

Oppfølging av personer som fikk grunnstønad og/eller hjelpestønad som barn

Sammendrag

Bakgrunn. Vi ønsket å kartlegge helsemessige og sosiale konsekvenser av kronisk sykdom i barneårene.

Materiale og metode. 14 364 barn født 1967–76 (2,3 % av alle levendefødte) fikk grunnstønad og/eller hjelpestønad da de var 0–16 år. Vanligste diagnoser for stønad var endokrin sykdom (diabetes), psykiatrisk diagnose, nevrologisk sykdom og misdannelser. Alle ble fulgt opp til fylte 27 år med henblikk på dødelighet og uførepensjonering og til 25 års alder med henblikk på utdanning, yrkesaktivitet og pensjonsgivende inntekt. I tillegg ble menn fulgt gjennom sesjon og førstegangstjeneste. Dataene er fremkommet ved koblinger av flere nasjonale registre. Koblingen er utført av Statistisk sentralbyrå.

Resultater. Grunnstønad og/eller hjelpestønad i barneårene predikerer økt risiko for død og uførepensjonering. Stønadsgruppen hadde lavere utdanning, lavere arbeidsdeltakelse og lavere pensjonsgivende inntekt. Diagnosen ved innvilgelse av stønad var avgjørende for utfallet. Gutter med stønad som møtte på sesjon, hadde et gjennomsnittlig evnenivå på 4,5, mot 5,2 for dem som ikke var stønadmottakere. Justert for evnenivå var andelen stønadmottakere som oppnådde høyere utdanning 84 % av andelen blant ikke-stønadmottakere. Justert for utdanningsnivå var yrkesaktiviteten, både for kvinner og menn, gjennomsnittlig 11–12 % lavere. Den negative sammenhengen mellom stønad og yrkesaktivitet var begrenset til de lavest utdannede.

Fortolkning. Personer med helseproblemer i barneårene oppnår ikke den utdanning, yrkesaktivitet og inntekt som de hadde potensial for vurdert ut fra evnenivå og utdanning.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Tor Bjerkedal

tor.bjerkedal@chello.no

Forsvarets sanitet, Militærmedisinsk epidemiologi
Ullevål universitetssykehus
Oslo mil/Akershus
0015 Oslo

Petter Kristensen

Statens arbeidsmiljøinstitutt

Geir A. Skjeret

John Ivar Brevik

Forsvarets sanitet, Militærmedisinsk epidemiologi

Stadig flere barn får grunnstønad og/eller hjelpestønad. I 1993 mottok 2,3 % av barn i alderen 0–15 år slik stønad (1), mens andelen i 2004 var økt til 4,0 % (O. Thune, Rikstrygdeverket, personlig meddelelse). Det synes å være diagnosen allergiske lidelser (atopisk eksem og astma) som øker mest blant stønadmottakerne. Dessverre foreligger det ingen undersøkelser der man på en systematisk måte søker å klarlegge sammenhengen mellom forekomsten av varig sykdom, skade eller lyte som berettiger til stønad (2) og omfanget av innvilget grunnstønad og/eller hjelpestønad blant barn. En begrenset undersøkelse av fireåringer i Vestfold gir grunn til å anta at omfanget av grunn- og hjelpestønad samsvarer noenlunde med forekomsten av varig sykdom, og at sykdommens art, vurdert av pediater, i de fleste tilfeller gjenspeiles i diagnosen som er registrert i Rikstrygdeverkets stønadsregister (3). Om samsvaret ikke er perfekt, er det uansett grunn til å anta at Rikstrygdeverket innvilger søknader om stønad der kvalifisert krav foreligger, og at Rikstrygdeverkets registreringer kan danne utgangspunkt for å kunne følge barn med helseproblemer som har ført til stønad. En slik oppfølging gir innsikt i helsemessige og sosiale konsekvenser av de helseproblemer i barneårene som samfunnet har erkjent og gitt støtte for (4, 5).

I denne undersøkelsen gjelder oppfølgingen dødelighet, uførepensjonering, utdanning, yrkesaktivitet, pensjonsgivende inntekt og for menn deltakelse på sesjon og gjennomføring av førstegangstjenesten. Sammenhengen mellom alminnelig evnenivå vurdert på sesjon og utdanning er analysert spesielt. Det gjelder også sammenhengen mellom utdanning, yrkesaktivitet og pensjonsgivende inntekt.

Materiale og metode

Undersøkelsen er gjort mulig ved kobling av flere nasjonale registre: Medisinsk fødsels-

register, folkeregisteret, Rikstrygdeverkets stønadsregister og pensjonspoengregister, Statistisk sentralbyrås utdanningsregister og data om sesjon og førstegangstjeneste fra Vernepliktsverket. De ansvarlige har gitt tilatelse til bruk av data og Statistisk sentralbyrå har foretatt koblingene og anonymisert filen før utlevering for analyser. Datatilsynet har gitt konsesjon.

Materialet utgjøres av alle levendefødte i Norge i perioden 1967–76. Disse er fulgt opp til 2003, til fylte 27 år for alle når det gjelder dødelighet og uførepensjon, til 2001 (dvs. til fylte 25 år) hva angår utdanning og pensjonsgivende inntekt, og til 1999 med hensyn til sesjon. De som fikk grunnstønad og/eller hjelpestønad da de var i alderen 0–16 år, er sammenliknet med dem som ikke fikk stønad da de var i denne alderen. Ratioer for andeler med høyere utdanning og andeler med arbeidsdeltakelse mellom stønadsgruppen og de uten stønad i barneårene ble estimert med Cox' regresjon. Dødsrisiko for de ulike stønadsgrupper er vurdert ved hjelp av Cox' regresjonsanalyse, med beregning av hasardratioer som en approksimering av relativ risiko. Alle med stønad ble fulgt med henblikk på dødelighet fra året de fikk stønad. Sensurering ble foretatt ved emigrasjon før fylte 28 år. Siden gruppen uten stønad i barnealder ikke hadde noe naturlig starttidspunkt for oppfølging, ble de allokert et startår.

Personer uten stønad ble gruppematchet med stønadsgruppen med henblikk på fød-



Hovedbudskap

- Oppfølging av personer som hadde mottatt grunnstønad og/eller hjelpestønad som barn avdekket store forskjeller i helse og sosiale forhold i ung voksen alder
- Ved identisk evnenivå på sesjon oppnådde stønadmottakere ikke samme utdanningsnivå
- Ved lavt utdanningsnivå var yrkesaktivitet og pensjonsgivende inntekt ved 25 års alder lavere blant stønadmottakere
- Det er behov for tiltak som kan redusere følgene av helseproblemer i barneår for senere utdanning, yrkesaktivitet og arbeidsinntekt

selsår og kjønn og fikk et tilfeldig startår slik at fordelingen av startår var lik den i stønadsgruppen for tilsvarende fødselsår og kjønn. Denne prosedyren førte til at en del av gruppen uten stønad fikk allokert startår etter år for død eller emigrasjon ($n = 12\,370$), bl.a. alle spedbarna, siden svært få fikk stønad før fylte ett år. Disse ble ekskludert fra analysen. I Cox-regresjonsanalysen ble det justert for fødselsår og kjønn og for mors utdanningsnivå (fem kategorier) som sosial indikator. Sammenlikningene er basert på dem som er bosatt i landet på forskjellige alderstrinn. Det skilles ikke mellom grunnstønad og hjelpestønad fordi disse ofte gis samtidig. Betegnelse «stønad» blir benyttet for den kombinerte ytelsen. Analysene er gjort med SPSS versjon 11.

Resultater

Det var i alt 626 928 levendefødte i Norge i perioden 1967–76, 321 975 gutter og 304 953 jenter. Av disse hadde 14 364 (2,3 %) fått stønad i minst ett år da de var i alderen 0–16 år, 7 767 gutter (2,4 %) og 6 597 jenter (2,2 %). Diagnosen som ble notert da stønaden ble registrert første gang, er gruppert (tab 1). Det har vært tre ICD-klassifikasjoner i bruk i den aktuelle perioden. For å oppnå sammenliknbare diagnosegrupper over tid ble de enkelte diagnoser tilpasset en gruppering basert på ICD-9.

23 % av dem som fikk stønad, var registrert med diagnosen endokrine sykdommer mv., for det meste diabetes (tab 1). Diagnose ble ikke registrert for 1,8 %, hvilket innebærer at forekomsten (prevalensen) basert på antallet med diagnose vil gi et estimat som er 1,8 % for lavt.

Dødelighet

Relativ dødsrisiko vurdert ved hasardratio er for hele stønadsgruppen 6,9 (95 % KI 6,5–7,4) (e-tab 2). Størst overdødelighet var det i diagnosegruppen svulster, med en hasardratio på 36 (95 % KI 30–42), lavest i diagnosegruppene sanseorganer, luftveier, hud og muskel og skjelett. For diagnosegruppene skader, sirkulasjonsorganer og gastrointestinal og for dem uten diagnose var det en hasardratio på over 10. I vurderingen av disse estimater på relativ dødelighet må det tas hensyn til at noen av diagnosegruppene er tallmessig små og at det i referansegruppen generelt er få dødsfall i den aktuelle alder.

Uførepensjonering

Av personer født i Norge i perioden 1967–76 som hadde fått stønad i minst ett år i alderen 0–16 år og var bosatt i landet ved fylte 27 år, var 30 % uførepensjonert (6), mot 0,9 % av dem som ikke hadde fått stønad. Forekomsten av uførepensjonering var sterkt avhengig av diagnosen som var registrert ved stønadsinnvilgelsen (e-tab 3). Stønad med diagnoser hud og luftveier gav liten økning i andelen som var blitt uførepensjonert, mens stønad med psykiatrisk diagnose

Tabell 1 Diagnose ved grunn- og/eller hjelpestønad gitt i minst ett år i alderen 0–16 år til fødte i Norge 1967–76

Diagnosegruppe	Gutter	Jenter	I alt	(%)
1 Skader	65	45	110	(0,8)
2 Infeksjoner	32	55	87	(0,6)
3 Svulster	190	144	334	(2,3)
4 Endokrine sykdommer mv.	1 819	1 473	3 292	(23)
5 Psykiatrisk diagnose	1 194	701	1 895	(13)
6 Nevrologisk sykdom	1 053	750	1 803	(13)
7 Sanseorganer	494	455	949	(6,6)
8 Sirkulasjonsorganer	33	22	55	(0,4)
9 Luftveier	261	148	409	(2,8)
10 Gastrointestinal	89	81	170	(1,2)
11 Urogenital	28	49	77	(0,5)
12 Hud	301	362	663	(4,6)
13 Muskel og skjelett	311	643	954	(6,6)
14 Misdannelser	885	887	1 772	(12)
99 Øvrige diagnoser	885	645	1 530	(11)
98 Uten diagnose	127	137	264	(1,8)
Alle med stønad	7 767	6 597	14 364	(100)

Tabell 4 Prosent med høyere utdanning¹ blant fødte i Norge 1967–76 som var bosatt i landet ved fylte 25 år, gruppert etter diagnose registrert ved innvilgelse av grunn- og/eller hjelpestønad i alderen 0–16 år

Gruppe	Menn		Kvinner	
	Kjent utdanning	Høyere utdanning (%)	Kjent utdanning	Høyere utdanning (%)
1 Skader	58	16	40	18
2 Infeksjoner	29	21	51	24
3 Svulster	105	25	85	34
4 Endokrine sykdommer mv.	1 735	24	1 414	33
5 Psykiatrisk diagnose	993	2,9	572	3,1
6 Nevrologisk sykdom	861	8,1	612	9,8
7 Sanseorganer	470	15	441	23
8 Sirkulasjonsorganer	23	26	17	41
9 Luftveier	248	26	141	35
10 Gastrointestinal	77	21	65	29
11 Urogenital	27	22	48	25
12 Hud	292	23	351	34
13 Muskel og skjelett	272	20	619	35
14 Misdannelser	716	14	776	22
99 Øvrige diagnoser	787	12	586	17
98 Uten diagnose	115	26	114	34
Alle med stønad	6 808	16	5 932	24
Alle uten stønad	297 369	29	284 821	37

¹ Høyere utdanning = utdanning utover avsluttet videregående skole (NUS2000, nivå 5–8)

hadde ført til uførepensjon hos 84 % av kvinnene. I diagnosegruppen nevrologisk sykdom var nær to tredeler uførepensjonert ved 27 års alder, det samme gjaldt vel halvparten i diagnosegruppen misdannelser. Det var liten forskjell i andelen uførepensjonerte kjønnene imellom.

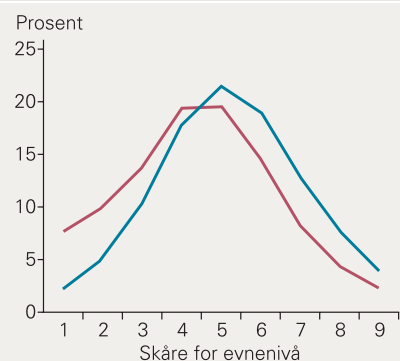
Utdanning og yrkesaktivitet

Barn som har fått stønad i minst ett år i alderen 0–16 år og var bosatt i landet ved fylte 25 år, hadde i mindre grad en utdanning utover avsluttet videregående skole enn dem som ikke hadde fått stønad (tab 4). Særlig gjaldt dette barn som hadde fått stønad pga.

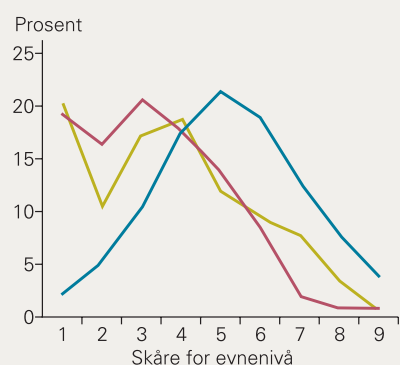
psykiatrisk diagnose, nevrologisk sykdom og misdannelser. For alle diagnosegrupper, unntatt skader, var det en høyere andel kvinner med utdanning utover videregående skole enn menn.

Yrkesaktiviteten definert som pensjonsgivende inntekt på $\geq 0,5$ G var for 25-åringer som ikke var under utdanning og ikke uførepensjonert lavere for dem som hadde mottatt stønad i barneårene enn for dem som ikke hadde mottatt stønad, 85 % mot 94 % for menn og 77 % mot 87 % for kvinner (e-tab 5). Yrkesaktiviteten var lavest for stønadmottakere i gruppene psykiatrisk diagnose, urogenital sykdom og nevrologisk sykdom.

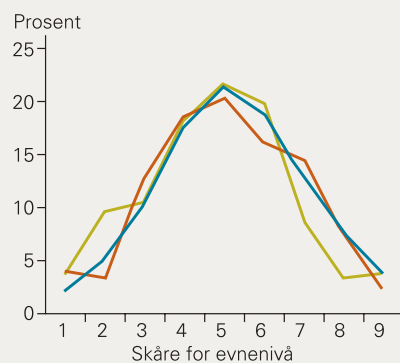
Figur 1



a



b



c

a) Skåre for evnenivå målt på sesjon for menn født i Norge 1967–76, bosatt i landet ved fylte 18 år, gruppert etter stønad/ikke-stønad i alderen 0–16 år. b) Skåre for evnenivå gruppert etter diagnose for stønad (psykiatrisk eller neurologisk) i alderen 0–16 år. c) Skåre for evnenivå gruppert etter diagnose for stønad (muskel og skjelett eller hud) i alderen 0–16 år

Sesjon og førstegangstjeneste

I e-tabell 6 er det oversikt over fremmøte på sesjon og gjennomføring av førstegangstjenesten for menn. Oversikten er basert på dem som var bosatt i landet ved fylte 18 år. Av dem som hadde fått stønad i alderen 0–16 år deltok 68 % på sesjon, mot 98 % av dem som ikke hadde fått slik stønad. På sesjon ble under halvparten av dem som hadde mottatt stønad, kjent stridsdyktige. Andelen stridsdyktige var særlig lav i gruppene med diagnosene skade, endokrin sykdom, sanseorganer og sirkulasjonsorganer. Av dem som ble innkalt til førstegangstjeneste, var det nesten samme andel stønadsmottakere som gjennomførte tjenesten som dem som ikke hadde fått stønad som barn (86 % versus 95 %). De som gjennomførte førstegangstjenesten, utgjør for enkelte diagnosegrupper bare om lag 6 % av alle i gruppen. I gjennomsnitt gjennomførte 15 % av stønadsmottakerne førstegangstjeneste, mot 68 % av dem som ikke hadde mottatt stønad.

Evnenivå, utdanning og inntekt

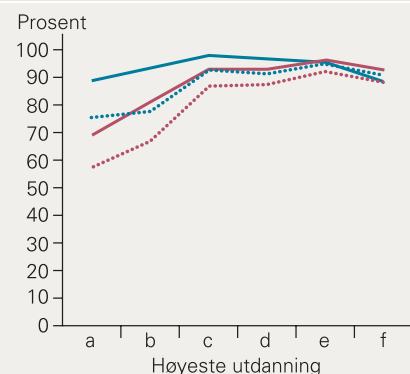
Andelen menn i de forskjellige grupper som på sesjon ble vurdert for alminnelig evnenivå (7), fremgår av e-tabell 7. I alt 90 % av dem som ikke hadde fått stønad i barneårene, var vurdert. For dem som hadde mottatt stønad er andelen særlig lav i diagnosegruppene gastrointestinal sykdom, neurologisk sykdom, misdannelser og psykiatrisk diagnose. Disse gruppene, unntatt dem i gruppen misdannelser, hadde også laveste gjennomsnittsskåre.

Fordelingen av skårer for enkelte diagnosegrupper er vist i figur 1a-c. Fordelingen for dem som hadde mottatt stønad, er forskjøvet til et lavere nivå, og viser en opphopning på de laveste skårene (fig 1a). Denne opphopningen skyldes i hovedsak skårefordelingen for diagnosegruppene psykiatrisk diagnose og neurologisk sykdom (fig 1b). Skårefordelingen for diagnosegruppene hud og muskel og skjelett var ikke særlig forskjellig fra fordelingen for alle uten stønad (fig 1c).

E-figur 2 illustrerer sammenhengen mellom skåre for evnenivå og andelen med utdanning utover avsluttet videregående skole. Andelen for dem som hadde fått stønad i barneårene var klart mindre for de fleste evnenivåer. Ratio for andelen med høyere utdanning for menn som mottok stønad i barnealder i forhold til dem som ikke mottok stønad var 0,65 (95 % KI 0,60–0,71). Dette kan delvis forklares av forskjeller i evnenivå mellom de to gruppene, men etter justering for evnenivå var det fortsatt færre med høyere utdanning i stønadgruppen (ratio 0,84, 95 % KI 0,78–0,91).

Med samme utdanningsnivå oppnådde stønadgruppen ikke samme yrkesaktivitet ved 25 års alder som dem som ikke hadde fått stønad i barneårene (fig 3). Ratio for yrkesaktivitet mellom gruppene med og uten stønad var 0,89 (95 % KI 0,86–0,92) for

Figur 3

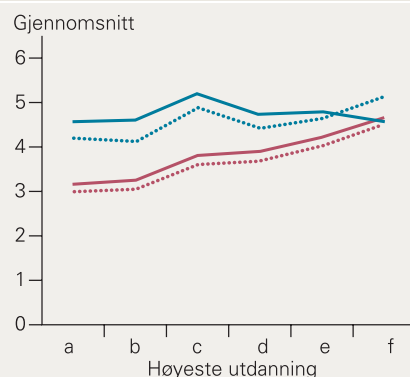


- a Ungdomsskole
- b Videregående grunnutdanning
- c Videregående, avsluttende
- d Påbygning til videregående
- e Universitet/høyskole, lavere nivå
- f Universitet/høyskole, høyere nivå

- Menn uten stønad
- ... Menn med stønad
- Kvinner uten stønad
- ... Kvinner med stønad

Prosent yrkesaktive (pensjonsgivende inntekt $\geq 0,5$ G) blant 25-åringer født i Norge 1967–76, bosatt i landet ved fylte 25 år, ikke under utdanning, ikke uførepensjonert, gruppert etter høyeste utdanning ved 25 års alder og stønad/ikke-stønad i alderen 0–16 år

Figur 4



- a Ungdomsskole
- b Videregående grunnutdanning
- c Videregående, avsluttende
- d Påbygning til videregående
- e Universitet/høyskole, lavere nivå
- f Universitet/høyskole, høyere nivå

- Menn uten stønad
- ... Menn med stønad
- Kvinner uten stønad
- ... Kvinner med stønad

Gjennomsnittlig pensjonsgivende inntekt (G) for 25-årige kvinner og menn født i Norge 1967–76, bosatt i landet ved fylte 25 år, ikke under utdanning, ikke uførepensjonert, gruppert etter høyeste utdanning ved 25 års alder og stønad/ikke-stønad i alderen 0–16 år

kvinner og 0,88 (95 % KI 0,85–0,91) for menn. For begge kjønn var forskjellene begrenset til dem med lavere utdanning. Lavt utdannede kvinner hadde en ratio på 0,86 (95 % KI 0,83–0,90), lavt utdannede menn en ratio på 0,84 (95 % KI 0,80–0,88). Tilsvarende resultater i gruppen høyere utdanning var 0,99 (95 % KI 0,91–1,07) for kvinner og 0,96 (95 % KI 0,90–1,03) for menn. Pensjonsgivende inntekt for de yrkesaktive i 25-årsalderen var økende med høyere utdanning, men betydelig lavere for kvinner med samme utdanning som menn (fig 4). For begge kjønn var den pensjonsgivende inntekt noe redusert for dem som hadde mottatt stønad. Unntaket er menn med universitetsutdanning på høyere nivå.

Diskusjon

Denne studien viser at grunnstønad og/eller hjelpestønad i alderen 0–16 år predikerer økt risiko for død og uførepensjonering. Risikoen varierer med diagnosen som er registrert ved innvilgelse av stønaden. Med likt evnenivå, målt på sesjon, oppnår ikke menn med stønad i barneårene samme utdanningsnivå som andre. Med samme utdanningsnivå var yrkesaktiviteten mindre for stønadsmottakere, og den pensjonsgivende inntekt var redusert. Disse resultater kan tolkes som ut-

trykk for at barn som får grunnstønad og/eller hjelpestønad, ikke fullt ut oppnår den utdanning eller den yrkesaktivitet de har potensial for.

Analysen av livsløp er mulig ved kobling av en rekke nasjonale effektregistre. Prosessen for å innhente tillatelse til bruk av data fra dataansvarlige instanser og konsesjon for kobling fra Datatilsynet er arbeidskrevende. Når materialet først er etablert, gir det muligheter for å belyse en mengde problemstillinger. Analysene kan fort bli kompliserte, for materialet er stort og variablene mange. Det må foretas avgrensninger, og det kan alltid diskuteres om valgene, både med henblikk på variabler og metoder, er adekvate for formålet.

Vi ønsket å belyse hvilke konsekvenser helseproblemer i barneårene har for sosial utvikling, vurdert ved utdanning og yrkesaktivitet. Vi tok som utgangspunkt at likt evnenivå burde føre til samme utdanningsnivå, og at likt utdanningsnivå burde føre til samme yrkesaktivitet og samme lønnsinntekt. Der materialet gir muligheter for slike sammenlikninger, kommer de som fikk grunnstønad og/eller hjelpestønad i barneårene, dårligere ut enn dem som ikke var registrert med stønad. Fortsatt synes det altså å være rom for tiltak som kan bedre utnyttelsen av

de muligheter barn med helseproblemer sitter inne med.

Manuskriptet ble godkjent 29.9. 2005.

e-fig 2, e-tab 2, e-tab 3, e-tab 5, e-tab 6 og e-tab 7 finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Litteratur

1. Bjerkedal T, Thune O. Grunn- og hjelpestønad til barn – omfang og medisinske årsaker. Tidsskr Nor Lægeforen. 1994; 114: 1941–5.
2. Syse A, red. Ny folketrygdlov. Oslo: Cappelen Akademiske forlag, 1997.
3. Lindbæk M, Wefring KW, Bjerkedal T. Kroniske sykdommer og trygdeytelser blant 4–5-åringer. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2362–5.
4. Bjerkedal T, Kristensen P. Helse i barneårene og deltakelse i arbeidslivet i 29 års alder – noen foreløpige resultater. I: Berg O, Sogaard AJ, Selikowitz H-S et al, red. Medisin og samfunn. Festskrift til Grete Botten i anledning hennes 60-årsdag. Oslo: Unipub forlag, 2003: 81–91.
5. Kristensen P, Bjerkedal T. Trender i deltakelse i arbeidslivet – betydningen av kronisk sykdom som barn og utdanningsnivå. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2879–83.
6. Bjerkedal T, Thune O, Irgens LM. Tidlig identifisering av barn med økt risiko for varig arbeidsuførhet. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 652–6.
7. Sundet JM, Barlaug DG, Torjussen TM. The end of the Flynn effect? A study of secular trends in mean intelligence test scores of Norwegian conscripts during half a century. Intelligence 2004; 32: 349–62.