

Hva betyr utdanning for vår helseatferd?

Nordmenn med høyere utdanning røyker mindre, trener mer og har større alkoholforbruk sammenlignet med lavt utdannede. Hvorfor er det slik, og finner vi de samme utdanningsforskjellene i helseatferd gjennom livsløpet? Endringene kan variere med alder og livsfase. LOGG-data peker blant annet på at røykeforebyggende tiltak særlig bør rettes mot og tilpasses unge middelaldrende med lav utdanning.

Helseatferd, eller levevaner som påvirker helsen, varierer med utdanning. Røyking og fysisk inaktivitet er mer utbredt i grupper med lavere utdanning, mens alkoholforbruket er noe høyere blant dem som har høy utdanning (Folkehelseinstituttet 2007). Men 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 ser nærmere på i denne artikkelen.

Helseatferd henger sammen med helse, som igjen viser en sterk sammenheng med utdanning. Høyt utdannede har gjennomgående bedre helse enn lavt utdannede (Sosial og helsedirektoratet 2005, Folkehelseinstituttet 2007, Elstad 2008). 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 dermed forebygges med endringer i kosthold, fysisk aktivitet og røyking (WHO 2002).

Vi vet imidlertid lite om hvorvidt den påvirkningen som utdanning har på helseatferden, øker eller minker med alderen. Fordi helseatferd preger helse, og fordi sykdomsforebyggende og helsefremmede tiltak søker å påvirke helseatferd, er kunnskap om utdanningsforskjeller gjennom livsløpet viktig.

Hvorfor påvirker utdanning helseatferden?

Hvorfor utdanning påvirker helseatferd, er ikke fullt ut forstått, men har trolig flere årsaker. Det mest nærliggende er at utdanning gir ressurser som for eksempel tid og tilgang til fritidsaktiviteter og trening. Dessuten kan utdanning bidra til at man er mer mottakelig for helseopplysninger og bruk av helsetjenester. I dette lys kan utdanning være en form for kunnskapsmessig kapital ved at det styrker kompetansen og evnen til å tilegne seg kunnskap. Blant annet «lærer man å lære» (Mirowsky og Ross 1998). I praksis kan dette, paradoksalt nok, bety at forebyggende tiltak kan forsterke utdanningsforskjeller i helseatferd, fordi de høyt utdannede lettest tar til seg informasjon om sunne levevaner.

Begrepet helseatferd i LOGG

Helseatferd refererer her til jevnlig atferd som har betydning for helsen i positiv eller negativ retning. Begrepet helseatferd brukes ofte innenfor medisin og helsefag, mens man i levekårsforskning gjerne bruker ordet levevaner. I LOGG har vi informasjon om sentrale sider ved helseatferd: **tobakksbruk** (forbruk av ulike former for tobakk og antall sigaretter), **alkoholkonsum** (frekvens og mengde) og **fysisk aktivitet** (inne og ute). I denne artikkelen begrenser vi oss til å se på daglig røyking, ukentlig trening innendørs og jevnlig alkoholforbruk.

Marijke Veenstra og
Britt Slagsvold

Studien av livsløp, generasjon og kjønn (LOGG)

LOGG 2007 er en nasjonal undersøkelse gjennomført av Statistisk sentralbyrå og forskningsinstituttet NOVA. Undersøkelsen består av den internasjonale studien Generations and Gender Survey (GGS) og andre runde av den norske studien Livsløp, aldring og generasjon (NorLAG). For nærmere beskrivelse, se første artikkel i dette nummeret av Samfunnsspeilet, 1/2009.



Marijke Veenstra (til venstre) er sosiolog og seniorforsker ved NOVA. (mve@nova.no)

Britt Slagsvold er psykolog og seniorforsker ved NOVA. (bsl@nova.no)



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 tro på egen mestring. Hvorvidt denne opplevelsen av å ha kontroll kan forklare utdanningsforskjeller i helseatferd, gjenstår imidlertid å se. Hvis det er opplevelse av kontroll som i stor grad kan gjøre rede for forskjeller i helseatferd mellom høyt og lavt utdannete, bør forebyggingsarbeidet ta høyde for det.

Utdanningsforskjellene blant røykere avtar med økende alder

Røyking er en viktig årsak til lungekreft og hjerte- og karsykdommer (Folkehelseinstituttet 2006). I LOGG-data finner vi, som i tidligere undersøkelser, klare utdanningsforskjeller i andelen dagligrøykere både blant kvinner og menn (figur 1). Dagligrøyking er mest utbredt blant dem med lavest utdanning. Samlet sett er det flest dagligrøykere i alderen 40-59 år. Imidlertid er det blant personer med lavest utdanning vi finner en topp for andel dagligrøykere i alderen 30-39.

De største utdanningsforskjellene finner vi i aldersgruppen 30-49 år, både for menn og kvinner. Her er det hele 20 prosentpoeng forskjell mellom de med utdanning på høyeste og laveste nivå. Forskjeller mellom utdanningsgruppene i andel dagligrøykere avtar imidlertid med økende alder. For røykende kvinner over 70 år er det så å si ingen utdanningsforskjeller.

Det er nærliggende å anta at alders-mønstret vi finner i dagligrøyking, primært skyldes endringer med alder; mange slutter å røyke. Men aldersmønstret gjenspeiler

trolig også generasjons- eller kohortforskjeller. Særlig blant eldre kvinner kan lave 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 aldersgruppene, kan også skyldes generasjonsforskjeller. Lovendring om røykfrie serveringssteder trådte i kraft fra 1. juni 2004 og kan ha bidratt til at flere i den yngste aldersgruppen ikke har begynt å røyke. Resultatene peker i retning av at røykeforebyggende tiltak særlig bør rettes mot og tilpasses unge middelaldrende med lav utdanning.

Mye innendørs trening blant høyt utdannete kvinner i alle aldre

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

I LOGG har vi flere mål på fysisk aktivitet. Fordi vi her må begrense analysene, tar vi for oss ukentlig innendørs trening (figur 2). Det er en betydelig andel, både menn og kvinner, som trener jevnlig innendørs. Blant yngre

Sosial ulikhet

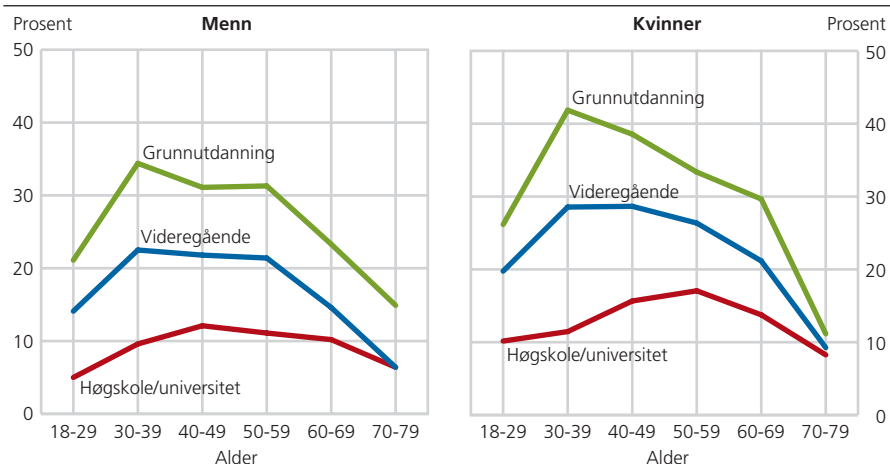
Sosial ulikhet måles ofte ved **ulikheter i utdanning, yrke eller inntekt**. Utdanning er den mest brukte indikatoren, ikke bare fordi den er lett å måle, men også fordi utdanning påvirker yrke, som i sin tur påvirker inntekt. Utdanning kan imidlertid også ha betydning for helseatferd utover gevinster som yrke og inntekt, ved at den kan styrke **mestrings-evne og handlekraft** mer generelt. I denne artikkelen skiller vi mellom tre kategorier av utdanning på grunnlag av høyest fullførte utdanningsnivå: **grunnskole, videregående og høgskole eller universitet**.

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 utdannete mer aktive enn dem med lav utdanning. Blant høyt utdannete kvinner svarer om lag halvparten at de trener innendørs ukentlig, uavhengig av alder. Blant høyt utdannete menn er det med økende alder en betydelig nedgang i andelen som trener innendørs.

Når vi begrenser oss til innendørs trening, utelater vi mange typer utendørstrening som kanskje særlig er utbredt blant menn. Forskjeller i treningsform mellom aldersgrupper av menn reflekterer trolig kohortforskjeller. Det er særlig unge menn som trener innendørs, for eksempel i treningsstudio.

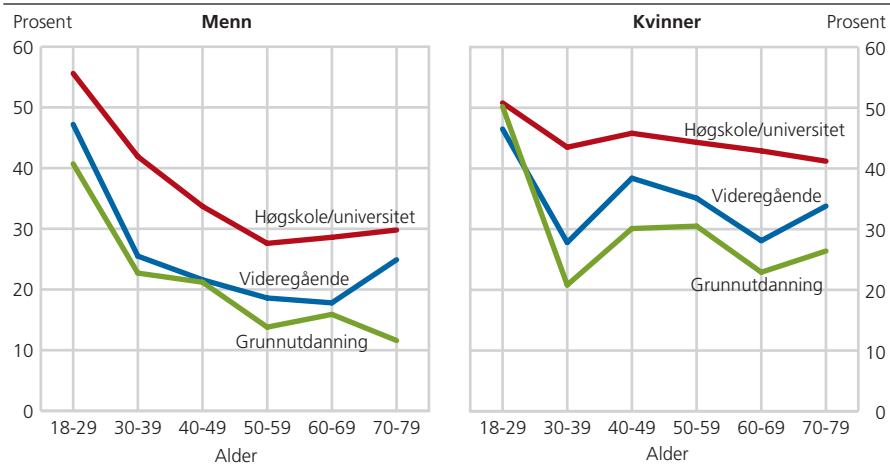
Når det gjelder kvinners trening, ser vi et midlertidig fall i andeler som trener, i aldersgruppen 30-39 år. Trolig ser vi her en livsfaseeffekt. I denne perioden av livet er det mange som etablerer familie og har mindreårige barn. Effekten er imidlertid bare tydelig for kvinner når det gjelder denne formen for trening, og mye sterkere for kvinner med lav enn med høy utdanning. Mens 50 prosent av kvinnene i alderen 18-29 år med laveste utdanning trener ukentlig, gjør under 20 prosent av dem som er ti år eldre, det.

Figur 1. Utdanningsforskjeller i andel som røyker daglig. Menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Prosent



Kilde: LOGG 2007, SSB og NOVA.

Figur 2. Utdanningsforskjeller i andelen som trener innendørs. Menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Prosent



Kilde: LOGG 2007, SSB og NOVA.

«Jevnlig» alkoholforbruk blant høyutdannete 50-åring

Til forskjell fra tobakksbruk og fysisk aktivitet er det vanskeligere å fastslå hvordan alkohol påvirker helsen. På den ene side vet man at regelmessig og stort alkoholinntak øker risikoen for høyt blodtrykk, hjerneslag, enkelte former for kreft og leversykdom. 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 2008).

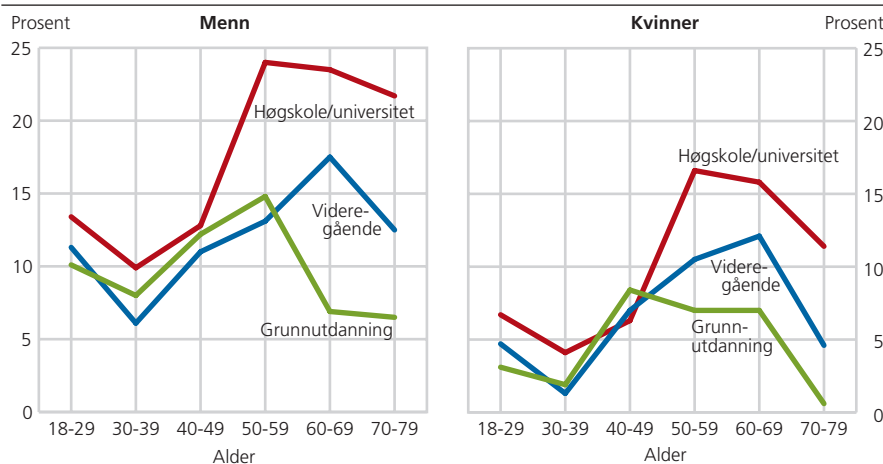
Hva som er høyt eller altfor høyt alkoholforbruk, er imidlertid avhengig av mange faktorer, og det finnes ingen standardnormer for dette. Her tar vi utgangspunkt i et forbruk som tilsvarer to halvliters pils, en halv flaske vin eller tre drinker brennevin minst to ganger i uken. Vi omtaler det som «jevnlig» forbruk.

Det er nokså små forskjeller mellom utdanningsgruppene i jevnlig alkoholforbruk frem til 50-årsalder, både for kvinner og menn (figur 3). Men etter fylte 50 år øker andelen med jevnlig alkoholforbruk kraftig blant høyt utdannede. Blant menn i aldersgruppen 50-59 år er andelen med «jevnlig» forbruk av alkohol mer enn doblet sammenlignet med den ti år yngre aldersgruppen, og nesten tredoblet for kvinner.

Med en slik økning er det rimelig å tro at det her er snakk om endringer som følger med alder og livsfase. Aldersmønstre gjenspeiler antagelig også et bilde av at eldre drikker oftere, men mindre, mens de yngste drikker sjeldnere, men mye. Alkoholforbruket øker også blant dem med videregående utdanning, men ikke på langt nær så mye. Det er med andre ord økende sosiale ulikheter i «jevnlig» alkoholforbruk gjennom livsløpet, med flere høyt utdannede som har et jevnlig forbruk i eldre år.

Mer frihet til å drikke etter som årene går?

Figur 3. Utdanningsforskjeller i andelen som drikker jevnlig alkohol to eller flere ganger per uke. Menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Prosent



Kilde: LOGG 2007, SSB og NOVA.

Det er nærliggende å spørre om forskjellene i jevnlig alkoholforbruk reflekterer forskjeller i livsstil utdanningsgruppene imellom. I 50-60-årsalderen vil mange få mer tid og bedre råd, når barna blir voksne og flytter ut. Et høyere alkoholforbruk blant høyt utdannede antyder kanskje at ressursene brukes på ulike typer livsstil i forskjellige utdanningsgrupper.

Blant dem med jevnlig alkoholforbruk vil det også være en gruppe med et høyt, og skadelig høyt, forbruk. Med høyt alkoholforbruk 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

Opplevelse av kontroll

I LOGG måler vi kontroll gjennom **syv spørsmål eller påstander** fra The Personal Mastery Scale (Pearlin og Schooler 1978). Enkeltspørsmål summeres til **en skala med skårer fra 7 til 35**, hvor høyere skårer betyr en sterkere opplevelse av kontroll. Svaralternativer: svært enig/nokså enig/verken enig eller uenig/nokså uenig/svært uenig.

1. Jeg har lite kontroll over det som hender meg.
2. Hva som kommer til å hende meg i framtiden, er først og fremst avhengig av meg selv.
3. Noen av de problemene jeg har, kan jeg rett og slett ikke løse.
4. Det er lite jeg kan gjøre for å forandre sider ved livet mitt som er viktige.
5. Stilt overfor problemer i livet mitt følger jeg meg ofte hjelpeløs.
6. Noen ganger føler jeg det som om jeg bare blir dyttet hit og dit her i livet.
7. Hvis jeg virkelig bestemmer meg, kan jeg gjøre nesten hva som helst.

langt gitt nokså liten oppmerksomhet innenfor geriatri og omsorgsforskning. Kvinner tåler alkohol mye dårligere enn menn. De blir lettere avhengig og får lettere helseskader (Duckert mfl. 2008). 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 for spesielt denne gruppen.

Det gjelder å ha kontroll?

Vi finner altså aldersvariasjoner i sammenhengen mellom utdanning og helseatferd, men de varierer med type helseatferd. Mens utdanningsforskjellene i røykevaner blir mindre med alder, forblir forskjellene omtrent de samme når det gjelder trening, og de øker for jevnlig alkoholkonsum. Kan individuelle egenskaper som opplevelse av kontroll gjøre rede for sammenhengene mellom utdanning og ulike typer helseatferd? Utdanning kan styrke opplevelsen av kontroll, som igjen kan påvirke interessen for helsekampanjer og oppfatningen av om en er i stand til å endre sin atferd (Sørensen 2002, Iversen 2005).

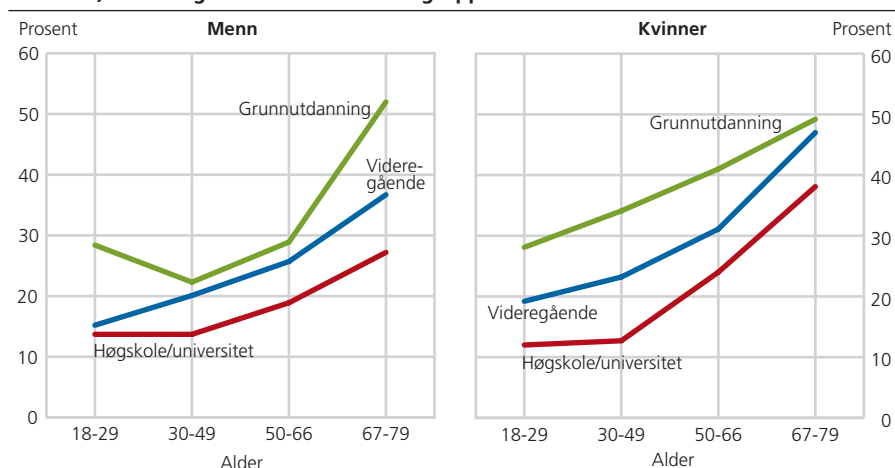
LOGG-data viser at de som har høyere utdanning, har en noe sterkere følelse av kontroll (se tekstboks for definisjon) sammenlignet med dem som har lavere utdanning. Opplevelsen av kontroll er sterkest i aldersgruppen 30-39 år, for deretter å synke med økende alder (figur 4). Dette er i tråd med tidligere forskning på området (Mirowsky og Ross, 2007, Slagsvold og Sørensen 2008).

LOGG-data viser også en sammenheng mellom kontroll og ulike typer helseatferd (tabell 1). Følelsen av kontroll er noe lavere blant dagligrykere, høyere blant dem som trener regelmessig, og høyere blant dem som har et jevnlig alkoholforbruk. Sammenheng mellom opplevelse av kontroll og helseatferd følger med andre ord i grove trekk samme mønster som sammenhenge mellom utdanning og helseatferd. Det kan således være nærliggende å spørre om sammenheng mellom utdanning og helseatferd til dels kan forklares ved at utdanning styrker en opplevelse av personlig kontroll.

Analysene av LOGG-materialet viser imidlertid at utdanning påvirker helseatferd uavhengig av opplevelsen av kontroll. Både opplevelse av kontroll og utdanning virker inn på alle typer helseatferd. Effekten som utdanning har på helseatferd, går ikke gjennom opplevelsen av å ha kontroll.

Vi kan med andre ord ikke si at en styrket opplevelse av å ha kontroll over egen livssituasjon forklarer hvorfor utdanning er knyttet til helseatferd, slik vi har målt det her. Muligens er det ikke oppnådd utdanningsnivå, men snarere den erfarne kvaliteten på utdanningen, som inneholder den delen av kontrollopp-

Figur 4. Utdanningsforskjeller i andelen med lav kontroll over egen livssituasjon (skår under 24). Menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Prosent



Kilde: LOGG 2007, SSB og NOVA.

Tabell 1. Sammenheng mellom helseatferd og opplevelsen av kontroll over egen livssituasjon. Gjennomsnittsskårer på en skala fra 7 (lavest) til 35 (høyest), se tekstboks for forklaring

	Mann	Kvinne	Total
Røyker daglig			
Nei	26,8	26,3	26,6
Ja	26,2	25,9	26,2
Trener ukentlig innendørs			
Nei	26,5	25,9	26,2
Ja	27,3	26,8	27,0
Drikker jevnlig alkohol			
Nei	26,7	26,2	26,4
Ja	27,2	26,6	26,9

Kilde: LOGG 2007, SSB og NOVA



levelsen som er viktig for helseatferd. Videre forskning bør se nærmere på dette. I den grad individuelle egenskaper eller trekk ikke kan forklare utdanningsforskjeller i helseatferd, bør forebyggende og helsefremmende tiltak vektlegge sosiale og økonomiske forhold (Feiring 2008).

Helseatferd og livsstil

Utdanningsforskjeller i helseatferd kan gjenspeile større ressurser, bedre muligheter og større evne til å ta til seg helseinformasjon blant dem med høyere utdanning. Variasjonene mellom aldersgrupper antyder at forskjeller i livsstil i ulike livsfaser også kan virke inn. 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 i alderen 20-40 år som inkluderer uheldig helseatferd kombinert med andre former

for uorganiserte og kortsiktige aktiviteter og prioriteringer?

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.

Livsfaser eller generasjonsforskjeller?

Aldersvariasjoner i sammenhengen mellom utdanning og helseatferd kan tyde på livsfaseforskjeller, aldring og generasjonsforskjeller (kohort, se tekstboks for definisjon). Personer i de eldste kohortene vokste opp da Norge var

Kohort

Kohort, eller generasjon, kan defineres som en gruppe mennesker som har det til felles at de er født i samme tidsperiode. En kohort av mennesker **deler mange erfaringer fra barndom og oppvekst**, erfaringer som kan prege de enkelte individene livet ut. Eksempler: alle som er **født under annen verdenskrig; de norske sekstiåttene; generasjon X**.

Ofta er det vanskelig å skille slike «generasjonsforskjeller» fra aldersforskjeller. Et kjent eksempel er svakere intellektuelle prestasjoner i høyere aldersgrupper, som er funnet i de fleste studier, og som tidligere ble tilskrevet aldringsvekkelse. Med studier der man følger samme personer over tid, finner man imidlertid at aldersforskjellene i intellektuelle prestasjoner primært skyldes at yngre generasjoner har mer utdanning enn eldre, og at aldersforskjellene således i stor grad er kohortforskjeller.

et av de fattigste landene i Europa. Personer i yngre kohorter vokste opp med økende velferd og vektlegging av individualitet.

Dessuten er det i de eldste kohorter mye mindre variasjon i utdanningsnivå. For eksempel har de fleste kvinner født 1938 og tidligere en utdanning på grunnskolenivå. I yngre kohorter er det mange flere som har tatt høyere utdanning, og forskjellene i utdanningsnivå mellom kvinner og menn er nesten borte blant dagens yngre generasjoner. I tillegg har innholdet i høyere utdanning endret seg over tid. Kunnskap om folkehelse er i større grad integrert i utdanningen til yngre enn til eldre kohorter.

Dermed kan en stille spørsmål ved hvor meningsfullt det er å sammenligne utdanningsnivået mellom yngre og eldre kohorter (Elstad 2008). Uansett, fremtidige generasjoner av eldre vil ha høyere utdanning og dermed trolig ha mer kunnskap om gunstig helseatferd enn noen generasjon før dem. Hvis kunnskap om gunstig helseatferd i større grad er knyttet opp mot utdanning, kan det, paradoksalt nok, bety at vi i tiden fremover vil finne økte utdanningsforskjeller i alle typer helseatferd.

Helseopptatt kultur med normer for oppførsel

Vår kultur er svært helseopptatt (Fugelli 2003). Normer om å ta vare på sin helse, beskytte den og forbedre den er sterke i alle alders- og sosiale grupper. Dermed er også risikoatferd knyttet til for eksempel røyking, alkohol og fysisk aktivitet i stor grad styrt av normer. Selv om valget av hvordan en ivaretar egen helse, kan variere.

Sterke atferdsnormer kan også gjøre at man vil uttrykke sin uavhengighet, «kjøre sin egen greie», for eksempel, røyke, drikke og ikke trene, som et uttrykk på individualitet. Normer endres over tid, og ulike generasjoner har blitt påvirket og vil påvirkes av ulike normer for helseatferd. Tidligere forskning understreker at en klar forståelse av de kulturelle normene som styrer holdninger, handlinger og synet på helse, er avgjørende for effektive tiltak rettet mot endringer i helseatferd (Hunt og Emslie 2001).



Et av målene i norsk politikk er å redusere sosiale forskjeller i helseatferd (St. meld. nr. 20). En mulig fremgangsmåte for å få til dette kan være å tilpasse tiltak etter alder (livsstil, aldring og generasjoner) 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 daglig røyking vil det være unge middelaldrende med lav utdanning man særlig bør rette tiltakene mot.

Referanser

- Elstad, J.I. (2008): Utdanning og helseulikheter. Problemstillinger og forskningsfunn, Oslo, Helse direktoratet.
- Duckert F., Lossius K., Ravndal E. mfl. (2008): Kvinner og alkohol, Oslo: Universitetsforlaget.
- Feiring, E. (2008): Skal samfunnet belastes vår usunne livsstil? RØST Helse nr 1.
- Folkehelseinstituttet (2006): Hvor dødelig er røyking? Rapport om dødsfall og tapte leveår som skyldes røyking, S. E. Vollset, R. Selmer, A. Tverdal og H.K. Gjessing, Oslo, Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Folkehelseinstituttet (2007): Sosial ulikhet i helse. En faktarapport, Ø. Næss, M. Rognerud og B.H. Strand, Oslo, Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Folkehelseinstituttet (2008): «Alkohol – faktaark om alkohol», Retrieved 17.10.2008, from <http://www.fhi.no>
- Fugelli, P. (2003): 0-visjonen. Essays om helse og frihet, Universitetsforlaget, 2003.
- Hunt K. og Emslie, C. (2001): «Commentary: the prevention paradox in lay epidemiology--Rose revisited», Int J Epidemiol, 2001 Jun;30(3):427-32; discussion 433-4.
- Iversen, M. (2005): Social differences in health behaviour: the motivational role of perceived control and coping. PhD thesis, Bergen 2005.
- Mirowsky, J. og C. Ross (1998): «Education, personal control, lifestyle and health – a human capital hypothesis» Reserach on Aging 20 415-449.
- Mirowsky, J. og C.E. Ross (2007): «Life Course Trajectories of Perceived Control and Their Relationship to Education», 112(5): 1339-1382.
- Pearlin, L.I. og C. Schooler (1978): «The structure of coping», J Health Soc Behav 19(1): 2-21.
- Slagsvold, B. og A. Sørensen (2008): Age, education, and the gender gap in the sense of control», Int J Aging Hum Dev 67(1): 25-42.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005): Sosiale ulikheter i helse i Norge: en kunnskapsoversikt.
- St.meld. nr. 20 (2006-2007): Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, Helse- og omsorgsdepartementet.
- Sørensen, M., S. Graff-Iversen mfl. (2002): «Empowerment' i helsefremmende arbeid», Tidsskr Nor Laegeforen 122(24): 2379-83.
- WHO (2002): The World health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life Geneva, The World Health Organization.