Tidsskrift for levekår og livsstil

Samfunnsspeilet

3/2016

2 av 3

elgjegere er grunneier selv eller i nær familie med eier

65 prosent

høgare drosjetakstar siste tiåret

140

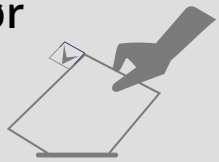
korridorpasienter på norske sykehus et gjennomsnitts-døgn

3 av 5

kommunar har frisklivs-sentral

6 av 10

innvandrere fra sør stemmer Ap



Statistisk sentralbyrå
Statistics Norway

Samfunnsspeilet 3/2016

Terje Olav Rundtom og Trond Amund Steinset
Jaktstatistikk
Hvem er jeger? 3

Kort om tall 8

Geir Martin Pilskog
Drosjenæringa
Færre drosjekundar gjev høgare prisar 9

Ingrid Myrset Hatlebakk
Beleggsprosent og korridorpasienter ved somatiske sykehus
Fulle sykehus = korridorpasienter? 15

Trond Ekornrud
Førebygging i kommunal helseteneste
Frisklivssentralane i frammarsj 19

Et blikk på verden 24

Øyvin Kleven og Vebjørn Aalandslid
Innvandrere og kommunestyrevalget 2015
Ap står støtt blant innvandrere fra sør 25

Astri Syse
Innvandreres dødelighet øker med botid i Norge:
Er det de friskeste innvandrerne som kommer til Norge? 31

Lene Ødegård Olsen
Intervju med Bengt Oscar Lagerstrøm
SSBs intervjuvirksomhet feirer 50 år 38

Redaksjon:
Elisabeth Nørgaard (ans.), Berit Otnes (red. dette nummeret), Jorun Ramm (red. dette nummeret), Espen Andersen, Ivar Andreassen, Frode Berglund, Geir Nygård, Berit Otnes, Elisabeth Rønning, Natasza Sandbu, Toril Sandnes, Ole Sandvik, Vebjørn Aalandslid.

Redigering/design:
Helga Nordermoen

Foto: Colourbox, Studio Vest

Omslag: Siri E. Boquist

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

E-post: ssb@ssb.no

ISSN 0809-4713

Publisert: 12. oktober 2016

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.

© Statistisk sentralbyrå

Neste nummer av Samfunnsspeilet kommer ut i desember 2016.

Hvem er jeger?

2 av 3

elgjegere er grunneier selv eller i nær familie med eier

For mange nordmenn er høstjakta årets høydepunkt, og alt annet må vike når startskuddet smeller. Men hvem er egentlig de 145 000 som hvert år drar til fjells eller til skogs med rifle og hagle?

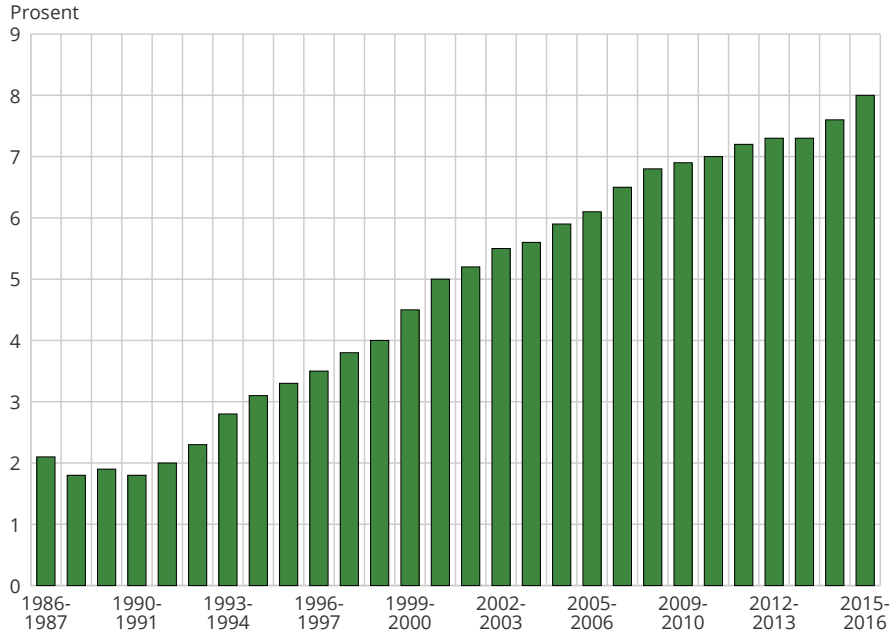
Vi er en nasjon av jegere. Bortimot en halv million personer har lov til å utøve jakt og står oppført i det nasjonale Jegerregisteret. Sammenliknet med andre europeiske land er det stort sett bare Finland og Irland som har større jegertetthet, selv om tallene ikke er helt sammenliknbare (FACE 2010).

Personer som ønsker å jakte, må bestå en egen prøve for å få adgang til å drive jakt. Ikke alle som står oppført i Jegerregisteret, er aktive jegere. I jaktåret 2014/2015 betalte i overkant av 200 000 personer jegeravgift. Av dem deltok 143 000 på jakt. I denne artikkelen vil vi å si noe om hva som kjennetegner jegerstanden, og særlig de aktive jegerne. Vi ser også på i hvilken grad jakt er for alle, eller om det er tradisjoner, økonomi og tilgang til jaktarealer som i størst grad avgjør hvem av oss som blir jegere.

Stadig flere kvinner vil på jakt ...

Tradisjonelt har menn gått på jakt, og det blir ofte trukket linjer tilbake til steinalderen, da kvinner sanket og passet barn, mens mennene jaktet. Men er det fortsatt slik at jakt er mest for menn? For tretti år siden var det langt mellom kvinnene som jaktet. Kvinner utgjorde bare 2 prosent av de betalende jegerne (se figur 1). Norges Jeger- og Fiskerforbund har i flere år lagt til rette for at flere kvinner skal bli jegere, ved å holde kurs og samlinger spesielt for dem. Og sakte, men sikkert har det blitt flere kvinner. Kvinneandelen er størst i aldersgruppa 20-29 år, der kvinner utgjorde 12 prosent av dem som gikk på jakt i 2014/2015. At andelen vil øke i framtida, ser vi tydelig på kjønnsfordelingen blant nye jegere. Det siste året var hver fjerde person som bestod jegerprøven, kvinne, og de siste femten årene har andelen variert mellom 20 og 25 prosent.

Figur 1. Andelen kvinner som har betalt jegeravgift



Kilde: Jaktstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Terje Olav Rundtom
er forstkandidat og seniorrådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for primærnæringsstatistikk.
(terje.olav.rundtom@ssb.no)

Trond Amund Steinset
er forstkandidat og seniorrådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for primærnæringsstatistikk.
(trond.amund.steinset@ssb.no)

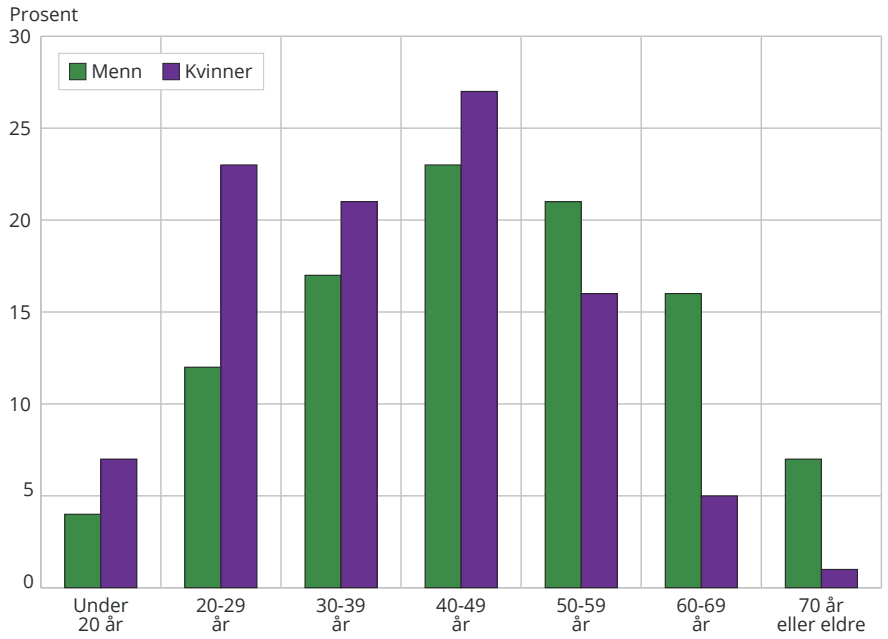
... men noen får kalde føtter

Det kan likevel virke som om det er flere kvinner som har planer om å gå på jakt, enn de som gjør det i praksis. Ved utgangen av jaktåret 2015/2016 var 13 prosent av dem som stod oppført i Jegerregisteret kvinner. Av jegerne som betalte jegeravgiftskort dette året, var andelen 8 prosent. Om vi ser på dem som faktisk jaktet, var kvinneandelen bare 6,5 prosent. Det er med andre ord en større andel kvinner enn menn som blir hjemme når det kommer til stykket. Det samme gjelder dem som tar jegerprøven. Bare halvparten av alle som består prøven, betaler jegeravgiften samme år.

De fleste jegere er middelaldrende menn

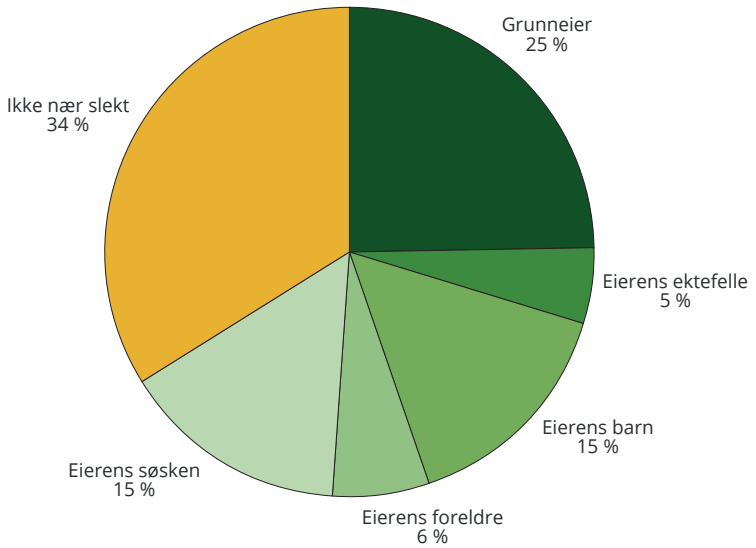
Nesten to av tre jegere er menn over 40 år. Hver fjerde jeger er i aldersgruppa 40-49 år, se figur 2. Blant kvinnene var det også flest jegere i aldersgruppen 40-49 år, etterfulgt av gruppa 20-29 år.

Figur 2. Aldersfordelingen blant menn og kvinner som jaktet i jaktåret 2014/2015



Kilde: Jaktstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Figur 3. Andelen elgjegere med tilknytning til landbrukseiendom. Jaktåret 2014/2015



Kilde: Jaktstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Jegerne blir eldre. Gjennomsnittsalderen til norske jegere var i 2014/2015 henholdsvis 47 år for menn og 39 år for kvinner. For 15 år siden var gjennomsnittet 43 år for menn og 36 år for kvinner. Om vi ser på endringer i gjennomsnittsalder for hele befolkningen mellom 16 og 80 år i samme periode, har den økt fra 43 til 44 år for menn, mens gjennomsnittet blant kvinnene var 45 på begge tidspunktene. Mye kan derfor tyde på at det skjer en forgubbing blant jegerne.

To av tre storviltjegere har tilknytning til en landbrukseiendom

Det blir ofte hevdet at det kan være både dyrt og vanskelig å få tilgang til elg- og hjortejakt hvis du ikke har tilknytning til en landbrukseiendom. I mange bygdesamfunn står elgjakta sterkt, og det er grunneierne som eier jaktrettighetene. Vi har sett nærmere på i hvor stor grad jakt blir utøvd av eierne av landbrukseiendommer og deres nære familie, eller om andre også slipper til. Av dem som deltok på elgjakt i jaktåret 2014/2015, viste det seg at 66 prosent enten eier en landbrukseiendom eller er i nær familie med noen som gjør det, se figur 3. Av i alt 61 200 elgjegere utgjorde grunneierne selv 16 000, mens grunneiernes foreldre, ektefeller, barn og søsken til sammen talte 23 500.

De resterende 21 700 elgjegerne eide ikke landbrukseiendom. De var heller ikke i nær familie med noen som eier landbrukseiendom. For hjortejegerne var tallene omtrent de samme; 68 prosent av jegerne var selv eier eller i nær familie med eier

av landbrukseiendom. Det er ingen tvil om at grunneierne og deres familier er overrepresentert blant storviltjegerne. Derfor blir det heller ikke så lett å slippe til på slik jakt for dem som ikke er i slekt med eller kjenner grunneiere med jaktterreng.

Enklest å få tilgang til småviltjakt

For småviltjegere er det generelt enklere å få tilgang til jakt. Småviltjakta skjer i større grad i fjellområdene, og ofte på statsgrunn. Tre av fire småviltjegere som var på jakt i jaktåret 2014/2015, var både uten egne eierinteresser i en landbrukseiendom, og uten nær familie som eide landbrukseiendom.

I alt er det 184 200 personer som eier en landbrukseiendom alene eller sammen med andre. Hver tredje av disse er registrert i Jegerregisteret. I jaktåret 2014/2015 var 19 prosent av dem på jakt. Det er en langt større andel enn i befolkningen ellers.

Som far, så sønn – jaktinteressen går i arv

Som vi har vært inne på, er mange av jegerne i slekt med eiere av landbrukseiendom, og mange av disse jegerne har blitt født inn i en tradisjon for jakt. Når vi ser nærmere på slektskap mellom jegere, viser det seg tydelig at jakt er en interesse som i stor grad blir overført fra foreldre til barn. Av de registrerte jegerne over 50 år som har barn, er det 53 prosent som har ett eller flere barn som også er jegere. For de som ikke selv er jegere, er det 24 prosent av befolkningen over 50 år som har minst ett barn som er registrert jeger. Det at en av foreldrene jakter, dobler sjansen for at avkommet også gjør det.

Størst jegerandel i mannsdominerte arbeidsmiljøer

Ikke overraskende er det størst jegerandel blant sysselsatte i mannsdominerte næringer som industri og bygg og anlegg, se figur 4. Blant jegerne som gikk på jakt i 2014/15, var en tredjedel sysselsatt i industri, bygg og anlegg eller bergverksdrift. Andelen av hele arbeidsstokken som arbeider i disse næringene, utgjør 20 prosent.

Bare 2 prosent av alle sysselsatte i befolkningen henter levebrødet sitt fra jordbruk, skogbruk og fiske. Blant jegerne som var på jakt i 2014/2015, var 8 prosent sysselsatt innenfor disse næringene. Om vi avgrenser dette til personer som deltok på elgjakt, hadde hele 12 prosent av dem sitt daglige virke i primærnæringene.

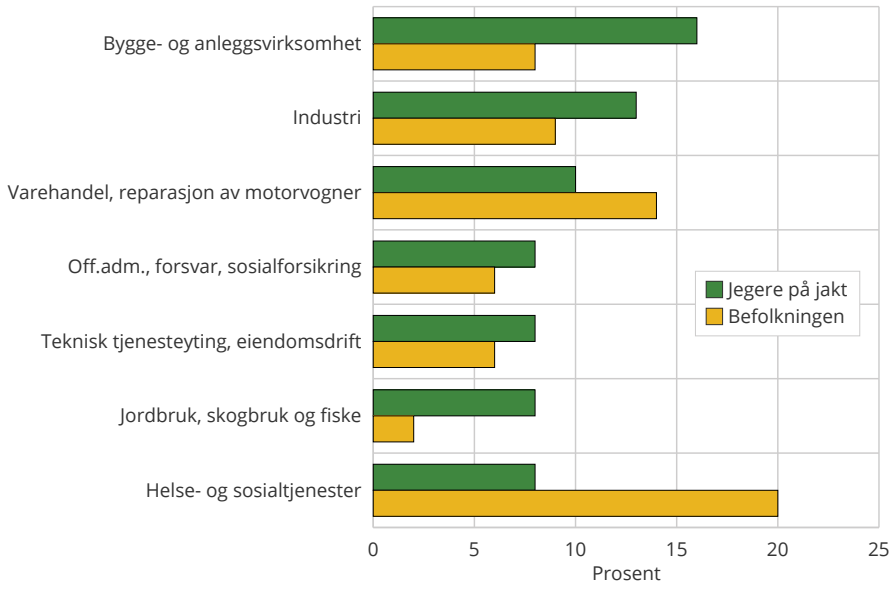
Hver tredje kvinnelige jeger arbeider i helsesektoren

Halvparten av de kvinnelige jegerne er sysselsatt innenfor helse, undervisning eller varehandel. Helsesektoren alene gir arbeid til nesten hver tredje kvinnelige jeger. Selv om det er en nokså liten andel som har sitt daglige virke innenfor tekniske næringer som bygg og anlegg, industri, forsvaret og primærnæringene, er andelen kvinnelige jegere større i disse næringene enn blant hele den kvinnelige arbeidsstokken. Det ser derfor ut til at kvinner som arbeider i mannsdominerte næringer, i større grad er jegere enn andre kvinner.

Ingeniør er det vanligste yrket blant jegere

Ser vi på enkeltyrker, var det flest ingeniører som deltok på jakt i

Figur 4. Andelen sysselsatte i alt og andelen sysselsatte jegere i utvalgte næringer. 2014



Kilde: Sysselsettingsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Tabell 1. **De 15 vanligste yrkene blant jegere som jaktet i jaktåret 2014/2015**

Yrke	Antall jegere
Ingeniører mv.	10 280
Ledere for vareproduksjon og tjenesteyting	10 010
Bønder, avløsere, mv.	7 280
Tømrere og snekkere	6 530
Sivilingeniører mv.	5 520
Butikkmedarbeidere mv.	3 910
Administrerende direktører	3 900
Ledere av administrative enheter, salg og forskning	3 690
Anleggsmaskinførere mv.	3 620
Salgskonsulenter	3 450
Høyere saksbehandlere i offentlig og privat virksomhet	3 370
IKT-yrker	3 110
Elektrikere	3 020
Vaktmestre	2 530
Grunnskolelærere	2 390

Kilde: Sysselsettingsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

2014/2015. Av de aktive jegerne var det 10 300 ingeniører og 5 500 sivilingeniører (se tabell 1). Av de mer kvinnedominerte yrkene var det 1 750 sjukepleiere som hadde tatt turen til skogs eller til fjells med hagle eller rifle.

Mannlige jegere tjener mer enn gjennomsnittet

Gjennomsnittlig bruttoinntekt for norske jegere som var på jakt i 2014/2015, var 647 000 kroner. Det er godt over gjennomsnittet for alle bosatte i Norge over 16 år, som var 421 000 kroner i 2014. Noe av denne forskjellen kan forklares med at gjennomsnittsalderen til jegerne er litt høyere enn gjennomsnittsalderen i befolkningen og at det er flest menn. Kvinnene som var på jakt i 2014/2015, hadde en gjennomsnittlig bruttoinntekt på 465 000 kroner.

Rypejakt for de rike ...

Skattestatistikk for personer (SSB 2014) bekrefter at rypejegere er den gruppa av jegere som hadde høyest gjennomsnittlig bruttoinntekt i 2014. Og av dem hadde jegerne med bopel i Oslo og Akershus de høyeste inntektene. Oslo-jegerne lå på topp med en gjennomsnittlig bruttoinntekt på 1,3 millioner kroner, mens tilsvarende for jegerne fra Akershus var 943 000 kroner, se figur 5. Gjennomsnittlig bruttoinntekt for alle som jaktet rype i 2014, var 720 000 kroner.

Om vi i stedet for å se på gjennomsnittet ser på median bruttoinntekt, som er den bruttoinntekten der det er like mange som tjener mer og like mange som tjener mindre, ser vi at det er en del av dem med de største inntektene som drar gjennomsnittet nokså mye opp. Blant rypejegerne fra Oslo hadde halvparten en bruttoinntekt på over 761 000 kroner i 2014.

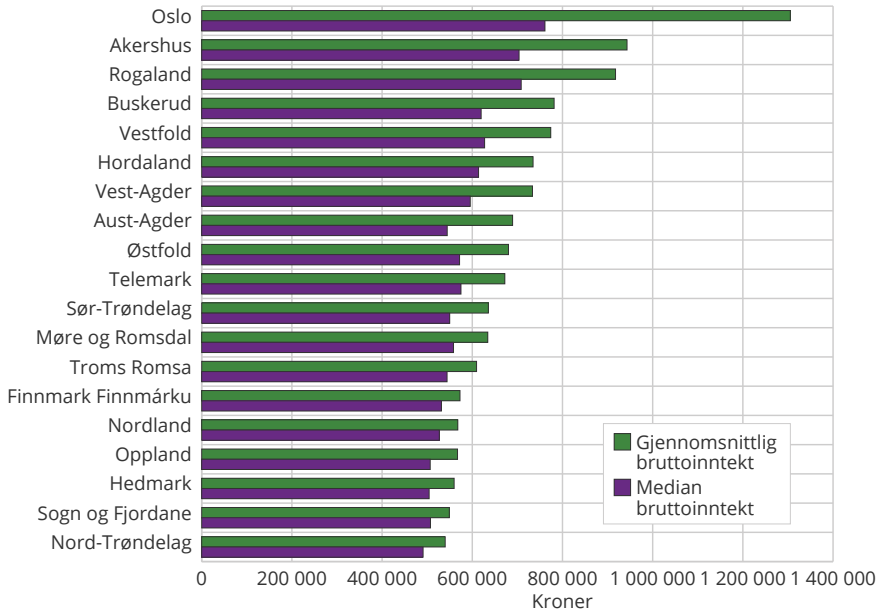
... men også for allmuen

Det er heldigvis rikelig med muligheter til å gå på rypejakt for dem som ønsker det. Både privatpersoner og Staten selger jaktkort til noen hundrelapper dagen. Statistikken viser at en stor andel av jegerne har nokså gjennomsnittlige inntekter. Halvparten av norske rypejegere som jaktet i 2014/2015, hadde en bruttoinntekt på under 571 000 kroner. For et flertall av fylkene var gjennomsnittsinntekta til rypejegerne i størrelsesorden 500 000-600 000 kroner.

Urbane storviltjegere på inntektstoppen

Det er ikke bare rypejakta som tiltrekker seg urbane jegere med god inntekt. Også blant storviltjegerne som jaktet elg, hjort og villrein, var det jegere fra Oslo som hadde høyest bruttoinntekt. I gjennomsnitt hadde storviltjegere fra Oslo en bruttoinntekt på 1,4 millioner kroner i 2014. Men også her er det noen med svært god inntekt som drar gjennomsnittet oppover.

Figur 5. Gjennomsnittlig bruttoinntekt og median bruttoinntekt for rypejegere fordelt på bostedfylke. 2014



Kilde: Skattestatistikk for personer, Statistisk sentralbyrå.

Få kvinner jakter rovvilt

Nesten bare menn forsøkte å overliste ett av de fire store rovdyrene våre i jaktåret 2015/2016. Bare knapt 4 prosent av jegerne som deltok på lisensfelling av bjørn, ulv eller jerv eller kvotejakt på gaupe, var en kvinne. Dette er en vesentlig lavere andel enn for annen jakt.

Av de fire store rovdyrene er det bare på gaupe det er åpnet for kvotejakt.

I jaktåret 2014/2015 deltok knapt 2 900 personer i denne jakta, og det ble til sammen skutt 70 gauper, se figur 6.

Det er ikke ordinær jakt på ulv, jerv og bjørn, men det er mulig å registrere seg som lisensjeger for å kunne delta på lisensfelling. Lisensfelling er felling av et visst antall rovdyr for å hindre tap og skade på husdyr. I alt hadde 15 800 personer registrert seg som lisensjeger for en eller flere av disse tre rovdyrene i 2015. Til sammen 6 200 personer deltok under lisensfellingen dette året. Så selv om interessen for å delta på jakt etter de store rovdyrene er stor, er det få som får kjenne på følelsen av å ha overlistet ett av disse dyrene.

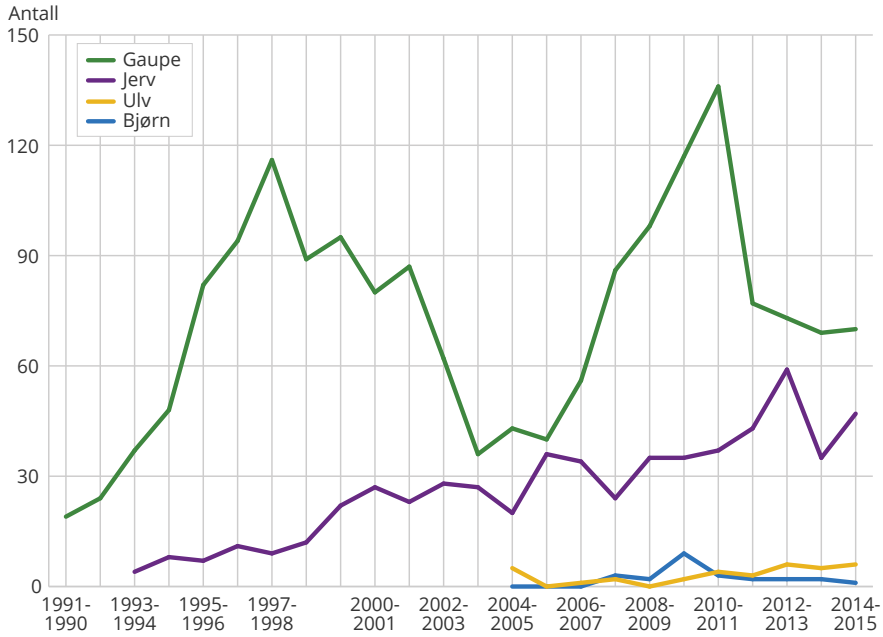
Jegere eier brorparten av landets sivile våpen

I Norge er det ikke tradisjon for å skaffe seg skytevåpen til personlig beskyttelse, og det gis heller ikke tillatelse til å erverve seg våpen med den begrunnelsen. Besittelse av personlig våpen har vært knyttet opp mot et konkret behov som jakt, øvelses- og konkurranseskyting, våpensamling eller affeksjon. Tall fra Politidirektoratet fra 2011 viste at vi har 1 239 000 registrerte private skytevåpen i Norge, fordelt på 486 082 våpeneiere (NOU 2011:19, 2011). Politidirektoratet anslår at det i tillegg finnes omkring en halv million uregistrerte våpen. Før 1990 var det ikke krav om å registrere hagler, og mange av de uregistrerte våpnene er eldre hagler. Når vi vet at nesten 500 000 personer står oppført i Jegerregisteret, er det derfor nærliggende å trekke den slutningen at jegere eier en stor andel av de våpnene som finnes i privat eie. Sammenliknet med andre land er Norge på 11. plass på listen over land med flest skytevåpen per innbygger (Helgheim 2012).

Hva kjennetegner jegere i dag?

Det viser seg altså at jaktinteressen ofte går i arv, og at mange jegere fremdeles har tilknytning til landbrukseiendommene våre. Jegerne tjener litt mer enn gjennomsnittet i befolkningen; rypejegerne og de urbane storviltjegerne tjener mest. Det er flest jegere i mannsdominerte yrker. Likevel finner vi jegere i de fleste yrker og med både høy og lav inntekt. Kvinneandelen er økende, det samme er gjennomsnittsalderen. Og selv om det har blitt mindre rype og annet vilt de senere årene, holder antall aktive jegere seg nokså stabilt.

Figur 6. Store rovdyr skutt under lisensfelling og kvotejakt



Kilde: Jaktstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Datagrunnlag

Opplysninger fra Jegerregisteret og statistikk om jegere som har deltatt på jakt i jaktåret 2014/2015 er koblet sammen med opplysninger fra totalpopulasjonen for landbrukseiendommer. Vi har også koblet til data fra sysselsettingsstatistikken med tanke på hvilken hovednæring jegerne er sysselsatt i og hvilket yrke de har. Opplysninger om familierelasjoner er basert på data fra det sentrale folkeregisteret. Inntektsopplysninger fra skattestatistikken for personer fra 2014 er koblet sammen med opplysninger om jegerne som har deltatt på jakt i jaktåret 2014/15.

Ordforklaringer

Nær familie: Søsken, foreldre, barn og ektefelle.

Kvotejakt er en ordinær jakt på et bestemt antall individer av en viltart med hjemmel i naturmangfoldloven, og det er offentlige myndigheter som fastsetter kvoten. Gaupe er den eneste av rovviltartene det er åpnet for kvotejakt på.

Jaktår: Jaktåret varer fra 1. april til 31. mars året etter.

Lisensfelling er en skademotivert felling av et bestemt antall individer av en viltart, med hjemmel i naturmangfoldloven § 18, punkt b. Lisensfelling brukes til å holde bestanden av rovvilt innenfor fastsatte mål.

Landbrukseiendom: Eiendom som har minst 5 dekar jordbruksareal og/eller 25 dekar produktivt skogareal.

Litteraturliste

FACE. (2010). Hunters in Europe. Hentet fra http://face.eu/sites/default/files/attachments/data_hunters-region_sept_2010.pdf

Helgheim, P.S. (2012, 25.12). Norge høyt oppe på liste over antall våpen per innbygger. Hentet fra http://www.nrk.no/hordaland/fa-har-flere-vapen-enn-nordmenn-1.10852686

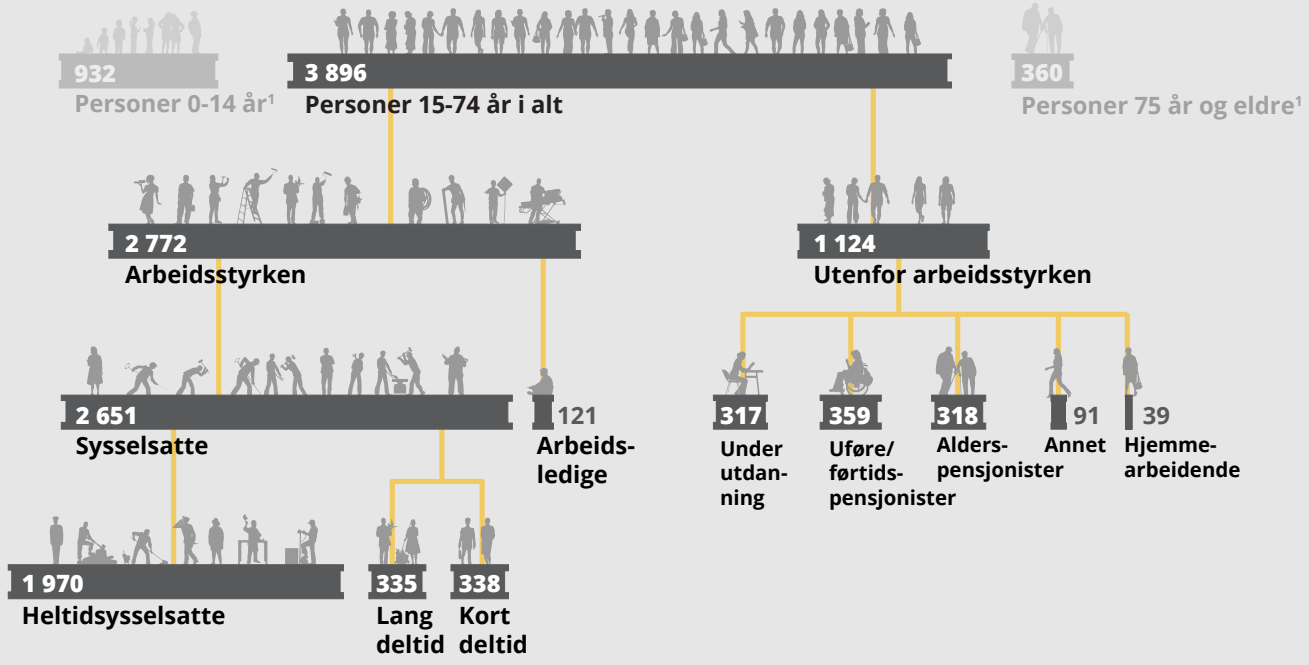
Miljøstatus. (2016). *Jaktrettighetene tilhører grunneieren.* Hentet fra http://www.miljostatus.no/Tema/Friluftsliv/Jakt/

NOU 2011:19. (2011) *Ny våpenlov – Gjennomgang av gjeldende våpenlovgivning og forslag til ny våpenlov.* Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.

Statistisk sentralbyrå (2014): *Skattestatistikk for personer 2014.* Hentet fra https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/statistikker/selvangivelse/aar

Befolkningens tilknytning til arbeidsmarkedet (AKU). 2015

Alle tall i 1 000 personer



Statistisk sentralbyrå
Statistics Norway

www.ssb.no/aku
¹Tall per 1. januar 2015. www.ssb.no/folkemengde
Ikoner: colourbox.com

- **Sju av ti i arbeidsstyrken.** Arbeidsstyrken er summen av de sysselsatte og de arbeidsledige, og utgjorde 71 prosent av befolkningen i alderen 15-74 år i 2015. I den mest yrkesaktive fasen av livet, mellom 30 og 55 år, inngår rundt 90 prosent av mennene og 85 prosent av kvinnene i arbeidsstyrken. Blant de yngste (15-19 år) var 40 prosent i arbeidsstyrken, men flertallet av disse hadde utdanning som hovedaktivitet. I alderen 55-66 år var 73 prosent av mennene og 64 prosent av kvinnene yrkesaktive. Blant de eldste (67-74 år) var det bare 13 prosent som var yrkesaktive.

- **Fallende sysselsetting og økende ledighet.** Siden 2008 har andelen sysselsatte gått ned for både kvinner og menn med rundt 4 prosentpoeng. Samtidig er det blitt stadig flere arbeidsledige, fra 2,6 prosent av arbeidsstyrken i 2008 til 4,4 prosent i 2015 (årsgjennomsnitt).

- **Hver fjerde jobber deltid.** De siste 20 årene har andelen som arbeider deltid holdt seg stabilt på rundt 25 prosent. I samme periode har andelen menn som arbeider deltid økt fra 10 til 15 prosent, mens den for kvinner har gått ned fra 46 til 37 prosent.

- **Ønsker å jobbe mer.** Mer enn hver tiende person som var deltidssysselsatt i 2015 var undersysselsatt. Det vil si at de har forsøkt å få lengre avtalt arbeidstid. Den tiden disse 21 000 mennene og 50 000 kvinnene ønsket å arbeide ekstra tilsvarte 26 000 heltidsjobber.

- **Ulike yrkesvalg.** Menn dominerer fullstendig i yrker som håndverkere, ingeniører, transportarbeidere og IKT-rådgivere, mens kvinner dominerer i yrker som sykepleiere, helsefagarbeidere, lærere og kontormedarbeidere. For noen yrker har det skjedd store endringer i kjønnsbalansen de siste tiårene, ett eksempel er leger. Av 21 000 leger i 2015 var 9 000 kvinner og 12 000 menn.

- **Ledere i offentlig og privat sektor.** Langt flere menn enn kvinner er ledere i privat sektor. I offentlig forvaltning derimot, er det flere kvinner enn menn i lederyrkene.

Drosjenæringa

Færre drosjekundar gjev høgare prisar

Færre tek drosje, og difor må eigarar og sjåførar dela ein minkande marknad. Normalt vil lågare etterspurnad redusera tilbodet, men drosjenæringa har auka prisane tre gonger meir enn den generelle prisstigninga, slik at omsetninga er stabil. Reguleringa av drosjetransport gjer denne paradoksale utviklinga mogleg.

65 %
høgare drosjetakstar siste tiåret

Drosjenæringa er regulert av Samferdselsdepartementet, fylkeskommunane og Konkurransetilsynet. Alle som eig og driv ein drosjebil, må ha løyve. Det er ulovleg å kjøpa drosjetransport av andre enn drosjer med løyve. Dei som har drosjeløyve, er vanlegvis organisert i drosjesentralar som har bestillingssystem og vaktordningar og koordinerer drosjene. Denne artikkelen presenterer konsekvensar av reguleringa for prisar, etterspurnad, tilbod og typiske trekk ved dei sysselsette i næringa.

Drosjetakstane auka nesten tre gonger meir enn generell prisvekst

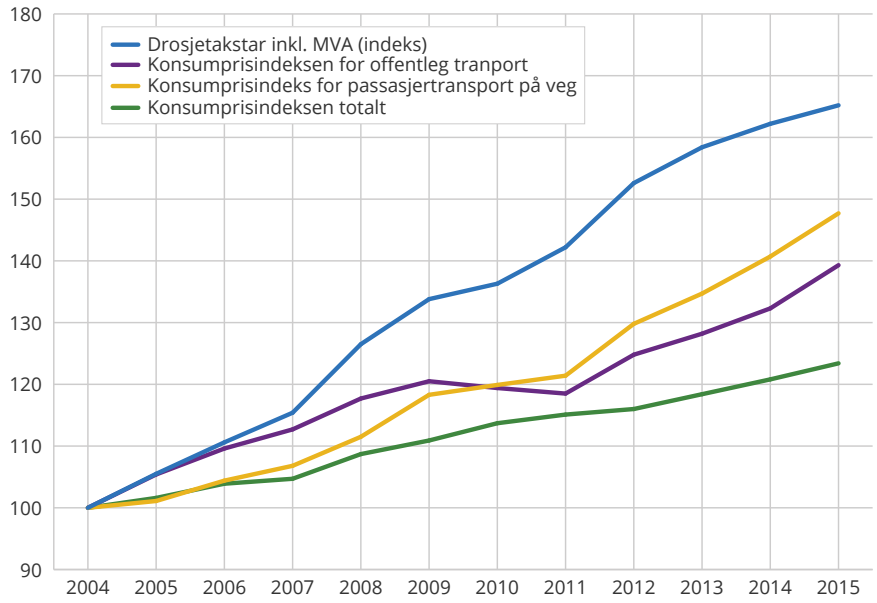
Sidan den svake veksten til konsumprisindeksen totalt heng saman med billegare importvarer, er ikkje denne indeksen ein ideell målestokk, men delindeksane for offentleg transport og passasjertransport på veg gjev meir relevante samanlikningar.

Frå 2004 til 2015 auka:

- konsumprisindeksen totalt rundt 25 prosent
- konsumprisindeksen for offentleg transport knapt 40 prosent
- konsumprisindeksen for passasjertransport på veg (inkluderer både drosje og buss) knapt 50 prosent
- drosjetakstane vel 65 prosent

Drosjetakstane auka altså nesten tre gonger meir enn den generelle prisutviklinga (figur 1).

Figur 1. Drosjetakstar, konsumprisindeksen for offentleg transport, passasjertransport på veg og totalt, landet i alt



Kjelde: Konsumprisindeksen, Statistisk sentralbyrå. Drosjetakstar inkl. MVA (indeks), Norges Taxiforbund.

I Europa
I Europa skil Nederland, Sverige og Irland seg ut med deregulerte drosjenæringar, medan Noreg og dei fleste andre land har ulike former for behovsprøving og prisregulering.

Løyveordninga er eit viktig reguleringsverkty
Næringsdrivande med løyve, heretter kalla løyvehavarar, er stort sett registrert som enkeltpersonføretak. Vanlegvis blir maksimalt eitt drosjeløyve tildelt per enkeltpersonføretak. Løyvet er knytt til ein enkelt bil, men det er høve til å tilsetja sjåførar. Løyvehavaren skal ha drosjeverksemd som hovudinntektskjelde. Bilen til løyvehavaren må vera i drift på bestemte tidspunkt. Fylkeskommunen delar ut drosjeløyve etter ei vurdering av behovet for drosjeløyve i det aktuelle distriktet. Målsetjinga er å sikra kundane tilstrekkeleg drosjetilbod og løyvehavarane tilstrekkeleg inntektsgrunnlag.

Konsumprisindeksen (KPI) viser prisutviklinga på varer og tenester som private hushald etterspør. Den prosentvise endringa i KPI brukast ofte som eit generelt mål for inflasjon i økonomien.

Geir Martin Pilskog
er historikar og senior statistikkrådgjevar i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for transport, reiselivs- og IKT-statistikk.
(Geir.Pilskog@ssb.no)

Tal for Oslo og Akershus slått saman
Oslo og Akershus har vore eitt felles køyreområde sidan 1998. Det tyder blant anna at drosjene kan ta med passasjerar utanfor eige løyvedistrikt/fylke og avlevera i same løyvedistriktet/fylket. I denne artikkelen blir tal for Oslo og Akershus presentert samla.

Konkurransetilsynet vil deregulera drosjenæringa

I 2015 konkluderte Konkurransetilsynet med at eksisterande regulering av pris, etablering og aktivitet hindra effektiv konkurranse og produktivitetsvekst i drosjenæringa. Det føreslegne botemiddelet var oppheving av priskontroll, behovsprøving og kravet om drosjekøyring som hovudyrke. Offentlege innkjøp av drosjetransport skulle motverka eventuelle bortfall av drosjetilbod i distrikta. Tilsynet hevda dessutan at rammevilkåra som galdt, ikkje var tilpassa dagens digitale røyndom. I følgje Konkurransetilsynet burde regulering av drosjenæringa leggja til rette for nye forretningsmodellar og innovasjonar.

I dag finst det føretak som gjev høve til å tinga drosjeturar via smarttelefonar. Desse føretaka avgjer prisar, rekrutterer sjåførar og formidlar oppdrag i byte mot ein del av omsetninga. Forretningsmodellen trugar eksisterande regulering av drosjenæringa, men i Noreg har denne typen drosjeverksemd førebels liten omsetning.

Drosjesentralane konkurrerer ikkje på pris

Til saman står dei to fylka Oslo og Akershus for knapt 40 prosent av aktiviteten i drosjenæringa. Den store økonomiske innverknaden gjer utviklinga deira interessant. Nordland og Oppland utgjer langt mindre av total aktivitet, men er representative for næringa i distrikta. Nordland og Oppland er fullstendig underlagde maksimalprisregulering, medan drosjesentralane i Oslo/Akershus styrer eigne takstar.

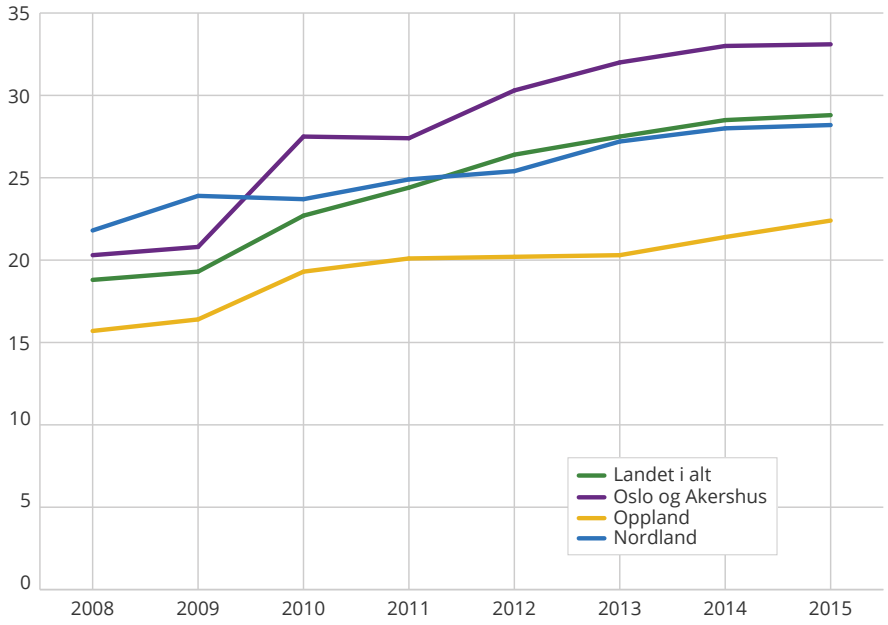
Nominell pris er beløpet du betalar for ei vare eller teneste. Ein sjokolade kosta til dømes ei krone i 1960. Dette var den nominelle prisen for ein sjokolade i 1960. I 2015 kosta ein sjokolade til dømes 25 kroner. Dette var den nominelle prisen for ein sjokolade i 2015. Den nominelle prisauka var 2400 prosent, men sjokoladen var ikkje 2400 prosent dyrare i 2015 enn i 1960, av di kroneverdien samstundes har minka pga. inflasjon.

Drosjesentralane i Oslo/Akershus avgjer sjølv prisane, men det er lite som tyder på at drosjesentralar set ned prisane for å trekkja til seg kundar frå konkurrentar. Oppland og Nordland, med maksimalprisregulering, har lågare prisvekst enn Oslo/Akershus utan maksimalprisregulering. Omsetning delt på kilometer køyrt med passasjer viser gjennomsnittsprisen per kilometer (figur 2). Utrekninga tek korkje omsyn til når på døgnet turen er utført eller omfanget av kontraktskøyring for det offentlege eller for andre oppdragsgjevarar. For landet i alt, det vil seia inkludert alle 19 fylke, var den nominelle prisauken per kilometer vel 50 prosent frå 2008 til 2015.

Kva for kommunar har ikkje prisregulering?
Fram til 2000 var enkeltreiser i heile drosjemarknaden underlagt prisregulering. Etter 2000 har Konkurransetilsynet fjerna fleire regionar frå maksimalprisreguleringa. Målsetjinga har vore å leggja til rette for konkurranse i drosjemarknaden i område med eit tilstrekkeleg stort kundegrunnlag. I 2015 stod drosjesentralane i fylka og kommunane på lista under fritt til å setja eigne takstar:

- Østfold (Moss, Rygge, Råde, Fredrikstad, Sarpsborg)
- Akershus
- Oslo
- Buskerud (Drammen, Lier, Nedre Eiker, Røyken, Hurum, Kongsberg, Øvre Eiker, Modum)
- Vest-Agder (Kristiansand, Søgne, Songdalen, Vennesla)
- Rogaland (Stavanger, Randaberg, Sola, Sandnes, Haugesund, Karmøy)
- Hordaland (Bergen, Askøy, Fjell, Sund)
- Sør-Trøndelag (Trondheim)

Figur 2. Pris per kilometer køyrt med passasjer (kr/km), landet i alt og utvalde fylke

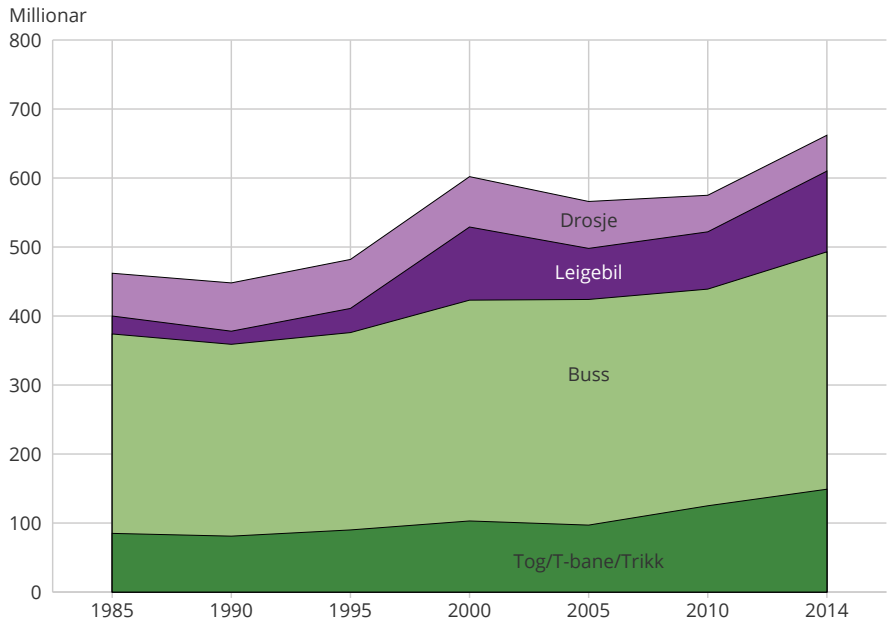


Kjelde: Drosjetransport, Statistisk sentralbyrå.

Færre tek drosje

I 2014 stod personbilen for om lag 80 prosent av alle reiser, slik han har gjort dei siste 30 åra. Frå 1985 til 2014 steig likevel bruken av kollektivtransport, transportformer som er tilgjengelege for alle, i absolutte tal. I perioden auka den samla bruken av dei fire typane kollektivtransport; tog/T-bane/trikk, buss, leigebil og drosje over 40 prosent (figur 3). Men drosje skil seg ut med ein nedgang i passasjertalet. Mellom 1985 og 2014, ein periode med stor befolkningsauke, minka talet på drosjepassasjerar rundt 15 prosent frå 62 til 52 millionar. Av di dei auka tilbodet sitt og leverte akseptabel kvalitet til ein lågare pris enn drosjetransport, klarte andre former for kollektivtransport delvis å fortrengja drosjene.

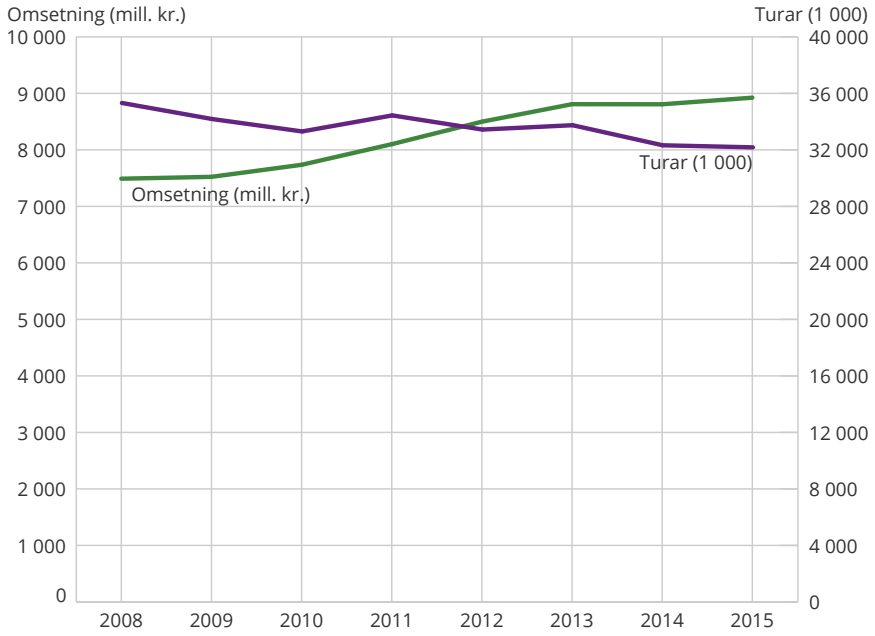
Figur 3. Ulike kollektivtilbod[1], passasjerar



[1] Estimerte tal for buss 2000-2010.
Kjelde: Innenlandske transportytelser, Statistisk sentralbyrå.

Talet på drosjeturar gjekk ned knapt 10 prosent mellom 2008 og 2015, men med høgare prisar auka omsetninga per tur. Difor voks omsetninga for næringa i den same perioden knapt 20 prosent (figur 4). Sjølv om drosjenæringa køyrde færre turar, utførte drosjer framleis viktige oppgåver i kollektivtransporten. Pasientturar og skuleskyss utgjer kvar rundt 10 prosent av alle drosjeturar. Eit overslag tyder såleis på at tenesteyting for det offentlege totalt utgjer minst 20 prosent av turane til drosjenæringa.

Figur 4. Omsetning og drosjeturar, landet i alt



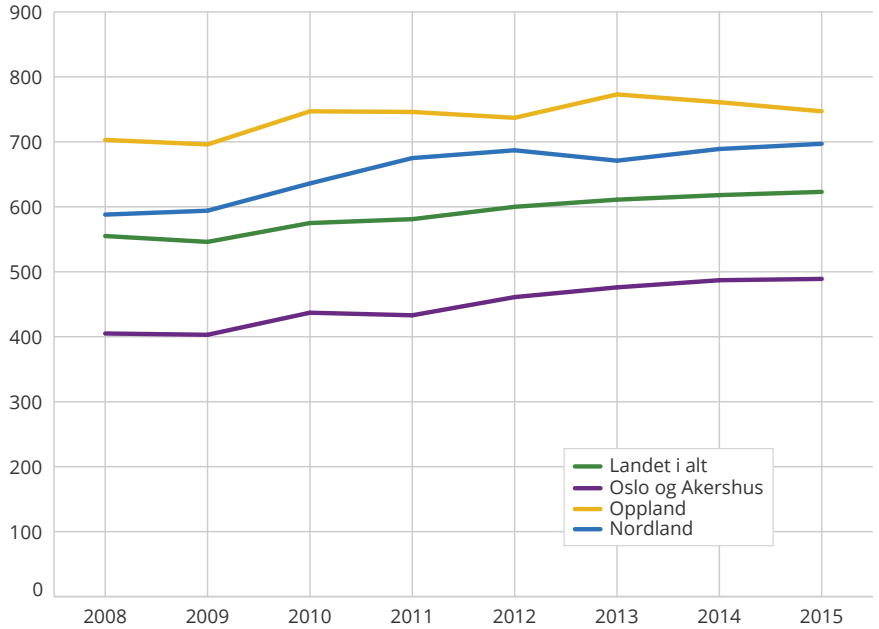
Kjelde: Drosjetransport, Statistisk sentralbyrå.

Redusert effektivitet

Frå 2008 til 2015 blei mengda drosjeløyve redusert med 3 prosent. I same perioden auka folketalet med 9 prosent, slik at marknadsgrunnlaget, eller mengda personar per løyve, steig med 12 prosent på landsbasis. Det var likevel regionale skilnader. I Oslo/Akershus og Nordland voks mengda personar

per løyve om lag 20 prosent, medan marknaden for kvart løyve steig 6 prosent i Oppland. I 2015 låg landsgjennomsnittet på vel 600 innbyggjarar per løyve. Oslo/Akershus hadde færre innbyggjarar per løyve enn snittet, og Oppland og Nordland hadde fleire (figur 5).

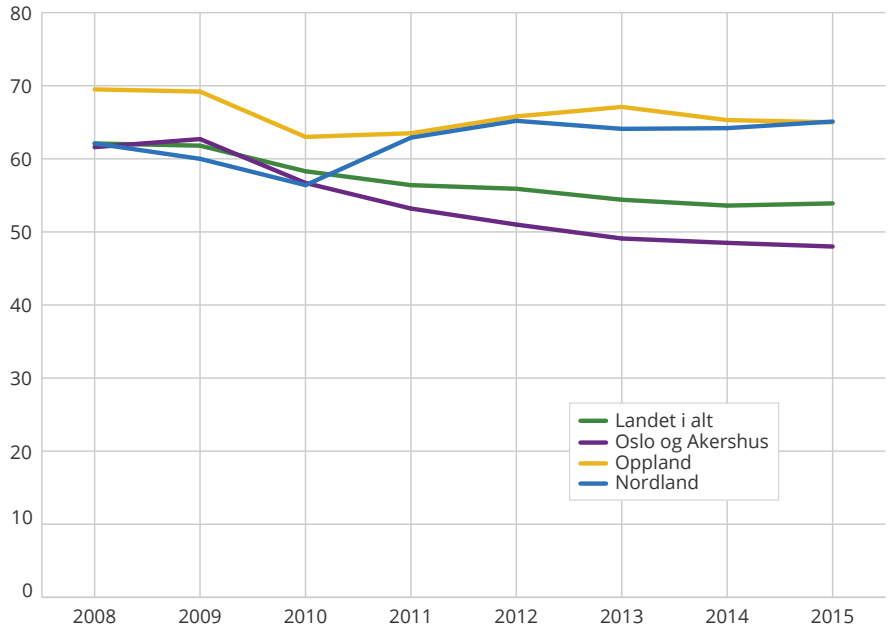
Figur 5. Innbyggjarar per løyve, landet i alt og utvalde fylke



Kjelde: Folkemengde og befolkningsendringar, Statistisk sentralbyrå. Kjelde for løyver: Transportloyve.no

Sjølv om ein større marknad for kvart drosjeløyve burde gje auka effektivitet, i tydinga mindre tomkøyring og venting på passasjerar, viser tala motsett utvikling: I perioden 2008-2015 minka mengda kilometer køyrt med passasjer i drosjenæringa. I 2015 blei 54 prosent av kilometerane tilbakelagde med passasjerar i bilen, mot 62 prosent i 2008. Same året hadde drosjene i Oppland og Nordland ein høgare del køyring med passasjer i bilen enn gjennomsnittet, 65 prosent. Drosjene i Oslo/Akershus trekte snittet ned med 48 prosent av total mengde køyrde kilometer med passasjer (figur 6).

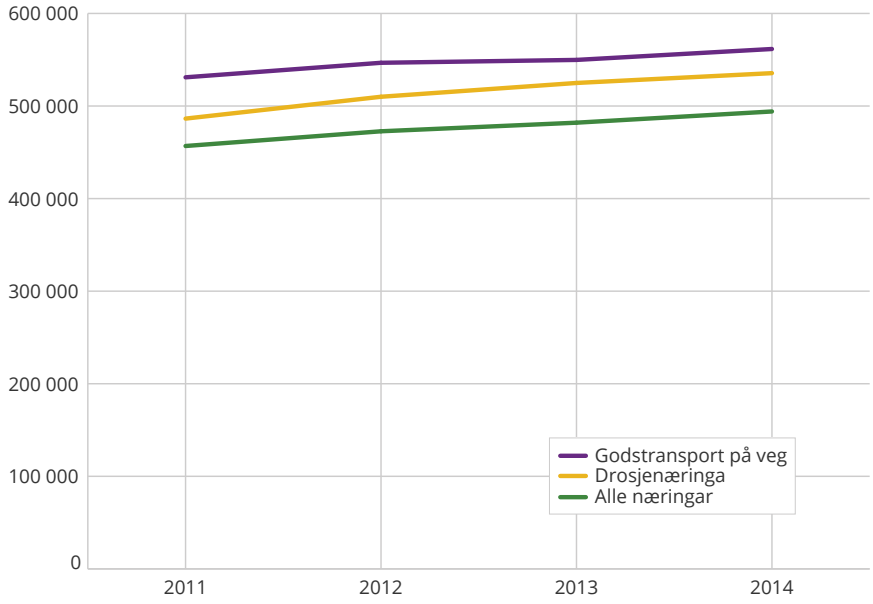
Figur 6. Delen køyrde kilometer med passasjer i bilen, landet i alt og utvalde fylke



Kjelde: Drosjetransport, Statistisk sentralbyrå.

I 2014 utgjorde driftsresultatet til enkeltpersonføretak i drosjenæringa gjennomsnittleg 536 000 kroner. Tilsvarande tal var 494 000 for enkeltpersonføretak i alle næringar samla. Innanfor godstransport på veg var gjennomsnittet til samanlikning 562 000. I perioden 2011-2014 auka driftsresultatet til enkeltpersonføretak i drosjenæringa meir enn snittet. Driftsresultatet i drosjenæringa voks 10 prosent, medan resultata for godstransport på veg og næringslivet totalt auka med høvesvis 6 og 8 prosent (figur 7).

Figur 7. Driftsresultat, personleg næringsdrivande i drosjenæringa, i godstransport på veg og i alle næringar



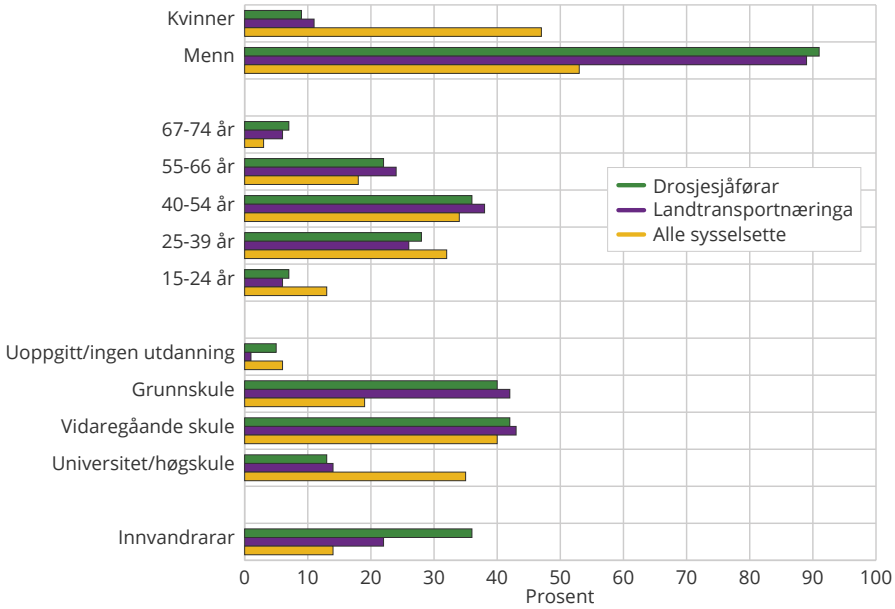
Kjelde: Inntekt, personlig næringsdrivende, Statistisk sentralbyrå.

Menn i førtiåra med kort utdanning

Løyvehavarar saman med tilsette sjåførar, utgjer den samla mengda drosjesjåførar. Løyvehavaren tilset sjåførar til å køyra drosja på tidspunkta han/ho sjølv har fri. Medan det fanst rundt 8 500 løyvehavarar, var det i 2014 registrert knapt 13 000 med yrket drosjesjåfør som viktigaste sysselsetting.

Drosjenæringa sysselsette færre kvinner enn dei fleste andre næringar, men kjønnsfordelinga til sjåførar og eigarar var typisk for dei om lag 65 000 sysselsette innanfor landtransport. Kvar tiande drosjesjåfør var kvinne, mot knapt halvparten av alle sysselsette i arbeidslivet samla. I næringa landtransport, som drosjenæringa høyrer til, var også kvar tiande sysselsette kvinne (figur 8).

Figur 8. Drosjesjåførar, alle sysselsette i landtransportnæringa og alle sysselsette i 2014, etter kjønn, alder, utdanning og innvandringsbakgrunn



Kjelde: Registerbasert sysselsettingsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Drosjesjåførane er eldre enn andre i arbeidslivet sett under eitt, men om lag like gamle som sine kollegaer i landtransportnæringa. 28 prosent av drosjesjåførane var mellom 25 og 39 år og 22 prosent i alderen 55 til 66 år. Fire av ti drosjesjåførar hadde grunnskule som høgaste fullførte utdanning. I arbeidslivet samla hadde to av ti grunnskule som høgaste avslutta utdanningsnivå.

Drosjenæringa sysselsette fleire innvandrarar enn den samla landtransportnæringa og arbeidslivet totalt. Meir enn kvar tredje drosjesjåfør er innvandrar, mot vel 20 prosent av alle sysselsette i landtransportnæringa og 14 prosent i arbeidslivet samla. Det er flest drosjesjåførar med innvandrarbakgrunn i Oslo og Akershus. I desse to fylka sett under eitt var delen innvandrarar 65 prosent. Største landa blant innvandrarane var Pakistan og Somalia med høvesvis 34 og 13 prosent av alle sysselsette i næringa.

Driftsresultatet er driftsinntektene minus driftskostnadene.

Referansar

Statistisk sentralbyrå. (2015). Drosjetransport. Henta frå http://www.ssb.no/drosje

Statistisk sentralbyrå. (2015). Samferdsel i kommuner og fylkeskommuner. Henta frå http://www.ssb.no/samf_kostra

Helseforetakenes senter for pasientreiser. (2016). *Fakta om pasientreiser.* Henta frå https://pasientreiser.no/om-pasientreiser/fakta-om-pasientreiser

Longva, F., Osland, O., & Leiren, M. D. (2010). *Omregulering i drosjemarkedet – hvilke alternativer finnes og hva blir konsekvensene?* (TØI rapport 1054/2010). Henta frå https://www.toi.no/getfile.php?mmfileid=14053

Konkurransetilsynet. (2015). *Et drosjemarked for fremtiden* (Rapport). Henta frå http://www.konkurransetilsynet.no/globalassets/filer/publikasjoner/rapporter/rapport_drosjemarked-for-fremtiden.pdf

Forbrukerrådet. (2013). *Taxiutredning: Høring om taximarkedet på konkurranseutsatte steder i Norge 2013.* Henta frå http://www.forbrukerradet.no/wp-content/uploads/2015/10/Taxiutredning.pdf

Berthelsen, J. (2015). *Kommentarer til Konkurransetilsynets rapport «Et drosjemarked for fremtiden».* Henta frå http://www.taxiforbundet.no/sfiles/65/14/2/file/kommkonktilsyn15.pdf

Fjose, S., Grünfeld, L. A., & Halsos, O. S. (2011). *Behovsanalyse av antall drosjeløyver i Oslo og Akershus* (MENON-publikasjon 15/2011). Henta frå http://www.taxiforbundet.no/sfiles/26/30/2/file/behovsanalyse-drosjer-i-oslo-og-akershus.pdf

Yrkestransportlova. (2002). *Lov om yrkestransport med motorvogn og fartøy.* Henta frå https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2002-06-21-45

Yrkestransportforskriften. (2003). *Forskrift om yrkestransport med motorvogn og fartøy.* Henta frå https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-03-26-401

Negård, B. -E. (2016, 16.02.). Skoleskyss tilbake til Hedmark Taxi. *Glåmdalen.* Henta frå http://www.glomdalen.no/skolebuss/taxi/hedmark-fylkeskommune/skoleskyss-tilbake-til-hedmark-taxi/s/5-19-159677

Sund, I. B., & Yset, S. S. (2015, 19.11.). Uber feirer ett år i Norge: – Godt over 10 000 kunder. Henta frå http://www.nrk.no/norge/uber-feirer-ett-ar-i-norge_-_-godt-over-10-000-kunder-1.12662044

Tobiassen, M., & Johannessen, S. Ø. (2016, 17.03.). Uber-frifinnelse opphevet. *Dagens Næringsliv.* Henta frå http://www.dn.no/grunder/2016/03/17/1618/Uber/uberfrifinnelse-opphevet

Efrati, A. (2016, 11.01.). Uber's Losses Grow, But So Do Its Profit Projections. *The Information.* Henta frå https://www.theinformation.com/ubers-losses-grow-but-so-do-its-profit-projections?shared=4d2098

Uber (company). (2016). *Wikipedia.* Henta frå https://en.wikipedia.org/wiki/Uber_(company)

Beleggsprosent og korridorpasienter ved somatiske sykehus

Fulle sykehus = korridorpasienter?

140

korridorpasienter på norske sykehus et gjennomsnittsdøgn

Mange sykehus har få ledige senger. Ved stor pågang kan det hende at pasienter må ligge i reservesenger på gangen. Om lag 14 av 1 000 sykehusovernattinger foregikk på gangen i 2015. Akershus universitetssykehus (Ahus) i Lørenskog og Helse Stavanger har færrest ledige senger og flest korridorpasienter i landet. På St. Olavs Hospital i Trondheim og Diakonhjemmet i Oslo er det også få ledige senger, men her ligger nesten ingen pasienter i korridorene.

Sykehusene vil alltid ha noe ledig kapasitet i form av ledige senger gjennom året fordi antall pasienter varierer fra dag til dag. Sykehusene skal ha plass til å ta i mot pasienter på dager med stor pågang, og dermed blir noen senger stående tomme på dager med normal pågang. Hvor mange ledige senger sykehusene har, varierer derimot ganske mye fra ett sykehus til et annet.

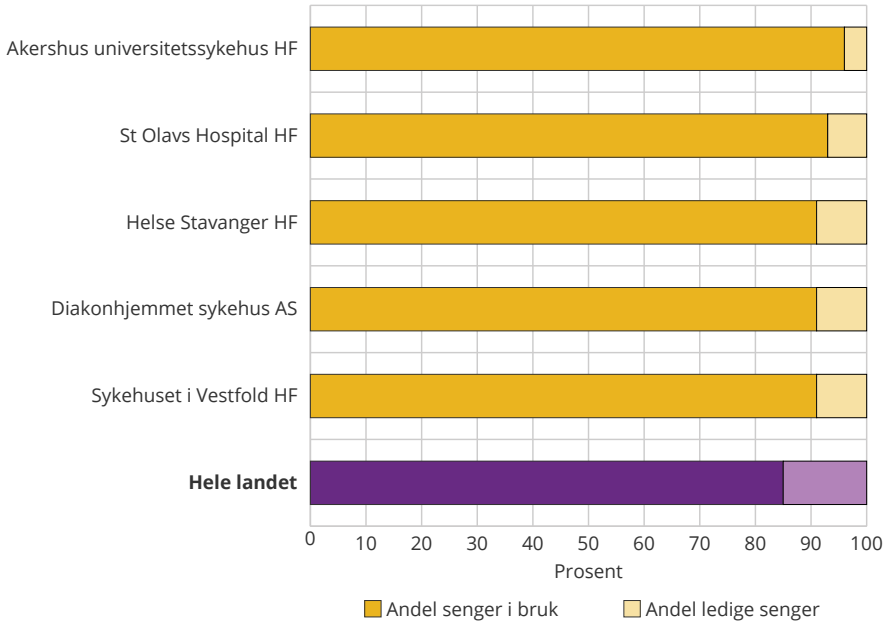
Færrest ledige senger på Ahus

På landsbasis er i gjennomsnitt 85 av 100 senger i bruk hver dag. Ved fem sykehus er mer enn 90 av 100 senger i bruk på en gjennomsnittsdag. Ved Ahus og St. Olavs Hospital er det færrest ledige senger, men det er også få ledige senger ved Helse Stavanger, Diakonhjemmet og Sykehuset i Vestfold.

Korridorsenger påvirker behandling og diskresjon

Når avdelinger er fulle, kan sykehusene sette inn ekstra senger. En konsekvens av å bli innlagt på en allerede full sykehusavdeling uten ledige senger kan være at pasienten blir plassert på korridoren. Av og til benyttes også andre rom, som egentlig er ment for annet bruk, som for eksempel bad og dagligstuer. Pasienter som ligger i korridorer eller andre rom, omtales ofte som «korridorpasienter». Plassering utenom sykeværelsene skaper uro for pasienten, hindrer god behandling, og det kan være vanskelig for de ansatte å ivareta taushetsplikten (helsenorge.no 2016).

Figur 1. Hvor brukes sengene mest? 2015



Kilde: Statistikk for spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

Hvordan måler SSB ledig kapasitet?

Kapasitetsmålet i denne artikkelen gjelder pasienter med heldøgnsopphold, altså pasienter som overnatter på sykehuset.

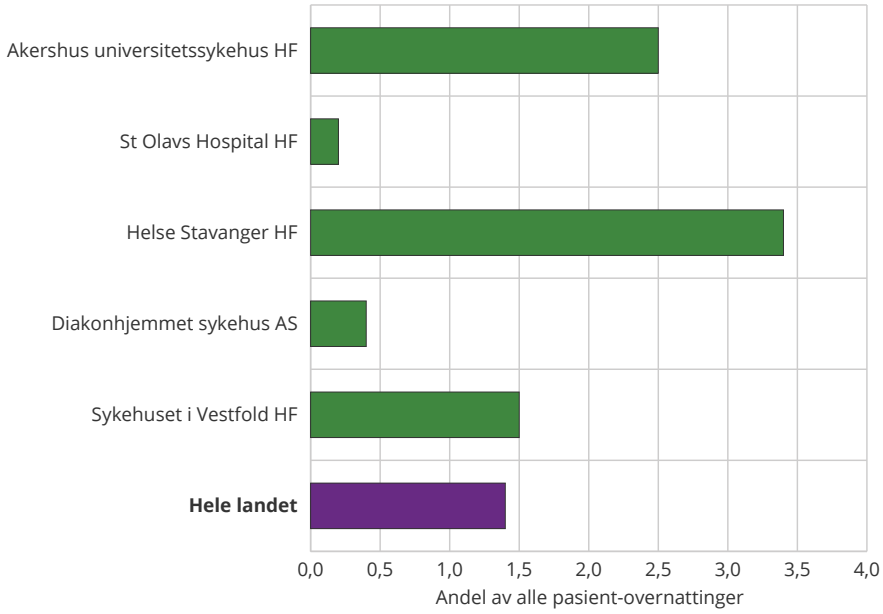
SSB bruker beleggsprosenten til å si noe om hvor mye ledig kapasitet i form av ledige senger det er ved sykehusene. Beleggsprosenten viser andelen senger som er i bruk i gjennomsnitt per dag. Den beregnes med følgende formel: liggedager/sengedøgn.

Liggedager er antall hele døgn en døgnpasient disponerer sengen.

Sengedøgn er det maksimale antall mulige liggedager ved ordinær drift. Det er tatt hensyn til redusert kapasitet i ferier og helger.

Ingrid Myrset Hatlebakk
er førstekonsulent
i Statistisk sentralbyrå,
Seksjon for helsestatistikk.
(ingrid.hatlebakk@ssb.no)

Figur 2. Andelen korridorpasienter på sykehusene med minst ledig kapasitet. 2015



Kilde: Kvalitetsindikatorer for sykehusopphold, helsenorge.no

Ingen klar sammenheng mellom ledige senger og korridorpasienter…

Det er en del pasienter som opplever å bli plassert i korridor. En gjennomsnittlig natt i 2015 var det nesten 140 pasienter som overnattet i korridorer på norske sykehus. Det er kanskje grunn til å tro at mange av disse pasientene var innlagt på ett av sykehusene som i utgangspunktet har færrest ledige senger. Men ser vi på de fem sykehusene med færrest ledige senger, finner vi store forskjeller i antallet korridorpasienter. Sykehuset i Vestfold ligger omtrent på landsgjennomsnittet, med 15 av 1 000 overnattinger i korridor. Ahus og Helse Stavanger er blant sykehusene i landet med flest korridorpasienter, mens St. Olavs Hospital og Diakonhjemmet nesten ikke har noen korridorpasienter.

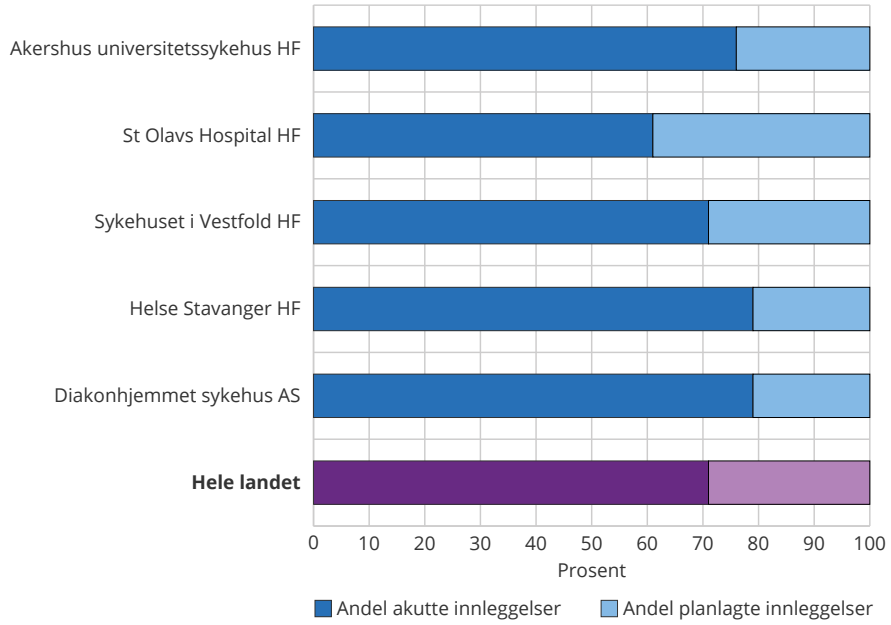
SSBs tall for kapasitetsutnyttelsen (beleggsprosent) gir gjennomsnittstall for hele sykehuset. Tallene kan brukes til å si noe om hvor mye eller lite ledig kapasitet det er på sykehusene totalt, men ikke hvor ofte enkeltavdelinger er fulle. Sykehus med noen ledige senger totalt kan ha noen korridorpasienter fordi enkelte avdelinger er helt fulle. Tilsvarende kan et nesten fullt sykehus være uten korridorpasienter fordi ingen avdelinger er helt fulle og uten ledige senger. Allikevel forventer vi at det er en viss sammenheng mellom hvor lite ledig kapasitet det er ved sykehuset og hvor ofte avdelinger er fulle. Det er sannsynlig at sykehusene med minst ledig kapasitet også opplever flere dager med fulle avdelinger uten ledige senger i løpet av året.

…ei heller mellom akutte innleggelser og sykehusenes bruk av korridorer

På landsbasis skjer om lag to av tre av innleggelsene på grunn av akutt sykdom og skade (Helsedirektoratet 2016). Jo flere av innleggelsene som skjer akutt, dess vanskeligere er det å anslå hvor mange pasienter som vil trenge behandling på en bestemt dag. Når sykehuset har få ledige senger, er det grunn til å forvente kapasitetsutfordringer når mange pasienter plutselig trenger behandling samtidig. Mens sykehusene ikke kan kontrollere antall akutte innleggelser per dag, kan de i noe større grad fordele de planlagte innleggelsene jevnt utover.

Vi ser ingen tydelig sammenheng mellom antallet akutte innleggelser og antallet korridorpasienter. Diakonhjemmet, som nesten ikke har korridor-

Figur 3. Så mange av innleggelsene er akutte. 2015



Kilde: Norsk pasientregister, Helsedirektoratet.

pasienter, har minst like stor andel akutte innleggelser som Ahus og Helse Stavanger. St. Olavs Hospital har større andel planlagte innleggelser, og vet dermed i litt større grad hvor mange pasienter som vil være innlagt hver enkelt dag. Kanskje er dette en av flere årsaker til at det ikke ligger pasienter i korridorene på St. Olavs Hospital?

Man skulle også tro at god planlegging og effektiv drift har betydning for antallet korridorpasienter. En studie som Riksrevisjonen har utført viste at det er store variasjoner mellom sykehusene når det kommer til hvor effektivt de driver. I studien blir blant annet St. Olavs hospital omtalt som et at de mest effektive sykehusene i landet (Riksrevisjonen 2013).

Den fysiske utformingen av sykehusene og organisering av driften har betydning...

Å plassere senger i korridorene er en av flere mulige løsninger når det ikke er ledige senger på sykehusavdelinger. At noen sykehus har få korridorpasienter selv om de har få ledige senger, kan skyldes at de har mulighet til å velge andre løsninger når avdelingene er fulle.

Ifølge sykehusene selv har utformingen av sykehusbygget mye å si. St. Olavs Hospital kan brukes som eksempel på dette. Der har det nesten ikke vært korridorpasienter etter at det nye sykehuset åpnet i Trondheim i 2010. Dette til tross for at det var færre senger i det nye bygget enn i lokalene de tidligere benyttet. Ved det nye sykehuset er det bare enmannsrom, og det er ikke plass til senger i korridorene. Isteden har de bufferposter, som er rom med flere senger. Bufferposten regnes som et krisetiltak som kun tas i bruk når avdelinger er helt fulle av pasienter og de ikke har flere ledige senger. De fleste korridorpasientene ved St. Olavs Hospital er på Orkdal sjukehus, et lokalsykehus som blir drevet av St. Olavs Hospital. Bygningen i Orkdal er eldre enn i Trondheim og har bare flersengsrom. Dette gir mindre fleksibilitet. Hvis en pasient for eksempel er smittefarlig, og må isoleres på enerom, kan det være at andre pasienter må plasseres i korridorene.

At sengetallet ble redusert da det nye sykehuset åpnet, gjorde at St. Olavs Hospital i større grad måtte fokusere på effektiv drift i form av å innføre standardiserte pasientforløp og sørge for at pasienter blir skrevet ut med en gang de er ferdig behandlet. Tidligere ble pasienter hovedsakelig skrevet ut på

dagtid på hverdager, men nå skrives de også ut på kvelder og i helger. Ifølge St. Olavs Hospital er denne endringen også en viktig årsak til at de har så få korridorpasienter. (E-post fra Stian Saur, Analysesjef, St.Olavs Hospital HF, 1. august 2016)

...og nye sykehusbygg kan bidra til å endre bildet

Både i Helse Stavanger og i Osloregionen er det planlagt store endringer i sykehusenes bygningsmasse og organisering fremover. I Stavanger skal det bygges nytt sykehus (Helse Stavanger, 2016). I hovedstadsområdet skal blant annet Aker sykehus ta over ansvaret som Ahus har i dag, for pasienter fra Groruddalen, (Helse Sør-Øst RHF, 2016). Kanskje vil endringene føre til at færre pasienter blir liggende på korridor i Stavanger og på Ahus i fremtiden?

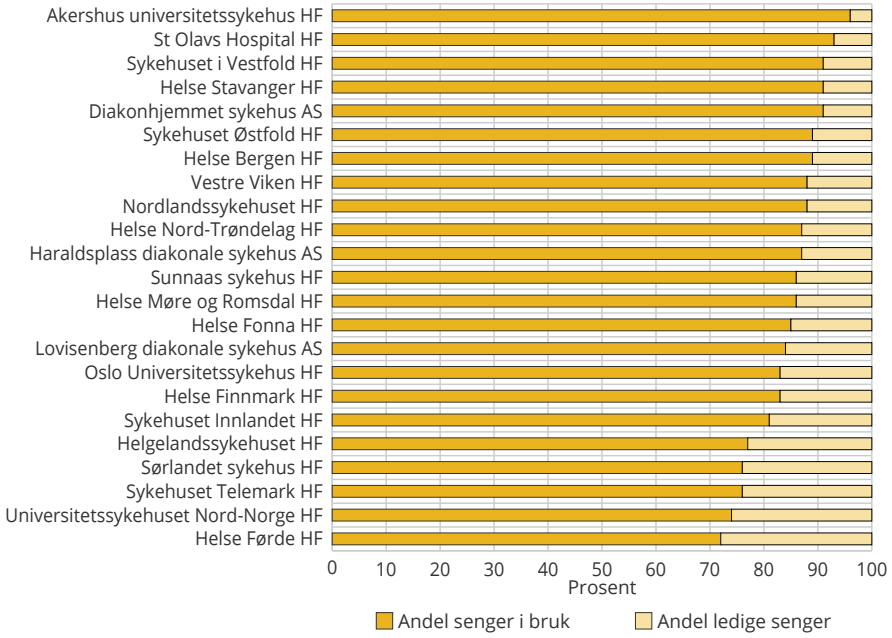
Hvilke data har vi brukt i denne artikkelen?

Vi har benyttet SSBs data for beleggsprosent for å vise hvor mye/lite ledig kapasitet sykehusene har.

Tall for korridorpasienter er hentet fra helsenorge.no. Dette er en kvalitetsindikator som helseforetakene rapporterer til Helsedirektoratet.

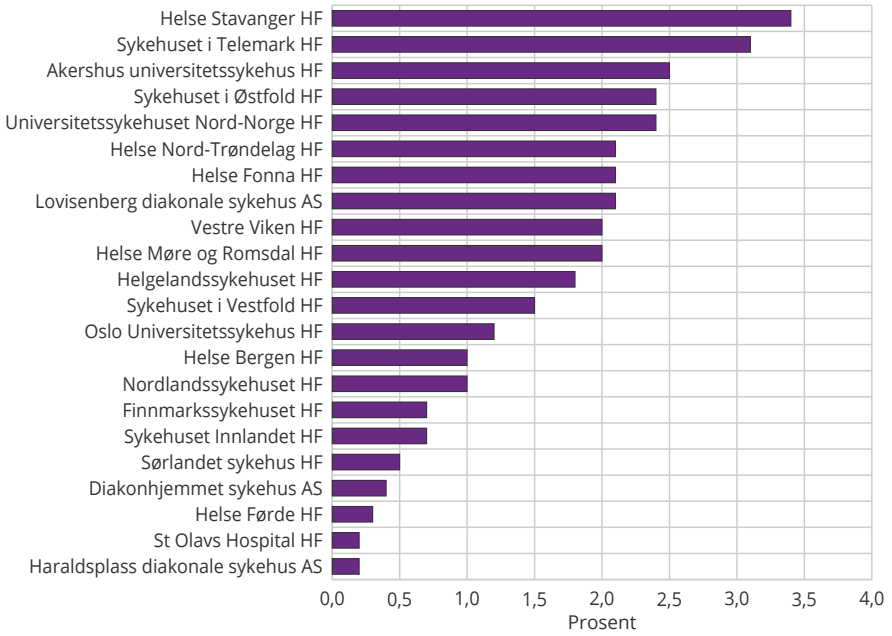
Tall for akutte innleggelser er hentet fra Norsk pasientregister, Helsedirektoratet.

Figur 4. Så mange av sengene er i bruk i gjennomsnitt per dag. 2015



Kilde: Statistikk for spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

Figur 5. Så mange ligger på korridor. 2015



Kilde: Kvalitetsindikatorer for sykehusopphold, helsenorge.no

Litteraturliste

Den norske legeforening. (2013). *Behandlingslinjer – en systematiseringsmetode.* http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Kvalitet/Kvalitetsforbedring---hva-er-det-og-hvordan-gjores-det/Forbedringsmetoder--organisasjon-prosess-og-ledelse/Behandlingslinjer--en-systematiseringsmetode/

Mangerud, W., Kjelvik, M., & Krokan, T. (2016). *Aktivitetsdata for somatisk spesialisthelsetjeneste 2015* (Rapporter IS-2461). Hentet fra https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1175/årsrapport-somatikk-2015.pdf

Helse Stavanger. (2016). *Sykehusutbygging.* Hentet fra http://www.helse-stavanger.no/no/OmOss/sykehusutbygging/Sider/default.aspx

Helse Sør-Øst RHF. (2016). *Videreføring av planer for utviklingen av Oslo universitetssykehusHF.* Hentet fra http://www.helse-sorost.no/aktuelt_/Sider/Store-utviklingsprosjekter.aspx

Helsenorge.no. (2016). *Antall korridorpasienter på sykehus.* Hentet fra https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-sykehus-opphold/antall-korridorpasienter-pa-sykehus

Riksrevisjonen. (2013). *Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehusene* (Dokument 3:4 (2013-2014)). Hentet fra https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2013-2014/Dokumentbase_3_4.pdf

3 av 5

kommunar har frisklivs-sentral

Frisklivssentralane i frammarsj

Stadig fleire norske kommunar etablerer frisklivssentralar som førebyggande og helsefremjande tilbod til innbyggjarane sine. I 2015 hadde tre av fem norske kommunar frisklivssentralar, noko som er ei dobling frå 2011. 16 000 personar deltok på eitt eller fleire av tilboda ved frisklivssentralane i 2013.

Folkehelsa i Noreg er i hovudsak god og levealderen stigande. Der ein i tidlegare tider såg at dei fleste helseproblem og dødsfall var skulda av smittsame sjukdomar, er det no stadig fleire av sjukdomane som har samanheng med levevanar. Den seinare tida har det blitt auka merksemd på førebygging eller å hindra vidareutvikling av sjukdomar. Både samhandlingsreforma (2012) og folkehelselova (2011) legg vekt på kor viktig det er. Meininga er at meir førebygging vil gi befolkninga fleire år med god helse og spara samfunnet for store utgifter til behandling for sjukdomar som kan ha samanheng med livstilen vår. Utfordringar som stillesitjande liv, stress, røyking, høgt alkoholkonsum, dårleg kosthald, einsemd og sosioøkonomisk ulikskap i helse er årsak til mange tapte leveår og dårleg fysisk og psykisk helse.

Kva er ein frisklivssentral?

Frisklivssentralane skal i følgje Helsedirektoratet sin rettleiar tilby kunnskapsbasert og effektiv hjelp til å endra levevanar og meistra sjukdomar og helseplagar. Det er meint å vera ein hensiktsmessig måte å organisera førebyggande helsearbeid i kommunane på. Det er ikkje ei lovpålagt teneste for kommunane, sjølv om fleire av dei førebyggande oppgåvene sentralane utfører er det. Målgruppa for frisklivssentralar er personar i alle aldrar som kan ha nytte av hjelp og rettleiing for å endra levevaner og redusera risiko for sjukdom, eller som har utvikla sjukdom og treng hjelp til å meistra sjukdomen. Dette gjeld mellom anna personar med samansette og langvarige helseplagar og dei som ikkje finn seg til rette andre stader, som til dømes på vanlege treningssenter. I tillegg er det ei målsetjing at frisklivssentralar skal bidra til å redusera sosiale forskjellar i levevanar og helse i befolkninga.

Helsedirektoratet anbefaler i sin rettleiar for kommunale frisklivssentralar at kommunane som eit minimum prioriterer ressursar til eit tidsavgrensa, strukturert rettleiings- og oppfølgingstilbod over 12 veker. Oppfølgingstilbodet skal starta og avsluttast med ein helsesamtale med den enkelte deltakar i form av eit motiverande intervju. Kva innhaldet i oppfølgingstilbodet består av, vil både vera avhengig av kva den enkelte deltakar har av utfordringar i levevaner og helse, og kva tilbod og kurs som blir tilbydd ved dei aktuelle frisklivssentralane.

Rask framvekst av frisklivssentralar...

Den første frisklivssentralen i Noreg blei etablert i 1996 i Modum kommune i Buskerud fylke. Sidan den gong har fleire kommunar valt å gjera det same. Frå 2011 til 2015 har det vore meir enn ei dobling av kommunar som har etablert frisklivstilbod (sjå figur 1). Medan det var 115 kommunar som hadde etablert tilbodet i 2011, var tilsvarande tal 261 kommunar i 2015. Resultata viser elles at det har vore ein jamn auke i kommunar med frisklivssentralar i heile 5-årsperioden, men at utviklinga er i ferd med å flata noko ut.

... og Buskerud leiar an

Frisklivssentralar er eit relativt nytt førebyggande og helsefremjande tilbod. I og med at det er fylkesmannembeta som har i oppgåve å følgja opp frisklivs-

Artikkelen byggjer på SSB-rapporten «Frisklivssentralar i kommunane – Kartlegging og analyse av førebyggande og helsefremjande arbeid og tilbod (Rapportar 2016/07)».

Trond Ekornrud
er statsvitar og seniorrådgivar i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk. (trond.ekornrud@ssb.no)

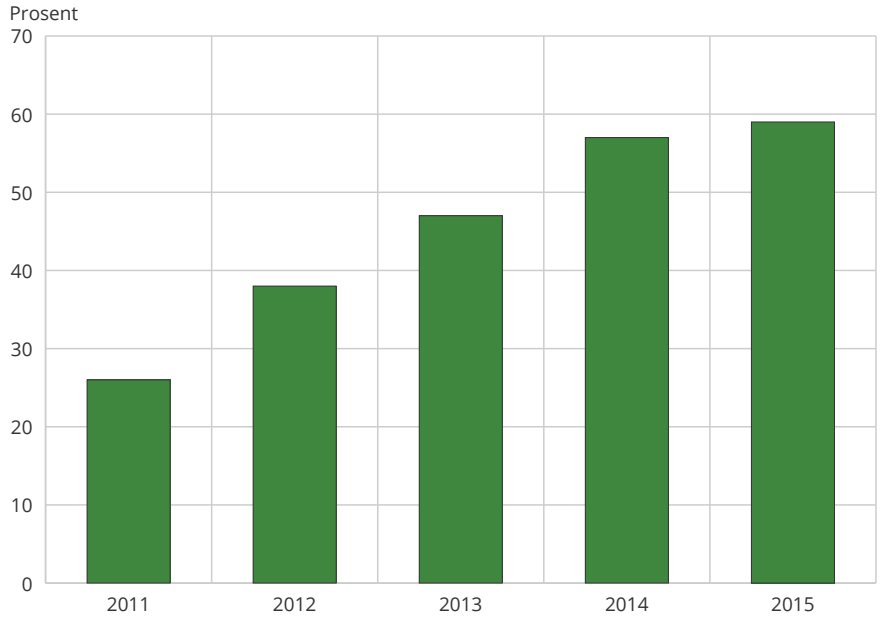
sentralane i sine fylke, er det rimeleg å anta at fylke der kommunar var tidleg ute med å etablera frisklivssentralar har kome lengre i etableringsarbeidet samanlikna med fylke der det først er i seinare år at kommunar har etablert tilbodet.

Det er store fylkesvise forskjellar når det gjeld delen kommunar som har etablert frisklivssentralar (sjå figur 2). I 2015 var Østfold og Finnmark fylka med lågast del og Vest-Agder og Buskerud fylka med høgast del kommunar som hadde etablert frisklivssentralar. Medan 33 prosent av kommunane i Østfold og 37 prosent i Finnmark hadde frisklivssentral, var tilsvarande tal 93 prosent i Vest-Agder og 95 prosent i Buskerud.

I 11 av 19 fylke er det fleire kommunar som har etablert frisklivssentralar mellom 2014 og 2015. Dette er gjerne i fylke som i utgangspunktet har få kommunar med frisklivssentralar. Blant dei åtte fylka som ikkje har hatt ein auke mellom 2014 og 2015, er delen kommunar med frisklivssentralar uendra i fem av fylka, medan tre av fylka har hatt ein nedgang der enkelte kommunar har valt å leggja ned sentralane sine.

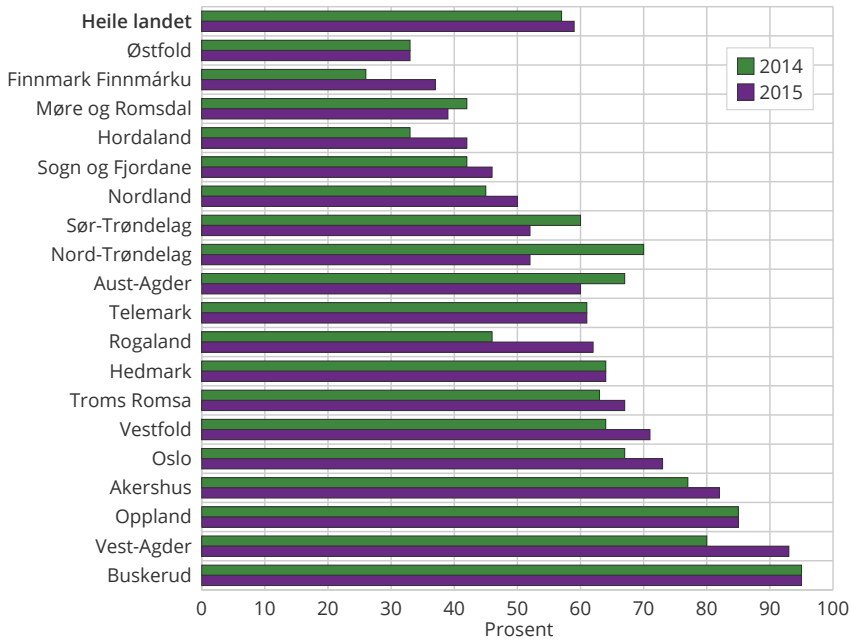
Det er ikkje overraskande at nær alle kommunar i Buskerud har etablert frisklivssentralar. Den første frisklivssentralen i landet blei etablert her, og fylket har vore ein pådrivar for at fleire kommunar i landet skal etablera tilbodet. Det kan sjå ut som om det blir skapt ringverknader; etablering i ein kommune aukar sannsynet for etablering av sentralar i nærliggjande kommunar i same fylke.

Figur 1. Kommunar[1] som har etablert frisklivssentralar



[1] I Oslo er det talet på bydelar med frisklivssentral som er talde.
Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå.

Figur 2. Kommunar som har etablert frisklivssentralar. Fylkesvis



Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå.

Få frisklivssentralar i dei minste kommunane

Det er blant dei minste kommunane at delen som har etablert frisklivssentralar er lågast (sjå figur 3). Delen kommunar som har etablert tilbodet aukar med stigande innbyggjartal. Unntaket er kommunegruppa med 30 000–49 999 innbyggjar der delen kommunar som har etablert tenesta er særleg låg. Blant kommunane som ikkje har etablert tilbodet i denne gruppa, er mellom anna Halden kommune og Moss kommune i Østfold fylke. Som tidlegare nemnd er Østfold fylket med lågast del kommunar som har etablert frisklivssentralar.

Det er ein klar tendens til at delen kommunar som etablerer frisklivssentralar aukar med stigande innbyggjartal i kommunen. Berre 40 prosent av dei minste kommunane har frisklivssentralar, medan

tilsvarande tal var om lag 87 prosent i dei største kommunane. Fordi frisklivssentralar legg opp til ei rekke gruppetilbod kan det henda at befolkningsgrunnlaget i små kommunar ikkje er stort nok i målgruppa tenesta ønskjer å nå. Ei anna årsak kan vera at små kommunar har avgrensa med ressursar og personell med kompetanse til å driva eit slikt tilbod, og heller vel å tilby lovpålagte kommunale tenester på annan måte enn gjennom frisklivssentralar.

Frå fysisk aktivitet til depresjonsmestring

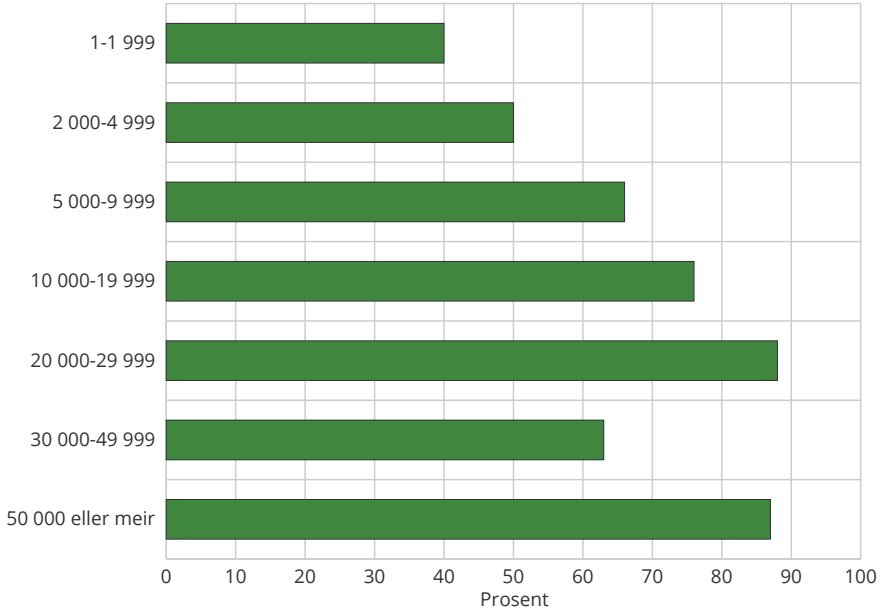
Tilbodet som blir gitt ved frisklivssentralar varierer frå kommune til kommune. For å kunna nytta seg av tilbodet treng deltakarane ein frisklivsresept. Dette er ein tilvisingsblankett som kan bli gitt til personar av til dømes fastlege, NAV eller frisklivssentralane sjølve. Planen for oppfølgingsperioden skal bli tilpassa den enkelte deltakar. Undervegs skal deltakarane bli informert om og få moglegheit til eventuelt å prøva ut lokale tilbod og aktivitetar som dei kan halda fram med på eiga hand etter at tilbodet ved frisklivssentralen er over (Helsedirektoratet 2013).

Som ein del av minimumstilbodet skal frisklivssentralane gi tilbod om både individuell og grupperetta rettleiing om fysisk aktivitet, kosthald og snus- og røykeslutt. Frisklivssentralar kan samstundes gi ei rekke ulike kurstilbod utover minimumstilbodet som til dømes matkurs, kurs i depresjonsmestring, kurs i mestring av belastningar, søvnkurs, tilbod tilrettelagt for barn og unge og familiane deira, tilbod tilrettelagt for eldre og likemannstilbod. Sistnemnde er eit tilbod som skal gi personar med nokolunde same utfordringar moglegheit til gjensidig utveksling av erfaringar, hjelp og støtte, og på den måten bidra til auka kunnskap om eigen situasjon og betre mestringsopplevingar (for meir om innhaldet i dei ulike tilboda, sjå Helsedirektoratet sin rettleiar frå 2013: www.helsedirektoratet.no.)

Deltaking på frisklivssentralen sine ulike aktivitetar avhenger av tilbodet. Det er difor interessant å sjå kva kommunane tilbyr og kor mange som nyttar dei ulike tilboda.

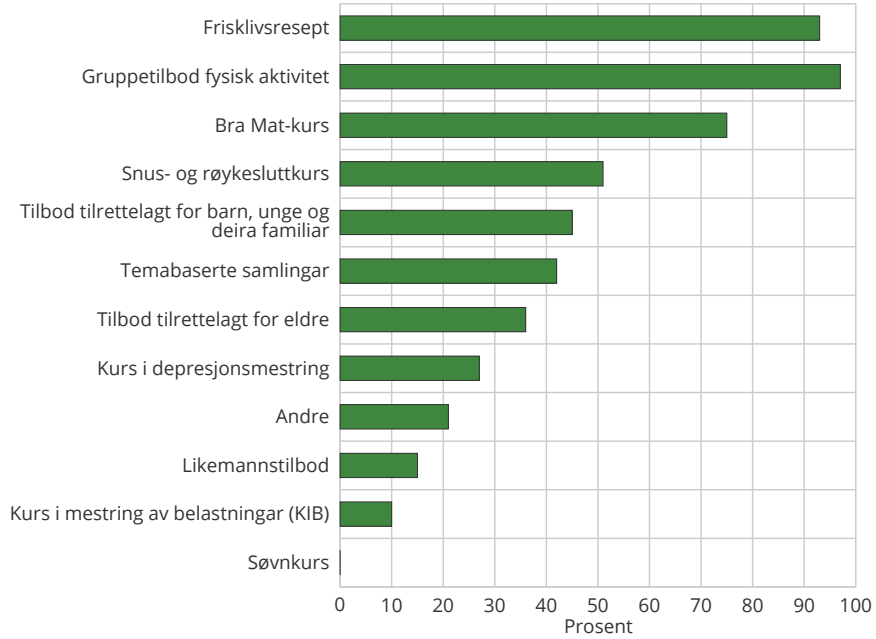
Om lag 16 000 personar nytta eitt eller fleire tilbod ved frisklivssentralar i 2013. To av tre deltakarar var tilvist til frisklivssentralen, medan éin av tre som deltok, gjorde det utan tilvising. Av dei som blei tilviste var om lag halvparten tilviste frå fastlegen. Nær alle kommunar med frisklivssentralar hadde frisklivsresept i 2013 (93 prosent), og nær alle kommunane hadde òg gruppetilbod for fysisk aktivitet (97 prosent) (sjå figur 4).

Figur 3. Kommunar som har etablert frisklivssentral fordelt etter innbyggjartal i kommunane. 2015



Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå.

Figur 4. Kommunar med frisklivssentralar som har ulike tilbod og kurs. 2013



Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå.

Når det gjeld dei andre tilboda ved frisklivssentralane var det om lag 75 prosent av kommunane som tilbydde «Bra Mat» kurs, medan halvparten tilbydde snus- og røykesluttkurs. Det var elles 42 prosent av frisklivssentralane som hadde temabaserte samlingar, 45 prosent hadde tilbod tilrettelagt for barn og unge med deira familiar, 36 prosent hadde tilbod tilrettelagt for eldre, medan 15 prosent av frisklivssentralane hadde likemannstilbod.

Om lag 21 prosent rapporterer òg at dei tilbyr andre typar kurs og aktivitetar. Ein gjennomgang av svara til kommunane som rapporterte andre tilbod, viser at det kan vera «aktiv på dagtid», diabeteskurs, alkokutt-kurs, individuell rettleiing til dømes på kosthald, bassengtrening, avspenningskurs med meir.

Frisklivsresept og gruppetrening mest populært

Ser ein på kommunar som har frisklivssentral er det store skilnader i talet på personar som har delteke på dei ulike kursa og tilboda på landsnivå. Det var i overkant av 9 000 personar som hadde frisklivsresept i 2013, medan i underkant av 9 300 deltok på gruppetilbod innanfor fysisk aktivitet. Vidare var det vel 1 700 som deltok på «Bra Mat» kurs, vel 600 som deltok på snus- og røykesluttkurs, i underkant av 500 som deltok på kurs i depresjonsmestring (KID) og vel 150 som deltok på kurs i mestring av belastningar (KIB). Det var elles om lag 2 300 som deltok på temabaserte samlingar, om lag 1 650 som deltok på tilbod tilrettelagt for barn og deira familiar, 1 600 som deltok på tilbod tilrettelagt for eldre, og i underkant av 800 som deltok på likemannstilbod.

Det er ein tendens til at det er flest deltakarar i små og mindre sentrale kommunar samanlikna med større og meir sentrale kommunar. Ei av årsakene til dette kan vera at små kommunar med frisklivssentral vel dette som hovudtilbodet for det førebyggande helsearbeid i kommunen. I større kommunar kan det vera at innbyggjarane i større grad nyttar seg av andre eksisterande tilbod i kommunal, privat eller friviljug sektor. I slike tilfelle kan frisklivssentralane sjå på det som mindre relevant å tilby desse kursa, og heller konsentrera seg om kurs som det er ein større etterspurnad etter. I så måte er det grunn til tru at dei lokale behov har mykje å seia for kva tilbod som blir gitt.

Flest fysioterapeutar som jobbar på frisklivssentralar

Frisklivssentralen er ein tverrfagleg teneste. Dei som jobbar på frisklivssentralen kan ha ulik fagleg bakgrunn som til dømes fysioterapi, ernæring, pedagogikk, ergoterapi, sjukepleie, folkehelsevitskap, psykologi, fysisk aktivitet og helse. Det er krav om at leiaren av ein frisklivssentral skal ha helsefagleg bakgrunn (Helsedirektoratet 2013).

Det var i alt 191 avtalte årsverk knytt til frisklivssentralar i 2013. Fysioterapeutar utgjorde den klart største yrkesgruppa med over halvparten av årsverka (103 avtalte årsverk). Sjukepleiarar var den nest største yrkesgruppa med 22 avtalte årsverk, medan ergoterapeutar var tredje størst med 9 avtalte årsverk. Sjølv om fysioterapeutar utgjer den største delen av årsverka ved frisklivssentralar, er det mykje ulikt personell med ulike utdanningar innanfor helse, ernæring, trening og pedagogikk som jobbar ved frisklivssentralar.

Målt i avtalte årsverk er frisklivssentralar førebels ei svært lita teneste. I 2013 utgjorde den berre 0,1 prosent av dei totale årsverka innanfor den kommunale helse- og omsorgstenesta. Samstundes er det gjennomsnittlege talet på deltakarar per årsverk 77 for heile landet. Det tyder på at tenesta når mange som treng hjelp med relativt få ressursar.

Frisklivssentralar – ei sårbar teneste?

Sjølv om stadig fleire kommunar vel å etablera frisklivssentralar viser kartleggingа at det er relativt få tilsette ved frisklivssentralane. Det kan gjera dei svært avhengige av nøkkelpersonell, og følgjeleg sårbare dersom desse forsvinn ut. Det er grunn til å tru at denne sårbarheita er størst i små kommunar

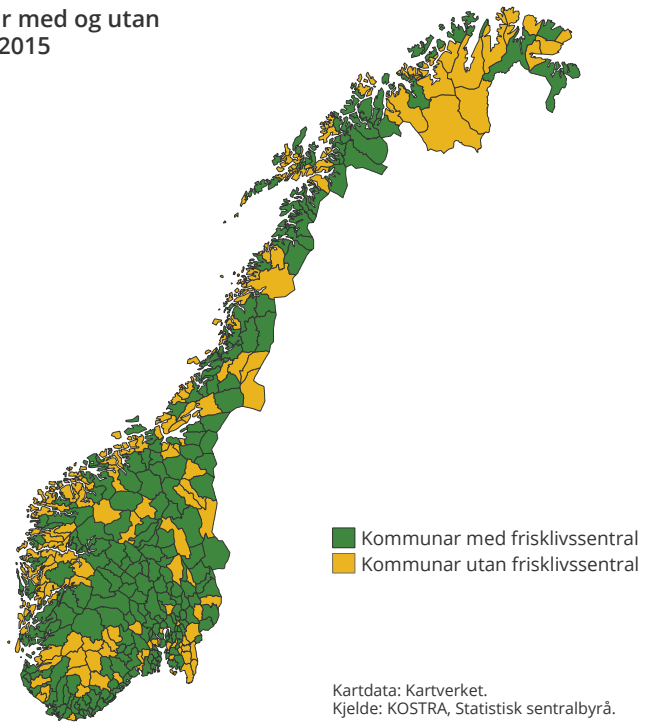
der tilgangen på relevant fagpersonell er mindre. I tillegg har personell som jobbar ved ein frisklivssentral ofte andre oppgåver i kommunen.

Det finst fleire studiar som dokumenterer god effekt hos personar som har delteke på ulike kurs og tilbod ved frisklivssentralane. Evalueringar frå fem ulike fylke konkluderer med at frisklivssentralane treff deltakarane med eit godt tilpassa tilbod (Båtevik, Tønnesen og Barstad 2008).

Vidare er det vist god effekt av tiltak på 10-14 veker for å støtte endring av levevanar for personar med auka risiko for, eller med etablert sjukdom eller liding. Mellom anna viser resultata at oppfølging av fysisk aktivitet samanlikna med berre rådgiving, aukar den fysiske aktiviteten i tiltaksperioden, og inntil tre månader etterpå (Oldervoll og Lilefjell 2011). Det er samstundes få studiar som har samanlikna det førebyggande tilbodet som blir gitt i kommunar med og utan frisklivssentralar. Det kan vera at kommunar utan frisklivssentralar tilbyr liknande tilbod, men då igjennom andre etablerte kommunale helse- og omsorgstenester.

I intervjua med dei utvalde kommunane og fylkesmannembeta kom det fram at det er utfordringar med å få kommunar til å vidareføra tilbodet når perioden med etableringstilskot frå Fylkesmannen tek slutt (Ekornrud og Thonstad 2016). Det blir elles peika på at det administrative arbeidet knytt til tilskot er tidkrevjande dersom ein ser det i forhold til summane som blir utbetalt. Dette gjeld både i forvaltninga hos Fylkesmannen og ute i kommunane. Særleg små kommunar med avgrensa med personellressursar kan vera utsette i samband med dette. Det er samstundes ei oppfatning av at frisklivssentralar fungerer etter hensikta i dei kommunane som har etablert tilbodet. Tilbakemeldingane dei har fått frå deltakarar som har nytta seg av tilbodet er òg positive. Den viktigaste faktoren for å lukkast meiner dei er forankring hos politisk og administrativ leiing og forankring ute i andre tenester som det er naturleg for frisklivssentralane å samarbeida med.

Figur 5. Kommunar med og utan frisklivssentralar. 2015



Kartdata: Kartverket.
Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå.

Litteraturliste

Ekornrud, T. & Thonstad, M. (2016). *Frisklivssentralar i norske kommunar: Kartlegging og analyse av førebyggande og helsefremjande arbeid og tilbod* (Rapporter 2016/07). Henta frå http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/frisklivssentralar-i-kommunane

Helsedirektoratet. (2013). *Veileder for kommunale frisklivssentraler: Etablering og organisering* (Veileder IS-1896). Henta frå https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-for-kommunale-frisklivssentraler-etablering-organisering-og-tilbud

Båtevik, F. O., Tønnesen, A., Barstad, J., & Aarflot, U. (2008). *Ein resept å gå for?: evaluering av modellar for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthald* (Arbeidsrapport nr. 225). Henta frå http://www.moreforsk.no/download.aspx?object_id=9DD098C8705E4D2FB4B51865F180D745

Oldervoll, L. M., & Lillefjell, M. (2011). *Fysisk aktivitet, folkehelse og samhandling: Innherredsmodellen - trinn 1 : kunnskapsoversikt* (Rapportserie frå Senter for helsefremmende forskning HiST/NTNU 2011/2). Henta frå http://www.innherred-samkommune.no/prosjekt/frisklivssentraler/dok/kunnskapsoversikt_2011_150411.pdf

Folkehelseloven. (2011). Lov om folkehelsearbeid, nr 29, 24. juni 2011. Henta frå https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29

St.meld. nr. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid.* Henta frå https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/

Kjersti Mosli (kjersti.mosli@ssb.no), journalist i Statistisk sentralbyrå, har tilrettelagt notisene

■ *Fattigdom*

Ung med jobb, men fortsatt under fattigdomsgrensa

10 prosent av de som er i jobb og familiene deres levde i 2015 på mindre enn 1,90 dollar per dag. Andelen gjelder på verdensbasis og er en klar forbedring i forhold til 2010, da tilsvarende andel var 28 prosent. Dette skriver FNs statistikkavdeling. Det er de unge i alderen 15-24 år som utgjør den største gruppen som jobber, men som likevel lever under fattigdomsgrensa. 16 prosent av alle unge som var ansatt i 2015 levde under fattigdomsgrensa, mens det samme gjaldt for 9 prosent av voksne. http://unstats.un.org/

■ *Husholdninger*

Svenske og tyske husholdninger huser færrest

Det bodde i snitt 2,3 personer i husholdningene i EU 2014. De største husholdningene befant seg i Kroatia, med et snitt på 2,8 husholdningsmedlemmer. Sverige og Tyskland hadde de minste husholdningene med et snitt på 2 medlemmer. http://ec.europa.eu/

■ *Husholdninger*

Vanligst med enpersonshusholdninger

Den vanligste husholdningstypen i EU i 2014 var enslige personer som bodde alene. 32,7 av husholdningene var av denne typen. http://ec.europa.eu/

■ *Trygghet*

Varierende trygghetsfølelse

68 prosent av befolkningen i OECD-landene sier de føler seg trygge når de går hjem på natten, men det er store forskjeller mellom landene. Mens hele 85 prosent av befolkningen i Danmark, Finland, Norge og Sveits sier de føler seg trygge, gjelder det samme for bare 40 prosent av befolkningen i Mexico, Brasil og Sør- Afrika. http://www.oecdbetterlifeindex.org/

■ *Befolkning*

Stor forskjell i forventet levealder for russiske menn og kvinner

I Kina og India skiller det kun tre år i forventet levealder mellom kvinner og menn. Det er den minste forskjellen blant landene som inngår i G20. Den største forskjellen i levealder finner vi i Russland hvor kvinner har 12 år lengre forventet levetid enn menn. I alle G20-landene har kvinner høyere forventet levealder enn menn. Høyest forventet levealder, for både kvinner og menn, finner vi i Japan med 87 og 80 år. http://ec.europa.eu/

■ *Livskvalitet*

God helse og god jobb er viktig for lykkefølelsen

God helse og en god jobb er to av de viktigste faktorene når det kommer til vår subjektive oppfatning av livskvalitet, ifølge OECDs «Better Life Index». Livskvaliteten er høy i de nordiske landene, Sveits, New Zealand, Canada og Australia. Dette er land som også skårer høyt på sysselsettingsnivå, jobbkvalitet og befolkningens helse. Landene som skårer lavere på livskvalitet har også lavere sysselsettingsnivå og kortere forventet levetid enn OECD-snittet. http://www.oecd.org/

■ *Befolkning*

Danmark mindre urbanisert enn EU

Selv om Danmark blir stadig mer urbanisert ved at danskene i økende grad samles i de største byene, er Danmark blant den halvparten av EU-landene der den største andelen av befolkningen bor på landet. Det skriver Danmarks statistikkbyrå som har analysert dansk befolkningsutvikling i et historisk og europeisk perspektiv. http://www.dst.dk/

■ *Arbeid*

En av fem 25-29 åringer er hverken i jobb eller utdanning

I EU utgjør unge i alderen 15-29 år 17 prosent av befolkningen. En del av disse faller utenfor ved at de hverken er i utdanning eller deltar i arbeidslivet, og andelen øker med alderen. 6,3 prosent av ungdom i alderen 15-19 år var ikke i jobb eller utdanning i 2015. Ser man på 20-24-åringen var andelen nesten tre ganger så stor, 17,3 prosent. Andelen vokser videre til 19,7 prosent for de eldste – altså er nesten en av fem i alderen 25-29 år i EU verken i jobb eller utdanning. http://ec.europa.eu/

6 av 10

innvandrere fra sør stemmer Ap

Ap står støtt blant innvandrere fra sør

Nær seks av ti innvandrere med bakgrunn fra land i sør stemmer på Arbeiderpartiet. Blant innvandrere fra europeiske land er støtten til Ap derimot på nivå med befolkningen uten innvandrerbakgrunn. I denne gruppen er støtten til regjeringspartiene Høyre og Frp litt over støtten til Ap. Blant utenlandske statsborgere fra EØS-landene i østlige Europa er støtten til Frp dobbelt så stor som i befolkningen for øvrig. Miljøpartiet De Grønne (MDG) står sterkere blant innvandrere fra Vest-Europa enn i befolkningen for øvrig.

Tidligere undersøkelser har vist at personer med innvandrerbakgrunn fra Afrika, Asia og Latin-Amerika foretrekker partier på venstresiden som Arbeiderpartiet (Ap), Sosialistisk venstreparti (SV) og RV/Rødt. Denne tendensen har vi sett siden slutten av 1980-tallet (Dale og Faye 1994). I de siste valgene har vi også sett at Ap er det klart største partiet blant disse velgerne. Ved kommunevalget i 2011 ble SV den store taperen, mens «Ap festet grepet blant innvandrerne» (Bergh et al. 2012).

Etter stortingsvalget 2013 ble det rapportert om en «Høyrebølge blant innvandrerne», selv om flertallet fortsatt valgte Ap (Bergh et al. 2014). Analyser av valgatferden blant personer med innvandrerbakgrunn ved kommunestyrevalget i 2015 viser at mange av de samme tendensene gjør seg gjeldende.

14 prosent hadde innvandrerbakgrunn

Av om lag 4 millioner stemmeberettigede ved siste valg var det om lag 200 000 som hadde innvandret og fått norsk statsborgerskap. Det var om lag 34 000 norske statsborgere som er barn av innvandrere. Og det var om lag 310 000 utenlandske statsborgere med stemmerett (se tekstboks). Tallet på stemmeberettigede med innvandrerbakgrunn har blitt nær tredoblet siden valget i 1999, og utgjorde 14 prosent av de stemmeberettigede ved fjorårets lokalvalg. I Oslo, som er den kommunen med flest personer med innvandrerbakgrunn, har nær 30 prosent av de stemmeberettigede innvandrerbakgrunn.

Velgere med innvandrerbakgrunn bak 8 prosent av stemmene

Valgdeltakelsen er klart lavere blant personer med innvandrerbakgrunn enn blant ikke-innvandrere. Denne tendensen har blitt registrert helt siden Statistisk sentralbyrå (SSB) begynte å undersøke dette i forbindelse med Kommunestyrevalget i 1983 (Faye 1995). I 2015 var valgdeltakelsen blant innvandrere med norsk statsborgerskap 40 prosent, blant personer med utenlandsk statsborgerskap var den 30 prosent. Til sammenlikning var valgdeltakelsen blant ikke-innvandrerne 64 prosent.

Tabell 1. **Antall velgere med innvandrerbakgrunn i fylkesting- og kommunestyrevalgene. 1999-2015**

	Utenlandske statsborgere	Norske statsborgere med innvandrerbakgrunn	Antall stemmeberettigede med innvandrerbakgrunn	Prosentandel med innvandrerbakgrunn av stemmeberettigede
1999	101 700	83 800	185 500	5
2003	117 300	111 200	228 500	7
2007	137 200	142 100	279 300	8
2011	207 200	184 900	392 100	10
2015	309 600	233 500	543 100	14

Kilde: Statistisk sentralbyrå, valgstatistikk.

Øyvin Kleven
er statsviter og senior statistikkrådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for befolkningsstatistikk.
(oyvin.kleven@ssb.no)

Vebjørn Aalandslid
er statsviter og seniorrådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for internasjonalt utviklingssamarbeid.
(vebjorn.aalandslid@ssb.no)

Person med innvandrerbakgrunn

Innvandrere er personer som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre. Innvandrere har på et tidspunkt innvandret til Norge.

Norskfødte med innvandrerforeldre er personer som er født i Norge av to foreldre som er født i utlandet, og som i tillegg har fire besteforeldre som er født i utlandet.

Fødeland er hovedsakelig mors bosted ved personens fødsel.

Landbakgrunn er eget, eventuelt mors, eventuelt fars utenlandske fødeland. For norskfødte er dette foreldrenes eventuelle utenlandske fødeland. Når begge foreldrene er født i utlandet, er de i de aller fleste tilfellene født i samme land. I tilfelle der foreldrene har ulikt fødeland, er det mors fødeland som blir valgt.

I denne artikkelen er person med innvandrerbakgrunn en samlebetegnelse for personer som enten er utenlandsk statsborger, innvandrer med norsk statsborgerskap eller norsk statsborger som er norskfødt med innvandrerforeldre. Siden vi baserer oss på et begrenset utvalg av observasjoner er det stort sett ikke skilt mellom innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre.

Kilde: Dokumentasjon av registerbasert statistikk over innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre. Dzamarija et al. 2013. Statistisk sentralbyrå.

Valgdeltakelsen varierer selvsagt mellom de ulike innvandrergruppene; i den største gruppen av innvandrere med norsk statsborgerskap, pakistanere, deltok 52 prosent. En stor andel av utenlandske statsborgere med stemmerett er arbeidsinnvandrere fra Polen, av disse stemte bare 7 prosent. Valgdeltakelsen blant svenske statsborgere var 38 prosent. For somaliere, som også er en stor gruppe blant utenlandske statsborgere, var valgdeltakelsen 48 prosent. Ser vi på landet som helhet utgjør stemmene fra velgere med innvandrerbakgrunn 8 prosent av stemmene. I Oslo utgjør de 18 prosent.

Tabell 2. **Andel stemmeberettigede, valgdeltagelse, andel av opptalte stemmer, etter innvandringskategori og landregion. Kommunestyre og fylkestingsvalget 2015. Prosent**

	Andel av stemmeberettigede	Valgdeltakelse	Andel av opptalte stemmer
Norske statsborgere uten innvandrerbakgrunn	**86,3**	**63,7**	**92,3**
Norske statsborgere, innvandrere			
Vest-Europa etc	0,4	60,7	0,4
Østeuropeiske EØS-land	0,3	37,2	0,2
Afrika, Asia etc	4,4	38,6	2,8
Norske statsborgere, norskfødte med innvandrerforeldre			
Vest-Europa etc	0,1	60,6	0,1
Østeuropeiske EØS-land	[1]0,0	46,3	0,0
Afrika, Asia etc	0,8	36,1	0,5
Utenlandske statsborgere			
Vest-Europa etc	2,9	42,4	2,1
Østeuropeiske EØS-land	2,5	8,4	0,3
Afrika, Asia etc	2,4	29,2	1,1

[1] Mindre enn 0,05 av den brukte enheten.
Kilde: Statistisk sentralbyrå, valgstatistikk.

Innvandrere fra sør med norsk pass stemmer til venstre

Vel 3 prosent av stemmene kommer fra personer med innvandrerbakgrunn fra land i Afrika, Asia og Latin-Amerika. Disse stemmer i overveiende grad Arbeiderpartiet. Det er den samme tendensen som gjør seg gjeldende for de utenlandske statsborgerne, men oppslutningen om Ap er enda sterkere i denne gruppen. Partiprofilen til personer fra vestlige land ligner på partiprofilen til norske statsborgere uten innvandrerbakgrunn, mens personer fra østeuropeiske EØS-land i større grad stemmer på Fremskrittspartiet (Frp) og Høyre (se tabell 3).

Tabell 3. **Partivalg etter innvandringskategori og landregion. Kommunestyrevalget 2015. Prosent**

	Ap	FrP	H	KrF	MDG	R	SV	SP	V	Andre	n[1]
Norske statsborgere uten innvandrerbakgrunn	**32**	**10**	**23**	**6**	**4**	**2**	**4**	**9**	**6**	**5**	**1 576**
Norske statsborgere, innvandrere											
Vest-Europa etc	27	10	21	4	10	5	5	5	6	7	159
Østeuropeiske EØS-land	24	16	37	4	3	3	8	3	3	0	69
Afrika, Asia etc	61	4	12	3	3	4	7	1	4	2	761
Norske statsborgere, norskfødte med innvandrerforeldre											
Vest-Europa etc og Østeuropeiske EØS-land	35	3	24	11	4	6	8	8	0	0	29
Afrika, Asia etc	60	1	15	1	3	8	3	0	1	1	132
Utenlandske statsborgere											
Vest-Europa etc	26	5	24	3	11	4	8	3	11	4	509
Østeuropeiske EØS-land	33	19	14	4	9	3	3	6	3	6	85
Afrika, Asia etc	55	7	15	4	4	3	4	1	4	3	215

[1] n = antall personer.
Kilde: Statistisk sentralbyrås velgerundersøkelse 2015.

Unge med innvandrerbakgrunn stemmer som sine foreldre

Norskfødte med innvandrerforeldre vil i fremtidens valg bli en tallmessig større gruppe enn i dag. Ved valget i 2015 var 1 prosent av velgerne norskfødte med innvandrerforeldre. De aller fleste av disse er fra asiatiske eller afrikanske land som Pakistan og Somalia. Det er dessverre ikke nok observasjoner til å dele norskfødte med innvandrerbakgrunn etter de tre landgruppene. Afrika, Asia etc. kan skilles ut som egen kategori, mens de to resterende er slått sammen til en gruppe, i tabell 3. Utfra tabell 3 ser vi at norskfødte med innvandrerbakgrunn i det store og hele stemmer som innvandrere fra samme landgruppe. Norskfødte med innvandrerbakgrunn er i overveide grad unge mennesker. Vi har derfor sammenlignet gruppen av norskfødte med innvandrerbakgrunn fra Afrika, Asia etc. i aldersgruppen 18-34 år med samme aldersgruppe blant norske statsborgere som er innvandrere og de uten innvandrerbakgrunn (tabell 4). Vi viser også partivalg for innvandrere (norske og utenlandske statsborgere slått sammen), fra Afrika, Asia etc. Vi ser at både norskfødte med innvandrerbakgrunn og unge innvandrere i overveiende grad stemmer som sine foreldre og slutter opp om Arbeiderpartiet i stort monn (jf. tabell 3). Sammenliknet med norskfødte uten innvandrerforeldre er barn av innvandrere langt mer venstrevridde i sin stemmegivning.

I tabell 5 viser vi partivalget til norske statsborgere med innvandrerbakgrunn fra de landene som de fleste av dem kommer fra. Venstresiden og Arbeiderpartiet dominerer for alle landene. Men vi ser også at oppslutningen om Arbeiderpartiet er lavere blant personer med landbakgrunn fra Vietnam, Iran og Tyrkia. Høyre gjør det relativt bra blant personer med landbakgrunn fra Vietnam og Tyrkia.

Liten forskjell mellom borgere fra Vest-Europa og den øvrige befolkning

De fleste av de opptalte stemmene fra utenlandske statsborgere kommer fra personer fra vest-europeiske land. Stemmeprofilen til

Stemmerettsvilkårene

Stemmerett ved stortingsvalg har norske statsborgere som fyller 18 år innen utgangen av valgåret, og som noen gang har vært folkeregisterført som bosatt i Norge. Det siste vilkåret gjelder ikke for ansatte i diplomatiet eller konsulatvesenet og deres husstand.

Stemmerett ved kommunestyre- og fylkestingsvalg har alle de som er stemmeberettiget ved stortingsvalg. I tillegg har nordiske statsborgere (Sverige, Island, Danmark, Finland) stemmerett dersom de ble registrert som bosatt i Norge senest 30. juni i valgåret. Andre utenlandske statsborgere har stemmerett dersom de har stått innført i folkeregisteret som bosatt i landet sammenhengende de siste tre årene før valgdagen.

Kilde: Den norske valgordningen i hovedtrekk. regjeringen.no/no/portal/valg

Landgrupper

Det er innvandrere i Norge fra 202 forskjellige land, og de må derfor i de fleste tabellene grupperes sammen siden vi ikke har stort nok datamateriale til å vise alle landene. Vi benytter samme landinndeling som Holmøy og Strøm 2012. Dette er i hovedsak samme inndeling som ble brukt i Bergh et al. 2014 – forskjellen er at vi her også kan se på stemmegivningen til øst-europeiske EØS-innvandrere.

1. Vest-Europa etc.: Vest-Europa, USA, Canada, Australia og New Zealand.
2. Øst-Europeiske EU/EØS-land: Bulgaria, Estland, Kroatia, Latvia, Litauen, Polen, Romania, Slovakia, Slovenia, Tsjekkia og Ungarn
3. Afrika, Asia etc.: Afrika, Asia (inkludert Tyrkia), Latin-Amerika, Oseania (uten Australia og New Zealand) og resten av Europa.

Tabell 4. **Partivalg blant personer med innvandrerbakgrunn fra Afrika, Asia etc, og norske statsborgere uten innvandrerbakgrunn mellom 18-34 år Kommunevalget 2015. Prosent**

	Ap	FrP	H	KrF	MDG	R	SV	SP	V	Andre	n[1]
Norske statsborgere uten innvandrerbakgrunn, 18-34 år	32	10	23	6	4	2	4	9	6	5	494
Norskfødte med innvandrerbakgrunn, 18-34 år	62	0	14	1	4	6	4	0	8	1	110
Innvandrere, norske statsborgere, 18-34 år	61	4	7	1	6	3	11	1	4	3	177
Innvandrere, 35-50 år	57	4	17	3	3	4	5	0	4	2	498
Innvandrere, 51-70 år	62	5	11	5	1	3	7	1	2	2	266

[1] n= antall personer.
Kilde: Statistisk sentralbyrås velgerundersøkelse 2015.

Tabell 5. **Partivalg blant personer med innvandrerbakgrunn. Norske statsborgere. Etter landbakgrunn, utvalgte land. Kommunestyrevalget 2015. Prosent**

	Ap	FrP	H	KrF	MDG	R	SV	SP	V	Andre	n[1]
Norske statsborgere med innvandringsbakgrunn											
Pakistan	79	3	4	1	2	2	5	1	2	2	117
Irak	81	2	2	2	2	0	8	0	2	0	49
Vietnam	44	5	23	8	9	2	3	1	2	3	68
Iran	55	0	9	0	4	10	16	0	5	2	63
Somalia	73	0	5	3	3	3	7	0	0	7	41
Bosnia-Hercegovina	67	2	2	2	0	5	7	2	7	4	57
Tyrkia	52	0	21	2	0	8	6	0	11	0	51

[1] n= antall personer.
Kilde: Statistisk sentralbyrås velgerundersøkelse 2015.

disse ligner på stemmeprofilen til personer uten innvandrerbakgrunn. Det samme gjelder innvandrere fra vestlige land som har blitt norske statsborgere. Utenlandske statsborgere fra østeuropeiske EØS-land er mer høyreorientert enn øvrige velgere. Utenlandske statsborgere fra Afrika, Asia, Latin-Amerika stemmer i overveiende grad på Arbeiderpartiet.

For de landene med flest utenlandske statsborgere i Norge kan vi også vise partifordelingen etter enkeltland (se tabell 6). Vi ser at Frp gjør det godt blant polske statsborgere, mens svensker og dansker har en partiprofil som er nokså lik velgere uten innvandrerbakgrunn.

Datagrunnlaget
Artikkelen bygger på en frivillig spørreundersøkelse gjennomført i et representativt utvalg av personer med stemmerett høsten 2015 (https://www.ssb.no/valg/statistikker/vundkomm). Det er trukket tilleggsutvalg av innvandrere, barn av innvandrere og utenlandske statsborgere med stemmerett, slik at statistikken for disse gruppene gir mindre usikkerhet enn ved enkel proporsjonal tilfeldig trekking. Tilleggsutvalget og analysene av personer med innvandrerbakgrunn er finansiert av Integreringsavdelingen i Justisdepartementet. Om lag 1 575 personer uten innvandrerbakgrunn, 1 000 innvandrere som er norske statsborgere, 160 norskfødte med innvandrerforeldre og 850 utenlandske statsborgere har oppgitt partivalg i undersøkelsen. Dataene er vektet etter kjente demografiske kjennetegn som kjønn, aldersgruppe, landregion og stemt/ikke stemt.

Landbakgrunn gir viktig pekepinn for partivalg

Analysene over viser at hvorvidt personen er norsk eller ikke norsk statsborger ikke har så stor betydning for hvilket parti en stemmer. På samme måte er det heller ikke så viktig for hvilket parti en stemmer om man er født norsk med utenlandske foreldre eller innvandret til Norge som ung. I den videre analysen slår vi derfor sammen de tre ulike kategoriene innvandrerbakgrunn og kaller dem personer med innvandrerbakgrunn.

Menn med innvandrerbakgrunn er mer venstreorienterte

Blant norske statsborgere uten innvandrerbakgrunn er kvinnene mer venstreorienterte enn mennene (se tabell 7). Blant personer med innvandrerbakgrunn fra Afrika, Asia, Latin-Amerika, Oseania og Europa utenfor EØS er det motsatt, der er mennene klart mer venstreorientert. Den samme tendensen ser vi for menn fra østeuropeiske EØS-land. For menn fra Vest-Europa, USA, Canada, New Zealand og Australia er det ikke noe klar tendens til at de er mer venstreorienterte enn kvinnene.

Tabell 6. **Partivalg blant utenlandske statsborgere, etter landbakgrunn. Utvalgte land. Kommunestyrevalget 2015. Prosent**

	Ap	FrP	H	KrF	MDG	R	SV	SP	V	Andre	n[1]
Utenlandske statsborgere											
Polen	33	30	11	0	11	2	2	9	0	2	47
Sverige	29	5	22	1	11	3	8	4	12	4	154
Danmark	33	5	24	3	12	4	7	1	9	3	79
Tyskland	22	3	25	5	19	3	3	7	7	5	67
Storbritannia	19	6	29	6	6	0	14	0	11	8	65

[1] n = antall personer.
Kilde: Statistisk sentralbyrås velgerundersøkelse 2015.

Tabell 7. **Partivalg etter landregion og kjønn, Kommunestyrevalget 2015. Prosent**

	Ap	FrP	H	KrF	MDG	R	SV	SP	V	Andre	n[1]
Norske statsborgere uten innvandrerbakgrunn	32	10	23	6	4	2	4	9	6	5	1 576
Vest-Europa etc	26	6	24	3	11	4	8	4	10	5	829
Østeuropeiske EØS-land	33	18	19	4	6	3	5	5	2	5	165
Afrika, Asia etc	59	4	13	3	3	4	6	1	4	2	1 172
Menn											
Norske statsborgere uten innvandrerbakgrunn	26	13	26	5	4	2	2	11	6	5	746
Vest-Europa etc	26	9	23	3	10	4	6	4	10	5	386
Østeuropeiske EØS-land	41	19	12	6	3	3	5	4	0	8	64
Afrika, Asia etc	63	2	11	2	2	5	7	1	4	3	590
Kvinner											
Norske statsborgere uten innvandrerbakgrunn	37	7	21	6	4	2	5	7	5	5	830
Vest-Europa etc	26	4	24	4	11	4	9	3	10	4	443
Østeuropeiske EØS-land	26	16	26	3	8	2	5	7	4	3	101
Afrika, Asia etc	56	7	14	4	4	4	5	1	5	1	582

[1] n = antall personer.
Kilde: Statistisk sentralbyrås velgerundersøkelse 2015.

Miljøpartiet de grønne gjør det godt blant de yngste fra Vest-Europa

Innvandrerbefolkningen er i gjennomsnitt yngre enn den øvrige befolkningen. Vi har derfor valgt å dele velgere inn i tre aldersgrupper, 18-34 år, 35-50 år og 51-70 år. Så sammenlikner vi i tabell 8 de ulike aldergruppene og landregionene.

Miljøpartiet de grønne ble i 2015 utropt til lokalvalgets vinnere og kom inn i mange kommunestyrer og i samtlige fylkesting. Vi ser at de gjør det bedre blant de vestlige velgerne enn blant velgerne for øvrig, blant velgere fra Tyskland og Danmark er de tredje størst. Dessuten har partiet særlig høy oppslutning blant de yngste velgerne. Spesielt i aldergruppen 18-34 år gjør de det godt blant velgere fra vesteuropeiske land (se tabell 8).

Mindre oppslutning om venstresiden for de høyt utdannede fra sør

Oppsluttingen om partiene på venstresiden er godt over 50 prosent uavhengig av velgernes utdannelsesnivå, blant de med bakgrunn fra Afrika, Asia etc. (slik tabell 9 viser). Flertallet av dem som har grunnskole som høyeste utdan-

Tabell 8. **Partivalg etter landregion og aldergruppe. Kommunestyrevalget 2015**

	Ap	FrP	H	KrF	MDG	R	SV	SP	V	Andre	n[1]
18-34 år											
Norske statsborgere uten innvandrerbakgrunn	28	8	21	4	9	4	6	10	8	2	494
Vest-Europa etc	31	3	11	4	16	7	7	2	11	7	156
Østeuropeiske EØS-land	31	17	22	3	3	0	5	3	7	9	35
Afrika, Asia etc	61	5	8	2	5	5	6	1	6	2	388
35-50 år											
Norske statsborgere uten innvandrerbakgrunn	31	8	25	6	3	2	4	10	6	5	408
Vest-Europa etc	24	4	23	3	13	4	8	4	14	3	291
Østeuropeiske EØS-land	34	15	16	5	7	3	4	8	2	6	78
Afrika, Asia etc	57	4	17	3	3	4	5	0	4	2	498
51-70 år											
Norske statsborgere uten innvandrerbakgrunn	32	11	23	6	3	1	5	9	4	6	535
Vest-Europa etc	29	8	26	4	7	3	8	4	6	6	290
Østeuropeiske EØS-land	31	25	20	4	7	4	6	3	0	0	44
Afrika, Asia etc	62	5	11	5	1	3	7	1	2	1	266

[1] n = antall personer.
Kilde: Statistisk sentralbyrås velgerundersøkelse 2015.

Tabell 9. **Partivalg etter landregion og utdannelse. Kommunestyrevalget 2015**

	Ap	FrP	H	KrF	MDG	R	SV	SP	V	Andre	n[1]
Grunnskole											
Norske statsborgere uten innvandrerbakgrunn	33	16	17	2	7	2	4	7	4	7	388
Vest-Europa etc	44	9	19	0	2	0	11	3	6	5	95
Østeuropeiske EØS-land	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	19
Afrika, Asia etc	70	4	7	3	3	5	6	0	2	1	334
Videregående skole											
Norske statsborgere uten innvandrerbakgrunn	31	12	25	6	2	1	3	12	3	5	528
Vest-Europa etc	26	11	26	6	9	4	6	6	2	4	238
Østeuropeiske EØS-land	33	31	18	2	0	5	3	6	2	0	51
Afrika, Asia etc	60	6	14	1	2	5	4	0	4	3	279
Universitet/høgskole											
Norske statsborgere uten innvandrerbakgrunn	33	4	24	7	5	3	5	7	9	3	660
Vest-Europa etc	24	4	23	3	13	5	8	2	14	5	496
Østeuropeiske EØS-land	30	13	20	6	8	2	6	6	3	7	95
Afrika, Asia etc	53	4	16	4	4	3	7	1	6	2	559

[1] n = antall personer.
Kilde: Statistisk sentralbyrås velgerundersøkelse 2015.

ningsnivå, stemmer på Ap, SV og Rødt – i alt 80 prosent i denne gruppen. For dem med videregående skole er oppslutningen vel 70 prosent, mens litt over 60 prosent av dem med høyskole- eller universets utdannelse slutter opp om disse partiene.

Tabell 10. **Partivalg blant personer med innvandrerbakgrunn fra Afrika, Asia, Latin-Amerika og Oseania. Kommunestyrevalgene 2007-2015. Prosent**

	Ap	FrP	H	KrF	MDG	R	SV	SP	V	Andre	n[1]
2007	54	2	10	3	0	4	20	1	3	3	311
2011	64	4	13	4	0	2	6	0	5	2	508
2015	59	4	13	3	3	4	6	1	4	2	1 172

[1] n = antall personer.
Kilde: Valgundersøkelsene blant innvandrerbefolkningen 2007 og 2011. Institutt for samfunnsforskning/Statistisk sentralbyrå.

Tabell 11. **Partivalg blant personer med innvandrerbakgrunn fra Afrika, Asia, Latin-Amerika og Oseania etter religion**

	Ap	FrP	H	KrF	MDG	R	SV	SP	V	Andre	n[1]
Den norske kirke/statskirke	40	5	27	10	2	3	5	2	6	2	66
Den romersk-katolske kirke	54	8	18	4	6	2	2	1	5	1	149
Den ortodokse kirken	42	11	26	5	1	4	7	0	4	0	55
Annen kristen menighetet	53	6	8	18	2	2	4	1	3	3	72
Et islamsk trossamfunn	80	1	5	0	2	2	6	1	3	1	323
Buddhisme	44	14	22	6	5	0	2	2	5	0	48
Hinduismen	71	1	5	0	0	7	4	3	4	4	63
Ingen tros- eller livssynsamfunn	42	4	16	1	5	11	12	0	6	4	154
Ønsker ikke å svare	62	4	13	1	3	4	3	0	5	5	131

[1] n = antall personer.
Kilde: Statistisk sentralbyrås velgerundersøkelse 2015.

Stabil høy oppslutning om Arbeiderpartiet

For tidligere kommunevalg har vi bare tall for stemmegivningen til innvandrere fra Asia, Afrika, Latin-Amerika (samt Øst-Europa utenfor EØS). Sammenligner vi med valget i 2011, ser vi at stemmegivningen er bemerkelsesverdig stabil i denne gruppen (se tabell 10). Ap får noe lavere oppslutning, men har fortsatt støtte fra seks av ti velgere, i tillegg har Miljøpartiet De Grønne (MDG) kommet til. SV hadde tidligere høy oppslutning i innvandrerbefolkningen (Bergh 2012, 2014), men har etter valget i 2007 bare hatt 6 prosent oppslutning i denne velgergruppen.

Høyre fikk ved stortingsvalget i 2013 støtte fra 25 prosent av velgerne med innvandrerbakgrunn fra Asia, Afrika, Latin-Amerika. Ved kommunevalgene har oppslutningen vært lavere, og partiet fikk i 2015 støtte fra 13 prosent i denne gruppen, det samme som i 2011.

Medlemmer av muslimske trossamfunn slutter opp om Ap

Velgerne fra det globale sør er en sammensatt og langt fra homogen gruppe. Religiøs bakgrunn kan gi en mer utfyllende beskrivelse av velgermønsteret til denne gruppen. Det vil for noen velgere være sammenfall mellom verdensdel og religion, for eksempel oppgir mange fra latinamerikanske land at de tilhører den romersk-katolske kirken. Mens for velgere fra Asia vil dette være langt mindre opplagt. Hele 80 prosent av dem som oppgir at de tilhører et islamsk trossamfunn stemte Ap ved siste valg. Oppslutningen om Ap er lavest blant medlemmer av statskirken, medlemmer av den ortodokse kirken og blant den som oppgir at de ikke tilhører noe tros- eller livssynsamfunn.

Litteraturliste

Bergh, J., Bjørklund, T., & Aalandslid, V. (2014). Høyrebølge blant innvandrere, men flertallet velger Arbeiderpartiet. *Samfunnsspeilet, 2014*(3). Hentet fra http://www.ssb.no/valg/artikler-og-publikasjoner/hoyrebolge-blant-innvandrere-men-flertallet-velger-arbeiderpartiet

Bergh, J., Bjørklund, T., & Aalandslid, V. (2012). Ap festet grepet blant innvandrerne i 2011. *Samfunnsspeilet, 2012*(5). Hentet fra https://www.ssb.no/valg/artikler-og-publikasjoner/ap-festet-grepet-blant-innvandrerne-i-2011

Dale, T., & Faye, A. (1995). *Utenlandske statsborgere og Kommunestyre- og Fylkestingsvalget 1991* (Rapporter 94/15). Hentet fra http://www.ssb.no/a/histstat/rapp/rapp_199415.pdf

Dzamarija, M. T., Andreassen, K.K., & Slaastad, T.I. (2012). *Dokumentasjon av registerbasert statistikk over innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre* (Interne dokumenter 12/2013). Oslo: Statistisk sentralbyrå.

Faye, A. (1995). Valgadferden preges av hjemlandet. *Samfunnsspeilet, 1995*(2). Hentet fra https://www.ssb.no/valg/artikler-og-publikasjoner/valgatferden-preges-av-hjemlandet

Holmøy, E., & Strøm, B. (2012). *Makroøkonomi og offentlige finanser i ulike scenarioer for innvandring* (Rapporter 2012/15). Hentet fra http://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/artikler-og-publikasjoner/makrookonomi-og-offentlige-finanser-i-ulike-scenarioer-for-innvandring

Torstensen, A., & Lillegård, M. (2016). *Velgerundersøkelsen 2015: Dokumentasjonsrapport* (Notater 2016/18). Hentet fra https://www.ssb.no/valg/artikler-og-publikasjoner/velgerundersokelsen-2015

Innvandreres dødelighet øker med botid i Norge:

Er det de friskeste innvandrerne som kommer til Norge?

20 %

lavere dødelighet blant innvandrere

Vi skal alle dø en gang... Innvandrere har rundt 20 prosent lavere dødelighet enn den øvrige befolkningen i Norge. Blant yngre innvandrere er den mer enn 50 prosent lavere. Dødeligheten, eller sannsynligheten for å dø i et gitt år, øker derimot jo lenger innvandrere har bodd i landet vårt. Dødeligheten varierer også mellom ulike innvandrergrupper, etter landbakgrunn, familiesituasjon og utdanning. Bare innvandrere med svært lang botid har en høyere dødelighet enn den øvrige befolkningen.

Dødeligheten blant innvandrere og personer uten innvandrerbakgrunn er sammenliknet for å se om dødelighetsmønstre varierer med opprinnelsesland, botid i Norge, familiesituasjon og utdanning. Forskjeller i dødelighet undersøkes ved å se på sannsynligheten for å dø i et bestemt kalenderår (se tekstboks om begreper).

Vi finner at innvandrere med kort botid har spesielt lav dødelighet, og dødeligheten øker jo lenger de bor i Norge. Etter rundt 25 år i Norge er dødeligheten omtrent som for personer uten innvandrerbakgrunn (se boks om begreper). Dette kan tyde på at det er de friskeste innvandrerne som kommer til Norge i utgangspunktet. Samtidig kan det tyde på at innvandreres helse og helseatferd forringes etter at de kommer til Norge.

Hvorfor er dette interessant å undersøke?

Dødelighet er en av de viktigste indikatorene på helse, både på individnivå og i et folkehelseperspektiv. Å kartlegge ulikheter i dødelighetsmønstre blant innvandrere og personer uten innvandrerbakgrunn i Norge er viktig for å kunne forebygge eventuelle uheldige forskjeller i helse eller bruk av helsetjenester mellom disse gruppene. Videre kan det å undersøke forskjeller i dødelighet mellom innvandrere eller andre minoritetsgrupper og majoritetsbefolkningen øke vår forståelse av underliggende mekanismer som bidrar til å skape slik ulikhet.

Det foreligger relativt få studier om dødelighet blant innvandrere i norsk og nordisk sammenheng. De fleste undersøkelsene er fra tidligere tider da innvandrere kanskje utgjorde en annen gruppe enn de gjør i dag. Land som Sverige har en relativt lang migrasjonshistorie. Innvandringen til Norge har derimot økt kraftig i løpet av få tiår, og vi har dermed en yngre innvandrerbefolkning enn de andre skandinaviske landene. Innvandringsstrømmene til landet vårt har også vært nokså oppstykkede, og vi har fått tilfang av ulike innvandrergrupper til ulike tider. I sum gjør dette at innvandrere i Norge er en svært heterogen gruppe. Dermed kan enkelte innvandrere som kommer til Norge, ha en dårlig helse, mens andre kan ha en relativt god helse.

Fra 1 til 13 prosent av befolkningen i løpet av 45 år

Innvandrere utgjør en økende andel av Norges befolkning. Rundt 1970 utgjorde de omkring 1 prosent, mens de i dag utgjør rundt 13 prosent (Statistisk sentralbyrå 2016). Innvandringen forventes å øke også framover (Cappelen mfl. 2016).

Begreper

Dødelighet, overlevelse og levetid: Siden vi alle skal dø en gang, undersøkes forskjeller i dødelighet ved å se på sannsynligheten for å dø innenfor et begrenset tidsrom. I dette tilfellet analyserer vi sannsynligheten for å dø i et bestemt kalenderår. For personer med en lavere sannsynlighet eller risiko for å dø, vil overlevelsen eller levetiden være tilsvarende høyere.

Innvandrere: Statistisk sentralbyrå definerer innvandrere som personer født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandske besteforeldre. Innvandrere har på et tidspunkt innvandret til Norge. Norskfødte med innvandrerforeldre er født i Norge, men har to foreldre som er innvandrere. Samlet sett omtales disse to gruppene som personer med innvandrerbakgrunn.

Norskfødte barn av innvandrerforeldre er en svært liten gruppe, og er derfor holdt utenfor her. I en artikkel i Demographic Research, som denne artikkelen bygger på, er de imidlertid analysert som en egen gruppe (se tekstboks om datagrunnlaget for nærmere referanse).

Personer uten innvandrerbakgrunn omtales som øvrig befolkning eller befolkningen ellers.

Astri Syse
er seniorforsker i gruppe for økonomi og befolkningsmodeller i Forskningsavdelingen i Statistisk sentralbyrå.
(astri.syse@ssb.no)

Etter andre verdenskrig var den norske innvandringspolitikken relativt liberal. Likevel utgjorde innvandrerbefolkningen en liten andel, i hovedsak innvandrere fra andre nordiske land. Etter 1950 kom det imidlertid flyktninger fra Øst-Europa, etterfulgt av arbeidsmigranter fra andre deler av verden fra slutten av 1960-tallet. Etter at det i 1975 ble satt en stopper for arbeidsinnvandring, kom det i hovedsak flyktninger fra Asia, Afrika, Sør-Amerika og Øst-Europa.

Med utvidelsen av EU i 2004 økte arbeidsinnvandringen markant, og da særlig fra de nye EU-landene Polen og Litauen. Det siste tiåret har det særlig kommet mange innvandrere fra lavinntektsland og/eller Øst-Europa. Fordi denne studien benytter tall til og med 2012, er det store antallet asylsøkere som kom høsten 2015, ikke kommet med.

Årsakene til at folk velger å komme til Norge, har altså endret seg betydelig over tid, noe som igjen påvirker sammensetningen av innvandrerbefolkningen i Norge. Det at Norge er en velferdsstat med gratis helsetjenester og inntektssikring, gjør at det generelt på helseområdet er mindre ulikhet enn i andre land. Det er viktig å undersøke hvorvidt ordningene også har kommet innvandrerne til gode. I motsetning til situasjonen i flere andre europeiske land har innvandrere i Norge i hovedsak de samme juridiske rettighetene som befolkningen for øvrig. Det er imidlertid ikke alltid at en juridisk rett er tilstrekkelig for å sikre at folk benytter seg av offentlige tjenester på for eksempel helse- og utdanningsområdet. På en internasjonal måling hvor innvandreres deltakelse i samfunnet er tema, gjør imidlertid Norge det relativt bra og kommer på fjerde plass bak Sverige, Portugal og New Zealand. Vi ender dermed likt med Finland, men foran land som Canada, Belgia, USA, Tyskland og Nederland (MIPEX 2015).

Hvordan er studien gjort?

Dødeligheten hos innvandrere i Norge er sammenliknet med sannsynligheten for å dø i den øvrige befolkningen for å se nærmere på betydningen av opprinnelsessted, botid, observasjonsperiode og karaktertrekk som kjønn, utdanning, ekteskapelig status og om man har barn.

Vi gjør sammenlikningen ved hjelp av regresjonsanalyser (se tekstboks om analysemetode). Analysen bygger på årlige data fra registre i Statistisk sentralbyrå, som omfatter alle bosatte voksne i alderen 25-79 år i perioden 1990-2012 (N=4,4 millioner). Totalt forekom rundt 451 000 dødsfall i denne perioden. Antallet dødsfall blant innvandrere var 18 230. For nærmere detaljer om populasjonen, se boks om datagrunnlaget.

20 prosent lavere dødelighet for innvandrere

Når vi tar hensyn til kjønn, alder og observasjonsperiode, som alltid må tas hensyn til i analyser av dødelighet, finner vi at innvandrere har rundt 8 prosent lavere dødelighet enn den øvrige befolkningen. Når vi i tillegg tar hensyn til kjennetegn som utdanning, ekteskapelig status og om man har barn, synker dødsrisikoen, og blir nesten 20 prosent lavere.

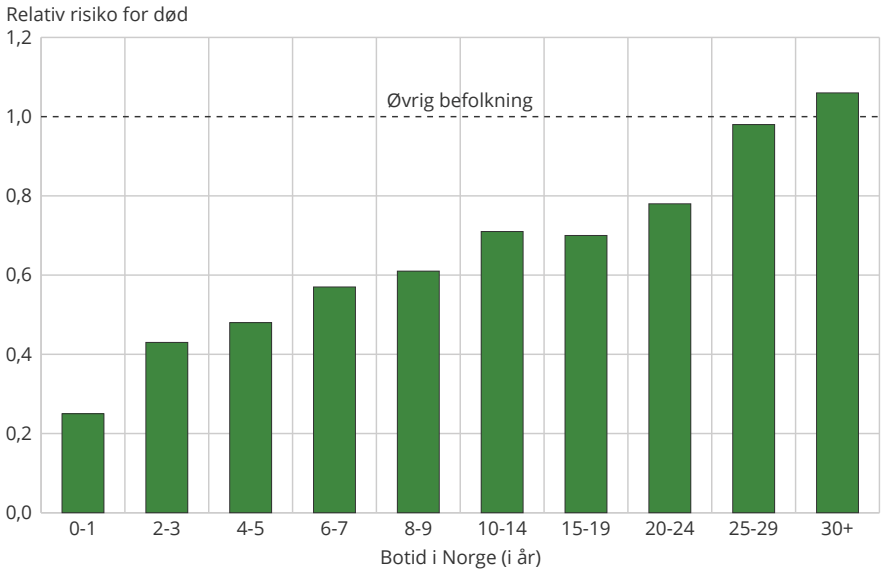
Selv om dødeligheten varierer mellom ulike innvandrergrupper avhengig av hvilke kjennetegn som undersøkes, er det ingen andre grupper enn de med svært lang botid som har en signifikant høyere dødelighet enn den øvrige befolkningen. Det generelle mønsteret har også vært relativt stabilt over tid, fra 1990 til 2012. Bare levetiden til innvandrere fra Sentral- og Øst-Europa har økt over tid. Samtidig er levetiden til innvandrere fra Norden blitt redusert. Et liknende mønster ser vi også for innvandrere fra USA, Canada og Oseania, heretter omtalt som Nord-Amerika og Oseania.

Sammenliknet med den øvrige befolkningen er dødeligheten særlig lav blant yngre (under 60 år) innvandrere (under halvparten så stor) og blant norskfødte med to innvandrerforeldre (rundt 30 prosent lavere).

30 års botid – høyere dødelighet enn i resten av befolkningen

Den største forskjellen i dødelighet mellom innvandrere og den øvrige befolkningen fant vi for innvandrere med kort botid. Men dødeligheten øker med økt botid. Innvandrere som har bodd i Norge 25-29 år, har omtrent samme dødelighet som den øvrige befolkningen, mens de (få) som har bodd i Norge i mer enn 30 år, har en litt høyere dødelighet, relativt sett (se figur 1). Dette mønsteret var det samme på tvers av kjønn, alder og observasjonsperiode. Med andre ord stiger dødeligheten med økt botid for innvandrere på samme måte for menn og kvinner, for gamle (60 år eller mer) og unge (yngre enn 60 år) i perioden 1990-1999 og 2000-2012.

Figur 1. Sannsynlighet for å dø i et gitt år[1] for innvandrere sammenliknet med øvrige befolkning, etter botid i Norge. På en skala fra 0 til 1 (øvrig befolkning)



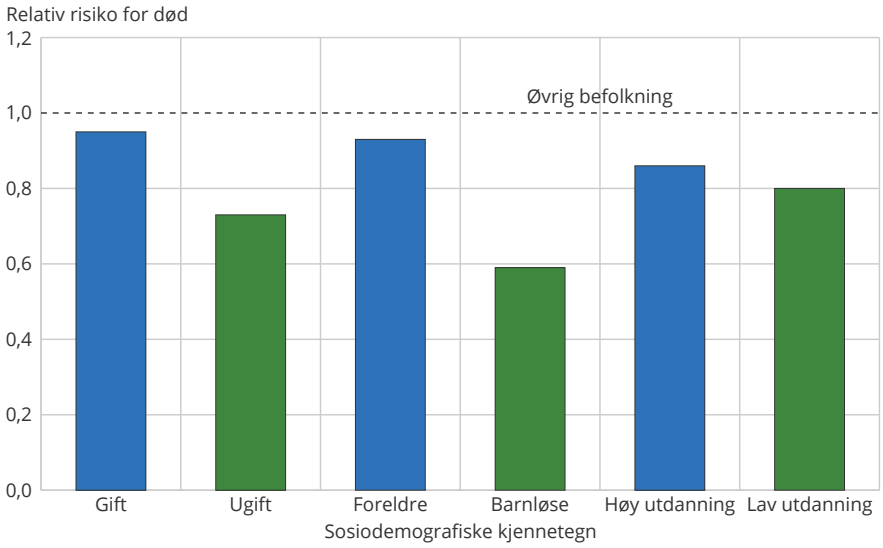
[1] Figuren er fullt justert, dvs. det er tatt hensyn til alle variablene (kalenderperiode, alder, kjønn, utdanning, ekteskapelig status og antall barn).
Kilde: Statistisk sentralbyrås befolkningsregister.

Størst forskjell i dødelighet blant lavt utdannede

Utdanningsforskjeller mellom innvandrere og den øvrige befolkningen bidrar vesentlig til å forklare innvandreres relativt lave dødelighet. Dette skyldes at innvandrere i gjennomsnitt har noe lavere utdanning.

Forskjellene i dødelighet mellom innvandrere og øvrige er noe mindre når vi sammenlikner grupper med det samme utdanningsnivået: Innvandrere med høy utdanning, det vil si utover videregående skole, har 14 prosent lavere dødelighet enn øvrige med samme utdanning (se figur 2). Innvandrere med lav utdanning, begrenset oppad til videregående skole, har 20 prosent lavere dødelighet enn øvrige med tilsvarende lav utdanning, der den sistnevnte gruppen i befolkningen kjennetegnes av nokså høy dødelighet. Men for lavt utdannete har forskjellen økt noe fra 1990 til 2012.

Figur 2. Sannsynlighet for å dø i et gitt år[1] blant innvandrere sammenliknet med tilsvarende grupper i den øvrige befolkningen, etter sosiodemografiske kjennetegn. På en skala fra 0 til 1 (øvrig befolkning)



[1] Figuren er fullt justert, dvs. det er tatt hensyn til alle variablene (kalenderperiode, alder, kjønn, utdanning, ekteskapelig status og antall barn).
Kilde: Statistisk sentralbyrås befolkningsregister og utdanningsregister.

Betydningen av utdanning varierer dessuten etter landbakgrunn: Mens lavt utdannete innvandrere fra Midtøsten, Asia og Afrika hadde en særlig lav dødelighet sammenliknet med lavt utdannete i den øvrige befolkningen, hadde høyt utdannete innvandrere fra Afrika samme dødelighet som høyt utdannete i den øvrige befolkningen.

Høyere dødelighet for innvandrere med familie

Innvandrere som er ugifte og barnløse har særlig lav dødelighet (se figur 2). Dette gjaldt på tvers av både landgruppetilhørighet og botid. Det kan være fordi dette ofte er innvandrere som kommer til landet for utdanning eller arbeid. Dette er ikke nødvendigvis tilfellet i andre land og kan kanskje forklare

Datagrunnlaget

Denne studien dekker bosatte innvandrere i perioden 1990-2012, fra over 200 forskjellige land. Innvandring på grunn av familiegjenforening, arbeid, utdanning og flukt utgjør henholdsvis 39, 31, 6 og 22 prosent av innvandringen i denne perioden.

Innvandrere utgjorde 15,9 prosent av observasjonene blant menn (N=360 911) og 13,8 prosent blant kvinner (N=304 802). Gjennomsnittlig oppfølgingstid var 15,1 år: 8,4 år for innvandrere og 16,3 år for den øvrige befolkningen. Norskfødte barn av to innvandrere utgjorde en liten (og relativt ung) andel av utvalget, og bare 113 dødsfall ble registrert blant 12 569 personer i denne gruppen. Totalt forekom det 451 379 dødsfall (274 371 blant menn og 177 008 blant kvinner).

Denne artikkelen er en noe omarbeidet versjon av en internasjonal artikkel skrevet i samarbeid med Bernadette N. Kumar ved Nasjonalt kompetansesenter for migrasjonshelse og Øyvind Næss, Olof A. Steingrimsdottir og Bjørn H. Strand ved Nasjonalt folkehelseinstitutt. Artikkelen har tittelen Differences in All-Cause Mortality: A comparison between immigrants and the host population in Norway 1990-2012 og ble publisert i mars i år i Demographic Research, se http://www.demographic-research.org/volumes/vol34/22/34-22.pdf#search=%22syse%22

hvorfor våre funn står i motsetning til funn av Bos med flere (2004) og Dunn og Dyck (2000).

Lavest dødelighet for dem fra Midtøsten og Asia

Uavhengig av landgruppe har mannlige innvandrere en lavere dødelighet enn menn i den øvrige befolkningen. Høyest er den blant menn fra Norden og Nord-Amerika og Oseania, og lavest blant menn fra Midtøsten og Asia (se figur 3). Blant innvandrerkvinner finner vi den laveste dødeligheten i gruppene som kommer fra Midtøsten og Asia. Kvinner fra Norden samt Nord-Amerika og Oseania har samme dødelighet som kvinner i den øvrige befolkningen.

Alder har størst betydning for europeere og nordamerikanere

Når vi undersøkte forskjeller i dødelighet mellom yngre og eldre innvandrere fra de ulike landgruppene, fant vi størst forskjell mellom yngre og eldre i gruppen fra Nord-Amerika og Oseania, samt Sentral- og Øst-Europa. Forskjellene er betydelige. Mens yngre innvandrere med bakgrunn fra disse landgruppene hadde halvert dødelighet sammenliknet med yngre i den øvrige befolkningen, hadde eldre innvandrere tilnærmet lik dødelighet som eldre i den øvrige befolkningen. Den minste forskjellen i dødelighet etter alder fant vi for innvandrere fra asiatiske land.

Figur 4 viser risikoen for død fra landene med flest innvandrere i Norge. Stort sett var det små forskjeller mellom menn og kvinner, og anslag for begge kjønn under ett er derfor vist her. Med unntak av innvandrere fra Pakistan har alle en lavere dødelighet enn den øvrige befolkningen. Innvandrere fra Thailand hadde rundt 20 prosent lavere dødelighet, mens innvandrere fra Iran, Irak og Vietnam hadde hele 40 prosent lavere dødelighet ved samme alder.

Hva kan forklare disse forskjellene?

I forskningslitteraturen framsettes tre hovedforklaringer på hvorfor innvandrere kan ha en annen dødelighet enn befolkningen for øvrig:
1) Seleksjon
2) Kulturell tilpasning og sosial status
3) Uregelmessigheter i data.
Disse forklaringene kan brukes for å belyse både en økt og en redusert dødelighet.

Seleksjon: Ikke nødvendigvis representative for befolkningen i opprinnelseslandet

I mange tilfeller er ikke innvandrere representative for befolkningen de reiser fra. Noen mener at innvandrere er mer ressurssterke enn andre, fordi de har hatt evne og mulighet til å flytte på seg (Lindstrom og Ramirez 2010). Seleksjonen kan også være basert på helse, men studier viser at dette kan gå begge veier.

I dag er det mest støtte for en positiv helsemessig seleksjon (Omariba mfl. 2014, Wallace og Kulu 2014). Det betyr at man forventer en lavere dødelighet blant innvandrere fordi de vil være sunnere og sterkere enn andre, siden det hovedsakelig er friske folk som velger å forflytte seg. Dette gjelder særlig dersom årsaken til forflytningen er knyttet til utdanning eller arbeid.

På den andre siden er det også noen som argumenterer for en negativ helseseleksjon, det vil si at syke mennesker forflytter seg i håp om å få bedre behandling i et nytt land (Davies mfl. 2011, McDonald og Kennedy 2004), eller at helsen deres har blitt påvirket negativt forut for forflytningen, særlig dersom den ikke er frivillig eller ønsket – som er tilfellet for de fleste flykninger (Hollander mfl. 2012, Norredam mfl. 2012). Andre igjen argumenterer for at innvandrere vil velge å returnere til hjemlandet sitt når de blir syke eller gamle, for å dø i sitt opprinnelsesland (Davies mfl. 2011).

Drikker mindre, men røyker mer

Helseatferd og bruk av helsetjenester varierer med opprinnelsesland, botid og grad av integrering i landet de bor i. Mange helsevaner, som røyking, drikking, kosthold og fysisk aktivitet, har vist seg å være forskjellige hos innvandrere sammenliknet med resten av befolkningen i landet de har flyttet til (se for eksempel Blue og Fenelon 2011, Singh og Siahpush 2002). Innvandrere vil i ulik grad tilegne seg vaner i landet de har flyttet til, og dette kan påvirke deres helse og dødelighet.

Studier har vist at innvandrere i europeiske land generelt drikker noe mindre alkohol enn resten av befolkningen i landet de har flyttet til. Andre studier har vist at enkelte innvandrergrupper røyker noe mer, er mindre fysisk aktive og i større grad overvektige (Carlsson mfl. 2014). Dette finner vi også i Norge (Kumar mfl. 2008). Forskning viser imidlertid at selv om innvandrere tilegner seg helsevaner i landet de bosetter seg i, og at dette øker med økt botid, forblir de likevel noe forskjellige fra de man finner i tilflyttingslandet(Blue og Fenelon 2011, Singh og Siahpush 2002).

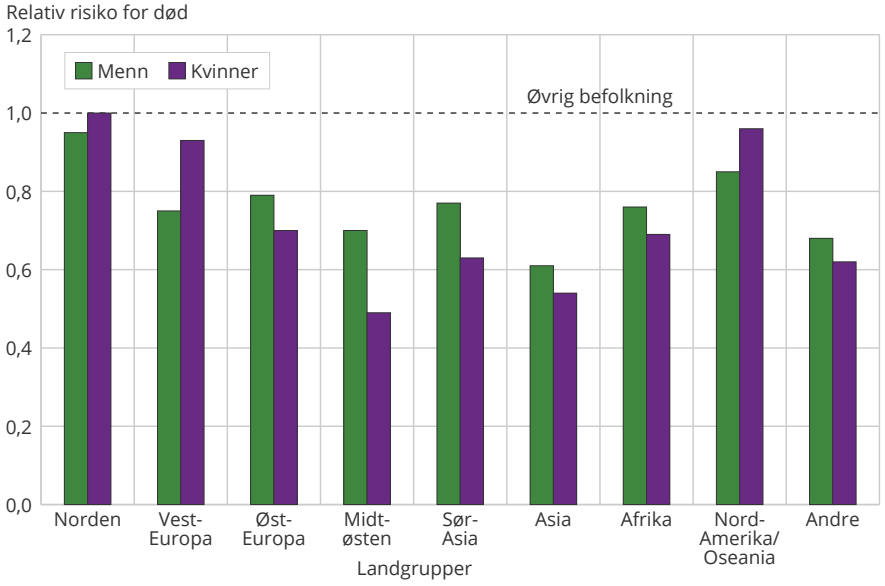
Utsetter legebesøk?

Når helsetjenestene er annerledes enn i hjemlandet, kan innvandrere også utsette kontakt med helsevesenet (De Luca mfl. 2013, Siddiqi mfl. 2009). I Norge søker innvandrere i mindre grad somatisk og psykisk helsehjelp – både fra primærhelsetjenesten og øyeblikkelig hjelp (Diaz mfl. 2014, Sandvik mfl. 2012, Straiton mfl. 2014). Det er også rapportert om problemer knyttet til korrekt bruk av reseptbelagte medisiner (Hakonsen mfl. 2014). Underforbruk av helsetjenester blant innvandrere er også observert internasjonalt (De Luca mfl. 2013, Siddiqi mfl. 2009).

Det er velkjent at helseatferd varierer mellom grupper med ulike sosiodemografiske kjennetegn. Siden vi ikke har data om helse i denne studien, benytter vi informasjon om utdanning, ekteskapelig status og foreldreskap som et alternativ. For eksempel har studier vist at røyking er mindre vanlig og fysisk aktivitet mer vanlig blant personer med høy utdanning enn hos personer med lav utdanning. Videre har studier vist at gifte og personer med barn er mer opptatt av helsefremmende atferd generelt, og at de også søker helsehjelp hyppigere (Kravdal 2003).

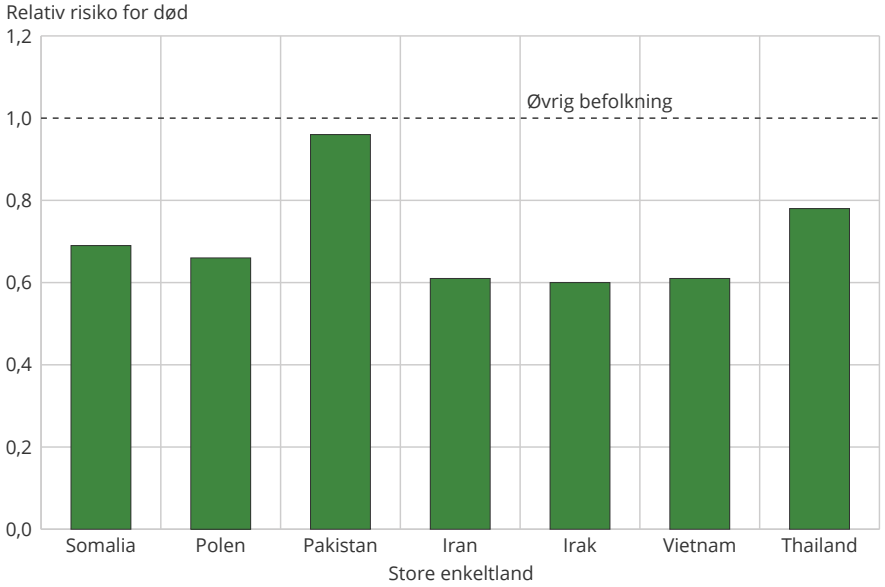
Dødelighet henger tydelig sammen med sosial status, og det er store forskjeller i sammensetningen av

Figur 3. Sannsynlighet for å dø i et gitt år[1] blant innvandrere sammenliknet med øvrige befolkning, etter landgruppe. På en skala fra 0 til 1 (øvrig befolkning)



[1] Figuren er fullt justert, dvs. det er tatt hensyn til alle variablene (kalenderperiode, alder, kjønn, utdanning, ekteskapelig status og antall barn).
Kilde: Statistisk sentralbyrås befolkningsregister.

Figur 4. Sannsynlighet for å dø i et gitt år[1] blant innvandrere sammenliknet med øvrige befolkning, etter fødeland. På en skala fra 0 til 1 (øvrig befolkning)



[1] Figuren er fullt justert, dvs. det er tatt hensyn til alle variablene (kalenderperiode, alder, kjønn, utdanning, ekteskapelig status og antall barn).
Kilde: Statistisk sentralbyrås befolkningsregister.

Analysemetode

Vi bruker data fra norske administrative registre og benytter logistiske regresjonsmodeller i et forløpsdesign. For hvert individ i alderen 25-79 år (N=4,4 millioner) ble det laget ettårs observasjoner for perioden 1990-2012. Personer ble bare inkludert i analysene de årene de faktisk var registrert bosatt i Norge. Samlet observasjonstid kalles oppfølgingstid.

I studien publisert i Demographic Research (se tekstboks om datagrunnlaget for nærmere referanse) benyttet vi fem ulike klassifiseringer for innvandrerkjennetegn. I store deler av den analysen modellerte vi norskfødte barn av innvandrere sammen med innvandrere. Her begrenses imidlertid kategorien til innvandrere, det vil si personer født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre med fire utenlandske besteforeldre. Videre grupperer vi etter utvalgte enkeltland (7 kategorier), landgruppe etter regioner (9 kategorier) og botid (10 kategorier).

I multivariate analyser ser vi på kjennetegn som kan forklare den lave dødeligheten til innvandrere. Referansekategorien er alltid den øvrige befolkningen. Siden den avhengige variabelen (sannsynligheten for å dø) har to mulige utfall (leve videre eller dø), brukes logistisk regresjonsanalyse. Metoden brukes når en vil studere den unike sammenhengen mellom sentrale uavhengige variabler eller forklaringsvariabler (her ulike innvandrerkjennetegn) og den avhengige variabelen (dødelighet), kontrollert for andre uavhengige variabler.

Vi tok hensyn til observasjonsperiode, aldersgruppe, ekteskapelig status, foreldreskap og utdanning. For utdanning benyttet vi høyeste fullførte utdanning. Årlige endringer ble tillatt for de øvrige kjennetegnene.

Resultatene fra disse analysene presenteres som oddsrater, kalt sannsynligheten for å dø i et gitt år i figurene. Når oddsforholdet er mindre enn én, betyr det at tilbøyeligheten for å dø er lavere for innvandrere enn for den øvrige befolkningen. Når oddsforholdet er større enn én, er tilbøyeligheten for å dø derimot høyere for innvandrere.

innvandrere og den øvrige befolkningen etter utdanning og familiesituasjon. Imidlertid er innvandrere i Norge en heterogen gruppe, og veletablerte sammenhenger mellom dødelighet og disse faktorene kan spille en mindre eller større rolle enn det som vanligvis er forventet for helse og etterfølgende dødelighet (se for eksempel Dunn og Dyck 2000). På den andre siden kan det å ta hensyn til alder og familiesituasjon bidra til å overskygge ulikheter mellom innvandrergrupper, og da særlig knyttet til årsaker til migrasjonen (Klinthall og Lindström 2011).

Å være innvandrer kan påvirke helsen negativt

Selv om vi tar hensyn til alder, familiesituasjon og utdanning, vil noen argumentere for at helsen til innvandrere kan påvirkes negativt bare av at de er innvandrere, og dermed representerer en minoritetsgruppe som kan ha opplevd ulemper utover hva som konvensjonelt måles ved sosiodemografiske kjennetegn, ofte omtalt som 'social causation' (Marmot mfl. 1987). Et eksempel på dette er at høyt utdannete innvandrere som har flyttet til Norge, ofte tjener mindre enn den øvrige befolkningen med tilsvarende utdanning, fordi de ofte ender opp i jobber som er mindre relevante for utdanningen sin (Villund 2014).

Utvandring utilstrekkelig registrert

Selv om norske befolkningsregistre er ansett å være av særdeles høy kvalitet internasjonalt, er det enkelte problemer knyttet til registreringsmangler. Dette er særlig knyttet til utvandring. Innvandrere har en større utvandringssannsynlighet enn øvrige: I 2011 ble rundt 70 prosent av alle utvandringer tillagt innvandrere (Pettersen 2013). Dette omfatter også administrative utregistreringer, som utgjør om lag en fjerdedel.

Imidlertid er det forskjeller i utvandringssannsynlighet, avhengig av årsaken til at man har innvandret, botid og opprinnelsesland. Flyktninger har for eksempel en langt mindre utvandringssannsynlighet enn arbeidsinnvandrere. Videre synker utvandringssannsynligheten med økende botid, og etter ti år i Norge er det nokså få som utvandrer.

Vi tok hensyn til dette ved å beregne risiko for død i ulike aldersgrupper og blant innvandrere med ulik botid. Vi så også nærmere på dødsrisiko blant innvandrere fra ulike landgrupper hver for seg. Vi fant ingen mønstre som tyder på at det er konsekvente feilregistreringer i bestemte retninger. Dette er viktig fordi manglende utregistrering av innvandrere som faktisk har forlatt Norge, vil føre til at innvandreres dødelighet estimeres som for lav (Wallace og Kulu 2014). At dette mest sannsynlig er lite viktig her, understøttes av at vi finner at risikoen for død øker med økt botid.

Behov for mer forskning

At innvandrere har en lavere dødelighet enn befolkningen ellers kan for mange være overraskende. Våre resultater er imidlertid i tråd med mye tidligere internasjonal forskning, og en grundigere sammenlikning med tidligere forskning finnes i originalartikkelen (se boks om datagrunnlaget).

Det at innvandreres dødelighet blir mer lik dødeligheten i den øvrige befolkningen med økt botid, kan tyde på at det er de friskeste og sunneste innvandrerne som flytter til Norge i utgangspunktet. Samtidig kan det tyde på at tilpasningene innvandrere gjør i helse og helseatferd, bidrar til å øke dødeligheten deres, særlig på lang sikt. Disse to mekanismene virker således hver sin vei, og understøtter behovet for økt forskning på helsen og velferden til innvandrere etter hvert som de blir eldre og har lengre tilhørighet til det norske samfunnet. Spesielt viktig blir det å undersøke dødelighet knyttet til spesifikke sykdommer, og i hvilken grad dødelighet varierer med innvandringsgrunn.

Litteraturliste

Blue, L., & Fenelon, A. (2011). Explaining low mortality among US immigrants relative to native-born Americans: the role of smoking. *International Journal of Epidemiology, 40*(3), 786-793. Hentet fra http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyr011

Bos, V., Kunst, A. E., Keij-Deerenberg, I. M., Garssen, J., & Mackenbach, J. P. (2004). Ethnic inequalities in age- and cause-specific mortality in The Netherlands. *International Journal of Epidemiology, 33*(5), 1112-1119. Hentet fra http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyh189

Cappelen, Å., Skjerpen, T. og Tønnessen, M. (2016). Befolkningsframskrivinger 2016-2100: Inn- og utvandring. *Økonomiske analyser*, 35(3), 45-62. Hentet fra https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/270396

Carlsson, A. C., Wändell, P., Riserus, U., Ärnlöv, J., Borné, Y., Engström, G.,… de Faire, U. (2014). Differences in anthropometric measures in immigrants and Swedish-born individuals: Results from two community-based cohort studies. P*reventive Medicine,* 69, 151-156. Hentet fra http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.09.020

Davies, A. A., Borland, R. M., Blake, C., & West, H. E. (2011). The dynamics of health and return migration. *PLoS Medicine* 8(6), 1-4. Hentet fra http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001046

De Luca, G., Ponzo, M., & Andrés, A. R. (2013). Health care utilization by immigrants in Italy. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 13(1), 1-31. Hentet fra http://dx.doi.org/10.1007/s10754-012-9119-9

Diaz, E., Calderón-Larrañaga, A., Prado-Torres, A., Poblador-Plou., B., & Gimeno-Feliu, L.-A. (2015). How do immigrants use primary health care services? A register-based study in Norway. *The European Journal of Public Health*, 25(1), 72-78. Hentet fra http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cku123

Dunn, J. R. & Dyck, I. (2000). Social determinants of health in Canada›s immigrant population: results from the National Population Health Survey. *Social Science and Medicine*, 51(11), 1573-1593. Hentet fra http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00053-8

Hakonsen, H., Lees, K. & Toverud, E. L. (2014). Cultural barriers encountered by Norwegian community pharmacists in providing service to non-Western immigrant patients. *International Journal of Clinical Pharmacology,* 36(6), 1144-1151. Hentet fra http://dx.doi.org/10.1007/s11096-014-0005-z

Hollander, A.-C., Bruce, D., Ekberg, J., Burström, B., Borrell, C., & Ekblad, S. (2012). Longitudinal study of mortality among refugees in Sweden. *International Journal of Epidemiology*, 41(4), 1153-1161. Hentet fra http://dx.doi.org/10.1093/ije/dys072

Klinthäll, M., & Lindström, M. (2011). Migration and health: a study of effects of early life experiences and current socio-economic situation on mortality of immigrants in Sweden. *Ethnicity & Health*, 16(6), 601-623. Hentet fra http://dx.doi.org/10.1080/13557858.2011.602392

Kravdal, Ø. (2003). Children, family and cancer survival in Norway. *International Journal of Cancer*, 105(2), 261-266. Hentet fra http://dx.doi.org/10.1002/ijc.11071

Kumar, B., Grøtvedt, L., Meyer, H. E., Søgaard, H. J., & Strand, B. H. (2008). The Oslo immigrant health profile (Report 2008:7). Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/rapport-20087-pdf3.pdf

Lindstrom, D. P. & Ramirez, A. L. (2010). Pioneers and followers: migrant selectivity and the development of U.S. migration streams in Latin America. *Annals of the American Academy of Political and Social Sciences* 630(1): 53-77. Hentet fra http://www.jstor.org/stable/20743987

Marmot, M. G., Kogevinas, M. og Elston, M. A. (1987). Social/economic status and disease. *Annual Review of Public Health* 8, 111-135. Hentet fra DOI: 10.1146/annurev.pu.08.050187.000551

McDonald, J. T. & Kennedy, S. (2004). Insights into the ‹healthy immigrant effect›: health status and health service use of immigrants to Canada. *Social Science and Medicine*, 59(8), 1613-1627. Hentet fra http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.02.004

MIPEX (2015). Migrant Integration Policy Index 2015. Nedlastet fra http://www.mipex.eu/

Norredam, M., Olsbjerg, M., Petersen, J.H., Juel, K., & Krasnik, A. (2012). Inequalities in mortality among refugees and immigrants compared to native Danes – a historical prospective cohort study. *BMC Public Health* 12(757)1-9. Hentet fra http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-12-757

Omariba, D. W. R., Ng, E. & Vissandjee, B. (2014). Differences between immigrants at various durations of residence and host population in all-cause mortality, Canada 1991-2006. *Population Studies* 68(3), 339-57. Hentet fra http://dx.doi.org/10.1080/00324728.2014.915050

Pettersen, S. V. (2013). Utvandring fra Norge 1971-2011 (Rapporter 2013/30). Hentet fra https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/133741

Sandvik, H., Hunskaar, S. & Diaz, E. (2012). Immigrants› use of emergency primary health care in Norway: a registry-based observational study. *BMC Health Services Research* 12(308), 1-10. Hentet fra http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-12-308

Siddiqi, A., Zuberi, D. & Nguyen, Q. C. (2009). The role of health insurance in explaining immigrant versus non-immigrant disparities in access to health care: comparing the United States to Canada. *Social Science and Medicine* 69(10), 1452-1459. Hentet fra http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.08.030

Singh, G. K. & Siahpush, M. (2002). Ethnic-immigrant differentials in health behaviors, morbidity, and cause-specific mortality in the United States: an analysis of two national data bases. *Human Biology* 74(1): 83-109.

Statistisk sentralbyrå (2016). Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 1. januar 2016. Hentet fra http://www.ssb.no/innvbef

Straiton, M., Reneflot, A. & Diaz, E. (2014). Immigrants› use of primary health care services for mental health problems. *BMC Health Services Research* 14(341), 1-10. Hentet fra http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-14-341

Syse, A., Strand, B. H., Naess, O., Steingrímsdóttir, Ó. A., & Kumar, B. N. (2016). Differences in all-cause mortality: A comparison between immigrants and the host population in Norway 1990-2012. *Demographic Research* 34(22): 615-656. Hentet fra http://www.demographic-research.org/volumes/vol34/22/

Villund, O. (2014). Overkvalifisering blant innvandrere 2007-2012 (Rapporter 2014/28). Hentet fra http://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/193602

Wallace, M. & Kulu, H. (2014). Low immigrant mortality in England and Wales: A data artefact? *Social Science and Medicine*, 120, 100-109. Hentet fra http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.08.032

Intervju med Bengt Oscar Lagerstrøm, seksjonssjef for personundersøkelser

SSBs intervjuvirksomhet feirer 50 år

Hvordan vet SSB hvor mange som trives på jobben, hvordan helsa er eller hvem som besøker slektningene sine ukentlig? SSBs intervjuere ringer og spør. Av og til drar de også hjem til deg. Og uten dem, ville vi visst mye mindre om hvordan nordmenn har det. Som man spør, får man svar.

- *Hvor mange intervjuere er dere i dag?*
  Vi er 98 intervjuere fordelt på to ringesentre i Oslo og Kongsvinger. I tillegg jobber 74 intervjuere fra egne hjem rundt omkring i hele landet.

- *Hvor mange har dere vært?*
  Siden intervjuvirksomheten ble opprettet, har nesten 4 000 personer vært ansatt som intervjuere i SSB.

- *Hvor mange har dere intervjuet gjennom årene?*
  Jeg vil anslå at vi har gjennomført om lag 3 millioner intervjuer de siste 50 årene! Bare siden 2000 har vi gjort rundt 120 000 intervjuer årlig.

- *Hvorfor ble intervjuvirksomheten etablert?*
  Alt tidlig på 1950-tallet vurderte SSB å opprette et intervjukorps, for å gjennomføre utvalgsundersøkelser, og høsten 1965 vedtok Stortinget at SSB skulle kunne bygge opp en fast intervjuvirksomhet. Intervjuvirksomheten skulle bidra til å belyse sosiale forhold, for eksempel. I dag bruker SSB først og fremst offentlige registre for å lage statistikk, så intervjuundersøkelsene brukes når viktige opplysninger ikke kan hentes inn på andre måter enn ved å intervjue personer.

- *Hva intervjues folk om?*
  Det kan være enkle faktaspørsmål som vi stiller i Boforholdsundersøkelsen: «Leier du for tiden ut hybel eller leilighet med egen inngang, men i samme bolig som du bor?». Spørsmål om adferd som: «Hvor ofte er du sammen med slektninger?», eller mer sensitive spørsmål som i levekårsundersøkelsene: «Hvor mange alkoholenheter drikker du i gjennomsnitt på hverdager (mandag-torsdag)?». Men hva som er oppfattes som sensitivt varierer over tid og mellom mennesker.

- *Hvor mange undersøkelser gjennomfører SSB hvert år?*
  I 2016 gjennomfører vi 16 undersøkelser, og noen av undersøkelsene går flere ganger i løpet av året. Besøksintervju gjør vi sjeldnere – trenden nå er å kombinere web og telefon. Opp gjennom årene har porteføljen av løpende undersøkelser blitt utvidet, samtidig som vi har gjennomført mange enkeltstående datainnsamlinger for offisiell statistikk og til forskning og planlegging.

50 år med spørsmål og svar. Seksjonssjef for personundersøkelser, Bengt Oscar Lagerstrøm, anslår at det er gjennomført rundt 3 millioner intervjuer siden intervjuvirksomheten startet for 50 år siden.

- *Hvem intervjuer dere på vegne av?*
  Vi intervjuer først og fremst på vegne av vår egen organisasjon, SSB. Enten det er i forbindelse med faste datainnsamlinger om arbeid som i Arbeidskraftundersøkelsen eller informasjon om bolig og helse i Levekårsundersøkelsene, eller ved nye statistikkbehov. Spesielt gjelder dette når vi trenger å undersøke hvordan spesifikke grupper har det, som innsatte i norske fengsler, lavinntektsgrupper, personer med nedsatt funksjonsevne, studenter, personer med innvandringsbakgrunn og mange, mange flere.

- *Hvem bruker resultatene?*
  Forhåpentligvis så mange som mulig! Statistikken er tilgjengelig for alle på ssb.no. Resultatene er viktige for beslutningstakere og journalister for å belyse ulike samfunnsforhold. Resultatene er også tilgjengelige for forskere og studenter gjennom Norsk senter for forskningsdata, slik at de kan brukes i opplæring og i forskning.

- *Hva koster det å gjøre en intervjuundersøkelse?*
  Prisen varierer ut i fra hvem og hvor mange som skal spørres, hvor mange spørsmål de skal besvare og om spørsmålene skal stilles av intervjuer ansikt-til-ansikt eller over telefon. Enkelte datainnsamlinger koster flere titalls millioner å gjennomføre, mens andre er langt rimeligere.

- *Hva har vært den største endringen i intervjuernes situasjon i løpet av 50 år?*
  Den største endringen kom med PC-assistert intervjuing i 1995. Vi står imidlertid midt oppe i en ny stor endring knyttet til digitalisering, mer automatisering og mer tilrettelegging for selvadministrasjon. I dag henter vi stort sett inn informasjon gjennom respondentenes svar på standardiserte spørsmål. Snart vil vi be respondentene om svare via en nyutviklet app. Ny teknologi og trender, og for eksempel elektroniske spor som vi etterlater oss, vil både begrense og skape nye behov for intervjuundersøkelser fremover.

- *Hva slags refleksjoner gjør du deg i forbindelse med 50 års-jubileet?*
  Når jeg ser tilbake på SSBs 50 år lange historie med intervjuing, så ser jeg at virksomheten har vært omfattende og økende. Den har også ligget i front av teknologiske endringer i SSB. Spesielt er det spennende å jobbe med hvordan intervjuerne skal fungere sammen med ny teknologi i morgendagens undersøkelsesdesign. Her er vi faktisk helt i front internasjonalt.

Intervjuer: Lene Ødegård Olsen

Utgiver:
Statistisk sentralbyrå

Postadresse:
Postboks 8131 Dep
NO-0033 Oslo

Besøksadresse:
Akersveien 26, Oslo
Oterveien 23, Kongsvinger

E-post: ssb@ssb.no
Internett: www.ssb.no
Telefon: 62 88 50 00

ISSN 0801-7603 Trykt versjon
ISSN 0809-4713 Elektronisk versjon

Statistisk sentralbyrå
Statistics Norway