

Jorun Ramm, Arne Jensen og Jens-Kristian Borgan

7. Helse og levevaner, uførhet og dødelighet¹

Dårligere helse, kortere levetid

- *Kvinner og personer midtveis i livet som bor alene, har i større grad helseproblemer enn andre.*
- *Andelen med psykiske plager øker med alder for alle, men er høyere i gruppen av aleneboere i alle aldersgrupper.*
- *Høyere andeler aleneboere over 30 år har daglig eller ukentlig forbruk av sovemedisin, beroligende medisin og medisin mot depresjon sammenlignet med flerboere.*
- *Enslige¹ er oftere uførepensjonert, og har en høyere uføregrad enn ikke-enslige.*
- *Andelen uførepensjonerte kvinner er lavere blant enslige enn blant ikke-enslige.*
- *Andelen uførepensjonerte menn er høyere blant enslige enn blant ikke-enslige.*
- *Andelen langvarig aleneboere øker og gruppen har endret karakter.*
- *Gruppen av unge som bor alene over lang tid, er liten, men øker relativt sett mest.*
- *Langvarig aleneboere har hatt en dårligere utvikling i dødelighet sammenlignet med dem som ikke har bodd lenge alene.*
- *Grupper av langvarig aleneboere i vekst har sterkest økning i overdødelighet.*

Helse og levevaner henger sammen og skaper helseulikheter i befolkningen. I dette kapitlet tar vi for oss levevaner og en del livsstilsrelaterede sykdommer. Videre diskuteres aleneboere og flerboere i relasjon til uførhet og dødelighet.

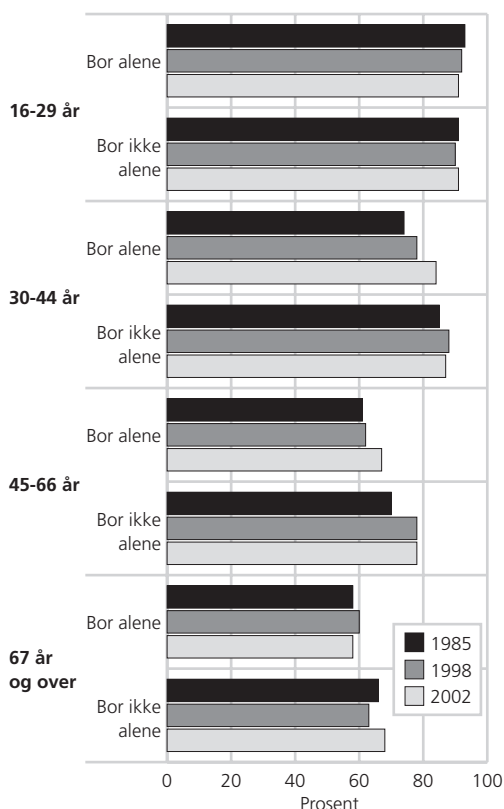
Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt i 2002 viste at fire av fem voksne 16 år og over har god helse. Blant aleneboere har 72 prosent god helse og blant flerboere har 82 prosent god helse. Målet på egenvurdert helse er me-

Boks 1. Aleneboere i helse- og levekårsundersøkelsene

Når aleneboere omtales her, gjelder det personer som lever i en husholdning med kun én person. 961 personer eller 18 prosent mellom 16-66 år bor i et hushold uten andre voksne eller barn (Statistisk sentralbyrå 2002). Aldersfordelingen blant personer som bor alene, versus de som bor sammen med flere, viser at det er en større andel under 30 år, lavere andel i alderen 30-44 år, og lik andel i gruppen 45-66 år. Aldersfordelingen for henholdsvis kvinner og menn viser at det blant aleneboere er en høyere andel menn i den yngste aldersgruppen sammenlignet med fordelingen av flerboende menn. Blant kvinner som bor alene, er andelen unge lavere enn blant flerboende kvinner. Imidlertid er nærmere halvparten av aleneboere i alderen 45-66 år. I omtale av kjønnsforskjeller mellom gruppene må man være oppmerksom på denne skjevheten. Hovedvekten i denne framstillingen benytter derfor primært alder som bakgrunnskjennetegn. (Se også kapittel 1. Aleneboendes demografi.)

¹ Rettinger foretatt 19.9.2006.

Figur 7.1. Andel personer 16 år og over som anser helsen for å være meget god eller god blant aleneboere og flerboere, etter alder. 1985, 1998 og 2002. Prosent



Kilde: Helseundersøkelsen 1985 og Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 1998 og 2002, Statistisk sentralbyrå.

get stabilt over tid, og har vist seg å være en god indikator på dødelighet (Kaplan 1988). Unge mennesker har god helse uavhengig av om de bor alene eller sammen med andre. En andel på vel 90 prosent av unge sier at helsen er meget god eller god. Oppfatningen av egen helse og forekomsten av helseproblemer øker med alderen. Det er færre som betegner egen helse som meget god eller god etter 45-årsalder.

Figur 7.1 viser hvordan personer som bodde alene og personer som bodde

Boks 2. Helseundersøkelsen 1985 og Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 1998 og 2002

Utvalgene til disse undersøkelsene er i størrelsesorden 10 000 personer 16 år og over som bor i private husholdninger. Intervjupersonene er stilt spørsmål om helse, livsstil og sosial kontakt i personlige intervjuer, se for øvrig rapporter i serien Norges offisielle statistikk og dokumentasjonsrapport for en nærmere beskrivelse av undersøkelsene (Statistisk sentralbyrå 1987, Roll-Hansen 1999 og Hougen 2004).

sammen med andre på tre tidspunkter, i henholdsvis 1985, 1998 og 2002, vurderer egen helse. Aleneboere har generelt sett dårligere helse enn personer som bor sammen med flere, med unntak av de aller yngste. Forskjellen mellom de som bodde alene og de som bodde sammen med andre på måletidspunktene, opprettholdes over tid. Tallene indikerer stabilitet eller beskjeden utvikling i retning av bedre helse for alle aldersgrupper. Imidlertid ser det ut til at aleneboere i alderen 30-66 år har hatt en gunstigere utvikling enn øvrige grupper.

Blant aleneboere er det særlig middelaldrende og eldre, kvinner og personer med lav utdanning som skårer lavere på egenvurdert helse. I tillegg har personer som står utenfor yrkeslivet dårlig helse, uavhengig av samlivsstatus. Andelen er imidlertid noe høyere blant aleneboere (jf. vedleggstabell 7.1).

Alder er et viktig kjennetegn i forhold til helse. Eldre mennesker har dårligere helse enn befolkningen i alt. Dette henger sammen med generell alderssvekkelse, slitasje og akkumulering av helseproblemer over tid. I den videre framstillingen av helse og levevaner har vi valgt å kon-

sentrere oss om personer under pensjonsalder (67 år).

Mer uheldige levevaner blant godt voksne aleneboere

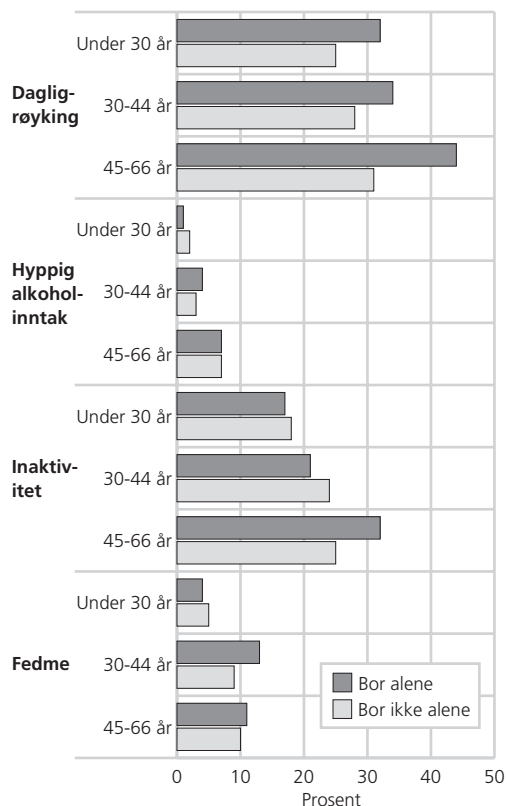
Levevanene henger sammen med risiko for å utvikle helseproblemer. Forskning viser at det å bo sammen med andre kan virke forebyggende. Manglende regelmessighet og struktur kan gi et livsmønster som påvirker helseatferden negativt. Her tar vi for oss dagligrøyking, alkoholbruk, inaktivitet og kraftig overvekt. Resultatene for gruppene under ett, basert på data fra Levekårsundersøkelsen 2002, viser ikke vesentlige forskjeller mellom aleneboere og personer som bor i flerpersonshushold når det gjelder hyppig alkoholinntak, inaktivitet eller overvekt. Det er imidlertid forskjell mellom gruppene etter alder. Når det gjelder røykevaner er det høyere andeler blant aleneboere som røyker daglig i alle aldersgrupper sammenlignet med flerboere.

Forskjellene i levevaner mellom personer som bor alene og personer som bor sammen med flere er særlig markert i de høyeste aldersgruppene. I dette alderssjiktet antas statusen som aleneboer også å være mer stabil, og å ha lengre varighet enn i yngre grupper. Andelen personer som ikke mosjonerer, ligger 7 til 8 prosent høyere blant aleneboere i alderen 45-66 år sammenlignet med personer som bor sammen med andre. Fedme og kraftig overvekt har også større utbredelse blant aleneboere 30 år og over. I aldersgruppen 30-44 år er det 4 prosentpoeng forskjell mellom aleneboere og flerboere.

Aleneboere røyker mer, ...

38 prosent av aleneboere og 28 prosent av flerboere røyker daglig. Det er vel 10 prosentpoeng høyere forekomst av dag-

Figur 7.2. Andel 16-66 år med hyppig alkoholinntak, inaktivitet og med fedme blant aleneboere og flerboere, etter alder. 2002. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2002, Statistisk sentralbyrå.

ligrøyking blant aleneboere sammenlignet med personer i flerpersonshushold i alle aldersgrupper. Uavhengig av om man bor alene eller sammen med andre, er det en sammenheng mellom dagligrøyking og utdanningsnivå (vedleggstabell 7.2). Høyest andel dagligrøykere er det blant personer med lav utdanning. Om lag 52 prosent av aleneboere med utdanning på grunnskolenivå røyker daglig. Det er også stor utbredelse av røyking blant aleneboere uten arbeidstilknytning (og blant uføretrygdete).

... drikker som andre, ...

Hyppighet av alkoholinntak er målt ved om man i en vanlig uke drikker alkohol på fire av sju ukedager, uavhengig av mengde. Forskjellene mellom aleneboere og andre er marginale. Det er generelt sett en høyere andel blant personer over 45 år som drikker alkohol fire ganger i uken eller oftere (7 prosent). Det er i grupper av aleneboere med grunnskoleutdanning og i grupper som ikke har fullført utdanning eller uten oppgitt utdanning, andelen for hyppig alkoholinntak er høyest, samt i gruppen av uføre.

... og har en mer passiv livsstil

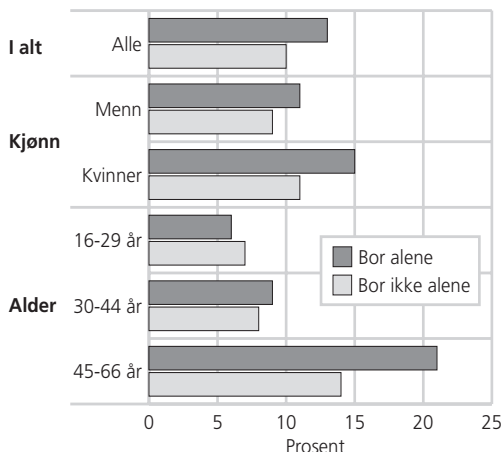
For andre livsstilsrelaterte forhold som mosjon, viser tallene at i underkant av en fjerdedel av befolkningen i alderen 16-66 år aldri mosjonerer. Det er en noe høyere andel inaktive blant personer i flerpersonshushold sammenlignet med aleneboere i de yngste aldersgruppene. Blant middelaldrende (45-66 år) er det en signifikant større andel som er inaktive i gruppen av aleneboere. I denne gruppen sier en av tre at de aldri trener eller mosjonerer.

Passiv livsstil er også en av årsakene til overvekt. Tall for kraftig overvekt viser ikke entydig at aleneboere er mer overvektige enn personer som bor sammen med andre. Det er imidlertid en noe høyere andel med fedme blant kvinnelige aleneboere og aleneboere i alderen 30-44 år (vedleggstabell 7.2).

Aleneboere har høyere forekomst av helseproblemer

I figur 7.3 referert innledningsvis, om hvordan den enkelte vurderer helsen sin, kom det fram at en lavere andel aleneboere vurderte helsen sin som god, sammenlignet med personer som bor sammen med andre, særlig etter 30-års-

Figur 7.3. Andel personer 16-66 år med helseproblemer som påvirker hverdagen i stor grad etter om man bor alene eller sammen med andre, etter kjønn og alder. 2002. Prosent



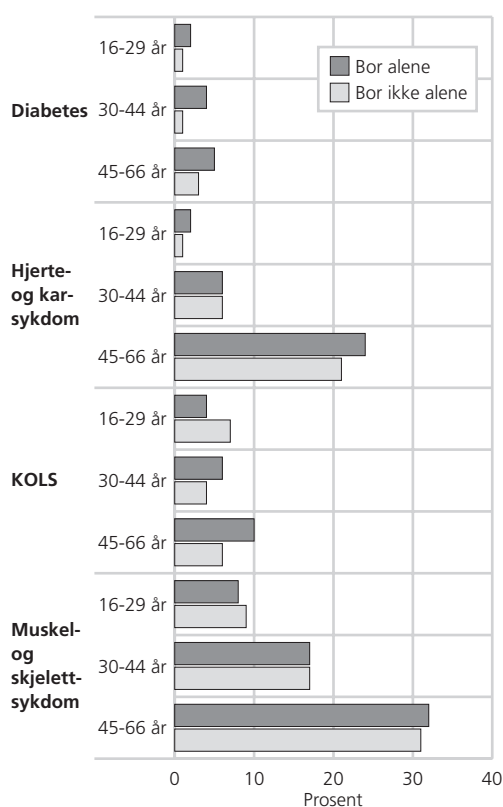
Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2002, Statistisk sentralbyrå.

alder. En andel på 13 prosent av aleneboere og 10 prosent av personer som bor sammen med andre, sier at de har helseproblemer og sykdommer som påvirker hverdagen i høy grad. Forskjellen mellom gruppene er størst blant kvinner og middelaldrende. Forskjellen for kvinner påvirkes av at gruppen av aleneboende kvinner aldersmessig er eldre enn gruppen av flerboende kvinner, se boks 1.

Sykdom som funksjon av livsstil

Begrepet «livsstilssykdommer» brukes ofte om en gruppe sykdommer som ses i sammenheng med livsstil. Uavhengig av om levevanene er valgt, tillært eller et utslag av manglende mestring så har levevanene konsekvenser for hvilke sykdommer den enkelte har økt risiko for å utvikle. Det gjelder blant andre hjerte- og karsykdom, kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), diabetes, muskel- og skjelettsykdommer med videre.

Figur 7.4. Andel med ulike livsstilsrelaterte sykdommer blant aleneboere og flerboere, etter alder. 2002. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2002, Statistisk sentralbyrå.

Resultatene fra kartleggingen av levevaner over viser at dagligrøyking er mer utbredt blant aleneboere. I aldersgrupper over 45 år er også inaktivitet og fedme mer utbredt blant personer som bor alene. Forskjellene i levevaner manifesteres i andelen med ulike livsstilsrelaterte sykdommer. Figur 7.4 viser at med unntak av muskel- og skjelettsykdom er det en høyere hyppighet av livsstilssykdommer blant aleneboere i alle aldersgrupper.

Generelt øker sykkeligheten med alder, også for de livsstilsrelaterte sykdommene. Forskjellene etter om man bor alene eller

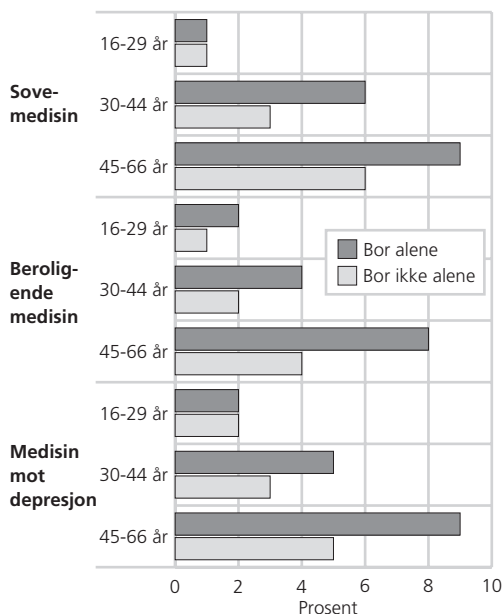
sammen med andre, gir seg størst utslag i eldre aldersgrupper. Sykeligheten er høyere blant kvinner, og andelen kvinnelige aleneboere med livsstilssykdommer er høyere enn blant kvinner som bor sammen med flere (vedleggstabell 7.3). Dette har sammenheng med at kvinner som bor alene, aldersmessig er eldre enn gruppen av flerboende kvinner.

Mer psykiske plager og medikamentbruk blant aleneboere

I omtale av aleneboendes helse er det vanskelig å komme utenom psykisk helse. Forskning har vist at psykiske plager er mer utbredt blant enslige enn i befolkningen for øvrig (blant annet Lau mfl. 2002). I kapitlet om aleneboendes sosiale nettverk og psykisk helse (kapittel 9) vises det til at en dobbelt så høy andel aleneboere har psykiske problemer sammenlignet med personer som bor i hushold med flere personer, henholdsvis 14 og 7 prosent.

Et annet mål på psykiske helseproblemer, enn det som er benyttet i kapittel 9, er et internasjonalt instrument på 25 spørsmål som besvares anonymt på papirskjema (Hopkins Symptom Check List). En skår på 1,75 eller høyere på en indeks konstruert av 25 spørsmål om man har følt seg oppgitt, nedtrykt, bekymret, vært plaget av angst med videre gir en sterk indikasjon på psykiske helseproblemer. Resultater fra Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2002 viser at andelen med psykiske vansker er gjennomgående høyere blant aleneboere enn blant personer som bor i hushold med andre. Forskjellene mellom aleneboere og flerboere utjevnes noe med økende utdanningsnivå (se vedleggstabell 7.4). I henhold til denne indeksen har 16 prosent av de som bor alene og 10 prosent av personer som bor sammen med andre,

Figur 7.5. Andel personer 16-66 år som har brukt sovemedisin, beroligende medisin eller medisin mot depresjon daglig eller ukentlig siste tre måneder, etter alder og om man bor alene eller sammen med andre. 2002. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2002, Statistisk sentralbyrå.

psykiske vansker. Det er marginal forskjell på kvinner og menn som bor alene, men andelene er høyere enn for personer som bor i flerpersonhushold. Andelene med psykiske vansker er også høyere for aleneboere i alle aldersgrupper sammen-

lignet med personer som bor sammen med andre. Særlig store utslag er det i grupper med lav utdanning, grupper som ikke er yrkesaktive eller som er uføre (vedleggstabell 7.4).

Forbruk av medikamenter som sovetabletter, beroligende medikamenter og antidepressiva er høyere blant aleneboere over 30 år sammenlignet med personer i samme aldersgrupper som bor i hushold sammen med andre. Bruken av denne typen medikamenter øker med alder for begge grupper, men øker relativt sett mer i gruppen av aleneboere. I aldersgrupper over 30 år er det tilnærmet dobbelt så høye andeler som har brukt sovemedisin, beroligende medisin eller antidepressiva daglig eller ukentlig siste tre måneder.

Uførhet

Ifølge lov av 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) er formålet med uførepensjon å sikre inntekt for personer som har fått sin inntektsevne eller arbeidsevne varig nedsatt på grunn av sykdom, skade eller lyte. I det følgende vil enslige uførepensjonister bli sammenlignet med uførepensjonister som ikke er enslige og uførepensjonister i befolkningen totalt. Presentasjonen av tallene tar sikte på å si noe om kjønns- og aldersforskjeller i gruppene av uføre.

Boks 3. Forløpsdatabasen FD-Trygd – avgrensning og definisjoner

Grunnlagsmaterialet for presentasjonen er registerdata hentet fra forløpsdatabasen FD-Trygd. I alt er det gjort uttrekk av tverrsnittsdata fra fire forskjellige tidspunkter (januar i 1999, 2001, 2003, 2004). På alle fire tidspunkter er det trukket ut tverrsnittsdata for tre populasjoner. Disse populasjonene er enslige, ikke enslige og bosatte.

Gruppen av enslige er definert ut fra variabelen «Antall personer i familien». Definisjonen kan inkludere noen personer som ikke er enslige (for eksempel samboere uten felles barn) på grunn av noe usikkerhet knyttet til registreringer i Det sentrale folkeregister. Bosatte tilsvarer det som i Norges offisielle statistikk omtales som folkemengde basert på opplysninger fra folkeregisteret. Bosatte vil her benevnes som befolkningen totalt eller befolkningen generelt.

Flere uførepensjonerte blant enslige

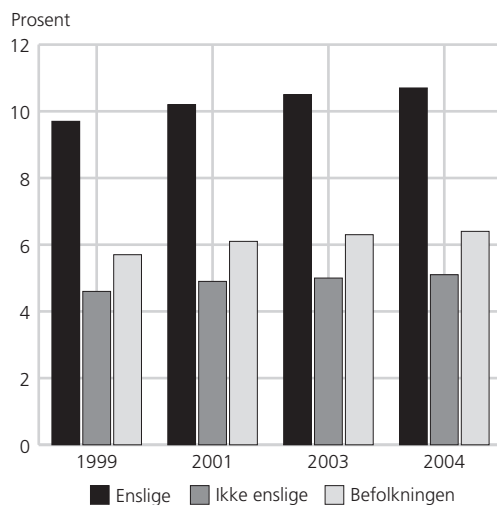
I 2004 mottok 6 prosent i befolkningen 18-66 år uførepensjon. Blant enslige er den tilsvarende andelen 11 prosent. Flest uførepensjonister er kvinner og i aldersgruppen 45-66 år.

Andelen uførepensjonister i befolkningen har økt over flere år (Rikstrygdeverket 2005). Tall fra forløpsdatabasen FD-Trygd viser at andelen uførepensjonister øker noe mer blant enslige enn blant de som ikke er enslige og i befolkningen for øvrig.

Andelen uførepensjonister er størst og økende blant enslige. I 1999 var 9,7 prosent av enslige uførepensjonister. Denne andelen økte til 10,7 prosent i 2004, noe som representerer en økning på 1 prosentpoeng over fem år. Andelen uførepensjonister er lavest blant de som ikke er enslige. I 1999 var 4,6 prosent av de som ikke var enslige uførepensjonister, mens den tilsvarende andelen var 5,1 prosent i 2004. Dette er en økning på ½ prosentpoeng fra 1999 til 2004. Andelen uførepensjonister i befolkningen har også økt i perioden. I 1999 var 5,7 prosent av befolkningen uførepensjonister, og andelen steg til 6,4 prosent i 2004.

Når det gjelder alderssammensetningen blant henholdsvis enslige uførepensjonerte og uførepensjonerte som ikke er enslige, viser grunnlagsdata at denne holder seg relativt stabil i perioden fra 1999 til 2004. Aldersgruppen 45-66 år er sterkest representert i begge gruppene. For enslige uførepensjonerte varierer andelen i denne aldersgruppen fra 76,5 prosent i 1999 til 78 prosent i 2004. For uføre som ikke er enslige, varierer den fra 82,5 prosent i 1999 til 84 prosent i 2004. Når det gjelder aldersgruppen 25-44 år, er denne sterkere representert blant enslige uføre-

Figur 7.6. Andel uførepensjonister blant enslige, ikke-enslige og i befolkningen generelt. 1999, 2001, 2003 og 2004. Prosent



Kilde: Forløpsdatabasen FD-Trygd, Statistisk sentralbyrå.

pensjonister. For enslige uførepensjonerte varierer andelen i denne aldersgruppen fra 22 prosent i 1999 til 20,5 prosent i 2004. For uføre som ikke er enslige, varierer den fra 16,5 prosent i 1999 til om lag 15 prosent i 2004.

Vedtak om uførepensjon blir i de fleste tilfellene fattet etter lengre tids sykmelding, rehabilitering og/eller attføring (Dahl 2002). Sannsynligvis vil enslige kunne ha større vansker med å komme tilbake i arbeid dersom de faller utenfor arbeidsmarkedet for en lengre periode. Det er også nærliggende å tro at økningen i andelen uførepensjonister er et resultat av at arbeidslivet blir stadig mer krevende for den enkelte, og at dette særlig rammer personer som bor alene. Det er en kjensgjerning at støtte og omsorg i husholdningen er viktig når enkeltmennesker står overfor utfordringer, for eksempel av økonomisk art. Enslige er imidlertid i større grad enn andre grupper av-

hengig av offentlige velferdsordninger for å sikre inntekt i tilfeller der kapasiteten til å utføre yrket eller til å fungere på arbeidsplassen svekkes. Esping-Andersen har understreket at husholdningen (i betydning familien) er en viktig kilde for velferdsproduksjon i alle velferdsstater, og at husholdningens betydning avhenger av i hvor stor grad velferdsstater tar på seg omsorgsansvar (Esping-Andersen 1999).

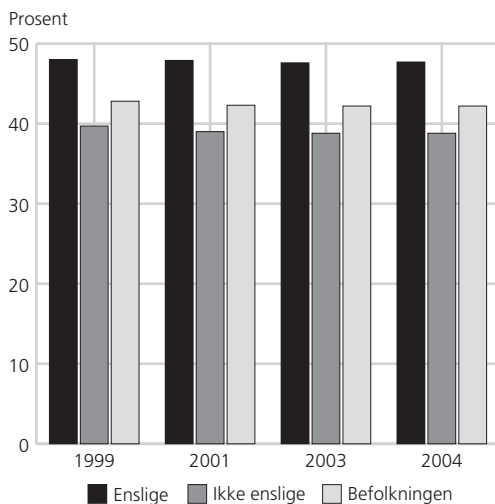
Enslige menn er oftere uføre

Det er en større andel kvinner enn menn som er uførepensjonert i befolkningen, og denne forskjellen består over tid (Rikstrygdeverket 2005). Forskjellen mellom menn og kvinner er imidlertid mindre for enslige. Blant menn er andelen uføre høyere blant menn som er enslige sammenlignet med menn som ikke er enslige.

I 1999 utgjorde menn 48 prosent av alle enslige uførepensjonister. Blant uførepensjonister som ikke var enslige, utgjorde menn en andel på 39,7 prosent. Fra 1999 til 2004 har forskjellen i andelen menn i gruppen av enslige og i gruppen som ikke er enslige økt fra 8,3 til 8,9 prosentpoeng. I 2004 var 47,7 prosent av enslige uførepensjonister menn. I uførebefolkningen, uavhengig av husholdningsstørrelse, var andelen menn 42,2 prosent.

Menns uførhetsforløp antas å ha sammenheng med hjemmesituasjonen. Det kan se ut til at menn i større grad enn kvinner er avhengig av andre medlemmer i husholdningen som buffere mot sykdom eller for hjelp i forhold til å imøtekomme kravene arbeidslivet stiller. På den annen side kan menn være sykere og dermed mer uføre enn kvinner. Muligheten for at menn i større grad enn kvinner er enslige nettopp fordi de har en sykdom, skade eller lyte, kan heller ikke utelukkes.

Figur 7.7. Andel menn blant uførepensjonerte enslige, ikke enslige og i befolkningen. 1999, 2001, 2003 og 2004. Prosent



Kilde: Forløpsdatabasen FD-Trygd, Statistisk sentralbyrå.

Enslige menn blir uførepensjonister i yngre alder

Det er bare små variasjoner i aldersfordelingen av uførepensjonister mellom enslige, ikke enslige og i befolkningen fra ett år til ett annet. Den høyeste andelen uførepensjonister befinner seg i aldersgruppen 45-66 år.

Uførepensjonerte kvinners aldersfordeling er tilnærmet den samme i gruppen av enslige, ikke enslige og i befolkningen generelt i undersøkelsesperioden. I overkant av 80 prosent av uførepensjonerte kvinner var i alderen 45-66 år, mens om lag 16 prosent var i aldersgruppen 25-44 år. I overkant av 71 prosent av enslige mannlige uførepensjonister var i aldersgruppen 45-66 år, mens om lag 25 prosent var i aldersgruppen 25-44 år. Aldersfordelingen viser at andelen enslige uførepensjonister var om lag 9 prosentpoeng lavere for menn sammenlignet med kvinner i den eldste aldersgruppen og 9 pro-

sent høyere sammenlignet med kvinner i den yngste aldersgruppen.

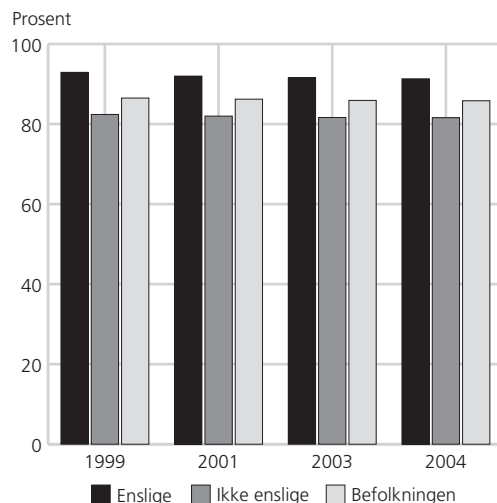
Uførepensjonerte enslige menn er yngre enn uførepensjonerte menn som ikke er enslige. Blant enslige menn var andelen uførepensjonister i alderen 25-44 år om lag 12 prosentpoeng høyere enn andelen uførepensjonerte menn som ikke var enslige, og om lag 8 prosentpoeng høyere enn andelen uførepensjonerte enslige kvinner i samme aldersgruppe. Det er flere forhold som kan bidra til at menn uførepensjoneres i yngre alder enn kvinner. Det kan eksempelvis være en følge av at yngre menn har en annen livsførsel enn yngre kvinner, eller at menn møter andre og tøffere krav i arbeidslivet på et tidligere tidspunkt enn det kvinner gjør. Uavhengig av hvilke forhold som påvirker menns tidligere uførepensjonering, kan det være at disse forsterkes ytterligere dersom vedkommende bor alene.

Enslige uførepensjonister har høyere uføregrad ...

Ifølge folketrygdloven er vilkåret for rett til uførepensjon at evnen til å utføre inntektsgivende arbeid er varig nedsatt og mer en halvert sammenlignet med før sykdommen, skaden eller lytet oppsto. Grunnlagsmaterialet viser at enslige uførepensjonister har høyere uføregrad enn uførepensjonister som ikke er enslige og uføre i befolkningen for øvrig.

Dataene viser at andelen enslige uførepensjonister som var helt uføre (100 prosent uføre) i undersøkelsesperioden var 88,8 prosent i 1999 og 87,8 prosent i 2004. Andelene helt uføre blant uførepensjonister som ikke var enslige, var til sammenligning 72,5 prosent i 1999 og 73,4 prosent i 2004. For uførepensjonister i befolkningen generelt varierte ande-

Figur 7.8. Helt uføre menn som andel av enslige og ikke-enslige uførepensjonerte menn og i befolkningen av uførepensjonerte menn. 1999, 2001, 2003 og 2004. Prosent



Kilde: Forløpsdatabasen FD-Trygd, Statistisk sentralbyrå.

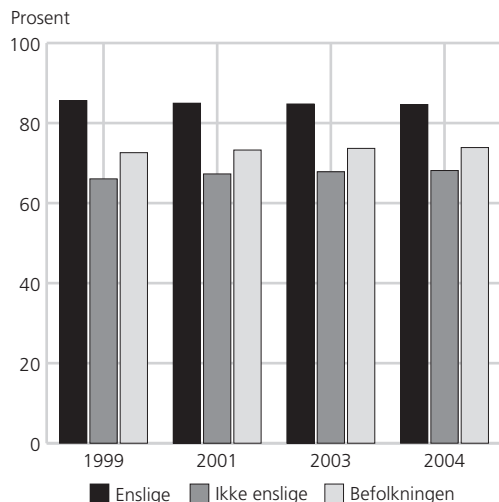
len helt uføre fra 78,5 prosent i 1999 til 78,3 prosent i 2004.

Til tross for at andelen helt uføre blant enslige uførepensjonister er noe redusert fra 1999 til 2004, er det fortsatt store forskjeller i uføregrad mellom enslige og de som ikke var enslige i undersøkelsesperioden. Siden lov- og regelverk ikke åpner for at det skal tas hensyn til sivilstand eller tilsvarende demografiske opplysninger ved fastsettelse av uføregrad, kan dette bety at enslige i større grad enn andre mister inntekts- og arbeidsevnen helt og dermed støtes ut av arbeidslivet ved sykdom, skade eller lyte.

... og særlig enslige uførepensjonerte menn

Dataene viser at det er enslige uførepensjonerte menn som har høyest uføregrad. Dette gjelder både sammenlignet med

Figur 7.9. Andel helt uføre kvinner blant enslige og ikke-enslige uførepensjonerte kvinner og blant uførepensjonerte kvinner totalt. 1999, 2001, 2003 og 2004. Prosent



Kilde: Forløpsdatabasen FD-Trygd, Statistisk sentralbyrå.

gruppen av uførepensjonerte menn og uførepensjonerte kvinner.

Figur 7.8 viser at andelen helt uføre (100 prosent uføre) var størst blant enslige uførepensjonerte menn. Om lag 90 prosent av enslige uførepensjonerte menn var helt uføre på alle måletidspunktene. Den tilsvarende andelen for mannlige uførepensjonister som ikke var enslige, var i overkant av 80 prosent, mens andelen helt uføre blant uførepensjonerte menn i befolkningen totalt var om lag 85 prosent.

Dataene viser også at det er stor forskjell i uføregrad mellom enslige uførepensjonerte kvinner og uførepensjonerte kvinner som ikke er enslige. Figur 7.9 viser andelen uføre kvinner med en uførhetsgrad på 100 prosent blant henholdsvis enslige og ikke-enslige uførepensjonerte kvinner og blant uførepensjonerte kvinner totalt.

Andelen helt uføre var størst blant enslige uførepensjonerte kvinner. Mens om lag 85 prosent av enslige kvinner med uførepensjon var helt uføre hvert av årene i undersøkelsesperioden, gjaldt dette for om lag 67-68 prosent av uførepensjonerte kvinner som ikke var enslige. Blant uførepensjonerte kvinner i befolkningen av kvinner totalt var til sammenligning andelen helt uføre 73 prosent.

Fordelingen etter kjønn og uføregrad antyder at det å være enslig har større betydning for kvinners uføregrad enn for menns. I undersøkelsesperioden var forskjellen mellom andel helt uføre blant enslige uførepensjonerte kvinner og blant de som ikke var enslige på alle måletidspunkter om lag 18 prosentpoeng. Til sammenligning var den tilsvarende forskjellen i andel helt uføre blant uførepensjonerte menn om lag 10 prosentpoeng i perioden.

Forskjellene når det gjelder uføregrad kan tyde på at enslige kvinner, som får svekket arbeidsevne på grunn av helseproblemer, i mindre grad opprettholder tilknytningen til arbeidslivet sammenlignet med kvinner som ikke er enslige. En forklaring på denne tendensen kan være av økonomisk art. Kvinner som ikke er enslige og som derfor kanskje deler forsørgeransvar med andre, har mulighet til å gradere uførheten uten fare for å miste det økonomiske livsgrunnlaget uførepensjonen utgjør. Andre mulige forklaringer kan være at det er forskjeller mellom enslige uførepensjonerte kvinner og uførepensjonerte kvinner som ikke er enslige med hensyn til om de har vært ansatt i heltids- eller deltidstillinger før uføretidspunktet, eller at det er aldersmessige forskjeller på tidspunktet det søkes om uførepensjon. Disse forholdene er det ikke kontrollert for i denne sammenhengen.

Boks 4. Langvarige aleneboere og dødelighet – avgrensning og definisjoner

Som langvarig aleneboer i 1970 er regnet personer som bodde i enpersonhusholdning ved folketellingen i 1960 og i 1970. Befolkningen er delt i to grupper, aleneboende og ikke-aleneboende. Begge disse gruppene er så fulgt opp med hensyn til død i en tiårsperiode etter tellingen. Personer som var aleneboere i 1960 og bodde på institusjon i 1970 er regnet som aleneboer. Dette valget er gjort fordi institusjonsbefolkningen gjennomgående har en høyere dødelighet enn gjennomsnittet. Aleneboere som flytter på institusjon ville sannsynligvis fortsette som aleneboere hvis de hadde bodd i hjemmet. På denne måten unngås en seleksjon som ville gitt «falsk» lavere dødelighet blant aleneboere. Da svært få barn bor alene, er beregningene begrenset til personer som var minst 20 år i 1960, altså 30 år i 1970.

Ulikheten i dødelighet mellom langvarig aleneboere og ikke-aleneboere er i denne oversikten presentert i aldersgruppene 30-44 år, 45-59 år, 60-74 år og 75 år og over med utgangspunkt i dødelighetsrater i femårige aldersgrupper justert for ulikhet i alder mellom aleneboere og ikke-aleneboere. Dødeligheten blant aleneboere er gitt ved dødelighetsindeksen Standardized Mortality Ratio (SMR) hvor dødeligheten blant ikke-aleneboere er brukt som standard. Denne indeksen kan tolkes som på et mål for hvor mange dødsfall som observeres i en gruppe av aleneboere sammenlignet med tallet vi ville fått hvis aleneboere hadde samme dødelighet som ikke-aleneboere. Hvis dette tallet er større en 1,00 har aleneboere en høyere dødelighet enn ikke-aleneboere. I teksten vil vi benevne dette som overdødelighet blant aleneboere. Grunnen til at den standardiserte dødeligheten er beregnet for fire separate aldersgrupper, er at de aleneboendes overdødelighet er meget ulik i de ulike aldersgrupper. I tillegg til den totale dødeligheten er beregningene også gjort for dødsfall av kreftsykdom, hjerte- og karsykdommer, alle andre sykdommer samlet, samt ulykker og selvmord. Tallene for selvmord blant aleneboere er imidlertid for lave til å gi pålitelige beregninger for de ulike aldersgruppene.

De samme beregningene er gjort blant personer som var aleneboende ved folketellingen i 1970 og i 1980 med en oppfølging med hensyn til dødsfall og dødelighet i tiårsperioden etter 1980. Det samme er også gjort for folketellingene i 1980 og 1990, men fordi bare et utvalg (om lag 28 prosent) av personene har opplysning om husholdningsstørrelse ved tellingen i 1990, er bare personer med husholdningsopplysninger i 1990 tatt med. For å gjøre tallene landsrepresentative, er dødsfall og levealder multiplisert med en oppblåsningsfaktor for hver person.

Fra og med januar 2004 ble det åpnet for gradering av tidsbegrenset uførestønad og uførepensjon (folketrygdloven). Denne endringen skulle gi uførepensjonister bedre vilkår for å utprøve og utbedre arbeids- og inntektsevnen uten å miste den økonomiske sikkerheten uførepensjonen representerer. Med en mer fleksibel uførepensjonsordning vil sannsynligvis flere personer med svekket arbeidsevne kunne komme tilbake i arbeid igjen, og det vil da være naturlig å forvente en større utjevning av forskjeller mellom grupper i årene framover.

Dødelighet

Husholdninger dannes og oppløses hele tiden. Normalt vil en persons husholdningstilhørighet endre seg flere ganger gjennom livsløpet. De fleste av oss vil minst en gang i løpet av livet være aleneboer, men veldig få vil være det hele voksenlivet. For å kunne skille ut en gruppe som var aleneboere over relativt lang tid, er personer som bodde alene i to påfølgende folketellinger definert som langvarig aleneboere. For disse personene er det beregnet dødelighet i løpet av en tiårsperiode etter den siste folketellingen. Døde-

ligheten for aleneboerne er sammenlignet med dødelighet for ikke-aleneboere. Aleneboere er definert som aleneboere ved Folke- og boligtellingsen 1970 som også var aleneboere i tellingen ti år tidligere og tilsvarende ved tellingene i 1980 og 1990 med en oppfølging av dødeligheten i tiårsperioden etter tellingen.

Andelen langvarig aleneboere øker sterkt

I 1970 var vel 2 prosent av mennene og vel 5 prosent av kvinnene over 30 år regnet som langvarige aleneboere. Andelen økte med alderen, fra under 1 prosent i alderen 30-44 år til henholdsvis 7 og 20 prosent for de eldste over 75 år. (Disse omfatter også institusjonsboere som var aleneboere i 1960.) I løpet av de to neste tiårsperiodene økte andelen langvarig aleneboere sterkt, særlig blant yngre menn.

For alle aldersgrupper over 30 år sett under ett, økte menns andel langvarig aleneboere fra 2 til 6 prosent fra 1970 til 1990, mens kvinners andel langvarig aleneboere økte fra vel 5 prosent til knapt 10 prosent i den samme perioden.

Sterk økning i langvarig aleneboere blant yngre

Andelen langvarig aleneboende menn i alderen 30-44 år økte fra 0,5 prosent i 1970 til 4 prosent 20 år senere (se definisjon i bokstekst). Blant kvinner var den tilsvarende økningen klart lavere, fra 0,7 til 2,5 prosent. Mens kvinner i 1970 hadde en høyere andel langvarig aleneboere enn menn i alle aldersgrupper, hadde menn under 60 år en høyere andel langvarig aleneboere enn kvinner i samme alder 20 år senere. Også for de eldre aldersgruppene økte andelen langvarig aleneboer (se tabell 7.1).

Tabell 7.1. Andel langvarig aleneboere ved folketellingene i 1960/70, 1970/80 og 1980/90, etter kjønn og alder. Prosent

Kjønn og alder	1960/1970	1970/1980	1980/1990
Menn			
Alle 30- år	2,1	3,7	6,1
30-44 år	0,5	1,4	4,0
45-59 år	1,6	3,2	5,3
60-74 år	3,6	5,5	8,1
75- år	6,9	9,6	12,5
Kvinner			
Alle 30- år	5,2	7,9	9,6
30-44 år	0,7	1,5	2,5
45-59 år	2,0	2,8	3,0
60-74 år	8,7	11,1	12,6
75- år	19,5	27,9	35,0

Kilde: Folketellingene 1960/70, 1970/80 og 1980/90, Statistisk sentralbyrå.

En studie av Zahl mfl. (2002) har foretatt tilsvarende beregninger for dødelighet blant aleneboere mellom 45 og 70 år, men her er husholdningsstatus bare observert ved én folketelling. En sammenligning av andelen aleneboere i Zahls studie med langvarig aleneboere i denne, viser at om lag 30 prosent av aleneboere ved én folketelling også var aleneboere ved tellingen ti år tidligere. (Se også kapittel 1. Aleneboendes demografi, tabell 1.4.)

Hva karakteriserer aleneboere?

Tidligere da skilsmisene var få, var den typiske yngre aleneboer en ugift person. I høyere alder ble mange enker eller enke-menn og ble da ofte aleneboere, da barna var blitt voksne og hadde flyttet ut. Etter hvert som skilsmisene økte i andel, ble det flere i denne kategorien blant aleneboerne. Da mange av disse hadde barn som oftest ble boende hos mor etter sam-livsbrudd, var det flest menn som ble aleneboere etter bruddet. Dette er sannsynligvis årsaken til at det i 1990 var flere aleneboende menn enn kvinner blant yngre og middelaldrende. Det er fortsatt

flest aleneboere blant de eldste. Denne gruppen er dominert av enker og enke-menn og har nok ikke gjennomgått samme strukturforandring som gruppen av yngre aleneboere.

Økt dødelighet blant yngre aleneboere på 1990-tallet

I aldersgruppen 30-44 år ble det ikke observert noen endring i dødeligheten fra 1970- til 1980-årene blant langvarig aleneboere. Fra 1980- til 1990-tallet ble det imidlertid observert en økning på mer enn 50 prosent i dødeligheten. Menn i den samme aldersgruppen som ikke var aleneboere hadde en nedgang i dødeligheten på henholdsvis 15 og 20 prosent fra en tiårsperiode til den neste. Dette førte til at overdødeligheten blant aleneboere økte fra 52 til 232 prosent fra 1970- til 1990-tallet (jf. tabell 7.2). I perioden 1971-1980 døde det 77 menn i aldersgruppen 30-44 år som var aleneboende både i 1960 og 1970. 20 år senere er det tilsvarende tallet beregnet til 1 284. Hvis aleneboerne hadde hatt samme dødelighet som dem som ikke var aleneboere, ville disse tallene vært henholdsvis 51 og 387. Den sterke økningen i dødsfallstallene fra 1970- til 1990-tallet skyldes for en stor del at gruppen aleneboere er blitt betydelig større i perioden.

Yngre kvinner hadde en utvikling på linje med menn, men utslagene var mindre. På 1970- og 1980-tallet hadde yngre langvarig aleneboende kvinner den samme overdødeligheten i forhold til ikke-aleneboere. På 1990-tallet økte overdødeligheten blant yngre aleneboende kvinner fra 31 til 145 prosent fra én tiårsperiode til den neste.

I de to mellomste aldersgruppene 45-59 år og 60-74 år var det en moderat økning i overdødeligheten blant langvarig alene-

Tabell 7.2. Dødelighet blant langvarig aleneboere. 1971-2000. (SMR) Ikke-aleneboeres dødelighet=1,00

Kjønn og alder	SMR		
	1971-1980	1981-1990	1991-2000
Menn			
30-44 år	1,52	1,68	3,32
45-59 år	1,42	1,61	2,09
60-74 år	1,20	1,29	1,45
75- år	1,10	1,05	1,05
Kvinner			
30-44 år	1,31	1,31	2,45
45-59 år	1,26	1,33	1,44
60-74 år	1,06	1,12	1,14
75- år	1,02	0,97	1,00

Kilde: Folketellingene 1960/70, 1970/80 og 1980/90 og dødsårsaksregisteret, Statistisk sentralbyrå.

boere. I motsetning til den yngste aldersgruppen ble det observert en svak nedgang i dødeligheten i perioden mellom 1970 og 2000 også for aleneboere. Ikke-aleneboerne hadde en noe sterkere nedgang i dødeligheten.

Blant de eldste over 75 år ble det observert små endringer i forholdet mellom dødeligheten blant aleneboere og ikke-aleneboere. Aleneboerne har en svak overdødelighet blant menn, mens statusen som aleneboer ikke ser ut til å ha noen betydning for dødeligheten blant eldre kvinner.

De store dødsårsakene kreft og hjerte- og karsykdommer har en mindre innvirkning på dødelighetsforskjellene mellom aleneboere og ikke-aleneboere. Personer under 60 år som er aleneboende hadde imidlertid en klart høyere dødelighet av dødsårsaker i gruppen «alle andre sykdommer» enn av kreft og hjerte- og karsykdommer. Ulykker og selvmord rammer også aleneboerne relativt sterkere enn gjennomsnittet. Blant de eldste finnes ingen forskjell i sykdomsdødeligheten, mens overdødelig-

heten fortsatt er til stede for ulykker. Selvmordstallene er for lave til at det er forsvarlig å publisere selvmordsdødeligheten i de ulike aldersgrupper.

Den sterke økningen i overdødeligheten blant langvarig aleneboere som ble observert på 1990-tallet faller sammen med den sterke økningen i andelen som var langvarig aleneboere. Særlig blant de yngre skyldes nok den sterke økningen i andelen aleneboere en økende andel skilsmisser og andre samlivsbrudd. Undersøkelser har vist at skilte har høyere dødelighet enn personer med annen sivilstatus. Det er derfor grunner til å anta at tilgangen på nye aleneboere har vært i befolkningsgrupper med dårligere helse enn dem som var typiske representanter for denne gruppen tidligere. Zahl mfl. (2002) har blant annet vist at aleneboere har hatt en svakere inntektsutvikling enn gjennomsnittet i perioden fra 1970 til 1990.

Zahl mfl. (2002) har gjort tilsvarende dødelighetsberegninger som de som er vist her for personer mellom 45 og 70 år. I denne studien er det ikke tatt hensyn til hvorvidt personene også var aleneboere ved en tidligere folketelling. For menn i aldersgruppen 45-59 år var dødelighetsmønsteret i de to gruppene nokså parallelt. For kvinner ble det observert en mer negativ trend blant alle aleneboere i forhold til langvarig aleneboere. For personer i aldersgruppen 60-69 år var bildet imidlertid motsatt. Langvarig aleneboere hadde en høyere overdødelighet enn alle aleneboere sett under ett.

Årsaken til disse helt ulike trendene kan sannsynligvis forklares ved at de langvarige aleneboerne også var aleneboere ti år tidligere da de var ti år yngre. I aldersgruppen 45-59 år har det kommet til

mange skilte i aleneboergruppen som har dårligere helse og dermed høyere dødelighet enn dem som er langvarig aleneboere. Blant de eldste har det kommet til mange nye enker og enkemenn som ikke har spesielt dårlig helse eller høyere dødelighet.

Endret sammensetning av gruppen langvarig aleneboende

Beregningene beskrevet over viser en økende andel langvarig aleneboere i Norge. Målt med dødelighet har denne gruppen også en dårligere utvikling i helsetilstand sammenlignet med dem som ikke har bodd lenge alene. Gruppen er fortsatt relativt liten i yngre aldersklasser, men det er der den øker relativt mest. Det er også grupper som øker mest som har den sterkeste økning i overdødeligheten blant aleneboere. Denne utviklingen kan tolkes som om det er blitt vanskeligere å være aleneboer enn før. En annen og mer sannsynlig tolking er at befolkningsgrupper som rekrutteres til gruppen av aleneboere, er noe annerledes sammensatt enn dem som var den typiske aleneboer tidligere. De eldste domineres fortsatt av enker/enkemenn som ikke har spesielt forhøyet dødelighet. Beskrivelsen av dødelighetsutviklingen har siste målepunkt i 1990 og dødelighet i 2000. Hvis det sterke trendskiftet som ble observert på 1990-tallet har fortsatt, kan vi vente en enda sterkere overdødelighet blant yngre aleneboere i framtiden.

Referanser

Dahl, Grethe (2002): Varighet på pensjonen og tilgang til ordningen sist på 1990-tallet, *Samfunnsspeilet* 3, 2002, Statistisk sentralbyrå.

Esping-Andersen, Gøsta (1999): *Social foundations of postindustrial economies*, Oxford University Press, Oxford: 60-67.

Hougen, Hanne Cecilie (2004): Samordnet levekårsundersøkelse 2002 - tverrsnittsundersøkelsen. Dokumentasjonsrapport, Notater 2004/22, Statistisk sentralbyrå.

Kaplan, G., V. Barell, A. Lusky (1988): Subjective state of health and survival in *Elderly adults*, *J. Gerontol*, 43, 114-120.

Lau, Bjørn, Torbjørn Moum, Tom Sørensen, Kristian Tambs (2002): Sivilstand og mental helse, *Norsk Epidemiologi* 2002; 12 (3): 2881-290.

Rikstrygdeverket (2005): *Trygdestatistisk årbok*, Rikstrygdeverket, 2005.

Roll-Hansen, Dag (1999): Samordnet levekårsundersøkelse 1998 - tverrsnittsundersøkelsen. Dokumentasjonsrapport, Notater 1999/40, Statistisk sentralbyrå.

Statistisk sentralbyrå (1987): Helseundersøkelse 1985, Norges offisielle statistikk, B 692.

Statistisk sentralbyrå (1999): *Helseundersøkelsen 1995*, Norges offisielle statistikk C 516.

Statistisk sentralbyrå (19. desember 2002): Unge - mer presset i hverdagen (<http://www.ssb.no/emner/03/01/helseforhold/>).

Svalund, Jørgen og Julie Kjelvik (2004): Helse, *Samfunnsspeilet* 4, 2004, Statistisk sentralbyrå.

Zahl, Per-Henrik, Marit Rognerud, Bjørn Heine Strand (2002): Sosial ulikhet og utvikling i dødelighet hos enslige i Norge, *Tidsskrift for Den Norske Legeforening* nr. 13-14.

Note

¹ Begrepene «aleneboere» og «enslige», som er benyttet i dette kapitlet, viser til registeropplysninger om at husholdningen er registrert med kun én person. Begrepet «aleneboere» benyttes i tilfeller der registeropplysningene er blitt bekreftet av respondenter i intervju sammenheng. Begrepet «enslige» benyttes der kun registeropplysninger er tilgjengelig. Det medfører at begrepet «enslig» også kan omfatte tilfeller av eks. samboende eller bofellesskap.

Vedleggstabeller

Vedleggstabell 7.1. Andel med god helse og andel med helseproblemer som påvirker hverdagen i stor grad blant personer 16-66 år som bor alene og som ikke bor alene, etter bakgrunnskjennetegn. 2002. Prosent

	Har god helse		Har sykdom som påvirker hverdagen i stor grad	
	Aleneboende	Ikke-aleneboende	Aleneboende	Ikke-aleneboende
Alle	79	84	13	10
Kjønn				
Menn	82	86	11	9
Kvinner	76	83	15	11
Alder				
16-29 år	91	91	6	7
30-44 år	84	87	9	8
45-66 år	67	78	21	14
Utdanningsnivå				
Grunnskolenivå	62	73	26	17
Videregående skolenivå	79	84	12	10
Universitet/høgskolenivå	89	90	7	6
Uoppgitt/ikke fullført utdanning	85	86	20	10
Tilknytning til yrkeslivet				
Yrkesaktiv	88	88	5	7
Ikke-yrkesaktiv	57	68	31	23
100 prosent ufør	33	32	48	45
Antall svar	961	4 856	961	4 856

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2002, Statistisk sentralbyrå.

Vedleggstabell 7.2. Dagligrøyking, hyppig alkoholinntak, inaktivitet og kraftig overvekt/fedme blant personer 16-66 år som bor alene og som ikke bor alene, etter bakgrunnskjennetegn. 2002. Prosent

	Dagligrøykere		Hyppig alkoholinntak		Mosjonerer aldri		Kraftig overvekt/ fedme	
	Bor alene	Bor ikke alene	Bor alene	Bor ikke alene	Bor alene	Bor ikke alene	Bor alene	Bor ikke alene
Alle	38	28	5	5¹	24	23	9	8
Kjønn								
Menn	39	29	5	6	26	24	8	9
Kvinner	36	28	4	3	22	21	10	7
Alder								
Under 30 år	32	25	1	2	17	18	4	5
30-44 år	34	28	4	3	21	24	13	9
45-66 år	44	31	7	7	32	25	11	10
Utdanningsnivå								
Grunnskolenivå	52	42	8	3	40	29	14	10
Videregående skolenivå	41	33	3	4	24	24	9	9
Universitet/høgskolenivå	25	15	6	7	15	18	7	6
Uoppitt/ikke fullført utdanning	24	20	10	4	35	24	11	3
Tilknytning til yrkesliv								
Yrkesaktiv	36	27	5	5	22	22	9	9
Ikke-yrkesaktiv	43	33	4	4	30	24	10	7
100 prosent ufør	49	37	7	5	37	29	18	15
Antall svar	961	4 856	695	4 567	961	4 856	961	4 856

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2002, Statistisk sentralbyrå.

Vedleggstabell 7.3. Andel med livsstilssykdommer blant personer 16-66 år som bor alene og som ikke bor alene, etter bakgrunnskjennetegn. 2002. Prosent

	Diabetes		Hjerte- og karsykdom		KOLS		Muskel- og skjelettsykdom	
	Bor alene	Bor ikke alene	Bor alene	Bor ikke alene	Bor alene	Bor ikke alene	Bor alene	Bor ikke alene
Alle	4	2	12	11	7	5	20	21
Kjønn								
Menn	3	2	11	11	5	4	15	18
Kvinner	5	2	14	10	10	6	28	23
Alder								
Under 30 år	2	1	2	1	4	7	8	9
30-44 år	4	1	6	6	6	4	17	17
45-66 år	5	3	24	21	10	6	32	31
Utdanningsnivå								
Grunnskolenivå	8	4	20	17	14	8	35	30
Videregående skolenivå	3	2	12	11	7	5	21	31
Universitet/høgskolenivå	2	2	8	9	4	4	13	16
Uoppgitt/ikke fullført utdanning	8	1	15	5	0	12	14	7
Tilknytning til yrkeslivet								
Yrkesaktiv	3	2	8	9	4	4	16	18
Ikke-yrkesaktiv	6	3	22	17	13	9	31	31
100 prosent ufør	13	8	37	38	23	16	45	63
Antall svar	961	4 856	961	4 856	961	4 856	961	4 856

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2002, Statistisk sentralbyrå.

Vedleggstabell 7.4. Andel med dårlig psykisk helse HSCL>1,75, blant personer som bor alene og personer som ikke bor alene, etter bakgrunns-kjennetegn. 2002. Prosent

	Bor alene	Bor ikke alene
I alt	16	10
Kjønn		
Menn	15	8
Kvinner	16	11
Alder		
16-24 år	14	10
25-44 år	16	9
45-66 år	17	10
Utdanningsnivå		
Grunnskolenivå	28	15
Videregående skolenivå ..	16	10
Universitet/høgskolenivå ..	8	6
Uoppgitt/ikke fullført utdanning	56	13
Tilknytning til yrkeslivet		
Yrkesaktiv	12	6
Ikke-yrkesaktiv	27	20
100 prosent ufør	37	27
Antall svar	645	4 308

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2002, Statistisk sentralbyrå.

