

Kjartan Fløgstad om makta og fakta

Innvandrerers helse: grunn til bekymring?
Misfornøyde pasienter kan gi bedre helsevesen
Bedre helsedata for kommunene

- De fattige er få, men unge
- Smakebiter fra Sosialt utsyn 1998
- Bokanmeldelse: Sosialt utsyn 1998

Jan Erik Kristiansen og Jørgen Ouren

Fornavn i Norge

Navnemoter og motenavn

"Navnet skjemmer ingen" heter det. Likevel legger vi mye arbeid og overveielse i å finne et passende navn. Navnevalg er for de fleste foreldre en prosess hvor mange ulike hensyn og forhold spiller inn.

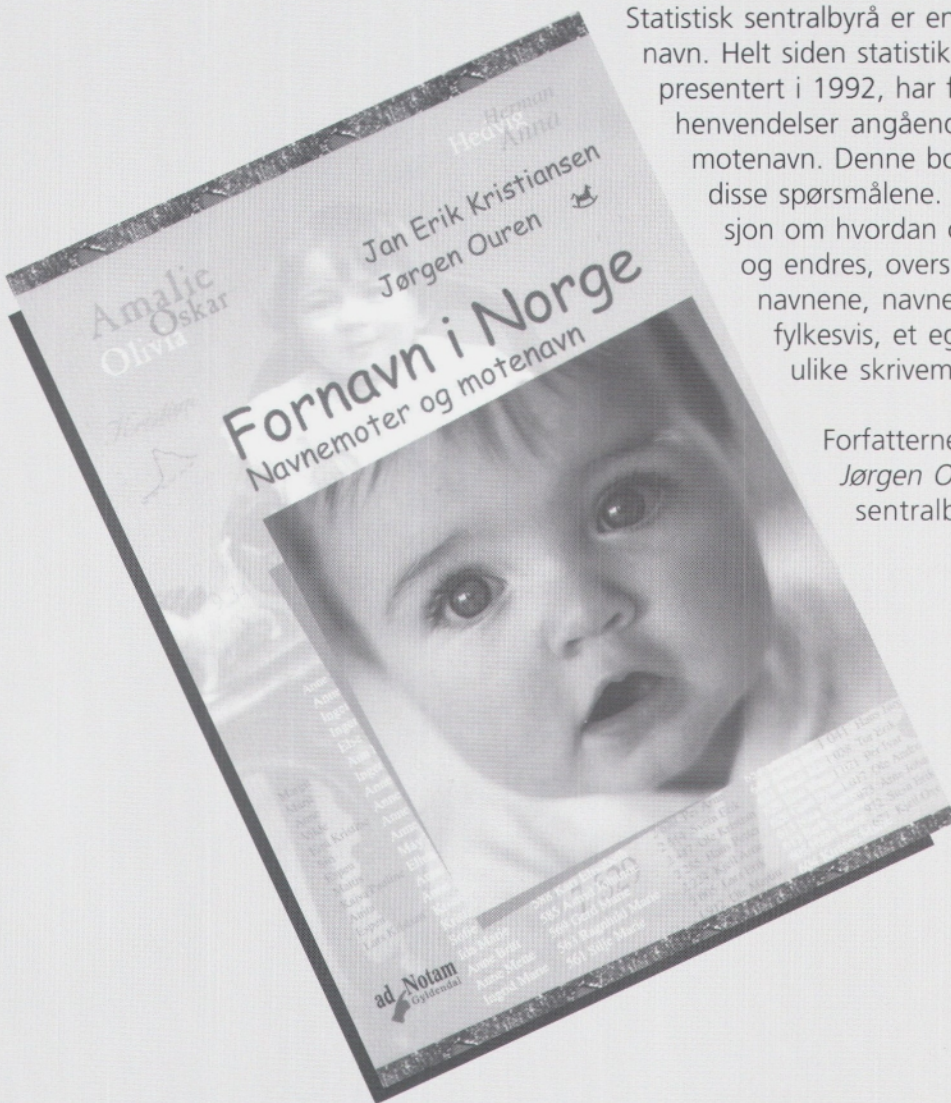
Med i hvert fall ca. 1 000 nokså vanlige fornavn å velge mellom, skulle man tro at det var nok navn til alle. Likevel blir det samlede resultatet av navnevalg en klar konsentrasjon om et forholdsvis lite antall navn: Hvert år velger foreldrene til omtrent halvparten av barna blant de samme 50 mest brukte navnene.

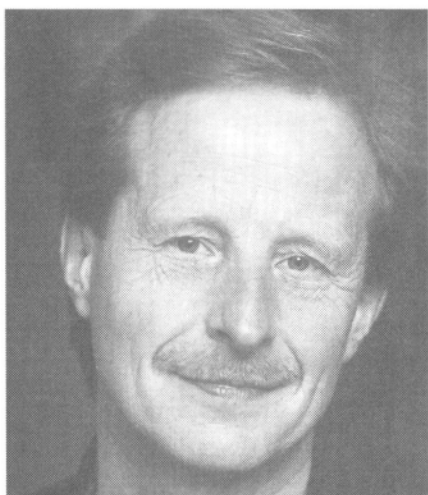
Statistisk sentralbyrå er en institusjon som teller – også navn. Helt siden statistikken over fornavn først ble presentert i 1992, har forfatterne mottatt et uttall henvendelser angående navn, navnemoter og motenavn. Denne boken gir svar på mange av disse spørsmålene. Her finner leseren informasjon om hvordan og hvorfor navnemoter skapes og endres, oversikter over de vanligste fornavnene, navnetoppen på landsbasis og fylkesvis, et eget kapittel om dobbeltnavn, ulike skrivemåter, sjeldne navn osv.

Forfatterne – Jan Erik Kristiansen og Jørgen Ouren – er ansatt i Statistisk sentralbyrå.

Boken utgis av forlaget
Ad Notam Gyldendal og
kan kjøpes i bokhandelen.

ISBN-82-417-0945-5
Pris kr 188,-





Innhold

Makta og fakta <i>Dag Ellingsen</i>	2
Ikke-vestlige innvandreres helse: Ikke flere syke, men når de først blir syke... <i>Svein Blom og Jorun Ramm</i>	6
Kan misfornøyde pasienter gi oss bedre helsetjenester? <i>Jon Erik Finnvold</i>	16
Kommunale helse- og omsorgstjenester: Er statistikken tilpasset brukerne? <i>Harald Tønseth</i>	28
De fattige er få, men unge <i>Asbjørn Johannessen</i>	33
Smakebiter fra Sosialt utsyn 1998	39
Hvordan har vi det egentlig? <i>Morten Ryen</i>	47

Samfunnsspeilet
Nr. 3/1998 - 12. årgang

Redaksjon: Johan-Kristian Tønder (ansv. red.), Dag Ellingsen (dae@ssb.no) (red.), Mads Ivar Kirkeberg, Ragni Hege Kitterød, Berit Otnes, Hilde Rudlang, Harald Tønseth.
Redigering: Liv Hansen, Solfrid Michaelsen, Anne Skarateppen, Åshild Vestaberg.
Design omslag/maler: Enzo Finger Design.
Trykk: Lobo Grafisk. **Priser:** Pr. år kr 280,- (institusjoner), kr 190,- (private). Enkeltnr. kr 50,-.
Internett: Utdrag fra Samfunnsspeilet publiseres elektronisk på Internett.
Web adresse: <http://www.ssb.no>
ISSN 0801-7603. ISBN 82-537-4549-4.

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

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

Omslagsfoto: Svein Erik Dahl/Samfoto.
Illustrasjonsfoto: S. 2 og 4: Svein Erik Dahl/Samfoto. S. 25: Finn-Arne Johannessen/Samfoto.
S. 37: Peter Kjellerås/Mira/Samfoto.

Makta og fakta

2

**Det begynte med at
jeg så Kjartan
Fløgstad i heisen.**

Dag Ellingsen



Kort CV: Kjartan Fløgstad

- 1944 Født i Sauda
- 1977 Gjennombrudd med romanen "Dalen Portland", fikk Nordisk råds litteraturpris
- 1980 Romanen "Fyr og flamme"
- 1983 Romanen "U3"
- 1986 "Det 7. klima", roman
- 1991 "Kniven på strupen", roman
- 1994 "Fimbul", roman
- 1998 Kommer med ny roman til høsten

I tillegg har han skrevet en rekke essaysamlinger, en reiseskildring, biografi mm.

Byråprofilen

Samfunnsspeilet ønsker i denne serien å portrettere interessante personer som arbeider i Statistisk sentralbyrå. Personer som vi tror våre lesere vil vite mer om, og som de i noen tilfeller kjenner fra andre sammenhenger. Vi vil lage en slik profil i annethvert nummer og startet i nr. 1/98.

Han stod sammen med Espen Søbye. Espen er forfatter og byråansatt, så da har vel de to noe å snakke om, tenkte jeg.

Så så jeg forfatter Fløgstad på biblioteket vårt. Mellom utskremte skoleungdommer og trauste byråkrater med skjegg, sandaler og rutete skjorter, satt den feterte forfatteren og bladde i noe som så gammelt ut. Og det kunne jeg på en måte skjønne: SSBs bibliotek har mye å by på, ikke minst god service. Forfatter Fløgstad er også kjent for å fylle sine romaner med faktisk kunnskap, ikke rart han hadde glede av våre tall.

Men det var da han plutselig dukket opp på vår e-postliste at jeg skjønnte det: Det fyrrige forfatterfyrverkeriet stod på samme lønningsliste som meg og 915 andre byråkrater. På et lite kontor høyt oppe i etasjene i den stilrene, men litt grå, Kongens gate 6, sitter en av Norges mest forførende fortellere. Han har fått penger for å forhøre og forføre oss i SSB med et essay om oss selv når vi nå snart kan feire 125 år. Arbeidstittel: "Makta og fakta".

Telle og fortelle, tall og tale

- Da jeg fikk denne jobben, snakket vi om noe jeg skriver om i boka "Det 7. klima". Der er det en diskusjon om det merkverdige forholdet mellom ordene telle og fortelle og tall og tale. Likheten går igjen på norsk og tysk, og på flere romanske språk. Jeg formulerte det muntlig som et forsett: La den tellende makt bli konfrontert med den for-

tellende makt. Eller la både den tellende og fortellende makt bli brukt på samme emne. Se om fortelling, dikt og statistikk har noe å tilføye hverandre i samme arbeid.

Fløgstad sier han har det svært fritt i Byrået. For ett år siden skrev han under en kontrakt om å skrive et essay i tilknytning til historisk statistikk, stort mer presist er ikke mandatet. Essayet må han levere i år 2000, slik at vi kan bruke det når vi feirer 125-årsjubileum i 2001.

Fløgstad spør som ingen annen

Det siste året har han arbeidet med å presisere temaet sitt, og med å spørre om statistikk som interesserer ham for hans prosjekt.

- Jeg arbeider med å formulere klare bestillinger av statistiske oppgaver. Bestillingene blir ofte nye, jeg spør ikke alltid om det som SSB har talt tidligere.

- Hva er det du spør om?

- Jeg vet ikke hvor mystisk jeg skal være, men jeg kan si at det er temaer fra befolkningsstatistikken som det ikke bare har vært å kjøre ut fra ferdige databaser. I dette arbeidet er jeg også opptatt av å se dagen i dag i forhold til andre tidspunkter, andre årstall. Målet er å beskrive samfunnsendringer.

- Kommer du noe nærmere forholdet mellom makta og fakta?

- Jeg forsøker å vurdere kritisk det Byrået har talt og ikke talt innenfor historisk statistikk. Da tenker jeg i forhold til det jeg finner av ferdig

materiale og hva som ikke finnes. Selv om Byrået har en selvstendig stilling i forhold til Finansdepartementet og Norges Bank, så er det vel riktig å si at det har noe av den samme kulturen og tenkemåten som har preget "jerntriangelet". Triangelet som består av Byrået, Finansdepartementet og Sosialøkonomisk institutt på Blindern. Det er interessant for en frittsvevende forfatter som meg å gå dette etter i sømmene. Noen generalkritikk er ikke mulig, men jeg kan prøve resultatene av denne tenkemåten innen et visst felt, det kan jeg.

- Holder arbeidshypotesen din foreløpig? Er det noe forhold mellom makta og fakta?

- Ja, på den måten at de enkelte ting jeg har spurt om, det er det ingen andre som har spurt om, eller gitt statistiske svar på. Men når jeg spør er velviljen stor, det er ikke vanskelig å få det fram.

Byråmaskinens ugjennomtrengelighet

- Jeg har ikke hatt kontor før, unnatt hjemmekontor. Det har også vært et motiv: Å se et stort statlig byråkrati innenfra.

- Ja, hva har du sett?

- Det er nesten like ugjennomsiktig på nært hold som utenfra. Noen har sagt om postmoderne virksomhet at maskinene der er mer ugjennomtrengelige enn maskinene i den industrielle produksjonen. Datamaskinene røper intet av hemmelighetene bak skallet sitt. Slik som datamaskinene har vel statsinstitusjonene sett ut: Du må trykke på de rette knappene for å få noe ut, og det er ikke lett.

- Men du ser jo medarbeiderne, og kanskje noen spor av deres kultur?

- Det er ikke lett, slik det er organisert uten kontorlandskap, det er

privatisert i arbeidssituasjonen. Det er ikke nødvendig for mitt arbeid å være i kontakt med andre. Jeg tror det er mulig å jobbe lenge her som nokså frittsvevende atomer.

- Har du sett byråkulturens grundighet, forbeholdene, fotnotene?

- Jeg har sett det mer i form av et regelverk, for eksempel brevdisiplin. Det er betryggende.

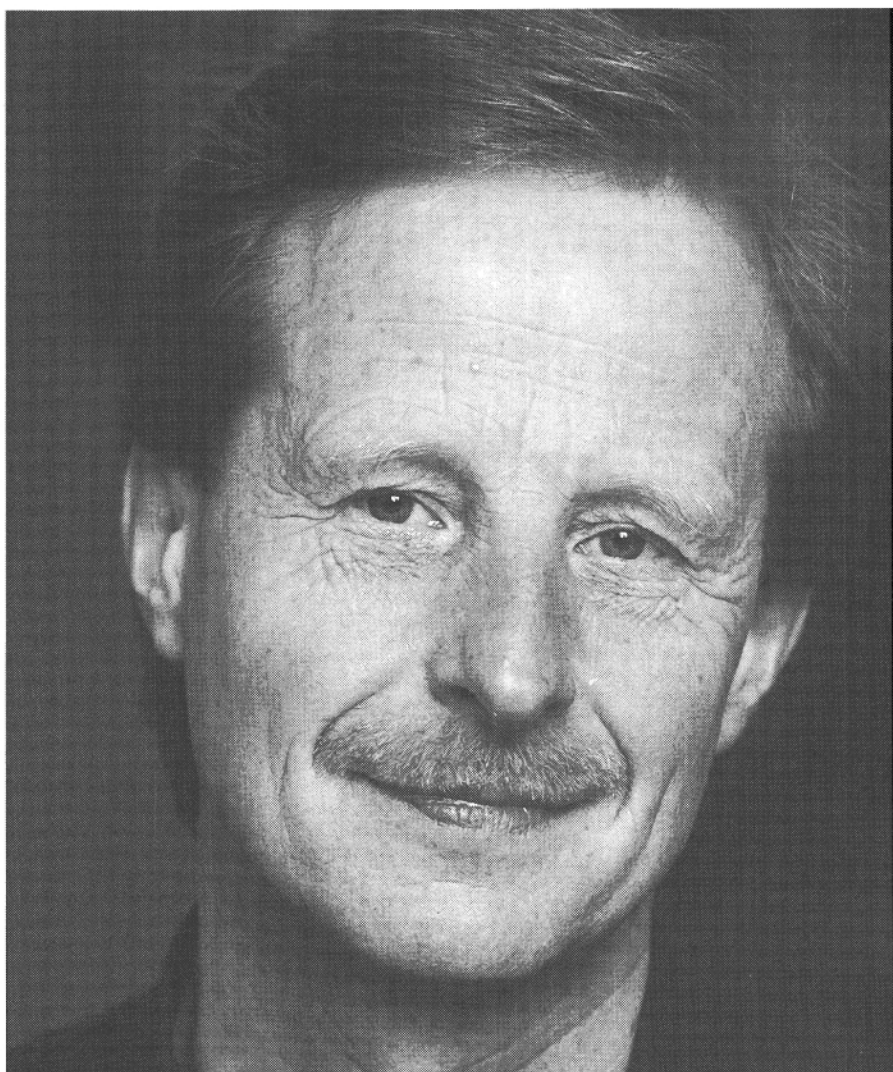
Forfatteren er enig med intervjueren i at det er en del av kulturen å drive feilsøking: Lete etter feilene, kanskje litt på bekostning av gleden over det som er bra. Men så nikker vi med hodene våre og er enige om at det også er veldig betryggende.

Foreløpig har ikke Fløgstad funnet noen inspirasjon til seinere romaner i SSB. Men han kan ikke love at vi ikke dukker opp i romaner og som romanskikkelser:

- Det ligger litt i det ugjennomtregelige som ikke gjør det så enkelt for meg. Slik diktning krever også ofte avstand, det er vanskelig å beskrive det du står midt oppe i. Men jeg kan ikke utelukke at det kommer noe herfra når jeg får det litt på avstand.

- Hva mener du om språket i SSB?

- Det har jeg ikke lagt merke til. Jeg har ikke sett noen eksempler på "byråkratitis" som har skremt meg. Jeg er glad i presist språk. I mange bøker jeg har sett og lest har forfatteren gjort stoffet festlig og underholdende, der jeg heller ville sett en presis og tørr tekst som holder seg til fakta. Vi ser det særlig i bastardsjangere som dokumentarromaner, det er ytterst vanskelig både moralsk og litterært. Jeg er jo egentlig realist, jeg har en kort fortid på NTH.



Flukten til Sør-Amerika

I kontrakten mellom SSB og Kjartan Fløgstad står det også at han skal få hjelp til sitt arbeid med å analysere den norske utvandringen til Sør-Amerika, et prosjekt der Universitetsforlaget skal ha et manus i mai neste år. Her har Fløgstad hatt nytte av biblioteket og arkivet i SSB:

- For Argentina har dere statistiske årbøker helt tilbake til slutten av forrige århundre, vidunderlige bøker med fargeplansjer. Jeg håper å kunne gjengi noe av dette i boka.

Fløgstads første brev som byråansatt gikk til det statistiske sentralby-

rået i Argentina, med detaljerte spørsmål om norsk innvandring dit. Den norske innvandringen til Sør-Amerika er beskjedne, særlig sett i forhold til den store utvandringen til Nord-Amerika.

- Men denne migrasjonen har foregått lenge og er full av dramatiske og tragiske historier. Den første nordmannen jeg har funnet gikk i land i Buenos Aires i 1605. Det dramatiske ser vi tydelig hos Nasjonal Samlings medlemmer som reiste til Sør-Amerika. De flyktet fra fengselsstraff eller utstøting i Norge, men mange opplevde utstøting og isolasjon også i sitt nye hjemland.

"INFORMASJON. FORSKNING. STATISTIKK"*Av Bjørn Aamodt*

Fra engelsk forskning: Arbeiderklassens seksualitet er lite variert, og har lavere frekvens enn høyere samfunnslag. Dessuten benyttes i økende grad P-piller, påpeker ny norsk undersøkelse. Allikevel har folk flere unger jo fattigere de blir. Og aborter. Det kan skyldes manglende inderliggjørelse av tilgjengelig informasjon.

Barna klarer seg relativt dårligere i teoretiske fag på skolen, ifølge statistiske opplysninger. Flere kommer i kontakt med barnevernsnemnd. Stoffmisbrukere, barneprostitusjon, biltyverier og ungdomsledighet. Relativt få blir administrerende direktører eller prof.dr.med. Og det kan skyldes manglende inderliggjørelse av tilgjengelig informasjon.

Forholdsvis mange tar arbeid i industri, håndverk og servicenæringer eller reiser til sjøs, ifølge statistikk, med hyppigere forekommende lidelser av fysisk eller psykisk karakter, høyt alkoholforbruk og tobakksrøyking. Relativt få murerhåndtlangere jogger regelmessig. Dette antas å skyldes manglende inderliggjørelse av tilgjengelig informasjon.

Sjøfolk som yrkesgruppe begår hyppig selvmord, forteller forskningen. Mens kelnere relativt ofte blir alkoholmisbrukere, og gruvearbeidere plaget av silikose og slitt rygg. Bygningsarbeidere faller ofte fra et nivå til et annet, mens skogsarbeidere kapper seg i beina med motorsag. Det kan skyldes manglende inderliggjørelse av tilgjengelig informasjon.

Arbeidere oppnår også relativt sett lavere fortjeneste, forteller statistikk, og kortere fritid. Spiser uforholdsmessig mye ferdigmat, som pommefrites og grillpølser, og sitter i sofa om kvelden og ser på TV i leiligheter som er relativt trangere. Skilsmisser er hyppige, og det kan nok skyldes manglende inderliggjørelse av tilgjengelig informasjon.

Så husvilleherbergene befolkes, ifølge statistikk, grovt sett av fraskilte uten akademisk dannelse. I asyler og fengsler ses samme tendens. Men mange dør altså av hjerteinfarkt i 40-årsalderen, ifølge forskningen. Og det er nok av dem. 30 000 er for tiden registrert som ledige. Så det skyldes vel manglende inderliggjørelse av tilgjengelig informasjon.

Gjengitt med forfatterens tillatelse

jeg er skjønnlitterær forfatter. Men det skal være et såpass avansert notteapparat at folk kan gå meg etter i sømmene. Jeg har også reist mye i Sør-Amerika og har mange muntlige kilder som jeg har intervjuet. Til høsten skal jeg til Karibia. Jeg kan ikke la alt dette arbeidet forsvinne i en fargerik tekst, jeg skylder bidragsyterne noe. Jeg har hatt tilgang til Landssvikkarkivet, og det setter også sine begrensninger.

Arbeidet i Byrået er et slags saklig frikvarter for Fløgstad, en gunstig fase i forfatterskapet. Sist høst var han ferdig med en stor roman som kommer ut denne høsten.

- Da er det bra å ikke ha et nytt stort romanprosjekt, men godt med et prosjekt med kilder og konkrete arbeidsoppgaver. Så slipper jeg å sitte og tvinne tommeltotter og vente på om kritikerne gir boka den medfarten den fortjener.

Diktet om statistikk

I vår jakt på stoff om Fløgstad undret vi oss mye på om han hadde skrevet noe om statistikk og statistikere, uten å finne noe som gikk direkte på vårt virke. Men vi fant et essay der Fløgstad generøst hylder dikteren Bjørn Aamodt.

- Aamodt fikk en usedvanlig fiendtlig anmeldelse i Aftenposten i 1980, særlig dette diktet og andre sosialrealistiske dikt falt anmelderen tungt for brystet. Det er synd, for det er så bra, du må prøve å få det på trykk!

Dag Ellingsen

(dag.ellingsen@ssb.no) er redaktør for Samfunnsspeilet og rådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for leveårsstatistikk.

Ikke bare NS-utvandrerne flyktet fra krise og utstøting, for mange emigranter var Sør-Amerika det "radikalt andre". Det er de som har gått vill, kommet på kant, tatt feil. Så har de prøvd å finne noe annet, men det har ikke vært lett.

- Vil denne boka inneholde fiksjon?
- Nei det blir verken løgn eller forbannet dikt, men et forsøk på å gi en systematisk framstilling av norsk utvandring til det latinske Amerika. Jeg har brukt historisk metode, men klarer vel ikke helt å skjule at

Ikke-vestlige innvandreres helse:

Ikke flere syke, men når de først blir syke...

6

Forekomsten av varig sykdom er større blant nordmenn enn innvandrere. Dette viser landsrepresentative intervjuundersøkelser av helsetilstanden gjennomført i 1995 og 1996. Funnet er overraskende sett i lys av tidligere undersøkelser. Men når ikke-vestlige innvandrere først blir syke, rammes de hardere, og sykdommen medfører større konsekvenser for aktivitetsnivået særlig blant de eldre. Blir dette en utfordring for framtidens helsevesen?

*Svein Blom og
Jorun Ramm*

Artikkelen sammenlikner helsetilstanden for ikke-vestlige innvandrere og nordmenn. Forskning om forskjeller og likheter i helse og sykkelighet mellom innvandrere og nordmenn har ikke vært utbredt her til lands. Det som foreligger av studier, er gjerne basert på intervju eller registerdata fra lokalområder eller pasientmateriale fra bestemte sykehus eller helsesentra. Slike data lar seg vanskelig benytte til å anslå

hvor utbredt bestemte lidelser er blant innvandrere på landsbasis. Innslaget av personer med innvandrerbakgrunn i Statistisk sentralbyrås helseundersøkelser har heller ikke vært stort nok til å danne grunnlag for egne analyser av innvandrerbefolkningens helse. I denne artikkelen benytter vi intervjudata fra de landsrepresentative undersøkelsene Levekår blant innvandrere 1996 og Levekårsundersøkelsen

Ramme 1. Undersøkelsen Levekår blant innvandrere 1996

Innvandrere fra åtte ikke-vestlige land i alderen 16-70 år med minst to års botid i Norge ble intervjuet våren 1996 om utdanning, arbeid, økonomi, bolig, sosiale kontakter, helse, diskriminering, aktiviteter m.m. Innvandrere er her definert som personer med to utenlandsfødte foreldre. De aller fleste er født i utlandet (førstegenerasjonsinnvandrere). Andre-generasjonsinnvandrere (født i Norge) utgjør 5 prosent av nettoutvalget.

Utvalget er representativt for åtte innvandrergrupper i Norge: personer med bakgrunn fra det tidligere Jugoslavia (unntatt Bosnia-Hercegovina)¹, Tyrkia, Iran, Pakistan, Vietnam, Sri Lanka, Somalia og Chile, i alt en populasjon på nærmere 48 000 personer i alderen 16-70 år. Når vi i artikkelen taler om "innvandrere" eller "innvandrerne", sikter vi til denne målgruppen. I nærværende artikkel presenterer vi bare resultater for aldersgruppen 16-66 år.

Til sammen 2 561 personer ble intervjuet, flesteparten på sitt eget morsmål. Frafallet var på 33,2 prosent, størst for personer fra Tyrkia og Pakistan (henholdsvis 46 og 38 prosent) og minst for personer fra Sri Lanka og Vietnam (henholdsvis 20 og 26 prosent). Til intervjudataene er koplet registerdata over utdanning, sysselsetting, arbeidsløshet, inntekt og ankomstår o.a.

Utvalget er trukket med om lag like mange fra hver nasjonalitetsgruppe, selv om gruppene i virkeligheten varierer i størrelse fra 10 900 med pakistansk bakgrunn til 2 100 med somalisk bakgrunn. Resultater for de åtte nasjonalitetsgruppene samlet blir veid i henhold til gruppenes størrelse i befolkningen (jf. Gulløy, Blom og Ritland 1997:20). Ettersom gruppene er ulikt fordelt etter alder og kjønn, påvirker veiingen også alders- og kjønnsfordelingen i det samlede innvandrerutvalget.

For sammenlikningens skyld inneholder artikkelen resultater for nordmenn basert på *Levekårsundersøkelsen 1995*. Nordmenn er definert som personer med minst én norskfødt forelder. Fordi det i målgruppen av innvandrere (se over) er relativt flere yngre personer, menn og byboere enn i utvalget av nordmenn, veier vi opp verdiene til disse kategoriene av nordmenn før vi sammenlikner (jf. Blom og Ritland 1997:8f.).

Ramme 2. Kartleggingen av varig sykdom

Følgende spørsmål om helse ble stilt i de to levekårsundersøkelsene: "Har du noen varig sykdom eller lidelse, noen virkning av skade eller funksjonshemming? Ta med alle slike tilfeller, også de som du betrakter som forholdsvis bagatellmessige." I alt ni forskjellige syketilfeller kunne noteres per person. Når intervjupersonen ikke husket flere, eller dersom hun/han ikke husket noen, ble vedkommende vist et kort med stikkord for 38 mulige sykdommer og spurt om hun/han "har .. noen av sykdommene på kortet". Blant sykdommene som ble nevnt på kortet, var nervøse lidelser, astma, hørsnue og eksem.

Syketilfellene er kodet på tresiffernivå i henhold til niende revisjon av Den internasjonale sykdomsklassifikasjonen, ICD-9 (Statistisk sentralbyrå 1997). Hvert syketilfelle (diagnose) i standarden er gruppert under en av 12 hovedgrupper for sykdom. En skala for egenvurdering av helsen fra "meget god" til "meget dårlig", benyttet i helseundersøkelsene 1985 og 1995 (Ramm 1997), inngikk ikke i levekårsundersøkelsene.

1995 (se ramme 1) til å tegne et bilde av helsetilstanden til ikke-vestlige innvandrere og nordmenn i kontrast til hverandre.

Mindre sykdom blant innvandrerne

Både innvandrere og nordmenn ble spurt om de har noen varig sykdom eller lidelse, virkning av skade eller funksjonshemming (heretter kalt "varig sykdom") og i så fall hvilke(n) (se ramme 2).

Svarene på spørsmålet framgår av tabell 1. Tabellen viser at 38 prosent av innvandrerne og 48 prosent av nordmennene i alderen 16-66 år oppgir å ha en varig sykdom. Andelen kan synes høy, men mange av sykdommene må betraktes som relativt bagatellmessige. Vi merker oss at forekomsten av varig sykdom er større blant nordmenn enn innvandrere. Dette er overraskende sett i lys av tidligere undersøkelser.

Svenske undersøkelser basert på sammenføyde årganger av levekårsundersøkelser fra slutten av 1980-tallet/begynnelsen av 1990-tallet

viser for eksempel at innvandrere fra Asia, Afrika og Latin-Amerika har dårligere helse enn den svenske befolkningen (Leiniö 1995, Häll 1996, 1997). En nylig offentliggjort spesialundersøkelse av levekårene til chilenske, iranske, polske og tyrkiske innvandrere i Sverige viser det samme (Socialstyrelsen 1998). Svenske registerdata har dessuten vist at ikke-vestlige innvandrere hadde høyere sykefravær i 1990 enn andre sysselsatte i Sverige. Forskjellen skyldtes for en del at innvandrere er sysselsatt i mer risikofylte yrker (Kindlund 1996).

FAFOs levekårsundersøkelser i Oslo i 1993 og 1995 viser derimot at utvalgte flyktning- og innvandrergupper under ett ikke har dårligere helse enn andre osloboere (Hagen, Djuve og Vogt 1994, Djuve og Hagen 1995). Forskjellen mellom de enkelte innvandrerguppene er imidlertid store. En landsomfattende registerstudie foretatt i Statistisk sentralbyrå av uførepensjonerte 16-66-åring viser likeledes at de aldersstandardiserte uføreandelene i 1992 ikke var større blant innvand-

Tabell 1: Andel med varig sykdom, skade eller funksjonshemming, etter sykdomsgrupper. Nordmenn og innvandrere fra åtte ikke-vestlige land, 16-66 år. Prosent

Sykdomsgruppe	Inn- vandrere	Nord- menn
Alle sykdomsgrupper	38	48
Nervøse lidelser	7	3
Ubestemte, ukjente årsaker	5	1
Sykdommer i nervesystemet	5	5
Migrene	4	3
Øye- og øresykdommer	1	2
Hjerte- og karsykdommer	5	4
Sykdommer i åndedrettsorganene	7	16
Hørsnue (allergisk rhinitt)	3	12
Bronkial astma	2	5
Magesår, magekatarr mv.	3	1
Andre sykdommer i fordøyelsesorganene	2	2
Sykdommer i urinveier og kjønnsorganer	1	1
Sykdommer i hud og underhud	4	9
Eksem (kontaktdermatitt)	1	7
Sykdommer i skjelett-muskelsystemet	15	16
Andre sykdommer	7	4
Diabetes mellitus	2	1
Skader	6	7
N (uveid)	2 548	3 001
N (veid)	2 547	3 521

Kilde: Levekår blant innvandrere 1996 og Levekårsundersøkelsen 1995

rere fra Asia, Afrika, Sør- og Mel-lom-Amerika enn blant nordmenn (Lajord og Flittig 1995:tabell A.3.3).

Mer nervøse lidelser blant innvandrerne

Tabell 1 gir også opplysninger om hvordan sykdommene fordeler seg på forskjellige sykdomsgrupper og noen enkelt diagnoser for ikke-vestlige innvandrere og nordmenn. Tabellen viser at nervøse lidelser forekommer oftere blant innvandrerne enn blant nordmenn. Henholdsvis

7 prosent av innvandrerne og 3 prosent av nordmennene oppgir å ha en nervøs lidelse. Innvandrerne rapporterer blant annet en høyere andel ubestemte eller "diffuse" nervøse lidelser enn nordmenn.

Muskel-skjelettlidelser er på den annen side omtrent like utbredt blant nordmenn som blant innvandrerne. Om lag 15 prosent i begge disse gruppene rapporterer å ha en lidelse i skjelett-muskelsystemet.

Tidligere undersøkelser har gitt andre resultater. Både blant uførepensjonerte og langtidssykemeldte i Oslo var andelen som oppgav muskel-skjelettplager som hoveddiagnose større blant innvandrere enn blant nordmenn, mens andelen som oppgav psykiske plager var lavere blant innvandrere enn blant nordmenn (Grünfeld og Noreik 1991, 1992). Pasientmateriale fra enkelte legesentra i Oslo gir likeledes inntrykk av at innvandrere har mindre psykiske plager enn nordmenn (Austveg 1987, Næss 1992, Steihaug og Rutle 1997).

Nyere undersøkelser fra Sverige viser derimot at innvandrere har mer nervøse lidelser enn majoritetsbefolkningen (Tomson og Lichtenstein 1988, Emami 1997, Leiniö 1995, Socialstyrelsen 1998). Kindlund (1996:36) hevder i en studie av innvandrere i trygdesystemet at "den psykiska hälsan bevisligen är sämre bland invandrare än bland svenskar". Ifølge FAFOs levekårsundersøkelse i Oslo hadde for øvrig innvandrere fra Chile, Pakistan og Sri Lanka et høyere forbruk av beroligende midler enn nordmenn (Hagen, Djuve og Vogt 1994).

Mer diabetes blant innvandrerne

Tabell 1 viser videre at innvandrere noe oftere enn nordmenn oppgir å

ha magesår eller magekatarr, og at sukkersyke (*diabetes mellitus*) er mer utbredt blant innvandrerne. I aldersgruppen 45-66 år oppgir 9 prosent av innvandrerne og 1 prosent av nordmennene å lide av sukkersyke (jf. tabell 2). Blant pakistanere i den eldste aldersgruppen er tilsvarende andel 19 prosent². Tidligere studier har vist at asiatiske innvandrere, særlig pakistanere, har høyere risiko for svangerskaps- og alderdomsdiabetes (type 2) enn nordmenn og andre europeere (Mather og Keen 1985, Stoltenberg 1992b).

Både genetiske og miljømessige faktorer er anført som mulige årsaker til sykdommen diabetes. Som miljømessige årsaksfaktorer nevnes blant annet overvekt/vektoppgang i kombinasjon med liten fysisk aktivitet (Stoltenberg 1992a).

Mer åndedretts- og hudlidelser blant nordmenn

Nordmenn ser på sin side ut til å være vesentlig mer plaget av sykdommer i åndedretsorganene og i hud og underhud enn innvandrere. Dette bidrar til at andelen som alt i alt rapporterer om sykdom, blir høyere blant nordmenn enn blant innvandrerne. Mens 16 prosent nordmenn oppgir å ha åndedrettslidelser, er andelen som oppgir denne typen sykdom under halvparten så stor blant innvandrerne, 7 prosent (tabell 1). Likeledes er andelen med hudlidelser 9 prosent blant nordmenn og 4 prosent blant innvandrerne. Det er særlig allergisk betingede sykdommer som høysnue (*allergisk rhinitt*), astma (*bronkial astma*) og eksem (*kontaktdermatitt og andre eksemer*) som er mer utbredte blant nordmenn.

Astmatiske og allergiske lidelser blant barn og unge har vært spesielt påaktet og fokusert i senere tid. Det

er mulig at forskjellen mellom nordmenn og innvandrere i utbredelsen av disse sykdommene kan skyldes at nordmenn er blitt mer årvåkne overfor denne type lidelser. Alternativt kan vi tenke oss at forskjeller i eksponeringen for kunstige stoffer, livsstils- og/eller kostholdsforhold kan ligge bak den forskjellen vi har observert. For eksempel er innvandrernes kosthold trolig mer basert på råvarer de arbeider selv framfor ferdigprodukter med tilsetningsstoffer, selv om vi også vet at innvandrerne med tiden tilpasser sitt kosthold til vertslandets (Samuelson 1984, Koctürk 1993). En "vestlig livsstil" med sterke krav til hygiene er likeledes antatt å kunne øke risikoen for allergi (Dybing mfl. 1996).

På den annen side kunne vi tvert om forvente at innvandrere skulle ha mer astmatiske/allergiske lidelser enn nordmenn, når vi tar i betraktning at de oftere bor i de mest trafikkbelastede områdene i storbyene der luftkvaliteten er dårligst. Det er kjent at luftforurensning (svevestøv) kan utløse allergiske reaksjoner (Statistisk sentralbyrå 1998:61f.). Dersom den påviste forskjellen mellom nordmenn og innvandrere i utbredelsen av allergiske lidelser er reell og ikke skyldes ulik rapporteringspraksis, er det en oppgave for medisinsk forskning å avdekke årsakene til forskjellen.

Innvandrerne blir i høyere grad sykere med årene

Tabell 2 viser som ventet at den rapporterte sykkeligheten øker med alderen. Andelen med varig sykdom er lavere blant innvandrerne enn blant nordmenn i de to yngste aldersgruppene, mens den er høyere blant innvandrerne i aldersgruppen 45-66 år. I denne aldersgruppen oppgir 67 prosent av innvandrerne og 60 prosent av nordmennene å ha

Tabell 2: Andel med varig sykdom, skade eller funksjonshemming, etter sykdomsgruppe og alder. Nordmenn og innvandrere fra åtte ikke-vestlige land, 16-66 år. Prosent



Sykdomsgrupper	Innvandrere			Nordmenn		
	16-24 år	25-44 år	45-66 år	16-24 år	25-44 år	45-66 år
Alle sykdomsgrupper	19	36	67	39	48	60
Nervøse lidelser	4	7	11	3	2	5
Ubestemte, ukjente årsaker	2	5	8	0	1	3
Sykdommer i nervesystemet	1	6	8	3	4	9
Migrene	1	4	4	2	3	5
Øye- og øresykdommer	0	1	2	1	2	3
Hjerte- og karsykdommer	2	3	16	0	2	14
Sykdommer i åndedrettsorganene	5	7	11	18	16	13
Høysnue (allergisk rhinitt)	2	3	6	13	12	7
Bronkial astma	2	1	4	6	4	4
Magesår, magekatarr mv.	0	3	5	0	1	2
Andre sykdommer i fordøyelsesorganene	1	2	5	0	1	4
Sykdommer i urinveier og kjønnsorganer	-	1	2	0	1	1
Sykdommer i hud og underhud	3	3	5	9	10	6
Eksem (kontaktdermatitt)	2	1	2	9	7	3
Sykdommer i skjelett-muskelsystemet	3	14	34	6	16	28
Andre sykdommer	2	5	19	2	3	8
Diabetes mellitus	-	1	9	0	1	1
Skader	4	5	9	9	5	8
N (uveil)	519	1 652	377	596	1 366	1 039
N (veil)	563	1 566	418	759	2 193	569

0: Mindre enn 0,5 av den brukte enheten

-. Null

Kilde: Levekår blant innvandrere 1996 og Levekårsundersøkelsen 1995

en varig sykdom. Selv om andelen med varig sykdom er lavere blant innvandrerne når alle aldre ses under ett (jf. tabell 1), er den høyere blant innvandrerne enn blant nordmennene i den eldste aldersgruppen.

Helsen er følgelig mest aldersavhengig blant innvandrerne. Andelen som oppgir å ha minst én varig sykdom, øker med 48 prosentpoeng fra yngste til eldste aldersgruppe blant innvandrerne, mens den øker med bare 21 prosentpoeng blant nordmenn. Kanskje reflekterer dette at

"innvandrere eldes fortere enn nordmenn". Hvorvidt dette utsagnet rommer en realitet i biologisk forstand eller snarere avspeiler at innvandrere definerer alderdom annerledes enn nordmenn, f.eks. i relasjon til familiefaser, vites ikke. I sin lærebok for helsearbeidere hevder Hanssen (1996:101f.) at "innvandrere beskriver seg selv som 'gamle' langt tidligere enn det skandinaver gjør". Selv antyder hun at påkjenninger i form av sykdom i hjemlandet og i Norge, omstillingsproblemer i forbindelse med migrasjonen og arbeidsbelastninger "til sammen

kan .. føre til at aldringsprosessen begynner tidligere hos dem enn hos skandinaver".

Alder ved ankomst viktigst for sykkeligheten

Fordi vi kjenner innvandringsåret, er det mulig å dele alderen ved intervjudispunktet i hvor gammel personen var ved ankomsten til Norge og varigheten av oppholdet her. Nærmere undersøkelser viser at alderen ved ankomst er den av de to faktorene som har størst betydning for sykkeligheten.³ Jo eldre personen var ved ankomsten, jo større er risikoen for at vedkommende har en varig sykdom på intervjudispunktet. Men også oppholdstiden i Norge er av betydning for sykkeligheten. Jo lengre oppholdstiden er, jo større er risikoen for varig sykdom. Både alderen ved ankomst og oppholdstiden øker med alderen ved intervjudispunktet, men alderen ved ankomst øker uten sammenlikning mest. At ankomstsalderen er mer avgjørende for sykkeligheten enn lengden på oppholdet i Norge, kan skyldes at helseisikoen er større i innvandrernes hjemland enn i Norge og at mye av grunnlaget for helsen blir lagt allerede i barneårene.

Økningen i andelen med varig sykdom etter alder kan iaktas for de fleste sykdomsgruppene. Det foreligger to unntak, begge for nordmenn. Det gjelder sykdommer i åndedrettsorganene og sykdommer i hud og underhud. Andelen som rapporterer problemer i tilknytning til disse sykdomsgruppene, synker fra den yngste til den eldste aldersgruppen. Dette bunner i at utbredelsen av astma, høysnue og eksem avtar med alder for nordmenn. Også Helseundersøkelsen 1995 viste at andelen som oppgir sykdom i åndedrettsorganene eller i hud og underhud, synker med alderen i

Tabell 3: Andel med varig sykdom, skade eller funksjonshemming, etter sykdomsgruppe og kjønn. Nordmenn og innvandrere fra åtte ikke-vestlige land, 16-66 år. Prosent



Sykdomsgrupper	Innvandrere		Nordmenn	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Alle sykdomsgrupper	34	42	47	49
Nervøse lidelser	5	8	2	4
Ubestemte, ukjente årsaker	4	6	1	2
Sykdommer i nervesystemet	3	7	4	6
Migrene	2	6	2	5
Øye- og øresykdommer	2	1	2	1
Hjerte- og karsykdommer	4	6	3	5
Sykdommer i åndedretsorganene	7	7	16	16
Hørsnue (allergisk rhinitt)	3	3	12	11
Bronkial astma	2	2	4	5
Magesår, magekatarr mv.	3	3	2	1
Andre sykdommer i fordøyelsesorganene	2	2	2	1
Sykdommer i urinveier og kjønnsorganer	1	1	0	1
Sykdommer i hud og underhud	3	4	8	12
Eksem (kontaktdermatitt)	1	2	5	9
Sykdommer i skjelett-muskelsystemet	13	16	13	19
Andre sykdommer	5	10	2	6
Diabetes mellitus	2	2	1	1
Skader	6	6	8	5
N (uveid)	1 450	1 098	1 514	1 487
N (veid)	1 445	1 102	2 064	1 457

Kilde: Levekår blant innvandrere 1996 og Levekårsundersøkelsen 1995

intervallet 16-66 år (Statistisk sentralbyrå 1996b:tabell 1). Denne tendensen kan vi ikke iaktta blant innvandrerne.

Kvinner mer syke

Forskjellen mellom kjønnene i andelen som rapporterer om varig sykdom, er størst blant innvandrerne (tabell 3). Mens forskjellen er på 2 prosentpoeng blant nordmenn (ikke statistisk signifikant), er den på 8 prosentpoeng blant innvandrerne. Det er kvinnene som oftest rapporterer om varig sykdom. Kjønnsforskjellen ville vært større blant nordmenn (5 prosentpoeng i stedet for 2) dersom verdiene ikke hadde vært veid (jf. ramme 1). Forskjellen mellom kjønnene i sykkelighet for nordmenn er størst i den eldste aldersgruppen (ikke vist i tabellen), og betydningen av denne

aldersgruppen blir redusert når vi veier.

Blant nordmenn er det kvinnene som er mest plaget av nervøse lidelser, sykdom i nervesystemet, sykdom i hud og underhud, sykdom i skjelett-muskelsystemet og andre sykdommer. Menn er på sin side noe oftere rammet av skader og magelidelser enn kvinner.⁴ De aller fleste av disse funnene er i overensstemmelse med funn fra Helseundersøkelsen 1995 (Statistisk sentralbyrå 1996b:tabell 1).

De samme kjønnsforskjellene kan vi i hovedsak observere også for innvandrerne. Blant innvandrerne er imidlertid kvinnene ikke mer plaget av sykdom i hud og underhud enn menn, og menn ikke mer plaget av magelidelser og skader enn kvin-

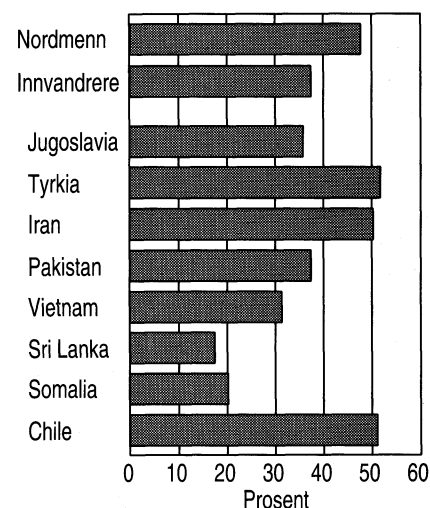
ner. På den annen side oppgir kvinnene noe mer hjerte- og karsykdommer enn menn.

Mest sykkelighet blant tyrkere, iranere og chilenerne

Det er forskjeller i sykkelighet mellom innvandrerne etter hvilket land de kommer fra. Stort sett kan vi iaktta samme mønster etter landbakgrunn for de fleste sykdomsgruppene. Det er derfor unødvendig å ta med en tabell som belyser hvordan hver enkelt sykdomsgruppe fordeler seg etter landbakgrunn. En slik tabell vil inngå i en samle-rapport fra levekårsundersøkelsen blant innvandrere som vil bli utgitt senere. Vi nøyer oss her med å vise forskjellen i andelen som i det hele tatt oppgir å ha noen varig sykdom, etter landbakgrunn (figur 1).

Figuren viser at andelen som rapporterer om sykdom, er størst blant innvandrere fra Tyrkia, Iran og Chile der den utgjør om lag 50 pro-

Figur 1: Andel med varig sykdom, skade eller funksjonshemming, etter landbakgrunn. Nordmenn og innvandrere, 16-66 år. Prosent



Kilde: Levekår blant innvandrere 1996 og Levekårsundersøkelsen 1995

sent. Innvandrere fra Pakistan og det tidligere Jugoslavia danner en mellomgruppe med en andel i underkant av 40 prosent, mens innvandrere fra Somalia og Sri Lanka har den laveste andelen med varig sykdom, om lag 20 prosent.

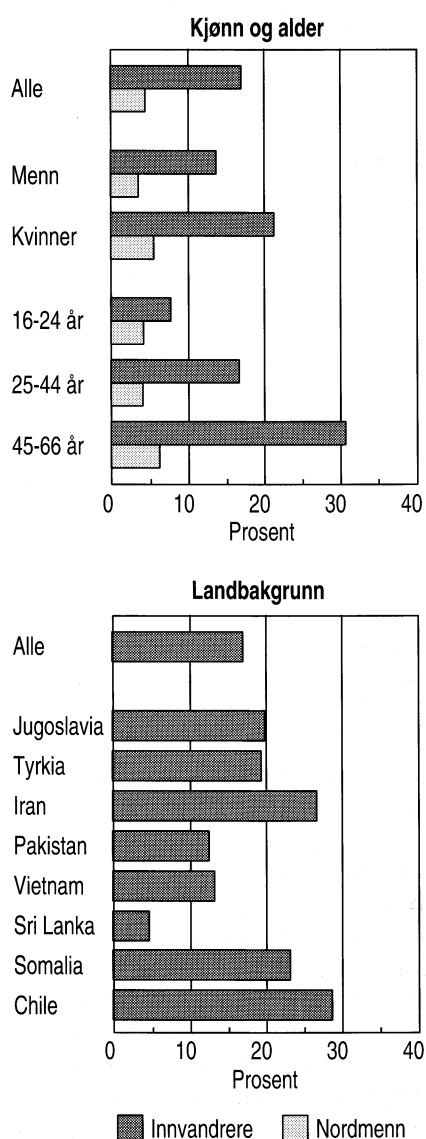
Hvorvidt det ligger aldersforskjeller bak innvandrergруппenes forskjellige omfang av sykkelighet etter landbakgrunn, har vi undersøkt i en multivariat analyse. Analysen viser at aldersforskjellene bare bidrar ubetydelig til å forklare de observerte forskjellene innvandrergруппene imellom med hensyn til rapportert sykkelighet.⁵

Vi har også undersøkt hva oppholdsgrunnen betyr for den samlede rapporterte sykkeligheten (ikke vist). Andelen som oppgir en varig sykdom, er størst blant dem som kom til landet som arbeidsinnvandrere og minst blant dem som kom av "andre grunner" (bl.a. studier). Familiegjenforente og flyktninger plasserer seg mellom disse gruppene med hensyn til rapportert sykkelighet. En multivariat analyse viser imidlertid at betydningen av oppholdsgrunn blir borte straks vi kontrollerer for alder og kjønn.⁶ I motsetning til hva vi forventet, er altså ikke oppholdsgrunn i seg selv avgjørende for i hvilken grad man rapporterer sykdom.

Symptomer på nervøse lidelser vanligst blant innvandrere

I tillegg til det åpne spørsmålet om varige sykdommer, stilte vi også et spørsmål om intervjupersonen i løpet av de siste seks månedene hadde 1) vært plaget av svært kraftig hjertebank uten på forhånd å ha anstrengt seg, 2) vært plaget av nervøsitet, angst eller rastløshet eller 3) følt seg deprimert og nedfor slik at hun/han ikke orket noen

Figur 2: Andel med hyppige symptomer på nervøse lidelser¹, etter kjønn, alder og landbakgrunn. Nordmenn og innvandrere, 16-66 år. Prosent



¹ Personer som svarte at de i løpet av de siste seks månedene ofte 1) var plaget av svært kraftig hjertebank uten på forhånd å ha anstrengt seg, eller 2) var plaget av nervøsitet, angst eller rastløshet, eller 3) hadde følt seg deprimert

Kilde: Levekår blant innvandrere 1996 og Levekårsundersøkelsen 1995

ting. Ved hvert av utsagnene kunne intervjupersonen velge mellom svarene "ofte", "av og til" eller "aldri". Personer som svarte "ofte" på minst ett av utsagnene, regnet vi for å ha "hyppige symptomer på nervøse lidelser" (jf. Statistisk sentralbyrå 1996a:120).

Andelen som rapporterer å ha "hyppige symptomer på nervøse lidelser", er langt høyere blant innvandrere enn nordmenn. Mens 5 prosent nordmenn oppgir slike symptomer, er andelen blant innvandrere vel tre ganger så stor, 17 prosent (figur 2). Andelen er størst blant kvinnene, og den øker med alderen, spesielt blant innvandrerne. I den eldste aldersgruppen er andelen med hyppige symptomer på nervøse lidelser hele 31 prosent blant innvandrerne.

Disse resultatene styrker inntrykket av at innvandrere flest ikke er mer tilbakeholdne med å informere om nervøse lidelser enn nordmenn, i hvert fall ikke overfor en intervjuer. Noen har hevdet at innvandrere er mer tilbøyelige til å "somatisere" sine psykiske lidelser enn nordmenn, dvs. at de oppfatter og formidler lidelsene som om de skulle være overveiende "kroppslige" (Grünfeld og Noreik 1991). Ifølge Austveg (1987, 1994) kan slike eventuelle tilbøyeligheter skyldes kommunikasjonsvansker mellom pasient og lege. Språklig usikre pasienter benytter gjerne konkrete begrep for å uttrykke sine psykiske plager, mens legene på sin side lett kan overse den metaforiske betydningen av ord og vendinger som innvandrerpasientene bruker.

Lettere å fortelle om symptomer enn sykdommer

Terskelen for å innrømme hyppige symptomer på nervøse lidelser synes å være lavere enn terskelen for å oppgi nervøse lidelser under

sykdomskartleggingen, spesielt blant innvandrerne. Blant de eldste innvandrerne oppgir vel 10 prosent en nervøs lidelse (jf. tabell 2), mens vel 30 prosent ofte har vært plaget av hjertebank, nervøsitet eller depresjon de siste seks månedene ("hyppige symptomer på nervøse lidelser") (figur 2). Blant nordmenn i den eldste aldersgruppen er det ingen nevneverdig forskjell mellom andelen som oppgir en nervøs lidelse og andelen som rapporterer hyppige symptomer på nervøse lidelser (henholdsvis 5 og 6 prosent).

Andelen som oppgir hyppige symptomer på nervøse lidelser varierer betydelig etter hvilket land innvandrerne kommer fra. Mønsteret er ikke ulikt mønsteret for sykdom totalt. Innvandrere fra Iran, Somalia og Chile rapporterer oftest hyppige nervøse symptomer, mens innvandrere fra Pakistan, Vietnam og Sri Lanka er minst tilbøyelige til å rapportere slike symptomer. Ifølge en antropologisk studie av tamiler i Nord-Norge, er tamilene (hjemmehørende på Sri Lanka) den av innvandrergruppene som er minst villige til å innrømme psykiske lidelser (Grønseth 1996). Dette motsies ikke av våre data.

Vi finner ellers ikke at flyktninger rapporterer mer symptomer på nervøse lidelser enn andre innvandrere (ikke vist). Hvilke nasjonalitetsgrupper som i størst omfang oppgir symptomer på nervøse lidelser, blir ikke synderlig påvirket av at vi kontrollerer for innvandringsgrunn. Det er ingen statistisk sikker sammenheng mellom innvandringsgrunn og hyppige symptomer på nervøse lidelser når vi f.eks. kontrollerer for alder.⁷ Vi har imidlertid sett at flyktninger rapporterer mer ensomhet enn andre innvandrergrupper (Blom 1997).

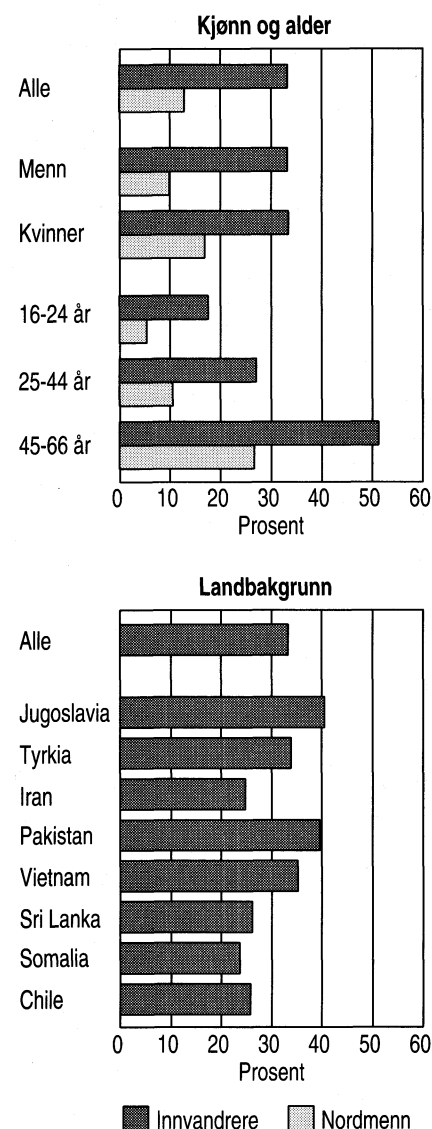
Innvandrerne vurderer sykdommene som alvorligere

Intervjupersonene som oppgav minst ett syketilfelle, ble også spurt om sykdommen(e) medfører begrensninger i arbeidsevnen "i høy grad", "i noen grad" eller "ikke i det hele tatt". Arbeidsevne har vi definert som evne til å ta del i inntektsgivende arbeid, husarbeid og skolegang/studier. Definisjonen blir nevnt for intervjupersonen dersom hun/han spør om den.

Det er påfallende stor forskjell i svarene til innvandrere og nordmenn. Blant dem som oppgir minst ett syketilfelle, svarer 33 prosent av innvandrerne og 13 prosent av nordmennene at sykdommen(e) begrenser arbeidsevnen i høy grad (figur 3). Andelen som vurderer det slik, stiger markert med alder både blant nordmenn og innvandrere. I den eldste aldersgruppen mener hver annen innvanderer og hver fjerde nordmann med minst én oppgitt sykdom at arbeidsevnen blir begrenset av sykdommen(e) i høy grad. Blant nordmenn er andelen som er av denne oppfatning, større blant kvinner enn menn; blant innvandrerne er det ingen kjønnsforskjell.

Hva kan grunnen være til at innvandrere oftere enn nordmenn vurderer sin(e) sykdom(mer) som begrensende for evnen til å arbeide? En mulighet er at innvandrere og nordmenn tenderer til å "medikalisere" sin arbeidsløshet, dvs. gi inntrykk av at arbeidsløsheten skyldes sykdom for slik å gjøre en vanskelig situasjon lettere å bære. Fordi innvandrere oftere er uten inntektsgivende arbeid, kan vi tenke oss at denne mekanismen gjør seg sterkest gjeldende blant dem. Våre data støtter imidlertid ikke denne hypotesen. En multivariat analyse viser at faktisk sysselsetting

Figur 3: Andel som mener at varig sykdom, skade eller funksjonshemming begrenser arbeidsevnen i høy grad, etter kjønn, alder og landbakgrunn. Nordmenn og innvandrere, 16-66 år, med minst ett rapportert syketilfelle. Prosent



Kilde: Levekår blant innvandrere 1996 og Levekårsundersøkelsen 1995

betyr mindre for vurderingen av arbeidsevnen blant innvandrerne enn blant nordmenn.⁸ Hadde "medikaliseringshypotesen" vært

riktig, ville utfallet ventelig vært motsatt.

Er forskjeller i sykdomsbildet forklaringen?

En annen mulig forklaring er at innvandrerne har andre og mer alvorlige sykdommer enn nordmenn. Tabell 1 viser at innvandrerne noe oftere rapporterer nervøse lidelser og lidelser som tilhører restgruppen "andre sykdommer" enn nordmenn, mens nordmenn noe oftere rapporterer sykdommer i åndedretsorganene og sykdommer i hud og underhud. Forskjellen i vurderingen av arbeidsevnen kan tenkes å være en følge av disse forskjellene i sykdomsbildet. En multivariat analyse viser nemlig at sykdommer i åndedretsorganene og i hud og underhud ikke bidrar til at innvandrere og nordmenn vurderer sin evne til å arbeide som nedsatt; det gjør på den annen side nervøse lidelser og "andre sykdommer".⁹ Forskjellen mellom innvandreres og nordmenns sykdomsbilde er likevel så vidt liten at dette bare kan spille en mindre rolle.

Er vurderingskriteriene ulike?

En tredje mulighet er at innvandrere og nordmenn vurderer en og samme sykdom forskjellig. Vi har undersøkt om dette er tilfellet for dem som bare rapporterer én sykdom. For de øvrige intervjupersonene vet vi ikke hvilken sykdom de primært sikter til når de anser arbeidsevnen for å være nedsatt. Vi finner at innvandrere gjennomgående vurderer den enkelte sykdom som mer alvorlig enn nordmenn. Diagnosen "uspesifiserte ryggsykdommer" blir f.eks. i 17 av 63 tilfeller vurdert som i høy grad begrensende for arbeidsevnen av innvandrerne, mens den blir vurdert slik i 6 av 79 tilfeller av nordmenn. Hva "fasit" er, kan selvsagt vanskelig fastslås. Samme lidelse kan ramme

ulike personer med ulik "tyngde". Noen diagnoser er dertil så rommelige at de kan omfatte forskjellige lidelser. I hvilken grad arbeidsevnen er nedsatt som følge av sykdommen vil de intervjuede også kunne vurdere ulikt avhengig av hvilke arbeidsoppgaver de skal utføre.

Når ulike befolkningsgrupper vurderer samme sykdomstilfelle ulikt, er det nærliggende å spørre om gruppene legger forskjellige standarder til grunn. Leger og sykepleiere med erfaring fra innvandrerpatienter har iaktatt at innvandrerne har en tendens til å forstørre eller dramatisere sine lidelser (Austveg 1994:76 ff., Hanssen 1996:48 ff., Dyregrov 1997). Om dette er fordi de tror de må overkommunisere symptomer for å bli tatt på alvor, om innvandrerpatienten tolker symptomene annerledes, eller om normene for kommunikasjon om sykdom og smerte er annerledes i enkelte innvandrer kulturer enn blant nordmenn, vites ikke. Det anses likevel å være et faktum at forskjellige kulturer har forskjellige oppfatninger og vurderinger av sykdom (Austveg 1987, Mertz 1992, Eriksen og Sørheim 1994, Hanssen 1996). Det er godt mulig at dette kan ligge bak nordmenns og innvandreres ulike vurdering av hvorvidt arbeidsevnen er nedsatt på grunn av sykdom. Vi kan dermed selvfølgelig heller ikke påstå at nordmenn forteller om sine sykdommer på den "riktige" måten; kanskje har nordmenn (særlig menn) en tendens til å underkommunisere problemer.

Større hopning av lidelser blant innvandrerne

Endelig kan innvandrerne vurdere sykdommen(e)s konsekvenser for arbeidsevnen mer negativt fordi de i gjennomsnitt rapporterer flere li-

Tabell 4: Andel som mener at varig sykdom, skade eller funksjonshemming begrenser arbeidsevnen i høy grad, etter antall rapporterte syketilfeller. Nordmenn og innvandrere fra åtte ikke-vestlige land, 16-66 år. Prosent

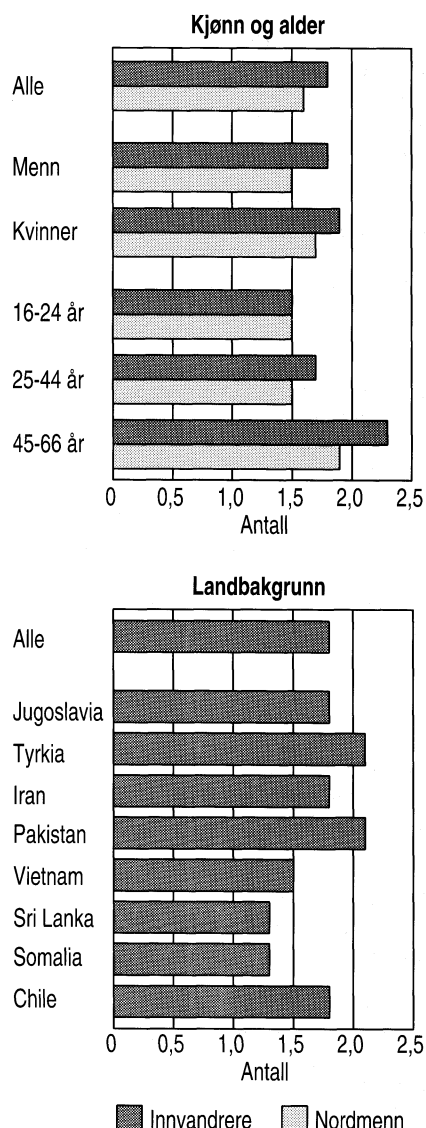
Antall syketilfeller	Nordmenn	Innvandrere
Ett	7	22
To	18	37
Tre til fem	32	55
Seks til ni	50	81

Kilde: Levekår blant innvandrere 1996 og Levekårsundersøkelsen 1995

delser enn nordmenn. Tabell 4 viser at arbeidsevnen blir vurdert ulikt etter som hvor mange sykdommer som rapporteres. Mens under en av ti nordmenn vurderer sin arbeidsevne som (i høy grad) begrenset på grunnlag av ett rapportert syketilfelle, er det hele fem av ti nordmenn som gjør det på bakgrunn av seks til ni syketilfeller. Tilsvarende tall for innvandrere er henholdsvis to av ti og åtte av ti.

Blant dem som rapporterer minst én sykdom, er antallet syketilfeller i gjennomsnitt noe større blant innvandrerne enn blant nordmenn, henholdsvis 1,8 mot 1,6 (figur 4). Dette bidrar til at innvandrerne oftere enn nordmenn vurderer sin evne til å arbeide som nedsatt pga. sykdom. Antall syketilfeller øker for øvrig fra 1,5 til 2,3 fra yngste til eldste aldersgruppe blant innvandrerne og fra 1,5 til 1,9 blant tilsvarende grupper av nordmenn. Kvinner oppgir dertil i gjennomsnitt noen flere syketilfeller enn menn, både blant innvandrere og nordmenn. Innvandrere fra Tyrkia og Pakistan rapporterer flest sykdommer, 2,1 i gjennomsnitt, mens innvandrere fra Sri Lanka og Somalia rapporterer det laveste antallet syketilfeller, i gjennomsnitt 1,3.

Figur 4: Gjennomsnittlig antall rapporterte syktilfeller, etter kjønn, alder og landbakgrunn. Nordmenn og innvandrere, 16-66 år, med minst ett rapportert syktilfelle



Kilde: Levekår blant innvandrere 1996 og Levekårsundersøkelsen 1995

Eldre innvandrere, en framtidig utfordring for helsevesenet?

Vi har sett at andelen som oppgir å ha en varig sykdom, funksjonshemming eller virkning av skade, er noe lavere blant innvandrere fra åtte ikke-vestlige land under ett enn blant nordmenn med samme alders-, kjønns- og bostedsfordeling som innvandrerne. Dette er overraskende idet tidligere undersøkelser har vist at innvandrere fra ikke-vestlige land gjennomgående rap-

porterer minst like mye eller mer sykdom enn majoritetsbefolkningen. Den norske litteraturen på området domineres imidlertid av mindre undersøkelser som ikke er tilstrekkelig statistisk representative.

Blant personer som rapporterer minst én sykdom, er andelen som mener at sykdommen(e) begrenser arbeidsevnen, betydelig høyere blant innvandrerne enn blant nordmennene. Selv om noe av denne forskjellen kan skyldes ulikheter i sykdomsbildet (dvs. hvilke sykdommer som rapporteres), er det snarere forskjeller i vurderingen av den enkelte sykdom og graden av hopning av syktilfeller som er utslagsgivende. At sykdommene bedømmes ulikt, kan bunne i kulturelt betingede forskjeller i vurderingskriteriene. I hvilken grad arbeidsoppgavene som skal utføres er fysisk krevende, må også trekkes inn når vi skal forstå hvorfor innvandrere oftere enn nordmenn oppfatter at sykdommen(e) begrenser arbeidsevnen.

Våre data viser at innvandrere i større grad enn nordmenn oppgir å ha nervøse lidelser. Dette står i motsetning til funn i enkelte norske undersøkelser, og forestillingen om at innvandrere i alminnelighet underkommuniserer nervøse lidelser. Vi finner heller ikke at innvandrere rapporterer mer sykdom i skjelett-muskelsystemet enn nordmenn. I stedet noterer vi at andelen som oppgir å ha astma, allergi og eksem, er større blant nordmenn enn innvandrere, særlig blant de yngste. Dette er et funn vi ikke tidligere har sett gjengitt i den nordiske litteraturen. At innvandrere er mer plaget av diabetes, er derimot kjent fra før.

Alder betyr mye for helsetilstanden blant både innvandrere og nordmenn. I aldersgruppen 45-66 år er andelen som rapporterer om varige sykdommer, høyest blant innvandrerne. Alderen ved ankomst synes å være mer avgjørende for helsen enn oppholdstiden i Norge. Dersom helsen til innvandrerne som i dag er unge eller middelaldrende eller som ennå ikke har kommet til lan-

det, utvikler seg på samme måte som helsen til innvandrerne som nå er eldre, vil eldre innvandrere trolig medføre økte oppgaver for helsevesenet i framtiden. Grunnen er at gruppen absolutt og relativt sett vil vokse pga. aldring og innvandring, og at eldre innvandrere rapporterer mer sykdom enn eldre nordmenn. Faktorer som dødelighet blant innvandrerne, som vi foreløpig vet lite om, og hvorvidt familie- eller nettverksbasert omsorg i hjemmet vil erstatte deler av innvandrernes etterspørsel etter helsetjenester, kan modifisere dette bildet. Omfanget av framtidig innvandring er også ukjent.

Alt i alt tyder vår undersøkelse på at ikke-vestlige innvandreres helse-tilstand er sterkere "polarisert" enn nordmenns. Andelen som rapporterer sykdom er lavere blant de åtte innvandrerguppene under ett enn blant nordmenn, mens de som oppgir en sykdom i større grad mener at sykdommen nedsetter deres arbeidsevne. Dertil er det betydelige forskjeller i rapportert sykkelighet mellom innvandrerne etter hvilket land de kommer fra.

1. Senere undersøkelser har vist at 13 prosent av de intervjuede fra det tidligere Jugoslavia har bakgrunn fra Bosnia-Hercegovina. I Norge utgjør personer fra Bosnia-Hercegovina over halvparten av alle innvandrere med bakgrunn fra det tidligere Jugoslavia.

2. Anslaget er usikkert, da tallgrunnlaget er lite (62 personer).

3. Logistisk regresjonsanalyse. Bakgrunnsfaktorene er alder ved ankomst og oppholdstid i Norge, tatt som kontinuerlige eller grupperte variabler. Den avhengige variabelen er log odds for å oppgi en varig sykdom.

4. Alle forskjellene som bemerkes i dette og neste avsnitt, er statistisk signifikante på 0,05-nivå.

5. Logistisk regresjonsanalyse. I modell 1 inngår bare bakgrunnsfaktoren landbakgrunn. I modell 2 tilføyes alder. Den avhengige variabelen er i begge modellene log odds for å oppgi en varig sykdom.

6. Logistisk regresjonsanalyse. I modell 1 inngår bare oppholdsgrunn. I modell 2 tilføyes alder og kjønn. Den avhengige variabelen er i begge modellene log odds for å oppgi en varig sykdom.

7. Logistisk regresjonsanalyse. I modell 1 inngår bare bakgrunnsfaktoren land-bakgrunn. I modell 2 tilføyes oppholdsgrunn og i modell 3 dertil også alder. Den avhengige variabelen er i alle modellene log odds for å oppgi hyppige symptomer på nervøse lidelser.

8. Logistisk regresjonsanalyse. Bare personer som har oppgitt en sykdom inngår i analysen. Bakgrunnsvariablene er de 12 hovedsykdomsgruppene og en indikator for sysselsetting. Den avhengige variabelen er log odds for at sykdommen(e) vurderes som i høy grad begrensende for arbeidsevenen (dikotomt utfall). Modellen estimeres for innvandrere og nordmenn hver for seg.

9. Analysen er den samme som omtalt i foregående note, men uten at sysselsetting er med som bakgrunnsfaktor.

Litteratur

Austveg, Berit (1987): "Helsearbeid over kulturgrenser. Om helserådets spesielle tjeneste for innvandrere" i Harald Siem, Kåre Berg og Berthold Grünfeld (red.): *Samfunnsmedisin i praksis. Oslo Helseråd i 80-årene. Festskrift til Fredrik Mellbyes 70-årsdag*, Oslo: Universitetsforlaget.

Austveg, Berit (1994): *Helsearbeid og innvandrere. Mangfold, sunnhet og sykdom*, 2. utgave, Oslo: TANO.

Blom, Svein (1997): Levekår blant ikke-vestlige innvandrere: Hvorfor er så mange ensomme? *Samfunnsspeilet* 1997,4, Statistisk sentralbyrå, 45-53.

Blom, Svein og Agnes Aall Ritland (1997): Levekår blant innvandrere 1996. Del 2: Tabeller for nordmenn, Notater 97/7, Statistisk sentralbyrå.

Djuve, Anne Britt og Kåre Hagen (1995): "Skaff meg en jobb!" *Levekår blant flyktninger i Oslo*. FAO-rapport 184, Oslo: Forskningsstiftelsen FAO.

Dybing, Erik, Jan Alexander, Jørn A. Holme, Martinus Løvik og Per E. Schwarze (1996): "Helse relatert til kjemisk, fysisk eller biologisk miljø" i Petter Hurlen og Rannveig Nordhagen (red.): *Folkehelse i forandring*, Oslo: Universitetsforlaget, 213-231.

Dyregrov, Kari (1997): Interkulturell kommunikasjon i allmennpraksis, *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* **117**, 2444-2446.

Emami, Abbas (1997): Invandrarnas hälsotillstånd i Sverige, *Socialmedisinsk tidskrift*, nr. 5, 252-257.

Eriksen, Thomas Hylland og Torunn Arntsen Sørheim (1994): *Kulturforskjeller i praksis. Perspektiver på det flerkulturelle Norge*, Oslo: Ad Notam, Gyldendal.

Grünfeld, Berthold og Kjell Noreik (1991): Uførepensjonering blant innvandrere i Oslo, *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* **111**, 1147-1150.

Grünfeld, Berthold og Kjell Noreik (1992): Bruk av sykepenger og sosialhjelp blant innvandrere i Oslo, *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* **112**, 365-367.

Grønseth, Anne Sigfrid (1996): Tamiler i Nord-Norge: Helse og behandling. Paper til det 10. nordiske migrasjonsforskerseminar, Bergen 1996.

Gulløy, Elisabeth, Svein Blom og Agnes Aall Ritland (1997): Levekår blant innvandrere 1996. Dokumentasjonsrapport med tabeller, Notater 97/6, Statistisk sentralbyrå.

Hagen, Kåre, Anne Britt Djuve og Pernille Vogt (1994): *Oslo: den delte byen?* FAO-rapport 161, Oslo: Forskningsstiftelsen FAO.

Hanssen, Ingrid (1996): *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. 2. utgave, Oslo: Universitetsforlaget.

Häll, Lars (1996): Invandrades hälsa. *VälfärdsBulletinen* 1996,5, Statistiska centralbyrån.

Häll, Lars (1997): "Hälsa och sjukdom" i *Mångfald och ursprung. Rapport från ett multietniskt Sverige*, Statens invandrarverk, Norrköping, 100-107.

Kindlund, Hannelotte (1996): *Invandrarerna i socialförsäkringen. Sjukskrivning, rehabilitering och förtidspensjonering under 1990-talet*, Riksförsäkringsverket Redovisar 1996:11.

Koçtürk, Tahire (1993): Immigration, kost och hälsa, *Invandrare & Minoriteter* 1/93, 35-37.

Lajord, Jorunn og Else Flittig (1995): Innvandrere og uførepensjon, Notater 95/20, Statistisk sentralbyrå.

Leiniö, Tarja-Liisa (1995): Invandrarnas hälsa. I Socialstyrelsen (1995): *Invandrades hälsa och sociala förhållanden*, SoS-rapport 1995:5, 73-118.

Mather, Hugh M. og Harry Keen (1985): The Southall Diabetes Survey: prevalence of known diabetes in Asians and Europeans, *British Medical Journal* **291**, 1081-1084.

Mertz, Anne (1992): *Kultur, sundhed og sygdom - om indvandrere og flygtninge i sundhedsvæsenet*, Munksgaard.

Næss, Marit Hegde (1992): Norske pasienter og innvandrerpasienter ved et legesenter. Er det virkelig forskjeller? *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* **112**, 361-364.

Ramm, Jorunn (1997): Egenvurdert helse: Vi klager ikke før vi må, *Samfunnsspeilet* 1997, 2, Statistisk sentralbyrå, 14-21.

Samuelson, Gösta (1984): Nutrition och matkultur hos invandrabarn. *Läkartidningen* **81**, 4176-4178.

Socialstyrelsen (1998): *Levnadsförhållanden hos fyra invandrargrupper födda i Chile, Iran, Polen och Turkiet*, Invandrarprojektet - rapport nr. 1998:1, Invandrades levnadsvillkor 1.

Statistisk sentralbyrå (1996a): *Levekårsundersøkelsen 1995*, NOS C 301.

Statistisk sentralbyrå (1996b): Åtte av ti har god eller meget god helse, *Ukens statistikk* 1996, 35.

Statistisk sentralbyrå (1997): *Standarder for norsk statistikk. Klassifikasjon av sykdommer, skader og dødsårsaker. Systematisk del, norsk utgave av ICD-9*, NOS C 107.

Statistisk sentralbyrå (1998): *Naturressurser og miljø 1998*, Statistiske analyser **23**.

Steihaug, Sissel og Olav Rutle (1997): Legesøkning blant pakistanske innvandrere. Konsultasjonsmønster og diagnosefordeling ved et helsesenter i Oslo, *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* **117**, 2440-2443.

Stoltenberg, Camilla (1992a): Type 2 diabetes epidemiologi - en oversikt, *Norsk Epidemiolog* **2**, 3, 64-67.

Stoltenberg, Camilla (1992b): Graviditetsdiabetes hos pakistanske kvinner i Norge - et igangsatt prosjekt, *Norsk Epidemiolog* **2**, 3, 67-68.

Tomson, Ylva og Paul Lichtenstein (1988): Invandrare söker vid vårdcentral i större omfattning än svenskar, *Läkartidningen* **85**, 532-537.

Svein Blom

(svein.blom@ssb.no) er forsker i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for demografi og levekårsforskning.

Jorun Ramm

(jorun.ramm@ssb.no) er førstekonsulent i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk.

Kan misfornøyde pasienter gi oss bedre helsetjenester?

16

Hvordan vurderer pasientene helsepersonellens evne til å gi informasjon om sykdom, vise innlevelse i deres situasjon, og forordne riktige medisiner? Den typisk misfornøyde pasient mangler en fast legekontakt, har relativt alvorlige helseproblemer og liten tiltro til legenes evne til å forstå folks helseproblemer. Slike resultater forteller noe om pasientenes subjektive opplevelser. Men undersøkelser som måler pasientenes tilfredshet kan også belyse hvordan ulike organisatoriske og administrative trekk ved helsetjenesten påvirker kvaliteten i det tilbudet som gis.

Jon Erik Finnvoll

Hvorfor har noen pasienter negative erfaringer fra sine møter med helsetjenesten, mens andre er fornøyde? Variasjoner i tilfredshet kan være betinget av ulike egenskaper ved individene, slik som helsetilstand, sosial bakgrunn (inntekt og utdanningslengde), generell livskvalitet, og tillit til helseprofesjoner. Et annet spørsmål er om variasjoner i pasienters erfaringer kan føres tilbake til organisatoriske trekk ved det lokale helsetilbudet. Har for eksempel kommuner med kommunalt ansatte leger mer tilfredse pasienter enn kommuner som har satset på privatpraktiserende leger? Hvordan påvirker tilgjengeligheten tilfredsheten? Er brukere som benyttet jordmødre ved svangerskapskontrollene mer fornøyde enn de som brukte lege eller gynekolog? I artikkelen drøfter vi

pasienttilfredshetsundersøkelser som framgangsmåte i forskning som evaluerer offentlige tjenester. Er det pasientene eller helsetilbudet vi får vite noe om når vi undersøker pasientenes subjektive erfaringer? Datagrunnlaget består av et utvalg småbarnsmødre, som har beskrevet sine erfaringer i en spørreskjemaundersøkelse (se ramme 1).

To av fem misfornøyde med legens innlevelse

Formålet med legekontakten kan sies å være tredelt (Ong mfl. 1995): Den skal skape en god og positiv mellommenneskelig relasjon mellom lege og pasient, bidra til gjensidig utveksling av informasjon, og føre til at pasienten får råd om hvordan sykdommen skal behandles. Blant de intervjuede småbarnsmødrene var det 60 prosent som

1. Datagrunnlag

Undersøkelsen dreier seg om brukernes erfaringer med helsetjenesten og legetjenesten. Utvalgsmengden er kvinner med små barn. Dette er en gruppe med relativt hyppige kontakter med helsetjenesten. Skal vi få vite noe om befolkningens erfaringer med helsetjenesten, er det naturlig å spørre befolkningsgrupper som ofte har kontakt. Det er også faser av livet, uavhengig av sykkelighet, der velferdsyrkene i helsetjenesten er viktigere enn andre. Alderdom og livsavslutning er en slik fase, tiden rundt svangerskap, fødsel og småbarnsalder en annen. Utvalget som ble trukket bestod i hovedsak av to grupper:

- Alle kvinner som fikk et barn i august og september 1993, til sammen 9 005 barn.
- Innvandrere med oppholdsdato før 1989 ble overrepresentert ved å inkludere også de som fikk barn i juli. Totalt utgjorde denne gruppen 1 395 barn.

Til sammen 9 827 spørreskjema ble sendt ut høsten 1994. Det ble motatt svar fra 7 319 av i alt 9 827 utsendte skjema, en svarprosent på 74. Generelt var svarprosenten relativt lav for innvandrere, unge mødre, separerte, lavt utdannede og personer med lav inntekt. Utvalget og frafallet er nærmere beskrevet i Bild mfl. 1998.

De fleste analysene i denne artikkelen bygger på et underutvalg som hadde hatt legekontakt for egen sykdom siste år (59 prosent av dem som svarte). I dette underutvalget var det 8 prosent som ikke kunne oppgi ventetid for legetime. Disse ble også holdt utenfor i analysene.

hadde hatt legekontakt for egen sykdom det siste året, og som ble stilt spørsmål om de tre ulike aspektene ved kommunikasjonen med legen. Spørsmålsformuleringene som ble anvendt i spørreskjemaet, bygger på et forslag utarbeidet av verdens helseorganisasjon (WHO 1987).

Det er avgjørende å skape en positiv mellommenneskelig kontakt med pasienten, dersom legen skal lykkes med den mer "tekniske" og medisinske delen av konsultasjonen, nemlig å stille riktig diagnose og foreslå en adekvat behandling (Rutle 1986). Flere undersøkelser av kvalitet i allmennpraksis viser at pasientene legger stor vekt på legenes personlige egenskaper. Legen må ha evne til å lytte til pasienten, være et medmenneske som forstår og bryr seg, og som behandler pasienten som en likeverdig (Arborelius, Timpka og Nyce 1992).

For å fange opp pasientenes vurdering av legens evne til mellommenneskelig kontakt og innlevelse i deres situasjon, ble svarpersonene bedt om å ta stilling til utsagnet *Noen ganger har jeg følelsen av at legen ikke tar mine sykdommer og problemer alvorlig*. Resultatene viste at til sammen 40 prosent var enig eller helt enig i utsagnet. Med andre ord, to av fem uttrykker en viss grad av misnøye med legens innlevelse i pasientens situasjon.

De fleste er fornøyde med informasjonen de får

Svarpersonene ble også bedt om å vurdere legenes evne til å formidle informasjon. Utsagnet som ble presentert var *Legen gir meg tilfredsstillende informasjon om hva som er galt*. Kun 4 prosent erklærte seg helt uenig i dette utsagnet, mens til sammen 22 prosent var helt uenig eller uenig i utsagnet.

Som eksempler på pasientenes vurdering av legens behandling, ble det samlet inn informasjon om over- og undermedisinering. Det var 18 prosent som mente de hadde fått medisiner de ikke hadde behov for, mens en noe mindre andel, 13 prosent, mente de ikke hadde fått medisiner de hadde bruk for. Det er altså mer vanlig å mene at man har fått feil medisiner, enn at man ikke har fått medisiner man egentlig burde hatt.

De som hadde hatt legebesøk for egen sykdom, fikk også spørsmål om legen hadde gitt råd om hva de kunne gjøre for å holde seg friske. Legen begrenser ikke sin virksomhet til utelukkende å behandle et helseproblem, men benytter ofte anledningen til gi råd om helseforebyggende atferd. Kliniske kontakter i allmennpraksis er derfor regnet som en av helsetjenestens viktigste forebyggende arenaer. Resultatene viste at nesten halvparten (47 prosent) svarte at de ikke hadde fått råd om hva de burde gjøre for å holde seg friske.

De fleste er tilfredse med kommunehelsetjenesten...

Svarpersonene ble også bedt om å ta stilling til utsagnet *Alt i alt, ut fra dine erfaringer, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med helsetjenesten i kommunen din?* Det var relativt få som gav uttrykk for en direkte misnøye med det kommunale helsetilbudet. Kun 1 prosent var svært misfornøyd, mens 5 prosent var misfornøyd. Vel 60 prosent oppgav at de var svært fornøyd eller fornøyd, mens 32 prosent var middels fornøyd.

...eller kanskje ikke?

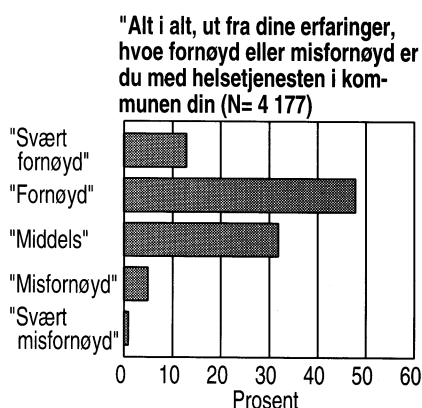
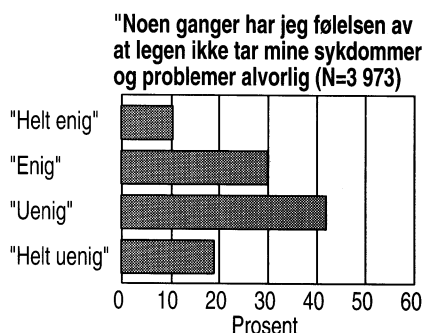
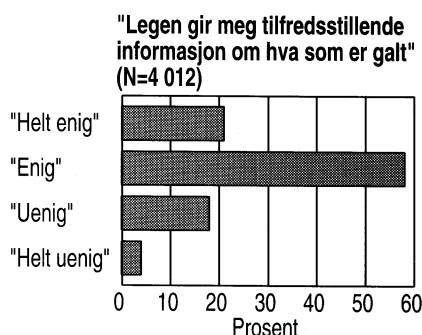
Det er et gjennomgående trekk ved undersøkelser av pasientenes tilfredshet at få gir uttrykk for misnøye når de blir bedt om å vurdere

helsetilbudet generelt. Det er sjelden at mer enn 10 prosent er misfornøyd. Det er flere grunner til å tro at den høye generelle tilfredsheten ikke er reell. Resultater fra tidligere undersøkelser viser at det skal ganske ekstreme erfaringer til for at pasienter gir uttrykk for en direkte misnøye. Det kan være vanskelig å uttrykke misnøye med et tilbud man er avhengig av, og ofte ikke har noe alternativ til. I mange tilfeller vil pårørende være en mer pålitelig kilde for opplysninger om kvaliteten i tjenestetilbudet (Wilson 1993).

Selve pasientrollen er i klassiske sosiologiske studier beskrevet som en passiv rolle, som i liten grad legger opp til deltakelse og medvirkning. Slik medisinen har utviklet seg, er avstanden mellom de medisinske profesjonenes kunnskap og den enkelte pasient blitt stor. I tråd med dette anser mange at pasienten ikke er kvalifisert til å ha noen mening om den behandlingen de får, og dermed underrapporteres negative erfaringer. Andre tendenser motsier denne tolkningen av høy tilfredshet: Den økende anvendelse av begreper som 'klient' og 'bruker' som alternativ til 'pasient' kan tolkes som et uttrykk for et ønske om en mer aktiv holdning fra pasientenes side. Mye medisinsk informasjon er i dag tilgjengelig via Internett, noe som kan minske kløften mellom pasientene og den medisinske fagkunnskapen.

Videre er det også typisk for pasienttilfredshetsundersøkelser at mer spesifikke spørsmål viser større grad av utilfredshet enn mer generelle (Oakley 1991). Resultatene fra småbarnsmødrenes erfaringer er dermed som forventet.

Figur 1: Småbarnsmødres¹ erfaringer med legekontakter. Respons på spørsmålet. Prosent



¹ Spørsmål om erfaringer med helsetjenesten ble stilt til de som hadde hatt kontakt med lege siste år på grunn av egen sykdom

God legedekning gir ikke større tilfredshet

I en årrekke har helsetjenesteforskningen dokumentert at den behandlingen pasienter får, i mange tilfeller avhenger av hvor de bor. Ikke bare varierer behandlingen

pasientene får, det finnes også eksempler på at det samme er tilfellet med resultatet av behandlingen (Detsky 1995). Likevel har vi mindre dokumentasjon på konsekvensene av ulikheter i tilbud. En slik studie henter empiri fra Nord-Norge: Sønbo-Kristiansen og Hansen (1989) fant at bosatte i kommuner med ustabil legetilbud var mindre tilfredse enn andre, mens legedekningen, og den lokale legetjenestens avlønningsordning ikke hadde konsekvenser for tilfredsheten.

Variasjoner i legedekning i bostedskommunene til de som svarte, viste seg ikke å influere på verken generell tilfredshet, eller tilfredsheten med de ulike aspektene ved kontakten med lege (innlevelse, informasjon, medisinerings osv.). Legedekningen ble målt som legeårsverk i kommunehelsetjenesten pr. 10 000 innbyggere. Noe av bakgrunnen for resultatet kan ligge i at de erfaringer pasientene rapporterer, også kan skrive seg fra andre sammenhenger enn kommunehelsetjenesten. Videre er legedekning neppe noe godt mål på reelle variasjoner i kapasiteten til kommunale legetilbud. Analyser viser at variasjoner i behov mellom kommuner har betydelig innflytelse på kommunenes prioritering av årsverksinnsatsen i allmennpraksis (Finnvold 1993, 1996). Enkelte har gått så langt som å hevde at "... det desentraliserte norske systemet i liten grad fører til uønskede ulikheter i tilgjengeligheten til primærhelsetjeneste" (Rongen og Grytten 1996:1475). Satt på spissen: Når det er relativt få leger i en kommune, så skyldes det at legebehovet ikke er så stort.

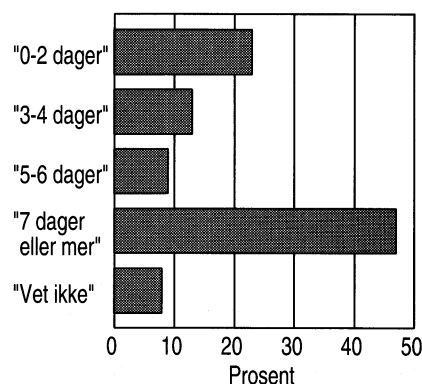
Lang ventetid gir litt surere pasienter

En jevn fordeling av legeressursene, som tar hensyn til at behovene for

legetjenester varierer fra kommune til kommune, er ikke nødvendigvis en garanti for at *tilgangen* på legetjenester er den samme i alle deler av landet. Legedekningen forteller først og fremst noe om innsatsen av ressurser. Tilgjengeligheten kan alternativt måles som den tiden pasientene må vente før de får legetime. Ifølge utvalget av småbarnsmødre varierer ventetid for legetime over en betydelig skala (figur 2). Mens 23 prosent oppgav at ventetiden var 0-2 dager, var det 47 prosent som måtte vente 7 dager eller mer for å få time hos legen.

Det dreier seg om individuelle variasjoner, som kan ha svært ulike forklaringer. Kommuner kan i varierende grad ha maktet å organisere legetjenesten på en slik måte at personellressursene blir utnyttet på en god måte. Det kan også dreie seg om variasjoner innenfor kommunen. Mye tyder på at kvinner foretrekker kvinnelige leger, som opplever en større pågang, med

Figur 2: Småbarnsmødres¹ erfaringer med legens tilgjengelighet. Respons på spørsmålet *Hvor lang tid tar det å få time hos legen eller legekontoret du vanligvis bruker?* (N=4 095). Prosent



¹ Spørsmål om erfaringer med legekontakter ble stilt til de som hadde hatt kontakt med lege siste år på grunn av egen sykdom

lengre ventetid som resultat. I 1995 var det 80 kommuner som hadde tre leger eller færre (Statistisk sentralbyrå 1997). På slike steder blir situasjonen oversiktlig, og leger som har vært lenge i kommunen eller har "et godt rykte", vil få flere henvendelser, og dermed lengre ventetid.

Formålet med analysen var imidlertid ikke å reflektere over mulige årsaker til variasjoner i ventetid, men belyse konsekvensene av disse variasjonene for pasientenes tilfredshet. Tendensen var at de som hadde kort ventetid var mer tilfredse enn de som hadde lang ventetid. Forskjellene er ikke store, men statistisk sikre (tabell 1): De som måtte vente i 7 dager eller mer, hadde større sannsynlighet for å mene at

legen ikke tok deres problemer alvorlig nok,¹ ikke gav tilfredsstillende informasjon om helseproblemet, forordnet feil medisiner osv. En nærliggende forklaring på denne sammenhengen er at leger med lang ventetid har mindre tid til hver pasient, og dermed færre muligheter til å informere, finne den riktige diagnosen osv.

Fastlønnsleger og turnuskandidater gir litt mindre tilfredshet...

Vi fokuserer på erfaringene til bosatte i tre ulike typer kommuner.

- Kommuner der turnuskandidater utgjør en vesentlig del av legetilbudet (mer enn 25 prosent turnuskandidater).
- Kommuner som baserer seg på privatpraktiserende leger med

kommunal avtale (mer enn 95 prosent avtaleleger).

- Kommuner der legetjenesten drives av kommunalt ansatte leger (100 prosent fast ansatte leger).

Turnuskandidatene er ennå ikke godkjente leger, men må regnes som en del av legetilbudet, fordi de i hovedsak utfører legepraksis på linje med ferdig utdannede leger. I mange mindre kommuner utgjør turnuskandidatene en vesentlig del av legetilbudet, og står for opptil 50 prosent av årsverksinnsatsen i allmennpraksis.

Leger med fast lønn er ansatt som kommunale arbeidstakere lønnet over de kommunale budsjettene. Innholdet i arbeidet til fastlønnede leger blir for en stor del fastsatt gjennom kommunale instruksjoner. Denne organisasjonsformen er mest vanlig i mindre sentrale kommuner, som ofte mangler befolkningsgrunnlag for privatpraktiserende leger (Statistisk sentralbyrå 1997).

Leger med kommunal avtale er privatpraktiserende leger som gjennom en avtale med kommunen blir en del av den kommunalt organiserte helsetjenesten. De får et kommunalt driftstilskudd, men er i hovedsak finansiert av trygdebudsjettet gjennom refusjoner for den enkelte konsultasjon og behandling, samt egenandeler fra pasientene. Inntektene til disse legene er altså betinget av hvor mange pasienter de behandler.

Til en viss grad er det slik at organisasjonsmåten påvirker tilfredsheten. Bosatte i kommuner basert på privatpraktiserende leger syntes å være mer fornøyde, uten at denne sammenhengen var tydelig nok til å være statistisk sikker. Men det var statistisk sikre holdepunkter for at

Tabell 1: Småbarnsmødres erfaringer med legekontakter ved egen sykdom. Respons på spørsmål om legens evne til å gi informasjon og vise innlevelse. Etter bostedskommunens organisering av allmennlegetjenesten. Prosent

Utsagn/egenskaper ved bosted	Legen gir meg tilfredsstillende informasjon om hva som er galt					(N)
	I alt	Helt enig	Enig	Uenig	Helt uenig	
Alle	100	21	57	18	4	(3 675)
Organiseringen av allmennlegetjenesten						
Bosatte i kommuner med utelukkende fastlønnsleger	100	15	66	14	5	(195)
Tilgjengelighet/ventetid for legetime						
0-2 dager	100	27	60	11	3	(888)
7 dager eller mer	100	19	55	21	5	(1 820)
Utsagn/egenskaper ved bosted	Noen ganger har jeg følelsen av at legen ikke tar mine sykdommer og problemer alvorlig					(N)
	I alt	Helt enig	Enig	Uenig	Helt uenig	
Alle	100	10	30	41	19	(3 711)
Organiseringen av allmennlegetjenesten						
Bosatte i kommuner med utelukkende fastlønnsleger	100	13	39	34	14	(186)
Bosatte i kommuner med over 25 prosent turnuskandidater	100	14	33	42	11	(193)
Tilgjengelighet/ventetid for legetime						
0-2 dager	100	5	24	46	25	(894)
7 dager eller mer	100	13	33	37	17	(1 838)

Tabell 2: Småbarnsmødres erfaringer med legekontakter ved egen sykdom. Erfaringer med legens medisiner og formidling av forebyggende råd. Prosent



	Prosent	(N)
Andel som mente at de hadde fått medisiner de ikke hadde behov for		
Alle	18	(3 575)
Organiseringen av allmennlegetjenesten		
Bosatte i kommuner med over 25 prosent turnuskandidater	25	(190)
Tilgjengelighet/ventetid for legetime		
0-2 dager	15	(895)
7 dager eller mer	20	(1 824)
Andel som mente at de ikke hadde fått medisiner de hadde behov for		
Alle	13	(3 699)
Tilgjengelighet/ventetid for legetime		
0-2 dager	11	(896)
7 dager eller mer	15	(1 835)
Andel som ikke hadde fått råd av legen om hva hun burde gjøre for å holde seg frisk		
Alle	47	(3 691)
Tilgjengelighet/ventetid for legetime		
0-2 dager	43	(888)
7 dager eller mer	49	(1 832)

Tabell 3: Småbarnsmødres erfaringer med kommunehelsetjenesten. Respons på spørsmål om generell tilfredshet. Prosent



		Alt i alt, ut fra dine erfaringer, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med helsetjenesten i kommunen din?					(N)
Egenskaper ved bosted	I alt	Svært fornøyd	Fornøyd	Middels	Misfornøyd	Svært misfornøyd	
Alle	100	13	48	32	5	1	(3 860)
Organiseringen av allmennlegetjenesten							
Bosatte i kommuner med utelukkende fastlønnsleger	100	9	53	30	8	1	(196)
Bosatte i kommuner med 95 prosent avtaleleger	100	17	52	26	4	1	(315)
Bosatte i kommuner med over 25 prosent turnuskandidater	100	13	39	42	5	1	(207)
Tilgjengelighet/ventetid for legetime							
0-2 dager	100	20	55	21	3	1	(917)
7 dager eller mer	100	11	42	38	7	2	(1 893)

bosatte i kommuner med utelukkende fastlønnsleger, var mindre tilfredse med legens informasjon, og noe oftere opplevde at legen ikke tok deres problemer alvorlig nok. Bosatte i kommuner med høy andel turnuskandidater mente relativt ofte at de hadde fått medisiner de ikke hadde behov for, og gav uttrykk for en noe større generell misnøye med kommunehelsetjenesten. Men, som tabell 2 viser, forskjellene er ikke dramatiske. Også i kommuner med høy andel turnuskandidater og fastlønnsleger er det stor generell tilfredshet med det kommunale helsetilbudet.

...fordi de gir dårligere kontinuitet i relasjonen lege-pasient

Hvorfor er det slik at pasientene i fastlønnskommuner og kommuner med mange turnuskandidater uttrykker større misnøye? Det er kjent at legestabiliteten naturlig nok er mindre i kommuner med mange turnuskandidater, det samme er tilfellet for kommuner med mange fastlønnsleger (Finnvold 1996, 1997).

Datagrunnlaget gir muligheter for å skille mellom de som vanligvis brukte en fast lege, og de som sjelden eller aldri brukte en fast lege. Når denne variabelen tas med i analysene av fastlegetilknytning og tilfredshet,² viser det seg at de fleste påviste sammenhengene mellom andeler fastlønnsleger/turnuskandidater og tilfredshet ikke lenger er statistisk signifikante. Det er kontinuiteten i den enkeltes legerelasjon som ligger bak: Personer som har en fast lege, vil som regel være mer fornøyd med legetilbudet enn personer som mangler en stabil legekontakt (Hjortdahl og Lærum 1992, Finnvold 1995).

Svangerskapskontrollene: Bedre med jordmor enn lege

Kvinnene i undersøkelsen hadde barn som var ett år gamle, og alle ble spurt om hvor fornøyd de var med svangerskapskontrollene de gikk til ved siste svangerskap. Igjen viser det seg at få gir uttrykk for direkte misnøye: Det var 7 prosent som var helt uenig eller uenig i utsagnet "Jeg er stort sett fornøyd med svangerskapskontrollene jeg gikk til". Det ble også stilt spørsmål om hvilken yrkesgruppe som ble benyttet ved svangerskapskontrollene. Det mest vanlige var å bruke allmennlege (43 prosent), mens 18 prosent hadde brukt jordmor og 6 prosent gynekolog. Mange benyttet kombinasjoner av yrkesgruppene, det mest vanlige var å kombinere allmennlege med jordmor (18 prosent).

Er den generelle tilfredsheten påvirket av om den gravide benyttet lege eller jordmor ved svangerskapskontrollene? Historisk har det vært en skepsis fra legeprofesjonen og helseforvaltningens side mot jordmødrenes rolle i svangerskapsomsorgen (se Bild mfl. 1998 for en mer fylldig diskusjon). Dette er en av årsakene til at det er relativt færre jordmødre i Norge, og at de er blitt tillagt færre arbeidsoppgaver enn sine yrkessøstre i andre skandinaviske land (Kjølørød 1993). Nyere retningslinjer pålegger kommunene jordmortjeneste som obligatorisk, et signal om at man ønsker at jordmorprofesjonen skal få en større rolle i svangerskapsomsorgen. I perioden 1987 til 1996 økte tallet på jordmorårsverk i kommunehelsetjenesten fra 90 til 220, mens det i 1996 fortsatt var nesten 70 kommuner som ikke kunne gi gravide et tilbud om kontroller av jordmor (Statistisk sentralbyrå 1997).

Tabell 4: Tilfredshet med svangerskapskontrollene. Respons på utsagnet. Fordeling etter yrkesgruppe som ble brukt. Prosent

Jeg er stort sett fornøyd med svangerskapskontrollene jeg gikk til					
	I alt	Helt enig	Enig	Uenig/ helt uenig	(N)
Alle	100	47	46	7	(6 997)
Jordmor	100	55	42	3	(1 148)
Gynekolog	100	62	34	4	(464)
Allmennlege	100	40	50	10	(2 767)
Kombinasjoner av yrkesgrupper	100	50	45	5	(2 618)

Kilde: Bild mfl. 1998

Konklusjonen som kan trekkes fra tilfredshetsanalysen er, at jordmødrene med fordel kan trekkes mer inn i svangerskapsomsorgen. De som brukte jordmor, var mer fornøyd enn de som brukte lege (tabell 4). Men likevel er det grunn til å minne om at tilfredsheten fortsatt var høy hos dem som utelukkende

brukte lege. Flere mekanismer kan ligge bak denne sammenhengen. Leger er tross alt ikke spesialister på svangerskap, mens jordmødrene har en langt mer spesialisert skole-ring. På denne bakgrunnen er det ikke overraskende at de som brukte jordmor, var noe mer tilfredse.

Tabell 5: Småbarnsmødres erfaringer med legekontakter ved egen sykdom. Respons på spørsmål om legens evne til å gi informasjon og vise innlevelse. Etter kontinuitet i legerelasjonen. Prosent

Legen gir meg tilfredsstillende informasjon om hva som er galt						
Kontinuitet	I alt	Helt enig	Enig	Uenig	Helt uenig	(N)
Alle	100	21	57	18	4	(3 668)
Respons på spørsmålet						
Bruker du alltid den samme legen?						
Ja, nesten alltid	100	28	56	13	2	(2 046)
Ja, som oftest	100	13	60	22	5	(1 206)
Nei, sjelden/aldri	100	10	57	27	7	(416)
Noen ganger har jeg følelsen av at legen ikke tar mine sykdommer og problemer alvorlig						
	I alt	Helt enig	Enig	Uenig	Helt uenig	(N)
Alle	100	10	30	41	19	(3 763)
Respons på spørsmålet						
Bruker du alltid den samme legen?						
Ja, nesten alltid	100	8	25	42	26	(2 063)
Ja, som oftest	100	11	36	42	12	(1 218)
Nei, sjelden/aldri	100	14	40	38	7	(423)

Mye påvirker pasientenes tilfredshet...

Analysene over er eksempler på at trekk ved tjenestetilbudet har betydning for pasientenes vurdering av tilbudets kvalitet. Men hvordan er den relative betydningen av disse sammenhengene sammenlignet med andre egenskaper ved pasientene?

...og kontinuitet er viktigst

Det er vist at kontinuiteten i legere-lasjonen har betydning for tilfredsheten, og at enkelte kommuner har vansker med å skape kontinuitet. Derfor har de et legetilbud som oppleves som mer mangelfullt av pasientene. Kontinuitet har en langt mer tydelig innflytelse på pasiente-

nes erfaringer enn de påviste trek-kene ved helsetilbudet. For samtlige av de undersøkte egenskapene viste det seg at kontinuitet var den statis-tisk sett mest avgjørende egenska-pen.² Et eksempel: Blant de som all-tid brukte fast lege, var det 60 pro-sent som fikk råd om hva de burde gjøre for å holde seg friske, mens tilsvarende andel var 34 prosent for de som sjelden eller aldri brukte den samme legen.

Noen av disse sammenhengene mellom erfaringer og kontinuitet er vist i tabell 5. Forskjellene er tydeli-ge, og illustrerer at dersom helse-forvaltningen makter å sikre befolk-ningen et mer stabilt legetilbud, kan dette innebære en kvalitetshev-

ning av allmennlegetjenesten. At pasienter ufrivillig konfronteres med mange forskjellige leger, med manglende tilfredshet som resultat, er én av flere mulige tolkninger av sammenhengen mellom tilfredshet og kontinuitet. Som påpekt av bl.a. Pascoe (1983): Manglende tilfreds-het kan også påvirke pasientens at-ferd, med hyppige legebytter som resultat (Marquis mfl. 1985).

Friske pasienter er mest fornøyde

Personer som var misfornøyde med sin egen livssituasjon, gav også ut-trykk for en større grad av misnøye, både med kommunehelsetjenesten spesielt og med mer spesifikke erfa-ringer.² Dette resultatet peker mot at rent subjektive tilstander kan på-virke pasientenes rapportering. En viktig årsak til mangel på livskvali-tet er kronisk sykdom. Men selv om ulike mål for sykkelighet ble inkludert i analysen, var det fortsatt slik at livskvalitet hadde en klar inn-virkning på pasientenes vurderin-ger.

Helseproblemenes alvorlighetsgrad vil variere. Det kan være rent tri-vielle problemer som har ført pa-sienten til legen, for eksempel en sykemelding ved influensa. Andre vil ha kroniske sykdommer som krever en kontinuerlig oppfølging fra helsetjenesten. Psykiske og psy-kosomatiske problemstillinger vil kreve en annen tilnærming av legen enn mer somatisk betingede syketil-feller. Det viser seg at sykkelighet har en klar innvirkning på pasien-tens beskrivelse av sine erfaringer. Jo friskere pasienten er, jo bedre synes kontakten med helsetjenesten å ha fungert. Disse sammenhen-gene er illustrert i tabell 6. Blant de som mente de hadde meget god helse, var det 13 prosent som had-de opplevd at legen ikke tok deres sykdommer og problemer alvorlig.

Tabell 6: Småbarnsmødres erfaringer med legekontakter ved egen sykdom. Respons på spørsmål om legens evne til å gi informasjon og vise innlevelse. Etter egenvurdert sykkelighet. Prosent

Kontinuitet	I alt	Legen gir meg tilfredsstillende informasjon om hva som er galt				(N)
		Helt enig	Enig	Uenig	Helt uenig	
Alle	100	21	57	18	4	(3 568)
Respons på spørsmålet						
Hvordan vurderer du din egen helse sånn i sin alminnelighet?						
Vil du si at den er god eller dårlig						
Meget god	100	30	56	12	2	(963)
God	100	20	60	17	3	(1 883)
Middels	100	14	56	26	4	(592)
Dårlig/meget dårlig	100	15	42	32	11	(130)
	I alt	Noen ganger har jeg følelsen av at legen ikke tar mine sykdommer og problemer alvorlig				(N)
		Helt enig	Enig	Uenig	Helt uenig	
Alle	100	10	30	41	19	(3 601)
Respons på spørsmålet						
Hvordan vurderer du din egen helse sånn i sin alminnelighet?						
Vil du si at den er god eller dårlig						
Meget god	100	6	24	44	27	(972)
God	100	9	32	43	17	(1 899)
Middels	100	14	37	35	14	(600)
Dårlig/meget dårlig	100	30	28	33	9	(130)

Denne andelen ble større med økende sykkelighet, og var 41 prosent hos de som mente at helsen var dårlig eller svært dårlig.

Forklaringen på dette kan synes triviell. Jo mer alvorlig helseproblemet er, jo mer komplisert kan det være å behandle. Legen stilles overfor større utfordringer, og det blir vanskeligere å etterkomme pasientens behov for informasjon og innlevelse. Det står mer på spill for pasienter med mer alvorlige helseproblemer, og muligheten for å bli skuffet er dermed større. Ved mer trivielle problemer vil ikke medisinerings være aktuelt, mens spørsmål om medisinerings oftere vil dukke opp ved mer alvorlige eller kroniske tilstander, og dermed øker risikoen for at legen også forordner feil

medisin. Men forklaringen er ikke nødvendigvis enkel. Det finnes eksempler på studier fra USA som viser at leger har mer sympati for, og liker sine relativt friske pasienter bedre enn mer sykdomsbelastede pasienter (Hall mfl. 1993). Selv om slike studier ikke nødvendigvis kan generaliseres til andre land, er det mulig at sammenhengen mellom sykkelighet og tilfredshet ikke utelukkende kan forklares med henvisning til egenskaper ved pasientene.

Høna og egget

Pasientenes holdninger og forventninger til helse og helsetjeneste kan påvirke det faktiske innholdet i deres kontakt med helsetjenesten, men vil også kunne prege deres beskrivelser av møtet med helsetjenesten. Noen stiller høye krav,

andre har mindre forventninger. Når det ikke er samsvar mellom forventninger og konkrete erfaringer, blir misnøye resultatet (Fox og Storms 1981). Det er imidlertid vanskelig å finne noe godt mål på forventninger. Det finnes ingen etablert framgangsmåte, og en gjennomgang av ulike studier av forventninger på helseområdet konkluderer at litteraturen om emnet er forvirrende og lite enhetlig (Thompson og Sunol 1995).

Pasientens tillit til helsevesenet kan også ha konsekvenser for hvordan kommunikasjonen med legen fungerer, og hvordan pasienten velger å beskrive sine erfaringer. En person med en grunnleggende mangel på tillit til legens muligheter og evner til å hjelpe, oppnår kanskje ikke like god kommunikasjon med legen, og vil ha lettere for å få sine negative antakelser bekreftet. I undersøkelsen ble svarpersonene bedt om å ta stilling til utsagnet "Folk flest forstår sin egen helse bedre enn det deres lege gjør". Til sammen 51 prosent erklærte seg helt enig i dette utsagnet, og det er grunn til å tro at det i denne gruppen er en overrepresentasjon av kvinner som har tillit til legen og positive forventninger til hva som kan komme ut av kontakten med legen. Det er ikke like opplagt at det blant de 49 prosentene som var uenig eller helt uenig i utsagnet, finnes mange som har en grunnleggende mistillit til helsevesenet. Ser vi disse funnene i forhold til tilfredshet, viste det seg at det var systematiske sammenhenger: Jo mer skeptiske de var til helseprofesjoner, jo mer tilbøyelige var de som svarte til å uttrykke misnøye. Dette gjaldt samtlige av de undersøkte kontekstene, både svangerskapskontroller, kontakter med lege for egen sykdom, og generell tilfredshet med kommunehelsetjenester.

Tabell 7: Småbarnsmødres erfaringer med legekontakter ved egen sykdom. Respons på spørsmål om legens evne til å gi informasjon og vise innlevelse. Etter holdning til helseprofesjoner. Prosent

		Legen gir meg tilfredsstillende informasjon om hva som er galt				
		Helt enig	Enig	Uenig	Helt uenig	(N)
Kontinuitet	I alt					
Alle	100	21	57	18	4	(3 544)
Respons på spørsmålet						
Folk flest forstår sin egen helse bedre enn det deres lege gjør?						
Helt enig	100	13	47	29	12	(301)
Enig	100	17	59	20	4	(1 513)
Uenig	100	25	60	14	2	(1 588)
Helt uenig	100	48	39	11	2	(142)
		Noen ganger har jeg følelsen av at legen ikke tar mine sykdommer og problemer alvorlig				
		Helt enig	Enig	Uenig	Helt uenig	(N)
Alle	100	10	30	41	19	(3 576)
Respons på spørsmålet						
Folk flest forstår sin egen helse bedre enn det deres lege gjør?						
Helt enig	100	42	35	20	4	(310)
Enig	100	21	47	26	6	(1 519)
Uenig	100	16	38	35	11	(1 604)
Helt uenig	100	12	27	34	27	(143)

ten. Eksempler på slike sammenhenger er vist i tabell 7.

Igjen er det vanskelig å tolke disse sammenhengene. Synspunkter på og forventninger til helsevesenet vil trolig endres over tid av de konkrete erfaringene individer gjør seg gjennom livsløpet (Thompson og Sunol 1995:140). Sammenhengen som er uttrykt i tabell 7 kan dermed være et uttrykk for de erfaringer pasientene har hatt over tid.

Ingen klar sammenheng med sosial bakgrunn

Ifølge en gjennomgang av ulike empiriske studier av pasienttilfredshet, er det ikke noen klar sammenheng mellom sosial status og pasienttilfredshet (Hall og Dornan 1990). Mer spesifikke studier av kommunikasjonen mellom lege og pasient er likevel mer entydige. Roter og Hall (1992:48) konkluderer med at leger formidler mer informasjon til pasienter med høy sosial status sammenlignet med pasienter med lavere sosial status, og at pasientenes utdanningsnivå spiller en nøkkelrolle i denne sammenheng. Høy utdanning gir en fordel i kommunikasjonen med legen, og dette er spesielt tydelig når det gjelder barnefamilier.

Ann Jacoby (1988:103) fant med utgangspunkt i empiri fra en undersøkelse av nybakte mødre at det var kvinner som var sosialt vanskeligstilt på en eller annen måte, som hadde de største problemene med å få den informasjonen de hadde behov for.

Denne konklusjonen får støtte av flere undersøkelser av helsetjenester rettet mot mor og barn (Oakley 1991, Ross og Duff 1982). Resultater som dette kan imidlertid være tids- og stedsspesifikke, og er ikke nødvendigvis overførbare til skandi-

naviske velferdsstater. Men Jensen og Bomann-Larsen hevder, med utgangspunkt i norsk empiri, at kvaliteten i offentlig tjenesteyting er sosialt skjevfordelt: Best hjelp til de mest ressursrike, minst og dårligst til de svakeste. Dette ser ut til å være en lovmessighet i store deler av offentlig forvaltning (Jensen og Bomann-Larsen 1991:25).

Hypotesen er at de minst ressursrike får det dårligste tilbudet, men ifølge forfatterne er det vanskelig å måle dette fordi disse gruppene har mindre forventninger til de offentlige tjenestene enn andre. En undersøkelse med et utvalg fra tre norske kommuner konkluderer med at folk er mindre tilfredse med allmennlegjetjenesten jo høyere utdanning de har, noe de ser som et utslag av større forventninger og mer kritiske holdninger blant personer med høy utdanning (Elstad 1987).

Småbarnsmødrenes erfaringer tyder på at personer med lav utdanning eller lav inntekt, enslige forsørgere og sosialhjelpsmottakere hadde en svak overrepresentasjon av negative erfaringer fra legebesøk ved egen sykdom. Det ble ikke funnet en slik tendens når de spurte skulle vurdere kommunehelsetjenesten generelt. Og for tilfredsheten med svangerskapskontroller var det en motstridende tendens, der høyt utdannede syntes å ha en mer negativ vurdering av tilbudet de hadde fått.

Gjennomgangen av pasientenes og brukernes vurderinger fra ulike sammenhenger, viser hvor sammensatt pasienttilfredshet er som fenomen. En rangering av den statistiske betydningen til de undersøkte faktorene ser slik ut:

1. Kontinuitet var den viktigste egenskapen i samtlige analyser

2. Tillit til helseprofesjoner var den nest viktigste faktoren, og klart signifikant i samtlige analyser
3. Sydommens alvorlighetsgrad hadde betydning i samtlige kontekster
4. Tilgjengelighet hadde en klar innvirkning på pasienttilfredshet
5. Livskvalitet hadde i flere analyser en selvstendig innvirkning på pasientenes rapportering
6. Sosial bakgrunn hadde en svak, og delvis motstridende betydning

Hvor langt kommer vi med tilfredshetsundersøkelser?

En rekke mål på pasienttilfredshet er belyst over. I hvilken grad er disse målene indikatorer på kvalitet i helsetjenesten? For å besvare spørsmålet må selve begrepet pasienttilfredshet defineres. Noen enighet om hva begrepet inneholder er ikke etablert, noe som av enkelte blir betegnet som en avgjørende svakhet ved tilfredshetsforskningen (Sitzia og Wood 1995). Hva som representerer kvalitet, vil variere etter hvilken kontekst i helsetjenesten det dreier seg om.

Som nevnt innledningsvis, for å lykkes med den mer "tekniske" delen av konsultasjonen, er det viktig at legen har evne til å lytte til pasienten, og gi trygghet og kunnskap. De helseproblemene legen blir konfrontert med er ofte av mer "diffus" karakter og er vanskelig å diagnostisere (Grimsmo 1994), noe som understreker hvor viktig selve kommunikasjonsprosessen er for å komme fram til en forståelse av hva pasienten faktisk feiler. Kommunikasjon mellom mennesker er naturlig et helt sentralt element når vi skal undersøke kvaliteten i denne typen helsetilbud. Derfor er det vanskelig å komme utenom pasienten som kilde til informasjon om hvordan kommunikasjonen mellom



lege og pasient faktisk fungerte. Det er ikke like opplagt at pasienten kan vurdere legens tekniske kompetanse, for eksempel legens evne til å forordne medisin.

Denne generelle betraktningen om selve kommunikasjonsprosessen betydning i eksempelvis allmennpraksis og svangerskapsomsorg, kan tas som argument for at pasien-

tenes beskrivelser uttrykker den faktiske kvaliteten på tilbudet. Men denne konklusjonen kan problematiseres: Analysene foran av sammenhengene mellom de ulike mål for tilfredshet og livskvalitet, sykelighet og holdninger til helseprofesjoner, mer enn antyder at forhold som ikke utelukkende har grunnlag i hva som faktisk skjedde i de konkrete møtene mellom pasient og yrkesutøver, innvirker på pasientenes beskrivelse av sine erfaringer. Svargivningen kan påvirkes av respondentenes personlige kritiske legning, forventninger eller helsemessige og sosiale livssituasjon - forhold uten noen direkte tilknytning til det som faktisk skjedde i konsultasjonen. Legfolks kunnskap om medisin er begrenset, mange forstår f.eks. ikke vanlige faguttrykk i medisinen (Hofoss 1986). Videre vil registreringsmåten påvirke svargivningen, f.eks. kan positive eller negative utsagn virke ledende og påvirke svargivningen. Analyser av tidsserier fra en britisk kontekst viser at den generelle tilfredshet med helsetjenesten synes å være påvirket av konfliktnivået i medienes og den politiske opinionens behandling av helse spørsmål (Judge og Solomon 1993).

I en studie ble et utvalg videokonsultasjoner vurdert av et ekspertpanel bestående av helsetjenesteforskere (Bensing 1991). Det ble etablert en stor grad av enighet omkring hvilke konsultasjoner som hadde en bra kommunikasjon mellom lege og pasient, og konsultasjoner der kommunikasjonen mellom lege og pasient ikke fungerte. Det var også en viss grad av samsvar mellom pasientenes og forskernes vurdering av hva som var mer eller mindre vellykkede konsultasjoner, men korrelasjonen ble karakterisert som foruroligende lav.

Konklusjon: Vi skal ikke kimse av pasientenes erfaringer

Disse motforestillingene til tross: Hvordan skal vi tolke sammenhengene mellom tilfredshet og lokale organisatoriske forhold ved legetilbudet, kontinuitet, ventetid og profesjonstilknytning i svangerskapsomsorgen? Det synes vanskelig å påstå at spesielt kritiske, skeptiske og overprøvende pasienter velger lege i stedet for jordmor ved svangerskapskontrollene, opplever betydelig lengre ventetider hos sin lokale lege, eller oftere bor i kommuner som baserer seg på turnuskandidater eller fastlønnede leger. Dermed virker det rimelig å anta at pasientenes subjektive erfaringer også kan reflektere mer objektive forhold. Organisatoriske og administrative forhold, samt individuelle egenskaper ved den enkelte yrkesutøver, er faktorer som i større grad burde vies oppmerksomhet når man studerer brukernes erfaringer med offentlige helsetilbud. En nylig publisert oversikt over tilfredshetsundersøkelser overser denne type faktorer helt, mens ulike sosiodemografiske egenskaper ved pasientene selv gis mye oppmerksomhet (Sitzia og Wood 1995).

Mye tyder på at moderne velferdstater beveger seg bort fra standardiserte og enhetlige løsninger (Burrows og Loader 1995). Private og frivillige organisasjoner ser ut til å få et større spillerom i formidlingen av velferdstjenester, samtidig som vi i de fleste vesteuropeiske land har sett desentralisering og større fleksibilitet for lokale nivåer i den offentlige forvaltningen som et mål. Stilt overfor et mangfold av måter å formidle helsetjenester på, bør tilfredshetsundersøkelser kunne spille en rolle i vurderingen av hva som er "beste måten å gjøre det på".

1. Bivariate sammenhenger mellom svarpersonenes erfaringer og lokal organisering av allmennlegetjenesten ble først testet ved hjelp av polytome logistiske regresjonsanalyser. De analysene som gav statistisk signifikante resultater ($P < 0,05$) er presentert i tabell 1-3.

2. Sammenhenger mellom ulike trekk ved pasientene og deres erfaringer/tilfredshet ble også analysert ved å bruke multivariate polytome regresjonsanalyser. Metoden er nærmere beskrevet i Bild (1998). Eksempler på statistiske sammenhenger som ble identifisert i disse analysene er presentert som krystabeller i tabellene 4-7. Mer detaljert dokumentasjon av regresjonsanalysene kan fås ved å henvende seg til forfatteren. Den multivariate analysemodellen inkluderte et ofte brukt mål for livskvalitet, nemlig spørsmålet *Når du tenker på hvordan du har det for tida, er du stort sett fornøyd med tilværelsen, eller er du stort sett misfornøyd?* I undersøkelsen ble det anvendt 6 svaralternativer, *svært fornøyd, meget fornøyd, nokså fornøyd, nokså misfornøyd, meget misfornøyd, svært misfornøyd*. Til sammen 5 variable ble inkludert for å fange opp sammenhenger mellom sykkelighet og erfaringer med helsetjenesten. Disse variablene var egenvurdert sykkelighet, kronisk sykdom, somatiske og psykiske helseproblemer og antall kontakter med lege på grunn av sykdom siste år. Spørsmålsformuleringer og svaralternativer er dokumentert i Bild mfl. (1998). Livskvalitetsvariablen var signifikant i samtlige analyser, også når det ble kontrollert for sykkelighet. Unntaket var sammenhengen mellom overmedisinering og livskvalitet, som ikke lenger var signifikant.

Litteratur

Arborelius, Elisabeth, Toomas Timpka, James N. Nyce (1992): Patients comment on video-recorded consultations - the "good" GP and the "bad", *Scandinavian journal of social medicine* 4, 1992.

Bensing, J.M. (1991): Doctor patient-communication and the quality of care. *Social science and medicine* 32, 1991.

Bild, Hanna mfl. (1998): *Hvordan møter småbarnsfamiliene helsetjenesten? Analyser av variasjoner i helsetilstand, sosiale nettverk og erfaringer med helsetjenesten*, Rapporter 98/11, Statistisk sentralbyrå.

Burrows, Roger og Brian Loader (1995): *Towards a post-fordist welfare state?* Routledge, 1995.

Detsky, Allan S. (1995): Regional variation in medical care. Editorial, *The new england journal of medicine* 333, 9:589-590.

Elstad, Jon Ivar (1987): Diagnose av allmennlegetjenesten, INAS rapport 1987:5.

Finnvold, Jon Erik (1993): Personell-innsatsen i helsetjenesten: Økonomi eller behov avgjør, *Samfunnsspeilet* 1993, 2, Statistisk sentralbyrå.

Finnvold, Jon Erik (1995): Når barna er syke. Småbarnsforeldres erfaringer med legetjenesten. *Samfunnsspeilet* 1995, 4, Statistisk sentralbyrå.

Finnvold, Jon Erik (1996): *Kommunale helsetilbud: Organisering, ulikhet og kontinuitet*, Rapporter 96/6, Statistisk sentralbyrå.

Finnvold, Jon Erik (1997): Fastlegetilknytning blant kronisk syke: Legene flytter fra pasientene, *Samfunnsspeilet* 1997, 2, Statistisk sentralbyrå.

Fox, John G. og Doris M. Storms (1981): A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care. *Social science and medicine* 15, 1981.

Grimsmo, Anders (1994): Innsamling av sammenligningstall fra EDB-baserte driftssystemer i kommunene. Samfunnsmedisinsk forskningssenter Surnadal/Universitetet i Trondheim, Rapport 150194, 1994.

Hall, Judith A. og Michael C. Dornan (1990): Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis, *Social science and medicine*, 7, 1990.

Hall, Judith A. mfl. (1993): Physicians linking for their patients. More evidence for the role of affect in medical care, *Health Psychology* 12, 140, 1993.

Hjortdahl, Per og Even Lærum (1992): Continuity of care in general practice: Effect on patient satisfaction, *British medical journal* 304, 1992.

Hofoss, Dag (1986): Hva vet vi om pasienttilfredshet? Hva kan vi bruke kunnskapen til? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 14, 1986.

Jensen, Thor Øyvind og Petter Bomann-Larsen (1991): "Pasienterfaringer med helsevesenet" i Hroar Piene (red.): *Helsevesen i*

knipe. En antologi om helsetjenesteforskning, Oslo: Ad Notam, 1991.

Kjølsrød, Lise (1993): Jordmor der mor bor? En sosiologisk studie av jordmoryrket etter 1945, Oslo: Universitetsforlaget.

Jacoby, Ann (1988): Mothers views about information and advice in pregnancy and childbirth: Findings from a national study, *Midwifery*, 4, 1988.

Judge, Ken og Michael Solomon (1993): Public opinion and national health service: Patterns and perspectives in consumer satisfaction, *Journal of social policy*, 3, 1993.

Marquis, Susan mfl. (1985): Change in medical care provider: A causal analysis of the consequences of patient dissatisfaction. *Advances in consumer research* 1985, 12, 263-264.

Oakley, Ann (1991): Using medical care: The views and experiences of high-risk mothers. *Health services research* 26: 651-69.

Ong mfl. (1985): Doctor-patient communication: a review of the literature, *Social science and medicine* 40, 7.

Pascoe, Gregory C. (1983): Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis, *Evaluation and Program planning* 6, 185-210.

Rongen, Gunnar og Jostein Grytten (1996): Kommunelegetjenesten - hvor store er ulikhetene? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 12, 1996.

Ross, Catherine og Raymond S. Duff (1982): Returning to the doctor. The effect of client characteristics, type of practice, and experience with care. *Journal of health and social behaviour* 23, 1982:119-131.

Roter, Debra og Judith Hall (1992): Doctors talking with patients, patients talking with doctors, Westport: Auburn house, 1992.

Rutle, Olav (1986): Kvalitet i allmennpraksis, *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 23, 1986.

Sitzia, John og Neil Wood (1995): Patient satisfaction: a review of issues and concepts, *Social science and medicine* 45, 12, 1997.

Statistisk sentralbyrå (1997): *Kommunehelsetjenesten 1987-1995. Forebyggende tjenester, lege- og fysioterapitjenester*, NOS C419.

Sønbo-Kristiansen, Ivar og Finn Henry Hansen (1989): Hva mener publikum om distriktslegetjenesten? En spørreskjemaundersøkelse fra Nord-Norge, *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 6, 1989.

Thompson, Andrew G.H. og Rosa Sunol (1995): Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence, *International journal for quality in health care* 7, 2, 127-141.

World Health Organization (1990): Evaluating the adequacy of health care through a study of consumer satisfaction. Report on a WHO study.

Wilson, Geraldine (1993): Users and providers. Different perspectives on community care services, *Journal of social policy* 22, 4, 507-526.

Jon Erik Finnvold

(jon.erik.finnvold@ssb.no) er førstekonulent i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk.

Kommunale helse- og omsorgstjenester:

Er statistikken tilpasset brukerne?

Stadig flere vil ha data om kommunenes omfattende tjenester innenfor helse- og omsorgssektoren. De datakildene vi har er under løpende forbedring, men er fremdeles for dårlig samordnet og i noen sammenhenger lette å misforstå og misbruke. I samarbeid med forvaltningen arbeider Statistisk sentralbyrå med å lage statistikk som er bedre tilpasset brukernes behov.

Harald Tønseth

Kommunenes tjenester er stadig viktigere...

Etter 1984 er det skjedd en betydelig utvidelse av kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester. Lov om helsetjenesten i kommunene gav kommunene et hovedansvar for "førstelinjetjenesten" utenfor institusjon, det vil si lege-, fysioterapi-tjenester og forebyggende tjenester. I 1988 fikk kommunene ansvar for hele pleie- og omsorgssektoren, da de overtok driften av sykehjemmene. HVPU-reformen i 1991 medførte kommunalt ansvar for tjenester til 6 000 tidligere institusjonsbeboere, og fra 1995 har kommunene også fått økt ansvar for personer med psykiske lidelser.

Samlet sett utgjør helse- og omsorgstjenester nå kommunenes kan-

skje viktigste virkefelt, og sektoren la i 1996 beslag på om lag 28 prosent av kommunenes samlede driftsutgifter. Den viktigste utgiftskomponenten er lønnsutgifter til i alt 85 000 årsverk innenfor disse tjenestene.

...dermed blir kommune-statistikk etterspurt

Sentrale myndigheter er selvfølgelig interessert i hvordan kommunene utøver sitt ansvar, og det er skjedd en kraftig økt etterspørsel derfra etter statistikk om kommunenes tjenestetilbud. Ikke minst er denne etterspørselen blitt rettet mot Statistisk sentralbyrå (SSB), men forvaltningen har også iverksatt egne innsamlinger og publiseringer av data. Et viktig felles løft for forvaltningen og SSB har vært

Ramme 1. Hvilke datakilder har vi?

Om personell

- Summariske opplysninger samlet inn av SSB om yrkesgruppenes arbeidstid fordelt på ulike virksomhetsområder.
- Personellopplysninger i forvaltningens spesialinnsamlinger bl.a. om bruken av øremerkede tilskudd.
- Statlige registre om personellet arbeidssted og utdanning.
- Kommunale registre over lønns- og arbeidsforhold for kommunalt ansatte.
- Private registre (profesjonsregistre, bl.a. Den Norske Lægeforenings).

Om tjenester

- SSBs årsstatistikk, herunder pleie- og omsorgssystemet GERIX.
- Forvaltningens spesialinnsamlinger.
- Ulike registre, som vaksinasjonsregisteret SYSVAK og SSBs register over eldreinstitusjoner.

Om helsetilstanden (behovet)

- Diverse registre, som Kreftregisteret, Dødsårsaksregisteret, Rikstrygdeverkets registre, Norsk pasientregister, GERIX.
- Ulike spesialundersøkelser som 40-årskontrollene til Statens helseundersøkelser.
- Intervjuundersøkelser som i noen grad kan kombineres til å ha relevans på kommunenivå, f.eks. helseundersøkelsen.
- Demografiske data for antall nyfødte, eldre, døde o.l.

"Styrings- og informasjonssystemet for helse- og sosialtjenesten i kommunene" ("Hjulet"), som fra 1992 har gitt data bl.a. om kommunale dekningsgrader og prioriteringer. Et annet styringsinstrument for forvaltningen er fylkeslegenes medisinalmeldinger. Også allmennheten og ulike interesseorganisasjoner retter stor oppmerksomhet mot tjenestetilbudet, og SSB har intensivt sin egen publisering av kommunetall i takt med den økte etterspørselen. Ikke minst media bruker statistikk til å blinke ut kommuner som ser ut til å ha dårlig utbygde tjenester.

Men blir statistikken brukt riktig?

Når stadig flere spør etter data om enkeltkommuner, må vi sette et kritisk søkelys på hvordan tallene blir brukt. Duger dataene for sammenligning av enkeltkommuner? Og, hvis svaret er nei, hvilke data eller hvilke sammenstillinger av data mangler vi for å gi de svar allmennheten og forvaltningen søker? Med andre ord: Er statistikken tilpasset brukernes behov?

Lite samordnede datakilder

De datakildene vi har (se ramme 1), bærer i stor grad preg av å være opprettet for *avgrensede formål*. Dette har til følge at de er lite koordinert og har et begrenset anvendelsesområde. De mest "generelle" kildene er de skjemaene Statistisk sentralbyrå i samarbeid med helseforvaltningen samler inn om personell og tjenester. Forvaltningens behov for data vil ofte bære preg av å være situasjonsbestemt. F.eks. har ansvarsreformene for psykisk utviklingshemmede og personer med psykiske lidelser medført et forbigående behov for tilsyn med hvordan reformene blir gjennomført. Etter gjennomføringen kan derimot forvaltningen ønske at disse grup-

pene ikke skal synliggjøres særskilt i statistikken. Forvaltningen er også interessert i data knyttet til lovpålagte minstekrav til bemanning og utdanning, samt hvordan kommunene bruker øremerkede tilskudd. På disse områdene kan statistikken være til dels svært detaljert.

På felt som ikke har vært gjenstand for slike nasjonale satsinger, kan derimot datamengden være heller beskjedent. Vi har f.eks. ikke statistikk om legekonsultasjoner og legemiddelbruk på kommunenivå, selv om grunnlaget for å opprette slik statistikk (basert på legeregningskort, edb-journaler og resepter) lenge har vært til stede. Vi har videre svært lite data om miljørettet helsevern, rehabilitering og om private helse- og omsorgstjenester.

Vanskelig å få et helhetsbilde

At innholdet i datakildene er fastsatt ut fra hvert sitt avgrensede formål, gjør det vanskelig å gi et *helhetsbilde* av virksomheten. F.eks. er det, både for kommunehelsetjenesten og for pleie- og omsorgstjenesten, vanskelig å gi et presist anslag for samlet sysselsetting på kommunenivå. Også andre mer "allmenne" data, som data om bredden i tjenestetilbudet eller om helsetilstanden, er blitt lavt prioritert.

KOSTRA skal gi helhet

Et viktig initiativ for å samordne statistikkinnsamlingen har vi nå tatt innenfor prosjektet KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering, se ramme 2), der Kommunal- og regionaldepartementet er oppdragsgiver og SSB er prosjektleder. Her grupperer

Ramme 2. Aktuelle publiseringer der sammenligning av kommuner er et sentralt formål

- Styrings- og informasjonssystemet for helse- og sosialtjenesten i kommunene ("Hjulet"). I drift fra 1992. Publiseres i hefter, kommuneark, diskett og på Internett.
- Fylkeslegenes medisinalmeldinger. Publiseres i hefter og med eget Internett-tilbud.
- Andre publikasjoner fra forvaltningen, som faktaark for Handlingsplanen for eldreomsorgen.
- Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)s kommunedatabase.
- Kommunal monitor (NSD på oppdrag fra Næringslivets Hovedorganisasjon).
- Tjenesteytingsindikatorer (Kommunal- og regionaldepartementet).
- Statistisk sentralbyrå (i seriene Norges offisielle statistikk og Ukens statistikk) samt Regionaldatabasen (RD) (under utvikling). Faktaark for kommunenes økonomi og tjenesteproduksjon.
- KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering). Data for 27 kommuner publiseres for 1998, planlagt landsdekkende i år 2000. Faktaark som egen publiseringsform.
- "Helseatlas" med kommunetall fra Statens kartverk og for Hordaland, Akershus og Oslo.
- NOVA (Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring): Databasen REBUS.

vi data ut fra de *behovene* som de kommunale tjenestene skal dekke. Kommunenes utgifter, tjenester og personell skal entydig tilordnes denne behovsstrukturen (kalt "funksjoner"). Eksempler på slike funksjoner er "Pleie, omsorg, hjelp i hjemmet" og "Pleie, omsorg, hjelp i institusjon". Samarbeidspartene tilstreber en planmessig utbygging av statistikken for å sikre mål for bl.a. *prioritering, dekningsgrad og produktivitet*. Målsettingen er å samordne datainnsamlingen i en felles IT-basert rutine.

Å sammenligne kommuner er ikke alltid lett

Gitt at data finnes, hvor "rettferdig" er en sammenligning mellom to kommuner når formålet er å vise hvilken som har best dekning av tjenester? Hvilke faktorer kan forstyrre en slik sammenligning? Som eksempel bruker vi en meget utbredt indikator, nemlig "mottakere av hjemmetjenester pr. 1 000 innbyggere 67 år og over". Vi vil se på forhold som gjør det vanskelig å tolke ulik dekningsgrad som uttrykk for tjenestenivå eller som uttrykk for kommunal prioritering av denne tjenesten.

Hjemmetjenester består av hjemmesykepleie og praktisk bistand, herunder hjemmehjelp, altså av en "medisinsk" del og en "omsorgsdel". Personellet er tilsvarende en blanding av helsepersonell (syke- og hjelpepleiere) og til dels ufaglært omsorgspersonell. I 1996 var dekningsgraden på landsbasis 233 mottakere pr. 1 000 innbyggere 67 år og over. 10 prosent av kommunene hadde en dekning på 341 mottakere eller mer, mens 10 prosent av kommunene hadde en dekning på 182 eller mindre (Statistisk sentralbyrå 1998).

Men dekningsgraden sier ikke alt: For det første sier den ikke noe om hvor omfattende tilbud mottakerne får. Mange kommuner prioriterer å gi et svært omfattende tilbud til de mest pleietrengende, mens andre kommuner legger vekt på å nå flere. De sistnevnte kommunene vil få bedre dekningsgrad, men det er et helt annet spørsmål om de prioriterer "rett".

I en del kommuner dominerer den medisinske del av tilbudet (hjemmesykepleie), i andre kommuner dominerer mer tradisjonell hjemmehjelp. Lik dekningsgrad kan derfor dekke over tilbud med ulikt personell, ulike kostnader, og, må man anta, ulik kvalitet på det tilbudet som ytes.

For det andre tar dekningsgraden heller ikke hensyn til demografiske forhold, ut over å kontrollere for antall innbyggere 67 år og over. Forskjeller i befolkningssammensetning har stor betydning for *pleietyngden* til brukergruppene. Kommuner med en høy andel personer over 80 år, eller med mange tunge funksjonshemmede (f.eks. psykisk utviklingshemmede), har et ressursbehov som kan gjøre at brukere med mer normale behov må nedprioriteres. Dette gir i så fall lavere dekningsgrader.

Dekningsgrader sier lite om tjenestene er tilpasset *behovet*. Er tjenestene tilpasset det reelle funksjonstapet til brukerne? Gjennom GERIX (se ramme 1) utvikler vi kommunetall som belyser dette.

Er de pleietrengende fornøyd?

Vi vet videre lite om brukernes tilfredshet med tjenestene, selv om dette må være den viktigste målestokken for tjenesten. Hvordan tilfredshet og dekningsgrad forholder

seg til hverandre, vet vi ikke sikkert. Det er ikke gitt at økt dekningsgrad gir mer fornøyde brukere. Derimot må vi anta at det er en sammenheng mellom tilpasningen mellom tjenester og pleietyngde på den ene siden, og i hvilken grad mottakerne er tilfredse. Vi må også anta at tilfredshet henger sammen med mer objektive mål for kvalitet, som at tjenestene bidrar til å bedre mottakerens funksjonsevne eller livskvalitet.

Indikatoren vi interesserer oss for her, prosentuerer alle mottakere av hjemmehjelp i forhold til antall innbyggere 67 år og over. Siden det også finnes brukere under 67 år, gir dette en overvurdering av tjenestetilbudet til innbyggerne over 67 år. Dette slår ulikt ut i kommunene, og tilslører den reelle dekningsgraden.

Også reiseavstand til brukerne spiller inn. I spredtbygde kommuner bruker personellet i hjemmetjenestene en større del av arbeidstiden underveis til og fra mottakerens hjem. Reisekostnadene pr. bruker blir derfor store, noe som kan medføre strengere prioritering mellom brukerne og føre til lavere dekningsgrad.

I små kommuner opptrer "smådriftsulemper" ved at de må ha en minstebemanning for å drive en tjeneste inklusive administrasjon. Dette går ut over den tiden som småkommunene kan sette av til brukerrettet virksomhet. Noe av forskjellene i dekningsgrad mellom større og mindre kommuner kan vi derfor forklare ved at små kommuner (generelt) får mindre "pleie" ut av ett årsverk.

Kommuneøkonomien setter klare grenser for virksomheten. Velstående "kraftkommuner" kan bevilge seg en helt annen standard på

hjemmetjenestetilbudet enn ressursssvake kommuner. Ressursssvake kommuner kan ofte bruke en høy andel av sine totale midler på denne sektoren og dermed "prioritere" den høyt, samtidig som de har lavere dekningsgrader enn andre kommuner.

Tilgjengelighet er en viktig side ved tjenesten som dekningsgraden ikke sier noe om. 73 prosent av kommunene/bydelene hadde i 1996 tilbud om hjemmesykepleie hele døgnet. Et beslektet spørsmål er hvilken *egenbetaling* kommunen krever (egenbetaling for hjemmesykepleie falt bort fra 1.1.1998). Høy egenbetaling kan føre til at enkelte takker nei til tilbudet, eller i det minste til at kvaliteten på tilbudet oppfattes som lavere.

Dekningsgraden for hjemmetjenester må vi også se i forhold til utbyggingsnivået for beslektede tjenester, især dekningen av institusjonsplasser. Om beboeren har en hensiktsmessig bolig, f.eks. en tilrettelagt omsorgsbolig, er også en viktig side ved kvaliteten på hjemmetjenestetilbudet.

Tilbudet må vurderes mot omfanget av frivillig/privat hjelp. Er det frivillige tilbudet godt, blir kommunene avlastet. Tradisjonelt har tilgangen til frivillig hjelp vært bedre i mindre kommuner.

Endelig må vi nevne at svak kvalitet på data fra en del kommuner gjør det vanskelig å sammenligne.

Tiltak for å øke dataenes utsagnskraft

Som vist over, har sammenligninger mellom kommuner flere svakheter. En viktig oppgave blir derfor å klargjøre hvilke data vi må supplere med for å gi et riktigere bilde av forholdet mellom tjenester og be-

hov. Som eksemplet med hjemmetjenester viste, finnes en del slike data allerede, mens andre er vanskeligere tilgjengelig.

Vi må anta at fokuset for statistikken i økende grad vil bli dreiet mot *brukernes tilfredshet* med tjenestene. Slike data må i hovedsak bygge på intervjuundersøkelser. De svarene som blir gitt i intervjuene, kan vi koble til data om respondentenes bostedskommune og så tolke ut fra kjennetegn ved kommunen som f.eks. tjenestevolumet. På denne måten kan kommunetallene få en ny mening. Selv om også slike slutninger er beheftet med usikkerhet, gir brukerundersøkelser allerede i dag viktig informasjon om hvilke trekk ved tjenestene som er viktigst for brukerne.

I en undersøkelse av brukererfaringer med kommunehelsetjenesten er *kontinuitet i personellet*, altså tilgang til fast helsepersonell, den faktor som henger klarest sammen med hvor tilfredse brukerne er (Finnvold 1998). Nest viktigst for brukerne er det å ha kort *ventetid på konsultasjon*. I undersøkelsen er det for øvrig ingen likhet mellom personelldekning og ventetid, noe som dokumenterer at årsverksnivå og tilgjengelighet ikke er samme sak.

Det er viktig å legge opp til sammenligning av *ensartede kommuner*. Tradisjonelt er "kommunestørrelse" og "næringstype" brukt av bl.a. SSB for å samle kommuner med noenlunde like driftsbetingelser. Men dette tar ikke høyde for andre betingelser som f.eks. *kommuneøkonomi* eller *demografi*. SSB har derfor utarbeidet en ny gruppering av kommuner etter størrelse og økonomiske rammebetingelser. Med dette er det tatt et viktig skritt i retning av å gi klarere tolkninger av kom-

munenes reelle prioritering av f.eks. helse- og omsorgssektoren. Ved å ta hensyn til både de kostnadsdrivende faktorene (som vekten av tunge brukergrupper), og kommuneøkonomien (ikke minst for "kraftkommunene"), får man et bedre grunnlag for å tolke de volummål som tjenestestatistikken gir.

Om tjenestene er tilstrekkelig utbygd, avhenger av helsetilstanden (behovet) i befolkningen. Men også eksisterende data om helsetilstanden gir mange tolkningsproblemer. Som eksempel kan vi nevne kommunetallene for forekomsten av astma/allergi blant barn. Antallet barn som får grunn-/hjelpetønad med astma og allergi som diagnose, er sterkt økende. Tallene viser her store forskjeller mellom kommunene. Men er dette uttrykk for ulik eksponering for allergifremkallende stoffer, eller ulikheter i primærlegenes praksis mht. å tilrå søknad til trygdekontoret?

Et annet eksempel er de markante forskjellene i levealder mellom bydelene i Oslo. Dels kan vi forklare disse forskjellene med miljøfaktorer som luftkvalitet, men i langt større grad kan de tilskrives en overhyppighet av personer med sosiale problemer og helsefarlig livsstil i enkelte av bydelene. For å veie disse faktorene mot hverandre, må man bl.a. ta hensyn til flyttinger mellom bydelene: Hvor oppstod helseproblemene, og hvor kom de til uttrykk? Økt bruk av data om helsetilstanden for å tolke tjenestedata, krever med andre ord en avklaring av hvor entydige datatene om helsetilstanden egentlig er.

Datakvaliteten reiser ikke minst et spørsmål om presise definisjoner og et system for registrering som er uavhengig av kommunenes organisering. Tjenester til f.eks. psykisk

utviklingshemmede kan være organisert enten under sosialtjenesten, helsetjenesten eller pleie/omsorg. Ulik organisering leder i mange tilfelle til at tjenester havner på "feil" sted i statistikken. KOSTRAs fokus på "behov/funksjon" skal nettopp bidra til en "organisasjonsnøytral" registrering av tjenestene. Et annet problem for datakvaliteten, som KOSTRA bidrar til å løse, er vansker med å fange opp interkommunale tjenester, f.eks. legevakt-, jordmor- og sykehjemstjenester.

Problemer og tiltak framover

Vi har identifisert en del problemer:

1. Det mangler en samlet oversikt over den statistikk som i dag er tilgjengelig om kommunal helse- og omsorgssektor. En slik oversikt skal gi grunnlag for å prioritere den videre utviklingen av statistikken.
2. Det mangler en mer systematisk vurdering av dataenes utsagnskraft som indikatorer, f.eks. utsagnskraften til mål for "dekningsgrad".
3. Endelig savner vi en mer systematisk sammenstilling av tjenestedata med helsetilstandsdata på kommunenivå. Dette krever en tilsvarende testing av utsagnskraften til helsetilstandsdata som av tjenestedata. I det foregående har vi gitt eksempler på vanskene med å tolke data også om helsetilstanden.

Når vi publiserer kommunetall bør vi antakelig dreie oppmerksomheten i retning av mer aggregerte uttrykk, der tjeneste-, helsetilstands- og utvalgsdata kombineres til et helhetsbilde av situasjonen til ulike brukergrupper. Dette vil gi grunnlag for sikrere slutninger om hva f.eks. ulike dekningsgrader betyr for innbyggernes velferd. Vi ser allerede tendenser til dette bl.a. i folkehelse rapportene for Akershus,

Oslo og Hordaland, i "Hjulet" og i SSBs kommunehelsepublikasjoner. Men selvsagt må vi i denne prosessen ikke forsømme de mer konkrete formålene med statistikken, som å skaffe forvaltningen påkrevde tilsynsdata.

Litteratur

Statistisk sentralbyrå (1998): *Pleie- og omsorgsstatistikk 1996*, NOS C 457.

Finnvold, Jon Erik (1998): Kan misfornøyde pasienter gi oss bedre helsetjenester? *Samfunnsspeilet* i dette nummer, Statistisk sentralbyrå.

Harald Tønseth

(harald.tonseth@ssb.no) er rådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk.

De fattige er få, men unge

Forholdsvis få er fattige i 1990-tallets Norge, og fattigdommen ser ikke ut til å ha økt. De færreste er fattige over lengre tid, men få fattige blir rike. Å bli fattig henger ofte sammen med å være ung, enslig eller utenfor arbeidsmarkedet.

Asbjørn Johannessen

Fattigdomsbegrepet

I fattigdomsforskningen i EU-landene er det vanlig å definere hushold som har inntekt mindre enn halvparten av gjennomsnittlig inntekt, eventuelt medianinntekt, som fattige. Med inntekt mener vi i denne analysen summen av all likningsbasert inntekt - lønn, næringsinntekt, brutto kapitalinntekt (for eksempel renter) og overføringer (for eksempel trygdeytelser) - minus skatt. Det er vanlig å bruke hushold som enheten når man undersøker omfanget av fattigdom. Det finnes mange forskjellige typer hushold, og vi må korrigere inntekten for husholdets størrelse og sammensetning, slik at det er mulig å sammenlikne ulike husholdstypers inntekt.

De inntektsdataene som jeg bruker, er fra 1994 (Levekårsundersøkelsen 1995), og da var gjennomsnittlig inntekt etter skatt for et énperson-hushold 124 900 kroner. Fattigdomsgrensen for et slik hushold blir da 62 450 kroner (NOU 1996: 13), men vil variere avhengig av størrelsen på husholdet. Innen forskning og i media brukes begrepet fattigdomsgrense, men det betyr ikke at det henvises til en offisiell fattigdomsgrense, for det finnes ingen slik fattigdomsgrense i Norge.

Likningsbasert inntekt etter skatt er nok for de fleste hushold det de faktisk kan forbruke, men i noen tilfeller blir dette et for ufullstendig grunnlag for å beregne omfanget av fattigdom. Det finnes hushold som har andre økonomiske ressurser i form av for eksempel arv, forskudd på arv, gaver, gevinster fra lotterier og inntekt fra arbeid som unndras beskatning. Dette blir ikke registrert som inntekt i likningsregnskapet. I tillegg fanger vi heller ikke opp naturalytelser og egenproduksjon. Dette er feilkilder som det ikke er mulig å gjøre noe med.

I tillegg til å undersøke hvor store andeler som har inntekt under fattigdomsgrensen, er det også mulig å undersøke *fattigdomsgapet*, det vil si hvor mye inntekten til de fattige avviker fra fattigdomsgrensen. Det er ikke uten betydning om de fattiges gjennomsnittlige inntekt er i nærheten av fattigdomsgrensen eller betydelig mindre.

Få er fattige

Ved hjelp av Inntekts- og formuesundersøkelsen finner Aaberge mfl. (1996) at 5 prosent av husholdene hadde inntekt under fattigdomsgrensen i 1993. I denne beregningen tas det ikke hensyn til økonomiske ressurser som sosialhjelp, studielån og formue.

Andelen fattige blir i denne artikkelen beregnet ved hjelp av Levekårsundersøkelsen 1995, og sosialhjelp er her inkludert i inntekten. Studielån inngår ikke i likningsinntekten, og studenter som tar opp lån, vil ha høyere inntekt, eller rettere, mer penger å forbruke enn det som framkommer av likningsregnskapet. Hushold der referansepersonen er student, og som har inntekt under fattigdomsgrensen blir derfor ikke inkludert blant fattige.

Hushold med inntekt under fattigdomsgrensen, men som har en viss formue, utelates også. Det gjelder hushold som har betydelig realkapital, tilsvarende en netto markedsverdi på boligen 500 000 kroner eller mer, samt hushold med brutto finansformue på 100 000 kroner eller mer, eller netto finansformue på mer enn 50 000 kroner. Det er ingen bestemt begrunnelse for størrelsen på disse beløpene. De er fastsatt ut fra en oppfatning om at de representerer en betydelig økonomisk sikkerhet dersom man har lav inntekt i en periode (Johannessen 1995).

Denne måten å beregne fattigdom på betyr at 3,6 prosent av husholdene i Levekårsundersøkelsen 1995 hadde inntekt under fattigdomsgrensen i 1994 (inntekt mindre enn halvparten av gjennomsnittsinntekten).

Færre opplever seg som fattige

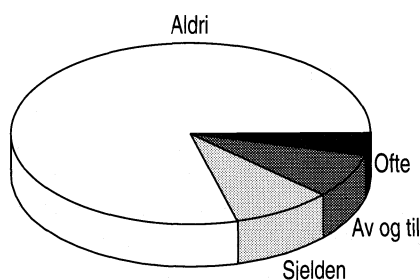
I Levekårsundersøkelsen 1995 stilles det to spørsmål om økonomiske problemer: *Om økonomien i husholdet i størsteparten av året har vært slik at husholdet ikke har hatt muligheter for å klare en uforutsett regning på 2 000 kroner, for eksempel til tannlege eller reparasjon, med svaralternativene "ja" og "nei", og: Om husholdningen det siste året har hatt vansker med å klare de løpende utgifter til grunnleggende behov, til mat, bolig, transport og lignende, med svaralternativene "ofte", "av og til", "en sjelden gang" og "aldri".*

Jeg vil bruke disse spørsmålene som indikatorer for subjektiv opplevelse av fattigdom. Fordelen er at de refererer seg til folks egen opplevelse. Men det er et problem ved at de kan gjenspeile ulikheter i folks preferanser, blant annet hvem man sammenlikner seg med. Det kan også tenkes at noen har store økonomiske ressurser, men også store utgifter, og derfor opplever at økonomien ikke strekker til. Slike hushold er selvsagt ikke fattige, og representerer derfor et problem (feilkilde) i analysen.

Blant respondentene i Levekårsundersøkelsen oppgir 15 prosent at de ikke greier en uforutsett utgift på 2 000 kroner, og 4 prosent oppgir at de ofte har hatt problemer med løpende utgifter (jamfør figur 1).

Andelen hushold med økonomiske problemer er derfor avhengig av hvilket spørsmål som brukes. Jeg

Figur 1: Andel som opplever problemer med å klare løpende utgifter. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen 1995

har kombinert de to spørsmålene og laget en indikator på *alvorlige økonomiske problemer* ved å slå sammen de som både ofte har problemer med løpende utgifter og som ikke greier en uforutsett utgift på 2 000 kroner. 3,2 prosent av husholdene i Levekårsundersøkelsen 1995 oppfyller begge disse kriteriene.

I en spørreundersøkelse gjennomført av Norsk Gallup i 1995 stilles det samme spørsmålet om problemer med løpende utgifter som i Levekårsundersøkelsen. Her oppgir 3,1 prosent at de ofte har problemer med løpende utgifter. I tillegg stiller gallupundersøkelsen spørsmål om den økonomiske situasjonen i husholdningen, med svaralternativene som vist i tabell 2. De aller fleste, 90 prosent, greier seg bra eller akkurat, mens 5 prosent mener at pengene ikke strekker til samtidig som de ikke har sparepenger å ta av.

Respondenter som i Levekårsundersøkelsen svarte "ofte" eller "av og til" på spørsmålet om betalingsvansker, ble i tillegg spurt om de, hvis de ville, hadde råd til et utvalg goder. De som ikke har råd til disse godene fordeler seg slik:

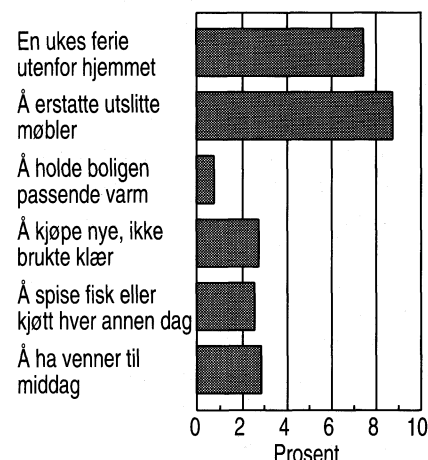
Tabell 1: Opplevelse av økonomisk situasjon i 1995. Prosent

Kan spare temmelig mye	7
Kan spare litt	39
Greier seg akkurat med de inntektene de har	43
Må bruke av sparepengene for å greie seg	4
Pengene strekker ikke til	5

(N= 3 004)

Kilde: Norsk Gallup

Figur 2: Andeler som ikke har råd til et utvalg goder. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen 1995

I underkant av 3 prosent oppgir at de har såpass store økonomiske problemer at de ikke har råd til å spise fisk eller kjøtt hver annen dag, og/eller å ha venner til middag dersom de ønsker det. I Norge er klær en dyd av nødvendighet. Ingen trenger å gå naken. 3 prosent oppgir imidlertid at de ikke har råd til å kjøpe nye klær. En svært liten andel, under 1 prosent, har ikke råd til å holde boligen passe varm. Svært få, 0,3 prosent, er utsatt for så alvorlige økonomiske problemer at de må avstå fra alle av de fire grunnleggende godene, det vil si at de verken har råd til å spise fisk

eller kjøtt hver annen dag, ha venner til middag, kjøpe nye, ikke brukte klær og holde boligen passende varm.

Små grupper faller utenfor undersøkelsene

En liten andel av norske hushold er fattige ut fra de kriteriene som er brukt ovenfor. Det kan imidlertid være et problem at både levekårsundersøkelsen og gallupundersøkelsen er utvalgsstudier, og enkelte grupper er enten ikke representert (for eksempel personer uten fast bopel) eller er underrepresentert (for eksempel hushold med lav inntekt). Da det som oppfattes som utsatte grupper er underrepresentert, er det sannsynlig at andelen fattige er større enn det som framkommer her. Eventuelle utsatte grupper utgjør imidlertid en såpass liten andel av den norske befolkningen, at omfanget fattige neppe ville blitt endret nevneverdig selv om de var representert med sin representative andel (for en utdypning av dette poenget se Johannessen 1996).

Hvor omfattende fattigdommen er i Norge varierer avhengig av hvilke kriterier som brukes, men det er ikke store variasjoner i andelen fattige basert på de ulike indikatorene som er presentert ovenfor. Ved både inntektskriteriet og subjektiv opplevelse, og ved ulike utvalgsundersøkelser, er det i underkant av 5 prosent av norske hushold som kan defineres som fattige i 1994-1995. Selv om dette utgjør en liten andel av befolkningen, utgjør det et betydelig antall: cirka 85 000 hushold eller om lag 175 000 personer.

Fattigdommen har neppe økt

Fattigdom har ikke vært noe stort forskningstema i Norge, og det er derfor begrenset med data som viser hvordan fattigdommen har utviklet seg over tid. Ved hjelp av

inntekts- og formuesundersøkelsene har Aaberge mfl. (1996) undersøkt andelen hushold som har inntekt mindre enn halvparten av medianinntekten i perioden 1979 til 1993. Fra 1979 til 1985 reduseres andelen med inntekt under fattigdomsgrensen fra 5,1 til 3,1 prosent, mens det fra 1986 til 1993 er en økning fra 3,7 til 5,2 prosent. Av flere grunner er det en forenklet konklusjon å hevde at fattigdommen øker. Jeg har et annet sted drøftet dette mer i detalj (Johannessen 1998), og her vil jeg kort nevne forhold som gjør at vi må tolke tallene med varsomhet.

I dette inntektsgrunnlaget inngår ikke sosialhjelp. Dersom den ble inkludert, ville hushold som mottar sosialhjelp få større inntekter, eventuelt inntekt over fattigdomsgrensen. Når man samtidig vet at andelen sosialhjelpsmottakere økte markert på nesten hele 1980-tallet, blir dette en vesentlig feilkilde.

Studielån er heller ikke inkludert i inntekten. Det betyr at hushold med studenter i har større inntekt, eller rettere større forbruksmuligheter enn det som framkommer i undersøkelsen til Aaberge mfl. Fra 1986 til 1994 økte antallet studenter med 67 prosent (fra 101 000 til 169 000). Det er altså en betydelig økning i tallet på hushold som vil ha mer å forbruke enn det som framgår av likningsinntekten, under forutsetning av at man tar opp studielån.

Det er sannsynlig at økningen av andeler med inntekt under fattigdomsgrensen fra 1986 til 1993 ville blitt mindre, eventuelt at det ikke ville vært noen økning, dersom sosialhjelp og studielån hadde vært en del av inntektsgrunnlaget. Aaberge mfl. (1996) konkluderer da også med at fattigdomsstrukturen i Nor-

ge har vært relativt stabil når en ser perioden 1979-1993 under ett.

De fattige er ikke blitt fattigere

Selv om andelen med inntekt under fattigdomsgrensen ikke øker, kan det tenkes at de fattigere blir fattigere. I hvilken grad dette er tilfellet kan beregnes ved å se på det såkalte *fattigdomsgapet*. For de fleste skjedde det en betydelig økning i inntekt etter skatt på midten av 1980-tallet, men de fattige ble ikke hengende etter. Også de fattigste husholdene hadde reallønnsøkning. Fattigdomsgapet og ulikheten blant de fattige er faktisk blitt mindre i perioden fra 1979 til 1993 (Aaberge mfl. 1996). Egne beregninger viser at medianinntekten til de fattige husholdene var 7 000 kroner under fattigdomsgrensen i 1990 og ble redusert til 6 000 kroner i 1994.

Det kan tenkes at det skjer det en økonomisk forverring ved at flere får redusert sine inntekter, men ikke så mye at de kommer under fattigdomsgrensen. Dette kan undersøkes ved å se på eventuelle endringer i lønnsstrukturen. Er det slik at andelen lavtlønnede øker? Jeg har ikke data på husholdsnivå, men ifølge Levekårsundersøkelsene er det ingen økning i andel lavtlønnede, snarere tvert om. Blant selskapsatte er andelen lavtlønnede gradvis redusert fra 37 prosent i 1987 til 26 prosent i 1995.¹

Skjer det en økning i andelen som opplever alvorlige økonomiske problemer? Spørsmålene om økonomiske problemer er stilt i levekårsundersøkelsene i årene 1987, 1991 og 1995. Andelene som har alvorlige økonomiske problemer (både at de ofte har problemer med løpende utgifter og ikke greier en uforutsett utgift på 2 000 kroner) presenteres i tabell 2.

Tabell 2: Andeler som har alvorlige økonomiske problemer. Prosent



	Andel	Antall respondenter
1987	2,0	3 865
1991	3,4	3 497
1995	2,5	3 694

Kilde: Levekårsundersøkelsene 1987, 1991 og 1995

Fordelingen viser at det er en økning av andelen som opplevde alvorlige økonomiske problemer fra 1987 til 1991, deretter en reduksjon fra 1991 til 1995². Selv om det er utslagsgivende forskjeller, er de såpass små at de ikke må dramatiseres. Heller ikke denne tilnærmingen gir grunnlag for å hevde at fattigdommen er økende.

Levekårsundersøkelsen består også av et panel, 1 390 respondenter som er intervjuet på to forskjellige tidspunkt, i 1987 og 1995. Det er dermed mulig å undersøke om det har skjedd endringer i opplevelse av økonomiske problemer i en og samme gruppe.

Bortsett fra en markert økning i andelen som mener at de ikke greier

Tabell 3: Andeler som opplever økonomiske problemer i 1987 og 1995. Prosent



	1987	1995
Problemer med løpende utgifter		
ofte	2,9	2,9
av og til	6,1	7,5
sjelden	8,1	7,2
aldri	83,0	82,4
Vansker med å klare en uforutsett utgift på 2 000 kroner	8,8	13,3
Alvorlige betalingsproblemer	2,4	2,0

(N= 1 358)

Kilde: Levekårsundersøkelsene 1987 og 1995

en uforutsett utgift på 2 000 kroner, er det ingen store endringer i opplevelsen av økonomiske problemer mellom 1987 og 1995 (tabell 3).

Det er begrenset med data som viser utvikling av fattigdom over tid. I den grad de finnes, viser de at omfanget av fattigdom i hovedsak er stabil.

Svært få er fattige lenge...

Andelen fattige, slik de er presentert ovenfor, baserer seg på årlige tverrsnittdata. Det er "beholdningen" fattige på ulike tidspunkt vi måler. Fattigdom er et større problem dersom det er de samme husholdene som er fattige over tid, og et mindre problem dersom det skjer en overgang til en bedre økonomisk situasjon. Det er derfor et sentralt spørsmål om det er de samme eller forskjellige hushold som er fattige over et lengre tidsrom.

Epland (1993) viser at det å ha inntekt under fattigdomsgrensen ikke er en varig tilstand for de fleste. I perioden 1986 til 1990 hadde 16 prosent av husholdningene i Norge inntekt under fattigdomsgrensen minst én gang, mens en svært liten gruppe er fattige i hele denne perioden. 14 prosent av de som opprinnelig hadde inntekt under fattigdomsgrensen i 1986, var fattige i hele fireårsperioden. De fleste som hadde inntekt under fattigdomsgrensen i 1986, hadde inntekt over grensen i de påfølgende år.

...men få fattige blir rike

Selv om fattigdom for de fleste er en overgangsfase, er det få fattige som blir rike. De fleste hushold som hadde inntekt under fattigdomsgrensen ett av årene, var å finne i den nedre delen av inntektsfordelingen påfølgende år (Epland 1993).

Ved hjelp av paneldata fra Inntekts- og formuesundersøkelsen drøfter Aaberge mfl. (1996) *kronisk fattigdom*, definert som samlet inntekt i åtteårsperioden 1986-1993 som er lavere enn 50 prosent av medianinntekten for denne perioden, i 1993-kroner. Hovedmønsteret er at de fleste som har inntekt under fattigdomsgrensen hvert enkelt år, har inntekt over fattigdomsgrensen de andre årene. For de fleste er inntekt under fattigdomsgrensen et overgangsfenomen, men det finnes et mindretall, 1,4 prosent, som er fanget i en fattigdomsfelle ved at deres inntekt er mindre enn halvparten av den samlede medianinntekten over hele perioden.

En analyse av panelet i Levekårsundersøkelsen bekrefter inntrykket av at gruppen av fattige er lite stabil.

Tabell 4: Andelen som hadde forskjellige økonomiske problemer i 1987 og som også hadde problemer 1995, panelet. Prosent



	Kategori i 1987		
	1	2	3
Kategori i 1995			
1	0,5	0,8	0,7
2	1,0	7,0	14,0
3	0,9	8,9	66,2

(N= 1 354)

Kategori 1: Alvorlige økonomiske problemer (se tidligere definisjon)

Kategori 2: Opplever av og til eller sjelden betalingsvansker og/eller greier ikke en uforutsett utgift på 2 000 kroner

Kategori 3: Har aldri opplevd økonomiske problemer

Kilde: Levekårsundersøkelsene 1987 og 1995

Et flertall (66 prosent) oppgir at de aldri har hatt økonomiske problemer verken i 1987 eller 1995, og særdeles få, 0,5 prosent, opplevde alvorlige økonomiske problemer på begge tidspunktene. Blant de som opplevde alvorlige økonomiske



problemer i 1987 (3,4 prosent) har 0,5 prosent fortsatt problemer i 1995, mens 1 prosent har noe økonomiske problemer og 0,9 prosent oppgir at de aldri har hatt økonomiske problemer siste år. De fleste opplever altså ikke økonomiske problemer, og blant de som opplever det, er det betydelige endringer i økonomisk situasjon.

De fattige er unge

Jeg har også gjennomført multivariat analyse (logistisk regresjon) for å

undersøke forhold som øker sannsynligheten for å være fattig (se Johannessen 1998 for en nærmere presentasjon av analysen). Halvorsen (1996) har gjennomført multivariat analyse av utvalget i den tidligere nevnte gallupundersøkelsen fra 1995 (analysen er presentert i Johannessen 1998). Resultatene fra denne og min undersøkelse kan sammenfattes slik.

Fattigdom og økonomiske problemer er knyttet til livsfase. De yngste

er i større grad fattige enn de eldste. Som livsløpsfenomen er nok fattigdom en overgang, og de fleste av dagens unge får bedre økonomi etter hvert som tiden går.

De fattige er enslige

Hvilken type hushold man bor i, har konsekvenser for ens økonomiske situasjon. Det er godt kjent at enslige forsørgere har mindre økonomiske ressurser enn andre husholdsgrupper, noe som bekreftes i den multivariate analysen, men i

tillegg er helt enslige en økonomisk utsatt gruppe. Hushold med flere voksne har bedre muligheter for flere inntekter og å tilpasse seg sin økonomiske aktivitet etter behov, enn hushold med bare én voksen der forbruksmulighetene (inntekten) er avhengig av bare denne ene personen. Enslige og enslige forsørgerere har ikke en økonomisk buffer ved at andre i husholdet bidrar til inntekten. Halvorsen (1996) finner at ugifte og tidligere gifte har større sannsynlighet for å oppleve økonomiske problemer enn gifte og samboende.

Endringer i en persons husholdssituasjon kan ha betydelige økonomiske konsekvenser, både negative og positive. Ved hjelp av data fra Inntekts- og formuesundersøkelsen viser Epland (1993) at av de som bodde i hushold med flere voksne i 1986, og var blitt eneforsørgerere i fireårsperioden, økte andelen fattige fra 2 til 23 prosent. Men endringer i husholdssituasjon kan også ha positive følger. De 13 prosent enslige som var fattige i 1986, ble redusert til null for de som hadde flyttet sammen med andre (gått inn i parforhold) i perioden. Halvorsen (1996) finner at brudd i samboerforhold øker risikoen for økonomiske problemer.

De fattige er utenfor arbeidsmarkedet

Arbeidsmarkedet og offentlige overføringer har også betydning for økonomisk status. Det er betydelig større sannsynlighet for at de som har en marginal eller ingen tilknytning til arbeidsmarkedet er fattige, sammenlignet med de som er i normalarbeidsforhold. I Halvorsens analyse har grad av yrkesdeltakelse størst forklaringskraft. I tillegg har den negative livshendelsen å bli rammet av langtidsledighet negati-

ve konsekvenser for den økonomiske situasjonen i husholdet.

Offentlige overføringer (trygd og sosialhjelp) reduserer selvsagt risikoen for fattigdom, men min analyse indikerer at størrelsen på stønadene, eventuelt manglende adgang, bidrar til at noen får alvorlige økonomiske problemer. At de som mottar offentlige ytelser er økonomisk sårbare, bekreftes i Levekårsundersøkelsen 1991, der det ble gjennomført spesialundersøkelser for et utvalg grupper. 37 prosent av sosialhjelpsmottakerne, 21 prosent av unge uføre, 20 prosent av enslige forsørgerere og 18 prosent av de langtidsledige opplever alvorlige betalingsproblemer,³ sammenlignet med 4 prosent av utvalget for normalbefolkningen. Innstramningen i adgang til uførepensjonen kan ha bidratt til at en gruppe (i hovedsak middelaldrende kvinner) blir ekskludert fra denne trygdeytelsen, og alternativt inntektsgrunnlag blir sosialhjelp eller ektefelles inntekt.

I min analyse er det i tillegg større sannsynlighet for at de som har psykiske problemer er fattige enn de som ikke har slike problemer.

Det hovedinntrykket jeg sitter igjen med etter gjennomgang av foreliggende studier og egne analyser, er at arbeidsmarkedet og husholdet er helt sentrale arenaer for fordeling av materielle levekår. Er man utenfor, eller har en marginal tilknytning til arbeidsmarkedet, samt ikke bor i flerpersonghushold, øker risikoen for å være fattig.

1. Med lav lønn menes timelønn mindre enn 78 kroner per time i 1994-kroner.

2. I tidligere avsnitt har vi vist at 3,6 prosent oppgir alvorlige økonomiske problemer i 1995, mens i tabell 2 er det 2,5 prosent. Forskjellen skyldes at den førstnevnte fordelingen er vektet. Når man trekker ut indivi-

der (over 16 år) og ikke hushold, er det dobbelt så stor sannsynlighet for et hushold med to voksne personer å komme med i utvalget sammenlignet med enpersonghushold, og et hushold med tre voksne har tre ganger så stor sannsynlighet for å komme med. Hushold med flere voksne vil derfor være overrepresentert, sammenlignet med små hushold. Når vi bruker hushold som enhet, vektet disse slik at de i analysen blir representert i samsvar med hvordan de fordeles seg i populasjonen (hele befolkningen). Da det ikke har vært mulig å vekte fordelingene for 1987, presenteres alle fordelingene i tabell 2 uvektet slik at de blir sammenliknbare.

3. Både "ofte problemer med løpende utgifter" og "greier ikke en uforutsett utgift på 2 000 kroner".

Litteratur

Aaberge, Rolf, Arne S. Andersen og Tom Wennemo (1996): "Omfang, nivå og fordeling av inntekter i Norge, 1979-1993" i Annika Puide (red.): *Den nordiska fattigdommens utveckling och struktur*, København: Nordisk ministerråd.

Epland, Jon (1993): På permanent fattige i Norge, *Samfunnsspeilet* 1993, 3, Statistisk sentralbyrå, 7-11.

Halvorsen, Knut (1996): Om ulike mål på økonomiske vansker, foredrag for Inntektsavdelingen, Administrasjonsdepartementet.

Johannessen, Asbjørn (1995): *Arbeidsmarginalisering og levekår - sammenhengen mellom tilknytning til arbeidsmarkedet og økonomiske og materielle levekår*, Ø.K.S.-rapport 4/95, Oslo: Høgskolen i Oslo.

Johannessen, Asbjørn (1996): Marginalisering og ekskludering - samme eller forskjellige fenomen? HiO-notat, nr. 6, Oslo: Høgskolen i Oslo.

Johannessen, Asbjørn (1998): Fattigdom i Norge - et økende problem? HiO-notat, nr. 4, Oslo: Høgskolen i Oslo.

NOU (1996:13): *Offentlige overføringer til barnefamilier*, Norges offentlige utredninger, Barne- og familiedepartementet.

Asbjørn Johannessen
er sosiolog og jobber som foukordinatør ved Høgskolen i Oslo.

Smakebiter fra Sosialt utsyn 1998

Mange lesere av Samfunnsspeilet er også aktuelle lesere av "Sosialt utsyn", Statistisk sentralbyrås omfattende publikasjon om levekårene. 1998-utgaven er nylig utkommet, og beskriver levekårene på midten av 1990-tallet og hvordan de har utviklet seg de 10-15 siste årene. Nedenfor gir vi noen utvalgte smakebiter fra publikasjonen, og håper de inspirerer til ytterligere lesning.

Ungdoms levekår: Ungdom sakker akterut økonomisk

Sett i forhold til situasjonen på midten av 1980-tallet har ungdoms inntektsnivå sunket, samtidig som eldre aldersgrupper har fått bedre økonomi. Dette skyldes både den økte arbeidsledigheten blant unge, og at flere unge er under utdanning.

Tabell 1 viser hvordan inntektene til ulike grupper av husholdninger utviklet seg i perioden 1986-1995. Tabellen viser utviklingen i inntekt pr. forbruksenhet. På denne måten er det tatt hensyn til at husholdninger av ulik størrelse og sammensetning ikke trenger like høy inntekt for å kunne unne seg det samme forbruket. Endringer i størrelsen og sammensetningen av husholdningene skulle dermed i prinsippet ikke påvirke tallene.

Tabell 1 viser at husholdningene i gjennomsnitt har fått økt sin inntekt i faste kroner med 4 prosent fra 1986 til 1995. For husholdninger med inntektstakere under 25 år har utviklingen gått i motsatt retning: Her har inntektene sunket med 18 prosent i perioden. De aldersgruppene som kommer best ut av denne sammenligningen, er de middelaldrende (45-54 år) og de yngste pensjonistene (67-79 år).

Noe av ungdommens svake inntektsutvikling skyldes at stadig flere er under utdanning, og at de mottar studielån som ikke blir registrert som inntekt. Mange studenter vil derfor ha et høyere forbruksnivå enn den registrerte inntekten gir rom for. Når stadig flere ungdommer studerer, vil dette, isolert sett, føre til at ungdoms gjennomsnittsinntekt går ned, uten at dette dermed fører til at deres økonomiske velferd reduseres i samme grad. Men selv om vi holder studenthusholdningene utenfor tallgrunnlaget i tabell 1, finner vi fremdeles en inntektsnedgang på 6 prosent for gruppen under 25 år, mens utviklingen for aldersgruppene over 34 år naturlig nok ikke påvirkes nevneverdig av at vi fjerner studenthusholdningene.

Inntektsstatistikken tyder altså på at ungdoms inntekter og økonomiske velferd er blitt redusert i perioden 1986-1995, mens andre grupper har opplevd en inntektsforbedring i samme perioden. Utgangspunktet var heller ikke det aller beste for ungdom. I 1986 utgjorde gjennomsnittlig inntekt etter skatt pr. forbruksenhet for husholdninger med hovedinntektstaker under 25 år tre firedeler (74 prosent) av gjennomsnittet for alle husholdninger. Ni år senere var denne andelen

Tabell 1: Utviklingen i inntekt etter skatt pr. forbruksenhet for husholdninger, etter hovedinntektstakerens alder. 1986-1995. 1986=100



	Alle	Under 25 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-66 år	67-79 år
1986	100	100	100	100	100	100	100
1987	104	111	103	102	108	101	103
1988	103	113	101	101	106	101	102
1989	101	93	99	100	102	103	103
1990	100	90	99	99	103	101	105
1991	104	96	100	99	107	103	110
1992	103	92	101	98	107	107	108
1993	105	91	100	101	109	109	109
1994	102	83	96	99	108	105	110
1995	104	82	97	101	110	107	116

Kilde: Inntekts- og formuesundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå

sunket til 58 prosent. Ser vi bort fra studenthusholdningene, var gjennomsnittet for de under 25 år da 97 600 kroner, eller 68 prosent av gjennomsnittet for alle husholdninger.

Det er ikke bare inntektsstatistikken som tyder på at ungdom har en dårligere økonomisk situasjon enn andre grupper, og at de har sakkert akterut i løpet av de senere årene. Levekårsundersøkelsene viser for eksempel at andelen lavtlønte har økt blant unge i alderen 16-24 år, mens andelen er redusert blant andre sysselsatte. Med lavtlønte menes sysselsatte som har en time-lønn som er under 85 prosent av gjennomsnittlig timefortjeneste i industrien, og i Levekårsundersøkelsen 1995 falt 81 prosent av de sysselsatte kvinnene i alderen 16-24 år inn under denne definisjonen. Blant menn i samme aldersgruppe var andelen lavtlønte 55 prosent. I Levekårsundersøkelsen 1980 ble 38 prosent av de sysselsatte unge mennene og 79 prosent av kvinnene regnet som lavtlønte.

Økningen i andelen som mottar sosialhjelp, har også vært betydelig større blant unge enn i resten av befolkningen. Snaut 10 prosent av befolkningen mellom 20 og 24 år mottok sosialhjelp i løpet av 1996. Ingen annen aldersgruppe har en høyere andel sosialhjelpsmottakere. Andelen med sosialhjelp har gått ned for alle grupper under 30 år siden 1993.

Befolkning: De fleste barn har gifte foreldre

For barna har den nye familie- og husholdningsstrukturen ført til at deres familieliv er preget av mange flere endringer enn tidligere. Fortsatt er det likevel slik at av om lag én million barn i alderen 0-17 år, lever to av tre sammen med gifte

foreldre, ytterligere en av ni lever sammen med samboende foreldre, en av seks lever sammen med enslig mor og bare en av seksti sammen med enslig far. Gruppen 'enslig mor' omfatter her også mødre som er samboende med en annen enn barnets far, se figur 1. I alt levde 79 prosent av de hjemmeboende barna sammen med begge sine foreldre, en andel som har sunket fra 83 prosent i 1986 og 81 prosent i 1991. 82 prosent av barna har søsken i familien.

Det er store aldersvariasjoner i dette mønsteret. Blant barn under ett år lever 53 prosent sammen med gifte foreldre og ytterligere 35 prosent med samboende foreldre. Andelen som lever med samboende foreldre, synker jo eldre barnet er. Det skyldes dels at mange av foreldrene gifter seg når barna blir eldre, og dels at samboerskap ikke har vært like utbredt blant foreldrene til de eldste barna. Bare vel 1 prosent

av 17-åringene har samboende foreldre. Nesten tre av fire hjemmeboende 17-åringer bor sammen med begge sine foreldre.

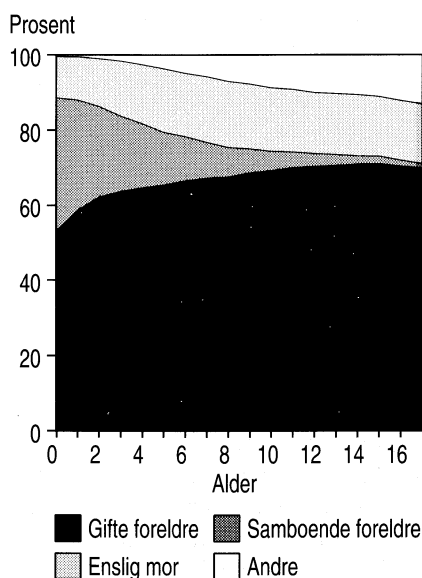
Andelen som lever sammen med gifte foreldre, har sunket ganske jevnt de siste tiårene, men denne familieformen er fortsatt den klart vanligste for barn i alle aldre. I årene som kommer vil nok andelen som bor sammen med begge foreldrene, fortsette å synke, fordi stadig flere barn vil oppleve at foreldrene skilles eller flytter fra hverandre.

Helse: Stadig flere nye krefttilfeller ...

Over 10 000 personer døde som følge av kreftsykdommer i 1995, mens nesten 20 000 nye krefttilfeller ble meldt til Kreftregisteret i 1995. Det har vært en økning i nye tilfeller av kreft både i antall og i aldersjustert rate over flere tiår. Antall nye krefttilfeller (aldersjustert rate) var i 1995 19 prosent høyere enn i 1980 for menn, og 14 prosent høyere for kvinner. I perioden 1990-1995 var økningen om lag 4 prosent både for menn og kvinner.

Kreftregisterets oversikt gjelder nye krefttilfeller fordelt etter hvor den første svulsten oppstod (primærsete), se tabell 2. Prostatakreft er den hyppigste kreftformen blant menn, mens kvinner rammes hyppigst av brystkreft. Kreft i tykk- og endetarm og lungekreft er også vanlige kreftsykdommer. Om lag 70 prosent av de registrerte krefttilfellene hos menn, og 60 prosent av tilfellene hos kvinner finner vi i aldersgruppen over 64 år. Hvert år registreres det omtrent 120 nye krefttilfeller blant barn under 15 år. Barn rammes oftest av kreft i hjernen og leukemi.

Figur 1: Barn 0-17 år, etter alder og familietype. 1997. Prosent



Kilde: Befolkningsstatistikk

Tabell 2: Nye tilfeller av kreft. Meldte tilfeller, etter primærsete¹ og kjønn. 1987, 1991 og 1995

	1987		1991		1995	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
I alt	8 766	8 119	9 605	8 989	10 226	9 637
Munnhulen og svelget	266	112	260	101	241	122
Fordøyelsesorganene og bukhinnen	2 259	2 100	2 431	2 205	2 405	2 345
Åndedretsorganene	1 274	418	1 321	551	1 390	618
Brystkjertelen og kjønnsorganene	1 967	3 097	2 270	3 466	2 553	3 357
Urinorganene	979	418	1 096	469	1 063	492
Andre organer eller uoppgitt sete	1 349	1 443	1 586	1 647	1 808	1 917
Lymfatiske og bloddannende organer	672	531	641	550	766	586

¹ Hvor den første svulsten oppstod
Kilde: Kreftregisteret

... men liten endring i kreft-dødeligheten på 1990-tallet

Nærmere ett av fire dødsfall i 1995 (23 prosent) skyldtes kreft. Når en tar hensyn til endringer i befolkningens alderssammensetning (standardisert dødelighet), har det vært ganske små endringer i dødeligheten av kreft siden begynnelsen på 1980-tallet. Den standardiserte dødeligheten var et par prosent høyere i 1994 enn i 1989.

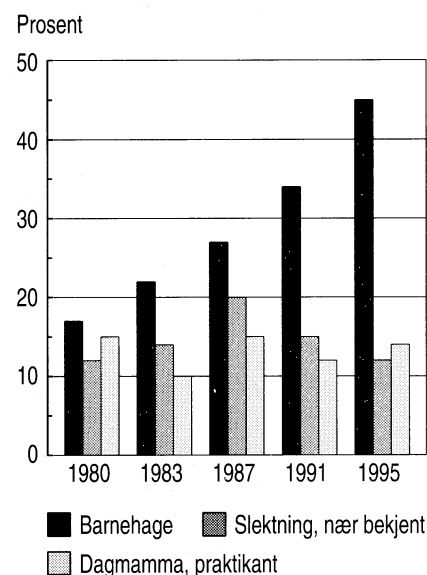
Omtrent en tredel av alle kreftdødsfall skyldes svulster i fordøyelsesorganene og bukhinnen. Blant menn var svulst i lunge, prostata, tykktarm og magesekk de vanligste årsaker til kreftdødsfall, mens det blant kvinner var ondartet svulst i brystkjertelen, tykktarm, lunge og bukspyttkjertelen. Kreft var årsak til mer enn halvparten av alle dødsfall blant kvinner i aldersgruppen 40-60 år, og først etter 70-årsalderen utgjør hjerte- og karsykdommer hyppigste dødsårsak blant kvinner. I første halvdel av 1990-årene var dødeligheten av kreft høyest i fylker på Sør- og Østlandet. Reduksjon i røykingen er den kjente enkeltfaktor som kan redusere dødeligheten av kreft.

Omsorg: Barnehagene: et stadig viktigere barnetilsynstilbud

Den økte yrkesaktiviteten blant kvinner med barn har ført til økt behov for ulike tilsynsordninger for barna. I 1995 hadde 60 prosent av alle husholdninger med små barn (0-6 år) en eller annen form for barnetilsyn utenfor familien (barnehageplass, dagmamma/praktikant eller slektninger/naboer/venner) for ett eller flere barn (Levekårsundersøkelsen 1995). På begynnelsen av 1980-tallet var det like vanlig at barna ble passet av dagmamma, av slektninger eller nære kjente som at de var i barnehagen, men i dag er barnehagen det dominerende barnetilsynstilbudet for familier med små barn (se figur 2). To av tre barn i alderen 3-5 år har plass i barnehage. I alderen 1-2 år gjelder det ett av tre. De fleste har heltidsplass. I kapittel 3 i Sosialt utsyn er veksten i barnehagetilbudet og fordelingen av barnehageplassene nærmere beskrevet.

En barnetilsynsordning der dagmamma, praktikant, slektning eller nær bekjent passer barnet, kan både være et alternativ og et supple-

Figur 2: Andel husholdninger med små barn (0-6 år), etter type barnetilsyn. 1980-1995. Prosent



¹ Noen husholdninger benytter mer enn én type ordning. Total andel husholdninger med barnetilsyn er derfor lavere enn summen av andelen som benytter de enkelte typene tilsynsordninger

Kilde: Levekårsundersøkelsene

ment til barnehageplass. Ca. 10 prosent av småbarnsfamiliene kombinerer ulike tilsynsformer. Andel småbarnsfamilier med barnetilsyn som benytter andre tilsynsordninger enn barnehage, er lavere i kommuner med lav barnehagedekning enn i kommuner med høy barnehagedekning (Levekårsundersøkelsen 1995).

Barnehagen er ikke bare en tilsynsordning, men også et pedagogisk tilbud. Både yrkespassive og yrkesaktive benytter seg av tilbudet. I 1995 hadde 30 prosent av de yrkespassive småbarnsmødrene og over 50 prosent av de yrkesaktive som arbeidet heltid, barn i barnehage. Blant enslige forsørgere er andelen med barnehageplass høy både blant yrkesaktive og ikke yrkesaktive,

henholdsvis 71 og 61 prosent ifølge Levekårsundersøkelsen 1995. Samtidig er mange yrkesaktive enslige forsørgere avhengig av privat uformelt barnetilsyn. 39 prosent av de yrkesaktive enslige forsørgerne med små barn benyttet seg av slektninger og nære kjente til regelmessig barnepass i 1995, mellom 10 og 20 prosent av de gifte eller samboende småbarnsmødrene.

Utdanning: Befolkningens utdanningsnivå

Siden 1986 har det skjedd en markert forbedring i utdanningsnivået. Mens drøyt 30 prosent av befolkningen 25-66 år hadde grunnskole som sin høyeste fullførte utdanning i 1986, var dette tallet vel 18 prosent i 1996. Samtidig økte andelen med utdanning på videregående nivå som sin høyeste utdanning fra om lag 48 prosent i 1986 til 53 prosent i 1996. Andelen med fullført utdanning fra universiteter og høyskoler økte fra 18 prosent til drøyt 25 prosent.

Flest høyt utdannede i Oslo

Det er store regionale forskjeller i utdanningsnivået. Både i 1986 og 1996 finner vi flest med høyere utdanning i Oslo. I 1996 hadde 33,7 prosent av befolkningen i Oslo utdanning fra universitet eller høyskole. Fylkene Hedmark og Oppland har de laveste andelen med bare 15,1 prosent. At utdanningsnivået i Oslo og Akershus er høyere enn ellers i landet, henger blant annet sammen med arbeidsmarkedet i Oslo-området. Oslo er også blant de fylkene som har hatt størst økning i andelen med høyere utdanning, sammen med Troms og Finnmark. I de to nordligste fylkene er andelen økt med vel 7 prosentpoeng siden 1986, mens økningen i Oslo er 10 prosentpoeng.

Yngre kvinner har nå høyere utdanning enn menn

I 1996 hadde nesten 20 prosent av kvinnene grunnskoleutdanning som sin høyeste fullførte utdanning, mens det tilsvarende tallet for

menn var om lag 17 prosent. Sammenlignet med 1986 har tallene endret seg betydelig for begge kjønnene. Da hadde drøyt 33 prosent av kvinnene utdanning på grunnskolenivå, mens 28 prosent av mennene hadde tilsvarende utdanning. Det bedre utdanningsnivået i perioden gir seg sterkest utslag når vi ser på andelen som har høyere utdanning. I 1986 hadde henholdsvis 20 og 16 prosent av menn og kvinner høyere utdanning. I 1996 var andelen 25 prosent for både menn og kvinner. Forskjellen mellom kjønnene når det gjelder høyere utdanning, har med andre ord blitt borte. Som vi tidligere var inne på, velger nesten 70 prosent av jentene studieretning for allmenne fag, som er inngangsbilletten til høyere utdanning. Og i dag har kvinner i alderen 25-39 år oftere høyere utdanning enn menn. Mye tyder på at vi i framtiden igjen vil få økende forskjeller i utdanningsnivå mellom menn og kvinner, men nå med motsatt fortegn i forhold til tidligere.

Tabell 3: Personer 25-66 år, etter alder, kjønn og høyeste fullførte utdanning. 1. oktober 1996. Prosent

	Alder					
	I alt	25-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-66 år
Begge kjønn	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Grunnskolenivå	18,4	7,3	9,8	17,4	27,4	41,4
Videregående skole-nivå	53,0	58,2	58,0	52,5	48,3	42,3
Universitets- og høyskolenivå	25,2	30,3	27,8	27,0	21,5	14,0
Ingen utdanning eller uoppgitt	3,5	4,1	4,3	3,1	2,9	2,3
Menn	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Grunnskolenivå	17,3	7,7	10,6	16,5	24,8	37,0
Videregående skole-nivå	53,8	61,4	59,3	52,3	47,8	43,2
Universitets- og høyskolenivå	25,4	27,2	25,7	27,9	24,4	17,4
Ingen utdanning eller uoppgitt	3,5	3,7	4,4	3,3	3,0	2,4
Kvinner	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Grunnskolenivå	19,5	6,8	9,1	18,3	30,0	45,4
Videregående skole-nivå	52,1	54,9	56,7	52,7	48,7	41,5
Universitets- og høyskolenivå	25,0	33,6	30,0	26,0	18,5	10,9
Ingen utdanning eller uoppgitt	3,4	4,6	4,2	3,0	2,8	2,1

Kilde: Utdanningsstatistikk, Statistisk sentralbyrå

Arbeid: Småbarnsmødres yrkesaktivitet øker fortsatt

Det var blant kvinner i alderen 25-34 år at yrkesaktiviteten økte mest fra 1980 til 1996. Denne utviklingen gjenspeiles også i tallene for gifte og samboende kvinner med små barn (tabell 4). For dem med yngste barn under tre år steg yrkesfrekvensen med 27 prosentpoeng i denne perioden (til 74). For dem med yngste barn i alderen tre til seks år steg yrkesprosenten med 22 prosentpoeng (til 79). Selv om mødres yrkesaktivitet fortsatt øker med alderen på barna, er forskjellene gradvis blitt mindre. Ettbarnsmødre er oftere yrkesaktive enn kvinner med flere barn under 16 år, men her har det skjedd en betydelig tilnærming, særlig etter 1990.

Tabell 4: Andel yrkesaktive blant gifte/samboende kvinner med barn under 16 år, etter antall barn og alder på yngste barn. 1996. Prosent

	Yngste barns alder				
	I alt	0-2 år	3-6 år	7-10 år	11-15 år
Gifte/samboende kvinner med barn under 16 år i alt	80	74	79	85	86
1 barn	83	78	79	84	86
2 barn	81	76	81	86	87
3 barn eller flere	73	63	78	83	:

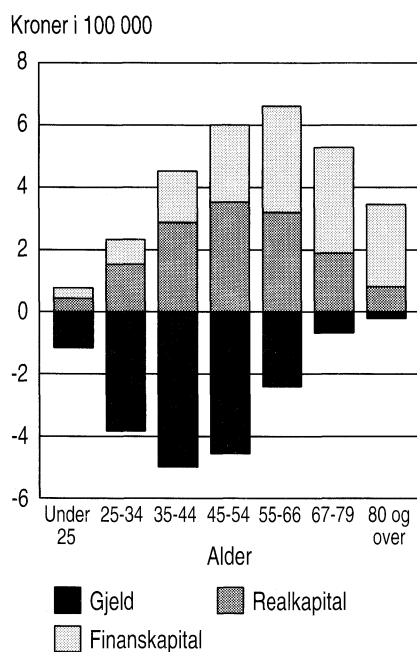
Kilde: Arbeidskraftundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå

Kvinner som er unge i dag, satser i langt større grad på høyere utdanning med en etterfølgende yrkeskarriere enn unge kvinner gjorde for et tiår eller to siden. Utviklingen må også forstås på bakgrunn av kvinners ønske og krav om likestilling i samfunns- og familieliv. I de siste tiår er det da også blitt en jevnere fordeling av husarbeidet mellom kvinner og menn (Kitterød og Roalsø 1996). Fedre tar mer del i den daglige omsorgen for barna enn tilfellet var i tidligere generasjoner. Barnehagedekningen er samtidig blitt bedre, og etter hvert er det også opprettet fritidsordninger for barn i småskolen. Dessuten er permisjonsrettighetene i forbindelse med barneomsorg blitt sterkt utvidet. Det gjør det, i større grad enn før, mulig for mødre å beholde tilknytningen til arbeidsmarkedet mens de er hjemme med små barn. I dag er det få kvinner som sier opp stillingen sin i denne fasen.

Inntekt og forbruk: Formuen er stadig skjevare fordelt

Den halvparten av husholdningene som hadde lavest brutto finanskapital, disponerte bare 4 prosent av den totale brutto finanskapitalen som husholdningene samlet disponerte i 1995. De 10 prosent av husholdningene som hadde høyest brutto finanskapital, disponerte nesten 60 prosent av denne verdien. I 1986 var fordelingen noe jev-

Figur 3: Formuesregnskap for husholdninger med ulik alder på hovedinntektstaker. 1995. Kroner



Kilde: Inntekts- og formuesundersøkelsene

nere. De 50 prosent med lavest brutto finanskapital disponerte nærmere 6 prosent mot i overkant av 50 prosent for de 10 prosent med høyest brutto finanskapital.

Både brutto finanskapital, realkapital og gjeld varierer systematisk mellom yngre og eldre husholdninger. Størst gjeld hadde i 1995 hus-

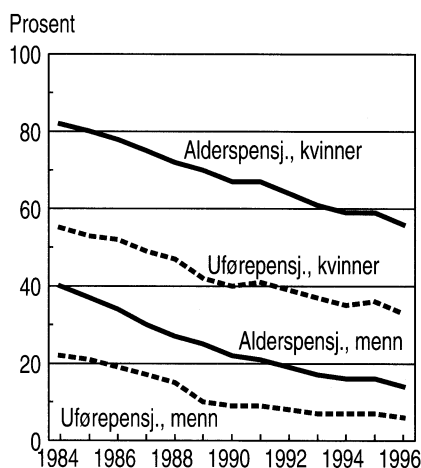
holdninger med hovedinntektstaker i alderen 35-44 år, snaut 500 000 kroner, mens de litt yngre og de litt eldre husholdninger hadde omtrent like stor gjeld. Brutto finanskapitalen øker med alderen opp til aldersgruppene 55-66 år og 67-79 år. Begge gruppene hadde om lag 340 000 kroner i brutto finanskapital i 1995. Først blant husholdninger med hovedinntektstaker 55-66 år er brutto finanskapitalen større enn gjelden. En må imidlertid ta hensyn til at brutto finanskapitalen er noe undervurdert, mens dette neppe er tilfellet med gjelden.

Netto finanskapitalen, det vil si brutto finanskapitalen fratrasket gjeld, har fra 1986 til 1995 særlig økt for eldre, både enslige og par, økningen var vel 80 000 kroner (til 207 000 kroner for enslige eldre og 317 000 kroner for eldre par). Netto finanskapitalen ble i samme periode redusert særlig for middelaldrende, både enslige og par uten barn. Reduksjonen var henholdsvis 60 000 og 130 000 kroner (til 3 000 kroner og -81 000 kroner).

Sosial trygghet: Færre minstepensjonister - høyere pensjoner

Gjennomsnittlig alderspensjon omregnet til 1995-kroner har økt fra 61 500 kroner i 1984 til 81 000 kroner i 1996, en økning på 32 prosent. Økningen skyldes at det blir færre minstepensjonister og at tilleggs pensjonistene får høyere tilleggspensjon. De eldste pensjonistene med de laveste pensjonene faller fra, mens nye pensjonister med høyere pensjoner kommer til og trekker gjennomsnittet opp. Mens tre av fire eller 385 000 alderspensjonister hadde minstepensjon i 1980, var dette redusert til to av fem eller 245 000 i 1996. Da hadde 22 prosent eller 52 000 uførepensjonister og 14 prosent eller

Figur 4: Andel pensjonister med minstepensjon blant alders- og uførepensjonister. Menn og kvinner. 1984-1996. Prosent



Kilde: Rikstrygdeverket

4 400 etterlattepensjonister minstepensjon.

Gjennomsnittlig alderspensjon for kvinner økte med 16 prosent i perioden 1984-1996, mot 34 prosent for menn. Snart er det bare kvinner som er minstepensjonister (se figur 4). Den økte yrkesaktiviteten blant kvinnene har altså ikke resultert i at deres pensjoner har holdt tritt med mennenes. Da dagens pensjonister var yrkesaktive og la grunnlaget for sine pensjonsrettigheter, hadde fortsatt mange kvinner avbrudd i yrkeslivet og mange arbeidet deltid. Dette gjelder også mange av dem som blir pensjonert i dag. Dermed er det først og fremst mennene som hittil har nytt godt av reglene for beregning av tilleggspensjon.

Boforhold: Økende privat utleiemarked

En konsekvens av boligprisfallet i 1988 og stigende boligpriser fra 1993 synes også å være en betydelig økning i det private utleiemarkedet. De i utgangspunktet lave bruktboligprisene, og etter hvert

utsikten til økte priser, førte antakelig til at mange valgte å sitte med en ekstra bolig i påvente av et mer gunstig salg. I 1995 eide 10 prosent av husholdningene en ekstrabolig, 1 prosent eide to eller flere ekstraboliger. Dette var en liten økning fra 1988, da 8 prosent av husholdningene eide ekstrabolig. I 1995 utgjorde utleie av sokkelboliger og ekstraboliger om lag to tredeler av det totale antallet leieboliger. Fra 1988 til 1995 økte antallet leieboliger med 100 000 til 400 000. Nesten halvparten av denne veksten kan tilbakeføres til økt utleie av private ekstraboliger, dvs. fra private husholdninger som eier mer enn én bolig. Resten av veksten skyldes utleie av sokkelboliger. Veksten fant først og fremst sted gjennom en bedre utnyttelse av småhusmassen som var bygd tidligere (Nordvik 1996).

Denne situasjonen er trolig ganske konjunkturbestemt, og har sammenheng med det sterke prisfallet på boliger, som gjorde det lite fristende å selge, og med den begynnende prisoppgangen helt på slutten av perioden. I og med at profe-

Tabell 5: Sammensetningen av leieboligmarkedet. 1981, 1988 og 1995. 1 000 boliger

	1981	1988	1995
I alt	359	307	418
Sokkelbolig	54	45	109
Ekstrabolig inne i annen bolig	16	13	14
Annen ekstrabolig eid av private husholdninger	116	116	163
Privateid personalbolig	35	14	11
Offentlig eid personalbolig	16	17	22
Sosial utleie	42	51	56
Profesjonell utleie	67	45	41
Annet	4	6	1

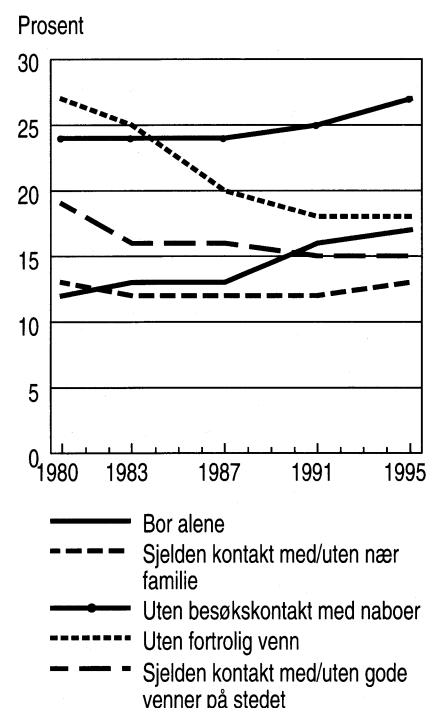
Kilde: Boforholdsundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå

sjonell utleie er svært begrenset (anslått til ca. 40 000 boliger i 1995 (Nordvik 1996)), kan en kanskje si at leiemarkedet er ganske stabilt.

Sosial deltaking: Flere har gode og fortrolige venner

På tross av at flere bor alene og at færre har kontakt med mange naboer, har utviklingen i det sosiale kontaktmønsteret langt fra vært entydig negativ. Den mest påfallende endringen i positiv retning de siste 15 årene har vært økningen i andelen som oppgir at de har fortrolige venner utenom familien. Fortrolig venn er definert som "noen som står deg nær og som du kan snakke fortrolig med". Knappt en av fem, 18 prosent, hadde ingen fortrolig venn utenom familien i 1995, sammen-

Figur 5: Utvikling i andel aleneboende og i ulike former for svak sosial kontakt. Personer 16-79 år. 1980-1995. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsene

lignet med omkring en av fire, 27 prosent, på begynnelsen av 1980-tallet (figur 5).

I tillegg har det vært en svak, men jevn, nedgang i andelen som sier at de sjelden har kontakt med eller er helt uten "gode venner" på bostedet. Denne nedgangen skyldes nesten utelukkende en økning i kontakthyppheten. Både i 1980 og i 1995 var om lag en av ti helt uten gode venner på bostedet.

De fortrolige vennskapene synes å ha en betydelig grad av varighet. Vel 60 prosent av dem som hadde fortrolige venner, oppgav i 1995 at ett eller flere av disse vennskapene hadde vart i 10 år eller mer.

Stabil familiekontakt

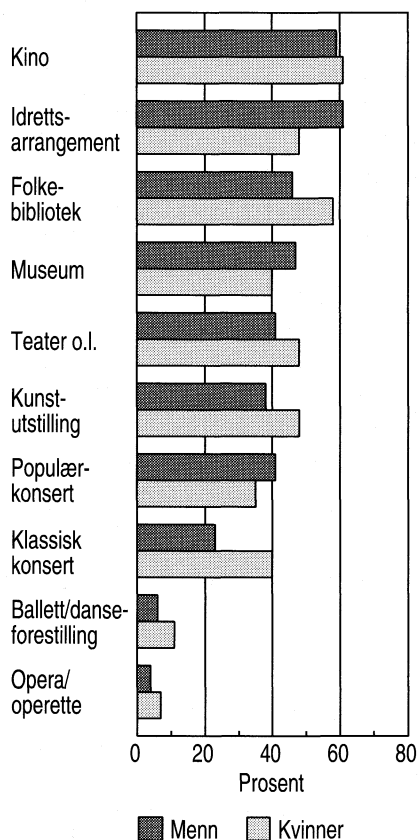
Familie regnes her som foreldre, søsken og egne barn 16 år og eldre. 13 prosent av befolkningen hadde i 1995 sjelden eller ingen kontakt med slike nære familiemedlemmer, omtrent like mange som i 1980, se figur 5. Som nevnt, er ikke alle former for familiekontakt (for eksempel kontakt med tanter, onkler og besteforeldre) tatt med, heller ikke telefon- og brevkontakt.

Lavere dødelighet har ført til at det er blitt gradvis flere som har foreldre i live. I 1973 hadde seks av ti i den voksne befolkningen foreldre i live, i 1995 sju av ti. Kontakten med barn som har flyttet hjemmefra er blitt litt hyppigere, mens kontakten med søsken har vært så godt som uforandret (Noack og Barstad 1994).

Fritid og kultur: Kvinner ivrige kulturbrukere

Barn og ungdom er gjennomgående ivrigere brukere av kulturtilbud enn de voksne og de går ofte på kino, museer, bibliotek og ballettforestillinger. Barn går også oftest på

Figur 6: Andel menn og kvinner som har benyttet ulike kulturtilbud siste 12 måneder. 1997. Prosent



Kilde: Kultur- og mediebruksundersøkelsen 1997

idrettsarrangement. Populærkonserterne er i særlig grad et tilbud som de unge benytter seg av.

Jevnt over benytter kvinner de ulike kulturtilbudene oftere enn menn. Dette gjelder teater/musikal/revy, klassisk konsert, kunstutstilling og folkebibliotek. Andelen som går på kino, opera, populærkonserter og museum er nesten like stor blant begge kjønn, mens menn oftest går på idrettsarrangement, se figur 6.

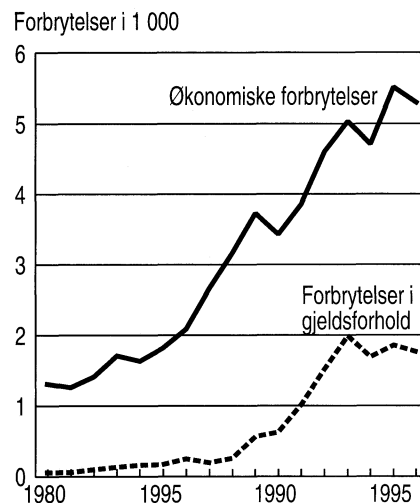
Folk med høy utdanning bruker de fleste kulturtilbudene mer enn de med lav utdanning. Mens det i be-

folkningen som helhet var 44 prosent som hadde vært på teater, musikal eller lignende kulturtilbud siste 12 måneder i 1997, var andelen 65 prosent blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning. 43 prosent av hele befolkningen hadde vært på kunstutstilling, blant de høyt utdannede var andelen 69 prosent. Slike forskjeller kan både skyldes økt interesse gjennom sosialisering i løpet av utdanningen, og at folk med høyere utdanning i større grad bor i områder med et bredt kulturtilbud.

Kriminalitet: Økonomisk kriminalitet: økt oppmerksomhet

Økonomisk kriminalitet er kriminalitet begått i tilknytning til økonomisk virksomhet som i seg selv er, eller forutsettes å være, lovlig (se for eksempel St.meld. nr. 23). Oppmerksomheten mot denne typen kriminalitet er blitt skjerpet, ikke minst på grunn av en markant økning av politiets arbeidsmengde i slike saker under de økonomiske

Figur 7: Ferdig etterforskede økonomiske forbrytelser og forbrytelser i gjeldsforhold. 1981-1996



Kilde: Kriminalstatistikk

nedgangstidene i siste halvdel av 1980-årene. Det avhenger i stor grad av ressurser og kapasitet hos det offentlige kontrollapparatet om økonomisk kriminalitet skal bli oppdaget, anmeldt og etterforsket. Arbeidet med bevismaterialet i forbindelse med slike lovbrudd kan være svært komplisert og krevende.

I 1989 ble politiet rustet opp ved at den spesialiserte etterforskningsetaten Økokrim ble etablert. Stortingsmelding nr. 23, 1991-1992 utpekte økonomisk kriminalitet som et "særlig satsningsområde". Økt oppmerksomhet og større kunnskap om økonomisk kriminalitet kan, sammen med større kompetanse og mer ressurser hos politiet, ha bidratt til den store økningen i antall etterforskede saker i perioden 1980-1996. Det skjedde en firedobling fra 1 300 etterforskede forbrytelser i 1980 til 5 300 i 1996. Med unntak av noen få år, har økningen vært jevn og markert i hele perioden. Økningen gjaldt i begynnelsen av perioden først og fremst forbrytelser i gjeldsforhold, ofte kalt "konkurskriminalitet" (se figur 7). Etter 1993 gjelder økningen først og fremst forbrytelser mot ligningsloven og lov om merverdiavgift.

Kapitlet om ungdoms levekår er skrevet av Kari-Mette Roalsø og Dag Ellingsen, kapitlet om befolkning av Lars Østby og Halvard Skiri, kapitlet om helse av Jorun Ramm, Finn Gjertsen, Anne Mundal, Merete Thonstad og Jon Erik Finnvold, kapitlet om omsorg av Åsne Vigran, kapitlet om utdanning av Per Morten Holt og Thorstein Ouren, kapitlet om arbeid av Tor Petter Bø og Jan Lyngstad, kapitlet om inntekt og forbruk av Ingrid Melby og Eiliv Mørk, kapitlet om sosial trygghet av Eva Birke-land og Åne Osmunddalen, kapitlet om boforhold av Arne S. Andersen, kapitlet om sosial deltaking av



Anders Barstad, kapitlet om fritid og kultur av Odd Frank Vaage, og kapitlet om kriminalitet er skrevet av Ulla Haslund.

Litteratur

Kitterød, Ragni Hege og Kari-Mette Roalsø (1996): Arbeidstid og arbeidstidsønsker blant foreldre, *Samfunnsspeilet* 1996, 1, Statistisk sentralbyrå, 12-23.

Nordvik, Viggo (1996): Mot et mer ustabilt leiemarked? *Samfunnsspeilet* 1996, 4, Statistisk sentralbyrå, 15-18.

Noack, Turid og Anders Barstad (1994): Søskenrelasjoner: Fortsatt vanlig med mange søsken og hyppig kontakt, *Samfunnsspeilet* 1994, 1, Statistisk sentralbyrå, 40-44.

St.meld. nr. 23 (1991-1992): *Om bekjempelse av kriminalitet*, Justisdepartementet.

Hvordan har vi det egentlig?

Det går så det suser i Norge. Oljepengene strømmer inn i landet, det private forbruket øker og boligprisene skyter i været. Boken *Sosialt utsyn 1998* bekrefter langt på vei inntrykket av at de fleste av oss har det bedre enn noen gang. Men sier den noe om hvordan vi egentlig har det?

Morten Ryen

Statistisk sentralbyrå (SSB) har en viktig oppgave i det norske samfunnet. "Byrået", som ble opprettet allerede i 1876, er Norges sentrale institusjon for innsamling, bearbeiding og formidling av offentlig statistikk. Statistisk sentralbyrås statistikker og analyser er i første rekke viktige arbeidsredskaper for offentlig planlegging og samfunnsstyring. Men også andre som søker faktaopplysninger om det norske samfunnet, enten det er byråkrater, forskere, studenter eller journalister, har nytte av den offentlige statistikken.

Å lese statistikk

Å lese og forstå statistikk er ingen enkel oppgave. Ta eksempelet med "barn født utenfor ekteskap". Det har vært ført statistikk for "uekte barn" i kirkebøkene, langt tilbake i historien. Lenge før Statistisk sentralbyrå ble startet. Statistikken føres fremdeles, og i årets utgave av *Sosialt utsyn* kan vi lese at andel barn født utenfor ekteskap er økt fra 14 prosent i 1980 til 48 prosent i 1996. Men hva betyr det? Helt fram til midten av 1970-tallet betydde "barn utenfor ekteskap" nesten alltid barn født av unge ugifte mødre. I dag forteller tallene i første rekke om endringer i samlivsmønsteret: Svært mange barn blir født i etablerte samboerforhold. Uten denne tilleggskunnskapen blir tallene meningsløse.

Statistikk må med andre ord fortolkes og forklares for å gi mening, og for en legmann er det fort gjort å forstå statistikken feil.

Formidling

Statistisk sentralbyrå nøyer seg heldigvis ikke bare med å føre statistikk. Nettopp fortolkning og forklaring på hva statistikken betyr er en viktig del av virksomheten.

I de senere år har formidlingen fra Statistisk sentralbyrå tatt seg betraktelig opp. Foruten den løpende produksjon av statistiske årbøker og statistikkhefter på avgrensede områder, gir SSB ut tidsskriftet *Samfunnsspeilet* seks ganger i året. Egne hjemmesider på Internett, der det blant annet er mulig å søke på statistikk etter emne, stille spørsmål og bestille publikasjoner, bidrar ytterligere til å gjøre statistikken tilgjengelig for den interesserte allmennhet. De elektroniske hjemmesidene oppdateres ofte flere ganger om dagen.

Publikasjonen *Sosialt utsyn 1998* er et viktig element i formidlingen fra Statistisk sentralbyrå. *Sosialt utsyn* ble første gang gitt ut i 1974, og årets utgave er den sjuende i rekken. Boken presenterer fyldige artikler om viktige sider ved samfunnsutviklingen, og har derfor helt siden starten vært et nyttig oppslagsverk for samfunnsengasjerte mennesker i høyere utdanning, media og forvaltning.

Forrige utgave kom i 1993, men planen nå er å gi ut boken annet hvert år. Det er klokt i en verden der forandringstakten er rask. I 1993-utgaven er tallmaterialet fra 1990 og 1991, noe som har begrenset interesse i 1998. Årets utgave er i det alt vesentlige basert på tall fra 1996, men enkelte statistikker er ført helt fram til 1997.

Antall sider er redusert fra drøyt 450 i 1993-utgaven til 250 i årets utgave, uten at leseren av den grunn får følelsen av å miste noe vesentlig. Publikasjonen skal være en oversikt og en innfallsport til mer detaljert statistikk, så det er uansett nødvendig å gjøre en avgrensing.

Sosiale indikatorer

Årets utgave av Sosialt utsyn er delt inn i 11 nummererte kapitler om avgrensede temaer som befolkningsutvikling, helse, arbeid, utdanning, kriminalitet, boforhold - og så videre. Inndelingen er grei, og en gjenspeiling av den tematiske inndeling vi finner igjen i byråets øvrige publikasjoner. Boken inneholder også et vedlegg med sosiale indikatorer som viser utviklingen i sosiale levekår langs noen viktige dimensjoner fra 1980 og fram til i dag. Sosiale indikatorer er statistiske mål som skal beskrive eller belyse viktige sider ved samfunnsutviklingen. Hensikten er i første rekke å invitere til spørsmål om og refleksjon over samfunnsutviklingen.

Ungdoms levekår

1993-utgaven av Sosialt utsyn hadde et oversiktskapittel om Levekår i Norge som fungerte som en slags oppsummering av innholdet i resten av boken. Det kapittelet er tatt ut av årets utgave, uten at jeg helt skjønner hvorfor. Beklagelig er det i alle fall. I årets utgave får leseren utdelt alle brikkene, men må legge puslespillet selv.

I stedet for oversiktskapittelet er det kommet et nytt kapittel som heter "Ungdoms levekår". Dette er plassert foran de andre kapitlene og har ikke fått noe kapittelnummer, noe som kan tyde på at det er lagt til etterpå – uvisst av hvilken grunn. Innholdet er interessant nok, og forfatterne begrunner kapittelet blant annet med at det er viktig å studere levekårene i ulike aldersgrupper. Ungdomsfasen er viktig fordi den peker framover. Det er i denne fasen grunnlaget for resten av voksenlivet legges ved valg av utdanning, yrke og samlivsform. Ungdomstiden har også innslag av vold, rus og kriminalitet som kan true unges framtidsmuligheter.

Kapittelet om ungdoms levekår forsvaret sin plass i boken ved at det endrer det allmenne inntrykket av at alt går den riktige veien i kongeriket Norge. Statistikken viser at ungdom ikke i samme grad som andre aldersgrupper har fått del i velstandsutviklingen de siste årene.

Tross lange og solide utdannelser sakker ungdom akterut økonomisk, de er hyppigere sosialhjelpsmottakere, og har større problemer med å komme inn på arbeidsmarkedet og boligmarkedet enn de som er noen år eldre.

Jeg vet ikke om tanken er å presentere levekår for andre aldersgrupper i senere utgaver av Sosialt utsyn, med det ville ikke være noen dårlig idé. Hva med å si noe om hvordan pensjonistene egentlig har det? Mytene om hvor begredelig denne gruppen har det er seiglivet. Kanskje hadde det rett og slett vært en tanke å legge om hele boken slik at levekårsdataene ikke presenteres tematisk, men etter aldersgrupper eller livsfase?

Leservennlig

Sosialt utsyn 1998 har en tiltalende form. Teksten er i to spalter, noe som øker lesbarheten og tilgjengeligheten. Innimellom er det satt inn bokser med forklarende tekst som går over en eller to spalter. Også disse bidrar til å dele opp stoffet og gjør det mer leservennlige, samtidig som leseren får tilleggsopplysninger om viktige definisjoner og begreper og hvilke forbehold som må tas når man tolker statistikken. Tabellene er greie og oversiktlige, og grafene er gode illustrasjoner til teksten.

Fotografiene, som innledet hvert kapittel i den forrige utgaven, er borte i årets utgave. Det sparer plass og penger, men samtidig gjør det publikasjonen tørrere enn den behøver å være. Utgiveren kunne ha valgt å gå den andre veien og brukt flere fotografier. Alle undersøkelser viser at noe av det første en leser fester seg ved, foruten overskriftene, er bilder og bilde-tekst. Den språklige framstillingen er god, noe som antakelig skyldes at sluttredigeringen av teksten er gjort av bare to personer. Det er spesiell grunn til å framheve bruken av mellomtitler gjennom hele teksten. Hvert avsnitt har en overskrift som forteller om hva avsnittet nedenfor inneholder.

Dette gjør innholdet meget oversiktlig og enkelt å finne fram i, og

når det samtidig er laget en detaljert innholdsfortegnelse bak i boken der alle mellomtitlene er med, blir Sosialt utsyn lett å bruke som oppslagsverk. En ingress foran på hvert kapittel, som sammenfatter hovedinnholdet, ville etter min oppfatning gjort teksten enda mer leservennlig.

Statistikkens begrensninger

Sosialt utsyn 1998 er bygget på et stort tilfang av det som på fagspråket kalles *deskriptiv statistikk*. Statistikken inneholder faktaopplysninger om enkeltindivider - i noen grad også husholdninger - i kongeriket Norge, og en systematisk sammenstilling av slik statistikk gjør Sosialt utsyn til et nyttig verktøy for mange formål. Samtidig er det grunn til å minne om hva statistikken ikke forteller noe om.

De færreste av oss har en identitet som sammenfaller med de statistiske kategorier. La gå at vi kan gjenfinne oss selv i kategorier som "enslige forsørgere", "par med barn", "sosialhjelpsmottakere" eller "menn 30-39 år". Men som levende mennesker inngår vi i sosiale sammenhenger som aldri kommer til syne i statistikken. Disse sammenhenger har avgjørende betydning for levekår og livskvalitet. Det er i familien, kameratflokkene, sykkklubben, familien, i idrettslaget og på arbeidsplassen vi lever våre liv. Ikke som isolerte individer, men som medlemmer av sosiale grupper, organisasjoner og samfunn.

Det er naturligvis urimelig å kreve at tallene fra SSB skal fortelle oss noe om kvaliteten på de sosiale relasjonene, meningen med livet, endringer i kulturelle verdier og normer. Deskriptiv statistikk egner seg ikke til slikt. Sosialt utsyn gir et overblikk over fordelingen av goder, byrder, plager og problemer - og som sådan er det en utmerket publikasjon. Men hvordan vi, som virkelige mennesker i et levende samfunn, egentlig har det, forteller den strengt tatt ikke så mye om.

Morten Ryen

er sosiolog og frilansjournalist.

Odd Frank Vaage

Norsk kulturbarometer 1997

Norsk kulturbarometer beskriver nordmenns bruk av forskjellige kulturtilbud, tilgang til og interesse for slike tilbud og egenaktiviteten på dette feltet. Publikasjonen gir også et bilde av utviklingen på disse områdene over de seinere åra.

Statistikken blir presentert ved hjelp av oversiktlige tabeller og figurer slik at stoffet skal være lett tilgjengelig. Hvert kulturtilbud blir presentert for seg, hvor det legges vekt på hvilke befolkningsgrupper som bruker de ulike tilbudene og hvor ofte de bruker dem.

Norsk kulturbarometer er et aktuelt oppslagsverk for alle som arbeider innenfor kultursektoren, for forskning, undervisning og for dem som ellers er interessert i dette feltet.

Publikasjonen er utgitt i kommisjon hos forlaget Ad Notam Gyldendal og er til salgs hos alle bokhandlere. Den kan også bestilles fra:

Statistisk sentralbyrå
Salg- og abonnementservice
Postboks 1260
2201 Kongsvinger

Telefon: 62 88 55 00
Telefaks: 62 88 55 95

Pris kr 155,-
inkl. mva.

ISBN 82-537-4538-9
ISSN 0804-3221



Returadresse:

Statistisk sentralbyrå
Salg- og abonnementservice
Postboks 1260
2201 Kongsvinger

Publikasjonen kan bestilles fra:

Statistisk sentralbyrå
Salg- og abonnementservice
Postboks 1260
2201 Kongsvinger

Telefon: 62 88 55 00
Telefaks: 62 88 55 95
E-mail: salg-abonnement@ssb.no

ISBN 82-537-4549-4
ISSN 0801-7603

Pris:
Institusjonsabonnement kr 280,- pr.år
Privatabonnement kr 190,- pr.år
Enkeltnummer kr 50,-



Statistisk sentralbyrå
Statistics Norway