



*Tor Morten Normann og Elisabeth Rønning*

**EU-SILC (Norge) som kilde til å  
avgrense gruppen av personer  
med nedsatt funksjonsevne**

Notater



## **Forord**

Denne publikasjonen har som formål å vurdere levekårsundersøkelsen European Union – Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) i Norge som kilde til statistikk om personer med nedsatt funksjonsevne. Ved hjelp av data fra andre kilder vil vi vurdere hvorvidt definisjonen av nedsatt funksjonsevne i den norske EU-SILC er presis nok til å kunne brukes som en avgrensning av den aktuelle gruppen. Til slutt vil vi også vurdere om EU-SILC kan være en kilde for sammenlignbar nordisk statistikk om personer med nedsatt funksjonsevne.

Publikasjonen er skrevet på oppdrag fra Nordisk sosialstatistisk komité (NOSOSKO). Liv Granli Hansen har tilrettelagt tabeller til denne publikasjonen.

## Innhold

Forord.....	1
Innhold .....	2
1. Bakgrunn og formål.....	3
2. Datakilder .....	3
2.1 EU-SILC .....	3
2.2 Levekårsundersøkelsen .....	4
2.3 Arbeidskraftundersøkelsen (AKU) .....	4
3. Nedsatt funksjonsevne – definisjoner.....	5
3.1 EU-SILC .....	5
3.2 Levekårsundersøkelsen .....	7
3.3 Arbeidskraftundersøkelsen (AKU) .....	8
4. Andeler med nedsatt funksjonsevne – sammenligning av EU-SILC og andre datakilder .....	9
4.1 En av fem har nedsatt funksjonsevne målt ved hjelp av EU-SILC .....	9
4.2 Funksjonsnedsettelsens varighet .....	11
4.3 Sammenligning mellom EU-SILC og levekårsundersøkelsen .....	12
4.4 Sykelighet blant personer med nedsatt funksjonsevne i levekårsundersøkelsen.....	14
4.5 Sysselsetting og nedsatt funksjonsevne.....	17
4.6 Egenvurdert helse og nedsatt funksjonsevne.....	18
5. Oppsummering.....	19
5.1 Kilde til nordisk statistikk? .....	20
Referanser.....	23

# 1. Bakgrunn og formål

Bakgrunnen for dette notatet er at Nordisk sosialstatistisk komité (NOSOSKO) startet et prosjekt om bæredyktig utvikling i 2002. Dette ble slutført høsten 2007. Prosjektet utviklet tre grupper indikatorer som alle skulle fokusere på bæredyktighet i de nordiske landene. De tre områdene er generelle indikatorer (i hovedsak demografi), sosiale indikatorer og helseindikatorer. Rapporter fra prosjektet finnes på NOSOSKOs hjemmeside (<http://nososco-da.nom-nos.dk>). Prosjektet om bæredyktig utvikling påpekte også at det finnes mangler innenfor området tilgjengelighet, og at det mangler indikatorer for, og statistikk om personer med nedsatt funksjonsevne. Dette notatet som forsøker å validere variabler i European Union – Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC), ble initiert for å belyse om EU-SILC er en potensiell kilde til nordisk statistikk om personer med nedsatt funksjonsevne. Dette vil samtidig være et verdifullt innspill til et pågående prosjekt om utfordringer for den nordiske velferdsstaten som gjennomføres av Statistisk sentralbyrå (SSB) på oppdrag fra NOSOSKO. En pålitelig indikator for nedsatt funksjonsevne vil være en verdifull variabel som eventuelt kan brukes i analyser også i det prosjektet.

Vurderingen av EU-SILC som kilde til å avgrense gruppen av personer med nedsatt funksjonsevne vil basere seg på bruk av norske data, og foretas ved å sammenligne EU-SILC-data med andre datakilder i SSB som også identifiserer grupper med nedsatt funksjonsevne. Primært vil data fra levekårsundersøkelsene 2002 og 2005 bli brukt. Dette er undersøkelser med helse som tema, og data fra disse kan, i tillegg til å gi en avgrensning av gruppen, også brukes til å vurdere sykелighet og lignende i gruppen slik at presisjonen i avgrensningen kan vurderes.

Vi vil vurdere hvor godt samsvar det er mellom de to fordelingene når det gjelder forekomst og fordelinger på sentrale kjennemerker som kjønn og alder. Vi vil også vurdere samsvar når det gjelder andeler som mottar offentlige stønader som grunn- og hjelpestønad og uføretrygd. Paneldesignet i EU SILC vil bli utnyttet ved at vi ser på bevegelser inn og ut av gruppen med nedsatt funksjonsevne på individnivå over år. I tillegg til å bruke levekårsundersøkelsene 2002 og 2005 vil vi bruke tilgjengelige data om nedsatt funksjonsevne fra arbeidskraftundersøkelsen (AKU).

## 2. Datakilder

### 2.1 EU-SILC

EU-SILC er en undersøkelse i regi av Eurostat og gjennomføres nå i alle EU-land i tillegg til Norge og Island. Bakgrunnen er målet om en større grad av samordning av sosialpolitikken i EU og bekjempelsen av sosial eksklusjon. Spesielt kan det vises til det sosiale kapitlet i Amsterdam-traktaten, der det heter at ministerrådet

*«may adopt measures designed to encourage co-operation between Member States through initiatives aimed at improving knowledge, developing exchanges of information and best practices, promoting innovative approaches and evaluating experiences in order to combat social exclusion»*

EUs toppmøte i Lisboa pekte videre på nødvendigheten av å sette opp klare mål for politikken slik at man kunne overvåke fremdriften av fattigdomsbekjempelse. Dermed ble det også nødvendig å etablere harmoniserte indikatorer på et europeisk nivå. Ut fra dette springer EU-SILC-samarbeidet, som er en samordnet undersøkelse som dekker både tverrsnittsvariabler og panelvariabler. Undersøkelsen gjennomføres etter «open method of coordination» og er dermed såkalt output harmonized. Det betyr at alle variabler er sentralt definert, og at hvert land i prinsippet står relativt fritt til å utforme spørsmål som skal brukes til å samle inn data om disse variablene. Dette kan i enkelte tilfeller representere en utfordring for sammenlignbarhet, men detaljeringsnivået i definisjonene som ligger til grunn for

spørsmålsutformingen, vil i de fleste tilfeller sikre sammenlignbarheten. Variablene er definert i dokumentet SILC065-04ENrev (Eurostat 2006).<sup>1</sup>

I Norge gjennomføres EU-SILC som en intervjuundersøkelse med et befolkningsrepresentativt personutvalg i alderen 16 år og over. Data om husholdninger produseres ved at intervjupersonens husholdning kartlegges og data om husholdningsmedlemmer samles inn. Dataene er en kombinasjon av intervjuopplysninger og registerdata. Som hovedregel kan vi si at alle data om inntekt, stønader og utdanning hentes fra register, mens de resterende hentes fra intervju. Designet er nokså likt i alle nordiske land.

I dette notatet brukes data fra de fire første EU-SILC-årgangene i Norge (2003-2006). I tabell 2.1 presenteres noen enkle nøkkeltall fra de ulike årgangene.

**Tabell 2.1. Nøkkeltall for EU-SILC. 2003-2006**

	2003	2004	2005	2006
Utvalg	8 508	8 556	8 619	8 688
Bruttoutvalg (utvalg – avganger)	8 286	8 295	8 337	8 423
Nettoutvalg (antall intervju)	5 872	6 063	6 012	5 770
Svarprosent (Nettoutvalg/Bruttoutvalg)	70,9	73,1	72,1	68,5

## 2.2 Levekårsundersøkelsen

Statistisk sentralbyrås samordnede levekårsundersøkelse består av EU-SILC og en temaroterende tverrsnittsundersøkelse. Den temaroterende tverrsnittsundersøkelsen har som hovedmål at den over tid skal dekke alle viktige levekårsområder. Hovedtemaet i hver undersøkelse roterer etter en tre års syklus: arbeidsforhold i 1996, 2000, 2003 og 2006; boforhold, nærmiljø og fritid i 1997, 2001, 2004 og 2007; helse, omsorg og sosial kontakt i 1998, 2002, 2005 og 2008.

I dette notatet er det tverrsnittsundersøkelsen fra 2002 og 2005 som benyttes, der helse, omsorg og sosial kontakt er tema. Til begge undersøkelsene har det blitt trukket et representativt utvalg på 5 000 personer i alderen 16 år og over, samt et eksternt finansiert tilleggsutvalg på 5 000 personer i alderen 16 år og over. Brutto utvalgsstørrelse for 2002 og 2005 var altså 10 000 personer. Dataene fra undersøkelsene er en kombinasjon av intervjuopplysninger og registerdata. Intervjuene ble gjennomført som telefon- eller besøksintervju. Opplysninger om blant annet inntekt, stønader og utdanning ble hentet fra register.

**Tabell 2.2 Nøkkeltall for Levekårsundersøkelsen. 2002 og 2005**

	2002	2005
Utvalg	10 000	10 000
Bruttoutvalg (utvalg – avganger)	9 698	9 697
Nettoutvalg (antall intervju)	6 827	6 766
Svarprosent (Nettoutvalg/Bruttoutvalg)	70,4	69,8

## 2.3 Arbeidskraftundersøkelsen (AKU)

AKU er en representativ kvartalsvis utvalgsundersøkelse der populasjonen er personer registrert bosatt i Norge i alderen 15-74 år, før 2006 var det 16-74 år. Formålet med undersøkelsen er å gi informasjon om utviklingen i sysselsetting og arbeidsledighet og om ulike befolkningsgruppers tilknytning til arbeidsmarkedet. Dataene om nedsatt funksjonsevne samles inn i AKU 2. kvartal, og da bare for

<sup>1</sup> Dette betyr at det altså ikke finnes ett felles spørreskjema som alle land benytter til datainnsamling i EU-SILC. Hvert enkelt land står ansvarlig for å utarbeide spørreskjema som dekker variabeldefinisjonene. Så lenge spørreskjemaene ivaretar definisjonene gitt av Eurostat, sikrer dette sammenlignbarhet.

personer i alderen 16-66 år. I AKU kan data samles inn ved indirekte intervju, men for tilleggsundersøkelsen om nedsatt funksjonsevne er det innført en betingelse om at det må være direkte intervju. Bruttoutvalget i den ordinære AKU er 24 000 personer i kvartalet, mens bruttoutvalget for tilleggsundersøkelsen 2. kvartal 2007 var 12 256 personer. 12 211 personer deltok, og utgjorde dermed nettoutvalget. Til forskjell fra andre utvalgsundersøkelser overfor personer hvor deltakelse er frivillig, er det svarplikt i AKU. Frafallet ligger normalt på 12-14 prosent i 2. kvartal. Også det innledende tilleggsspørsmålet om nedsatt funksjonsevne var omfattet av svarplikten i 2007. For ytterligere dokumentasjon, se Bø og Håland (2002).

### **3. Nedsatt funksjonsevne – definisjoner**

Nedsatt funksjonsevne er en subjektiv opplevelse som oppstår i et samspill mellom helsetilstand og eventuelle skader og hverdagslige aktiviteter. Generelt kan vi si at nedsatt funksjonsevne er når noen har fysiologiske og/eller psykologiske problemer som reduserer funksjonsnivået sammenlignet med befolkningen generelt. Det er også viktig å merke seg at personer som objektivt sett har samme helseproblem, i ulik grad kan oppleve dette som nedsatt funksjonsevne ut fra krav som stilles i det daglige. Vurderingen kan også påvirkes av ulik tilrettelegging, tilgang på hjelpemidler eller medisiner. Opplevelsen kan også variere i både tid og rom. En person som på et gitt tidspunkt og sted opplever å ha nedsatt funksjonsevne, kan i andre situasjoner oppleve å være fullt ut funksjonsdyktig. Det er derfor vanskelig å måle funksjonsevne som et objektivt og entydig forhold. Tilnærmingen til nedsatt funksjonsevne vil også påvirkes av hvilken forklaringsmodell man benytter i forhold til fenomenet. En rent medisinsk modell vil fokusere på individuelle biologiske eller fysiologiske forhold (sykdom, skader eller deformiteter) som årsak til funksjonsproblemer, en relasjonell modell vil fokusere på manglende samsvar mellom individuelle forutsetninger og samfunnets krav, mens en samfunnsmodell vektlegger samfunnsskapt hindringer som årsak til funksjonsproblemer. Mer informasjon om dette kan finnes hos Nasjonalt dokumentasjonssenter for personer med nedsatt funksjonsevne (<http://www.dok.no/>).

Når vi måler nedsatt funksjonsevne i utvalgsundersøkelser, er dette som en subjektiv egenvurdering av helsetilstand og/eller funksjonsevne. I spørsmål-svar-prosessen har vi dermed ingen kontroll på hvilken forklaringsmodell respondenten legger til grunn for sitt svar, eller nøyaktig i hvilke situasjoner eller sammenhenger respondenten eventuelt opplever nedsatt funksjonsevne. Avgrensning av nedsatt funksjonsevne på bakgrunn av subjektive rapporteringer i utvalgsundersøkelser vil dermed ikke være helt entydig og objektivt definert.

Siden vi skal sammenligne forekomster av nedsatt funksjonsevne fra ulike datakilder, må vi også ta høyde for at nedsatt funksjonsevne måles på ulike måter. Dette kan bidra til å skape forskjeller mellom de ulike datakildene, og vi skal derfor gå gjennom de ulike definisjonene her. Alle baserer seg på en subjektiv egenvurdering av funksjonsevnen. Denne egenvurderingen måles enten ved hjelp av ett spørsmål eller en serie av spørsmål. Forskjellene mellom de ulike målemetodene knytter seg først og fremst til hvordan nedsatt funksjonsevne defineres i selve spørsmålsstillingen, men også til om det er innledende filter som avgrenser hvem som får spørsmålene om nedsatt funksjonsevne.

#### **3.1 EU-SILC**

Helse er ikke et sentralt tema i EU-SILC, men Minimum European Health Module (MEHM) er inkludert i undersøkelsen, og den brukes til å beregne for eksempel indikatorer som Healthy Life Years (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu>). MEHM gir også generelle indikatorer for selvvalgt helse og nedsatt funksjonsevne. Antallet variabler er nokså begrenset, og i tilfeller med personutvalg (som i alle nordiske land) stilles spørsmålet bare til trekkpersonen (IO/selected respondent).

## Liste over helsevariabler i EU-SILC

PH010 – General Health

PH020 – Suffer from any chronic (long-standing) illness or condition

PH030 – Limitations in activities because of health problems

PH040 – Unmet need for medical examination or treatment

PH050 – Main reason for unmet need for medical examination or treatment

PH060 – Unmet need for dental examination or treatment

PH070 – Main reason for unmet need for medical examination or treatment

Av disse variablene er det PH030 som dekker nedsatt funksjonsevne. Variabelen har følgende svarkategorier:

1. yes, strongly limited
2. yes, limited
3. no, not limited

Betingelsene som ligger til grunn for variabelen, er at det skal dreie seg om begrensninger i aktiviteter «people usually do», og det skal skyldes fysiske eller psykiske helseproblemer, sykdom eller funksjonshemning. Begrensningen skal ha vart, eller forventes å vare, i minimum seks måneder (SILC065-04ENrev : 243). I tråd med at EU-SILC er basert på «open method of coordination» vil ikke spørsmålene som ligger til grunn for variabelen være like i alle land, men de skal likevel måle det samme. I den norske versjonen av EU-SILC (2003-2007) er spørsmålene som inngår i målingen av nedsatt funksjonsevne, stilt på følgende måte:

\*Hels2

Har du noen langvarig sykdom eller lidelse, noen virkning av skade eller noen funksjonshemning? SKAL REGNES MED SELV OM DET ER SESONGBETONT ELLER OM DET KOMMER OG GÅR  
JA/NEI

Hvis Hels2 = Ja

Hels3a1

Medfører dette begrensninger i dine daglige aktiviteter?  
JA/NEI

Hvis Hels3a1 = Ja

Hels3a2

Har disse begrensningene vart i seks måneder eller mer?  
JA/NEI

Hvis Hels3a2 = ja:

Hels3b

Vil du si du opplevde store begrensninger eller noen begrensninger?  
1. STORE BEGRENSNINGER  
2. NOEN BEGRENSNINGER

Dette betyr at den norske versjonen i EU-SILC filtrerer inn mot spørsmålet om begrensninger ved hjelp av Hels2 om man i det hele tatt har langvarig sykdom, virkning av skade eller funksjonshemning. Selve spørsmålet om man har noen eller store begrensninger som har vart i seks måneder eller mer, er delt opp i tre spørsmål ut fra prinsippet om at man bør spørre så enkelt og konkret som mulig med én problemstilling per spørsmål. Dette gjelder for EU-SILC 2003-2007 i Norge. Fra og med 2008 er dette endret noe, i hovedsak ved at Hels2 er delt opp i to spørsmål slik at man først spør om langvarige sykdommer og helseproblemer, så om funksjonshemning eller virkning av skade. De som svarer «ja» på et eller begge spørsmålene, får videre spørsmål om begrensninger og varighet, omtrent som tidligere.

I EU-SILC er dermed nedsatt funksjonsevne definert ut fra om personer som rapporterer langvarig sykdom eller lidelse, virkning av skade eller funksjonshemning, rapporterer at de opplever



begrensninger i daglige aktiviteter, og at begrensningene har vart i seks måneder eller mer. Til slutt graderes den nedsatte funksjonsevnen ut fra hvor omfattende begrensningene oppleves å være.

### 3.2 Levekårsundersøkelsen

Levekårsundersøkelsen kartlegger befolkningens subjektive helsetilstand ved hjelp av et omfattende sett av spørsmål. Siden det er en mer detaljert kartlegging av helsetilstanden, brukes også noe mer informasjon for å avgrense gruppen med nedsatt funksjonsevne. I hovedsak er tilnærmingen nokså lik den vi finner i EU-SILC ved at bare personer som rapporterer en varig sykdom eller lidelse, får spørsmål om innvirkning på hverdagsaktiviteter, og at dette igjen avgrenser gruppen med nedsatt funksjonsevne. Den viktigste forskjellen finner vi i måten man kartlegger varig sykdom på.

*Varig sykdom* er sykdom eller lidelse som har vart i minst seks måneder, eller som en regner med vil bli varig. Følgende spørsmål stilles:

H2a: Har du noen sykdom eller lidelse av mer varig natur, noen medfødt sykdom eller virkning av skade? MED VARIG SYKDOM ELLER LIDELSE MENES SYKDOM/LIDELSE SOM HAR VART I MINST 6 MÅNEDER ELLER NYERE SYKDOM/LIDELSE SOM EN REGNER MED VIL BLI VARIG (SE INSTRUKS).

Dette følges opp med spørsmål om hva slags sykdom eller lidelse, spørsmål om varighet av lidelsen og spørsmål om man har flere sykdommer eller lidelser. Man blir også vist et kort med oversikt over ulike sykdommer, og så spurt om man har noen av disse. Man blir også spurt om man har noen funksjonshemninger som ikke er blitt nevnt tidligere, og eventuelt hva slags funksjonshemning og varigheten av denne. Også respondenter som svarer nei på det innledende spørsmålet om varig sykdom eller lidelse, blir bedt om å rapportere om de likevel har en sykdom ut fra en liste som enten blir vist fram (besøksintervju) eller lest opp (telefonintervju).

Alle sykdommer, lidelser og funksjonshemninger intervjuobjektet orienterer om, blir kodet etter ICD-10 (Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. 10. revisjon, KITH, 2005) etter følgende hovedgrupper av sykdommer:

- Nervøse lidelser (F00-F69, F80-F99, R40, R42, (R450), R50, R51, (R510), R53, R55, R56, R61, R63, R64-R68)
- Sykdommer i sentralnervesystemet (G00-G99, Q00-Q07)
- Øye- og øresykdommer (H00-H99, Q10-Q17)
- Hjerte- og karsykdommer (I00-I99, Q20-Q28)
- Åndrettssykdommer (J00-J99, Q30-Q34)
- Magesykdommer (K25-K30)
- Andre sykdommer i fordøyelsesorganene (K31-K83, Q35-Q45)
- Sykdommer i urin- og kjønnsorganer (N00-N99, Q60-Q64, Q50-Q56)
- Sykdommer i hud og underhud (L00-L99, Q80-Q84, D18)
- Sykdommer i skjelett/muskelsystemet (M00-M99, Q65-Q79)
- Skader (S00-T99, V00-V99, Y00-Y99)
- Andre sykdommer (A00-D17, D19-E90, F70-F79, K00-K24, K85-K93, O00-O99, P00-P94, P96, R00-R39, R43-R44, R46-R49, R52, R54, R57-R60, R62, R65-R67, R69-R94, Q18, Q35, Q85-Q87, Q89-Q99)

Når vi har fått definert gruppen av personer med varig sykdom, lidelse eller funksjonshemning, stiller vi spørsmål om hvordan den/de virker inn på hverdagen:

H8a: Vi vil gjerne vite hvordan du vurderer den/de varige sykdommene/ funksjonshemmingene du har fortalt om. Virker noen av disse inn på din hverdag i høy grad, i noen grad, i liten grad eller ikke i det hele tatt? VI TENKER HER PÅ ALLE SLAGS VIRKNINGER: SMERTER, ANGST, SØVNPROBLEMER, TRETTHET, BEGRENSNINGER I HVA DU KAN GJØRE. DERSOM DET ER VIRKNINGER SOM KOMMER OG GÅR I PERIODER, KOMMER DET AN PÅ IO'S VURDERING AV OM DETTE ER NOE SOM VIRKER INN PÅ HVERDAGEN.

#### *Personer med nedsatt funksjonsevne*

Personer med nedsatt funksjonsevne i denne analysen er personer som har oppgitt en eller flere sykdommer, lidelser eller funksjonshemminger, og som oppgir at disse påvirker hverdagen deres på en eller annen måte. Vi har delt gruppen opp i følgende kategorier:

*Påvirker ikke hverdagen i det hele tatt*

*Påvirker hverdagen i liten grad*

*Påvirker hverdagen i noen grad*

*Påvirker hverdagen i høy grad*

I tillegg til kartlegging av sykdom, lidelse, funksjonshemming og hvorvidt dette virker inn på hverdagen til intervjuobjektet, kartlegger vi i levekårsundersøkelsen også funksjonsevne mer spesifikt ved hjelp av spørsmål om syn, hørsel, konsentrasjon, bevegelsesevne og evne til å delta på ulike aktiviteter, som organisasjons- og foreningsliv, fritidsaktiviteter, benytte offentlige transportmidler, få kontakt og snakke med andre mennesker. Da dette er informasjon vi ikke har tilgjengelig i EU-SILC, har vi ikke sett nærmere på disse forholdene i notatet.

### **3.3 Arbeidskraftundersøkelsen (AKU)**

AKU har regelmessig kartlegging av sysselsetting og arbeidsforhold for personer med nedsatt funksjonsevne. Tilleggsundersøkelsene baserer seg også på en avgrensning som stammer fra EU, og som har vært brukt i forbindelse med internasjonale sammenligninger fra Labour Force Survey (LFS/AKU) (Olsen og Thi Van 2007). Det benyttes ett spørsmål for å avgrense gruppen med nedsatt funksjonsevne, og det er et ja/nei-spørsmål som ikke gir noen form for gradering av hvor sterkt nedsatt funksjonsevne respondenten måtte ha. Selve spørsmålet skiller seg vesentlig fra det som brukes i EU-SILC og levekårsundersøkelsen, og er formulert på følgende måte:

I tillegg har vi noen få spørsmål om funksjonshemminger eller varige helseproblemer. Med funksjonshemming menes fysiske eller psykiske helseproblemer av mer varig karakter som kan medføre begrensninger i det daglige liv. Det kan for eksempel være sterkt nedsatt syn eller hørsel, lese- og skrivevansker, bevegelsehemninger, hjerte- eller lungeproblemer, psykisk utviklingshemning, psykiske lidelser eller annet.

Har du etter din mening en funksjonshemming?

Ja/Nei

Spørsmålet stilles til alle som deltar i undersøkelsen. Det har en ganske lang og detaljert innledning. Innledningen viser til både funksjonshemming og varige helseproblemer, og spesifiserer at det menes både fysiske og psykiske helseproblemer, og at disse må være av mer varig karakter. I intervjuinstruksjonen som følger undersøkelsen, er det spesifisert at varigheten må være minst seks måneder, noe som viderefremmes til respondenten bare dersom vedkommende spør hvordan spørsmålet skal forstås. Videre vises det til begrensninger som kan følge av helseproblemer, men det gis ingen betingelse for varigheten av en eventuell begrensning. Til slutt i innledningen nevnes en rekke eksempler, før selve spørsmålet stilles.

I de oppfølgende spørsmålene til respondenter med en funksjonshemming blir det dessuten kartlagt om funksjonshemmingen begrenser hva slags arbeidsoppgaver man kan utføre, og hvor mye man kan arbeide, altså arbeidstiden. Behov for tilrettelegging på arbeidsplassen og gjennomførte tiltak blir også kartlagt.

## 4. Andeler med nedsatt funksjonsevne – sammenligning av EU-SILC og andre datakilder

### 4.1 En av fem har nedsatt funksjonsevne målt ved hjelp av EU-SILC

Som nevnt tidligere er variabelen om nedsatt funksjonsevne konstruert på bakgrunn av flere spørsmål, med et innledende filterspørsmål om man i det hele tatt har en langvarig sykdom eller virkning av skade. En av tre, eller 33 prosent, svarer bekreftende på dette (2006). Når vi så går videre og spør om dette medfører noen begrensninger, reduseres andelen noe, og vi står igjen med 22 prosent av utvalget. Det tredje spørsmålet knytter seg til varigheten, og de som svarer bekreftende på at begrensningene har vart i seks måneder eller mer, vil være de som blir definert med nedsatt funksjonsevne og senere graderes med sterkt eller noe. I dette tredje spørsmålet reduseres andelen igjen, men denne gangen svært lite, og vi står igjen med 21 prosent som rapporterer nedsatt funksjonsevne ut fra at de har langvarig sykdom eller virkning av skade som medfører begrensninger i hverdagen, og hvor disse begrensningene har vart i seks måneder eller mer. Vi kan altså merke oss at for nesten alle som sier at de opplever begrensninger, har disse vart i seks måneder eller mer. Varigheten ser altså ut til å fanges opp av «langvarig sykdom eller virkning av skade».

**Tabell 4.1a Andel med nedsatt funksjonsevne, etter kjønn og alder. 2003, 2004, 2005 og 2006**

	Kjønn			Alder					Antall personer
	Totalt	Menn	Kvinner	16-24	25-44	45-67	67-79	79+	
<b>2003</b>									
Ikke nedsatt funksjonsevne	80	84	75	92	86	76	68	55	4 741
Noe nedsatt funksjonsevne	12	9	15	7	10	13	18	22	698
Sterkt nedsatt funksjonsevne	8	7	9	2	4	11	13	23	433
<b>2004</b>									
Ikke nedsatt funksjonsevne	80	84	76	91	87	75	71	54	4 929
Noe nedsatt funksjonsevne	12	9	15	7	8	15	16	23	687
Sterkt nedsatt funksjonsevne	8	7	9	2	5	9	13	23	447
<b>2005</b>									
Ikke nedsatt funksjonsevne	80	83	76	92	87	74	69	58	4 845
Noe nedsatt funksjonsevne	12	10	15	6	9	15	18	24	716
Sterkt nedsatt funksjonsevne	8	7	9	3	4	11	13	19	451
<b>2006</b>									
Ikke nedsatt funksjonsevne	79	83	75	89	87	74	67	50	4 629
Noe nedsatt funksjonsevne	13	10	16	9	8	16	19	24	698
Sterkt nedsatt funksjonsevne	8	7	9	2	5	10	13	25	444

Kilde: EU-SILC.

Som vi ser av tabell 4.1a, er den totale andelen med nedsatt funksjonsevne veldig stabil når vi ser på flere årganger av EU-SILC. 12-13 prosent rapporterer noe nedsatt funksjonsevne, mens 8 prosent rapporterer sterkt nedsatt funksjonsevne. Ser vi på samme indikator fordelt på kjønn, finner vi også svært stabile forekomster hvor kvinner i noe større grad enn menn rapporterer nedsatt funksjonsevne. Ser vi på alder, blir inntrykket også det samme – her er det veldig stabilt, og andelen er som forventet høyere dess høyere alder respondentene har.

Vi har også sett på andelen som mottar ulike former for trygdeytelser fordelt etter funksjonsevne (tabell 4.1b), og da finner vi at nesten halvparten av de med sterkt nedsatt funksjonsevne mottar uførepensjon, knapt en av fem mottar grunn- og hjelpestønad, og vi ser også en viss overrepresentasjon av sosialhjelpsmottakere blant personer med nedsatt funksjonsevne. Det at personer med nedsatt funksjonsevne i større grad enn andre mottar disse typene ytelse, styrker en antagelse om at rapporteringen fanger opp det den er ment å måle. Likevel kan vi også observere at det blant de som ikke rapporterer nedsatt funksjonsevne, finnes tre prosent som mottar uførepensjon. Disse har per definisjon en lidelse som gjør at de ikke er arbeidsføre, men rapporterer altså ikke denne som noe som medfører begrensninger i aktiviteter.

**Tabell 4.1b. Andel med nedsatt funksjonsevne, etter stønader. 2003, 2004, 2005 og 2006**

	Andel med uførepensjon <sup>1</sup>	Andel med grunn- og hjelpestønad	Andel som mottok sosialhjelp	Antall personer
<b>2003</b>				
Ikke nedsatt funksjonsevne	3	2	2	4 741
Noe nedsatt funksjonsevne	25	8	5	698
Sterkt nedsatt funksjonsevne	50	19	7	433
<b>2004</b>				
Ikke nedsatt funksjonsevne	3	1	2	4 929
Noe nedsatt funksjonsevne	28	9	4	687
Sterkt nedsatt funksjonsevne	45	17	8	447
<b>2005</b>				
Ikke nedsatt funksjonsevne	3	1	2	4 845
Noe nedsatt funksjonsevne	30	10	3	716
Sterkt nedsatt funksjonsevne	45	17	10	451
<b>2006</b>				
Ikke nedsatt funksjonsevne	3	1	2	4 629
Noe nedsatt funksjonsevne	30	8	7	698
Sterkt nedsatt funksjonsevne	45	18	8	444

<sup>1</sup> Andel med uførepensjon gjelder for gruppen 16-66 år.

Kilde: EU-SILC.

Ut fra dette kan vi trekke to foreløpige konklusjoner. For det første viser sammenhengene med kjønn, alder og mottak av stønader at vi fanger opp de forventede tendensene når vi måler nedsatt funksjonsevne. Sammenhengen med stønadstyper styrker også troen på at det henger sammen med objektive vilkår for nedsatt funksjonsevne. Det gir oss likevel ikke noe klart svar på om vi «treffer målet» eksakt. For det andre viser stabiliteten over tid at vi antagelig måler det samme hvert år – altså bare en bekreftelse på at det ikke er tilfeldige svingninger i dataene, og at vi ved å bruke denne indikatoren vil få relativt pålitelige endringstall.

### **Grunn- og hjelpestønad**

Grunnstønad gis for å dekke ekstrautgifter på grunn av varig sykdom, skade eller lyte som er stadig tilbakevendende (ikke engangsutgifter). Hjelpestønad gis ved et særskilt behov for pleie og tilsyn på grunn av sykdom, skade eller en medfødt funksjonshemming.

### **Sosialhjelp**

Er en økonomisk hjelp som ytes etter lov om sosiale tjenester, og som skal sikre at alle har nok midler til livsopphold. Alle som oppholder seg lovlig i landet har krav på økonomisk sosialhjelp hvis de ikke kan besørge sitt eget livsopphold og ikke har krav på økonomisk hjelp fra andre støtteordninger. Sosialtjenesten er kommunenes ansvarsområde.

### **Uførepensjon**

Kan innvilges personer som er mellom 18 og 67 år, har vært medlem av folketrygden de siste tre årene og har nedsatt inntektsevne på grunn av «langvarig sykdom, skade eller lyte». Inntektsevnen må være nedsatt med minst 50 prosent. Uføreytelser er delt inn i tidsbegrenset uførestønad og uførepensjon. Tidsbegrenset uførestønad ble innført 1. januar 2004.

## **4.2 Funksjonsnedsettelsens varighet**

Definisjonen på nedsatt funksjonsevne tilsier at respondenten opplever begrensninger i hverdagsaktiviteter/alminnelige aktiviteter i minimum seks måneder. Det legges altså til grunn at det skal være en viss varighet på funksjonsnedsettelsene, selv om det ikke forutsettes at den er permanent.

EU-SILC er en panelundersøkelse der vi følger de samme respondentene over flere år (EUs minimumskrav er fire år, i Norge følger vi respondentene i åtte år). Dette gir oss muligheten til å se på hvor stabil gruppen av personer med nedsatt funksjonsevne er. En hypotese vil være at jo mindre bevegelsene det er «ut av gruppen», jo nærmere er vi å fange inn personer som faktisk har varig nedsatt funksjonsevne. Når det er sagt, må vi likevel forvente at noen «blir friske» fra et år til et annet fordi betingelsen er seks måneders begrensninger i aktiviteter. Det kan være slik at noen opplever langvarig sykdom eller skade som skaper begrensninger i seks måneder eller mer, uten at det er varig. Vi setter dessuten «blir frisk» i hermetegn her fordi det ikke er helt dekkende for alle tilnæringer til nedsatt funksjonsevne. Det å «bli frisk» forutsetter den medisinske modellen i tilnærmingen, mens det kan være slik at endringer i ytre forhold (tilrettelegging, hjelpemidler og så videre) fører til at en respondent som har rapportert begrensninger i ett år, ikke rapportere det samme året etter. Tabell 4.2 bygger på en sammenkobling av fire årganger av EU-SILC, og tar utgangspunkt i personer som rapportere sterkt eller noe nedsatt funksjonsevne i et gitt år (t), og viser hvordan disse personene fordeler seg i det påfølgende året (t+1). Den første kolonnen (2003-2004) viser altså hvordan personer med sterkt eller noe nedsatt funksjonsevne i 2003 rapporterer på samme variabel i 2004. Ut fra dette kan vi observere at det er relativt stor grad av stabilitet i tallene. Om lag tre av ti respondenter kan sies å «bli friske» fra et år til et annet. Også her er det stor stabilitet over tid ved at bevegelsene er veldig like for alle de tre målepunktene vi har. Vår antagelse vil dermed være at om lag en tredjedel av de som rapporterer nedsatt funksjonsevne ett år, opplever begrensninger som ikke er permanente. Ut over det vet vi ikke annet enn at de varer i minst seks måneder.

**Tabell 4.2 Endring i funksjonsevne fra t til t+1. 2003, 2004, 2005 og 2006 (1)<sup>1</sup>**

	2003-2004	2004-2005	2005-2006
Ikke nedsatt funksjonsevne	33	30	29
Noe nedsatt funksjonsevne	36	38	39
Sterkt nedsatt funksjonsevne	31	31	32
Antall personer	863	897	695

<sup>1</sup> Tall basert på paneldata er ikke vektet for å korrigere for frafall. Tabellen viser fordeling basert på de som rapporterte **noe eller sterkt** nedsatt funksjonsevne i t.

Vi har også laget tabell 4.3, som er identisk med tabell 4.2, bortsett fra at prosentueringsgrunnlaget her er personer som har svart *sterkt* nedsatt funksjonsevne i år t. Forskjellen mellom de to tabellene er som forventet. Når vi tar utgangspunkt i de som opplever store begrensninger på grunn av sykdom eller skade, blir bevegelsen mindre, og en lavere andel, 15 prosent, «blir friske» fra ett år til et annet. Dette styrker antagelsen om at graderingen av nedsatt funksjonsevne fungerer.

**Tabell 4.3 Endring i funksjonsevne fra t til t+1. 2003, 2004, 2005 og 2006 (2) <sup>1</sup>**

	2003-2004	2004-2005	2005-2006
Ikke nedsatt funksjonsevne	15	16	15
Noe nedsatt funksjonsevne	27	29	29
Sterkt nedsatt funksjonsevne	59	54	56
Antall personer	433	447	451

<sup>1</sup> Tall basert på paneldata er ikke vektet for å korrigere for frafall. Tabellen viser fordeling basert på de som rapporterte **sterkt** nedsatt funksjonsevne i t.

Analysen av paneldata viser at det er stabilitet i rapporteringen over tid også på individnivå, og at bevegelsen blir mindre når vi tar utgangspunkt i de som rapporterer de største begrensningene. Vi kan også utnytte paneldesignet til å se på hvor store andeler som har det vi kan kalle permanent nedsatt funksjonsevne. I Norge har vi fire årganger med data, og ser vi på respondenter som har deltatt alle fire gangene, er andelen som har rapportert nedsatt funksjonsevne i alle fire årene, helt nede på 8 prosent. Drøyt tre av ti har rapportert nedsatt funksjonsevne på minst ett tidspunkt.<sup>2</sup>

Vår gjennomgang av data fra EU-SILC styrker troen på at vi fanger opp et fenomen som representerer nedsatt funksjonsevne også etter en objektiv standard, men at gruppen som rapporterer nedsatt funksjonsevne et gitt år (tverrsnittsdata), ikke har det vi kan kalle permanent nedsatt funksjonsevne. Det vi fanger opp, er altså en mer temporær tilstand hvor personer opplever begrensninger i daglige aktiviteter. Vi kan imidlertid fastslå at graderingen også virker å være reell ved at sannsynligheten for å ikke rapportere nedsatt funksjonsevne et gitt år blir proporsjonalt mindre avhengig av graden av nedsatt funksjonsevne foregående år. Dersom vi skulle fokusere bare på andeler med permanent funksjonsnedsettelse, kunne vi koble sammen flere årganger og analysere som panel. Da blir andelen med nedsatt funksjonsevne selvfølgelig lavere, men kanskje enda mer presis i forhold til objektive mål på funksjonsevne ut fra en medisinsk modell.

Likevel kan vi fremdeles ikke si noe sikkert om hva vi eksakt måler, verken ved bruk av tverrsnittsdata eller paneldata. Siden EU-SILC ikke inneholder data med detaljerte helseopplysninger om respondentene som kan brukes til en mer objektiv vurdering av respondenter som rapporterer nedsatt funksjonsevne, må vi bruke en indirekte tilnærming og sammenligne med andre kilder for å kunne si mer.

### 4.3 Sammenligning mellom EU-SILC og levekårsundersøkelsen

Når vi bruker EU-SILC som datakilde, får vi 12-13 prosent med noe nedsatt funksjonsevne, mens 8 prosent oppgir sterkt nedsatt funksjonsevne. Når vi bruker levekårsundersøkelsen får vi en andel på 19 prosent som i noen grad har nedsatt funksjonsevne, mens 11 prosent i høy grad har nedsatt funksjonsevne. Levekårsundersøkelsen gir altså en høyere andel enn EU-SILC. Det gjør den både i 2002 og i 2005, og forskjellene mellom EU-SILC og levekårsundersøkelsen er statistisk sikre (95 prosent).

<sup>2</sup> Igjen presiserer vi at dette er uveide tall. Ved bruk av vektet som korrigerer for frafall i panelet, ville kanskje andelen ha endret seg noe.

**Tabell 4.4a. Andel med nedsatt funksjonsevne, etter kjønn og alder. 2002 og 2005**

	Kjønn			Alder					Antall personer
	Totalt	Menn	Kvinner	16-24	25-44	45-67	67-79	79+	
<b>2002</b>									
Ikke i det hele tatt <sup>1</sup>	51	56	46	65	59	46	36	28	3 548
I liten grad	18	18	19	17	16	19	24	23	1 261
I noen grad	19	17	21	13	17	20	25	29	1 276
I høy grad	11	9	13	5	8	15	14	20	739
<b>2005</b>									
Ikke i det hele tatt <sup>1</sup>	51	56	46	67	59	46	34	21	3 503
I liten grad	18	18	18	18	16	17	26	23	1 234
I noen grad	20	16	23	11	17	21	27	34	1 292
I høy grad	11	10	13	4	8	16	14	22	737

<sup>1</sup> Ikke i det hele tatt består av de som ikke har noen sykdommer i H2/H3/H4, eller de som har svart at sykdommen ikke har noen virkning på hverdagen i det hele tatt i H8a.  
Kilde: Levekårsundersøkelsen 2002 og 2005.

**Tabell 4.4b. Andel med nedsatt funksjonsevne, etter stønader 2002 og 2005**

	Andel med uførepensjon <sup>1</sup>	Andel med grunn- og hjelpestønad	Andel som mottok sosialhjelp	Antall personer
<b>2002</b>				
Ikke i det hele tatt <sup>2</sup>	4	2	3	3 548
I liten grad	7	3	1	1 261
I noen grad	18	6	3	1 276
I høy grad	40	14	5	739
<b>2005</b>				
Ikke i det hele tatt <sup>2</sup>	2	1	2	3 503
I liten grad	5	2	2	1 234
I noen grad	17	5	3	1 292
I noen grad	40	15	7	1 292
I høy grad	4	2	3	737

<sup>1</sup> Andel med uførepensjon gjelder for gruppen 16-66 år.

<sup>2</sup> Ikke i det hele tatt består av de som ikke har noen sykdommer i H2/H3/H4, eller de som har svart at sykdommen ikke har noen virkning på hverdagen i det hele tatt i H8a.  
Kilde: Levekårsundersøkelsen 2002 og 2005.

Forklaringen på dette kan ligge i måten gruppen defineres på, altså spørsmålene som stilles for å avgrense hvilke personer som har nedsatt funksjonsevne. Det er bare ett innledningsspørsmål i EU-SILC som avgjør om man går videre og får anledning til å si noe om begrensninger. Deretter filtreres man videre til spørsmål om varighet og alvorlighetsgrad (hvor stor begrensningen er). Innfallsvinkelen i levekår er mye mer åpen. Etter innledningsspørsmålet – der man spør om intervjuobjektet har en sykdom eller lidelse av mer varig natur, noen medfødt sykdom eller virkning av skade, blir alle fulgt opp videre, også de som svarer nei. De som svarer nei, blir bedt om å se på et kort med en lang liste over ulike sykdommer, og skal svare på om de har noen av disse. Hvis man også her svarer nei, blir man likevel spurt om man har noen funksjonshemming som man *ikke* regner som sykdom, skade eller lidelse, og som man derfor ikke allerede har fortalt om. Intervjuobjektet får altså i levekårsundersøkelsen flere muligheter til å bli med videre til spørsmål om begrensninger enn i EU-SILC, noe som sannsynligvis har en effekt på hvor stor andel personer med nedsatt funksjonsevne de to undersøkelsene rapporterer. Mens vi har sett at 33 prosent svarer at de har langvarig sykdom eller skade i EU-SILC, og dermed filtreres videre i spørsmålssekvensen, finner vi at 37 prosent i levekårsundersøkelsen svarer at de har varig sykdom eller virkning av skade. Dersom levekårsundersøkelsen hadde filtrert på samme måte som EU-SILC, ville vi sannsynligvis fått et

estimat på andel med nedsatt funksjonsevne som var noe lavere. En tilleggsfaktor kan være selve tematikken i undersøkelsen. Levekårsundersøkelsen er hvert tredje år primært en undersøkelse om helse. Dette kan både øke interessen for deltakelse blant personer med nedsatt funksjonsevne og gjøre at det er lettere å være åpne om sykdom, skader og funksjonshemninger.

Hvis vi ser bort fra forskjellene i andeler rapportert i EU-SILC og levekårsundersøkelsen, men konsentrerer oss om å se på hvilke grupper som i størst grad rapporterer nedsatt funksjonsevne, finner vi store likheter mellom datakildene. Vi finner samme mønster i levekårsundersøkelsen som i EU-SILC når vi ser på kjønnsforskjeller: Kvinner rapporter i større grad enn menn nedsatt funksjonsevne, også dette stabilt over tid. Vi ser også at andelen med nedsatt funksjonsevne øker med alderen – jo eldre man blir jo flere får sykdommer, lidelser eller funksjonshemninger som innvirker på hverdagen.

Som for EU-SILC har vi også i levekårsundersøkelsen sett på andelen som mottar ulike former for trygdeytelser fordelt etter funksjonsevne. Andel med sterkt nedsatt funksjonsevne (16-66 år) som mottok uførepensjon, var på 40 prosent i både 2002 og 2005, mens det i EU-SILC har vært 45 prosent av de med sterkt nedsatt funksjonsevne i samme aldersgruppe som har mottatt uførepensjon i perioden 2004 til 2006. Levekårsundersøkelsen identifiserer altså flere personer med nedsatt funksjonsevne totalt, men en noe lavere andel av disse mottar uførepensjon sammenlignet med hva som gjelder for tilsvarende gruppe i EU-SILC. Forskjellen for de med noe nedsatt funksjonsevne er lignende, men noe større. Levekårsundersøkelsen finner at 17-18 prosent i denne gruppen mottar uførepensjon, mens andelen i EU-SILC er fra 25 til 30 prosent.

Hvis vi går videre til å se på mottakere av grunn- og hjelpestønad (se boks), er det igjen EU-SILC som rapporterer de høyeste andelen mottakere blant de med nedsatt funksjonsevne. EU-SILC rapporterer 17-19 prosent, mens levekårsundersøkelsen rapporterer 14 og 15 prosent i 2002 og 2005 for de med sterkest nedsatt funksjonsevne. Tilsvarende forskjeller finner vi også for de med noe nedsatt funksjonsevne. Vi finner også tilsvarende forskjeller når det gjelder andeler som mottar økonomisk sosialhjelp. Bland de med nedsatt funksjonsevne er det en høyere andel mottakere i EU-SILC enn det er i levekårsundersøkelsen.

Det kan se ut som om EU-SILC «treffer» noe bedre enn levekårsundersøkelsen, målt ut fra andeler som mottar uførepensjon og grunn- og hjelpestønad, i størst grad for de med noe nedsatt funksjonsevne. Kriteriene for å motta disse stønadene er i sterk grad knyttet til langvarig sykdom, skade eller lyte, og kan slik sett være en god indikator på nedsatt funksjonsevne. Vi må selvfølgelig understreke at man kan ha nedsatt funksjonsevne uten å motta noen av disse ytelsene.

Spørsmålet vi kan stille oss på bakgrunn av gjennomgangen så langt, er om de med nedsatt funksjonsevne i høy og i noen grad i levekårsundersøkelsen er «friskere» enn samme gruppe i EU-SILC. Man kan undersøke dette på flere måter. Man kan se på hvilke sykdommer de med nedsatt funksjonsevne har, og man kan se på sysselsettingen i gruppen. EU-SILC kartlegger ikke hvilke sykdommer de med nedsatt funksjonsevne har. Ved hjelp av sykdomsdata fra levekårsundersøkelsen kan vi imidlertid si noe mer presist om de med nedsatt funksjonsevne i denne undersøkelsen, og vurdere hvor homogen eller heterogen gruppen er. Sysselsettingsnivå kan vi sammenligne mellom de ulike datakildene. Der kan vi også trekke inn en tredje datakilde, nemlig AKU.

#### **4.4 Sykelighet blant personer med nedsatt funksjonsevne i levekårsundersøkelsen**

Vi har i det foregående avsnittet sett på hvor mange som har nedsatt funksjonsevne i levekårsundersøkelsene 2002 og 2005, definert som personer der sykdom, skade eller lidelse påvirker hverdagen i noen eller i stor grad. I levekårsundersøkelsen spør vi videre hvilke sykdommer som påvirker hverdagen, både i høy grad og i noen grad. Tabell 4.5 gir oss en oversikt over hvilke sykdommer personer med sterkt og noe nedsatt funksjonsevne har, uavhengig av hvorvidt disse sykdommene virker inn på hverdagen eller ikke. Hvis vi først ser på de med sterkt nedsatt funksjonsevne, ser vi at flest rapporterer å ha sykdommer i skjelett- og muskelsystemet. Nær seks av ti av de med sterkt nedsatt funksjonsevne har disse sykdommene. Flere kvinner enn menn har



sykdommer i skjelett- og muskelsystemet, og flere eldre enn yngre har denne typen sykdommer. To andre sykdomsgrupper som mange med sterkt nedsatt funksjonsevne har, er hjerte- og karsykdommer og sykdommer i åndedretsorganene. Omkring tre av ti med sterkt nedsatt funksjonsevne har disse sykdommene. Mens andelen med hjerte- og karsykdommer øker sterkt med alder, er det like mange unge som eldre som har sykdommer i åndedretsorganene. Drøyt tre av ti har også andre sykdommer, altså sykdommer som ikke kan plasseres inn under noen av de andre sykdomsgruppene.

**Tabell 4.5 Andel med ulike typer sykdommer, blant personer som i høy grad og i noen grad er plaget i hverdagen av sykdommene sine. 2005**

	Kjønn			Alder					Antall personer
	Totalt	Menn	Kvinner	16-24	25-44	45-67	67-79	79+	
<b>Andel blant personer der sykdom/skade virker inn på hverdagen i høy grad</b>									
Sykdommer i skjelett- og muskelsystemet	59	53	63	25	48	64	74	65	436
Andre sykdommer	33	26	39	25	25	37	42	55	259
Hjerte- og karsykdommer	30	34	27	3	12	34	63	63	242
Sykdommer i åndedretsorganene	27	23	29	25	27	26	29	23	194
Nervøse lidelser	20	15	23	36	22	19	12	25	148
Sykdommer i nervesystemet	19	15	21	28	21	17	15	7	130
Skader	18	21	15	17	17	18	19	18	131
Øye- og øresykdommer	15	13	17	11	6	15	35	38	126
Sykdommer i hud og underhud	10	8	13	11	7	12	10	8	76
Andre sykdommer i fordøyelsesorganene	9	9	9	3	6	10	12	13	68
Sykdommer i urin- og i kjønnsorganene	4	5	2	3	2	4	5	10	30
Magesår, magekatarr o.l.	3	5	1	0	4	3	1	3	21
<b>Andel blant personer der sykdom/skade virker inn på hverdagen i noen grad</b>									
Sykdommer i skjelett- og muskelsystemet	49	43	54	25	37	60	61	57	644
Sykdommer i åndedretsorganene	30	29	31	48	35	24	27	15	379
Hjerte- og karsykdommer	24	27	22	3	9	30	55	63	346
Andre sykdommer	23	17	26	6	18	25	36	38	308
Sykdommer i nervesystemet	14	7	16	18	15	10	10	1	150
Øye- og øresykdommer	12	15	11	14	7	13	24	47	192
Sykdommer i hud og underhud	12	10	14	11	16	12	6	9	156
Nervøse lidelser	11	8	13	17	15	8	8	9	141
Skader	11	13	9	8	13	9	12	18	145
Andre sykdommer i fordøyelsesorganene	6	6	6	5	5	6	9	13	84
Sykdommer i urin- og i kjønnsorganene	3	4	3	1	3	3	6	9	49
Magesår, magekatarr o.l.	1	1	2	0	1	2	2	3	22

Kilde: Levekårsundersøkelsen 2005.

Vi ser det samme mønsteret blant personer med noe nedsatt funksjonsevne. Også i denne gruppen er det flest som har sykdommer i skjelett- og muskelsystemet, mens hjerte- og karsykdommer, sykdommer i åndedretsorganene og andre sykdommer også rapporteres av mange.

Svært få personer med nedsatt funksjonsevne har sykdommer i fordøyelsesorganene, magesår, magekatarr og lignende samt sykdommer i urin- og kjønnsorganer.. Dette gir oss informasjon om hvilke sykdommer som påvirker, og hvilke som i mindre grad påvirker, folks hverdag. Sykdommer knyttet til skjelett- eller muskelsystemet, hjerte- og karsykdommer eller sykdommer i åndedretsorganene, er sykdommer knyttet til store og viktige organer. Hvis ikke disse fungerer optimalt, vil det med stor sannsynlighet føre til at hverdagen blir påvirket, og dermed havner i kategorien «nedsatt funksjonsevne».

Tabell 4.5 har vist hvilke sykdommer personer med nedsatt funksjonsevne har. I levekårsundersøkelsen ble de som svarer at sykdommen/funksjonshemningen i høy grad virker inn på hverdagen (de med sterkt nedsatt funksjonsevne), også spurt om *hvilke* varige sykdommer som i høy grad virker inn på hverdagen. Noen respondenter kan ha flere sykdommer, noen som påvirker i større grad enn andre, mens andre bare har en sykdom. For å få oversikt over hvor begrensende ulike sykdommer er på hverdagen, blir altså intervjuobjektet bedt om å fortelle om dette.

**Tabell 4.6 Sykdommer som i høy grad virker inn på hverdagen. 2005. Prosent**

	Kjønn			Alder					Antall personer
	Totalt	Menn	Kvinner	16-24	25-44	45-67	67-79	79+	
Sykdommer i skjelett- og muskelsystemet	42	37	45	17	38	45	45	37	281
Andre sykdommer	16	13	17	6	15	17	14	15	105
Nervøse lidelser	15	12	17	33	20	13	7	15	102
Skader	13	16	11	14	13	14	12	13	89
Sykdommer i nervesystemet	11	9	13	22	15	9	7	2	76
Hjerte- og karsykdommer	10	15	6	3	5	10	21	30	67
Sykdom i åndedretsorganene	10	11	9	11	8	10	12	5	66
Øye- og øresykdommer	6	5	6	3	4	5	14	10	39
Andre sykdommer i fordøyelsesorganene	4	3	4	3	3	4	3	2	24
Sykdommer i hud og underhud	2	1	3	6	2	3	0	0	16
Sykdommer i urin- og i kjønnsorganene	1	1	1	3	2	1	0	3	7
Magesår, magekatarr o.l.	0	1	0	0	1	1	0	2	3

Kilde: Levekårsundersøkelsen 2005.

Vi ser av tabell 4.6 at sykdommer i skjelett- og muskelsystemet skiller seg klart ut. Blant de med sterkt nedsatt funksjonsevne oppgir i overkant av fire av ti at sykdommer i skjelett- og muskelsystemet i høy grad virker inn på hverdagen. Nervøse lidelser er også en sykdom som 15 prosent nevner, mens omtrent like mange oppgir at andre sykdommer i høy grad virker inn på hverdagen. Sykdomsgrupper som hjerte- og karsykdommer samt sykdommer i åndedretsorganene, som relativt mange med nedsatt funksjonsevne rapporterte at de hadde (tabell 4.5), blir ikke rapportert i samme grad når man etterspør effekten på hverdagsaktiviteter. Sykdommer i skjelett- og muskelsystemet er dermed den sykdomsgruppen som vurderes som viktigst når vi skal avgrense en gruppe med nedsatt funksjonsevne.

## 4.5 Sysselsetting og nedsatt funksjonsevne

Arbeidskraftundersøkelsen (AKU) har regelmessig kartlegging av sysselsetting og av arbeidsforhold for personer med nedsatt funksjonsevne. Spørsmålet som brukes til å avgrense gruppen med nedsatt funksjonsevne i den norske AKU, bygger på tilsvarende spørsmål fra Eurostat, slik at det her vil finnes statistikk som er sammenlignbar også i andre land.

**Tabell 4.7. Andeler 16-66 år med nedsatt funksjonsevne, etter kjønn og sysselsetting. EU-SILC 2006, AKU 2006 og 2007 og LKU 2005**

	EU-SILC 2006	AKU 2006	AKU 2007	LKU 2005
Nedsatt funksjonsevne				
<b>Totalt</b>	<b>11</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>28</b>
Menn	9	13	13	24
Kvinner	14	16	17	33
Sysselsatte <sup>1</sup>				
<b>Totalt</b>	<b>55</b>	<b>46</b>	<b>45</b>	<b>63</b>
Menn	61	50	47	65
Kvinner	50	42	44	62

<sup>1</sup> Andel av funksjonshemmede/personer med nedsatt funksjonsevne som er sysselsatte

I tabell 4.7 har vi sammenlignet resultater fra AKU 2006 og 2007 med resultater fra EU-SILC 2006 og LKU 2005 for aldersgruppen 16-66 år. Det finnes ikke nyere data for verken levekårsundersøkelsen eller EU-SILC på nåværende tidspunkt.

Det første vi merker oss i tabellen, er at levekårsundersøkelsen viser en mye høyere forekomst av personer med nedsatt funksjonsevne enn EU-SILC og AKU i samme aldersgruppe. Dette skyldes i hovedsak en hyppigere rapportering av nedsatt funksjonsevne i alle aldersgrupper i levekårsundersøkelsen. Forskjellen er spesielt stor blant middelaldrende, men ikke like stor blant de eldste. Ved å se bort fra de over 66 år reduseres dermed ikke den totale andelen like mye i levekårsundersøkelsen som i EU-SILC.

Årsaken til at forekomsten av nedsatt funksjonsevne er større i AKU enn i EU-SILC, kan være knyttet til både spørsmålsformulering og kontekst. EU-SILC benytter flere spørsmål for å avgrense gruppen, og det er i tillegg en betingelse at begrensninger må ha en varighet på minimum seks måneder. I AKU er det verken filterspørsmål eller noen eksplisitt avgrensning av varigheten ut over «av mer varig karakter», og dette kan bidra til at andelen blir høyere sammenlignet med EU-SILC. Et forhold som vi kunne forvente trakk i motsatt retning, er at AKU lister opp en del eksempler som er relativt alvorlige lidelser, og at de da risikerer å «miste» en del mindre alvorlige problemer.

I tillegg til ulike andeler med nedsatt funksjonsevne finner vi interessante forskjeller i sysselsettingsnivået blant personer som har nedsatt funksjonsevne. Sysselsetting er definert likt i de tre undersøkelsene, og det er brukbart samsvar mellom den totale andelen sysselsatte i de tre undersøkelsene selv om andelen sysselsatte totalt sett er noe høyere i EU-SILC enn i LKU og AKU. AKU 2. kvartal 2006 viser en total sysselsettingsandel på 75 prosent, LKU som primært er samlet inn i 4. kvartal har en sysselsettingsandel på 77 prosent, mens EU-SILC, hvor dataene er samlet inn i 1. og 2. kvartal 2006, viser en sysselsettingsandel på 79 prosent i samme aldersgruppe.

På bakgrunn av at andelen med nedsatt funksjonsevne er noe høyere i AKU enn i EU-SILC, vil en hypotese være at AKU fanger opp flere med moderate funksjonsnedsettelse slik at de med nedsatt funksjonsevne totalt sett er noe «friskere» enn tilsvarende gruppe i EU-SILC. Selv om sysselsetting i seg selv ikke er noen helseindikator, kunne vi da forvente at det var høyere sysselsetting blant de med nedsatt funksjonsevne i AKU sammenlignet med EU-SILC. Tabell 4.7 viser imidlertid at tendensen er motsatt. Den totale andelen sysselsatte med nedsatt funksjonsevne i AKU er 45 prosent, tilsvarende

andel i EU-SILC er 55 prosent. I AKU er andelen sysselsatte med nedsatt funksjonsevne 30 prosentpoeng lavere enn den totale andelen sysselsatte. I EU-SILC er tilsvarende differanse noe mindre, 24 prosentpoeng. Ser vi på forholdet mellom EU-SILC og Levekårsundersøkelsen finner vi imidlertid den forventede tendensen. I sistnevnte undersøkelse er andelen med nedsatt funksjonsevne høy, noe som kan tyde på at flere med moderate lidelser fanges opp. Dette støttes av at andelen sysselsatte da også er høyere.

Ser vi derimot på andelen som mottar uføretrygd, og bruker det som en indikator på hvor godt avgrensningen av nedsatt funksjonsevne fungerer, finner vi at 42 prosent av de med nedsatt funksjonsevne i den aktuelle aldersgruppen i AKU 2007 oppga at de mottok uføretrygd. For EU-SILC og levekårsundersøkelsen blir opplysning om uføretrygd koblet fra register, og 35 prosent av de med nedsatt funksjonsevne i EU-SILC 2006 mottok uføretrygd, mens i Levekårsundersøkelsen 2005 var tilsvarende andel 25 prosent. I AKU 2007 oppga dessuten 22 prosent av de sysselsatte med nedsatt funksjonsevne at de mottok uføretrygd, mens registeropplysninger viser at dette gjaldt 18 prosent av sysselsatte med nedsatt funksjonsevne i EU-SILC 2006.

Selv om dette viser at vi fanger opp de samme tendensene i de tre undersøkelsene, viser altså våre funn at de med nedsatt funksjonsevne i EU-SILC har høyere sysselsetting enn tilsvarende gruppe i AKU, og at de i mindre grad er mottakere av uføretrygd. Det kan dermed virke som om de med nedsatt funksjonsevne ut fra EU-SILC er noe «friskere» sammenlignet med tilsvarende gruppe i AKU, selv om andelen med nedsatt funksjonsevne er lavere. Sammenlignet med levekårsundersøkelsen tyder funnene på at de med nedsatt funksjonsevne i EU-SILC har alvorligere lidelser.

På den ene siden kan det at nedsatt funksjonsevne i AKU fanger opp en gruppe som har lavere sysselsetting enn i EU-SILC, være kontekstavhengig. AKU-spørsmålet kommer som oppfølging etter et intervju om sysselsetting, og man kan spekulere i om personer som ikke er sysselsatte, vil ha lettere for å rapportere helseproblemer og nedsatt funksjonsevne for å rasjonalisere eller forklare manglende sysselsetting. Dette er imidlertid spekulasjoner som vi har liten mulighet til å teste. På den andre siden tyder imidlertid uføreandelene på at man faktisk fanger opp en gruppe med større medisinske problemer sammenlignet med EU-SILC. Så selv om andelen med nedsatt funksjonsevne i AKU er høyere enn i EU-SILC, kan det virke som om AKU treffer bedre ut fra en medisinsk tilnærming.

#### **4.6 Egenvurdert helse og nedsatt funksjonsevne**

Som et siste moment skal vi her se på data fra Levekårsundersøkelsen 2005 og EU-SILC 2006 når det gjelder egenvurdert helse og nedsatt funksjonsevne. I begge undersøkelsene er det et generelt spørsmål om egenvurdert helse før resten av helsespørsmålene stilles. Dette generelle spørsmålet er tilnærmet identisk, og vi vil derfor sammenligne hvordan personer med nedsatt funksjonsevne svarer på dette i de to undersøkelsene for å se om det er noen forskjeller i hvordan de vurderer egen helse generelt.

Spørsmålsformuleringen er som følger:

Hvordan vurderer du din egen helse sånn i sin alminnelighet. Vil du si at den er svært god, god, verken god eller dårlig, dårlig eller svært dårlig?

**Tabell 4.8. Generell helse og nedsatt funksjonsevne. EU-SILC 2006 og LKU 2005**

	LKU 2005		EU-SILC 2006	
	Sterkt nedsatt funksjonsevne	Noe nedsatt funksjonsevne	Sterkt nedsatt funksjonsevne	Noe nedsatt funksjonsevne
Egenvurdert helse				
Svært god	6	16	2	4
God	24	49	9	34
Verken god eller dårlig	31	28	26	40
Dårlig	31	7	50	22
Svært dårlig	9	0	13	1
Antall personer	737	1 292	698	444

Kilde: EU-SILC 2006 og Levekårsundersøkelsen 2005.

Eneste forskjell mellom EU-SILC og levekårsundersøkelsen er bruken av adverb for å gradere skalaen. Mens EU-SILC bruker «svært», brukes «meget» i levekårsundersøkelsen. Vi antar at dette har minimal betydning for svarfordelingen. I tabell 4.8 viser vi hvordan personer med nedsatt funksjonsevne har svart på dette spørsmålet.

Totalt sett er det om lag ni av ti som rapporterer god eller svært god helse i de to undersøkelsene. Det første vi dermed kan slå fast, er at personer med nedsatt funksjonsevne selvfølgelig vurderer sin egen helse som mye dårligere enn befolkningen totalt i begge undersøkelsene. Vi ser imidlertid at personer med nedsatt funksjonsevne i levekårsundersøkelsen generelt vurderer sin egen helse som bedre enn personer med nedsatt funksjonsevne i EU-SILC. 40 prosent av de med sterkt nedsatt funksjonsevne i levekårsundersøkelsen vurderer sin egen helse som dårlig eller svært (meget) dårlig. Tilsvarende andel i EU-SILC er 63 prosent. Forskjellen er noe mindre for personer med noe nedsatt funksjonsevne. Dette støtter opp om det vi tidligere har funnet i gjennomgangen av andeler som mottar ulike stønader og av ulike andeler sysselsatte, nemlig at gruppen med nedsatt funksjonsevne i EU-SILC nok er noe «sykere» enn tilsvarende gruppe i levekårsundersøkelsen.

## 5. Oppsummering

Hensikten med dette notatet er å vurdere om avgrensningen av nedsatt funksjonsevne i EU-SILC er hensiktsmessig slik at den kan brukes som bakgrunnsvariabel i andre analyser. I tillegg skal vi se om det kan være en potensiell kilde til sammenlignbar nordisk statistikk om personer med nedsatt funksjonsevne. I denne sammenhengen har det også vært en intensjon å si noe om hvilke sykdommer som gjør at personer rapporterer nedsatt funksjonsevne. I vår gjennomgang har vi bare brukt norske data fra ulike utvalgsundersøkelser. Det vil alltid være usikkerhet knyttet til resultater fra utvalgsundersøkelser, både som følge av utvalgsvarians og eventuelle forskjeller i frafallsskjevheter. Dette må vi ha i bakhodet når vi vurderer resultatene, og kan derfor ikke trekke alt for bastante slutninger.

De norske datakildene tyder på at avgrensningen av nedsatt funksjonsevne i EU-SILC «treffer» relativt godt sammenlignet med andre datakilder, selv om det kan se ut som om AKU «treffer» enda bedre ved at den fanger opp en gruppe som er både større og «sykere». Andelen med nedsatt funksjonsevne i EU-SILC er mindre enn i både AKU og levekårsundersøkelsen. I hovedsak tror vi dette skyldes måten spørsmålene stilles på og bruken av innledende filter som avgrenser hvem som får de konkrete spørsmålene om begrensninger som følge av sykdom eller skade. Vår gjennomgang av mottak av stønader og av ulike andeler sysselsatte tyder også på at avgrensningen i EU-SILC fanger opp en gruppe som har større begrensninger enn i levekårsundersøkelsen, men kanskje noe mindre begrensninger enn i AKU.

Gruppen med nedsatt funksjonsevne i EU-SILC er imidlertid ikke en gruppe som har permanent nedsatt funksjonsevne. Betingelsen i selve spørsmålet som ligger til grunn for dataene, er at begrensninger skal vare i minst seks måneder. Dette gjenspeiles da også i vår panelanalyse av EU-SILC-dataene, som viser at tre av ti med nedsatt funksjonsevne et gitt år ikke rapporterer nedsatt funksjonsevne påfølgende år. Gruppen som rapporterer nedsatt funksjonsevne i fire påfølgende år, som kan tolkes som en gruppe med permanent nedsatt funksjonsevne, er nede på 8 prosent.

Andelen med nedsatt funksjonsevne er høyere i levekårsundersøkelsen enn i EU-SILC, men vi finner likevel de samme mønstrene når vi ser på kjønn, alder og stønadstyper. Vi vil derfor anta at sykdomsmønsteret er nokså likt for begge grupper av personer med nedsatt funksjonsevne, og analysen av levekårsdataene kan derfor si oss noe indirekte om hvilke sykdommer som gjør at folk rapporterer nedsatt funksjonsevne også i EU-SILC. Denne analysen viser at personer med nedsatt funksjonsevne hyppigst rapporterer å ha sykdommer knyttet til skjelett- eller muskelsystemet, hjerte- og karsykdommer eller sykdommer i åndedretsorganene. Dette er sykdommer knyttet til store og viktige organer, og slike sykdommer vil med stor sannsynlighet påvirke hverdagsaktiviteter. Det er også et ganske stort innslag av sykdommer som ikke er klassifisert (andre sykdommer), og som vi dermed ikke kan si noe om. Når vi så mer konkret på hvilke sykdommer som faktisk påvirker hverdagen, var det sykdommer i skjelett- og muskelsystemet som skilte seg klart ut.

Selv om de sykdomsgruppene som er nevnt her, kan sies å ramme store og viktige organer, er det likevel grupper som dekker mange sykdommer av svært ulik alvorlighetsgrad og varighet. Vi kan dermed ikke si noe mer nøyaktig om alvorlighetsgrad, men må nøye oss med å si at denne typen sykdommer øker sannsynligheten for å rapportere nedsatt funksjonsevne, mens andre typer ikke ser ut til å ha samme innvirkning.

Vår konklusjon basert på en gjennomgang av norske data er derfor at EU-SILC kan brukes som kilde til statistikk om personer med nedsatt funksjonsevne. Man må imidlertid være klar over at nedsatt funksjonsevne i denne sammenhengen dekker til dels svært ulik varighet, fra permanent til seks måneder, og at alvorlighetsgraden også kan variere mye.

## **5.1 Kilde til nordisk statistikk?**

Oppdragsgiveren NOSOSKO er primært opptatt av å finne kilder til sammenlignbar statistikk i Norden. Alle nordiske land gjennomfører EU-SILC, og man kan i prinsippet sammenligne andeler med nedsatt funksjonsevne på tvers av landegrensene. I tabell 5.1 og 5.2 har vi hentet tall fra EU-SILC publisert av Eurostat. Der ser vi at andelene med nedsatt funksjonsevne varierer til dels mye mellom de nordiske landene. Høyest andel med nedsatt funksjonsevne finner vi i Finland, mens lavest andel finnes i Danmark. For Danmark er det imidlertid ikke presentert tall for andel med sterkt nedsatt funksjonsevne. Andelen med langvarig sykdom (tabell 5.2) viser også at forekomsten er høyest i Finland, noe som korresponderer med den høye andelen med nedsatt funksjonsevne. Men også i Sverige er andelen med langvarig sykdom relativt høy, selv om andelen med nedsatt funksjonsevne ikke er det.

Siden disse tallene er hentet fra EU-SILC, skal de i utgangspunktet være sammenlignbare, men forut for en bruk av denne indikatoren på nordisk nivå bør man sjekke spørsmålsstillingen nasjonalt mer i detalj for å forsikre seg om at det ikke er gjort nasjonale tilpasninger som kan påvirke fordelingene.

Fram til og med 2006 brukte Island tilsvarende filtrering som i Norge inn mot spørsmålet om nedsatt funksjonsevne slik at det bare ble stilt til personer med langvarig sykdom (PH020). Dette ble endret i 2007. Island skiller seg imidlertid fra Norge ved at spørsmålet om nedsatt funksjonsevne stilles som ett i stedet for tre spørsmål. Vi kan ikke være helt sikre på hvordan dette slår ut, men ser vi på tabell 5.1, ser vi at Island og Norge har veldig like fordelinger på nedsatt funksjonsevne i 2005, selv om andelen med langvarig sykdom er høyere i Norge (tabell 5.2).

Også i Danmark ble det benyttet tilsvarende filtrering som i Norge og Island i perioden 2003-2007. I 2008 ble dette fjernet, slik som det også har blitt gjort i Island. Danmark har imidlertid ikke brukt en gradering av nedsatt funksjonsevne før i 2008, noe som også fremgår av tabell 5.1. Siden respondentene ikke har blitt tilbudt en gradering av begrensninger i daglige aktiviteter, kan vi anta at terskelen for å rapportere begrensninger har blitt noe høyere, og at dette delvis kan forklare hvorfor andelen med nedsatt funksjonsevne er lav i Danmark sammenlignet med de andre nordiske landene. Når det gjelder langvarig sykdom, er Danmark på nivå med Island, og ut fra det kunne man forvente at andelen med nedsatt funksjonsevne også var omtrent tilsvarende, men dette kan vi ikke kontrollere.

I Finland har det aldri blitt benyttet filtrering inn mot spørsmålene om nedsatt funksjonsevne, og spørsmålet om nedsatt funksjonsevne stilles som ett spørsmål. Av tabell 5.1 ser vi at Finland har betydelig høyere andeler med nedsatt funksjonsevne, og dette kan delvis skyldes forskjell i spørsmålsstillingen. Ser vi på tabell 5.2, har Finland imidlertid også en høy rapportering av langvarig sykdom. På bakgrunn av det kan vi ikke avvise at Finland faktisk har høyere andel med nedsatt funksjonsevne sammenlignet med andre nordiske land.

Nå finner vi også i Sverige en høy andel med langvarig sykdom, mens andelen med nedsatt funksjonsevne er på linje med Norge og Island. Vi har imidlertid ikke detaljkunnskap om hvordan spørsmålsstilling og filtrering er i Sverige, så det er vanskelig å si noe om årsaker til dette.

Vi kan imidlertid oppsummere med at det vil være problematisk å sammenligne andeler med nedsatt funksjonsevne i Norden på bakgrunn av EU-SILC før 2008. Først og fremst fordi Danmark ikke har benyttet gradering. Det kan også være grunn til å se nærmere på rapporteringen fra Finland for å finne ut mer om den relativt høye andelen med nedsatt funksjonsevne er rimelig i forhold til andre nordiske land.

Fra og med 2008 ble det søkt en større samordning med helseundersøkelser i EU, og det ble stilt strengere krav til samordning av spørsmålsformulering og filtrering. Dette kan føre til bedre sammenlignbarhet fra 2008 av.

**Tabell 5.1. Andeler med og uten nedsatt funksjonsevne, etter kjønn. Norden. 2005**

	Ikke nedsatt funksjonsevne	Noe nedsatt funksjonsevne	Sterkt nedsatt funksjonsevne
<b>Danmark</b>			
<b>Totalt</b>	<b>85,3</b>	<b>14,7</b>	<b>:</b>
Menn	88,9	11,1	:
Kvinner	82,0	18,0	:
<b>Finland</b>			
<b>Totalt</b>	<b>61,3</b>	<b>26,5</b>	<b>12,2</b>
Menn	63,9	25,4	10,8
Kvinner	58,9	27,6	13,5
<b>Sverige</b>			
<b>Totalt</b>	<b>76,6</b>	<b>12,2</b>	<b>11,2</b>
Menn	80,0	11,0	9,0
Kvinner	73,3	13,4	13,3
<b>Island</b>			
<b>Totalt</b>	<b>80,5</b>	<b>12,4</b>	<b>7,2</b>
Menn	83,7	10,4	5,9
Kvinner	77,2	14,4	8,4
<b>Norge</b>			
<b>Totalt</b>	<b>79,3</b>	<b>12,6</b>	<b>8,1</b>
Menn	82,9	9,8	7,2
Kvinner	75,7	15,3	9,0

Kilde: Eurostat, EU-SILC.

**Tabell 5.2. Andeler med langvarig sykdom eller helseproblem, etter kjønn. Norden. 2005**

	Danmark	Finland	Sverige	Island	Norge
<b>Totalt</b>	<b>26</b>	<b>43</b>	<b>42</b>	<b>25</b>	<b>32</b>
Menn	23	41	38	22	28
Kvinner	28	45	46	28	35

Kilde: Eurostat, EU-SILC.



## Referanser

Bø, Tor Petter og Inger Håland (2002): Dokumentasjon av arbeidskraftundersøkelsen (AKU). Korrigert versjon, Notater 2002/24, Statistisk sentralbyrå.

Olsen, Bjørn og Mem Thi Van (2007): Funksjonshemmede på arbeidsmarkedet. Rapport fra tilleggsundersøkelsen til Arbeidskraftundersøkelsen (AKU) 2. kvartal 2007, Rapporter 2007/40, Statistisk sentralbyrå.

Eurostat (2006)

*Description of target variables: Cross sectional and longitudinal.* EU-SILC 065/04 (rev.), European Commission, Eurostat

Hougen, Hanne Cecilie og Mary Anne Gløbøden (2004): Samordnet levekårsundersøkelse 2002 – tverrsnittsundersøkelsen. Dokumentasjonsrapport, Notater 2004/22, Statistisk sentralbyrå.

Hougen, Hanne Cecilie (2006)

Samordnet levekårsundersøkelse 2005 – tverrsnittsundersøkelsen. Dokumentasjonsrapport, Notater 2006/39, Statistisk sentralbyrå.

Eurostats webside med data fra EU-SILC: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>.