

«For den som har, skal få....»

Sosiale helseforskjeller i eldre år

Aldring arter seg påfallende ulikt, også i Norge. Økningen i forventet levealder og antall friske leveår gjelder hovedsakelig for høyere sosiale sjikt. Over tid bidrar denne utviklingen til økte sosiale helseforskjeller og til nye sosiale helsemønstre senere i livet. Til tross for omfattende forskning på sosiale helseforskjeller generelt, har det vært lite fokus på slike forskjeller blant eldre, særlig i en norsk kontekst. Nettopp dette har vært fokus i prosjektet «Explaining health inequalities in an ageing population: social pathways and linked lives» ved NOVA, OsloMet.

Hovedfunn fra prosjektet

- Sosiale helseforskjeller er størst midt i livet – en livsfase hvor konsekvensene av akkumulerte fordeler og ulemper blir særlig tydelig.
- Pensjonering gir bedre fysisk helse og noe færre sykehusinnleggelse blant personer med lavere sosioøkonomisk status.
- Sosiale nettverk til personer med høyere sosioøkonomisk status beskytter bedre mot ensomhet, som igjen fører til bedre helse. Det er dels gjennom denne mekanismen at sosioøkonomisk posisjon påvirker helseutfall i eldre år.
- Velferdsordninger synes å beskytte mot, eller utsette, risikoen for ensomhet og depresjon i eldre år. Svakere velferdsstater har høyere forekomst av psykiske plager blant eldre, særlig i lavere sosiale sjikt.

Hensikten med prosjektet er å øke kunnskapen om de komplekse sammenhengene mellom sosioøkonomisk posisjon (SEP) og helse og velvære i eldre år. Hittil har norsk forskning på dette feltet nesten utelukkende fokusert på barn og unge og voksne i yrkesaktiv alder. En mulig forklaring for manglende forskning på sosiale helseforskjeller senere i livet kan være mangel på gode surveydata av tilstrekkelig stort omfang som inkluderer personer over 67 år. Datagrunnlaget for dette prosjektet er Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon – NorLAG – (alder 40–84 år), og den internasjonale Generations and Gender Survey (GGS).

Prosjektet har vært finansiert av Norges forskningsråd (prosjektnummer 228664).



SOSIALE HELSEFORSKJELLER I ELDRE ÅR

Sosiale helseforskjeller innebærer at helsen jevnt over er dårligere og levealderen kortere blant mennesker med lavere utdanning, inntekt og yrkesstatus. Forskjellene er med andre ord ikke tilfeldige og følger en gradient: helsen er bedre jo høyere man er i det sosioøkonomiske hierarkiet. Sosiale helseforskjeller finnes i alle aldre, men er størst midt i livet (alder 45–65 år) – en livsfase hvor konsekvensene av akkumulerte fordeler og ulemper blir særlig tydelige. Dette kan tyde på en mulig utjevning av sosiale helseforskjeller i eldre år. Andre internasjonale studier har imidlertid vist at disse forskjellene vedvarer eller fortsetter å øke også blant unge eldre og konkluderer med at aldersmønstre i sosiale helseforskjeller er et resultat av at personer med færre sosioøkonomiske ressurser eldes tidligere enn de mer ressurssterke.

Analysene fra NorLAG viser at sosiale helseforskjeller – også i Norge – er størst midt i livet og blir noe mindre i de eldre aldersgruppene. Bruk av metoder som korrigerer for frafallsskjevhet (av andre grunner enn død) endrer ikke funnene. Videre analyser viser at den observerte utjevningen i eldre år i stor grad skyldes høyere dødelighet blant personer med lavere sosioøkonomisk status. Det er med andre ord ikke tilfeldig hvem som lever lenge nok til å bli gamle.

” **Det er ikke tilfeldig hvem som lever lenge nok til å bli gamle**

Et særskilt fokus på betydningen av hendelser og forhold senere i livet kan gi økt kunnskap om veier til stratifisering og ulikhet i Norge. Resultatene fra dette prosjektet belyser nettopp slike veier, nærmere bestemt betydningen av arbeid og pensjonering, sosiale relasjoner og velferdsstatskontekst.

PENSJONERING REDUSERER ULIKHETENE

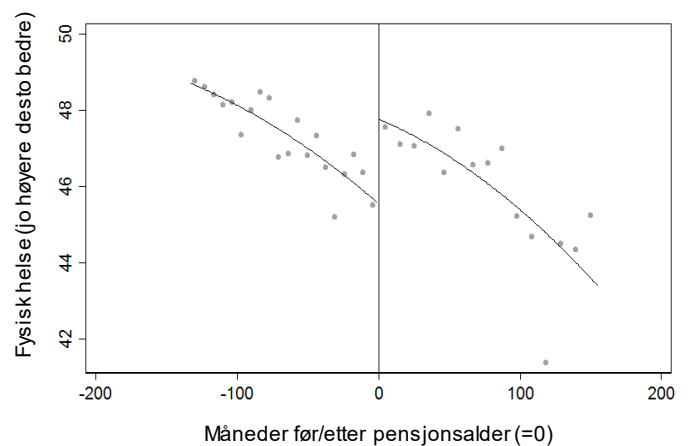
Pensjonering er en av de viktige hendelsene senere i livet som kan forme sosiale helseforskjeller. Lengre arbeidsliv er et politisk tiltak som har blitt vektlagt de senere år for å imøtekomme den sterke reduksjonen i aldersbæreevnen i Norge. I tråd med denne politikken har det vært en økning i yrkesaktivitet for norske kvinner og menn. Personer med høyere utdanning står lenger i arbeid enn personer med lavere utdanning. Et viktig spørsmål er knyttet til helsekonsekvensene av eventuelt utsatt pensjonering. Analyser av NorLAG og registerdata viser at pensjonering gir bedre fysisk helse og noe færre sykehusinnleggelses, særlig blant menn og kvinner med lav sosioøkonomisk status. Helsegevinstene av pensjonering finnes i enda større grad for personer fra manuelle yrker enn for personer med lav utdanning. Pensjonsreformer som sikter på utsatt avgang fra yrkeslivet, kan ha sosialt vridende konsekvenser ettersom helseeffekter av pensjonering varierer etter sosioøkonomisk status.

RESSURSSTERKE GRUPPER DRAR MER NYTTE AV SINE SOSIALE NETTVERK

Helsegevinstene av sosiale nettverk er velkjent. Derimot har betydningen av nettverkets ulike egenskaper for sosiale helseforskjeller i eldre år vært lite utforsket. Analysene fra en multiple medieringsmodell viser et tydelig mønster i menns og kvinners sosiale nettverk etter sosioøkonomisk posisjon. Sosiale nettverk til personer med høyere sosioøkonomisk status beskytter bedre mot ensomhet, noe som igjen fører til bedre helse. I eldre år er det nettverkets funksjon (kvalitet) framfor dets struktur som er viktig for helse. Eldre personer fra høyere sosiale sjikt synes altså å være bedre i stand til å dra nytte av nettverket i en alder hvor kjente og kjære faller fra. Det er dels gjennom denne mekanismen at sosioøkonomisk posisjon påvirker helseutfall i eldre år.

Figur 1. Positivt «helsehopp» ved pensjonsalder.

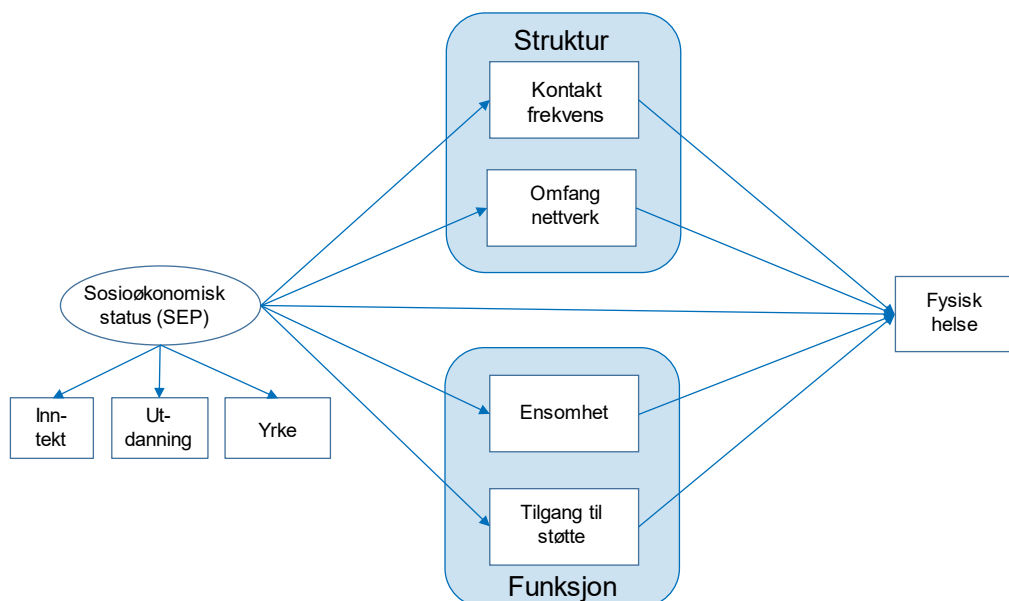
Kilde: NorLAG



” Sosiale nettverk til personer med høyere sosioøkonomisk status beskytter bedre mot ensomhet, noe som igjen fører til bedre helse



Fotograf: Karen Beate Nøsterud - norden.org



Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (NorLAG) norlag.nova.no

- En longitudinell studie om aldring og livsløp med opplysninger om helse, arbeid, livskvalitet, omsorg og familierelasjoner i andre halvdel av livet (fødselskohort 1922–1966)
- NorLAG1 2002–03: 5 555 personer (svar 67 %)
- NorLAG2 2007–08: 15 156 personer* (svar 60 %)
- NorLAG3 2017: 6 099 personer (svar 65 %)
- Datakilder: Surveydata (2002, 2007, 2017) koblet til årlige registeropplysninger (2002–2017) om inntekt og formue, utdanning, pensjonering etc.
- Komparative data gjennom NorLAG2s deltagelse i den internasjonale Generations and Gender Survey (GGS).

*Utvalg 18+ år som også inkluderer 1922–1966-kohorten

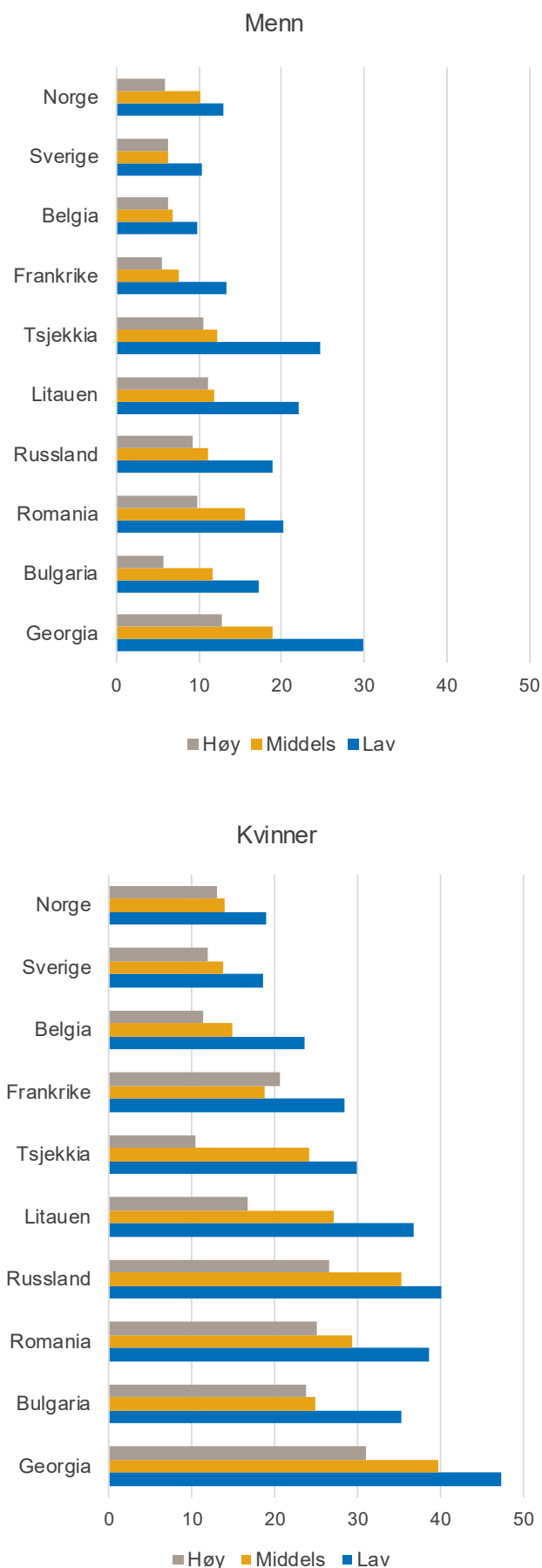
VELFERDSSTATENS ROLLE

Lav sosioøkonomisk status henger sammen med høyere forekomst av depressive symptomer i alle land, og forekomsten er om lag dobbelt så høy blant kvinner som blant menn. Analyser av GGS data viser imidlertid at sosiale forskjellene (målt ved utdanningsnivå) er betydelig lavere i nordvestlige land sammenlignet med land fra Sentral- og Øst-Europa. Den største kontrasten er mellom høyt utdannede menn i Skandinavia (4–5 % med depressive symptomer) og lavt utdannede kvinner i Øst-Europa (45 % med depressive symptomer). Dette tyder på en «trippel risiko» knyttet til det å være kvinne, lavt utdannet og bosatt i Øst-Europa. Den sosiale gradienten i depressive symptomer er altså klart større i land med svakere økonomisk utvikling og velferdsprogrammer. En viktig årsak til de markante sosiale forskjellene i øst er at mange eldre, og særlig de med lavere utdanning, oppgir alvorlige problemer med helsen og økonomien. At nordiske land viser relativt små sosiale forskjeller i depressive symptomer, tyder på at velferdsordninger har stor betydning for mønstre i sosiale helseforskjeller. Generøse velferdsordninger synes i noen grad å beskytte mot, eller utsette, risikoen for depresjon i eldre år.

” **Svakere velferdsstater har høyere forekomst av psykiske plager, særlig i lavere sosiale sjikt**

Analysene av sosiale forskjeller i ensomhet mellom ulike land gir lignende resultater. Grad av helserisiko og sosial ulikhet i psykisk helse på individnivå varierer systematisk med velferdsindikatorer på landnivå. Svakere velferdsstater har høyere forekomst av psykiske plager, særlig i lavere sosiale sjikt.

Figur 2. Andel deprimerte (%) etter utdanning og land. Menn og kvinner 60–80 år. Land rangert etter BNP. Kilde: GGS





Illustrasjon: colourbox.com

ANBEFALINGER

Studier av eldre år kan gi viktige bidrag til økt forståelse av stratifisering og ulikhet i Norge. Med økende alder blir det jevnt over vanligere med redusert mobilitet, helseplager, tap av venner og kjære. Men ressursene til de som lever lenge nok til å bli gamle, er ulikt fordelt, noe som skaper ulike forutsetninger for en aktiv og trygg alderdom. Prosjektgruppen har følgende anbefalinger:

- Midtlivet er en viktig livsfase for tiltak rettet mot å redusere sosiale helseforskjeller i eldre år. En bør gjennomføre flere analyser av hvordan sosiale helseforskjeller midt i livet påvirker veier til sosiale helseforskjeller senere i livet, samt sosiale forskjeller i levealder.
- En bør følge nøye med på hvordan og i hvilken grad det nye pensjonssystemet og utsatt avgang fra yrkeslivet påvirker utvikling av sosiale helseforskjeller i eldre år.
- Tiltak rettet mot å forebygge eller redusere ensomhet og sosial ekskludering i eldre år bør ta eksplisitt høyde for sosial ulikhet i både nettverk og helse. For eksempel bør forebyggende tiltak, særlig de som er

knyttet til sentrale overganger senere i livet, bygge på kunnskap om årsaker og mønstre i ensomhet og ekskludering for ulike sosiale grupper, inklusiv sosioøkonomisk status.

- Forskningen framover bør være oppmerksom på store tverrnasjonale forskjeller i forekomst og risikofaktorer for sosiale forskjeller i psykiske plager blant eldre. I utvikling av politiske tiltak eller intervensjoner for å forebygge sosiale helseforskjeller er det viktig å ikke utelukkende fokusere på individuelle egenskaper (f.eks. atferd, personlighet), men se nærmere på hvordan individuelle, familiære og politiske vilkår senere i livet samvirker for å forme sosiale helseforskjeller i eldre år.

Prosjektets resultater er presentert på nasjonale og internasjonale seminarer og kongresser og gjennom internasjonale vitenskapelige tidsskrifter. Flere publikasjoner er underveis. En doktorgrads-avhandling basert på resultatene leveres i løpet av 2018.

” **Studier av eldre år kan gi viktige bidrag til økt forståelse av stratifisering og ulikhet i Norge**

Utvalgte publikasjoner fra prosjektet:

Hansen, T., Slagsvold, B. (2015). Late-Life Loneliness in 11 European Countries: Results from the Generations and Gender Survey. *Social Indicators Research*.

Aartsen, M., Veenstra, M., Hansen, T. (2017). Social pathways to health: On the mediating role of the social network in the relation between socio-economic position and health. *SSM - Population Health*.

Hansen, T., Veenstra, M., Slagsvold, B. (2017). Educational inequalities in late-life depression across Europe. Results from the Generations and Gender Survey. *European Journal of Ageing*.

Grøtting, M.W., Lillebø, O. S. (2017). Health effects of retirement. Evidence from survey and register data. 38 s. Working paper, Institutt for økonomi, Universitetet i Bergen.

Grøtting, M. W. (under arbeid): Socio-economic position, Health and Selection.