

Politikere og helsemyndigheter er bekymret for finanskrisens negative helseeffekter, men ny epidemiologisk forskning problematiserer denne sammenhengen

## Finanskrisens betydning for folkehelsen

Europa-regionen i Verdens helseorganisasjon og det norske Helsedirektoratet arrangerte våren 2009 en høyt profilert konferanse i Oslo om den globale krisens betydning for helse og sosiale forhold i Europa (1). Helseministre og helsedirektører uttrykte sine bekymringer, selv om finanskrisens virkninger hadde slått ulikt inn i de enkelte land. Verst rammet er de tidligere østblokklandene, som i rusen over nyvunnet frihet i løpet av de siste tiårene har sluppet markedet løs og avvirket det meste av sitt sosiale sikkerhetsnett. Helsetjenesten i enkelte land får nå reduserte bevilgninger og kommer dertil under press av større pågang fra folk med helseplager knyttet til arbeidsledighet eller ren sosial nød. Politikere griper til privatiseringer og høyere egenandeler, noe enkelte mente kunne medføre en dårligere helsetjeneste for dem som trenger den mest.

Disse holdningene er godt i tråd med det som har vært den tradisjonelle oppfatning: at økonomiske nedgangstider er til skade for folkehelsen, i hver fall for den delen av befolkningen som rammes av arbeidsledighet og dårlig økonomi. «Unemployment kills» var en dominerende konklusjon i flere studier fra 1980-årene. Blant annet påviste den amerikanske sosiologen M. Harvey Brenner gjennom analyse av store datamaterialer, hvordan økonomiske nedgangstider avtegnet seg i økende dødelighet, både generelt og for spesifikke sykdomsgrupper (2). Det motsatte syn – at folk blir friskere i nedgangstider – gjør seg imidlertid nå stadig mer gjeldende. Dels vises det til at tidligere tiders lavkonjunktur ikke kan avleses i redusert levealder (3). Dels pekes det på at dårlig økonomi kan medføre at det blir mindre stressende overtidsjobbing, mindre bilkjøring og færre trafikkulykker, kanskje mindre tobakks- og alkoholbruk og enklere og sunnere mat. Så hva skal vi tro om den saken?

I de store tidsskriftene for epidemiologi og økonomi har det gått en omfattende diskusjon om disse spørsmålene (4). Nyere mortalitetsdata er blitt analysert med andre antakelser om hvor lange tidsforskyvninger man bør legge inn mellom økonomiske nedgangstider og eventuelle endringer i dødelighet. Slike latenstider var opptil 2–3 år i Brenners analyser (5). Den amerikanske økonomen Christopher Ruhm mener nå å kunne vise at en økning i arbeidsledighet på en prosent er assosiert med en halv prosent redusert totaldødelighet, en halv prosent redusert hjerte- og kardødelighet, vel halvannen prosent redusert ulykkesdødelighet, og en nedgang i tre prosent for dødelighet ved trafikkulykker (6). Unntaket er selvmord, som i hans analyser viser en øking på halvannen prosent. Dette gjenspeiler det de aller fleste er enige om, at den psykiske helsen på befolkningsnivå blir dårligere i nedgangstider.

Flere forskere har pekt på at man i slike analyser kan bli offer for såkalte økologiske feilslutninger (7). Redusert dødelighet på befolkningsnivå kan ikke benyttes til å utsi noe om dødeligheten i undergrupper, for eksempel blant de arbeidsledige. Ettersom de mest utsatte gruppene i befolkningen utgjør en liten andel, kan det skjule seg betydelige helseproblemer, og til og med økt dødelighet, i slike datamaterialer. Derfor må de store befolkningsundersøkelsene suppleres med spesifikke studier av utsatte grupper. Dette har f.eks. den norske økonomen Mari Rege og medarbeidere gjort ved å studere helseutfall blant ansatte i bedrifter som har vært utsatt for innskrenkninger eller nedleggelse (8). Her blir utfallet et ganske annet, med en signifikant økning i dødelighet, og i enda høyere grad i risiko for senere overgang til uførepensjon.

Det er ikke bare dødelighet som er av interesse i denne sammenhengen. Det kan godt tenkes at levetiden forblir lite påvirket, mens arbeidsledighet likevel kan avleses i mål for legesøkning, sykmeldinger og uførepensjoner. De helserelaterte trykdeordningene kan komme under press dersom krisen medfører den økningen i omfanget av arbeidsledighet som myndighetene nå antyder. Hvis vi skal bruke tidligere tiders erfaring, kan vi spå at legesøkningen går opp (9), at korttidsykefraværet går noe ned, at langtidsfraværet går opp, og ikke minst – at oppsigelser og uforutsigbare omstillinger i arbeidslivet i betydelig grad vil øke presset på uførepensjonen (10, 11).

For noen helse mål er det et spørsmål om hvor langt man kan bruke erfaringer fra tidligere tiders kriser til å spå om det som kanskje kommer. I mellomkrigstiden grep folk til sild og tranolje og grovt hjemmelaget brød, kanskje med tilskudd av C-vitaminrik kålrabi fra bakhagen. Vil vi se tilsvarende endringer mot et sunt kosthold i vår tids krisetider? Fersk statistikk fra USA og noen europeiske land tyder på noe helt annet. Der er hurtigmatbransjen i sterk vekst. Kjeder som Kentucky Fried Chicken og McDonald's har åpnet flere spisesteder nå enn noen gang tidligere. Sukker, industrifett og bensinstasjonspølser er blitt vår tids fattigmannskost. Det vekker ingen større optimisme blant dagens kostholdseksperter, selv om helsevirkninger av slikt ikke kan avleses straks.

Forskersamfunnets sysling med ulike latenstider mellom nedgangstider og dødelighet har altså avfødt konklusjoner som står i sterk kontrast til bekymringene vi hørte under Holmenkollen-konferansen og budskapene fra WHO (1). Denne mangelen på samsvar mellom kart og terreng må forskningsmiljøene greie å rydde opp i.

**Steinar Westin**  
steinar.westin@medisin.ntnu.no

*Steinar Westin (f. 1944) er professor i sosialmedisin ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet i Trondheim og fastlege ved Mathesongården legesenter.*

*Oppgitte interessekonflikter: Ingen*

### Litteratur

- WHO Regional Office of Europe. Global economic crisis. Health in times of global economic crisis: implications for the WHO European Region. Oslo, Norway, 1–2 April 2009. [www.euro.who.int/healthsystems/econcrisis/20090316\\_1](http://www.euro.who.int/healthsystems/econcrisis/20090316_1) [5.8.2009].
- Brenner MH. Economic change, alcohol consumption and heart disease mortality in nine industrialized countries. *Soc Sci Med* 1987; 25: 119–32.
- Waalder HT. Økonomisk krise og helse. *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129: 772.
- Catalano R. Health, medical care, and economic crisis. *N Engl J Med* 2009; 360: 749–51.
- Laporte A. Do economic cycles have a permanent effect on population health? Revising the Brenner hypothesis. *Health Econ* 2004; 13: 767–79.
- Ruhm CJ. Commentary: mortality increases during economic upturns. *Int J Epidemiol* 2005; 34: 1206–11.
- Tapia Granados JA. Response: on economic growth, business fluctuations, and health progress. *Int J Epidemiol* 2005; 34: 1226–33.
- Rege M, Telle K, Votruba M. The effect of plant downsizing on disability pension utilisation. Discussion paper 435. Oslo: Forskningsavdelingen, Statistisk sentralbyrå, 2005.
- Beale N, Nethercott S. Job-loss and family morbidity: a study of a factory closure. *J R Coll Gen Pract* 1985; 35: 510–4.
- Westin S, Schlesselman JJ, Korper M. Long-term effects of a factory closure: unemployment and disability during ten years' follow-up. *J Clin Epidemiol* 1989; 42: 435–41.
- Trygstad S, Lorentzen T, Løken E et al. Den nye staten. Omfang og effekter av omstillingene i staten 1990–2004. Oslo: FAFO, 2006.