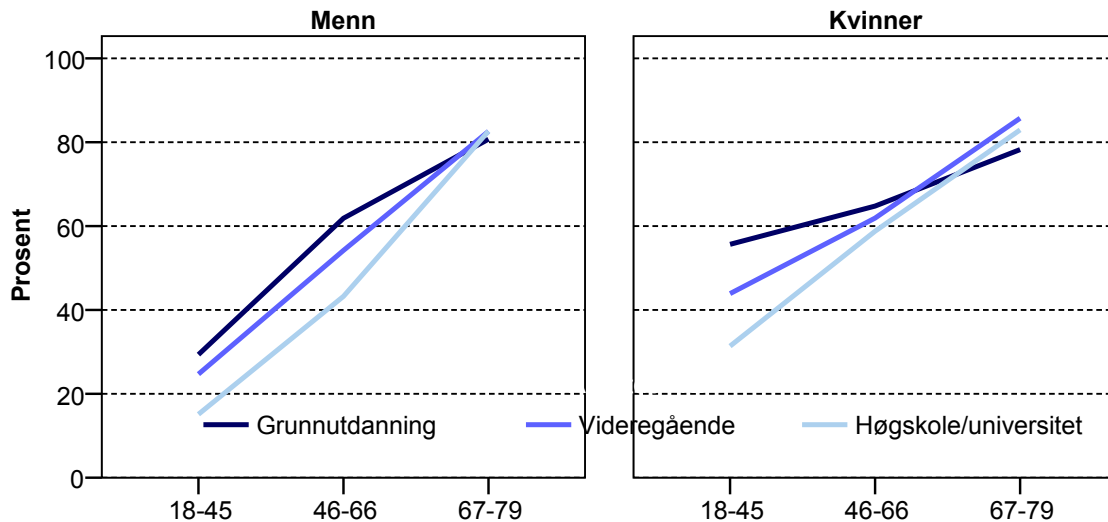
Blant menn med begrenset funksjon finner vi ingen utdanningsforskjeller i depressive symptomer (Figur 14). Utdanning ser altså ikke ut til å være en buffer mot depressive symptomer for høyt utdannede menn med varige funksjonsbegrensninger. Samtidig var utdanningsforskjellene i depressive symptomer blant menn i det samlede materialet ikke så store heller. Blant kvinner er mønsteret nokså likt det vi har sett tidligere, men den sosiale gradienten er mindre tydelig. Under 67 år er det spesielt kvinner med lav utdanning som oppgir depressive symptomer i større grad enn dem med utdanning på høyere nivåer. Men etter fylte 67 år er det en betydelig økning

i andel med depressive symptomer både blant kvinner med grunnutdanning og kvinner med utdanning på høyskole- eller universitetsnivå. Dette kan tyde på virkningen av ulike forhold og mekanismer knyttet til livsfase som videre analyser bør se nærmere på. For eksempel kan det blant yngre kvinner i større grad være psykiske plager som utgjør selve begrensningen, mens det blant eldre er en kombinasjon av helseproblemer i ulike helsedomener.



Figur 14. Utdanningsforskjeller i andel med depressive symptomer blant menn og kvinner med begrenset funksjon; etter alder. Prosent.

Blant menn yngre enn 67 år med begrenset funksjon rapporterer lavt utdannede i større grad om nedsatt gangfunksjon sammenlignet med dem som har utdanning på høyere nivåer. Her kan vi fortsatt se en tredeling. Blant kvinner med funksjonsbegrensninger er det kun i alderen 18–45 år at vi finner utdanningsforskjeller i nedsatt gangfunksjon. Blant de eldste med begrenset funksjon er det ingen utdanningsforskjeller i nedsatt gangfunksjon (Figur 15).



Figur 15. Utdanningsforskjeller i andel med nedsatt gangfunksjon blant menn og kvinner med begrenset funksjon; etter alder. Prosent.

Oppsummering

Utdanningsforskjeller i de ulike helsedomener er betydelig mindre blant personer med varige funksjonsbegrensninger. En forklaring er at helse-relaterte forhold som oppstår tidlig i livet virker begrensende på mange livsområder og ressurser og demper den positive effekten av høyere utdanning. Likevel er det en tendens til en beskyttende effekt av utdanning blant yngre personer med varige funksjonsbegrensninger, det vil si i aldersspennet 18–66 år. Til tross for helsebegrensningene er det færre med negative helsevurderinger, depressive symptomer eller nedsatt gangfunksjon blant dem med det høyeste utdanningsnivået. Høy utdanning har mindre betydning for de eldste (67–79 år) med varige funksjonsbegrensninger.

2.5 Diskusjon

I denne delen av rapporten har vi sett på sosiale variasjoner i tre helsedomener: allmenntilstand, psykiske plager og funksjonsevne. Resultatene understreker for det første at det er viktig å skille mellom ulike helsedomener i studiet av menns og kvinners helse. For eksempel er det kun domenet funksjonsevne som viser økende kjønnsforskjeller med stigende alder (fra 40 år). Mens kjønnsforskjeller i domenet psykiske plager er nokså konstante for alle aldersgrupper. Når det gjelder allmenntilstand er forskjellene mellom

kvinner og menn størst midt i livet og de blir mindre blant de eldste aldersgruppene.

For det andre viser resultatene at det er sosial ulikhet i helse, uavhengig av hvilket helsedomene en ser på. Personer med utdanning på lavere nivå har dårligere helse og funksjon enn personer med utdanning på høyere nivåer. Utdanningsforskjeller er graderte, det vil si at resultatene viser en tredeling mellom grunnutdanningsnivå, videregående nivå og høyskole eller universitetsnivå. Men størrelsen på utdanningsforskjeller i helse varierer med alder og kjønn, og aldersmønstrene varierer med helsedomene. At vi finner generelt større utdanningsforskjeller blant kvinner enn menn kan tyde på økt betydning av utdanning for kvinners helse. Dette er spesielt relevant for mental helse, hvor vi fant relativt mange unge lavt utdannede kvinner med psykiske plager. Utdanningsforskjeller i fysisk funksjon er imidlertid størst blant kvinner i 50–59-årsalder, noe som kan tyde på akkumulering av ugunstige eksponeringer for lavt utdannede kvinner i denne aldersgruppen. Videre analyser av LOGG/NorLAG materialet bør se nærmere på individuelle og strukturelle årsaker bak de sosiale helseforskjellene.

Utdanningsforskjeller er til dels store og er altså knyttet til både livsfase og kjønn. Hvor sterkt de er knyttet til det vil variere over de ulike helsedomener. Mål på begrenset funksjon, fysisk funksjon og hjelpebehov, ser ut til å vise reduserte utdanningsforskjeller i den eldste aldersgruppen. Det generelle helsemålet «varig begrenset funksjon» viser en utflating for alle utdanningsgrupper, men mest for personer med lav utdanning. Men reduserte utdanningsforskjeller i andel med nedsatt fysisk funksjon og hjelpebehov skyldes først og fremst en sterk økning blant de eldste med høy utdanning. Svarene på spørsmål om allmenntilstand påvirkes av forventninger, og er slik sett relative, siden forventninger til egen helse kan variere mellom kohorter og mellom sosiale grupper innenfor samme kohort. At vi blant de eldste finner en utflating i andelen med funksjonsbegrensninger, men ikke i mer spesifikk funksjonsevne, kan være et utslag av akkurat slike alders- og utdanningsrelaterte justeringer av forventninger omkring egen helse. Resultatene er i tråd med konklusjonen til Parker & Thorslund (2007) som advarer mot å kun bruke generelle helsemål som indikator for trender av sykkelighet. Slike generelle mål kan allikevel brukes for å drøfte hva som

påvirker etterspørsel av helse- og omsorgstjenester, og være med på å forklare den forholdsvis sterke veksten av yngre brukere (Romøren, 2006, 2007; St.meld. nr. 25, 2005–2006). Funnene understreker at ulike helsedomener har ulik betydning for bruk av helse- og omsorgstjenester.

Enten varige funksjonsbegrensninger oppstår tidlig eller sent i livet, så viser våre funn at de ikke uventet henger sammen med betydelig dårligere allmenntilstand, flere psykiske plager og nedsatt fysisk funksjon. Psykiske plager dominerer blant unge med varige funksjonsbegrensninger mens nedsatt fysisk funksjon preger de eldste. For personer over 67 år ser høy utdanning ikke ut til å ha noen beskyttende effekt. For personer under 67 år med begrenset funksjon finner vi at utdanning på høyskole- eller universitetsnivå stort sett henger sammen med bedre helse. Funnene tyder på at konsekvensene av varige funksjonsbegrensninger som oppstår tidlig i livet også kjennetegnes av sosial ulikhet. Dette er i tråd med tidligere studier som påpeker at lang utdanning, og høy kompetanse, kompenserer for reduserte valgmuligheter blant funksjonshemmede (Grue, 2001). For eksempel viser tidligere studier at forskjell i arbeidsdeltakelse mellom de med og uten nedsatt funksjonsevne er langt mindre blant dem med mer enn fire års universitetsutdanning sammenlignet med dem med utdanning på lavere nivå (Skog Hansen & Svalund, 2007; Statistisk sentralbyrå, 2006). Gjennom LOGG/NorLAG materialet vil vi kunne se nærmere på hvorvidt denne kompenserende effekt av høy utdanning for yngre personer med varige funksjonsbegrensninger også gjelder andre arenaer i livet.

3 Alder og sosiale variasjoner i helseatferd

I dette kapitlet beskriver vi variasjoner i helseatferd for kvinner og menn i ulike aldersgrupper og sammenhengen med ulike helsedomener. Vi tar for oss fem typer helseatferd: (1) tobakksbruk, (2) alkoholforbruk, (3) fysisk aktivitet, (4) bruk av helsetjenester og medikamenter, og (5) fedme. Fedme er jo gjerne et *resultat* av helseatferd og utgjør ikke en type helseatferd i seg selv, men det utgjør en risikofaktor for helsesvikt på linje med uheldig helseatferd. Derfor velger vi å også ta med fedme i dette kapitlet.

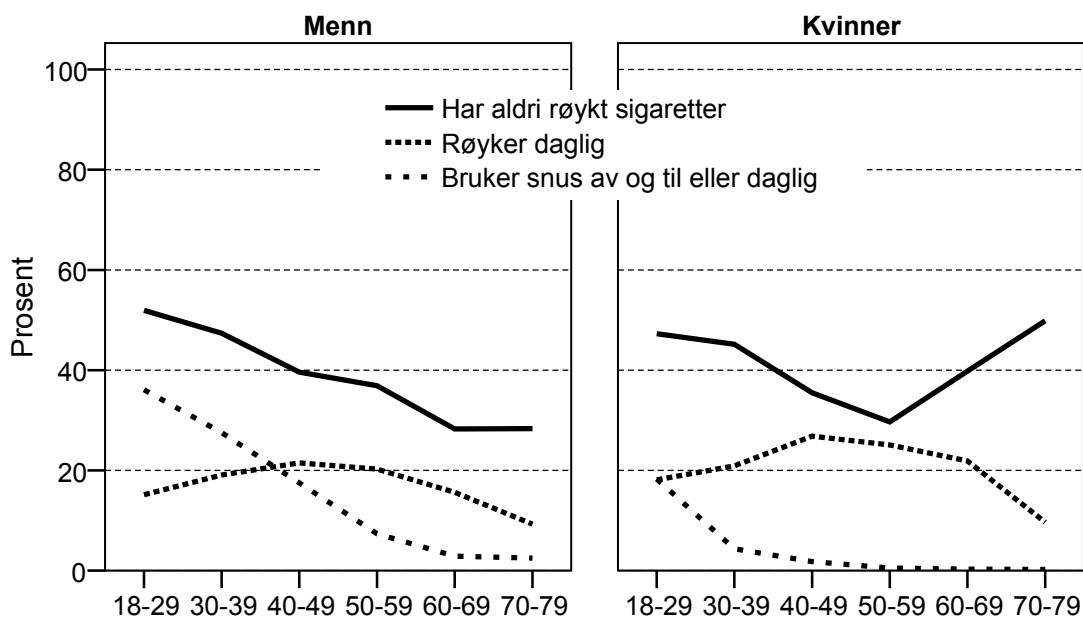
Helseatferd varierer med utdanning. Vi vet imidlertid lite om hvorvidt utdanningsforskjellene i helseatferd øker eller minsker med alderen. Fordi helseatferd preger helse, og fordi sykdomsforebyggende og helsefremmende tiltak søker å påvirke helseatferd, er kunnskap om utdanningsforskjeller i ulike aldre viktig. I tillegg til en beskrivende analyse av sosiale mønstre i helseatferd, vil vi i dette avsnittet også beskrive sammenhengen mellom ulike typer helsesvikt og helseatferd. Til dette formål velger vi tre helsemål fra hvert helsedomene (varige helsebegrensninger, depressive symptomer og gangfunksjon).

3.1 Tobakksbruk

Røyking er en viktig årsak til lungekreft og hjerte- og karsykdommer (Vollset, Selmer, Tverdal, & Gjessing, 2006). Også snus (og annen røykfri tobakk) er avhengighetsskapende, og skader helsa, blant annet ved at det øker faren for kreft i bukspyttkjertelen (European Commission, 2007).

Figur 16 viser fordeling av tobakksbruk for menn og kvinner i ulike aldersgrupper: andel dagligrøykere, andel som aldri har røykt, og andel som bruker snus av og til eller daglig. Resultatene viser at én av fem kvinner i alderen 18 til 79 år er dagligrøyker, mens dette gjelder 16 prosent av mennene. Mønstrene i dagligrøyking som vi finner i LOGG/NorLAG er nokså like de man har funnet i undersøkelser om tobakksbruk fra Statistisk

sentralbyrå (Statistisk sentralbyrå, 2008). Men det kan det se ut som om andel menn som røyker daglig er noe underrepresentert i LOGG/NorLAG. Kjønnforskjeller i dagligrøyking er størst midt i livet og svært små i aldersgruppen 70–79 år, hvor de færreste røyker daglig.

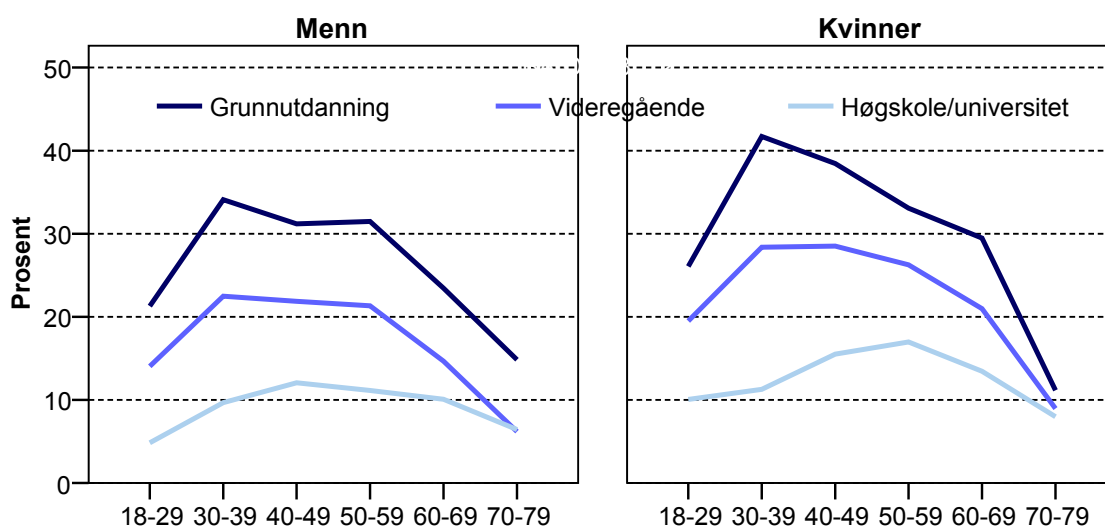


Figur 16. *Bruk av sigaretter og snus, etter kjønn og alder. Prosent.*

Over halvparten i alderen 18–29 år har aldri røykt sigaretter. Blant menn synker denne andelen med økende alder, og i alderen 70–79 år er det kun én av tre som sier de aldri har røykt. Blant kvinner er mønsteret litt annerledes. Andel kvinner som aldri har røykt stiger etter fylte 60 år. Det er nærliggende å anta at aldersmønsteret vi finner i dagligrøyking primært skyldes endringer med alder; mange slutter å røyke. Men aldersmønsteret gjenspeiler trolig også kohortforskjeller. Særlig blant eldre kvinner kan lavere andeler dagligrøykere skyldes at flere aldri har vært dagligrøykere. Frafall på grunn av tidlig død, eller forhøyet sykkelighet blant tidligere røykere, kan også fremstå som en nedgang i tobakksforbruk i aldersgruppen. At det er færre røykere i de yngste aldersgrupper kan også skyldes kohortforskjeller. Det kan tyde på at dagligrøyking er på vei ut. Blant annet kan loven om røykfrie serveringssteder som trådte i kraft fra 1. juni 2004 ha bidratt til at flere i den yngste aldersgruppen ikke har begynt å røyke.

Kohortforskjeller ser også ut til å prege fordelingen av bruk av snus som er spesielt hyppig blant unge menn. I alderen 18–29 er det 36 prosent av mennene og 18 prosent av kvinnene som bruker snus av og til eller daglig. Etter fylte 50 år er bruk av snus et sjeldent fenomen.

Figur 17 beskriver utdanningsforskjeller i dagligrøyking blant menn og kvinner. Utdanningsforskjellene gjelder begge kjønn og er i tråd med tidligere undersøkelser. Dagligrøyking er mest utbredt blant de med lavest utdanning. Dette gjelder alle aldersgrupper. Alt i alt er det flest dagligrøykere i alderen 40–59 år. Men det er i aldersspennet 30–49 år vi finner de største utdanningsforskjellene, både for menn og kvinner. Her er det hele 30 prosentpoeng forskjell mellom de med utdanning på høyeste og laveste nivå. Utdanningsforskjellene i andel dagligrøykere avtar imidlertid med økende alder. For røykende kvinner over 70 år er det så å si ingen forskjeller mellom utdanningsgruppene. LOGG/NorLAG-data viser ingen utdanningsforskjeller i bruk av snus, hverken for menn eller kvinner (data ikke vist).

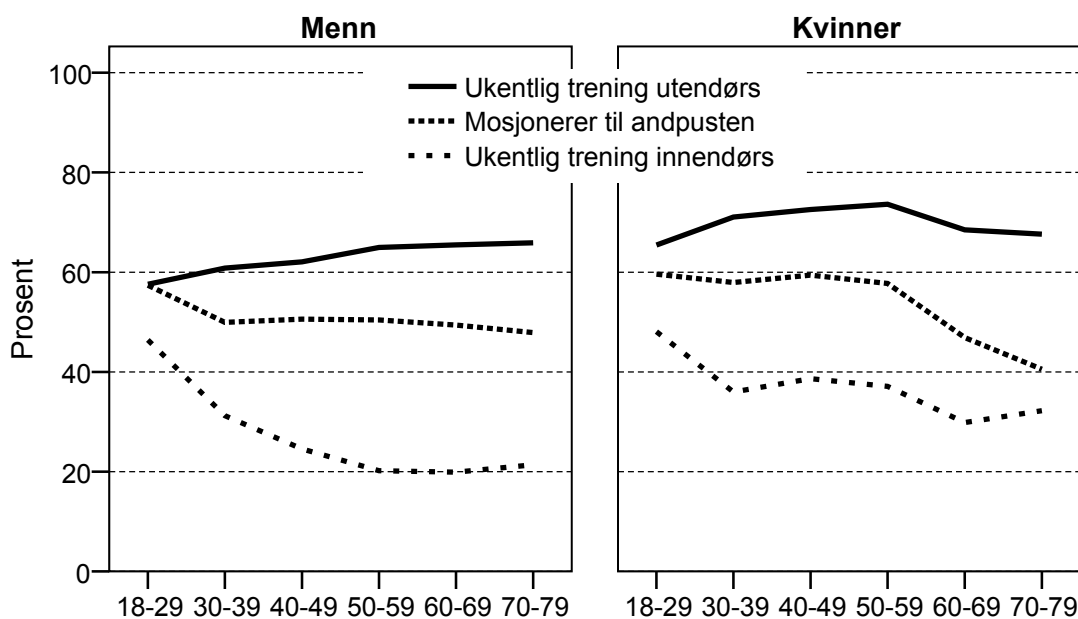


Figur 17. Utdanningsforskjeller i andel som røyker daglig, etter kjønn og alder. Prosent.

3.2 Fysisk aktivitet

Mens helsesvekkelser som skyldes røyking først og fremst er langsiktige, er helsegevinster ved fysisk aktivitet mer umiddelbare og kortsiktige. Fysisk aktivitet gir nokså umiddelbar bedring i muskel- og skjelettsykdommer og kan forebygge psykiske problemer, slik som depresjoner.

Figur 18 viser fordelingen av tre mål på fysisk aktivitet blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper: ukentlig trening utendørs, ukentlig trening innendørs og ukentlig mosjonering til en blir andpusten og/eller svett. Ukentlig utendørs trening er nokså utbredt i alle gruppene. 72 prosent kvinner og 64 prosent menn oppgir at de trener utendørs ukentlig. Spørsmålet om utendørs trening er imidlertid nokså vidt formulert og inkluderer blant annet turer til fots eller på sykkel. Også spørsmålet om det å 'mosjonere til du blir andpusten og/eller svett' er et nokså generelt spørsmål. Her er det særlig blant kvinner over 60 år at den fysiske aktiviteten går ned.

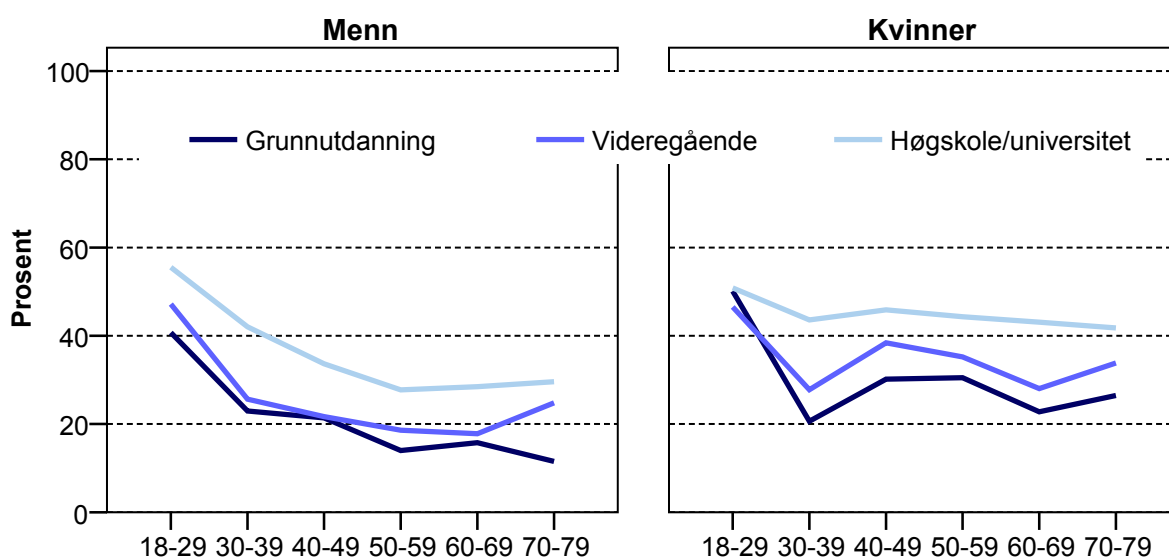


Figur 18. Andel som ukentlig trener innendørs, utendørs og mosjonerer til andpusten, etter kjønn og alder. Prosent.

Fordi vi her må begrense analysene av plasshensyn, tar vi her kun for oss spørsmålet om ukentlig innendørs trening som i større grad enn andre spørsmål oppfattes som et tegn på aktiv fysisk aktivitet. Forskjeller i treningsform mellom aldersgrupper av menn reflekterer trolig kohortforskjeller. Det er

særlig unge menn som trener innendørs, f.eks. i treningsstudio. Når det gjelder kvinners trening, ser vi et midlertidig fall i andeler som trener i aldersgruppen 30–39 år. Trolig ser vi her en livsfaseeffekt. I denne perioden av livet er det mange som etablerer familie og har mindreårige barn.

Figur 19 illustrerer utdanningsforskjeller i andel som ukentlig eller oftere trener innendørs. De andre to mål på fysisk aktivitet viser lignende utdanningsforskjeller og er ikke vist her. Blant yngre menn og kvinner i aldersgruppen 18–29 år er treningsaktiviteten høy for alle utdanningsgrupper: mellom 40 og 50 prosent trener innendørs minst en gang i uken. I de eldre aldersgruppene er høyt utdannede mer aktive enn de med lav utdanning. Utdanningsforskjellene samsvarer med andre undersøkelser (Grøtvedt & Gimmetad, 2002). Blant høyt utdannede kvinner svarer omlag halvparten at de trener innendørs ukentlig, uavhengig av alder. Blant høyt utdannede menn er det en betydelig nedgang i andel som trener innendørs med økende alder. Kjønnforskjellene i innendørs trening øker altså med stigende alder, spesielt blant de med høy utdanning.



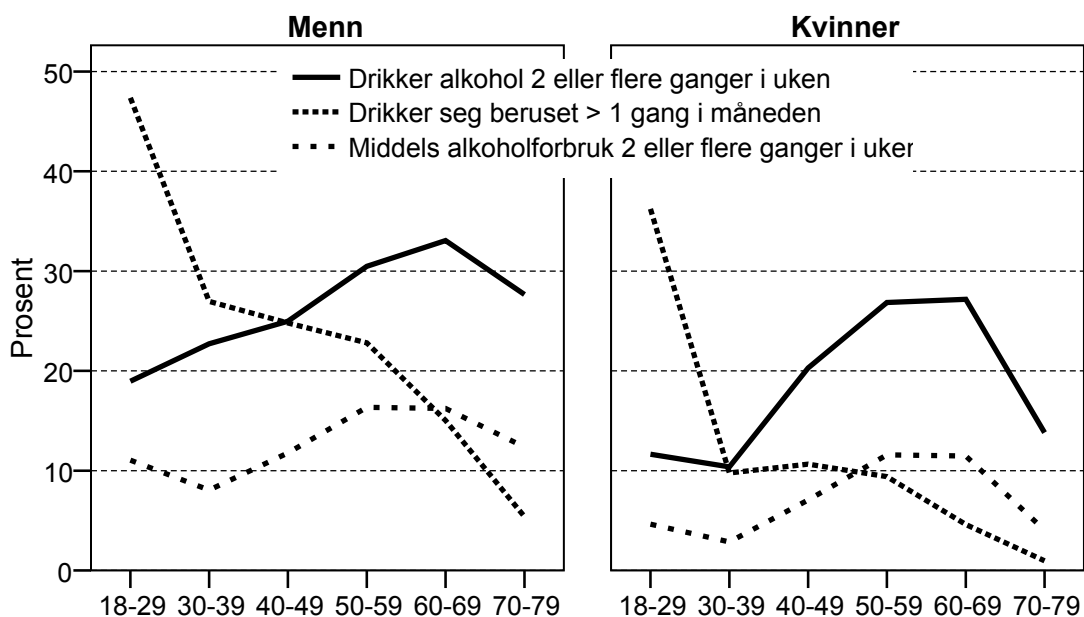
Figur 19. Utdanningsforskjeller i andel som ukentlig eller oftere trener innendørs, etter kjønn og alder. Prosent.

3.3 Alkoholforbruk

Til forskjell fra tobakksbruk og fysisk aktivitet er det vanskelig å fastslå hvordan alkohol påvirker helsen. På den ene siden vet man at regelmessig og stort alkoholinntak øker risikoen for høyt blodtrykk, hjerneslag, enkelte former for kreft og leversykdom. Høyt alkoholkonsum har negative sosiale følger, for arbeid, vennskap, ekteskap osv. (Anderson & Baumberg, 2007). Hva som er høyt eller altfor høyt alkoholforbruk er imidlertid avhengig av mange faktorer, og det finnes ingen standardnormer for dette. For eksempel tåler kvinner alkohol dårligere enn menn. De blir lettere avhengig og får lettere helseskader (Duckert, Lossius, & Ravndal, 2008). På den annen side finnes det forskning som peker i retning av at moderate mengder vin kan være heldig for personer eldre enn 50 år når det gjelder hjerte-karsykdommer (Folkehelseinstituttet, 2008a). Hos yngre personer er det ingen holdepunkter for at alkohol har gunstige helsevirkninger.

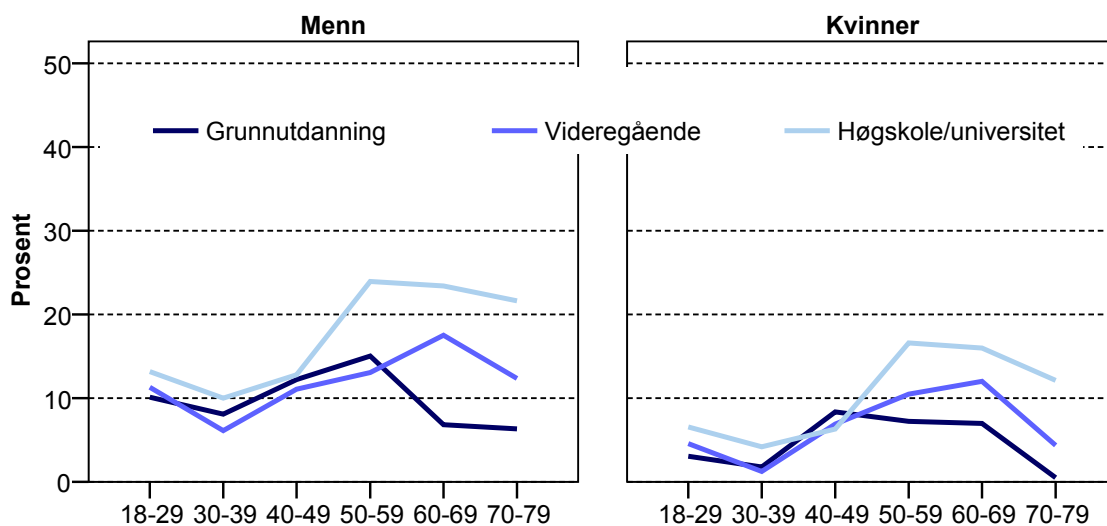
Figur 20 beskriver alkoholforbruk blant menn og kvinner gjennom livsløpet på tre indikatorer: 1) om en drikker alkohol to eller flere ganger i uken, 2) et middels alkoholforbruk to eller flere ganger i uken og 3) om en drikker seg beruset minst én gang i måned. Det er flere menn enn kvinner som drikker alkohol to eller flere ganger i uken. Kjønnforskjellene er størst fra 18 til 40 år og blant de eldste, i alderen 70–79. Det er også flere menn enn kvinner som drikker seg beruset minst én gang i måned. I alderen 18–29 år det nesten halvparten av mennene som drikker seg beruset minst én gang i måned mens andelen er 35 prosent blant kvinner. I tråd med tidligere undersøkelser viser også LOGG/NorLAG at denne typen alkoholforbruk reduseres betydelig for begge kjønn, men spesielt for kvinner, når de inntar voksenrollen med familie og arbeid. Menn fortsetter imidlertid i noe større grad med en mer utagerende form for alkoholforbruk.

For både menn og kvinner finner vi at alkoholforbruk (frekvens) øker betraktelig etter fylte 50 år for deretter å synke i alderen 70–79 år. Aldersmønsteret gjenspeiler at eldre drikker oftere, men mindre, mens de yngste drikker sjeldnere, men mye.



Figur 20. Alkoholforbruk, etter kjønn og alder. Prosent.

Utdanningsforskjeller i middels alkoholforbruk beskrives i figur 21. Her tar vi utgangspunkt i et forbruk som tilsvarer to halvliters pils, en halv flaske vin eller tre drinker brennevin minst to ganger i uken.



Figur 21. Utdanningsforskjeller i andel med middels alkoholforbruk. Menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Prosent. Kilde: LOGG/NorLAG 2008.

Det er nokså små forskjeller mellom utdanningsgruppene i middels alkoholkonsum frem til 50-årsalder, både for kvinner og menn (se figur 21). Men etter fylte 50 år øker andelen med middels alkoholforbruk kraftig blant

høyt utdannede. Med en slik økning er det rimelig å tro at det her er snakk om endringer som følger med alder og livsfase. Blant høyt utdannede menn i aldersgruppen 50–59 år er andelen med middels forbruk av alkohol mer enn doblet sammenlignet med den ti år yngre aldersgruppen, og nesten tredoblet for kvinner. Alkoholkonsumet øker også blant dem med videregående utdanning, men ikke på langt nær så mye. Det er med andre ord økende sosiale ulikheter i middels alkoholforbruk over livsløpet, med flere høyt utdannede med et jevnlig forbruk i eldre år.

Det er nærliggende å spørre om forskjellene i jevnlig alkoholforbruk reflekterer forskjeller i livsstil mellom utdanningsgruppene. I 50–60-årsalderen, når barna blir voksne og flytter ut, vil mange få mer tid og bedre råd. Et høyere alkoholkonsum blant høyt utdannede reflekterer kanskje at ressursene brukes på ulike typer livsstil i forskjellige utdanningsgrupper. Alkohol kan betegnes som en luksusvare i Norge og dermed kan utdanningsforskjellene i økt alkoholkonsum etter fylte 50 år også gjenspeile ulik forbedring i kjøpekraft (Strand & Steiro, 2003a).

Blant de med middels alkoholkonsum vil det også være en gruppe med et skadelig høyt forbruk. Med høyt alkoholkonsum øker faren for å utvikle alkoholproblemer i livets siste faser, og sannsynligvis i størst grad blant høyt utdannede. Alkoholproblemer som utvikles i eldre år er så langt gitt nokså liten oppmerksomhet innen geriatri og omsorgsforskning. Med økt utdanning særlig blant kvinner, og høyere alkoholkonsum også blant kvinner, kan behovet for så vel forebyggende som behandlende tiltak komme til å øke spesielt for denne gruppen.

LOGG/NorLAG-data viser lignede mønstre på sosial ulikhet blant de som drikker alkohol to eller flere ganger i uken, mens det er ingen utdanningsforskjeller i andel som drikker seg beruset minst én gang i måned (figurene ikke vist her).

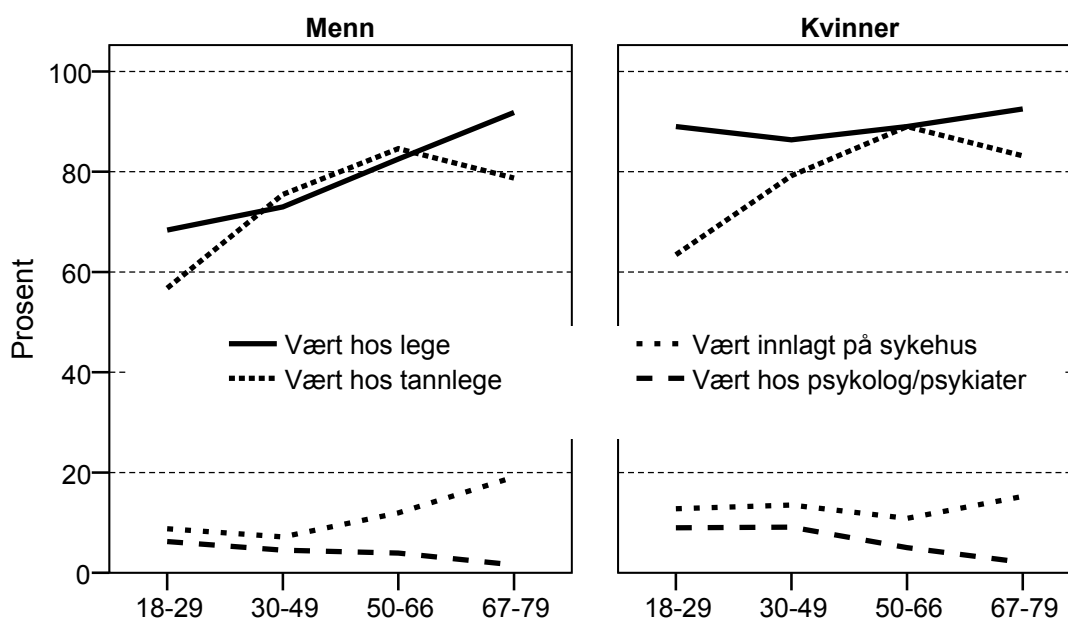
3.4 Bruk av helsetjenester og medikamenter

Bruk av helsetjenester og medikamenter har gjerne til hensikt å forbedre helse og funksjon, eller lindre symptomer eller plager. Denne typen helseatferd er altså direkte helsemotivert i motsetning til tobakksbruk, alkoholforbruk og fysisk aktivitet som ikke trenger å være helsemotivert. I tillegg er

bruk av helsetjenester og medikamenter som oftest et resultat av et helseproblem. Dermed har særlig denne typen helseatferd en klar gjensidig sammenheng med helse.

Utdanningsforskjeller i bruk av helsetjenester og medikamenter kan vise to motsatte tendenser. Det vil være et høyere forbruk blant personer i lavere sosiale lag hvor det er en større forekomst av helseproblemer. Men i noen tilfeller vil det være et større forbruk blant personer i høyere sosiale lag, og det skyldes ofte at disse har bedre tilgang til gitte ressurser. Det sistnevnte er ofte relatert til spesifikke typer forebyggende helsetjenester. Tidligere forskning på dette området viser økt forbruk av primærhelsetjeneste i de laveste sosiodemografiske gruppene (Clench-Aas, 2007).

Figur 22 beskriver forbruket av ulike typer helsetjenester blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper.



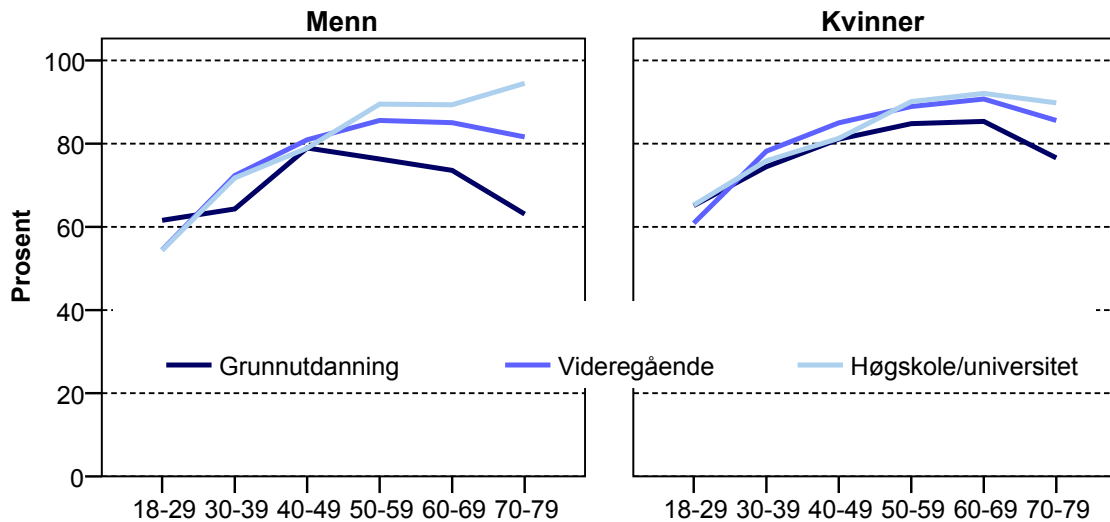
Figur 22. Andel som i løpet av det siste året har vært hos psykolog, tannlege, lege eller har vært innlagt på sykehus, for menn og kvinner etter alder. Prosent.

Et klart flertall av befolkningen har både vært hos lege og tannlege siste år, og bruken av disse tjenestene øker med økende alder. Andel kvinner som har vært hos legen i løpet av det siste året er nokså konstant for alle aldersgrupper (nærmere 90 prosent). Kjønnsforskjeller i bruk av lege minsker med økende alder. Blant de eldste, i alderen 67–79 år, er det ingen kjønnsforskjeller. Men blant de yngre er det flere kvinner enn menn som har vært hos lege. Andel

som har vært hos tannlegen i løpet av det siste året er også noe større blant kvinner enn menn i alle aldre. For begge kjønnene er det en betydelig økning i tannlegebesøk opp til 67 år. Sykehusinnleggelse eller bruk av psykolog eller psykiater siste år oppgis sjeldnere. Men for menn over 50 år ser vi en tydelig økning i andel som har vært innlagt på sykehus i løpet av det siste året. Andel som har vært hos psykolog eller psykiater reduseres noe med økende alder for begge kjønn.

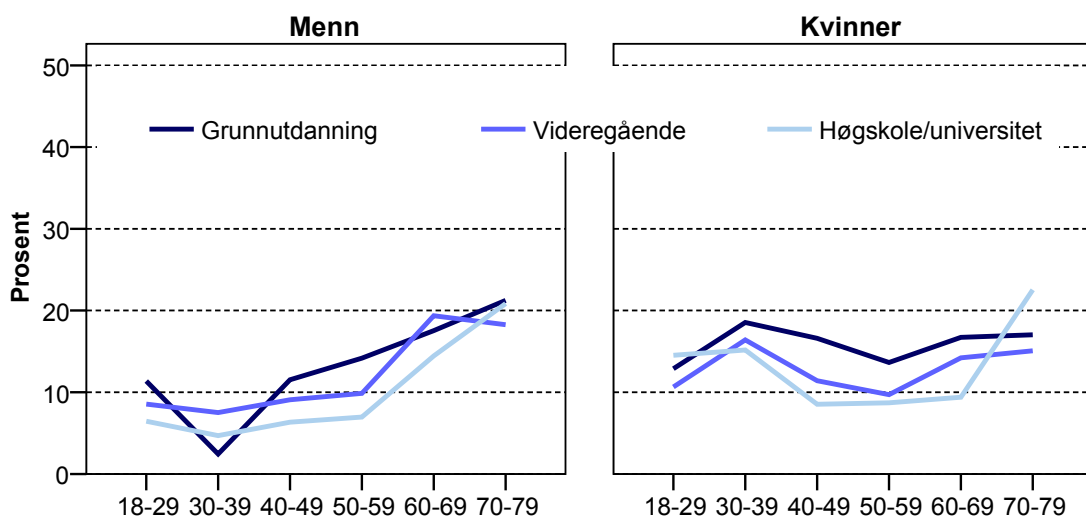
For å illustrere utdanningsforskjeller i bruk av helsetjenester velger vi ut en høyfrekvent og en lavfrekvent type forbruk. Nærmere bestemt: vært hos tannlege og innlagt i sykehus i løpet av det siste året.

Utdanningsforskjeller i andel som har vært hos tannlegen i løpet av det siste året beskrives av figur 23. Etter fylte 50 år oppstår det sosiale forskjeller i bruk av tannlege, spesielt blant menn. Menn med utdanning på lavere nivåer oppgir i mindre grad at de har vært hos tannlegen sammenlignet med de som har utdanning på høyere nivåer. På den ene side kan dette skyldes dårligere tilgang til tannlegetjenester blant de med lavere utdanning. På den andre side kan det være en kohorteffekt ved at flere eldre med høyere enn lavere utdanning har sine egne tenner i behold. Tannstatus har betydning for ulikheter i tannlegebesøk, spesielt blant eldre. En undersøkelse fra 2005 anslår at kun cirka 6 prosent over 60 år mangler sine naturlige tenner, og at om lag én av ti ikke hadde besøkt tannlegen siste år på grunn av dårlig råd (Holst, Skau, & Grytten, 2005). Den begrensede offentlige finansieringen for tannhelsetjenesten for voksne kan medføre at tilgangen er avhengig av den enkeltes økonomiske situasjon, og at levekår dermed virker inn på deres mulighet til å ta vare på egen tannhelse (Svalund, 2005).



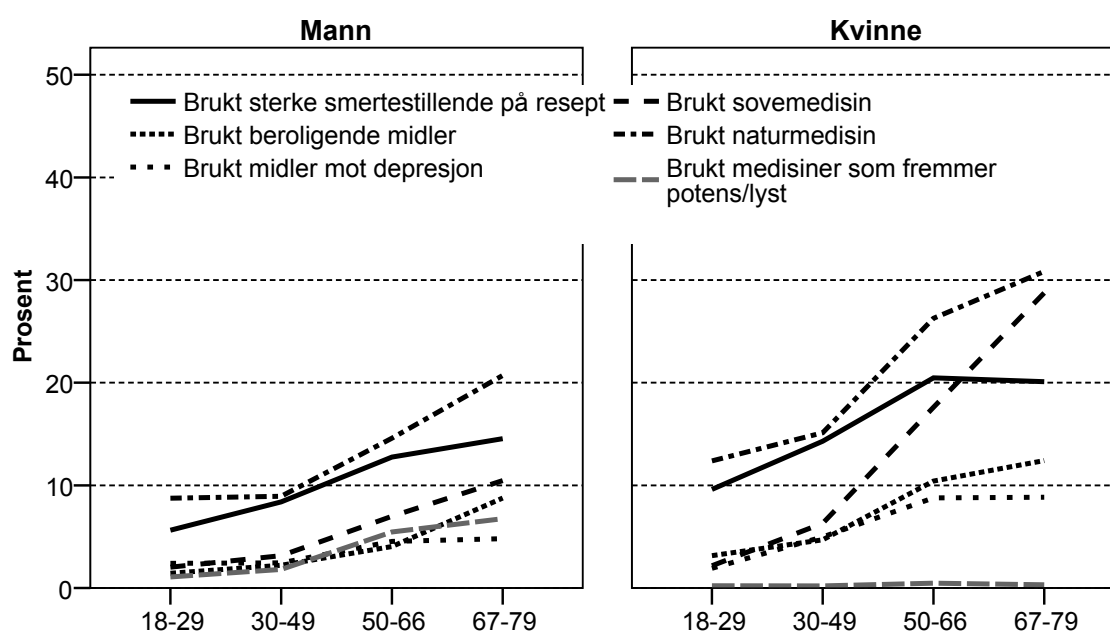
Figur 23. Utdanningsforskjeller i andel som har vært hos tannlege i løpet av det siste året, etter kjønn og alder. Prosent.

Figur 24 beskriver utdanningsforskjeller i andel som har vært innlagt i sykehus i løpet av det siste året. Utdanningsforskjellene er små, men det er en tendens til at personer med lavere utdanning oftere oppgir at de har vært innlagt på sykehus sammenlignet med personer med utdanning på høyere nivåer. Blant de yngste og eldste aldersgruppene er det ingen utdanningsforskjeller. Disse funn avviker noe fra tidligere forskning som antyder at kontakten med spesialisthelsetjenesten ser ut til å være høyere blant dem med lengre utdanning (Clench-Aas, 2007). Den generelle formuleringen av spørsmålet om sykehusinnleggelse framfor kontakt med konkrete typer spesialisthelsetjenester kan være en forklaring på dette.



Figur 24. Utdanningsforskjeller i andel som har vært innlagt i sykehuset i løpet av det siste året, etter kjønn og alder. Prosent.

Figur 25 beskriver bruk av ulike typer medikamenter blant menn og kvinner i løpet av den siste måned: naturmedisin, smertestillende, sovemedisin, midler mot depresjon, beroligende midler, og medisiner som fremmer potens/lyst. Listen over medikamentene som er inkludert i LOGG/NorLAG er forholdsvis kort og generell. Den mangler medikamenter som brukes i forbindelse med høyt blodtrykk, hjerte-karsykdommer eller diabetes, og som er spesielt vanlig i eldre populasjoner.

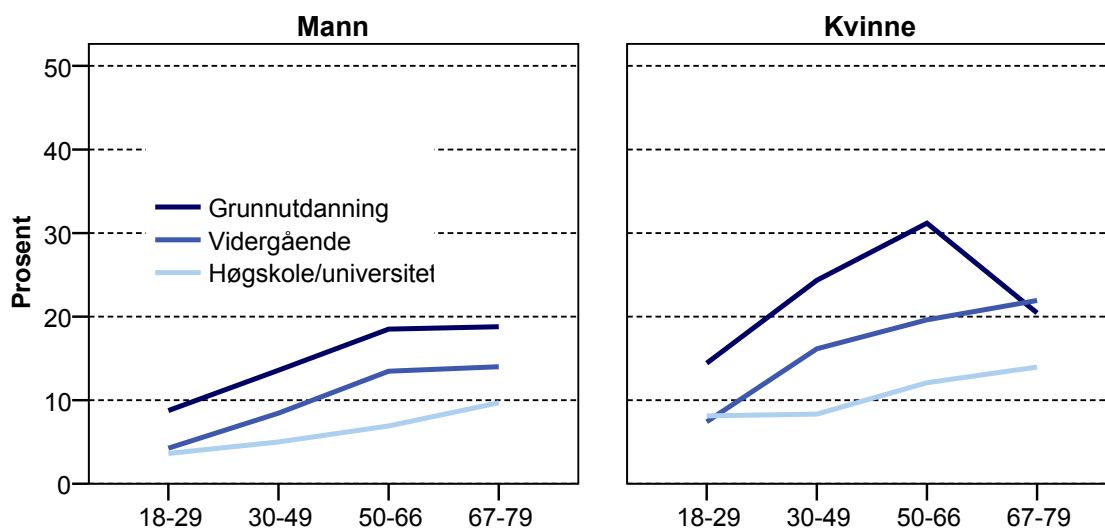


Figur 25. Medikamentbruk den siste måned blant menn og kvinner etter alder. Prosent.

Alt i alt oppgir 39 prosent av kvinnene og 26 prosent av mennene i alderen 18–79 år at de har brukt minst ett av disse medikamentene i løpet av den siste måned. Medikamentbruk er altså noe høyere blant kvinner enn menn og det øker med alderen. Bruk av naturmedisin oppgis hyppigst, etterfulgt av sterke smertestillende midler og deretter sovemedisin. Det er minst vanlig å rapportere om bruk av medisiner som fremmer potens eller lyst (2 prosent), særlig blant kvinner. For kvinner er det en kraftig økning i bruk av sovemedisin med stigende alder. Blant de yngste er det lavt forbruk av sovemedisin blant begge kjønn. Kjønnforskjeller i bruk av sovemedisin øker imidlertid med økende alder. I alderen 67–79 er det nesten hver tredje kvinne og hver tiende mann som bruker sovemedisin. Når det gjelder bruk

av smertestillende midler er kjønnsforskjellene størst i alderen 50–66 år. Her er det 21 prosent av kvinnene og 13 prosent av mennene som bruker sterke smertestillende midler.

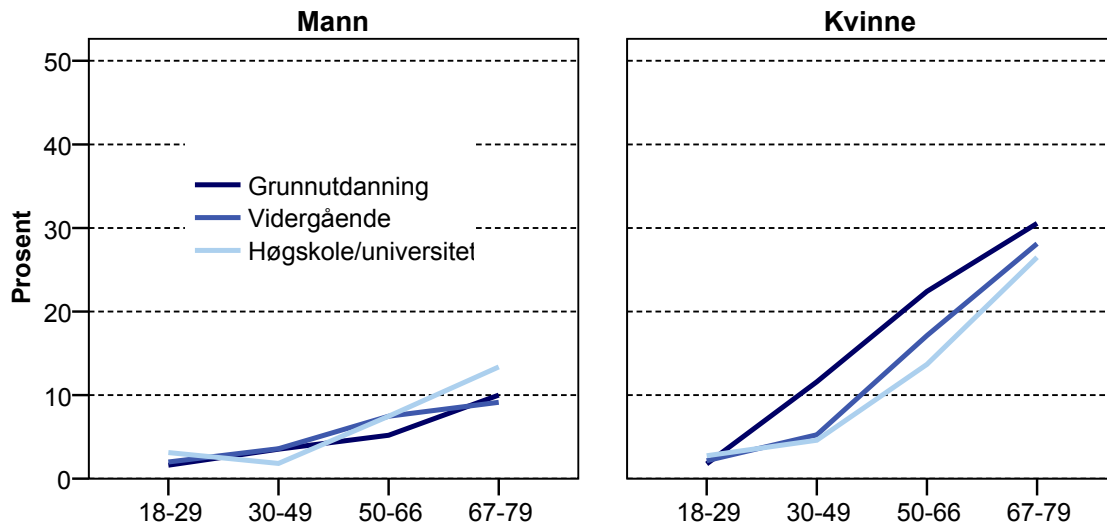
Figurene 26 og 27 viser utdanningsforskjeller i henholdsvis bruk av sterke smertestillende midler og bruk av sovemedisin.



Figur 26. Utdanningsforskjeller i andel som har brukt sterke smertestillende midler den siste måneden, etter kjønn og alder. Prosent.

Bruk av sterke smertestillende midler viser tydelige utdanningsforskjeller gjennom hele livsløpet (Figur 26). Personer med lav utdanning bruker i større grad sterke smertestillende midler enn personer med høyere utdanning. Utdanningsforskjellene er størst blant kvinner og i aldersgruppen 50–66 år. I denne aldersgruppen er det hele 20 prosentpoeng forskjell mellom kvinner med lav utdanning og kvinner med utdanning på høyskole eller universitetsnivå.

Det er ingen utdanningsforskjeller i bruk av sovemedisin blant menn (Figur 27). Til dels skyldes det at det er relativt få menn som rapporterer bruk av sovemedisin. Men blant kvinner i aldersspennet 30–79 år er det en tendens til at personer med lav utdanning oftere bruker slike medikamenter enn personer med høyere utdanning.

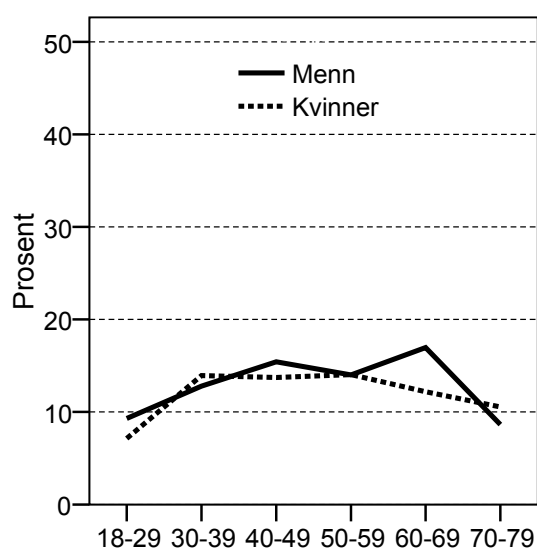


Figur 27. Utdanningsforskjeller i andel som har brukt sovemedisin den siste måned, etter kjønn og alder. Prosent.

3.5 Fedme

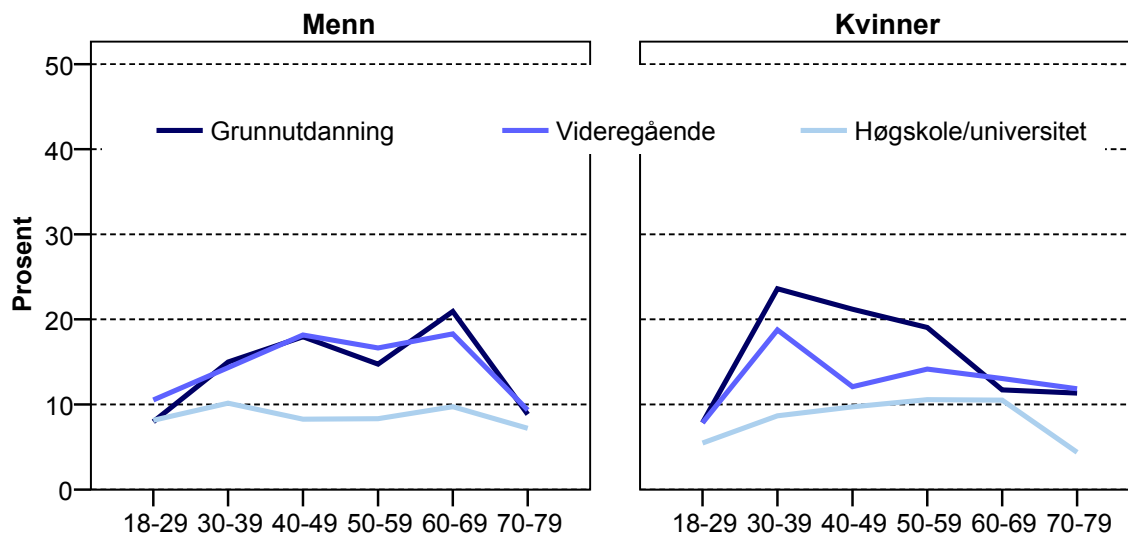
Sammenlignet med tidligere år er dagliglivet i dag for mange preget av fysisk inaktivitet. Andelen voksne yrkesaktive som har stillesittende arbeid, har økt betydelig de siste tiårene (Graff-Iversen, Skurtveit, Sørensen, & Nybø, 2001). Dette i kombinasjon med endrete matvaner har ført til bekymring for den økte forekomst av fedme (Kroppsmasse indeks, KMI ≥ 30) både i Norge og internasjonalt. Andre faktorer enn fysisk aktivitet og matvaner som påvirker fedme er: arv, psykologi, miljø, stoffskifte og hormoner. Overvekt og fedme øker risikoen for både fysiske og mentale helseproblemer. Fedme kan utløse depresjon, spiseforstyrrelser og lav selvtillit. På lengre sikt kan fedme føre til diabetes, hjerte-karsykdommer og slitasjesykdommer i knokler og ledd. Å ha fedme kan sees som en tilstand der man er eldre enn antall år tilsier; fordi man har økt dødelighet (Waalder, 1984). Det finnes betydelige forskjeller i prevalensrater for fedme mellom ulike undersøkelser. En oversiktsartikkel fra 2007 antydte at forekomst av fedme i norske studier i perioden 2000–2003 i gjennomsnitt er 20 prosent (Ulset, Undheim, & Malterud, 2007). Helse- og levekårsundersøkelsen fra 2005 viser at 11 prosent av nordmenn i alderen 16 år og eldre har fedme (Statistisk sentralbyrå, 2007b).

Figur 28 beskriver andel kvinner og menn med fedme i ulike aldersgrupper. Data fra LOGG/NorLAG tyder på at 13 prosent av alle nordmenn i alderen 18–79 år har fedme. Andelene er nokså like for menn og kvinner. Dermed avviker våre data noe fra tidligere norske og internasjonale studier som viser en høyere forekomst av fedme blant kvinner (Folkehelseinstituttet, 2004; WHO, 2006). Andel med fedme er lavest i de yngste og eldste aldersgruppene. Beregninger av KMI basert på selvrappert høyde og vekt er ofte for lav. Til dels skyldes dette en systematisk tendens til å oppgi for lav vekt, spesielt blant overvektige kvinner. Til dels skyldes det en tendens til å overdrive høyden, spesielt blant eldre.



Figur 28. Andel menn og kvinner med fedme i ulike aldersgrupper. Prosent.

Figur 29 illustrerer utdanningsforskjeller i fedme blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Utdanningsforskjeller er små blant de yngste og eldste aldersgrupper. Etter fylte 30 år er det lavere forekomst av fedme blant høyt utdannede sammenlignet med dem som har utdanning på lavere nivåer. Blant menn er det ingen forskjell mellom de som har utdanning på grunnskolenivå og de med videregående. Blant kvinner er det imidlertid en tendens til en sosial gradient i fedme, og største utdanningsforskjeller finnes i aldersspennet 30–39 år. Her er det 15 prosentpoeng forskjell i andel med fedme for høyt og lavt utdannede kvinner.



Figur 29. Utdanningsforskjeller i andel med fedme, etter kjønn og alder. Prosent.

En svakhet ved kroppsmasseindeks (KMI) er at den ikke skiller mellom fett- og muskelmasse. Etter hvert har flere studier derfor gått over til å kartlegge livvidden eller forholdet mellom liv- og hoftevidde og risikoen for livsstilssykdommer. Fordi de fleste personer kjenner til sin egen høyde og vekt, mens liv- og hoftevidde er mindre gangbare størrelser, er det i selvrapporteringsundersøkelser som LOGG/NorLAG fortsatt vanlig å bruke KMI.

Oppsummering

Resultater i dette avsnittet viser at dagligrøyking, bruk av snus, å drikke seg beruset og fysisk aktivitet, er typer helseatferd som er mindre hyppige blant eldre enn yngre. Helseatferd som jevnlig alkoholforbruk, bruk av helse-tjenester og medikamenter er derimot hyppigere blant eldre enn yngre. Utdanningsforskjeller i helseatferd er til dels store og varierer med alder og med hvilken type atferd vi ser på. Påfallende er at utdanningsforskjeller i alkoholforbruk og tannlegebesøk blir betydelig større i eldre år. Utdanningsforskjellene i helseatferd som vi fant i dette kapittelet kan gjenspeile større ressurser, bedre muligheter og større evne til å ta til seg helseinformasjon blant de med høyere utdanning. Variasjonene mellom aldersgrupper tyder på at forskjeller i livsstil i ulike faser av livet også virker inn på utdanningsforskjeller i helseatferd. Kan det for eksempel finnes en type livsstil blant høyt utdannede pensjonister hvor fysisk aktivitet og rødvin inngår blant andre

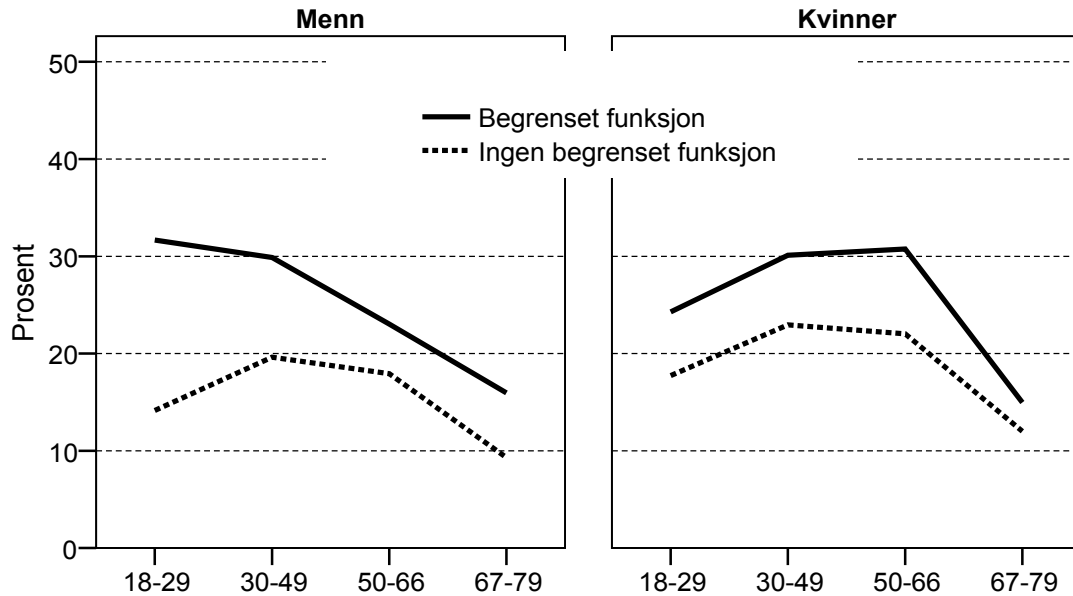
former for aktiviteter og nytelse? Finner man en livsstil blant lavt utdannede kvinner i alderen 20–39 år som inkluderer uheldig helseatferd kombinert med andre former for uorganiserte og kortsiktige aktiviteter og prioriteringer? Denne gruppen preges av forholdsvis flere dagligrøykere, færre som trener ukentlig, og flere med fedme. I den grad helseatferd inngår som en del av mer overordnede typer av livsstil, bør helsefremmende og forebyggende tiltak trolig tilpasses ulike aldersgrupper på ganske ulike måter. Videre analyser av LOGG/NorLAG materialet bør se nærmere på betydningen av strukturelle og individuelle faktorer for utdanningsforskjeller i ulike typer helseatferd.

3.6 Helseatferd og helse

I dette avsnittet beskriver vi helseatferd for menn og kvinner med ulike typer helsesvikt. Vi velger ett mål på hver av de ulike typer helseatferd: (i) dagligrøyking (tobakkbruk), (ii) middels alkoholforbruk, (iii) trening innendørs, (iv) bruk av fastlege og (v) fedme. Disse skal sees i sammenheng med ett helsemål fra hvert av de tre helsedomener: (a) begrenset funksjon (allmenn-tilstand); (b) depresjon (psykiske plager) og (c) nedsatt gangfunksjon (funksjonsevne). Fordi vi begrenser oss til personer med spesifikke typer helseatferd og fordi vi er spesielt interessert i sammenhengene for personer under 67 år, bruker vi her en noe grovere aldersinndeling.

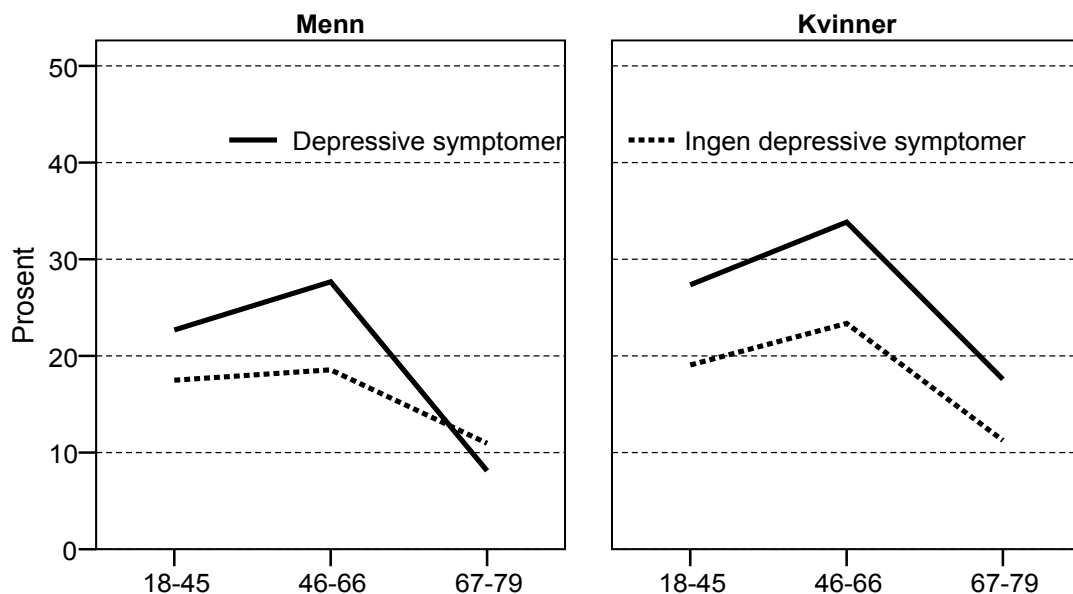
Dagligrøyking og helse

Figurene 30, 31 og 32 illustrerer sammenhengen mellom dagligrøyking og ulike helsemål. Det å ha begrenset funksjon, depresjon eller nedsatt gangfunksjon henger sammen med økt forekomst av dagligrøyking. Mens 18 prosent av de friske mennene i aldersspennet 18–45 røyker daglig, er denne andelen 28 prosent for menn med varige helsebegrensninger (figur 30).



Figur 30. Andel dagligrøykere blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper, etter begrenset funksjon. Prosent.

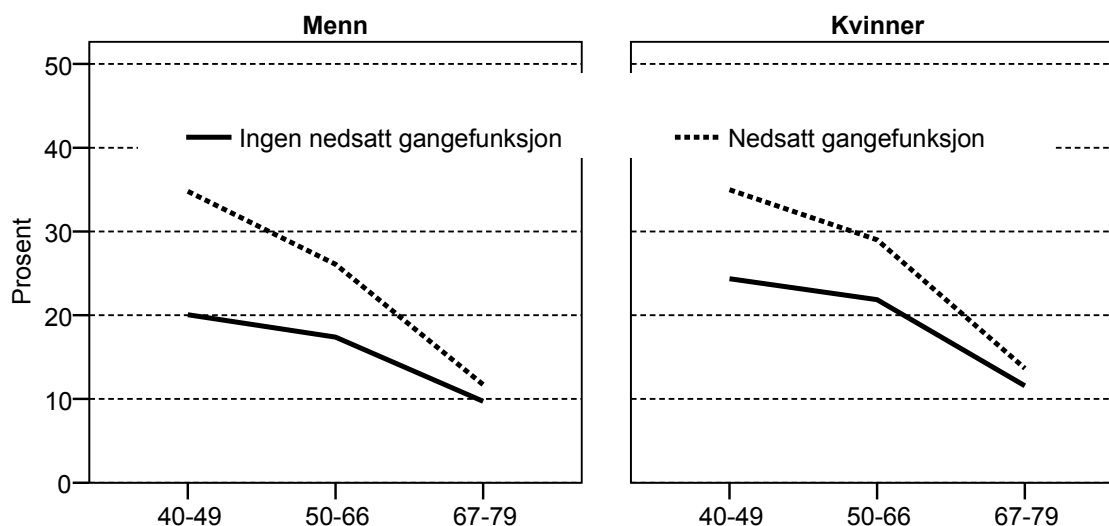
Blant de eldste mennene er det ingen sammenheng mellom depressive symptomer og dagligrøyking. I aldersspennet 46 til 66 år er det 34 prosent av kvinnene med depressive symptomer som røyker daglig, mot 23 prosent blant dem uten depressive symptomer (figur 31). Også blant menn i det samme aldersspennet er det store forskjeller. Her er det 27 prosent dagligrøykere blant dem med depressive symptomer mot 18 prosent blant dem uten depressive symptomer.



Figur 31. Andel dagligrøykere blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper, etter depressive symptomer. Prosent.

Funnene er i tråd med resultater fra tidligere studier som indikerer at depresjon er vanligere blant røykere enn ikke-røykere. Biologiske forklaringer kan støtte årsakssammenhenger i begge retninger, det vil si både fra depresjon til røyking og fra røyking til depresjon (Klungsoyr, Nygard, Sorensen, & Sandanger, 2006).

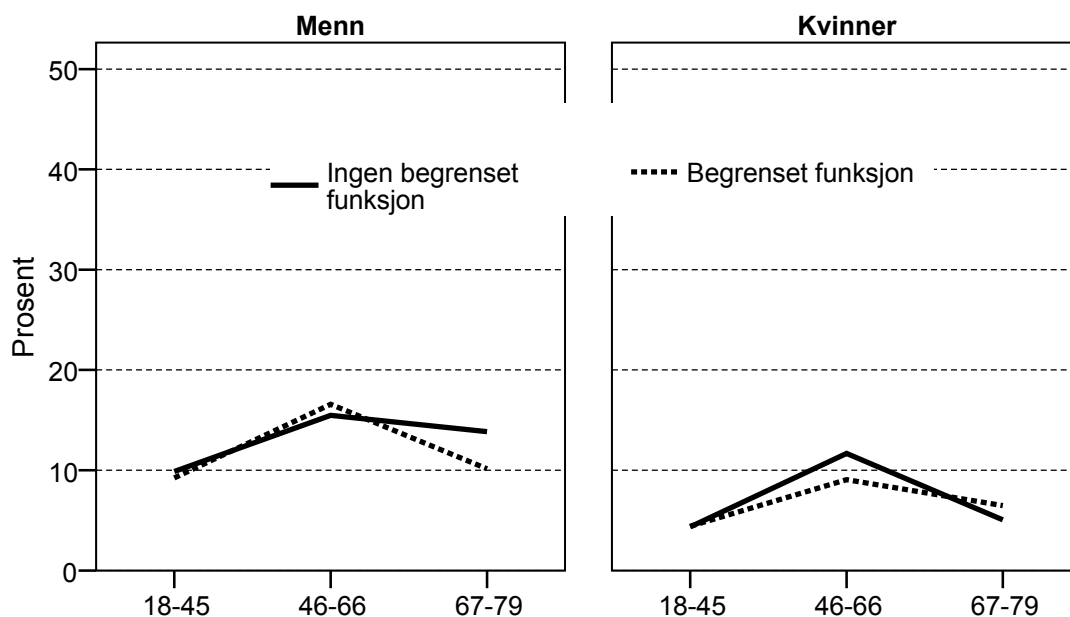
Andel dagligrøykere er også noe større blant personer med nedsatt gangfunksjon sammenlignet med dem som ikke har nedsatt gangfunksjon (figur 32). Forskjellene minsker med økende alder, og blant de i aldersspennet 67–79 år er det ikke lenger noen sammenheng. Dette gjelder både menn og kvinner.



Figur 32. Andel dagligrøykere blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper, etter gangfunksjon. Prosent.

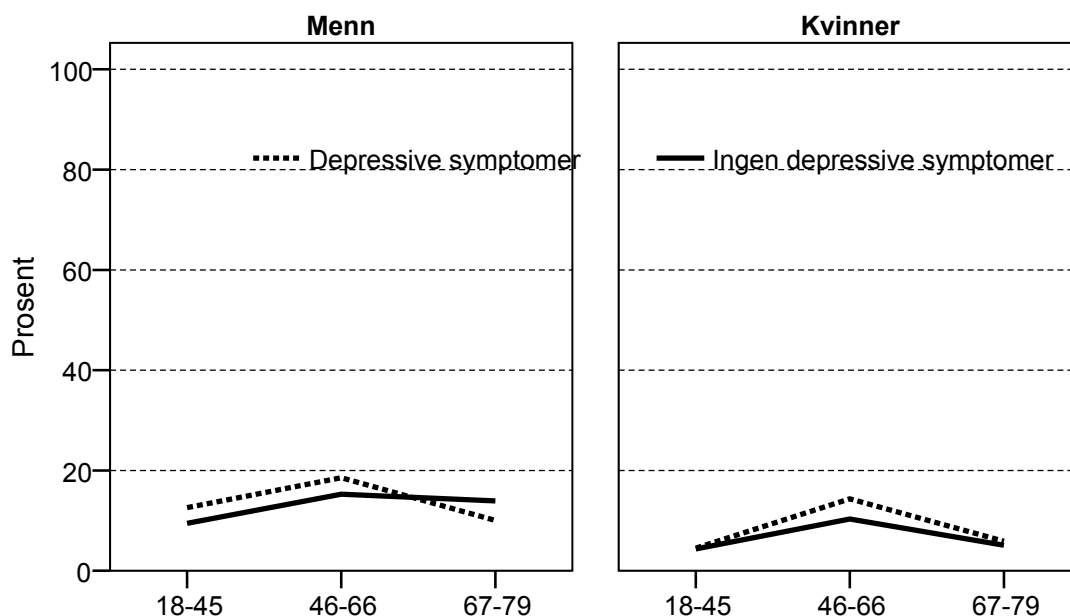
Alkoholforbruk og helse

Figur 33 til og med 35 viser sammenhengen mellom middels alkoholforbruk og de ulike helsemål. Middels alkoholforbruk omfatter her de som drikker jevnlig alkohol to eller flere ganger per uke.

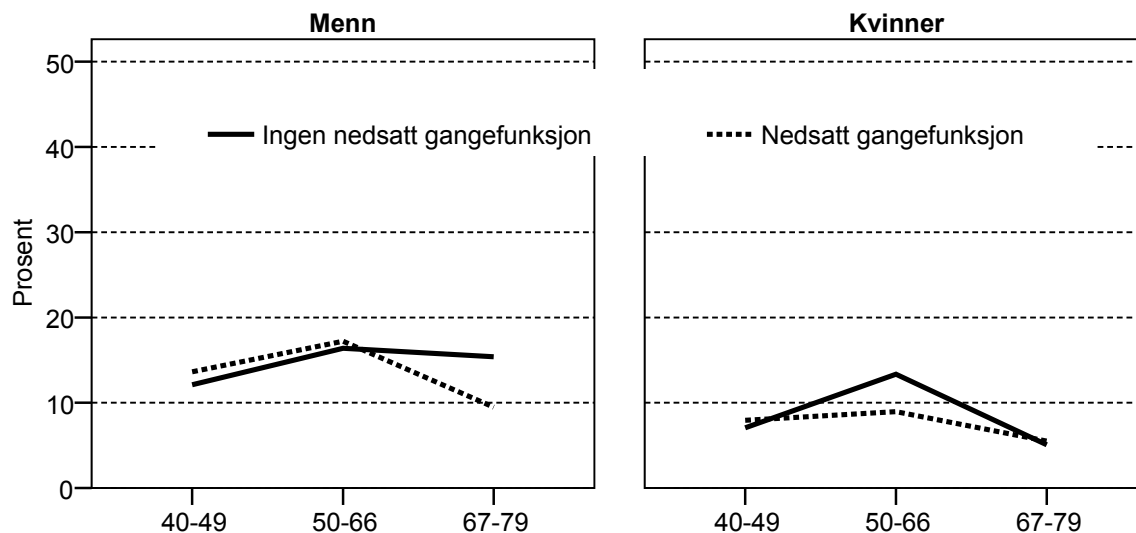


Figur 33. Andel med middels alkoholforbruk blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper, etter langvarige helsebegrensninger. Prosent. Kilde: LOGG/NorLAG

Logg/NorLAG viser ingen tydelige sammenhenger mellom middels alkoholforbruk og de tre helsedomener. Det er en tendens til at personer med depressive symptomer har et noe høyere alkoholforbruk, og at personer med nedsatt gangfunksjon har et noe lavere forbruk, men forskjellene er svært små.



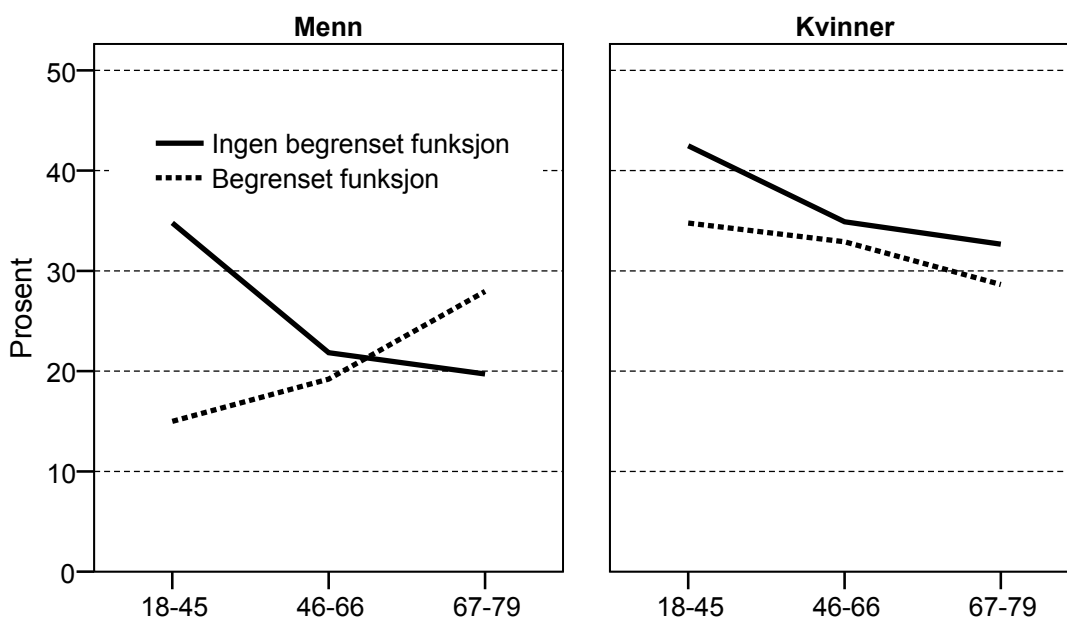
Figur 34. Andel med middels alkoholforbruk blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper; etter depressive symptomer. Prosent.



Figur 35. Andel med middels alkoholforbruk blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper; etter gangfunksjon. Prosent.

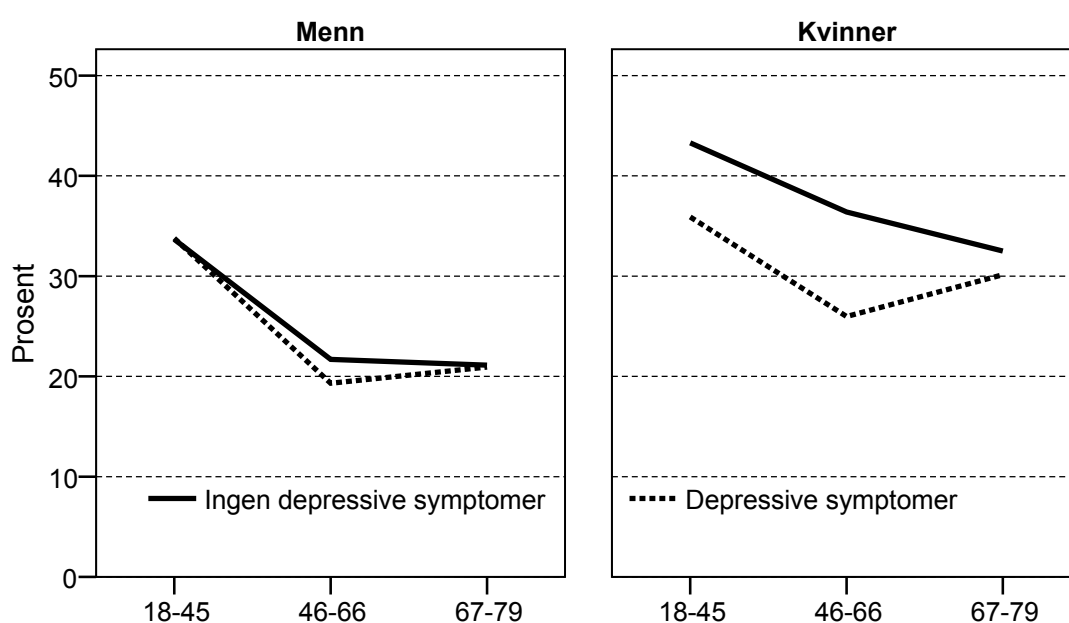
Trening innendørs og helse

Figur 36 til og med 38 viser sammenhengene mellom ukentlig trening innendørs og ulike helsemål. Funnene tyder på hyppigere innendørs trening blant personer uten varige helsebegrensninger, uten depressive symptomer eller uten nedsatt gangfunksjon. Kun for de eldste mennene ser vi at innendørs trening øker for dem med langvarige helsebegrensninger. Om dette er tilfeldige utslag eller om det gjelder konkrete tiltak rettet mot å forbedre helse bør sees nærmere på i videre analyser.



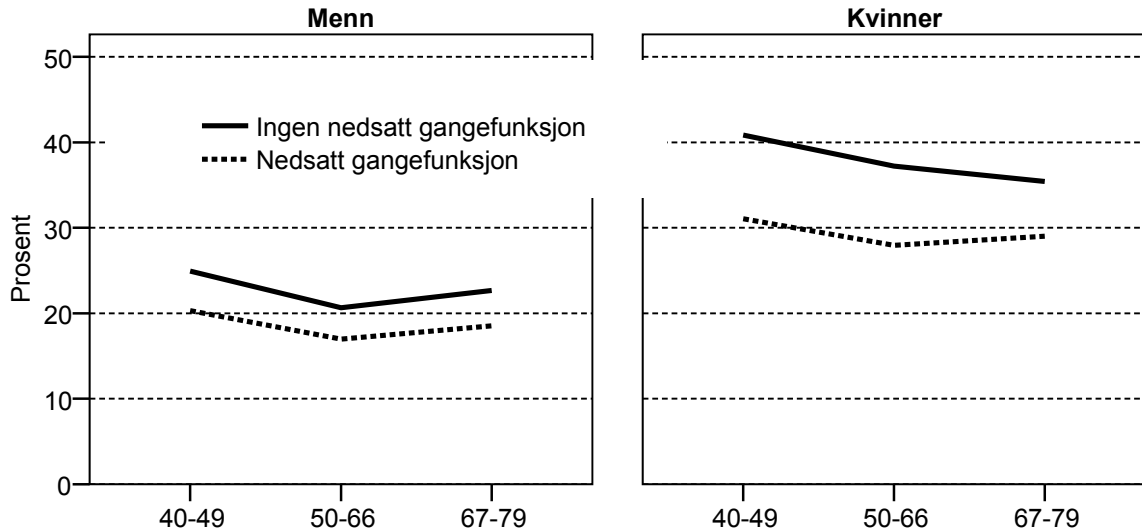
Figur 36. Andel som trener ukentlig innendørs blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper, etter langvarige helsebegrensninger. Prosent.

For kvinner er det en sterkere sammenheng mellom ukentlig innendørs trening og depressive symptomer og nedsatt gangfunksjon enn for menn. Ukentlig trening innendørs ser ut til å ha særlig positiv innvirkning på mental helse. På den ene siden vil regelmessig fysisk trening for personer som er psykisk friske gi økt velvære, bedre evne til å takle stress, og mer energi og bedre søvn. Fysisk aktivitet er også et godt dokumentert behandlingsalternativ for personer som har fått en mild til moderat depresjon. På den annen side er mennesker med psykiske lidelser generelt oftere inaktive og i dårligere fysisk form enn befolkningen forøvrig (Martinsen, 2000).



Figur 37. Andel som ukentlig trener innendørs blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper, etter depressive symptomer. Prosent.

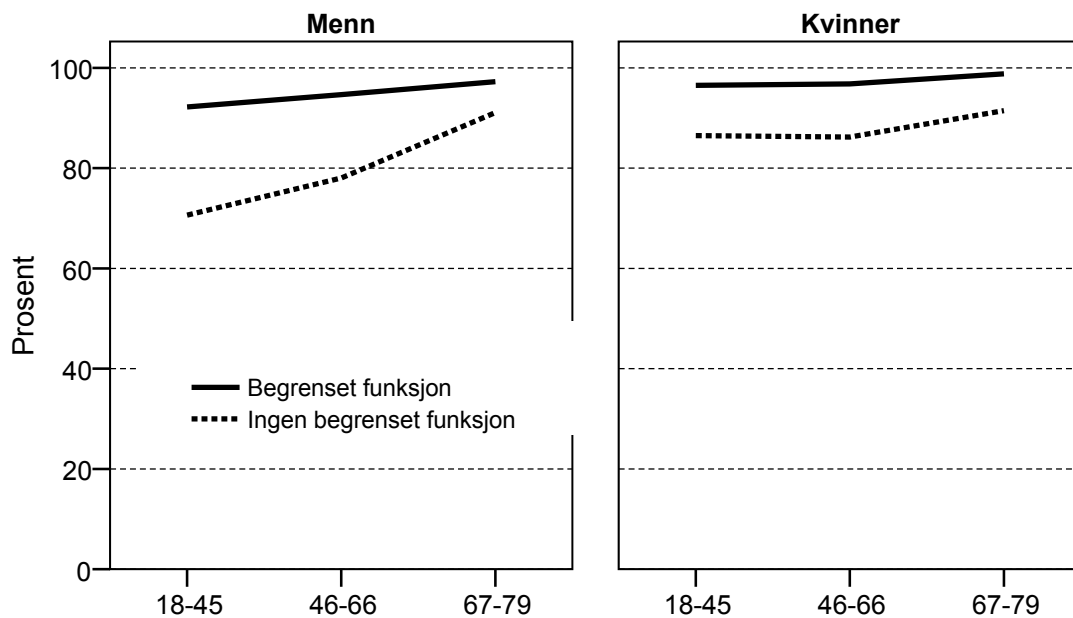
Når det gjelder nedsatt gangfunksjon kan mønsteret rett og slett tyde på at funksjonsevnen begrenser en i å trene innendørs. Samtidig er spørsmålet om innendørs trening stilt nokså generelt slik at den kan omfatte trening med svært ulik intensitet.



Figur 38. Andel som ukentlig trener innendørs blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper, etter nedsatt gangfunksjon. Prosent.

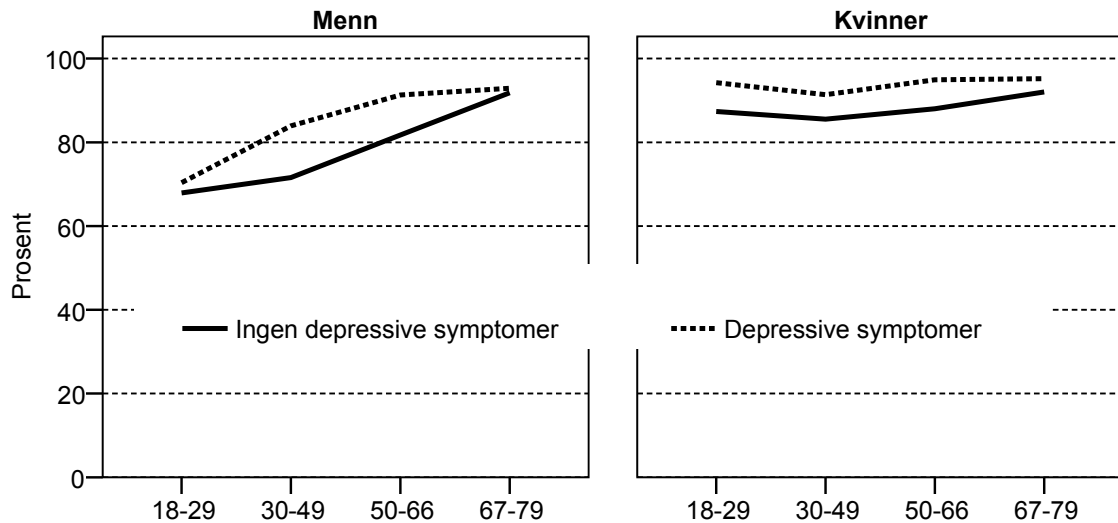
Legebesøk og helse

Figurene 39 til og med 41 viser at det er økt legekontakt blant personer med varige helsebegrensninger, depressive symptomer og nedsatt gangfunksjon. Resultatene for kvinner antyder at sammenhengen mellom helse og legebesøk er tilnærmet like sterk i alle aldre.



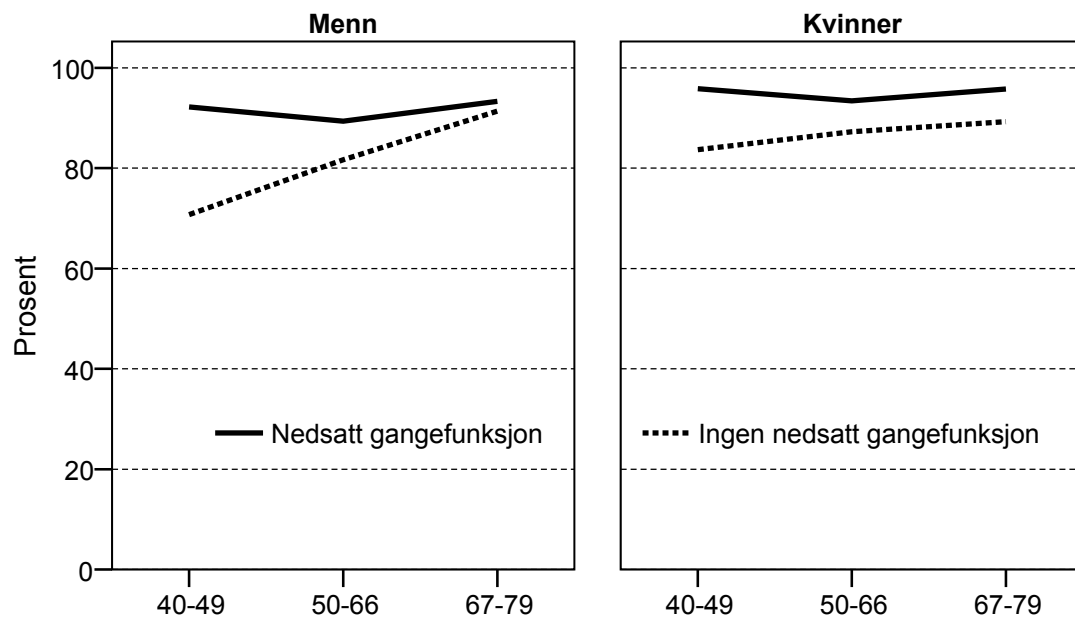
Figur 39. Andel som har vært hos legen i løpet av de siste 12 månedene blant personer med og uten langvarige helsebegrensninger, etter kjønn og alder. Prosent.

Blant menn varierer sammenhengen mellom legekontakt og helse i større grad med alder. Spesielt blant menn under 50 år er det en sterkere sammenheng mellom varige helsebegrensninger og legebesøk, og mellom nedsatt gangfunksjon og legebesøk.



Figur 40. Andel som har vært hos legen i løpet av de siste 12 månedene blant personer med og uten depressive symptomer, etter kjønn og alder.

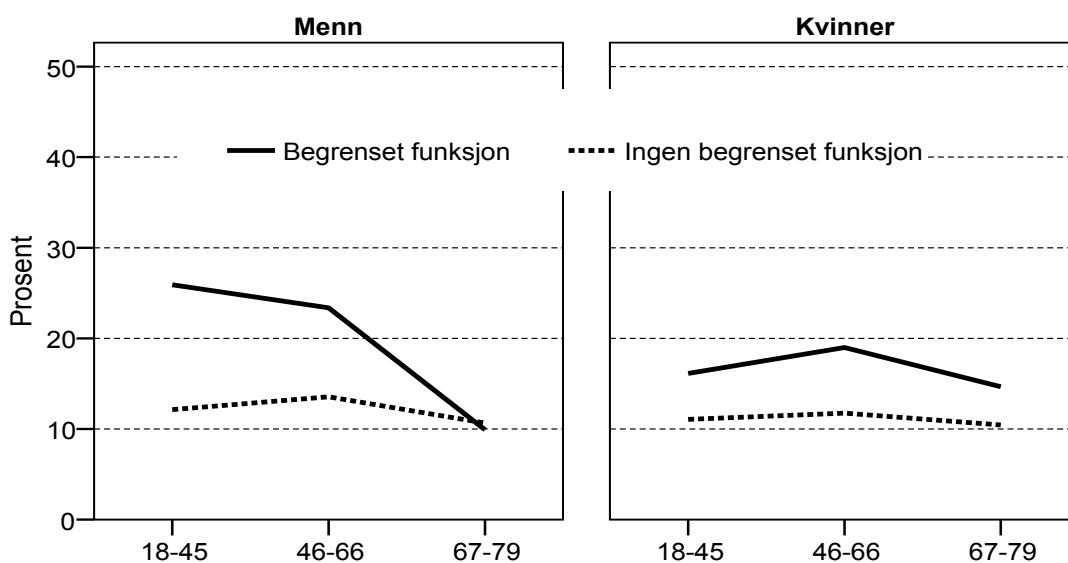
Funnene kan være et tegn på at menn og kvinner konsulterer legen på ulike tidspunkter i sykdomsforløpet. Kvinner kan legge mer vekt på forebygging mens flere menn besøker lege med konkrete helseplager.



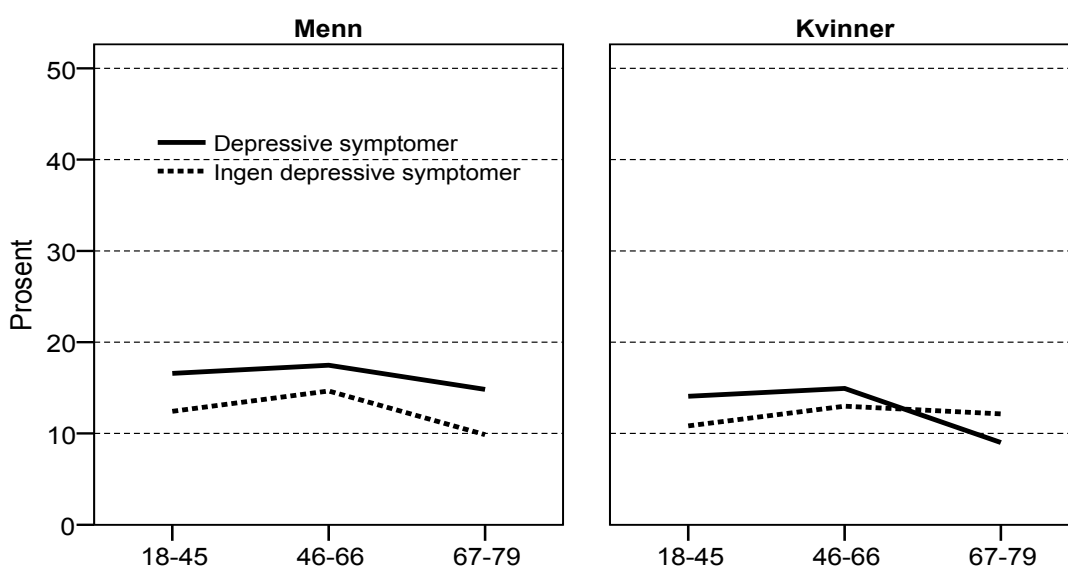
Figur 41. Andel som har vært hos legen i løpet av de siste 12 månedene blant personer med og uten nedsatt gangfunksjon, etter kjønn og alder.

Fedme og helse

Fedme forekommer hyppigere blant kvinner og menn med helseproblemer (figur 42, 43 og 44). Alt i alt følger sammenhengene mellom fedme og helse de samme aldersmønstre for menn og kvinner. For menn under 67 år med varige helsebegrensninger er det hele 24 prosent som har fedme mot cirka 12 prosent for dem uten helsebegrensninger. Lignende forskjeller finner vi for nedsatt gangfunksjon. For kvinner er det sterkest sammenheng mellom fedme og gangfunksjon (figur 44).

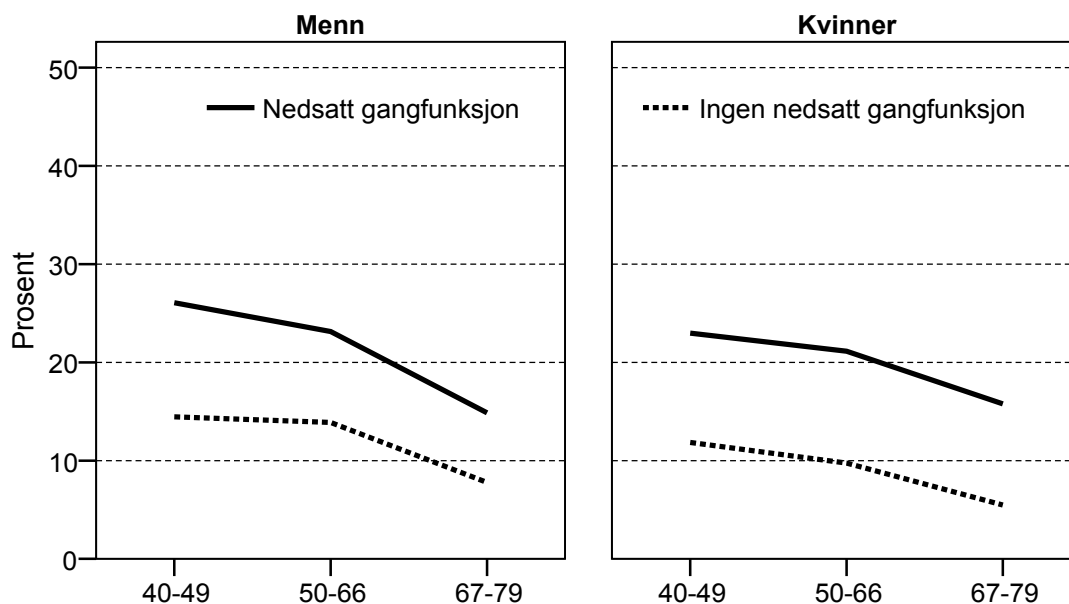


Figur 42. Andel med fedme ($KMI \geq 30$) blant personer med og uten langvarige helsebegrensninger, etter kjønn og alder.



Figur 43. Andel med fedme ($KMI \geq 30$) blant personer med og uten depressive symptomer, etter kjønn og alder.

Den minst sterke sammenhengen er mellom depressive symptomer og fedme (figur 43). Men også her er det en tendens til større forekomst av fedme blant personer med depressive symptomer.



Figur 44. Andel med fedme ($KMI \geq 30$) blant personer med og uten nedsatt gangfunksjon, etter kjønn og alder.

Oppsummering og diskusjon

Resultatene fra dette avsnittet viser at varige funksjonsbegrensninger, depressive symptomer og nedsatt gangfunksjon henger sammen med økt daglig røyking, mindre ukentlig trening innendørs, mer kontakt med lege, og økt forekomst av fedme. Sammenhengen med middels alkoholforbruk er svært liten for alle helse mål. Et viktig neste spørsmål er hva som er årsak og virkning. Forskning på dette området viser at virkningen kan gå begge veier og at styrken vil variere mellom de ulike typer helseatferd. Ved hjelp av longitudinelle analyser av materialet vil vi kunne se nærmere på akkurat dette spørsmålet.

3.7 Diskusjon

I denne delen av rapporten har vi sett på sosiale variasjoner i helseatferd og sammenhengen med ulike typer helsesvikt. I kanskje enda større grad enn ved sosiale variasjoner i helse, understreker funnene fra dette kapitlet at helseatferd er sterkt knyttet til alder og livsfase.

Med økende alder stiger forbruk av helsetjenester og medikamenter og jevnlig forbruk av alkohol. Allerede i ung voksen alder er det tydelige utdanningsforskjeller i dagligrøyking, fedme og fysisk aktivitet, mens forbruk av helsetjenester og medikamenter viser størst sosial ulikhet midt i livet. Ved alkoholforbruk og tannlegebesøk oppstår det varige utdanningsforskjeller først etter fylt 50 år.

Vi finner altså aldervariasjoner i sammenhengen mellom utdanning og helseatferd, og de varierer med type helseatferd. Aldersvariasjonene tyder på både livsfaseforskjeller, aldring og kohortforskjeller. Små utdanningsforskjeller i dagligrøyking blant kvinner over 60 år kan for eksempel skyldes at røyking i denne kohorten alltid har vært lite utbredt. På samme måten tyder mer trening innendørs blant høyt utdannede unge menn på at bruk av treningsstudio er godt etablert i yngre kohorter. Røyking og fysisk aktivitet er blant de typer helseatferd som har vært gjenstand for politiske tiltak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005–2009; St.meld. nr. 20, 2006–2007). Utdanningsforskjellene vi finner i denne rapporten kan tilsi at det er spesielt de høyt utdannede kohorter som hittil har profitert fra slike tiltak.

Effekten av livsfase er tydeligst i det midlertidige fallet i fysisk aktivitet blant kvinner i 30–39 års alder og i økningen av jevnlig alkoholforbruk blant både kvinner og menn etter fylte 50 år. Aldersvariasjonene i sammenhengen mellom utdanning og bruk av helsetjenester og medikamenter er kanskje først og fremst preget av forskjeller i aldring. Forskjeller i helse kan nok bare delvis forklare de relativt store forskjellene i bruk av smertestillende medisiner og sovemedisiner mellom menn og kvinner, og mellom utdanningsgrupper. Som vi så økte både kjønns- og utdanningsforskjellene med økende alder. Hvorvidt slike forskjeller i medikamentbruk etableres i forhold til bestemte livsfaser bør sees nærmere på. Utdanningsforskjeller i tannlegebesøk blant de eldste skyldes sannsynligvis først og fremst at det er dyrt å gå til tannlege, og at høyt utdannede oftere har god råd. Gjennom LOGG/NorLAG vil vi også

se på variasjoner etter inntekt, som kan avdekke enda større sosiale forskjeller i tannlegebesøk.

Helseproblemer øker med stigende alder og helsa utgjør en viktig faktor for å trene regelmessig. Helsesvikt i alle tre domener henger sammen med mer ugunstig helseatferd og større forbruk av helsetjenester. Sammenhengen mellom helseatferd og ulike typer helsesvikt er imidlertid betydelig sterkere blant yngre (under 67 år) sammenlignet med eldre. Årsakssammenhengen kan gå begge veier. Konsekvenser av ugunstig helseatferd akkumuleres over tid og blir som oftest først tydelig senere i livet. Den sosiale gradienten i dagligrøyking resulterer for eksempel i en sosial gradient i hjertekarsykdommer og lungekreft senere. Fordi vi lever lengre er det viktig at helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak har fortsatt fokus på helseatferd i yrkesaktiv alder. Imidlertid viser forskning fra senere år at endringer i helseatferd og livsstil også blant eldre kan bidra med flere leveår med god helse. Gjennom den longitudinelle delen av LOGG/NorLAG kan vi få mer innsikt i hvorvidt endringer i helseatferd i ulike aldre fører til endringer i helse.

Vår kultur er svært opptatt av helse (Fugelli, 2003). Normer om å ta vare på egen helse, beskytte den og forbedre den, er sterke i alle alders- og sosiale grupper. Selv om valget av hvordan en ivaretar egen helse kan variere, er også risikoatferd knyttet til for eksempel røyking, alkohol og fysisk aktivitet i stor grad styrt av normer. Normer endres over tid, og ulike kohorter har blitt påvirket og vil påvirkes av ulike normer for helseatferd. En klar forståelse av de kulturelle normer som styrer holdninger, handlinger og synet på helse, er avgjørende for effektive helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak (Hunt & Emslie, 2001). Videre analyser fra LOGG/NorLAG materialet vil kunne se nærmere på hvordan ulike syn på helse og aldring påvirker helseatferd.

En mulig fremgangsmåte for å redusere sosiale forskjeller i helseatferd (St.meld. nr. 20, 2006–2007) kan være å tilpasse tiltak etter alder (livsstil, aldring og kohort) og utdanningsnivå (ressurser, muligheter og evner). For eksempel kan det skje gjennom en blandning av holdningsskapende tiltak når det gjelder alkoholforbruk blant eldre med høy utdanning, eller tilrettelegging av mulighet for fysisk aktivitet i nærmiljø både ute og inne for kvinner i småbarnsperioden. For dagligrøyking vil det være unge middelaldrende med lav utdanning man særlig bør rette tiltakene mot.

4 Hva betyr sosiale forhold i barndommen for helse og helseatferd?

I denne delen av rapporten skal vi se på betydningen av forhold i barndommen for helse og helseatferd i voksen alder. Det er et tema som det bare i liten grad er forsket på i Norge. Her skal vi se på betydningen av fars utdanning, skoleproblemer og skilsmisse i barndommen for helse i voksen alder. LOGG/NorLAG inneholder informasjon om alle disse variabler og en nærmere beskrivelse av de ulike spørsmål er tidligere gjengitt i innledningen. Dette, i kombinasjon med de mange mål på helse og helseatferd, gir gode muligheter til å undersøke hvordan barndommen påvirker ulike sider ved voksen helse for ulike aldersgrupper. I denne delen skal vi begrense oss til fire mål på helse og helseatferd. Vi har valgt ut fysisk funksjonsevne, angst, dagligrøyking og fedme. Angst, dagligrøyking og fedme er valgt ut på grunnlag av deres store betydning for folkehelsen. Vi har i tillegg tatt med målet på fysisk funksjon for å ha et mål på fysisk helse i tillegg til de tre ovennevnte helsemålene som måler helseatferd og psykiske helseplager. Til forskjell fra tidligere i rapporten inkluderer vi også her de under 40 år i målet på fysisk funksjon⁴. Vi henviser til boks 1.1 på s. 26 og boks 1.2 på s. 28 for en oversikt over de ulike mål.

Analysene i dette avsnitt er først og fremst beskrivende, men vi vil i tillegg ta hensyn til resultater fra multivariate analyser. De multivariate analysene vil gi innsikt i hvilke forhold som i hovedsak har latente effekter på helsen, og hvilke som trolig er stieffekter. Med stieffekter menes faktorer som påvirker helse i voksen alder indirekte gjennom at de påvirker livsløpet, for eksempel gjennom effekter på utdannings- eller yrkeskarriere. Latente

⁴ Alle over 40 år ble stilt spørsmålet om fysisk funksjon, mens det blant de under 40 år kun var de med langvarige helsebegrensninger som ble stilt spørsmålet om fysisk funksjon. Det medfører sannsynligvis en viss underrapportering av fysisk funksjon blant de under 40 år, men det burde ikke ha noe å si for undersøkelsen av forskjellen i fysisk funksjon ut fra forhold i barndommen.

effekter handler om forhold som setter varige spor hos individet, og som individet har med seg resten av livet.

4.1 Perspektiv og tidligere forskning

«Helge Ombo kommer gående sammen med Nina. Det er sånne folk som røyker, tenker Jarle. Det er innvandrefolkene, det er heavyfolkene, det er de skilte, og så er det disse: Elevrådsfolkene. De politiske folkene. De smarte.» Sitat fra Tore Renberg, *Kompani Orheim* s. 115.

Slik beskriver Jarle Orheim, hovedpersonen i *Kompani Orheim*, hvilke typer som er å finne i røykehjørnet på en ungdomsskole i Stavanger på 80-tallet. Tore Renberg beskriver hvordan vi formes som personer under påvirkning av foreldre, skole og jevnaldrende i barne- og ungdomstiden, og med dette sitatet viser han kompleksiteten i hvem som blir røykere. Både skilsmissebarna og de smarte røyker, men vi aner at motivasjonen for å gjøre det er ulik blant disse. Vi har ikke muligheten til å få frem en slik rik kompleksitet i denne rapporten. Vi har derimot muligheten til å teste om det er en statistisk sammenheng mellom det å være skilsmissebarn og det å røyke i voksen alder og dermed gi et bidrag til å forstå hvordan barndommen og ungdommen påvirker voksenlivet.

Tidligere forskning har vist at det i hovedsak er en indirekte sammenheng mellom sosioøkonomiske forhold i barndommen og dødelighet senere i livet ved at det er en sterk sammenheng mellom foreldres sosioøkonomiske posisjon og barns utdanningsnivå (Pensola og Martikainen, 2003, Strand og Kunst 2007). Samme studier finner også en viss direkte effekt av foreldrenes utdanningsnivå. For eksempel viser Strand og Kunst (2007) at for hjerte- og karsykdommer er det en direkte effekt av foreldrenes utdanningsnivå for menn ved kontroll for egen utdanning. Felles for de ovennevnte studiene er at de er basert på registerdata med død eller dødsårsak som utfall. En annen studie om uførepensjon i ung alder som blant annet bruker data fra fødselsregisteret, viser at både biologiske og sosiale faktorer i barndommen har en sammenheng med tidlig uførepensjon (Gravseth et al., 2007). Egen utdanning, og da særlig om personen har fullført videregående innen fylte 20 år eller ei, har likevel klart størst betydning. Studien gir dermed bare en svak støtte til hypotesen om biologisk programmering når det gjelder å forklare

hvem som blir uføretrygdet i ung alder. Hypotesen om biologisk programmering går ut på at grunnlaget for helsen blir lagt i fosterstadiet og i de første leveår, og dette er bestemmende for helsepotensialet resten av livet. Et eksempel på biologisk programmering er at mors røyking kan medføre varige skader på fosteret, og gi barnet et svekket helsepotensial resten av livet. Funnene til Gravseth og medarbeidere gir liten støtte til en slik hypotese. Deres funn støtter tvert i mot en hypotese om sosial ulikhet i helse, og da særlig et marginaliseringsperspektiv på sammenhengen mellom utdanning og helse blant de yngre. Uavhengig av for eksempel fødselsvekt eller kroniske sykdommer i barndommen, blir de som dropper ut fra videregående oftere uføretrygdet i ung alder. Det er en sterk sammenheng mellom foreldres utdanning og barns utdanning, slik at barn av lavt utdannede foreldre tenderer mot å selv ende opp med lav utdanning. I lys av vår diskusjon om overgangen fra industrisamfunnet til et postindustrielt samfunn, kan vi si at høyt utdannede foreldre lykkes oftere enn andre i å forberede barn til utdanningssamfunnets krav, og at de som ikke klarer å oppfylle utdanningssamfunnets krav har større risiko for å bli uføretrygdet. I et livsløpsperspektiv viser alle disse tre studiene at sosioøkonomisk bakgrunn først og fremst er viktig fordi de påvirker sosioøkonomisk status og utdanningsnivå i voksen alder, og det er altså de sistnevnte faktorer som har sterkest sammenheng med dødelighet eller uføretrygd blant unge voksne.

Opplevelsen av skilsmisse i barndommen henger sammen med psykiske plager både som barn og i voksen alder (Amato & Sobolewski, 2001). Det er foreslått tre forskjellige mekanismer som bidrar til å forklare denne sammenhengen. For det første at skilsmisse gjør det vanskelig å fullføre utdanningen som vil føre til lavere sosioøkonomisk status hos barnet. For det andre at foreldres skilsmisse gir økt risiko for at også barna skiller seg i voksen alder. For det tredje at det oftere er et dårlig forhold mellom barn og foreldre når foreldrene er skilt. Forskning om norske forhold viser dessuten at ektepar der begge har lav utdanning har betydelig høyere risiko for å skille seg. Dette gir grunnlag til å se nærmere på sosiale forskjeller i skilsmisse.

4.2 Aldersvariasjoner i de uavhengige variablene

Tabell 2 viser frekvensfordelingen for fars utdanning, skilsmisse i barndommen og skoleproblemer etter respondentenes alder. Heretter skal vi også bruke betegnelsen utdanningsbakgrunn om fars utdanningsnivå. Dette gjør vi både for å variere språket og for å gjøre det enklere å omtale fars utdanningsnivå. Merk at vi har registerdata om fars utdanning for fedre som er født etter 1952, mens for fedre født før dette har vi spurt om foreldrenes utdanning. Det betyr at utdanningsnivået er noe mindre pålitelig for de eldre, men det er vanskelig å si hvor stort problemet er. Mange av de som ble spurt om foreldrenes utdanning har svart at de ikke vet det, noe som betyr at det er et ganske betydelig frafall blant de over 50 år når vi bruker denne variabelen.

Tabell 4.1 Fars utdanning, foreldre skilt i barndommen og problemer med å følge med på skolen. Ti-års aldersintervall. I prosent. Uvektet.

		Alle spurte	IOs alder					
			18–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79
Fars høyeste fullførte utdanning	Grunnutdanning	41	14	23	37	53	63	66
	Videregående	39	50	51	48	33	25	23
	Høgskole/universitet	19	36	25	16	14	12	11
Total	n	9 604 ⁵	1 467	1 917	1 785	1 642	1 811	982
Foreldre ble skilt %		12	22	18	11	6	6	5
Problem med å følge med på skolen %		14	20	15	15	13	9	7

Tabell 4.1 viser hvor mye utdanningsnivået til foreldrene har økt for de yngste i utvalget sammenlignet med de eldste. Mange av foreldrene til de mellom 70–79 år ble født på slutten av 1800-tallet eller starten av 1900-tallet. Det betyr at de begynte i skolen på starten av 1900-tallet. På den tiden var det et mindretall som tok utdanning utover den sjuårige folkeskolen. Blant de eldste er det en majoritet på 66 prosent som har en far med grunnskoleutdanning i form av sjuårig folkeskole som høyeste fullførte utdanning, mens det blant de yngste er en liten minoritet på 14 prosent. Disse 14 prosentene har da niårig grunnskole. Det betyr at vi må ta noe forbehold om utdanningens betydning når vi sammenligner «effekten» av fars utdanning på

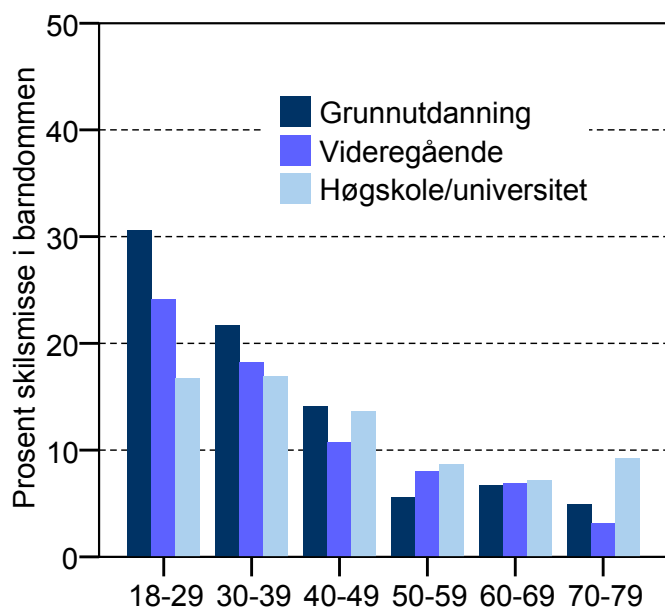
⁵ Lavere N på grunn av at vi mangler informasjon om både fars og mors utdanning.

tvers av aldersgruppene. Utdanning på grunnskolenivå er altså en klarere indikator på lav sosial posisjon for yngre enn eldre kohorter, mens utdanningsinflatjonen har medført at høyere utdanning er en mindre klar indikator på høy sosial posisjon for de yngste.

Blant de eldste kohorter (50–79 år) er andelen som har opplevd skilsmisse i barndommen 5 til 6 prosent. Denne andelen dobles til 11 prosent i 40–49 års alder, og dobles videre til 23 prosent i den yngste aldersgruppen. Skilsmisse i barndommen har dermed gått fra å være et relativt marginalt fenomen til å bli noe nesten én av fire kan regne med å oppleve. Et poeng som vi skal omtale under, er at det i dag er flere skilsmisser blant de med lav utdanning, mens sammenhengen var motsatt når vi går tilbake i tid. Med forholdsvis få eldre som har opplevd skilsmisse blant foreldre, må vi beregne noe større usikkerhet omkring sammenhengene mellom skilsmisse og helse for denne gruppen.

Tabell 4.1 illustrerer videre at problemer med å følge med på skolen er mer utbredt i yngre enn eldre kohorter. Det er omtrent tre ganger så mange med skoleproblemer blant de yngste sammenlignet med de eldste, 20 prosent blant de yngste og 7 prosent blant de eldste. Her har utviklingen i hovedsak vært gradvis og mange forklaringer er mulige. Kan det rett og slett være at de eldste har glemt at de sleit med å følge med på skolen, mens de yngste som nettopp er ferdig med utdanningssystemet ennå har det friskt i minne? Er kunnskapskravene høyere i dagens skole? I dag har vi 13-årig obligatorisk skolegang, mot 7 år for de eldste, i tillegg til at timetallet er økt på grunnskolenivået. Det i seg selv gir større sjanse for å få problemer med å henge med.

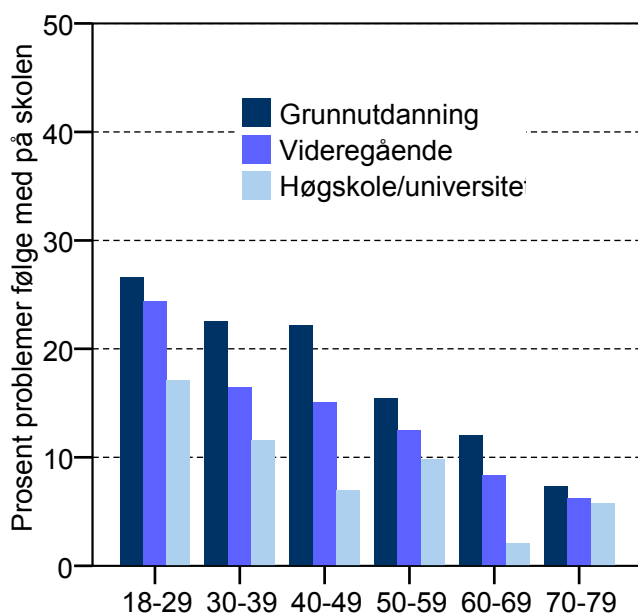
Figur 45 viser sammenhengen mellom opplevd skilsmisse i barndommen og sosial bakgrunn ved fars utdanning for ulike aldersgrupper.



Figur 45. Forskjeller i andelen som opplevde skilsmisse i barndommen etter fars utdanning.

Blant de under 40 år er det en entydig sammenheng mellom fars utdanningsnivå og risikoen for å oppleve skilsmisse i barndommen: Jo høyere utdanning, desto mindre risiko for skilsmisse blant foreldre. Spesielt i aldersgruppen 18–29 år har fars utdanning en nokså stor betydning på risikoen for å ha opplevd skilsmisse. I aldersspennet 40–79 år utjevnes forskjellene slik at det ikke lenger er noen signifikante forskjeller etter utdanningsbakgrunn. Den svake samvariasjonen vi kan observere blant de eldre går i motsatt retning av den vi ser blant de yngre

Figur 46 viser sammenhengen mellom problemer med å følge med på skolen og utdanningsbakgrunn. Sammenhengen er entydig på tvers av aldersgruppene: jo høyere utdanning far har, desto færre er det som har opplevd problemer på skolen. Utdanningsforskjellene illustrerer en tydelig sosial gradient i form av en stegvis nedgang i andelen som har svart ja når vi går fra far med grunnskoleutdanning til far med høyere utdanning. Kun blant de eldste finner vi en svak sammenheng som ikke er statistisk signifikant.



Figur 46. Forskjeller i andelen med problemer med å følge med på skolen etter fars utdanning.

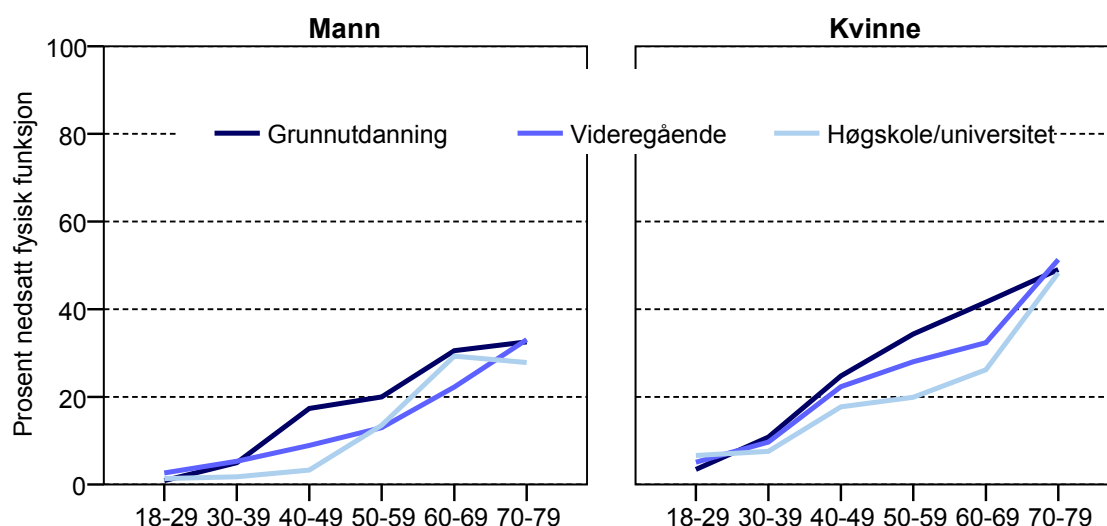
Figuren ovenfor antyder dermed hvordan foreldres utdanningsnivå kan henge sammen med helse i voksen alder. Det å ha opplevd store problemer med å følge med på skolen er både en indikator på skoleprestasjoner, og på mulige latente effekter forårsaket av skolerelatert stress (Elstad & Barstad, 2008).

4.3 Utdanningsbakgrunn er knyttet til fysisk helse og helseatferd, men ikke til angstplager

Det er gjort flere studier som har dokumentert en sammenheng mellom foreldres sosioøkonomiske status og barns helse (se Koløen, 2008 for en oversikt). Sammenhengene varierer med helsemål, men et gjennomgående funn er at foreldrenes sosioøkonomiske status henger sammen med fedme, selvvurdert helse og psykosomatiske plager. Funnene er mindre entydige når det gjelder kroniske sykdommer. I hvilken grad finner vi samme mønster for helseforskjeller blant voksne som tidligere studier har funnet blant barn? Vi skal først se på sammenhengen mellom fars utdanning og fysiske helsebegrensninger, deretter psykiske helseplager (angst) og til slutt dagligrøyking og fedme.

Gjennom LOGG/NorLAG materialet ser vi på voksne barns helse ut fra foreldres utdanning. Figurene og tallene i dette avsnittet viser de bivariate sammenhenger mellom fars utdanning og ulike mål på helse og helseatferd. I tillegg har vi kjørt separate multivariate analyser hvor vi inkluderer egen høyeste fullførte utdanning. På denne måten kan vi skille mellom direkte (latente) og indirekte (sti-) effekter av fars utdanning på helse og helseatferd. Hvis det fortsatt er en statistisk signifikant samvariasjon mellom fars utdanning og et gitt helsemål etter en slik kontroll, har vi grunnlag for å hevde at det er en direkte effekt av fars utdanning på et gitt helsemål. Hvis samvariasjonen forsvinner ved en slik kontroll, gir det grunnlag for å hevde at det er tale om en indirekte effekt. Av plasshensyn skal vi ikke gjengi tallene fra den multivariate analysen, men kun beskrive resultatene fra analysen i teksten⁶.

Figur 47 beskriver sammenhengen mellom fars utdanning og respondentenes fysiske funksjonsevne. Blant menn i aldersspennet 30–59 år er det en sterk sammenheng mellom fars utdanning og om respondentene har langvarige helsebegrensninger. I denne gruppen er risikoen for nedsatt fysisk funksjonsevne større når far har lavere utdanning. For eksempel har menn i alderen 50–59 år med høyeste utdanningsbakgrunn noe bedre fysisk funksjon enn menn med laveste utdanningsbakgrunn i alderen 40–49 år. Blant de yngste og eldste aldersgrupper er det ingen forskjeller etter utdanningsbakgrunn.

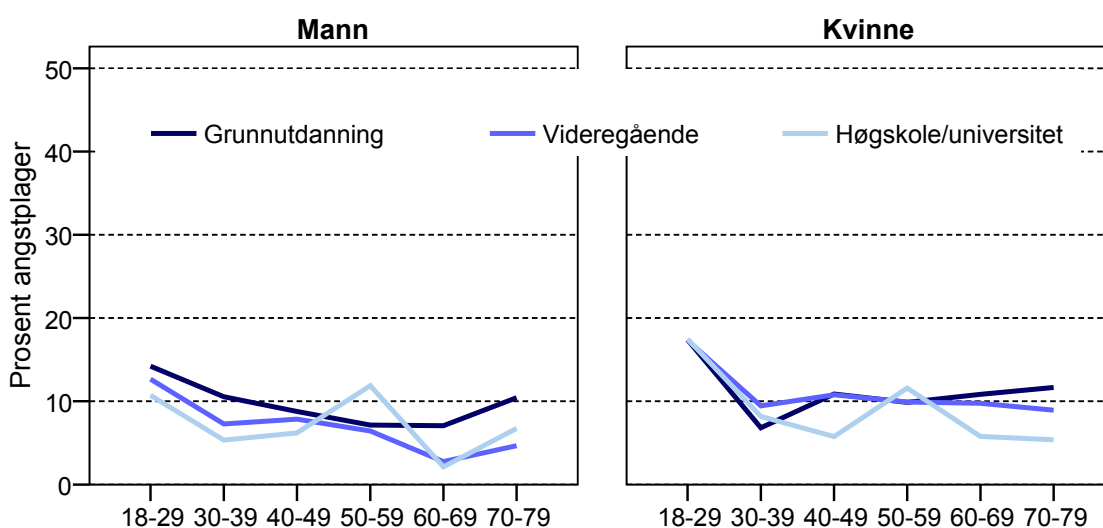


Figur 47. Forskjeller i andelen med nedsatt fysisk funksjonsevne etter fars utdanning.

⁶ Data tilgjengelig ved forespørsel.

Blant kvinner er bildet nokså likt, men her er det i aldersspennet 50–69 år at vi finner en signifikant sammenheng mellom fysisk funksjonsevne og fars utdanning.

Opprettholdes effekten av utdanningsbakgrunn på fysisk funksjonsevne også når vi tar respondentenes egen utdanningsnivå i betraktning? Analyser av LOGG/NorLAG materialet indikerer at sammenhengen mellom utdanningsbakgrunn og nedsatt fysisk funksjonsevne i voksen alder stort sett er indirekte. Barn av høyt utdannede foreldre ender oftere selv opp med høy utdanning, og respondentens egen utdanning påvirker forekomsten av nedsatt fysisk funksjon midt i livet. Unntaket er for menn i aldersgruppen 30–49 år, der det fortsatt er en svak sammenheng med fars utdanning blant de som selv har grunnskoleutdanning. I den gruppen som både har en far med lav utdanning, og selv har lav utdanning, er det 26 prosent med nedsatt fysisk funksjon. Blant de med grunnutdanning, men med middels eller høyere utdanningsbakgrunn, er det 19 prosent med nedsatt fysisk funksjonsevne.

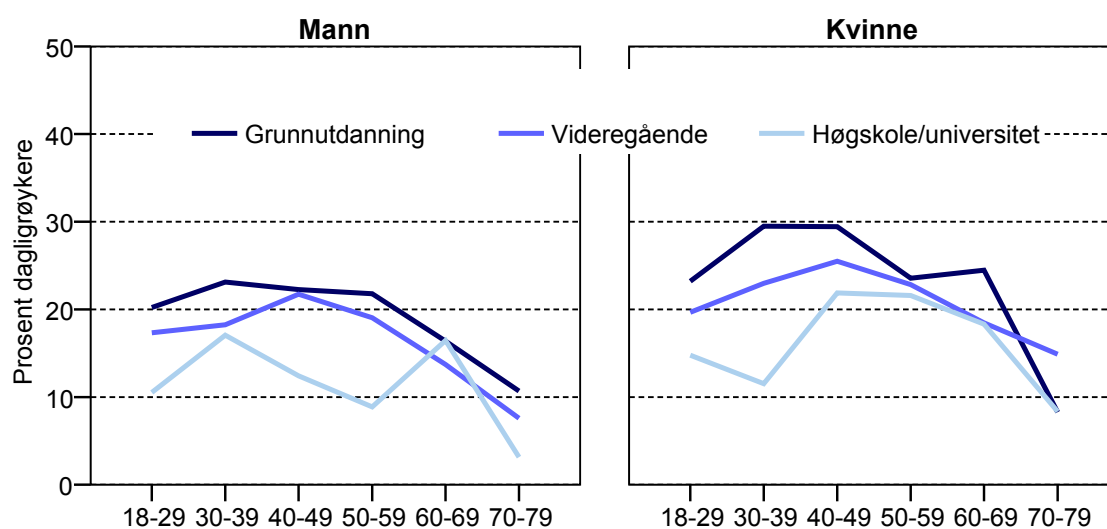


Figur 48. Forskjeller i andelen med angstplager etter fars utdanning blant menn og kvinner. Kilde: LOGG/NorLAG.

Figur 48 viser sammenhengen mellom fars utdanning og symptomer på angst. Figuren viser at de sosiale forskjellene ikke peker i en entydig retning på tvers av aldersgrupper, og at forskjellene som finnes er relativt små. I noen aldersgrupper er det imidlertid en viss tendens til at færre har symptomer på

angst blant de som har far med utdanning på høyeste nivå. Dette gjelder både menn og kvinner, men forskjellene er størst blant menn i alderen 60–69 og kvinner i alderen 40–49. Sammenlignet med våre funn tidligere i rapporten, har fars utdanningsnivå altså betydelig mindre å si for angstsymptomer enn eget utdanningsnivå. Kontrasten mellom betydningen av eget utdanningsnivå og fars utdanningsnivå for angstplager, er spesielt stor blant unge kvinner.

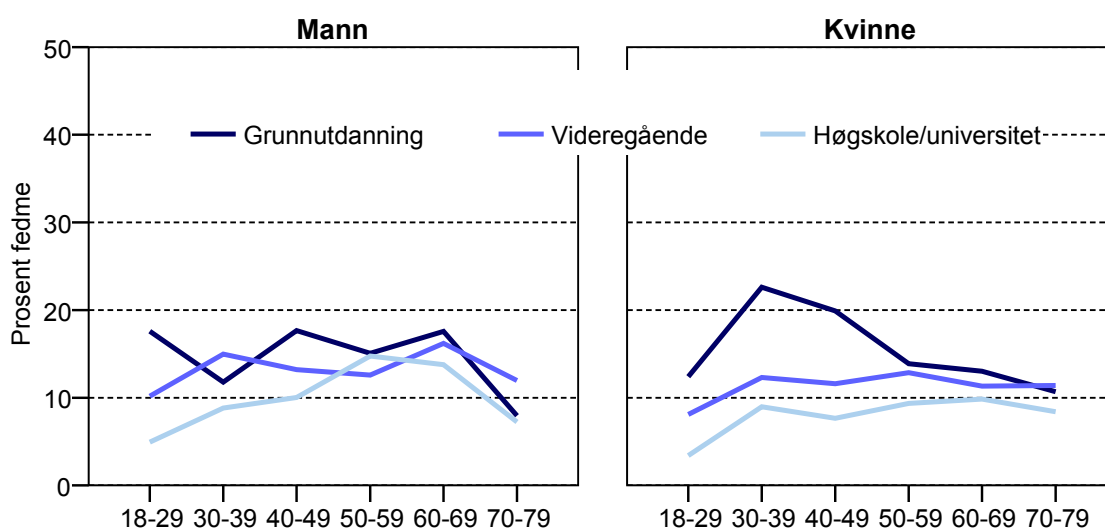
Ved kontroll for egen utdanning forsvinner all sammenheng mellom fars utdanning og angstplager. Faktisk viser det seg at blant menn med høy utdanning er det færre med angstplager blant de som har lav utdanningsbakgrunn i forhold til de som har høy utdanningsbakgrunn. Dette er et interessant funn med tanke på tidligere forskning som har vist at flere barn med lav sosioøkonomisk posisjon har psykosomatiske symptomer enn det som gjelder barn med høy sosioøkonomisk posisjon (Koløen, 2008). Våre funn antyder at det ikke er lav utdanningsbakgrunn i seg selv som medfører økt risiko for psykiske plager, men kun blant de som selv ender opp med lavt utdanningsnivå. Dette handler sannsynligvis også om seleksjon. Siden det er betydelig lavere sannsynlighet for å ta høyere utdanning blant de med lav utdanningsbakgrunn enn blant de med høy, er førstnevnte en mer selektert gruppe. Det forklarer også hvorfor det er færre med angstplager blant de som har opplevd oppadgående utdanningsmobilitet. Det å lykkes med å oppnå høyere utdanning på tross av lav utdanningsbakgrunn krever nok en robust psyke.



Figur 49. Forskjeller i andel dagligrøykere etter fars utdanning. Etter kjønn og alder. Kilde LOGG/NorLAG.

Figur 49 viser samvariasjonen mellom fars utdanningsnivå og dagligrøyking. For alle aldersgrupper med unntak av de eldste er det en klar sosial gradient i dagligrøyking. Blant kvinner er det en spesielt sterk sammenheng i aldersgruppen 30–39 år. Dette er det samme som vi fant da vi så på sammenhengen mellom egen utdanning og tobakksbruk i figur 17 ovenfor. I denne aldersgruppen er det nesten tre ganger så mange dagligrøykere blant de som har en far med grunnskoleutdanning, sammenlignet med de som har far med høyere utdanning, 23 prosent mot 9 prosent.

Når vi tar høyde for egen utdanning, forsvinner samvariasjonen mellom fars utdanning og dagligrøyking for menn. Blant kvinner svekkes samvariasjonen betraktelig, men den er fortsatt signifikant. Samlet sett har dermed fars utdanning i hovedsak en sterk indirekte sammenheng med dagligrøyking via egen utdanning. For kvinner tyder resultatene på at det også er en viss direkte sammenheng.



Figur 50. Forskjeller i andelen med fedme (KMI > 30) ut fra fars utdanning etter kjønn og alder. Kilde LOGG/NorLAG.

Figur 50 viser at det er forskjeller i fedme etter fars utdanning blant kvinner og menn under 50 år, men sammenhengen er jevnt over betydelig sterkere blant kvinner. Spesielt blant kvinner i alderen 30–49 år er det en sterk sammenheng mellom fars utdanning og fedme i form av høyere andel med fedme blant lavt utdannede. Blant kvinner er det en klar sosial gradient, men

vi ser samtidig at det er en tendens til at det er særlig mange med fedme blant de som har en far med bare grunnutdanning. Blant kvinner i aldersgruppen 30–39 år som har en far med grunnutdanning er det 23 prosent med fedme, mens det blant de som har en far med videregående utdanning eller utdanning på høyskole- eller universitetsnivå er tallene henholdsvis 12 prosent og 9 prosent.

Det at utdanningsbakgrunn har liten betydning for fedme blant de over 50 år kan tyde på kohorteffekter. Et argument for en slik tolkning er forskning som viser at fedme har sterk kontinuitet over livsløpet (Folkehelseinstituttet, 2008b). Hvis det for eksempel var like store forskjeller i fedme ut fra fars utdanning blant de som var 40–49 år for tyve år siden, burde disse ha blitt bevart og kommet til uttrykk blant dagens 60–69 åringer. Samtidig må det bemerkes at vi ikke kan utelukke at den svakere sammenhengen mellom fars utdanning og fedme blant eldre kohorter kan skyldes at målet på fars utdanning er mindre pålitelig for de eldre. Også her er mønsteret sammenlignbart med den sosiale variasjonen i fedme etter egen utdanning, jamfør figur 29 ovenfor, der vi fant mindre sosiale forskjeller blant de eldste.

Når vi tar høyde for kvinnenes eget utdanningsnivå reduseres forskjellene noe, men er fortsatt sterke og signifikante. I figur 29 ovenfor så vi at egen utdanning har en nokså sterk sammenheng med fedme, særlig blant kvinner. Det er dermed både en betydelig direkte og indirekte effekt av fars utdanning på fedme via egen utdanning blant kvinner. I tillegg er det også en betydelig effekt av egen utdanning ved kontroll for fars utdanning. Både eget utdanningsnivå og fars utdanningsnivå samvarierer ganske sterkt med fedme blant kvinner. Blant menn derimot forsvinner sammenhengen mellom fedme og fars utdanning helt ved kontroll for egen utdanning. Blant menn er det dermed bare en indirekte sammenheng mellom utdanningsbakgrunn og fedme.

Oppsummering

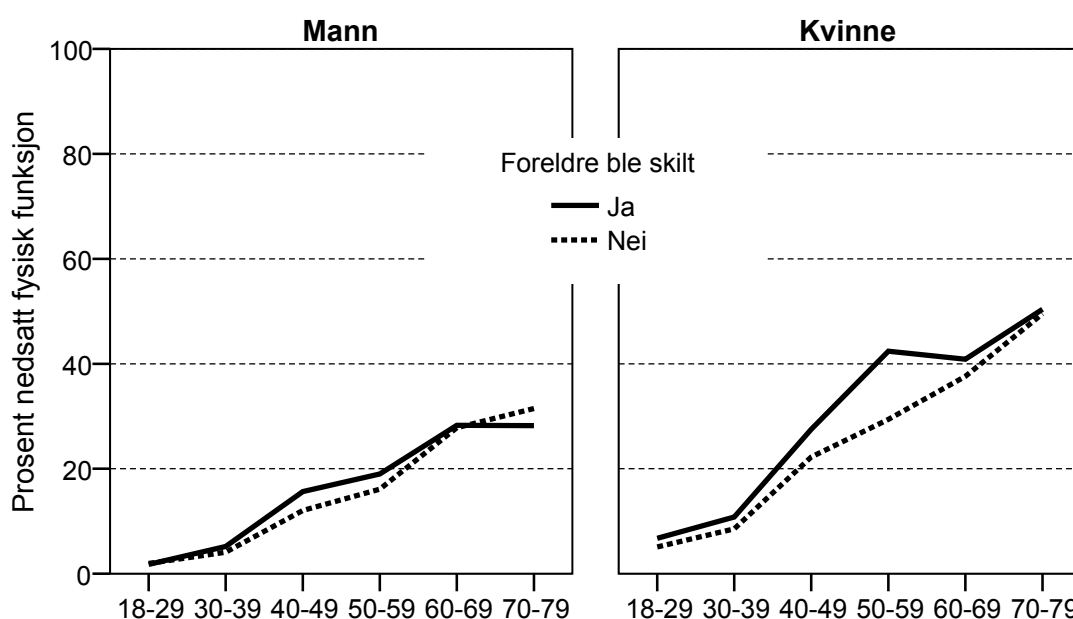
Sosial bakgrunn, målt ved fars utdanningsnivå, er viktig for fysisk helse, dagligrøyking og fedme i voksenalder. Forekomst av psykiske plager blir imidlertid lite påvirket av fars utdanningsnivå. Effekten på fysiske helsebegrensninger er i hovedsak indirekte og går gjennom eget utdanningsnivå.

Dette gir støtte til en sti-hypotese som sier at sammenhengen mellom sosial bakgrunn og voksen helse i hovedsak skyldes at sosial bakgrunn påvirker livssjanser innen utdanningssystemet og i yrkeslivet, noe som igjen påvirker helsen i voksen alder. Men våre analyser gir også støtte til en hypotese om en latent effekt av sosial bakgrunn på helseatferd og fedme. Vi fant at spesielt helseatferd blant kvinner under 50 år påvirkes av fars utdanningsnivå, selv når vi tar høyde for kvinnenenes egen utdanningsnivå. En tolkning av den direkte effekten av fars utdanning på fedme er at det skyldes fedme etablert i barndommen som følger en inn i voksen alder, og som har sammenheng med forskjeller i livsstil og levevaner ut fra utdanningsbakgrunn.

At vi finner en svak betydning av fars utdanning blant eldre kohorter, kan skyldes at fars utdanning som mål på sosial bakgrunn er noe mindre egnet her. Videre analyser bør se nærmere på bruk av andre indikatorer på sosial bakgrunn: for eksempel fars yrkesstatus, inntekt og formue. I LOGG/NorLAG har vi målt både mors og fars yrkesstatus og har derfor muligheten til å trekke denne variabelen inn i analyse av sosial bakgrunn og helse. I tillegg finner vi det her på sin plass å gjenta at variabelen «fars utdanningsnivå» er mindre pålitelig for de som har en far som er født i 1952 eller tidligere. Gitt at fars utdanning som indikator på sosial bakgrunn er sammenlignbar på tvers av aldersgrupper, står vi igjen med to tolkninger. Den ene er at den sosiale ulikheten ut fra fars utdanning vi ser blant yngre aldersgrupper, vil jevnes ut. Den andre er at ulikheten er økende i yngre kohorter, og at dette vil bidra til større sosial helseulikhet ut fra utdanningsbakgrunn blant fremtidens eldre.

4.4 Skilsmisse har sammenheng med angstplager og røyking

Vi skal nå se nærmere på hva opplevelse av skilsmisse i barndommen betyr for helse og helseatferd i voksen alder. Først skal vi se på sammenhengen med fysisk helse, deretter angstplager og til slutt dagligrøyking og fedme.

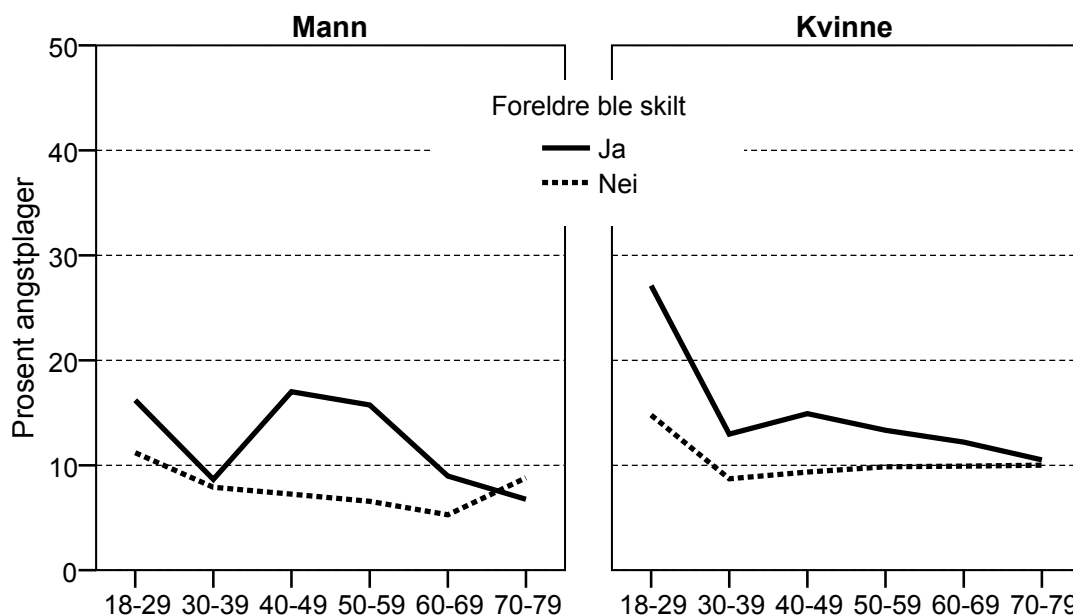


Figur 51. Forskjeller mellom skilsmissebarn og andre i andelen med nedsatt fysisk funksjon i voksen alder

Figur 51 viser sammenhengen mellom skilsmisse og nedsatt fysisk funksjon for menn og kvinner. Hovedbildet er at det ikke er noen sammenheng, med et unntak for kvinner i alderen 50–59 år⁷. I sistnevnte gruppe er det 13 prosentpoeng flere med fysiske helsebegrensninger blant de som har opplevd skilsmisse sammenlignet med de som ikke har opplevd det. Vi har tidligere sett at det er særlig store utdanningsforskjeller i fysisk funksjon blant kvinner i samme aldersgruppe. Sammenhengen som beskrives i figur 51 føyer seg inn i dette mønsteret, og antyder at også skilsmisse i barndommen kan bidra til forskjeller i kvinners helse i voksen alder.

⁷ p=0,01.

Denne sammenhengen forsvinner ikke med kontroll for fars utdanning. Sammenhengen skyldes med andre ord ikke at det oftere er de lavt utdannede som skiller seg.

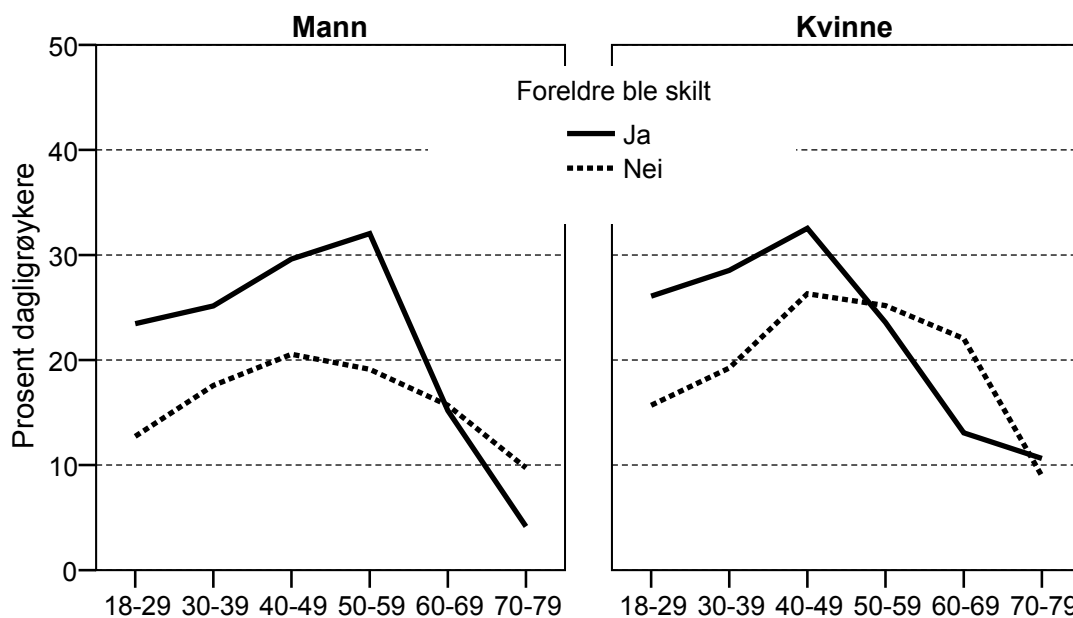


Figur 52. Figur 52 forskjeller mellom skilsmissebarn og andre i andelen angstplager.

Opplevelsen av skilsmisse i barndommen medfører større risiko for symptomer på angst i voksen alder (figur 52). Dette gjelder både menn og kvinner, men spesielt blant kvinner under 50 år og menn i alderspenntet 40–59 år. Samvariasjonen ser altså ut til å være sterkere for yngre kvinner enn for yngre menn.

Ved kontroll for fars utdanning er sammenhengen mellom det å være skilsmissebarn og det å ha angstplager fortsatt sterk. Det viser seg imidlertid at sammenhengen er svakere blant de som har en far med høyere utdanning, i forhold til de som har en far med lavere utdanning. Særlig blant yngre kvinner i alderen 18–39 år med en far med utdanning på grunnskolenivå eller videregående nivå, er dette mønsteret fremtredende. Der er det dobbelt så mange med angstplager blant de som opplevde skilsmisse i barndommen i forhold til de som ikke gjorde det, mens det ikke er noen sammenheng mellom angstplager og skilsmisse blant de som har far med høyskole eller universitetsutdanning. Dette indikerer at konsekvensene av skilsmisse i

barndommen for voksen helse må ses i sammenheng med utdanningsbakgrunn⁸. Ved kontroll for egen utdanning svekkes sammenhengen mellom skilsmisse og psykiske plager noe, men den er fortsatt signifikant.



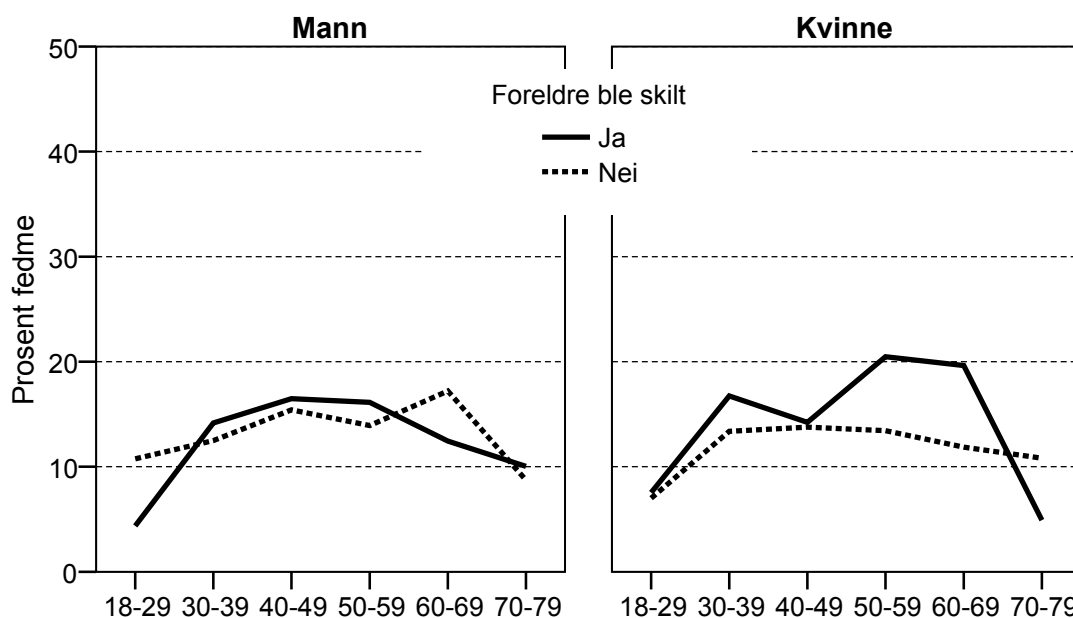
Figur 53. Forskjeller i andelen dagligrøykere mellom skilsmissebarn og andre.

Figur 53 viser at skilsmissebarn i yngre kohorter oftere er dagligrøykere, men at sammenhengen er uklar blant de eldre. Sammenhengen mellom skilsmisse i barndommen og daglig røyking er noe sterkere for menn enn for kvinner, den er signifikant for menn under 60 år og for kvinner under 40 år. Blant menn i alderen 18–29 år er det cirka dobbelt så mange røykere blant de som har opplevd skilsmisse i barndommen sammenlignet med de som ikke har det; 24 prosent røykere blant skilsmissebarna, mot 13 prosent blant andre i samme aldersgruppe.

Ved kontroll for fars utdanning viser det seg at samvariasjonen mellom det å være skilsmissebarn og det å røyke er kompleks. Blant yngre menn er det ingen sammenheng blant de som har en far med lav utdanning, mens det er en sterk sammenheng blant de med en far med middels- eller høyere utdanning. Blant kvinner er det derimot motsatt utslag ved kontroll for

⁸ Gis også støtte av logistisk regresjon med samspillsledd. Tabeller kan sendes ved forespørsel.

utdanningsbakgrunn. Der viser det seg at samvariasjonen er særlig sterk blant de som har en far med grunnskoleutdanning, mens den ikke er signifikant blant de som har en far med høyeste utdanning. Ved kontroll for *egen* utdanning svekkes sammenhengen noe, men den er fortsatt betydningsfull og signifikant.



Figur 54. Forskjeller i andelen med fedme (KMI > 30) mellom skilsmissebarn og andre.

Aldersmønstrer i andel med fedme etter opplevelse av skilsmisse i barndommen er noe utydelig (figur 54). Som vi påpekte i innledningen til dette kapittelet er det langt færre skilsmissebarn blant de eldre i utvalget, noe som gjør at tallene er mer usikre for de eldre. Blant kvinner i alderen 50–69 år er det en tendens til en større andel med fedme blant skilsmissebarn. Men blant de yngste mennene er det færre med fedme blant skilsmissebarna. En skal imidlertid være forsiktig med å legge for mye i denne sammenhengen siden funnet kun er signifikant for én aldersgruppe og kan skyldes tilfeldigheter. Samlet sett kan vi konkludere med at det i hovedsak ikke er noen klar sammenheng mellom skilsmisse i barndommen og fedme i voksen alder.

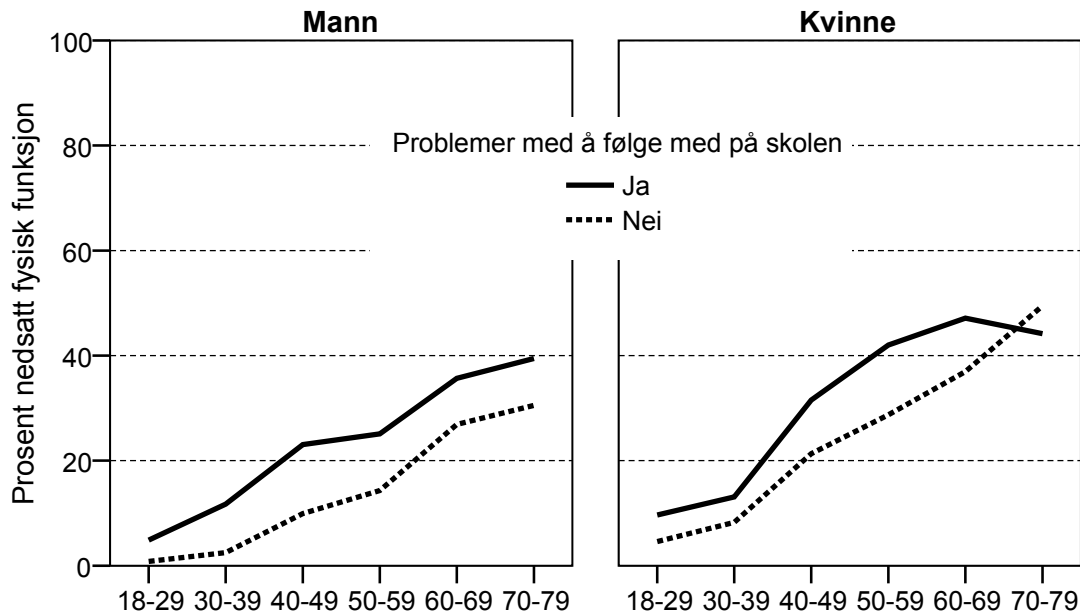
Ved kontroll for fars utdanning er det fortsatt det samme uklare mønsteret som avtegner seg, og det samme gjelder ved kontroll for egen utdanning.

Oppsummering

Skilsmisse i barndommen samvarierer med angstplager og med dagligrøyking i voksen alder, men ikke med fysisk funksjon eller fedme. Våre funn samsvarer dermed med en studie blant barn i alderen 11–15 år som viser at selv om det går bra med flertallet av skilsmissebarna, har de en tendens til å gjøre det dårligere på skolen, er mer depressive og utvikler oftere antisosial atferd (Storksen, Røysamb, Holmen, & Tambs, 2006). Vår studie viser at skilsmisse i barndommen også har negative konsekvenser for voksne, selv etter kontroll for egen utdanning. Det er med andre et visst grunnlag for å hevde at skilsmisse i barndommen har en latent effekt på angstplager og dagligrøyking. Vår analyse tyder videre på at konsekvenser av skilsmisse i barndommen bør sees i sammenheng med foreldrenes utdanning. Det er en svakere samvariasjon mellom angstplager og skilsmisse i barndommen blant de som har fedre med høy utdanning. Også når det gjaldt sammenhengen mellom skilsmisse og dagligrøyking fant vi et samspill med utdanningsbakgrunn.

4.5 De med skoleproblemer har oftere helseproblemer

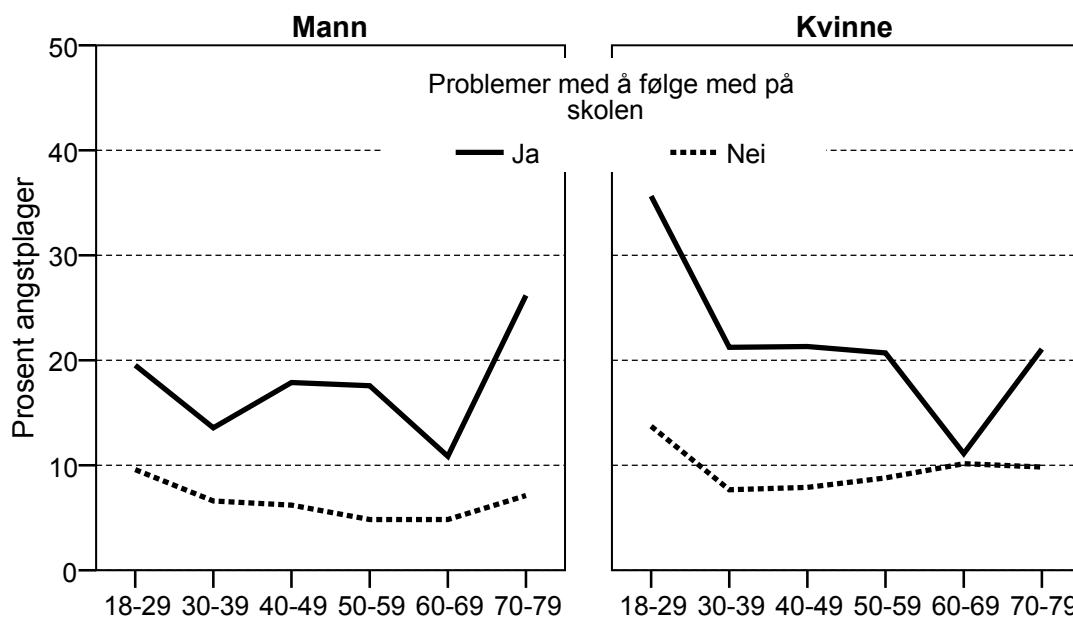
I dette delkapittelet beskriver vi sammenhengen mellom skoleproblemer og de fire utvalgte målene på helse og helseatferd i voksen alder. Alt i alt er det 18 prosent av mennene og 13 prosent av kvinnene i utvalget som rapporterer om «problemer med å følge med på skolen» før fylte 16 år. Innledningsvis må det bemerkes at det er få personer med høy utdanning som rapporterer om problemer med å følge med på skolen.



Figur 55. Forskjeller i andelen med nedsatt fysisk funksjon blant de med skoleproblemer i forhold til andre.

Figur 55 viser en klar sammenheng mellom skoleproblemer og nedsatt fysisk funksjon i voksen alder. Dette gjelder både menn og kvinner og alle aldersgrupper, med unntak av kvinner i alderen 70–79 år. Personer som oppgir problemer med å følge med på skolen har oftere nedsatt fysisk funksjonsevne. Sammenhengen er noe sterkere for menn enn kvinner, særlig i aldersspennet 18–49 år. For menn i denne aldersgruppen er det dobbelt så mange med nedsatt fysisk funksjon blant dem som har opplevd skoleproblemer sammenlignet med dem som ikke har det. Blant de yngste kvinnene er det derimot små forskjeller i fysisk funksjonsevne etter forekomst av skoleproblemer.

Vi kan ikke utelukke at sammenhengen kan gå motsatt vei; at det er nedsatt fysisk funksjon som oppstod allerede i barndommen som medførte problemer med å følge med på skolen. Videre analyser av LOGG/NorLAG materialet kan se nærmere på dette.

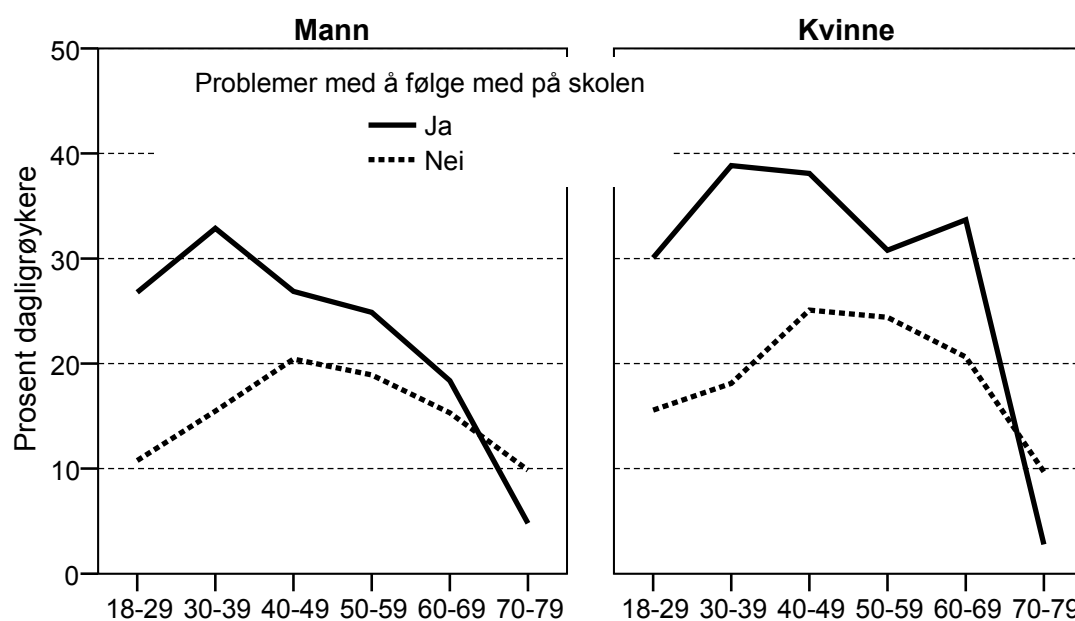


Figur 56. *Figur 56. Forskjeller i andelen med angstplager blant de med skoleproblemer i forhold til andre.*

For begge kjønn er det en særs sterk og entydig sammenheng mellom angstplager og det å ha oppgitt problemer med å følge med på skolen (Figur 56). Blant menn er det i gjennomsnitt 17 prosent av de med skoleproblemer som har angstplager, tre ganger så mange som blant dem uten skoleproblemer. Blant kvinner er det 24 prosent med angstplager blant de med skoleproblemer, mot 10 prosent blant dem uten skoleproblemer. For menn er sammenhengen omtrent like sterk for alle aldersgrupper, mens for kvinner er det en tendens til at den svekkes ved økende alder og er sterkest i aldersspennet 18–49 år. Hele 36 prosent av kvinnene med skoleproblemer i den yngste aldersgruppen har angstplager. Ut fra stempelingsteori kan denne sammenhengen tolkes som at skolens dom over de som presterer dårlig medfører et lavt selvbilde som vedvarer hele livet.

Sammenhengen forblir sterk også når vi tar høyde for egen utdanning. Dette gir støtte til en tolkning av at problemer med å følge med på skolen i barndommen har direkte effekter for psykiske plager i voksen alder, selv blant de som lykkes med å fullføre høyere utdanning. Men siden det er en sterk samvariasjon mellom eget utdanningsnivå og skoleproblemer betyr det

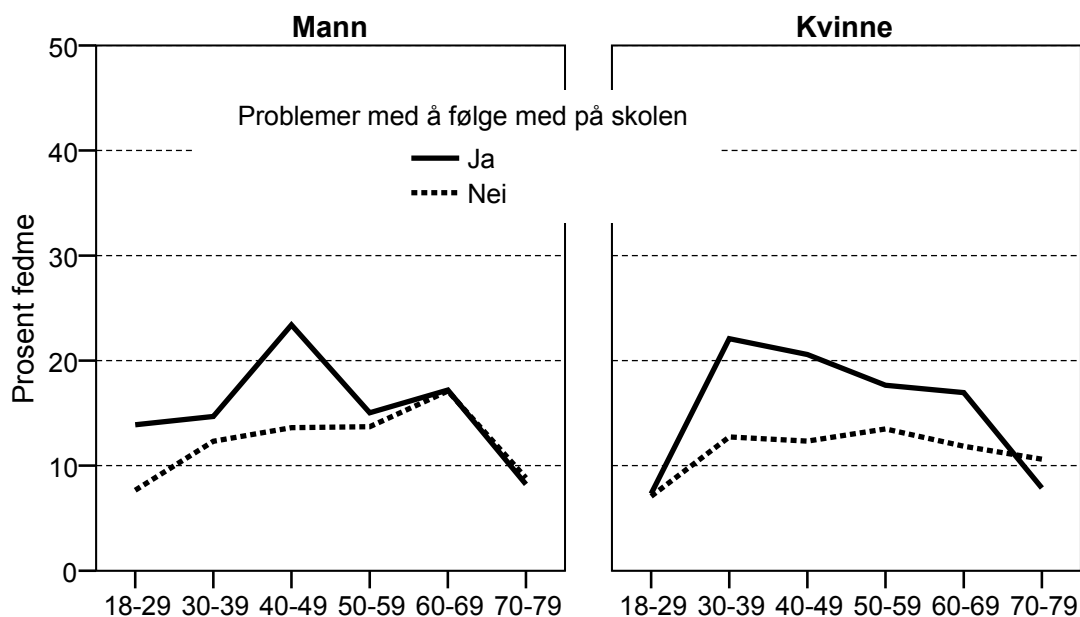
at skoleproblemer likevel først og fremst er et problem blant de som ikke lykkes så godt i utdanningssystemet.



Figur 57. Forskjeller i andelen dagligrøykere blant de med skoleproblemer i forhold til andre.

Opplevelsen av skoleproblemer i barndommen ser også ut til å henge sammen med dagligrøyking i voksen alder (Figur 57). For begge kjønn er det flere dagligrøykere blant personer som har opplevd skoleproblemer. Sammenhengen blir gradvis svakere med økende alder og blant de eldste er det ingen forskjeller. Blant de yngste mennene er det 11 prosent dagligrøykere blant de som ikke har opplevd skoleproblem, mens tallet er 27 prosent for de som har rapportert om skoleproblem. Det er lignende tall for de yngste kvinnene: 16 prosent blant de uten skoleproblemer røyker daglig, mens dette gjelder 30 prosent for de som har opplevd skoleproblemer.

Ved kontroll for egen utdanning blir sammenhengen mellom røyking og skoleproblem bare litt svakere. Det kan tyde på en latent effekt av skoleproblem på dagligrøyking i voksen alder. Eller med andre ord at de som har slitt på skolen i barndommen tenderer mot å oftere røyke enn de som ikke gjorde det, uavhengig av om en lykkes med å fullføre videregående utdanning eller høyere utdanning.



Figur 58. Forskjeller i fedme blant dem med og uten skoleproblemer etter alder og kjønn.

Figur 58 viser at opplevelsen av skoleproblemer henger sammen med økt forekomst av fedme i voksen alder. Dette gjelder både menn og kvinner, men sammenhengen er sterkest blant kvinner. Blant kvinner er mønsteret entydig for hele aldersspennet 30–69 år. Blant menn er forskjellene størst blant de yngste og midt i livet, i alderen 40–49 år. Verken blant menn eller blant kvinner er det noen sammenheng blant de eldste. Mønsteret er noenlunde det samme også når vi tar høyde for eget utdanningsnivå.

Oppsummering

18 prosent av mennene og 13 prosent av kvinnene rapporterer om skoleproblemer, og blant begge kjønn er det langt flere yngre enn eldre som rapporterer om dette problemet. Blant de som har rapportert om skoleproblemer er det betydelig flere med fysiske helsebegrensninger og angstplager, og det er også betydelig flere dagligrøykere i denne gruppen sammenlignet med de som ikke har opplevd skoleproblemer. Det er også flere av de med skoleproblemer som har fedme, men her er sammenhengen svakere. Sammenhengene gjelder jevnt over for alle aldersgrupper med unntak av for de eldste. Sammenhengen mellom skoleproblemer og angstplager gjelder imidlertid også for de eldste.

4.6 Diskusjon

De tre barndomsfaktorene har ulik påvirkning på ulike mål på helse og helseatferd (tabell 4.2).

Tabell 4.2 Oversikt over sammenhengene mellom sosiale forhold i barndommen og helse i voksen alder. K i parentes betyr at effekten kun gjelder for kvinner.

	Fysiske funksjonsevne	Angstplager	Daglig røyking	Fedme
Fars utdanning	Indirekte	Ingen	Direkte (k) /indirekte	Direkte (k) /indirekte
Skilsmisse i barndommen	Ingen	Direkte/Indirekte	Direkte/Indirekte	Ingen
Skoleproblemer	Direkte	Direkte	Direkte	Direkte

Vår analyse tyder på at fars utdanning har en betydelig indirekte effekt, via eget utdanningsnivå, på dagligrøyking og fysisk funksjon. Sosial ulikhet i fysisk helse går dermed ikke direkte i arv fra foreldre til barn, men formidles gjennom ulikhetens reproduksjon i skolesystemet. Fars utdanning har også en *direkte* innvirkning på røykevaner og fedme i voksen alder, særlig blant kvinner. Funnene våre er rimelige sett i lys av tidligere studier som påpeker at helseatferd og sosial ulikhet i fedme etableres allerede i ung alder. Røykevaner eller fedme etablert i ung alder følger en inn i voksen alder (Folkehelseinstituttet, 2008b). Det at fars utdanning viser seg å ha en sterk direkte sammenheng med fedme i voksen alder blant kvinner, er et viktig funn, spesielt i lys av forskning som viser at vi er inne i en periode med økende fedmeproblemer i befolkningen. Det økende fedmeproblemet rammer med andre ord sosialt skjevt, grunnlaget for skjevhetene blir dannet i barndommen og ungdomstida og forsterket gjennom livsløpet. Med tanke på implikasjonene for folkehelsen er det viktig å foreta mer grundige analyser. Hvilken rolle spiller for eksempel fars utdanning i forhold til mors utdanning for fedme i voksen alder? Hva er det med utdanningsbakgrunn som skaper sammenhengen med fedme i voksen alder, og hvorfor er sammenhengen sterkere for menn enn for kvinner?

Det er også grunn til å fremheve den påviste sammenhengen mellom skilsmisse i barndommen og dagligrøyking og psykiske plager i voksen alder. Vi skulle kanskje ha forventet at skilsmisse hadde sterkere sammenheng med

helsemål for de eldre enn de yngre, siden det å være skilsmissebarn var et sosialt marginalt fenomen for de eldste. Våre data viser det motsatte. Sammenhengen mellom helse og det å være skilsmissebarn er kun signifikant blant de under 60 år. Når sammenhengen mellom skilsmisse i barndommen og angstplager er relativt sterk, og andelen som opplever det er økende, er dette en viktig sammenheng i et folkehelseperspektiv. Videre studier og analyser bør se nærmere på mulige forklaringsfaktorer. Er det mangelen på to omsorgspersoner som er årsaken til forskjellen? Eller er det skilsmisseprosessen i seg selv eller en annen bakenforliggende og intervenserende faktor som skaper forskjellen? For eksempel viste vi at det ikke er en sammenheng mellom angstplager og skilsmisse i barndommen blant de som har en far med høyskole- universitetsutdanning. I tillegg vil foreldrenes evne til å samarbeide etter skilsmissen gjerne har stor betydning for hvordan barnet opplever skilsmissen. I LOGG/NorLAG har vi gode mål på kvaliteten i relasjonen til foreldre, samt at vi kjenner til respondentens egen skilsmisshistorie. Vi har derfor gode muligheter til å foreta en mer inngående analyse av sammenhengen mellom foreldres skilsmisse og psykiske plager eller dagligrøyking i voksen alder, og av mulige faktorer som skaper denne sammenhengen.

Vi så også at opplevelsen av å ikke mestre skolen i barndommen spiller en betydelig rolle for helseplager senere i livet. I motsetning til de to andre sosiale forholdene, ser skoleproblemer i barndommen også ut til å spille en betydelig rolle for angstplager i de eldste aldersgruppene. I og med den økende andelen som rapporterer om skoleproblem i de yngre aldersgruppene, er det uansett grunn til å hevde at dette er et økende folkehelseproblem. Problemer med å følge med på skolen har en negativ sammenheng med alle de fire helsemålene, og sammenhengen er særlig sterk med tre av dem: fysiske begrensninger, angstplager og dagligrøyking. Skoleproblemer har like sterk sammenheng med helsen til menn og kvinner, med unntak av for fedme, der sammenhengen er sterkest blant kvinner. Skoleproblemer er imidlertid mer utbredt blant menn enn blant kvinner, og fra et folkehelseperspektiv betyr det at skoleproblemer spiller en større rolle for menns helse enn for kvinners helse. Utdannings sosiologien har dokumentert at foreldres utdanning har stor betydning for om barna trives på skolen, for barnas prestasjoner på skolen, og på barnas utdanningsvalg (Brint, 1998; Elstad & Barstad, 2008;

Hansen, 2005). Det ble bekreftet av grafen som viser at foreldres utdanningsnivå påvirker risikoen for at barn skal ha problemer med å følge med på skolen. Det handler for eksempel om sosial ulikhet i evnen til å tilpasse seg skolens krav til teoretisk kunnskap. Tidligere forskning har vist at konstant negativ tilbakemelding kan få negative konsekvenser både for selvbildet, og for veien videre i utdanningsløpet og inn på arbeidsmarkedet. Dermed kan dette være en viktig kilde til reproduksjon av sosial ulikhet i helse.

Det er utfordringer knyttet til bruk av svar på retrospektive spørsmål når man skal studere årsakssammenhenger, spesielt når spørsmålene gir stort rom for tolkning, slik som spørsmålet om «problemer med å følge med på skolen». Dette spørsmålet inneholder generelle begrep som mottakerne kan tolke ulikt. Blant ulike personer vil det være stor variasjon i hva slags objektiv hendelse som ligger til grunn for et positivt svar (Dohrenwend, 2006). I tillegg vil hvordan en husker barndommen preges av hvilket liv en lever i dag. Det kan for eksempel være at de som sliter med ulike problemer i sitt voksne liv har lettere for å huske problemer i barndommen enn andre. Av disse grunner bør sammenhengen mellom denne variabelen og helse tolkes med varsomhet. Men med tanke på hvor sterk sammenheng vi fant mellom skoleproblemer og helse i voksen alder, peker det seg likevel ut som et tema som bør studeres nærmere med bruk av mer konkrete spørsmål om problemer på skolen.

Tidligere i rapporten har vi påvist betydelig sosiale forskjeller i helse og helseatferd. I denne delen av rapporten har vi sett på sammenhenger mellom helse i voksen alder og sosiale forhold i barndommen. Våre resultater tyder på at både skilsmisse i barndommen og skoleproblemer spiller en betydelig negativ rolle for helse og helseatferd i voksen alder, selv med kontroll for egen utdanning. Vi fant også en klar sosial gradient da vi så på sammenhengen mellom fars utdanning og helse. De som har vokst opp med en høyt utdannet far har bedre fysisk helse, røyker sjeldnere og har sjeldnere fedme. Men når det gjelder fysisk funksjon og røyking fant vi at det i hovedsak skyldes at fars utdanning påvirker egen utdanning, og at det er egen utdanning som betyr klart mest for disse helsmålene. Når det gjelder fedme derimot er det fars utdanning som betyr mest. I et livsløpsperspektiv betyr det at risikoen for fedme kumuleres blant kvinner med lavt utdannede fedre.

Blant de over 60 år har de mål på sosiale forhold i barndommen som vi har brukt her imidlertid lite å si for helse og helseatferd, med unntak av for skoleproblemer der det også var en betydelig sammenheng for de over 60 år. En forklaring på dette er at vi ser tendenser til økende sosial ulikhet ut fra sosiale forhold i barndommen blant yngre kohorter. Hvis sistnevnte tolkning er korrekt, vil disse sosiale forholdene i barndommen bidra til at sosial arv, slik vi har målt det her, vil spille en betydelig rolle for sosial ulikhet i helse blant fremtidens middelaldrende og eldre. Her må det også påpekes at våre mål på sosiale forhold i barndommen betyr ulike ting for ulike kohorter. I den eldre generasjonen var fattigdom i barndommen og arbeidsledighet blant foreldre mer utbredte og viktige problem enn skilsmisse og skoleproblem. Samlet sett har vi uansett grunnlag for å hevde at for å forstå helseforskjeller, og motvirke helseforskjeller blant unge voksne og middelaldrende, bør en ta hensyn til sosiale forhold i barndommen.

Summary

This report presents the results of an innovative and national study on Lifecourse, Generation and Gender (LOGG), including the responses of 10 570 Norwegians between 18 and 79. The aim of the study was to gather information about central transitions in the life-course. The present report is one of two reports from the LOGG Health and Care project, which is financed by the Norwegian Ministry of Health and Long-term Care. This report describes social variation in health and health-related behaviour. A life-course perspective is used throughout the report and underlines the importance of time in relation to health and health-related behaviour, whether this concerns ageing, life phase or cohort. Results of the report provide pointers for further analyses within the study, including longitudinal analyses. Chapter 1 presents the background for the project and the research questions. Chapter 2 explores age-related patterns of social variation in health and whether such patterns differ across health domains. Chapter 3 presents social variation in health-related behaviour and explores the interrelation between different types of health problems and health-related behaviours. Finally, Chapter 4 provides a description of social conditions during childhood and their impact on health and health-related behaviour in adult life.

Social variation in health (Chapter 2)

The results of Chapter 2 indicate that social inequality in health, as measured by educational attainment, can be quite large and is related to both life phase and gender. The strength of these relationships depends upon which health domain is considered: general health, mental health, or functional limitations. Social inequalities in general health and functional limitations are largest in mid-life, which is in line with the accumulation of disadvantages hypothesis. Social inequality in mental health is largest among younger age groups, and especially in women. Thirty-seven percent of young women with basic education and 16 % of young women with highest levels of education report depressive symptoms. An important question is whether

these large social inequalities are characteristic for the life stage of young women and disappear with ageing of this cohort, or whether high rates of depressive symptoms persist or even exacerbate in later years.

Scores for measures of general health tend to stabilize among the oldest respondents (70-79 years). Selective attrition is one likely explanation, but changed expectations regarding health may also contribute to more positive responses to such general measures. The sharp increase in functional limitations among the oldest with high education may be interpreted as postponed morbidity.

One in three people aged 18–66 years has a longstanding illness, and half of these have a limiting longstanding illness. Within this group we find smaller social inequalities in the different health domains compared to the sample as a whole. Nevertheless, high education also seems to protect those who relatively early in life are confronted with a limiting longstanding illness.

Social variation in health-related behaviour (Chapter 3)

The results of Chapter 3 underline that health-related behaviour is strongly related to age and life phase. Increasing age is associated with increasing use of medications. However, the gender gap in use of for example painkillers and sleeping medications increases with age, and so does social inequality. Between age 50 and 66, 31 % of women with lowest educational attainment and 12 % of women with highest educational attainment have used painkillers during the last month. These patterns partly reflect social differences in health and functioning. In addition they may reflect differences in lifestyles between more and less educated people in this particular stage of life.

After age 50, there is a noteworthy rise in social inequality in regular alcohol consumption and in yearly visits to the dentist. Regular alcohol consumption particularly increases among seniors with high levels of education. Yearly visits to the dentist are declining particularly in elderly men with lower levels of education.

Large social inequality in daily smoking is found in young and middle-aged adults (age 30 to 49). Differences between those with highest and lowest educational levels are up to 30 percentage points. Health promotion

and disease prevention initiatives have especially targeted smoking and physical activity. Results from the present report suggest that these initiatives may need to be adapted to young and middle-aged adults with lower educational levels.

Health is a major precondition for physical activity, in particular below 67 years. This is also the case for daily smoking, obesity and use of health care services. The direction of causality can go both ways. Consequences of unfavourable health-related behaviour typically accumulate over time and may first be observed in later life. As we live longer, it is important that health promotion and disease prevention initiatives continue to have focus on health-related behaviour early in life.

Social conditions during childhood and their implications for health and health-related behaviour (Chapter 4)

Chapter 4 describes the impact of childhood social conditions (parental divorce, father's education and school problems) on health and health-related behaviour in adult life (physical limitations, mental health, daily smoking and obesity).

Parental divorce during childhood has a clear negative impact on mental health and daily smoking in adult years, even after controlling for the effect of own education. However, high educational attainment of the father may function as a buffer against the negative effects of parental divorce in childhood.

Father's higher educational attainment is also associated with fewer physical limitations and less daily smoking. However, this is an indirect effect, mediated by own educational attainment. Among women, higher educational attainment of the father is associated with lower levels of obesity. Between 30 and 39 years of age, 23 % of the women with less educated fathers were considered obese compared to 9 % among women with higher educated fathers. This direct effect was somewhat reduced, but persisted, even after taking own educational attainment into account. Seen from a life-course perspective, these results may imply that the risk for obesity accumulates particularly in women with less educated fathers.

School problems pose a risk factor for physical limitations, mental health and daily smoking in adult life. In general, the impact of social conditions during childhood is less strong among the oldest respondents (60-79 years). The general and retrospective nature of the item measuring problems at school is particularly vulnerable to measurement bias, which may differ across cohorts. Nevertheless, findings indicate more school problems during childhood in younger than older cohorts. This, together with their impact on health and health-related behaviour in adult life, may imply that school problems are an increasing public health problem.

Referanser

- Amato, P. R., & Sobolewski, J. M. (2001). The effects of divorce and marital discord on adult children's psychological well-being. *American Sociological Review*, 66(6), 900–921.
- Anderson, P., & Baumberg, B. (2007). *Alcohol and public health in Europe*. London: Institute of alcohol studies.
- Ben-Shlomo, Y., & Kuh, D. (2002). A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *Int J Epidemiol*, 31(2), 285–293.
- Blane, D. (1999). The life course, the social gradient, and health. In *Social determinants of health* (pp. 64–80). Oxford: Oxford University Press.
- Blazer, D. (2002). *Depression in Late Life* (Third Edition. ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Blazer, D. G. (2008). How do you feel about...? Health outcomes in late life and self-perceptions of health and well-being. *Gerontologist*, 48(4), 415–422.
- Brint, S. (1998). *Schools and Societies*. London: Pine Forge Press.
- Clench-Aas, J. (2007). *Sosiodemografiske forskjeller i bruk og adgang til helsetjeneste i Norge. En kunnskapsoppsummering*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Cockerham, W. C. (2000). The Sociology of Health Behavior and Health Lifestyles. In C. E. Bird, P. Conrad & A. M. Fremont (Eds.), *Handbook of Medical Sociology* (5th ed.). New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Dannefer, D. (2003). Cumulative advantage/disadvantage and the life course: cross-fertilizing age and social science theory. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 58(6), S327–337.
- Dohrenwend, B. P. (2006). Inventorying stressful life events as risk factors for psychopathology: Toward resolution of the problem of intracategory variability. *Psychological Bulletin*, 132(3), 477–495.
- Duckert, F., Lossius, K., & Ravndal, E. (2008). *Kvinner og alkohol*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Daatland, S. O. (2007). Marital history and intergenerational solidarity: The impact of divorce and unmarried cohabitation. *Journal of Social Issues*, 63(4), 809–825.

- Daatland, S. O., & Solem, P. E. (2000). *Aldring og samfunn*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Elstad, J. I. (2005). Childhood adversities and health variations among middle-aged men: a retrospective lifecourse study. *European Journal of Public Health*, 15(1), 51–58.
- Elstad, J. I. (2008). *Utdanning og helseulikheter. Problemstillinger og forskningsfunn*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Elstad, J. I., & Barstad, A. (2008). Sosiologiske perspektiver på psykiske plager. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(3), 204–212.
- European Commission. (2007). *Health Effects of Smokeless Tobacco Products. Preliminary Report*.
- Folkehelseinstituttet. (2003). *Bedre helse – større forskjeller* (No. 2003:1). Oslo.
- Folkehelseinstituttet. (2004, 2008). Kroppsmasseindeks (KMI) og helse.
- Folkehelseinstituttet. (2007). *Sosial ulikhet i helse. En faktarapport*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Folkehelseinstituttet. (2008a). Alkohol – faktaark om alkohol Retrieved 17.10.2008, from http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft_5648=5544:42834::1:5647:3:::0:0
- Folkehelseinstituttet. (2008b, 17.09.2008). Overvekt og fedme hos voksne – faktaark. *Faktaark* Retrieved 27.02. 2009
- Frønes, I., & Brusdal, R. (2000). *På sporet av den nye tid. Kulturelle varsler for en nær fremtid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Frønes, I., & Brusdal, R. (2005). Generasjoner, livsløp og forandring. Generasjon, kohort og livsløp. In I. Frønes & L. Kjølørød (Eds.), *Det norske samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AD.
- Fugelli, P. (2003). *0-visjonen. Essays om helse og frihet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- George, L. K. (2001). The Social Psychology of Health. In *Handbook of Aging and the Social Sciences* (5th ed.). San Diego: Academic Press.
- Graff-Iversen, S., Skurtveit, S., Sørensen, M., & Nybø, A. (2001). Hvilke sammenhenger finnes mellom kroppsarbeid og vekt? . *Tidsskr Nor Lægeforen* 121, 2579–2583.
- Gravseth, H. M., Bjerkedal, T., Irgens, L. M., Aalen, O. O., Selmer, R., & Kristensen, P. (2007). Life course determinants for early disability pension: a

- follow-up of Norwegian men and women born 1967–1976. *European Journal of Epidemiology*, 22(8), 533–543.
- Grue, L. (2001). *Motstand og mestring. Om funksjonshemming og livsvilkår*. (No. 1/2001). Oslo: NOVA.
- Grøtvedt, L., & Gimmetstad, A. (2002). *Helseprofil for Osl. Eldre*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Hansen, M. N. (2005). Inequality in educational attainment – Choice, academic performance and social settings. *Tidsskrift for Samfunnsforskning*, 46(2), 133–157.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2005–2009). *Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005–2009. Sammen for fysisk aktivitet*. Oslo.
- Holst, D., Skau, I., & Grytten, J. (2005). Egenvurdert tannhelse, generell helse og tannstatus i den voksne befolkning i Norge. *Den norske tannlegeforenings Tidende*, 115(576–580).
- Hunt, K., & Emslie, C. (2001). Commentary: the prevention paradox in lay epidemiology--Rose revisited. *Int J Epidemiol*, 30(3), 427–432.
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*, 38(1), 21–37.
- Jang, Y., Haley, W. E., Small, B. J., & Mortimer, J. A. (2002). The role of mastery and social resources in the associations between disability and depression in later life. *Gerontologist*, 42(6), 807–813.
- Klungsoyr, O., Nygard, J. F., Sorensen, T., & Sandanger, I. (2006). Cigarette smoking and incidence of first depressive episode: an 11-year, population-based follow-up study. *Am J Epidemiol*, 163(5), 421–432.
- Koløen, K. (2008). *Sosioøkonomisk ulikhet i helse blant barn og unge*. Universitetet i Oslo, Oslo.
- Lange, E. (1998). *Samling om felles mål 1935–1970* (Vol. 11). Oslo: H. Aschehoug & Co.
- Manor, O., Matthews, S., & Power, C. (2001). Self-rated health and limiting longstanding illness: inter-relationships with morbidity in early adulthood. *Int J Epidemiol*, 30(3), 600–607.
- Martinsen, E. W. (2000). Fysisk aktivitet for sinnets helse. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 120, 3054–3056.
- Mathiesen, K. S., Kjeldsen, A., Skipstein, A., Karevold, E., Torgersen, L., & Helgeland, H. (2007). *Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid*. (No. 5). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

- Mirowsky, J., & Ross, C. (1998). Education, personal control, lifestyle and health – a human capital hypothesis *Reserach on Aging*, 20 415–449
- Myklestad, I., Rognerud, M., & Johansen, R. (2008). *Levekårsundersøkelsen 2005. Utsatte grupper og psykisk helse*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- OECD. (2006). *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. Norway, Poland and Switzerland*. (No. 1): OECD.
- Oliver, M. (1990). *The Politics of Disablement*. Basingstoke Macmillan and St Martins Press.
- Ormel, J., Kempen, G. I., Deeg, D. J., Brilman, E. I., van Sonderen, E., & Relyveld, J. (1998). Functioning, well-being, and health perception in late middle-aged and older people: comparing the effects of depressive symptoms and chronic medical conditions. *J Am Geriatr Soc*, 46(1), 39–48.
- Ormel, J., Rijdsdijk, F. V., Sullivan, M., van Sonderen, E., & Kempen, G. I. (2002). Temporal and reciprocal relationship between IADL/ADL disability and depressive symptoms in late life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 57(4), P338–347.
- Parker, M. G., & Thorslund, M. (2007). Health trends in the elderly population: getting better and getting worse. *Gerontologist*, 47(2), 150–158.
- Penninx, B. W., Guralnik, J. M., Ferrucci, L., Simonsick, E. M., Deeg, D. J., & Wallace, R. B. (1998). Depressive symptoms and physical decline in community-dwelling older persons. *Jama*, 279(21), 1720–1726.
- Pensola, T. H., & Valkonen, T. (2002). Effect of parental social class, own education and social class on mortality among young men. *European Journal of Public Health*, 12(1), 29–36.
- Romøren, T. I. (2006). *Yngre personer som mottar hjemmetjenester: Hvem er de, hva slags hjelp får de, og hvorfor øker antallet så sterkt?* (Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet.): Senter for omsorgsforskning, Høgskolen i Gjøvik.
- Romøren, T. I. (2007). Fra eldreomsorg til 'yngreomsorg'? *Aldring og livsløp*, 1, 2–10.
- Ross, C. E., & Wu, C. L. (1996). Education, age, and the cumulative advantage in health. *J Health Soc Behav*, 37(1), 104–120.
- Skog Hansen, I. L., & Svalund, J. (2007). *Funksjonshemmede på arbeidsmarkedet* (No. 042/2007). Oslo: FAFO/AFI.
- Slagsvold, B., & Solem, P. E. (2005). *Morgendagens eldre*. Oslo: NOVA.
- Smith, J., & Gerstorf, D. (2006). Ageing differently: potential and limits. In S. O. Daatland & S. Biggs (Eds.), *Ageing and diversity*. Bristol: The Policy Press.

- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Sosiale ulikheter i helse i Norge: en kunnskaps-oversikt*. Retrieved. from. Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, (2006–2007).
- St. meld.nr. 25. (2005–2006). *Mestring, muligheter og mening*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Statistisk sentralbyrå. (2005). Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005. from <http://www.ssb.no/helsetilstand/>
- Statistisk sentralbyrå. (2006). Arbeidskraftundersøkelsen, 2. kvartal 2005. Retrieved 6.november 2008, from <http://www.ssb.no/aku/>
- Statistisk sentralbyrå. (2007a). Befolkningsstatistikk 2007. from http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selecttable/hovedtabellHjem.asp&KortnavnWeb=dode
- Statistisk sentralbyrå. (2007b). Er nordmenn så overvektige? from http://www.ssb.no/magasinet/slik_lever_vi/art-2007-09-21-01.html
- Statistisk sentralbyrå. (2008). Undersøkelser om tobakksbruk. from <http://www.ssb.no/vis/emner/03/01/royk/main.html>
- Storksen, I., Roysamb, E., Holmen, T. L., & Tambs, K. (2006). Adolescent adjustment and well-being: Effects of parental divorce and distress. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47(1), 75–84.
- Strand, B. H., & Kunst, A. (2007). Childhood socioeconomic position and cause-specific mortality in early adulthood. *American Journal of Epidemiology*, 165(1), 85–93.
- Strand, B. H., & Steiro, A. (2003a). Alkoholbruk, inntekt og utdanning i Norge 1993–2000. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 123(20), 2849–2853.
- Svalund, J. (2005). Velferdsstatens siste hull? *Samfunnsspeilet*, 3.
- Thorsen, K., & Clausen, S.-E. (2008). funksjonshemming, ensomhet og depresjon: Hva betyr ensomhet for om personer med funksjonshemming opplever depresjon? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 1, 19–27.
- Tøssebro, J., & Kittelsaa, A. (2004). *Exploring the Living Conditions of Disabled People*. Studentlitteratur AB, Sweden.
- Ulset, E., Undheim, R., & Malterud, K. (2007). Er fedmeepidemien kommet til Norge? *Tidsskr Nor Lægeforen*, 1(127), 34–37.
- Vollset, S. E., Selmer, R., Tverdal, A., & Gjessing, H. K. (2006). *Hvor dødelig er røyking? Rapport om dødsfall og tapte leveår som skyldes røyking*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2006). *Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health.*: WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health, University of Liverpool.

WHO. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF.* Geneva: World Health Organization.

WHO. (2002). *The World health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life* Geneva: The World Health Organization.

WHO. (2002a). *Active Aging: a Policy Framework.* Geneva: WHO.

WHO. (2006). *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for respons.* Geneva: World Health Organization.

WHO. (2007). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper.*: World Health Organization.

Waalder, H. T. (1984). *Height, weight and mortality. The Norwegian Experience.* (No. 1984/4). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Waalder, H. T., Hofoss, D., & Grøtvedt, L. (2003). The increase in life expectance in Norway 1985–1998: Good years or bad? *Norsk Epidemiologi* 13(1), 207–211.

Appendiks: Tabellgrunnlag

Tabell F1: Andel med langvarige helseproblemer, langvarige helsebegrensninger eller nokså god/dårlig egenvurdert helse, etter kjønn og alder. Prosent.

		18–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79
Menn	Langvarig helseproblem	18,4	18,9	23,5	33	43,5	42,4
	Dårlig eller nokså god helse	9,3	9	15,5	22,9	33,1	35,1
	Langvarige helsebegrensninger	5,1	5,7	9,8	15,1	21,1	18
Kvinner	Langvarig helseproblem	19,8	25,3	32,8	41,8	46,7	47,2
	Dårlig eller nokså god helse	10,8	13,4	20	28,4	33,7	37,5
	Langvarige helsebegrensninger	6,4	10,5	17,4	23	26,1	19,8

Tabell F2: Utdanningsforskjeller i andel som opplever nokså god/dårlig helse for menn og kvinner etter alder. Prosent.

		18–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79
Menn	Grunnutdanning	12,3	16,4	26,8	31,6	40,3	47
	Videregående	8,9	9,9	14,9	25,9	36,8	30,5
	Høgskole/universitet	4,2	5,4	5,3	10,9	18	24,2
Kvinner	Grunnutdanning	9,3	29,9	30	46	41,9	43,9
	Videregående	14,4	16,5	18,9	27,3	32,7	35,4
	Høgskole/universitet	8,3	7,7	12,4	16,6	22,2	27,4

Tabell F3: Utdanningsforskjeller i andel med langvarige helsebegrensninger for menn og kvinner etter alder. Prosent.

		18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Menn	Grunnutdanning	7,7	11,6	16,6	22,5	24,3	18,7
	Videregående	3,3	7	9,5	17	23,2	18
	Høgskole/universitet	4,2	2,3	4,5	6,6	13,7	16
Kvinner	Grunnutdanning	4,5	20,6	26,1	32,7	34,6	19,7
	Videregående	7,5	12	16,3	22,5	25,1	20,3
	Høgskole/universitet	7,3	8,1	11	16,8	15,9	17,6

Tabell F4: Andel med depressive symptomer eller angst blant menn og kvinner etter alder. Prosent.

		18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Menn	Symptomer depresjon	19,2	12,6	14,2	14	12,1	15
	Angst	12,3	8	8,5	7,2	5,5	8,8
Kvinner	Symptomer depresjon	25,2	17,2	19,2	19,1	19,2	23,1
	Angst	17,7	9,5	10	10,1	10,2	10,4

Tabell F5: Utdanningsforskjeller i depressive symptomer for menn og kvinner etter alder. Prosent.

		18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Menn	Grunnutdanning	25,8	18,4	16,1	16,5	16,7	16,2
	Videregående	16,7	12,1	13,5	14,2	12,7	13,6
	Høgskole/universitet	13,4	11	12,1	11	5,4	13,8
Kvinner	Grunnutdanning	37,1	31,8	25,5	25,9	24,2	29,1
	Videregående	21	19,1	19,5	17,5	18,6	20
	Høgskole/universitet	16,3	11,9	13,5	16,6	14,1	18,1

Tabell F6: Utdanningsforskjeller i angst for menn og kvinner etter alder. Prosent.

		18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Menn	Grunnutdanning	16,4	14,7	9,6	8,2	6,6	11,4
	Videregående	10,9	8,4	8,4	7,3	6	9,1
	Høgskole/universitet	9,2	5,8	6,9	6,2	2,7	4,3
Kvinner	Grunnutdanning	27,6	20,8	16	13,5	13,8	14
	Videregående	15,4	11	9,8	10,6	9,7	7,7
	Høgskole/universitet	9,4	5,6	5,4	7,1	6,7	11

Tabell F7: Andel med nedsatt gangfunksjon, nedsatt syn, nedsatt hørsel eller nedsatt fysisk funksjon blant menn og kvinner 40 år og eldre, etter alder.

		40-49	50-59	60-69	70-79
Menn	Nedsatt gangfunksjon	9,3	14,2	24,1	40,7
	Nedsatt fysisk funksjon	12,5	16,3	28,3	32
	Nedsatt hørsel	9,1	14,8	24,2	36,2
	Nedsatt syn	3,7	4,9	3,7	4,6
Kvinner	Nedsatt gangfunksjon	18,2	29,3	39,6	63,3
	Nedsatt fysisk funksjon	22,9	30,6	37,7	49,7
	Nedsatt hørsel	5	9,2	12,6	20,4
	Nedsatt syn	5,8	6,9	5,2	8,7

Tabell F8: Andel med hjelpe (IADL) og pleiebehov (ADL) blant menn og kvinner, etter alder. Prosent.

		18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Menn	Hjelpebehov (IADL)	0,6	1,8	3,9	6,3	8,4	11,5
	Pleiebehov (ADL)	--	0,1	--	0,4	1,4	1,5
Kvinner	Hjelpebehov (IADL)	2,9	5,8	10,8	17,9	21	25,8
	Pleiebehov (ADL)	0,1	0,3	0,4	0,6	1,2	1,9

Tabell F9: Utdanningsforskjeller i andel med nedsatt hørsel blant menn og kvinner 40 år og eldre, etter alder. Prosent.

		40-49	50-59	60-69	70-79
Menn	Grunnutdanning	9,8	17,5	34,5	38
	Videregående	10,7	15,5	22	37,1
	Høgskole/universitet	5,3	11,7	18	31,9
Kvinner	Grunnutdanning	6,1	12,4	13,5	18,1
	Videregående	4	7,5	12,7	21,1
	Høgskole/universitet	5,3	10,2	12,2	25,3

Tabell F10: Utdanningsforskjeller i andel med nedsatt gangfunksjon blant menn og kvinner 40 år og eldre, etter alder. Prosent.

		40-49	50-59	60-69	70-79
Menn	Grunnutdanning	16,2	22	32,8	48,3
	Videregående	8,7	15,5	23,5	38,2
	Høgskole/universitet	3,4	6,6	15,9	33
Kvinner	Grunnutdanning	25,5	46,4	49,4	68,3
	Videregående	16,2	27,5	37,4	61,8
	Høgskole/universitet	13,7	19,8	28,9	54,2

Tabell F11: Utdanningsforskjeller i andel med nedsatt fysisk funksjon blant menn og kvinner 40 år og eldre, etter alder. Prosent.

		40-49	50-59	60-69	70-79
Menn	Grunnutdanning	18,2	25	34,6	36,7
	Videregående	12,5	17,2	27,1	30,3
	Høgskole/universitet	7,2	9,7	24,7	27,4
Kvinner	Grunnutdanning	34,4	46,9	45	52,3
	Videregående	21	28,8	39,1	48,8
	Høgskole/universitet	15,2	21	24,9	45,9

Tabell F12: Utdanningsforskjeller i andel med hjelpebehov (IADL) blant menn og kvinner, etter alder. Prosent.

		18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Menn	Grunnutdanning	0,9	4,7	6,8	10	13,6	15,3
	Videregående	0	2,3	4,2	6,4	8,1	8
	Høgskole/universitet	1,7	0,3	1,1	3,9	3,7	11,7
Kvinner	Grunnutdanning	1,7	10,2	18,5	32	25	26,1
	Videregående	4	6,1	8,5	16	23	26,4
	Høgskole/universitet	2,7	4,8	7,5	11,1	11	23

Tabell F13: Utdanningsforskjeller i egenvurdert helse (nokså god/dårlig) blant menn og kvinner med langvarige helsebegrensninger; etter alder. Prosent.

		18-45	46-66	67-79
Menn	Grunnutdanning	63,5	77,1	94,6
	Videregående	54,1	82,8	81,5
	Høgskole/universitet	38,1	58,7	77,8
Kvinner	Grunnutdanning	72,8	74,9	76,7
	Videregående	63,4	74,2	76,7
	Høgskole/universitet	48,8	64,2	77,8

Tabell F14: Utdanningsforskjeller i andel med depressive symptomer blant menn og kvinner med langvarige helsebegrensninger; etter alder. Prosent.

		18-45	46-66	67-79
Menn	Grunnutdanning	34	26,4	23,5
	Videregående	35,6	27,3	19,2
	Høgskole/universitet	35	26,1	26,3
Kvinner	Grunnutdanning	51,2	36	45,6
	Videregående	38,4	28,5	20,9
	Høgskole/universitet	33,3	28	41,2

Tabell F15: Utdanningsforskjeller blant personer med langvarige helsebegrensninger i andel med nedsatt gangefunksjon; etter kjønn og alder. Prosent.

		18-45	46-66	67-79
Menn	Grunnutdanning	29,4	62,1	81,1
	Videregående	24,6	54,2	81,8
	Høgskole/universitet	15	43,5	83,3
Kvinner	Grunnutdanning	55,6	64,8	78,3
	Videregående	43,5	62	86,3
	Høgskole/universitet	31,4	58,5	82,4

Tabell F16: Bruk av sigaretter og snus, etter kjønn og alder. Prosent.

		18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Menn	Røyker aldri	51,9	47,4	39,6	36,9	28,3	28,4
	Røyker daglig	15,2	19,1	21,5	20,3	15,6	9,3
	Bruker snus av og til eller daglig	36,1	27,5	17,6	7,4	2,9	2,5
Kvinner	Røyker aldri	47,3	45,2	35,5	29,7	39,8	49,9
	Røyker daglig	18,1	21	26,8	25,1	21,9	9,7
	Bruker snus av og til eller daglig	18,3	4,3	1,8	0,5	0,3	0,2

Tabell F17: Utdanningsforskjeller i andel som røyker daglig, etter kjønn og alder. Prosent.

		18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Menn	Grunnutdanning	21,1	34,4	31,1	31,3	23,3	14,9
	Videregående	14,1	22,5	21,8	21,4	14,6	6,4
	Høgskole/universitet	5	9,6	12,1	11,1	10,2	6,4
Kvinner	Grunnutdanning	26	41,7	38,4	33,2	29,5	11
	Videregående	19,6	28,4	28,5	26,2	21	9,1
	Høgskole/universitet	10	11,3	15,5	16,9	13,6	8,1

Tabell F18: Andel som ukentlig trener innendørs, utendørs og mosjonerer til andpusten, etter kjønn og alder. Prosent.

		18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Menn	Ukentlig trening utendørs	57,5	60,8	62,1	65	65,5	65,8
	Mosjonerer til andpusten	57,4	49,9	50,6	50,4	49,4	47,8
	Ukentlig trening innendørs	46,4	31,2	24,5	20,2	19,9	21,3
Kvinner	Ukentlig trening utendørs	65,5	71,1	72,6	73,7	68,5	67,7
	Mosjonerer til andpusten	59,6	57,9	59,4	57,7	47	40,6
	Ukentlig trening innendørs	48	36	38,6	37,1	29,9	32,3

Tabell F19: Utdanningsforskjeller i andel som ukentlig eller oftere trener innendørs, etter kjønn og alder. Prosent.

		18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Menn	Grunnutdanning	40,7	22,7	21,2	13,8	15,9	11,5
	Videregående	47,2	25,5	21,7	18,6	17,8	24,9
	Høgskole/universitet	55,6	41,9	33,8	27,6	28,4	29,8
Kvinner	Grunnutdanning	50,2	20,8	30,1	30,4	22,9	26,6
	Videregående	46,5	27,8	38,4	35,1	28,1	33,9
	Høgskole/universitet	50,8	43,5	45,8	44,4	43,2	41,2

Tabell F20: Alkoholforbruk, etter kjønn og alder. Prosent.

		18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Menn	Drikker alkohol 2 eller flere ganger i uken	19	22,7	25	30,4	33,1	27,7
	Drikker seg beruset > 1 gang i måneden	47,4	26,9	24,8	22,8	15,1	5,3
	Middels alkoholforbruk 2 eller flere ganger i uken	11,1	8,1	11,8	16,3	16,3	12,4
Kvinner	Drikker alkohol 2 eller flere ganger i uken	11,7	10,4	20,3	26,9	27,2	13,8
	Drikker seg beruset > 1 gang i måneden	36,2	9,8	10,6	9,4	4,6	1,1
	Middels alkoholforbruk 2 eller flere ganger i uken	4,6	2,9	7,1	11,6	11,5	4

Tabell F21: Utdanningsforskjeller i andel med middels alkoholforbruk. Menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Prosent.

		18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Menn	Grunnutdanning	10,1	8	12,2	14,8	6,9	6,5
	Videregående	11,3	6,1	11	13,1	17,5	12,5
	Høgskole/universitet	13,4	9,9	12,8	24	23,5	21,7
Kvinner	Grunnutdanning	3,1	1,9	8,4	7	7	0,6
	Videregående	4,7	1,3	7	10,5	12,1	4,6
	Høgskole/universitet	6,7	4,1	6,2	16,6	15,8	11,4

Tabell F22: Andel som i løpet av det siste året har vært hos psykolog, tannlege, lege eller har vært innlagt på sykehus, for menn og kvinner etter alder. Prosent.

		18-29	30-49	50-66	67-79
Menn	Vært hos lege	68,4	73,3	83	92,1
	Vært hos tannlege	57,1	75,6	84,7	78,8
	Vært innlagt på sykehus	9,3	7,3	12,6	20
	Vært hos psykolog/psykiater	6,3	4,6	4,4	1,9
Kvinner	Vært hos lege	89,1	86,6	89,3	93
	Vært hos tannlege	63,5	79,4	89,1	83,7
	Vært innlagt på sykehus	13	13,9	11,6	16,5
	Vært hos psykolog/psykiater	9,3	9,6	5,6	2,2

Tabell F23: Utdanningsforskjeller i andel som har vært hos tannlege i løpet av det siste året, etter kjønn og alder. Prosent.

		18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Menn	Grunnutdanning	61,7	64	78,9	76,6	73,5	63,1
	Videregående	54,5	72,3	80,8	85,5	85	81,5
	Høgskole/universitet	54,2	71,9	78,9	89,4	89,3	94,6
Kvinner	Grunnutdanning	65,3	74,8	81	84,7	85,4	76,7
	Videregående	60,8	78,1	85,1	89	90,8	85,8
	Høgskole/universitet	65,2	75,9	81,2	90,3	92,1	90,3

Tabell F24: Utdanningsforskjeller i andel som har vært innlagt i sykehuset i løpet av det siste året, etter kjønn og alder. Prosent.

		18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Menn	Grunnutdanning	11,4	2,4	11,4	13,9	17,5	21,2
	Videregående	8,6	7,4	9,1	9,9	19,3	18,3
	Høgskole/universitet	6,8	4,7	6,5	7,1	14,7	20,9
Kvinner	Grunnutdanning	12,9	18,5	16,5	13,5	16,7	17,1
	Videregående	10,6	16,4	11,4	9,7	14,3	15
	Høgskole/universitet	14,7	15,1	8,6	8,8	9,1	21,9

Tabell F25: Medikamentbruk den siste måned blant menn og kvinner etter alder. Prosent.

		18-29	30-49	50-66	67-79
Menn	Brukt sterke smertestillende på resept	5,6	8,4	12,7	14,4
	Brukt beroligende midler	1,5	2,2	3,9	8,7
	Brukt midler mot depresjon	2,3	2,5	4,5	4,8
	Brukt sovemedisin	2	3,2	7	10,4
	Brukt naturmedisin	8,8	8,9	14,6	20,6
	Brukt medisiner som fremmer potens/lyst	1,1	1,8	5,4	6,8
Kvinner	Brukt sterke smertestillende på resept	9,6	14,3	20,5	20,1
	Brukt beroligende midler	3,1	4,7	10,4	12,5
	Brukt midler mot depresjon	1,9	5	8,8	8,9
	Brukt sovemedisin	2,2	6,3	17,7	28,6
	Brukt naturmedisin	12,4	15,1	26,3	30,8
	Brukt medisiner som fremmer potens/lyst	0,2	0,2	0,5	0,3

Tabell F26: Utdanningsforskjeller i andel som har brukt sterke smertestillende midler den siste måned, etter kjønn og alder. Prosent.

		18-29	30-49	50-66	67-79
Menn	Grunnutdanning	8,7	13,3	18,7	18,8
	Videregående	3,9	8,4	13,5	14,2
	Høgskole/universitet	3,4	4,9	7	9,6
Kvinner	Grunnutdanning	14,2	24,4	31,1	20,3
	Videregående	7,2	16,1	19,6	22
	Høgskole/universitet	8	8,3	12	14,4

Tabell F27: Utdanningsforskjeller i andel som har brukt sovemedisin den siste måned, etter kjønn og alder. Prosent.

		18-29	30-49	50-66	67-79
Menn	Grunnutdanning	1,8	3,7	5,1	10,5
	Videregående	2	3,5	7,6	9,1
	Høgskole/universitet	3,4	2	7,5	13,2
Kvinner	Grunnutdanning	1,7	11,7	22,3	30,4
	Videregående	2	5,4	17,1	28,2
	Høgskole/universitet	2,7	4,5	13,8	26,5

Tabell F28: Andel menn og kvinner med fedme i ulike aldersgrupper. Prosent.

	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Menn	9,3	12,8	15,4	14	16,9	8,5
Kvinner	7,2	14	13,8	14,1	12,2	10,6

Tabell F29: Utdanningsforskjeller i andel med fedme, etter kjønn og alder. Prosent.

		18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Menn	Grunnutdanning	8	15,2	17,9	14,6	20,8	9,7
	Videregående	10,6	14,5	18,3	16,6	18,5	9,2
	Høgskole/universitet	10,1	10,2	8,3	8,7	9,7	7,4
Kvinner	Grunnutdanning	7,8	23,4	21,6	19	11,6	12
	Videregående	7,7	18,7	12,3	14,1	13,1	12,3
	Høgskole/universitet	5,4	8,8	9,8	10,4	10,3	4,1

Tabell F30: Andel dagligrykere blant personer med og uten langvarige helsebegrensninger, etter kjønn og alder. Prosent.

		18-45	46-66	67-79
Menn	Varige helsebegrensninger	28,1	25,1	15,9
	Ingen varige helsebegrensninger	17,6	18,7	9,3
Kvinner	Varige helsebegrensninger	27,1	31,7	15,1
	Ingen varige helsebegrensninger	20	23,7	12

Tabell F31: Andel dagligrykere blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper, etter depressive symptomer. Prosent.

		18-45	46-66	67-79
Menn	Depressive symptomer	22,7	27,6	8
	Ingen depressive symptomer	17,5	18,5	10,9
Kvinner	Depressive symptomer	27,4	33,9	17,4
	Ingen depressive symptomer	19	23,4	11,3

Tabell F32: Andel dagligrykere blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper, etter gangfunksjon. Prosent.

		40-49	50-66	67-79
Menn	Ingen nedsatt gangfunksjon	20,2	17,4	9,8
	Nedsatt gangfunksjon	34,8	26	11,6
Kvinner	Ingen nedsatt gangfunksjon	24,5	21,9	11,4
	Nedsatt gangfunksjon	36,3	29,1	13,6

Tabell F33: Andel med middels alkoholforbruk blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper, etter langvarige helsebegrensninger. Prosent.

		18-45	46-66	67-79
Menn	Ingen varige helsebegrensninger	9,9	15,5	13,9
	Varige helsebegrensninger	9,4	16,5	10,5
Kvinner	Ingen varige helsebegrensninger	4,3	11,7	5
	Varige helsebegrensninger	4,3	9	6,4

Tabell F34: Andel med middels alkoholforbruk blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper; etter depressive symptomer. Prosent.

		18-45	46-66	67-79
Menn	Depressive symptomer	12,5	18,7	10
	Ingen depressive symptomer	9,4	15,3	13,9
Kvinner	Depressive symptomer	4,6	14,3	5,6
	Ingen depressive symptomer	4,3	10,3	5

Tabell F35: Andel med middels alkoholforbruk blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper; etter gangefunksjon. Prosent.

		40-49	50-66	67-79
Menn	Ingen nedsatt gangefunksjon	11,6	16,4	15,5
	Nedsatt gangefunksjon	13,2	17,4	9,6
Kvinner	Ingen nedsatt gangefunksjon	6,7	13,4	5
	Nedsatt gangefunksjon	8,2	9	5,6

Tabell F36: Andel som trener ukentlig innendørs blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper, etter langvarige helsebegrensninger. Prosent.

		18-45	46-66	67-79
Menn	Ingen varige helsebegrensninger	34,8	21,8	19,7
	Varige helsebegrensninger	15,2	19,3	27,8
Kvinner	Ingen varige helsebegrensninger	42,5	34,9	32,7
	Varige helsebegrensninger	34,9	32,8	28,8

Tabell F37: Andel som ukentlig trener innendørs blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper, etter depressive symptomer. Prosent.

		18-45	46-66	67-79
Menn	Ingen depressive symptomer	33,7	21,7	21,1
	Depressive symptomer	33,7	19,2	20,7
Kvinner	Ingen depressive symptomer	43,3	36,4	32,5
	Depressive symptomer	35,9	26	30,3

Tabell F38: Andel som ukentlig trener innendørs blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper, etter nedsatt gangefunksjon. Prosent.

		40-49	50-66	67-79
Menn	Ingen nedsatt gangefunksjon	24,9	20,6	22,8
	Nedsatt gangefunksjon	20,9	17,1	18,6
Kvinner	Ingen nedsatt gangefunksjon	40,5	37,2	35,5
	Nedsatt gangefunksjon	30	28	29

Tabell F39: Andel som har vært hos legen i løpet av de siste 12 månedene blant personer med og uten langvarige helsebegrensninger, etter kjønn og alder. Prosent.

		18-29	30-49	50-66	67-79
Menn	Ingen langvarige helsebegrensninger	67,1	71,4	80,7	91,1
	Langvarige helsebegrensninger	90,6	95,2	93,8	97,2
Kvinner	Ingen langvarige helsebegrensninger	88,7	85,1	86,8	91,5
	Langvarige helsebegrensninger	95,2	96,1	97,2	98,6

Tabell F40: Andel som har vært hos legen i løpet av de siste 12 månedene blant personer med og uten depressive symptomer, etter kjønn og alder.

		18-29	30-49	50-66	67-79
Menn	Ingen depressive symptomer	67,9	71,6	81,8	92
	Depressive symptomer	70,3	83,8	91,4	92,5
Kvinner	Ingen depressive symptomer	87,4	85,5	88	91,9
	Depressive symptomer	94,2	91,3	94,9	95,3

Tabell F41: Andel som har vært hos legen i løpet av de siste 12 månedene blant personer med og uten nedsatt gangfunksjon, etter kjønn og alder.

		40-49	50-66	67-79
Menn	Nedsatt gangfunksjon	92,4	89,5	93,4
	Ingen nedsatt gangfunksjon	70,7	81,7	91,3
Kvinner	Nedsatt gangfunksjon	95,9	93,4	95,8
	Ingen nedsatt gangfunksjon	83,7	87,3	89,2

Tabell F42: Andel med fedme (KMI > 30) blant personer med og uten langvarige helsebegrensninger, etter kjønn og alder.

		18-45	46-66	67-79
Menn	Langvarige helsebegrensninger	26	23,4	10
	Ingen langvarige helsebegrensninger	12,1	13,5	10,6
Kvinner	Langvarige helsebegrensninger	16,2	19	14,9
	Ingen langvarige helsebegrensninger	11,1	11,8	10,4

Tabell F43: Andel med fedme (KMI > 30) blant personer med og uten depressive symptomer, etter kjønn og alder.

		18-45	46-66	67-79
Menn	Depressive symptomer	16,6	17,6	15,1
	Ingen depressive symptomer	12,4	14,7	9,8
Kvinner	Depressive symptomer	14	14,8	9
	Ingen depressive symptomer	10,8	13	12,2

Tabell F44: Andel med fedme (KMI > 30) blant personer med og uten nedsatt gangfunksjon, etter kjønn og alder.

		40-49	50-66	67-79
Menn	Nedsatt gangfunksjon	24,3	23,7	14,9
	Ingen nedsatt gangfunksjon	16,9	13,4	7,7
Kvinner	Nedsatt gangfunksjon	21,3	21,2	15,8
	Ingen nedsatt gangfunksjon	11,4	10,3	5,5

Tabell F45: Forskjeller i andelen som opplevde skilsmisse i barndommen etter fars utdanning.

	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Grunnutdanning	30,5	21,7	14,1	5,6	6,7	4,9
Videregående	24,1	18,3	10,7	7,9	6,9	3,3
Høgskole/universitet	16,7	16,9	13,5	8,5	7	9

Tabell F46: Forskjeller i andelen med problemer med å følge med på skolen etter fars utdanning.

	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Grunnutdanning	26,6	22,5	22,2	15,4	12	7,4
Videregående	24,4	16,5	15,1	12,5	8,3	6
Høgskole/universitet	17	11,5	6,8	10	2,3	5,6

Tabell F47: Forskjeller i andelen med nedsatt fysisk funksjonsevne etter fars utdanning.

		18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Menn	Grunnutdanning	1,1	5	17,3	20	30,6	32,5
	Videregående	2,7	5,4	8,9	12,8	22,3	33
	Høgskole/universitet	1,3	1,6	3,5	13,2	29,6	28,3
Kvinner	Grunnutdanning	3,4	10,8	24,8	34,4	41,6	49
	Videregående	5,2	9,6	22,3	28,1	32,5	51,2
	Høgskole/universitet	6,7	7,7	17,7	19,7	26,2	49

Tabell F48: Forskjeller i andelen med angstplager etter fars utdanning blant menn og kvinner.

		18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Menn	Grunnutdanning	14	10,5	8,7	7,1	7,2	10,5
	Videregående	12,7	7,3	7,9	6,5	2,9	4,3
	Høgskole/universitet	10,5	5,2	6,2	12	1,4	6,8
Kvinner	Grunnutdanning	17,4	6,9	10,8	9,8	10,9	11,6
	Videregående	17,3	9,5	10,8	9,8	9,6	8,7
	Høgskole/universitet	17,5	8,3	5,8	11,9	5,8	4,4

Tabell F49: Forskjeller i andel dagligrøykere etter fars utdanning. Etter kjønn og alder.

		18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Menn	Grunnutdanning	20	23,2	22,2	21,8	16,4	10,8
	Videregående	17,4	18,2	21,8	18,9	13,7	7,6
	Høgskole/universitet	10,7	17,2	12,5	9,5	15,9	2,4
Kvinner	Grunnutdanning	23	29,6	29,4	23,5	24,5	8,2
	Videregående	19,7	22,9	25,5	23	18,4	15
	Høgskole/universitet	14,8	11,5	22	21,5	18,2	8,3

Tabell F50: Forskjeller i andelen med fedme (KMI > 30) ut fra fars utdanning etter kjønn og alder.

		18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Menn	Grunnutdanning	17,2	11,7	17,6	15,1	17,6	7,8
	Videregående	10,2	14,9	13,1	12,5	16,3	12
	Høgskole/universitet	4,7	8,9	9,9	14,7	13,2	7
Kvinner	Grunnutdanning	12,4	22,7	19,9	13,9	13	10,7
	Videregående	8,1	12,3	11,5	13	11,6	11,7
	Høgskole/universitet	3,4	9,1	8	9,5	10,1	8,2

Tabell F51: Forskjeller mellom skilsmissebarn og andre i andelen med nedsatt fysisk funksjon i voksen alder.

		18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Menn	Foreldre skilt	2	5,5	15,4	18,5	28,6	28
	Foreldre ikke skilt	1,9	4,1	12	16,2	27,8	31,5
Kvinner	Foreldre skilt	6,6	10,8	27,5	42,7	41,1	50
	Foreldre ikke skilt	5,1	8,6	22,3	29,4	37,6	49,5

Tabell F52: Forskjeller mellom skilsmissebarn og andre i andelen med angstplager.

		18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Menn	Foreldre skilt	16	8,6	16,8	15,4	9,3	8,7
	Foreldre ikke skilt	11,2	8	7,2	6,6	5,3	8,9
Kvinner	Foreldre skilt	27	12,8	15,1	13,5	12,7	12,5
	Foreldre ikke skilt	14,8	8,7	9,4	9,8	10	10,1

Tabell F53: Forskjeller i andelen dagligrøykere mellom skilsmissebarn og andre.

		18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Menn	Foreldre skilt	23,6	25,2	29,8	31,7	15,1	4,3
	Foreldre ikke skilt	12,8	17,6	20,5	19,1	15,7	9,7
Kvinner	Foreldre skilt	26,1	28,4	32,6	23,9	13,7	12,5
	Foreldre ikke skilt	15,6	19,2	26,3	25,2	22	8,9

Tabell F54: Forskjeller i andelen med fedme (KMI > 30) mellom skilsmissebarn og andre.

		18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Menn	Foreldre skilt	4,7	14,1	16,8	16,7	12,7	8,3
	Foreldre ikke skilt	10,8	12,5	15,4	13,9	17,3	8,7
Kvinner	Foreldre skilt	7,5	16,7	14,3	20,5	20,4	4,3
	Foreldre ikke skilt	7	13,3	13,7	13,5	11,9	10,8

Tabell F55: Forskjeller i andelen med nedsatt fysisk funksjon blant de med skoleproblemer i forhold til andre.

		18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Menn	Problemer med å følge med på skolen	4,8	12	22,9	25,3	35,5	39,5
	Ikke problemer med å følge med på skolen	0,8	2,5	9,9	14,3	26,9	30,6
Kvinner	Problemer med å følge med på skolen	9,8	12,8	31,4	42,2	47,2	45,8
	Ikke problemer med å følge med på skolen	4,6	8,2	21,3	28,8	37	49,5

Tabell F56: Forskjeller i andelen med angstplager blant de med skoleproblemer i forhold til andre.

		18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Menn	Problemer med å følge med på skolen	19,5	13,6	18	17,4	10,8	26,8
	Ikke problemer med å følge med på skolen	9,5	6,6	6,2	4,8	4,9	7
Kvinner	Problemer med å følge med på skolen	35,8	21,5	21,5	20,7	11,1	20,8
	Ikke problemer med å følge med på skolen	13,7	7,7	7,9	8,8	10,2	9,8

Tabell F57: Forskjeller i andelen dagligrøykere blant de med skoleproblemer i forhold til andre.

		18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Menn	Problemer med å følge med på skolen	26,5	33	26,8	25	18,9	5,3
	Ikke problemer med å følge med på skolen	10,8	15,5	20,4	18,9	15,3	9,8
Kvinner	Problemer med å følge med på skolen	29,8	38,8	38	30,6	34,3	4,2
	Ikke problemer med å følge med på skolen	15,6	18,1	25,1	24,4	20,6	9,7

Tabell F58: Forskjeller i angstplager blant dem med og uten skoleproblemer etter alder og kjønn.

		18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Menn	Problemer med å følge med på skolen	14	14,6	23,2	15	16,9	9,1
	Ikke problemer med å følge med på skolen	7,6	12,4	13,7	13,7	17,1	8,8
Kvinner	Problemer med å følge med på skolen	7,2	22,3	20,7	17,5	16,7	8,3
	Ikke problemer med å følge med på skolen	7,1	12,7	12,3	13,4	11,9	10,7