

2/2010

Samfunnsspeilet 2/2010 – 24. årgang

Samfunnsspeilet presenterer aktuelle analyser om levekår og livsstil. Samfunnsspeilet kommer ut fem ganger i året, med årets siste utgave som dobbeltnummer om sosiale indikatorer. Tidsskriftet gir viktig informasjon om sosiale, demografiske, økonomiske og kulturelle endringer i samfunnet.

Samfunnsspeilet henvender seg til deg som er samfunnsengasjert, og til deg som har bruk for å kjenne det norske samfunnet i jobben din. For studenter og skoleelever er tidsskriftet en nyttig kilde som fyller tomrommet mellom lærebøker og dagspressen.

Redaksjon: Johan-Kristian Tønder (ansv. red.), Natasza P. Sandbu (red.), Toril Sandnes (red.), Even Høydahl, Ingrid Melby, Tor Morten Normann, Elisabeth Nørgaard, Jorun Ramm, Ole Sandvik og Kenneth Aarskaug Wiik.

Redigering: Gunn Bredevang, Liv Hansen og Helga Nordermoen (layout).

Foto: Siri E. Boquist, Hanne Marit Svensrud, Torbjørn Tjernsberg, Crestock, Colourbox, Drammens Museum, Scanpix.

Design: Siri E. Boquist

Trykk: Møklegaard's Trykkeri AS

Priser: Per år kr 330,- (institusjoner), kr 220,- (private). Enkeltnr. kr 65,-.

Neste nummer av Samfunnsspeilet kommer ut 21. juni. Artikkelen omtaler blant annet hvilke bedrifter som er ofre for økonomisk kriminalitet. Av andre teamer kan nevnes inntektsmobilitet mellom generasjoner, nordmenns reisevaner og kulturbruk i Oslo.

Internett: <http://www.ssb.no/>

E-post: ssb@ssb.no

ISBN 978-82-537-7825-9 Trykt versjon
ISBN 978-82-537-7826-6 Elektronisk versjon
ISSN 0801-7603

© Statistisk sentralbyrå, mai 2010.

Artikler i tidsskriftet kan ikke uten videre tas som uttrykk for Statistisk sentralbyrås oppfatning.

Ved bruk av stoff fra tidsskriftet, oppgi kilde: Samfunnsspeilet/Statistisk sentralbyrå.

Elisabeth Rønning

Ulønnet omsorgsarbeid

Dobbeltarbeidende seniorer 2

Tor Morten Normann

Seksuell identitet og levekår

Den «vanskelige» identiteten 7

Christoffer Berge

Sykefravær, egen- og legemeldt

Uendret sykefravær siden 2001 16

Bernt Aardal, Ingvild Stakkevold Reymert og Stine Renate Otterbekk

Stortingsvalget 2009

Trenden er brutt – færre skifter parti..... 24

Jorun Ramm

Alternativ behandling

Helse – flere velger alternativt 33

Anders Barstad

Utenfor allfarvei

Livet – drøm eller virkelighet?..... 40

Tor Henriksen

Lokale folkeavstemninger 1970-2009

Et glemt kapittel i vår demokratihistorie 42

Jan Erik Kristiansen

Tall kan temmes!

Mot normalt: Om gjennomsnitt 52

Kristin Henriksen

Barn av innvandrere – ekteskap og utdanning

Flere studenter, færre unge bruder 57

Tor Morten Normann

Uførhet i Norden

Uførhet er mer enn bare helse..... 61

Siden sist 68

Dobbeltarbeidende seniorer

Økt levealder gjør at stadig flere har og får omsorgsplikter overfor sine gamle foreldre eller andre nære personer. Omtrent hver syvende voksne har i dag regelmessig ulønnet omsorgsarbeid, og de fleste er kvinner. Flest befinner seg i alderen 45-66 år, og nær en av fire i denne gruppen utfører slikt arbeid regelmessig. De jobber også mer deltid enn andre som ikke har omsorgsoppgaver på fritiden.

Elisabeth Rønning

Vi lever stadig lenger. I dag har over halvparten av alle i aldersgruppen 45-66 år en eller begge foreldrene i live, og økt levealder i befolkningen vil føre til at andelen over tid vil øke. Mange eldre bor også hjemme og trenger ulike former for hjelp. Praktisk hjelp, pleie, omsorg eller tilsyn til syke, eldre eller funksjonshemmede som gis uten å få lønn for det, kalles i statistikken ulønnet omsorgsarbeid.

Hva er omfanget av slikt omsorgsarbeid? I denne artikkelen ser vi nærmere på det ulønnede omsorgsarbeidet, hvem som utøver det, og hva det består i. I tillegg ser vi nærmere på yrkesaktiviteten til den største gruppen av ulønnede omsorgsarbeidere, nemlig 45-66-åringene.

De demografiske utfordringene og en skjevare fordeling mellom antallet eldre og den yrkesaktive delen av befolkningen vil føre til en økt etterspørsel etter arbeidskraft. En av gruppene det i dag legges opp en politikk for å øke yrkesdeltakelsen til, er seniorene i arbeidslivet. Det er en uttalt målsetting å få flere til å stå lengre i arbeid. Det er derfor interessant å se nærmere på yrkesaktivitet i lys av det ulønnede omsorgsarbeidet personer i denne aldersgruppen i større grad må utføre.

Artikkelen bygger på levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt som Statistisk sentralbyrå gjennomfører hvert tredje år, og der ulønnet omsorgsarbeid kartlegges. Dette ble sist gjort i 2008 (se tekstboks).

Levekårsundersøkelsen 2008

Levekårsundersøkelsene som gjennomføres med vekslende og repeterende temaer, er utvalgsundersøkelser der et tverrsnitt av befolkningen blir trukket ut til å delta. I 2008 da helse, omsorg og sosial kontakt sist var tema, ble 10 000 personer i alderen 16 år og over trukket ut. Av dem deltok 67 prosent eller 6 465 personer. Helse, omsorg og sosial kontakt har tidligere vært tema i levekårsundersøkelsene i 1998, 2002 og 2005. Les mer om undersøkelsen her: [Wilhelmsen \(2009\): http://www.ssb.no/emner/00/90/notat_200940/notat_200940.pdf](http://www.ssb.no/emner/00/90/notat_200940/notat_200940.pdf)

Spørsmål om ulønnet omsorgsarbeid

Innad i husholdningen: Gir du regelmessig noe ulønnet hjelp til person i husholdningen som trenger ekstra stell, tilsyn eller hjelp til daglige gjøremål på grunn av varig sykdom, funksjonshemming eller høy alder? Vi spør om regelmessig praktisk hjelp, stell eller tilsyn.

Utenfor husholdningen: Gir du regelmessig noe ulønnet praktisk hjelp til eller tilsyn med syke, funksjonshemmede eller eldre utenfor husholdningen?

Om sysselsetting og heltids- og deltidsarbeid

Sysselsetting: Alle som har svart at de har utført minst 1 times inntektsgivende arbeid forrige uke eller var midlertidig borte fra eller hadde fri fra sitt inntektsgivende arbeid forrige uke.

Heltids- og deltidsarbeid: Heltidsarbeidende er her definert som de som svarer at de har jobbet 37 timer eller mer i sitt hovedarbeidsforhold. Deltidsarbeidende er her definert som de som svarer at de har jobbet mindre enn 37 timer i sitt hovedarbeidsforhold.



Elisabeth Rønning er sosiolog og seniorrådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for levekårsstatistikk. (elisabeth.ronning@ssb.no)

Nær to av ti kvinner gir regelmessig ulønnet omsorg

Eldre som blir hjelpetrengende mottar støtte både fra det offentlige hjelpeapparatet, fra familien og fra andre. Beregninger som er gjort, anslår at familien står for omtrent halvparten av den omsorgen eldre mottar (St.meld. nr. 25: 2005-2006). I 2008 svarer 3 prosent av alle over 16 år at de gir regelmessig ulønnet hjelp til pleie- eller tilsynstrengende i egen husholdning (se figur 1). I alt 13 prosent svarer at de gir regelmessig ulønnet hjelp til noen utenfor egen husholdning. Og 15 prosent gir omsorg enten til noen i egen husholdning eller til noen utenfor egen husholdning. Det er noen flere kvinner som har ulønnet omsorgsarbeid, 18, mot 13 prosent blant menn.

Det er de i alderen 45-66 år som i størst grad har ulønnet omsorgsarbeid, nær 25 prosent gir hjelp enten i egen husholdning eller til noen utenfor. Det er mest vanlig å yte ulønnet omsorgsarbeid for noen utenfor egen husholdning (se figur 2).

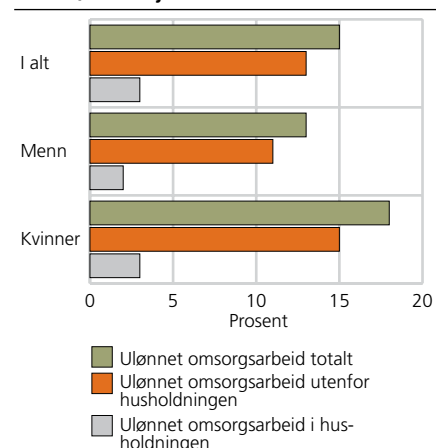
Vi mangler gode tidsserier til å si mye om utviklingen over tid på detaljert nivå knyttet til det ulønnede omsorgsarbeidet. Men vi har målt andel som gir regelmessig ulønnet hjelp til noen *utenfor* egen husholdning over en tidsperiode på 25 år. I 1983 svarte 8 prosent at de hadde noe ulønnet omsorgsarbeid utenfor hjemmet. 25 år senere, i 2008, svarte 13 prosent det samme. På det høyeste, i 1995, svarte hele 17 prosent at de regelmessig hadde ulønnet omsorgsarbeid (se figur 3). Deretter har andelen gått svakt ned.

Ikke bare til egne foreldre

Når vi ser på det regelmessige ulønnede omsorgsarbeidet for personer utenfor egen husholdning, er det både foreldre, andre slektninger, naboer og venner som får hjelp. 6 prosent i den voksne befolkningen gir ulønnet regelmessig hjelp til foreldre i 2008, mot 5 og 4 prosent til andre slektninger, naboer og

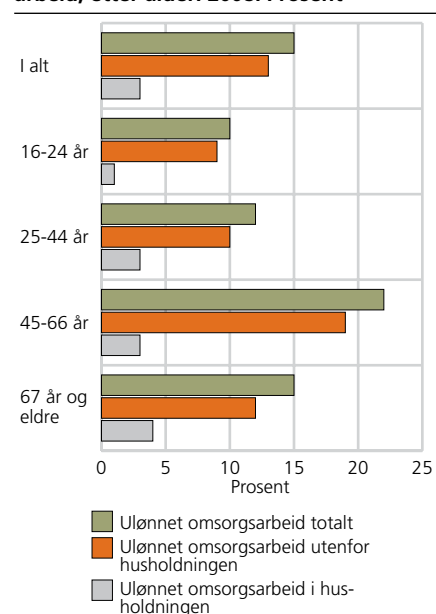


Figur 1. Andel som gir ulønnet omsorgsarbeid, etter kjønn. 2008. Prosent



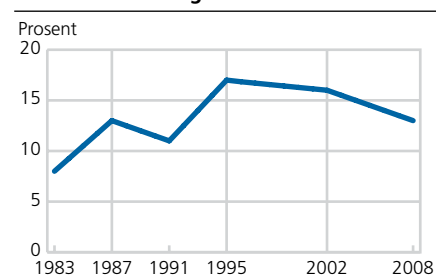
Kilde: Levekårsundersøkelsen 2008, Statistisk sentralbyrå.

Figur 2. Andel som gir ulønnet omsorgsarbeid, etter alder. 2008. Prosent



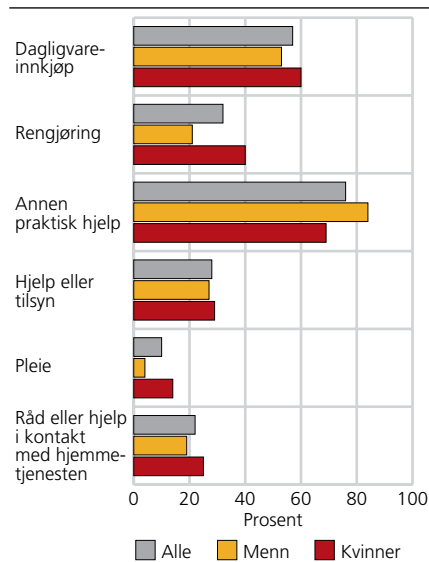
Kilde: Levekårsundersøkelsen 2008, Statistisk sentralbyrå.

Figur 3. Andel som gir ulønnet omsorgsarbeid utenfor husholdningen. 1983-2008. Prosent



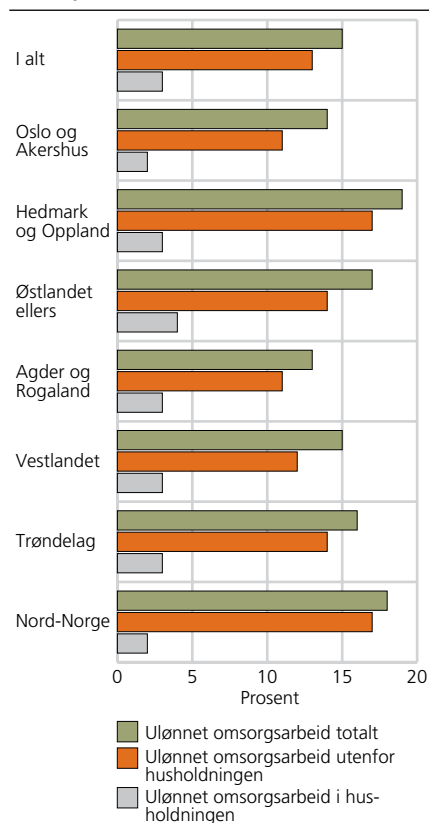
Kilde: Levekårsundersøkelsene 1983-2008, Statistisk sentralbyrå.

Figur 4. **Type hjelp gitt til foreldre, etter kjønn (andel av de som oppgir regelmessig ulønnet omsorgsarbeid for egne foreldre). 2008. Prosent**



Kilde: Levekårsundersøkelsen 2008, Statistisk sentralbyrå.

Figur 5. **Andel som gir ulønnet omsorgsarbeid, etter landsdel. 2008. Prosent**



Kilde: Levekårsundersøkelsen 2008, Statistisk sentralbyrå.

venner. Blant 45-66-åringene ser vi at det å hjelpe egne foreldre dominerer. 12 prosent i denne gruppen gir regelmessig hjelp til foreldre, mot 7 og 4 prosent til andre slektninger, naboer og venner. De eldste i befolkningen, som har mistet egne foreldre, hjelper naturlig nok i større grad naboer og venner regelmessig.

Uformelt omsorgsarbeid for noen utenfor egen husholdning kan bestå av ulike aktiviteter. Av de som gjør ulønnet omsorgsarbeid for egne foreldre, gjør nær åtte av ti det vi har kalt annen praktisk hjelp (se figur 4). Dette er også det området der menn i størst grad bidrar.

Dagligvareinnkjøp er en annen oppgave som nær seks av ti utfører, rengjøring er en oppgave for tre av ti. Begge disse aktivitetene gjøres i størst grad av kvinner. Pleieoppgaver, som en av ti av de ulønnede omsorgsarbeiderne gjør, domineres også av kvinner. Tiden menn og kvinner bruker på dette arbeidet, varierer også. I gjennomsnitt bruker de som har svart at de regelmessig yter ulønnet omsorgsarbeid ovenfor foreldre, 3,6 timer i uken. Menn bruker nærmere 3 timer i gjennomsnitt, mens kvinner bruker nærmere 4 timer.

Ikke like mye ulønnet omsorgsarbeid i hele landet

Det er små variasjoner i hvor mange som gir ulønnet omsorgsarbeid til noen når vi ser på de ulike landsdelene i Norge (se figur 5). Personer bosatt i Hedmark og Oppland skiller seg ut ved at de har mest ulønnet omsorgsarbeid, med 19 prosent. I motsatt ende finner vi Agder og Rogaland samt Oslo og Akershus med 13 og 14 prosent.

Her spiller nok flere forhold inn. Hedmark og Oppland er de to fylkene i landet med høyest gjennomsnittsalder (Høydal og Rustad, 2009). Oslo og Akershus har en yngre befolkning, og en større andel av befolkningen i Oslo og Akershus bor nok ikke i nærheten av sine foreldre og har dermed vanskelig for å gi regelmessig hjelp til dem. Det er også viktig å være klar over at det er variasjoner i tilbud og ressursbruk til pleie- og omsorgstjenester i landet, og slike forhold kan ha betydning for hvor mye ulønnet omsorgsarbeid det er nødvendig å yte.

Mest ulønnet omsorgsarbeid blant 45-66-åringene

Videre i artikkelen vil vi se nærmere på de i befolkningen som i størst grad har ulønnet omsorgsarbeid for eldre eller syke, personer i alderen 45-66 år. Vi velger i tillegg å bare inkludere i denne aldersgruppen de som har foreldre i live. Denne gruppen er også spesielt interessant fordi det er disse som har størst sannsynlighet for å komme i tidsklemmen mellom yrkesarbeid og økte krav om omsorgsarbeid for eldre og syke foreldre.

De demografiske utfordringene knyttet til at befolkningen stadig blir eldre og det på sikt blir færre yrkesaktive i forhold til andel eldre, gjør at vi både har en sysselsettingsutfordring og en omsorgsutfordring å hanske med. Flere studier har vist at de som yter mye familieomsorg, jobber mindre (Fevang, Kværndokk, Røed, 2009), og at omsorg for foreldre kan føre til økt sannsynlighet for å bli langtids trygde- eller sosialhjelpsmottaker. Tidsklemme og stress kan føre til helseproblemer (Gautun 2008).

Mange jobber deltid

45-66-åringene er en gruppe som er godt etablert i arbeidslivet, og mange begynner å få gamle foreldre som har ulike behov for hjelp. Hvis vi bare ser på de som har foreldre i live, svarer nær 30 prosent at de regelmessig gjør en el-

ler annen form for ulønnet omsorgsarbeid, det vil si enten i egen husholdning eller for personer utenfor egen husholdning (se figur 6). Dette er adskillig flere enn de 15 prosentene for befolkningen i alt.

Det er vanligere blant kvinner enn blant menn i alderen 45-66 år å ha ulønnet omsorgsarbeid når man fortsatt har foreldrene i live, henholdsvis 34 og 23 prosent. Og det er tydelig at omsorgsoppgavene i denne gruppen øker med økt alder; blant 60-66 åringene svarer nær halvparten at de regelmessig har ulønnet omsorgsarbeid.

Når vi ser nærmere på sysselsettingen til de mellom 45 og 66 år, ser vi så vidt at andelen sysselsatte er lavere blant de som har ulønnet omsorgsarbeid, enn blant de som ikke har det. Vi ser tydeligere forskjeller mellom de som har ulønnet omsorgsarbeid, og de som ikke har slikt arbeid, i *hvor mye* de jobber.

Mens omtrent en av fire av de som ikke tar seg av andre, jobber deltid, gjelder dette fire av ti blant de som har ulønnet omsorgsarbeid (se tekstboks for definisjon av deltidsarbeid). Disse forskjellene gjelder både for menn og kvinner (se figur 7).

For å utelukke at den høye deltidsandelen blant de som har omsorgsarbeid, bare er en alderseffekt, at det bare er blant de eldste 45-66-åringene vi finner en sammenheng mellom deltidsarbeid og ulønnet omsorgsarbeid, har vi sett på deltidsarbeid i ulike aldersgrupper blant de som har ulønnet omsorgsarbeid, og de som ikke har det.

Av figur 8 ser vi at andelen med deltidsarbeid øker jevnt med alder blant de som har ulønnet omsorgsarbeid, og andelen som jobber deltid, er høyest hos de eldste. Tall fra Arbeidskraftundersøkelsen 2009 bekrefter også at deltidsandelen generelt er høyere blant de eldste sysselsatte enn blant 40- og 50-åringene. Det er flere som jobber deltid blant de som har ulønnet omsorgsarbeid, enn blant de som ikke har det. Dette gjelder særlig aldersgruppene 45-49 år og 56-59 år. Blant de eldste (60-66 år) er observasjonene så få, derfor kan vi ikke her si noe sikkert når det gjelder deltid blant de som gir, og de som ikke gir omsorg.

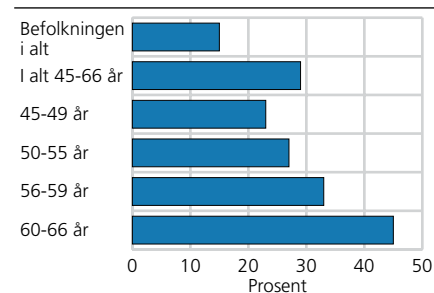
Hovedbildet er likevel at de som har en eller annen form for ulønnet omsorgsarbeid, i større grad jobber deltid enn de som ikke har noe ulønnet omsorgsarbeid. Dette stemmer også godt overens med Gautuns (2008) gjennomgang av forskning på feltet, der hovedbildet i de ulike undersøkelsene var at omsorgsforpliktelse påvirker valg av deltidsarbeid.

Når andelen eldre øker

I denne artikkelen har vi presentert de siste tallene knyttet til ulønnet omsorgsarbeid fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelser. Artikkelen har fokusert på omfang av ulønnet omsorgsarbeid, kjennetegn ved de som utfører ulønnet omsorgsarbeid, og type omsorgsarbeid som det er vanlig å utføre.

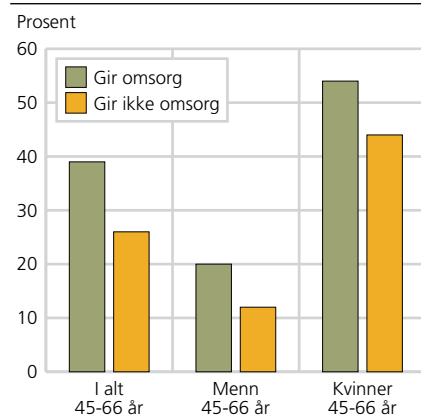
I tillegg til å gi en oversikt over det generelle tallmaterialet på feltet har vi sett spesielt på personer i aldersgruppen 45-66 år, da det er disse som i størst grad har ulønnet omsorgsarbeid. Jo nærmere 66 år man er, jo mer regelmessig ulønnet omsorgsarbeid har man. I tillegg er dette en gruppe som man er opptatt av at skal stå lengre i arbeid.

Figur 6. Andel personer 45-66 år med foreldre i live, og i befolkningen i alt, som gir ulønnet omsorgsarbeid, etter alder. 2008. Prosent



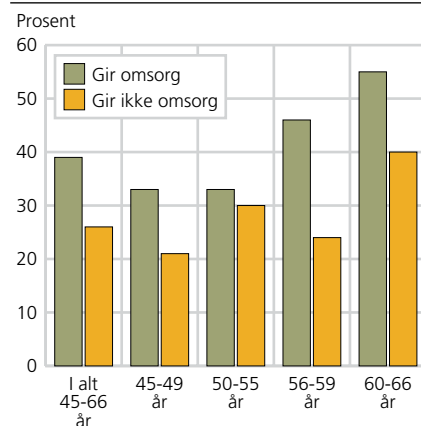
Kilde: Lavekårsundersøkelsen 2008, Statistisk sentralbyrå.

Figur 7. Andel personer 45-66 år med foreldre i live og med deltidsarbeid. Etter om man gir uformell omsorg eller ikke etter kjønn. 2008. Prosent



Kilde: Lavekårsundersøkelsen 2008, Statistisk sentralbyrå.

Figur 8. Andel personer 45-66 år med foreldre i live og med deltidsarbeid. Etter om man gir uformell omsorg eller ikke etter alder. 2008. Prosent



Kilde: Lavekårsundersøkelsen 2008, Statistisk sentralbyrå.



Referanser

Arbeidskraftundersøkelsen (AKU) 2009: Flere langtidsledige: <http://www.ssb.no/emner/06/01/aku/>

Fevang, Elisabeth, Snorre Kverndokk og Knut Røed (2009): Omsorg for foreldre – hvordan påvirkes yrkesaktiviteten? Søkelys på arbeidslivet, nr. 1, 2009.

Gautun, Heidi (2007): Hvordan gjøre det lettere for seniorene å kombinere jobb med omsorg for gamle foreldre? Søkelys på arbeidslivet, nr. 1, 2007.

Gautun, Heidi (2008): Arbeidstakere og omsorg for gamle foreldre – den nye tidsklemma, Fafo-rapport 2008:40.

Høydahl og Rustad (2009): Befolkningsvekst, men ikke over alt *Samfunnspeilet* 5-6, 2009, Statistisk sentralbyrå.

Normann, Nørgaard, Rønning (2009): Utfordringer for den nordiske velferdsstaten – sammenliknbare indikatorer, NOSOSKO Nordisk Sosialstatistisk Komité 41: 2009.

St.meld. nr. 25: 2005-2006: Mestring, muligheter og mening.

Wilhelmsen, Marit (2009): Samordnet levekårsundersøkelse 2008 – Tverrsnittsundersøkelsen, Dokumentasjonsrapport, Notater 2009/40, Statistisk sentralbyrå.

I tråd med de demografiske endringene i samfunnet, der andelen eldre øker, er en av de mest sentrale utfordringene for velferdsstaten å holde en størst mulig del av befolkningen i arbeid (Normann, Nørgaard og Rønning, 2009). Dette gjør at de eldste i arbeidslivet vil oppleve press fra to hold – både om å yte mer omsorg og om å jobbe mer. Dette er viktige forhold som må studeres nærmere, og bringes mer på banen i både forskning og politikkutforming knyttet til velferdsstatens utfordringer.

Den «vanskelige» identiteten

Homofile, lesbiske og bifile har oftere symptomer på svekket psykisk helse enn heterofile. Dette er ett av de få sikre funnene om seksuell identitet i levekårsundersøkelsen fra 2008, der vi for første gang inkluderte spørsmål om seksuell tiltrekning og identitet. Det er også tegn på at homofile, lesbiske og bifile har svekkede levekår på andre områder, men her er resultatene usikre. Usikkerheten bunner i at svært få klassifiserer seg selv som ikke-heterofile. Noe av årsaken er at seksuell identitet er et vanskelig fenomen å fange inn i statistiske undersøkelser.

Den 1. januar 2010 trådte den nye ekteskapsloven i kraft – den likestiller ekteskap mellom personer av begge og samme kjønn. Da hadde vi hatt den gamle partnerskapsloven siden 1993. Den nye ekteskapsloven representerer en ganske merkbar endring i samfunnets forhold til homofili siden 1972, da straffelovens § 213 mot homoseksualitet ble avskaffet.

Seksuell identitet har vært et tema som Statistisk sentralbyrå tidligere har ment ikke har vært egnet til å inngå i våre store levekårsundersøkelser. For det første har vi ansett det som for sensitivt til at vi kunne spørre om dette, og for det andre har vi ikke sett det som en sentral indikator i forklaringen av levekårsforskjeller. Data som kunne si noe om levekårene til homofile, lesbiske og bifile, har imidlertid vært etterspurt.

Det er ikke bare å spørre sånn uten videre ...

I 2007 startet SSB en utredning om hvorvidt seksuell identitet skulle inkluderes i levekårsundersøkelsen. Dersom det skulle gjøres, måtte vi kunne svare bekreftende på to viktige spørsmål. Først – kan det med rimelighet antas at seksuell identitet er en relevant faktor når vi skal forklare levekårsforskjeller? Dernest – er det mulig å spørre et utvalg av befolkningen om deres seksuelle identitet på en måte som gjør at ingen synes det er plagsomt, og at de derfor svarer så riktig som mulig? Disse to spørsmålene var grunnlaget for utredningsarbeidet som er dokumentert i Gulløy, Haraldsen og Normann (2009).

Med grunnlag i både norsk og internasjonal forskning kom vi fram til at det er rimelig å anta at seksuell identitet kan bidra til å forklare levekårsforskjeller. De mest fremtredende funnene var innenfor helse, både fysisk og psykisk. Men også innenfor områder som sosial kontakt, arbeidsmiljø, boforhold, diskriminering, vold og trusler finnes det forskning som peker på forskjeller. Ut fra et levekårsperspektiv var det dermed interessant å inkludere spørsmål om seksuell identitet, spesielt i levekårsundersøkelsen i 2008 der overordnet tema var helse, men der også forhold som sosial kontakt, diskriminering, vold og trusler samt livsstil var med.

Den neste utfordringen var å utvikle spørsmål om temaet seksuell identitet. Hva skal man egentlig spørre om, og hvordan?

Seksuell identitet er ikke nødvendigvis enkelt å klassifisere i gjensidig utelukkende kategorier, og i noen tilfeller kan den kan endre seg i løpet av livet.

Tor Morten Normann

Artikkelen bygger på en nylig utkommet rapport: Tor Morten Normann og Elisabeth Gulløy (2010) *Seksuell identitet og levekår. Evaluering av levekårsrelevans og datafangst*. Rapport 13/2010, Statistisk sentralbyrå



Tor Morten Normann er statsviter og seniorrådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for levekårsstatistikk. Han jobber med analyser av levekårsundersøkelsene, og er fagansvarlig for EU-SILC. (tor.morten.normann@ssb.no)

Dessuten er det ikke sikkert at identiteten samsvarer med seksuell tiltrekning og eventuelle seksuelle erfaringer. For å utvikle gode spørsmål gjennomgikk vi flere mulige måter å utforme spørsmål på, og vi testet dem ut ved å stille dem til tilfeldig valgte personer. Det var dessuten viktig å plassere spørsmålene slik at de inngikk i en sammenheng der seksuell tiltrekning og identitet var relevant.

Etter gjennomgangen av forskning på området og testingen av spørsmålene kunne vi svare bekreftende på våre innledende spørsmål: Ja, seksuell identitet kan være relevant for levkårene, og ja, det kan være mulig å stille gode spørsmål om seksuell identitet. Derfor valgte vi å inkludere spørsmål om seksuell identitet som et prøveprosjekt i vår levkårsundersøkelse om helse i 2008. For dokumentasjon av levkårsundersøkelsen, se Wilhelmsen 2008.



Få homofile og lesbiske

Det finnes ikke noe eksakt tall for hvor stor andel av befolkningen som identifiserer seg selv som homofile, lesbiske eller bifile. I den offentlige debatten verserer det mange tall. I en nylig sendt fjernsynsdokumentar på NRK ble det sagt at en av fem er homofil eller lesbisk, og i det mye omtalte NRK-programmet «Hjernevask» ble det nevnt en andel på 3,3 prosent homofile menn, uten at kilde ble oppgitt. I andre sammenhenger kan det dukke opp andre tall, men fram til nå har det ikke vært mulig å verken bekrefte eller avkrefte anslagene ved hjelp av representative data i Norge.

Som nevnt valgte vi å inkludere spørsmål om både seksuell tiltrekning og seksuell identitet i våre undersøkelser.

Først spurte vi respondentene om hvilket kjønn de følte seg seksuelt tiltrukket av. Så spurte vi dem som var tiltrukket av samme eller begge kjønn, om hvilken seksuell identitet de anså seg selv å ha. Med denne måten å spørre på, fant vi at 1,2 prosent av befolkningen i alderen 16 år og over identifiserer seg selv som homofil, lesbisk eller bifil. Noen flere, 1,8 prosent, svarte at de føler tiltrekning til samme eller begge kjønn.

Betyr dette at det er «bare» 1,2 prosent homofile, lesbiske og bifile i Norge? Ikke nødvendigvis.

Mulige feilkilder

Vi var på forhånd klar over at det var metodiske utfordringer knyttet til disse spørsmålene, og rapporten som denne artikkelen bygger på, drøfter blant annet datakvaliteten (se tekstboks). Der konkluderes det med at det er en viss fare for underrapportering for andelen homofile, lesbiske og bifile. Dette skyldes både at enkelte ikke har svart på spørsmålet, og at det alltid er en risiko for feilsvar når man stiller sensitive spørsmål i et intervju. Vi har likevel ikke noen enkel mulighet til å anslå hvor stor denne målefeilen eventuelt er.

En mulig måte å vurdere om målefeilen er stor eller ikke, er å sammenligne med andre lignende undersøkelser. En stor folkehelseundersøkelse gjennomført i Sverige, som rett nok klassifiserer på en litt annen måte, viser 1 prosent homofile og bifile. I tillegg kommer 1 prosent «heterofile med visse homoseksuelle innslag», altså til sammen 2 prosent i gruppen vi kan kalle ikke-heterofile (Statens Folkhälsoinstitut 2005). Det er ikke så veldig ulikt andelen i SSBs levkårsundersøkelse. Andre undersøkelser viser noe høyere andeler ikke-heterofile enn det levkårsundersøkelsen gjør, men de er ofte ikke helt sammenlignbare (se Gulløy, Haraldsen og Normann 2009).

Unge og kvinner oftest bifile?

I og med at andelen ikke-heterofile er så lav, er det vanskelig å si noe sikkert om forskjeller i kjønn, alder, bosted og utdanning. Vi kan likevel forsøke å antyde noen forskjeller, selv om de ikke er statistisk sikre.

Kvinner og menn er i omtrent samme grad tiltrukket bare av samme kjønn, og dermed er andelen henholdsvis homofile (0,6 prosent) og lesbiske (0,7 prosent) nokså like (se figur 1). Det ser imidlertid ut til at det er vanligere blant kvinner å føle tiltrekning til begge kjønn. 1,4 prosent av kvinnene har svart dette, mot 0,7 prosent blant menn. Dermed er også andelen bifile høyere blant kvinner enn blant menn.

Vi kan heller ikke si noe sikkert om aldersforskjeller, og her kan vi i tillegg ane en fare for målefeil i og med at vi knapt finner ikke-heterofile blant de aller eldste (se figur 1). Delvis er det en metodisk forklaring på dette. De som ikke føler seksuell tiltrekning til noen, har heller ikke har fått spørsmål om seksuell identitet. Det gjelder selvfølgelig oftest blant de eldste. Ser vi bort fra dette, er tiltrekning bare til samme kjønn nokså jevn for alle aldersgrupper fra 16 til 66 år (1,0-0,7 prosent), mens tiltrekning til begge kjønn er vanligst blant de yngste. Det gjelder 2 prosent av 16-24 åringene. Dette gjenspeiles da også i mindre aldersvariasjon i andelen homofile og lesbiske enn i andelen bifile.

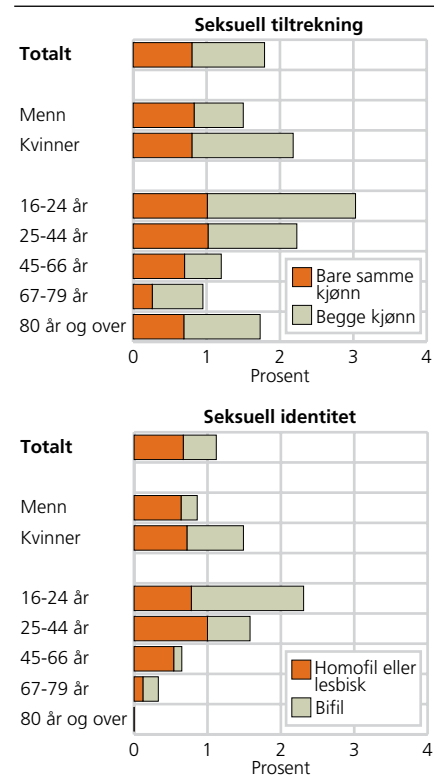
Små forskjeller i bosted og utdanning

Det har tidligere blitt hevdet at flertallet av homofile og lesbiske trekker inn mot byene, og at det er der man derfor finner de høyeste andelen (Hegna mfl 1999). I våre data finner vi delvis støtte for dette, men igjen er funnene usikre. Andelen som er tiltrukket av samme eller begge kjønn, er noe høyere i de største tettstedene enn andre steder, og andelen homofil, lesbisk eller bifil er også noe høyere.

En undersøkelse gjennomført av NOVA i 1998 (ibid.) viste at homofile og lesbiske hadde betydelig høyere utdanningsnivå enn befolkningen ellers. Våre data gir ikke støtte til en slik konklusjon. I de ulike utdanningsgruppene er det små forskjeller i andeler som er tiltrukket bare av samme kjønn, selv om andelen er størst i gruppen med høyere utdanning. Andelen som er tiltrukket av begge kjønn, er imidlertid høyest i gruppen med kun grunnskoleutdanning, men det har sammenheng med at andelen også er høy blant de yngste.

Heller ikke når vi ser på identitet er det store forskjeller etter utdanningsnivå. Ser vi på homofile, lesbiske eller bifile under ett, finner vi ikke noen stor overrepresentasjon av denne gruppen blant dem med høyere utdanning.

Figur 1. Andel med ulik seksuell tiltrekning og seksuell identitet, etter alder og kjønn. Personer 16 år og over. 2008. Prosent



Kilde: Levkårsundersøkelsen 2008, Statistisk sentralbyrå.





Knapt forskjeller i egenvurdert helse ...

Som nevnt tidligere var introduksjonen av spørsmål om seksuell tiltrekning og identitet i levekårsundersøkelsen begrunnet med at dette kan være relevant i forklaringer av levekårsforskjeller. Den lave andelen ikke-heterofile er i så måte en utfordring, i og med at det da blir vanskelig å finne statistisk sikre resultater. Vi skal likevel trekke fram noen hovedfunn som belyser forskjeller på grunnlag av seksuell tiltrekning og identitet.

Tidligere forskning fra Norge har vist at både lesbiske kvinner og homofile menn har noe dårligere allmenn helse enn andre (ibid.), mens resultater fra Sverige stort sett bare finner forskjeller mellom lesbiske og heterofile kvinner (Statens Folkhälsoinstitut 2005). Når vi ser på forskjeller i egenvurdert helse ved hjelp av data fra levekårsundersøkelsen, viser det seg at åtte av ti heterofile vurderer sin egen helse som god eller meget god. Andelen blant homofile, lesbiske og bifile er omtrent lik.

... men tiltrekning til samme kjønn slår negativt ut

Det å bare se på ulike andeler med god eller dårlig helse i enkelte grupper gir ikke et utfyllende bilde av sammenhenger. Sammenligning av slike andeler kan både tildekke og avdekke forskjeller som egentlig skyldes andre forhold. Selv om det er stor likhet mellom heterofile og ikke-heterofile i egenvurderingen av helse, kan det likevel være at seksuell identitet eller tiltrekning har betydning? For å finne ut mer om dette har vi gjennomført en multivariat analyse (logistisk regresjon, se tekstboks).

Analysen viser oss at både kjønn, alder og utdanning påvirker helsen. Dette er kjent fra tidligere, men selv om vi kontrollerer for disse forholdene, finner vi også at det å være tiltrukket kun av samme kjønn faktisk gir større sannsynlighet for å rapportere dårlig egenvurdert helse.

I en tilsvarende analyse hvor vi benyttet seksuell identitet i stedet for tiltrekning, fant vi imidlertid ingen effekt. Når vi går fra seksuell tiltrekning til seksuell identitet, blir altså den lille sammenhengen vi fant, helt borte. En mulig forklaring på dette kan være at noen av dem som er tiltrukket av samme kjønn, likevel klassifiserer seg som heterofile, eller ikke kan plassere seg innenfor noen av kategoriene. Det kan være denne lille gruppen som rapporterer svekket helse, og som dermed gjør at tiltrekning har effekt, mens identitet ikke har det.

Logistisk regresjon

Logistisk regresjon er en multivariat analysemetode som benyttes for å studere den unike effekten av flere forklaringsvariabler på en avhengig variabel. Metoden er velegnet når den avhengige variabelen er dikotom, altså har to uavhengige verdier, og vi har flere mulige årsaksvariabler. Her brukes analysemetoden for å se på om man definerer seg som ufør eller ikke ut fra utdanning, kjønn, alder, utdanning, husholdningstype, fødeland og helse. For mer om logistisk regresjon, se for eksempel Ringdal (2001).

Samme resultat for varig sykdom

Svenske resultater har også vist at det var noe vanligere å ha langvarig sykdom blant homo- og biseksuelle enn i befolkningen for øvrig (Statens Folkhälsoinstitut 2005). Vi har gjennomført tilsvarende analyser som for egenvurdert helse der vi har sett på varig sykdom.

Gjør vi som for egenvurdert helse, og først sammenligner andeler som rapporterer varig sykdom, ser vi at personer som er tiltrukket av samme kjønn, noe oftere rapporterer varig sykdom enn personer som bare er tiltrukket av motsatt kjønn. Dette gjelder delvis også for personer som er tiltrukket av begge kjønn, men da i mindre grad. Ser vi på identitet i stedet for tiltrekning, finner vi også noe av det samme. Homofile, lesbiske og bifile rapporterer varig sykdom noe oftere enn heterofile, men forskjellen er ikke stor. Den gruppen som oftest rapporterer varig sykdom, er de som har usikker identitet, altså personer som er tiltrukket av samme kjønn, men som ikke har ønsket eller

kunnet oppgi identitet innenfor de gruppene vi har definert. Denne gruppen er imidlertid svært liten, så her er resultatene meget usikre.

Når vi så gjennomførte en multivariat analyse tilsvarende den for egenvurdert helse, fant vi imidlertid resultater som var til forveksling like. Personer som føler seksuell tiltrekning bare til samme kjønn, har større sannsynlighet for å rapportere langvarig sykdom enn heterofile (referansegruppen), mens det å være homofil eller lesbisk ikke har signifikant betydning for sannsynligheten for å rapportere varig sykdom. Forklaringen på at tiltrekning slår ut mens identitet ikke gjør det, kan ligge i resultatene for gruppen av usikre, som omtalt i det forrige avsnittet.

En psykisk belastning?

Forskningen på seksuell identitet og helse fokuserer i større grad på den psykiske enn på den fysiske helsen. Resultater peker på at selve prosessen med å erkjenne seg selv som ikke-heterofil, samt det å møte fordommer og stigmatisering, kan bidra til psykiske vansker for noen, og flere rapporter viser svekket psykisk helse blant ikke-heterofile (se bla Statens Folkhälsoinstitut 2005, Hegna mfl 1999, Moseng 2002, 2005).

I levekårsundersøkelsen om helse er det mange spørsmål om psykisk helse. Vi har her valgt ut to indekser, og bruker disse for å se om våre data gir grunnlag for å si om seksuell tiltrekning og identitet henger sammen med svekket psykisk helse. Disse indeksene gir på ingen måte noe uttømmende bilde av den psykiske helsen, men gir et bilde av symptomer (se tekstboks om indeksene).

Oftere symptomer på svekket psykisk helse

Resultater for den første indeksen, som vi har kalt PH5, viser at nesten en av tre heterofile har opplevd varige eller tilbakevendende plager (se figur 2). Det oppleves oftere av kvinner enn av menn. Personer som føler seksuell tiltrekning til samme kjønn, har oftere plager enn dem som bare er tiltrukket av motsatt kjønn, og homofile, lesbiske og bifile har oftere plager enn heterofile. En spesielt høy andel med plager finner vi blant bifile kvinner, men her er antallet observasjoner så lavt at vi ikke kan slå fast om dette er et sikkert utslag.

Den andre indeksen vi bruker til å måle nedsatt psykisk helse, er den såkalte Hopkins liste (se tekstboks). En gjennomsnittskår på over 1,75 ved bruk av denne indeksen tolkes som symptomer på angst og depresjon. Blant heterofile skårer en av ti over denne verdien (se figur 3). Dette betyr ikke nødvendigvis

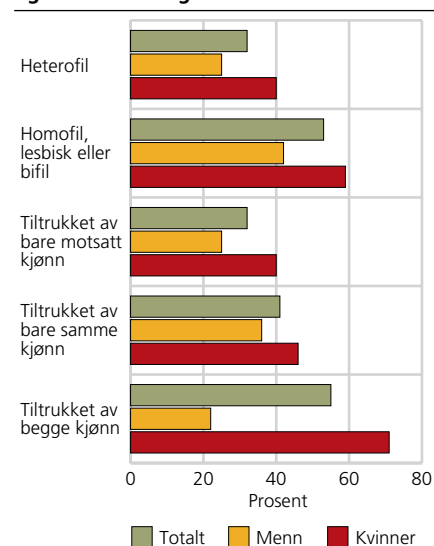
Psykisk helse – indekser

Indeksen PH5 er sammensatt av fem ulike spørsmål om varige eller tilbakevendende psykiske plager de siste tre månedene (regnet fra intervju tidspunktet). Plagene som inngår, er: 1) nedstemt eller deprimert, 2) irritabel eller aggressiv, 3) konsentrasjonsvansker, 4) søvnproblemer og 5) trett eller slapp.

Hopkins liste

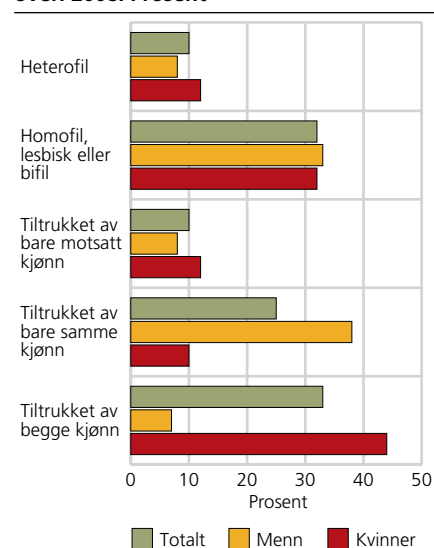
Hopkins liste (Hopkins Symptoms Checklist - HSCL-25) er et velkjent og mye brukt screeninginstrument utviklet på Johns Hopkins University på 1950-tallet. Den omfatter en symptomliste med 25 spørsmål som måler symptomer på angst og depresjon. Skalaen for hvert av spørsmålene inkluderer fire svarkategorier: ikke plaget = 1, litt plaget = 2, ganske mye plaget = 3 og veldig mye plaget = 4. Totalsummen er gjennomsnittsscoren på alle de 25 spørsmålene. Her ser vi på andeler med totalsum på 1,75 eller mer. I mange tilfeller er det vist at totalsummen korrelerer sterkt med en alvorlig følelsesmessig lidelse med en uspesifisert diagnose. (Jensen og Hedum 2007)

Figur 2. Andel med varige og tilbakevendende symptomer på psykiske plager de siste tre månedene, etter seksuell identitet og tiltrekning. Kvinner og menn 16 år og over. 2008. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen 2008, Statistisk sentralbyrå.

Figur 3. Andel med HSCL¹ over 1,75 i gjennomsnitt, etter seksuell identitet og tiltrekning. Kvinner og menn 16 år og over. 2008. Prosent



¹ For nærmere forklaring av HSCL, se tekstboks om Hopkins liste.

Kilde: Levekårsundersøkelsen 2008, Statistisk sentralbyrå.

at en av ti har psykiske problemer, men de har altså symptomer som er forbundet med psykiske problemer. Blant de ikke-heterofile skårer en av tre over grenseverdien. Det kan se ut til at lesbiske avviker fra mønsteret ved å sjelden skåre over 1,75, men igjen gjør det lave antallet observasjoner at vi ikke kan fastslå dette med sikkerhet.

Sikre sammenhenger mellom identitet og symptomer

Vi har også her foretatt multivariate analyser for å se om det er sikre sammenhenger mellom seksuell tiltrekning og psykisk helse. Det samme har vi gjort for seksuell identitet. I analysen har vi kontrollert for kjønn, alder og utdanning for å se hvilke forhold som øker eller minker sannsynligheten for å rapportere minst ett symptom i PH5 eller over 1,75 på Hopkins liste.



Analysen for PH5 viser at de som er tiltrukket av begge kjønn, har større fare for å oppleve minst ett symptom enn de som kun er tiltrukket av motsatt kjønn (referansegruppen). Slår vi sammen homofile, lesbiske og bifile til en gruppe, finner vi også at denne gruppen har en betydelig høyere risiko for å oppleve minst ett av symptomene sammenlignet med heterofile (referansegruppen). Det betyr at selv når vi kontrollerer for effekten av kjønn, alder og utdanning, ser det ut til at ikke-heterofile likevel har svekket psykisk helse målt ved PH5.

Samme type multivariate analyser basert på Hopkins liste over symptomer viser noe av det samme. Personer som er tiltrukket av enten bare av samme eller av begge kjønn, har større sannsynlighet for å skåre over grenseverdien på 1,75 sammenlignet med dem som er tiltrukket bare av motsatt kjønn. Tilsvarende finner vi når vi bruker seksuell identitet som analysevariabel.

Homofile, lesbiske og bifile har en betydelig større risiko for psykiske symptomer sammenlignet med heterofile.

På bakgrunn av disse analysene av psykisk helse fra levekårsundersøkelser kan vi slå fast at ikke-heterofile har økt fare for å ha symptomer på svekket psykisk helse sammenlignet med heterofile. Våre funn er dermed i tråd med funn fra forskning som vi tidligere har referert til.

Vold, trusler og uro for vold

I Sverige rapporterte en av fem ikke-heterofile menn at de hadde vært utsatt for vold de siste tolv månedene (Statens Folkhälsoinstitut 2005). Dette er fire ganger høyere andel enn blant andre menn. I tillegg til en økt utsatthet for vold viser svenske data også at homo- og biseksuelle er mer engstelige for å bli utsatt for vold enn andre.

I norsk forskning har man funnet at lesbiske kvinner er noe mer utsatt for vold enn kvinner generelt, mens man til forskjell fra de svenske funnene ikke har funnet forskjeller mellom heterofile og homofile menn. Ser vi på *trusler* om vold, blir bildet mer negativt for homofile og lesbiske. Det fremheves at spesielt unge homofile menn er mer utsatt for trusler om vold enn befolkningen generelt (Hegna mfl. 1999).

I levekårsundersøkelsen i 2008 ble det stilt tre spørsmål om vold, trusler og frykt for vold. Alle disse tre fenomenene er relativt sjeldne. Knapt 3 prosent

av befolkningen rapporterer at de har vært utsatt for vold de siste tolv månedene, og det er noe vanligere blant menn enn blant kvinner.

Trusler om vold forekommer noe oftere, knapt 4 prosent av befolkningen har vært utsatt, og i motsetning til vold er kvinner noe mer utsatt enn menn. Vold og trusler kan føre til frykt og uro hos flere enn de som faktisk er utsatt. Derfor er det naturlig at enda flere enn bare de utsatte opplever å være urolig for vold når man går alene på stedet man bor. Totalt 7 prosent av befolkningen over 16 år rapporterer at de er svært eller noe urolige for å bli utsatt for vold, og igjen er andelen høyere blant kvinner enn blant menn – drøyt en av ti kvinner er redde for vold.

Ingen sammenheng mellom vold og seksuell identitet

Ser vi på gruppen homofile, lesbiske og bifile samlet, finner vi en høyere forekomst av både utsatthet for vold, trusler om vold og frykt for vold sammenlignet med heterofile. Vi finner også at dette rammer lesbiske kvinner i høyere grad enn homofile menn. Men – å se på slike enkle sammenhenger gir lite i og med at vi har så få observasjoner i de ulike gruppene. Vi kan derfor ikke si om noen av disse forskjellene er sikre.

Igjen har vi derfor tydd til multivariate analyser. I tillegg til seksuell tiltrekning og identitet har vi brukt kjønn, alder, bosted, aleneboende og utdanning som mulige årsaksvariabler. I våre multivariate analyser finner vi ingen sikker sammenheng mellom utsatthet for vold, trusler eller uro for vold og seksuell identitet eller seksuell tiltrekning. Det eneste lille unntaket er personer som ikke har kunnet, eller ikke har ønsket å plassere seg i en kategori for seksuell identitet, og dermed blir kalt usikre – der finner vi en viss sammenheng med frykt for vold.

Oftere diskriminering, men mange årsaker

Diskriminering av homofile og lesbiske har vært og er en sentral del av den offentlige debatten de siste årene, og det er interessant for levekårsstudier. Diskriminering er imidlertid vanskelig å måle. Så lenge vi baserer oss på intervju, må vi stole på en subjektiv opplevelse av situasjonen. Hvorvidt dette ville kvalifisere til diskriminering i juridisk forstand, er et helt annet spørsmål (Tronstad 2009).

I levekårsundersøkelsen i 2008 ble det stilt spørsmål om opplevd diskriminering med flere alternative årsaker.

En av de mulige årsakene var seksuell identitet, og det er kanskje litt overraskende at bare i underkant av 6 prosent av alle homofile, lesbiske og bifile har opplevd slik diskriminering. Det er spesielt homofile og lesbiske som opplever diskriminering, og ikke bifile.

I Sverige rapporterer også homo- og biseksuelle at de oftere opplever krenkende behandling enn andre (Statens Folkhälsoinstitut 2005). For å utfylle bildet noe har vi derfor også sett



på andre former for diskriminering i tillegg (kjønn, alder, helse, funksjonshemming, etnisk tilhørighet, religion og annet). Vi ser da at forskjellen mellom heterofile og andre faktisk er større enn når vi kun så på diskriminering på grunn av seksuell identitet. Dette kan tyde på at homofile, lesbiske og bifile opplever større grad av diskriminering uten at årsaken så lett lar seg identifisere. Når vi samler alle former for diskriminering, forskyver dessuten forskjellene seg noe innad i den ikke-heterofile gruppen. Bifile er nå også relativt utsatt, på linje med homofile. Lesbiske er likevel mest utsatt.

Mange homofile røykere

Både i offentlig debatt og forskning på området har det vært en viss oppmerksomhet rundt det vi kan kalle livsstil og levevaner blant homofile og lesbiske. Både norsk og svensk forskning har tidligere funnet at det finnes en større andel med risikokonsum av alkohol blant homo- og biseksuelle enn i befolkningen for øvrig (Hegna mfl. 1999, Moseng 2005, Statens Folkhälsoinstitut 2005). Men i tillegg finner man en større andel som er totalt avholdende.

Også når det gjelder narkotiske stoffer, viser den samme forskningen at bruk er vanligere blant homo- og biseksuelle enn i befolkningen ellers. I Sverige er det også vanligere å røyke daglig blant homo- og biseksuelle, men det er mindre vanlig å snuse sammenlignet med befolkningen for øvrig. Ved hjelp av levekårsundersøkelsen fra 2008 kan vi se om vi finner de samme trekkene.

I løpet av de siste tiårene har andelen dagligrøykere i den norske befolkningen vært jevnt fallende. I 2008 svarte 22 prosent at de røykte daglig. Blant ikke-heterofile er andelen høyere, 37 prosent. Det er spesielt homofile, altså menn, som bidrar til å trekke denne andelen opp siden halvparten av alle homofile i vårt utvalg røyker daglig. Når vi i tillegg kontrollerer for kjønn, alder og utdanning, har homofile signifikant høyere risiko for å være dagligrøykere enn heterofile. Dette gjelder ikke for lesbiske og bifile.

Snusing er ikke like vanlig som røyking, drøyt en av ti voksne bruker snus daglig eller av og til. Blant homofile, lesbiske og bifile er andelen høyere, og det er spesielt blant lesbiske vi finner mange snusere. Nå er vi imidlertid usikre på om det er noe årsaksforhold her, eller om det er andre forhold som ligger bak. I en multivariat analyse finner vi ingen sammenheng mellom seksuell identitet og snusing. Veldig forenklet kan vi si at det å være ung mann med lav utdanning er det som har sammenheng med bruk av snus.

Resultater for alkohol og narkotika

Den omtalte spredningen i form av avholdenhet eller risikokonsum av alkoholbruk som tidligere forskning har påpekt, finner vi ingen sikker støtte for i levekårsundersøkelsen. 13 prosent av de heterofile har ikke drukket alkohol de siste tolv månedene. Vi finner ingen homofile som ikke har drukket, mens andelen «avholdende» er noe høyere blant lesbiske og bifile sammenlignet med befolkningen ellers. Homofile og bifile skiller seg også ut når det gjelder å være ofte beruset.



Når det gjelder narkotiske stoffer, er det først og fremst de som er tiltrukket av begge kjønn, og/eller er bifile i identitet, som skiller seg ut. De har oftere brukt hasj, marihuana eller narkotika de siste tolv månedene, og de har også oftere prøvd narkotika en eller annen gang. Også personer tiltrukket av samme kjønn og homofile skiller seg noe ut, men ikke så mye.

Men også for bruk av alkohol og narkotika kan det ligge andre årsaker bak. Alder, kjønn, utdanning og bosted kan være forhold som forklarer disse variasjonene i større grad. I multivariate analyser finner vi bare sikkert utslag i form av at personer som er tiltrukket av begge kjønn, drikker noe mer enn referansegruppen (tiltrukket kun av motsatt kjønn), ellers er ikke resultatene for variasjoner i bruk av rusmidler sikre nok til at vi kan trekke noen slutninger på dette området. De variasjonene vi har funnet, må derfor bare ses på som indikasjoner og spore til videre forskning.

Mye usikkerhet, men det er helseforskjeller

For første gang har Statistisk sentralbyrå i 2008 stilt spørsmål om seksuell tiltrekning og identitet i den faste levekårsundersøkelsen. Annen forskning, både nasjonalt og internasjonalt, har vist at det sannsynligvis er en sammenheng mellom seksuell identitet og sentrale levekårsområder. Vårt formål var å se om vi kunne finne slike sammenhenger i en representativ befolkningsundersøkelse. Resultatene viser at det kan være vanskelig å påvise dette – først og fremst på grunn av at andelen personer som svarte at de var tiltrukket av samme kjønn eller begge kjønn, er bare 1,8 prosent, og andelen homofile, lesbiske eller bifile er bare 1,2 prosent. I en utvalgsundersøkelse gir dette da få personer i de ulike gruppene, hvilket igjen gjør det vanskelig å finne statistisk sikre forskjeller og sammenhenger.

Vi har likevel kunnet påvise at tiltrekning til samme kjønn øker faren for svekket helse. De sterkeste sammenhengene fant vi for psykisk helse, der både tiltrekning til samme kjønn og ikke-heterofil identitet gir en økt fare for symptomer på svekket psykisk helse.

Vi har også sett på områder som utsatthet for vold og trusler, samt diskriminering. Her finner vi høyere andeler utsatte blant homofile, bifile og lesbiske, men kan ikke si hvorvidt dette er sikre sammenhenger eller ikke. Også for bruk av ulike rusmidler er sammenhengene usikre, men vi finner en nokså klar sammenheng som tilsier en høyere andel røykere blant homofile menn.

Referanser

Gulløy, Elisabeth, Gustav Haraldsen og Tor Morten Normann (2009): *Kartlegging av seksuell identitet i Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse. Dokumentasjon av bakgrunn og utvikling av spørsmål*, Notater 2009/22, Statistisk sentralbyrå.

Jensen, Arne og Andreas Hedum (2007): «Marginalisert ungdom og helse – dårligere helse, mer usunne levevaner», Kap 5 i Normann, T.M (red.) *Ungdoms levekår*, Statistiske Analyser 93/2007, Statistisk sentralbyrå.

Hegna, Kristinn, Hans W. Kristiansen og Bera Ulstein Moseng (1999): *Levekår og livskvalitet blant lesbiske kvinner og homofile menn*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, NOVA, Rapport 1/1999.

Moseng, Bera Ulstein (2002): *Lesbiskes psykiske helse*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, NOVA, Rapport 4/2002.

Moseng, Bera Ulstein (2005): *Skeive dager 2003 – en rusundersøkelse*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, NOVA, Rapport 3/2005.

Normann, Tor Morten og Elisabeth Gulløy (2010): *Seksuell identitet og levekår. Evaluering av levekårsrelevans og datafangst*, Rapporter 13/2010, Statistisk sentralbyrå.

Ringdal, Kristen (2001): *Enheter og mangfold. Samfunnsvitenskapelig metode og kvantitativ metode*, Fagbokforlaget, Bergen.

Tronstad, Kristian Rose (2009): *Opplevd diskriminering blant innvandrere med bakgrunn fra ti ulike land*, Rapporter 2009/47, Statistisk sentralbyrå.

Statens Folkhälsoinstitut (2005): *Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation. Återrapportering av regeringsuppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen blant hbt-personer*, Statens Folkhälsoinstitut, Rapport nr. A 2005/19.

Wilhelmsen, Marit (2009): *Samordnet levekårsundersøkelse 2008 – Tverrsnittsundersøkelsen. Dokumentasjonsrapport*. Notater 2009/40, Statistisk sentralbyrå.

Uendret sykefravær siden 2001

Sykefraværet har økt sterkt i løpet av 2009, men sammenligner vi med 2001, ligger det totale sykefraværet omtrent på samme nivå. Sykefraværet har gått mest ned i industrien, mens hotell- og restaurantbransjen har opplevd størst økning. Andelen sykefravær med lang varighet har økt. I siste halvår 2009 økte også de aller korteste sykefraværene, men dette er trolig en midlertidig effekt av svineinfluensaen.

Christoffer Berge

Litt om sykefraværstatistikken

Sykefraværsprosenten måler tapte dagsverk på grunn av egen sykdom i prosent av avtalte dagsverk.

Sykefraværstatistikken er basert på et register for legemeldt sykefravær (alle arbeidstakere) og en utvalgsundersøkelse til om lag 10 000 bedrifter som dekker egenmeldt sykefravær.

Statistikken startet i år 2000 og gis ut kvartalsvis. Sykefraværstatistikken omfatter alle arbeidstakere mellom 16 og 69 år som bor i Norge, og som er registrert i NAVs arbeidstakerregister. Personer på aktiv sykemelding er inkludert i statistikken. Statistikken omfatter ikke oppdragstakere (frilansere og lignende), selvstendig næringsdrivende og vernepliktige. Videre er annet fravær enn egen sykdom, som fravær på grunn av sykt barn eller omsorgs- og fødselspermisjoner, ikke med i sykefraværstatistikken.

Mer informasjon om sykefraværet på nettsiden www.ssb.no/sykefratot/.



Christoffer Berge er samfunnsøkonom og rådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for arbeidsmarkedsstatistikk.
(christoffer.berge@ssb.no)

I denne artikkelen ser vi på hovedtrekkene i utviklingen av sykefraværet fra 2000/2001 til og med 2009. Starttidspunktet er primært valgt fordi den første heldekkende sykefraværstatistikken i Norge ble startet i år 2000. Det faller også sammen med tidspunktet for inngåelse av den første avtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen). Ut fra andre og mindre dekkende datakilder viste sykefraværet vekst på slutten av 1990-tallet og inn i år 2000. Dette var noe av bakteppet for IA-avtalen som ble inngått i 2. kvartal 2001, hvor en av målsettingene var å få sykefraværet ned med 20 prosent.

Selv om nivået på sykefraværet i 2009 (7,6 prosent) var om lag det samme som i 2001 (7,5 prosent), har det vært en del variasjoner i de mellomliggende årene. Sykefraværet steg gradvis fram til slutten av 2003, men falt så markert fra og med 2. kvartal 2004 til og med 2. kvartal 2005. Det var da 10 prosent lavere enn i 2001. Etter det kraftige fallet økte det gradvis fram til 2008, og i siste del av 2009 var det en sterk vekst (se figur 1).

Veksten i 2003 skyldes trolig muligheten til å bruke aktiv sykemelding. Ordningen førte til økt lengde på sykefraværene. I 2004 ble regelverket strammet inn, slik at bruk av aktiv sykemelding ble begrenset, og man innførte tiltak for å øke bruken av graderte sykemeldinger. Den sterke veksten i 2009 skyldes svineinfluensaen.

Flere lange sykefravær ...

I 4. kvartal 2009 var det totale sykefraværet (egenmeldt og legemeldt) 7,6 prosent blant yrkesaktive i aldersgruppen 16-69 år (se tekstboks). Det legemeldte sykefraværet var 6,4 prosent, mens det egenmeldte var 1,2 prosent. I forhold til året før tilsvarer dette en økning på henholdsvis 6,4 og 12,7 prosent – altså vokste det egenmeldte sykefraværet dobbelt så mye som det legemeldte. Sammenlignet med samme periode i 2001 (IA-avtalen) har sykefraværet totalt sett økt med 1,2 prosent.

Andelen tapte dagsverk på grunn av sykefravær med varighet på over 13 uker har økt fra 4. kvartal 2001 til 4. kvartal 2009. Det betyr at veksten i varigheten på sykefravær bidro mer enn veksten i antall sykefraværstilfeller.

... men også mer egenmeldt fravær

De korteste sykefraværene trenger bare dokumenteres ved egenmelding. Dette sykefraværet utgjør en liten del av det totale sykefraværet. Den egenmeldte andelen av totalfraværet lå på rundt 12 prosent mellom 2000 og 2003. Siden 4. kvartal 2004 har det ligget stabilt på rundt 14-15 prosent.

Økningen henger sammen med at IA-avtalen åpner for at ansatte kan egenmelde seg i inntil åtte sammenhengende dager, mot tidligere tre dager. Dette gjelder ansatte i bedrifter som inngår en avtale med NAV om å bli en såkalt IA-bedrift. Avtalen har ført til en forskyvning fra korte legemeldte sykefravær til egenmeldt sykefravær.

Da svineinfluensaen slo inn høsten 2009, fikk dette veldig markerte utslag i statistikken. Ikke bare økte årsveksten i det totale sykefraværet fra 4,9 prosent i 2. kvartal 2009 til 11 prosent i 3. kvartal 2009, men utslaget varierte også når vi ser langs dimensjonen egenmeldt/legemeldt fravær. I 3. kvartal kom veksten i stor grad i legemeldte fravær for privat sektor, mens det for ansatte i offentlig sektor kom i egenmeldt fravær – slik man kunne forvente.

Myndighetene og partene i arbeidslivet oppfordret i midten av oktober alle virksomheter som ikke hadde inngått IA-avtale til å utvide egenmeldingsretten fra tre til åtte dager. For 4. kvartal finner vi derfor en sterk vekst i det egenmeldte fraværet også for privat sektor. Om vi sammenligner 3. og 4. kvartal 2001 med samme kvartaler i 2009, var veksten i det egenmeldte sykefraværet henholdsvis 33 og 48 prosent. I samme periode endret det legemeldte sykefraværet seg med henholdsvis 0,8 og -4,5 prosent.

Diagnosedata fra NAV viser hvor stor del av økningen i det legemeldte sykefraværet som kan forklares med influensa. Vi har ikke informasjon om diagnose for egenmeldt sykefravær, men hvis vi antar at all vekst i det egenmeldte sykefraværet skyldes influensaen, kan den forklare opptil 33 prosent av veksten i sykefraværsprosenten i 3. kvartal 2009 og opptil 49 prosent i 4. kvartal 2009 – når vi sammenligner med de samme kvartalene året før.

Hvis vi for å unngå effekten av svineinfluensaen ser på perioden 4. kvartal 2001-4. kvartal 2008, var det fremdeles en sterk vekst i det egenmeldte sykefraværet, på 31 prosent. Det legemeldte gikk ned med 10 prosent, mens totalfraværet falt med 6 prosent.

Varierer sterkt med årstidene

Det er klare sesongmessige variasjoner i sykefraværet, slik figur 1 viser. Spesielt gjelder det egenmeldt sykefravær – som er høyest i årets tre første måneder. Dette henger trolig sammen med influensasesongen som normalt faller på denne tiden av året, ifølge statistikk fra Folkehelseinstituttet. Det egenmeldte sykefraværet er lavest i vår- og sommermånedene.

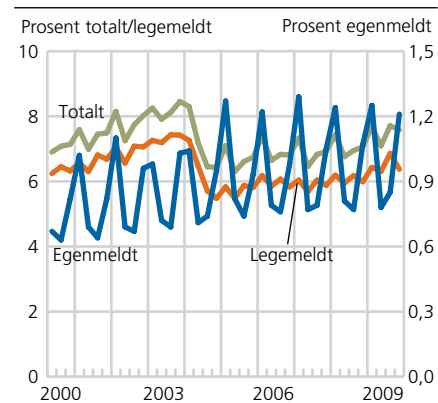
Variasjoner i det legemeldte sykefraværet er ikke like tydelig som for egenmeldt sykefravær. Av figuren ser vi også den trendmessige stigningen i det egenmeldte sykefraværet og skiftet nedover i det legemeldte fraværet.

Varierer mellom grupper

Nivået på sykefraværet varierer en god del mellom ulike grupper av de syssette, mellom næringer og mellom fylker. Og selv om det totale sykefraværet har endret seg lite mellom 2000 og 2009, finner vi også i endringstallene noen variasjoner i utviklingen mellom grupper.



Figur 1. Utviklingen i egenmeldt og legemeldt sykefravær blant arbeidstakere 16-69 år. 2. kvartal 2000-4. kvartal 2009. Prosent



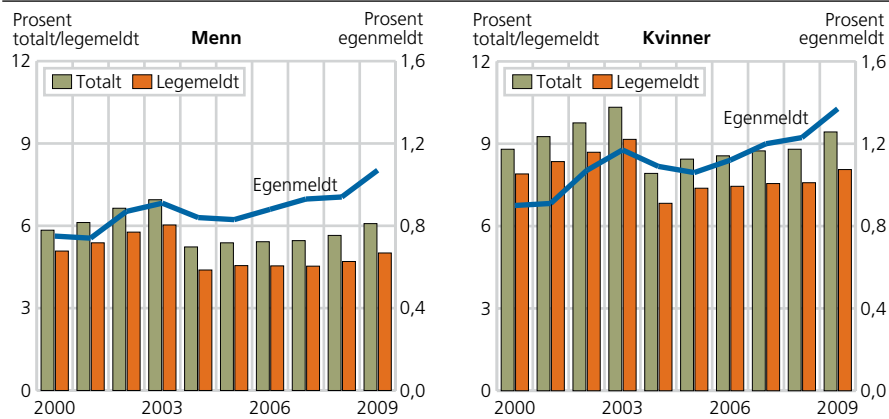
Kilde: Sentral sykefraværstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Det er lansert flere teorier om hvorfor nivået på sykefraværet varierer mellom grupper, og hvorfor sykefraværet varierer over tid. Vi vil i denne artikkelen i hovedsak bare beskrive forskjellene ut fra hver av faktorene: egenskaper ved den sysselsatte, hvilken næring man arbeider i, og i hvilket fylke man er sysselsatt.

Høyest sykefravær blant kvinner

Det er store forskjeller i det egenmeldte og legemeldte sykefraværet mellom menn og kvinner (se figur 2). I 4. kvartal 2009 var det totale sykefraværet for menn 6,1 prosent, mens andelen sykmeldte kvinner var 9,4 prosent. Sett i forhold til 2001 har det kun vært små endringer i sykefraværet for både menn og kvinner.

Figur 2. Utviklingen i egenmeldt og legemeldt sykefravær for arbeidstakere 16-69 år. 4. kvartal 2000-4. kvartal 2009. Menn og kvinner. Prosent



Kilde: Sentral sykefraværstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Siden 2000 har sykefraværet for kvinner ligget mellom 50 og 60 prosent høyere enn for menn. Noe av denne forskjellen kan forklares med svangerskapsrelatert fravær. Statistikk fra NAV viser at gravides sykefravær er betydelig høyere enn ikke-gravides sykefravær i samme aldersgruppe. Kvinners legemeldte sykefravær er høyest i aldersgruppen 25-39 år, og det er klart over gjennomsnittet for alle kvinner.

Graviditet forklarer imidlertid ikke hele forskjellen, siden kvinner i alle aldersgrupper har høyere fravær enn menn. Det kan være mange årsaker til dette. For eksempel er dette drøftet i Dyrstad og Ose (2005). Bjørnstad (2006) viser til studier som antyder at kjønnsforskjellene dels kan forklares med helseforskjeller. Kvinner og menn får ulike diagnoser av legene. Noen muskel- og skjelettlidelser som osteoporose og fibromyalgi – som det ikke finnes effektiv behandling mot – er typiske kvinnesykdommer. Menn får derimot oftere sykdommer og skader som de dør tidlig av.

Andre forklaringer som blir trukket fram, er at kvinner lettere oppsøker helsevesenet, og at det er et flertall av kvinner i lavtlønnsyrker, hvor sykefraværet er høyt (NOU 2000:27). Det norske arbeidsmarkedet er også svært kjønnssegregert. Menn og kvinner jobber i ulike næringer og har ulike yrker. For eksempel har den kvinnedominerte helse- og sosialtjenester svært høyt sykefravær. Det er derfor et interessant spørsmål om samspill. Er sykefraværet høyt i helse- og sosi-



altjenester fordi mange kvinner arbeider der, eller har mange kvinner høyt sykefravær fordi mange flere kvinner enn menn arbeider i de mest belastende yrkene i denne næringen?

Flere kvinner jobber i IA-bedrifter

Det egenmeldte sykefraværet er høyere blant kvinner enn blant menn (se figur 2). I det siste kvartalet i 2009 var 1,4 prosent kvinner og 1,1 prosent menn syke med egenmelding. Fra 2000 til 2002 var kvinners egenmeldte sykefravær om lag 20 prosent høyere enn for menn. Fra 2003 til slutten av 2009 har forskjellen økt til i underkant av 30 prosent.

Hovedforklaringen er trolig at flere kvinner enn menn arbeider i offentlig sektor, og da særlig i helse- og sosialtjenester, der de fleste arbeider i bedrifter som omfattes av IA-avtalen. I privat sektor var andelen ansatte i IA-bedrifter under 40 prosent. Dette betyr at kvinner i større grad enn menn kan benytte egenmeldinger ved sykdom.

Stor nedgang blant de eldste ...

Blant menn er det legemeldte sykefraværet høyest blant dem som er over 50 år (se figur 3). Ikke overraskende er det aller høyest i aldersgruppen 60-66 år. Samtidig hadde denne aldersgruppen en nedgang i det legemeldte fraværet de siste ti årene på omtrent 18 prosent – fra 8,9 prosent i 4. kvartal 2000 til 7,3 prosent i samme kvartal i 2009. Hele nedgangen kom i forbindelse med regelendringen i 2004 (se tekstboks). Siden har denne gruppen hatt en økning i det legemeldte sykefraværet på i underkant av 6 prosent, langt under gjennomsnittsvæksten på vel 14 prosent for alle menn.

Også blant kvinner er det legemeldte sykefraværet høyest i gruppen 60-66 år (se figur 4). Dette gjelder hele perioden 2000-2009. Men nedgangen fra 2000 er stor – vel 17 prosent. I motsetning til menn i denne aldersgruppen har det også vært en nedgang fra 2004 til 2009. Dette til tross for at alle kvinner har hatt en økning på hele 18 prosent i det legemeldte fraværet.

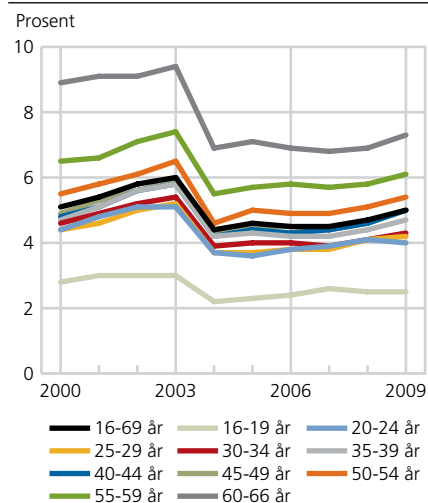
Aldersgruppene med nest høyest legemeldt sykefravær blant kvinner har variert litt de siste ti årene. Fram til 2003 var sykefraværet nest høyest for kvinner i alderen 55-59 år. Etter 2003 har det vært nest høyest for dem mellom 30 og 34 år. Avstanden mellom 60-66-åringene og 30-34-åringene har blitt gradvis mindre. I 2000 var forskjellen på 3 prosentpoeng, men det var ingen forskjell i 2009.

Regelendringen 2004

1. juli 2004 ble det innført nye regler ved sykemelding. Hovedpunktene i den nye loven:

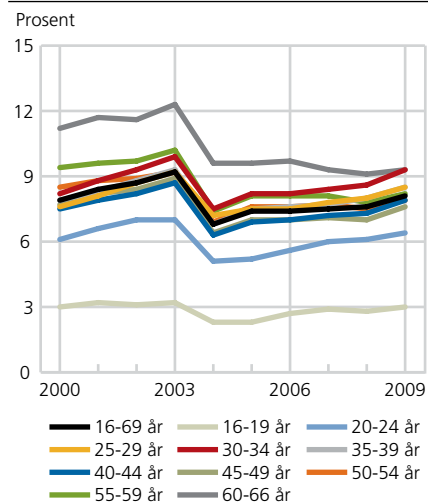
- Gradert sykemelding skal være første alternativ dersom sykemelding er nødvendig.
- Innføring av aktivitetskrav for å få rett til sykepenger.
- Ved sykemelding utover 8 uker skal legen sende en «utvidet legeerklæring», hvis det er medisinske grunner som hindrer aktivitet. Leger som gjentatte ganger unnlater å følge de nye reglene, kan miste retten til å skrive legeerklæringer.
- Arbeidstakernes plikt til å medvirke til avklaring av funksjonsevne presiseres i loven.
- Hvis arbeidstakerne fortsatt er sykemeldt, skal NAV senest etter tolv uker etter spørre oppfølgingsplanen som arbeidsgiverne skal utarbeide i samarbeid med arbeidstakeren.
- Aktiv sykemelding skal forbeholdes tilfeller der den sykemeldte ikke kan utføre sine vanlige arbeidsoppgaver.

Figur 3. Legemeldt sykefravær for arbeidstakere, etter alder. Menn. 4. kvartal 2000-4. kvartal 2009



Kilde: Sentral sykefraværstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Figur 4. Legemeldt sykefravær for arbeidstakere, etter alder. Kvinner. 4. kvartal 2000-4. kvartal 2009



Kilde: Sentral sykefraværstatistikk, Statistisk sentralbyrå.



... og blant yngre menn

I aldersgruppene under 40 år har utviklingen fra 2000 vært forskjellig for menn og kvinner. Mens sykefraværet har økt sterkt for kvinner, har det gått ned for menn. Størst nedgang har det vært blant menn i aldersgruppen 20-24 år, rundt 9 prosent. Til sammenligning gikk sykefraværet blant alle menn ned med i underkant av 2 prosent.

Mest har det legemeldte sykefraværet økt blant kvinner mellom 30 og 34 år, om lag 13 prosent. Dette er langt over gjennomsnittsvæksten på 2,1 prosent for alle kvinner. Som nevnt tidligere er dette en aldersgruppe hvor mange får barn.

Det legemeldte sykefraværet for yngre menn ligger langt under gjennomsnittet for alle menn. For menn er det slik at jo eldre man er, desto høyere er sykefraværet. For kvinner er bildet mindre entydig, noe som skyldes det høyere sykefraværet blant gravide.

Vi har kun informasjon om alder for legemeldt sykefravær. Som nevnt arbeider kvinner i næringer der de i større grad enn menn kan benytte egenmeldinger. Dette har betydning når man sammenligner sykefraværet for menn og kvinner etter alder.

Sykefraværstilfeller

Et sykefraværstilfelle er definert som en eller flere sammenhengende sykefraværstidspunkter. Innenfor et fraværstilfelle kan det være registrert flere sykemeldinger (forlengelser).

Alder

Vi har ikke data om egenmeldt sykefravær etter alder. Alle data om alder gjelder derfor kun legemeldt sykefravær.

Varigheten øker med alder

Jo eldre man er, desto lengre varighet har de legemeldte sykefraværene. Blant 20-24-åringene varte 48,3 prosent av sykefraværstilfellene i 4. kvartal 2009 i inntil én uke. For personer mellom 60 og 66 år var denne andelen kun 18,9 prosent. Ser vi på tilfellene som varte mer enn ett halvt år, var tallene 3,4 prosent for 20-24-åringene og hele 19,6 prosent for 60-66-åringene.

Sammenlignet med 2000 er mønsteret i 2009 slik at andelen med lange fravær (over 26 uker) – både antall sykefraværstilfeller og tapte dagsverk i

kvartalet – går ned for den eldste aldersgruppen, mens andelen med korte legemeldte fravær (inntil 4 uker) går opp. I denne perioden har også mange fått utvidet rett til egenmeldinger på grunn av IA-avtalen. Dette vil isolert sett trekke i retning av færre korte legemeldte fravær. At denne andelen likevel går opp, betyr at det er en underliggende sterk vekst i antall korte legemeldinger for den eldste aldersgruppen. Færre lange sykefraværstilfeller blant 60-66-åringene kan trolig forklare den store nedgangen de siste ti årene for denne gruppen.

For alle som er yngre, er bildet motsatt; andelen med korte legemeldte fravær (tilfeller og tapte dagsverk) går ned, mens andelen med lange fravær går opp. Men til tross for dette er nivået på sykefraværet betydelig lavere blant de yngste enn blant de eldste.

Lavest sykefravær i Rogaland

Fylkene som kom best ut mot slutten av 2009, var Rogaland, Sogn og Fjordane samt Oslo. Alle disse hadde et sykefravær som lå langt under landsgjennomsnittet, som er 7,6 prosent. Lavest lå Rogaland med et sykefravær på 6,2 prosent (se figur 5).

De nordligste fylkene hadde et sykefravær som lå godt over gjennomsnittet for hele landet. I Finnmark og Troms var fraværet i 4. kvartal 2009 på henholdsvis 9,3 og 8,6 prosent. Finnmark har landets høyeste sykefravær, mens Østfold har det nest høyeste, 8,8 prosent.

Sett i forhold til 2004 har økningen i sykefraværet vært størst i Nord-Trøndelag – hele 29 prosent. Dette er langt sterkere enn veksten i sykefravær for hele landet, som har vært 18 prosent. Lavest fraværsvækst på disse fem årene hadde Oslo, med 12,5 prosent. Selv om nivået på sykefraværet er høyt i Finnmark og Troms, var veksten fra 2004 på henholdsvis 16 og 13 prosent, noe lavere enn for hele landet. Ulik alder og næringsstruktur kan trolig forklare noe av forskjellene mellom fylkene.

Helse- og sosialtjenester mest utsatt

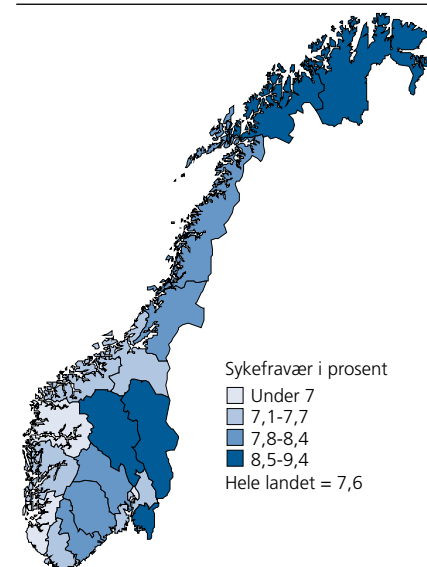
Blant de større næringene var sykefraværet klart høyest i helse- og sosialtjenester, med 9,6 prosent i 2. kvartal 2009 (se figur 6). Sykefraværet i denne kvinnedominerte næringen ligger langt over gjennomsnittet for alle større næringer. Det at kvinner velger seg disse yrkene i større grad enn menn, bidrar altså til at sykefraværet blant kvinner er høyere enn hos menn. Det som tilsynelatende virker som kjønnsforskjeller i sykefravær, kan delvis være knyttet til det næringsspesifikke, altså til kjønnsforskjeller i yrkesvalg og ikke i sykkelighet i seg selv.

Etter næringen helse- og sosialtjenester følger transport og kommunikasjon samt bygge- og anleggsvirksomhet, med et totalt sykefravær på henholdsvis 7,7 og 7,3 prosent i 2. kvartal 2009. Fraværet var lavest i en del næringer innenfor forretningsmessig tjenesteyting, samlet var det på 5,6 prosent (se tekstboks).

Ny standard for næringsgruppering

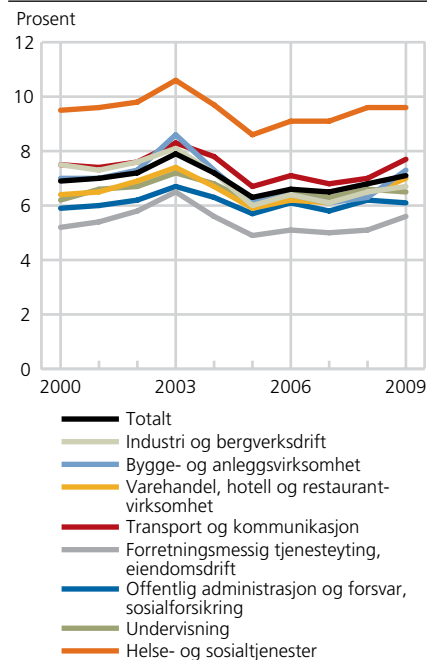
På grunn av innføring av ny næringsstandard fra og med 2009 har vi kun næring etter gammel standard fram til 2. kvartal 2009. Vi ser derfor på utviklingen i sykefraværet etter næring fra og med 2. kvartal 2001 (året da IA-avtalen ble inngått) til og med 2. kvartal 2009.

Figur 5. Sykefravær (egen- og legemeldt) for arbeidstakere 16-69 år, etter arbeidsstedsfylke. 4. kvartal 2009



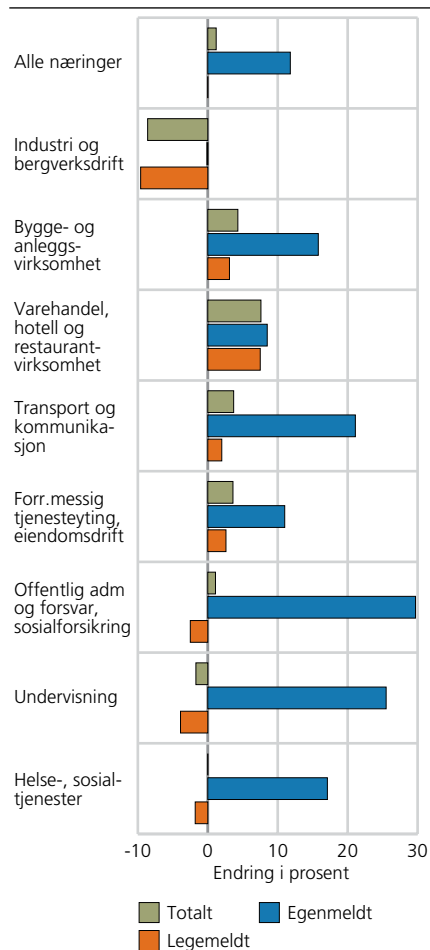
Kilde: Sentral sykefraværstatistikk, Statistisk sentralbyrå.
Kartgrunnlag: Statens kartverk.

Figur 6. Sykefravær (egen- og legemeldt) for arbeidstakere 16-69 år, etter utvalgte næringer. 2. kvartal 2000-2. kvartal 2009



Kilde: Sentral sykefraværstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Figur 7. Prosentvis endring i egenmeldt og legemeldt sykefravær for arbeidstakere 16-69 år, etter utvalgte næringer. 2. kvartal 2001-2. kvartal 2009



Kilde: Sentral sykefraværstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Øker sterkt i varehandel samt hotell- og restaurant

Utviklingen fra 2. kvartal 2001 til 2. kvartal 2009 har vært noe forskjellig mellom næringene (se figur 6 og 7).

Mens det totale sykefraværet har økt med 1,2 prosent fra 2001 til 2009, skjedde den største økningen i varehandel samt hotell- og restaurantvirksomhet, hele 7,6 prosent. Både det egenmeldte og legemeldte sykefraværet har økt (se figur 7). Det har blitt flere sykefraværstilfeller for både korte og lange legemeldinger. Men økningen har vært størst blant de lange legemeldte fraværene, slik at andelen fraværstilfeller under to uker har gått ned, mens de som varer over 13 uker, har gått opp.

I bygge- og anleggsvirksomhet lå sykefraværet over gjennomsnittet for alle næringer fram til 2. kvartal 2004. Deretter lå det under snittet fram til 2008. Dette er en periode hvor det har vært en sterk vekst i Norge og stor aktivitet i byggebransjen. Etter at finanskrisen slo inn over landet høsten 2008, har sykefraværet i denne næringen økt sterkt, slik at det i 2009 var om lag 4 prosent høyere enn i 2001. Det korte legemeldte fraværet har gått ned, mens egenmeldt fravær har økt. I tillegg er det en høyere andel lange legemeldte fravær i denne næringen.

Færre sykemeldte i industrien

Industrien har hatt en lignende utvikling. Sykefraværet lå til 2. kvartal 2004 over snittet for alle næringer, for deretter å ligge under snittet. Til tross for at dette også er en konjunkturutsatt næring som er rammet av finanskrisen, har det ikke vært en tilsvarende kraftig økning det siste året som i bygge- og anleggsvirksomhet. Men i enkelte industrinæringer – som for eksempel produksjon av metallvarer, deler til motorkjøretøyer og salg av motorkjøretøyer – økte sykefraværet kraftig som følge av finanskrisen.

Sammenlignet med 2001 har det samlede sykefraværet i industrien falt med 10 prosent. Nedgangen kom i sin helhet i det legemeldte fraværet. Antall sykefraværstilfeller og antall tapte sykefraværingsdagsverk har gått ned for både de korte og de lange legemeldte sykefraværene. Det har vært størst nedgang blant fravær som varer inntil to uker.

Det legemeldte sykefraværet har falt i perioden 2001-2009 i offentlig administrasjon, undervisning og i helse- og sosialtjenester. Men det har vært en sterk økning i det egenmeldte sykefraværet, slik at samlet sett kommer disse næringene ut med små endringer i det totale sykefraværet. Den sterke veksten i det egenmeldte sykefraværet henger sammen med utvidelsen av IA-avtalen. Som nevnt har denne avtalen ført til en overgang fra legemeldt til egenmeldt fravær.

Det egenmeldte sykefraværet har også økt mye fra 2001-2009 i næringene transport og kommunikasjon samt i bygge- og anleggsvirksomhet (se figur 7). Men siden dette fraværet er relativt lavt, trekker det i liten grad totalfraværet oppover.

Vekst i kommunal forvaltning

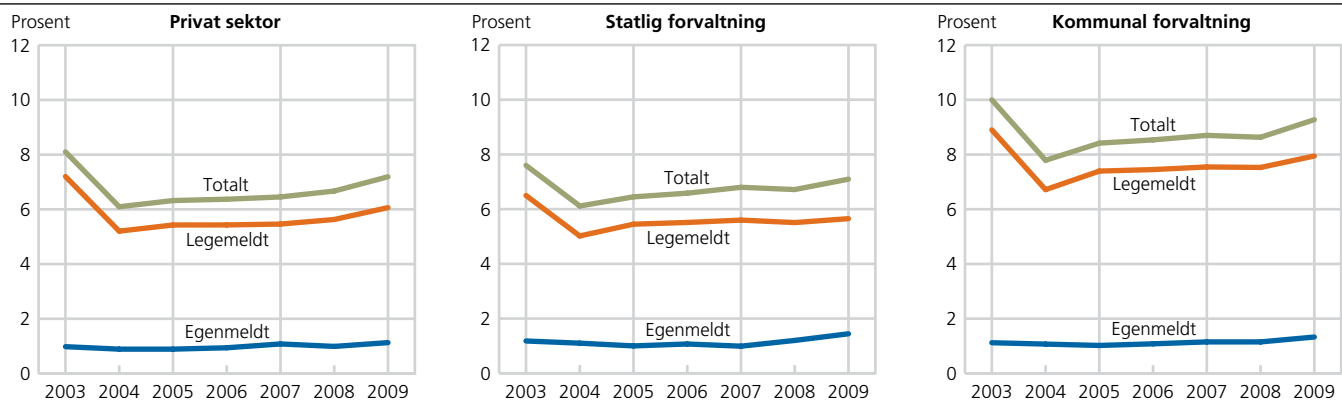
Forskjellene vi finner etter næring, gjenspeiles når vi ser på sykefraværet i statlig forvaltning, privat sektor og kommunal forvaltning. Det høyeste sykefraværet finner vi i kommunal forvaltning, 9,3 prosent i 4. kvartal 2009. Dette er om lag 29 prosent høyere enn i statlig forvaltning og privat sektor (se figur 8 og tekstboks).

Sektor

Statlig forvaltning omfatter stats- og trygdeforvaltningen (inkludert helseforetakene), Norges Bank og statlige låneinstitusjoner. Kommunal forvaltning består av kommuner og fylkeskommuner. Privat sektor består av private virksomheter og offentlig næringsvirksomhet, som statens forretningsdrift, statlig eide foretak, kommunal forretningsdrift og selvstendige kommuneforetak.

Vi har kun informasjon om egenmeldt sykefravær etter sektor fra og med 3. kvartal 2003.

Figur 8. Sykefravær for arbeidstakere 16-69 år, etter type sykefravær og sektor. 4. kvartal 2003-4. kvartal 2009



Kilde: Sentral sykefraværstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Sykefraværet har ligget høyest i kommunal forvaltning i hele perioden 2004-2009. I tillegg har veksten vært størst, drøyt 19 prosent. I samme periode var veksten i statlig forvaltning og privat sektor på henholdsvis 16 og 18 prosent.

Lavere egenmeldt fravær i privat sektor

Det er små forskjeller mellom det egenmeldte sykefraværet i statlig og i kommunal forvaltning. I privat sektor ligger derimot det egenmeldte fraværet mellom 7 og 28 prosent lavere enn i offentlig forvaltning. Dette kan blant annet forklares med at offentlig ansatte i større grad kan benytte egenmeldinger enn ansatte i privat sektor.

Hva betyr endringer i alder og næringsstruktur?

Fra 2001 til 2009 har alderssammensetningen blant de yrkesaktive endret seg. Utviklingen har gått i retning av flere personer i de eldste aldersgruppene og færre i de yngste. I tillegg arbeider en stadig større andel yrkesaktive innenfor helse- og sosialtjenester, som har klart høyest sykefravær. Hvilken betydning har disse endringene for utviklingen i sykefraværet fra 2001 til 2009?

Sykefraværet var på 7,1 prosent i 2. kvartal 2009. Men hvis vi antar at alderssammensetningen og næringsstrukturen for dette kvartalet var den samme som i 2. kvartal 2001, ville sykefraværet vært 7,0 prosent, altså nærmest uendret (nedgang på vel 2 prosent). Det vil si at endringer i alderssammensetningen og næringsstrukturen i denne perioden har vært såpass små at de i liten grad kan sies å ha påvirket utviklingen i sykefraværet. Siden vi har et relativt kjønnssegregert arbeidsmarkedet i Norge, fanger endringer i næringsstrukturen også opp endringer i kjønnsammensetningen blant de sysselsatte.



Referanser

Bjørnstad, Roger (2006): Er det økte sykefraværet tegn på et mer inkluderende eller ekskluderende arbeidsliv? *Økonomiske analyser* 6/2006, Statistisk sentralbyrå.

Dyrstad, Morten og Ose, Osborg Solveig (2005): Problemstillinger og resultater i sykefravær-forskningen, *Søkelys på arbeidsmarkedet*, 22, 103-116.

NOU 2000:27: Sykefravær og uførepensjonering.

Trenden er brutt – færre skifter parti

Færre velgere skifter parti nå enn før, viser ferske tall fra valgundersøkelsen. I alt 39 prosent endret standpunkt fra stortingsvalget i 2005 til 2009. De største vandringene finner sted mellom partier som ligger ideologisk nær hverandre. SV taper mest til Arbeiderpartiet, og FrP taper mest til Høyre. De største velgerovergangene gikk fra Venstre til Høyre og mellom regjeringspartiene. Undersøkelsen viser et annet mønster for flere av partiene enn det valgdagsmålingene viste.

Bernt Aardal, Ingvild Stakkevold Reymert og Stine Renate Otterbekk

De første resultatene fra den store valgundersøkelsen som er gjennomført av Institutt for samfunnsforskning (ISF) og Statistisk sentralbyrå (SSB) er nå klare (se tekstboks side 29). Undersøkelsen omfatter velgere som er intervjuet både i 2005 og 2009, og gir et sikrere grunnlag for å måle velgervandringer enn undersøkelser basert på erindring av tidligere stemmegivning. I tillegg er valgdeltakelsen kontrollert mot det offisielle valgmanntallet.

Valgdagsmålingene som ble offentliggjort like etter valget, bygger i motsetning til denne valgundersøkelsen på erindring om tidligere stemmegivning. Dette gir betydelig feilkilder. Vårt panelmateriale viser at 35 prosent av de spurte gir «feil» svar om sin stemmegivning i 2005. For eksempel er det bare 57 prosent av de som stemte FrP i 2005, som oppgir samme parti når de i 2009 blir spurt om sin stemmegivning i 2005.

På samme måte som i tidligere undersøkelser finner vi de største feilkildene blant dem som satt hjemme. Bare 26 prosent av hjemmesitterne i 2005 vedkjenner seg – eller husker – dette i 2009.

Mindre velgervandring enn på 20 år

Tar vi med vandringene både mellom partiene og inn og ut av hjemmesittergruppen, skiftet 39 prosent av velgerne standpunkt fra 2005 til 2009, slik tabell 1 viser. Dette er 8 prosentpoeng lavere enn for perioden 2001-2005. Holder vi oss bare til de som stemte ved begge valg, er tallene henholdsvis 31 prosent for perioden 2005-2009 og 40 prosent for perioden 2001-2005. For første gang på 20 år brytes dermed trenden med stadig større velgervandringer.

De individuelle overgangene bekrefter det mønster vi kan lese ut av de offisielle valgresultatene. Mens endringene i samlet oppslutning for de enkelte partiene ved valget i 2005 var 18,8 prosent, var de 6,8 prosent i 2009. Men selv om velgervandringene er lavere enn ved foregående valg, er det fortsatt flere som er på vandring nå enn det var før 1985.

Tabell 1. **Andel som har skiftet standpunkt fra ett valg til det neste. 1965-2009. Prosent**

	Vandringer mellom partier og hjemmesittere	Vandringer bare mellom partier
1965-1969	24	18
1969-1973	32	25
1973-1977	31	24
1977-1981	31	19
1981-1985	29	26
1985-1989	38	30
1989-1993	44	32
1993-1997	43	33
1997-2001	44	37
2001-2005	47	40
2005-2009	39	31

Kilde: Valgundersøkelsene, Institutt for samfunnsforskning og Statistisk sentralbyrå.



Bernt Aardal er forsker I ved Institutt for samfunnsforskning og professor II ved Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo. (bernt.aardal@samfunnsforskning.no)

Ingvild Stakkevold Reymert (midten) er masterstudent i statsvitenskap og vitenskapelig assistent ved Institutt for samfunnsforskning. (ingvild.s.reymert@samfunnsforskning.no)

Stine Renate Otterbekk er master i statsvitenskap og vitenskapelig assistent ved Institutt for samfunnsforskning. (stine.renate.otterbekk@samfunnsforskning.no)

Tabell 2 viser de individuelle velger-
vandringene i detalj. Prosentbere-
gningen er basert på alle som var med i
undersøkelsen både i 2005 og i 2009.
Følger man diagonalen fra øverst i
venstre hjørne til nederst i høyre hjør-
ne, finner man andelen som har holdt
fast ved sitt standpunkt fra 2005, altså
andelen stabile eller lojale velgere.

Bare 4 prosent av velgerne satt
hjemme både i 2005 og 2009. Dette
er omtrent som ved tidligere valg (6
prosent i 2005). Ser vi på alle som
ble trukket ut til undersøkelsen, også
de som ikke er intervjuet, er tallet litt
høyere, men ikke høyere enn 11 pro-
sent (det samme som i 2005). Stabil
hjemmesitting er med andre ord ikke
noe stort problem i Norge.

Mest lojale mot Ap og Høyre ...

Ser vi på hvordan de som stemte i
2005 oppførte seg fire år senere, var
det høyst stabilitet hos Arbeiderpar-
tiet og Høyre. For begge var 73 pro-
sent av velgerne trofaste (se tabell 3).
For Arbeiderpartiet er dette litt lavere
enn i 2005 (78 prosent), men klart
bedre enn i 2001 da bare 56 prosent
av de tidligere velgerne holdt fast på partiet.

Valget i 2001 var som man vil huske, det dårligste valget siden 1924 for Arbei-
derpartiet. Valget i 2005 var Høyres dårligste valg noensinne. Andelen lojale
velgere var da på et lavmål med 51 prosent. Lojaliteten i 2009 på 73 prosent



Tabell 2. **Personer med stemmerett i 2005, etter stemmegivning i 2005 og 2009. Prosent (såkalt grandtotal)¹**

Parti 2005	Parti 2009										
	I alt	Rødt	SV	Ap	V	KrF	Sp	H	FrP	Andre	Stemte ikke
I alt	100,0	1,2	8,6	29,9	3,9	4,3	6,2	18,4	15,8	0,7	11,2
Rødt	1,6	0,7	0,6	0,3	0	0	0	0	0	0	0
SV	9,9	0,1	5,7	1,6	0,3	0	0,6	0,6	0,1	0,2	0,7
Ap	28,1	0	0,7	20,4	0,6	0,1	0,4	1,6	1,9	0	2,3
V	6,2	0	0,1	1	1,9	0,1	0	1,9	0,3	0	0,9
KrF	5,1	0	0	0,1	0,1	3,5	0	0,6	0,4	0	0,3
Sp	7,2	0,1	0	1,4	0,1	0,1	4,6	0	0,3	0	0,4
H	13,3	0	0,1	1	0,3	0	0	9,7	1,4	0	0,7
FrP	16,2	0,1	0,3	1,6	0,3	0,3	0,1	2,5	9,4	0,2	1,4
Andre	1,2	0	0,1	0,1	0	0,1	0	0	0,3	0,4	0,1
Stemte ikke	11,2	0	0,9	2,2	0,3	0	0,4	1,6	1,6	0	4,2
Antall svar	690	8	59	206	27	30	43	127	109	4	77

¹ Bare personer som var med både i 2005- og 2009-undersøkelsen, og som oppga stemmegivning, er tatt med i tabellen. N = 690.

Kilde: Valgundersøkelsen 2005 og 2009, Institutt for samfunnsforskning og Statistisk sentralbyrå.



Arbeiderpartiet.no



Fremskrittspartiet



Kristelig Folkeparti



representerer derfor en markant økning for Høyre. Fremskrittspartiets stabilitet er bare 58 prosent, men dette er omtrent på samme nivå som i 2005 (61 prosent).

... minst mot Venstre

Den suverent laveste andelen lojale velgere finner vi i Venstre. Bare 30 prosent av Venstres velgere fra forrige valg holdt fast ved partiet i 2009. Hele 30 prosent skiftet til Høyre, mens 17 prosent gikk til Arbeiderpartiet. Venstre hadde også større tap til hjemmesitterne enn de andre partiene.

Hvis vi snur prosentueringsretningen, kan vi se nærmere på hvor partienes velgere i 2009 kom fra. For Kristelig Folkeparti ser vi at partiet i liten grad har klart å kompensere frafallet av velgere med tilgang på nye. Gamle velgere utgjør hele 80 prosent av velgerskaren i 2009 (se tabell 4). For de øvrige partiene varierer bildet en del. Nær halvparten av Høyres velgere stemte ikke på Høyre ved forrige valg. For FrP var det 40 prosent som ikke stemte på partiet forrige gang.

Nettovandringer

Velgervandringene går i høyeste grad begge veier. Partiene både mister og vinner velgere fra hverandre. Det er derfor nødvendig å se på nettoendringene for å få et fullstendig bilde. Ettersom partiene har ulik størrelse, må vi foreta beregninger med utgangspunkt i den såkalte grandtotalen, det vil si de som hadde stemmerett både i 2005 og 2009, og som er med i vårt panel. Tabell 5 viser en oppsummering av nettoovergangene. Tabellen leses horisontalt, rad for rad.

Rødt vinner ikke på opposisjon

Partiet Rødt hadde et nettotap av velgere til SV på -0,5 prosentpoeng og Arbeiderpartiet på -0,3 prosentpoeng, mens det hadde en liten nettogevinst av velgere fra FrP og Sp. For de øvrige partiene er det balanse i regnskapet. Det er bemerkelsesverdig at Rødt ikke har klart å vinne velgere – verken fra SV eller Ap etter en periode der begge disse partiene har sittet med regjeringsansvaret. Rødt har med andre ord ikke klart å utnytte posisjonen som «venstreopposisjon», heller ikke overfor Sosialistisk Venstreparti.

Sosialistisk Venstreparti taper til Ap

Det var bare 57 prosent av SVs velgere som holdt fast på partiet i 2009, slik tabell 3 viser. Bare Venstre har færre lojale velgere. Hele 16 prosent av SVs tidligere velgere foretrakk Arbeiderpartiet. Denne overgangen kommer på toppen av det frafallet SV hadde til Ap i 2005. Da gikk 33 prosent av SVs velgere til Arbeiderpartiet.

Overgangene til Ap avspeiles også i nettoregnskapet. Det klart største velger-tapet skjer til Ap (-0,9 prosentpoeng), dernest taper SV til Senterpartiet (-0,6 prosentpoeng), Høyre (-0,5 prosentpoeng) og Venstre (-0,2 prosentpoeng). SV har gevinst i forhold til Rødt (+0,5 prosentpoeng), FrP (+0,2 prosentpoeng) og tidligere hjemmesittere (+0,2 prosentpoeng).

Arbeiderpartiet tar fra Sp og SV

Nettoregnskapet viser at Arbeiderpartiet vinner mest fra sine regjeringspartnere Sp (+1,0 prosentpoeng) og SV (+0,9 prosentpoeng). Dernest har partiet et positivt bytteforhold til Venstre (+0,4 prosentpoeng), Rødt (+0,3 prosentpoeng) og litt fra gruppen «andre» (+0,1 prosentpoeng). Derimot er det nettotap til Høyre (-0,6 prosentpoeng) og FrP (-0,3 prosentpoeng).

Tabell 3. Hvor gikk 2005-velgerne? De ulike partiers velgere (2005), etter parti i 2009. Prosent¹

Parti 2009	Parti 2005										
	I alt	RV	SV	Ap	V	KrF	Sp	H	FrP	Andre	Stemte ikke
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Rødt	1	-	2	0	0	0	2	0	1	-	0
SV	9	-	57	3	2	0	0	1	2	-	8
Ap	30	-	16	73	17	3	20	8	10	-	19
V	4	-	3	2	30	3	2	2	2	-	3
KrF	4	-	0	0	2	69	2	0	1	-	0
Sp	6	-	6	2	0	0	64	0	1	-	4
H	18	-	6	6	30	11	0	73	15	-	14
FrP	16	-	2	6	5	8	4	11	58	-	14
Andre	1	-	1	0	0	0	0	0	1	-	0
Stemte ikke	11	-	7	8	14	6	6	5	9	-	38
Antall svar	690	11	68	194	43	35	50	92	112	8	77

¹ Bare personer som var med både i 2005- og 2009-undersøkelsen, og som oppga stemmegivning, er tatt med i tabellen. For Rødt og Andre er det for få personer med til å foreta prosentberegning.

Kilde: Valgundersøkelsen 2005 og 2009, Institutt for samfunnsforskning og Statistisk sentralbyrå.

Tabell 4. Hvor kom 2009-velgerne fra? De ulike partiers velgere i 2009, etter parti i 2005. Prosent¹

Parti 2005	Parti 2009										
	I alt	Rødt	SV	Ap	V	KrF	Sp	H	FrP	Andre	Stemte ikke
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
RV	2	-	7	1	0	0	0	0	0	-	0
SV	10	-	66	5	8	0	9	3	1	-	6
Ap	28	-	9	69	15	4	7	9	12	-	21
V	6	-	2	3	48	3	0	10	1	-	8
KrF	5	-	0	1	4	80	0	3	3	-	3
Sp	7	-	0	5	4	3	75	0	2	-	4
H	14	-	2	3	7	0	0	53	9	-	6
FrP	16	-	3	5	7	7	2	13	60	-	13
Andre	1	-	1	1	0	3	0	0	2	-	1
Stemte ikke	11	-	10	7	7	0	7	9	10	-	38
Antall svar	690	8	59	206	27	30	43	127	109	4	77

¹ Bare personer som var med både i 2001- og 2005-undersøkelsen, og som oppga stemmegivning, er tatt med i tabellen. For RV og Andre partier er det for få personer med til å foreta prosentberegning.

Kilde: Valgundersøkelsen 2005 og 2009, Institutt for samfunnsforskning og Statistisk sentralbyrå.

Tabell 5. Netto velgeroverganger 2005-2009. Prosent av Grandtotalen (N=690)

Stemt 2005	Stemt 2009									
	Rødt	SV	A	V	KrF	Sp	H	FrP	Andre	Ikke stemt
Rødt	-	-0,5	-0,3	0	0	0,1	0	0,1	0	0
SV	0,5	-	-0,9	-0,2	0	-0,6	-0,5	0,2	0	0,2
A	0,3	0,9	-	0,4	0	1	-0,6	-0,3	0,1	-0,1
V	0	0,2	-0,4	-	0	0,1	-1,6	0	0	-0,6
KrF	0	0	0	0	-	0,1	-0,6	-0,1	0,1	-0,3
Sp	-0,1	0,6	-1	-0,1	-0,1	-	0	-0,2	0	0
H	0	0,5	0,6	1,6	0,6	0	-	1,1	0	0,9
FrP	-0,1	-0,2	0,3	0	0,1	0,2	-1,1	-	0,2	0,2
Andre	0	0	-0,1	0	-0,1	0	0	-0,2	-	-0,1
Ikke stemt	0	-0,2	0,1	0,6	0,3	0	-0,9	-0,2	0,1	-

Kilde: Valgundersøkelsen 2005 og 2009, Institutt for samfunnsforskning og Statistisk sentralbyrå.

Forskjellen sammenlignet med valget i 2005 er markant. Med ett lite unntak (Sp) hadde Arbeiderpartiet den gang nettogevinst sammenlignet med alle andre partier, i tillegg til at man mobiliserte en betydelig andel hjemmesittere. I 2009 tapte Ap, derimot, til den sistnevnte gruppen, i tillegg til tapene til Høyre og FrP. Det er også interessant at med Arbeiderpartiets betydelige tilsig av velgere fra KrF i 2005 (+1,5 prosentpoeng), går regnskapet i null i 2009.

Venstre taper mest – til Høyre

Som nevnt satt Venstre bare igjen med en tredjedel av sine tidligere velgere i 2009. Ytterligere en tredjedel gikk til Høyre. Dette reflekteres også i nettoovergangene. Venstres nettotap til Høyre (-1,6 prosentpoeng) er den største av alle velgeroverganger i 2009-valget. Tapet er nesten like stort som Venstres gevinst vis-à-vis Høyre ved forrige valg (+1,9 prosentpoeng). Det er med andre ord god grunn til å anta at Høyre hentet tilbake velgere de «lånte bort» til Venstre ved forrige valg.

Også tapet til hjemmesitterne (-0,6 prosentpoeng) er større for Venstre enn for noen andre partier. I tillegg tapte Venstre velgere til Arbeiderpartiet (-0,4 prosentpoeng), men bare en fjerdedel av det store tapet til Høyre. Gevinsten overfor SV (+0,2 prosentpoeng) og Sp (+0,1 prosentpoeng) er for liten til at den kan oppveie tapene til de andre partiene.



Også Kristelig Folkeparti lekker til Høyre

Til tross for et svært dårlig valgresultat har Kristelig Folkepartis velgerlojalitet økt fra 40 prosent i 2005 til 69 prosent i 2009. Det største nettotapet er til Høyre (-0,6 prosentpoeng), mens tapet til FrP er klart mindre (-0,1 prosentpoeng). Faktisk er tapet til FrP det minste KrF har hatt siden valget i 1997 (også da -0,1 prosentpoeng). Til sammenligning var KrFs velgertap til FrP på 0,9 prosentpoeng i 2001 og 1,5 prosentpoeng i 2005. Lekkasjen til FrP stoppet med andre ord opp i 2009.

Mens KrF ved forrige valg tapte betydelig til de rød-grønne partiene (samlet -2,8 prosentpoeng) og til FrP, er det største tapet ved dette valget først og fremst til Høyre. KrF har altså tapt både til venstre- og høyresiden i de to siste stortingsvalgene.

Senterpartiet – hver femte gikk til Ap

For Senterpartiet representerer 2009-valget en fremgang når det gjelder lojalitet fra velgere. Mens det i 2005 bare var 42 prosent av tidligere velgere som holdt fast på Sp, var andelen steget til 64 prosent i 2009. Samtidig gikk 20 prosent av Senterpartiets 2005-velgere til Arbeiderpartiet i 2009. Dette mønsteret avspeiles også i nettoregnskapet. Senterpartiets største tap er til Arbeiderpartiet (-1,0 prosentpoeng), mens partiet har en velgergevinst i forhold til den andre regjeringspartneren SV (+0,6 prosentpoeng). For de øvrige partiene er det bare små endringer.

Høyre – parti med tilvekst

Som det eneste parti ved valget i 2009 hadde Høyre enten netto tilvekst eller balanse når det gjelder bytteforholdet med andre partier. Dette må ses på bakgrunn av situasjonen i 2005 da Høyre – sammen med KrF – ikke hadde nettogevinst til noen andre partier.

Den største gevinsten for Høyre i 2009 kom fra Venstre (+1,6 prosentpoeng), etterfulgt av FrP (1,1 prosentpoeng). Gevinsten i bytteforholdet til Arbeiderpartiet (+0,6 prosentpoeng) er klart mindre enn tapet i 2005 (-2,4 prosentpoeng), mens gevinsten fra KrF (+0,6 prosentpoeng) er klart større enn ved forrige valg. I tillegg vant som nevnt Høyre en del velgere også fra SV (+0,5 prosentpoeng). Høyre mobiliserte også tidligere hjemmesittere (+0,9 prosentpoeng).

Fremskrittspartiet hadde størst velgertap til Høyre

Forholdet til Høyre er selvsagt et speilbilde av det vi nevnte i forrige avsnitt. Fremskrittspartiets største velgertap var til Høyre (-1,1 prosentpoeng). FrP har også et lite tap til Rødt (-0,1 prosentpoeng) og SV (-0,2 prosentpoeng), mens det er en liten gevinst vis-à-vis Ap (+0,3 prosentpoeng), Sp (+0,2 prosentpoeng) og KrF (+0,1 prosentpoeng).

Hva skjer med hjemmesitterne?

Høyre, FrP og SV er de eneste partiene som har en netto tilvekst av tidligere hjemmesittere. Venstre og KrF har det største tapet til denne gruppen. Også Arbeiderpartiet taper til hjemmesitterne, men relativt beskjedent (-0,1 prosentpoeng).

Erindring og beregninger

Som nevnt gir vår undersøkelse til dels andre resultater enn de to valgdagsmålingene som ble offentliggjort umiddelbart etter valget. Valgdagsmålinger byg-

Valgundersøkelsen 2009

Bernt Aardal ved Institutt for samfunnsforskning har hatt det faglige ansvaret for valgundersøkelsen, mens Statistisk sentralbyrå har trukket utvalget og gjennomført intervjuingen. Bruttoutvalget består av 2 945 norske statsborgere i alderen 18-79 år. Etter stortingsvalget ble det gjennomført intervju med 1 782 personer, eller 60,5 prosent av utvalget. I underkant av halvparten av disse deltok også i Valgundersøkelsen 2005. Opplysningene om bruttoutvalgets valgdeltakelse er hentet direkte fra valgmannstallet og er derfor svært pålitelige.

Undersøkelsen er finansiert av Kommunal- og regionaldepartementet. Hovedrapporten fra undersøkelsen vil bli publisert sommeren 2011.



ger på erindringsspørsmål om tidligere stemmegivning, noe som gir betydelige feilkilder når det gjelder velgeroverganger. Ettersom mange foreløpige analyser av valget i 2009 bygger på valgdagsmålingene, kan det være grunn til å nevne de viktigste forskjellene mellom disse undersøkelsene og vår undersøkelse.

Kort oppsummert er overgangene fra SV til Ap klart mindre i vårt materiale enn det valgdagsmålingene viste. Derimot er overgangen fra SV til Høyre større i vårt materiale. Når det gjelder Arbeiderpartiet, viser vårt materiale større tap til Høyre enn til FrP, mens det er motsatt i valgdagsmålingene. Også for Venstre er det avvik. Vårt materiale viser betydelig større tap fra Venstre til Høyre enn fra Venstre til Arbeiderpartiet, mens valgdagsmålingene viste omtrent samme tap til begge partier.

Tabell 6. Førstegangsvelgernes stemmegivning, 2001-2009. Prosent

	2001	2005	2009
Totalt	100	100	100
Rødt (RV)	6	1	5
SV	26	15	12
A	11	28	33
V	2	1	5
KrF	7	8	1
SP	5	7	7
H	28	10	13
FrP	11	30	23
Andre	4	0	0
N	82	87	82

Kilde: Valgundersøkelsene, Institutt for samfunnsforskning og Statistisk sentralbyrå.

Bytteforholdet mellom KrF og FrP er også annerledes i vårt materiale der vi finner at KrFs tap til FrP er klart mindre enn det valgdagsmålingene viste. Bytteforholdet mellom Høyre og Fremskrittspartiet er også annerledes. Tidligere FrP-velgeres lojalitet er dessuten betydelig lavere enn det valgdagsmålingene viste.

Førstegangsvelgerne går til de rød-grønne

For førstegangsvelgerne ved de tre siste stortingsvalgene var det store svinginger blant de yngste (se tabell 6). Tallunderlaget er relativt spinkelt, og tallene små, derfor må de tolkes med forsiktighet. Selv om de rød-grønne (inkludert Rødt) samlet får en oppslutning på 57 prosent i 2009, ser vi at dette skyldes Arbeiderpartiets og Rødts vekst. SV har derimot hatt en sterkt nedadgående kurve de siste tre valgene. Selv om SVs oppslutning blant de yngste ligger over partiets valgresultat, representerer de to siste valgene et klart brudd med tidligere mønster der SV hadde et særlig godt grep på ungdommen.

Utviklingen er også interessant for Arbeiderpartiet. Partiet har aldri hatt så lav oppslutning blant førstegangsvelgerne som i 2001 da oppslutningen bare var på 11 prosent. Siden den gang ser vi imidlertid en jevn økning frem til at partiet nå er det største partiet blant de yngste velgerne. Vi må faktisk tilbake til valget i 1985 for å finne like høy oppslutning om Arbeiderpartiet som i 2009 i denne aldersgruppen.

Et annet markant trekk er KrFs svake stilling, bare 1 prosent av førstegangsvelgerne stemte på partiet i 2009. Også Høyre sliter med oppslutningen blant de yngste velgere sammenlignet med 2001-valget, selv om partiet holder stillingen sammenlignet med 2005. For Høyres del var 2005-valget det dårligste som er notert blant førstegangsvelgerne siden valgforskningen startet. Det at vi ikke kan registrere noen markant bedring i 2009, er med andre ord ikke helt betryggende for Høyre. Det kan videre se ut som om Fremskrittspartiets oppslutning blant førstegangsvelgerne synker fra 2005 til 2009, men endringen er ikke signifikant.

FrP og KrF har de eldste velgerne

Det er selvsagt ikke bare oppslutningen blant de aller yngste velgerne som er interessant for partiene. I tabell 7 viser vi oppslutningen i andre aldersgrupper. For å få et større tallunderlag er alder delt opp i tiårsgrupper.

Tar vi utgangspunkt i gjennomsnittsalderen for de enkelte partienes velgere, ser vi den største økningen for SVs og FrPs velgere. De



to partiene som tradisjonelt har stått sterkest blant de yngste, har med andre ord fått en klart eldre velgerskare. For Senterpartiet ser vi en viss nedgang i gjennomsnittsalderen, mens det er mindre endringer for de andre partiene. FrP og KrF har nå de eldste velgerne.

Kvinner til venstre, menn til høyre

Ser vi nærmere på partienes oppslutning i ulike aldersgrupper fordelt på kjønn, er det første som slår en, den markante kjønnsforskjellen i oppslutning om Rødt, SV og Ap på den ene side, og Høyre og FrP på den andre (se tabell 8). Mens de førstnevnte partiene får 50 prosent av stemmene blant kvinnelige velgere uansett alder, er tilsvarende tall for høyrepartiene 33 prosent. Faktisk har venstrepartiene oppslutning blant minst halvparten av kvinnelige velgere i alle aldersgrupper, unntatt de aller eldste.

Blant mannlige velgere er tendensen motsatt. For alle menn, uansett alder, er oppslutningen om Høyre og FrP 45 prosent og om venstrepartiene 39 prosent. Sammenlignet med 2005-valget er polariseringen mellom de to blokkene blitt mer markant blant mannlige velgere, samtidig som den holder seg omtrent på samme nivå blant de kvinnelige velgerne. Ved forrige valg så det ut til at FrP hadde fått et gjennombrudd blant yngre kvinner idet 25 prosent av kvinner i alderen 18-29 da stemte på partiet. I 2009 er imidlertid denne andelen halvert til 12 prosent.

Høyere valgdeltakelse?

Som vanlig ved utvalgsundersøkelser ligger valgdeltakelsen blant de spurte høyere enn de offisielle valgresultatene. Dette skyldes at det er lettere å få svar fra dem som har stemt, enn fra dem som ikke har stemt. I noen tilfeller oppgir respondentene også at de har stemt, uten at det er tilfelle.

For å sikre kvaliteten på undersøkelsen er det som nevnt gjennomført en kontroll mot det offisielle manntallet. I de tilfellene der personene har oppgitt at de har stemt, mens manntallet viser at de ikke har gjort det, settes disse til ikke stemt. Selv etter denne kontrollen viser nettoutvalget en

Tabell 7. Velgere i ulike aldersgrupper, etter parti. 2009. Prosent

	Aldersgruppe. Prosent					Gjennomsnittsalder	Endring 2005-2009. Prosent
	18-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-79 år		
Totalt	100	100	100	100	100		
Rødt	2	1	1	2	1	41,9	0
SV	10	9	8	11	5	44,8	4,3
A	32	34	34	37	36	48,5	0,2
V	5	7	4	3	5	46,9	-0,8
KrF	7	2	3	6	5	49,6	-0,8
SP	7	7	7	5	7	47,4	-2,2
H	16	24	23	19	18	48,0	1,2
FrP	19	16	20	17	23	49,5	4,0
Andre	2	0	0	0	0	40,7	
N	206	257	296	297	396		

Kilde: Valgundersøkelsen 2009, Institutt for samfunnsforskning og Statistisk sentralbyrå.

Tabell 8. Partienes oppslutning, etter alder og kjønn. 2009. Prosent.

	I alt	18-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-79 år
Menn i alt	100	100	100	100	100	100
Rødt	1	2	1	1	1	1
SV	6	3	7	5	9	5
A	32	30	32	26	34	34
V	4	3	6	4	3	3
KrF	4	8	1	5	4	3
SP	8	4	7	9	8	9
H	21	21	24	22	20	19
FrP	24	28	22	28	20	26
Andre	0	9	0	0	1	0
N	758	95	141	148	156	218
Kvinner i alt	100	100	100	100	100	100
Rødt	1	3	2	0	1	1
SV	11	16	11	12	14	5
A	38	33	37	43	40	37
V	5	5	8	3	3	6
KrF	5	6	2	1	7	8
SP	6	10	8	5	3	4
H	19	12	24	24	18	18
FrP	14	12	8	12	14	20
Andre	1	3	0	0	0	1
N	694	111	116	148	141	178

Kilde: Valgundersøkelsen 2009, Institutt for samfunnsforskning og Statistisk sentralbyrå.

Tabell 9. Valgdeltakelse, etter alder og kjønn. 2005 og 2009 (justert for faktisk valgdeltakelse). Prosent

	Alder							
	I alt	18-21 år	22-25 år	26-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60+ år
2005 i alt	77,4	55,3	63,1	68,1	78,1	79,9	82,3	83,3
Menn	76,6	54,6	63,7	65	76,6	79,6	81,6	83,2
Kvinner	78,4	56,1	62,4	71,3	79,6	80,2	83,2	83,6
2009 i alt	76,4	57	55,9	68,4	77,4	78,5	82,5	82,1
Menn	76,1	62,6	51,6	66,6	77,5	77,2	80,4	82,9
Kvinner	76,7	51,2	60,1	70	77,2	79,7	84,7	81,3
Antall undersøkte i 2009 i alt	3 000	232	170	186	531	581	561	739
Menn	1 506	117	82	88	277	296	284	362
Kvinner	1 494	115	88	98	254	285	277	377

Kilde: Valgundersøkelsen 2005 og 2009, Institutt for samfunnsforskning og Statistisk sentralbyrå.

valgdeltakelse på 84,5 prosent. Som kjent var den offisielle valgdeltakelsen på 76,4 prosent i 2009, en nedgang på 1 prosentpoeng fra 2005.

I tillegg til dem som ble intervjuet i undersøkelsen, har vi tilgang til opplysninger om dem som ble trukket ut til undersøkelsen, men som av ulike grunner ikke ble intervjuet. Det såkalte bruttoutvalget gir et bedre tallunderlag for valgdeltakelsen. Men selv i bruttoutvalget ligger valgdeltakelsen også litt for høyt, med 77,8 prosent. I tabell 9 har vi korrigert for dette avviket, slik at tallene gir et tilnærmet riktig bilde av den faktiske valgdeltakelsen i ulike aldersgrupper og blant kvinner og menn.

Ettersom tallunderlaget er svakt i flere grupper, bør også disse tallene tolkes med varsomhet. Hovedmønsteret kjenner vi likevel fra tidligere; valgdeltakelsen øker med stigende alder. Blant de yngste velgerne ligger valgdeltakelsen under 60 prosent. Blant førstegangselverne stemte 57 prosent, mot 55 prosent i 2005, men denne endringen er ikke statistisk signifikant.

Som vi ser av totaltallene, er det ingen forskjell mellom kvinners og menns valgdeltakelse. Tidligere har vi sett en tendens til at yngre kvinner har deltatt noe mer enn yngre menn, men forskjellene har verken vært store eller alltid signifikante. Forskjellen mellom kvinnelige og mannlige førstegangselgere i 2009 er imidlertid statistisk signifikant. Hva dette skyldes, må vi komme tilbake til i senere analyser. Slår vi sammen de to yngste aldersgruppene, finner vi imidlertid ingen signifikant forskjell mellom menns og kvinners valgdeltakelse.



Helse – flere velger alternativt

Flere søker hjelp mot helseplager hos alternative behandlere, men de bruker samtidig konvensjonelle helsetjenester. For ti år siden oppsøkte en av ti voksne alternativ behandling, i 2008 brukte en av seks tjenestene. Trender i tiden skaper vekst i næringer der personlig utvikling, helhet og naturlighet er tema.

Andelen av den voksne befolkningen som har benyttet alternativ behandling, har økt med godt over 50 prosent i løpet av en tiårsperiode. I 2008 hadde 16 prosent av oss vært hos utvalgte alternative behandlere (se tekstboks).

Økt interesse for temaer knyttet til personlig utvikling, naturlighet og helhet har gitt vekst i det alternative behandlingsmarkedet. Det har vokst både i størrelse og i variasjonen av behandlinger som tilbys. På nettstedet til NIFAB (Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling), listes det opp over 50 ulike behandlingsformer. Informasjonssenteret er tilknyttet Nasjonalt forskningscenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM).



Lovfestede metoder

På 1990-tallet var det et skifte, både i folks holdinger og i det politiske klimaet knyttet til det alternative behandlingsfeltet (Lima 2004). At kiropraktikk, tidligere ansett som en profesjon utenfor de etablerte helsetjenestene, fikk autorisasjon i 1989, var en del av dette skiftet.

I 1997 ble Aarbakke-utvalget etablert av Sosial- og helsedepartementet for å utrede ulike sider ved alternativ behandling. Utvalgets arbeid er dokumentert i NOU 1998:21, *Alternativ medisin*. Dette arbeidet ble lagt til grunn for lovforslaget om alternativ behandling (Ot.prp. nr. 27: 2002-2003). *Kvakkosalverloven* fra 1936 ble opphevet, og *lov om alternativ behandling ved sykdom mv.* ble vedtatt i 2003. I tillegg ble det etablert et forsknings- og dokumentasjonsmiljø ved Universitetet i Tromsø, NAFKAM.

Jorun Ramm

Datakilde

Artikkelen bygger på levekårsundersøkelsen, en årlig intervjuundersøkelse som gjennomføres av Statistisk sentralbyrå. Hvert tredje år er temaet helse, omsorg og sosial kontakt. Om lag 10 000 personer ble trukket ut til å være med i 2008, knapt 6 500 personer i alderen 16 år og over deltok.

De ble blant annet spurt om de i løpet av de siste tolv månedene hadde vært til behandling hos «type behandler» – og hvor mange ganger. Behandlergruppene som var listet opp i spørsmålet, var homeopat, akupunktør, fotsoneterapeut/refleksolog, aromaterapeut, massasjeterapeut, naprapat, osteopat, healer. Mer informasjon http://www.ssb.no/emner/00/90/notat_200940/notat_200940.pdf (Wilhelmsen 2009)

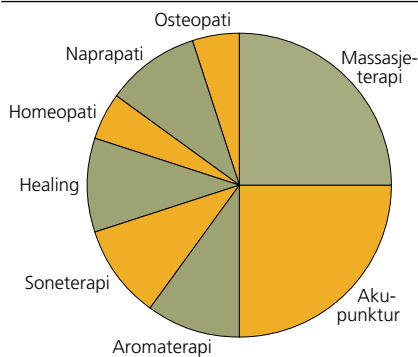


Jorun Ramm er sosiolog og seniorrådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk. (jorun.ramm@ssb.no)

Definisjon av alternativ behandling

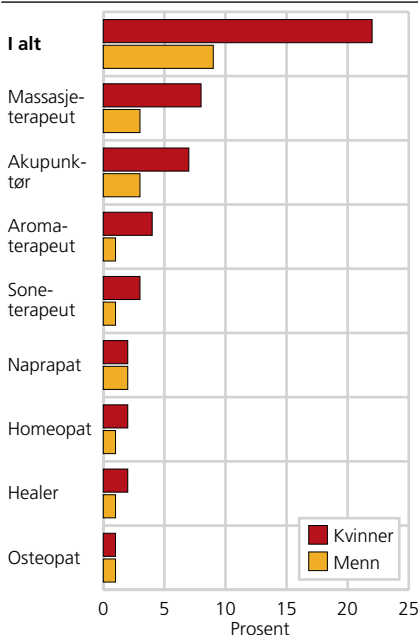
Loven av 2003 gir følgende definisjon: «Med alternativ behandling menes helserelatert behandling som utøves utenfor helsetjenesten, og som ikke utøves av helsepersonell. Behandling som utøves i helsetjenesten eller av autorisert helsepersonell, omfattes likevel av begrepet alternativ behandling når det brukes metoder som i all vesentlighet anvendes utenfor helsetjenesten».

Figur 1. Befolkningens bruk av alternativ behandling – prosentvis fordeling på type behandlinger. 2008



Kilde: Levekårsundersøkelsen. Helse, omsorg og sosial kontakt, Statistisk sentralbyrå.

Figur 2. Andel menn og kvinner som har vært hos utvalgte alternative behandlere. 2008. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen. Helse, omsorg og sosial kontakt, Statistisk sentralbyrå.

Massasje og akupunktur mest utbredt

Selv om medienes omtale av feltet gir inntrykk av at markedet for alternativ behandling nærmest har eksplodert, viser statistikk at økningen innenfor utvalgte terapiformer som akupunktur, soneterapi og homeopati har vært relativt beskjeden over en tiårsperiode. Av behandlingsformene som ble kartlagt i Levekårsundersøkelsen 2008 (se tekstboks), har massasjeterapi og akupunktur størst utbredelse (se figur 1).

Kvinner går oftere til alternativ behandling

Det er i hovedsak kvinner som velger alternativ behandling. I alt 22 prosent kvinner og 9 prosent menn hadde vært hos utvalgte alternative behandlere i 2008 (se figur 2). Den typiske brukeren av alternativ behandling er en kvinne mellom 30 og 50 år som bor i byen, med utdanning utover videregående nivå og som tjener mellom 200 000 og 350 000 kroner i året (se tabell 1).

Tabell 1. Fordeling, etter bakgrunnskjennetegn i befolkningen totalt og i gruppen som har vært hos alternativ behandler. 2008. Prosent

	Hele den voksne befolkningen	Personer som har vært hos alternativ behandler
Alle	100	100
Aldersgrupper		
16-24 år	14	10
25-34 år	16	17
35-44 år	20	26
45-54 år	17	20
55-64 år	16	17
65-74 år	10	7
75 år og eldre	9	4
Kjønn		
Kvinner	50	70
Menn	50	30
Utdanningsgrupper		
Grunnskole	30	21
Videregående skole	41	44
Universitet/høgskole	25	31
Inntektsgrupper		
under 200 000	41	36
200 000-349 999	45	52
350 000-499 999	11	10
500 000 eller over	4	3
Sentralitet		
Tettbygd	79	81
Spredtbygd	21	19
Antall personer som er intervjuet		
	6 457	1 019

Kilde: Levekårsundersøkelsen. Helse, omsorg og sosial kontakt, Statistisk sentralbyrå.

Helt, ikke stykkevis og delt

Det engelske språket skiller mellom to begreper for sykdom – *disease* og *illness*. Det førstnevnte begrepet betegner sykdom som objektivt fenomen, det vil si at kroppens tilstand kan måles og testes for å klassifisere plagene med diagnoser. *Illness* viser til den subjektive opplevelsen – hvordan vi har det, og hvordan vi lever med plagene.

Innenfor skolemedisinen er mest oppmerksomhet rettet mot *disease* og mindre mot *illness*. Konvensjonell medisin har behandling av sykdom og lindring av symptomer som sin primæroppgave. Utøvere av alternativ behandling forsøker å sette opplevd sykdom eller symptomer inn i en større meningsramme for pasientene. Fokus er mestring av sykdom gjennom samtale, veiledning og berøring. Det benyttes ulike teknikker for å stimulere kroppens evne til å lege seg selv.

Sykdom og plager i muskler og skjelett, og psykosomatiske lidelser som har stor utbredelse i befolkningen, kan være vanskelige å påvise ut fra objektive kriterier, men svekker livskvaliteten. Ofte finner de ikke noen umiddelbar kur innenfor skolemedisinen, men må behandles over lengre tid. Økt kunnskap om biomedisinsbegrensninger og

større åpenhet omkring bivirkninger av medikamentell behandling har mest sannsynlig bidratt til at mange også søker alternativ behandling for disse plagene.

Medisinsens rolle er i endring

Det har vært en økende profesjonalisering og spesialisering av både lege- og sykepleierollen. Sykepleiefaget har tradisjonelt hatt en empatisk og helhetlig tilnærming til pasientene. Over tid har det vært kritiske røster, også i sykepleierenes egne rekker, til retningen profesjonen har tatt (Valset 2005). Det hevdes at i stedet for å utvikle en terapeutisk sykepleiefunksjon, der pasientens personlige opplevelse er en viktig del av helsebildet, har sykepleierne blitt assistenter for medisinen.

Også legerollen er i endring, og legenes autoritet utfordres i økende grad. En lege kan oppleve at pasienter selv kommer med forslag til undersøkelse og behandling. En pasient som aktivt innhenter informasjon, vil finne ut at de lærde strides, og at det er ulike måter å tolke data og informasjon på, også innenfor medisinen (Bjelland 2001).



På den annen side består det medisinske blikkets suverenitet. Objektive funn som legen kan observere, har større utsagnskraft enn pasientens subjektive symptomer (Malterud 1995). Hvis en tenker i retning av trygderettigheter og sykemeldingspraksis, har legene en helt ubestridt autoritet når det gjelder å definere og klassifisere sykdom. Kun kiropraktorene har til nå oppnådd tilsvarende rettigheter.

Alvorlig syk, litt syk eller redd for å bli syk?

Tall for egenvurdert helse i levekårsundersøkelsen viser at de som oppsøker det alternative behandlingstilbudet, ikke er vesentlig sykere enn befolkningen ellers. Om lag 76 prosent av de som har vært hos alternativ behandler, sier at de har god eller meget god helse, mens en andel på 81 prosent i den voksne befolkningen sett under ett har god eller meget god helse (se tabell 2).

Andelen som sier at helsen verken er god eller dårlig, eller at den er dårlig, er høyere i grupper som har vært hos alternativ behandler i 2008, sammenlignet med andelen i hele befolkningen, henholdsvis 25 og 19 prosent. Det ser ut til at menn som gikk til alternativ behandling i 2008, hadde noe dårligere helse enn kvinner som brukte slike tjenester. Det er også høyere andeler med kronisk sykdom blant brukere av alternativ behandling.

Smerter, søvnproblemer og manglende energi

Mange benytter alternativ behandling for å lindre symptomer. I Levekårsundersøkelsen 2008 ble det kartlagt om intervjupersonene har vært plaget med ulike symptomer de siste tre månedene før intervjuet. Det er langt høyere andeler blant de som har vært hos alternativ behandler som har ulike symptomer på helseproblemer, sammenlignet med den voksne befolkningen sett under ett. Bruk av

Tabell 2. Andel med god/dårlig helse og andel med kronisk sykdom i den voksne befolkningen og blant de som har benyttet alternativ behandling. 2008. Prosent

	Hele den voksne befolkningen	Personer som har vært hos alternativ behandler
Alle	100	100
Egenvurdert helse		
Meget god	36	33
God	45	42
Verken god eller dårlig	13	16
Dårlig/meget dårlig	6	9
Kronisk sykdom		
Med kronisk sykdom	57	66
Uten kronisk sykdom	43	34
Antall personer som er intervjuet	6 457	1 019

Kilde: Levekårsundersøkelsen. Helse, omsorg og sosial kontakt, Statistisk sentralbyrå.

Tabell 3. **Andel med ulike symptomer i den voksne befolkningen og i gruppen som har vært hos alternativ behandler. 2008. Prosent**

	Hele den voksne befolkningen	Personer som har vært hos alternativ behandler
Alle	100	100
Symptomer på helseproblemer		
Smerter i kroppen	26	38
Trett, slapp	17	31
Hodepine/migrene	18	27
Søvnproblemer	9	25
Nedstemt, deprimert	9	16
Svimmel/dårlig balanse	10	15
Konsentrasjonsvansker	7	15
Tett nese/rennende øyne	13	15
Pustebesvær	8	11
Irritabel, aggressiv	10	12
Hoste	8	10
Kvalme/fordøyelsesbesvær	6	10
Kløe eller svie	6	9
Antall personer som er intervjuet	6 465	1 019

Kilde: Levekårsundersøkelsen. Helse, omsorg og sosial kontakt, Statistisk sentralbyrå.

alternative behandlere er særlig utbredt i grupper som sier at de har hatt smerter, migrene/hodepine, søvnproblemer eller som har følt seg energiløse (se tabell 3).

Mindre bruk av legetjenester?

Fører bruk av alternative behandlere til at vi går mindre til legen? Nei, tvert i mot. De som har vært hos alternativ behandler det siste året, har benyttet legetjenester i større grad enn befolkningen generelt. 90 prosent av de som har benyttet alternativ behandling i 2008, hadde også vært til konsultasjon hos allmennlege, og 47 prosent hadde vært hos spesialist (se tabell 4).

Det er også flere legebesøk blant de som har vært hos alternativ behandler, sammenlignet med den voksne befolkningen sett under ett. Gjennomsnittlig antall kontakter med allmennlege eller legespesialist blant de som har vært hos alternativ behandler, var 6,4, mens det var 4,6 kontakter med lege i snitt i befolkningen i 2008. Mønsteret er det samme for grupper som sier at helsen er meget god eller god, henholdsvis 5,0 kontakter blant de som har benyttet alternativ behandling, og 3,9 kontakter i den voksne befolkningen sett under ett. Det ser med andre ord ut til at brukere av alternativ behandlere, uavhengig av alder og kjønn, også oppsøker legetjenesten hyppig.



Trender i tiden

Før i tiden gikk man til lege når man følte seg syk, i dag er det en tendens til at legen oppsøkes for å få konstatert at en er frisk (Bjelland 2001). Hele 85 prosent av den voksne befolkningen hadde vært hos allmennlege eller spesialist i 2008. At vi bruker legetjenester i så vidt stor grad, kan ses i sammenheng med det som omtales som medikalisering av samfunnet.

Det var den østerrikske filosofen Ivan Illich (1975) som brukte begrepet medikalisering i boken «Medisinsk nemesis» i en kritikk av den moderne medisinen og måten medisinen ekspanderer på. Stadig flere sider ved hverdagen, hva vi spiser og drikker samt arbeids- og fritidsaktiviteter, blir vurdert i helsesammenheng (Crawford 1980). Avvik fra helsenormen blir ofte sykliggjort og krever behandling. Begrepet *helseisme* ble introdusert av den amerikanske sosiologen Irving Zola (1977) og knyttes opp mot en moralistisk oppfatning av sykdom og plager.

Per Fugelli, professor i sosialmedisin, omtaler helseisme i kritiske ordelag. Helse gjøres til den overordnede verdien i livet der sunn livsstil og god helse er identisk med det gode liv

Tabell 4. **Andel som har vært hos allmennlege eller spesialist det siste året, og gjennomsnittlig antall kontakter i befolkningen og blant de som har vært hos alternativ behandler. 2008. Prosent**

	Hele den voksne befolkningen		Personer som har vært hos alternativ behandler	
	Kontakt med lege det siste året (prosent)	Antall kontakter blant de som har brukt tjenesten	Kontakt med lege det siste året (prosent)	Antall kontakter blant de som har brukt tjenesten
Alle	100	100	100	100
Legekontakt				
Vært hos allmennlege	83	3,5	90	4,9
Vært hos spesialist	35	2,7	47	2,9
Antall personer som er intervjuet	6 465	6 407/2 563	1 019	1 011/543

Kilde: Levekårsundersøkelsen. Helse, omsorg og sosial kontakt, Statistisk sentralbyrå.

(Fugelli 2003). Både medikalisering og helseisme driver oss i samme retning, mot helsetjenestene og mot alternative behandlingsformer (Bjelland 2001).

To av tre vil forebygge sykdom

Mange går til alternative behandlere fordi det gir en helhetlig tilnærming til plager og lidelser som oppleves som meningsfull. Noen bruker tjenestene rent forebyggende, for å styrke immunforsvaret eller for å bedre allmenntilstanden. Er det da slik at de som går til alternativ behandling, lever sunnere enn folk flest? Denne gruppen har lavere forekomst av røyking, større inntak av frukt og grønt, og flere som mosjonerer enn befolkningen ellers. Om dette er fordi denne gruppen i utgangspunktet er mer opptatt av livsstil og levevaner, eller om de gjennom råd og veiledning blir «sunnere», er et ubesvart spørsmål.

I Levekårsundersøkelsen 2008 har vi spurt de som har vært til behandling hos homeopat eller akupunktør det siste året, om formålet med kontakten. De ble spurt om de benyttet tjenestene for å lindre akutt eller kronisk sykdom eller plager, forebygge sykdom eller styrke helsen, eller om de søkte slik behandling for eget velvære. Motivene er ofte flere, og det ene utelukker ikke det andre. Imidlertid sier 65 prosent at de hadde vært hos homeopat eller akupunktør for å lindre kronisk sykdom, og 65 prosent tok kontakt for å forebygge sykdom og styrke helsen. Om lag 54 prosent oppga eget velvære som årsak. Det var minst vanlig å oppsøke disse behandlingsformene for å lindre akutt sykdom (se tabell 5).

Utgifter til alternativ behandling

De som gikk til alternativ behandling, betalte i 2008 i underkant av 2 500 kroner i gjennomsnitt for disse tjenestene. Kvinner hadde noe høyere utgifter enn menn, henholdsvis 2 670 og 1 960 kroner. Er det slik at de som har alvorlige diagnoser, bruker uforholdsmessig med penger på alternativ behandling?

De med dårlig eller veldig dårlig helse bruker definitivt tjenestene mer og bruker derfor også mer penger på slike tjenester. Gjennomsnittsutgiften til alternativ behandling for denne gruppen var i 2008 4 230 kroner, nesten dobbelt så høye utgifter sammenlignet med den jevne bruker av de behandlingsmetodene som omtales her.

Den gode samtalen

Innenfor den alternative behandlingstradisjonen er det totaliteten av tiltak overfor pasienten og effekten av disse som er i fokus. I tillegg til ulike behandlingsteknikker og behandlingsformer er samtale og veiledning viktige elementer. Vi ønsker ikke alltid bare å få stilt en diagnose og få foreskrevet en behandling, men vel så mye å luften våre bekymringer og få svar på våre spørsmål, skriver professor i kommunikasjon Jan Svennevig (2008) i legeforeningens tidsskrift. Han viser til at noe av det første kommunikasjonsforskere begynte å studere i lege-pasient-samtaler, var om pasienten ble hørt eller overkjørt av legen. Og mange mente at leger for raskt overtok ordet i konsultasjoner. Faktisk regnet de ut at legen i snitt avbrøt pasienten etter 18 sekunder av sykdomshistorien.

Et spørsmål i Levekårsundersøkelsen 2008 som ble stilt til personer som sier at de har en fastlege, viser at det er flere av de som bruker alternativ behandling som er enig i påstanden om at «legen gir meg ikke nok tid», sammenlignet med befolkningen generelt. I alt 26 prosent av de som har vært til alter-

Spørsmål i Levekårsundersøkelsen 2008 om motiv for å søke alternativ behandling

Hvorfor oppsøkte du behandling hos homeopat/akupunktør? Var det ...

... for å lindre akutt sykdom eller akutte plager så som halsbetennelse, forkjølelse, mellomøre-/bihulebetennelse?

... for å lindre kronisk sykdom eller kroniske plager så som smerter i muskler eller skjelett, reumatisme, multippel sklerose, migrene eller lignende?

... for å forebygge sykdom eller styrke helsen?

... for eget velvære?

Tabell 5. Årsaker til at man har vært hos homeopat eller akupunktør. 2008. Prosent

Har vært hos homeopat eller akupunktør for å ...	Prosent
... lindre akutt sykdom eller plager	30
... lindre kronisk sykdom eller plager	65
... forebygge sykdom eller styrke helsen	65
... eget velvære	54
Antall personer som er intervjuet	110

Kilde: Levekårsundersøkelsen. Helse, omsorg og sosial kontakt, Statistisk sentralbyrå.





nativ behandler det siste året, og 21 prosent av befolkningen generelt, er enig i denne påstanden. For øvrig er det liten forskjell mellom brukere av alternativ behandling og andre i hvordan de opplever relasjonen til fastlegen (se tabell 6).

En krevende utfordring

Resultatene presentert her viser at det ikke er et *enten eller*, men heller et *både og*, i valget av skolemedisinsk behandling eller alternativ behandling. Det kan se ut til at tjenestene i større grad brukes slik at de utfyller hverandre, og at de mest sannsynlig dekker ulike behov ved behandling og lindring av symptomer. Det er særlig grupper som plages med smerter, hodepine, søvnløshet og mangel på energi som går til alternativ behandling.

Anthony Giddens (2003), en klassiker innenfor britisk sosiologi, skriver i boken «Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age» at individets møte med mange ulike ekspertsystemer er et av de sentrale dilemma i moderne tid. Han viser til at det ikke finnes noen overordnet autoritet som kan konsulteres når konkurrerende tilbud og skoleretninger anbefaler ulike behandlingstilnæringer. Den enkelte må selv gjøre seg kompetent til å ta informerte valg (*empowerment*) for å orientere seg i et krevende landskap.

De konvensjonelle helsetjenestene utfordres og må tilpasse seg endringer i tiden – kroniske og ubestemte sykdommer og subjektive plager, mer oppegående pasienter, svekket autoritets- tro, kritiske holdninger til bivirkninger av med-

Tabell 6. Holdninger til ulike påstander om lege-pasient-relasjonen. 2008. Prosent

	Helt enig	Litt enig	Verken enig eller uenig	Litt uenig	Helt uenig	Antall personer som er intervjuet
Jeg har full tillit til den behandlingen legen gir						
Hele befolkningen	72	15	5	4	2	4 733
Personer som har vært hos alternativ behandler	66	19	6	5	3	987
Legen tar meg og mine problemer på alvor						
Hele befolkningen	77	11	5	3	1	4 733
Personer som har vært hos alternativ behandler	75	15	5	3	2	987
Legen gir meg ikke nok tid						
Hele befolkningen	10	11	6	14	56	4 733
Personer som har vært hos alternativ behandler	12	14	5	15	53	987

Kilde: Levekårsundersøkelsen. Helse, omsorg og sosial kontakt, Statistisk sentralbyrå.

ikamentell behandling med videre. Det alternative behandlingstilbudet er på den annen side blitt stort og uoversiktlig. I den senere tid er utdanningsforløp, autorisasjonsrutiner og registreringspraksis for alternative behandlere satt på dagsorden. Dette er viktige grep i retning av å strukturere og få oversikt over det alternative behandlingsmarkedet. Samtidig er det viktig å se på strukturelle rammebetingelser som dreier seg om politikkutforming og økonomiske prioriteringer og interesser, med andre ord alle som er med på å definere hva som er sykt, og hva som er friskt.

Hvis vi retter blikket mot USA, er det der en klarere arbeids- og rollefordeling mellom konvensjonell medisin og alternative tilbud i behandling av sykdom. Det er en slags taus enighet mellom legeprofesjonen og alternative behandlere om at legene er spesialister på sykdom (*disease*) og alternative behandlere er best på å behandle plager og lidelser (*illness*) (Goldstein 2004). Mange vil mene at en slik komplementær forståelse mellom konvensjonell medisin og alternativ behandling vil gjøre oss bedre i stand til å møte fremtidens helseutfordringer.

Når alternativ behandling omtales i denne artikkelen, omfatter det følgende behandlingstyper

Akupunktur bygger på en kinesisk livsenergigære (Qi). Målet er å gjenopprette energibalansen i kroppen. Det benyttes nåler som stikkes inn i riktig dybde og retning.

Homeopati bygger på likhetsloven. Man antar at et stoff som i normale eller store doser er i stand til å fremkalle visse symptomer, i små doser kan brukes for å lege en sykdomstilstand med tilsvarende symptombilde.

Soneterapi bygger på en teori om at soner i føtter eller hender gjenspeiler kroppens forskjellige organer og deler. Behandlingen består i punktmassasje av slike berørte soner. Fot- og håndsoneterapi blir også klassifisert som «refleksologi-metoder».

Aromaterapi er en fellesbenevnelse for ulike bruksmåter av essensielle planteoljer. Brukes først og fremst ved massasje.

Massasjeterapi er en manipulering av kroppens mykvev, muskler og bindevev, med den hensikt å normalisere funksjoner. Man skiller mellom manuelle teknikker som anvendelse av statisk og bevegelig trykk, og stabilisering, noen ganger kombinert med bevegelse av kroppen.

Naprapati er en manuell behandlingsform som tar sikte på å normalisere problemer i bevegelsesapparatet. En avart av kiropraktikk. Fokus er triggerpunkter, hypersensitive punkter.

Osteopati er en manuell behandlingsform som har til formål å undersøke og behandle, og normalisere funksjons- og bevegelsesforstyrrelser. Formålet er å stimulere kroppen til selv å gjenvinne normale funksjoner og derved bli i stand til å lege seg selv.

Healing betyr helbredelse – å gjøre hel. Utøveren har en intensjon om å hjelpe med konsentrasjon, berøring eller bevegelse i energifeltet. Denne praksis bygger på healerens evner heller enn teoretisk kunnskap. Healing kan skje ved håndspåleggelse, tanke, ord eller bønn.

Kilde: NOU 1998:21.

Referanser

- Bjelland, Anne Karen (2001): Pasientrollen i et sosi-
alantropologisk perspektiv, Utposten nr. 2, 2001.
- Crawford, Robert (1980): Healthism and the medi-
calization of everyday life, *International Journal of
Health Services*, 1980; 10(3): pp. 365-88.
- Fugelli Per (2003): *0-visjonen: essays om helse og
frihet*, Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
- Goldstein, Michael (2004): The Persistence and
Resurgence of Medical Pluralism, *Journal of Health
Politics, Policy and Law*, vol. 29, no. 4-5, pp. 925-
9452004.
- Giddens, Anthony (2003): *Modernity and self-iden-
tity. Self and society in the late modern age*, Stanford
University Press, USA, 2003.
- Illich, Ivan (1975): *Medisinsk nemesis*, Gyldendal
forlag, Oslo, 1975.
- Lima, Ivar Andreas Åsland (2004): *Den økende
folkelige og politiske støtte til alternativ behandling.
En analyse av vitenskapelig og politisk strid i sentrale
historiske hendelser i tilknytning til det alternative
behandlingsfeltet*, Oppgave til Cand.polit. graden,
Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen.
- NOU (1998:21): Norges offentlige utredninger, *Al-
ternativ medisin*, Oslo: Statens forvaltningstjeneste,
Seksjon statens trykning.
- Malterud, Kirsti (1995): «The legitimacy of clinical
knowledge: Towards a medical epistemology em-
bracing the art of medicine», *Theoretical Medicine*,
16: 183-198, 1995.
- Ot.prp. nr. 27 (2002–2003): *Om lov om alternativ
behandling av sykdom mv.* [http://odin.dep.no/hd/
norsk/publ/otprp/042001-050013/index-dok000b-
n-a.html](http://odin.dep.no/hd/norsk/publ/otprp/042001-050013/index-dok000b-n-a.html) (13.12.2002).
- Svennevig, Jan (2008): Den gode samtale? *Tidsskrift
for Den norske legeforening* 2,2008; 128.
- Valseth, Signe (2005): *Veivalg i sykepleien*, Gylden-
dal akademisk, Oslo.
- Wilhelmsen, Marit (2009): Samordnet levekårsun-
dersøkelse 2008 – tverrsnittsundersøkelsen. Doku-
mentasjonsrapport, Notater 2009/40.
- Zola, Irving (1977): Healthism and disabling medi-
calization. In I. Illich mfl. (ed). *Disabling Profes-
sions*, Marion Boyars, London, 1977.

Anders Barstad



Anders Barstad er sosiolog og forsker i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for demografi og levekårsforskning.

Hans viktigste interesseområder er psykisk helse og livskvalitet, sosial integrasjon og tilhørighet, bysosiologi og utvikling i levekårene. Han har blant annet publisert: «På vei mot det gode samfunn?», Statistiske analyser 64 (sammen med Ottar Hellevik), «Levekår og flyttemønstre i Oslo indre øst», Rapporter 2006/15 (med flere medforfattere). (anders.barstad@ssb.no)



DVD'en «Matrix Reloaded», film nr. 2 i Matrix-serien.

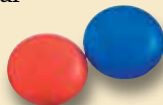
Livet – drøm eller virkelighet?

Menneskets største feiltakelse er «å tro at det lever, mens det i realiteten bare har falt i søvn på livets venteværelse». Slik har Idries Shah, en framtrædende læremester innenfor den islamske sufitradisjonen, beskrevet den menneskelige tilstand. Er det noe i dette? Lever vi våre liv i en slags drøm eller hypnotisk transe, uten kontakt med det «egentlige» livet?

Spørsmålet har blant annet vært tema i flere filmer. Noe paradoksalt, kanskje, siden filmen som kunstform nettopp baserer seg på en illusjon av virkelighet.

Velg en pille

Et eksempel er amerikanske «The Matrix». I denne filmen får helten Neo valget mellom å ta en rød eller en blå pille. Tar han den blå, vil alt fortsette som før. Tar han den røde pillen, derimot, vil han få vite sannheten om sin tilværelse. Og sannheten er brutal. Neo har levd i en datagenerert drømmeverden («The Matrix»); i realiteten har han sovet, mens maskinene som styrer verden, har brukt kroppen hans som energikilde.



En annen film om dette temaet er eldre og mindre kjent: «Min middag med André» (1981), i regi av franskmannen Louis Malle. Dette er en spesiell film, og handler kort og godt om to venner som har en samtale på en restaurant. Men hvilken samtale!

Hovedpersonen André er en anerkjent teaterregissør som opplever at livet har gått i stå. Han bestemmer seg for å prøve noe nytt, nemlig improvisasjoner i og utenfor teateret, i et land hvor han ikke kjenner språket (Polen). Gjennom disse improvisasjonene føler han seg for første gang «virkelig levende». Samtidig begynner han å få hallusinasjoner, hverdagsvirkeligheten ser ut til å gå i oppløsning for ham.

Etter å ha gjennomgått en serie med sterke opplevelser kommer André med sin diagnose av det moderne samfunn. Han beskriver en verden hvor mange lever i en

«insane dreamworld», uten egentlig å se andre og uten mot til å være nær. Menneskene lever på autopilot, styrt av vaner og rutiner. Kulturen finner ingen verdi i å erfare virkeligheten som sådan, alt dreier seg om karriere.

På autopilot?

Er det virkelig slik? Hvor mye lever vi på autopilot, uten å være oppmerksom på livet i oss, og rundt oss?

Noen psykologiske eksperimenter tyder på at oppmerksomheten er temmelig begrenset. Tenk deg at du står i en hotell-lobby, du skal sjekke ut og snakker med den kvinnelige resepsjonisten. Hun mister en penn, og bøyer seg ned bak skranken. Det du ikke vet, er at du er med på et vitenskapelig eksperiment, og at personen som reiser seg opp faktisk er en annen kvinne enn den som bøyde seg ned. Ville du sett forskjellen?

Omtrent halvparten av dem som deltar i slike eksperimenter, ser ingen forskjell (med mindre den er veldig tydelig, som når en mann bytter plass med en kvinne). Resepsjonisten har tydeligvis ikke blitt sett som individ, men plassert i kategorien «kvinnelig resepsjonist». Tilsvarende viser forskning at når en gruppe personer blir bedt om å notere seg antallet pasninger mellom ett av lagene i en videofilm basketballkamp, er det bare halvparten som legger merke til personen i gorilladrakt som dukker opp i bildet og slår seg for brystet!

Andre forskningsresultater tyder på at ganske mange er ofre for illusjoner om egen fortrefelighet, som når 80 prosent

av amerikanske menn mener de er over gjennomsnittet for sosiale ferdigheter, eller som når et stort flertall i befolkningen hevder at deres humoristiske sans er større enn de fleste andres.

Uvitenhet er lykke?

Men er det nå så viktig å være oppmerksom, og ha kontakt med virkeligheten, hvis virkeligheten er ubehagelig? Ta Cypher i «The Matrix», som erklærer at «uvitenhet er lykke». Han angrep på at han tok den røde pillen. Isteden forråder han Neo, og velger illusjonene i den datagenererte virkeligheten framfor sannheten.

Og hvor skadelig er det å ha et litt oppblåst selvbilde? Det finnes forskning som demonstrerer at visse «positive illusjoner» er forbundet med god fysisk og psykisk helse, samt større tilfredshet i romantiske relasjoner.

Hvilke konklusjoner en trekker om dette, vil blant annet være avhengig av tidsperspektivet. På kort sikt gjennomgår Neo i «The Matrix» en dyp personlig krise (det samme gjelder André i «Min middag med André»), på lengre sikt innebærer frigjøringen fra illusjonenes verden uante muligheter for personlig modning og selvrealisering.

Oppmerksomt nærvær

På samme måte som det av og til er mulig «å våkne opp» i en drøm og bli bevisst at vi drømmer, er det de som hevder at det er mulig å våkne opp i hverdagsvirkeligheten. Denne tankegangen er særlig forbundet med buddhismen, og begrepet «mindfulness». Begrepet er vanskelig å oversette til norsk, men termer som «oppmerksomt nærvær» og «bevisst tilstedeværelse» dekker noe av innholdet.

«Mindfulness» er en bevissthetstilstand som innebærer at virkeligheten kan oppleves på en mer direkte og «ufiltrert» måte enn vanlig, uten skylappene som vane-messige kategoriseringer, vurderinger og fortolkninger fører med seg. En forsøker å være mest mulig tilstede i, og oppmerksom på, hva som skjer fra øyeblikk til øyeblikk. Mer enn noe annet handler kanskje «mindfulness» om å se rikdommen i det

som er, eller «øyeblikkets under», for å si det med den vietnamesiske buddhistmunk Thich Nhat Hanh.

Oppmerksomt nærvær kan trenes opp, ikke minst gjennom meditasjon. En rekke undersøkelser har vist positive virkninger av slik trening på mental og fysisk helse (se oversikten gitt av K.W. Brown med flere (2007): *Mindfulness: Theoretical Foundations and Evidence for its Salutary Effects*, *Psychological Inquiry* vol. 18, nr. 4).

Frivillig enkelhet

Det finnes andre metoder. I «Min middag med André» blir betydningen av å gå på tvers av etablerte vaner og rutiner framhevet. En høyrehendt person bør av og til sette av noen dager til å gjøre alt med venstre hånd, for å unngå å falle i transe!

En kjent meditasjonslærer som amerikaneren Jon Kabat-Zinn anbefaler «frivillig enkelhet»: å gjøre bare en ting av gangen, men til gjengjeld virkelig være til stede i, og ha full oppmerksomhet på, den valgte aktiviteten. Det innebærer «å se mindre så jeg kan se mer, gjøre mindre så jeg kan gjøre mer». En slik frivillig enkelhet synes å stå i nokså sterk motsetning til vår rådende kultur, hvor opplevelsen av tidsmangel snarere innbyr til å presse så mange aktiviteter som mulig inn i samme tidsrom.

Den britiske filosofen Timothy Freke foreslår, i boka «Leve i lyset», at vi i større grad tar inn over oss at livet er et mysterium, og mirakel, hinsides enhver forstand. Denne formen for dyp undring er kanskje det mest tilgjengelige botemidlet mot å bli en søvngjenger i livet. Men det forutsetter tid, at vi tar oss tid til å stille spørsmål som det ikke finnes entydige svar på. Ser jeg virkelig personen jeg er sammen med, og ikke bare min forestilling om henne (jmfør den kvinnelige resepsjonisten)? Er jeg våken nå?



Et glemt kapittel i vår demokratihistorie

Oppmerksomheten rundt direkte demokrati i Norge har vært rettet mot de seks landsomfattende folkeavstemningene. De lokale folkeavstemningene har derimot kommet i skyggen av disse. En fersk kartlegging tilbake til 1970 viser at det totalt har blitt avholdt 679 lokale folkeavstemninger til og med 2009. I 2009 ble kommunens rett til å avholde rådgivende folkeavstemninger lovfestet.

Tor Henriksen

Lokal folkeavstemning

En avstemning avholdt innenfor den enkelte kommunes grenser. De stemmeberettigede uttaler seg direkte om et tema. Kommunen eller fylkeskommunen benytter avstemningens utfall som en del av sitt beslutningsgrunnlag for å ta stilling til eller fatte et vedtak om saken. Folkeavstemningen kan omfatte stemmeberettigede i hele eller deler (enkeltkretser) av kommunen.

Datakilder

Fra og med 2008 blir opplysninger om lokale folkeavstemninger årlig innhentet via KOSTRA, som er et rapporteringssystem for alle landets kommuner til staten. For lokale folkeavstemninger før 2008 mottok alle landets kommuner i 2009 et papirskjema med utfylt informasjon som skulle kontrolleres og suppleres. Denne informasjonen var i hovedsak basert på Aimée Lind Adamiaks hovedoppgave ved institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo, samt informasjon i Nynorsk faktabok 1965-2004 om folkeavstemninger om målform.



Tor Henriksen er statsviter og førstekonsulent i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for befolkningsstatistikk. (tor.henriksen@ssb.no)

Demokratiet som politisk styreform består av det representative og det deltagende element, de folkevalgte og befolkningen. Folkeavstemninger går til kjernen av de spenningene som ligger mellom de to elementene. Alle innbyggere med stemmerett i Norge har hvert andre år – lokalt eller nasjonalt – muligheten til å gi uttrykk for sine politiske ønsker ved å velge representanter for sitt ståsted. Dette har vært hovedfokus i utviklingen av det norske demokratiet. Samtidig har befolkningen muligheten til å direkte påvirke politikken gjennom folkeavstemninger (se tekstboks).

Den direkte deltakelsen var sentral i demokratiets tidligste utvikling i det antikke Hellas og videre i andre europeiske bystater fram til slutten av 1700-tallet. Framveksten av nasjonalstaten og utvidelsen av det politiske territoriet, samt en mindre oversiktlig og heterogen befolkning, gjorde dette vanskelig å opprettholde. Det representative vant fram. Partier, organisasjoner og interessegrupper kom til å representere borgernes politiske preferanser gjennom de tre siste århundrene.

En populistisk tradisjon?

Det representative og det direkte deltagende element utelukker ikke nødvendigvis hverandre. Flere politikere fra ulike partier har argumentert for at det direkte elementet gjennom folkeavstemninger i sterkere grad bør supplere det representative. Det kan bidra både til et sterkere folkelig politisk engasjement og et mer levende demokratisk system, mener de.

De sterkeste forsvarerne for det representative element i demokratiet hevder at en økende bruk av folkeavstemninger åpner opp for en populistisk og demagogisk uansvarliggjøring av politikken. Populismen som fenomen og bevegelse vektlegger den direkte kontakten mellom politiske ledere og folket, og den søker å oppnå en sterkere reell folkelig innflytelse over politikken. Videre har den en innebyggt skepsis til samfunnets makteliter.

Lang tradisjon med lokale folkeavstemninger

Tradisjonen med lokale folkeavstemninger i Norge kan spores helt tilbake til slutten av 1800-tallet. I 1894 ble det for første gang innført regler for avstemninger om alkohol.

I 1894 ble det besluttet at deler av overskuddet av alkoholvirksomheten skulle gå til stat og kommune. Samtidig med dette ble opprettelser av nye samlag betinget av folkets tilslutning via en folkeavstemning. Så fram til det landsomfattende alkoholforbudet som kom i 1919, ble det avholdt en rekke lokale folkeavstemninger om alkohol i norske byer.

Hjemmesitterne hadde sterk innflytelse

Den etter hvert landsomfattende avholdsbevegelsen var helt fra innføringen av samlagsordningen sentral i kravet om at innbyggerne gjennom lokale folkeavstemninger skulle få innflytelse på opprettelsen av et samlag og eventuelt fornye bevillingene. Kravene for at avstemningens resultat skulle gjøres bindende for beslutningstakerne, var strenge.

Flertallet i avstemningen måtte bestå av minst 50 prosent av de *stemmeberettigede*. Noe som innebar at hjemmesitterne også fikk sterk innflytelse, og ofte talte dette til fordel for avholdsbevegelsens mål om å hindre både opprettelsen av nye samlag og fornyelse av tidligere gitte bevillinger. Disse reglene ble endret i 1927, da det ble tilstrekkelig med et rent flertall for ett av alternativene for at avstemningen skulle være bindende.



Kvinner fikk stemme

Kvinner inntreden som stemmeberettigede startet for øvrig med deltakelse i lokale folkeavstemninger. Nesten 20 år før allmenn stemmerett for kvinner ble innført i Norge i 1913, fikk kvinner anledning til å delta på lik linje med menn ved avstemningene om alkohol. I så måte kan vi si at dette sammen med deltakelsen i de to landsomfattende avstemningene i 1919 og 1926 – da alkoholforbudet ble opphevet, var sentralt for kvinnes videre rettigheter (Bjørklund 2004).

«Kvindernes Adresse 1905». Fra underskriftsaksjonen for unionsoppløsningen i 1905.
Foto: Drammens Museum

Nynorsk sidestilt med bokmål

Kampen om målform i grunnskolen er den andre saken med lange tradisjoner i norsk direkte demokratihistorie som har gitt seg utslag i en rekke lokale folkeavstemninger på skolekrets nivå. Med sterk støtte og press fra målformbevegelsen var partiet Venstre sentralt da jamstillingsvedtaket ble kjempet gjennom i 1885. Dette vedtaket sidestilte nynorsk med bokmål som opplæringsmål.

Den påfølgende landsskoleloven av 1889 gav skolestyrene besluttende myndighet i valg av opplæringspråk. I spørsmålet om hvem som skulle avgjøre opplæringsmålet, ble samtidig lokale folkeavstemninger diskutert, og rådgivende avstemninger ble avholdt i tiden etterpå. Men sterke lærerkrefter på nynorskens side innførte ikke sjelden nynorsk før det forelå et vedtak i skolestyrene (sitert fra Haugland 1977, Bjørklund 2004).



Strid om Vinmonopol i Halden (1970).
Foto: NTB / Scanpix.

Etter press fra motstanderne av nynorsk ble en ny lov for landsskolene vedtatt i 1915 (senere justert og fornyet). Loven innskjerpet kravene og la grunnlaget for flere lokale folkeavstemninger.

Skolestyrene, bestående av folkevalgte og enkelte lærere fra kretsene, skulle fortsatt ifølge denne loven ha ansvaret for valg av opplæringsmål. Samtidig åpnet loven opp for folkeavstemninger som skulle være bindende for skolestyrets valg hvis minst to tredjedeler av de stemmeberettigede møtte opp, eller at det vinnende alternativet fikk oppslutning fra minst 50 prosent av de stemmeberettigede. Loven ble endret i 1959, til at minst 40 prosent av de stemmeberettigede måtte støtte det vinnende alternativet. Samtidig ble det bestemt at avstemninger skulle gjelde kun skriftlig opplæringsmål.

Hvem skal få stemme?

Et stort og varig stridstema i kampen om opplæringsmål i skolekretsene har vært hvem som skal ha anledning til å stemme. Grovt sett kan vi si at riksmålsforkjempere ivret for en smal definisjon – kun foreldre og foresatte, mens nynorsktilhengerne ønsket å inkludere alle de stemmeberettigede i den aktuelle skolekretsen.

Nynorskforkjemperne ville begrense betydningen av de lokale folkeavstemningene, som riksmålsforkjemperne stod i spissen for å innføre, ved å forlange strengere krav til bindende resultat og en bredest mulig definisjon av de stemmeberettigede (Bjørklund 2004).

Men også andre temaer har vært gjenstand for folkets direkte innflytelse før 1970. Et eksempel er navnestriden i Trondheim i mellomkrigstiden da bystyret i *Trondhjem* besluttet å avholde en folkeavstemning i 1928 om navnet skulle endres til Nidaros. Innbyggernes tale var klar, og hele 92 prosent avviste navneendringen.

Saken gikk videre opp til Stortinget som besluttet å avvise folkets mening, og vedtok navneendring til Nidaros. Etter sterke protester fra byens innbyggere gikk de tilbake på sin avgjørelse og vedtok i 1931 kompromissforslaget som fremdeles er gjeldende, Trondheim. Det ble også på 1960-tallet avholdt flere rådgivende lokale folkeavstemninger i forbindelse med kommunesammenslåinger.

Lovfestet rett i 2009

De eneste tematiske områdene det har eksistert et lovgrunnlag på i forbindelse med lokale folkeavstemninger, er alkohol og målform. Men i 2009 ble et generelt tillegg til kommuneloven vedtatt. Dette lovfestet kommunestyrenes og fylkestingenes rett til å avholde rådgivende lokale folkeavstemninger. De spesifikke lovene knyttet til alkoholavstemninger ble fjernet i 1989, slik at kun det generelle lovverket om adgangen til å holde rådgivende avstemninger gjelder.

Det eksisterer fortsatt et spesifikt lovverk knyttet til opplæringsloven for lokale folkeavstemninger om opplæringsmål i grunnskolen. Den sier at det er skolestyret som bestemmer opplæringsmål for den enkelte skole. Hvis skriftspråket skal forandres, skal det holdes rådgivende avstemning om flertallet i skolestyret, eller hvis minst en fjerdedel av de stemmeberettigede i kretsen krever det. Alminnelig flertall i resultatet gjelder.

I perioden 1970-2009 har det vært særlig mange endringer i den tidligere grunnskoleloven og den senere opplæringsloven når det gjelder hvem som skal ha stemmerett – foreldre og foresatte – eller kretsen som helhet. Det som foreligger av lovgrunnlag til enhver tid, har til en viss grad bidratt til å påvirke utfallet. Dette vil bli tatt opp senere i artikkelen i forbindelse med valgdeltaelse ved de lokale målformsavstemningene.

Nedgang siste 20 år

Det ble avholdt 679 lokale folkeavstemninger fra 1970 til 2009, som gir et gjennomsnitt på 17 avstemninger per år. Det er store variasjoner fra år til år, fra hele 45 avstemninger på det meste i 1985, da i alt 37 kommuner arrangerte lokale folkeavstemninger, til 3 i Notodden kommune i 2008.

Det har vært en klar og tydelig nedgang i antall folkeavstemninger over tid (se figur 1). I alt 67 prosent av avstemningene ble gjennomført i løpet av 1970- og 1980-tallet, henholdsvis 224 og 230. På 1990- og 2000-tallet har nedgangen vært markant, da det ble avholdt henholdsvis 116 og 109 lokale folkeavstemninger.

Alkoholsalg og målform

Alkohol og målform er de temaene som har hatt lengst tradisjon i lokale folkeavstemninger i Norge (se tekstboks). Disse utgjør hovedandelen av avstemningene fra 1970 og fram til i dag med hele 70 prosent, med klart flest avstemninger om målform (se figur 2).

Temaer for folkeavstemninger

Alkohol: Opprettelse av vinmonopol, salg av øl eller andre spørsmål om alkohol.

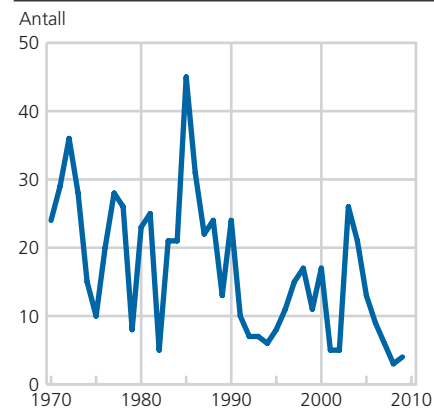
Målform: valg av målform i grunnskolen.

Territorielle: Kommunesammenslåinger, kommunegrensereguleringer og kommune-/fylkestilhørighet.

Krets og identitet: Endring i en kommunes kretsinnstilling – som sammenslåing av skolekretser, opprettning av nye skoler og nedleggelse av eksisterende skoler. Avstemninger om identitet gjelder eksempelvis bystatusavklaringer, eller navn på kommune eller krets.

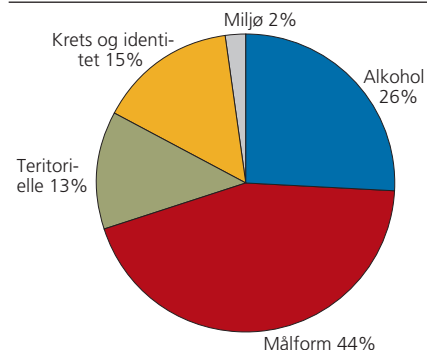
Miljø: Miljøspørsmål, som etablering av vindmølleparker, utbygging av vassdrag, veiutbygging og annen infrastruktur, beskyttelse av verneverdige områder eller bygninger og så videre.

Figur 1. Lokale folkeavstemninger 1970-2009. Antall per år



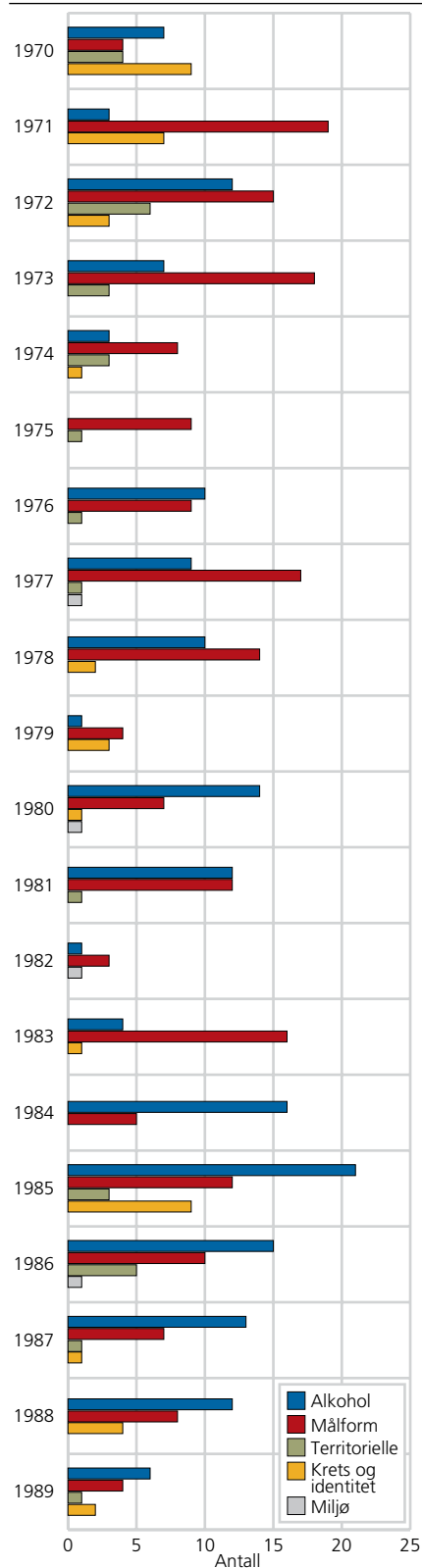
Kilde: Adamiak 2001, Statistisk sentralbyrå.

Figur 2. Lokale folkeavstemninger 1970-2009, etter tema. Prosent



Kilde: Adamiak 2001, Statistisk sentralbyrå.

Figur 3. Antall lokale folkeavstemninger per år, etter tema. 1970-1989



Kilde: Adamiak 2001, Statistisk sentralbyrå.

Som vi var inne på i forbindelse med historien for lokale folkeavstemninger før 1970, ble alkoholavstemningene først tatt i bruk som et virkemiddel for avholdsbevegelsen, mens den etter opphevelsen av det landsomfattende forbudet heller er blitt brukt som et verktøy for en mer liberal alkoholpolitikk.

Gjennom hele 1970- og 1980-tallet ble det avholdt alkoholavstemninger, mens de så å si forsvant helt på 1990- og 2000-tallet (se figur 3 og 4). Både det faktum at initiativretten forsvant med den nye alkoholloven av 1989, samtidig som at liberaliseringen over tid innebar at de aller fleste kommuner hadde fått alkoholutsalg og skjenkesteder, gjorde at temaet mistet sin aktualitet.

Totalt har det blitt avholdt 179 alkoholavstemninger siden 1970, og det ble i 64 prosent av disse stemt for forslag som innebar en liberalisering. I 164 av de 179 tilfellene har vi informasjon som viser om avstemningsresultatet ble tatt til følge eller ikke. Tallene viser at 99 prosent av avstemningene ble tatt til følge (162).



Fra språkstrid i Etnedal i Valdres (2001). Foto: Tone Georgsen / Scanpix.

Kun tre avstemninger om alkohol siden 1990

Siden 1990 er det blitt avholdt tre avstemninger om alkohol. Den siste ble gjennomført så sent som i 2005. Denne omhandlet opphevelse av ølmonopolet i Fauske til fordel for salg av øl i butikk. 63 prosent av de stemmeberettigede deltok, og 57 prosent av disse stemte mot å avskaffe ølmonopolet.

Argumentasjonen gikk i hovedsak ut på at tilgjengeligheten var tilstrekkelig, kunnskapen til de ansatte var omfangsrik, og utvalget var bedre enn kundene kom til å få i et vanlig salg i butikk. Men alkoholavstemningene er nå, som sagt, heller unntaket enn regelen for de lokale folkeavstemningene (se figur 3 og 4).

Fra nynorsk til bokmål

I alt er det blitt avholdt 297 avstemninger om målform i grunnskolen siden 1970, med en eller flere avstemninger hvert eneste år bortsett fra i 2009. Som med alkoholavstemningene har det vært en nedgang i det totale antallet på 1990- og 2000-tallet. Kun en tredjedel av avstemningene har vært i andre halvdel av førtiårsperioden. Det har vært en liten økning på 2000-tallet sammenlignet med 1990-tallet. Mye av denne økningen skyldes det høye antallet i år 2000 (15).

I de fleste tilfeller har det vært avstemninger på skoler som i utgangspunktet har hatt nynorsk som opplæringsmål, og tendensen har vært at flere og flere skoler har gått over til bokmål. Totalt sett har 57 prosent av avstemningene endt til fordel for bokmål, 42 prosent til fordel for nynorsk, mens 1 prosent har hatt likt stemmetall.

Også blant målformsavstemningene har langt de fleste blitt tatt til følge. Av de 286 avstemningene hvor Statistisk sentralbyrå har informasjon om utfallet, har i alt 94 prosent blitt fulgt opp av tilsvarende beslutninger i kommunen. Tre fjerdedeler av de som ikke er tatt til følge, er avstemninger der resultatet har talt for bokmål. I de tilfellene hvor bokmålsresultatet ikke har blitt tatt til følge, har beslutningen i kommunen tatt hensyn til eksempelvis lav valgoppslutning, eller at det kun har eksistert et svært begrenset bokmålsflertall, og dermed valgt å ikke foreta målformsendringen.

At det finnes et lovgrunnlag for avstemninger om målform i grunnskolen, kan være en viktig grunn til at det har blitt så mange av dem. Samtidig er målform et tema som er svært viktig for mange av innbyggerne i den enkelte skolekrets, blant annet fordi kampen mellom målformene også kan være en kamp mellom kulturelle tradisjoner.

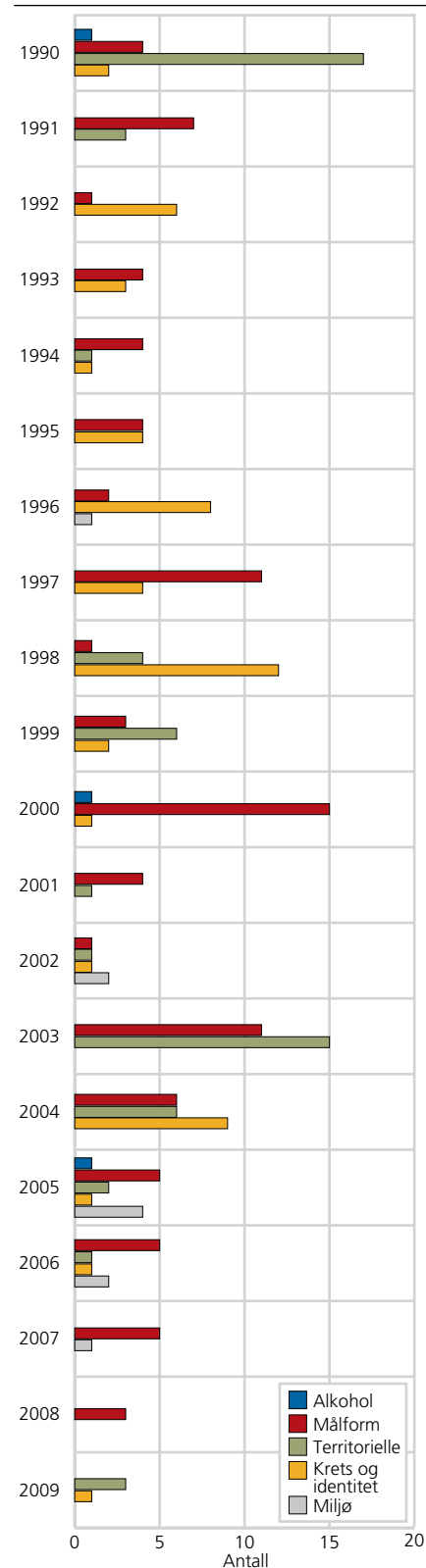
Mangfold i tematikk

Flere andre tema har vært gjenstand for folkets direkte innflytelse gjennom lokale folkeavstemninger. Det er totalt sett blitt avholdt 90 avstemninger betegnet som territorielle. Det dreier seg i første rekke om kommunesammenslåinger (61 prosent), grensereguleringer mellom kommuner (33 prosent) og om kommune- og/eller fylkestilhørighet (6 prosent). Disse er blitt avholdt gjennom hele perioden, med 67 prosent de siste 20 årene. I motsetning til alkohol- og målformsavstemningene har antallet altså økt med tiden.

Flertall mot kommunesammenslåinger

De territorielle avstemningene har hatt flere tydelige topper (se figur 3 og 4). Ofte er de sammenfallende med at det flere ganger i perioden, fra 1970 og til i dag, har blitt nedsatt statlig oppnevnte utvalg med mandat til å utrede den kommunale inndelingen i landet. Den folkelige motstanden mot kommune-

Figur 4. Antall lokale folkeavstemninger per år, etter tema. 1990-2009



Kilde: Adamiak 2001, Statistisk sentralbyrå.

sammenslåingene er et kjent fenomen. Våre tall bekrefter dette. Der informasjonen er tilgjengelig (53 av 55 avstemninger), har flertallet stemt mot kommunesammenslåinger i hele 74 prosent av de lokale folkeavstemningene.

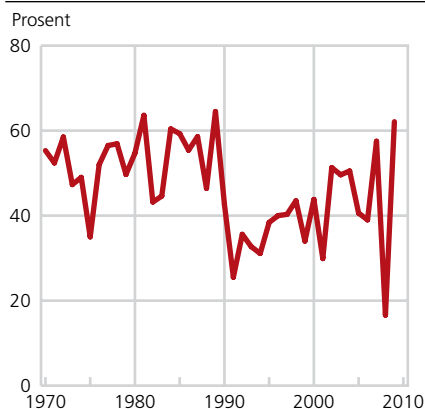
Dataene viser videre at 69 prosent (52 av 55 avstemninger med tilgjengelig informasjon) av avstemningsresultatene er tatt til følge i kommunens behandling i etterkant. Men her ser vi tydelige forskjeller i forhold til om resultatet ble ja eller nei til kommunesammenslåingene. I 93 prosent av tilfellene der avstemningsresultatet ble ja, ble resultatet tatt til følge, og tilsvarende prosent der resultatet ble nei, er 61 prosent.

Disse tallene sier ikke nødvendigvis noe om det endelige utfallet. Behandlingen har i noen tilfeller, både der hvor resultatet har blitt tatt til følge og ikke, vært betinget av resultatet i andre kommuner. Samtidig som det kan ha blitt overprøvd av sentrale myndigheter. Noen av avstemningene som har blitt avvist, har også hatt lav valgdeltakelse, noe vi berører senere.

Også andre tema har vært aktuelle i de lokale folkeavstemningene. Det har vært avstemninger om skolekretsreguleringer gjennom hele perioden, og de har fordelt seg relativt jevnt fra 1970 til 2009 – med en liten overvekt de siste 20 årene. Totalt sett har det blitt avholdt 96 slike kretsavstemninger. Den tidligere grunnskoleloven åpnet opp for at slike avstemninger kunne avholdes.

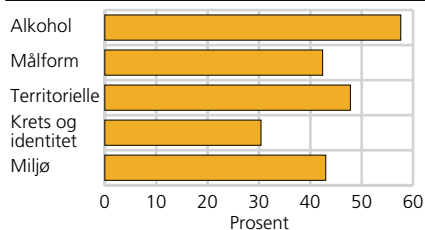
Også tre avstemninger som berører temaet identitet, er kategorisert under *krets* og identitet. Dette dreier seg om to avstemninger i 1997 – en i Sunndal kommune, om Sunndalsøra skulle søke om bystatus, og den andre i Eigersund, om navnet på kommunen skulle være Eigersund eller Egersund. Den siste ble avholdt i 2009, i tidligere Aun skolekrets i Harstad kommune, der temaet var om navnet skulle være Aun eller Aune.

Figur 5. Lokale folkeavstemninger 1970-2009. Valgdeltakelse i prosent, per år



Kilde: Adamiak 2001, Statistisk sentralbyrå.

Figur 6. Lokale folkeavstemninger 1970-2009. Valgdeltakelse, etter tema. Prosent



Kilde: Adamiak 2001, Statistisk sentralbyrå.

Miljø stadig mer aktuelt

I de senere årene har det vært flere avstemninger om ulike miljøtema. Før år 2000 ble det holdt fem slike avstemninger, mens det har vært ni fra og med 2000. Et eksempel er avstemningen i Frøya kommune i 2005, om kommunen skulle søke konsesjon for utbygging av en vindmøllepark. Denne problemstillingen skapte et stort folkelig engasjement, og 2 291 av totalt 3 100 stemmeberettigede deltok. Resultatet ble svært jevnt – med en overvekt på kun 63 stemmer for å sende konsesjonssøknaden. Kommunen tok folkets råd til etterretning.

Også andre avstemninger knyttet til spørsmål om vekst eller vern inngår i denne kategorien, og dette er en problematikk som kan forventes å bli stadig mer aktuell i tiden framover.

Alkoholavstemningene har engasjert mest

Totalt sett har valgdeltakelsen for alle lokale folkeavstemninger i perioden 1970-2009 vært på 51,5 prosent (data tilgjengelig i 657 avstemninger). I alt om lag 1 500 000 personer inngår som stemmeberettigede i disse avstemningene, og 750 000 har avgitt sin stemme. Noen av disse har hatt muligheten til å delta flere ganger.

Både temaene og valgdeltakelsen varierer stort. Fra den laveste deltakelsen som er registrert, på 17 prosent i 2008 (kun tre avstemninger) til den høyeste årlige deltakelsen i 1989 på 65 prosent (se figur 5).

Valgdeltakelsen varierer veldig fra tema til tema hvis vi ser hele perioden under ett – fra alkoholavstemningen med 58 prosent, til krets og identitet med 30 prosent valgdeltakelse (se figur 6). Avstemningene om alkohol har som nevnt skapt sterkt engasjement, det samme gjelder de territoriale – som også har høy deltakelse.

Varierende valgdeltakelse

Den årlige valgdeltakelsen innenfor hvert tema varierer. Fra 100 prosent oppmøte ved den ene avstemningen som ble avholdt om regulering av kommunegrense i Tromsø i 2001, der alle 47 stemmeberettigede i Søndre Reinøy krets møtte opp og avla sin stemme, til det laveste årlige oppmøtet med 10 prosent ved avstemningen om skolekretsregulering i Brusdal og Skodje krets i Skodje kommune i 1983. Variasjonen er med andre ord svært stor.

Ser vi videre på hvordan deltakelsen varierer med hvem som er stemmeberettiget ved de ulike avstemningene, er det om lag 10 prosentpoeng høyere deltakelse der hele kommunene kan delta, enn i avstemningene i enkeltkretser (henholdsvis 53 og 42 prosent). Målform og skolekretsavstemningene utgjør de aller fleste i sistnevnte kategori, mens alkohol og de territoriale ofte har omfattet hele kommunen.

Alle eller kun foreldre og foresatte

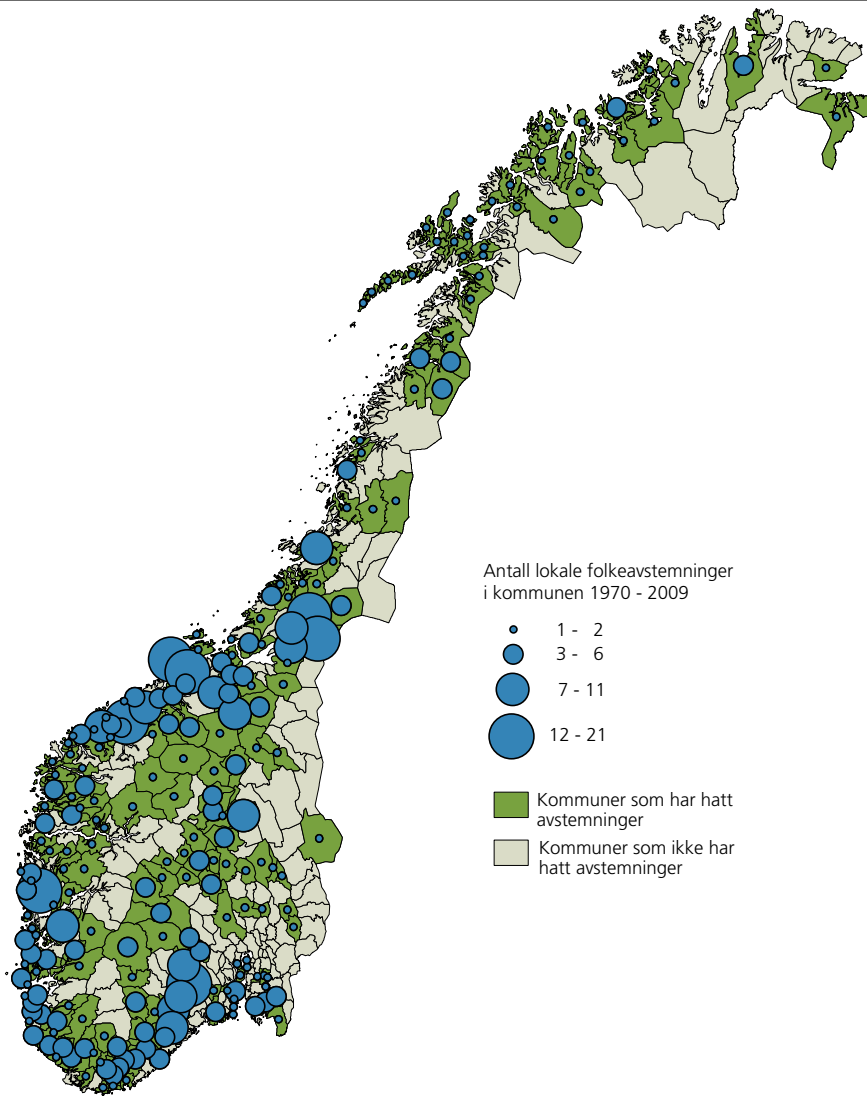
At stemmerettsreglene innenfor målformavstemningene har blitt endret opptil flere ganger i perioden 1970 til 2009, kan ha bidratt til å påvirke det totale bildet av valgdeltakelsen. Det har vært et stridstema hvorvidt alle stemmeberettigede i den aktuelle kretsen skulle få delta i avgjørelsen om opplæringsmål, eller om kun foreldre og foresatte skulle få delta.

Det er en høyere deltakelse i de periodene kun foreldre og foresatte har hatt stemmerett (49 prosent), enn når alle i kretsen har deltatt (underkant av 37 prosent) (se også Søberg og Tangerås 2007). Målfolket har tradisjonelt argumentert for å gi så mange som mulig anledning til å stemme. Både på grunn av at målform er et spørsmål som kulturelt sett angår skolekretsen som helhet – men, også ut fra taktiske hensyn, da lavere deltakelse gjør det vanskeligere å få et bindende resultat, eller et klart og tydelig mandat til skolestyret som skal ta avgjørelsen.

Som nevnt har de fleste avstemningene om målform vært avholdt i skolekretser som i utgangspunktet har nynorsk som skriftlig opplæringsmål. Den siste endringen i disse stemmerettsreglene ble gjort gjeldende fra og med august 2000, da alle i kretsen igjen fikk stemmerett ved målformsavstemninger.



Figur 7. Lokale folkeavstemninger, etter kommune. Antall avstemninger 1970-2009



Kilde: Adamiak 2001, Statistisk sentralbyrå.
Kartgrunnlag: Statens kartverk.

Tabell 1. De ti kommunene med flest lokale folkeavstemninger, etter tema. Antall. 1970-2009

Kommune	Antall totalt	Alkohol	Målform	Territorielle	Krets og identitet	Miljø
1702 Steinkjer	21	1	20	.	.	.
1201 Bergen	19	.	19	.	.	.
0822 Sauherad	16	.	7	.	9	.
1535 Vestnes	15	.	.	.	15	.
1573 Smøla	14	.	4	.	10	.
1576 Aure ¹	13	.	8	2	2	1
1721 Verdal	13	.	13	.	.	.
1224 Kvinnherad	11	.	.	2	9	.
0520 Ringebu	10	1	9	.	.	.
0817 Drangedal	10	.	10	.	.	.

¹ Inklusive fem avstemninger i tidligere Tustna kommune.

Kilde: Adamiak 2001, Statistisk sentralbyrå.

Flere vil hevde at oppslutningen om de lokale folkeavstemningene på et generelt grunnlag er for lavt til at den kan vektlegges tungt i de aktuelle problemstillingene. Deltakelsen varierer riktignok stort, men er generelt sett lavere enn oppslutningen om kommune- og fylkestings- og stortingsvalg. Som for disse er det i de senere årene blant annet åpnet opp for en utvidelse av perioden for forhåndstemmegivning. Det er også en tendens til å legge lokale folkeavstemninger til samme dato som de andre valgene for å øke oppslutningen.

Flest i Steinkjer

Alle fylker, bortsett fra Oslo, og 236 (55 prosent) av alle nåværende kommuner har hatt en eller flere lokale folkeavstemninger i perioden 1970-2009 (se figur 7). Størst andel av kommunene i Vest-Agder (87 prosent), Rogaland (78 prosent) og Møre og Romsdal (69 prosent) har avholdt lokale folkeavstemninger. Ser vi bort fra Oslo, har lavest andel av kommunene i Akershus (14 prosent) og Finnmark (39 prosent) avholdt avstemninger.

På kommunenivå har de ti kommunene med flest avstemninger avholdt hele 21 prosent av det totale antallet fra 1970 til 2009. De fleste av disse kommunene har hatt en klar overvekt av avstemninger om målform (se tabell 1).

Mange av de lokale folkeavstemningene tar opp problematikk knyttet til den sentrale konfliktilinjen mellom periferi og sentrum – by og land. Dette dreier seg særlig om de motkulturelle bevegelsene som har gjort seg gjeldende i alkoholpolitiske spørsmål og innenfor nynorskbevegelsen.

På alle kontinenter

Bruken av folkeavstemninger er i internasjonal sammenheng mest kjent og knyttet til Sveits med sin omfattende og langvarige praksis. Her finnes lovhjemler for bruken av både rådgivende og bindende folkeavstemninger på alle nivåer og i alle typer saker.

Men disse direkte demokratiske institusjonene er i bruk på alle kontinenter. I USA er de særlig utbredt på lokalstatsnivå i de vestlige statene – og da framfor alt i California. I Sør-Amerika er direkte demokrati særlig mye brukt på nasjonalt nivå i Uruguay, mens det på det afrikanske kontinentet er mye benyttet på tilsvarende nivå i Algerie.

I Asia har Filippinene den mest utstrakte bruken, i Oseania benytter både New Zealand og Australia nasjonale folkeavstemninger. I Europa (foruten Sveits) blir direkte demokrati brukt mye på nasjonalt nivå både i Italia, Liechtenstein, Frankrike og Irland (IDEA 2008).

Å sette fokus på studiet av lovendringer som muliggjør bruken av direkte demokratiske institusjoner heller enn å fokusere på antallet avstemninger avholdt, blir framhevet av blant annet Scarrow (2001) for bedre å beskrive utviklingen. I sin studie av 22 OECD land samt Israel finner hun at institusjonelle endringer som kan bidra til å øke bruken av direkte demokratiske beslutninger på ulike nivå, har forekommet i 15 av disse landene fra 1970 til 1999.

Ulikt i de nordiske landene

Ser vi på de nordiske landene, har både Sverige og Finland lovfestet retten til rådgivende lokale folkeavstemninger, mens Danmark ikke har grunnlovfestet denne retten. Kaufmann og Waters mfl. (2004) viser til at det i perioden 1970-2002 allikevel ble avholdt 160 rådgivende lokale folkeavstemninger i Danmark – hovedsakelig har disse omhandlet nedleggelse av offentlige skoler, infrastruktur og territorielle spørsmål.

Omfanget av lokale folkeavstemninger i Finland er lite kartlagt, men det er kjent at det mellom 1990 og 1994 ble arrangert elleve avstemninger – ni om kommunesammenslåinger og to om infrastruktur (siteret fra Rinnan 1996, Adamiak 2001). Kaufmann og Waters mfl. (2004) anslår at det totalt sett har blitt avholdt omkring 20. I Sverige er det anslått at det er avholdt mer enn 100 lokale folkeavstemninger siden 1977. Flertallet av disse har omhandlet kommunegrenser og utbygging av infrastruktur.

Det er vanskelig å vurdere hvordan utviklingen blir framover når det gjelder bruken av folkeavstemninger i Norge. Med frafall av alkoholavstemningene og kanskje også en nedgang i målformsavstemningene, er det likevel naturlig å tro at antallet ikke blir så høyt som gjennomsnittet for perioden 1970-2009. Samtidig kan det forventes at det fortsatt blir avholdt avstemninger om kommunesammenslåinger.

Miljøtematikken kan også bli mer aktualisert. Vi kan ikke se bort fra at avstemninger relatert til miljø øker i omfang – både med bakgrunn i temaets kompleksitet og folkelige engasjement. Nye temaer, som til nå ikke har vært aktuelle, kan også dukke opp. Med stadig mer informerte innbyggere som i økende grad er i stand til å treffe beslutninger innenfor komplekse saksfelt på selvstendig grunnlag, kombinert med elektroniske valgløsninger, har vi kanskje bare sett begynnelsen på direktedemokratiets utfoldelse i Norge.



Referanser

- Adamiak, A.L. (2001): Lokale folkeavstemninger i Norge – med særlig vekt på perioden 1970-2000, Hovedoppgave i statsvitenskap, Institutt for Statsvitenskap, Universitetet i Oslo.
- Bjørklund, T. (1997): Om folkeavstemninger. Norge og Norden 1905-1994, Oslo: Universitetsforlaget.
- Bjørklund, T. (2004): Lokale folkeavstemninger om mål og alkohol. To motkulturer med ulikt syn på folkeavstemning, *Historisk tidsskrift* 1, 57-80.
- Grepstad, O. (2005): Nynorsk faktabok 2005. <http://www.aasentunet.no/>
- IDEA (2008): Direct Democracy Handbook. http://www.idea.int/publications/direct_democracy/upload/DDH_inlay_low.pdf
- Kaufmann, B., Dane Waters, M. mfl. (2004): Direct Democracy in Europe. A Comprehensive Reference Guide to the Initiative and Referendum Process in Europe. Durham, North Carolina: Carolina Academic Press.
- Scarrow, S.E. (2001): Direct Democracy and Institutional Change. A Comparative Investigation. *Comparative Political Studies*, Vol. 34 No 6, 651-665. Sage publications.
- Søberg, M., Tangerås, T.P. (2007): Voter turnout in small referendums. *Electoral Studies* 26, 445-459. Elsevier Ltd.
- ### Litteratur
- Grepstad, O. (2005): Nynorsk faktabok 2005. <http://www.aasentunet.no/>

Jan Erik Kristiansen



Jan Erik Kristiansen er sosiolog og seniorrådgiver i Statistisk sentralbyrå, Formidlingsavdelingen. Han har lang erfaring i å presentere statistikk på en brukervennlig måte og har holdt en rekke kurs i statistikkforståelse og bruk av statistikk.

Han utga i 2007 boken «Tall kan temmes!» (IJ-forlaget), som delvis danner grunnlaget for denne spalten.

(jan.erik.kristiansen@ssb.no)

Mot normalt: Om gjennomsnitt

Ved siden av prosenter er nok gjennomsnittet det statistiske begrepet de fleste kjenner til og føler seg fortrolige med. I dagligtale omtales gjennomsnittet ofte som «det vanlig(st)e» eller «det typiske». Andre synonymer er «middeltall», «tverrsnitt» eller «det normale». Å være gjennomsnittlig betyr som oftest noe i retning av å være som de fleste andre.

Gjennomsnitt er lett å beregne ...

Gjennomsnittet brukes i en rekke beskrivelser av samfunnet: Gjennomsnittsinntekten for husholdninger er omtrent 366 000 kroner, gjennomsnittlig fødealder er vel 30 år, gjennomsnittsalderen for lærere i videregående skole er 49 år, gjennomsnittstemperaturen i Oslo i mai er 10,2 grader, gjennomsnittlig arbeidstid for menn er 37 timer, gjennomsnittlig boligareal for nye boliger er 129 kvadratmeter, gjennomsnittlig alkoholkonsum per voksen person per år er 6,2 liter ren alkohol, og så videre.

Gjennomsnittet er lett å beregne: Hvis jeg en fredag drikker tre glass vin, mens jeg lørdag drikker fire og søndag bare to, har jeg denne helgen i gjennomsnitt drukket tre glass per dag:

$$(3 + 4 + 2)/3 = 9/3 = 3$$

(aritmetisk gjennomsnitt)

De fleste vil si at dette gjennomsnittet gir en relativt god beskrivelse av mine drikkevaner denne helgen. Men hvis min kone drikker bare to glass på fredag, sju på lørdag og ikke noe på søndag, blir også hennes gjennomsnitt tre glass per dag. Allerede her ser vi at gjennomsnittet kan dekke over eller skjule store variasjoner:

Gjennomsnittet er kanskje ikke like egnet til å beskrive hennes drikkemønster denne helgen: De to like gjennomsnittstallene dekker over svært ulike fordelinger.

... men gir ikke alltid en god virkelighetsbeskrivelse

For å beregne et gjennomsnitt behøver man altså ikke å kjenne enkeltverdiene (hele fordelingen av en variabel), det er tilstrekkelig å kjenne totalen. Det er nok å vite at jeg i løpet tre dager har drukket ni glass vin: 9 dividert på 3 = 3. Gjennomsnittet er altså lett å beregne, men det gir ikke alltid en like god beskrivelse av virkeligheten. Gjennomsnittet sammenfatter og komprimerer et datamateriale (uten gjennomsnittet ville vi drukne i et hav av tall), men dermed mister vi også viktig informasjon om variasjonen eller spredningen.

La oss anta at vi har følgende data om månedslønnen til seks ektepar, som vist i tabell 1. Forskjellen i gjennomsnittsinntekt blir altså 5 400 kroner. Dette til tross for at den gjennomsnittlige forskjellen for de fem parene som tjener minst, bare er i underkant av 2 000 kroner. Fordi én mann har langt høyere inntekt enn de øvrige, blir altså forskjellen mer enn doblet. Gjennomsnittet har altså mange svakheter: Det er svært følsomt overfor ekstreme verdier, samtidig som det skjuler ulike fordelinger.

Gjennomsnittsberegninger gir også resultater som ikke finnes i virkeligheten; for eksempel har ingen familie 2,3 barn. I Statistisk sentralbyrå får vi ofte spørsmål om «gjennomsnittsnordmannen». En kollega pleier da å svare at han gjerne kan konstruere en slik, men at en slik person ikke finnes.

Tabell 1. Gjennomsnittlig månedslønn

	1	2	3	4	5	6	Gjennomsnitt
Menn	27 600	28 300	29 500	29 800	30 700	52 000	32 983
Kvinner	25 500	27 200	27 500	27 900	28 100	29 300	27 583
Differanse	2 100	1 100	2 000	1 900	2 600	22 700	5 400



Alder: et spesialtilfelle

Hvis fem personer er henholdsvis 32, 45, 47, 51 og 62 år, skulle gjennomsnittsalderen bli:

$$(32 + 45 + 47 + 51 + 62)/5 = 47,4; \\ \text{dvs. } 47 \text{ år}$$

Mens barn ofte oppgir alderen svært nøyaktig og med en tendens til å «strekke seg oppover»: «Jeg er sju og et halvt år» eller «Jeg er åtte, snart ni», ser vi som voksne litt større på det og runder av nedover. Det samme skjer i statistikken; en persons alder regnes oftest i antall fylte år. Men de fem personene vil sannsynligvis alle være noe eldre enn akkurat det oppgitte antallet fylte år (se tabell 2).

De fem er altså i gjennomsnitt 6 måneder eldre enn den oppgitte alderen. Derfor må vi legge 0,5 år til gjennomsnittsbe-

Tabell 2. Beregning av gjennomsnittsalder

A	32 år	4 måneder
B	45 år	7 måneder
C	47 år	3 måneder
D	51 år	10 måneder
E	62 år	6 måneder
Sum	237 år	30 måneder
Gjennomsnitt	47,4 år	6 måneder

regningen. Gjennomsnittsalderen for disse fem personene blir dermed $47,4 + 0,5 = 47,9$ år; det vil si 48 år. Dette er et generelt prinsipp ved beregning av gjennomsnittsalder: Vi legger til 0,5 år, idet vi antar at fødselsdagene fordeler seg jevnt over året.

Veid gjennomsnitt

Det aritmetiske gjennomsnittet behandler altså alle verdier likt. Hvis Per har en timelønn på 240 kroner timen og Kari 200, tjener de gjennomsnittlig 220 kroner. Men hvis mennene i en bedrift tjener 240 kroner timen og kvinnene 200 kroner, blir ikke gjennomsnittet nødvendigvis 220.

Når vi beregner gjennomsnitt for flere grupper, må vi ta hensyn til gruppenes størrelse. Avhengig av om det er flest

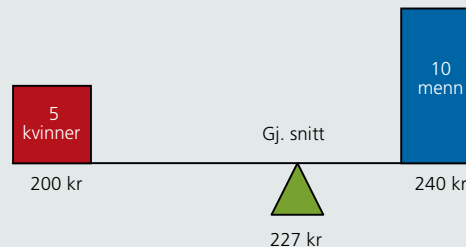
menn eller kvinner blant de ansatte, vil gjennomsnittet ligge over eller under dette beløpet. Hvis det er 10 menn og 5 kvinner, blir gjennomsnittslønnen:

$$(240/15 \times 10) + (200/15 \times 5) \\ = 160 + 67 = 227$$

eller:

$$(240 \times 10) + (200 \times 5)/15 = 227$$

Dette veide gjennomsnittet kan også illustreres slik:



Fordi mennene er dobbelt så mange som kvinnene, får de størst vekt, og balansepunktet for vippen blir liggende nærmere mennenes timelønn enn kvinnenes.

Gjennomsnitt av hva?

Ofte vil man ved beregning av et gjennomsnitt ta utgangspunkt i hele populasjonen og også inkludere enheter i fordelingen som har verdien 0 på en variabel. For eksempel inngår også de som ikke har noen inntekt, i gjennomsnittsinntekten. Slik er det også når vi beregner gjennomsnittlig antall ferieturer per år eller gjennomsnittlig tid brukt til avislesing eller fjernsynsseing per dag. Men fordi det er en stor andel av befolkningen som ikke har vært på ferie eller lest aviser / sett på TV, ønsker vi også å se på gjennomsnittet bare for dem som har utført aktiviteten. Et eksempel:

I 2007 var det gjennomsnittlige antallet ferieturer for hele den voksne befolkningen 1,7. Men hele 21 prosent av befolkningen hadde ikke vært på noen ferietur dette året, noe som innebærer at de som hadde vært på ferie dette året, i gjennomsnitt hadde vært på flere turer, nemlig 2,1. Disse gjennomsnittene beregnes



som vanlig ved at man summerer antall turer og dividerer på antall personer i gruppen. Men hvis vi for eksempel vet at gjennomsnittlig antall turer for alle er 1,7, og at 79 prosent har vært på ferie, kan vi også beregne antallet turer for de ferierende slik:

$$1,7/79 * 100 = 2,1$$

og omvendt:

$$2,1/100 * 79 = 1,7$$

Barn og bydeler

I en liten by er det tre bydeler: A, B og C. Barnehagedekningen i de tre bydelene er henholdsvis 55,1, 72,2 og 86,5 prosent. I valgkampen sier så byens ordfører at den gjennomsnittlige barnehagedekningen i byen er 71 prosent. Dette tallet har han fått ved å beregne et gjennomsnitt for de tre bydelene, slik:

$$(55,1 + 72,2 + 86,5)/3 = 71,2$$

Men la oss nå si at fordelingen av antall barn og barnehageplasser i bydelene er som i tabellen nedenfor:

Tabell 3. **Barn og bydeler**

	Antall barn 1-5 år	Antall barn i barnehage	Barnehage- dekning
Bydel A	465	256	55,1
Bydel B	230	166	72,2
Bydel C	126	109	86,5
Hele byen	821	531	64,7

Bydel A, som har flest barn, har den laveste dekningsgraden, mens den minste bydelen (C), har høyest dekning. Når vi beregner et gjennomsnitt for bydelene, behandler vi alle bydelene likt (uveid gjennomsnitt), og de to små bydelene vil få like stor vekt som den store, og gjennomsnittet blir kunstig høyt. Om vi derimot beregner gjennomsnittet for hele byen på grunnlag av data om barna, får vi en lavere barnehagedekning, nemlig 64,7 prosent.

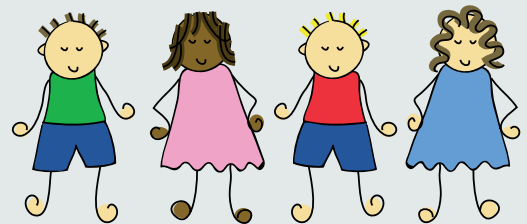
$$531/821 * 100 = 64,7$$

64,7 prosent kan også betraktes som et veid gjennomsnitt av prosentene for de tre bydelene, og kan beregnes slik:

$$(55,1/821 * 465) + (72,2/821 * 230) + (86,5/821 * 126) = 31,2 + 20,2 + 13,3 = 64,7$$

Når ordføreren sier at gjennomsnittet for bydelene er 71 prosent, har han for så vidt sine ord i behold, men byens samlede barnehagedekning er altså lavere.

Mer generelt: Gjennomsnitt basert på aggregerte enheter som bydeler, kommuner eller fylker må ikke tas som uttrykk for gjennomsnittet på individnivå.



Gjennomsnitt av grupperte tall

For å beregne for eksempel gjennomsnittshøyden i en gruppe må vi altså enten kjenne verdiene (høyden) for hver enhet (person), eller vi må kjenne gruppens samlede høyde og antallet personer.

Men noen ganger foreligger slike opplysninger bare som en gruppert fordeling, som vist i tabell 4. Her kan vi beregne et (tilnærmet) gjennomsnitt på følgende måte: Vi antar at midtpunktet i hvert intervall representerer gjennomsnittshøyden i gruppen. For gruppen 165–169 setter vi midtpunktet til 167, i neste gruppe til 172, og så videre. De åpne intervallene «under 165» og «195 +» er mer problematiske, siden de ikke har noen nedre og øvre grense. Her må midtpunktet (gjennomsnittet) anslås – til 163 og 197 cm. Siden de åpne intervallene her omfatter svært få personer, spiller det relativt liten rolle hvor presise disse anslagene er.

Tabell 4. Vernepliktige og høyde. 2005

Høyde/cm	Fordeling	Midtpunkt	Sum
Under 165	1,2	163	195,6
165-169	4,8	167	801,6
170-174	15,0	172	2 580,0
175-179	26,9	177	4 761,3
180-184	27,9	182	5 077,8
185-189	17,0	187	3 179,0
190-194	5,8	192	1 113,6
195 +	1,4	197	275,8
	100		17 984,7

Kilde: Vernepliktsverket.

For hvert intervall multipliserer vi nå det antatte gjennomsnittet med antall personer eller den tilsvarende prosentandelen (om man her bruker absolutte eller relative tall, spiller ingen rolle). Deretter summerer vi den samlede høyden og dividerer med antallet personer. Resultatet blir en gjennomsnittshøyde på 179,8 cm.

Medianen

Et mål som ikke – på samme måte som gjennomsnittet – tar hensyn til ekstreme verdier, er medianen. Medianen er den verdien som deler en fordeling i to like store deler, slik at halvparten av enhetene ligger over og halvparten under denne verdien.

Dette målet brukes ofte når vi skal beskrive variabler hvor fordelingen ikke er

symmetrisk, men skjev, som lønn, inntekt og formue. Men medianen brukes nok langt mindre enn det aritmetiske gjennomsnittet, blant annet fordi dette målet ikke er så intuitivt forståelig.

Heltidsansatte menns gjennomsnittslønn var i 2008 37 100 kroner per måned, sammenliknet med 32 300 for kvinner. Siden menns lønnsfordeling er langt skjevere enn kvinners (noen menn har svært høy lønn), kan medianen her være et vel så godt mål som gjennomsnittet. Medianen var 32 800 kroner for menn og 30 300 for kvinner. Målt på denne måten (når vi ser bort fra de ekstreme lønninngene) øker kvinners lønn som andel av menns fra 87 til 92 prosent.

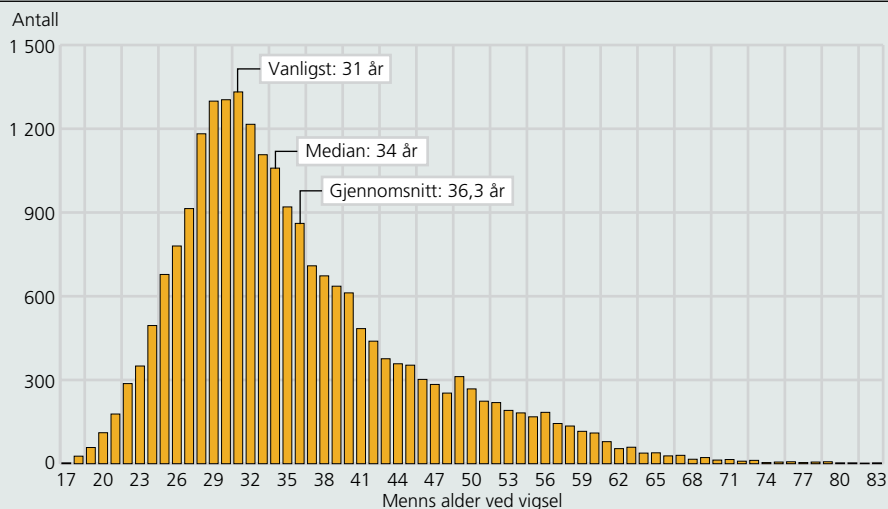
Typetallet

Et tredje mål for det vi kaller sentraltendensen i et datamateriale, er typetallet. Dette er den typiske eller vanligste verdien i en fordeling; det vil si den verdien som oftest forekommer. Dette målet er ikke så ofte brukt, men egner seg for enkelte variabler, som antall barn eller typisk ekteskapsalder.

Ulike mål gir ulike resultater

Figur 1 viser fordelingen av menns alder ved ekteskapsinngåelsen i 2004. Vi ser her hvordan de tre ulike «gjennomsnitte-

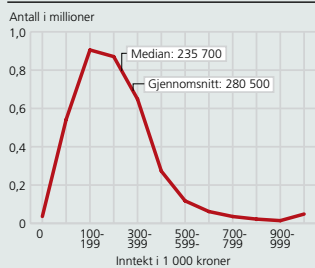
Figur 1. Menns alder ved ekteskapsinngåelsen. 2004



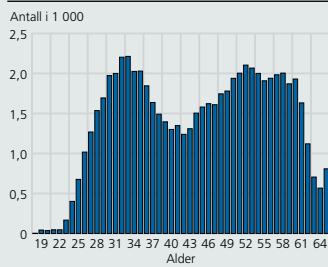
Kilde: Befolkningsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

ne» gir forskjellige resultater: Den typiske eller vanligste ekteskapsalderen er 31 år. Gjennomsnittsalderen, derimot, er langt høyere – 36,3 år. Medianalderen, som ikke på samme måte som gjennomsnittet er påvirket av de mange giftelystne eldre, er 34 år. Rekkefølgen typetall < median < gjennomsnitt indikerer at fordelingen er høyreskjev, noe som også er typisk for mange andre fordelinger, som lønn, inntekt og formue.

Figur 2. Inntektsfordeling for personer. Antall i 1 000. 2004



Figur 3. Aldersfordeling for lærere i grunnskolen. 2004



Som en dromedars pukkel ...

Ser vi på inntektsfordelingen for personer, som vist i figur 2, er forholdet mellom gjennomsnitt og median omtrent som ovenfor: Gjennomsnittet er om lag 45 000 kroner høyere enn medianen. Og relativt sett er forskjellen større her, noe som henger sammen med at et stort antall personer tjener over 1 million kroner. Noen tilsvarende stor andel av eldre som inngår ekteskap etter for eksempel fylte 80 år, finnes ikke, siden det her finnes en naturlig øvre grense. En slik grense finnes ikke når det gjelder inntekt.

Selv om begge de to fordelingene ovenfor er skjeve, ligger likevel tyngdepunktet (det vil si flertallet av observasjonene) mer eller mindre rundt midten av fordelingen, som likner en dromedars pukkel.

... eller som en kamels

Hvis vi ser på aldersfordelingen for lærere i grunnskolen, som vist i figur 3, er gjennomsnittlig alder 45 år. Her ser vi et eksempel på en litt annen type fordeling, som likner mer på puklene til en kamel. Men også i dette tilfellet må gjennomsnittet sies å være lite typisk, idet de to tyngdepunktene i fordelingen ligger godt

under og over dette. Heller ikke medianen (46 år) gir noe bedre signalement på en typisk lærer, som mest sannsynlig er i begynnelsen av 30-årene eller i begynnelsen av 50-årene.

Hvilket mål skal vi så bruke?

En mulighet er selvfølgelig å presentere alle tre målene. Men dette blir fort mange tall, særlig hvis man skal sammenlikne to eller flere grupper (for eksempel ekteskapsalder eller lønn for menn og kvinner). Svaret må bli at bruk av gjennomsnitt eller median må vurderes i hvert enkelt tilfelle, ut fra det en vet om fordelingen. I tilfeller hvor fordelingen er veldig spiss, og én enkelt verdi peker seg ut som den vanligste, bør også typetallet oppgis.



Flere studenter, færre unge bruder

At innvandrernes barn strømmer til universiteter og høyskoler, er etter hvert godt kjent. Færre vet at det blir stadig mindre vanlig med «ekteskapsinnvandring» til denne gruppa. Trolig henger disse to tendensene sammen. Det er i hvert fall klart at utdanning får unge mennesker til å utsette giftermålet.

Hvordan det går med innvandrernes barn, kalles gjerne integreringens lakmustest. At de på en rekke viktige områder har fått positivt utslag på «testen», begynner etter hvert å bli godt kjent. Norskfødte med innvandrerforeldre studerer nå i større grad enn gjennomsnittet i befolkningen i samme aldersgruppe, og det gjelder både kvinner og menn. I enkelte grupper har det vært en formidabel økning i det vi statistikere kaller *studietilbøyeligheten*.

For eksempel tok 30 prosent av guttene med pakistanske foreldre i alderen 19-24 år høyere utdanning i 2008, mot 17 prosent i år 2000. For jentene har økningen vært fra 18 til 39 prosent. I 2000 studerte norskfødte jenter og gutter med foreldre fra Pakistan i like høy grad, nå er kjønnsforskjellen mer «typisk norsk» – jenter sitter i større grad over bøkene ved landets høyskoler og universitet enn det gutter gjør. Men forskjellen i studietilbøyelighet mellom gutter og jenter med foreldre fra Pakistan er fortsatt noe mindre enn blant alle i Norge i samme aldersgruppe, henholdsvis 10 mot 13 prosentpoeng.

Også norskfødte med foreldre fra Tyrkia studerer mer enn før, men selv om tallet øker, ligger de fortsatt under gjennomsnittet i befolkningen. Blant menn i denne gruppa studerte 19 prosent i 2008, mot bare 4 prosent i 2000, mens kvinnenens økning i det vi kaller «studietilbøyelighet», har vært fra 18 til 25 prosent (se figur 1).

Mindre vanlig med «ekteskapsinnvandring» ...

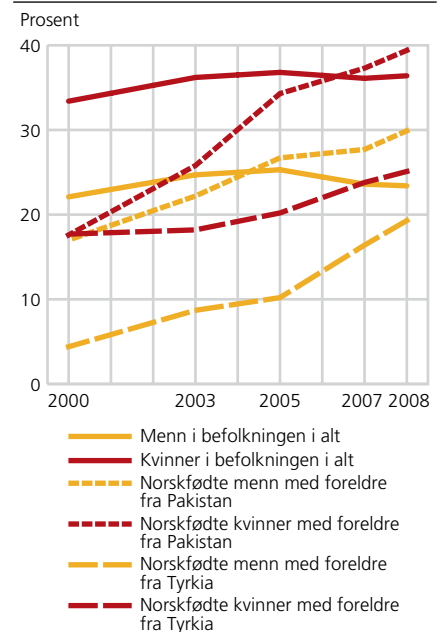
Av de største gruppene norskfødte med innvandrerforeldre er det særlig barn av vietnamesere, srilankere og indere som strømmer til universitetene og



høyskolene (Henriksen 2010). Men det er de med foreldre fra Pakistan og Tyrkia vi skal fokusere på her. Grunnen til det er at blant de store gruppene norskfødte med innvandrerforeldre, er det de med tyrkisk og pakistansk bakgrunn det er kommet flest ektefeller fra utlandet til. De andre gruppene kommer det såpass få til at det ikke er grunnlag for å studere endringer over tid. De som kom til norskfødte barn av indere, utgjør den tredje største gruppa, i alt 109 i perioden 1990-2006. Samtidig ser vi en interessant tendens; «ekteskapsinnvandring» til disse to gruppene, altså norskfødte med foreldre fra Pakistan og Tyrkia, blir stadig mindre vanlig.

Kristin Henriksen

Figur 1. Andel i høyere utdanning av alle i alderen 19-24 år, etter landbakgrunn. 2000, 2003, 2005, 2007 og 2008. Prosent

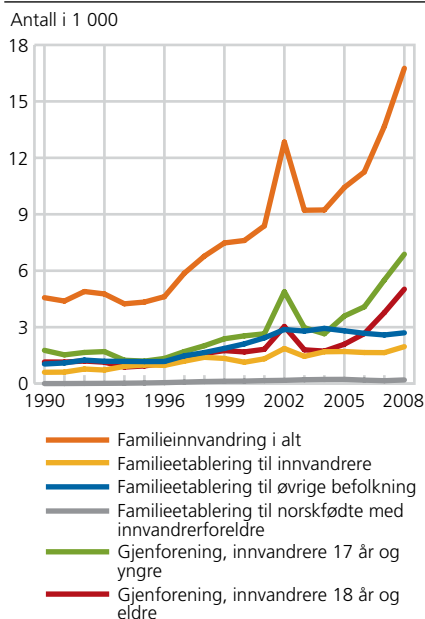


Kilde: Utdanningsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.



Kristin Henriksen er statistiker og rådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for leveårsstatistikk. Hun er koordinator for innvandrerstatistikk. (kristin.henriksen@ssb.no)

Figur 2. **Familieinnvandring av ikke-nordiske borgere, etter type og referansepersonens innvandringskategori. 1990-2008. Absolutte tall**



Kilde: Befolkningsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Slik familieinnvandring, som vi kaller familieetablering, eller noen ganger «ekteskapsinnvandring», er fundamentalt annerledes enn familiegjenforening, der folk kommer til Norge på grunn av familieband til en som bor i Norge, knyttet før innvandringen til Norge. Som figur 2 viser, er det særlig antallet familiegjenforeninger som har økt etter tusenårsskiftet, først og fremst på grunn av den økte arbeidsinnvandringen fra nye EØS-land.

Antallet familieetableringer har vært stabilt. Når vi så kan si at slik innvandring er blitt mindre vanlig, er det fordi potensialet for slik innvandring, som vi skal se, har blitt så mye større de siste årene, i den forstand at det er blitt langt flere unge ugifte i «gifteklar alder».

... til tross for flere unge ugifte voksne

De som fulgte med på NRK-serien «Det nye landet», har fått se klipp fra da de første innvandrerne fra Pakistan og Tyrkia kom til Norge på slutten av 1960-tallet. De var arbeidssøkende som fikk jobb blant annet på fabrikker, i restauranter og på hoteller. Mange hadde problemer med å finne et sted å bo, og noen måtte bo i telt på campingplasser eller til og med i Slottsparken. Men de var ettertraktet arbeidskraft, og målet til de fleste var å jobbe i Norge i en avgrenset periode og så flytte tilbake til Pakistan eller Tyrkia.

Som vi vet, var det mange som ble i Norge, og etter hvert fikk de familien hit. Og etter at konene kom, kom også familieførørelsene, og det er barna innvandrerne har fått i Norge vi kaller «norskfødte med innvandrerforeldre».



De første barna disse innvandrerne fikk i Norge, begynner nå å bli voksne. Ble de født i 1975, er de i dag 35 år. Fordi antallet barnefødsler i Norge økte fra begynnelsen av 1970-tallet, blir det stadig flere voksne norskfødte med innvandrerforeldre fra Pakistan og Tyrkia.

I perioden 1998-2009 er antallet voksne, ugifte norskfødte med foreldre fra Pakistan tredoblet, og antallet ugifte med foreldre fra Tyrkia er seksdoblet. Vi er interessert i de som er ugifte, for det er disse som eventuelt kan gifte seg med noen som ikke bor i Norge.

Fra økning til nedgang etter år 2000

Etter hvert som flere barn av innvandrere ble voksne, økte også antallet pakistanske og tyrkiske statsborgere som kom til Norge gjennom å gifte seg med en norskfødt med innvandrerforeldre. Økningen snudde til en nedgang i 2002 for tyrkiske statsborgere og i 2004 for pakistanske statsborgere. Og dette har skjedd til tross for at det blir stadig flere voksne og ugifte norskfødte med innvandrerforeldre.

Vi ville vente at jo flere av disse som blir godt voksne, jo flere gifter seg. Men ekteskapsinnvandringen har altså ikke økt. Hvor mye mindre vanlig slik innvandring er blitt, ser vi tydelig i figurene 3 og 4. De viser antall ugifte norskfødte over 17 år med foreldre fra Pakistan og Tyrkia og antall familieetableringer med en fra samme land i disse gruppene. Deler vi antall familieetableringer på antall myndige ugifte, får vi et tall som viser at det er blitt mindre vanlig. Dette er illustrert ved den blå linjen i figurene.

Færre kommer til personer under 24 år

I Danmark må begge partene være 24 år for å få «familiesammenføring» (familieetablering) og bosette seg i Danmark. I Norge er den vanlige nedre aldersgrensa 18 år for å gifte seg, og det er ikke høyere grense for å få familieetablering. Men også her i landet diskuteres med ujevne mellomrom å innføre høyere aldersgrense.

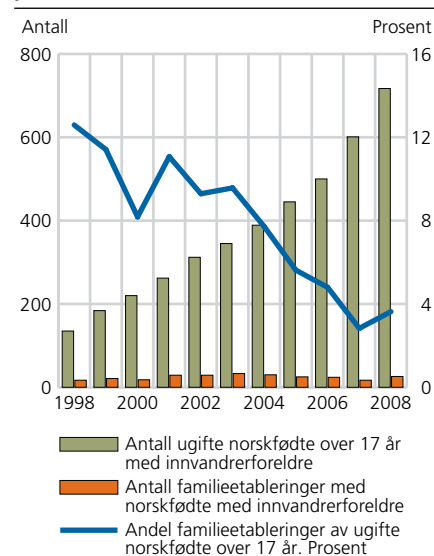
Hvor mange er det så som kommer gjennom familieetableringer til unge norskfødte «referansepersoner», som de kalles i statistikken? Det er blitt mindre vanlig med familieetableringer til norskfødte med innvandrerforeldre og innvandrere under 24 år. De siste årene har det kommet færre enn 100 personer årlig gjennom å gifte seg med norskfødte med innvandrerforeldre som er yngre enn 24 år, hvorav 20-30 kom til de som er yngre enn 20 år. Tendensen er lik for pakistanske og tyrkiske statsborgere; færre kommer til norskfødte med innvandrerforeldre som er så unge, dette til tross for at det er blitt langt flere norskfødte med innvandrerforeldre i denne aldersgruppa (Henriksen 2010).

Stadig eldre når de gifter seg

At det blir mindre vanlig med familieinnvandring til norskfødte med innvandrerforeldre, henger sammen med et annet tydelig utviklingstrekk: De venter med å gifte seg til de blir eldre, det blir mindre og mindre vanlig å være gift i ung alder.

I aldersgruppa 21-23 år var 19 prosent av norskfødte kvinner med pakistanske foreldre gift ved inngangen til 2009, halvparten så mange som i 1998 (40 prosent). Tilsvarende tall for norskfødte menn med pakistanske foreldre var 8 og 15 prosent (Henriksen 2010). Å sammenligne med befolkningen i alt gir

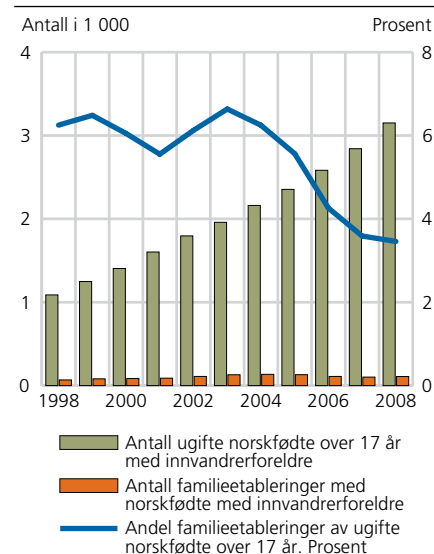
Figur 3. Familieetablering til norskfødte med innvandrerforeldre fra Tyrkia i perioden 1998-2008. Absolutte tall¹



¹ Venstre akse angir antallet ugifte norskfødte over 17 år, høyre akse andelen familieetableringer av alle ugifte norskfødte.

Kilde: Befolkningsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Figur 4. Familieetablering til norskfødte med innvandrerforeldre fra Pakistan i perioden 1998-2008. Absolutte tall¹



¹ Venstre akse angir antallet ugifte norskfødte over 17 år, høyre akse andelen familieetableringer av alle ugifte norskfødte.

Kilde: Befolkningsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Rapporter om familieinnvandring

SSB-rapporten *Familieinnvandring og ekteskapsmønster 1990-2008* (Henriksen 2010) gir et langt mer detaljert bilde av familieinnvandringen til Norge i perioden enn det som gis her. I rapporten kan man lese om hvor mange som familieinnvandrer til personer som selv har innvandret, og hvor mange som kommer til befolkningen for øvrig, i tillegg til de som familieinnvandrer til norskfødte med innvandrerforeldre. Den gir også detaljerte tall for familieinnvandringen i ulike grupper, som vietnamesere, somaliere, marokkanere, polakker, tyrkere, pakistanere. I en rapport som publiseres våren 2010, kan man lese om sysselsettingsgraden blant ulike grupper familieinnvandrere (Aalandslid og Tronstad 2010).

lite mening – da det vanligste i Norge i dag er å starte samlivet med samboerskap heller enn giftermål, mens dette er uvanlig blant unge med pakistanske eller tyrkiske foreldre.

Kanskje betyr utsettelsen av giftermål bare at de vil gifte seg med noen bosatt i utlandet på et senere tidspunkt. Med andre ord kan det tenkes at tendensen til at det blir mindre vanlig med å hente ektefelle fra foreldrenes hjemland, er et utslag av at de utsetter giftermålet heller enn at de i større grad gifter seg med noen som bor i Norge. Men kanskje er det ikke slik, av de som har giftet seg, er det noen færre enn før som gifter seg med personer som ikke er bosatt i Norge (Henriksen 2010).

Studier forsinker familiedannelse

Hva har så dette med den økte deltakelsen i utdanningssystemet å gjøre? Svaret er: mye! Det er vel etablert kunnskap at personer som tar høyere utdanning, utsetter giftermål og familiedannelse. Ifølge Lappegård (2006) henger det å ta høyere utdanning sammen med å utsette giftermål og barnefødsler også for innvandrere og norskfødte med bakgrunn fra Pakistan og Tyrkia (Lappegård 2006).

Hvorfor det er slik, kan vi spekulere over. Og mange er flinkere til å spekulere over årsaker enn oss statistikere. Kanskje er ikke alle ekteskap inngått mellom to som ikke bor i samme land den dagen bryllupet står, inngått i full frivillighet? Og kanskje blir man sterkere og bedre egnet til å velge livspartner selv dersom man har tatt utdanning, og blitt eldre og selvforsørget før man starter familielivet?

Familieetableringer til norskfødte med innvandrerforeldre står for en liten del av familieinnvandringen til Norge. Slik innvandring utgjorde 3 prosent av familieinnvandringen i perioden 1990-2008, og bare 0,6 prosent av *all* ikke-nordisk innvandring til Norge. Når man studerer den store økningen i innvandring til Norge, skal man derfor ikke se så mye på familieetablering til innvandrernes barn, men heller studere arbeidsinnvandringen fra nye EØS-land og familiegjenforeningene som har kommet som følge av denne innvandringen. Men det er en annen historie.



Referanser

Henriksen, Kristin (2010): *Familieinnvandring og ekteskapsmønster 1990-2008*, Rapporter 2010/10, Statistisk sentralbyrå.

Lappegård, Trude (2006): *Family formation and education among Pakistani, Turkish and Vietnamese women in Norway*, GENUS, LXII (1).

Aalandslid, Vebjørn og Kristian Rose Tronstad (2010): *Familieinnvandring, kjønn og sysselsetting*. Kommer i serien *Rapporter*, Statistisk sentralbyrå.

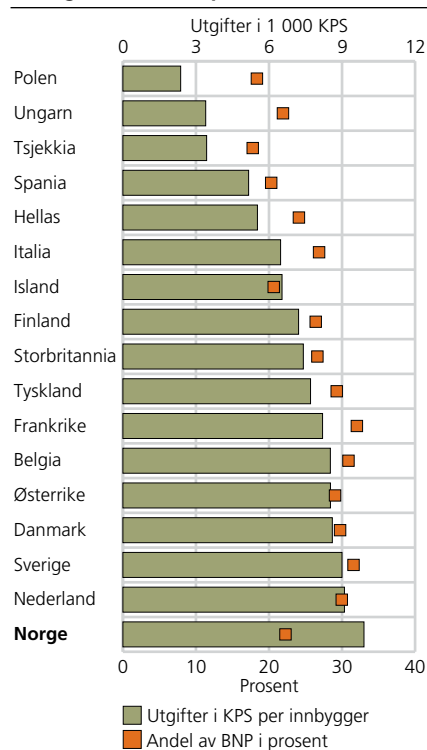
Uførhet er mer enn bare helse

Det å definere seg selv som ufør eller ute av stand til å arbeide er sammensatt. Svekket helse er viktig, men helseforskjeller alene kan ikke forklare hvorfor kvinner er mer utsatt enn menn, og hvorfor personer med lav utdanning er mer utsatt enn de med høy utdanning. I et nordisk perspektiv skiller norske kvinner og finske menn seg ut med høye uføreandeler, mens islendingene er lite uføre. Uførhet gjelder først og fremst de som er over 50 år.

Velferdsstaten står kontinuerlig overfor store utfordringer. En fortsatt høy og stabil yrkesaktivitet er blant de mest sentrale. I lys av dette skal vi i denne artikkelen se nærmere på uførhet i et nordisk og i et europeisk perspektiv.

Det er ikke helt enkelt å måle hvor dyr velferdsstaten er i drift og sammenligne dette med andre land. Tall for sosiale utgifter fra 2006 viser at Norge ligger helt på topp i Europa målt i bruk av penger (KPS), etterfulgt av Nederland, Sverige og Danmark (se figur 1 og tekstboks). De to siste nordiske landene, Finland og Island, har noe lavere utgifter i europeisk sammenheng. De laveste utgiftene målt i KPS per innbygger finner vi likevel sør og øst i Europa (Eurostat 2009).

Figur 1. Sosiale utgifter i KPS¹ per innbygger og som prosent av BNP. Utvalgte land i Europa. 2006



¹ KPS (kjøpekraftsparitetsstandarder) er en enhet som er uavhengig av nasjonale valutaer, og som derfor fjerner effekten av nasjonale prisforskjeller. For nærmere beskrivelse og dokumentasjon, se Eurostat 2009. Kilde: Eurostat 2009.

På den annen side kan man måle de sosiale utgiftene som andel av brutto nasjonalprodukt (BNP). Disse to målene henger i stor grad sammen, men andel av BNP gir likevel et litt annet bilde fordi det vil henge sammen med hvor høyt BNP de ulike landene har. Norge og Island bruker dermed forholdsvis mindre enn andre land når vi måler på denne måten, mens Frankrike, Sverige og Belgia alle bruker over 30 prosent av BNP på sosiale utgifter. Disse målene på utgifter sier heller lite om hvor effektive eller gode de ulike velferdsstatene er, men dersom vi ser mer på hva de totale utgiftene består av, kan vi identifisere sentrale utfordringer i tiden som kommer.

Høy yrkesaktivitet i Norden ...

De nordiske landene er preget av høy sysselsetting både blant kvinner og menn sammenlignet med resten av Europa. I Norden varierte sysselsettingen fra 73,1 prosent i Sverige til 84,6 prosent på Island i 2006. Av de landene vi ofte sammenligner oss med, er det bare Nederland som er på dette nivået (74,3 prosent), mens Finland er et lite nordisk unntak med sine 69,3 prosent (Eurostat).

Tor Morten Normann

Sosiale utgifter og kjøpekraft

Data om sosiale utgifter er hentet fra European system of integrated social protection statistics (ESSPROS). Sosiale utgifter er alle sosiale ytelser og utgifter knyttet til ordninger for sosial beskyttelse.

KPS (kjøpekraftsparitetsstandarder)

KPS er en enhet som er uavhengig av nasjonale valutaer, og som derfor fjerner effekten av nasjonale prisforskjeller. For nærmere beskrivelse og dokumentasjon, se Eurostat 2009.



Tor Morten Normann er statsviter og seniorrådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for leveårsstatistikk. Han jobber med analyser av leveårsundersøkelser, og er fagansvarlig for EU-SILC. (tor.morten.normann@ssb.no)

Artikkelen bygger på en rapport som nylig er utgitt av Nordisk Sosialstatistisk Komité (NOSOSKO).

For flere funn og detaljerte tall se Normann, Rønning og Nørgaard (2009), eller se <http://nososco-da.nom-nos.dk>

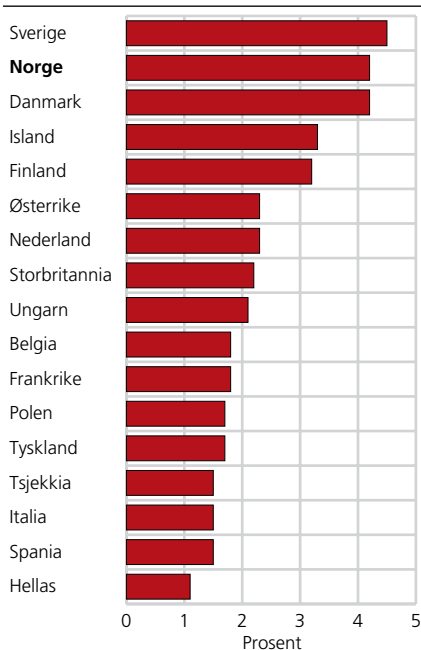
Levekårsundersøkelsen EU-SILC

Survey on Income and Living Conditions (EU-SILC) er en årlig europeisk utvalgsundersøkelse om inntekt og levekår. Undersøkelsen er samordnet av EUs statistikkorgan Eurostat.

I Norge har undersøkelsen et brutt-outvalg på om lag 8 900 personer i alderen 16 år og over, bosatt i Norge utenfor institusjon. Undersøkelsen gir opplysninger om økonomi, boforhold og boligøkonomi, opplysninger om arbeidssituasjon og arbeid siste kalenderår.

Til undersøkelsen knyttes også en rekke opplysninger fra registre, blant annet om inntekt og utdanning. For nærmere beskrivelse av undersøkelsen, se Andersen mfl. (2006) eller Eurostat (2008).

Figur 2. **Utgifter til uførhet i prosent av brutto nasjonalprodukt (BNP). Utvalgte land i Europa. 2006**



Kilde: Eurostat 2009.

Forskjellene mellom menns og kvinners sysselsetting varierer mellom 4 og 8 prosentpoeng i de nordiske landene. Så å si ingen andre land i Europa har under 10 prosentpoeng forskjell, og sør i Europa finner vi sågar at kvinners sysselsettingsandel er godt over 20 prosentpoeng lavere enn menns.

I land der uførhet ikke er en så stor utfordring som i de nordiske landene, er kanskje utfordringen først og fremst å øke den generelle yrkesaktiviteten, da spesielt blant kvinner.

I 2006 mottok 297 485 nordmenn uførepensjon (NAV). Våre data vil ikke gi helt samme tall, for her bygger yrkesaktivitet og uførhet på resultater fra den internasjonale levekårsundersøkelsen EU-SILC (se tekstboks). Til forskjell fra annen statistikk er uførhet her basert på egen vurdering av forholdet til arbeidslivet. Det forutsettes dermed ikke mottak av noen form for uførestønning, selv om det naturligvis vil være svært stor overlapping mellom disse to måtene å definere på.

Dessuten vil en kunne anta at ulike velferdsordninger vil påvirke i hvilken grad personer definerer seg selv som uføre eller ikke. Siden tallene våre er fra 2006, er resultatene også upåvirket av den internasjonale finanskrisen som inntraff fra og med høsten 2008.

... og høye utgifter til uførhet

I så godt som alle land er utgifter til alders- og etterlattepensjoner den største posten på budsjettet for sosiale utgifter. Island og Norge representerer imidlertid et unntak siden posten for utgifter til sykdom og helse er større. Legger vi disse to postene sammen, utgjør de fra 60 til 80 prosent av de totale sosiale utgiftene i Europa.

Utgifter til uførhet representerer en betydelig mindre utgift i samtlige land, men her kommer også variasjonene mellom Norden og resten av Europa klarere fram (se figur 2). I de nordiske landene utgjør utgifter til uførhet fra 12,7 prosent av de sosiale utgiftene i Finland til 18,8 prosent i Norge (2006-tall). Ikke i noen andre land i Europa utgjør dette så mye som 10 prosent.

I land som Tyskland, Frankrike og Italia utgjør kostnadene til uførhet rundt 6 prosent av de totale sosiale utgiftene. Selv om dette selvfølgelig reflekterer en stor grad av ulikhet i hvilke velferdsordninger som faktisk finnes i de ulike landene, illustrerer det også at de nordiske landene har en spesiell utfordring. Hvor mange som er uføre, påvirker jo ikke bare utgiftssiden for velferdsstatene, men det tapper også samfunnet for nødvendig arbeidskraft, spesielt når vi vet at andelen av befolkningen i yrkesaktiv alder i forhold til eldre er synkende.

Mange uføre øst i Europa

Til tross for at vi finner de høyeste utgiftene til uførhet i Norden, er det øst i Europa vi finner de høyeste andelen e gendefinerte uføre i aldersgruppen 20-64 år. Finland og Norge er i det øverste sjiktet med henholdsvis 5,3 og 5,0 prosent (se figur 3). Danmark og Sverige er omtrent midt i fordelingen (4,3 og 3,8 prosent), mens Island har den laveste andelen i Norden med 2,1 prosent. Generelt finner vi de laveste andelen uføre sør i Europa. Vi har ingen gode forklaringer på hvorfor det er slik. Det er vanskelig å se noen direkte sammenheng mellom andelen uføre og nasjonale forskjeller innenfor helse.



Hvor stor andel av de sosiale utgiftene som går til uførhet, er dermed ikke en direkte refleksjon av hvor mange som definerer seg som uføre, men henger også nøye sammen med hvilke rettigheter og ytelser som finnes i de ulike landene.

Norske kvinner og finske menn er mest utsatt ...

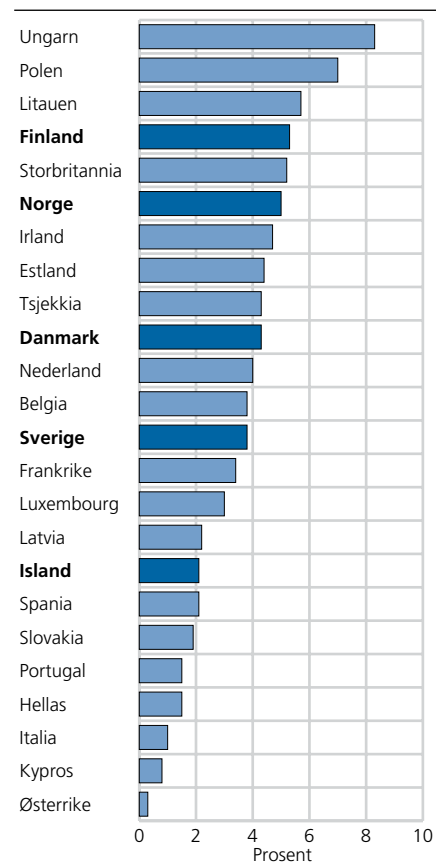
Hvis vi ser på uførhet som en utfordring for velferdsstaten, er det også viktig å se hvilke grupper som er utsatt, og eventuelt hva som kan bidra til at noen faller utenfor arbeidsmarkedet på grunn av dette. Vi skal her konsentrere oss om de nordiske landene, og kan slå fast at kvinner er mer utsatt enn menn. Det tydeligste utslaget finner vi i Norge, der det er 2,7 prosentpoeng forskjell mellom kjønnene (se figur 4). Norske kvinner er også mer utsatt sammenlignet med sine nordiske medsøstre. Men også i Danmark (2,4 prosentpoeng) og på Island (2 prosentpoeng) er det tydelige kjønnsforskjeller. Kjønnsforskjellen er derimot relativt liten i Sverige, og nesten fraværende i Finland.

Finske menn er mer uføre enn sine nordiske brødre, og dette bidrar til å forklare hvorfor totalnivået er så høyt i Finland sammenlignet med resten av Norden. I sammenheng med dette kan det være verdt å nevne at vi i rapporten også slår fast at finske menn oftere rapporterer dårlig helse, kronisk sykdom og nedsatt funksjonsevne sammenlignet med andre nordiske menn.

... og islendingene minst

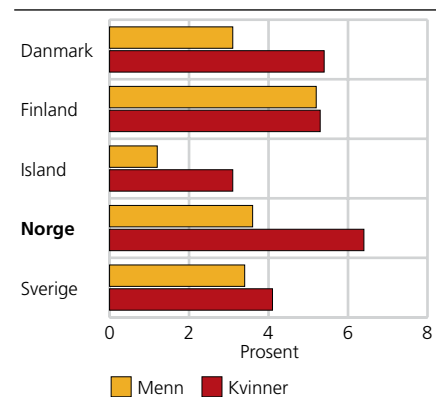
Det å være ufør har naturlig nok en klar sammenheng med alder siden helsen svekkes etter hvert som man blir eldre. Selv om det har vært stor oppmerksomhet rundt unge uføre, er det først og fremst de som er over 50 år dette gjelder.

Figur 3. Andel uføre eller ute av stand til å arbeide. 20-64 år. Utvalgte land i Europa. 2006. Prosent



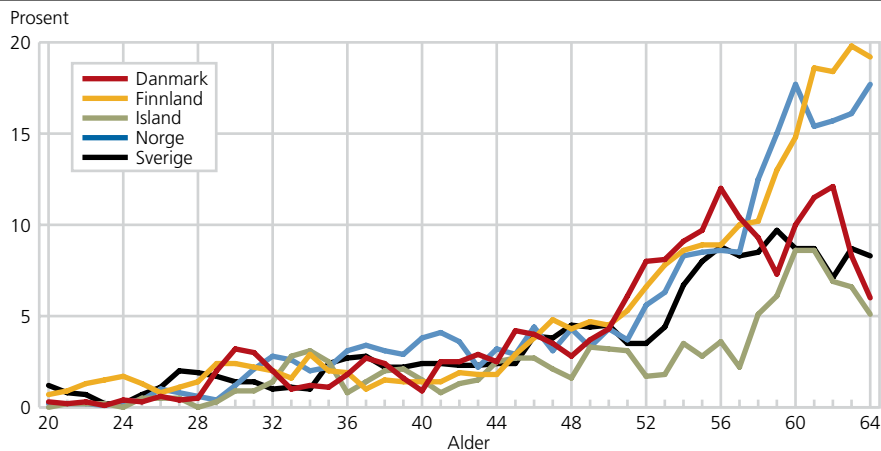
Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2006, Statistisk sentralbyrå.

Figur 4. Andel uføre eller ute av stand til å arbeide, etter kjønn. 20-64 år. Norden. 2006. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2006, Statistisk sentralbyrå.

Figur 5. Andel uføre, etter alder. 20-64 år. Norden. 2006. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2006, Statistisk sentralbyrå.

For de som er under 50 år, er det omtrent like store andeler uføre i de nordiske landene. Det er først for personer tidlig i 50-årene at vi finner over 5 prosent. Fra og med denne alderen øker andelen uføre noe mer i Norge og Finland enn i de andre landene (se figur 5).

Sverige og Danmark har nokså lik utvikling. Islendinger ser imidlertid ut til å holde seg arbeidsføre lenger enn andre i Norden (se figur 5). Her kommer økningen i andelen uføre først for personer i slutten av femtiårene. Uførhet blant de som er over 60 år, påvirkes dessuten av muligheter for andre pensjonsordninger. Det at

personer går over i andre pensjonsordninger, kan for eksempel bidra til å forklare nedgangen i uførhet for dansker fra og med 62 år.

Helse har minst betydning i Sverige

Svak eller manglende tilknytning til arbeidsmarkedet kan klassifiseres og måles på ulike måter, men uansett hvordan det gjøres, medfører dårlig egenvurdert helse at sjansen for å være i jobb er mindre. Dette er et fellestrekk som gjelder i alle nordiske land, men med visse forskjeller. Totalt kan det se ut til at egenvurdert helse har minst å si for yrkesaktiviteten i Sverige, mens den betyr mest på Island og i Danmark. Dette kan tolkes som en indikator på hvor inkluderende arbeidslivet i de ulike landene er.

Uførhet er naturlig nok den formen for svak tilknytning til arbeidsmarkedet som henger mest sammen med egenvurdert helse. Personer som vurderer sin egen helse som dårlig, er naturlig nok oftere uføre enn andre. Blant personer med dårlig helse i Danmark, Island og Norge definerer over tre av ti seg som uføre eller ute av stand til å arbeide. I Finland og Sverige gjelder det omtrent en av fire. Også personer som vurderer helsen som verken god eller dårlig, er også relativt utsatt sammenlignet med de som har god helse.

Nedsatt funksjonsevne har ulik betydning

Det finnes mange måter å måle nedsatt funksjonsevne på. Den som brukes i den internasjonale levekårsundersøkelsen (EU-SILC), er basert på at man opplever varige begrensninger i daglige aktiviteter på grunn av sykdom eller skade. På grunn av en feil kan ikke de danske tallene for nedsatt funksjonsevne brukes (Normann og Rønning 2008). For de andre nordiske landene er imidlertid sammenhengen mellom nedsatt funksjonsevne og uførhet som forventet.

Andelen uføre stiger med gradvis nedsatt funksjonsevne. En av tre nordmenn som har sterkt nedsatt funksjonsevne, er uføre. Blant islendinger og svensker gjelder dette drøyt en av fire, mens det gjelder knapt en av fire finner.



Norge skiller seg også ut fra gruppen med noe nedsatt funksjonsevne. Her er det 14,1 prosent uføre i Norge, mens andelene i Finland, Island og Sverige varierer mellom 5,5 og 8,3 prosent.

Nå skal vi også merke oss at andelen som rapporterer nedsatt funksjonsevne, varierer en del mellom de ulike landene. Nesten fire av ti finner har sterkt eller noe nedsatt funksjonsevne, mens dette gjelder rundt to av ti i de tre andre landene. Det kan være at terskelen for å rapportere nedsatt funksjonsevne er noe lavere i Finland enn i de andre landene, og slik sett er det ikke så rart at finner med nedsatt funksjonsevne er de som i minst grad er uføre. Men dette kan ikke forklare forskjellene mellom Norge på den ene side, og Sverige og Island på den annen.

Det finnes også en andel uføre blant de som vurderer sin egen helse som god, eller som ikke har nedsatt funksjonsevne. Dette kan i utgangspunktet virke overraskende og merkelig. En mulig forklaring kan være at det er personer med sykdom eller skader som medfører at man ikke er i stand til å jobbe i enkelte yrker, men som ikke påvirker oppfatningen av egen helse eller funksjonsevne ellers i merkbar grad. En mulighet er også at helsesituasjonen for den enkelte faktisk har bedret seg som følge at man ikke lenger er i jobb. Det å slutte i jobben og bli ufør kan altså bidra til at helsen bedres. Andre studier har vist at helsen faktisk er på sitt dårligste rundt tidspunkt for uførhet, mens den bedres i etterkant (Øverland mfl. 2008).

Lav utdanning forsterker helseeffekten

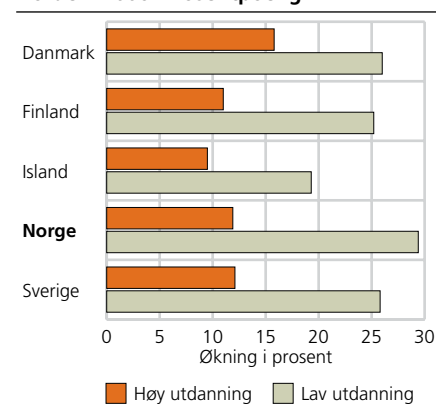
Sammenhengen mellom uførhet og utdanning er mer indirekte og bør ses i sammenheng med både alder og yrke. Ser vi bare på andeler uføre i ulike utdanningsgrupper i Norden, er utslaget størst i Finland, minst på Island, mens det er ganske likt i Danmark, Norge og Sverige. Et steg videre er å se hvordan helse og utdanning sammen påvirker uførhet. Det viser nemlig at den negative effekten som helse har på tilknytning til arbeidslivet, forsterkes av lav utdanning.

Hvordan utdanning forsterker effekten av helse i forhold til det å være ufør, varierer i de nordiske landene. For å finne en indikator på dette har vi regnet ut differansen i andel uføre når vi sammenligner personer med god og svekket helse i to utdanningsgrupper (høy og lav utdanning). Differansen er uttrykt i prosentpoeng og fremstilt i figur 6. I Norge er andelen uføre med lav utdanning og svekket helse hele 29 prosentpoeng høyere enn blant personer med lav utdanning og god helse. Tilsvarende differanse for de med høy utdanning og henholdsvis god og svekket helse er 12 prosentpoeng.

Også i Sverige og Finland finner vi utslag på dette nivået når vi sammenligner de med god og de med svekket helse i ulike utdanningsgrupper, mens forskjellene er minst på Island og i Danmark. For Danmark sin del skyldes dette igjen at andelen uføre blant de med høy utdanning også øker ganske mye når helsen svekkes, mens på Island er det slik at andelen uføre blant de med lav utdanning øker mindre enn i de andre nordiske landene.

Svekket helse bidrar i sterkere grad til at personer med lav utdanning definerer seg selv som uføre eller ute av stand til å arbeide, enn hva det gjør for personer med høy utdanning. Derfor må tiltak for å bekjempe negative helseeffekter i sterkere grad rettes inn mot personer med lav utdanning. Dette vil selvfølgelig henge nøye sammen med hvilke yrker disse personene jobber innenfor. Det er ikke urimelig å tenke seg at de jobber i mer fysisk krevende

Figur 6. Økning i andel uføre som følge av svekket helse, etter utdanning. 20-64 år. Norden. 2006. Prosentpoeng



Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2006, Statistisk sentralbyrå.



yrker, og yrker der det er vanskeligere å tilpasse arbeidet dersom helsen svekkes. Dette bildet kompliseres ytterligere av at alder nok spiller en rolle her. Helsen svekkes med alder, og det er også i de eldste aldersgruppene vi finner flest med lav utdanning.

Helse er uansett viktigst

Helse er den aller viktigste faktoren for å forklare uførhet i alle nordiske land, men det forklarer ikke alt. Derfor blir det viktig å se på mer enn dette hvis man skal redusere uførheten. At flere forhold enn helse spiller inn i forhold yrkesaktivitet og uførhet, er i og for seg ikke noe nytt funn (Dahl mfl. 2010).

Personer med lav utdanning er oftere uføre enn de med høyere utdanning, også når vi kontrollerer for andre forhold som alder, kjønn og helse i en såkalt logistisk regresjon (se tekstboks). Da er det altså ikke utdanningen i seg selv som er risikofaktoren, men sannsynligvis hvordan utdanningen påvirker arbeidslivet gjennom yrke og arbeidssituasjon.

Det samme kan vi antagelig hevde i sammenheng med at kvinner er oftere uføre enn menn, også når vi kontrollerer for alder, helse og utdanning. Kvinner er neppe oftere uføre *fordi de er kvinner og ikke menn*. Det er mer sannsynlig at det har sammenheng med et kjønnsdelt arbeidsmarked, arbeidsdeling i hjemmet og andre forhold som skiller menn og kvinner, men som vi ikke har kontrollert for her.

Noen av de samme betraktningene kan vi gjøre når det gjelder husholdningstype. Når vi bruker par med barn som referansegruppe, finner vi at det å tilhøre andre typer husholdninger er forbundet med større risiko for uførhet. I alle land, bortsett fra Island, er aleneboende den husholdningstypen som er mest utsatt. Og selv om også aleneboende islendinger relativt ofte er uføre, er det likevel enslige forsørgere som kommer aller dårligst ut. Til sammenligning kan vi nevne at norske enslige forsørgere har mindre fare for å bli uføre enn personer som tilhører gruppen

Logistisk regresjon

Logistisk regresjon er en multivariat analysemetode som benyttes for å studere den unike effekten av flere forklaringsvariabler på en avhengig variabel. Metoden er velegnet når den avhengige variabelen er dikotom, altså har to uavhengige verdier, og vi har flere mulige årsaksvariabler. Her brukes analysemetoden for å se på om man definerer seg som ufør eller ikke ut fra utdanning, kjønn, alder, utdanning, husholdningstype, fødeland og helse. For mer om logistisk regresjon, se for eksempel Ringdal (2001).

par med barn, selv når vi altså kontrollerer for helse, utdanning, kjønn og alder.

Uførhet i Norden

Vi har også brukt fødeland som en faktor for å forklare uførhet, men det har relativt liten betydning. I Norge og Sverige har riktignok personer født i utlandet større fare for å bli uføre sammenlignet med de som er født i landet, også når vi kontrollerer for helse, utdanning, kjønn og alder. I Danmark og Finland er denne tendensen svakere.

Men selv om fødeland ikke slår veldig sterkt ut når det gjelder uførhet, viser rapporten som denne artikkelen bygger på, at fødeland er viktig for å forklare andre former for svak tilknytning til arbeidsmarkedet, som marginalisering og ekskludering.

Mange forhold å ta hensyn til

Veien fram til å definere seg selv som ufør eller ute av stand til å arbeide er sammensatt og skyldes flere forhold enn bare helse. Når velferdsstaten skal møte utfordringer når det gjelder at flest mulig i yrkesaktiv alder skal delta i arbeidslivet, kreves derfor tiltak som tar denne kompleksiteten i betraktning. Vi har sett at de nordiske landene bruker relativt sett store summer på uførhet, men også at de nordiske landene er preget av høy yrkesdeltakelse, spesielt blant kvinner og blant eldre. Disse to forholdene må også ses i sammenheng. Andre land med færre uføre har også lavere deltakelse på arbeidsmarkedet.

Referanser

Andersen, Arne, Tor M Normann og Elisabeth Ugreninov (2006): *Intermediate Quality Report EU-SILC 2004*. Norway, Documents 2006/13, Statistisk sentralbyrå.

Dahl Espen, Kjetil A van der Wel, og Ivan Harsløf (2010): *Arbeid, helse og sosial ulikhet*. Helsedirektoratet 1/2010.

Eurostat: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>

Eurostat (2009): *In 2006, gross expenditure on social protection accounted for 26.9 per cent of GDP in the EU-27*. Eurostat, Statistics in Focus 40/2009.

Eurostat (2008): *Description of SILC user database variables: cross sectional and longitudinal*. Version 2006.1 from 01-02-08. European Commission, Eurostat, Directorate F, Unit F-3.

NAV: <http://www.nav.no/227512.cms>

Normann, Tor Morten, Elisabeth Rønning og Elisabeth Nørgaard (2009): *Utfordringer for den nordiske velferdsstaten – sammenlignbare indikatorer*. NOSOCO Nordisk Sosialstatistisk Komité 41:2.

Normann, Tor Morten og Elisabeth Rønning (2008): *EU-SILC (Norge) som kilde til å avgrense gruppen av personer med nedsatt funksjonsevne*, Notater 2008/39, Statistisk sentralbyrå.

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

Øverland S, N. Glozier, M. Henderson, J.G. Mæland, M. Hotopf and A. Mykletun (2008): *Health status before, during and after disability pension award: the Hordaland Health Study (HUSK) Occupational and Environmental Medicine* 2008.65/11.



Siden sist

All ny statistikk publiseres som artikler på ssb.no. Vi presenterer nedenfor et utvalg av disse artiklene, som er gitt ut etter forrige utgave av Samfunnsspeilet.

20.4.2010

Pasientstatistikk, 2009

Færre døgnopphold, flere dagbehandlinger

Liggetiden ved somatiske sykehus går fortsatt ned, mens antall dagbehandlinger fortsetter å øke. I 2009 var det 4,6 liggedøgn per døgnopphold mot 4,8 året før, og antall dagbehandlinger økte med vel 25 000 i samme tidsrom.

I 2009 ble det for andre gang etter 2000 registrert en nedgang i antall døgnopphold ved somatiske sykehus. Sist gang det ble registrert en nedgang var i 2007. Nedgangen i 2009 var på vel 10 000 døgnopphold i forhold til 2008. Liggetiden for døgnopphold ved somatiske sykehus går fortsatt ned. I 2009 var det 4,6 liggedøgn per døgnopphold.

Antallet dagbehandlinger fortsatte å øke også i 2009. Det var vel 25 000 flere dagbehandlinger i 2009 sammenlignet med i 2008. Private sykehus uten driftsavtale med de regionale helseforetakene hadde den relativt sett sterkeste reduksjonen i antall døgnopphold i 2009 med en nedgang på vel 18 prosent. På den annen side økte antall dagbehandlinger i disse sykehusene i samme tidsrom med nær 30 prosent.

Det var små endringer i fordelingen av sykehusoppholdene etter hoveddiagnose sammenlignet med året før. Eneste endring av betydning var reduksjonen i døgnopphold som skyldtes øyesykdommer. Antall døgnopphold i denne diagnosegruppen sank fra 6 800 til 4 900 fra 2008 til 2009. Dette er en sykdomsgruppe som oftest behandles uten sykehusinnleggelse. Dagbehandling av denne sykdomsgruppen økte vesentlig fra 2008 til 2009.

I alt ble det registrert 4,2 millioner polikliniske konsultasjoner ved somatiske sykehus i 2009. På grunn av endret registreringspraksis i Norsk pasientregister

er ikke dette tallet sammenlignbart med tilsvarende tall for tidligere år.

15.4.2010

Befolkningsstatistikk. Samboere, 2009

Stabilt nivå på andel samboere

Andelen samboere ligger på 25 prosent av de som lever i samliv, slik den har gjort de siste årene. Som tidligere er det blant de unge man finner høyest andel samboere.

I gjennomsnitt for perioden 1993-1995 var 20 prosent av alle som levde i samliv samboere. Denne andelen steg jevnt frem til 2002-2004, og har deretter ligget på 25 prosent. Å leve i samliv innebærer at en enten var samboer eller gift på intervju-tidspunktet. I alt 34 prosent av alle i utvalget, svarte at de ikke levde i samliv. Det er noen flere enn i 2008.

Mest blant de som er i 20- og 30-årsalder

Høyest andel samboere, var det blant kvinner som var mellom 25 og 29 år, med 39 prosent. Også blant menn var andelen samboere høyest i denne aldersgruppen med 29 prosent. Tilsvarende andeler i 2008 var henholdsvis 44 og 37 prosent.

Flere unge kvinner er samboere

Den totale samboerandelen var 17 prosent for begge kjønn og alle aldre. Blant de over 50 år var det liten forskjell mellom kvinner og menn i andel samboere, mens det i de yngre aldersgruppene 20-34 år er klart flere kvinner enn menn som er samboere.

Hovedforklaringen på kjønnsforskjellene i yngre aldersgrupper er at kvinner starter sine samliv tidligere enn menn. At kjønnsforskjellene utjevnes i de eldste aldersgruppene har sammenheng med antallet potensielle partnere. Menn har langt sjeldnere enn kvinner mistet ektefellen, det vil si at de er gifte og dermed utelukket fra samboerskap. For kvinner vil andelen samboere dermed påvirkes

av mulighetene for reetablering. De har et mindre marked av aktuelle menn, og det blir ytterligere mindre fordi aldersforskjellen gjerne er større ved annen-gangsetablering.

Det er en generell trend at kvinner er noen år yngre enn mannen hun lever sammen med. Registerbasert statistikk viser at forskjellen i alder mellom kvinner og menn i ekteskap i gjennomsnitt er rundt tre år.

Flere samboere ved bruk av intervjudata

Basert på intervjudata er det totale antall samboere anslått til om lag 600 000, det vil si 300 000 samboerpar. Det gir et høyere anslag enn i den registerbaserte familiestatistikken hvor det er om lag 510 000 samboere. Strengere krav til at en skal være registrert bosatt på samme adresse er en viktig grunn til at færre klassifiseres som samboere i den registerbaserte statistikken enn i intervjuundersøkelser.

8.4.2010

Befolkningsstatistikk. Døde, 2009

Vi lever stadig lenger

Fra 2008 til 2009 økte forventet levealder ved fødselen med 0,1 år for kvinner og 0,3 år for menn til henholdsvis 83,1 år og 78,6 år. Dette er de høyeste registrerte verdier noensinne for Norge.

Forventet levealder har økt jevnt og trutt i omtrent 200 år, gjennomsnittlig med litt over 0,2 år per kalenderår. Økningen har vært særlig sterk de siste 20 år, spesielt for menn. Imidlertid var økningen liten i 2007 og 2008, men skjøt fart igjen i 2009.

Japanske kvinner og islandske menn lever lengst

Norge er blant de 8-10 land i verden som har lavest dødelighet. Norske kvinner kan forvente å leve omtrent like lenge som kvinner i de andre nordiske land,

men likevel betydelig kortere enn japanske kvinner som i 2008 hadde en forventet levealder på 86,1 år. Norske menn lever omtrent to år lenger enn danske og finske menn, men noe kortere enn svensker og islendinger. Islandske menn har den høyeste levealderen i verden, 80,0 år i 2008.

Minkende forskjell mellom kjønnene

Forskjellen i levealderen mellom kjønnene har gått jevnt nedover de siste tiårene, fra 6,9 år i 1986 til 4,5 år i 2009. Mennene er i ferd med å hente inn en del av det store forspranget kvinnene fikk på 1950-tallet, etter at forskjellen hadde vært 3-4 år fram til da.

Lave dødstall – lav dødelighet

I 2009 døde det 41 400 personer, 21 500 kvinner og 19 900 menn. Dette er en reduksjon på 250 fra året før. De siste fem årene har antallet døde ligget mellom 41 200 og 42 000. Fordi antall døde påvirkes av befolkningens størrelse, aldersstruktur og levealder, må vi helt tilbake til 1970-tallet for å finne lavere dødstall. Siden slutten av 1990-tallet har det dødd flere kvinner enn menn på grunn av at det er et økende flertall av kvinner i forhold til menn i de aldersgruppene der det dør flest. Den summariske dødelighetsraten, som viser antall døde per 1 000 av midelfolkemengden, har aldri vært lavere. I 2009 var den på 8,6 for begge kjønn, 8,3 for menn og 8,9 for kvinner. På 1970-tallet var den rundt 10 for begge kjønn, 11 for menn og 9 for kvinner.

Svært lav spedbarnsdødelighet

Spedbarnsdødeligheten for begge kjønn var 3,1 i 2009, 0,4 høyere enn året før. Spedbarnsdødeligheten i 2008 var den laveste som noen gang er registrert i Norge. Det døde 192 barn under ett år i 2009, 119 gutter og 73 jenter. Spedbarnsdødeligheten blant gutter var 3,7 per 1 000 levendefødte og for jenter 2,4. Det er imidlertid en del tilfeldige utslag fra år til år.

8.4.2010

Befolkningsstatistikk. Familier og husholdninger 1. januar 2010

Én av fem alene

Hver femte nordmann bor alene, og om lag 60 prosent av oss lever i par. Tre fjerdedeler av parene er ektepar.

Det er flest aleneboende i Oslo, mens det er flest ektepar i kystfylkene fra Østfold til Møre og Romsdal. Dette viser familie- og husholdningsstatistikken per 1. januar 2010.

Av landets 3,7 millioner personer som har fylt 18 år, lever 59 prosent i et parforhold. Det er store regionale forskjeller. I Oslo lever halvparten utenfor parforhold. I nabofylket Akershus er tilsvarende tall 37 prosent, noe som er det laveste i landet. Ser vi derimot Oslo og Akershus under ett, er andelen som lever i parforhold, ganske nær landsgjennomsnittet, 56 prosent.

Samboerforhold vanligst blant de yngste

Av parene er 77 prosent gift eller registrerte partnere og 23 prosent samboere. Samboerskap som samlivsform ble vanlig først på 1980- og 1990-tallet, og da først og fremst blant den yngre del av befolkningen. Samtidig er mange samboere en periode før de gifter seg. Derfor finnes det relativt få samboere i de høyere aldersgruppene. I alderen 18–29 år er om lag to tredjedeler av parene samboerpar. For aldersgruppen 30–44 år er en tredjedel samboerpar. Blant personer i alderen 45–66 år som lever i parforhold, er det bare 14 prosent samboere, mens det blant de eldste, de over 66, bare er 4 prosent av parene som er samboere.

Flest samboerpar i Oslo og nordover

Oslo, Hedmark og Oppland samt fylkene fra Trøndelag og nordover har den høyeste andelen par som er samboere. Sør-Trøndelag ligger høyest med 29 prosent. Lavest andel samboere har Agder-fylkene og Rogaland. Vest-Agder ligger lavest med 16 prosent. Ekteskapet holder best stand i kystfylkene fra Østfold til og med Møre og Romsdal.

Få enslige foreldre i Sogn og Fjordane

Familietyperne mor med barn eller far med barn utgjør 22 prosent av alle familier med barn på landsbasis. I en femtedel av disse familiene er det fedrene som bor sammen med sine barn. Størst andel enslige foreldre finner vi i Nord-Norge og lavest andel på Vestlandet og i Akershus. Finnmark topper statistikken med 29 prosent aleneforeldre, mens lavest andel enslige mødre eller fedre, 18 prosent, finner vi i Rogaland og Sogn og Fjordane

Flest likekjønnede ektepar i Oslo

Ved utgangen av 2009 var det i alt 900 familier med likekjønnede ektepar, snaut 390 mannlige og drøyt 510 kvinnelige. Mens om lag 10 prosent av alle familier med ektepar bor i Oslo, bor om lag halvparten av de likekjønnede ekteparene i hovedstaden - nærmere 60 prosent av de mannlige og 40 prosent av de kvinnelige.

Stadig flere bor alene

I Norge bodde 863 000 personer alene 1. januar 2010, det vil si nesten én av fem personer. Husholdninger med én person utgjorde 40 prosent av husholdningene. Det er en økning fra 34 prosent i 1990 og 28 prosent i 1980. De som bor alene, finner vi først og fremst i utkantkommunene og i store byer - da særlig i sentrale deler av byene. I omlandskommunene til de store byene er det relativt få som bor alene.

Oslo er kommunen med flest aleneboende. Der bor 29 prosent av befolkningen alene, og vel halvparten av alle husholdninger i Oslo består av én person. Det er imidlertid store variasjoner mellom bydelene. I indre by består om lag to tredjedeler av alle husholdningene av aleneboende. I motsatt ende finner vi bydelen Søndre Nordstrand hvor bare hver tredje husholdning består av én person.

Også i sentrale deler av Bergen, Stavanger og til dels også i Trondheim finner vi svært høye andeler aleneboende.

Mange eldre bor alene

Andelen aleneboende i privathusholdninger er høyest blant de aller eldste. Blant personer på 80 år og over bor nærmere seks av ti personer alene, mens én av tre bor alene i aldersgruppen 67–79 år. Blant kvinner på 80 år og over bor mer enn 70 prosent alene, mens dette gjelder for bare en tredjedel av mennene i samme aldersgruppe. Oslo er fylket med høyest andel eldre som bor alene, mens andelen aleneboende eldre er lavest i Akershus og Sogn og Fjordane.

I alt var det 2,2 millioner privathusholdninger her i landet per 1. januar 2010. Det bodde gjennomsnittlig 2,2 personer i hver av dem. 18 prosent av de som bor i en privathusholdning, bor alene. Om lag halvparten bor i en husholdning med barn under 18 år.

8.4.2010

Befolkningsstatistikk. Fødte, 2009

Høy fruktbarhet

Det ble født 61 800 barn i Norge i 2009, det er 1 300 flere enn året før. Ikke siden 1972 er det født flere barn her i landet. Dette gir et samlet fruktbarhetstall for kvinner på 1,98, noe som er blant de høyeste i Europa.

Samlet fruktbarhetstall for kvinner har økt de siste syv årene, og for årene 2001-2005 var snittet på 1,80. Samlet fruktbarhetstall for menn i 2009 er beregnet til 1,77.

Høyest fruktbarhet på Sør-Vestlandet

For å sikre reproduksjon av befolkningen, det vil si at det fødes så mange barn at befolkningen ikke vil synke på lengre sikt når en ser bort fra flyttinger, må samlet fruktbarhetstall være på omtrent 2,1. I 2009 hadde seks av fylkene samlet fruktbarhetstall på 2,10 eller mer. Høyest lå Rogaland med 2,18, Vest-Agder med 2,16 og Finnmark med 2,14. Laveste verdier i samlet fruktbarhetstall hadde Telemark med 1,79, Vestfold med 1,84 og Oppland med 1,87. Sammenlignet med året før var det Østfold og Møre og Romsdal som hadde størst økning i samlet fruktbarhetstall.

Fødealderen stabiliseres

Over tid har foreldrenes gjennomsnittsalder ved barnets fødsel økt, men de siste årene har den vært stabil. Gjennomsnittsalderen for førstegangsmødre var så vidt over 28 år i 2009, slik den har vært de siste seks årene. Gjennomsnittsalderen for førstegangsfedre var 30,9 år i 2009. Den har ligget på 30,8 og 30,9 år de siste seks årene.

Kvinner i slutten av 20-årene fikk flest barn

Kvinner i aldersgruppene 25-29 år og 30-34 år fødte flest barn i 2009, med henholdsvis 128,1 og 127,2 levende-fødte per 1 000 kvinner. Fruktbarheten for kvinner økte i alle aldersgruppene 25-49 år sammenlignet med året før. Av dem som ble fedre i fjor, var det flest i aldersgruppen 30-34 år.

Av de barna som ble født i 2009, hadde 44 prosent gifte foreldre, 44 prosent hadde samboende foreldre, mens 12

prosent ble født av en enslig mor. Finnmark er det fylket der det relativt sett er flest barn som fødes av enslige mødre, 21 prosent, deretter kommer Hedmark og Nordland med 16 prosent. Lavest var andelen i Rogaland og Akershus med 9 prosent hver.

Andelen flerfødsler uendret

I 2009 var det 1 057 tvillingfødsler og 17 trillingfødsler, noe som tilsvarer 17,6 flerfødsler per 1 000 fødsler. Det er på samme nivå som året før.

Flest blir født om sommeren

I fjor ble det født flest barn i juni og færrest i desember. Vi har da korrigert for antall dager per måned. Tidligere var det vårmåneden april som var den måneden det ble født flest barn. Men de siste årene er det blitt født flest barn i sommermånedene juni og juli.

19.3.2010

Lønnsstatistikk. Ansatte i kommunal og fylkeskommunal virksomhet, per 1. desember 2009

1 200 kroner mer for kommuneansatte

Heltidsansatte i kommunal og fylkeskommunal virksomhet hadde en gjennomsnittlig månedslønn eksklusiv overtidsgodtgjørelse på 33 700 kroner per 1. desember 2009. Dette tilsvarte en økning på 1 200 kroner, eller 3,7 prosent, fra samme tidspunkt året før.

Heltidsansatte kvinner hadde 32 800 kroner i gjennomsnittlig månedslønn, mens tilsvarende tall for menn var 35 300 kroner. Lønnsveksten fra 2008 til 2009 var omkring 1 200 kroner for begge kjønn.

Klare kjønnsforskjeller

Ansatte i høyskoleyrker utgjør den største yrkesgruppen i kommunene og fylkeskommunene. I tillegg til ansatte i undervisningsstillinger i grunnskolen har de en rekke andre yrker med krav til inntil tre års høyere utdanning. Det er relativt stor lønnsforskjell mellom kjønnene i denne yrkesgruppa sett under ett. Menn i høyskoleyrker hadde en månedslønn på 34 900 kroner, mens kvinnene hadde 33 400 kroner. Dette tilsvarer en vekst på henholdsvis 3,3 prosent og 3,4 prosent det siste året. Åtte av ti ingeniører og teknikere er menn. Disse hadde en

månedslønn på 36 300 kroner. Kvinnene dominerer tilsvarende blant sosionomer, barnevernspedagoger og vernepleiere, og de hadde en månedslønn på 31 400 kroner.

Ansatte i akademikeryrkene består av blant annet sivilingeniører, systemutviklere, spesialsykepleiere og jordmødre samt lærere i videregående skole. Menn i slike stillinger hadde gjennomsnittlig 38 300 kroner i månedslønn, mens kvinnene hadde 36 300 kroner. Dette ga en lønnsvekst på 3,5 prosent for menn og 3,8 prosent for kvinner.

Nesten hver femte ansatte i kommunene er barne- og ungdomsarbeider, omsorgsarbeider eller hjelpepleier. De aller fleste av disse er kvinner. Barne- og ungdomsarbeiderne hadde ei månedslønn på 24 800 kroner i 2009, mens helsearbeiderne hadde 30 300 kroner i måneden.

1 200 til lektorer og adjunkter

Lektorer og adjunkter ved videregående skoler hadde 37 500 kroner i lønn, mens tilsvarende yrkesgruppe ved grunnskolen hadde 35 400 kroner. Begge gruppene hadde en lønnsvekst på 1 200 kroner fra 2008 til 2009. Menn hadde 200-300 kroner mer i månedslønn enn sine kvinnelige lærerkolleger.

Mange deltidsansatte

Over halvparten av alle ansatte i kommuner og fylkeskommuner jobber deltid, og de aller fleste er kvinner i omsorgsyrkene. For å kunne sammenligne lønn mellom heltids- og deltidsansatte omregnes lønna for deltidsansatte til hva den ville vært hvis de jobbet heltid. Deltidsansatte i kommunene hadde en gjennomsnittlig månedslønn på 31 100 kroner i 2009. Lønnsveksten fra året før var på 1 100 kroner. Deltidsansatte menn tjente 32 800 kroner, mens kvinnene hadde 30 800 kroner i månedslønn.

18.3.2010

Lønnsstatistikk. Ansatte i helseforetakene per 1. oktober 2009

Månedslønna opp 1 500 kroner

Heltidsansatte i helseforetakene hadde en gjennomsnittlig månedslønn eksklusiv overtidsgodtgjørelse på 37 700 kroner per 1. oktober 2009.

Dette er 1 500 kroner eller 4,1 prosent mer enn på samme tidspunkt i 2008.

Heltidsansatte sykepleiere hadde en månedslønn eksklusiv overtidsgodtgjørelse på 32 500 kroner. Dette er 800 kroner eller 2,5 prosent mer enn i oktober 2008. Samtidig hadde spesialsykepleiere lønnsvekst på 1 100 kroner eller 3 prosent, til 37 200 kroner i måneden.

1 200 kroner mer for hjelpepleierne

Heltidsansatte omsorgsarbeidere og hjelpepleiere hadde en gjennomsnittlig månedslønn eksklusiv overtidsgodtgjørelse på 29 600 kroner. Dette utgjorde en økning på 1 200 kroner eller 4,2 prosent fra oktober 2008. Til sammenligning hadde heltidsansatte legesekretærer en månedslønn på 26 600, også en økning på 1 200 kroner.

1 800 kroner mer for legene

Heltidsansatte leger hadde en gjennomsnittlig månedslønn eksklusiv overtidsgodtgjørelse på 59 900 kroner per oktober 2009. Dette er 1 800 kroner eller 3,1 prosent mer enn i oktober 2008.

2 500 kroner mer for lederne

Ansatte i lederyrker hadde en gjennomsnittlig månedslønn eksklusiv overtidsgodtgjørelse på 49 100 kroner. Dette tilsvarte en økning på 2 500 kroner eller 5,4 prosent fra oktober 2008. Gruppen administrerende direktører hadde en månedslønn på 83 000 kroner, en vekst på 5 400 kroner eller 7 prosent fra året før.

Snaut halvparten er deltidsansatte

Nærmere halvparten av alle ansatte i helseforetakene jobber deltid. Regner vi om lønna til deltidsansatte som om de jobbet heltid, utgjorde gjennomsnittlig månedslønn for deltidsansatte 34 900 kroner. Dette er 4,5 prosent mer enn i oktober 2008.

Deltidsandelen er større blant kvinner enn menn. Drøyt halvparten av kvinnene og om lag en tredel av mennene jobber deltid. Fra oktober 2008 til oktober 2009 var lønnsveksten for deltidsansatte kvinner på 4,2 prosent, til 34 500 kroner, mens for menn gikk lønna opp 6,3 prosent, til 37 400 kroner.

Helseforetakene har mange ansatte i yrkesgruppene sykepleiere, leger, omsorgsarbeidere og hjelpepleiere. Hele tre fjerdedeler av alle ansatte i helseforetakene er kvinner.

15.3.2010

Barnehager. Foreløpige tall, 2009

Stadig flere barn i barnehage

Det var nærmere 270 200 barn med barnehageplass per 15. desember 2009, viser foreløpige tall. Av alle barn i alderen 1-5 år hadde 88,5 prosent plass i barnehage, en økning på 1,3 prosentpoeng fra året før.

Totalt var det 8 300 flere barn med barnehageplass sammenlignet med året før. Aldersgruppen 1-2 år økte med over 4 400 barn, mens aldersgruppen 3-5 år økte med nærmere 3 800 barn. I disse to gruppene var det ved utgangen av året henholdsvis 93 900 og 173 000 barn i barnehage.

Dekningsgraden varierer

Veksten i andel med barnehageplass var størst for aldersgruppen 1-2 år, som økte med 2,5 prosentpoeng, til vel 77 prosent ved utgangen av 2009. Det var imidlertid stor forskjell i dekningsgraden for 1- og 2-åringene. Mens 86 prosent av 2-åringene hadde barnehageplass, var det tilsvarende tallet for 1-åringene 69 prosent. For barn i aldersgruppen 3-5 år var dekningsgraden 96 prosent, samme nivå som året før.

Dekningsgraden for aldersgruppen 1-5 år varierte fra lavest i Oslo, med vel 83 prosent, til høyest i Nord-Trøndelag med 93 prosent. Begge disse fylkene hadde en økning, på henholdsvis 2,1 og 1,6 prosentpoeng.

9 av 10 med heltidsplass

Ved utgangen av 2009 var det vel 3 800 færre barn med heltidsplass i barnehage og samtidig over 12 100 flere som benyttet heltidsplass. Bruken av heltids-/deltidsplass varierer noe mellom aldersgruppene. I aldersgruppen 1-2 år benyttet 11 prosent en deltidsplass, mens i aldersgruppen 3-5 år hadde 8 prosent deltidsplass. Heltidsplass er definert som avtalt oppholdstid på 33 timer eller mer per uke.

Nesten 6 000 flere barnehageansatte

Det var nærmere 84 900 ansatte som til sammen utførte 68 100 årsverk i barnehagene ved utgangen av 2009. Dette var snaut 3 400 flere ansatte og vel 2 900 flere årsverk enn i 2008. Av styrelser og pedagogiske ledere hadde nærmere 89 prosent førskolelærerutdanning eller annen pedagogisk utdanning. Andel ansatte menn til basisvirksomhet i barnehagene var 8 prosent.

25.2.2010

Nordmenns røykevaner, 2009

Unge røyker stadig mindre

De siste ti til tolv årene har andelen dagligrøykere gått nedover, særlig blant unge. 21 prosent mellom 16 og 74 år røykte daglig i 2009, mens 6 prosent snuste daglig. Det er flest snusbrukere blant de yngste.

I tillegg til de 21 prosent som røykte daglig i 2009, var det 9 prosent i alderen 16-74 år som røykte av og til. Andelen er uendret fra 2008. Den høyeste andelen dagligrøykere er i aldersgruppen 45-64 år, mens de laveste andelen finner vi blant de yngste og de eldste.

Nedgang i lang tid

I 1973 røykte over halvparten av voksne menn. I dag er den tilsvarende andelen om lag 20 prosent. Fra 1973 og frem til 2000 røykte i overkant av 30 prosent av kvinnene daglig. Deretter har også denne andelen sunket betydelig, og ligger nå på om lag 20 prosent. Det ser ut til å ha vært et trendskifte rundt 1998. Fra dette tidspunktet ser vi omtrent samme nedgang i andel røykere blant menn og kvinner.

I 2009 røykte rundt 17 prosent av unge i alderen 16-24 år daglig, mens 14 prosent røykte av og til. Selv om andelen dagligrøykere i denne aldersgruppen gikk opp med 2 prosentpoeng fra 2008, har begge disse andelenene har gått betydelig ned de siste ti årene.

En av fem unge menn snuser

6 prosent av befolkningen i alderen 16-74 år snuste daglig i 2009, mens 4 prosent snuste av og til. Nivået er uendret fra 2008. Snusbruk er mest utbredt blant unge. I aldersgruppen 16-24 år oppga 7

prosent av kvinnene og hele 21 prosent av mennene at de snuste daglig.

Også blant menn i alderen 24–34 år er det relativt mange som snuser daglig, men i aldersgruppene fra 45 år og oppover er det betydelig lavere andeler som snuser. Også blant kvinner er det flest unge som bruker snus. Fra 25 år og oppover er det få kvinner som snuser daglig.

Utdanningsnivå en viktig faktor

Utdanningsnivå har stor betydning for røykevanene. Over tre ganger så stor andel av dem med kun grunnskoleutdanning røyker sammenlignet med dem med universitets- og høyskoleutdanning. Andelen røykere er imidlertid nedadgående for alle utdanningsgrupper.

Blant unge i alderen 16-34 år med utdanning på grunnskolenivå røyker nesten halvparten daglig eller av og til. Dette gjelder kun en av fem av dem med utdanning på universitets- og høyskolenivå i den samme aldersgruppen.

Utdanningsnivå ser ut til å ha mindre betydning for bruk av snus. Andelen som bruker snus daglig er litt høyere blant menn med utdanning på grunnskolenivå sammenlignet med gruppen med utdanning på universitets- og høyskolenivå. Blant kvinner er det nesten ingen forskjeller i snusbruk etter utdanningsnivå.

17.2.2010

Arbeidskraftundersøkelsen. Arbeidstidsordninger, 2009

Færre jobber utenom vanlig dagtid

Fra 2008 til 2009 ble det 21 000 færre ansatte som jobbet utenom vanlig dagtid. Slikt arbeid er mest utbredt blant kvinner og ungdom.

I 2009 jobbet 761 000 personer, eller 33 prosent av alle ansatte, utenom vanlig dagtid (mandag-fredag kl 06-18) i sin hovedjobb, ifølge AKU. I perioden mellom 2001 og 2008 har andelen ligget på rundt 34-36 prosent. Blant de som jobber utenom vanlig dagtid var andelen som jobber skift eller turnus 70 prosent i 2009.

Mest vanlig i tjenesteytende næringer

Høyest andel ansatte med arbeid utenom vanlig dagtid var det i overnattings- og serveringsvirksomhet og i transport og lagring, der henholdsvis 72 og 62 prosent hadde slikt arbeid i 2009. For overnattings- og serveringsvirksomhet var dette en nedgang på 4 prosentpoeng og for transport og lagring en økning på 6 prosentpoeng fra 2008. I helse- og sosialnæringen hadde 51 prosent arbeid utenom vanlig dagtid i både 2009 og 2008. I bygge- og anleggsvirksomhet og undervisning jobbet rundt 10 prosent av de ansatte utenom vanlig dagtid i 2009.

Klare forskjeller mellom kvinner og menn

Andel ansatte kvinner med arbeid utenom vanlig dagtid var klart høyere enn for menn, med 37 mot 29 prosent. Den viktigste årsaken er at langt flere kvinner enn menn er ansatte i helse- og sosialnæringen. Dette er den største næringen i landet samtidig som andelen med arbeid utenfor vanlig dagtid er blant de høyeste. Selv om kvinner totalt sett hadde en høyere andel enn menn med slik arbeidstid, er variasjonene fra næring til næring stor. Menn hadde for eksempel i 2009 høye andeler av ansatte med arbeid utenom vanlig dagtid i næringene industri, transport og lagring. For kvinner er arbeid utenom vanlig dagtid i mye større grad enn menn knyttet opp til skift- og turnusarbeid.

46 prosent unge jobber utenom vanlig dagtid

For ungdom vil arbeid utenom vanlig dagtid være en grei måte å kombinere arbeid og studier på. Blant ansatte 15-29 år var det i 2009 46 prosent med slikt arbeid. I aldersgruppen 30-54 år arbeidet 30 prosent utenom vanlig dagtid, mens andelen for ansatte 55-74 år var 26 prosent. Fra 2008 til 2009 gikk sysselsettingen noe ned blant ungdom, og det var blant de med arbeid utenom vanlig dagtid at nedgangen var sterkest. Ungdom skiller seg ellers ut fra de voksne ved at det blant de som arbeidet utenom vanlig dagtid var relativt færre med skift- og turnusarbeid og flere med arbeid på kveld og i helger.

11.2.2010

Arbeidskraftundersøkelsen. Yrkesfordeling, 2009

Vekst i akademiske yrker

Til tross for nedgang i sysselsettingen totalt fra 2008 til 2009, økte tallet på sysselsatte i yrker med akademisk bakgrunn. Størst nedgang var det i sysselsettingen innenfor høyskoleyrker og industriyrker, viser tall fra Arbeidskraftundersøkelsen (AKU).

Sammenliknet med 2008 har sysselsettingen totalt sett gått ned med 16 000 personer. I yrker med akademisk bakgrunn har sysselsettingen derimot økt med 25 000 personer. I alt 13 prosent av de sysselsatte jobbet innenfor disse yrkene i 2009. Størst vekst sist år var det i tallet på høyere saksbehandlere i offentlig administrasjon og sysselsatte i helseyrker (leger og spesialsykepleiere).

På den annen side var det nedgang i sysselsettingen innenfor høyskoleyrker, i industriyrker (operatører, sjåfører og liknende), håndverksyrker og salgs- og serviceyrker.

Nedgang kun blant menn

Nedgangen i sysselsettingen har så å si utelukkende inntruffet blant menn, noe som også gjenspeiler fordelingen mellom menn og kvinner i offentlig og privat virksomhet. Sysselsettingen var forholdsvis stabil fra 2008 til 2009 for offentlig forvaltning, der to av tre sysselsatte er kvinner. I privat sektor (inkl. offentlige foretak), der menn er i flertall, gikk sysselsettingen ned med 20 000 personer.