

Sosiale ulikheter i sykdom og sykdomsatferd i Norge

Espen Dahl

Också i Norge är ohälsan socialt ojämlikt fördelad. Det framgår av en norsk motsvarighet till den svenska Undersökningen av levnadsförhållandena (ULF). Skillnaderna tycks öka med ålder. Det visar sig också att sjukdomarnas konsekvenser är mer snedfördelade än sjukdomarna själva. Lägre sociala skikt drabbas i större utsträckning av nedsatt funktion och sjukfrånvaro.

Fynden diskuteras i artikeln mot bakgrund av teorier om betydelsen av krav och frihet i arbetslivet.

Espen Dahl är sociolog och verksam vid Statens Institutt for Folkehelse i Oslo.

BAKGRUNN OG TEMA

Siden WHO vedtok Alma Ata deklarasjonen om "Helse for alle innen år 2000", har det vært publisert flere fellesnordiske arbeider om sosial ulikhet i helse (Lagergren 1983, Køhler og Martin 1985). Bidragene i disse publikasjonene har i liten grad lagt vekt på å diskutere hvordan og hvorfor sosiale ulikheter målt med forskjellige helseindikatorer varierer. For eksempel har det ikke vært skilt begrepsmessig mellom sykkelighet og sykdomsatferd. Temaet for denne artikkelen er å dokumentere og drøfte hvordan disse to helseaspektene varierer etter sosial status, og det innbyrdes forholdet mellom dem.

ET TEORETISK UTGANGSPUNKT

En nestor i norsk helsetjenesteforskning har sagt: "Helse er et overskudd i forhold til hverdagens krav" (Hjort 1982). Min tolkning av dette utsagnet er følgende: Kjernen i dette helsebegrepet er handlingsdyktigheten – eller evnen til å mestre sosiale krav. Handlingsdyktigheten avhenger av individuelt overskudd på den ene side, og av sosiale krav på

den andre. Det individuelle overskuddet påvirkes av mange forhold, blant annet sykdom. Sviktende handlingsevne kan dermed ha sin rot i såvel sykdom som hverdagens krav, eller selvsagt: en kombinasjon av begge elementene. Vi deler "hverdagens krav" i to handlingsarenaer, privatliv og arbeidsliv. Vi antar at de sosiale kravene i privatlivet i det store og det hele er mindre enn i arbeidslivet. Redusert handlingsdyktighet som skyldes sykdom defineres som sykdomsatferd. Atferdsbegrensninger brukes synonymt med sykdomsatferd når dette passer i den språklige sammenhengen.

I dette perspektivet skal vi ta opp to hovedspørsmål:

1. Hvordan varierer sykkelighet og sykdomsatferd etter sosial status, og hvor store er forskjellene?
2. Hvordan kan sosiale ulikheter i sykdomsatferd forklares? Skyldes de ulikhet i sykkelighet eller ulikhet i sosiale krav?

MATERIALE OG OPERASJONALISERINGER

Datagrunnlag

Statistisk Sentralbyrå gjennomførte for to år siden Helseundersøkelsen 1985 (NOS B 692 1987). Dette er en intervjuundersøkelse i et representativt utsnitt av hele den norske befolkningen utenfor institusjon. Nettoutvalget omfatter 4300 husholdninger med knapt 10600 personer. Frafallet er drøyt 20%. Fordi vi ennå ikke har fått tilgang til datafilen, er analysen begrenset til de tall som er lagt fram i den offisielle publikasjonen (NOS B 692 1987).

.....
Kärnan i detta hälsobegrepp är handlingsdyktigheten – eller förmågan att bemästra sociala krav
.....

Sosioøkonomisk gruppe

Vi konsenterer oss om ansatte i alderen 25–66 år, og følger Statistisk Sentralbyrås offisielle standard for inndeling i sosioøkonomiske grupper (Album 1984). Et hovedskille i standarden går mellom arbeidere og funksjonærer. Disse to yrkeskategoriene er videre klassifisert etter utdanningsnivå.

Sykelighet

Sykdomsindikatorene er basert på selvrapporterte prevalenstall. Prevalensen er uttrykt ved andel med sykdom, og antall syketilfelle pr 1000 på intervju-tidspunktet.

Sykdomsatferd

Som indikator på handlingsdyktighet i privatlivet skal vi benytte nedsatt fysisk aktivitet i alminnelighet. Vi skiller mellom andel personer og andel dager med nedsatt fysisk aktivitet på grunn av sykdom.

Handlingsdyktigheten i forhold til arbeidslivet fanges opp av to mål på arbeidsfravær grunnet sykdom: Andel personer med sykefravær og andel dager med sykefravær av mulige arbeidsdager. Kun de som har svart "ja" på spørsmålet om nedsatt fysisk aktivitet er stilt spørsmålet om arbeidsfravær. Begge atferdsindikatorer dekker en periode på fjorten dager.

RESULTATER

Sykelighet

Tabell 1 viser følgende hovedtrekk:

Det er små og usystematiske variasjoner i sykdomsprevalens mellom de sosioøkonomiske gruppene i alderen 25–44 år. I alderen 45–66 år følger sykkeligheten nesten systematisk sosial status, men forskjellene er ikke dramatiske. Forskjellen mellom sosialgruppene er størst for antall syketilfelle. For alle sosialgruppene øker sykkeligheten med alderen,

.....
I åldern 45–66 år följer sjukligheten nästan systematiskt social status, men olikheterna är inte dramatiska
.....

Tabell 1. Sykelighetsindikatorer etter sosioøkonomisk gruppe og alder. Helseundersøkelsen 1985

		Andel med sykdom %	Antall syketil- felle pr 1000
1. Ufaglærte arbeidere	25–44	42	649
	45–66	61	1123
2. Faglærte arbeidere	25–44	45	637
	45–66	56	938
3. Funksj lavere nivå	25–44	43	683
	45–66	57	971
4. Funksj mellomnivå	25–44	50	774
	45–66	55	917
5. Funksj høyere nivå	25–44	42	643
	45–66	52	870

og mest for ufaglærte arbeidere. Særlig stor er økningen i antall syketilfelle med alderen blant ufaglærte arbeidere.

Sykdomsatferd

Hovedinntrykket av tabell 2 er følgende:

For begge mål på nedsatt fysisk aktivitet går det i alderen 25–44 år ubetydelige skillelinjer mellom sosialgruppene. For dager med redusert aktivitet blant de eldre er det sosiale mønsteret ikke helt systematisk, men likevel tydelig. I denne alderen er andelen dager med redusert aktivitet for ufaglærte arbeidere ikke langt unna dobbelt så stor som for funksjonærer på høyere nivå. Begge mål på redusert aktivitet øker lite med alderen innen de enkelte sosialgruppene.

Heller ikke for de to målene på arbeidsfravær er de sosiale forskjellene betydelige for de yngre. Derimot er forskjellene blant de eldste i de ulike sosialgruppene klare, men ikke helt systematiske. Ufaglærte arbeidere og funksjonærer på lavere nivå har over dobbelt så stor andel personer med fravær som funksjonærer på høyere nivå. Andelen fraværsdager i disse to sosioøkonomiske gruppene er drøyt tre ganger større enn blant funksjonærer på høyere nivå. Innen de sosioøkonomiske gruppene er det ingen nevneverdige variasjoner etter alder med hensyn på arbeidsfravær.

Tabell 2. Indikatorer på sykdomsatferd etter alder og sosioøkonomisk gruppe. Procent. Helseundersøkelsen 1985

		Nedsatt fysisk aktivitet		Sykefravær	
		Andel personer	Andel dager	Andel presoner	Andel dager
1. Ufaglærte arbeidere	25-44	14	8	10	7
	45-66	18	13	12	10
2. Faglærte arbeidere	25-44	13	7	9	6
	45-66	15	10	11	8
3. Funksj lavere nivå	25-44	16	8	10	6
	45-66	16	12	12	10
4. Funksj mellomnivå	25-44	14	6	8	4
	45-66	12	7	8	5
5. Funksj høyere nivå	25-44	12	5	8	3
	45-66	13	7	5	3

Oppsummering

Det er blant 45-66 åringene de sosiale ulikhetene i helse først og fremst gjør seg gjeldende. Sykdomsprevalensen varierer med sosioøkonomisk status, og de sosiale forskjellene er størst for antall syketilfelle pr 1000. Likevel øker sykdomsprevalensen mer med økende alder, enn med fallende sosial status.

I motsetning til sykkeligheten varierer sykdomsatferden mer med sosioøkonomisk status enn med alder. Andel dager med nedsatt aktivitet og andel dager med arbeidsfravær viser større sosial variasjon enn andel personer med nedsatt aktivitet og med arbeidsfravær.

Kort sagt: Blant ansatte noe opp i åra finner vi sosiale ulikheter i sykkelighet, men langt større i sykdomsatferd. De største forskjellene består i hvor lenge ulike sosioøkonomiske grupper rammes av funksjonsbegrensninger, spesielt arbeidsfravær, og i noe mindre grad i hvor mange som rammes, relativt sett.

I hvilken utstrekning de betydelige variasjonene i sykdomsatferd skyldes sykdom eller sosiale krav, drøftes i de to neste avsnittene.

METODEDISKUSJON

Utvalg, utvalgsskjevhet og rapporterings-tilbøyelighet

To forhold taler for at sykkeligheten undervurderes i Helseundersøkelsen 1985. Befolkningen i institu-

sjon er ikke oppsøkt, og noe av frafallet skyldes sykdom. Dermed underestimeres trolig også sykkeligheten i lave sosiale lag noe. Dette skulle imidlertid ikke rokke ved forholdet mellom sykkelighet og sykdomsatferd.

Et tredje forhold som nok har større betydning for relasjonen mellom sykkelighet og sykdomsatferd er en eventuell tendens til å over-eller underrapportere sykdom i lav og høystatusgrupper. Egenrapportering av sykdom er påvirket av sosiale og kulturelle forhold. Følelsen av å være syk, hvor alminnelig det er, sosial aksept, tidligere sykkelighetserfaring, symptomer, smerteterskel ol vil influere på tilbøyeligheten til å rapportere sykkelighet. Men vil slike subjektive forhold variere systematisk mellom sosioøkonomiske grupper? Vi kan ikke utelukke at lavere sosiale lag underrapporterer sykkelighet, eventuelt også at høyere sosiale lag overrapporterer.

Vi kan regne med at legediagnostiserte lidelser vil bli rapportert i større grad enn lidelser som ikke er bragt fram for lege. Imidlertid tyder norske studier på at det i første rekke er egenrapportert sykkelighet og ikke sosial status som avgjør om lege oppsøkes (Elstad 1987, Andersen og Laake 1985, Grimsø 1984). Lik legesøkingsatferd skulle derfor ikke føre til sosiale variasjoner i rapporteringstilbøyelighet. Men dette kan være en forhastet slutning. Såvel legesøkingsatferd som sykkelighet er egenrapportert. Dersom det er en tendens til at lavere sosiale lag "undertrykker" helseplager vil dette i intervjuun-

dersøkelser manifestere seg både i legesøkingsatferden og i tilbøyeligheten til å rapportere sykdom. Begge fenomener undervurderes i forhold til den sykелighet som "faktisk" eksisterer i lavstatusgrupper.

Sykefravær og nedsatt fysisk aktivitet er neppe i samme grad som sykdom gjenstand for samme feilkilder i svarangivelsene. Begge former for sykdomsatferd er mer håndfaste "objektive" hendelser enn sykdom.

Begrepsvaliditet

Hvor valide er indikatorene på sykелighet og sykdomsatferd? For å begynne med sykелigheten: Våre sykелighetsindikatorer er uspesifikke og grove. Vi har ikke spesifisert enkeltdiagnoser eller diagnosegrupper. Kan de sosiale variasjonene i sykdomsatferd utelukkende skyldes at lavstatusgruppene har andre og alvorligere sykdommer enn høystatusgruppene? Vi har gått gjennom diagnosegruppens fordeling på sosialgruppene i publikasjonen fra Helseundersøkelsen 1985. Andelen ufaglærte arbeidere ligger høyere enn andelen funksjonærer på høyere nivå for de fleste sykdommer. Unntaket er sykdommer i ånderettsorganene.

Hovedtrekket er altså at oversykелigheten blant ufaglærte arbeidere er generell. Diagnosefordelingen mellom sosialgruppene kan således neppe forklare de større atferdsbegrensningene i lavere lag.

Likevel kan vi ikke se bort fra at sykdommer gjennomgåend er alvorligere i lavere sosiale lag enn i høystatusgrupper. Elstad (1985, 1987) argumenter langs to linjer for at lavere sosiale lag har alvorligere sykdom enn bedrestilte. For det første fant han, etter å ha vurdert hver diagnose etter antatt alvorlighet, at arbeiderklassen hadde sykdommer med høyere gjennomsnittlig alvorlighet enn høystatusgrupper (Elstad 1985). For det andre har han påvist at personer med lav yrkesprestisje sjeldnere blir bra etter å ha vært hos lege enn personer med høy yrkesprestisje under kontroll for diagnose (Elstad 1987). Hans tolkning er at innafør samme diagnosegruppe tenderer lavstatusgrupper mot å ha typer av lidelser som er vanskeligst å helbrede. Elstads betraktninger kan selvsagt diskuteres, men understøttes av andre fakta. Det forhold at dødelighets-

.....
Sjukdomarna är genomgående allvarligare i lägre sociala skikt än i högstatusgrupper
.....

forskjellene mellom sosioøkonomiske grupper synes å være betraktelig større enn sykелighetsforskjellene kan også tolkes som et uttrykk for at lavere sosiale lag rammes alvorligere av helsesvikt enn bedrestilte.

Vi har ikke skilt mellom sykdomsatferd som skyldes henholdsvis prevalens og insidens. Helseundersøkelsen 1985 viser imidlertid at 14-dagers sykdomsinsidens ikke varierer nevneverdig etter sosioøkonomisk status. Sosiale forskjeller i insidens kan derfor neppe forklare forskjellene i sykdomsatferd.

Til tross for betydelige svakheter ved sykелighetsindikatorene, er det likevel lite trolig at all variasjon i sykdomsatferd skyldes alvorligere sykdom i lavere sosiale lag. Til det er forskjellene i sykdomsatferd, og spesielt arbeidsfravær, for store.

Når det gjelder valg av atferdsindikatorer, kan det stilles spørsmål ved om kravene privatlivet alltid er svakere enn i arbeidslivet, for eksempel for dobbeltarbeidende kvinner. Særlig for funksjonærer på lavere nivå er denne invendingen aktuell. Av disse er nesten 90% kvinner. Men vi må huske på at det er i aldergruppa 45–66 år de store forskjellene opptrer. I denne alderen har det store flertallet lagt fasen som småbarnsmødre bak seg.

Vi må kunne konkludere denne diskusjonen med at sykелighetens konsekvenser i form av begrensninger på individuelt overskudd og handlingsdyktighet ikke fanges tilfredsstillende opp i sykелighetsindikatorene. Mye tyder på at lavere sosiale lag i større grad enn bedrestilte har alvorlige sykdommer. Et stykke på vei kan dette forklare at funksjonsbegrensninger er langt vanligere i lavstatus enn i høystatusgruppene. Men likevel: fordi den sosiale variasjonen er større for sykefravær enn for nedsatt fysisk aktivitet, er dette neppe hele forklaringen. Høyst sannsynlig spiller også forskjeller i sosiale krav i sosialgruppens arbeidsituasjon inn. Det spørsmålet vi da skal granske nærmere er hvordan de sosiale krav i sosialgruppens arbeid varierer.

Tabell 3. Indikatorer på frihet i arbeidet og fysiske arbeidsmiljøpåkjenninger etter sosioøkonomisk gruppe. Procent. Levekårsundersøkelsen 1983

	Arbeidere		Funksjonærer		
	Ufaglærte	Faglærte	Lavere nivå	Mellom-nivå	Høyere nivå
FRIHET I ARBEIDET					
Andel som:					
– Ikke kan gå fra arbeidet en kort stund	15	8	23	22	8
– Ikke bestemmer over eget arbeidstempo	23	13	23	19	9
– Ikke bestemmer over egne arbeidsoppgaver	40	27	30	17	7
PÅKJENNINGER					
Andel med:					
– Klimatiske arbeidsmiljøproblemer	58	52	24	21	13
– Forurensninger i arbeidsmiljøet	41	51	10	10	9
– Ergonomiske arbeidsmiljøproblemer	87	72	67	50	25
– Risikofyllt arbeidsmiljø	47	58	10	15	11
– Støy	52	48	15	17	15

ET FORKLARINGSFORSØK

Vi skal trekke veksler på noen sentrale synspunkter i fraværstudien, og skille mellom krav og frihet i arbeidssituasjonen (Karasek 1979). Flere har påvist at konstellasjonen store krav og liten frihet fører til sykefravær (Karasek 1979, Frankhauser og Johanson 1982, Brandt 1985). Spørsmålet er altså hvordan sosialgruppene plasserer seg i forhold til krav og frihet i arbeidet. Tabell 3 er basert på opplysninger i Levekårsundersøkelsen 1983 (NOS B 511 1985).

Ufaglærte arbeidere har høyest andeler med såvel liten frihet som store krav. Som forventet er arbeidsfraværet størst blant disse. Motpolen er funksjonærer på høyere nivå. De opplever forholdsvis oftest stor frihet og sjelden fysiske påkjenninger. I denne sosioøkonomiske gruppa er arbeidsfraværet lavest. Det er grunn til understreke at dette gjelder på gruppenivå, og ikke nødvendigvis på individnivå. At det samme også gjelder for individer innen gruppene støttes av annen relevant forskning (Brandt 1982). Grimsmo (1984) oppsummerer sine funn slik: "Dårlige arbeidsforhold øker fraværet fra arbeid på to måter. For det første øker antallet

syketilfeller og antallet sykedager. For det andre blir en større andel av sykedagene til fraværsdager".

Disse resultatene reiser et viktig spørsmål: Når ufaglærte arbeidere befinner seg i en slik klem arbeidssituasjon, hvorfor slår dette i langt sterkere grad ut i fravær enn i sykkelighet? En tolkning er at det skal mindre sykkelighet til blant ufaglærte arbeidere før de må være borte fra jobben. Jobbkravene sørger for det. En annen tolkning er at arbeidsfravær bevisst brukes som mestringsstrategi med sikte på å holde alvorlig sykdom på avstand (Brandt 1982). Denne tolkningen innebærer paradoksalt nok at høyt arbeidsfravær i en viss forstand er et sunnhets-tekn. Det bidrar til å bevare helsen og forhindre utvikling av langvarig eller alvorlig sykdom på lengre sikt. Likevel kan ikke slike kortsiktige strategier

En annan tolkning är att arbetsfrånvaro medvetet används som bemästringsstrategi med sikte på att hålla allvarlig sjukdom på avstånd

anvendes ubegrenset. Blant annet normative skran-ker i "arbeiderkollektivet" legger begrensninger på bruken av korttidsfravær som helsebevarende strategi (Brandt 1982).

En tredje tolkning, som supplerer den sistnevnte, er at ufaglærte arbeidere består av en utvalgt gruppe helsemessig sett. Personer med sterk fysisk og psykisk konstitusjon fyller til enhver tid posisjonene som ufaglærte arbeidere. De som er påført helseskader har gått over i lettere yrker, eller forlatt de yrkesaktives rekke. Studier av uførepensjonistenes sosiale bakgrunn understøtter denne tolkningen (Kolberg mfl 1977). Dette innebærer at de helseskadelige følgene av arbeid preget av store krav og liten frihet undervurderes i tradisjonelle tverrsnittsstudier som Helseundersøkelsen 1985.

Uten overbevisende empirisk støtte er min hypotese at de sosiale fordelingsmønstrene i sykелighet og sykdomsatferd dels skyldes undervurdering av sykелigheten blant ufaglærte arbeidere, dels at arbeidsfravær benyttes som mestringsstrategi, og dels at yrkesaktive ufaglærte arbeidere tross alt representerer et positivt utvalg helsemessig sett. Jeg vil understreke at denne slutningen ikke hviler på noe solid empirisk fundament. Her er mange ukjente faktorer som ligger og venter på nærmere utforskning.

KONKLUSJON

Vi har diskutert de sosiale ulikhetene i sykdom og sykdomsatferd, og det innbyrdes forholdet mellom disse helseindikatorne. Utgangspunktet er en helseoppfatning som går ut på at handlingsdyktigheten påvirkes fra to sider, dels fra individuelt overskudd og dels fra hverdagens krav.

Vi fant at de sosiale ulikhetene i sykелighet er mindre enn de sosiale ulikhetene i sykdomsatferd. Et stykke på vei skyldes dette trolig at sykелighetsindikatorne ikke fanger godt nok opp alvorlighetsgraden av sykdom. Mye taler for at ufaglærte arbeidere har alvorligere sykdommer enn funksjonærer på høyere nivå, selv om det ikke vises i Helseundersøkelsen 1985.

Likevel er det grunn til å tro at sykdomsatferden også påvirkes av de krav de ulike sosialgruppene opplever på jobben.

Liten frihet i arbeidet kombinert med store påkjenninger blant ufaglærte arbeidere synes å føre til høyt sykefravær. Paradoksalt nok kan høyt sykefravær tolkes som et sunnhetstegn i den forstand at det brukes som kortsiktig strategi for å unngå alvorligere sykdommer på lengre sikt. Dette, kombinert med at ufaglærte arbeidere tross alt er et positivt utvalg helsemessig sett, kan være viktige elementer i forklaringen av forholdet mellom sykелighet og sykdomsatferd mellom sosioøkonomiske grupper.

REFERENSER

- Album, D1984: Standard for inndeling etter sosioøkonomisk status. Statistisk Sentralbyrå nr 5.*
- Andersen, A S og Laake P 1985: Hvem går til lege? Artikler 150. Statistisk Sentralbyrå.*
- Brandt, B 1982: Fravær fra arbeidernes synsvinkel. IFIM-rapport.*
- Brandt, B 1985: Fravær som investering og nødvendighet. Artikkel i tidsskriftet "Sosial Trygd" nr 4.*
- Elstad, J I 1985: Helseulikheter mellom sosiale klasser. Tidsskrift for samfunnsforskning nr 1-2.*
- Elstad, J I 1987: Diagnose av allmennlegetjenesten. INAS-rapport nr 5.*
- Frankhauser, M og Johanson, G 1982: Stress at Work: Psychological and Psychosocial Aspects. Stensil. Karolinska Institutet, Stockholm.*
- Grimsmo, A 1984: Fra å bli syk- til å bli pasient. GHF-rapport nr 1.*
- Hjort, P F 1982: Helsebegrepet, helseidealet og helsepolitiske mål. I: Lorentzen P E (edit.) "Helsepolitikk og helseadministrasjon". Oslo: Tanum, Norli.*
- Karasek, R 1979: Job Demands, Job Decision Latitude and Mental Strain: Implications for Job Redesign. Administrative Science Quarterly, 24.*
- Kolberg, J E mfl 1977: Uførepensjon og samfunnsstruktur. NOU:2.*
- Køhler, L og Martin, J (edit) 1985: Inequalities in Health and Health Care. NHV-report 5.*
- Lagergren, M (edit) 1983: Hälsa för alla i Norden år 2000. Rapport NHV: 3.*
- NOS B 692 1987: Helseundersøkelse 1985. Statistisk Sentralbyrå.*
- NOS B 511 1985: Levekårsundersøkelsen 1983. Statistisk Sentralbyrå.*