

Sosioøkonomisk ulikhet i helse blant barn og unge

Kontinuitet eller endring i overgang mellom barndoms- og ungdomstid?

Kristine Koløen



Masteroppgave i sosiologi. Institutt for sosiologi og
samfunnsgeografi. Samfunnsvitenskapelig fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Høst 2008

Sammendrag

Temaet for denne oppgaven er sosial ulikhet i helse blant barn og ungdom. Sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og helse er et kjent fenomen i den voksne befolkningen. Her former ulikhetene en gradient, det vil si at det er en trinnvis forringelse av helse jo lavere sosioøkonomisk status. Funn blant barn og ungdom er noe mindre konsistente. Særlig blant ungdom er det i enkelte undersøkelser, spesielt britiske, funnet et fravær av en gradient. Dette har gitt opphav til en hypotese kalt *relative equalisation in youth* (West 1997). Denne antar at løsrivelsen fra foreldre og hjem, kombinert med at venner, skole og ungdomskultur får økt betydning, gjør at de sosioøkonomiske innflytelsene får mindre betydning for ungdoms helse. Dette gjør at den sosiale gradienten som West antar finnes i barndommen reduseres eller forsvinner helt.

Formålet med denne oppgaven er todelt. Det første er å undersøke hvorvidt det eksisterer sosioøkonomisk ulikhet i helse blant barn og ungdom, og det andre er å teste West's utjevningshypotese. Den teoretiske innfallsvinkelen er orientert mot å beskrive de sosiale prosesser som kan føre til sosial ulikhet, eller likhet, i helse blant barn og ungdom. For å forklare sosial ulikhet i helse er det to spørsmål som adresseres: hva påvirker barn og ungdoms helse, og hvorfor er disse forholdene ulikt fordelt mellom de sosiale posisjonene? Eller motsatt; hvilke drivkrefter kan trekke i retning av sosial likhet i helse?

Datamaterialet i denne studien er Statistisk Sentralbyrås "Samordnet levekårsundersøkelse–2005", hvor foreldre besvarte spørsmål om barns helse.

Resultatene viser at det ikke er sosioøkonomiske forskjeller for langvarige sykdommer, foreldrevurdert helse og barns høyde. Dette knyttes blant annet til at Norge kjennetegnes av en generelt høy levestandard og gode velferdsordninger, som resulterer i lite forskjeller i barns materielle omgivelser. For overvekt finner vi noen forskjeller, mens de tydeligste forskjellene observeres for psykosomatiske symptomer og kontakt med fagpersoner. Dette funnet kan forstås i tilknytning til at dette er helsemål som i større grad reflekterer barns sosiale omgivelser og trivsel i hverdagen. Sosial ulikhet for slike helsemål kan dermed gjenspeile at mestringsressurser og beskyttelsesfaktorer for barns helse varierer i tråd med det sosioøkonomiske hierarki. Dette bekreftes også delvis i analysene hvor det inkluderes variabler som reflekterer egenskaper ved foreldre og familie.

Studien gir ikke støtte til West sin utjevningshypotese, da det ser ut til at overgangen mellom barndomstid og ungdomstid heller kjennetegnes av kontinuitet enn endring. Dette relateres til at det kanskje ikke forekommer så mange endringer i overgangen som West postulerer. Eventuelt at de endringer som forekommer, som eksempelvis økte krav i forhold til skole, fritid og utseende, også har en mer uheldig effekt for barn fra lavere sosioøkonomiske posisjoner. Hvilke mekanismer som er av størst betydning er vanskelig å avgjøre på grunn av studiens tverrsnittsdesign. Slike spørsmål kan dermed undersøkes ytterligere ved bruk av longitudinelle data.

Et uventet funn er at gutters helse så ut til å være sterkere relatert til husholdningsinntekt, mens jenters helse så ut til å være mer betinget av foreldrenes utdanningsnivå. Kan dette komme av at det er kjønnsforskjeller i risikofaktorer allerede i barneårene? Dette spørsmålet kan også studeres ytterligere.

Forord

Når arbeidet med denne oppgaven nå er slutført, har jeg flere å takke for at jeg er kommet i mål. Først og fremst ønsker jeg å takke hovedveileder Jon Ivar Elstad for konstruktive tilbakemeldinger, metodisk bistand, litteraturtips og for at du alltid har hatt tid til meg. Takk også for at du introduserte meg for dette spennende temaet! Takk til biveileder Else-Karin Grøholt som har bidratt med nyttige og presise tilbakemeldinger i innspurfasen. Jeg skulle nok ha benyttet meg av din kunnskap tidligere.

Takk til NOVA for kontorplass. Det har vært godt å ha et fast tilholdssted, med plass til ”kreativt kaos”. En takk går også til alle på studentkontoret. Det har vært fint å ha noen å diskutere med, dele frustrasjoner med, og ikke minst spise mikro-middag med.

Takk til familien min for at de alltid har støttet mine valg og hatt tro på meg. Det betyr mye! Ingvild fortjener takk for korrekturlesing. Til sist vil jeg takke Øyvind for din optimisme og evne til å få meg i godt humør, tross tunge dager. Det har vært utrolig godt å ha nettopp deg å komme hjem til!

Oslo, 15.september 2008

Kristine Koløen

Innhold

SAMMENDRAG	3
FORORD	5
INNHold	6
TABELLER.....	9
FIGURER	10
VEDLEGG.....	10
1. INNLEDNING	12
1.1 BAKGRUNN	12
1.2 FORSKNINGSSPØRSMÅL.....	14
1.3 HVORFOR STUDERE SOSIAL ULIKHET I HELSE BLANT BARN OG UNGE?.....	14
1.3.1 <i>Samfunnsmessig relevans</i>	15
1.3.2 <i>Faglig relevans</i>	16
1.4 OPPGAVENS STRUKTUR	16
2. BEGREPSAVKLARINGER: HELSE, UNGDOMS SOSIOØKONOMISKE STATUS OG SKILLET MELLOM BARN OG UNGE	18
2.1 HVA MENES MED HELSE?.....	18
2.1.1 <i>Medisinsk tilnærming</i>	18
2.1.2 <i>Sosiologiske tilnærminger</i>	19
2.1.3 <i>Hva er egnede helseindikatorer for barn og ungdom?</i>	20
2.2 SOSIOØKONOMISK POSISJON BLANT UNGDOM	22
2.3 SKILLET MELLOM BARNDOM OG UNGDOM.....	23
3. TEORETISKE FORKLARINGER.....	25

3.1	FORKLARINGER TIL SOSIOØKONOMISK ULIKHET I HELSE BLANT BARN OG UNGDOM.....	26
3.1.1	<i>Materialistiske/strukturalistiske forklaringer</i>	26
3.1.2	<i>Livsstil og helseatferd</i>	28
3.1.3	<i>Psykososiale forklaringer</i>	32
3.2	FORKLARINGER FOR SOSIOØKONOMISK <i>LIKHET</i> I HELSE BLANT BARN OG UNGDOM	36
3.2.1	<i>Den neo-materialistiske forklaringen</i>	37
3.2.2	<i>Utjevningshypotesen – effekt av aldersbaserte innflytelser vs klassebaserte innflytelser</i>	38
3.3	SAMMENFATTENDE DISKUSJON	42
4.	NORSK OG NORDISK FORSKNING OM SAMMENHENGEN MELLOM SOSIAL BAKGRUNN OG BARN OG UNGES HELSE	44
4.1	FORSKNING KNYTTET TIL LANGVARIG HELSESITUASJON	44
4.1.1	<i>Langvarige lidelser</i>	45
4.2	FORSKNING KNYTTET TIL HELSEPOTENSIAL	47
4.3	FORSKNING KNYTTET TIL KORTSIKTIG HELSETILSTAND	48
4.3.1	<i>Selvurdert helse</i>	48
4.3.2	<i>Psykosomatiske symptomer</i>	49
4.3.3	<i>Ulykker og skader</i>	51
4.4	SAMMENFATTENDE DISKUSJON	52
4.5	UTLEDNING AV HYPOTESER	53
5.	DATAMATERIALET, OPERASJONALISERING AV VARIABLER OG ANALYSEMETODER 57	
5.1	DATAMATERIALET: LEVEKÅRSUNDERSØKELSEN 2005	57
5.1.1	<i>Studiens utvalg og representativitet</i>	57
5.1.2	<i>Frafall og utvalgsskjevhet</i>	58
5.1.3	<i>Noen bemerkninger om tverrsnittdesignet</i>	59

5.2	OPERASJONALISERING AV VARIABLER	60
5.2.1	<i>Avhengige variabler</i>	60
5.2.2	<i>Uavhengige variabler</i>	65
5.3	DESKRIPTIV STATISTIKK OG VALIDITETSKOMMENTARER	68
5.4	ANALYSEMETODER	71
5.4.1	<i>Krysstabellanalyse</i>	71
5.4.2	<i>Logistisk regresjon</i>	72
6.	BIVARIATE SAMMENHENGER MELLOM BARNS HELSE OG FORELDRES SOSIOØKONOMISKE STATUS	76
6.1	SOSIOØKONOMISK STATUS OG LANGVARIG HELSESITUASJON	76
6.2	SOSIOØKONOMISK STATUS OG HELSEPOTENSIAL	78
6.3	SOSIOØKONOMISK STATUS OG KORTSIKTIG HELSETILSTAND	79
7.	BETYDNINGEN AV EGENSKAPER VED FORELDRE OG FAMILIE FOR BARNS HELSE 81	
7.1	BETYDNING FOR BARN OG UNGES LANGVARIGE HELSESITUASJON	82
7.2	BETYDNING FOR HELSEPOTENSIAL	86
7.3	BETYDNING FOR KORTSIKTIG HELSETILSTAND	87
8.	KONTINUTET ELLER ENDRING I OVERGANG MELLOM BARNDOMS- OG UNGDOMSTID?	92
8.1	ULIKE MØNSTRE BLANT BARN OG UNGDOM?	92
8.2	STATISTISK INTERAKSJON MELLOM SOSIOØKONOMISK STATUS OG ALDER?	94
8.2.1	<i>Hva med de andre helsedimensjonene- kontinuitet eller endring?</i>	97
9.	DISKUSJON OG KONKLUSJON	100
9.1	HOVEDFUNN.....	100
9.2	MULIGE BEGRENSNINGER VED STUDIEN	101

9.3	DISKUSJON AV FUNN	103
9.3.1	<i>Lite sosioøkonomiske forskjeller i langvarig helsesituasjon.....</i>	<i>103</i>
9.3.2	<i>Mer delte funn for helsepotensial.....</i>	<i>106</i>
9.3.3	<i>Tydeligste sosioøkonomiske forskjeller for kortsiktig helsetilstand.....</i>	<i>108</i>
9.3.4	<i>Hvor og hvorfor tar West feil?.....</i>	<i>111</i>
9.3.5	<i>Kjønnsforskjeller i risikofaktorer?.....</i>	<i>115</i>
9.4	KONKLUSJON OG VEIEN VIDERE	116
	KILDELISTE.....	117
	VEDLEGG	127

Tabeller

Tabell 5.1	Prosentvis fordeling på psykosomatiske symptomer	63
Tabell 5.2	Fordeling på ulike fagpersoner av de som <i>har</i> oppsøkt fagpersoner de siste 12 mnd (N=208)	64
Tabell 5.3	Deskriptiv statistikk av alle variablene etter kjønn.....	68
Tabell 6.1	Prosentvis fordeling av karakteristikk for langvarig helsesituasjon etter foreldres utdanningsnivå. Barn 6-15 år.	76
Tabell 6.2	Prosentvis fordeling av karakteristikk for langvarig helsesituasjon etter justert husholdningsinntekt. Barn 6-15 år	77
Tabell 6.3	Prosentvis fordeling av karakteristikk for helsepotensial etter foreldres utdanningsnivå. Barn 6-15 år.	78
Tabell 6.4	Prosentvis fordeling av karakteristikk for helsepotensial etter justert husholdningsinntekt. Barn 6-15 år.	78

Tabell 6.5 Prosentvis fordeling av karakteristikk for kortsiktig helsetilstand etter foreldres utdanningsnivå. Barn 6-15 år.	79
Tabell 6.6 Prosentvis fordeling av karakteristikk for kortsiktig helsetilstand etter justert husholdningsinntekt. Barn 6-15 år.	80
Tabell 7.1 Logistisk regresjon for langvarig helsesituasjon, modell med utdanning.....	82
Tabell 7.2 Logistisk regresjon for langvarig helsesituasjon, modell med inntekt	83
Tabell 7.3 Logistisk regresjon for helsepotensial, modell med utdanning	86
Tabell 7.4 Logistisk regresjon for kortsiktig helsetilstand, modell med utdanning.....	88
Tabell 7.5 Logistisk regresjon for kortsiktig helsetilstand, modell med inntekt.....	89
Tabell 8.1 Psykosomatiske symptomer og kontakt med fagpersoner (%) etter foreldres utdanning for 6-10 åringer og 11-15 åringer.....	93
Tabell 8.2 Psykosomatiske symptomer og kontakt med fagpersoner (%) etter husholdningsinntekt for 6-10 åringer og 11-15 åringer.	94
Tabell 8.3 Logistisk regresjon for kortsiktig helsetilstand, med produktledd mellom alder og utdanning.....	95
Tabell 8.4 Logistisk regresjon for kortsiktig helsetilstand, med produktledd mellom alder og inntekt.....	96

Figurer

Figur 4.1 Kausalmodell av forventede sammenhenger for kortsiktig helsetilstand.....	56
Figur 8.1 Samspill mellom husholdningsinntekt og alder på sykdom med virkning. Jenter .	98

Vedlegg

Vedlegg 1 Logistisk regresjon for helsepotensial, modell med inntekt.....	127
---	-----

Vedlegg 2 Logistisk regresjon for langvarig helsesituasjon, med produktledd mellom alder og utdanning	128
Vedlegg 3 Logistisk regresjon for langvarig helsesituasjon, med produktledd mellom alder og utdanning	129
Vedlegg 4 Deskriptiv statistikk for utvalg hvor søsken er fjernet.....	130
Vedlegg 5 Logistisk regresjon for kortsiktig helsetilstand, modell med utdanning. Modell hvor søsken er tatt ut	131
Vedlegg 6 Prosentvis fordeling av overvekt/fedme etter alder og kjønn.....	131

1. Innledning

Barne- og ungdomstiden anses for å være preget av struttende sunnhet og god helse, og norske barn og ungdom er også blant de friskeste i verden (Dybing og Stoltenberg 2006:6). Alvorlig sykdom og død er lite utbredt blant barnegruppen. Likevel er det noen områder som peker mot at det finnes vesentlige helseproblemer også blant barn og ungdom. Psykososiale problemer er et helseproblem som øker blant barn og unge (Klepp mfl. 1997), og i tillegg står vi overfor nye utfordringer med hensyn til ernæring og livsstil, hvor særlig utviklingen av overvekt og fedme er en trussel mot fremtidig helse (Folkehelseinstituttet 2007). En slik utvikling er uheldig og viktig å følge med på. Både fordi god helse er av stor betydning for hvordan den enkelte fungerer i hverdagen, i tillegg til å ha betydning for fremtidig helse. Barns helse er dermed viktig både i et kortsiktig og langsiktig perspektiv.

I denne oppgaven er hensikten å undersøke om de helseplager som eksisterer blant barn varierer etter sosioøkonomisk status og alder. Sosioøkonomiske ulikheter i helse kan forstås som et av de ytterste uttrykk vi har på at det er forskjell mellom folk, og Stortingsmelding nr 20 (2006-2007) fremhever tidlig innsats som nødvendig for å forebygge utvikling av sosiale helseforskjeller. Kunnskap om hvordan sosialt betingede forhold legger føringer for barns helse, og hvorvidt denne relasjonen endres i overgang mellom barndoms- og ungdomstid, utgjør dermed et viktig grunnlag for å kunne forebygge slike forskjeller.

1.1 Bakgrunn

Temaet for denne oppgaven faller inn under forskningsfeltet "sosial ulikhet i helse". Dette er et tema som går langt tilbake, blant annet dokumenterte Eilert Sundt store ulikheter i helse på midten av 1800-tallet (Sund og Krokstad 2005). I etterkrigstiden var derimot troen på et klasseløst samfunn så sterk at man sluttet å snakke om sosial ulikhet etter klasse, og dette preget også forskningen. Helsestatistikk ble derfor heller uttrykt som gjennomsnitt, uten at det ble undersøkt om det eksisterte store forskjeller mellom fattig og rik (Westin 2002). Temaet fikk igjen sin plass på den helsepolitiske dagsordenen etter at "the Black Report" fra 1980 viste at dødelighetsforskjeller etter yrkesklasse i England hadde økt i hele etterkrigstida. Dette til tross for at England hadde et svært godt og tilgjengelig helsesystem

(Dahl 1994:1). Rapporten fikk stor betydning som offentlig helsedokument, og førte til et kraftig oppsving i forskningsaktiviteten (West og Sweeting 1996). En sammenlignende studie fra 1997, hvor Norge sammen med Sverige ble plassert som å ha de største relative forskjellene i helse i Europa (Mackenbach mfl. 1997), gjorde ikke interessen for temaet mindre.

Per i dag er det godt dokumentert at det i Norge finnes sosiale ulikheter i helse i den *voksne* befolkningen (Dahl 1994, Elstad 2000, Dahl og Birkelund 1997, Sund og Krokstad 2005). Forskjellene arter seg ikke bare som en forskjell mellom de nederst i det sosioøkonomiske hierarkiet og de øvrige, de former er *gradient* i befolkningen. Dette betyr at helseforskjellene er systematisk og hierarkisk ordnet, og at det er en trinnvis forverring av helsen jo lavere en befinner seg i hierarkiet (Sund og Krokstad 2005:8). Dette gjelder uansett om hierarkiet defineres etter inntektsnivå, utdanning eller yrke (Elstad 2000) Risikoen for dårlig helse og tidlig død er jevnt økende med synkende sosioøkonomisk status. Dette kommer allerede til uttrykk blant spedbarn hvor det er sosial ulikhet i dødelighet (Arntzen mfl. 2004).

Funnene blant barn, og særlig ungdoms helse, er imidlertid noe mindre konsistente enn det vi finner i den øvrige befolkningen. Noen studier har funnet sosioøkonomiske helseulikheter blant norske barn og ungdom, for eksempel for barns selvopplevde allmennhelse (Torsheim mfl 2007), astma og allergi (Finnvold mfl. 1997, Grøholt og Nordhagen 2002), psykosomatiske symptomer (Berntsson og Köhler 2001, Halldórsson mfl. 2000), og overvekt (Andersen mfl 2005). Andre studier har ikke funnet særskilte ulikheter (Grøtvedt og Belsby 1995, Elstad 2008, Holmboe mfl. 2006), og i "the Black Report" ble de sosioøkonomiske ulikhetene i nordiske barns helse fremstilt som nesten fraværende (Halldórsson mfl. 2000). Også internasjonalt har funn av ulikhet blant ungdom vært varierende. Et viktig spørsmål i diskusjonen av barn og ungdoms helse har dermed vært hvorvidt den sosiale gradienten er stabil gjennom hele livsløpet; om det eksisterer sosioøkonomiske forskjeller "fra vugge til grav"? Eller om det er slik at de sosioøkonomiske ulikhetene faktisk er mindre i ungdomsårene? I internasjonal sammenheng er det særlig britisk forskning som har funnet et fravær av en gradient i ungdoms helse. Som en forklaring for manglende funn av ulikhet i ungdomstiden har Patrick West (1997) formulert en hypotese kalt "relative equalisation in youth", hvor utjevningen av helseforskjellene knyttes til at venner, skole og ungdomskultur får vel så stor betydning som foreldrenes sosioøkonomiske status, og slik er med på å redusere de sosialt definerte ulikhetene.

1.2 Forskningsspørsmål

Denne studien er tett knyttet til det ovenstående. Hensikten er å undersøke hvorvidt det eksisterer sosioøkonomisk ulikhet i helse blant barn og unge, og om den sosioøkonomiske gradienten er mer fraværende i ungdomstiden enn i barndommen. Følgende to forskningsspørsmål er derfor formulert:

- 1. Har sosioøkonomisk bakgrunn betydning for barn og unges helse i Norge anno 2005?
- 2. Skjer det en endring i det sosioøkonomiske helsemønsteret i overgang mellom barndomstid og ungdomstid?

I besvarelsen av det første forskningsspørsmålet har jeg valgt en bred tilnærming til helsebegrepet, hvor det skilles mellom flere dimensjoner ved barn og unges helse, og hvor det også er inkludert flere sosioøkonomiske indikatorer. Med det neste hovedspørsmålet ønsker jeg å etterprøve West' hypotese empirisk. Siden utjevning antas å gjelde noen bestemte dimensjoner ved barn og unges helse, er det særlig disse dimensjonene det ses nærmere på.

Datamaterialet er Samordnet Levekårsundersøkelse 2005¹, hvor hovedtemaet var helse. Respondenter som hadde barn på mellom 6-15 år besvarte spørsmål om inntil tre av disse. Det er disse barna som utgjør utvalget i denne studien, til sammen 2183 personer.

1.3 Hvorfor studere sosial ulikhet i helse blant barn og unge?

Det finnes flere gode grunner til å ta fatt i dette temaet. Den første årsaken var vi innom ovenfor; det er ikke konsensus om hvor stor ulikhet det finnes blant barn og ungdom. Denne studien kan dermed supplere den kunnskapen som finnes. I tillegg er spørsmålet om hvorvidt den sosioøkonomiske ulikheten reduseres i overgang mellom barndoms- og ungdomstid

¹ De data som er benyttet i denne oppgaven er hentet fra Samordnet Levekårsundersøkelse 2005. Data i anonymisert form er stilt til disposisjon gjennom Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Innsamling og tilrettelegging av data ble opprinnelig utført av Statistisk sentralbyrå. Verken Statistisk sentralbyrå eller NSD er ansvarlig for analysen av data eller de tolkninger som er gjort her.

mindre studert i Norge. Andre grunner til å studere dette temaet kan knyttes til samfunnsmessig og sosiologisk relevans.

1.3.1 Samfunnsmessig relevans

As international evidence continues to accumulate, documenting the relationship between socio-economic status and health, a good case can be made that this is the major unsolved public health problem of the industrialised world. (Marmot mfl. 1997: 901)

Sosial ulikhet i helse kan forstås som et folkehelseproblem fordi helseulikhetene rammer store deler av befolkningen. Dersom alle hadde like god helse som de med høyest sosioøkonomisk status ville den samlede folkehelsen forbedres (Sund og Krokstad 2005). I tillegg stiller slike sosialt betingede helseforskjeller oss ovenfor et rettferdighetsproblem i et samfunn hvor man ønsker at alle innbyggere skal ha like muligheter til å oppnå god helse.

Å utjevne helseforskjeller er i dag et uttalt politisk mål. Stortingsmelding nr 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*, vektlegger fire innsatsområder for å redusere de sosiale helseforskjellene. Disse er 1) å redusere sosiale forskjeller som bidrar til helseforskjeller, 2) Redusere sosiale forskjeller i helseatferd og bruk av helsetjenester, 3) Måltrettet innsats for sosial inkludering og 4) Utvikle kunnskap og sektorovergripende verktøy.

Særlig med hensyn til de to første innsatsområdene gir studier av barn og unges helse vesentlig innsikt. For å redusere sosiale forskjeller som bidrar til helseforskjeller er barndommen et viktig utgangspunkt, siden det er her grunnlaget for videre helse legges. Barns helse har altså betydning langt ut over sykkelighet og dødelighet i selve barnealderen. Tidlige påkjenninger og omgivelser kan akkumuleres gjennom livsløpet og føre til fremtredende forskjeller senere i livet (Kuh mfl. 1997:184). Slik kan studier av barn og unges helse også gi en pekepinn på hva som kan bli fremtidige helseutfordringer. Ungdom er også en viktig målgruppe i det helsefremmende arbeidet for å redusere sosiale forskjeller i helseatferd. Det er i ungdomsårene at helseatferd, helsevaner og livsstil etableres (Klepp mfl. 1997:9), og ungdom utgjør dermed det segmentet av samfunnet som har størst potensial til å dra fordel av politiske beslutninger og helseinitiativer basert på forskning og informasjon.

I tillegg kan barn og unges helse karakterisere samfunnets evne og vilje til å yte omsorg. Dette kan begrunnes i at barn og unge er uten politisk innflytelse og mulighet til å endre de omgivelser de er del av, og de er dermed ekstra sårbare for hvordan samfunnet sikrer deres helsebehov (Grøholt og Nordhagen 2002). Dersom foreldres sosioøkonomiske status allerede ”kroppsliggjør” seg i barneårene som dårlig helse, kan dette si noe om det samfunnet vi lever i og hvorvidt tiltak faktisk har effekt.

1.3.2 Faglig relevans

Sosial ulikhet er et av sosiologiens hovedtema, og henspeler på at sosiale goder er ulikt fordelt i befolkningen (Hansen og Engelstad 2005:154). I forbindelse med oppgavens sosiologiske relevans vil jeg særlig trekke frem forståelsen av sosial ulikhet i helse som et *sosialt fenomen*. Sosiale helseforskjeller kan forstås som et sosialt fenomen fordi det ikke handler om individuelle helsevariasjoner, men om forskjeller i aggregert helse mellom befolkningskategorier. Vi benevner altså først en ulikhet som sosial når de individuelle forskjellene summeres til systematiske forskjeller (Elstad 2000:8). I følge Hedström (2005) er et av sosiologiens hovedanliggende å forklare sosiale fenomener, hvor forholdet mellom sosial struktur og aktørenes handlinger står sentralt. Hvilke av disse som har kausal forrang er et spørsmål som står sentralt i sosiologien (Aakvaag 2008:30). De to motpolene kan representeres av de som på den ene siden ser aktørens handlinger som determinert av den sosiale struktur, og på den andre siden de som vektlegger at det er aktørenes frie handlinger som legger føringer på strukturen. Mer vanlig er det å forstå aktør og struktur som gjensidig relatert, hvor sosiale ulikheter produseres og opprettholdes av samspillet mellom den sosiale strukturen og aktørens handlinger. Graham (2007:47) vektlegger at denne dualiteten er særlig viktig i forståelsen av helseulikheter fordi ”people’s bodies are sandwiched between the two”.

1.4 Oppgavens struktur

Kapittel 2 er en gjennomgang og avklaring av sentrale begreper. Disse er helse, barn og ungdoms sosioøkonomisk status og skillet mellom barn og ungdom. Spesielt viktig i dette kapittelet er distinksjonen som introduseres mellom ulike dimensjoner av barns helse: langvarig helsesituasjon, helsepotensial og kortsiktig helsetilstand. I kapittel 3 tar jeg for

meg teoretiske perspektiver for å forklare hvordan ulike drivkrefter kan generere sosioøkonomisk ulikhet eller likhet i helse blant barn og ungdom. Søkelyset settes både på *hva* som har betydning for populasjonens helse og *hvorfor* slike helsedeterminanter er ulikt fordelt mellom de sosiale posisjonene. I tillegg gis en utførlig gjennomgang av West sin hypotese og de betingelser som må være til stede for at sosioøkonomiske ulikheter skal utjevnes i ungdomstiden. Kapittel 4 er en gjennomgang av tidligere norsk og nordisk forskning om sosial ulikhet i helse blant barn og ungdom. Denne begrensningen er gjort siden landene har mange likhetstrekk både med hensyn til velferdstjenester og offentlige investeringer, og alle kan betegnes som relativt høyinntektsland. Det er dermed sannsynlig at en finner noenlunde samme helsemønster blant barn og unge i disse landene. Gjennomgangen er inndelt etter ulike dimensjoner av helse. Sammen med de teoretiske forklaringene danner den tidligere forskningen grunnlaget for å formulere hypoteser om hva vi kan forvente å finne i denne studien.

I kapittel 5 gis først en gjennomgang av datamaterialet og vurderinger knyttet til dette. Deretter operasjonaliseres variabler, og det presenteres univariat statistikk for hvordan utvalget fordeler seg på disse. Til sist i kapittelet beskrives de statistiske metodene som er benyttet i analysene. De tre neste kapitlene er viet analyser. I kapittel 6 og 7 står det første forskningsspørsmålet i sentrum, hvor kapittel 6 undersøker bivariate sammenhenger mellom sosioøkonomisk status og helse, mens i kapittel 7 inkluderes flere variabler i logistisk regresjon for å se om disse har betydning for barn og unges helse. Kapittel 8 involverer en empirisk test av utjevningshypotesen. I kapittel 9 oppsummeres hovedfunnene, mulige begrensninger ved studien drøftes, og funnene diskuteres i forhold til mulige forklaringer.

2. Begrepsavklaringer: helse, ungdoms sosioøkonomiske status og skillet mellom barn og unge

Hensikten med dette kapitlet er å gi en innføring i sentrale begreper som vil benyttes videre i oppgaven. Første del vil omhandle helse, og hvordan dette best operasjonaliseres hos barn og unge. Neste del fokuserer på problematiske trekk ved å bruke foreldres status som mål på ungdoms sosioøkonomiske posisjon. Til sist vil begrepene barn og ungdom tas opp, hvor det fremlegges et forsøk på å skille mellom disse periodene på en fruktbar måte. Dette er sentralt i forbindelse med West sin utjevningshypotese.

2.1 Hva menes med helse?

Helse er et begrep som er vanskelig å definere, da det ikke finnes en entydig og allment akseptert definisjon på hva helse er. Skiftende ideologier, kunnskaps- og samfunnsutvikling og politiske mål gjør helsedefinisjoner foranderlige og midlertidige (Sund og Krokstad 2005). Likevel kan vi skille mellom tre helseorienteringer som har vært mye i bruk (Dahl 1994, Elstad 2000, Blaxter 2004), hvorav en av disse representerer en medisinsk tilnærming, mens de to andre kan forstås som mer sosiologiske.

2.1.1 Medisinsk tilnærming

Helsedefinisjonen har tett tilknytning til medisinen som definerer helse i negative termer: helse er fravær av død, sykdom og symptom (Dahl 1994:11). Basisparadigmet til medisin har vært den *biomedisinske modell*, som fortsatt er av betydning i medisinsk tankegang (Blaxter 2004:15). Den biomedisinske modellen er orientert mot hvordan sykdommer kan kureres og behandles, og det blir derfor opp til den medisinske profesjonelle å avgjøre helsetilstanden. Som navnet antyder, har denne modellen i stereotypisk form vært dominert av metodene og prinsippene til de biologiske vitenskaper (Blaxter 2004:11).

Helsedefinisjonen hviler på en biologisk standardisert forståelse av normalitet, og sykdom blir dermed et systematisk avvik fra den biologiske normen (Blaxter 2004:13). En sentral innvending mot den biomedisinske modellen har vært at den blir for smal siden helse

vurderes utenfor de sosiale miljøene, dermed kan en person bli klassifisert som syk selv om han/hun klarer seg godt i det sosiale livet (Elstad 2000:19). Medisinsk definert sykdom (disease) og det å føle seg syk (illness) trenger ikke nødvendigvis å være sammenfallende. I tillegg bør en helsedefinisjon også inkludere mer positive aspekter.

2.1.2 Sosiologiske tilnærminger

Helse som funksjon

Helse som funksjon representerer en mer sosial og sosiologisk helseforståelse. Perspektivet har røtter fra Parsons hvor helse ses som handlingskapasitet til å utføre fysiske oppgaver og oppfylle rolleforpliktelser. Evnen til å gjøre dette ble forstått som en funksjonell nødvendighet for at et sosialt system skal opprettholdes (Dahl 1994:13). Mennesket er først og fremst sosiale aktører, og for å samhandle med andre og realisere sine livssjanser er det en forutsetning at kropp og sinn fungerer. For eksempel er et visst helsenivå en forutsetning for at barn og unge skal kunne utøve visse fritidsaktiviteter og dra nytte av undervisningen i skolen. Helse er ut fra dette perspektivet et middel som muliggjør tilegnelsen av andre verdier, og i så måte utgjør dette et instrumentalistisk syn på helse (Elstad 2000:17).

Helse som velbefinnende

En mer positiv helsedefinisjon, hvor helse blir opphøyet som et mål i seg selv er Verdens Helseorganisasjon (WHO) sin helsedefinisjon: ” Helse er en tilstand av fullkommen fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende og ikke bare fravær av sykdom eller lyte.” (Fugelli og Ingstad 2001). Fravær av sykdom eller handlingskapasitet blir i følge denne definisjonen ikke tilstrekkelig for å ha god helse. Denne helseforståelsen står på mange måter i skarp kontrast til den biomedisinske orienteringen, i det den er både positiv og holistisk, heller enn negativ og reduksjonistisk. Helse forstås i relasjon til en større samfunnsmessig kontekst og ikke utelukkende i forhold til en individuell biologisk prosess (Blaxter 2004). Det gis også rom for en mer subjektiv oppfatning av egen helse, og ikke kun den medisinske vurderingen. Helse er tilstedeværelsen av livskvalitet, velvære og lykke, både sosialt og psykologisk (Dahl 1994:3). Imidlertid er et problem med å følge WHO sin helsedefinisjon at så og si hele menneskets eksistens blir inkludert, og det blir dermed svært vanskelig å bestemme hva som skal inkluderes som helseindikator, og hva som skal holdes utenfor.

En naturlig følge av at det finnes flere helsedefinisjoner som eksisterer side om side, er at det finnes en mengde instrumenter for å måle helse. Dette bringer oss over på hvordan vi på best mulig måte kan måle barn og unges helse.

2.1.3 Hva er egnede helseindikatorer for barn og ungdom?

I den voksne befolkningen er biomedisinske mål slik som dødelighet og ulike indikatorer på sykkelighet ofte benyttet, og begge disse representerer helseindikatorer med høy reliabilitet, altså at de er lite beheftet med feil. Siden helse er et relativt fenomen, som bedømmes i forhold til hva som er rimelig å forvente ut fra blant annet alder og sosial situasjon, trengs det helseindikatorer som er tilpasset den livs- og utviklingsfasen barn og ungdom er i. Norske barn og ungdom har gjennomgående god helse og er friske og funksjonsdyktige (Næss mfl. 2007:8). Selv om det eksisterer sosiale forskjeller i dødelighet også hos denne gruppen (Elstad 2005:35) er forskjellene så små at det blir en mindre god indikator. Av denne grunn tar noen studier utgangspunkt i den mer holistiske helsedefinisjonen, hvor ikke kun sykdom inkluderes, men også andre alderstilpassede fysiske, psykologiske og sosiale prestasjoner som kan foregripe fremtidig helse. Eksempler er skoleprestasjoner, risikofaktorer og sosiale relasjoner (West og Sweeting 2004). Et problematisk trekk ved at slike forhold inkluderes i selve helsebegrepet kan være at man mister muligheten til å studere hvordan de kan påvirke helsetilstanden (Blaxter 1990:41). Dersom en ønsker å avdekke relasjonen mellom sosioøkonomisk status og helse, er det derfor bedre at slike forhold inkluderes som uavhengige variabler, fremfor avhengige variabler.

Kortsiktig helsetilstand, langvarig helsesituasjon og helsepotensial

For å få med flere dimensjoner av barns helse, som også kan representere flere av helseforståelsene, vil det introduseres et skille mellom kortsiktig helsetilstand og langvarig helsesituasjon. Distinksjonen mellom de to helsedimensjonene er hentet fra Blaxter (1990, 2004) som skiller mellom helse som "health state" og helse som "health status". Den førstnevnte refererer til en kortsiktig og nåværende helsetilstand, som for eksempel fysiske og psykiske symptomer, og den andre til en mer varig helsesituasjon, som eksempelvis kan representeres av langvarig sykdom og fysisk form. Denne distinksjonen er i følge Blaxter ikke helt identisk med medisinsens skille mellom akutt og kronisk sykdom. All dårlig helse "...cannot be forced into one of these two categories: people may be 'chronic' sufferers from

acute conditions, longterm chronic disease results in varying degrees of acute illness at any particular time” (Blaxter 2004:10).

Siden det ikke finnes noen god norsk oversettelse på de engelske begrepene vil jeg i oppgaven bruke kortsiktig helsetilstand om ”health state” og langvarig helsesituasjon om ”health status”². Ved å bruke et slikt skille inkluderes de mer objektive og medisinske aspekter ved helse når vi fokuserer på langvarig helsesituasjon, og vi får en tilnærming til mer subjektive erfaringer av egen helse ved å fokusere på kortsiktig helsetilstand. Langvarig helsesituasjon og kortsiktig helsetilstand representerer aspekter av helse som stort sett kan erfares uavhengig av hverandre og kan måles hver for seg. De kan dermed potensielt påvirkes ulikt av sosioøkonomiske innflytelser.

Ifølge West og Sweeting (2004) kan også indikatorer for det de kaller helsepotensial inkluderes som en del av langvarig helsesituasjon. Helsepotensial vil i denne oppgaven behandles som en egen dimensjon, da det knytter seg noe ulike forventninger til denne dimensjonen sammenlignet med langvarig helsesituasjon. I denne oppgaven vil helsepotensial oppfattes som helsedimensjoner som ikke *direkte* representerer en syk/frisk dimensjon. Slike forhold kan likevel ha betydning for barns helse. Særlig i et livsløpsperspektiv kan slike dimensjoner reflektere at noen har et mer uheldig utgangspunkt enn andre. Kroppshøyde benyttes gjerne som en indikator på helsepotensial, og kan forstås som en markør for sosioøkonomiske forhold i barndommen (Sund og Krokstad 2005:57). Selv om høyde påvirkes av genetiske forhold, har oppvekstbetingelser også sammenheng med høyde. For eksempel kan både ernæringsmessige forhold og uheldige psykososiale omstendigheter hemme kroppslig vekst (Elstad 2008:190). Noe lignende kan sies å gjelde overvekt som også vil anses som en indikator på helsepotensial. Dette helsemålet er likevel noe mer problematisk å kategorisere herunder, da overvekt og fedme også blir definert som en kronisk lidelse (blant annet Grøholt mfl 2001). Overvekt er en risikofaktor for sykdom og plager, og er nært knyttet til for eksempel utvikling av diabetes. At noe medfører risiko for sykdom trenger likevel ikke og forstås som en sykdomstilstand i seg selv (Lian 2003:45). Når det er disse to forholdene som hovedsakelig benyttes som indikatorer på helsepotensial, kunne også ”kroppslig utvikling” vært en mulig betegnelse. Når jeg velger å benytte

² Alternative betegnelser kunne vært ”forbigående helseplager” og ”langvarige/kroniske helseplager”, men disse begrepene fremstår noe smalere enn de jeg har valgt å anvende.

helsepotensial er dette fordi det kan forstås som et videre begrep, hvor også andre forhold som helseatferd og livsstil kan inkluderes, og fordi det er i tråd med hvordan begrepet tidligere er blitt benyttet.

I forbindelse med distinksjonen mellom disse tre dimensjonene er det på sin plass å presisere at de er ment som ”idealtypiske”, det vil si at de forstås som nyttige analytiske verktøy for å kategorisere ulike helseutfall. I virkeligheten er det vanskelig å dra absolutte skillelinjer mellom dimensjonene, da noen helseutfall vil kunne kategoriseres som del av flere helsedimensjoner. De valg som er gjort i denne studien er blant annet motivert ut i fra hvordan West og Sweeting (2004) og Elstad (2008) har kategorisert i forhold til disse dimensjonene.

Foreldrerapportert helse versus barnerapportert helse

Et annet forhold av betydning når barns helse skal kartlegges gjennom en surveyundersøkelse er hvem som rapporterer. Et gjennomgående funn i studier som har sammenlignet foreldrerapportert og barnerapportert helse er en diskrepans mellom disse, hvor barn oftere rapporterer dårligere helse enn det foreldrene gjør (Sweeting og West 1998, Johnson og Wang 2008). Et slikt forhold er viktig å vurdere i min studie, i og med at helsemålene kun er basert på foreldres rapporteringer. Sweeting og West (1998) sin studie tyder på at barn og foreldre rapporterer ca likt nivå av begrensede langvarig sykdom, som for eksempel astma, diabetes og hudproblemer, og knytter dette til at både foreldre og barn kjenner til og forholder seg til en vanlig diagnose eller synlig sykdom. For mer opplevelselsesrelaterte aspekter ved barns helse som symptomer og vurderinger av generell helse er det større avvik, noe som blant annet kan knyttes til at dette er subjektive erfaringer som i ulik grad rapporteres videre til foreldrene.

2.2 Sosioøkonomisk posisjon blant ungdom

Denne oppgaven begrenser seg til å se på sosioøkonomisk ulikhet i helse blant barn og unge, og ikke andre type ulikheter, som for eksempel geografiske eller etniske. Sosioøkonomisk ulikhet dreier seg om at fordelingen av goder og ressurser systematisk følger rangordnede posisjoner i samfunnet (Sund og Krokstad 2005), hvor posisjonene i hierarkiet som regel identifiseres ved hjelp av individets yrke, inntekt eller utdanning. Yrke er et av hovedmålene

på klassetilhørighet, og har vært mye benyttet for å beskrive forskjeller etter sosial klasse (Næss mfl. 2007:6). Inntekt er lettere å rangordne enn yrke, og kan si noe om familiens økonomiske status. Til sist kan utdanning sees som et mål på den sosiale status eller prestisje familien har i samfunnet (Chen mfl. 2006, Boyce & Dallago 2004). Dimensjonene er ofte sammenfallende ved at de som har høy plassering på den ene dimensjonen også har det på de andre, for eksempel har gjerne de med høy utdanning et yrke med god inntekt. På den andre siden har studier vist at den enkelte indikator kan ha ulik effekt for de enkelte helseutfall (Chen mfl. 2006). Dette kan tilsi at de sosioøkonomiske indikatorene i noen grad representerer ulike underliggende virkningsmekanismer.

Når foreldres utdanning, yrke eller inntekt anvendes som indikator på barns sosioøkonomiske posisjon, er dette basert på en antagelse om at sosioøkonomisk posisjon i barndom og ungdom er tilskrevet, heller enn oppnådd. Dette er mer problematisk med hensyn til ungdom, enn barn, siden disse er i en mellomstilling mellom barndom og voksenlivet (Næss mfl. 2007). Spørsmålet om når ungdom har sin egne sosiale karriere blir derfor sentralt. Hagquist (2006) argumenterer for at siden ungdomstiden kjennetegnes av en utvikling hvor en beveger seg inn mot en egen kurs, kan det rettferdiggjøres at man i stedet for å fokusere på sosioøkonomisk opprinnelse fokuserer på sosioøkonomisk destinasjon. Akademisk orientering (Hagquist 2006) eller skoleprestasjoner (Koivusilta mfl. 2006) har derfor blitt benyttet som mål på ungdoms egne sosiale posisjon. Uansett hvordan en velger å operasjonalisere sosioøkonomisk posisjon, er det viktig å huske at sosioøkonomiske indikatorer alltid vil tjene som *markører* for et konsept som de delvis, men aldri fullt representerer (Graham 2007), og det beste er i så måte å ha med flere indikatorer for å fange inn ulike aspekter.

2.3 Skillet mellom barndom og ungdom

Selv om en anerkjenner at det eksisterer ulike stadier i barneårene er det vanskelig å gi presise definisjoner på barn og ungdom, og særlig hva som skiller disse. Begrepene er i stadig forandring. For eksempel var ungdomsfasen noe som for det store flertall av unge mennesker ikke eksisterte før etter 2. verdenskrig (Vaagland mfl. 2000:28). Den enkleste måten å definere ungdom på ville være etter kronologisk alder, men dette gjør det vanskelig å avgrense både i forhold til barnealder og til voksenhet, i tillegg til at det ikke fanger opp at

ungdomskategorien er foranderlig og avhengig av samfunnsmessige forhold (Øia og Strandbu 2007:9). Potensialet for å forstå de underliggende prosessene som frembringer helseulikheter i de ulike fasene begrenses også med en slik tilnærming (West 1997). West mener det heller er ulike *erfaringer* som burde danne grunnlaget for skillet, i forhold til den relative betydningen av familie og bakgrunn på den ene siden, og betydningen av skolen, venner og ungdomskultur på den andre siden. Hans definisjon av ungdom er ”a stage in the life-course associated with the secondary school and the post-school period up to the time at which most adult roles are assumed” (West 1997:836). Han skiller videre mellom tidlig og sen ungdomstid, hvor tidlig ungdomstid knyttes til ungdomsskolen og utjevning av helseforskjeller. I denne studien er det på denne gruppen fokuset vil være, ettersom enhetene er fra 6 til 15 år.

I norsk kontekst og med hensyn til utviklingen de senere år kan det spekuleres i om ungdomsskolen er et noe for sent skille mellom barndom og tidlig ungdom. I følge Frønes (1998) kommer de uklare grensene mellom barndom og ungdom tidligere enn før. Blant annet er tenåringsfasen blitt utvidet med en pre- og tidligpubertet som betegnes som *fjortis*. Disse fremtrer som en egen gruppe både sosialt og kulturelt (Frønes og Brusdal 2000). Som fase kjennetegnes den av å være en lek- og eksperimenteringsfase hvor det er viktig å ”finne seg selv”. I denne fasen er utviklingen av en sosial identitet sentral, hvor sosiale signaler i form av klær og stil er viktig for å fortelle hvem man er og hvem en vil være (Frønes og Brusdal 2000:52-53). Et annet begrep som kan illustrere de noe uklare grensene er begrepet *tweens*. Dette er et begrep fra USA som særlig brukes om jenter mellom 9 og 14 år. Dette begrepet henspiller på at man er noe midt i mellom, man er ikke helt barn, men heller ikke helt ungdom (Stokke 2007). Barndommen og dens uskyld er krympet i forhold til tidligere, da jenter i 5. klasse i dag gjør det samme som jenter i 9. klasse gjorde for 10 år siden. Likevel er ikke den fysiologiske pubertetsalder endret (Stokke 2007). Dette kompliserer skillet mellom barn og ungdom. I denne studien er det i tråd med West sin ungdomsdefinisjon, først og fremst hvordan endrede sosiale erfaringer påvirker helse som er av interesse, noe som peker mot et tidligere skille enn ungdomsskolen. Samtidig vil også kroppslige endringer sannsynligvis ha betydning for barn og unges helse. Disse ulike erfaringene vil også delvis overlape, og denne kompleksiteten er verdt å ha med seg når en studerer barn og ungdoms helse. Skillet mellom barndom og ungdom som benyttes i denne studien operasjonaliseres i avsnitt 5.2.2.

3. Teoretiske forklaringer

I dette kapitlet vil jeg ta for meg teoretiske perspektiver som tar sikte på å forklare hvordan ulike drivkrefter kan generere sosioøkonomisk ulikhet eller likhet i helse blant barn og ungdom. Et sentralt spørsmål vil hele tiden være hvordan sosiale prosesser og mekanismer kan gi biologiske konsekvenser i form av mindre god helse. Å forklare med mekanismer vil si å gjøre det observerte mønsteret forståelig ved å vise til detaljer om hvordan mønsteret ble frembrakt (Hedström 2005). Elstad (2000) har en slik tilnærming til feltet når han understreker at forklaringer for sosial ulikhet i helse vanligvis adresserer to spørsmål. Det ene er hva som først og fremst har betydning for populasjonens helse, altså *hva* som er de viktigste helsedeterminanter. Det andre spørsmålet er *hvorfor* slike helsedeterminanter er ulikt fordelt mellom de sosiale posisjonene. Hva er de sosiale prosesser som gjør at barn og unges helse er relatert til strukturelle trekk ved samfunnet, slik at resultatet blir sosial ulikhet i helse? Eller i motsatt tilfelle; hvilke prosesser kan tenkes å være involvert for å utjevne sosiale helseforskjeller?

Forklaringer for sosial ulikhet i helse har gjerne tatt utgangspunkt i Blackrapportens forklaringsparadigme, som skiller mellom fire ulike typer forklaringer: artefaktforklaringer, seleksjons-/mobilitetsforklaringer, materialistiske/strukturalistiske forklaringer og forklaringer knyttet til helseatferd og livsstil (Macintyre 1997:727). Artefaktforklaringen innebærer at sosiale ulikheter ikke er reelle. De ulikheter som observeres tilskrives forskningsprosessen og metodiske forhold. I en mer modifisert form antas det at styrken på sammenhengen avhenger av hvordan sosial klasse og helse er målt (Macintyre 1997:727). Seleksjonsforklaringen antar at de som har god helse stiger i det sosiale hierarki, mens de som har dårlig helse beveger seg nedover. De to andre forklaringene kan betegnes som sosiale årsaksforklaringer (Sund og Krokstad 2005:48). Dette innebærer at det er de sosiale forholdene, som generelle levekår og helseatferd, som gjør at de med lav sosioøkonomisk status har dårligere helse.

I dette kapitlet vil jeg gå nærmere inn på de to sistnevnte forklaringene, i tillegg til det som kan kalles psykososiale forklaringer, som er kommet mer på banen de senere tiår (Elstad 1998), for å forklare sosial ulikhet i helse blant barn og unge. Fokus er dermed på de forklaringene som opererer med en antagelse om at det er de sosiale omgivelser som

påvirker helse. Dette betyr imidlertid ikke at de to andre forklaringene ikke har betydning for barn og unges helse, men de anses som mindre relevante. Artefaktforklaringen er viktig i enhver studie av sosial ulikhet i helse, men slike forhold vil i denne studien heller tas hensyn til i forbindelse med operasjonalisering av variabler og empiriske funn.

Seleksjonsforklaringer bør heller ikke avfeies, da de kan ha sin relevans dersom mor og far ikke fullfører utdanning, eller må bytte jobb som gir lavere inntekt, som en konsekvens av barnets sykdom. Likevel er det sannsynlig at slike prosesser har mindre betydning for barn og ungdom enn for voksne. St.meld nr 20 (2006-2007) fremhever også at det er de sosiale forhold som har størst betydning for helse, og ikke omvendt.

For å forklare sosial *likhet* i helse vil utjevne krefter som økonomisk vekst og velferdsordninger trekkes frem. Dette er i stor grad sammenfallende med det som kalles den neo-materialistiske forklaringen. I tillegg vil West (1997) sin mer spesifikke hypotese om at aldersbaserte innflytelse i ungdomstiden bufrer klassebaserte innflytelse gjennomgå som en forklaring for sosial likhet i helse blant ungdom. For å gjøre de ulike forklaringene relevante for barn og ungdom vil det trekkes inn eksempler knyttet til familien, skole, venner og fritid/ungdomskultur, som også er de kontekster West (1997) mener kjennetegner ungdomstiden.

3.1 Forklaringer til sosioøkonomisk ulikhet i helse blant barn og ungdom

3.1.1 Materialistiske/strukturalistiske forklaringer

Disse forklaringene har fokus på hvordan samfunnets makrostrukturer determinerer distribusjonen av ressurser, og dermed skaper sosial ulikhet mellom mennesker. Den opprinnelige versjonen av denne forklaringen antar at de ulike sosioøkonomiske posisjonene utsettes for svært ulikt fysisk miljø, både i boliger, arbeidsliv og nabolag, og at det er slike fysiske omgivelser som er hovedårsaken til helseulikhetene (Macintyre 1997). Helse forstås altså i dette perspektivet som et produkt av de fysiske omgivelser mennesket er del av, hvor det ikke er opp til individene selv og endre disse omgivelsene (Elstad 2000:44).

Barn kan hevdes å spesielt være i en posisjon uten mulighet til å endre de fysiske omgivelser de er del av, som boforhold og forurensning i boligområdet. For eksempel viste Stefansen og Skevik (2006) i en undersøkelse av lavinntektsfamilier som bor i kommunale boliger, at de preges av trangboddhet, dårlig materiell standard, støy, fukt, trekk og kulde. En del av dette er trekk som kan ha direkte innvirkning på barnets helse, i tillegg til at det kan ha uheldige konsekvenser på lengre sikt. Slik kan denne versjonen av forklaringen ha sin relevans for barn og unge. Imidlertid kan det antas at de færreste barnefamilier har så dårlige boliger og materiell standard at dette i seg selv har en direkte effekt på barnas helse. Det er dermed sannsynlig at slike prosesser har større forklaringsverdi for de mest depriverte gruppene i samfunnet, og ikke for å redegjøre for en gradient i helse. Dette er også den sentrale kritikken mot den opprinnelige forklaringen og de helsedeterminanter den postulerer (Elstad 2000:48). En imøtekomning av denne kritikken er å beholde antagelsen om strukturell determinisme, men inkludere flere typer helsedeterminanter, som helseatferd og psykososialt miljø. Dette kan anses som en svakere versjon av den materialistiske forklaringen. Kjernen blir ikke lenger den fysiske karakteren til helsedeterminantene, men heller de sosiale omgivelsene som fører til ulik eksponering av forhold som er av betydning for helse (Elstad 2000:52). Med denne reformuleringen favner forklaringen videre og tar inn helsedeterminanter som lettere kan relateres til barns helse.

Dersom vi forstår sammenhengen mellom inntekt og helse som mediert av helseatferd, er det flere prosesser som kan trekkes frem som relevant for barn og unges helse. For eksempel innebærer en sunn livsstil at man har et ernæringsmessig riktig kosthold. Dette kan være vanskelig for lavere sosiale grupperinger, i og med at sunne matvarer, som frukt og grønt, er relativt dyrt. Et fettholdig kosthold kan påvirke barns kroppslige utvikling, og de kan utvikle overvekt og fedme. En slik uheldig utvikling har også sammenheng med hvorvidt barna har mulighet til å drive med helsefremmende aktiviteter. I dag er barns fritid i stor grad kommersialisert, noe som innebærer mindre lek på gater og parker enn tidligere (Brusdal 2004a). Barn er medlemmer av ulike foreninger eller klubber som har kontingenter og inngangspenger. Både fotballtreningen, slalåmbakken, karatetreningen og svømmehallen koster penger. En undersøkelse fra Oslo viser at det er en positiv sammenheng mellom familiens økonomi og ungdoms deltakelse i idrettslag (St.mld nr 20:39). Dersom mulighet til fysisk aktivitet begrenses av familiens økonomi, kan dette medføre uheldige virkninger for barns helse. Å bruke tiden sin på slike aktiviteter gjør også at det blir mindre tid til aktiviteter assosiert med risiko, som å drikke alkohol eller kjøre moped. I tillegg kan det å

ikke ha mulighet til å delta i slike organisasjoner på grunn av trang familieøkonomi, ha mer psykososiale konsekvenser i form av at barnet kan føle seg utstøtt fra sosiale arenaer hvor andre barn tilbringer tiden.

Et annet forhold som kan forstås som delvis determinert av strukturelle forhold er oppsøking av helsetjenester. Økonomisk kan økende egenandeler fungere som en hindring når utsatte grupper kontakter helsevesenet. Foreldres utdanning kan også ha betydning, da foreldre med høy utdanning kan være flinkere til å overtale allmennlegen videre til spesialist, eller at de har lettere for å ta direkte kontakt med spesialist selv (Grøholt og Nordhagen 2002). Dette kan bidra til at barn av foreldre med høy sosioøkonomisk status får raskere behandling og veiledning for sine problemer.

Selv om noen av disse forholdene kan virke som om de er av mindre betydning, kan akkumulering av slike forhold over tid bli en helsebelastning for barna. Likevel kan de mekanismene som her er eksemplifisert i de fleste av tilfellene suppleres med ytterligere prosesser, slik at de fremstår mer fullstendige. En forståelse av at folk er strukturelt determinert med hensyn til hvilke helsedeterminanter de møter, om det så er fysisk miljø, helseatferd eller psykososialt miljø, fremstår som en for enkel antagelse som ikke speiler samspillet mellom individ og samfunn. Både i forklaringer som fokuserer på livsstil/helseatferd og psykososiale omgivelser er individet mer tilstedeværende.

3.1.2 Livsstil og helseatferd

Felles for disse forklaringene er at de vektlegger sammenhengen mellom sosial status og helseatferd, og forklarer sosial ulikhet i helse som en konsekvens av ulik helseatferd.

Sammenhengen mellom sosial status og helse forstås dermed som mediert, hvor de mest sentrale atferdsområdene fremstilles som kosthold, fysisk aktivitet, alkohol og røyk (Blaxter 1990:113). Også i denne forklaringen vektlegges faktorer i de fysiske omgivelser, men hvordan man konfronterer disse er mindre determinert enn i den materialistiske forklaringen (Elstad 2000:53). Sammenhengen mellom helseatferd og helse tok i sin tid en stund å etablere (Elstad 2000:63-64), men den fremstår i dag mer selvsagt. Fokus i disse forklaringene er derfor heller på de sosiale prosessene som genererer en sammenheng mellom sosial posisjon og helseatferd. Spørsmålet blir dermed: hvorfor kan det tenkes at barn og ungdom fra lavere sosiale posisjoner har en livsstil og atferd som er mindre

helsefremmende enn høyere sosiale posisjoner? Tilnærminger til hvilke prosesser som kan ligge til grunn for de sosioøkonomiske ulikhetene i helseatferd kan grupperes i to: hypotesen om helsekunnskap/oppfatninger og livsstilsperspektivet (Elstad 2000).

Den førstnevnte av disse forklaringene fokuserer på at høyere sosiale posisjoner har mer kunnskap om hvilke faktorer som gir grunnlag for et helsefremmende liv og at de dermed er mer bevisste på hvordan de lever. Lavere sosiale posisjoner antas å ha mindre kunnskap og bevissthet rundt dette. Modellen er blitt karakterisert som individualistisk og kognitiv. Individualistisk fordi den inkluderer personlige trekk som evne til å ta til seg informasjon og selvtillit, og kognitiv fordi den vektlegger kunnskap og utdanning (Elstad 2000:57). Usunne vaner forstås først og fremst som et resultat av manglende kunnskap. Et underliggende ideal er at folk skal oppfatte sin helsesituasjon som et resultat av egne handlinger, slik at de velger atferd som forstås som helsefremmende (Elstad 2000:56). Helsefremmende kampanjer og pensum i skolen er et eksempel på at et slikt perspektiv rettes mot barn og ungdom. Ved å lære om de negative effektene av røyking, et fettholdig kosthold og fysisk inaktivitet, er målet at denne kunnskapen skal bidra til at de senere avstår fra å velge slik. Også mer generelt i samfunnet og i mediene er det for tiden et enormt fokus på ”riktig” og ”gal” helseatferd. Siden dette er ideer som omgir oss på de fleste hold bygger denne modellen kanskje på gale forutsetninger når den antar at lavere lag har mindre kunnskap om hva som fremmer helse. Høy utdanning er ingen forutsetning for å kjenne til hvordan kosthold og mangel på fysisk aktivitet kan føre til overvekt, og risiko for hjerte- og karsykdommer. På samme måte er det få som begynner å røyke fordi de tror det er sunt. At det likevel eksisterer en sammenheng mellom helseatferd og sosial posisjon tyder på at oppfatninger og kunnskap kun i begrenset grad forklarer hvorfor man handler som man gjør. Her er vi ved kjernen av kanskje den viktigste innvendingen til denne forklaringen; kan en individbasert modell forklare kollektive mønstre? Individets handlinger og kunnskap blir i denne forklaringen løsrevet fra den sosiale kontekst (Nettleton 1995, Elstad 2000), og forklaringen gir ingen gode argumenter for hvorfor folk fra lavere sosiale posisjoner trekkes mot dårlige helsevaner (Cockerham 2007:3)

Livsstilsperspektivet

Å se helseatferd som et resultat av livsstil innebærer å se helseatferden i en større sammenheng. Livsstil er mer enn helseatferd, fordi det dreier seg om hvordan individer lever

og handler mer generelt. I livsstilsperspektivet inkluderes de sosiokulturelle strukturene folk handler i forhold til (Nettleton 1995), slik at det gjensidige samspillet mellom aktør og struktur kommer mer til syne. Dette illustreres på en god måte gjennom Weber sitt skille mellom livsvalg og livssjanser. Livssjanser representerer det strukturelle, og er ressurser, midler og muligheter som gis av individets posisjon i den sosiale struktur. Livsvalg er individets faktiske valg av atferd og forbruksmønstre, men disse er gjennom individets livssjanser forankret i den sosiale struktur (Cockerham 2007, Elstad 2000, Blaxter 2004). De ulike sosiale posisjonene forstås altså som å ha noenlunde like livssjanser, slik at deres valg tenderer i samme retning. Slik frembringes kollektive livsstiler, og den enkelte sosiale posisjon får sin karakteristiske livsstil. Selv om ulike livsstilstilnæringer slik sett har noen fellestrekk, gis aktør og struktur noe ulik plass i de ulike tilnærmingene.

Livsstil kan på den ene siden forstås som et *resultat av strukturelle krefter*, ved at valg formes av sterke økonomiske og sosiale krefter. Denne forståelsen har mye til felles med reformuleringen av den materialistiske forklaringen, bortsett fra at her vektlegges også det begrensende ved vaner og tradisjoner. En representant for denne forklaringen er Townsend som har vist hvordan personer med lav inntekt, vil ha problemer med å ivareta et sunt og variert kosthold da dette krever et visst inntektsnivå (Elstad 2000:59). Sammenlignet med den individualistiske modellen ovenfor er det her heller mulighetene, enn kunnskapen, som begrenser helseatferden.

Livsstil kan alternativt forstås som en *markør for identitet og gruppeidentitet*. Innenfor denne forståelsen av livsstil er både Bourdieu sitt habitus-begrep og Giddens sin modernitetsteori mye anvendt (Elstad 2000). Habitus kan forstås som et integrert system av varige og kroppsliggjorte disposisjoner som regulerer hvorledes vi oppfatter, tenker, vurderer og handler i den fysiske verden (Aakvaag 2008). I og med at habitus først og fremst er et produkt av klassespesifikk sosialisering og bestemte erfaringer, er dette det formidlende ledd mellom sosiale strukturer og menneskenes handle- og tenkemåter (Østerberg 1995:24). I habitus ligger det altså innbakt bestemte preferanser for handling, som er dels bevisste og dels ubevisste. At de ulike sosiale klassene har ulik livsstil er i dette perspektivet et resultat av at de har ulike preferanser, som skaper ulik smak og sosiale praksiser. For barn og unge kan det oppstå en sosial gradering i helsevaner fordi man i kraft av sin sosioøkonomiske plassering har en habitus som disponerer for en bestemt atferd og livsstil. For eksempel kan

det tenkes at ulike sosiale posisjoner har ulik oppfatning om hva det er verdifullt å bruke fritiden sin på, hvor for eksempel friluftsliv verdsettes mer innen høyere sosiale posisjoner.

Til tross for at Bourdieu hevder at hans aktører også kan endre livsstil og slik virke tilbake på strukturen, er hans perspektiv blitt kritisert fordi strukturen er mer tilstedeværende enn aktøren (Aakvaag 2008). Giddens (1991) vektlegger i større grad individets refleksivitet i sin forståelse av livsstil, og hans perspektiv er dermed mer dynamisk. Giddens definerer livsstil slik: "A lifestyle can be defined as a more or less integrated set of practices which an individual embraces, not only because such practices fulfil utilitarian needs, but because they give material form to a particular narrative of self-identity" (Giddens 1991:81). Denne definisjonen setter fokus på hvordan det i det moderne samfunn er viktig å skape seg selv, og at dette innebærer valg. Hvilken livsstil vi har er ikke gitt, men må velges. Barne- og særlig ungdomsfasen er en finne-seg-selv fase hvor mye identitetsarbeid utøves. Gjennom å føre en bestemt livsstil kan man differensiere og distansere seg fra de en ikke vil identifiseres med, samtidig som man kan uttrykke likhet og fellesskap med andre (Brustad 1999). Ifølge Klepp mfl. (1997) har undersøkelser vist at helsevanene i stor grad blir formet av de påvirkninger en utsettes for fra andre personer. For ungdommens del er påvirkningene fra jevnaldrende avgjørende både for valg av livsstil og for ens helsevaner. Helseatferd som røyking og alkohol er ikke isolert atferd, men kan ha viktige sosiale funksjoner for å markere gruppeidentitet. Barn og ungdommers valg av livsstil skjer i en sosioøkonomisk kontekst som også vil legge føringer på hvilke valg man tar. Dersom barn og ungdom søker likesinnede når de velger venner, og dermed velger venner fra samme sosiale lag som sitt eget, kan den sosiale gradienten i helseatferd opprettholdes også blant de unge.

Det er altså ulike tilnærminger til hvorfor helseatferd varierer etter sosioøkonomisk status. Felles for alle er at de argumenterer for at helseatferd og livsstil følger et sosioøkonomisk mønster, og at denne helseatferden i så måte er en viktig faktor for å forklare den sosioøkonomiske gradienten i helse. Imidlertid peker empiriske undersøkelser mot at helseatferd statistisk sett ikke kan forklare bort det sosioøkonomiske helsemønsteret (Elstad 2000:68). Helseatferd kan dermed forklare langt mindre av de sosiale ulikhetene enn det forklaringen postulerer. Det er også påpekt at helseatferd kan være egnet til å forklare noe av forskjellene i typiske livsstilsykdommer, men at de er av mindre relevans for å forstå sosiale forskjeller i andre helseutfall (Blaxter 1990). Vi kan tenke oss at spesielt med hensyn til å

forklare mer psykososiale helseproblemer blant barn og unge kommer slike forklaringer til kort.

3.1.3 Psykososiale forklaringer

Som nevnt innledningsvis i oppgaven er sannsynligvis de psykososiale helseproblemene det viktigste problemområdet for barne- og ungdomsgruppene. For å forklare slike helseproblemer er det rimelig å anta at de psykososiale forklaringene er bedre egnet enn de forklaringene som fokuserer på det fysiske miljø eller helseatferd som hovedårsak til sosioøkonomisk ulikhet i helse. Psykososiale forklaringer vektlegger sosiale omgivelser og relasjoner, fremfor fysiske omgivelser, som en viktig forklaring av sosioøkonomiske helseforskjeller (Elstad 2000). Slike forklaringer er i så måte mer sosiologiske enn de foregående, som i mindre grad vektla menneskets sosiale natur.

Innenfor disse forklaringene kan det i følge Elstad (2000:69) observeres to ulike tendenser til hvordan en forstår helsedeterminantene. Den første hovedtendensen fokuserer på helserelatert atferd som en hovedsakelig helsedeterminant. Usunn atferd forstås ikke her som å først og fremst være et resultat av helseoppfatninger eller livsstil. Atferden oppstår snarere som en reaksjon på stress og påkjenninger, hvor kortsiktig, selvdestruktiv og desperat atferd fungerer som en måte å slippe ut frustrasjon (Elstad 2000:69). For eksempel kan en reaksjon for barn og unge som ikke lykkes i skolen, være å distansere seg fra skolens verdier, og bevare verdighet ved å forkaste det systemet som gjør dem nederlagsfylte og unyttige (Dammen 2003). Disse kan oppnå anerkjennelse blant jevnaldrende, ved å ha en mindre helsegunstig livsstil, som kan involvere mer risikorett atferd og eksperimentering med illegale stoffer. Med dette markeres også avstand til voksne verdier. Men gevinsten kan være kortsiktig. Slik atferd kan både gi umiddelbare konsekvenser ved at man kan bli mer utsatt for ulykker og skader, og mer langsiktige, da de utvikler en livsstil som disponerer for både helsemessige og sosiale problemer videre i livet. Denne mekanismen er i den sosiologiske litteratur kjent som ”Hammertown mekanismen” (Willis 1997). Et annet eksempel på helseatferd som resultat av psykologiske og sosiale årsaker, kan være å overspise, sulte, kaste opp eller og tvangstrene. Slik atferd kan brukes bevisst eller ubevisst i forsøk på å skyve vekk problemer som man ikke klarer å løse på andre måter.

I den andre hovedtendensen ses helse som et direkte produkt av sosial interaksjon, med fokus på det sosiale miljøet og de sosiale relasjonene. Menneskene opplever, reflekterer og reagerer i forhold til sitt sosiale miljø, og forskjeller i sosialt miljø forklarer forskjeller i helse. Det er ikke vanskelig å forstå hvordan negative og stressende omgivelser kan føre til psykiske plager, som nervøsitet, mangel på selvtillit og skam. Det er derimot mindre selvsagt hvordan stress kan gi opphav til somatisk sykdom (Blaxter 2004, Elstad 2005). Utfordringen blir dermed å forstå det som Blaxter (2004:114) kaller den sosio-biologiske omdanning; hvordan sosiale karakteristikk oppfattes, prosesseres til biologiske signaler og konverteres til faktisk sykdom. I dette perspektivet forstås kroppen som å bestå av flere separate kroppssystemer. For at kroppen skal fungere optimalt, må det være et balansert forhold mellom disse systemene, og de mekanismene som regulerer dem. Når man opplever en situasjon eller relasjoner som stressende aktiveres en mengde stresshormoner som påvirker de ulike kroppssystemene. Responsen antas å ikke være farlig i seg selv. Det er hvis den biologiske stressresponsen aktiveres for ofte og for lenge at det kan føre til negative helseutfall, ved at kapasiteten til å gjenopprette normale kroppsprosesser svekkes, noe immunforsvaret kan ta skade av. Eksempler er økt sårbarhet for infeksjoner, diabetes, astma og allergi og høyt blodtrykk (Brunner og Marmot 2006).

Det er viktig å understreke at stressreaksjoner i dette perspektivet bør forstås som sosialt konstruert. Dette betyr at det ikke er gitt hva som oppleves som stressende, men at denne reaksjonen er knyttet til normer, preferanser og rådende evalueringer (Elstad 2000:73). For eksempel kan det tenkes at det følte mer stressende å være skilsmissebarn for 15 år siden, enn i dagens samfunn hvor dette er langt mer utbredt. Men hvorfor er det slik at barn fra lavere sosiale posisjoner kan tenkes å ha flere stressreaksjoner enn barn høyere i hierarkiet?

Risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer skjevt fordelt

Posisjon i det sosiale hierarkiet kan på flere måter være avgjørende for den grad av stressreaksjoner en opplever. Barn og ungdom med lav sosial status kan på den ene siden være mer sårbare for mentale stressreaksjoner fordi de har mindre ressurser til å håndtere vanskelige situasjoner og erfaringer. Med andre ord at de har færre beskyttelsesfaktorer. På den andre siden fordi risikofaktorer som frembringer stress, er ulikt fordelt i samfunnet, parallelt med fordelingen av de materielle ressursene (Blaxter 2004:114).

Hypotesen om at barn fra lavere sosiale posisjoner har mindre mestringsressurser postulerer at negative opplevelser og omgivelser har ulik effekt avhengig av hvor i hierarkiet en befinner seg, og at de lavere sosiale posisjoner dermed er mest sårbare. Erfaringer i de første leveårene er blitt trukket frem som en forklaring. I psykologien er det kjent at usikkerhet og familiekonflikter tidlig i livet, har betydning for hvilke strategier man senere bruker for å håndtere stress i omgivelsene (Blaxter 2004, Elstad 2000). Samtidig vil også forhold som inntekt, utdanning og sosialt nettverk kunne fungere som ressurser for å bufre og lette effektene av stress. Dersom det er slik at barn og ungdom er avhengig av hjelp og ressurser hjemmefra for å takle skolerelaterte utfordringer, er det sannsynlig at foreldres klasseposisjon vil ha betydning for hvorvidt barn får hjelp til skole og læring også i hjemmet. Diane Reay (1998) har gjennom etnografiske studier sett på hvordan mødrenes klassebakgrunn påvirker deres engasjement i barnas utdanning. Det viste seg at middelklasse mødre som selv har gjort det bra på skolen og har sikker inntekt, har en sikker og proaktiv tilnærming til barnas skolegang. De bruker tid og penger for å hjelpe barna hjemme, og for å sikre at deres læringsbehov møtes på skolen. Arbeiderklasse mødre hadde i mindre grad selvsikkerhet nok til å være aktivt engasjert i barnas utdanning hjemme, eller ta kontakt med lærer for å forhandle individualisert læring for barna. Dette kan peke mot at selv om barn fra ulike posisjoner i utgangspunktet skulle ha like mange læringsmessige eller sosiale problemer i skolen, er det større sannsynlighet for at disse får uheldige konsekvenser for barn fra de lavere posisjonene.

I tillegg til at barn og ungdom har ulike mestringsressurser tilgjengelig gjennom sin familiebakgrunn, kan det også være tilfelle at disse oftere konfronteres med stressproduserende omgivelser. Det er særlig mer langvarige stressfaktorer, kalt kronisk stress, som antas å være mer hyppig forekommende blant de lavere lag. Dette er vedvarende krav som krever tilpasning over en lengre periode og som konstant påvirker sinnstilstanden (Cockerham 2007:109). Faktorer som mobbing, følelse av å ikke være inkludert i en vennegjeng, konfliktfylte familieforhold eller ”arbeidsmiljøet” på skolen kan representere risikofaktorer for barns helse. Dersom en forstår skolen som barns arbeidsplass kan de sidene ved arbeidet som er belastende for voksne, også være belastende for barn (Aarø 1997). Manglende samsvar mellom de krav som blir stilt og den enkeltes evner, talenter og ferdigheter kan virke frustrerende. Siden skoleprestasjoner gjentatte ganger har vist seg å ha sammenheng med sosioøkonomisk bakgrunn (Hansen 2005), kan dette være en stressfaktor som virker mer negativt for barn med lav sosial bakgrunn. Slike forhold har også betydning

for om en føler tilhørighet til skolen. I tillegg har undersøkelser vist at det er nettopp barn fra familier der foreldrene har lav utdanning eller lav inntekt som er mest utsatt for mobbing (Folkehelseinstituttet 2005). Slike prosesser kan bidra til å forklare at det ikke er tilfeldig hvilke barn og ungdom som opplever kronisk stress i hverdagen. Dette kan i kombinasjon med ulik tilgjengelighet på mestningsressurser for å møte slike påkjenninger, gjøre at det oppstår at sosioøkonomisk gradient i enkelte helseutfall.

Relativ deprivasjon- en psykososial mekanisme på samfunnsnivå

De ovenstående mekanismene fokuserer på helse på individnivå, men et forklaringsperspektiv til sosiale ulikheter i helse kan og knyttes til relasjonene mellom de ulike sosiale posisjonene. Arbeidet til Richard Wilkinson er et eksempel på dette. Wilkinson sitt hovedargument er at den sosiale gradienten i helse fortsatt eksisterer til tross for at levestandarden har nådd et punkt som dekker grunnleggende behov for størstedelen av befolkningen (Bury 2005:26), noe som indikerer at posisjon i hierarkiet er viktig *per se* (Brunner og Marmot 2006). Opplevelsen av relativ deprivasjon innebærer å sammenligne seg med en referansegruppe høyere i hierarkiet. Barn kan for eksempel sammenligne seg med venner i forhold til eksklusive ferier, bolig, bil eller kunnskap, hvor følelsen av å være underlegne de man sammenligner seg med kan være en kronisk stressfaktor som medfører frustrasjon og følelse av utilstrekkelighet (Elstad 2000:77).

Imidlertid kan det i forhold til denne forklaringen innvendes at det kanskje er mer nærliggende for barn og unge og forholde seg til rangordning i skoleklasse eller vennegjeng, enn det sosioøkonomiske hierarkiet. Også skoleklasser og vennegjenger kjennetegnes av en uformell struktur av sosiale relasjoner. Et aspekt ved strukturen er kameratstatus, det vil si individenes stilling blant klassekameratene for eksempel med hensyn til hvor populær man er. Kameratstatus er altså en posisjon i strukturen som er tildelt av klassekamerater, og denne hierarkiske strukturen er en realitet som barn og unge forholder seg til i hverdagslivet (Östberg 2001:186). Posisjon i slike hierarkier kan være sammenfallende med sosioøkonomisk posisjon, men trenger ikke å være det. Vi kan tenke oss at disse hierarkiene har sammenheng for eksempel dersom det er slik at barns sosiale kompetanse og evne til å danne vennsksrelasjoner varierer med sosioøkonomisk status (Sletten mfl. 2004). Dette kan være en konsekvens av at de lavere i hierarkiet oftere opplever vanskelige familieforhold. Popularitet kan også avhenge av hvorvidt man har mulighet til å forbruke

som de andre i vennegjengen. I og med at dette er et aspekt som avhenger av økonomi kunne man sett for seg at dette hadde sammenheng med sosioøkonomisk status. Imidlertid viser studier at foreldre ofte gjør mye for å skjerme barn fra uheldige sosiale omstendigheter og prioriterer barnas behov når økonomien er knapp. Dermed har kanskje ikke familiens økonomi betydning for barns daglige forbruk og mulighet for å ha klær og utstyr som signaliserer det de ønsker (Sletten mfl. 2004, Brusdal 2004b).

Innvendinger til psykososiale forklaringer

Psykososiale forklaringer utgjør et interessant utgangspunkt for å forklare barn og unges helse. Særlig for de helsedimensjonene som representerer kortsiktig helsetilstand, da dette er helseutfall som på mange måter reflekterer de sosiale omgivelser barn er del av. Det kan derimot tenkes at psykososiale forklaringer har noe mindre relevans for å redegjøre for sosiale forskjeller i barns langvarige helsesituasjon, som for eksempel medisinsk definerte sykdommer. Den ”socio-biologiske omdanningen” som redegjør for hvordan dette skjer kan tenkes å ha større forklaringskraft i et livsløpsperspektiv, hvor ugunstige psykososiale omgivelser i barndommen akkumuleres til somatiske helseplager i voksenlivet.

De psykososiale forklaringene kritiseres generelt for at det er vanskelig å avklare hvor stor betydning slike forhold faktisk har for helsen. Studier som finner en sammenheng mellom psykososiale faktorer og helse, viser ofte kun en svak sammenheng og er vanskelige og replisere (Elstad 2000:80). I tillegg vil relasjoner mellom materielle, atferdsmessige og psykososiale faktorer, gjøre det vanskelig å skille effekten av psykososiale faktorer fra andre påvirkningsfaktorer (Elstad 2000:81).

3.2 Forklaringer for sosioøkonomisk *likhet* i helse blant barn og ungdom

I tillegg til de prosessene som kan føre til sosial ulikhet i helse blant barn og unge, kan vi tenke oss at det parallelt med disse eksisterer noen drivkrefter som kan tenkes å virke motsatt vei. Selv om det eksisterer sosioøkonomiske forskjeller mellom ulike sosiale sjikt, kan slike utjevne drivkrefter bidra til at det ikke blir betydningsfulle helsemessige forskjeller blant barn. Utjevne krefter kan finnes på samfunnsnivå, som velferdstjenester som sikrer grunnleggende trygghet og like tjenester og tilbud for alle barn og unge,

uavhengig av bakgrunn. En generell økonomisk vekst vil også medføre at levekår forbedres i alle samfunnslag. Utjevne krefter kan også eksistere på individnivå, slik West postulerer, ved at skole, venner og ungdomskultur i ungdomstiden har større innflytelse på helserelevante områder enn sosioøkonomiske innflytelser.

3.2.1 Den neo-materialistiske forklaringen

Tankegangen om at velferdsordninger kan bidra til sosial utjevning i helse, er på mange måter sammenfallende med det som innenfor litteraturen kalles den neo-materialistiske tilnærmingen. Neo-materialister vektlegger at kollektive ordninger, tiltak og tilbud i samfunnet kan bidra til å utjevne de sosiale helseforskjellene, da de kan erstatte eller supplere utilstrekkelige ressurser hos den enkelte. De kollektive investeringene kan virke helseutjevne nettopp fordi det er de lavest i hierarkiet som har best nytte av de (Elstad 2005:40). Den neo-materialistiske forklaringen fokuserer i likhet med Wilkinson sin deprivasjonshypotese mer på effekten av hvordan samfunnet er organisert, enn på betydningen av private mangler. Forklaringene skiller seg dog fra hverandre i det neo-materialister antar at de psykososiale effektene av relativ deprivasjon er mindre utslagsgivende for befolkningens helse enn det offentlige tjenester er (Blaxter 2004: 116-117).

Den norske velferdsstaten burde ut fra dette perspektivet ha et stort potensial for å utjevne de sosiale helseulikhetene blant barn og unge. I Norge står sosial utjevning og en aktiv velferdsstat sentralt. I hele etterkrigstiden, til tross for skiftende regjeringer, har hovedtanken vært, og er fortsatt, å veve et sikkerhetsnett for alle, uavhengig av den enkeltes betalingsevne, og samtidig bedre kårerne for de dårligst stilte (Kjølørød 2005:184).

Velferdsordninger tar sikte på å sikre en grunnleggende økonomisk trygghet for alle, gjennom et skattesystem som gir stabile inntekter til fellesskapet. Slik kan alle, også de lavest i hierarkiet, ha boforhold uten helserisiko, adekvat ernæring og en tilstrekkelig helsetjeneste. Foruten å gå direkte på å utjevne de sosiale inntektsforskjellene, kan offentlige velferdsordninger bidra til å skjerme og motvirke negative konsekvenser av det å vokse opp i en lav, sosioøkonomisk posisjon, slik at barnets muligheter ikke er avhengig av familiens ressurser. Barnehager og skoler er viktige arenaer, fordi man treffer hele barne- og ungdomsbefolkningen, og fordi de årene som tilbringes på skolen er noen av de viktigste læringsårene i et menneskes liv (Dammen 2003). Utdanningssystemet er basert på prinsipper

om fellesskap, lik tilgang for alle og muligheter for livslang læring. Disse institusjonene kan blant annet bidra til å redusere sosiale helseforskjeller gjennom sosial utjevning i læring. Ved å ta tak i de barna som har spesielle behov og legge til rette for oppfølgingstiltak på et tidlig stadium, kan disse barna klare seg bedre i skolen (St.meld nr 20 (2006-2007)). Også i et livsløpsperspektiv kan slike tiltak bidra til å redusere negativ effekt av dårlige levekår i barndom. Skolen kan også bidra til sosial utjevning i helseatferd ved å tilrettelegge for gode kostvaner og fysisk aktivitet (Friestad og Klepp 2006). For eksempel vil tiltak som gratis skolefrukt ifølge St.melding nr 20 (2006-2007) ha best effekt for barn av foreldre med kort utdanning og lav inntekt.

Helsetjenestens tilgjengelighet kan også anses som en neo-materialistisk faktor. I Norge er idealet at denne skal være tilgjengelig for alle uavhengig av bakgrunn. For barn og unge kan eksempelvis helsestasjonen og skolehelsetjeneste være sentrale i arbeidet med å forebygge fysiske og psykiske plager, samt å håndtere sammensatte sosiale problemer. Dog kan det i tilknytning til dette aspektet nevnes at dagens forskning ikke støtter ideen om at helsetjeneste i seg selv er en viktig årsak til de sosiale helseforskjellene (Bartley 2004:14).

Den neo-materialistiske forklaringen forutsetter at sosioøkonomisk ulikhet i helse primært skyldes private mangler og individuell fattigdom. Dersom det derimot er slik at psykososiale prosesser er av stor betydning, vil offentlige investeringer i mindre grad være egnet til å bufre for de negative effektene av lav sosioøkonomisk status. Den neo-materialistiske modellen har generelt lite støtte i forskningen, da det ikke finnes særlige bevis for at land med gode velferdstjenester har lavere grad av ulikhet enn andre land (Blane 2004:101). Imidlertid er det i forbindelse med denne gjennomgangen først og fremst av betydning at slike forhold kan trekke i retning av mindre ulikhet i barn og ungdoms helse.

Slike tiltak som vi her har sett på postuleres og ha lik effekt for barnegruppen som for ungdomsgruppen, mens de utjevne kreftene som vi skal orientere oss mot i neste avsnitt antas å være aldersspesifikke, og kun gjelde ungdomsgruppen.

3.2.2 Utjevningshypotesen – effekt av aldersbaserte innflytelser vs klassebaserte innflytelser

West (1997) utviklet utjevningshypotesen som en forklaring på manglende funn av sosial ulikhet i helse blant ungdom. Dette er en relativt sammensatt hypotese om hvordan det

sosioøkonomiske helsemønsteret kan endres i overgangen mellom barndoms- og ungdomstid. Det er verdt å merke seg at denne hypotesen gjelder relativ utjevning. Det vil si at hypotesen antar at det skjer en vesentlig reduksjon i helseforskjellene, men ikke nødvendigvis et bortfall av ulikhetene. Hypotesen er heller ikke ment som en påstand om at klassegradienter er fraværende på alle helsedimensjoner. Relativ utjevning antas spesielt å gjelde dimensjoner ved kortsiktig helsetilstand (som for eksempel akutt sykdom, uhell og skader, mental helse), fremfor langvarig helsesituasjon. Kortsiktig helsetilstand forstås som et uttrykk for pågående erfaringer, og den kan derfor endres som et resultat av nye erfaringer og sosiale omgivelser (West 1997:837). De dimensjoner ved helse som representerer langvarig helsesituasjon, og særlig mer alvorlige sykdommer, antas derimot å ha en mer konstant relasjon til de sosiale omgivelser i overgangen fra barn til ungdom.

Betingelser for utjevning

En substansiell forklaring på dette fenomenet, krever at man fokuserer på hva som er de definerende trekk ved ungdom. Ifølge West er dette løsrivelse fra foreldre, ungdomsskolen, vennegjengen og ungdomskultur. De tre sistnevnte knytter han til aldersbaserte innflytelser, i motsetning til klassebaserte innflytelser, som relateres til familiebakgrunn og nabolag en vokser opp i. Om det er klassebaserte eller aldersbaserte innflytelser som har størst innflytelse på helse, og hvorvidt de virker i samme retning eller ikke, har betydning for om resultatet blir sosioøkonomisk likhet eller ulikhet i kortsiktig helsetilstand blant ungdom. En utjevningsprosess kan forekomme:

[..] when one or more influences associated with age (school, peer group or youth culture) cut across those associated with class (the family, home background and neighbourhood), the net effect of which is to reduce, remove or even reverse social class differences in a characteristic present in the earlier period of childhood (West 1997:836).

For at sosioøkonomisk likhet skal oppstå i ungdomstiden etter en barndom preget av sosioøkonomisk ulikhet i helse er det altså en forutsetning at aldersbaserte innflytelser utgjør selvstendige innflytelser med potensial til å gå på tvers av de innflytelser assosiert med klasse og bakgrunn. Men denne prosessen i seg selv er ikke tilstrekkelig. For at utjevning skal skje må den aggregerte effekten av en innflytelse involvere en relativ ulempe for ungdom fra høyere lag, sammenlignet med ungdom fra lavere lag. Eller alternativt en fordelaktig effekt for ungdom fra lavere klasser (West 1997:837). Dette premisset kan

forstås som at det må skje en endring i risikobalanse. Dersom den aggregerte effekten hadde vært lik for lavere og høyere sosiale posisjoner, ville det sosioøkonomiske mønsteret fra barndommen blitt opprettholdt. Denne betingelsen gjelder altså først og fremst dersom barndommen er karakterisert av sosioøkonomisk ulikhet i helse, ellers ville det vært tilstrekkelig at de aldersbaserte innflytelsene hadde lik effekt uavhengig av bakgrunn.

Betingelsene for at helseforskjeller skal utjevnes hos ungdom etter en barndom karakterisert av sosial ulikhet i helse er altså 1) at aldersbaserte innflytelser er sterkere enn, og virker motsatt av klassebaserte innflytelser, og 2) at det skjer en endring i risikobalanse. Dette kan i praksis skje gjennom ulike mekanismer, hvor de enkleste modellene fokuserer på en heterogen sammensetning av ungdom fra ulike sosioøkonomisk posisjoner, mens de mer avanserte mekanismene ikke forutsetter dette. Disse prosessene antas dermed å gå i motsatt retning av det vi fokuserte på i forklaringene for sosial ulikhet i helse.

Aldersbaserte innflytelser som kan trekke i retning av utjevning

I *enkleste tilfelle* kan en relativ utjevning oppstå som et resultat av innflytelser på tvers av ulike sosiale posisjoner. Dette kan skje dersom ungdom fra ulike sosioøkonomiske posisjoner er lokalisert i samme omgivelser. For eksempel kan skolen virke utjevnende dersom spredning av infeksjoner i større grad berører barn og ungdom fra høyere klasser. Dette kan tenkes å være tilfellet da disse er mindre utsatt for infeksjoner i hjemmet, og derfor har dårligere immunforsvar. Dette må dog balanseres mot at høyere klassers generelle immunitet og hygienivå er bedre (West 1997:8). En slik prosess kan eventuelt forklare et mønster hvor ungdom fra ulike klasser erfarer likt nivå av akutt sykdom og symptomer, slik at risikobalansen kan endres. Hvorvidt en slik prosess er av betydning i Norge, er imidlertid ikke gitt, da West forutsetter at ungdomsskolen favner bredere enn barneskolen, både geografisk og sosialt sett. I Norge har vi en desentralisering også av ungdomsskolene, hvilket betyr at mange går i samme klasse på barne- og ungdomsskolen. Det er derfor mer sannsynlig at dette er en prosess som kan gjelde i det man begynner på barneskolen.

Mer *avanserte utjevningprosesser* forutsetter ikke at ungdom fra ulike sosiale lag samhandler, men fokuserer mer på de direkte effektene av løsrivelse fra familie, skole, vennegjeng og ungdomskultur. Som tidligere presisert antas disse prosessene å være uavhengig av og sterkere enn de knyttet til sosial bakgrunn. Utjevning kan enten skje ved at ungdom fra ulike sosiale posisjoner i ulik grad eksponeres for aldersbaserte innflytelser,

altså *ulik eksponering*, eller utjevning kan oppstå som en konsekvens av at innflytelsene kan tenkes å ha *ulik virkning* avhengig av sosial posisjon (West 1997:837). Det trenger heller ikke være et enten-eller forhold, men kombinasjonen av disse som gjør at utjevning oppstår.

Et eksempel som i størst grad vektlegger ulik eksponering er knyttet til løsrivelsen fra foreldre og hjem. Et trekk knyttet til dette er at tiden tilbrakt i hjemmet reduseres med økende alder, og dermed blir det og en nedgang i de risikomomenter knyttet til helse som følger med hjemmet. Eksempler er dårlig inneklima og foreldre som røyker, og siden dette er forhold som assosieres med lavere klasser, kan det ha en positiv helseeffekt for barn og ungdom fra disse klassene å tilbringe mer tid utenfor hjemmet, sammenlignet med ungdom fra høyere lag. Knyttet til løsrivelsen fra foreldre reduseres også foreldrenes kontroll og påvirkning, ettersom barnet og ungdommen blir del av større fysiske og kulturelle miljøer. Risikoen for skader i hjemmet reduseres, samtidig som risikoen for skader utenfor hjemmet økes. På samme måte vil bredden på innflytelser økes ettersom barn blir mer avhengig av venner. I følge West kan denne endringen av risikobalanse avhengig av det eksterne miljøet de eksponeres for virke relativt ufordelaktig for barn og ungdom med høyere bakgrunn eller virke fordelaktig for barn med lavere bakgrunn.

Prosesser knyttet til skolen kan være at ungdom fra lavere lag kan ha større utbytte av formelt pensum om riktig helseatferd, da dette kanskje ikke er kunnskap de har med seg hjemmefra. Dette perspektivet legger oppfatningen om at kunnskap er kilden til helseatferd, til grunn. Fra et mer psykososialt perspektiv kan vi tenke oss at foreldrenes forventninger om suksess og skolens press på elever for å oppnå gode resultater, kan være en stressfaktor som kan slå mer uheldig ut for ungdom fra høyere sosiale posisjoner (West 1997:851).

West trekker også frem at ungdomskultur kan virke utjevnende ved at den påvirker alle likt. Den klassebaserte innflytelsen som vennegjengen kan ha minskes fordi ungdom er opptatt av det samme uavhengig av bakgrunn. Det er dermed ungdomskulturen, heller enn sosioøkonomisk bakgrunn, som setter betingelsene for medlemskap i vennegjengen. Ungdomskultur kan påvirke helse gjennom de krav som settes til identitet. For eksempel er det ungdomskultur som legger føringer for hva som er akseptabelt eller ikke, som kroppsform, kroppsstørrelse, fremtreden, klær og stil, holdning og atferd (West 1997:852). Manglende evne til å møte de krav ungdomskulturen setter kan være ødeleggende for selvtillit og psykologisk velvære. Dette kan i ekstreme tilfeller uttrykkes fysisk gjennom for

eksempel anoreksi og bulimi, som av mange forstås som nettopp kulturelle lidelser. Å imøtekomme disse kravene trenger ikke være knyttet til sosioøkonomisk bakgrunn. Som nevnt tidligere trenger for eksempel ikke foreldrenes sosioøkonomiske status å ha betydning for barns daglige forbruk (Brusdal 2004b), fordi foreldre med lav sosioøkonomisk status strekker seg langt for at deres barn skal ha det andre barn har. Prosesser knyttet til ungdomskultur kan i følge West være mer ufordelaktige for ungdom fra høyere lag fordi ungdomskultur og foreldrekultur kan være mer i konflikt blant disse. Hvor relevant en slik prosess er i Norge per i dag, er usikkert, blant annet hevder Øia og Strandbu (2007) at det er ganske liten avstand mellom foreldrekultur og ungdomskultur.

Vi kan altså bemerke at ikke alle de mekanismene West spesifiserer knyttet til skole, venner og ungdomskultur fremstår like plausible i norsk sammenheng. At ulike prosesser knyttet til ungdomstiden kan påvirke helseutfall på en måte som ikke sammenfaller med de sosioøkonomiske innflytelsene kan godt tenkes. Noen av argumentene er likevel mindre overbevisende med hensyn til hvordan risikobalansen endres til fordel for ungdom fra lavere sosiale lag.

3.3 Sammenfattende diskusjon

I dette kapittelet har jeg gjennomgått forklaringer for sosial ulikhet og sosial likhet i helse blant barn og ungdom, og forsøkt å illustrere gjennom eksempler hvordan ulike prosesser kan trekke i bestemte retninger. De ulike forklaringene er relevante for å kunne belyse hvorfor vi finner varierende grad av helseulikheter blant barn og ungdom. Helse er ikke kun et produkt av sosiale prosesser, men også biologiske, og det er dermed svært komplekst å skulle forklare variasjonen ut fra kun et perspektiv. Poenget i forhold til disse forklaringene har heller ikke vært å finne en forklaring som alene kan forklare sosioøkonomiske helsemønstre. Det er mer gunstig å kombinere perspektivene for å belyse hvordan sosiale forhold kan ha betydning for barn og unges helse. I noen tilfeller kan en forklaring synes godt egnet, mens andre forklaringer kan tilføre mer for andre helseutfall.

Et annet poeng i fremstillingen har vært at noen prosesser kan trekke i retning av sosial ulikhet, mens andre prosesser kan bidra til utjevning. I forhold til skolen har det for eksempel vært eksemplifisert både prosesser som kan tyde på at skolen bidrar til å forsterke de sosiale forskjellene og prosesser som kan virke utjevnende. Når vi undersøker barn og

unges helse er det viktig å huske at de ulikhetsskapende drivkreftene eksisterer parallelt med de likhetsskapende. Det er dermed den relative styrken på de ulike innflytelsene som avgjør hva resultatet blir i en gitt historisk og sosial kontekst.

Vi kan danne oss et bilde av hva som er rimelig å forvente i en norsk kontekst anno 2005, ved å se på hvilke resultater man er kommet til i tidligere undersøkelser. Dette er tema for neste kapittel.

4. Norsk og nordisk forskning om sammenhengen mellom sosial bakgrunn og barn og unges helse

Der forrige kapittel i all hovedsak var et forsøk på å fremlegge noen mekanismer som kan tenkes å føre til sosial likhet eller ulikhet i helse, er hensikten med dette kapittelet og gjøre dette mer virkelighetsnært ved å se på hva tidligere studier har funnet.

Siden tilstedeværelsen av en sosial gradient i barn og ungdoms helse i stor grad avhenger av hvilken type helseindikator som anvendes, og hvilket mål man benytter på sosioøkonomisk status, vil jeg forsøke å spesifisere disse aspektene ved gjennomgangen av studiene.

Kapittelet vil organiseres i henhold til distinksjonen mellom langvarig helsesituasjon, helsepotensial og kortvarig helsetilstand, som jeg introduserte i kapittel 2.1.3. Videre vil det skilles mellom helseindikatorer som representerer disse tre dimensjonene ved helse. Det er hovedsakelig norsk og nordisk forskning som vil refereres. De nordiske land har til felles både at de er høyinntektsland og at de har en spesiell velferdsmodell. Et sentralt politisk mål er å skape et egalitært samfunn, også med hensyn til helse (Berntsson 2000:12). Siden utgangspunktet slikt sett kan sies å være ganske likt for nordiske barn, kan studier fra de nordiske landene danne et rammeverk for hvilket helsemønster det er realistisk å forvente blant norsk barn og ungdom. Ved å gjøre denne avgrensningen er det også mindre sannsynlig at mangel på konsistente funn kan tilskrives forskjeller mellom land.

Siktemålet med kapittelet er ikke bare å undersøke om det finnes sosioøkonomiske mønstre i barn og ungdoms helse, et annet mål er også å belyse om det skjer en endring i sosioøkonomiske mønstre i overgangen mellom barn og ungdom. Dette spørsmålet kan imidlertid kun undersøkes i de studier hvor det er differensiert mellom ulike aldersgrupper.

4.1 Forskning knyttet til langvarig helsesituasjon

Langvarig helsesituasjon er som tidligere nevnt aspekter ved helse hvor det er mer sannsynlig at mønsteret fra barndommen vedvarer inn i ungdomstiden, fordi sosioøkonomiske innflytelser fra tidlige år fortsetter å ha betydning for slike helsemål. I denne delen vil jeg se på hva som er funnet med hensyn til langvarige sykdommer og selvvurdert helse.

4.1.1 Langvarige lidelser

For å undersøke sammenhengen mellom langvarig lidelse og sosioøkonomisk status er det særlig en nordisk tverrsnittundersøkelse fra 1996 som er blitt anvendt. Undersøkelsen baserte seg på foreldrerapporterte data om ca 10 000 barn i alderen 2-17 år. Ca 35 prosent av barna besvarte spørreskjema sammen med foreldrene (Grøholt og Nordhagen 2002). Dette materialet har blant annet blitt benyttet av Grøholt mfl. (2001), Grøholt og Nordhagen (2002), Halldórsson mfl. (2000) og Berntsson og Köhler (2001). Samtlige av disse har sett på forekomsten av langvarige sykdommer. Langvarig sykdom ble i denne undersøkelsen definert som en tilstand som i vesentlig grad har påvirket barnets daglige liv i minst tre måneder det siste året. De som rapporterte moderat eller alvorlig langvarig sykdom ble kontrastert til de med ingen sykdommer eller de med sykdommer av mild art (Grøholt og Nordhagen 2002). I Norden var det totalt 14,6 prosent av utvalget som havnet i denne kategorien, mens det tilsvarende tallet i Norge var 14,2 prosent.

Både Berntsson og Köhler (2001) og Halldórsson mfl. (2000) tar for seg langvarige lidelser i forhold til flere sosioøkonomiske indikatorer. Begge studiene har inkludert de tradisjonelle målene inntekt og utdanning, i tillegg har Halldórsson mfl. (2000) inkludert yrkesgruppe og hvorvidt mor og far er yrkesaktiv eller ei, mens Berntsson og Köhler (2001) har med familietype, tilfredshet med familiens økonomi og tilfredshet med familien. Med de nordiske landene sett under ett kom de laveste sosioøkonomiske gruppene dårligere ut enn de øvrige på samtlige av indikatorene, men det er for de tre sistnevnte sosiale indikatorene at de relative forskjellene mellom gruppene tilsynelatende er størst.

Halldórsson mfl. (2000) har også differensiert mellom ulike aldersgrupper sin helse og deres relasjon til sosioøkonomisk status. Aldersgruppene er 2-6 år, 7-12 år og 13-17 år, og i samtlige av gruppene er det tydelige sosioøkonomiske forskjeller, men hvilken sosioøkonomisk indikator som gir de største forskjellene mellom de sosioøkonomiske gruppene varierer med aldersgruppe. Felles er imidlertid at de som tilhører den laveste inntektskvartilen har signifikant høyere odds for å ha en langvarig lidelse enn de i de øvrige inntektsgruppene.

De *norske* resultatene fra de ovenstående studiene viser også tendenser til sosial ulikhet, men de er mindre konsistente på tvers av sosioøkonomiske indikatorer enn det de nordiske resultatene tydet på. I tillegg fremstår forskjellene mellom sosioøkonomiske posisjoner for

mange av indikatorene ganske små. De som har en far som ikke er yrkesaktiv eller tilhører den laveste inntektskvartilen, har signifikant høyere odds for en langvarig lidelse enn de som ikke tilhører disse gruppene (Halldórsson mfl. 2000), mens i Berntsson og Köhler (2001) sin studie er det å bo med kun en forelder, samt å være misfornøyd med egen inntekt og familie som har signifikant negativ betydning for barns langvarige lidelse.

Resultatene fra disse studiene peker på at det eksisterer sosioøkonomiske ulikheter i langvarige lidelser mellom de dårligst stilte og de øvrige, også på tvers av aldersgrupper. Vi vet derimot ikke om det eksisterer en sosial gradient, i og med at de sosioøkonomiske indikatorene er dikotomisert. I en finsk studie skilte også de dårligst stilte seg fra de øvrige (Koivusilta mfl. 2006), men det var likevel ikke snakk om en sosial gradient med utdanning og yrke som sosioøkonomiske indikatorer. At det synes å være mindre forskjeller i Norge enn i Norden forøvrig, stemmer overens med tidligere levekårsundersøkelser som i liten grad har avdekket sosiale ulikheter i barns langvarige lidelser ved bruk av yrke eller husholdningsinntekt som sosioøkonomisk indikator (Grøtvedt og Belsby 1995), samt en nyere undersøkelse av lavinntektsbarn (Elstad 2008).

Sosial ulikhet i bestemte diagnosegrupper – astma, allergi og eksem

Å behandle all langvarig sykdom under ett kan muligens gi et mindre tydelig mønster enn om man skiller mellom ulike diagnosegrupper, og det er derfor gunstig å se på studier som har gjort dette. Grøholt mfl. (2001) har anvendt det nordiske datamaterialet for å undersøke de enkelte diagnosegruppene, og hvordan disse er relatert til sosioøkonomiske indikatorer. For samtlige av kategoriene har barn med lav sosioøkonomisk status en høyere prevalens av sykdommene, med unntak av den uspesifiserte kategorien ”andre sykdommer”. De ulike sosioøkonomiske indikatorer har forskjellig effekt på diagnosegruppene, men det ser ut til at særlig foreldrenes utdanning har betydning. Allergi, allergisk rhinitt og eksem er de største diagnosegruppene, og deres sammenheng med foreldres utdanning er undersøkt mer inngående av Grøholt og Nordhagen (2002). Utdanningsvariabelen har fire verdier i stedet for kun to, noe som gir en tydelig og signifikant gradient for alle de tre diagnosene.

At utdanning er relatert til forekomst av astma går også igjen i andre undersøkelser, For eksempel har Finnvoll mfl. (1997) med data fra Statistisk Sentralbyrås levekårsundersøkelse fra 1995 funnet at barn av foreldre med høyt utdanningsnivå er mindre plaget av astma enn andre. En undersøkelse fra Akershus (Holmboe mfl. 2006) fant derimot kun en svært svak

sammenheng mellom astma, allergi og eksem, som en sammenslått sykdomsgruppe, og foreldrenes utdannelse. For epilepsi og diabetes, ble verken inntekt eller utdanning statistisk signifikant, noe som kan tyde på at disse to sykdommene er mindre relatert til barnets bakgrunn, i tillegg til at de er mindre utbredt blant barn.

4.2 Forskning knyttet til helsepotensial

Herunder vil det først og fremst rettes oppmerksomhet mot studier som har tatt for seg høyde og overvekt. Av studier som har tatt for seg *høyde* ser det ut til at de fleste finner sosioøkonomiske forskjeller. For eksempel finner Halldórsson mfl. (2000) at å tilhøre de laveste sosioøkonomiske posisjonene, gir økte odds for å være kortvokst blant nordiske barn og at dette gjelder i alle aldersgruppene. Blant de norske barna er forskjellene noe mindre markerte. Også Elstad (2008) finner at barn som kommer fra lavinntektsfamilier er overrepresentert blant de som har lav kroppshøyde. En svensk studie som har tatt for seg endringer i høydeforskjeller mellom 10 år gamle mer og mindre privilegerte skolebarn, fant at høydeforskjellen mellom disse gradvis ble mindre for barn født 1933-1953, mens i 1963 var forskjellene igjen tilstedeværende. Dette skyldtes at de mest privilegerte barnas høyde økte (Cernerud 1992). Dette kan tolkes dit hen at sosiale reformer for fattige barn fra 1930- til 1950-tallet var effektive, mens senere hadde de mest privilegerte barna størst fordel av velferdspolitikken.

Overvekt er et aktuelt helsemål å kartlegge, ettersom forekomsten av overvekt og fedme blant barn og ungdom er økende på verdensbasis (Andersen mfl. 2005). En norsk undersøkelse av overvekt og fedme (Andersen mfl. 2005) finner at det er flere fjerdeklassinger enn åttendeklassinger som er overvektige. I tillegg finner denne studien at barn som har foreldre med utdanning på grunnskolenivå har dobbelt så stor sannsynlighet for å være overvektige, sammenlignet med barn av foreldre med høy utdanning. Resultatet bør likevel tolkes med forsiktighet i og med at den gruppen som defineres som lav status kun inneholder ca 3 prosent av utvalget. Forskjellen mellom middelklassen og de med høy status er liten og ikke statistisk signifikant. Grøholt mfl. (2001) fant at nordiske barn som har foreldre med utdanning på grunnskolenivå har hele 2,4 ganger høyere odds for å være overvektig, enn de med høy utdanning. Også å ha foreldre som har et arbeiderklasseyrke øker sjansen for overvekt, men i mindre grad. Tilhørighet til lavinnteksgruppen gir derimot

ikke nevneverdige forskjeller, noe som ikke er overensstemmende med Elstad (2008), hvor lavinntektsbarna rapporterer signifikant forskjellig fra kontrollutvalget. Andre forhold av betydning for barns overvekt kan være hvorvidt foreldre er i arbeid, og tilfredshet med egne skoleprestasjoner (Koivusilta mfl. 2006). Også med hensyn til atferdsmessige forhold av mulig helsemessig betydning er det funnet en svak, men signifikant gradient i ugunstig helseatferd blant norsk ungdom (Friestad og Klepp 2006)

4.3 Forskning knyttet til kortsiktig helsetilstand

Det er for helseindikatorerne knyttet til denne helsedimensjonen at forventningen om en endring i det sosioøkonomiske mønsteret er relevant. For å representere denne dimensjonen trekker West frem psykosomatiske symptomer og ikke-fatale ulykker og skader. I tillegg velger jeg å inkludere barns selvverderte helse herunder.

4.3.1 Selvvurdert helse

Selvvurdert helse kan være noe vanskelig å kategorisere i henhold til distinksjonen mellom kortsiktig helsetilstand og langvarig helsesituasjon. Det ser ut til å være generell enighet om at for ungdoms selvverderte helse er det flere dimensjoner av helse som vektlegges utenom det rent medisinske, som for eksempel helseatferd, livsstil, sosiale relasjoner og generell velvære (Breidablikk mfl. 2008, West og Sweeting (2004), Johnson & Wang 2008). Siden det er studier om barns selvverderte helse som her vil gjengis, har jeg valgt å kategorisere selvvurdert helse som en del av kortsiktig helsetilstand.

Det er særlig den internasjonale WHO-undersøkelsen ”Health behaviour in School-aged Children (HBSC)” som har brukt selvvurdert helse som en indikator for skoleungdoms helse. De inkluderte aldersgruppene er 11 år, 13 år og 15 år. Siden innsamling foregår på skolen, og det er barn som svarer er det utviklet et eget sosioøkonomisk mål kalt Family Affluence Scale (FAS). FAS kan forstås som en alternativ måte å måle inntekt på, uttrykt gjennom konsumet av materielle goder. Skalaen inneholder antall biler familien eier, om barnet har eget rom, familieferier i løpet av et år, og om de eier pc. Dette er forhold som det er sannsynlig at barn og ungdom kjenner til, og man kan slik unngå manglende rapportering fra

barn og unge (Currie mfl. 2004:15). I praksis er det altså relasjonen mellom familiens materielle velstand og barnets helse som undersøkes.

Den norske delen av HBSC-undersøkelsen viser at de fleste ungdommene vurderer sin egen helse som god, men andelen som rapporterer dårlig helse er økende med alder, og det er hele veien en høyere andel jenter enn gutter som rapporterer dårlig helse. Sammenhengen mellom familiens materielle velstand og selvvurdert helse viser en signifikant gradient. Andel som rapporterer dårlig helse i de ulike gruppene er 33 prosent blant de med lavest status, 22 prosent i den midterste statuskategorien og 20 prosent blant de med høyest status (Holstein mfl. 2004). Det er altså de med lavest sosial status som i særlig grad skiller seg ut. Dette mønsteret kan også spores i en internasjonal HBSC-undersøkelse fra 1997/1998 (Torsheim mfl. 2004) hvor de i tillegg til individuell materiell deprivasjon har undersøkt effekten av områdedeprivasjon. Begge ga signifikante effekter, hvor de mest depriverte elevene hadde nesten tre ganger så høy odds for dårlig selvvurdert helse, sammenlignet med de minst depriverte. I denne studien har de også gjort separate analyser for de tre aldersgruppene, og det kan observeres en reduksjon i ulikhetene med økende alder, men forskjellene er fortsatt tilstedeværende blant 15-åringene. Ved å introdusere psykososiale faktorer, helseatferd og persipert rikdom i analysene, ble relasjonen mellom materiell deprivasjon og selvvurdert helse signifikant redusert, noe som kan tyde på at slike forhold medierer relasjonen. At helseatferd kan ha en medierende effekt på relasjonen mellom sosioøkonomisk status og selvvurdert helse, har også støtte i den norske delen av HBSC (Torsheim, Leversen og Samdal 2007).

4.3.2 Psykosomatiske symptomer

Psykosomatiske symptomer er en mye brukt helseindikator blant barn, da de på en noe diffus måte kan reflektere barnets psykososiale tilpasning og kvaliteter ved deres sosiale liv (Elstad 2008:176). Flere studier tyder også på at det har vært en økning i prevalensen av slike symptomer de siste årene (Berntsson og Köhler 2001; Östberg mfl. 2006, Karvonen mfl. 2005).

Betegnelsen ”psykosomatikk” brukes noe ulikt i litteraturen. Av noen forstås det som kroppslige symptomer av psykisk, emosjonell eller mental opprinnelse, mens andre først og fremst ser det som stadig tilbakevendende plager uten at de trenger å gi kroppslig utslag

(Berntsson 2000:40). Det er den sistnevnte tilnærmingen som vil følges i denne studien. Eksempler på somatiske symptomer er hodepine, magesmerter, vondt i nakke og rygg, mens psykiske symptomer kan være nedstemthet, engstelighet, søvnproblemer, konsentrasjonsvansker og å føle seg ensom. Siden de problematiske områdene ofte opptrer sammen, er det en tendens til at disse tårner seg opp blant de samme gruppene og individene, og slike helseplager kan derfor også betraktes som et syndrom (Haugland mfl. 2001).

Et stort sett gjennomgående funn i norske (Holmboe mfl. 2006, Elstad 2008), nordiske (Berntsson og Köhler 2001, Halldórsson mfl. 2000) og internasjonale studier (Currie mfl. 2004) som har tatt for seg psykosomatiske symptomer blant barn og ungdom er at det eksisterer noe sosioøkonomiske forskjeller, hvor de med lav sosioøkonomisk posisjon erfarer mer symptomer enn de med høy sosioøkonomisk status. I tillegg ser det ut til å være konsistente funn med hensyn til at jenter erfarer slike symptomer mer enn gutter, at kjønnsforskjellen øker med alderen, og at de eldre aldersgruppene erfarer flere symptomer enn yngre (Berntsson og Köhler 2001, Halldórsson mfl. 2000, Östberg mfl. 2006, Haugland mfl. 2001). Det er likevel ikke helt entydige funn med hensyn til sosioøkonomisk ulikhet i symptomer. I en norsk studie fant Holmboe mfl. (2006) en reversert gradient for sammenhengen mellom foreldres utdanning og barns psykiske symptomer. Det vil si at forekomsten av slike plager øker med foreldrenes utdanning. For inntekt var derimot sammenhengen som forventet.

Til tross for en mengde studier, er det få som har undersøkt hvorvidt det skjer en endring i sosioøkonomiske mønstre i overgang mellom barndom og ungdom. Det mønsteret som kommer frem i undersøkelsen til Halldórsson mfl. (2000) gir ikke støtte til utjevningshypotesen, da den observerte ulikheten i barnegruppa ikke jevnes ut i de eldre aldersgruppene. Det ser tvert imot ut til å være en ganske konstant relasjon mellom sosioøkonomisk posisjon og prevalens av psykosomatiske symptomer. Dog er det forskjeller mellom aldersgruppene i forhold til hvilken sosioøkonomisk indikator som gir de største forskjellene. Det er vanskelig å si i hvilken grad mønsteret endres i overgangen mellom barn og ungdom, da det som nevnt tidligere, kun er de lavest i hierarkiet som sammenlignes med de øvrige. Vi kan på bakgrunn av andre studier (Due mfl. 2003) slutte oss til at det med høy sannsynlighet eksisterer noe grad av sosioøkonomisk ulikhet i psykosomatiske symptomer blant ungdom. Det er imidlertid vanskeligere å si hvorvidt dette mønsteret avviker fra det

som finnes blant barn, da det tilsynelatende er få studier som skiller ut barn som en egen aldersgruppe.

En kan også merke seg at flere studier (Berntsson og Köhler 2001, Östberg mfl. 2006, Due mfl. 2003) peker mot at subjektive indikatorer har større innflytelse på psykosomatiske symptomer enn tradisjonelle mål som lav inntekt, utdanning eller yrke. Å være misfornøyd med økonomisk situasjon eller familie gir dobbelt så stor odds for å oppleve slike symptomer annenhver eller hver uke, enn de som en fornøyd (Berntsson og Köhler 2001). Due mfl. (2003) har sett mer spesifikt på i hvilken grad sosioøkonomiske ulikheter i symptomer kan være mediert av sosiale relasjoner til foreldre, venner og skole, med bruk av den danske delen av HBSC-undersøkelsen, hvor sosial klasse er brukt som indikator på sosioøkonomisk status. Sosioøkonomisk ulikhet i symptomer var ikke særlig relatert til uformelle sosiale relasjoner til venner eller kommunikasjon med foreldre eller lærere. Det som imidlertid viste seg å variere med sosioøkonomisk status var hvordan foreldre følger opp med hensyn til skolen, og oppfatninger av skolemiljø med hensyn til mobbing og sikkerhet. Dette tyder på at det heller er de mer formelle forholdene som er assosiert med sosial klasse, enn de mer uformelle sosiale bånd. I følge Berntsson (2000) er det naturlig at mange helseproblemer reflekterer folks subjektive erfaringer av de omgivelser de lever i, heller enn de mer objektive dimensjonene, og for et helseutfall som psykosomatiske symptomer er det derfor naturlig å forstå familiens økonomiske ressurser som indirekte relatert, snarere enn direkte relatert. Dette er også i samsvar med Torsheim mfl. (2004) sine resultater ovenfor knyttet til ungdoms selvverderte helse.

4.3.3 Ulykker og skader

Ulykker er den største årsaken til død og sykdom blant barn og unge, og det er dermed en svært relevant faktor i forhold til barns helse (Pickett 2004:147). West og Sweeting (2004) presiserer at hvorvidt man finner en sosial gradient eller sosial utjevning i forekomsten av ulykker varierer i henhold til den type ulykke eller skade en undersøker. Det er helst med hensyn til ikke-fatale ulykker og skader det kan forventes utjevning. Blant skotsk barn og ungdom finner de tendenser til utjevning med hensyn til å være involvert i trafikkulykker som fotgjenger for begge kjønn, og forbrenninger/skåldinger og sportsulykker for jenter. For 15-årige gutter er det derimot en tydelig sosioøkonomisk gradient for skader pådratt gjennom vold. Engström mfl. (2003) har testet utjevningshypotesen i forhold til ulykker i

Sverige. Alle svenske barn som var mellom 5 og 19 år i 1990 ble delt inn i tre alderskohorter (5-9 år, 10-14 år og 15-19 år), og deretter fulgt opp over en femårsperiode. Det er skilt mellom ulykker som oppstår som en konsekvens av vold og trafikkulykker, i tillegg til selvpåført skade. De fant tendenser til utjevning blant jenter. Blant annet forsvant nesten de sosioøkonomiske forskjellene i trafikkulykker i den yngste kohorten, mens i de to eldre kohortene var det tendenser til utjevning i selvpåførte skader. Ellers var det tydelige sosioøkonomiske forskjeller både blant barn og ungdom, og de konkluderte dermed med at utjevning i ulykkesrisiko er kjønns-spesifikk, alders-spesifikk, og avhengig av ulykkestype.

4.4 Sammenfattende diskusjon

Bildet som kommer til syne i gjennomgangen ovenfor er ikke helt entydig. Dette kan komme av ulike metodiske valg og operasjonaliseringer som ikke gjør studiene helt sammenlignbare. I tillegg er det foreldrene som rapporterer i noen av studiene, mens det er barn i andre. Med hensyn til langvarig helsesituasjon kan vi se at langvarige lidelser blant norske barn kun har en svært svak sammenheng til de tradisjonelle sosioøkonomiske indikatorene utdanning, yrke og inntekt, mens mer subjektive indikatorer ser ut til å ha større betydning (Berntsson og Köhler 2001). For astma, allergi og eksem ser det ut til at særlig foreldrenes utdanning har betydning (Grøholt og Nordhagen 2002, Finnvold mfl. 1997), mens Holmboe mfl. (2006) kun finner en svært svak sammenheng. For indikatorer på helsepotensial, overvekt og høyde, ser det ut til å være mer konsistente funn, med sosioøkonomiske forskjeller mellom de lavest på rangstigen og de øvrige. Likevel er ikke dette tilstrekkelig for å avgjøre om det eksisterer en sosial gradient, da det kan tenkes at det kun er hos de minst privilegerte barna at dårlige levekår har satt spor på kroppen. For å avgjøre gradientspørsmålet er det nødvendig å ha med tre eller flere kategorier på de sosioøkonomiske indikatorene (Starfield mfl. 2008).

Med hensyn til kortsiktig helsetilstand tyder forskningen på at det er sosioøkonomiske forskjeller for de fleste helseutfallene. Det ser også ut til at denne ulikheten er mer konsistent på tvers av studier, og tydeligere enn for langvarige lidelser. Noen studier peker mot at mer subjektive statusindikatorer har større betydning enn de mer objektive som utdanning og inntekt. I flere av studiene kommer det også frem at sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og psykosomatiske symptomer kan forstås som en indirekte sammenheng. Due mfl.

(2003) viser at for eksempel foreldrenes og barnets relasjoner til skolen kan være medierende forhold.

Hvorvidt det skjer en endring i sosioøkonomiske helsemønstre i overgang mellom barndoms- og ungdomstid er noe vanskelig å ta stilling til, da det finnes få norske eller nordiske studier som tar opp dette spesifikt. Engström mfl. (2003) finner med svenske data at utjevning i ulykker og skader heller er et kjønns spesifikt fenomen enn noe som gjelder for alle ungdommer. Torsheim mfl. (2004) sin internasjonale studie tyder på at forskjellene i selvvurdert helse reduseres med økende alder, men at forskjellen fortsatt er tilstedeværende. Halldórsson mfl. (2000) undersøker forskjeller mellom ulike aldersgruppene med nordiske data i forhold til langvarige lidelser, kortvoksthet og symptomer. Ingen av resultatene gir støtte til utjevningshypotesen. De tyder heller på at det er en ganske konstant relasjon mellom helse og sosioøkonomisk status på tvers av aldersgrupper. Denne studien er likevel ikke en fullverdig tilnærming til spørsmålet om endring, da det kun opereres med to verdier på alle de sosioøkonomiske variablene. Det er dermed en mulighet for at den laveste sosioøkonomiske posisjonen skiller seg ut i alle aldersgruppene, mens de andre sosioøkonomiske posisjonene karakteriseres av relativ likhet i en av aldersgruppene. Dog indikerer de fleste studiene at det finnes noe ulikhet i ungdoms kortsiktige helsetilstand, og det kan dermed anses som mindre sannsynlig at utjevningshypotesen får støtte i norsk kontekst.

4.5 Utledning av hypoteser

På bakgrunn av teoretiske forklaringer og tidligere norsk og nordisk forskning kan det formuleres hypoteser om sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og helse blant norske barn og ungdom. I tillegg er det ved formulering av hypotesene nødvendig å forholde seg til de begrensninger som ligger i datamaterialet, og de tilgjengelige variabler (spesifisert i underkapittel 5.2).

Hypotese om sosioøkonomisk ulikhet i helseutfall

Det første forskningsspørsmålet i denne studien, om hvorvidt det finnes ulikhet eller ei blant norske barn og ungdom i 2005 vil testes med denne hypotesen:

H1: Det finnes sosioøkonomisk ulikhet i helse i samlet utvalg (6-15). Denne ulikheten vil ta form av en sosial gradient, og vil komme til syne både ved bruk av husholdningsinntekt og foreldrenes utdanning som sosioøkonomisk indikator.

Det knytter seg imidlertid noe ulike forventninger til hvor tydelig en slik ulikhet vil være for de ulike helsedimensjonene. For *langvarig helsesituasjon* forventes det en relativt svak sammenheng mellom sosioøkonomisk status og barns helse. Ut fra tidligere forskning kan vi anta at det særlig er blant de med lavest sosioøkonomisk status at en slik posisjon har ”kroppsliggjort” seg i form av dårligere helse. For *helsepotensial* forventes det en tydelig sosioøkonomisk gradient. Dette fordi de fleste studiene fant sosioøkonomiske forskjeller for disse indikatorene. I tillegg er høyde en indikator som forventes å følge et sosioøkonomisk mønster allerede fra de tidligste år (West og Sweeting 2004). For indikatorene på *kortsiktig helsetilstand* er det i de fleste studier funnet sosial ulikhet, og funnene har vært mer konsistente enn det de var for langvarig helsesituasjon. Det er dermed sannsynlig at vi her finner ganske tydelige sosioøkonomiske forskjeller.

Hypotese om andre forhold av betydning for barns helse

For å undersøke relasjonen mellom sosioøkonomisk status og barns helse ytterligere vil det trekkes inn tre egenskaper ved foreldre og familie; foreldres helse, foreldres sysselsettingsstatus og familietype. Dette gjøres både for å se om dette endrer det sosioøkonomiske mønsteret, og for å se om disse forholdene i seg selv er av betydning for barns helse. Hypotese 2 blir:

H2: Egenskaper ved foreldre og familie har betydning for variasjonen i barns helse. Slike forhold medierer noe av relasjonen mellom foreldres sosioøkonomiske status og barns helse.

Denne hypotesen kan begrunnes ut i fra forskning som viser at andre forhold enn foreldres utdanning og husholdningsinntekt er av betydning for barns helse. Teoretisk er hypotesen mest i tråd med den psykososiale forklaringen, som vektlegger at sosioøkonomiske helseforskjeller gjerne er mediert av forhold som varierer i tråd med det sosioøkonomiske hierarki. De tre egenskapene er valgt fordi det er forhold som potensielt kan representere stressfaktorer for barnets hverdag og dermed virke negativt inn på barnets helse. I følge Berntsson og Köhler (2001) kan både langvarige lidelser og psykosomatiske symptomer reflektere barns subjektive erfaringer av de omgivelser de er del av. Hypotesen antas dermed

å gjelde både for indikatorer på langvarig helsesituasjon og kortsiktig helsetilstand. Slike forhold kan også potensielt ha noe betydning på barns helsepotensial, men det finnes mindre grunnlag for å anta dette. Særlig for høyde kan det tenkes at det skal mer ekstreme omgivelser til for å ha betydning.

Som det illustreres i figur 4.1 nedenfor kan sammenhengen mellom disse tre variablene og sosioøkonomisk status være delvis resiprok, altså at den går i begge retninger. Hypotesen antar at sosioøkonomisk status påvirker foreldres helse, familietype og sysselsettingsstatus som igjen legger føringer for barns helse. Men dårlig helse kan også medføre lavere sosioøkonomisk status gjennom helserelaterte mobilitetsprosesser, og på samme måte vil det å ikke være sysselsatt medføre lavere inntekt. Denne gjensidigheten er dermed viktig å være oppmerksom på i fortolkningen av resultatene.

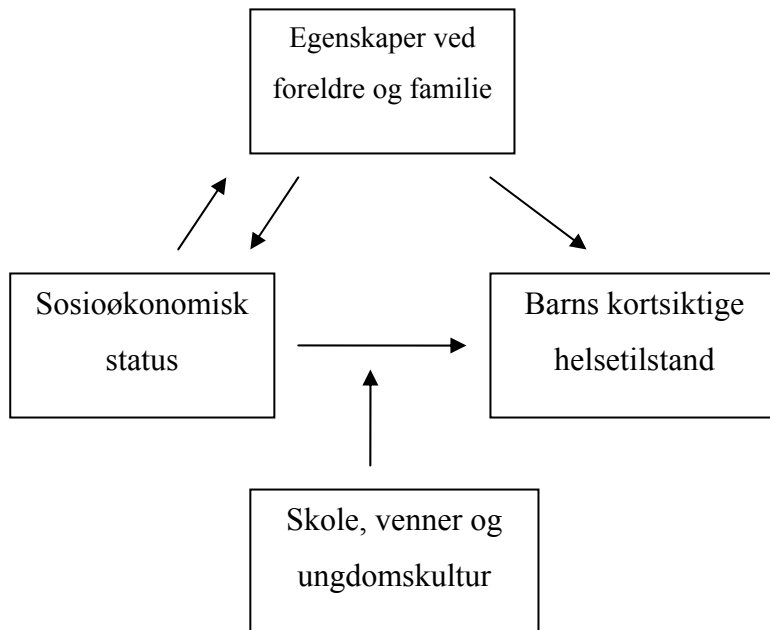
Hypotese om endrede helsemønstre i overgang til ungdomstid

En siste hypotese vil teste hvorvidt det skjer en endring i sosioøkonomiske mønstre i overgang mellom barndoms- og ungdomstid, og er dermed knyttet til det andre forskningsspørsmålet i denne studien. Selv om forskning tydet på at det finnes sosial ulikhet for kortsiktig helsetilstand blant ungdom, formuleres hypotesen i tråd med West sin teoretiske antagelse, da det er denne som ønskes bekreftet eller avkreftet.

H3: I overgangen mellom barndom og ungdom vil det skje en endring i sosioøkonomiske mønstre: sosioøkonomiske indikatorer har mindre effekt for ungdoms kortsiktige helsetilstand, enn de har for barn.

Utjevningshypotesen antas i mindre grad å gjelde for langvarig helsesituasjon, og helsepotensial. Dersom dette er forhold som følger et klassemønster allerede fra fødsel eller tidlig barndom, vil det ifølge West (1997:837) finnes få mekanismer som gjør at utjevning kan oppstå for disse helsedimensjonene. Vi forventer dermed at:

H4: Relasjonen mellom sosioøkonomisk status og langvarig helsesituasjon og helsepotensial endres ikke i overgangen mellom barndoms- og ungdomstid.

Figur 4.1 Kausalmodell av forventede sammenhenger for kortsiktig helsetilstand

Figur 4.1 viser de sammenhengene som hypotesene postulerer for kortsiktig helsetilstand. Det er relevansen av denne kausalmodellen som vil avkreftes eller bekreftes i de empiriske analysene. Tilsvarende kausalmodeller kan konstrueres for de to andre helsedimensjonene. For langvarig helsesituasjon og helsepotensial antas det derimot ikke at skole, venner og ungdomskultur har en modererende effekt på relasjonen mellom sosioøkonomisk status og barns helse.

Før disse hypotesene testes empirisk, vil datamaterialet, operasjonalisering av variabler og valg av analysemetoder gjennomgås i neste kapittel.

5. Datamaterialet, operasjonalisering av variabler og analysemetoder

Studiens problemstilling gjør at den mest egnede tilnærmingen er kvantitativ metode. Problemstillingene vil bli belyst med Statistisk sentralbyrås samordnet levekårsundersøkelse 2005. Første del av dette kapitlet vil være en gjennomgang av datamaterialet og vurderinger knyttet til dette. I andre del vil jeg gjennomgå operasjonaliseringen av variablene, og frekvensene av disse. Frekvensene gir en fin inngangsport til å vurdere variablenes validitet. I en bred betydning dreier validitet seg om ulike aspekter ved det generelle spørsmålet ”har forskningen gitt et korrekt svar på spørsmålet?” (Skog 2004: 89). Dette står sentralt gjennom hele kapitlet, for eksempel i forhold til utvalgets representativitet, datainnsamling, frafall, operasjonalisering av variabler. Til sist gis det en gjennomgang og begrunnelse for de analysemetodene som benyttes i denne studien.

5.1 Datamaterialet: Levekårsundersøkelsen 2005

Levekårsundersøkelsen er en årlig temaroterende tverrsnittsundersøkelse, og hovedtemaet i 2005 var helse. Utvalget er trukket gjennom stratifisert utvelging. Denne utvalgsmetoden sikrer presisjon og et landsrepresentativt utvalg av personer. Utvalget besto til sammen av 10 000 personer (Hougen 2006:7). At utvalget er representativt vil si at resultatene for utvalget blir tilnærmet de samme som en ville fått om en hadde undersøkt samtlige enheter (Hellevik 2000:114). I dette tilfellet sikter det til hele Norges befolkning i alderen seksten år og eldre³. Datainnsamlingen ble gjennomført som en kombinasjon av besøksintervju, telefonintervju og postalt skjema.

5.1.1 Studiens utvalg og representativitet

Alle de i utvalget som hadde barn eller stebarn i alderen 0 til 15 år bosatt i husholdningen, besvarte også spørsmål om disse, dette gjaldt 21,4 prosent av nettoutvalget (N=1445). For

³ Alder er beregnet per 31.12.2005

barn og unge i alderen 6 til 15 år ble det stilt spørsmål om inntil tre i hver husholdning. I husholdninger med flere enn tre barn ble det stilt spørsmål om de tre som er født tidligst i måneden (Hougen 2006). Det er disse barna som utgjør denne studiens enheter, totalt 2183 barn. Dette betyr at en del av barna har søsken som også er med i datamaterialet. Dette kan utgjøre et problem for representativiteten, i og med at det er den norske barnebefolkningen vi ønsker å uttale oss om. Betingelsen om uavhengighet blir ikke oppfylt, da dette krever at utvelgingen skjer på en slik måte at sjansen for at en enhet skal komme med, er uavhengig av om bestemte andre enheter kommer med (Skog 2004). Dersom noen har søsken i alderen 6 til 15 år vil det ikke være tilfeldig om disse kommer med, men sikret. Det er dermed en sjanse for at barn som er del av en søskenflokk vil bli overrepresentert i forhold til enebarn. Hadde det derimot vært norske barnefamilier vi ønsket å uttale oss om, kan vi tenke oss at utvalget er trukket på en måte som kan sikre representativiteten, da alle familier har hatt like stor sannsynlighet for å komme med i utvalget.

For å ta høyde for dette potensielle problemet, vil det gjøres separate analyser av et datamateriale hvor søsken er tatt ut. Dette gjør at betingelsen om uavhengige observasjoner er oppfylt. Dersom det fremkommer vesentlige forskjeller mellom utvalget med søsken og utvalget uten søsken, vil dette kommenteres.

5.1.2 Frafall og utvalgsskjevhet

Av de 10 000 personene som ble trukket i utgangspunktet, var det totalt 30,2 prosent av bruttoutvalget som falt fra intervjuundersøkelsen av ulike årsaker. Tilsvarende var det 43,3 prosent som ikke sendte inn det postale tillegget. Også barn i alderen 13-15 år som foreldre hadde besvart spørsmål om, fikk tilsendt et postalt spørreskjema, men dette ble kun besvart av 249 personer. Frafallet i denne gruppen var dermed på hele 63 prosent, og disse spørsmålene vil derfor ikke benyttes i denne studien.

Det vesentlige å undersøke ved frafall er hvorvidt fordelingen av et bestemt kjennemerke er annerledes blant de som svarte (nettutvalget) enn blant de som ble forsøkt intervjuet (bruttoutvalget). Dette kan gi utvalgsskjevhet (Hougen 2006:15). I levekårsundersøkelsen 2005 har vi tilgang til hvordan frafallet er fordelt på kjennemerkene kjønn, alder og landsdel, men ikke i forhold til sosioøkonomiske kjennetegn. Dette skyldes at Statistisk sentralbyrå ikke har mulighet til å koble til slike opplysninger fra registeret uten at respondenten er med på undersøkelsen. Imidlertid peker en tidligere frafallsanalyse utført av Statistisk sentralbyrå

(Teigum 1997) mot at mors og fars utdanning var de variablene hvor frafallet skapte størst utvalgsskjevheter. Barn av foreldre med universitets- eller høgskoleutdanning ble dermed overrepresentert. Også frafallet i forhold til inntektsvariablene førte til en viss overrepresentasjon av personer med høye familieinntekter. Dersom et slikt frafallsmønster også finnes i levekårsundersøkelsen 2005 vil dette ha betydning for min undersøkelse, siden det er slike kjennetegn som representerer de mest sentrale uavhengige variablene. Hvis det er slik at frafallet er størst blant de med lav sosioøkonomisk bakgrunn kan dette gjøre at eventuelle helseforskjeller mellom sosioøkonomiske klasser fremstår som mindre enn det de i virkeligheten er. En løsning på dette er å vekte resultatene på analysevariabler som korrelerer sterkt med disse bakgrunnskjenningene, for å forsøke å oppnå mer korrekte estimat. Dette vil imidlertid ikke bli gjort i denne studien, da erfaring fra andre undersøkelser viser at vekting ofte bare fører til små eller ingen endringer i resultatene (Teigum 1997).

5.1.3 Noen bemerkninger om tverrsnittdesignet

Levekårsundersøkelsen er en tverrsnittstudie, som betyr at intervjuobjektene kun er observert på ett tidspunkt. Dette er et svært vanlig design, og også det enkleste, da det i forhold til andre alternativer krever mindre tid og ressurser. Hensikten med tverrsnittstudier er at man senere skal kunne gjøre sammenligninger mellom enhetene med hensyn til registrerte egenskaper (Skog 2004:71). Det som derimot ikke er mulig med et slikt design er å teste kausalhypoteser, hvilket innebærer å si at X er årsak til Y. Dette kommer av at prosesser som utfolder seg over tid ikke kan observeres direkte, og man kan dermed ikke etablere tidsrekkefølgen mellom årsak og virkning (Ringdal 2001:259). Likevel finnes det data som man i en viss grad kan postulere at ligger foran andre i tid. For eksempel er det i de fleste tilfeller heller foreldres utdanning som påvirker barnas nåværende helse enn omvendt. Årsaksretningen kan og gå motsatt vei, men denne typen mobilitetsprosesser har lite støtte i litteraturen (Blane, Smith og Bartley 1993). Tverrsnittstudiet fører også til at man mangler kontroll med bakenforliggende faktorer, slik at det kan være andre faktorer enn de observerte som er de egentlige årsakene til sosial ulikhet i helse (Skog 2004: 73).

For inneværende studie utgjør ikke manglende mulighet til å trekke kausale slutninger noe stort problem i forhold til å undersøke hvordan barn og ungdoms helse varierer etter sosioøkonomiske indikatorer, da det ikke vil påstås at det er sosioøkonomisk status som er

den direkte årsaken til helseforskjeller. Et vanskeligere trekk i forhold til denne studien er ønsket om å teste utjevningshypotesen. Det mest ideelle for å gjøre dette ville vært å ha en longitudinell studie hvor de samme individene ble fulgt i overgangen fra barn til ungdom. Her vil det være forskjellige individer, og vi kan dermed ikke utelukke at eventuelle forskjeller mellom de to aldersgruppene kan skyldes andre forhold enn de aldersbaserte innflytelsene, slik det antas i utjevningshypotesen. Likevel kan det argumenteres for at tverrsnittsdesignet gir en grei tilnærming, i og med at det i løpet av de senere år ikke har vært noen store samfunnsmessige endringer, som har ført til endrede oppvekstbetingelser. Det vil dermed antas at de to kohortene som undersøkes er oppvokst under ganske like forhold, og at de kan tilnærmes som om de var de samme individene.

5.2 Operasjonalisering av variabler

De variablene som her presenteres er valgt fordi de anses som de best egnede variablene for å undersøke de hypotesene som ble formulert i forrige kapittel. Variablene er også benyttet i tidligere studier, noe som muliggjør en sammenligning av resultater.

5.2.1 Avhengige variabler

Som mål på langvarig helsesituasjon vil jeg benytte tre variabler. Disse er foreldres vurdering av barnas helse, langvarig sykdom eller lidelse, og langvarig sykdom eller lidelse med innvirkning på hverdag. Indikatorer på helsepotensial er lav kroppshøyde og overvekt. For kortsiktig helsetilstand har jeg inkludert to variabler: månedlige psykosomatiske symptomer og kontakt med fagpersoner grunnet trivsels- eller atferdsproblemer. Alle de avhengige variablene er dikotomisert, slik at de med verdien 1 er de som i henhold til det aktuelle helsemålet har ”dårlig” helse.

Indikatorer på langvarig helsesituasjon

Langvarig sykdom og lidelse

Langvarig sykdom vil måles ved hjelp av variabelen ”antall sykdommer”, som er en skala fra 0 til 7, rangert etter hvor mange sykdommer eller lidelser av mer varig natur som forelderen har svart bekreftende på at barnet har. Skillet er satt mellom de som ikke har

sykdom, og de som har en eller flere. Jeg beholder her Statistisk sentralbyrå sin definisjon av langvarig sykdom eller lidelse som er ”sykdom/lidelse som har vart i minst seks måneder, eller nyere sykdom/lidelse som en regner med vil bli varig”. Noen eksempler på sykdommer som er inkludert er epilepsi, sukkersyke, astma, allergiske hudsykdommer og migrene⁴. Langvarig sykdom eller lidelse vil brukes fremfor kronisk sykdom, da sistnevnte i større grad kan gi assosiasjoner til sykdommer som varer livet ut eller aldri vil gå over. Barn som har hatt en sykdom i seks måneder eller lenger, kan likevel bli friske igjen (Grøtvedt og Belsby 1995). Denne variabelen kan sies å representere et biomedisinsk perspektiv på helse, der det er diagnosen som avgjør barnets helsetilstand.

Lidelse med innvirkning på hverdag

For å få med hvorvidt den langvarige lidelsen har betydning for barnets hverdag, altså mer i tråd med oppfattelsen av helse som funksjon, er også variabelen ”virkninger av sykdom” inkludert. Denne variabelen kan muligens også identifisere noen av de barna som er mer alvorlig syke. Spørsmålet er formulert slik: ”Vi vil gjerne vite hvordan du vurderer den/de varige sykdommene/funksjonshemmingene [han/hun] har fortalt om. Virker noen av disse inn på [hans/hennes] hverdag i høy grad, i noen grad, i liten grad eller ikke i det hele tatt?” (Hougen 2006:61). Her er de som har svart at sykdommen virker inn på hverdag ”i høy grad” eller ”i noen grad” gitt verdien 1.

Foreldres vurdering av barnas helse

Der jeg refererte tidligere forskning ble barns selvvalgte helse kategorisert som å tilhøre kortsiktig helsetilstand, mens i denne studien vil barns generelle helse kategoriseres under langvarig helsesituasjon. Dette er noe problematisk, da et slikt sammensatt helse mål vil inneholde informasjon om begge dimensjonene. Likevel mener jeg at plasseringen kan begrunnes i at det er foreldre som har rapportert. Ifølge Johnson og Wang (2008) viser diskrepansen mellom barnerapportert og foreldrerapportert helse ”...that parent and youth reports should not be treated as interchangeable in clinical or research contexts”. I tillegg kategoriserer også West og Sweeting (2004) generell helse som en del av langvarig helsesituasjon.

⁴ For en fullstendig oversikt over alle sykdommer som er inkludert, se ”Kort 1” i Hougen (2006:150-151).

Spørsmålet om barns helse er formulert slik: ”hvordan vurderer du [hans/hennes] helse sånn i alminnelighet. Vil du si at den er meget god, god, verken god eller dårlig, dårlig eller meget dårlig?” Skillet i denne studien er satt mellom de som har meget god helse og de som har god eller dårligere. Dette samsvarer ikke med det konvensjonelle skillet mellom god og dårlig helse, men er likevel valgt på grunn av en svært ujevn fordeling på denne variabelen (se tabell 5.3). Når en ønsker å belyse sosiale forskjeller er det gunstig med litt større grupper for å identifisere forskjeller. I tillegg er det også her av betydning at det er foreldre som har rapportert, da de jevnt over rapporterer bedre generell helse for sine barn, enn det barna selv gjør.

Indikatorer på helsepotensial

Lav kroppshøyde

Kroppshøyde er i levekårsundersøkelsen målt i antall centimeter. Lav kroppshøyde er spesifisert etter barnets kjønn og alder, og forstås her som lavere enn 20%-percentilen for vanlig høydeutvikling⁵ (Pasienthåndboka 2005a, 2005b)

Overvekt

Foreldrerapportert vekt og høyde er blitt brukt til å kalkulere barnas kroppsmasseindeks ($KMI = \text{kg/m}^2$). De internasjonale grenseverdiene for KMI som ble benyttet for å måle overvekt eller fedme blant barn, er utviklet av Cole mfl. (2000). Disse grenseverdiene er laget slik at de når KMI på 25 og 30 kg/m^2 i 18-årsalderen, som er de respektive grenser for overvekt og fedme blant voksne. Klassifiseringen er kjønn- og aldersspesifikk, siden barns KMI endres substansielt med alderen. I overvektvariabelen som benyttes i analysene inkluderes både overvektige og de som har fedme. Klassifiseringen er opprinnelig delt inn i hele og halve år, men siden jeg kun har tilgang på hele år er disse benyttet⁶. Dette kan medføre noe upresise resultater.

⁵ Beregnet etter vekstkurver hentet fra Pasienthåndboka. Grenseverdiene er lavere eller lik, for 6 år 118cm (gutter)/ 117cm (jenter), 7 år 123/122, 8 år 128/128, 9 år 133/132, 10 år 137/137, 11 år 143/144, 12 år 147/149, 13 år 154/155, 14 år 161/159 og 15 år 167/162.

⁶ Grenser for overvekt er som følger: 6 år = $KMI \geq 17,55$ (gutter) / 17,34 (jenter), 7 år 17,92/17,75, 8 år 18,44/18,35, 9 år 19,1/19,07, 10 år 19,84/19,86, 11 år 20,55/20,74, 12 år 21,22/21,68, 13 år 21,91/22,58, 14 år 22,62/23,34 og 15 år 23,29/23,94.

Indikatorer på kortsiktig helsetilstand

Psykosomatiske symptomer

Av psykosomatiske symptomer er det i levekårundersøkelsen inkludert ti variabler. Samtlige av spørsmålene begynner slik: ”Hvor ofte har [han/hun] i løpet av de 3 siste månedene...”, og fortsetter: hatt vondt i magen, hatt hodepine, vansker med å sovne, vært urolig/rastløs, hatt konsentrasjonsvansker, vært sint eller i dårlig humør, vært bekymret/engstelig, vært lei seg/nedfor, følt seg nervøs/utrygg, følt seg ensom/alene? Spørsmålene har identiske svaralternativer. I utgangspunktet hadde svaralternativet ”aldri” verdien 6, men skalaen ble reversert slik at de har samme logikk som andre variabler, altså at høyt nivå indikerer høyt plagenivå. Verdiene blir da 0) aldri, 1) sjeldnere enn en gang i måneden, 2) en gang i måneden, 3) en gang i uken, 4) flere ganger i uken, 5) hver dag, 8) vil ikke svare og 9) vet ikke. De to sistnevnte kategoriene er blitt kategorisert som brukerdefinert missing verdi. I tabell 5.1 nedenfor kan en se den prosentvise fordelingen på de ulike plagene.

Tabell 5.1 Prosentvis fordeling på psykosomatiske symptomer

	Aldri %	Månedlig- %	Månedlig %	Ukentlig %	Ukentlig+ %	Daglig %	Missing %
Vondt i magen	45,8	27,5	16,7	5,6	3,3	0,5	0,6
Hodepine	50,8	22,7	17,1	5,9	2,4	0,4	0,7
Sovevansker	68,4	12,6	5,1	6,0	5,1	2,3	0,6
Urolig/rastløs	63,4	14,5	5,4	5,5	5,8	4,8	0,6
Konsentrasjonsvansker	69,4	11,1	4,4	4,6	5,3	4,5	0,7
Sint/dårlig humør	35,3	17,1	13,2	18,2	12,3	3,2	0,6
Bekymret/engstelig	59,5	18,1	10,8	6,2	3,8	0,9	0,7
Lei seg/nedfor	44,4	21,6	15,8	11,9	5,0	0,6	0,6
Nervøs/utrygg	72,2	16,8	5,1	2,8	2,0	0,3	0,8
Ensom/alene	75,7	12,7	5,5	3,0	1,8	0,5	0,8

For å ha mulighet til å sammenligne de som tilsynelatende lider av hyppige plager og problemer, og de som erfarer lite eller ingenting, er det blitt konstruert en additiv indeks for disse symptomene. Reliabiliteten til indeksen er blitt testet med Cronbachs alphakoeffisient (α). Dette er et mål for å måle intern konsistens mellom variablene som inngår i indeksen, som varierer mellom 0 til 1. I følge Ringdal (2001:168) har et sammensatt mål en tilfredsstillende reliabilitet dersom Cronbachs alpha er over 0,7. For disse variablene er Cronbachs alpha 0.82. noe som reflekterer at korrelasjonen mellom variablene som inngår i indeksen er høy.

Ved konstruksjon av indeksen er de barna det manglet opplysninger om på fire eller flere av de ti variablene, blitt utelatt som missing. De som har færre enn fire missing har fått erstattet missing verdi med enhetens gjennomsnitt på de andre indikatorene (Christophersen 2007:253). Den dikotomiserte variabelen skiller mellom de som har gjennomsnittlig verdi 2 eller høyere, og de øvrige. Dette tilsvarer de barna som opplever slike symptomer månedlig eller mer. Samme inndeling er blitt gjort av Holmboe mfl. (2006).

Kontakt med fagpersoner grunnet atferds- eller trivselsproblemer

Denne variabelen er inkludert ut fra en tanke om at den kan supplere psykosomatiske symptomer som en indikasjon på kortsiktig helsetilstand. Det er spurt etter om barnet ”i løpet av de siste 12 måneder har vært i kontakt med PP-tjenesten, barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, psykolog eller andre fagpersoner i forbindelse med atferds-, trivselsproblemer eller annet?” De øvrige fagpersoner er allmennlege, legespesialist, logoped, psykiater og andre. Av tabell 5.2 nedenfor ser vi at størsteparten av de som har vært i kontakt med fagpersoner klynger seg på PP-tjeneste, BUP og psykolog. Dette kan bidra til å understøtte at denne variabelen faktisk fanger opp forhold knyttet til atferd og trivsel. Tabellen viser også at det er flere som har vært i kontakt med mer enn en fagperson det siste året, da den summerte prosenten blir høyere enn 100. Et forhold som er verdt å huske i forhold til denne variabelen, er at den ikke nødvendigvis sier noe om antallet barn og ungdom som har atferds- eller trivselsproblemer. Den indikerer snarere hvor mange som oppsøker fagpersoner og tjenester på grunn av slike problemer, og hvor foreldre i tillegg kjenner til dette.

Tabell 5.2 Fordeling på ulike fagpersoner av de som har oppsøkt fagpersoner de siste 12 mnd (N=208)

<i>Type fagperson</i>	<i>Prosent</i>
Allmennlege	4,8
Legespesialist	3,8
Logoped	1,2
PP-tjenesten	66,3
BUP	28,4
Psykolog	19,2
Psykiater	4,3
Andre	9,1

5.2.2 Uavhengige variabler

Indikatorer på sosioøkonomisk status

Det er ønskelig med flere indikatorer på sosioøkonomisk status, siden de potensielt kan ha ulik betydning for helsedimensjonene. I denne studien vil sosioøkonomisk status operasjonaliseres med husholdningsinntekt og foreldrenes høyeste utdanning. Yrke er utelatt da det kun er tilgjengelig for intervjuobjekt, og ikke ektefelle/samboer. I tillegg kan det ikke umiddelbart rangordnes. I levekårsundersøkelsen finnes det ingen gode indikatorer for mer subjektive dimensjoner av sosioøkonomisk posisjon, som tilfredshet med egen økonomi, eller indikatorer på ungdoms fremtidige sosioøkonomiske posisjon⁷. Det blir i praksis derfor betydningen av foreldrenes sosioøkonomiske status for barns helse vi undersøker. Begge disse variablene er påkoblet fra register, og representerer dermed svært nøyaktige data med få feilkilder.

Husholdningsinntekt etter skatt

Siden det er snakk om barn og ungdom vil det benyttes en inntektsvariabel for hele husholdningen etter skatt. Enheter som har minus-inntekt er definert som missing, da slike observasjoner kan være misvisende. Den samlede husholdningsinntekten er videre blitt justert ved hjelp av en såkalt ekvivalensskala, slik at inntekten per forbruksenhet beregnes. Dette gjør det mulig å sammenligne inntekten til husholdninger av ulik størrelse og sammensetning. Det finnes flere ulike skalaer som i større eller mindre grad tar hensyn til stordriftsfordelene ved at flere bor sammen (Strøm mfl. 2006). Kvadratrotskalaen er den som her vil benyttes. Her divideres summert husholdningsinntekt etter skatt med kvadratrotten av antallet husholdningsmedlemmer ($\text{husholdningsinntekt}/\sqrt{\text{husholdningsmedlemmer}}$). Variabelen er videre delt inn i kvartiler. Kvartiler er de tre variabelverdiene som splitter en rangert fordeling i fire like store deler. Den andre kvartilen er dermed lik median inntekt i utvalget, og har 50 prosent av fordelingen under seg, og 50 prosent over seg (Ringdal 2001:310).

⁷ I det postale spørreskjemaet finnes det riktignok informasjon om tilfredshet med egne skoleprestasjoner for 13-15 åringer. På grunn av høyt frafall er dette spørsmålet kun besvart av 36,6 prosent, og anses dermed som et mindre egnet mål på sosioøkonomisk status.

Foreldres høyeste fullførte utdanning

Utdanningsnivå er tilgjengelig både for respondent og samboer/ektefelle. Disse to er brukt som utgangspunkt for å konstruere en ny variabel hvor den som har høyest utdanning har blitt stående. De som hadde uoppgitt utdanning, har blitt tildelt den andres utdanningsnivå. Utdanningsvariablene består opprinnelig av ti nivåer, men er blitt redusert til følgende fire grupper: 1) videregående grunnopplæring eller lavere⁸, 2) fullført videregående utdanning og 3) universitets- eller høyskoleutdanning på lavere nivå og 4) universitets- eller høyskoleutdanning på høyere nivå. Årsaken til at de med videregående grunnopplæring er satt sammen med grunnskole er at dette gir jevnere grupper, i tillegg til at de med videregående grunnopplæring ikke vil ha noe mer avsluttet utdanning å vise til enn de med kun grunnskole. Etter dette gjensto 23 enheter (ca 1 prosent) med uoppgitt utdanning, som så ble lagt inn i den laveste utdanningsgruppen. Dette er gjort da det viste seg at dette ga noenlunde samme analyseresultater som om de skulle vært klassifisert som missing.

Andre forklaringsvariabler

I tilknytning til hypotesen om andre forhold av betydning for barns helse, er det valgt tre egenskaper knyttet til foreldre og familie. Den første er hvorvidt respondenten er **yrkesaktiv** eller ei. Betydningen av denne variabelen kommer imidlertid an på hvorvidt det å ikke være yrkesaktiv er frivillig eller ikke. Den andre variabelen er den ene **forelderens helse**, hvor svaralternativene ”verken eller”, ”dårlig” og ”meget dårlig” er kategorisert som dårlig helse. Disse to variablene gjelder altså kun den forelder som besvarte undersøkelsen. Den tredje variabelen er **foreldrenes sivilstatus**, hvor distinksjonen går mellom barn som har foreldre som er gift eller samboende, og de som ikke har det. Denne variabelen sier således noe om barnet bor med en eller begge foreldre, men ikke om det er biologisk forelder eller stepforelder.

Kjønn og aldersgrupper

Alle analysene vil gjøres separat etter kjønn. Dette valget er gjort fordi ulike påvirkninger ikke trenger å ha lik effekt på jenter og gutter og fordi den kroppslige utviklingen også skjer noe ulikt. I tillegg er alder en sentral variabel i mine analyser i forbindelse med

⁸ Videre i oppgaven og analysene vil ”grunnskole” delvis brukes om kategorien ”videregående grunnopplæring eller lavere”, da dette gjør teksten mindre tung.

utjevningshypotesen. Selv om det tidligere ble understreket at skillet mellom barndom og ungdom er flytende og det er vanskelig å skille etter alder, er dette nødvendig i de statistiske analysene. Barn er operasjonalisert som 6-10 år og ungdom som 11-15 år. Disse periodene antas da å avspeile barndom og tidlig ungdomsfase, og har støtte i at lignende avgrensninger er benyttet tidligere (Spencer 2005, Brusdal 2004b).

5.3 Deskriptiv statistikk og validitetskommentarer

Tabell 5.3 Deskriptiv statistikk av alle variablene etter kjønn

	GUTTER (N=1127)			JENTER (N=1056)		
	Frekvens	Prosent	N	Frekvens	Prosent	N
FORELDREVURDERT HELSE			1123			1049
Meget god	799	71,1		703	67	
God	283	25,2		306	29,2	
Verken eller/dårlig	41	3,7		40	3,8	
LANGVARIG SYKDOM / LIDELSE	352	31,3	1125	326	31,1	1049
SYKDOM MED VIRKNINGER	171	15,2	1125	144	13,7	1049
LAV HØYDE	214	19,9	1074	263	25,9	1015
OVERVEKT ELLER FEDME	189	19,2	984	174	18,8	928
Andel som har fedme	38	3,9		36	3,9	
MÅNEDLIG PSYKOSOMATIKK	118	10,5	1123	104	9,9	1047
Psykosomatikk ukentlig. el mer	21	1,9		21	2	
KONTAKT MED FAGPERSONER	124	11	1123	84	8	1049
FORELDRES UTDANNING			1127			1056
Vgs grunnkurs eller lavere	187	16,6		161	15,2	
Fullført videregående	435	38,6		396	37,5	
Universitet el høyskole, lavere nivå	376	33,4		357	33,8	
Universitet el høyskole, høyere nivå	129	11,4		142	13,4	
ALDER			1126			1056
6 til 10 år	563	50		507	48	
11 til 15 år	563	50		549	52	
FORELDER HAR DÅRLIG HELSE	142	12,6	1126	145	13,7	1055
FORELDER IKKE SYSSELSATT	132	11,7	1127	115	10,9	1056
BOR MED EN FORELDER	119	10,6	1127	110	10,4	1056
JUSTERT HUSHOLDNINGSINNTEKT			1126			1054
25% prosentil	198 314			203 435		
50% prosentil	245 453			248 390		
75% prosentil	306 672			300 195		
Gjennomsnitt	289 097			293 103		

I tabell 5.3 kan vi se hvordan utvalget fordeler seg på samtlige av studiens variabler. Med hensyn til kjønnsfordelingen ser vi at den er ganske jevn, med en svak overvekt av gutter, som utgjør 51,6 prosent av utvalget.

Hvis vi tar for oss helsevariablene øverst i modellen først ser vi at flertallet av foreldrene vurderer sine barns helse som meget god, men at det er noen flere gutter enn jenter i denne kategorien. Blant begge kjønn er det svært få som vurderes til dårlig helse, noe som har motivert skillet mellom meget god helse og dårligere. Dermed favner kategorien ”under meget god helse” 28,9 prosent av guttene og 33 prosent av jentene. At så få er kategorisert som å ha dårlig helse kan kanskje skyldes at foreldre legger mer objektive kriterier til grunn når de vurderer barns helse enn det barna selv gjør. Det kan også være en refleksjon av at foreldre rapporterer det som er sosialt ønskelig; at barn skal være friske og ha god helse.

Fordelingen av langvarige lidelser er nokså lik for gutter og jenter, med rundt 31 prosent. Av disse er det rundt halvparten, 14,4 prosent av totalutvalget, som har en sykdom med innvirkning på hverdagen. Dette er tilnærmet identisk med den nordiske undersøkelsen fra 1996, hvor 14,2 prosent av norske barn hadde en langvarig lidelse av alvorlig eller moderat art (Berntsson og Köhler 2001). Konsistens på tvers av undersøkelser vitner om at data på dette punktet har høy reliabilitet.

Grensen for lav kroppshøyde er satt til 20%-percentilen for vanlig høydeutvikling, hvilket vil si at rundt 20 prosent av barna skulle havnet i denne kategorien. Frekvensen blant gutter er som forventet. Blant jenter er det derimot så mye som en fjerdedel av utvalget som kommer i denne kategorien. En nærmere studie av frekvensene for kroppshøyde viser at mange hopper seg opp på de rundere verdiene, som 110cm, 115cm, 120cm og så videre. Det er lite sannsynlig at barna i virkeligheten har så lite spredning på de ulike verdiene, noe som kan tyde på at foreldre ofte runder opp eller ned til nærmeste ti eller fem. Dersom foreldre forholder seg til siste måling av barnet og sånn omtrentlig hva den viste, kan høyden underestimeres snarere enn overestimeres.

Blant barn og ungdom i utvalget er det rundt 19 prosent som havner i overvekt- eller fedmekategorien slik det er definert av Cole mfl. (2000). Mindretallet av disse, 4 prosent, kan kategoriseres som fete. Dette er en ganske liten gruppe som det er vanskelig å gjøre egne analyser for, og det er derfor de to kategoriene er slått sammen til en gruppe. Dette tallet kan synes noe høyt, men er likevel innenfor anslaget om at mellom 10 og 20 prosent av norske

barn og unge er overvektige. En undersøkelse fra Oslo tydet på at hele 21 prosent av 8- og 12-åringene er overvektige (Folkehelseinstituttet 2004). På samme måte som for høyde kan vi også for kroppsvekt se at svarene er konsentrert rundt de mer runde tallene. Altså kan vi anta at verken kroppshøyde eller kroppsvekst viser samme presisjon som om hvis det var blitt målt av helsepersonell. I tillegg er det en ytterligere svakhet at det er langt flere som ikke har oppgitt kroppsvekt enn kroppshøyde, slik at på overvektsvariabelen er 12,4 prosent missing.

For indikatorene på kortsiktig helsetilstand ser vi at de aller fleste barna i følge sine foreldre erfarer psykosomatiske symptomer sjeldnere enn månedlig. Det er rundt 10 prosent av utvalget som erfarer psykosomatiske symptomer månedlig eller mer, og av disse kun 2 prosent ukentlig eller oftere. Andre barnerapporterte undersøkelser peker mot at det er en langt større andel som erfarer slike symptomer ukentlig. I følge en rapport fra Folkehelseinstituttet (Nærde og Neumer 2003:8) antas det at mellom 10 og 20 prosent av norske barn har så store plager at dette går ut over deres daglige fungering. Vi kan anta at vi ved å operasjonalisere variabelen som ”månedlig eller mer”, i stedet for ”ukentlig eller oftere”, fanger opp en del av de barna som tilhører denne gruppen. Lav forekomst kan knyttes til at barn i ulik grad videreformidler plagene sine til foreldrene, i tillegg til at det kan være problemer med å huske tre måneder tilbake i tid. Slike forhold kan ha ført til at det hyppigst rapporterte svaret for samtlige av plagene er ”aldri”, og at få svarer ukentlig. Det andre målet på kortsiktig helsetilstand, kontakt med fagpersoner grunnet trivsels- eller atferdsproblemer, viser at gutter er noe mer i kontakt med fagpersoner enn jenter. Dette kan indikere at gutter i større grad har trivsel eller atferdsproblemer som gjør at de oppsøker fagpersoner.

For de uavhengige variablene kan vi av utdanningsvariabelen se at flertallet av barna har foreldre, hvorav en eller begge, har videregående utdanning eller universitets- eller høyskoleutdanning på lavere nivå som høyeste utdanning. Denne fordelingen kan sies å gjenspeile den norske befolkningens generelt høye utdanningsnivå. Vi ser at aldersfordelingen er svært jevn, selv om det er noe overvekt av den eldre aldersgruppen blant jenter. Dette er gunstig, og gir en god representasjon av norske barn og ungdom.

De tre neste forklaringsvariablene er knyttet til egenskaper ved foreldre og familie. Det er et klart mindretall av utvalget som har foreldre eller familie med disse egenskapene. Vi kan se

at det er rundt 13 prosent av foreldrene, altså intervjuobjektene, som karakteriserte sin egen helse som dårlig. Det er rundt 11 prosent av utvalget som har en forelder som ikke er i arbeid, og rundt 10,5 prosent som bor med kun en forelder.

Tabellen viser at undersøkelsens enheter kommer ganske heldig ut på helsevariablene. Jevnt over har flertallet god helse, slik det her er målt. Tabellen viser også at det er få enheter det mangler opplysninger om, med unntak av overvekt- og høydevariabelen. Dette kan anses som en styrke ved dataene. Ut fra tallene kan det heller ikke observeres særlige kjønnsforskjeller. Det er tendenser til at jenter faller mer uheldig ut på foreldrevurdert helse, og gutter på sykdom med innvirkning på hverdag og kontakt med fagpersoner. Skjevheter på variablene kan skyldes at det er en naturlig skjev fordeling i befolkningen eller samfunnet.

5.4 Analysemetoder

5.4.1 Krysstabellanalyse

I de innledende empiriske analysene vil forholdet mellom sosioøkonomisk status og helse undersøkes med krysstabeller. Hensikten med denne analyseformen er å kunne sammenlikne kategorier (Johannessen 2007:102). I denne studien hvordan de ulike sosioøkonomiske gruppene fordeler seg i forhold til helsevariablene. Dette er en gunstig fremstillingsform i mine analyser siden variablene har få verdier, og er på et lavt målenivå.

For å undersøke den statistiske assosiasjonen mellom variablene vil Gamma oppgis. Gamma er valgt fordi det er et mål på ordinalnivå, og ranginformasjonen i variablene blir dermed ivaretatt (Ringdal 2001:289). Dette gjør gamma godt egnet til å undersøke hypotesen om en sosial gradient. Et mulig valg kunne også være kji-kvadratet, men dette målet sier ikke noe om hvorvidt sammenhengene følger et systematisk mønster eller ei. Selv om helsevariablene i denne studien er dikotome, og dermed på nominalnivå, kan disse anses som en ordinal skala med to verdier, og følgelig kan ordinale mål også brukes på tabeller hvor en variabel er ordinal og den andre er dikotom (Buchanan 1974:627). Gamma er et mål som varierer mellom -1 og +1, der koeffisientens tallverdi viser styrken i sammenhengen, mens fortegnet viser om sammenhengen er positiv eller negativ. Verdien 0 tilsier ingen sammenheng. Det er assosiasjon mellom to variabler dersom en relativt høy eller lav verdi på en variabel kan

predikeres av høy eller lav verdi på den andre variabelen (Balch 1979:218). Dersom gamma er 0,216 kan vi si at når vi kjenner til den uavhengige variabelen, reduserer vi feilprediksjonen av den avhengige variabelens fordeling med 21,6 prosent (Balch 1979:220). I så måte kan gamma fra ulike analyser brukes som en pekepinn på om den uavhengige variabelen forklarer mer eller mindre av variasjonen i de ulike avhengige variablene.

Beregningen av gamma gjøres med utgangspunkt i frekvensene i en krysstabell, og tar utgangspunkt i par enheter. Et likt ordnet par betyr at den ene enheten har høyere verdi enn den andre enheten på begge variablene, mens et ulikt ordnet par betyr at den ene enheten har høyere verdi på den ene variabelen, men lavere verdi på den andre variabelen (Ringdal 2001:329). Dersom L betegner likt ordnede par og U ulikt ordnede par er formelen for gamma:

$$\text{Gamma} = \frac{L - U}{L + U}$$

Et flertall av likt ordnede par gir positiv gamma, mens et flertall av ulikt ordnede par gir negativ gamma. Verdien på gamma er således det relative flertallet av like eller ulike par (Balch 1979:219).

5.4.2 Logistisk regresjon

Regresjonsanalyse er den dominerende metoden innen samfunnsforskning, og er spesielt gunstig når det skal utføres multivariate analyser, det vil si analyser hvor det trekkes inn flere uavhengige variabler for å belyse en avhengig variabel (Tuft 2000:7). I mine analyser vil logistisk regresjon benyttes, noe som er begrunnet i målenivået til de avhengige variablene⁹. Logistisk regresjon er vanlig å bruke når den avhengige variabelen er kvalitativ, det vil si at variablenes verdier *ikke* står i et tallmessig forhold til hverandre. Dersom man anvender lineær regresjonsanalyse i slike tilfeller, brytes vesentlige forutsetninger. En lineær sammenheng krever at verdiene på den avhengige variabelen må kunne rangeres og ha minst fem verdier (Johannessen 2003:147). Dersom lineær regresjon benyttes risikerer en å

⁹ Logistisk regresjon er valgt siden fokuset i min studie vil være skillet mellom de barnegruppene som antas å ha merkbare helseplager, kontra de andre. Imidlertid kan helse også sees på som et gradsspørsmål, som noe man har i større eller mindre grad, dermed kunne også lineær regresjon vært en mulig analysemetode.

predikere verdier utenfor intervallet 0 og 1, og dermed få estimater som ikke gir mening (Clausen og Eikemo 2007:84)

Binær logistisk regresjon er den enkleste formen for logistisk regresjon, hvor den avhengige variabelen er dikotom med verdiene 0 og 1. Det er denne typen som vil benyttes i denne studien. Verdiene på variabelen antyder hvorvidt enhetene i undersøkelsen har en bestemt egenskap (1) eller ikke (0). Enten har man egenskapen, eller så har man den ikke.

Regresjonsanalyse behandler alle variabler som kontinuerlige, og den dikotome variabelen må derfor anses som om den kan anta alle mulige verdier i intervallet mellom 0 og 1. Av denne grunn kan ikke resultater tolkes direkte i tilknytning til verdiene 0 og 1. De må heller fortolkes som andeler eller sannsynligheter for å ha verdien 1 på den avhengige variabelen ut i fra den uavhengige variabelen (Tuft 2000:10). Denne begrensningen i mulige utfall gjør at sammenhengen ofte blir S-formet, noe som vanskeliggjør dens bruk i regresjon. Ved å omkode andelen til logits, får den avhengige variabelen verdier som kan gå fra minus til pluss uendelig, slik at man oppnår en lineær sammenheng hvor effekten av en bestemt endring i den avhengige variabelen blir den samme på alle nivåer (Skog 2004:354).

Et minus er derimot at den substansielle fortolkningen blir vanskeligere, da forholdet mellom tallene endres (Skog 2004: 358). Logiten ble først og fremst laget for å unngå analysetekniske problemer (Clausen og Eikemo 2007:90), og det er derfor bedre å se på antilogaritmene til logitene, odds og oddsrater¹⁰, som kan si noe mer om størrelsen på forskjellene. Odds er antilogaritmen til konstantleddet, og sier oss hvor mye større (eller mindre) sannsynligheten er for at noe skal inntreffe, enn for at det ikke skal inntreffe.

Oddsrate (OR) er antilogaritmen til regresjonskoeffisienten, og er definert som forholdet mellom oddsene for to på hverandre følgende grupper, altså hvor mange ganger større eller mindre oddsene blir når den uavhengige variabelen øker med en enhet (Skog 2004:366).

Oddsraten viser til en *relativ* økning i odds mellom grupper, og effekten av endring i den uavhengige variabelen måles dermed relativt, snarere enn absolutt (Skog 2004:390). Det er disse målene som vil oppgis i analysene som gjennomføres i kapittel 7 og 8.

¹⁰ I metodelitteraturen brukes både oddsratio og oddsrate. I denne oppgaven vil jeg følge Skog (2004), og bruke benevnelsen oddsrate.

Hypoteseprøving og valg av signifikansnivå

Når vi undersøker om de resultatene vi finner i utvalget er generaliserbare til populasjonen, undersøker vi om resultatene er statistisk signifikante. Dette gjør vi ved å ta utgangspunkt i en nullhypotese som vanligvis stipulerer at de forskjellene vi finner i utvalget ikke finnes i populasjonen, altså at det ikke er noen sammenheng mellom variablene. En testobservator måler om avviket mellom det resultatet vi observerer i utvalget og det vi forventet i lys av nullhypotesen er stort nok til at vi kan utelukke at det ikke skyldes tilfeldigheter. Kritisk verdi fastsettes ut i fra testobservatorens sannsynlighetsfordeling, og benevner hvor høy testobservatoren må være for å kunne forkaste nullhypotesen, ut fra valgt signifikansnivå (Skog 2004:178). Signifikansnivå er fastsatt ut fra hvilken sannsynlighet en kan tolerere for å forkaste riktig nullhypotese. Dette kalles feil av type 1 og innebærer å si at det er en sammenheng når det ikke er det. Jo lavere signifikansnivå, desto mindre sjanse er det for å gjøre dette. Derimot vil et lavt signifikansnivå medføre at man øker sannsynligheten for å begå en annen type statistisk feilslutning; å trekke den konklusjonen at det ikke finnes noen sammenheng i populasjonen, mens det i realiteten er en sammenheng. Dette kalles feil av type 2. Det er ikke bare signifikansnivået som avgjør om vi finner statistisk signifikante sammenhenger, også størrelsen på datamaterialet har betydning. Er datamaterialet stort kan de fleste sammenhenger bli statistisk signifikante, uten at disse trenger å være av substansiell betydning. Hvis datamaterialet er lite kan selv substansielt betydningsfulle sammenhenger ikke bli signifikante. Statistisk signifikans er altså ikke ensbetydende med at noe er viktig og betydningsfullt i substansiell forstand (Skog 2004:105)

I denne oppgaven vil det oppgis hvorvidt sammenhengene er signifikante på 0,05 signifikansnivå, 0,01 signifikansnivå og 0,001 signifikansnivå. Dette innebærer aksept for at man i henholdsvis 5 prosent, 1 prosent og 1 promille av tilfellene kan komme til å forkaste en rett nullhypotese. Den kritiske verdien beregnes da ut i fra disse signifikansnivåene og antallet frihetsgrader. For å gjøre dette ekstra tydelig, er også p-verdier oppgitt i parentes i analysene. Slik kan en også se hvorvidt resultatet tenderer mot signifikans eller ei.

Log likelihood ratio og R^2

Den logistiske regresjonsmodellen estimeres ved hjelp av en metode som kalles "Maximum Likelihood", som går ut på å beregne verdier for de ukjente parameterne som maksimerer sannsynligheten for å reprodusere de observerte dataene (Skog 2004:362). Nærmere bestemt

skal man finne de koeffisienter som maksimerer logaritmen av log likelihood funksjonen. En testobservator som tar utgangspunkt i likelihood funksjonen kalles ”log likelihood ratio”.

Denne er basert på en sammenligning av likelihood- funksjonens verdi for den modellen man har estimert og en modell basert på nullhypotesen (altså ingen sammenhenger).

Testobservatoren beregnes ved hjelp av formelen $LR = (-2LL_0) - (-2LL_A)$, hvor differansen mellom $-2LL$ for nullhypotesen og den modellen vi har estimert er et mål på hvor mye bedre den aktuelle modellen er enn den modellen nullhypotesen stipulerer. Testobservatorens sannsynlighetsfordeling er tilnærmet kjikvadratfordelt, med frihetsgrader lik forskjellen i antall uavhengige variabler mellom de to modellene (Tuft 2000:37). Testen kan og brukes til å undersøke om ytterligere nye uavhengige variabler gir et signifikant bidrag til å forklare variasjonen i den avhengige variabelen. Ved å oppgi denne størrelsen kan jeg altså si noe om modellen som helhet blir bedre etter inkluderingen av nye variabler. Dette er en sterkere test enn Wald-testen, og det er derfor denne som vil refereres i mine analyser.

Ulike pseudo R^2 mål bygger også på ”likelihood” funksjonen, og er tenkt som et mål på hvor mye de uavhengige variablene forklarer. I mine regresjonsmodeller vil Nagelkerke (R^2_N), som har en maksimalverdi på 1, oppgis. Dette målet er imidlertid noe problematisk da det ikke har noen enkel intuitiv fortolkning utover analogien med R^2 i lineær regresjon (Skog 2004:419). Selv om R^2_N ikke viser hvor stor forklaringskraft de ulike uavhengige variablene har, kan målet likevel benyttes for å si noe om modellen blir forbedret ved å inkludere flere variabler.

6. Bivariate sammenhenger mellom barns helse og foreldres sosioøkonomiske status

I dette kapittelet er hensikten å undersøke hvordan barnas helse er betinget av foreldrenes utdanningsnivå og husholdningsinntekt. Dette kapittelet vil altså være et innledende forsøk på å besvare det første forskningsspørsmålet i denne oppgaven: finnes det sosial ulikhet i helse blant barn og unge? Resultater vil presenteres i krysstabeller med gamma som et statistisk mål på sammenhengen: Slik kan vi ta stilling til spørsmålet om i hvilken grad lav sosioøkonomisk status kan predikere høy verdi på ”dårlig helse”. Jeg har valgt å ikke aldersstandardisere analysene. Analyser av gjennomsnittsalder i de ulike sosioøkonomiske undergruppene viser at forskjellene ikke er særskilt store¹¹. Dette gjør det lite trolig at aldersforskjeller mellom gruppene har influert resultatet. Dette bekreftes for øvrig også i de logistiske regresjonsanalysene i kapittel 7, hvor det kontrolleres for alder.

6.1 Sosioøkonomisk status og langvarig helsesituasjon

Tabell 6.1 Prosentvis fordeling av karakteristikk for langvarig helsesituasjon etter foreldres utdanningsnivå. Barn 6-15 år.

	Grunnskole Prosent	Videregående Prosent	H.utdanning 1 Prosent	H. utdanning 2 Prosent	Total Prosent	Gamma (p-verdi)
<i>Langvarig sykdom</i>						
Gutter	29,4	34,3	29,6	28,9	31,3	-0,04 (0,46)
Jenter	38,6	28,6	28,5	36,2	31,1	-0,03 (0,60)
<i>Sykdom med virkninger</i>						
Gutter	14,4	16,8	13,0	17,1	15,2	-0,02 (0,74)
Jenter	16,8	14,4	12,3	11,3	13,6	-0,11 (0,10)
<i>Under meget god helse</i>						
Gutter	29,2	31,7	26,1	26,6	28,9	-0,07 (0,18)
Jenter	34,2	32,4	33,8	31,2	33	-0,01 (0,82)

* = Statistisk signifikant p-verdi <0,05, ** = Statistisk signifikant p-verdi <0,01

¹¹ I de ulike utdanningsgruppene er gjennomsnittsalder og standardavvik: Vgs grunnsutdanning eller lavere 11,07 (3,05) (gutter) / 10,94 (2,9) (jenter) , Fullført videregående 10,48 (2,86) / 10,67 (2,73), 3-årig høyere utdanning 10,53 (2,97) / 10,45 (2,9), Høyere utdanning 10,36 (2,98) / 10,53 (2,83).

I inntektsgruppene er gjennomsnittsalder og standardavvik: Inntektsgruppe 1 (lavest): 10,2 (2,87) / 10,41 (2,85), inntektsgruppe 2: 10,52 (2,87) / 10,36 (2,74), inntektsgruppe 3: 10,79 (2,98) / 10,65 (2,9), inntektsgruppe 4: 10,81 (3,04) / 11,05 (2,77)

I tabell 6.1 kan vi se hvordan jenter og gutter fordeler seg på de ulike målene for langvarig helsesituasjon etter foreldrenes utdanningsnivå. Totalt sett kan vi se at det er svært små variasjoner. Den eneste tendensen vi her kan observere som peker i retning av en gradient er at andelen jenter som har en sykdom med virkninger, synker med økt utdanning. Ellers er det forholdsvis lite systematikk, for eksempel er andelen gutter som har en sykdom med innvirkning på hverdagen høyest blant de som har foreldre med høyest utdanning. Med utdanning som sosioøkonomisk indikator har vi derfor ikke grunnlag for å si at det er betydelige forskjeller i barns langvarige helsesituasjon.

Tabell 6.2 Prosentvis fordeling av karakteristikk for langvarig helsesituasjon etter justert husholdningsinntekt. Barn 6-15 år

	Inntektsgr. 1 Prosent	Inntektsgr. 2 Prosent	Inntektsgr. 3 Prosent	Inntektsgr. 4 Prosent	Total Prosent	Gamma (p-verdi)
<i>Langvarig sykdom</i>						
Gutter	32,8	31,8	33,5	27,4	31,3	-0,06 (0,23)
Jenter	32,4	33,7	28,1	30,7	31,1	-0,04 (0,39)
<i>Sykdom med virkninger</i>						
Gutter	16,6	13,9	16,9	13,5	15,2	-0,04 (0,49)
Jenter	14,1	15,5	14,0	10,9	13,7	-0,08 (0,24)
<i>Under meget god helse</i>						
Gutter	34,4	26,2	30,0	25,0	28,9	-0,10 (0,04)*
Jenter	34,8	35,3	30,9	31,5	33,0	-0,05 (0,27)

* = Statistisk signifikant p-verdi <0,05, ** = Statistisk signifikant p-verdi <0,01

Inntektsgruppe 1 er laveste inntektskvartil.

Tabell 6.2 viser hvordan barnas langvarige helsesituasjon varierer etter foreldres husholdningsinntekt. Heller ikke med inntekt som sosioøkonomisk variabel er det særlige forskjeller mellom gruppene, med ett unntak. Det er en signifikant sammenheng mellom gutters foreldrevurderte helse og inntekt, hvor feilprediksjonen av gutters foreldrevurderte helse reduseres 10 prosent ved å kjenne til foreldres inntekt. Her er det hele 9,4 prosentpoeng flere av foreldrene som vurderer barnas helse som ”under meget god” blant de med lavest inntekt, enn det er blant de med høyest inntekt. Sammenhengen er likevel ikke lineær som i en gradient, da den minner mer om en speilvendt N.

Fortegnet til gamma tyder på de med lav sosioøkonomisk status har hyppigere forekomst av ”dårlig” helse enn de med høyest sosioøkonomisk status. Likevel er forskjellene så små at vi ikke kan slutte oss til at dette er reelle forskjeller blant norske barn. Med unntak av den signifikante sammenhengen mellom gutters foreldrevurderte helse og husholdningsinntekt, har vi altså ikke fått støtte til hypotesen om at det eksisterer sosioøkonomiske forskjeller i langvarig helsesituasjon blant norske barn og ungdom.

6.2 Sosioøkonomisk status og helsepotensial

Tabell 6.3 Prosentvis fordeling av karakteristikk for helsepotensial etter foreldres utdanningsnivå. Barn 6-15 år.

	Grunnskole Prosent	Videregående Prosent	H.utdanning 1 Prosent	H. utdanning 2 Prosent	Total Prosent	Gamma (p-verdi)
<i>Lav høyde</i>						
Gutter	20,8	20,7	18,5	20,2	19,9	-0,04 (0,56)
Jenter	26,3	26,9	22,9	29,9	25,9	-0,01 (0,90)
<i>Overvekt el. fedme</i>						
Gutter	23,7	19,2	18,2	16,1	19,2	-0,10 (0,13)
Jenter	23,4	19,1	20,3	8,7	18,8	-0,15 (0,02)*

* = Statistisk signifikant p-verdi <0,05, ** = Statistisk signifikant p-verdi <0,01

I tabell 6.3 ser vi at de to indikatorene på helsepotensial gir ganske ulike resultater. For lav høyde observeres det svært lite forskjeller hos gutter. De prosentvise forskjellene for jenter er noe større, men det er ingen systematikk i mønsteret. For overvekt er det derimot tydelige forskjeller mellom gruppene. Blant gutter er det en synkende andel overvektige med økt utdanning, som gir støtte til at det eksisterer en sosial gradient. Imidlertid er ikke korrelasjonen mellom variablene sterk nok til å bli signifikant. For jenter er det større forskjeller. Det er nesten tre ganger flere overvektige blant de som har foreldre med grunnskole enn de som har foreldre med universitets- eller høyskoleutdanning på høyere nivå, noe som kan sies å være en stor forskjell. Også de andre utdanningsgruppene har langt flere overvektige enn de med høyeste utdanning. Sammenhengen er altså ikke trinnvis synkende, da det er blant de jentene som har foreldre med høyest utdanning at det er betydelig færre overvektige enn i de øvrige utdanningskategoriene.

Tabell 6.4 Prosentvis fordeling av karakteristikk for helsepotensial etter justert husholdningsinntekt. Barn 6-15 år.

	Inntektsgr. 1 Prosent	Inntektsgr. 2 Prosent	Inntektsgr. 3 Prosent	Inntektsgr. 4 Prosent	Total Prosent	Gamma (p-verdi)
<i>Lav høyde</i>						
Gutter	19,2	22,6	21,0	17,1	19,9	-0,04 (0,45)
Jenter	25,7	29,7	24,5	23,4	25,8	-0,05 (0,31)
<i>Overvekt el. fedme</i>						
Gutter	22,3	18,8	21,7	14,7	19,2	-0,11 (0,05)
Jenter	20,9	20,3	18,9	15,0	18,8	-0,11 (0,08)

* = Statistisk signifikant p-verdi <0,05, ** = Statistisk signifikant p-verdi <0,01

Inntektsgruppe 1 er laveste inntektskvartil.

I tabell 6.4 ser vi hvordan barn med lav høyde eller overvekt fordeler seg etter familiens husholdningsinntekt. Heller ikke med husholdningsinntekt er det særlige variasjoner i barns høyde. Likevel kan det bemerkes at det er færre med lav høyde blant de med høyest inntekt,

enn i de andre gruppene. For overvekt kan vi også her se en synkende tendens i andel overvektige med økt inntektsnivå. Derimot er det blant gutter, og ikke jenter, at det er størst forskjeller. Det er 7,6 prosentpoeng flere overvektig blant de med lavest inntekt enn blant de med høyest inntekt. Korrelasjonen mellom overvekt og inntekt når nesten statistisk signifikans målt med gamma. Et fellestrekk for gutter og jenter er at det ikke er store prosentvise forskjeller mellom de tre laveste inntektsgruppene, mens overvektighet har en lavere frekvens blant barn som tilhører familier med høyest husholdningsinntekt..

Resultatene for helsepotensial er altså ikke entydige. Vi har ikke fått støtte for at det er systematiske ulikheter for lav høyde. Overvekt ser derimot ut til å ha en noe sterkere sammenheng med sosioøkonomisk bakgrunn. Særlig er det en tydelig sammenheng mellom foreldres utdanning og jenters overvekt.

6.3 Sosioøkonomisk status og kortsiktig helsetilstand

Psykosomatiske symptomer og kontakt med fagpersoner grunnet trivsels- eller atferdsproblemer representerer langt mer subjektive og sosiale helse mål enn de foregående. Dersom det er slik at sosiale omgivelser varierer etter sosioøkonomisk status, er det dermed for slike helse mål vi kan forvente å finne størst ulikhet. Spørsmålet om hvorvidt det sosioøkonomiske mønsteret for slike helse mål varierer etter alder, vil undersøkes i kapittel 8.

Tabell 6.5 Prosentvis fordeling av karakteristikk for kortsiktig helsetilstand etter foreldres utdanningsnivå. Barn 6-15 år.

	Grunnskole Prosent	Videregående Prosent	H.utdanning 1 Prosent	H. utdanning 2 Prosent	Total Prosent	Gamma (p-verdi)
<i>Psykosomatiske symptomer</i>						
Gutter	12,4	10,6	10,9	6,3	10,5	-0,10 (0,19)
Jenter	17,1	10,1	7,4	7,8	9,9	-0,24 (0,00)**
<i>Kontakt med fagpersoner</i>						
Gutter	15,1	12,2	8,5	8,6	11,0	-0,19 (0,01)*
Jenter	12,0	9,1	6,5	4,3	8,0	-0,25 (0,00)**

* = Statistisk signifikant p-verdi <0,05, ** = Statistisk signifikant p-verdi <0,01

Resultatene i Tabell 6.5 viser at det er en sammenheng mellom foreldres utdanningsnivå og barns kortsiktige helsetilstand. Både for gutter og jenter er det en tydelig tendens til at sannsynligheten for å ha månedlig psykosomatikk eller for å ha vært i kontakt med fagpersoner synker jo høyere utdanning foreldrene har. Differansen mellom de jentene som har foreldre med lavest og høyest utdanningsnivå i forhold til psykosomatiske symptomer er

på over 9 prosentpoeng. Tilsvarende er det nesten 3 ganger flere jenter som har oppsøkt fagpersoner blant de som har foreldre med lavest utdanning, sammenlignet med de med høyest utdanning. Det er kun sammenhengen mellom gutters psykosomatiske symptomer og foreldres utdanning som ikke er signifikant. Som vi kan se, er også gamma for denne sammenhengen langt lavere enn for de andre relasjonene.

Tabell 6.6 Prosentvis fordeling av karakteristikk for kortsiktig helsetilstand etter justert husholdningsinntekt. Barn 6-15 år.

	Inntektsgr. 1 Prosent	Inntektsgr. 2 Prosent	Inntektsgr. 3 Prosent	Inntektsgr. 4 Prosent	Total Prosent	Gamma (p-verdi)
<i>Psykosomatiske symptomer</i>						
Gutter	13,9	11,2	9,6	7,3	10,5	-0,19 (0,01)**
Jenter	11,9	10,6	12,0	5,1	10,0	-0,17 (0,02)*
<i>Kontakt med fagpersoner</i>						
Gutter	16,7	9,8	10,4	7,3	11,1	-0,24 (0,00)**
Jenter	7,9	7,5	9,8	6,7	8,0	0,01 (0,89)

* = Statistisk signifikant p-verdi <0,05, ** = Statistisk signifikant p-verdi <0,01

Inntektsgruppe 1 er laveste inntektskvartil.

I tabell 6.6 med husholdningsinntekt ser vi at de sterkeste sammenhengene er blant gutter.

Her kan vi observere en trinnvis synkende andel som har månedlige psykosomatiske symptomer eller har vært i kontakt med fagpersoner, med økt husholdningsinntekt.

Forskjellen mellom de med høyest og lavest inntekt er henholdsvis 6,6 og 9,4 prosentpoeng på de to helsemålene. Videre ser vi at andelen jenter som har månedlige psykosomatiske symptomer er nesten identisk for de tre nederste inntektsgruppene, mens andelen synker en del for de med høyest inntekt. For jenters kontakt med fagpersoner er det en ganske jevn fordeling, med den største andelen blant de med nest høyest inntekt. Den manglende variasjonen tyder på at familiens inntektsnivå ikke er avgjørende for hvorvidt jenter oppsøker slike tjenester eller ei.

Vi har fått støtte for at det er sosial ulikhet i barns kortsiktige helsetilstand, og at disse forskjellene i mange tilfeller tar form av en sosial gradient. Det ser ut til at foreldres utdanningsnivå har størst betydning for jenter, mens husholdningsinntekt gir større utslag blant gutter. Av styrken på gamma kan vi si at korrelasjonen mellom sosioøkonomisk status og kortsiktig helsetilstand, er sterkere enn det vi observerte for langvarig helsesituasjon og helsepotensial.

7. Betydningen av egenskaper ved foreldre og familie for barns helse

I dette kapittelet vil de sammenhengene som ble funnet i forrige del undersøkes nærmere ved at det inkluderes tre nye forklaringsvariabler. Disse er om barnet bor med begge foreldre eller ikke, om intervjupersonen er i arbeid eller ikke, og om intervjupersonen vurderer sin egen helse som god eller dårlig. Det er to grunner til å inkludere disse variablene. For det første kan vi se om disse i seg selv har noen betydning på barns helse. For det andre gir det mulighet til å undersøke relasjonen mellom sosioøkonomisk status og barns helse ytterligere. Ved å bruke hierarkisk logistisk regresjon kan vi se hvorvidt oddsraten til innteks- og utdanningskoeffisientene endres som en følge av at de nye forholdene er inkludert i modell 2. Dermed kan en si noe om de nye variablene kanskje kan ha formidlet de observerte sammenhengene mellom sosioøkonomisk status og barns helse. Selv om vi ikke observerte sosioøkonomiske forskjeller for alle helsedimensjonene i forrige kapittel er det likevel relevant å inkludere variablene. Dette gir mulighet til å se om det eksisterer undertrykte sammenhenger, som fremkommer etter kontroll for de tre variablene (Skog 2004:275). Videre kan det bemerkes at modell 1 i disse analysene gir tilnærmet samme resultater som krysstabellene i forrige kapittel, bare at resultatene her er justert for alder. Modell 1 er dermed først og fremst med for å se på endringen i oddsratene, men vil kommenteres dersom den gir nye opplysninger i forhold til det som fremkom i kapittel 6.

Utdanning og inntekt vil tas inn hver for seg i analysene da jeg har valgt å se begge disse som *indikatorer* på sosioøkonomisk status. Siden de ofte vil sammenfalle, er det ikke hensiktsmessig at de kontrolleres for hverandre. Å ta de inn i samme modell vil gjøre at mye av den variasjonen som utdanning potensielt kan forklare, allerede vil være forklart gjennom inntekt, og omvendt (Skog 2004:286). Både inntektsvariabelen og utdanningsvariabelen er konstruert som dummyvariabler. Dette valget er motivert ut fra resultatene i forrige kapittel hvor flere av helsemålene ikke viste en jevnt synkende tendens etter sosioøkonomisk status. Ved bruk av dummyvariabler regnes oddsen til hver gruppe ut i forhold til referansegruppen, og vi får dermed en korrekt beskrivelse av dataene (Skog 2004:388). Referansegruppene er de med høyest status, altså de med høyest husholdningsinntekt og de som har foreldre med universitets- eller høgskoleutdanning på høyere nivå.

7.1 Betydning for barn og unges langvarige helsesituasjon

Tabell 7.1 Logistisk regresjon for langvarig helsesituasjon, modell med utdanning

	<i>Modell 1 - utdanning</i>		<i>Modell 2 - utdanning</i>	
	Gutter OR (p-verdi)	Jenter OR (p-verdi)	Gutter OR (p-verdi)	Jenter OR (p-verdi)
<i>LANGVARIG SYKDOM</i>				
Konstant	0,41 (0,00)	0,55 (0,00)	0,40 (0,00)	0,54 (0,00)
Alder (6-10 ref)	0,96 (0,91)	1,04 (0,76)	0,97 (0,79)	1,04 (0,77)
Høyest utdanning	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)
3-årig høyere utd	1,03 (0,88)	0,70 (0,09)	0,98 (0,94)	0,69 (0,08)
Fullført videregående	1,27 (0,27)	0,71 (0,10)	1,20 (0,41)	0,69 (0,08)
Vgs grunnutd eller lavere	1,03 (0,90)	1,11 (0,67)	0,88 (0,61)	1,04 (0,89)
Ikke sysselsatt			1,25 (0,28)	1,06 (0,79)
Bor med en forelder			1,38 (0,12)	0,94 (0,79)
Foreldre har dårlig helse			1,45 (0,06)	1,42 (0,08)
Testobservator -2LL	1392,37	1291,41	1383,59	1287,64
Endring i -2LL	2,66 (0,45)	7,88 (0,05)*	8,78 (0,03)*	3,77 (0,29)
Pseudo R ² (Nagelkerke)	0,003	0,011	0,014	0,016
<i>SYKDOM MED VIRKNINGER</i>				
Konstant	0,19 (0,00)	0,11 (0,00)	0,18 (0,00)	0,10 (0,00)
Alder (6-10 ref)	1,21 (0,26)	1,29 (0,16)	1,16 (0,37)	1,30 (0,15)
Høyest utdanning	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)
3-årig høyere utd	0,73 (0,26)	1,11 (0,73)	0,67 (0,16)	1,08 (0,80)
Fullført videregående	0,99 (0,96)	1,33 (0,35)	0,90 (0,69)	1,28 (0,42)
Vgs grunnutd eller lavere	0,81 (0,51)	1,58 (0,18)	0,63 (0,15)	1,42 (0,32)
Ikke sysselsatt			1,14 (0,60)	1,44 (0,19)
Bor med en forelder			1,63 (0,051)	0,78 (0,42)
Foreldre har dårlig helse			1,83 (0,01)*	1,56 (0,07)
Testobservator -2LL	954,91	836,25	943,48	828,94
Endring i -2LL	2,77 (0,43)	2,58 (0,46)	11,41 (0,01)**	7,31 (0,06)
Pseudo R ² (Nagelkerke)	0,006	0,008	0,024	0,021
<i>UNDER MEGET GOD HELSE</i>				
Konstant	0,32 (0,00)	0,40 (0,00)	0,30 (0,00)	0,39 (0,00)
Alder (6-10 ref)	1,26 (0,09)	1,26 (0,08)	1,22 (0,14)	1,25 (0,09)
Høyest utdanning	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)
3-årig høyere utd	0,98 (0,93)	1,13 (0,56)	0,90 (0,64)	1,11 (0,63)
Fullført videregående	1,29 (0,25)	1,06 (0,79)	1,17 (0,49)	1,03 (0,90)
Vgs grunnutd eller lavere	1,13 (0,65)	1,14 (0,61)	0,86 (0,58)	1,03 (0,91)
Ikke sysselsatt			1,49 (0,05)	1,05 (0,84)
Bor med en forelder			1,66 (0,02)*	1,14 (0,55)
Foreldre har dårlig helse			1,80 (0,00)**	1,36 (0,12)
Testobservator -2LL	1341,6	1325,89	1319	1322,55
Endring i -2LL	3,6 (0,31)	0,47 (0,93)	22,6 (0,00)***	3,34 (0,34)
Pseudo R ² (Nagelkerke)	0,008	0,005	0,037	0,009

*p<0,05, ** p<0,01 og ***p<0,001.

Endring i modell 1 viser endring fra modell med kun alder som forklaringsvariabel.

Tabell 7.2 Logistisk regresjon for langvarig helsesituasjon, modell med inntekt

	Modell 1 - inntekt		Modell 2 - inntekt	
	Gutter OR (p-verdi)	Jenter OR (p-verdi)	Gutter OR (p-verdi)	Jenter OR (p-verdi)
<i>LANGVARIG SYKDOM</i>				
Konstant	0,40 (0,00)	0,42 (0,00)	0,39 (0,00)	0,41 (0,00)
Alder (6-10 ref)	0,98 (0,89)	1,06 (0,67)	0,95 (0,69)	1,05 (0,72)
Inntektsgruppe 4 (høyest)	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)
Inntektsgruppe 3	1,24 (0,18)	0,92 (0,65)	1,25 (0,22)	0,91 (0,63)
Inntektsgruppe 2	1,13 (0,52)	1,19 (0,37)	1,06 (0,76)	1,15 (0,47)
Inntektsgruppe 1	1,27 (0,25)	1,10 (0,62)	1,03 (0,87)	1,05 (0,82)
Ikke sysselsatt			1,27 (0,25)	1,06 (0,79)
Bor med en forelder			1,37 (0,16)	0,99 (0,96)
Foreldre har dårlig helse			1,42 (0,08)	1,43 (0,07)
Testobservator -2LL	1392,11	1295,72	1384,40	1291,69
Endring i -2LL	2,16 (0,54)	2,07 (0,56)	7,72 (0,05)	4,03 (0,26)
Pseudo R ² (Nagelkerke)	0,003	0,003	0,012	0,008
<i>SYKDOM MED VIRKNINGER</i>				
Konstant	0,15 (0,00)	0,10 (0,00)	0,14 (0,00)	0,1 (0,00)
Alder (6-10 ref)	1,20 (0,28)	1,33 (0,12)	1,13 (0,48)	1,33 (0,12)
Inntektsgruppe 4 (høyest)	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)
Inntektsgruppe 3	1,32 (0,24)	1,39 (0,22)	1,26 (0,32)	1,38 (0,23)
Inntektsgruppe 2	0,98 (0,94)	1,45 (0,16)	0,88 (0,61)	1,38 (0,23)
Inntektsgruppe 1	1,21 (0,43)	1,39 (0,21)	0,92 (0,76)	1,32 (0,34)
Ikke sysselsatt			1,17 (0,54)	1,44 (0,19)
Bor med en forelder			1,67 (0,06)	0,80 (0,49)
Foreldre har dårlig helse			1,76 (0,02)*	1,58 (0,06)
Testobservator -2LL	955,13	835,71	944,68	828,09
Endring i -2LL	2,24 (0,53)	2,53 (0,47)	10,45 (0,02)*	7,62 (0,05)
Pseudo R ² (Nagelkerke)	0,005	0,008	0,021	0,021
<i>UNDER MEGET GOD HELSE</i>				
Konstant	0,29 (0,00)	0,4 (0,00)	0,27 (0,00)	0,39 (0,00)
Alder (6-10 ref)	1,28 (0,07)	1,28 (0,07)	1,22 (0,15)	1,26 (0,08)
Inntektsgruppe 4 (høyest)	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)
Inntektsgruppe 3	1,33 (0,13)	0,98 (0,92)	1,29 (0,19)	0,97 (0,89)
Inntektsgruppe 2	1,14 (0,51)	1,22 (0,28)	1,03 (0,87)	1,19 (0,36)
Inntektsgruppe 1	1,62 (0,01)**	1,19 (0,35)	1,26 (0,26)	1,12 (0,59)
Ikke sysselsatt			1,44 (0,08)	1,02 (0,92)
Bor med en forelder			1,50 (0,07)	1,10 (0,68)
Foreldre har dårlig helse			1,76 (0,00)**	1,33 (0,15)
Testobservator -2LL	1337,11	1322,49	1319,52	1319,87
Endring i -2LL	7,47 (0,06)	2,27 (0,52)	17,58 (0,00)**	2,60 (0,46)
Pseudo R ² (Nagelkerke)	0,013	0,007	0,035	0,011

*p<0,05, ** p<0,01 og ***p<0,001.

Endring i modell 1 viser endring fra modell med kun alder som forklaringsvariabel.

Hvis vi først tar for oss endringer fra modell 1 til modell 2 i tabell 7.1 og 7.2 kan vi observere at oddsratene til husholdningsinntekt og foreldres utdanningsnivå er blitt lite endret etter inkluderingen av de nye variablene, selv om de har sunket noe. Nedgangen er en konsekvens av at oddsratene nå viser hvorvidt det er helseforskjeller blant barn, hvis foreldre har ulik inntekt eller utdanning, men hvor den ene forelderens har lik sysselsettingsstatus, lik helse og foreldres sivilstatus er den samme. Ettersom inntekt og utdanning i utgangspunktet ikke hadde særlig relevans for å forklare variasjoner i langvarig helsesituasjon, er det heller ikke rart at endringene stort sett er små. Derimot er den ene signifikante forskjellen vi kan se i modell 1 i tabell 7.2, hvor gutter i familier med lavest husholdningsinntekt hadde 62 % høyere odds for å ha under meget god foreldrerapportert helse enn de med høyest inntekt, forsvunnet. I modell 2 har de guttene med lavest inntekt en odds som er 26 % høyere enn oddsen til referansegruppen. Vi kan undersøke om denne endringen er vesentlig, altså om det er signifikante forskjeller mellom gjennomsnittlig effekt av å ha lavest inntekt før og etter kontroll for de nye variablene, ved å undersøke om forskjellen mellom de to logitkoeffisientene (ikke oppgitt) er signifikant forskjellige. Dette gjøres ved hjelp av en generell prosedyre for sammenligning av to uavhengige størrelser. Testobservatoren regnes ut fra formelen $t = b_K - b_M / SE(b_K - b_M)$ (Skog 2004:302). Vi finner at $t = 1,02$, som er lavere enn kritisk verdi 1,96¹². Vi kan derfor ikke si at egenskaper ved familien og foreldrene bidrar i vesentlig grad til å forklare hvorfor gutter som tilhører familier med lavest husholdningsinntekt vurderes til dårligere helse enn de andre inntektsgruppene.

I modell 2 med henholdsvis utdanning og inntekt for gutter, kan vi se av Likelihood Ratio observatoren at differansen mellom $-2LL$ fra modell 1 til modell 2, er signifikant for nesten alle modellene. De tre variablene gir med andre ord et relevant bidrag for å forklare hvilke faktorer som har betydning for gutters helse. Det eneste unntaket er i modellen med langvarig sykdom og inntekt, men også her er det svært nærme. Egenskapene ser ut til å være spesielt uheldig for gutters foreldrevurderte helse, hvor endringen er signifikant på 1 prosent nivået i begge tabellene. Av de tre variablene ser vi at det særlig er foreldres helse som har betydning. Oddsen for at foreldre med dårlig helse vurderer gutters helse som under meget god er 1,8 ganger høyere enn der forelderens har oppgitt sin egen helse som god, både

¹² Utregningen er slik: $t = (0,483 - 0,2) / (\sqrt{[0,188]^2 + [0,205]^2}) = 0,283 / \sqrt{0,035} = 0,283 / 0,2781 = 1,02$. Antall frihetsgrader er $df = (N_1 + N_2 - 2)$. Testobservatoren har en sannsynlighetsfordeling lik t-fordelingen, hvor kritisk verdi på 0,05 signifikansnivå og over 100 frihetsgrader er 1,96.

i modellen med inntekt og utdanning. Siden dette resultatet er kontrollert for de andre variablene som inngår i modellen tyder dette på at foreldres helse er en forholdsvis sterk prediktor for barns helse. Imidlertid kan det diskuteres om dette er en reell kausal sammenheng, eller om det kan skyldes forhold knyttet til rapportering. Dette vil vi komme tilbake til i kapittel 9. For jenter gir ikke inkluderingen av variablene en signifikant forbedring av modellen i noen av tilfellene, selv om det ser ut til at å foreldre med dårlig helse også virker negativt på deres langvarige helsesituasjon.

Resultatet fra de to tabellene tyder altså på at slike forhold for gutter har større betydning enn foreldres utdanning og inntekt. For jenter har verken sosioøkonomisk status eller egenskaper ved foreldre og familie betydning for langvarig helsesituasjon.

7.2 Betydning for helsepotensial

Tabell 7.3 Logistisk regresjon for helsepotensial, modell med utdanning

	Modell 1 - utdanning		Modell 2 - utdanning	
	Gutter OR (p-verdi)	Jenter OR (p-verdi)	Gutter OR (p-verdi)	Jenter OR (p-verdi)
LAV HØYDE				
Konstant	0,26 (0,00)	0,41 (0,00)	0,27 (0,00)	0,42 (0,00)
Alder (6-10 ref)	0,92 (0,60)	1,06 (0,67)	0,92 (0,57)	1,07 (0,64)
Høyest utdanning	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)
3-årig høyere utd	0,90 (0,68)	0,67 (0,11)	0,91 (0,71)	0,70 (0,12)
Fullført videregående	1,04 (0,88)	0,87 (0,51)	1,04 (0,89)	0,87 (0,54)
Vgs grunnutd eller lavere	1,05 (0,88)	0,83 (0,48)	1,08 (0,80)	0,87 (0,59)
Ikke sysselsatt			0,80 (0,38)	1,08 (0,74)
Bor med en forelder			0,76 (0,3)	0,79 (0,33)
Foreldre har dårlig helse			1,22 (0,41)	0,97 (0,89)
Testobservator -2LL	1071,19	1157,67	1068,88	1156,66
Endring i -2LL	0,76 (0,86)	2,96 (0,40)	2,3 (0,51)	1,02 (0,80)
Pseudo R ² (Nagelkerke)	0,001	0,005	0,005	0,006
OVERVEKT				
Konstant	0,25 (0,00)	0,13 (0,00)	0,25 (0,00)	0,13 (0,00)
Alder (6-10 ref)	0,53 (0,00)***	0,47 (0,00)***	0,51 (0,00)***	0,47 (0,00)***
Høyest utdanning	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)
3-årig høyere utd	1,18 (0,58)	2,69 (0,00)**	1,16 (0,62)	2,67 (0,00)**
Fullført videregående	1,25 (0,44)	2,53 (0,00)**	1,18 (0,56)	2,49 (0,01)**
Vgs grunnutd eller lavere	1,74 (0,08)	3,36 (0,00)**	1,62 (0,14)	3,22 (0,00)**
Ikke sysselsatt			0,95 (0,85)	1,13 (0,66)
Bor med en forelder			0,85 (0,55)	0,92 (0,77)
Foreldre har dårlig helse			1,73 (0,03)*	1,22 (0,45)
Testobservator -2LL	944,47	863,21	939,36	862,12
Endring i -2LL	3,87 (0,28)	12,99 (0,00)**	5,11 (0,16)	1,08 (0,78)
Pseudo R ² (Nagelkerke)	0,029	0,055	0,037	0,057

*p<0,05, ** p<0,01 og ***p<0,001.

Endring i modell 1 viser endring fra modell med kun alder som forklaringsvariabel.

I tabell 7.3 med utdanning¹³ er det lite i modell 1 som avviker fra resultatene i forrige kapittel, men oddsraten for alderskoeffisienten viser at det er store forskjeller mellom de to aldersgruppene. Overvektkategorien ser ut til å være halvert blant de eldste barna,

¹³ For helsepotensial er det kun modellen med foreldres utdanning som er vist, da utdanning og inntekt ga svært like resultater. Tabell med inntekt er vedlegg 1.

sammenlignet med de yngre, kontrollert for utdanning. For å eksemplifisere dette kan vi regne ut sannsynligheter for å være overvektig i bestemte undergrupper¹⁴. 6-10 årige jenter som har foreldre med fullført videregående har en sannsynlighet på 0,25 for å være overvektig, mens 11-15 åringer i den samme utdanningsgruppa har en sannsynlighet på 0,13. Dette er uventet store forskjeller som vi vil komme tilbake til i kapittel 9.

For øvrig er det som vi kan se av endringen i -2LL, svært lite som skjer ved inkluderingen av de tre variablene. Effekt av foreldres utdanning på jenters overvekt består i modell 2, noe som tyder på at denne sammenhengen ikke er mediert av slike forhold.

Oddsratene for å ha lav høyde dersom barna har en forelder som ikke er sysselsatt, har dårlig helse eller dersom barnet ikke bor med begge foreldrene, avviker aldri vesentlig fra 1. Dette indikerer at disse forholdene, etter kontroll for sosioøkonomisk status, ikke har betydning for barnas høydevekst. Selv om LR heller ikke ble signifikant i modellen med overvekt, kan vi se at å ha en forelder med dårlig helse gir 1,7 ganger høyere odds for overvektighet blant gutter. Analyser viser imidlertid at dersom vi inkluderer foreldres helse alene får vi et signifikant resultat (ikke vist). Dette er fordi vi ved å inkludere en ny variabel fremfor tre kun får en frihetsgrad, og kritisk verdi i kjikvadratfordelingen på 0,05 signifikansnivå reduseres fra 7,815 til 3,84. Det er dermed enklere å oppnå signifikante resultater.

Alt i alt kan vi si at for helsepotensial har foreldres sysselsettingsstatus og hvorvidt barnet bor med en eller to foreldre, svært liten betydning. Å ha foreldre med dårlig helse gir imidlertid gutter signifikant økt odds for å være overvektige.

7.3 Betydning for kortsiktig helsetilstand

Hypotesen om at egenskaper ved familie og foreldre kan mediere noe av relasjonen mellom sosioøkonomisk status og helse, har særlig relevans for denne helsedimensjonen, i og med at det var for disse helseutfallene vi fant de største sosioøkonomiske forskjellene i forrige kapittel.

¹⁴ Utregning av sannsynlighet er gjort ved å først finne oddsen for undergruppen slik: $\text{odds}(\text{konstant}) * \text{OR}(\text{alder}) * \text{OR}(\text{utdanning})$. Videre er andel funnet ved formelen $\text{Andel} = \text{Odds} / (1 + \text{Odds})$

Tabell 7.4 Logistisk regresjon for kortsiktig helsetilstand, modell med utdanning

	Modell 1 - utdanning		Modell 2 – utdanning	
	Gutter OR (p-verdi)	Jenter OR (p-verdi)	Gutter OR (p-verdi)	Jenter OR (p-verdi)
<i>MND. PSYKOSOMATIKK</i>				
Konstant	0,07 (0,00)	0,07 (0,00)	0,06 (0,00)	0,06 (0,00)
Alder (6-10 ref)	0,95 (0,80)	1,45 (0,08)	0,89 (0,56)	1,44 (0,09)
Høyest utd	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)
3-årig høyere utd	1,84 (0,13)	0,95 (0,89)	1,56 (0,27)	0,89 (0,76)
Fullført videregående	1,78 (0,15)	1,33 (0,42)	1,48 (0,33)	1,22 (0,57)
Vgs grunnutd eller lavere	2,15 (0,07)	2,41 (0,02)*	1,35 (0,50)	1,83 (0,13)
Ikke sysselsatt			1,86 (0,02)*	1,05 (0,89)
Bor med en forelder			2,56 (0,00)***	1,83 (0,04)*
Foreldre har dårlig helse			2,15 (0,00)**	1,78 (0,04)*
Testobservator -2LL	750,7	663,09	720,27	653,90
Endring i -2LL	3,68 (0,3)	10,84 (0,01)*	30,4 (0,00)***	9,19 (0,03)*
Pseudo R ² (Nagelkerke)	0,007	0,029	0,061	0,047
<i>FAGKONTAKT</i>				
Konstant	0,08 (0,00)	0,03 (0,00)	0,08 (0,00)	0,03 (0,00)
Alder (6-10 ref)	1,26 (0,23)	1,62 (0,04)*	1,19 (0,37)	1,64 (0,04)*
Høyest utd	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)
3-årig høyere utd	0,99 (0,98)	1,58 (0,33)	0,92 (0,81)	1,53 (0,37)
Fullført videregående	1,49 (0,25)	2,26 (0,07)	1,37 (0,37)	2,19 (0,09)
Vgs grunnutd eller lavere	1,87 (0,10)	3,04 (0,02)*	1,42 (0,37)	2,71 (0,04)*
Ikke sysselsatt			0,83 (0,55)	1,38 (0,36)
Bor med en forelder			2,28 (0,00)**	1,17 (0,66)
Foreldre har dårlig helse			1,82 (0,03)*	1,11 (0,75)
Testobservator -2LL	771,33	572,66	757,2	571,11
Endring i -2LL	6,69 (0,08)	7,78 (0,05)	14,13 (0,00)**	1,55 (0,67)
Pseudo R ² (Nagelkerke)	0,015	0,028	0,04	0,031

*p<0,05, ** p<0,01 og ***p<0,001.

Endring i modell 1 viser endring fra modell med kun alder som forklaringsvariabel.

Tabell 7.5 Logistisk regresjon for kortsiktig helsetilstand, modell med inntekt

	Modell 1 - inntekt		Modell 2 - inntekt	
	Gutter OR (p-verdi)	Jenter OR (p-verdi)	Gutter OR (p-verdi)	Jenter OR (p-verdi)
<i>MND. PSYKOSOMATIKK</i>				
Konstant	0,08 (0,00)	0,05 (0,00)	0,07 (0,00)	0,04 (0,00)
Alder (6-10 ref)	1,00 (0,99)	1,54 (0,04)*	0,88 (0,54)	1,49 (0,06)
Inntektsgruppe 4 (høyest)				
Inntektsgruppe 4	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)
Inntektsgruppe 3	1,44 (0,23)	2,11 (0,03)*	1,36 (0,32)	2,05 (0,03)*
Inntektsgruppe 2	1,68 (0,08)	2,23 (0,02)*	1,38 (0,30)	1,99 (0,04)*
Inntektsgruppe 1	2,05 (0,01)*	2,21 (0,02)*	1,18 (0,61)	1,50 (0,27)
Ikke sysselsatt			1,92 (0,02)*	1,13 (0,7)
Bor med en forelder			2,58 (0,00)**	2,17 (0,01)*
Foreldre har dårlig helse			2,10 (0,00)**	1,90 (0,02)*
Testobservator -2LL	747,46	665,06	720,07	652,76
Endring i -2LL	6,70 (0,08)	8,46 (0,04)*	27,4 (0,00)***	12,29 (0,01)**
Pseudo R ² (Nagelkerke)	0,012	0,024	0,061	0,048
<i>FAGKONTAKT</i>				
Konstant	0,07 (0,00)	0,06 (0,00)	0,07 (0,00)	0,06 (0,00)
Alder (6-10 ref)	1,35 (0,12)	1,65 (0,03)*	1,25 (0,26)	1,64 (0,04)*
Inntektsgruppe 4 (høyest)				
Inntektsgruppe 4	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)
Inntektsgruppe 3	1,43 (0,24)	1,25 (0,49)	1,35 (0,32)	1,23 (0,52)
Inntektsgruppe 2	1,45 (0,21)	1,05 (0,88)	1,29 (0,40)	0,98 (0,95)
Inntektsgruppe 1	2,45 (0,00)**	1,04 (0,91)	1,95 (0,03)*	0,79 (0,52)
Ikke sysselsatt			0,73 (0,33)	1,57 (0,21)
Bor med en forelder			1,83 (0,03)*	1,59 (0,22)
Foreldre har dårlig helse			1,90 (0,02)*	1,22 (0,54)
Testobservator -2LL	766,26	579,53	755,78	575,30
Endring i -2LL	11,55 (0,01)**	0,58 (0,9)	10,48 (0,02)*	4,23 (0,23)
Pseudo R ² (Nagelkerke)	0,023	0,012	0,042	0,021

*p<0,05, ** p<0,01 og ***p<0,001.

Endring i modell 1 viser endring fra modell med kun alder som forklaringsvariabel.

I Tabell 7.4 og 7.5 ser vi av OR til alderskoeffisienten, at eldre jenter har fra 40 til 60 prosent høyere odds for å oppsøke fagpersoner eller ha månedlige psykosomatiske symptomer enn yngre jenter, og det er kun for psykosomatiske symptomer i modellen med utdanning at denne forskjellen ikke blir signifikant. For gutter er det mindre variasjon etter alder, selv om det ser ut til at eldre gutter oppsøker fagpersoner noe mer enn yngre gutter.

I modell 2 kan vi se av testobservatoren LR at de nye variablene gir et relevant bidrag for å forklare variasjonen i barns kortsiktige helsetilstand, og at det kun er for jenters kontakt med fagpersoner vi ikke får en signifikant endring. Hvis vi tar for oss endringene i oddsratene til husholdningsinntekt og foreldres utdanning fra modell 1 til modell 2, ser vi at de nye variablene har bidratt til å redusere samtlige av oddsratene i modell 2. Generelt ser det ut til

at de største reduksjonene er skjedd blant de med lavest sosioøkonomisk status, det vil si i gruppene med lavest husholdningsinntekt og i gruppene hvor foreldre kun har videregående grunnutdanning eller lavere.

Det er for psykosomatiske symptomer vi kan observere de største endringene. I tabellen med inntekt hadde gutter fra familier med lavest husholdningsinntekt i modell 1 over dobbel så høy odds for psykosomatiske symptomer enn referansegruppen. I modell 2 er dette redusert til 18 prosent høyere odds. Oddsen for denne gruppen er dermed redusert med hele 87 prosent. For jenter er den tilsvarende reduksjonen i odds på 71 prosent. Dette resulterer i at i modell 2 har verken jenter eller gutter i den laveste inntektsgruppen signifikant høyere odds for psykosomatikk enn barn fra familier med høyest inntekt. Dette tyder på at foreldres helse, sysselsettingsstatus og hvorvidt barnet bor med begge foreldre eller ei, kan være med å forklare noe av den forskjellen vi så mellom de med høyest og lavest inntekt i modell 1. Derimot forklarer disse forholdene i mindre grad hvorfor de mellomste inntektsgruppene skiller seg fra de med høyest inntekt. For eksempel har jenter som tilhører inntektsgruppe 2 eller 3 fortsatt signifikant høyere odds for psykosomatiske symptomer enn de med høyest inntekt.

For kontakt med fagpersoner er det kun blant gutter at inkluderingen av de tre variablene gir en statistisk signifikant bedring av modellen, dog er endringene i inntektskoeffisientene noe mindre enn for psykosomatiske symptomer. I tabell med utdanning er oddsen for å ha vært i kontakt med fagpersoner for gutter som har foreldre med grunnskole, redusert med 45 prosent, sammenlignet med de med høyest utdanning. I tabell med inntekt er den tilsvarende reduksjonen på 50 prosent. For jenter er det mindre endringer i koeffisientene, noe som ikke er uventet, da de nye variablene ikke ga et signifikant bidrag i modellen.

Hvis vi ser på oddsratene til de tre nye variablene, ser vi at det spesielt er å bo med en forelder, samt å ha en forelder med dårlig helse, som er negativt knyttet til barnets kortsiktige helsetilstand. Det ser dermed ut til at disse to egenskapene bidrar til å fjerne mer av effekten av sosioøkonomisk status, enn det foreldres yrkesaktivitet gjør. Både det å bo med kun en forelder og å ha en forelder med dårlig helse gir i flesteparten av modellene omtrentlig dobbelt så høy odds for å ha månedlige psykosomatiske symptomer, sammenlignet med de som er i familier som ikke kjennetegnes av disse egenskapene. Dette gjelder også for gutters kontakt med fagpersoner. For jenters kontakt med fagpersoner er

ikke disse forholdene av særlig betydning, noe som kan antyde at gutter som har foreldre eller familie med slike egenskaper i større grad enn jenter oppsøker fagpersoner.

Siden disse resultatene er justert for alle de andre uavhengige variablene, tyder det på at foreldrenes helse og hvorvidt man bor med en eller begge foreldre har forholdsvis stor betydning for barns kortsiktige helsetilstand. Hvorvidt intervjupersonen er sysselsatt eller ei bidrar til å forklare månedlige psykosomatiske symptomer blant gutter, men er ellers ikke statistisk signifikant. En mulig fortolkning av dette er at denne variabelen ikke sier noe om hvorvidt det å ikke være sysselsatt er frivillig eller ikke, i tillegg til at dette forholdet kun angår den som har svart på undersøkelsen. Dermed kan den andre forelderens være i arbeid, og det er derfor mindre sikkert hvorvidt dette forholdet oppleves som en stressfaktor for barnet.

Resultatet i de to modellene kan oppsummeres med at selv om de nye variablene i modell 2 ser ut til å forklare noe av effekten av sosioøkonomisk status, er det fortsatt en del av effekten av inntekt og utdanning som gjenstår. Dette gjelder spesielt de midtre sosioøkonomiske gruppene, og for kontakt med fagpersoner. Disse funnene vil diskuteres ytterligere i kapittel 9. I neste kapittel er hensikten å foreta en test av West sin utjevningshypotese, for å se om de sosioøkonomiske ulikhetene i kortsiktig helsetilstand endrer karakter i overgangen mellom barndoms- og ungdomstid.

8. Kontinuitet eller endring i overgang mellom barndoms- og ungdomstid?

Slik variablene i modellen hittil har vært spesifisert har det vært en implisitt forutsetning at økt utdanning eller økt husholdningsinntekt øker eller senker oddsen for dårlig helse med samme faktor for 6-10 åringer, som for 11-15 åringer. I dette kapitlet er hensikten å teste West sin utjevningshypotese ved å undersøke om effekten av de sosioøkonomiske innflytelsene kan være ulik for barn og ungdom. Nærmere bestemt forventes det at det skjer en reduksjon i de sosialt definerte ulikhetene i overgangen mellom barndoms- og ungdomstid. Siden utjevningshypotesen særlig antas å gjelde helsemål som representerer kortsiktig helsetilstand, er det disse som vil være fokuset i dette kapitlet, men de andre helsemålene vil også undersøkes. For å få en mest mulig grundig test av utjevningshypotesen vil både krysstabeller og logistisk regresjon med produktledd benyttes.

8.1 Ulike mønstre blant barn og ungdom?

West og Sweeting (2004) har benyttet krysstabeller for å undersøke spørsmålet om hvorvidt den sosiale gradienten er mindre tydelig blant ungdom enn blant barn. Dette vil også gjøres i denne studien. Gamma vil oppgis som et mål på sammenhengens styrke, slik som ble gjort i kapittel 6.

Tabell 8.1 Psykosomatiske symptomer og kontakt med fagpersoner (%) etter foreldres utdanning for 6-10 åringer og 11-15 åringer.

	Gr.skole Prosent	Videreg. Prosent	Høy utd 1 Prosent	Høy utd 2 Prosent	Gamma (p-verdi)
<i>MND. PSYKOSOMATIKK</i>					
<i>Gutter</i>					
6-10 år	11,7	11,9	11,0	4,6	-0,13 (0,2)
11-15 år	13,1	9,1	10,9	7,9	-0,07 (0,51)
<i>Jenter</i>					
6-10 år	15,5	8,0	6,7	4,4	-0,28 (0,03)*
11-15 år	18,4	12,0	8,0	11,0	-0,21 (0,06)
<i>KONTAKT MED FAGPERSONER</i>					
<i>Gutter</i>					
6-10 år	15,6	10,6	7,9	6,2	-0,24 (0,04)*
11-15 år	15,0	13,9	9,2	11,1	-0,15 (0,14)
<i>Jenter</i>					
6-10 år	7,0	7,5	5,6	2,9	-0,18 (0,19)
11-15 år	16,1	10,6	7,4	5,5	-0,28 (0,01)*

* = Statistisk signifikant p-verdi <0,05, ** = Statistisk signifikant p-verdi <0,01

Tabell 7.1 viser hvordan månedlige psykosomatiske symptomer og fagkontakt er betinget av foreldres utdanningsnivå, etter aldersgruppe. Blant gutter reduseres andelen som har månedlige psykosomatiske symptomer jo høyere utdanning foreldrene har. Likevel er det ingen klar gradient i noen av aldersgruppene. Blant jenter peker mønsteret i begge aldersgruppene mer i retning av en sosial gradient, men mønsteret er noe tydeligere blant de yngre. Av styrken på gamma ser vi at feilpreksjonen reduseres noe mer ved å kjenne til foreldres utdanningsnivå i den yngste aldersgruppen enn i den eldre. Videre ser vi for kontakt med fagpersoner at blant guttene er det mindre variasjon blant de eldre enn blant de yngre. Mønsteret for jenter peker derimot i motsatt retning, hvor det er svært store forskjeller mellom utdanningsgruppene blant de eldre jentene. I denne gruppen er det hele 11,1 prosent flere som oppsøker fagpersoner blant de som har foreldre med lavest utdanning enn blant de som har foreldre med høyest utdanning.

Med andre ord tyder resultatene for jenter i retning av kontinuitet eller en forsterkning av de sosioøkonomiske forskjellene i overgangen mellom barn og ungdom. Resultatene for gutter antyder lite forskjeller i psykosomatiske symptomer, og en forminskning av de sosioøkonomiske forskjellene for kontakt med fagpersoner. Dette sistnevnte funnet er det eneste som kan peke i retning av utjevningshypotesen. Om resultatet er likt når husholdningsinntekt anvendes som sosioøkonomisk indikator undersøkes i tabellen nedenfor.

Tabell 8.2 Psykosomatiske symptomer og kontakt med fagpersoner (%) etter husholdningsinntekt for 6-10 åringer og 11-15 åringer.

	Inntekt 1 Prosent	Inntekt 2 Prosent	Inntekt 3 Prosent	Inntekt 4 Prosent	Gamma (p-verdi)
<i>MND. PSYKOSOMATIKK</i>					
<i>Gutter</i>					
6-10 år	12,3	11,7	12,1	6,3	-0,14 (0,14)
11-15 år	15,3	11,0	8,1	7,8	-0,22 (0,04)*
<i>Jenter</i>					
6-10 år	10,8	11,1	6,3	3,6	-0,29 (0,01)*
11-15 år	12,2	11,9	15,7	7,3	-0,10 (0,27)
<i>KONTAKT MED FAGPERSONER</i>					
<i>Gutter</i>					
6-10 år	14,8	7,6	9,8	6,3	-0,23 (0,04)*
11-15 år	17,7	13,2	10,7	8,5	-0,23 (0,02)*
<i>Jenter</i>					
6-10 år	6,9	8,1	4,7	4,5	-0,15 (0,26)
11-15 år	8,4	7,1	13,3	9,9	-0,10 (0,36)

* = Statistisk signifikant p-verdi <0,05, ** = Statistisk signifikant p-verdi <0,01

I tabell 7.2 ser vi at det er de samme signifikante forskjellene blant de yngre, som det vi fikk i tabell 7.1 med utdanning. Dette gjelder psykosomatiske symptomer blant jenter og fagkontakt blant gutter. Ellers er resultatene noe annerledes, da det her er blant de eldre guttene vi kan finne de tydeligste gradientene. For de eldre jentene er mønsteret svært ulikt, da det nå er de med nest høyest inntekt, som har størst andel med månedlige psykosomatiske symptomer eller som har vært i kontakt med fagpersoner. Forskjellen mellom de to aldersgruppene er små i de gruppene som har under median inntekt. Blant de som har over median inntekt er det derimot slik at forekomsten øker for de eldre jentene, mens den synker for de yngre jentene. I gruppen med nest høyest inntekt er det 8,6 prosentpoeng flere som oppsøker fagpersoner blant 11-15 åringene enn blant 6-10 åringene. Det er særlig for slike grupper vi kan tenke oss at sosioøkonomisk status har signifikant ulik effekt i de to aldersgruppene. Et annet eksempel er for gutter som tilhører inntektsgruppe 2, hvor 7,6 prosent av de yngre har vært i kontakt med fagpersoner, mot 13,2 prosent av de eldre.

8.2 Statistisk interaksjon mellom sosioøkonomisk status og alder?

At vi finner noen forskjeller mellom aldersgruppene i krysstabeller trenger ikke bety at inntekt eller utdanning har vesentlig forskjellig effekt i de to aldersgruppene. For å undersøke hvorvidt det faktisk eksisterer statistisk interaksjon vil det inkluderes produktledd

mellom indikatorene på sosioøkonomisk status og alder i logistisk regresjon. Siden inntekt og utdanning er dummyvariabler, inkluderes det også et produktledd for hver av de tre sosioøkonomiske kategoriene. Oddsraten for produktleddet er et mål for samspillet mellom alder og utdanning eller alder og inntekt, og sier hvilken faktor en må gange effekten av inntekt eller utdanning med for å få frem disse for 11-15 åringer, sett i forhold til referansegruppa - de med høyest sosioøkonomisk status.

Tabell 8.3 Logistisk regresjon for kortsiktig helsetilstand, med produktledd mellom alder og utdanning

	<i>Modell 1 - utdanning</i>		<i>Modell 2 - utdanning</i>	
	Gutter OR (p-verdi)	Jenter OR (p-verdi)	Gutter OR (p-verdi)	Jenter OR (p-verdi)
<i>MND. PSYKOSOMATIKK</i>				
Konstant	0,07	0,07 (0,00)	0,05 (0,00)	0,05 (0,00)
Alder (6-10 ref)	0,95 (0,78)	1,45 (0,08)	1,78 (0,44)	2,67 (0,16)
Høyest utdanning	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)
3-årig høyere utd	1,84 (0,13)	0,95 (0,89)	2,55 (0,14)	1,57 (0,5)
Fullført videregående	1,77 (0,15)	1,33 (0,43)	2,79 (0,10)	1,89 (0,33)
Vgs grunntud eller lavere	2,15 (0,07)	2,41 (0,02)*	2,74 (0,14)	3,97 (0,04)*
alder*h.utd1			0,55 (0,47)	0,45 (0,33)
alder*vgs			0,42 (0,29)	0,59 (0,50)
alder*gr.skole			0,64 (0,61)	0,46 (0,35)
Testobservator -2LL	750,92	663,27	749,42	662,05
Endring i -2LL			1,49 (0,68)	1,22 (0,75)
Pseudo R ² (Nagelkerke)	0,007	0,029	0,009	0,031
<i>FAGKONTAKT</i>				
Konstant	0,08 (0,00)	0,03 (0,00)	0,07 (0,00)	0,03 (0,00)
Alder (6-10 ref)	1,26 (0,23)	1,63 (0,04)*	1,9 (0,32)	1,91 (0,46)
Høyest utdanning	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)
3-årig høyere utd	0,99 (0,98)	1,58 (0,33)	1,30 (0,65)	1,95 (0,40)
Fullført videregående	1,48 (0,26)	2,25 (0,07)	1,80 (0,29)	2,67 (0,20)
Vgs grunntud eller lavere	1,87 (0,10)	3,04 (0,02)*	2,82 (0,09)	2,50 (0,28)
alder*h.utd1			0,63 (0,53)	0,71 (0,72)
alder*vgs			0,72 (0,65)	0,76 (0,78)
alder*gr.skole			0,5 (0,37)	1,32 (0,79)
Testobservator -2LL	771,62	572,81	770,65	571,82
Endring i -2LL			0,96 (0,81)	1,00 (0,80)
Pseudo R ² (Nagelkerke)	0,015	0,028	0,017	0,03

*p<0,05, ** p<0,01***p<0,001.

Tabell 8.4 Logistisk regresjon for kortsiktig helsetilstand, med produktledd mellom alder og inntekt

	<i>Modell 1 - inntekt</i>		<i>Modell 2 - inntekt</i>	
	Gutter OR (p-verdi)	Jenter OR (p-verdi)	Gutter OR (p-verdi)	Jenter OR (p-verdi)
<i>MND. PSYKOSOMATIKK</i>				
Konstant	0,08 (0,00)	0,05 (0,00)	0,07 (0,00)	0,04 (0,00)
Alder (6-10 ref)	0,99 (0,98)	1,55 (0,04)*	1,27 (0,62)	2,08 (0,22)
Inntektsgruppe 4 (høyest)	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)
Inntektsgruppe 3	1,44 (0,23)	2,11 (0,03)*	2,05 (0,11)	1,77 (0,36)
Inntektsgruppe 2	1,67 (0,09)	2,23 (0,02)*	1,98 (0,13)	3,31 (0,04)*
Inntektsgruppe 1	2,05 (0,01)*	2,21 (0,02)*	2,08 (0,10)	3,20 (0,05)*
alder*innt3			0,50 (0,27)	1,34 (0,69)
alder*innt2			0,74 (0,61)	0,52 (0,36)
alder*innt1			1,02 (0,97)	0,55 (0,41)
Testobservator -2LL	747,7	665,25	745,58	661,63
Endring i -2LL			2,12 (0,55)	3,62 (0,31)
Pseudo R ² (Nagelkerke)	0,012	0,024	0,016	0,031
<i>FAGKONTAKT</i>				
Konstant	0,07 (0,00)	0,06 (0,00)	0,07 (0,00)	0,05 (0,00)
Alder (6-10 ref)	1,35 (0,12)	1,66 (0,03)*	1,38 (0,49)	2,32 (0,12)
Inntektsgruppe 4 (høyest)	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)
Inntektsgruppe 3	1,43 (0,24)	1,25 (0,49)	1,63 (0,30)	1,02 (0,97)
Inntektsgruppe 2	1,45 (0,22)	1,05 (0,89)	1,22 (0,68)	1,86 (0,26)
Inntektsgruppe 1	2,45 (0,00)**	1,04 (0,91)	2,59 (0,03)*	1,56 (0,44)
alder*innt3			0,8 (0,71)	1,36 (0,67)
alder*innt2			1,35 (0,63)	0,37 (0,17)
alder*innt1			0,9 (0,85)	0,53 (0,37)
Testobservator -2LL	766,51	579,65	765,53	575,03
Endring i -2LL			0,98 (0,81)	4,62 (0,2)
Pseudo R ² (Nagelkerke)	0,023	0,012	0,025	0,022

p<0,05, ** p<0,01 og ***p<0,001.

For å besvare spørsmålet om det skjer en relativ utjevning av sosioøkonomiske helseforskjeller blant ungdom, er det først og fremst relevant å undersøke om inkluderingen av de tre produktleddene gir en signifikant endring i -2LL. Resultatene fra tabell 8.3 og 8.4 viser at dette ikke er tilfelle. For å få et signifikant resultat i en modell som inkluderer 3 nye variabler må endringen i -2LL overstige 7,82, og ingen er i nærheten av dette. Det er heller ingen av produktleddene som blir statistisk signifikante. Vi får dermed ikke støtte for at sosioøkonomisk status har vesentlig ulik effekt for barn og ungdoms kortsiktige helsetilstand. Likevel kan det være interessant å undersøke endringen i oddsratene til utdannings- og inntektskoeffisientene i modell 2, og de inkluderte produktleddene, for å se i hvilken retning tendensene peker. Er effekt av å tilhøre bestemte sosioøkonomiske grupper lavere blant ungdom enn blant barn i dette utvalget?

I modell 2 hvor det er inkludert produktledd viser oddsratene til utdanning og inntekt til det sosioøkonomiske mønsteret blant 6-10 åringer. Det vil si de som har verdien 0 på aldersvariabelen. Vi kan i begge tabellene se at OR i de fleste tilfeller blir større i modell 2, noe som indikerer at inntekt og utdanning har større effekt i den yngste aldersgruppen enn blant de eldre. Særlig i tabell 8.3 kan vi for psykosomatiske symptomer se at oddsratene øker forholdsvis mye. Også produktleddene gir en indikasjon på at effekten av sosioøkonomisk status er lavere for ungdom enn blant barn, da de fleste er lavere enn 1. Imidlertid er tolkningen av produktleddene relativt komplisert i disse tabellene, fordi oddsraten til produktleddet alltid må sees i sammenheng med referansegruppen i de respektive aldersgruppene. Siden de med høyest sosioøkonomisk status i de to aldersgruppene ikke har like store andeler med ”dårlig” kortsiktig helsetilstand (som vi kan se av OR til alderskoeffisienten), må den prosentvise endringen også være større blant 11-15 åringer enn blant 6-10 åringer, for at den relative effekten av inntekt eller utdanning skal være lik i de to gruppene.

Selv om resultatene i dette utvalget således kan peke i retning av støtte til utjevningshypotesen, er resultatene langt fra å nå statistisk signifikans. Vi kan altså ikke utelukke at disse funnene skyldes slump og tilfeldigheter. Vi får derfor ikke støtte for at utjevningshypotesen og de mekanismer den postulerer er gyldig for norske barns kortsiktige helsetilstand.

8.2.1 Hva med de andre helsedimensjonene- kontinuitet eller endring?

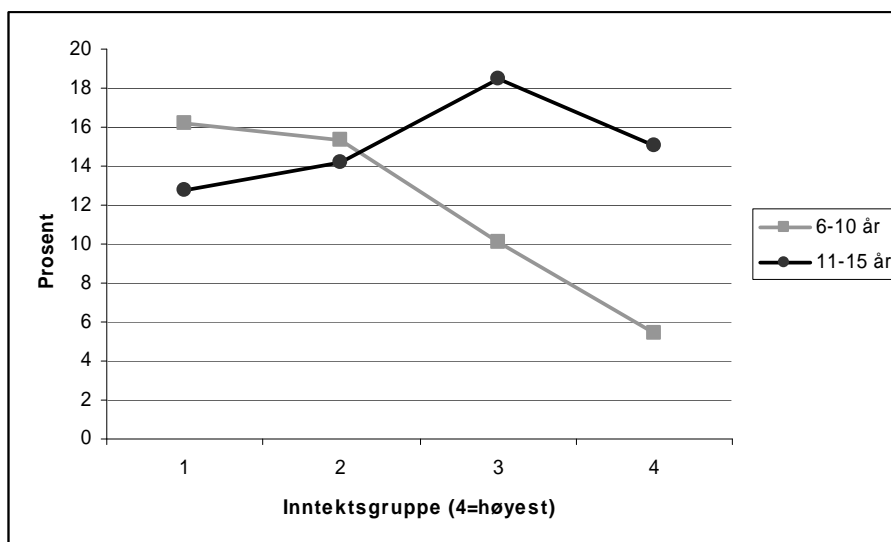
En tilstrekkelig test av utjevningshypotesen bør ha med flest mulig helsedimensjoner (Chen mfl. 2006, West og Sweeting 2004) for å få en best mulig forståelse av hvordan helse varierer etter sosioøkonomisk status og alder. De øvrige helsedimensjonene er derfor også testet ved inkludering av produktledd. I henhold til West (1997) er forventningen at særlig de mer alvorlige lidelsene ikke endres i overgang mellom barndoms- og ungdomstid, og dette gjelder også indikatorer for helsepotensial.

Vi får støtte til denne antagelsen for de fleste helseutfallene. Verken for lav høyde, overvekt, eller foreldrevurdert helse er det noe som tyder i retning av at innflytelsen av sosioøkonomisk status endres med alder. Mer overraskende finner vi noen signifikante

produktledd for langvarig lidelse og sykdom med innvirkning på hverdag (se vedlegg 2 og vedlegg 3). Samtlige av disse peker i retning av at utdanning eller inntekt har mindre effekt blant de eldre enn blant de yngre, sammenlignet med referansegruppa.

Det tydeligste samspillet finner vi for jenter som har en sykdom med innvirkning på hverdag. For disse er effekt av å tilhøre de familier som har under median inntekt, altså inntektsgruppe 1 eller 2, signifikant lavere for 11-15 åringer enn for 6-10 åringer, sammenlignet med de aldersspesifikke referansegruppene. Oddsraten for de to produktleddene er henholdsvis 0,25, og 0,3 (se vedlegg 3). Som vi ser av figur 8.1 nedenfor er det blant de yngre jentene en trinnvis reduksjon av andel som har sykdom med virkninger med økt husholdningsinntekt. For de eldre jentene er det mindre variasjon, og heller antydninger til en reversert gradient. For disse er det altså uheldig å tilhøre gruppene med høyest inntekt. Siden mønsteret for de to aldersgruppene delvis peker i motsatt retning, har dette medført at når vi analyserte de to aldersgruppene under ett i kapittel 6 og 7, ble resultatet en tilsynelatende likhet. I vedlegg 3 ser vi at blant de yngste jentene skiller begge de to laveste inntektsgruppene seg signifikant fra de med høyest inntekt.

Figur 8.1 Samspill mellom husholdningsinntekt og alder på sykdom med virkning. Jenter



Gamma for 6-10 er -0,28 (0,00)**, for 11-15 0,07 (0,44)

De øvrige tre samspillene, som alle er knyttet til foreldres utdanning, gir langt mindre systematiske mønstre. Likevel kan det bemerkes at også for disse er det større variasjon blant yngre enn blant eldre. I og med at det kun var 5 av totalt 24 produktledd (for langvarig

lidelse og sykdom med virkning) som ble signifikante, mener jeg at det ikke er grunnlag for å si at dette representerer et substansielt annerledes mønster blant ungdom enn blant barn.

9. Diskusjon og konklusjon

I dette kapittelet er det først og fremst diskusjon av resultatene som står sentralt. Først i kapittelet vil hovedfunnene kort oppsummeres, og mulige begrensninger ved studien trekkes frem. I diskusjonen knyttes funn til tidligere forskning, teori og metodiske aspekter. Kapittelet avsluttes med en konklusjon og noen refleksjoner til hva som kan være fruktbart å forske videre på.

9.1 Hovedfunn

For de tre helsemålene som representerer langvarig helsesituasjon ble det funnet svært lite variasjon etter husholdningsinntekt og foreldres høyeste utdanning. Riktignok fantes det en signifikant sammenheng mellom gutters foreldrevurderte helse og inntekt. Her var det langt flere av guttene fra familier med lavest inntekt, som fikk sin helse vurdert som under meget god enn blant de med høyest inntekt. Sammenhengen bar likevel ikke preg av å være en gradient.

Indikatorene på helsepotensial ga noe mer delte funn. For lav kroppshøyde var det ingen systematiske forskjeller mellom de sosioøkonomiske gruppene, mens for overvekt observerte vi at andelen overvektige ble lavere med økt status. Særlig sterk var relasjonen mellom jenters overvekt og foreldres utdanning.

De tydeligste sosioøkonomiske forskjellene fant vi for kortsiktig helsetilstand, hvor flere av sammenhengene pekte i retning av en sosial gradient. Inntekt og utdanning evnet i noe ulik grad å fange opp forskjellene. Særlig relasjonen mellom jenters kontakt med fagpersoner og husholdningsinntekt var preget av svært lite variasjon. De bivariate analysene av sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og barns helse ga altså i ulik grad støtte til hypotesen om sosioøkonomisk ulikhet.

Inkluderingen av foreldres sysselsettingsstatus, foreldres helse, og om barnet bodde med begge foreldre eller ei i en logistisk regresjonsmodell, endret ikke inntekts- eller utdanningskoeffisientene for langvarig helsesituasjon i særlig grad. Variablene viste seg å ha en negativ effekt for gutters helse, hvor særlig det å ha en forelder med dårlig selvvardert

helse ga spesielt høy odds for ”under meget god foreldrevurdert helse”. Foreldrenes helse var av mindre betydning for hvorvidt guttene hadde en langvarig lidelse. Ingen av disse forholdene var av signifikant betydning for jenters langvarige helsesituasjon.

For helsepotensial var de inkluderte variablene av liten betydning. Det var kun å ha en forelder med dårlig helse som ga gutter signifikant høyere odds for å være overvektig, sammenlignet med de som hadde foreldre med god helse. Effekten av foreldres utdanning på jenters odds for å være overvektig besto etter kontroll for variablene.

De største endringene ble observert for kortsiktig helsetilstand, hvor variablene ga et signifikant bidrag i alle modellene med unntak av jenters kontakt med fagpersoner. Med andre ord oppsøker gutter som erfarer slike forhold fagpersoner i større grad enn jenter. Inkluderingen av disse egenskapene gjorde i flertallet av modellene at de med lavest sosioøkonomisk status ikke lenger skilte seg signifikant fra de med høyest sosioøkonomisk status. Dette tyder på at relasjonen mellom kortsiktig helsetilstand og lav sosioøkonomisk status er delvis mediert av slike forhold. Foreldres helse og om barnet bodde med kun en forelder, hadde større negativ effekt på barnas kortsiktige helsetilstand enn foreldres sysselsetting.

Analysene ga ikke støtte til utjevningshypotesen, da det ikke var signifikant statistisk interaksjon mellom alder og sosioøkonomisk status. I krysstabellene så vi at resultatene for den eldre aldersgruppen så ut til å være noe avhengig av sosioøkonomisk indikator, da inntekt ga tydelige sammenhenger blant gutter, og utdanning medførte tydeligere ulikheter i de eldre jentenes helse. For de øvrige helseindikatorne ble det uventet funnet et mindretall signifikante produktledd. Disse tydet på at effekten av sosioøkonomisk status var mindre blant de eldre enn blant de yngre, men mønsteret var likevel preget av lite systematikk.

9.2 Mulige begrensninger ved studien

I forhold til de ovenstående funnene er det viktig å påpeke mulige begrensninger som kan ha preget de resultatene vi har fått. Mulige feilkilder kan blant annet knyttes til utvalget, design på undersøkelsen, og hvordan ulike egenskaper er operasjonalisert.

Med hensyn til utvalget er det særlig representativitetsspørsmålet og frafall som kan trekkes frem. I avsnitt 5.1.1 ble det nevnt at utvalget ikke med sikkerhet er representativt for den norske barnebefolkningen, i og med at omtrentlig en tredjedel av barna har søsken som er med i utvalget. Det er derfor mulig at barn som er del av en større søskenflokk er overrepresentert. For å se om de resultatene vi har fått er overensstemmende med det vi får i et utvalg hvor søsken er tatt ut (N=1445) er de samme analysene gjort for dette utvalget. Sammenligningen av resultatene for de to utvalgene viser at for de fleste helseutfallene er funnene svært like. For eksempel er det for langvarig helsesituasjon også i dette utvalget kun gutter med lavest husholdningsinntekt som har signifikant høyere odds for å ha under meget god foreldrevurdert helse, sammenlignet med de med høyest inntekt. Det kan imidlertid observeres noen forskjeller mellom de to utvalgene. Eksempelvis er det for kortsiktig helsetilstand noen færre av forholdene knyttet til familiesituasjon som blir signifikante, og oddsraten for alderskoeffisienten blir heller ikke signifikant (se vedlegg 6). Dette sistnevnte kan muligens knyttes til at aldersfordelingen er mindre jevn, da rundt 60% befinner seg i den yngste aldersgruppen i det reduserte utvalget (se vedlegg 5). Uansett peker tendensene stort sett i samme retning, og det er ingen svært sprikende funn. Det vil derfor antas at de resultater som er kommet frem i denne studien ikke er vesentlig avvikende fra det vi ville fått om utvalget var trukket på en måte som sikret representativiteten.

Et annet trekk ved utvalget er knyttet til frafall. De sosioøkonomiske helseforskjellene kan fremstå som mindre enn det de i virkeligheten er dersom det er flere fra de laveste sosioøkonomiske gruppene som har falt fra enn i de andre gruppene. En sammenligning av fordelingen på de ulike utdanningsnivåene i levekårsundersøkelsen med tall for befolkningen (Statistisk sentralbyrå 2007) viser at det ikke er store forskjeller. Imidlertid tyder de forskjellene som finnes på at frafallet har vært størst nettopp blant de med lavest utdanning. Det er ca 3 prosent færre i grunnskolekategorien sammenlignet med i befolkningen. Dette medfører sannsynligvis at barn som har foreldre med lavere utdanning er noe underrepresentert i forhold til de andre utdanningskategoriene. Imidlertid peker tidligere frafallsundersøkelser (se avsnitt 5.1.2) på at dette ikke har avgjørende betydning for resultatene.

Datamaterialet er som beskrevet i avsnitt 5.1.3 basert på en tverrsnittsundersøkelse, noe som medfører at fortolkninger av funnene som postulerer en bestemt årsakssammenheng, nødvendigvis vil være antagelser. Dette følger av at vi ikke har kontroll på tidsrekkefølgen

og derfor ikke kan si hvilken faktor som kommer først i tid. Designet kan særlig være en svakhet i forhold til testen av West sin utjevningshypotese siden det ikke er de samme individene som følges i overgang mellom barndoms- og ungdomstid. Slike forhold er viktig å ha med seg i forhold til fortolkningen av funnene nedenfor. Et annet trekk ved undersøkelsen som kan utgjøre en svakhet er at det er foreldre som har besvart og ikke barna. Dette kan ha ført til noe underrapportering av sykdom, og særlig for de mer subjektive dimensjonene. Dette ble forsøkt tatt hensyn til i operasjonaliseringen ved å sette grensene mellom god og dårlig noe annerledes enn det som gjøres i studier hvor barn selv rapporterer.

I tillegg kan operasjonaliseringen av variablene diskuteres, i og med at analysene og funnene alltid vil være preget av hvordan variablene er operasjonalisert og målt. Er for eksempel valg av helseutfall riktige i forhold til de ulike helsedimensjonene? I tillegg kan det problematiseres hvorvidt det skillet mellom barndoms- og ungdomstid som denne studien opererer med, fanger opp vesentlige endringer i forhold til skole, venner og fritid.

Det finnes altså noen problematiske aspekter ved denne studien som kan ha preget resultatene i noen grad. Likevel er det rimelig å anta at studien også kan reflektere faktiske sammenhenger i befolkningen vi ønsker å uttale oss om. I tolkningen av funnene er det derfor viktig å være oppmerksom på at begge deler kan være tilfelle, og dette vil tas hensyn til i diskusjonen nedenfor.

9.3 Diskusjon av funn

Som illustrert i kapittel 3 om teoretiske forklaringer er sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og helse svært kompleks, og i tolkningen av funnene vil derfor de ulike forklaringene benyttes der de synes mest egnet til å forklare det bestemte helseutfallet. Siden jeg i forhold til hver av de ulike helsedimensjonene fant delvis ulike funn, vil disse diskuteres i hver sin bolk. Deretter diskuteres funn i tilknytning til utjevningshypotesen.

9.3.1 Lite sosioøkonomiske forskjeller i langvarig helsesituasjon

At analysene ikke tydet på sosioøkonomisk ulikhet i barns langvarige helsesituasjon står i motsetning til det Finnvold mfl. (1997) fant i Statistisk sentralbyrås helseundersøkelse fra

1995, hvor astma blant barn var sosialt skjevfordelt etter foreldres utdanning¹⁵. Også i den nordiske undersøkelsen fra 1996 ble det funnet sosial ulikhet for de fleste langvarige lidelser. Funn om manglende ulikhet er likevel i tråd med det Elstad (2008) fant i en undersøkelse av lavinntektsbarn, og resultatene for Akershus-undersøkelsen (Holmboe mfl. 2006) tenderte også i denne retningen. Slik kan det se ut til at mine funn på dette området er i overensstemmelse med nyere undersøkelser.

En mulig fortolkning av den manglende ulikheten kan knyttes til operasjonaliseringen av langvarig helsesituasjon. West (1997:837) hevder at det spesielt er mer alvorlige sykdommer og lidelser som kan forventes å være sosialt skjevfordelt. I denne studien ble slike sykdommer søkt identifisert med spørsmålet om hvorvidt barnet har en langvarig lidelse med innvirkning på hverdag, men det er usikkert hvorvidt det faktisk sier noe om sykdommens alvorlighetsgrad. Om en vurderer en sykdom til å ha innvirkning, vil avhenge av hva en legger i begrepet innvirkning og egne erfaringer kan også ha betydning. Resultatet kan dermed i noen grad skyldes at denne studien har operasjonalisert langvarig helsesituasjon med feil helseutfall. Funnet kan også knyttes til foreldrenes rapportering. Dersom de med lavere sosioøkonomisk status underrapporterer barnas sykdom, kan dette resultere i en tilsynelatende utjevning. Et slikt fenomen kan blant annet komme av at de med lav sosioøkonomisk status har høyere terskel for å oppsøke lege, og dermed sjeldnere får sine sykdommer diagnostisert (Elstad 1996). Sammenligninger av selvrapportert langvarig sykdom og legers diagnostisering, har vist at dette forekommer (Mackenbach mfl. 1996, Elstad 1996). På den annen side kan det argumenteres for at begge disse innvendingene vil ramme alle spørreundersøkelser som har brukt disse målene på barns helse. Med hensyn til innvendingen om ulik underrapportering måtte det i så tilfelle vært slik at de sosioøkonomiske ulikhetene var større i de undersøkelser som har funnet sosioøkonomiske ulikhet i langvarig sykdom. Det synes derfor rimelig å anta at selv om en slik underrapportering faktisk har funnet sted, er de sosioøkonomiske forskjellene små og av liten betydning.

¹⁵ Selv om astma ikke er et av helsemålene i denne undersøkelsen, finnes det data på det. Analyser av sammenhengen mellom astma og foreldres utdanning i leveårsundersøkelsen 2005 gir *ikke* signifikante forskjeller mellom utdanningsgruppene.

En mer substansiell fortolkning av dette funnet kan være den neo-materialistiske modell som ble skissert i kapittel 3. En slik forklaring trekker frem et generelt høyt velstandsnivå og kollektive investeringer som helseutjevner. Slike forklaringer kan ha særlig relevans for sykdommer som delvis har opprinnelse i barns fysiske omgivelser. Selv om langvarige sykdommer som astma og allergi har sammensatte årsaker, er forhold som passiv røyking, virusinfeksjoner, inneklime og luftforurensing satt i sammenheng med sykdommene (Pasienthåndboka 2007). Vi kan tenke oss at det ikke er særlige sosioøkonomiske variasjoner med hensyn til slike forhold, da et høyt inntektsnivå og gode levekår for de fleste sikrer adekvate fysiske omgivelser. For de mer depriverte kan vi tenke oss at velferdsordninger kan sikre dette. Det er også lite trolig at mange foreldre utsetter sine barn for passiv røyking. Innføringen av røykeloven og fokuseringen på negative effekter kan eventuelt forklare noe av dette. Fraværet av sosioøkonomiske ulikheter kan også komme av at det heller er i andre miljøer enn i hjemmet at barn møter ugunstige fysiske omgivelser. For eksempel er skolen en arena hvor alle barn oppholder seg uavhengig av sosioøkonomisk status, og det er mange skoler som kjennetegnes av dårlig inneklime. Blant annet viste en undersøkelse av skoler i Nord-Trøndelag at hele 45 prosent av skolene hadde dårlig inneklime (Fagerheim 2004).

Ut fra denne forklaringen er det ikke rart at det er nettopp for foreldrevurdert helse vi finner noen forskjeller. Dette er et helseutfall som er mer avhengig av foreldres vurderinger, og hvor det er sannsynlig at flere forhold enn langvarige lidelser trekkes inn i vurderingen.

....men egenskaper ved foreldre og familie har større betydning

Analysene viste at forhold som er knyttet til familiesituasjon har betydning for gutters helse. Dette funnet er i tråd med Berntsson og Köhler (2001), som argumenterer for at langvarige lidelser kan reflektere subjektive erfaringer og de omgivelser en er del av.

Gitt at den neomaterialistiske forklaringen ovenfor har noe for seg, er det ikke overraskende at disse forklaringene har større betydning enn de sosioøkonomiske variablene. Offentlige investeringer kan ikke bufre mot effekten av foreldres sivilstatus, helse og sysselsetting på samme måte som de kan for rent økonomiske forhold. Derimot kan den psykososiale forklaringen kanskje bidra til å forklare noe av relasjonen. Det er sannsynlig at å bo med kun en forelder eller å ha foreldre med dårlig helse kan oppleves stressende for barn. Gjennom det Blaxter (2004) kaller den sosiobiologiske omdanningsprosess kan slikt stress påvirke

barnas immunforsvar og være med på å utløse og vedlikeholde symptomene til enkelte lidelser. I og med at det er foreldres helse som synes å være av størst betydning kan dette reflektere at dette er en særlig stressfaktor som påvirker barns helse. Arvelige faktorer kan muligens også forklare noe av sammenhengen mellom foreldres helse og langvarig helsesituasjon, da arv fortsatt er en viktig risikofaktor for astma (Brun 2006).

Disse forklaringene bør likevel balanseres mot andre forhold av mulig betydning. Analyseresultatet viste at foreldres helse hadde minst betydning for langvarig lidelse, men større betydning for foreldrevurdert helse og langvarig lidelse med innvirkning på hverdag. Langvarige lidelser kan anses for å være den mest objektive dimensjonen ved langvarig helsesituasjon, da dette er et ja/nei spørsmål basert på en medisinsk diagnose. De to andre helseutfallene er i større grad basert på foreldres vurderinger. Når det er for disse helseindikatorne at foreldres helse har størst betydning, er det sannsynlig at noe av dette kan knyttes til psykologiske mekanismer hvor foreldre som har dårlig helse attribuerer sin egen helse over på barna. Målestokkeffekter kan også ha forekommet. Foreldre kan ha lagt seg på en viss standard i vurderingen av egen helse som også er benyttet ved vurderingen av barns helse.

Tolkningene ovenfor gjelder imidlertid kun gutter, siden de inkluderte egenskapene ikke hadde betydning for jenter. Det er vanskelig å gi en plausibel forklaring på dette, og slike kjønnsforskjeller vil derfor heller oppsummeres i avsnitt 9.3.5.

9.3.2 Mer delte funn for helsepotensial

Manglende funn av sosioøkonomisk forskjeller i høydevekst står i kontrast til tidligere forskning som har sett på sosial ulikhet i høyde. Dette i kombinasjon med upresis rapportering gjør at det kan knyttes tvil til hvorvidt dette funnet er reelt. Frekvensene av kroppshøyde antydte upresisheten ved foreldres rapportering, i det mange hopet seg opp på de ”runderne” verdiene. I tillegg falt nærmere 26 prosent av jentene i kategorien ”lav høyde”, i stedet for 20 prosent som de anvendte grenseverdiene skulle tilsi. Slike feil i rapporteringen kan likevel ikke forklare dette funnet. Gitt at det faktisk eksisterer høydeforskjeller etter sosioøkonomisk status, skulle en tro at dersom alle de med ulik sosioøkonomisk status har rapportert feil på samme måte, ville resultatet vist noe større variasjoner. Er det imidlertid

slik at det er sosioøkonomiske forskjeller i rapportering av høyde, kan vi ha fått et resultat som skjuler faktiske forskjeller.

For overvekt var det atskillig mer variasjon etter sosioøkonomisk status, og også etter alder, da det viste seg at det var dobbelt så mange overvektige blant 6-10 åringer enn 11-15 åringer. Disse aldersforskjellene har ingen intuitiv forklaring. Kan det hende at barn og unge vokser av seg ”valpefett” i overgang mellom barndom og ungdomstid? Eller at dette er en kohorteffekt? Den førstnevnte forklaringen fremstår mindre plausibel i og med at reduksjonen er såpass dramatisk. Med hensyn til den andre forklaringen er det grunnlag for å anta at de to aldersgruppene har vokst opp i ganske like omgivelser, slik at det ikke er så store forskjeller mellom deres livsstil. Således er det kanskje mer troverdig at dette funnet kan komme av forhold knyttet til metode og operasjonalisering. Kanskje skyldes det tilfeldige utslag, eller kanskje overvektskurvene til Cole mfl. (2000), gir lite anvendbare grenseverdier for norske barn? Dette kan være en mulighet i og med at de er basert på land langt unna Norge. Dette er i så tilfelle en kritikk som spesielt gjelder grenseverdiene for de yngre barna. Blant 6-åringer havner hele 30 prosent av guttene i overvektskategorien, og 38 prosent av jentene (se vedlegg 6), noe som er et svært høyt antall. At jeg har anvendt grenseverdiene for hele år snarere enn halve år, som nok vil tilsvare mer reell alder for enhetene, kan ha medført at andelen overvektige har blitt noe overestimert. Dette kan derimot ikke forklare forskjellen mellom de yngre og eldre barna.

Den upresisheten og usikkerheten som er knyttet til resultatene for lav høyde og overvekt, kan demonstrere at spørreundersøkelser ikke er det mest gunstige redskap for å måle dette. Studier som undersøker disse dimensjonene ved barns helse bør derfor i den grad det er mulig heller basere seg på målinger utført av helsestasjoner eller lignende.

Foreldres utdanning større betydning enn inntekt for barns overvekt?

Med forbehold om de svakheter som er knyttet til overvektsvariabelen, kan vi likevel se nærmere på hva som kan forklare de sosioøkonomiske forskjellene vi faktisk observerer. Det var med utdanning vi fant de største forskjellene mellom de ulike gruppene, selv om det gradientlignende mønsteret for gutter ikke ble signifikant. Dette funnet er også i samsvar med tidligere forskning (Grøholt mfl. 2001, Andersen mfl. 2005) som har funnet en sammenheng mellom nettopp foreldres utdanning og barns overvekt.

Overvekt forstås vanligvis som et resultat av ugunstig helseatferd og livsstil, hvor kombinasjonen av lite fysisk aktivitet og et ugunstig kosthold fører til overvekt. Resultatet i denne studien tyder på at det ikke først og fremst er det økonomiske, som gir sosioøkonomisk ulikhet i overvekt. Forhold som at sunne matvarer er dyre og at det koster å være medlem i idrettsorganisasjoner bør likevel ikke utelukkes. Imidlertid kan det se ut til at forhold som er knyttet til foreldres utdanning har noe større betydning. I tråd med Bourdieus sitt livsstilsperspektiv kan dette forstås som at foreldre gjennom utdanningen har tilegnet seg preferanser for en sunn livsstil, som så overføres til barna. En sunn livsstil kan også fungere som en markør for identitet og hvem man ønsker å være, samtidig som man distingverer seg fra de en ikke ønsker og identifiseres med. I forhold til den mer kognitive forklaringen for helseatferd kan høy utdanning medføre mer kunnskap om, og dermed bedre forståelse av sammenhengen mellom livsstil og helse. Psykososiale mekanismer kan også ha betydning. Dersom barn som har foreldre med lav utdanning i større grad møter stressende omgivelser enn de som har foreldre med høyere utdanning, kan et ugunstig kosthold i så måte fungere som substitutt for omgivelser en ikke mester.

9.3.3 Tydeligste sosioøkonomiske forskjeller for kortsiktig helsetilstand

At vi fant de tydeligste sosioøkonomiske forskjellene for kortsiktig helsetilstand er i tråd med tidligere forskning, da de fleste studier som har tatt for seg psykosomatiske symptomer har dokumentert noe ulikhet (se avsnitt 4.3.2). Funn om at forekomsten øker med alder er også kjent fra tidligere studier (Berntsson og Köhler 2001, Östberg mfl. 2006, Haugland mfl. 2001). Når denne økningen kun observeres hos jenter kan dette kanskje ha sammenheng med de aldersgruppene denne studien opererer med. Siden både puberteten og sosial modning inntreffer tidligere for jenter enn for gutter, kan det hende at aldersgruppen 11-15 år er en for ung gruppe til å fange inn vesentlige endringer for gutter.

I forhold til kontakt med fagpersoner så vi at gutter er hyppigere i kontakt med slike instanser enn jenter. Noe av dette kan sannsynligvis ha sammenheng med at mistriivsel med omgivelsene gjerne kommer til uttrykk som eksternaliserende problemer blant gutter. Blant jenter er de internaliserende problemer mer utbredt (Dybing og Stoltenberg 2006).

Eksternaliserende problemer henviser til problemer som vendes utover, for eksempel i form av atferdsvansker, mens internaliserende viser til problemer som vender innover, som

psykosomatiske lidelser. Gutteres problemer kan dermed fremstå som mer ”synlig” enn jenters problemer. Dette kan ha medføre at deres problemer i større grad fanges opp av eksempelvis skolelærere, som henviser videre til fagpersoner.

Sosioøkonomisk ulikhet i kontakt med fagpersoner og psykosomatiske symptomer kan i tråd med den psykososiale forklaringen forstås som en refleksjon av at kvaliteter ved barns sosiale liv og omgivelser i noen grad varierer med sosioøkonomisk status. Dette kan både komme av at barn fra lavere sosiale omgivelser utsettes for flere risikofaktorer, og av at de har færre tilgjengelige mestrings- og beskyttelsesfaktorer. I avsnitt 3.1.3 ble det trukket frem mulige eksempler på dette. For eksempel kan barn fra lavere sosioøkonomiske posisjoner være mer sårbare for feiling i skolen, fordi mødre deres kan ha mindre selvsikkerhet til å være aktivt engasjert i barns utdanning på hjemmebane. Skolen kan også være en risikofaktor i seg selv fordi den stiller like krav til alle. Manglende samsvar mellom de krav som blir stilt og den enkeltes evner, talenter og ferdigheter kan gi en følelse av manglende kontroll. Slike prosesser kan ramme de med lav sosioøkonomisk status ekstra hardt.

Egenskaper ved foreldre og familie som del av forklaring

I analysene fikk vi støtte for antagelsen om at relasjonen mellom sosioøkonomisk status og kortsiktig helsetilstand er delvis mediert av egenskaper ved foreldre og familie. De to teoretiske prosessene som er vist til ovenfor vektlegger også at relasjonen mellom sosioøkonomisk status og helse stort sett er mediert av andre forhold. Særlig foreldres helse og det å bo med kun en forelder så ut til å være risikofaktorer for barns helse, og resultatene tydet på slike egenskaper er mest utbredt i de laveste sosioøkonomiske posisjonene. Vi kan derfor stille spørsmål om hvorfor det kan være slik?

Funnet om at foreldres helse har betydning for barns kortsiktige helsetilstand, er i tråd med Berntsson og Gustafsson (2000) som fant at mors helse er en av de beste prediktorene for barns psykosomatiske symptomer. Det er flere forhold som kan ha medført denne relasjonen. Barn kan være symptombarere for de voksnes problemer, og den smerten de strever med. Kanskje har foreldre med dårlig helse mindre overskudd til å følge opp barnet, og slik bufre for den negative effekten av risikofaktorer barnet møter i omgivelsene. Å ha foreldre som er syke, og spesielt psykisk syke, kan også virke stigmatiserende, og slik være en stressfaktor i seg selv for barnet. Et annet forhold som kan ha bidratt til den forholdsvise sterke

assosiasjonen mellom foreldres helse og barn kortsiktige helsetilstand er at foreldre som selv har dårlig helse kan være ekstra påpasselige med å overvåke barnas helse.

Det å bo med kun en forelder hadde også relativt stor betydning for barns kortsiktige helsetilstand. At en slik familiestruktur er mest utbredt blant de med lav sosioøkonomisk status, kan ha mange årsaker. For eksempel kan en trang familieøkonomi over lengre tid tære på et parforhold. Samlivsbrudd kan for et barn være en vanskelig erfaring, selv om det nok er mer utbredt i dag enn det var for noen tiår tilbake. En slik erfaring kan gjøre et barn mer sårbart ved at de har vanskeligere for å stole på omgivelsene rundt seg. Samtidig kan en konflikt mellom mor og far være en stressfaktor. Samlivsbrudd og eneforelderfamilier forekommer og blant de med høyere sosial status, men studier viser at å bo med kun mor kan ha mindre negative konsekvenser for barn av mødre med høyere utdanning (Andenæs 1996:581). Dette kan muligens forklares med at disse har et bedre utgangspunkt for å slå seg til ro som alenemødre og dermed kan bygge opp en mer stabil tilværelse for seg og barnet. Et slikt eksempel illustrerer at foreldre med høyere sosioøkonomisk status kan være i bedre stand til å bufre for risikofaktorer i barns omgivelser.

Imidlertid kan de årsakssammenhengene som trekkes frem i de ovenstående avsnittene være problematiske, fordi de også kan virke i motsatt retning (jmf figur 4.1) Er det slik at lav sosioøkonomisk status fører til samlivsbrudd, dårlig helse eller at en ikke er yrkesaktiv? Eller er det motsatt, at disse forholdene fører til lav utdanning som gir lav inntekt? Man kan forestille seg at samlivsbrudd gir dårligere økonomiske kår, og dårlig helse kan gjøre at en ikke påbegynner eller fullfører høyere utdanning. Det er sannsynlig at sammenhengene er delvis resiproke, altså at de virker i begge retninger. Mellom de tre variablene er det også sannsynlig at det er innbyrdes relasjoner, hvor for eksempel foreldres helse har betydning for hvorvidt de er sysselsatt. Uansett årsaksretning ser det ut til at slike forhold samvarierer med lav sosioøkonomisk status, og at denne kombinasjonen utgjør en risikofaktor for barns kortsiktige helsetilstand.

Et spørsmål som melder seg i forbindelse med at disse forholdene tilsynelatende er av størst betydning for de med lavest sosioøkonomisk status, er hva som kan forklare relasjonen mellom sosioøkonomisk status og barns kortsiktige helsetilstand i de andre sosioøkonomiske posisjonene? Marmot mfl. (1997:908) trekker frem at "...there are different intervening mechanisms operating at different points in the social hierarchy – what explains the link

between social position and health at the low end may not be the relevant explanatory factors at the high end”. Analysene i denne studien kan sies å gi støtte til en slik tankegang. Siden de inkluderte kontrollvariablene er noe begrenset, kan vi ikke si noe sikkert om hvilke forhold som medierer relasjonen i de andre posisjonene. Kanskje er det heller forhold som jevnalderrelasjoner, skoletilpasning, forventningspress og lignende? Det er dermed ikke sagt at slike prosesser ikke har betydning for de lavere i hierarkiet. Når vi observerer at det stort sett er de lavest i det sosioøkonomiske hierarki som har høyest forekomst av psykosomatiske symptomer eller er hyppigst i kontakt med fagpersoner, vitner dette om at summen av risikofaktorer er størst i nettopp denne gruppen.

Siden mye av sammenhengen mellom barns kortsiktige helsetilstand og sosioøkonomisk status antas å være mediert av andre forhold, betyr dette at det ikke nødvendigvis er sosioøkonomisk posisjon i seg selv som determinerer sammenhengen. For eksempel er foreldres deltagelse og interesse i barnas liv, en stabil oppdragelse og sosial støtte fra venner og skole, av like stor betydning (Dalgard mfl. 2006). Slike faktorer kan i mange tilfeller være like tilfredsstillende i familier med lav sosioøkonomisk status. Dog kan resultatene fra denne undersøkelsen antyde at dette ikke er den statistiske tendens.

9.3.4 Hvor og hvorfor tar West feil?

Den manglende støtten til utjevningshypotesen tyder på at overgangen mellom barndoms- og tidlig ungdomstid i Norge *ikke* kjennetegnes av at det skjer en reduksjon i de sosioøkonomiske ulikhetene i kortsiktig helsetilstand. Riktignok fant vi noen signifikante samspill for langvarig lidelse og sykdom med virkninger, som tydet på at de sosioøkonomiske forskjellene var mindre blant ungdom enn blant barn. Slike helseutfall kan også i noen grad påvirkes av endringer i sosiale omgivelser. Likevel synes det rimelig å anta at dersom forskjellene mellom de to aldersgruppene skyldes endringer knyttet til skole, venner og ungdomskultur, burde vi også ha gjenfunnet dette aldersspesifikke mønsteret for psykosomatiske symptomer. I denne studien er psykosomatiske symptomer det helseutfallet som kan anses som den mest følsomme indikatoren for å fange inn endringer i barnets sosiale omgivelser. En annen grunn til at dette funnet ikke vil tolkes substansielt, er at flertallet av sammenhengene bar preg av lite systematikk, og det finnes heller ingen teoretisk fundert antagelse som kan forklare de mønstrene vi observerte. Imidlertid kan funnet peke på

nytten av å differensiere mellom ulike aldersgrupper, fremfor å kun kontrollere for alder, i analyser av barns helse.

Med hensyn til funnet om at det ikke skjer en utjevning i kortsiktig helsetilstand er dette i tråd med tidligere forskning (avsnitt 4.3.2) som viser at sosial ulikhet i psykosomatiske symptomer blant ungdom stort sett er et gjennomgående funn. Resultatene i denne studien var slik sett ikke særlig overraskende. Utjevningshypotesen er hovedsakelig basert på resultater fra britiske undersøkelser. En mulig fortolkning er derfor at spriket mellom nordiske og britiske resultater skyldes nasjonale forskjeller i hvilke påvirkninger som har betydning for ungdoms helse. I tillegg kan det ha skjedd endringer på det tiåret som er gått siden West utformet sin hypotese.

Når vi ikke finner statistisk interaksjon, verken i form av at de sosioøkonomiske innflytelsene er sterkere eller svakere blant ungdom, kan vi spørre oss hva som gjør at overgang mellom barndoms- og ungdomstid i Norge er preget av en tilsynelatende kontinuitet i kortsiktig helsetilstand? Nedenfor har jeg forsøkt å trekke frem noen prosesser som kan trekke i retning av dette resultat.

Sosioøkonomiske innflytelser fortsatt betydning?

En første mulighet vi kan tenke oss er at noen av de prosessene hvor West mener det er endring i innflytelser, rett og slett ikke er riktig for norske barn og ungdom i 2005. Bildet av ungdomstiden preges ofte av at i forbindelse med løsrivelsesprosessen er det konflikt mellom foreldre og barn, og at dette er en normal del av det å være ung (Frønes 1998). Nyere forskning indikerer derimot at familiekonfliktene for svært manges vedkommende ikke er spesielt økende i puberteten (Frønes 1998). Øia og Strandbu (2007) oppsummerer funn fra "Ung i Norge" med at "selv om ungdom er i en fase hvor de i noen grad orienterer seg bort fra familien, og mot jevnaldrende, har familien fortsatt en sentral plass i deres liv" (Øia og Strandbu 2007:18). De knytter dette til at generasjonskløften er et mindre karakteristisk kjennetegn ved dagens ungdomstid enn det har vært. Blant annet fordi foreldregenerasjonen er blitt mer ungdommelig og de kulturelle forskjellene mellom generasjonene er mindre (Øia og Strandbu 2007:20). West sin antagelse om at ungdomskulturen og de aktiviteter den medfører er mer i konflikt med foreldrekulturen til de høyere sosioøkonomiske posisjoner enn de lavere, blir dermed mindre plausibel. At foreldre

har en sentral plass i de unges liv, kan også medføre at ungdoms livsstil, holdninger og verdier, ligger tett opptil foreldrenes.

West knytter utjevning av enkelte sykdommer til at ungdom tilbringer mindre tid i hjemmet og dermed i mindre grad utsettes for risikofaktorer knyttet til hjemmet, som for eksempel røyk og dårlig inneluft. For det første kan det bemerkes, slik som i avsnitt 9.3.1, at slike risikofaktorer ikke nødvendigvis varierer etter sosioøkonomisk status. For det andre, dersom slike faktorer faktisk er sosialt skjevfordelt, er det ikke sikkert at eksponeringen for slike forhold endres i overgang mellom barndoms- og ungdomstid. Selv om venner får økt betydning i ungdomstiden, er det rimelig å anta at en del av kontakten med venner foregår i hjemmet. I tillegg er en dominerende fritidsaktivitet blant mange unge er data (Torgersen 2007), som også vil foregå innendørs.

Noen av prosessene knyttet til skole kan også være mer preget av kontinuitet enn endring. I Norge har vi en desentralisering av ungdomsskolen, noe som betyr at mange går i samme klasse på barne- og ungdomsskolen. West knytter utjevning av influensa og virus til at ungdom fra ulike sosiale lag i større grad møtes i det de begynner på ungdomsskolen. Dette er dermed en prosess som med mindre sannsynlighet inntreffer blant norsk ungdom, men den kan ha sin relevans i forhold til start på barneskole. Dersom denne kontinuiteten også medfører at man i ungdomstiden omgås de samme vennene som tidligere, kan det hende at holdninger og verdier endres i mindre grad enn om en fikk nye venner fra andre miljøer.

Men også noe endring?

Selv om det ikke eksisterer signifikante forskjeller mellom de to aldersgruppene, kan det likevel være noe ulike mekanismer som ligger bak de observerte sosioøkonomiske forskjellene i de to aldersgruppene. Men andre ord kan det hende at West har rett når han antar at andre påvirkninger får betydning for ungdoms helse. Premisset er da at de aldersbaserte innflytelsene ikke virker i motsatt retning av de sosioøkonomiske, men i samme retning. Dette kan også gi en situasjon hvor helsetilstanden preges av kontinuitet. Overgangen fra barne- og ungdomstid involverer økte krav på flere områder. Disse kan være årsak til at psykosomatiske symptomer generelt øker i denne aldersgruppen, men en del av disse kravene kan også tenkes å ha en ekstra uheldig effekt for de med lavere sosioøkonomisk posisjon.

Som nevnt i avsnitt 2.3 er en viktig del av ungdomstiden å utvikle en sosial identitet. I denne forbindelse blir forbruksvarer et viktig middel for å signalisere hvem man er. Økte krav til forbruk, og da særlig større investeringer som data eller fritidsutstyr, kan gjøre det vanskeligere for foreldre å skjerme barna fra sosioøkonomisk posisjon og de negative effektene knyttet til dårlig økonomi. Slike faktorer kan være stressende i en periode hvor utvikling av identitet og sosial rolle står sentralt. Forbruksvarer og en bestemt sosial omgang kan være viktig for aksept og hierarkisk posisjon i vennegjengen, selv om dette i seg selv ikke er avgjørende. Også i forhold til skole og fritid økes kravene. På ungdomsskolen innføres karakterer, som synliggjør prestasjonsforskjeller mellom barna. Her er det sannsynlig at foreldres utdanning både har betydning for prestasjoner og trivsel i skolen, hvor barn som har foreldre med lavere utdanning kommer dårligst ut. En annen prosess kan være knyttet til utseende og kropp, både analysene i denne undersøkelsen og tidligere studier peker mot at det er sosioøkonomiske forskjeller i overvekt blant barn og unge. Overvekt er nærmest et stigma i vårt samfunn, og det å mislykkes med å være slank og pen kan, kan for eksempel ha negative konsekvenser i form av lav selvfølelse.

Et funn kan imidlertid tolkes i retning av støtte til West. Relasjonen mellom husholdningsinntekt og kortsiktig helsetilstand var svært ulik blant jenter i de to aldersgruppene, og særlig blant de med nest høyest inntekt. Blant de eldre var det i denne inntektsgruppen at frekvensen som hadde månedlige psykosomatiske symptomer eller som hadde vært i kontakt med fagpersoner var høyest. Selv om det ikke var statistisk signifikant interaksjon mellom alder og husholdningsinntekt, kan dette funnet ha en reel bakgrunn. West knytter et slikt mønster til at barn fra høyere sosioøkonomiske posisjoner er mer utsatt for forventningspress om å prestere i skolen. Jenter kan også sette store krav til seg selv, noe som er omtalt som et "flink pike syndrom". Dette kan kanskje i noen grad forklare hvorfor vi ikke finner det samme mønsteret blant gutter.

Dersom slike prosesser som er eksemplifisert ovenfor opererer blant norsk ungdom kan dette være medvirkende til at de sosioøkonomiske ulikhetene på de fleste områder vedvarer i ungdomstiden. Forøvrig er det i forbindelse med disse resultatene, viktig å påpeke et par ting. Når det her er konkludert med at det ikke er vesentlige forskjeller i gradienter i kortsiktig helsetilstand i overgang mellom barne- og ungdomstid, gjelder denne slutningen *tidlig* ungdomstid. I avsnitt 2.3 argumenterte jeg for at 11-15 åringer kan forstås som å representere noe annet enn barn. Det er derimot ikke sikkert at det er i denne fasen forhold

som er vesentlig for helse, endres blant norsk ungdom. I tillegg utgjør barne- og ungdomsgruppen i denne studien ulike individer, noe som kan ha hatt betydning for resultatene.

9.3.5 Kjønnforskjeller i risikofaktorer?

Et uventet funn i denne studien har vært at jenters helse tilsynelatende er sterkere knyttet til foreldres utdanning, mens ulikhet i gutters helse kommer tydeligere frem med inntekt som sosioøkonomisk indikator. I tillegg ser det ut til at trekk knyttet til familiesituasjon utgjør en større risikofaktor for gutters helse enn for jenters helse. Dette gjaldt i forhold til langvarig helsesituasjon, overvekt og kontakt med fagpersoner.

Dette er, så vidt jeg kjenner til, ikke kjent fra tidligere studier om barn og unges helse, og det er dermed ingen etablerte forklaringer for hvorfor det kan være slik. Funnet kan skyldes metodiske forhold, men i og med at mønsteret systematisk fremgår i flere av analysene, synes det mindre sannsynlig at dette kommer av tilfeldigheter. Et tilsvarende mønster har kommet frem i den voksne befolkningen i helseundersøkelsen fra 1998, hvor de fant at utdanning hadde klareste sammenheng med psykiske plager hos kvinner, mens inntektsnivå betydde mest for omfanget av psykiske plager hos menn (Næss mfl.2007). I denne undersøkelsen så vi tendenser til dette mønsteret når vi behandlet hele utvalget under ett, men forskjellene kom ekstra tydelig frem blant den eldre aldersgruppen da vi undersøkte utjevningshypotesen i kapittel 8. Kanskje kan dette peke mot at et mønster som finnes i voksenbefolkningen allerede gjør seg gjeldende tidlig i ungdomstiden? I så tilfelle kan vi spekulere i om mønsteret kan ha sammenheng med en kjønnsspesifikk sosialisering. Kanskje fungerer utdanning som en beskyttelsesfaktor for jenter og kvinner ved å fremme sosial støtte, evne til mestring og selvsikkerhet, mens mer håndfaste eiendommer er en viktigere beskyttelsesfaktor for gutter og menns helse? Det er derimot vanskeligere å forklare hvorfor foreldres helse og det å bo med kun en forelder utgjør en større risiko for gutter enn for jenter. Slike kjønnsspesifikke relasjoner kan derfor med fordel undersøkes videre.

9.4 Konklusjon og veien videre

Problemstillingen i denne studien var todelt. Det første spørsmålet var hvorvidt det eksisterer sosioøkonomisk ulikhet i helse blant norsk barn og ungdom anno 2005. Dette kan det svares bekreftende på. Imidlertid gjelder dette ikke for medisinske diagnoser og høydevekst. Vi finner ulikhet for de mer utvidete helsemål, som overvekt og indikatorer på barns trivsel og velvære. Selv om de sosiale helseforskjellene er mindre i barnebefolkningen enn blant voksne, er disse forskjellene like fullt av betydning. Slike aspekter ved barns helse har stor betydning for funksjon i hverdagen, og for helse senere i livet. Disse funnene hentyder at fremtidige investeringer i barns helse bør intensivere fokuset på livsstil og de sosiale omgivelser barn er del av.

Men hensyn til studiens andre problemstilling fikk vi ikke støtte til at det skjer en reduksjon i de sosialt definerte ulikhetene i overgangen mellom barndoms- og tidlig ungdomstid. Det er likevel ikke gitt at det er de samme sosiale påvirkninger som har betydning for barn og unges helse. På grunn av tverrsnittsdesignet og begrenset tilgang på kontrollvariabler har det i denne studien vært vanskelig å undersøke de prosesser som legger føringer for barn og ungdoms helse. Longitudinelle studier som følger barn i overgangen mellom barn og ungdom, vil kunne bidra med nyttig kunnskap ved å identifisere aldersspesifikke årsaks mekanismer.

Siden vi fikk noe ulike resultater for gutter og jenter avhengig av sosioøkonomisk indikator, kan resultatene ha antydnet nytten av å skille mellom gutter og jenter i studier av barn og ungdoms helse. Dersom slike resultater kan gjenfinnes i annen forskning, kan dette tyde på at man i stedet for å se barnegruppen som en homogen og ensartet gruppe, bør tenke kjønns- og aldersspesifikt. Dette kan kanskje gi mer presise tiltak som kan bedre potensialet til å utjevne sosial ulikhet i barn og ungdoms helse.

Kildeliste

Andenæs, Agnes (1996). Vedlegg 10: Hvordan kan vi tenke rundt ”barns beste”? I *NOU 1996:13 Offentlige overføringer til barnefamilier*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.

Andersen, L.F., Lillegaard, I.T.L., Overby, N., Lytle, L., Klepp, K.I. og Johansson, L. (2005). Overweight and obesity among Norwegian schoolchildren: Changes from 1993 to 2000. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33, 99-106.

Arntzen, A., Samuelsen, S.O., Bakketeig, L.S., Stoltenberg, C. (2004). Foreldres utdanning og spedbarnsdødelighet 1967-98. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 124: 2904-2906

Balch, G.I. (1979). Statistical Manipulation in the Study of Issue Consistency: The Gamma Coefficient. *Political Behaviour*, 1, 217-241 [online]. Tilgjengelig fra: <http://www.jstor.org/stable/586372> [Hentet 14.august 2008]

Bartley, M. (2004). *Health Inequality. An introduction to theories, concepts and methods*. Cambridge: Polity Press

Berntsson, L. (2000). *Health and well-being in the five Nordic countries in 1984 and 1996*. Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan

Berntsson, L. og Gustafsson, J.-E. (2000). Determinants of psychosomatic complaints in Swedish schoolchildren aged seven to 12 years. *Scandinavian Journal of Public Health*, 28, 283-293

Berntsson, L. og Köhler, L. (2001). Long-term illness and psychosomatic complaints in children aged 2-17 years in the Nordic countries. Comparisons between 1984 and 1996. *European Journal of Public Health*, 11, 35-42

Blane, D., Smith, G. D. og Bartley, M. (1993). Social selection: what does it contribute to social class differences in health? *Sociology of health & Illness*, 1, 1-15

Blaxter, M. (1990). *Health and lifestyles*. London and New York: Routledge

Blaxter, M. (2004). *Health*. Cambridge: Polity Press

Boyce, W. og Dallago, L. (2004). Socioeconomic inequality. In Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O. og Rasmussen, V.B. (red.) *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen: World Health Organization

Breidablikk, H.-J., Meland, E. og Lydersen, S. (2008). Self-rated health in adolescence: A multifactorial composite. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 12-20

Brun, N (2006). *Forebygging av astma* [online]. Tilgjengelig fra:

http://www.naaf.no/no/Grupper/Foreldre_og_barn/Hva_er_astma/Forebygging-av-astma/
[Hentet 24.august 2008]

Brunner, E. og Marmot, M. (2006). Social organization, stress and health. I Marmot, M. og Wilkinson, R.G. (red.) *Social Determinants of Health*. Oxford University Press.

Brusdal, R. (1999). *Kommersielt trykk og markedsføring mot barn og unge*. Lysaker: SIFO, Arbeidsrapport nr 5

Brusdal, R. (2004a). *Kommersiell oppvekst – noen tanker omkring kommersialiseringen og dens konsekvenser*. Oslo: SIFO, Prosjektnotat nr 7

Brusdal, R (2004b). *Den kommersielle ungdomstiden. En studie av forbruket til elever i ungdomsskolen og videregående*. Oslo: SIFO, Fagrapport nr 6

Buchanan, W. (1974). Nominal and ordinal bivariate statistics: The practitioner's view. *American Journal of Political Science*, 18 (3), 625-646 [online]. Tilgjengelig fra:
<http://www.jstor.org/stable/2110637> [Hentet 26.august 2008]

Bury, M. (2005). *Health and Illness*. Cambridge: Polity Press

Cernerud, L. (1992). Differences in Height between Socially More and Less Privileged 10-Year-Old Stockholm Children Born in 1933–1963. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 20, 5-10.

Chen, E. Martin, A.D. & Matthews, K.A. (2006). Socioeconomic status and health: Do gradients differ within childhood and adolescence? *Social Science & Medicine*, 62, 2161-2170

-
- Christophersen, K.-A. (2007). *Databehandling og statistisk analyse med SPSS* (3.utgave). Oslo: Unipub AS
- Clausen, T.H. og Eikemo T.A. (2007). *Kvantitativ analyse med SPSS. En praktisk innføring i kvantitative analyseteknikker*. Tapir akademisk forlag
- Cockerham, W.C. (2007). *Social Causes of Health and Disease*. Cambridge: Polity Press
- Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M. og Dietz, W.H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 320;1240-1243
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O. og Rasmussen, V.B. (red.) (2004). *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen: World Health Organization
- Dahl, E. (1994). *Sosial ulikhet i helse: Artefakter eller seleksjon?* Oslo: FAFO-rapport 170
- Dahl, E og Birkleund, G.E. (1997). Health inequalities in later life in a social democratic welfare state. *Social Science & Medicine*, 44 (6), 871-881
- Dalgard, O.S. og medarbeidere(2006). *Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid*. Rapport 2006:2. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Dammen, P. (2003). Skolens strukturelle vold. I Østerud, P. og Johnsen, J. (red.) *Leve skolen! Enhetsskolen i et kulturkritisk perspektiv*. Oplandske Bokforlag
- Due, P., Lynch, J., Holstein, B. og Modvig, J. (2003). Socioeconomic health inequalities among a nationally representative sample of Danish adolescents: the role of different types of social relations. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57, 692-698
- Dybing, E. og Stoltenberg, C. (2006). *Kunnskapsoppsummering om barns helse og miljø*. Folehelseinstituttet: Rapport 2006:3
- Elstad, J.I. (1996). How large are the differences – really? Self-reported long-standing illness among working class and middle class men. *Sociology of Health & Illness*, 18, 475-498

- Elstad, J. I. (1998). The psycho-social perspective on social inequalities in health. *Sociology of Health & Illness*, 20, 598-618
- Elstad, J. I. (2000). *Social inequalities in health and their explanation*. Oslo: NOVA Rapport 9/00
- Elstad, J. I. (2005). *Sosioøkonomiske ulikheter i helse. Teorier og forklaringer*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- Elstad, J.I. (2008). Helse blant lavinntektsbarna. I Sandbæk, M. (red.) (2008) *Barns Levekår. Familiens inntekt og barns levekår over tid* (s 173-193). Oslo: NOVA rapport 7/2008.
- Engström, K., Laflamme, L. og Diderichsen, F. (2003). Equalisation of socioeconomic differences in injury risks at school age? A study of three age cohorts of Swedish children and adolescents. *Social Science & Medicine*, 57, 1891-1899
- Fagerheim, H. (2004). *Dårlig inneklima gir fysiske plager* [online]. Tilgjengelig fra: <http://www.forskning.no/artikler/2004/mai/1083840497.58/print>. [Hentet 24.august 2008].
- Finnvold, J. E., Nordhagen, R. og Schjalm, A. (1997). ”Astma blant barn skjevt sosialt fordelt”. *Samfunnsspeilet* nr. 2
- Folkehelseinstituttet (2004). *Overvekt og fedme – faktaark* [online]. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/artikler?id=44465> [Hentet 19.juli 2008].
- Folkehelseinstituttet (2005). *Mobbing rammer ikke tilfeldig: Barn og ungdom syke av mobbing* [online]. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/artikler?id=55337> [Hentet 29.april 2008].
- Folkehelseinstituttet (2007). *Rapport: Framtidige utfordringer for barns helse* [online]. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/artikler?id=56257> [Hentet 27.august 2008].
- Friestad, C. og Klepp, K.I. (2006). Socioeconomic status and health behaviour patterns through adolescence: Results from a prospective cohort study in Norway. *European Journal of Public Health*, 16:41-47.
- Frønes, I. (1998). *De likeverdige. Om sosialisering og de jevnaldrendes betydning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Frønes, I. og Brusdal, R. (2000). *På sporet av den nye tid*. Bergen: Fagbokforlaget. 14 sider

Fugelli, P. og Ingstad, B. (2001). Helse – slik folk ser det. I *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 30, 3600-3604

Giddens, Anthony (1991). *Modernity and self-identity. Self and society in the late modern age*. Cambridge: Polity Press

Graham, H. (2007). *Unequal Lives. Health and Socio-economic Inequalities*. Buckingham: Open University Press

Grøholt, E.-K., Stigum, H., Nordhagen, R. og Köhler, L. (2001), Children with chronic health conditions in the Nordic countries in 1996 - influence of socio-economic factors. *Ambulatory Child Health*, 7:177-189.

Grøholt, E.-K. og Nordhagen, R. (2002). Ulikhet i helse og helsetjenestebruk hos nordiske barn etter foreldrenes utdannelse. *Norsk Epidemiologi* 12 (1): 47-54

Grøtvedt, L. og Belsby, L.(1995). *Barns helse. Helseundersøkelsene*. Oslo – Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå, Rapport 11

Hagquist, C.E.I. (2006). Health inequalities in adolescents – the impact of academic orientation and parents' education. *European Journal of Public Health*, 17, 21-26

Halldórsson, M., Kunst, A.E., Köhler, L. og Mackenbach, J.P. (2000). Socioeconomic inequalities in the health of children and adolescents. A comparative study of the five Nordic countries. *European Journal of Public Health*, 10, 281-288

Hansen, Marianne Nordli. 2005. Utdanning og ulikhet – valg, prestasjoner og sosiale settinger. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, vol. 46:133-157

Hansen, M.N. og Engelstad, F. (2005). Kapittel 6: Samfunnsklasser og klasseteorier. I Frønes, I. og Kjølørød, L. (red.) *Det norske samfunn* (5.utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk

Haugland, S., Wold, B., Stevenson, J., Aarø, L.E. og Woynarowska, B. (2001). Subjective health complaints in adolescence. A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health*, 11, 4-10

- Hedström, P. (2005). *Dissecting the social. On the Principles of Analytical Sociology*. Cambridge University Press
- Hellevik, O. (2000). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget, 2.opplag
- Holmboe, O., van Roy, B., Helgeland, J., Clench-Aas, J. og Aanjesen Dahle, K. (2006). *Sosiale ulikheter i helse og bruk av helsetjenester blant barn i Akershus*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
- Holstein, B., Parry-Langdon, N., Zambon, A., Currie, C. og Roberts, C. (2004). Socioeconomic inequality and health. In Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O. og Rasmussen, V.B. (red.) (2004). *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*, side 165-172 . Copenhagen: World Health Organization
- Hougen, H. C. (2006). *Samordnet levekårsundersøkelse 2005 – tverrsnittsundersøkelsen. Dokumentasjonsrapport*. Oslo – Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå, Notater 2006/39
- Johannesen, A. (2007). *Introduksjon til SPSS*. Tredje utgave. Oslo: Abstrakt forlag
- Johnson, S.B. og Wang, C. (2008). Why do adolescents say they are less healthy than their parents think they are? The importance of mental health varies by social class in a nationally representative sample. *Pediatrics*, 121, 307-313
- Karvonen, S., Vikat, A. og Rimpela, M. (2005). The role of school context in the increase in young people's health complaints in Finland. *Journal of Adolescence*, 28, 1-16
- Kjølsrød, Lise (2005). Kapittel 7: En tjenesteintens velferdsstat. I Frønes, I. og Kjølsrød, L. (red.) *Det norske samfunn* (5.utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Klepp, K.-I., Aarø, L. E. og Rimpelä, M. (1997). Ungdom, samfunn og helse. I Klepp, K.-I. og Aarø, L. E. (red.) *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (2.utg). Oslo: Universitetsforlaget.

-
- Koivusilta, L.K., Rimpelä, A.H. og Kautiainen, S.M. (2006). Health inequality in adolescence. Does stratification occur by familial social background, family affluence, or personal social position? *BMC Public Health*, 6, 110
- Kuh, D., Power, C. Blane, D. og Bartley, M (1997). Social pathways between childhood and adult health. I Kuh, D og Ben-Shlomo, Y. (red.), *A life course approach to chronic disease epidemiology*, s. 169-198. Oxford New York Tokyo: Oxford University Press.
- Lian, O.S. (2003). *Når helse blir en vare*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS
- Macintyre, S. (1997). The black report and beyond: What are the issues? *Social science and medicine*, 44 (6):833-858
- Mackenbach, J.P., Looman C.W. og van der Meer, J.B. (1996). Differences in the misreporting of chronic conditions, by level of education: the effect on inequalities in prevalence rates. *American Journal of Public Health*, 86, 706-711
- Mackenbach, J.P., Kunst, A.E., Cavelaars, A.E.J., Groenhof, F., Geurts, J.J.M. (1997). Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. *Lancet*; 349: 1655-1659
- Marmot, M., Ryff, C.D., Bumpass, L.L, Shipley, M. & Marks, N.F. (1997). Social inequalities in health: next questions and converging evidence. *Social Science and Medicine*, 44, 901-910
- Nettleton, S. (1995). *The Sociology of Health and Illness*. Cambridge: Polity Press
- Nærde, A. og Neumer, S.-P. (2003). *Psykiske lidelser blant barn 0-12 år*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt
- Næss, Ø., Rognerud, M. og Strand, B.H. (red) (2007). *Sosial ulikhet i helse. En faktarapport*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, Rapport 2007:1
- Pasienthåndboka (2005a). *Percentilskjema gutt 4-17 år (høyde, vekt)* [online]. Tilgjengelig fra: <http://www.pasienthandboka.no/default.asp?mode=document&documentid=14084> [Hentet 4.august 2008].

Pasienthåndboka (2005b). *Percentilskjema pike 4-17 år (høyde, vekt)* [online]. Tilgjengelig fra: <http://www.pasienthandboka.no/default.asp?mode=document&documentid=674> [Hentet 4.august 2008].

Pasienthåndboka (2007). *Astma - årsaker og utløsende faktorer* [online]. Tilgjengelig fra: <http://www.pasienthandboka.no/default.asp?mode=document&documentid=6473> [Hentet 4.august 2008].

Pickett, W. (2004) Injuries. In Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O. og Rasmussen, V.B. (red.) (2004). *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*, side 145-151. Copenhagen: World Health Organization

Reay, D. (1998). *Class Work. Mothers' Involvement in their Children's Primary Schooling*. London: UCL Press

Ringdal, K.(2001). *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget

Skog, O. J. (2004). *Å forklare sosiale fenomener. En regresjonsbasert tilnærming*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Sletten, M.A., Fløtten, T. og Bakken, A. (2004). Vennskapets pris – fattigdom og sosial isolasjon i ungdomstida. *Tidsskrift for ungdomsforskning* 4 (2): 55-76

Spencer, N.J. (2005). Social equalization in youth: evidence from a cross-sectional British study. *European Journal of Public Health*, 16, 368-375

Starfield, B., Riley, A.W., Witt, W.P., Robertson, J. (2008). Social class gradients in health during adolescence. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 354-361.

Statistisk sentralbyrå (2007). *Utdanningsnivå i befolkningen* [online]. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/emner/04/01/utniv/tab-2008-08-21-03.html> [Hentet 26.juni 2008].

Stefansen, K. & Skevik, A. (2006) Barnefamilier i kommunale boliger. *Nordisk Sosialt Arbeid*, 26(3):241-252

Stokke, O. (2007). Ungdom i hodet – barn i kroppen [online]. *Aftenposten*. Tilgjengelig fra: <http://www.aftenposten.no/fakta/innsikt/article2046879.ece> [Hentet 26.august 2008]

Stortingsmelding nr 20 (2006-2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Strøm, F., Lunde, H. og Mørk, E. (2006). Inntektene øker, men gjelden øker mer. *Samfunnsspeilet* nr 5-6. Statistisk sentralbyrå

Sund, E. R. og Krokstad, S. (2005). *Sosiale ulikheter i helse i Norge – en kunnskapsoversikt*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet

Sweeting, H. og West, P. (1998). Health at age 11: reports from schoolchildren and their parents. *Archives of Disease in Childhood*, 78:427-434.

Teigum, H. M. (1997). *Barns helse og velferd 1996. Dokumentasjon og frafallsanalyse*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, Notat 97/64

Torgersen, Leila (2007). Kjønnforskjeller i ungdoms bruk av PC, TV-spill og mobiltelefon. *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 7 (1): 103-112.

Torsheim, T., Currie, C., Boyce, W., Kalnins, I., Overpeck, M. og Haugland, S. (2004). Material deprivation and self-rated health: a multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. *Social Science & Medicine*, 59, 1-12

Torsheim, T., Leversen, I. og Samdal, O. (2007). Sosial ulikhet i ungdoms helse: Er helseatferd viktig? *Norsk Epidemiologi*, 17: 79-86

Tufte, P.A. (2000). *En intuitiv innføring i logistisk regresjon*. Oslo: SIFO, Arbeidsnotat nr 8

Vaagland, J., Fauske, H., Lidèn, H., Puijk, R. og Riese, H. (2000). *Kulturpolitikken og de unge*. Oslo: Norsk Kulturråd

West, P. og Sweeting, H. (1996). Health inequalities: what's going on in youth? *Health education*, 5, 14-20

West, P. (1997). Health inequalities in the early years: is there equalisation in youth? *Social science & medicine*, 44 (6):833-858

West, P. og Sweeting, H. (2004). Evidence on equalisation in health in youth from the West of Scotland. *Social Science & Medicine*, 59, 13-27

Westin, S. (2002). Sosiale gradienter i helse. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*; 19, 122.

Willis, P. E. (1997). Culture, institution, differentiation. I Gelder, K. og Thornton, S. (red.) *The subcultures reader*. Routledge

Øia, T. og Strandbu, Å. (2007). Rammer for nye ungdomsliv. I Strandbu, Å. og Øia, T. (red.) *Ung i Norge. Skole, fritid og ungdomskultur*. Oslo: Cappelen akademisk forlag

Östberg, V. (2001). Kapittel 8. Hälsa och välbefinnande. I Jonsson, J.O. og Östberg, V. (red.) *Barns och ungdomars välfärd. SOU 2001:55*. Stockholm: Sveriges Offentliga Utredningar.

Östberg, V., Alfven, G. og Hjern, A. (2006). Living conditions and psychosomatic complaints in Swedish schoolchildren. *Acta Paediatrica*, 95:929-934.

Østerberg, D. (1995). Innledning. I Bourdieu, P. *Distinksjonen. En sosiologisk kritikk av dømmekraften*. Oslo: Pax Forlag A/S

Aakvaag, G.C. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt forlag

Aarø, L. E. (1997). Skolen – ressurs eller risikofaktor? I Klepp, K.-I. og Aarø, L.E. (red.) *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. Oslo: Universitetsforlaget

Alle kilder som er brukt i denne oppgaven er oppgitt.

Antall ord: 37 999

Vedlegg

Vedlegg 1 Logistisk regresjon for helsepotensial, modell med inntekt

	<i>Modell 1 - inntekt</i>		<i>Modell 2 - inntekt</i>	
	Gutter OR (p-verdi)	Jenter OR (p-verdi)	Gutter OR (p-verdi)	Jenter OR (p-verdi)
<i>LAV HØYDE</i>				
Konstant	0,21 (0,00)	0,30 (0,00)	0,21 (0,00)	0,30 (0,00)
Alder (6-10 ref)	0,93 (0,62)	1,08 (0,61)	0,93 (0,63)	1,09 (0,54)
Inntektsgruppe 4 (høyest)	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)
Inntektsgruppe 3	1,36 (0,17)	1,04 (0,86)	1,34 (0,19)	1,04 (0,83)
Inntektsgruppe 2	1,46 (0,08)	1,31 (1,18)	1,48 (0,07)	1,34 (0,16)
Inntektsgruppe 1	1,11 (0,65)	1,11 (0,62)	1,23 (0,41)	1,22 (0,38)
Ikke sysselsatt			0,81 (0,42)	1,05 (0,85)
Bor med en forelder			0,75 (0,31)	0,71 (0,2)
Foreldre har dårlig helse			1,20 (0,44)	0,97 (0,89)
Testobservator -2LL	1067,52	1153,07	1065,61	1151,34
Endring i -2LL	3,97 (0,27)	2,15 (0,54)	1,91 (0,59)	1,73 (0,63)
Pseudo R ² (Nagelkerke)	0,006	0,003	0,009	0,006
<i>OVERVEKT</i>				
Konstant	0,22 (0,00)	0,26 (0,00)	0,22 (0,00)	0,25 (0,00)
Alder (6-10 ref)	0,55 (0,00)***	0,49 (0,00)***	0,53 (0,00)***	0,49 (0,00)***
Inntektsgruppe 4 (høyest)	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)
Inntektsgruppe 3	1,65 (0,04)*	1,20 (0,47)	1,61 (0,05)*	1,19 (0,49)
Inntektsgruppe 2	1,41 (0,16)	1,41 (0,16)	1,36 (0,21)	1,37 (0,20)
Inntektsgruppe 1	1,59 (0,06)	1,40 (0,17)	1,61 (0,07)	1,35 (0,26)
Ikke sysselsatt			0,93 (0,80)	1,17 (0,57)
Bor med en forelder			0,82 (0,50)	0,95 (0,87)
Foreldre har dårlig helse			1,78 (0,02)*	1,25 (0,38)
Testobservator -2LL	942,38	873,3	936,60	871,83
Endring i -2LL	5,41 (0,14)	2,62 (0,46)	5,78 (0,12)	1,47 (0,69)
Pseudo R ² (Nagelkerke)	0,032	0,037	0,041	0,04

*p<0,05, ** p<0,01 og ***p<0,001.

Endring i modell 1 viser endring fra modell med kun alder som forklaringsvariabel.

Vedlegg 2 Logistisk regresjon for langvarig helsesituasjon, med produktledd mellom alder og utdanning

	<i>Modell 1 - utdanning</i>		<i>Modell 2 - utdanning</i>	
	Gutter OR (p-verdi)	Jenter OR (p-verdi)	Gutter OR (p-verdi)	Jenter OR (p-verdi)
<i>SYKDOM MED VIRKNINGER</i>				
Konstant	0,19 (0,00)	0,11 (0,00)	0,12 (0,00)	0,06 (0,00)
Alder (6-10 ref)	1,2 (0,27)	1,29 (0,16)	2,54 (0,06)	3,1 (0,06)
Høyest utdanning	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)
3-årig høyere utd	0,73 (0,26)	1,11 (0,73)	1,07 (0,88)	2,95 (9,05)
Fullført videregående	0,98 (0,95)	1,32 (0,35)	1,72 (0,22)	1,5 (0,49)
Vgs grunnutd eller lavere	0,81 (0,51)	1,58 (0,18)	1,34 (0,57)	3,53 (0,04)*
alder*h.utd1			0,52 (0,27)	0,17 (0,01)*
alder*vgs			0,37 (0,08)	0,84 (0,8)
alder*gr.skole			0,43 (0,19)	0,27 (0,08)
Testobservator -2LL	955,31	836,52	951,87	820,7
Endring i -2LL			3,44 (0,33)	15,82 (0,00)**
Pseudo R ² (Nagelkerke)	0,006	0,008	0,011	0,035
<i>LANGVARIGE LIDELSER</i>				
Konstant	0,41 (0,00)	0,55 (0,00)	0,28 (0,00)	0,42 (0,00)
Alder (6-10 ref)	0,99 (0,94)	1,05 (0,74)	2,1 (0,06)	1,77 (0,11)
Høyest utdanning	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)
3-årig høyere utd	1,03 (0,88)	0,7 (0,09)	1,44 (0,29)	1,04 (0,91)
Fullført videregående	1,28 (0,26)	0,71 (0,1)	2,14 (0,02)*	0,83 (0,55)
Vgs grunnutd eller lavere	1,03 (0,9)	1,11 (0,67)	1,69 (0,18)	1,97 (0,06)
alder*h.utd1			0,54 (0,18)	0,48 (0,08)
alder*vgs			0,37 (0,03)*	0,74 (0,48)
alder*gr.skole			0,4 (0,08)	0,34 (0,03)*
Testobservator -2LL	1394,53	1292,07	1388,81	1285,26
Endring i -2LL			5,72 (0,13)	6,81 (0,08)
Pseudo R ² (Nagelkerke)	0,004	0,011	0,011	0,02

p<0,05, ** p<0,01 og ***p<0,001.

Vedlegg 3 Logistisk regresjon for langvarig helsesituasjon, med produktledd mellom alder og utdanning

	<i>Modell 1 - inntekt</i>		<i>Modell 2 - inntekt</i>	
	Gutter OR (p-verdi)	Jenter OR (p-verdi)	Gutter OR (p-verdi)	Jenter OR (p-verdi)
<i>SYKDOM MED VIRKNINGER</i>				
Konstant	0,15 (0,00)	0,1 (0,00)	0,11 (0,00)	0,06 (0,00)
Alder (6-10 ref)	1,2 (0,28)	1,33 (0,12)	1,78 (0,11)	3,07 (0,02)*
Høyest utdanning	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)
Inntektsgruppe 3	1,32 (0,24)	1,39 (0,22)	1,95 (0,07)	1,94 (0,19)
Inntektsgruppe 2	0,98 (0,93)	1,44 (0,17)	1,39 (0,38)	3,14 (0,02)*
Inntektsgruppe 1	1,21 (0,43)	1,39 (0,21)	1,43 (0,34)	3,34 (0,01)*
alder*innt3			0,51 (0,16)	0,66 (0,49)
alder*innt2			0,54 (0,22)	0,3 (0,04)*
alder*innt1			0,78 (0,62)	0,25 (0,02)*
Testobservator -2LL	955,45	836,00	952,82	827,45
Endring i -2LL			2,63 (0,45)	8,54 (0,04)*
Pseudo R ² (Nagelkerke)	0,005	0,008	0,009	0,023
<i>LANGVARIGE LIDELSER</i>				
Konstant	0,4 (0,00)	0,42 (0,00)	0,31 (0,00)	0,39 (0,00)
Alder (6-10 ref)	0,99 (0,93)	1,06 (0,66)	1,52 (0,12)	1,19 (0,53)
Høyest utdanning	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)
Inntektsgruppe 3	1,28 (0,18)	0,92 (0,65)	1,79 (0,04)*	0,88 (0,65)
Inntektsgruppe 2	1,14 (0,48)	1,18 (0,38)	1,45 (0,17)	1,27 (0,39)
Inntektsgruppe 1	1,24 (0,25)	1,1 (0,62)	1,74 (0,04)*	1,35 (0,29)
alder*innt3			0,55 (0,1)	1,11 (0,8)
alder*innt2			0,65 (0,25)	0,87 (0,72)
alder*innt1			0,52 (0,08)	0,67 (0,3)
Testobservator -2LL	1394,48	1296,53	1390,67	1294,61
Endring i -2LL			3,8 (0,28)	1,91 (0,59)
Pseudo R ² (Nagelkerke)	0,003	0,003	0,007	0,005

p<0,05, ** p<0,01 og ***p<0,001.

Vedlegg 4 Deskriptiv statistikk for utvalg hvor søsken er fjernet

	GUTTER (N=751)			JENTER (N=694)		
	Frekvens	Prosent	N	Frekvens	Prosent	N
FORELDREVURDERT HELSE			750			688
Meget god	539	71,9		465	67,6	
God el dårligere	211	28,1		32,4	223	
LANGVARIG SYKDOM EL. LIDELSE	240	32	750	203	29,5	688
SYKDOM MED VIRKNINGER	113	15	751	85	12,2	694
LAV HØYDE	157	21,9	716	183	27,7	660
OVERVEKT ELLER FEDME	140	21,4	655	122	20,2	604
MÅNEDLIG PSYKOSOMATIKK	79	10,5	749	68	9,9	687
KONTAKT MED FAGPERSONER	86	11,5	749	54	7,8	688
FORELDRES UTDANNING			751			694
Vgs grunnkurs eller lavere	128	17		115	16,6	
Fullført vgs	288	38,3		251	36,2	
Universitet el høyskole, lavere nivå	256	34,1		243	35	
Universitet el høyskole, høyere nivå	79	10,5		85	12,2	
ALDER			750			694
6 til 10 år	472	62,9		409	58,9	
11 til 15 år	278	37,1		285	41,1	
FORELDER HAR DÅRLIG HELSE	98	13	751	98	14,1	693
FORELDER IKKE SYSSELSATT	88	11,7	751	81	11,7	694
BOR MED EN FORELDER	90	12	751	79	11,4	694
JUSTERT HUSHOLDNINGSINNTEKT			751			692
25% prosentil	201 918			207 297		
50% prosentil	250 572			251 445		
75% prosentil	311 085			303 802		
Gjennomsnitt	296 665			304 987		

**Vedlegg 5 Logistisk regresjon for kortsiktig helsetilstand, modell med utdanning.
Modell hvor søsken er tatt ut**

	<i>Modell 1 - utdanning</i>		<i>Modell 2 - utdanning</i>	
	Gutter OR (p-verdi)	Jenter OR (p-verdi)	Gutter OR (p-verdi)	Jenter OR (p-verdi)
<i>MND. PSYKOSOMATIKK</i>				
Konstant	0,07 (0,00)	0,05 (0,00)	0,06 (0,00)	0,05 (0,00)
Alder (6-10 ref)	0,91 (0,71)	0,08 (0,78)	0,84 (0,49)	1,07 (0,8)
Høyest utdanning	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)
3-årig høyere utd	1,83 (0,23)	1,51 (0,47)	1,62 (0,34)	1,46 (0,51)
Fullført videregående	1,85 (0,22)	2,42 (0,11)	1,61 (0,35)	2,32 (0,13)
Vgs grunntud eller lavere	1,88 (0,24)	4,31 (0,01)*	1,3 (0,63)	3,36 (0,04)*
Ikke sysselsatt			1,85 (0,06)	0,88 (0,75)
Bor med en forelder			2,25 (0,00)**	2,17 (0,02)*
Foreldre har dårlig helse			2,04 (0,02)*	1,4 (0,35)
Testobservator -2LL	502,49	431,04	484,69	426,09
Endring			17,79 (0,00)***	5,95 (0,11)
Pseudo R2 (Nagelkerke)	0,006	0,037	0,053	0,055
<i>FAGKONTAKT</i>				
Konstant	0,1 (0,00)	0,03 (0,00)	0,09 (0,00)	0,03 (0,00)
Alder (6-10 ref)	1,41 (0,14)	1,21 (0,51)	1,31 (0,26)	1,23 (0,48)
Høyest utdanning	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)
3-årig høyere utd	0,79 (0,6)	1,65 (0,44)	0,75 (0,51)	1,56 (0,49)
Fullført videregående	1,31 (0,51)	2,85 (0,09)	1,23 (0,62)	2,69 (0,11)
Vgs grunntud eller lavere	1,57 (0,31)	3,46 (0,06)	1,27 (0,59)	3,0 (0,1)
Ikke sysselsatt			0,92 (0,81)	1,53 (0,31)
Bor med en forelder			2,01 (0,02)*	1,05 (0,91)
Foreldre har dårlig helse			1,76 (0,07)	1,25 (0,57)
Testobservator -2LL	525,91	370,75	517,68	368,71
Endring			8,22 (0,04)*	2,04 (0,56)
Pseudo R2 (Nagelkerke)	0,02	0,026	0,042	0,033

p<0,05, ** p<0,01 og ***p<0,001.

Vedlegg 6 Prosentvis fordeling av overvekt/fedme etter alder og kjønn

Alder	Overvekt eller fedme	
	Gutt - %	Jente - %
6	30,0	38,2
7	29,1	33,7
8	20,2	23,0
9	20,8	10,5
10	20,4	20,2
11	12,3	17,5
12	16,7	13,2
13	12,2	12,0
14	14,7	12,6
15	15,7	11,6
Total	19,2	18,8