

# Sosial ulikhet og utvikling i dødelighet hos enslige i Norge

## Sammendrag

**Bakgrunn.** Det er tidligere vist at enslige har dårligere helse enn andre. Andelen enslige i aldersgruppen 45–69 år er økende. Å studere utviklingen over tid samt ulikheter innen gruppen er av betydning for evaluering og planlegging av folkehelsearbeidet.

**Materiale og metode.** Data om alder, kjønn, inntekt, utdanning og husholdningsstørrelse for tilnærmet alle nordmenn i aldersgruppene 45–59 og 60–69 år i 1970, 1980 og 1990 er koblet opp mot Dødsårsaksregisteret i 1970–77, 1980–87 og 1990–97.

**Resultater.** I aldersgruppen 45–59 år sank dødeligheten hos enslige menn med 4 %, mens den økte med 11 % hos enslige kvinner fra 1970- til 1990-årene. I samme tidsrom sank dødeligheten hos «ikke-enslige» menn med 38 % og hos «ikke-enslige» kvinner med 22 %. Ensliges overdødelighet har økt over tid i aldersgruppen 45–59 år, men ikke i aldersgruppen 60–69 år. Sosiale ulikheter i dødelighet er større hos enslige.

**Fortolkning.** Ensliges overdødelighet synes å være et økende folkehelseproblem i aldersgruppen 45–59 år. Årsakene til dette er ikke tilstrekkelig kartlagt, men det kan være av betydning at enslige i denne aldersgruppen relativt sett har fått dårligere økonomi og at en større andel enn tidligere er skilt/separert.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

**Per-Henrik Zahl**  
**Marit Rognerud**  
*marit.rognerud@fhi.no*  
**Bjørn Heine Strand**

Nasjonalt folkehelseinstitutt  
 Divisjon for epidemiologi  
 Postboks 4404 Nydalen  
 0403 Oslo

Det er blitt vanligere å bo alene de siste 30 årene (1). Enslige kan ha sivilstatus som enke/enkemann, separert/skilt eller aldrigift. Det er særlig gruppen separerte/skilte som har økt (1). I dette materialet har vi bare opplysninger om husholdningsstørrelse i hele observasjonstiden.

Det er tidligere vist både i norske og utenlandske studier at enslige har dårligere helse og høyere dødelighet enn gifte og samboende (2, 3). I en rapport om utviklingen i sosial ulikhet i helse i Norge (4) kom det frem at mye av de økte helseforskjellene mellom grupper med høy og lav inntekt kan forklares av en økende seleksjon av enslige inn i gruppen med lavest husholdningsinntekt. De som er to eller flere i husholdningen, ser ut til å ha hatt en bedre inntektsutvikling enn enslige (5, 6). Det er ikke tidligere vist, verken i Norge eller andre land, at økte sosiale helseforskjeller kan ha sammenheng med endringer i familiestruktur (4, 7–9).

Hovedmålsettingen med denne studien har vært å studere sosiale forskjeller og utvikling i dødelighet hos enslige i forhold til befolkningen for øvrig. Vi anser dette av betydning for å kunne evaluere helseeffekter av samfunnsutviklingen og for den videre planlegging av folkehelsearbeidet.

## Metoder

I denne artikkelen gjør vi separate analyser av sosiale forskjeller og utvikling i dødelighet hos enslige menn og kvinner sammenliknet med dem som er to eller flere i husholdningen i aldersgruppene 45–59 år og 60–69 år. Vi har også beregnet tilskrivbar risiko for død på befolkningsnivå av å være enslig i de samme aldersgruppene. Utdanning og justert husholdningsinntekt er brukt som mål på sosial status.

Dataene er hentet fra offisielle registre i Statistisk sentralbyrå. Det er opplysninger om fødselsår, kjønn, oppfølgingstid (fra henholdsvis 1970, 1980 og 1990), sensurering (utvandret, død eller bosatt i Norge i hele perioden), utdanning, husholdnings-

eller familieinntekt og antall personer i husholdning eller familie.

Alle individer som var mellom 45 og 69 år ved en av folke- og boligtellningene i henholdsvis 1970, 1980 eller 1990 er fulgt frem til død eller i minst sju år. Under 1 % av alle individer er ekskludert på grunn av ufullstendige data om inntekt og utdanning. Hver enkelt har samlet personår fra henholdsvis 1970, 1980 og 1990 og frem til død, emigrasjon eller til det er blitt sju personår. Aldersjusterte rater er beregnet ved den direkte metoden ved å vekte ratene i femårs aldersgrupper med fordelingen i en standardpopulasjon. Aldersvektene er regnet ut som gjennomsnittlig andel i hver femårs aldersgruppe i alle de tre folke- og boligtellningene.

## Husholdningstørrelse

I 1970 og 1980 har vi brukt husholdningsstørrelse, som er hentet fra folke- og boligtellningene. For disse årene har vi ekskludert alle husholdninger med mer enn 12 personer for at husholdningene ikke skal omfatte institusjoner. I 1990 omfattet folke- og boligtellningen bare 28 % av befolkningen. I 1990 har vi derfor benyttet familiestørrelse hentet fra familierregisteret, som ble etablert i 1985.

## Utdanning

Vi har delt inn befolkningen i fire grupper etter utdanningslengde. Gruppe 1 har utdanning på barne- og ungdomsskolenivå (inntil ni år). Gruppe 2 har utdanning på nivå videregående skole (10–12 år). Gruppe 3 har utdanning på universitets-/høyskolenivå, lavere grad (13–16 år). Gruppe 4 har høyere universitets- eller forskerutdanning (17 år eller mer).

## Fakta

- Fra 1970-årene til 1990-årene har andelen enslige i aldersgruppen 45–59 år økt
- I aldersgruppen 45–59 år har enslige fått relativt sett dårligere økonomi og større overdødelighet
- Dette er ikke tilfellet for aldersgruppen 60–69 år
- De sosiale forskjellene i dødelighet er langt større hos enslige enn hos «ikke-enslige»

### Inntekt

For hver ny folke- og bolig telling har man kunnet presentere mer utvidede inntektsbegreper. Inntektsbegrepet i 1970 er noe forskjellig fra inntektsbegrepet i 1980 og 1990. Inntektsmålet i 1970 er i motsetning til inntektsmålene i 1980 og 1990 ikke fratrukket skatt, og en rekke overføringer er heller ikke inkludert. Både skatt og overføringer er ment som inntektsutjevne tiltak.

Individer med null i inntekt i 1980 og 1990 er ekskludert (mindre enn 0,3 %), fordi dette er personer som nettopp hadde immigrert eller trolig hadde meget spesielle inntektsforhold. Rundt 3 % av alle husholdninger i 1970 er registrert med null inntekt, hvorav de fleste hadde null skattbar inntekt. Disse er ikke ekskludert.

Når man bruker husholdningsinntekt som et mål for materielle levekår (5, 7), er det vanlig å justere for antall personer i husholdningene. I våre analyser har vi dividert husholdningens samlede inntekt med roten av antall personer i husholdningen (justert husholdningsinntekt). Denne metoden blir brukt av Mackenbach og medarbeidere (7). Vi har delt den justerte husholdningsinntekten inn i fire nivåer: 0–24% (lav inntekt), 25–49% (lav middels inntekt), 50–74% (høy middels inntekt) og 75–100% (høy inntekt).

Inntekten har utviklet seg forskjellig for urbane og rurale strøk. I 1970 var median justert husholdningsinntekt i rurale kommuner 70 % av tilsvarende inntekt i byer, mens den i 1980 og 1990 var henholdsvis 89 % og 94 %. Vi har brukt separate inntektskvartiler for henholdsvis urbane og rurale kommuner for å justere for ulik inntektsutvikling. Urbane kommuner tilsvarer kommuner med mindre enn 90 minutters reisetid til Oslo eller mindre enn 75 minutters reisetid til Stavanger, Bergen eller Trondheim. Øvrige kommuner blir regnet som rurale kommuner.

### Resultater

Andelen enslige har økt for både menn og kvinner fra 1970 til 1990 (tab 1). Ensliges økonomiske levekår synes relativt sett å ha blitt dårligere i aldersgruppen 45–59 år (tab 2), mens i aldersgruppen 60–69 år har inntektsutviklingen vært tilnærmet lik for enslige som for «ikke-enslige». For å justere for at enslige og «ikke-enslige» har hatt ulik inntektsutvikling, har vi brukt separate inntektskvartiler i de videre analysene.

### Dødelighetsutviklingen

For enslige menn i aldersgruppen 45–59 år økte dødeligheten fra 1970- til 1980-årene, for deretter å avta fra 1980- til 1990-årene (tab 3). I 1990-årene var dødeligheten hos enslige menn 4 % lavere enn i 1970-årene. For menn i flerpersongshusholdninger har dødeligheten falt gradvis over tid, og den var 38 % lavere i 1990-årene enn i 1970-årene. Denne utviklingen har ført til en stadig økende overdødelighet blant enslige menn i denne aldersgruppen. I 1970-årene var over-

dødeligheten 50 %, i 1990-årene var den økt til 130 %.

Dødelighetsratene for enslige kvinner i aldersgruppen 45–59 år vokste med 11 % fra 1970-årene til 1990-årene, mens dødeligheten hos kvinner i flerpersongshusholdninger sank med 22 % i den samme perioden. Overdødeligheten hos enslige kvinner i denne aldersgruppen har dermed økt fra 24 % i 1970-årene til 76 % i 1990-årene. Overdødeligheten hos enslige menn og kvinner i aldersgruppen 60–69 år er langt lavere enn for aldersgruppen 45–59 år (tab 3).

### Tilskrivbar risiko

Tilskrivbar risiko for død er klart økende over tid i aldersgruppen 45–59 år (tab 4). For menn økte denne fra 3 % i 1970-årene til 19 % i 1990-årene. Dette betyr at man kunne spart om lag hvert femte dødsfall i denne aldersgruppen dersom man reduserte dødeligheten blant enslige menn til samme nivå som hos menn i flerpersongshusholdninger. For enslige kvinner i denne aldersgruppen økte tilskrivbar risiko fra 2 % til 10 % i samme tidsrom. For menn og kvinner i aldersgruppen 60–69 år var tilskrivbar risiko forbundet med å være enslig langt lavere og dessuten ikke økende over tid (størst i 1980-årene med 5 %).

### Sosiale ulikheter

#### i dødelighet hos enslige

Dødeligheten hos enslige menn i aldersgruppen 45–59 år med lav utdanning var høyere i 1990-årene enn i 1970-årene (tab 5). I de øvrige utdanningsgruppene sank dødeligheten. Forskjellene i dødelighet etter utdanning er dermed blitt større over tid for enslige menn. Dødelighetsforskjellene mellom inntektsgruppene er også store, men disse er ikke blitt nevneverdig større over tid (tab 5).

**Tabell 1** Andel enslige i prosent etter aldersgruppe og kjønn ved starten av hver observasjonsperiode

		1970	1980	1990
45–59 år	Menn	6	11	18
	Kvinner	7	9	15
60–69 år	Menn	10	13	20
	Kvinner	24	26	31

Blant enslige kvinner i denne aldersgruppen er dødeligheten i de tre laveste utdanningsgruppene enten konstant eller voksende. Høyeste utdanningsgruppe har et noe atypisk mønster. Dette kan muligens forklares med at størrelsen på denne gruppen er liten (0,4 % i 1970, 0,6 % i 1980 og 1,0 % av kvinnene i 1990). Når vi deler inn kvinnene i inntektsgrupper, ser vi også at dødeligheten er høyere i 1990-årene enn i 1970-årene, men økningen er størst for gruppene med middels lav og lav inntekt. Forskjellene i dødelighet øker dermed mellom inntektsgruppene.

### Sosiale ulikheter

#### i dødelighet hos «ikke-enslige»

I aldersgruppen 45–59 år er dødeligheten hos menn i flerpersongshusholdninger lavere og forskjellene mindre enn hos enslige (tab 5). Dødeligheten er dessuten jevnt synkende for alle utdannings- og inntektsgrupper over tid.

Tilsvarende dødelighetsrater for kvinner i flerpersongshusholdninger er også lavere, og forskjellene er mindre enn hos enslige (tab 5). Dødeligheten synker over tid, med unntak av for kvinner i laveste inntektsgruppe. De har ingen reduksjon i dødelighet fra 1980-årene til 1990-årene.

**Tabell 2** Relativ inntekt (median) hos enpersongshusholdninger sammenliknet med flerpersongshusholdninger i aldersgruppen 45–59 år i hver periode

		1970	1980	1990
2–12 personer i husholdningen	Menn <sup>1</sup>	Referanse	Referanse	Referanse
	Kvinner	1,00	1,02	1,01
En person i husholdningen	Menn	1,00	0,82	0,75
	Kvinner	0,83	0,77	0,70

<sup>1</sup> Justert husholdningsinntekt til menn i flerpersongshusholdninger (median) er referanse – dvs. satt lik 1 i hver periode

**Tabell 3** Aldersjusterte dødelighetsrater (antall døde per 100 000 per år) etter aldersgruppe, husholdningsstørrelse, kjønn og periode

		Alder (år)	Antall i husholdningen	1970-årene	1980-årene	1990-årene
Menn	45–59	1	1 530	1 950	1 470	
		2–12	1 050	1 155	645	
		1	4 016	4 368	2 753	
Kvinner	45–59	1	620	737	688	
		2–12	500	450	390	
		1	1 600	1 669	1 335	
	60–69	1	1 657	1 408	1 212	
		2–12				
		1				

**Tabell 4** Tilskrivbar risiko i prosent på befolkningsnivå av å være enslig i aldersgruppene 45–59 år og 60–69 år

		1970	1980	1990
45–59 år	Menn	3	10	19
	Kvinner	2	5	10
60–69 år	Menn	2	5	3
	Kvinner	-1	5	3

Det er verdt å merke seg de store forskjellene i dødelighet mellom dem som bor i flerpersonshusholdninger og har høy inntekt/utdanning og enslige med lav inntekt/utdanning i 1990-årene (tab 5).

**Diskusjon**

*Dødelighetsutviklingen hos enslige*

Vi finner at enslige ikke har hatt samme nedgang i dødelighet og derfor har fått en økende overdødelighet over tid sammenliknet med «ikke-enslige». Vi ser også av tabell 1 at langt flere lever som enslig i 1990 enn i 1970. Det er imidlertid mulig at vi overestimerer andelen enslige i 1990 fordi vi da brukte opplysninger fra familierregisteret i stedet for selvrapportert informasjon om antall personer i husholdningen. Det er tidligere vist at samboende har lavere dødelighet enn personer som bor alene (2). Dersom vi har klassifisert en rekke samboere som enslige i 1990, er ensliges dødelighet i 1990-årene underestimert. Forskjellene i dødelighet mellom enslige og andre er i så fall større i 1990-årene enn våre beregninger

viser. Dette kan være en forklaring på reduksjonen i dødelighet hos enslige fra 1980-årene til 1990-årene, etter at den først viste en økning fra 1970-årene til 1980-årene (tab 5).

Det er tidligere vist at skilte/separerte, særlig menn, har høyere dødelighet enn andre grupper enslige (aldrigifte og enker/enkemenn) (2). Skilte/separerte utgjør en stadig større andel av gruppen enslige (1), og dette er også en mulig årsak til den lite gunstige dødelighetsutviklingen. Tabell 3 viser at ensliges overdødelighet er langt større i aldersgruppen 45–59 år enn i aldersgruppen 60–69 år. Enker/enkemenn utgjør en betydelig større andel av enslige med økende alder, og enker/enkemenn synes å være den gruppen enslige med minst overdødelighet i forhold til «ikke-enslige» (2). Det eksisterer ikke data om sivilstatus koblet til disse dødelighetsdataene. Dette kan imidlertid gjøres på et senere tidspunkt når det gjelder dataene fra 1985 og utover (familierregisterets opprettelse).

Det er rapportert om overhyppighet av død av hjerte- og karsykdommer og voldssomme dødsfall hos enslige i Norge (2). Sammenliknet med gifte har enslige også høyere forekomst av symptomer på angst/depresjon, usunne levevaner som bl.a dagligrøyking og dårlig selvopplevd helse (2, 10–12). Mastekaasa finner i sine undersøkelser støtte for at noe av helseforskjellene mellom enslige og gifte i Norge kan forklares både med seleksjon av mindre friske individer til en tilværelse som enslig og at ekteskapet har en beskyttende effekt på helsen

(13). Ekteskapets beskyttende effekt kan være både av psykososial og økonomisk karakter (13). Selv om det er blitt mer vanlig å være enslig, er det lite som tyder på at det er blitt mindre belastende. Mastekaasa finner heller ingen tegn til bedring i ensliges helse fra 1970-årene til 1990-årene (13). Det er mulig at det kan skyldes at gruppen skilte/separerte, som har økt mest, er spesielt utsatt for helseskadelige belastninger.

Ensliges økonomiske levekår synes relativt sett å ha blitt dårligere (tab 2). Dette kan virke negativt inn på helsen. Metodene som vi har brukt for å justere husholdningsinntekt for husholdningsstørrelse, er en faktor som medfører usikkerhet i disse analysene. Selv om metoden er anbefalt av Mackenbach og medarbeidere, har vi ikke funnet vitenskapelig dokumentasjon på denne (13). Strøm og medarbeidere hevder at det ikke finnes god faglig dokumentasjon for valg av vektorer for å justere husholdningsinntekt i forhold til antall medlemmer i husholdningen, og at fordelingsresultatene er følsomme for valg av skala (5). Mellom 1970 og 1990 har det imidlertid vært en kraftig økning i yrkesdeltakelsen blant gifte kvinner. De som bor flere sammen, har i stor grad gått fra å ha en til å ha to inntekter i husholdningen. Det har også vært en økning av overføringer til barnefamiliene (5, 6). Dette er forhold som også peker i retning av at velstanden har økt mer for dem som er to eller flere i husholdningen enn for enslige (tab 2).

Tilskrivbar risiko (tab 4) er et mål på den samlede betydning en risikofaktor (å være enslig) har for helsen (her målt som dødelighet) i denne aldersgruppen. At tilskrivbar risiko øker, er en naturlig følge av en økende overdødelighet hos enslige, som også utgjør en økende andel av befolkningen. Hvilken betydning de enslige utgjør for den samlede dødeligheten, varierer med alder, kjønn og observasjonsperiode (tab 4). I aldersgruppen 60–69 år utgjør enslige et lite folkehelseproblem (tab 4), selv om de utgjør en stor andel av befolkningen i denne aldergruppen (tab 1).

*Sosial ulikhet i helse*

Tabell 5 viser at de sosiale forskjellene i dødelighet er større blant enslige i aldersgruppen 45–59 år enn for dem som er to eller flere i husholdningen. Dersom tilværelsen som enslig generelt, og etter en skilsmisse spesielt, er forbundet med store psykiske og økonomiske belastninger, er det ikke usannsynlig at belastningene vil kunne virke mer inn på helsen til individer med mindre økonomiske og psykososiale buffere. Personer med lav inntekt og utdanning mangler oftere fortrolige venner og er dermed mer sårbare ved livskriser som for eksempel en skilsmisse (12). De med lav utdanning har også hatt en større risiko for å falle ut av arbeidslivet, noe som også har vist seg å være en større belastning for enslige enn for «ikke-enslige» (13).

**Tabell 5** Aldersstandardiserte dødelighetsrater per 100 000 per år i aldersgruppen 45–59 år etter husholdningsstørrelse, utdannings- og inntektsnivå

Periode	1970–1977		1980–1987		1990–1997	
Antall i husholdningen	1	2–12	1	2–12	1	2–12
Menn						
Utdanningslengde (år)						
0–9	1 630	1 136	2 066	1 074	1 740	822
10–12	1 387	970	1 818	883	1 352	622
13–16	1 247	931	1 293	725	975	483
17+	1 036	743	1 030	568	767	352
Inntektsgruppe						
Lav	2 071	1 280	2 527	1 023	1 865	819
Lav middels	1 596	992	2 078	939	1 795	662
Høy middels	1 343	972	1 562	904	1 271	604
Høy	1 108	950	1 582	880	950	493
Kvinner						
Utdanningslengde (år)						
0–9	694	536	844	500	828	466
10–12	601	429	662	401	612	350
13–16	432	393	461	325	497	295
17+	658	361	840	367	334	253
Inntektsgruppe						
Lav	921	589	1 172	504	1 027	510
Lav middels	595	518	640	453	750	385
Høy middels	470	465	571	446	482	352
Høy	492	429	568	393	493	310

## Konklusjon

Enslige i aldersgruppen 45–59 år har hatt en økende overdødelighet over tid, og enslige med lav inntekt/lav utdanning hadde en svært høy dødelighet i 1980- og 1990-årene. Dataene viser også at enslige i alderen 45–59 år er forholdsvis mer utsatt enn enslige mellom 60 og 69 år.

De enslige i den første aldersgruppen har relativt sett hatt en dårlig velstandsutvikling, og andelen som er separert/skilt er høy. Gruppen skilte/separerte synes fortsatt å øke, og dette kan representere et tiltakende folkehelseproblem i årene fremover.

Kunnskapsgrunnlaget er for svakt til å utarbeide noen omfattende handlingsplan. I første omgang burde man satse mer på forskning omkring psykisk og fysisk helse, livsstil, levekår, arbeidsforhold, familieforhold og sosiale relasjoner hos skilte/separerte og andre enslige. Antakelig burde man følge et utvalg over tid for å studere årsaks-sammenhenger og identifisere risikogrupper. Det er også viktig å studere forløp av helse- og levekårsproblemer relatert til tidspunkt for endringer i sivilstatus samt vurdere effekt av noen aktuelle tiltak.

## Litteratur

1. Norgeshelsa. <http://www.fhi.no/tema/nhis/last1.html>
2. Selmer RM. Ekteskkelig status, risikofaktorer og dødelighet av hjerte-karsykdom og alle årsaker. En 18 års oppfølging av 28170 menn og 26235 kvinner i Finnmark, Oppland og Sogn og Fjordane. *Norsk epidemiologi* 1997; 7: 213–9.
3. Murray JE. Marital protection and marital selection: evidence from historical-prospective sample of American men. *Demography* 2000; 37: 511–21.
4. Zahl P-H, Rognerud M, Strand BH, Tverdal A. Bedre helse – større forskjeller. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Rapport 2003: 1. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2002.
5. Strøm S, Wennemo T, Aaberge R. Inntektsulikhet i Norge 1970–1990. SSB-rapport 93/17. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1993.
6. Bojer H. Kvinner, menn og inntektsulikhet i Norge 1970–1990. *Sosialøkonomen* 1995; nr. 7/8: 22–8.
7. Machenback JP, Kunst AE, Cavelaars EJM, Groenhof F, Geurts JJM. The EU Working group on socioeconomic inequalities in health. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *Lancet* 1997; 349: 1655–9.
8. Dahl E, Kjærsgaard P. Trends in socioeconomic mortality differentials in post-war Norway – evidence and interpretations. *Sociology of Health & Illness* 1993; 15: 447–71.
9. Borgan JK. Socioeconomic trends in differential mortality among middle-aged males in Norway 1960–1990. *Yearbook of Population Research in Finland*. Helsinki: The Population Institute, 1996.
10. Rognerud M, Strand BH, Dalgard OS. Psykisk helse i helse- og levekårsundersøkelsen 1998. Sosio-økonomiske forskjeller i psykisk helse og livsstil. *Norsk Epidemiologi* 2002; 12: 239–48.
11. Palner J, Mittelmark MB. Differences between married and unmarried men and women in the relationship between perceived physical health and perceived mental health. *Norsk epidemiologi* 2002; 12: 55–61.
12. Mastekaasa A. The relationship between marital status and subjective well-being: consistency, variations, and causal explanations. Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo, 1993.
13. Machenback JP, Kunst AE. Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Soc Sci Med* 1997; 44: 757–71.