

N

O

V

A

Eldre år, lokale variasjoner

Resultater fra Den norske studien av livsløp,
aldring og generasjon (NorLAG) – runde 1

**Britt Slagsvold &
Svein Olav Daatland (red.)**

Eldre år, lokale variasjoner

Resultater fra Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (NorLAG) – runde 1

BRITT SLAGSVOLD &
SVEIN OLAV DAATLAND
(RED.)

Med bidrag også fra
Morten Blekesaune, Sten-Erik Clausen, Thomas Hansen,
Katharina Herlofson, Tor Inge Romøren, Per Erik Solem,
Kirsten Thorsen & Kirsti Valset

Norsk institutt for forskning om
oppvekst, velferd og aldring
NOVA Rapport 15/2006

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) ble opprettet i 1996 og er et statlig forvaltningsorgan med særskilte fullmakter. Instituttet er administrativt underlagt Kunnskapsdepartementet (KD).

Instituttet har som formål å drive forskning og utviklingsarbeid som kan bidra til økt kunnskap om sosiale forhold og endringsprosesser. Instituttet skal fokusere på problemstillinger om livsløp, levekår og livskvalitet, samt velferds-samfunnets tiltak og tjenester.

Instituttet har et særlig ansvar for å

- utføre forskning om sosiale problemer, offentlige tjenester og overføringsordninger
- ivareta og videreutvikle forskning om familie, barn og unge og deres oppvekstvilkår
- ivareta og videreutvikle forskning, forsøks- og utviklingsarbeid med særlig vekt på utsatte grupper og barnevernets temaer, målgrupper og organisering
- ivareta og videreutvikle gerontologisk forskning og forsøksvirksomhet, herunder også gerontologien som tverrfaglig vitenskap

Instituttet skal sammenholde innsikt fra ulike fagområder for å belyse problemene i et helhetlig og tverrfaglig perspektiv.

© Norsk institutt for forskning om oppvekst,
velferd og aldring (NOVA) 2006
NOVA – Norwegian Social Research

ISBN 82-7894-244-7
ISSN 0808-5013

Forside: © Ingram Publishing
Desktop: Torhild Sager
Trykk: Allkopi/GCS

Henvendelser vedrørende publikasjoner kan rettes til:
Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
Munthesgt. 29 · Postboks 3223 Elisenberg · 0208 Oslo
Telefon: 22 54 12 00
Telefaks: 22 54 12 01
Nettadresse: <http://www.nova.no>

Forord

Samfunnsmessige endringer virker gjerne inn på individer via mellomliggende nivåer så som familier, nabolag og lokalsamfunn. Dette var noe av bakgrunnen for at vi forankret NorLAG-studien i 30 kommuner og bydeler som representerer et tverrsnitt av landet og ulike typer lokalmiljøer. Denne rapporten oppsummerer noen av resultatene fra første runde av datainn-samlingen, med spesiell vekt nettopp på lokale variasjoner. Gjør lokalmiljøet stor forskjell for livet i modne og eldre år – for helse og familieliv, for arbeid og pensjonering, for sosial deltakelse og livskvalitet? En tidligere rapport tok for seg hvorvidt ‘Morgendagens eldre’ kan antas å ha forskjellige verdier, forventninger og krav sammenliknet med dagens eldre generasjoner.

Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (NorLAG) er finansiert av Norges forskningsråd, NOVA og daværende Helse- og sosialdepartementet – nå Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Studien drives av en forskergruppe ved NOVA med Britt Slagsvold som prosjektleder og er del av forskningsrådets program for aldersforskning.

NorLAG følges opp neste år med en ny runde intervjuer med de samme personene, som vil gi muligheter for å analysere endringer over tid. Den nye runden blir koblet til den internasjonale Generations and Gender Study i et samarbeid med Statistisk sentralbyrå, som utvider studien til å dekke hele det voksne livsløpet. Den foreliggende rapporten er et skritt på veien, med vekt på sammenlikninger mellom lokalmiljøer og livsformer, identitet og livskvalitet i andre halvdel av livet. Takk til Gunhild Hagestad, Annemette Sørensen og Lars Grue for konstruktiv kritikk og nyttige kommentarer. De hefter ikke ved feil og svakheter som måtte gjenstå. Takk også til Toril Sager for layout og teknisk redigering.

NOVA, juni 2006

Britt Slagsvold

Svein Olav Daatland

Innhold

SAMMENDRAG	7
1 ALDRING OG ELDRE ÅR – LOKALE VARIASJONER	
Britt Slagsvold & Svein Olav Daatland	9
2 OM NORLAG, DATA OG METODER	
Sten-Erik Clausen & Per Erik Solem	17
3 DEN SOSIALE KONTEKSTEN	
Morten Blekesaune	23
4 HELSE OG BOSTED	
Tor Inge Romøren & Kirsti Valset	43
5 MENTAL HELSE OG LIVSKVALITET – INDIVIDUELLE VARIASJONER	
Britt Slagsvold, Sten-Erik Clausen & Thomas Hansen	57
6 MENTAL HELSE, LIVSKVALITET OG LOKALMILJØ – KONTEKSTUELL VARIASJON	
Britt Slagsvold, Sten-Erik Clausen & Thomas Hansen	77
7 ENSOMHET OG LOKALMILJØ	
Kirsten Thorsen & Morten Blekesaune	93
8 SUBJEKTIV ALDER OG ALDRING	
Svein Olav Daatland, Per Erik Solem & Kirsti Valset	105
9 FAMILIEN I ANDRE HALVDELEN AV LIVET	
Svein Olav Daatland & Katharina Herlofson	137
10 PENSJONERING OG TILKNYTNING TIL ARBEID – LOKALE VARIASJONER	
Per Erik Solem & Morten Blekesaune	161
11 STEDSTILKNYTNING OG ALDER	
Britt Slagsvold & Per Erik Solem	177
SUMMARY.....	193

Sammendrag

Rapporten tar for seg lokale variasjoner i eldre år – forholdet mellom individ og miljø og betydningen av lokale og stedlige kvaliteter for trekk ved kvinners og menns livsløp og aldring. Datagrunnlaget er fra Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (NorLAG), der vi har intervjuet mer enn 5 500 personer i alderen 40–79 år om livsvilkår og livsformer i andre halvdel av livet. Utvalget ble trukket fra 30 kommuner og bydeler som representerer et tverrsnitt av lokalmiljøer – store og små, fra ulike regioner.

Kapittel 1 (Aldring og eldre år – lokale variasjoner) gir en kort teoretisk skisse av hvorfor og hvordan lokalmiljøet kan antas å virke inn på aldring og eldre år, et tema som følges opp i empiriske og tematiske studier i de påfølgende kapitlene, og som avrundes med en teoretisk og empirisk diskusjon i det avsluttende kapittel 11 om ‘Stedstilknytning og alder’. Her konkluderes det at stedstilknytning er viktig for mange, og især i eldre år. Eldre er mer knyttet til stedet de bor enn yngre, og stedstilknytningen bidrar sterkere til livskvalitet i eldre sammenliknet med yngre år.

Kapittel 2 presenterer NorLAG-undersøkelsens data og metoder, mens kapittel 3 beskriver de 30 lokalmiljøene i nærmere detalj.

Kapittel 4 tar for seg helseforskjeller mellom lokalmiljøene, og finner betydelige forskjeller i egenoppfatning av helse, i andelen som selv synes helsa er dårlig – en forskjell som ser ut til å skyldes sammensetningen av befolkningen (komposisjonelle forhold) mer enn karakteristika ved kommunene (kontekststuelle forhold). Sosiale forskjeller i helse er trolig mindre i Norge enn i land med større sosial ulikhet.

Kapittel 5 og 6 tar for seg individuell og lokal variasjon i mental helse, slik det lar seg måle via depresjon, angst og subjektiv velvære (livskvalitet). Symptomer på psykiske lidelser er utbredt, og mer blant kvinner enn menn og ved helseproblemer. Depresjon synes å være mer utbredt i eldre år, mens angstproblemer synes noe mindre vanlige blant eldre sammenliknet med middelaldrende. Subjektiv livskvalitet er tildels stigende med alderen, forutsatt god helse og et godt sosialt nettverk. Det er tildels betydelige forskjeller i utbredelse av mentalhelseproblemer kommunene imellom, noe som langt på vei kan forklares ved befolkningens sammensetning, levekår og utdanningsnivå. Kapittel 7 følger opp ved å se spesielt på utbredelsen av

ensomhet. Risikoen for ensomhet knytter seg først og fremst til familie-situasjon og helse, i mindre grad til egenskaper ved lokalmiljøet.

Kapittel 8 (Subjektiv alder og aldring) tar for seg hvordan alderen ser ut innenfra, som opplevde aldersforandringer og aldersidentiteter – hvilken alder man identifiserer seg med, hvor gammel man føler seg og ønsker å være. Det å bli eldre bringer ikke bare med seg negative endringer (svekkelse), men også positive trekk (personlig vekst). Flertallet føler seg yngre enn de er, og ønsker å være enda yngre, noe som vitner om negative holdninger til aldring og eldre år, og mer så for menn enn for kvinner.

I kapittel 9 er temaet 'Familien i andre halvdel av livet'. Her beskrives familie- og husholdsstrukturen, og herunder den store variasjonen i så måte, fra de som er forankret i store familienettverk til de familieisolerte, som domineres av kvinner i storbyen og menn på landet. Solidariteten mellom generasjonene er jevnt over betydelig, men nyere trekk og familie-former kan være en risiko, f.eks. de økte skilsmisserater, som bl.a. ytrer seg i form av svekket kontakt mellom foreldre og voksne barn, især for skilte fedres del.

Kapittel 10 tar for seg pensjoneringsmønstre, som viser at sysselsettingen faller jevnt i alderen 60–68 år, der variasjonen mellom lokalmiljøene er relativt liten, men likevel slik at den faktiske pensjoneringsalderen er høyere i Oslo/Akershus enn i Troms, noe som reflekterer både forskjeller i arbeidsmarkeder og i befolkningens sammensetning, f.eks. med hensyn til utdannelsesnivå.

Det avsluttende kapittel 11 forsøker så å trekke de teoretiske trådene hva gjelder 'stedets' betydning, og illustrerer det empirisk ved sammenhengen mellom stedstilknytning og subjektiv livskvalitet. Eldre er rimeligvis mer knyttet til stedet enn yngre, og – kanskje mindre ventet – at stedstilknytning ser ut til å bety mer for livskvalitet i eldre sammenliknet med middelaldrende år.

1 Aldring og eldre år – lokale variasjoner

Britt Slagsvold & Svein Olav Daatland

Innledning

Aldring og livsløp spiller seg ut i lokale sammenhenger, og det er rimelig å anta at disse sammenhengene virker inn på så vel utviklingen gjennom livet som de resulterende mønstrene i eldre år, og at de kan gjøre det på flere områder – helse, sosiale nettverk, økonomi – og kanskje ulikt for kvinner og menn. Samfunnsmessige endringer på makronivå virker gjerne inn på individene via mellomliggende nivåer og relasjoner, så som familier, nabolag og lokalsamfunn. Dette var noe av utgangspunktet for Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (NorLAG) og ble et bærende prinsipp for designet av undersøkelsen. Utvalget ble derfor trukket fra 30 kommuner og bydeler som representerer et tverrsnitt av landet og typer av lokalmiljøer, fra nord til sør og fra bygder til småbyer og storby (Mer om designet og de 30 lokalmiljøene følger i kapittel 2 og 3).

De sentrale målene med NorLAG er å studere noen av de viktigste endringer og overganger i andre halvdel av livet med sikte på å utforske betingelsene for 'vital aldring' og livskvalitet i eldre år, og herunder lokalmiljøets betydning for dette. Også viktig var å kunne bidra til å gi kunnskaper for å utvikle en bærekraftig politikk og praksis på eldreområdet. Undersøkelsen er derfor organisert under fire hovedtemaer: helse og omsorg, mestring og livskvalitet, arbeid og pensjonering og familie og generasjonsforhold.

Mange større aldringsstudier, og især de som er lagt opp etter et longitudinelt design der man følger samme personer over tid, bygger på utvalg i ett eller noen få lokalsamfunn. Det finnes knapt longitudinelle studier om aldring med landsrepresentative utvalg, og det er stor mangel på komparative perspektiver og analyser på tvers av miljøtyper (O'Rand & Campbell 1998). Svært få bruker forskjeller mellom lokalmiljø for å forstå variasjoner i aldring og livsløp eller for å belyse forholdet mellom aldring og velferd. Vår hypotese er altså at lokalsamfunnet utgjør en viktig rammebetingelse for aldring, velferd og livsløp. En annen grunn til at vi forankret studien i et utvalg av kommuner og bydeler var av mer praktisk art, nemlig mulighetene

for å følge opp utvalget og sikre en god responsrate i påfølgende runder av studien, som ville vært vanskelig dersom informantene var spredt over hele landet.

Er det rimelig å vente at lokalmiljøet skaper forskjeller av betydning i kvinners og menns liv, livsløp og aldring? Folk flest vil trolig svare ja ut fra egen erfaring. Hvor og hvordan man bor, og hvem de andre som bor på stedet er, kjennes viktig på godt og vondt. Derfor har de fleste klare meninger om hvor de vil og kanskje særlig hvor de *ikke* vil bo. Mange strekker seg langt for å bo i et gitt miljø eller for å unngå å bo i et annet. Hva ved lokalmiljøet som har betydning, kan imidlertid variere – nærhet til natur eller kultur, til familie eller arbeid, eller snarere en viss avstand – et ønske om anonymitet. Slik sett kan det være vanskelig å avdekke sammenhenger mellom lokalmiljøets særtrekk på den ene siden og forhold ved den enkeltes liv og livskvalitet på den andre.

Individ og miljø

Forholdet mellom individ og miljø, og hvor tilpasset de er hverandre, viser systematiske mønstre, ikke minst i forhold til alder. Hva som er trygt, stimulerende og attraktivt endres gjennom livet, og har vært et viktig tema for sosialgerontologisk forskning (Lawton 1977, Kahana 1982, Carp 1987, Wahl & Lang 2003). Dette er også en av grunnene til at vi i NorLAG er interessert i å studere betydningen av lokalsamfunn og omgivelser. Aldersforskere har lansert teorier og modeller om forholdet mellom person og miljø hvor noen legger størst vekt på det fysiske miljø (f.eks. Lawton 1982), noen på det sosiale miljø (f.eks. Kahana 1982) og andre på interaksjonen mellom disse (Wahl & Lang 2003). Felles for disse modellene er at man antar at miljø og omgivelser blir viktigere for personens funksjon og velvære i høy alder, når helse og førlighet svekkes.

Hva ved miljøet som er særlig viktig endres altså gjennom livet. I en modell om person-miljø sammenhengen som Wahl & Lang (2003) kaller 'Social-physical Place Over Time' (SPOT) postulerer de to grunnleggende sosiale motiver: opplevelse av sosial tilhørighet (social-physical belonging) og av sosial handlekraft (social-physical agency). Svekkelser og tap som gjerne melder seg fra middelalder og til alderdom bidrar til at sosial handlekraft blir *mindre* viktig for livskvaliteten, mens sosial tilhørighet blir relativt *mer* viktig. Mens sosial handlekraft kan utøves i mange sammenhenger, er tilhørighet oftest nært knyttet til miljø eller sted. Stedet innebærer kontinuitet, mening, trygghet og gjenkjennelighet, ikke bare gjennom de aller

nærmeste, men også gjennom implisitt kunnskap som ligger i å ha bodd på et sted over tid. Sted og lokalmiljø kan altså bli viktigere med økende alder. Derfor er betydningen av lokalmiljø i ulike faser av voksenlivet et interessant perspektiv når vi skal belyse betingelser for 'vital aldring' og livskvalitet i eldre år, slik et av de overordnede målene med NorLAG er.

Mens aldersforskere har vært særlig opptatt av hvordan personens kompetanse samsvarer med miljøets krav, har man i den mer generelle psykologiske og sosiologiske forskningen vært mer opptatt av trekk ved selve lokalsamfunnet (community). Det kan dreie seg om forutsetninger for sosialt samhold (Sampson et al. 1997), om virkninger av velstand og forfall i nabolaget (Ross et al. 2001), eller om tillit (Putnam 2000). Sentralt i denne litteraturen er at karakteristika ved lokalsamfunnet har konsekvenser for personene som bor der, og at det finnes sosiale karakterforskjeller mellom lokalmiljøene utover det at befolkningen er ulikt sammensatt. Man uttrykker det gjerne som at kontekstuelle forhold (miljø) har betydning i seg selv og utover de komposisjonelle forhold (befolkningens sammensetning) (se f.eks. Kawachi et al. 1999a, Slagsvold 2005).

Lokalsamfunnet

Lokalsamfunnet kan altså tenkes å virke inn på aldring og eldre år langs flere dimensjoner, institusjonelle, miljømessige, kulturelle og komposisjonelle. På det institusjonelle nivået dreier det seg om kommuner og bydeler som er politiske og administrative enheter, og som direkte og indirekte former rammebetingelsene for livet i eldre år. Som ansvarlig for eldreomsorgen gir kommunen bedre eller dårligere tilgang til omsorgstjenester. Det økonomiske, politiske og kulturelle klimaet i kommunen kan også påvirke levekårene for eldre mer indirekte, f.eks. via hvor godt eller dårlig kommunen klarer å trekke til seg personer og kompetanser som den trenger. Fraflyttings- og tilflyttingskommuner er kontraster her.

Kommunen er også lokalisert i en lokal økonomi og et lokalt arbeidsmarked, som kan påvirke pensjoneringsmønstre direkte og sosiale nettverk mer indirekte via tilflytting og utflytting. Levekår og livsstil vil også preges av geografien, f.eks. hvor korte eller lange avstander til viktige serviceinstitusjoner er. Lange avstander og dårlige kommunikasjoner kan gjøre det tyngre å klare seg i eldre år, men kan kompenseres av et tilbud av eldrevennlige boliger på de lokale tettstedene.

Behovspresset kan også variere i omfang og profil. Noen kommuner har en ung befolkning, andre har mange eldre. I dette ligger ikke bare ulike

utfordringer for kommunen, men også kilder til ulike kulturer og miljøtyper, ikke bare i det tradisjonelle skillet mellom by og land, men også innenfor hver av disse. De sosiale nettverkene kan være mer eller mindre åpne, mer eller mindre inkluderende. Nabolag og nærmiljø kan også variere med hensyn til hvor sterkt eller svakt det sivile engasjementet er. De sosiale nettverkene kan være mer eller mindre åpne, mer eller mindre inkluderende. Nabolag og nærmiljø kan variere med hensyn til hvor sterkt eller svakt det sivile engasjementet er og hvilke ressurser som ligger der og kan høstes av ved behov.

Lokalmiljø kan variere i kultur, f.eks. i måter man omgås på, hva man samhandler om, og i normer og forventninger til andre. Det er i stor grad slike sider litteraturen om 'samfunnspsykologi' (community psychology, se f.eks. Perkins 2002) og 'sosial kapital' (Kawachi & Berkman 2000, Putnam 2000) dreier seg om. Studiene og teoriene på dette området er bl.a. lokalmiljøets betydning for fysisk helse (Kawachi et al. 1999a, 1999b), psykisk helse (Ross 2000), kriminalitet (Sampson et al. 1997), barns og ungdoms levekår, sosial ulikhet og økonomisk vekst (OECD 2001).

Selv om interessen for lokalmiljøets og sivilsamfunnets betydning for individers velferd er av gammel dato, har den fått fornyet interesse de siste tiårene. Bakgrunnen er dels en økende bekymring i den vestlige verden, kanskje særlig i USA (jf. Putnam 2000), over forvitring av sosiale fellesskap og det sivile samfunn. Problemstillingene har også fått økt oppmerksomhet i Norge (Lorentzen 2004).

Mye av litteraturen om sosial kapital har vært utviklet i USA og dermed i en kulturell og politisk sammenheng som ikke uten videre kan generaliseres til andre land. Dette er én av grunnene til at vi er interessert i å studere betydningen av lokale variasjoner i Norge. Mange av de internasjonale studiene har bare begrenset informasjon om stedene, utover det som karakteriserer dem som bor der. Det innebærer at selv om man i mange studier finner betydelig variasjon mellom individer fra ulike typer lokalmiljø, så vet man lite om hva ved lokalmiljøet som bidrar til disse forskjellene. Ved å velge et mindre antall kommuner, har vi i NorLAG muligheter for å koble kontekstuelle data om hver kommune til data på individnivå.

Det lå dermed flere grunner – og analysemuligheter – i å bygge utvalget rundt et antall kommuner og bydeler. Vi ser dem ikke bare som utvalgs-kriterier, men som organiske enheter og sosiale økologier som livet utfolder seg innenfor. Den lokale forankringen gjør det dessuten mulig å integrere surveydata med registerstatistikk for kommunene, f.eks. om tjenester, økonomi, demografi og folkehelse. Planen er å utvide materialet via kvalitative

studier og data fra de utvalgte miljøene, som vil kunne gi et ekstra tilfang av informasjon og fortolkning utover det som kvantifiserbare surveydata kan gi. Vi er foreløpig bare et stykke på vei i denne ambisjonen, og vil i denne rapporten ikke komme stort lenger enn til å illustrere hva og hvor mye den lokale sammenhengen kan bety på våre kjerneområder. De ulike kapitlene vil dermed vurdere betydningen av ulike trekk ved lokalmiljøet, f.eks. kommunestørrelse, urbaniseringsgrad (by–land) og region (nord–sør). Det lokale arbeidsmarkedet har særlig relevans for studiet av pensjoneringsmønstre, mens befolkningens sammensetning og kommunens økonomi er sentrale rammebetingelser for helse og omsorgstjenester.

Nærmere om innholdet

De to nærmest påfølgende kapitlene presenterer NorLAG-undersøkelsen (kapittel 2) og de utvalgte lokalmiljøene (kapittel 3). I kapittel 2 gis en kort presentasjon av hensikten og de overordende problemstillingene bak studien, samt en oversikt over utvalg og data. Kapittel 3 beskriver variasjonen mellom de utvalgte lokalmiljøene langs sentrale kjennetegn som antas å være relevante for undersøkelsens temaer, så som størrelse og kommunetype, økonomi og arbeidsmarked.

De påfølgende kapitlene tar så for seg substansielle problemstillinger på hver sine områder med spesiell oppmerksomhet omkring lokal variasjon og påvirkning. Kapittel 4 tar for seg helse, slik det lar seg måle både via objektive og subjektive mål. I kapittel 5 og 6 er temaet mental helse og livskvalitet, først med fokus på individuell variasjon (kapittel 5) og dernest på lokal variasjon (kapittel 6). Kapittel 7 følger opp på et nærliggende tema, nemlig utbredelsen av ensomhet, og i hvilken grad det er stor lokal variasjon i så måte.

Kapittel 8 dreier seg om subjektiv alder og aldring, og herunder aldersidentiteter, så som hvor gammel en føler seg og hvor gammel en ønsker å være. I kapittel 9 er temaet familien, nærmere bestemt hvordan familiære strukturer og mønstre varierer lokalt og i andre halvdel av livet.

Temaet for kapittel 10 er arbeids- og pensjoneringsmønstre, som er ett av hovedtemaene for NorLAG, sammen med helse og omsorg, familie og generasjonsforhold, mestring og mental helse. Det avrundende kapittel 11 tar for seg stedstilknypning og alder – hvorvidt eldre er mer knyttet til bostedet enn yngre, og hvorvidt stedet er viktigere for Eldres livskvalitet enn for yngres. Her trekkes også opp noen teoretiske linjer for hvordan steder og lokalsamfunn kan komme til å prege oss gjennom livet og især i eldre år.

Rapporten gir en bred og beskrivende presentasjon av viktige mønstre på de aktuelle områdene slik de framtrer i første runde av NorLAG-studien. Noen av kapitlene inneholder også mer inngående analyser, og herunder avklaring av nye spørsmål som må studeres videre i nye publikasjoner og runder fra prosjektet, da vi får anledning til å følge utvalget over tid, med muligheter for å vurdere alderens og aldringens betydning.

God lesning.

Referanser

- Carp, F. M. (1987). 'Environment and aging', in D. Stokols & I. Altman (eds.), *Handbook of environmental psychology* (pp. 329–360). New York: John Wiley & Sons.
- Kahana, E. (1982). 'A congruence model of person-environment interaction', in M.P. Lawton, P.G. Windley & T.O. Byerts (eds.), *Aging and the environment. Theoretical approaches* (pp. 97–121). New York: Springer Publishing Company.
- Kawachi, I.E. & Berkman, L. (2000). 'Social cohesion, social capital, and health', in & L.F. Berkman & I.E. Kawachi, (eds.), *Social epidemiology* (pp. 174–190). Oxford: Oxford University Press.
- Kawachi, I., Kennedy, B.P. & Glass, R. (1999a). Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *American Journal of Public Health*, 89, 1187–1193.
- Kawachi, I., Kennedy, B.P. & Lochner, K. (1999b). 'Social capital, income inequality, and mortality', in I. Kawachi, B.P. Kennedy & R.G. Wilkinson (eds.), *The society and population health reader*. New York: New Press.
- Lawton, M. P. (1977). 'The impact of the environment on aging and behaviour', in J.E. Birren & K.W. Schaie (eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (pp. 276–301). New York: Van Nostrand Reinhold Company.
- Lawton, M.P. (1982). 'Competence, environmental press, and the adaptation of older people', in M.P. Lawton, P.G. Windley & T.O. Byerts (eds.), *Aging and the environment. Theoretical approaches* (pp. 33–59). New York: Springer Publishing Company.
- Lorentzen, H. (2004). *Fellesskapets fundament. Sivilsamfunnet og individualismen*. Oslo: Pax forlag.
- OECD (2001). *The well-being of nations. The role of human and social capital*. Paris: OECD.

- O'Rand, A.M. & Campbell, R.T. (1998). 'On reestablishing the phenomenon and specifying ignorance: Theory development and research design in aging', in V.L. Bengtson & K.W. Schaie (eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 60–78). New York: Springer.
- Perkins, D.D. (2002). 'Neighborhood sense of community and social capital', in D.A. Long, A.T. Fisher, C.C. Sonn & B.J. Bishop (eds.), *Psychological sense of community. Research, applications, and implications* (pp. 291–318). New York: Kluwer Academic Plenum.
- Putnam, R.D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster.
- Ross, C. E. (2000). Neighborhood disadvantage and adult depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 2, 177–187.
- Ross, C.E., Mirowsky, J. & Pribesh, S. (2001). Powerlessness and the amplification of threat: Neighborhood disadvantage, disorder, and mistrust. *American Sociological Review*, 66, 568–591.
- Sampson, R.J., Raudenbush, S.W. & Earls, F. (1997). Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy. *Science*, 277, 918–924.
- Slagsvold, M. (2005). 'Sosial kapital – et redskap for politikken?', B. Hvinden (ed.), *Sosial kapital. Et arbeidsnotat*. Oslo: Norges Forskningsråd.
- Wahl, H.W. & Lang, F.R. (2003). 'Aging in context across the adult life course: Integrating physical and social environmental research perspectives', in H.W. Wahl, R.J. Scheidt & P.G. Windley (eds.), *Focus on aging in context: Socio-physical environments* (Vol. 23, pp. 1–33). New York: Springer Publishing Company.

2 Om NorLAG, data og metoder

Sten-Erik Clausen & Per Erik Solem

Undersøkelsen

Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (NorLAG) er den første større undersøkelsen i Norge som setter et bredt søkelys på den andre halvdel av livsløpet, fra 40 år og oppover. Undersøkelsen er organisert omkring fire hovedområder og de overganger som hører til disse: familie og generasjonsforhold, arbeid og pensjonering, helse og omsorg og mestring og livskvalitet. Felles for temaene er at de er orientert mot aldring i vid forstand – både kroppslige, helsemessige, psykologiske og sosiale forandringer. Aldringens forløp varierer betydelig fra individ til individ og mellom funksjoner og egenskaper hos hver enkelt. I denne undersøkelsen setter vi også søkelyset på variasjoner i aldringens forløp for kvinner og menn, for ulike kohorter og i ulike typer lokalmiljø.

Den overordnede hensikten med studien er tresidig: (1) å studere forutsetningene for ‘vital aldring’ og livskvalitet i eldre år, (2) å undersøke hvordan ulike lokalmiljøer og institusjoner påvirker og responderer på forlengelsen av livet og aldringen av befolkningen, og (3) å frambringe kunnskaper for utviklingen av en bærekraftig politikk og praksis på området.

Livsløpsperspektivet ligger til grunn for studien. I dette ligger at aldring og eldre år ses som forankret i lengre forløp og ‘baner’. For å forstå situasjonen her og nå, må vi derfor forstå hva som har ført fram til dette. Vi legger også vekt på et kohortperspektiv, det at nye årskull eller ‘generasjoner’ preges på ulikt vis gjennom livet. Dette er en av grunnene til at NorLAG er planlagt som en longitudinell studie, der vi kan følge individer – og kohorter – over tid. Bare på den måten er det mulig å skille ‘aldring’ fra virkninger som skyldes periodiske svingninger og kohortforskjeller.

Den generelle problemstillingen er hvordan livssituasjonen til dagens middelaldrende og eldre er når det gjelder familiemønstre og generasjonsforhold, arbeid, og pensjonering, mestring og livskvalitet m.v. Innenfor hvert av delområdene ligger mer konkrete problemstillinger, f.eks. om karakteren og omfanget av solidaritet mellom generasjonene, om hvordan arbeids- og pensjoneringsmønstrene varierer med alderen, om forutsetninger for velferd

og livskvalitet generelt og om fysisk og mental helse spesielt. Vi er særlig interessert i å følge *overgangene* i denne fasen av livet, fra arbeid til pensjon, mellom ulike familiefaser og fra helse til uhelse. Den foreliggende rapporten tar for seg flere av disse sidene med utgangspunkt i den første datainnsamlingen. Andre omgangs datainnsamling – etter fem år – er for tiden under planlegging, denne gangen koblet til den internasjonale ‘Gender and Generation Study og i et samarbeid med Statistisk sentralbyrå (SSB). Vi vil dermed etter hvert kunne følge opp med longitudinelle analyser.

Utvalg

Utvalget er hentet fra 30 kommuner og bydeler i følgende fire regioner av landet: Troms, Nord-Trøndelag, Agder-fylkene og Oslo-Akershus-regionen. Kommunene ble trukket ut etter kriterier som folkemengde, levekårsindeks, andel unge/eldre og næringsstruktur. Videre ble utvalgskommunene stratifisert i tre strata: 12 bykommuner, 12 landkommuner og 6 bydeler i Oslo. For å sikre et tilstrekkelig utvalg i alle kommuner ble det trukket ut et likt antall personer i hver kommune. I bydelene i Oslo ble det trukket dobbelt så mange som i kommunene ellers. Dette betyr at de ulike strata har ulik trekk-sannsynlighet, som medførte at små kommuner er overrepresentert. Det er derfor nødvendig å vekte datamaterialet når vi skal beregne resultater på tvers av kjønn, aldersgrupper og regioner. Statistisk sentralbyrå (SSB) har beregnet en slik vekt og inkludert den i datamaterialet. I denne rapporten benytter vi stort sett den uvektete versjonen av datafilen.

Datainnsamlingen ble utført i perioden mars 2002 til april 2003 ved hjelp av post- og telefonintervju av personer mellom 40 og 79 år. Nettutvalget består av i alt 5.579 personer for telefonintervjuet (svarprosent 67,0), og av disse besvarte også 4.169 det postale skjemaet (74,6 prosent av de som besvarte telefonintervjuet). Alle personer er bosatt utenfor institusjoner. SSB har utarbeidet en dokumentasjonsrapport som beskriver utvalg og frafall i mer detalj (Holmøy 2003). Rapporten inneholder også intervju- og spørreskjema som ble benyttet i undersøkelsen. Dessuten har NOVA utgitt en oversikt over forskningsinstrumentene som er benyttet (Solem 2003).

Fordelinger på noen sentrale bakgrunnsvariabler for menn og kvinner er gjengitt i tabell 1. De mest aktuelle mønstrene å merke seg er at en større andel kvinner har bare grunnskole, og det er flere enker og færre samboere blant kvinnene. Det er videre nesten ti prosentpoeng flere gifte blant mennene enn blant kvinnene i utvalget.

Videre ser vi at ¼ av begge kjønn har utdanning på høyskole eller universitetsnivå. Nesten 2/3 av utvalget er gift, mens 12 prosent er skilt eller separert. Bare 7 prosent er samboere, og det skyldes hovedsakelig utvalgets høye gjennomsnittsalder. Nesten 1/3 bor i Oslo, til tross for at de små kommunene er overrepresentert.

Tabell 1. Fordelinger på sentrale bakgrunnsvariabler etter kjønn.

Variabler	Menn	Kvinner	Totalt
N	2707	2872	5579
<i>Alder</i>			
40–49 år	30,4	31,4	30,9
50–59 år	28,4	28,8	28,6
60–69 år	22,9	21,8	22,4
70–79 år	18,3	18,0	18,1
<i>Utdanning **</i>			
Grunnskole	20,3	23,7	22,1
Videregående skole	54,3	51,3	52,7
Høyskole/universitet	25,4	25,1	25,2
<i>Sivilstand ***</i>			
Ugift	9,2	7,0	8,0
Gift	69,0	59,4	64,0
Enke(mann)	4,0	13,4	8,8
Skilt/separert	9,6	14,5	12,1
Samboer	8,2	5,8	7,0
<i>Fylke</i>			
Oslo vest	16,1	17,9	17,0
Oslo øst	13,4	14,2	13,8
Akershus	8,4	8,3	8,4
Aust-Agder	11,8	11,3	11,5
Vest-Agder	7,2	8,6	7,9
Nord-Trøndelag	21,9	20,6	21,3
Troms	21,1	19,2	20,1
<i>Kommunestørrelse</i>			
< 4000	21,5	20,3	20,9
4–10 tusen	14,9	13,5	14,2
10–30 tusen	21,9	21,8	21,9
30–100 tusen	12,1	12,4	12,2
> 100 tusen	29,5	32,0	30,8

p<.01 * p<.001

SSB gjorde en enkel frafallsundersøkelse ved å sammenlikne fordelinger i netto- og bruttoutvalget på kjennemerkene kjønn, alder og landsdel. I telefonintervjuet er det små avvik mellom de to utvalgene. Aldersgruppen 70–79 år er noe underrepresentert, mens aldersgruppen mellom 40 og 49 år er tilsvarende overrepresentert. Videre er Oslo og Akershus også noe underrepresentert, mens Nord-Trøndelag er overrepresentert.

Mens kvinner var noe underrepresentert i telefonintervjuet, er de overrepresentert i det postale tillegget. Likeledes var Oslo og Akershus underrepresentert i telefonintervjuet, men overrepresentert i det postale tillegget. Alt i alt er det imidlertid små forskjeller mellom netto- og bruttoutvalget.

Data

Datamaterialet består av tre hovedkomponenter: telefonintervju, postalt spørreskjema og registerdata fra SSB.

Sammenlikning med andre studier – både nasjonale og internasjonale – har vært et viktig hensyn ved valg av spørsmål og instrumenter. Der det har vært hensiktsmessig, har vi benyttet standardiserte spørsmål fra SSBs helse-, levekårs- og arbeidskraftsundersøkelser. Det gir mulighet til å sammenlikne fordelinger med landsrepresentative norske undersøkelser.

Etablerte instrumenter og skalaer som er brukt i studier om aldring og livsløp i andre land er særlig hentet fra ‘Longitudinal Aging Study Amsterdam’ (LASA), ‘Berlin Aging Study’ (BASE) og ‘Old Age and Autonomy’ (OASIS). Disse studiene er viktige referanser for vår egen studie. Internasjonale skalaer som ikke var oversatt til norsk og brukt i Norge tidligere, ble oversatt fra engelsk versjon til norsk. For kontroll ble de oversatt tilbake til norsk av andre personer. Instrumentene er tildels også prøvd ut for norske forhold før de ble inkludert i studien.

Noen internasjonale skalaer

Nedenfor nevnes noen av de internasjonale skalaene som ble benyttet for å måle aspekter av mental helse og livskvalitet.

- (1) For måling av *depressive symptomer* benyttet vi Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) (Radloff 1977). Denne skalaen består av i alt 20 ledd, og Cronbachs alfa ble målt til 0,86.
- (2) *Angst* ble målt med fem ledd fra Hopkins Symptoms Check List (HSCL) (Derogatis et al. 1974), og vår utgave ble hentet fra SSBs Helseundersøkelse 1995 (Wikholm & Hildrum 1995). Cronbachs alfa = 0,83.

- (3) *Affekt*: Vi benyttet tolv ledd fra Positive and Negative Affect Scale (PANAS) (Watson, Clark & Tellegen 1988). Cronbachs alfa, negativ affekt = 0,78, positiv affekt = 0,80.
- (4) *Mestring*: The Mastery Scale (Pearlin & Schooler 1978) ble benyttet. Skalaen består av syv ledd, med Cronbachs alfa på 0,71.
- (5) *Subjektivt velvære*: Her brukes bl.a. 'Satisfaction With Life Scale' (Diener et al. 1985), med Cronbachs alfa = 0,79.
- (6) *Selvaktelse* ble målt med 'The Self-Esteem Scale' (Rosenberg 1965). Cronbachs alfa = 0,81.
- (7) *Ensomhet*: Her ble bl.a. brukt tre ledd fra 'The Loneliness Scale' (de Jong-Gierveld & van Tilburg 1999). Cronbachs alfa = .0,72.

Registerdata

I tillegg til intervju og spørreskjema har SSB koplet registerdata til materialet. Disse dataene dekker bl.a. følgende områder:

- Sivilstatus for perioden 1967–2003
- Bostedskommune 1967–2003
- Husholdningens sammensetning
- Opplysninger om familiestruktur, barn og barnebarn m.v.
- Utdanning
- Inntekt

Kontekster

Kommuner og bydeler er det laveste kontekstuelle nivået som kan analyseres. I noen sammenhenger benyttes dette. I andre sammenhenger har vi slått sammen enkeltkommuner slik at vi opererer med små og store kommuner i de enkelte fylkene og østlige og vestlige bydeler i Oslo. Vi bruker det sistnevnte kontekstuelle nivået når vi enten ønsker å øke antall observasjoner i kontekstene, eller når det er hensiktsmessig for å sikre anonymitet.

Analysemetoder

De fleste analysene i denne rapporten foretas med relativt enkle univariate og bivariate fordelinger. Vi har valgt dette av to grunner. For det første er hovedhensikten med rapporten å presentere og dokumentere enkle

fordelinger og sammenhenger, slik at den kan tjene som en referanse både for de som arbeider med materialet og for andre interesserte. For det andre er viktige målgrupper for denne rapporten politikere og fagfolk som arbeider med problemstillinger knyttet til aldring og som ikke er skolert i kompliserte analysemetoder.

Vi vil imidlertid i enkelte sammenhenger benytte mer avanserte multivariate metoder. I første rekke vil dette være regresjonsanalyse, variansanalyse, logistisk regresjon og korrespondanseanalyse, tildels vist i et vedlegg til det enkelte kapitlet. Der vi finner det nødvendig, vil vi inkludere en enkel innføring i metoden og en detaljert beskrivelse og forklaring av resultatene.

Referanser

- de Jong-Gierveld, J. & van Tilburg, T. (1999). *Manual of the Loneliness Scale*. Amsterdam: Dept. of Social Research Methodology, Vrije Universiteit Amsterdam.
- Derogatis, et al. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19, 1–15.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale, Vol. 49, 71–75.
- Holmøy, A. (2003). *Undersøkelse om livsløp, aldring og generasjon (LAG). Dokumentasjonsrapport*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, notat 2003/88.
- Pearlin, L.I. & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2–21.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385–401.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Solem, P. E. (2003). *Forskningsinstrumentene i NorLAG*. Oslo: NOVA.
- Watson, D., Clark, L.A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 6, 1063–1070.
- Wikholm, S. & Hildrum, A. (1995). *Helseundersøkelsen 1995. Dokumentasjon og frekvensfordeling*. Bergen: Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

3 Den sosiale konteksten

Morten Blekesaune

Innledning

Det fysiske og sosiale miljøet kan studeres på mange nivåer. På det laveste nivået har vi individet, dernest følger husholdet og boligen og på et litt høyere nivå har vi naboer og nære omgivelser. På et enda høyere nivå har vi kommuner og bydeler. NorLAG-dataene gir mye informasjon på individnivå om de som deltar i undersøkelsen. Dataene gir også litt informasjon om andre medlemmer av husholdet og om kontakten med naboene. Vi har også informasjon om boligtype, om man bor tett eller spredtbygd samt om avstander til ulike typer tjenester. Av hensyn til deltakernes anonymitet kan vi ikke identifisere nivåer mellom husholdet og kommunen (bydelen). Vi har ikke registrert hvor i kommunen (bydelen) deltakerne bor. Kommunen (bydelen) er derimot kjent, og kjennetegn ved de 30 kommunene og bydelene kan dermed legges til den informasjonen vi har på individnivå. Det kan dreie seg om data om kommunens størrelse (antall innbyggere) og dens sentralitet og næringsstruktur etter klassifiseringene til Statistisk sentralbyrå. Blant andre kjennetegn er data om arbeidsledighet og uførepensjonering, om kommunenes inntekter og utgifter og hvilken eldreomsorg som tilbys.

I dette kapitlet presenterer vi trekk ved kommunene og bydelene som bygger på offentlig tilgjengelig statistikk. I de følgende kapitler er kommunene stort sett ikke navngitt, men karakterisert ved størrelse, beliggenhet eller type. Grunnen er at det er variasjoner og mønstre i lokalmiljø vi er interessert i her og ikke hvorvidt den ene kommunen kommer 'bedre' eller 'dårligere' ut enn den andre.

Klassifisering av kommunene

De 24 kommunene kan klassifiseres langs flere dimensjoner, f.eks. etter sentralitet og størrelse og som deler av større regioner (tabell 1). Utvalget av kommuner, bydeler og individer ble trukket fra fire regioner: Oslo og Akershus, Agderfylkene, Nord-Trøndelag og Troms. Oslo og Akershus er

representert med seks bydeler i Oslo og tre kommuner i Akershus. Agder, Nord-Trøndelag og Troms er representert med sju kommuner hver.

Tabell 1. 24 NorLAG-kommuner etter region, sentralitet og antall innbyggere (per januar 2002).

Kommune	Region	Sentralitet 0–3	Innbyggere i 1000	Innbyggere 3-delt
Asker	Oslo/Akershus	3	50	10'-50'
Skedsmo	Oslo/Akershus	3	39	10'-50'
Eidsvoll	Oslo/Akershus	3	18	10'-50'
Oslo	Oslo/Akershus	3	509	> 50'
Risør	Agder	2	7	< 10'
Grimstad	Agder	3	18	10'-50'
Froland	Agder	2	5	< 10'
Bygland	Agder	0	1	< 10'
Kristiansand	Agder	3	73	> 50'
Åseral	Agder	0	1	< 10'
Kvinesdal	Agder	1	6	< 10'
Steinkjer	Nord-Trøndelag	1	21	10'-50'
Namsos	Nord-Trøndelag	1	12	10'-50'
Levanger	Nord-Trøndelag	3	17	10'-50'
Verran	Nord-Trøndelag	1	3	< 10'
Namsskogan	Nord-Trøndelag	0	1	< 10'
Grong	Nord-Trøndelag	0	3	< 10'
Nærøy	Nord-Trøndelag	0	5	< 10'
Harstad	Troms	2	23	10'-50'
Tromsø	Troms	3	60	> 50'
Målselv	Troms	0	7	< 10'
Dyrøy	Troms	0	1	< 10'
Torsken	Troms	0	1	< 10'
Lenvik	Troms	0	11	10'-50'
Storfjord	Troms	0	2	< 10'

Statistisk sentralbyrå klassifiserer kommunene etter graden av sentralitet med verdier fra 3 for sentrale kommuner til 0 for små kommuner i periferien. Først deles tettsteder inn i tre nivåer. På nivå 3 er kommuner med minst 50.000 innbyggere som dessuten er landsdelssentra. På nivå 2 er folketallet vanligvis 15.000–50.000 innbyggere. Nivå 1 er tettsteder med 5.000–15.000 innbyggere. De mest sentrale kommunene med verdi 3 er de på tettstedsnivå 3 eller som ligger i pendleavstand til disse, dvs. 75 minutters reisetid eller 90 minutter rundt Oslo. Sentralitet på nivå 2 er tettsteder på nivå 2 samt kommuner i inntil 60 minutters pendleavstand fra disse. Sentralitet 1 er

tettsted på nivå 1 samt kommuner med inntil 45 minutters pendleavstand fra disse. Sentralitet 0 er resten av landet, dvs. kommuner som ligger langt fra større sentralsteder og som har mindre enn 5.000 innbyggere.

Kommunene klassifiseres også etter størrelse målt som antall innbyggere. I denne rapporten anvendes i hovedsak en tredelt kommunestørrelse: kommuner med inntil 10.000 innbyggere, kommuner mellom 10.000 og 50.000 innbyggere og kommuner med mer enn 50.000 innbyggere.

Alle kommunene (og bydelene) i Oslo og Akershus har høyeste verdi (3) på sentralitet. Det samme gjelder landsdelshovedstedene Kristiansand og Tromsø samt Risør og Levanger som ligger i pendleavstand fra henholdsvis Kristiansand og Trondheim. På nest høyeste sentralitetsnivå har vi Risør og Froland på grunn av deres nærhet til Arendal, samt Harstad, som selv er et tettsted på dette nivået. Kvinesdal, Namsos og Verran er blant kommunene med sentralitet 1. Så mye som 10 av de 24 kommunene er blant de minst sentrale. Disse består av to kommuner i Agder, tre i Nord-Trøndelag samt fem av sju kommuner i Troms.

Kommunenes størrelse og beliggenhet i forhold til større sentra er sider ved lokalmiljøet som kan ha betydning for individenes situasjon, valgmuligheter og livsløp. Variasjoner i utvalget gir muligheter for å studere det nærmere.

Aldersfordeling

De til sammen 30 kommunene og bydelene i NorLAG har noe ulik aldersfordeling.¹ Det er større variasjon mellom dem med hensyn til andelen eldre personer enn andelen yngre personer. Andelen som har fylt 67 år (tabell 2) varierer fra sju prosent i bydelen Grünerløkka-Sofienberg til nesten 24 prosent i Verran kommune.

¹ For å få sammenlignbare data for kommuner og bydeler i Oslo har vi brukt Publiserte data fra Folketellingen i november 2001.

Tabell 2: Prosentandel av befolkningen som har fylt hhv. 67 og 80 år i 30 kommuner og bydeler. Folketellingsdata (november 2001).

	+67	+80		+67	+80
Verran	23,5	7,8	Målselv	13,6	4,1
Dyrøy	21,8	7,7	Eidsvoll	13,4	4,4
Namsskogan	19,6	6,8	Majorstua	13,4	6,2
Torsken	19,4	7,4	Lenvik	13,4	3,8
Grong	18,8	7,2	Levanger	13,2	4,4
Risør	16,9	6,4	Storfjord	13,1	3,8
Bygland	16,7	6,9	Kristiansand	13,0	4,1
Nærøy	16,6	5,6	Harstad	12,7	3,7
Åseral	16,3	6,8	Skedsmo	12,0	3,4
Nordstrand	16,3	5,7	Grimstad	11,2	3,8
Steinkjer	15,7	4,8	Asker	11,2	2,9
Hellerud	15,4	4,2	Froland	11,1	4,2
Røa	15,0	5,9	Stovner	10,7	2,7
Kvinesdal	14,8	5,1	Tromsø	8,6	2,5
Namsos	14,2	4,7	Grünerløkka	7,3	3,6

Disse geografiske forskjeller i aldersfordeling reflekterer i stor grad flyttemønsteret. Flest gamle er det i Verran i Nord-Trøndelag, der nesten fjerdedelen av befolkningen har fylt 67 år. De unge har reist fra Verran de seneste 40 årene, og de gamle har blitt igjen. Kommunen forsøker å motvirke fraflyttingen blant annet ved å tilby barnehageplasser som er blant de billigste i landet. Kommunen har ikke spesielt få barn, men den har uvanlig få innbyggere i voksen alder, så vidt over halvparten av innbyggerne er mellom 16 og 67 år (vedleggstabell V:1).

Blant kommunene har Tromsø den laveste andelen gamle der bare én av tolv har fylt 67 år. Dette reflekterer at Tromsø har hatt sterk tilflytting, og at mange av disse ikke har nådd pensjonsalderen ennå. Åseral skiller seg ut med en stor andel barn i befolkningen, vel ¼ av befolkningen der (26 prosent) er under 15 år.

Oslo er kommunen som har flest innbyggere i yrkesaktiv alder (vedleggstabell V:1). En grunn er at familier med barn ofte flytter ut av Oslo og til nabokommunene. Generelt har Oslo få innbyggere under 15 år. Andelen under 15 er spesielt lav i sentrumsnære bydeler, særlig i bydelen Uranienborg-Majorstuen og i Grünerløkka-Sofienberg. Bydeler utenfor sentrum har derimot andeler barn omtrent som landet ellers. I Grünerløkka er det også en svært lav andel over 67 år, knapt 7 prosent, som er vesentlig lavere enn i noen av de

24 kommunene. De sentrumsnære bydelene Grünerløkka og Majorstuen skiller seg således ut ved at svært mange er midt i livet, i yrkesaktiv alder.

Bofasthet

Noen samfunn kjennetegnes av stor stabilitet i bosettingen. Mange av de som driver jordbruk er født og oppvokst på gården. Andre flytter på seg med få års mellomrom. I hvilken grad varierer denne typen bofasthet mellom de 30 lokalsamfunnene som inngår i NorLAG-undersøkelsen?

Tabell 3: Andel som har bodd i strøket/bygda hele livet, estimert ved 60 års alder. NorLAG-data.

Storfjord	41,7	Harstad	26,3
Dyrøy	40,6	Levanger	26,0
Grong	38,4	Namsos	25,3
Åseral	38,1	Skedsmo	23,8
Lenvik	36,7	Steinkjer	23,4
Nærøy	36,5	Nordstrand	21,9
Torsken	35,2	Grimstad	20,7
Verran	34,0	Majorstua	20,0
Namsskogan	33,3	Asker	18,5
Eidsvoll	32,1	Kristiansand	18,3
Kvinesdal	32,0	Røa	18,2
Målselv	31,2	Stovner	17,5
Risør	31,0	Hellerud	17,3
Bygland	28,9	Tromsø	15,4
Froland	28,3	Grünerløkka	13,1

I telefonundersøkelsen ble deltakerne spurt: Hvor lenge har du alt i alt bodd i det strøket eller den bygda du bor i nå? Svaralternativene var (1) hele livet og (2) annet (spesifiser antall år). Andelen som har bodd i samme strøk/bygd varierer mellom aldersgruppene. Av den grunn korrigerer vi for alder når kommuner og bydeler sammenlignes for å kunne skille mellom den typiske bofasthet i lokalmiljøet og hvordan dette varierer mellom aldersgrupper. Tabell 3 viser at Storfjord og Dyrøy i Troms har den mest bofaste befolkningen når vi korrigerer for befolkningens alderssammensetning.

I disse kommunene har vel 40 prosent av innbyggerne over 40 år bodd i samme bygda hele livet. Minst bofaste er innbyggerne i Tromsø og Oslo, der kun 15 og 18 prosent har bodd i samme strøket hele livet. Blant Oslos bydeler er Grünerløkka-Sofienberg den minst bofaste, der kun 13 prosent har bodd der hele tiden. Nordstrand, som er den mest bofaste av Oslos bydeler, kan sammenlignes med mindre byer som Grimstad og Steinkjer.

Sammenhengen mellom alder og andelen som har bodd i lokalmiljøet hele livet er kanskje ikke slik man umiddelbart kunne tro. I et stabilt samfunn, der bofasthet ikke endres vesentlig mellom kohortene, skulle vi tro at andelen som har bodd i samme strøket eller bygda hele livet ville avta med økende alder, ettersom folk kan flytte på seg uansett alder. I våre data finner vi imidlertid den motsatte sammenhengen. Andelen som har bodd i samme bygd eller strøk hele livet er faktisk høyst i de høyeste aldersgruppene. Blant de som har fylt 70 år svarer hele 34 prosent at de har bodd i samme bygd/sted hele livet. Blant intervjuede i 40- og 50-årene har 24 prosent bodd i samme bygd/sted hele livet. Dette reflekterer at bofastheten er lavere i yngre enn i eldre kohorter. Den store forskjellen synes å gå mellom de som ble født før og etter andre verdenskrig. I noen grad kan disse forskjellene også reflektere at noen av de eldre har glemt å rapportere mer kortvarige flyttinger fra hjemstedet tidligere i livet.

Menn er mer bofaste enn kvinner. 30 prosent av mennene har bodd i samme bygd eller strøk hele livet mot 22 prosent blant kvinner. Noe av forklaringen er nok at kvinner tradisjonelt har fulgt mannen når de har giftet seg. En annen grunn er at kvinner oftere flytter fra mindre steder til storbyene, mens flere menn blir værende igjen på landsbygda. Det siste har nok også sammenheng med at menn ofte har arvet gårdsbruk.

Via registeropplysninger kan vi undersøke om deltakerne har bodd sammenhengende i kommunen de siste 25 årene. Andelen som har bodd i kommunen alle de siste 25 årene øker rimelig nok sterkt med alderen. Blant de som er mellom 40 og 50 år har kun 37 prosent bodd i samme kommune de siste 25 årene. Blant de mellom 70 og 80 er denne andelen hele 85 prosent. Når vi sammenligner andelen som har bodd i samme kommune de siste 25 årene, vil dette derfor reflektere aldersfordelingen i de 30 lokal-samfunnene som vi studerer. Også her korrigerer vi derfor for aldersfordelingen ved hjelp av en statistisk modell, og estimerer andelen som har bodd i samme kommune de siste 25 årene ved 60 års alder.

Tabell 4 viser hvilke kommuner som har mest stabil bosetting blant voksne og eldre innbyggere. I tillegg viser tabellen hvilke bydeler i Oslo som har flest 'lokale innbyggere', i betydningen at man har bodd i Oslo de siste 25 årene. Blant kommunene er det Verran, Namsos og Tromsø der flest har bodd sammenhengende de siste 25 årene. Det vil si at det er relativt få som har flyttet til disse kommunene i voksen alder. For Verran skyldes nok dette at Verran har vært en fraflyttingskommune som heller ikke voksne har flyttet til. Tromsø har derimot vært en tilflyttingskommune. Det ser ut til at de som har flyttet til Tromsø har gjort dette i ung alder. Relativt få har flyttet

til Tromsø i godt voksen alder. Forstedskommunene til Oslo, Asker og Skedsmo, har derimot relativt mange som flyttet inn i voksen alder. En grunn er nok at mange flytter til disse kommunene når de stifter familie eller når barna vokser til. Innenfor Oslo er det også mange innflyttere til de sentrale bydelene Uranienborg-Majorstuen og Grünerløkka-Sofienberg.

Tabell 4: Prosentandel som har bodd i samme kommune siste 25 år, estimert ved 60 års alder. NorLAG-data.

Hellerud	74,5	Målselv	67,4
Verran	74,3	Eidsvoll	65,2
Namsos	73,8	Froland	65,0
Tromsø	73,5	Risør	64,7
Steinkjer	73,0	Namsskogan	63,1
Kvinesdal	72,3	Bygland	62,9
Lenvik	72,3	Torsken	62,9
Grong	71,5	Storfjord	62,8
Levanger	71,5	Røa	62,0
Kristiansand	70,4	Åseral	61,9
Nærøy	69,5	Grimstad	60,4
Stovner	69,2	Skedsmo	58,8
Dyrøy	68,5	Grünerløkka	54,5
Nordstrand	67,7	Majorstua	54,3
Harstad	67,6	Asker	53,1

Nærhet til tjenester

De fysiske og sosial miljøene vil også variere *innenfor* kommuner og bydeler. Avstander til butikker og tjenester har betydning for hvordan man innretter seg, og de kan bli kritiske når helse og mobilitet blir dårligere. Bebyggelsesmønsteret kan ha betydning for sosial kontakt og integrasjon, herunder hvor nær kontakt man har med sine naboer og i hvilke sammenhenger man omgås med andre. Lokalsamfunn kan også ha egne omgangsformer og aktivitetsmønstre. Alt dette betyr at også det sosial miljøet varierer geografisk.

I hvilken grad varierer avstanden til butikker og tjenester mellom de 30 lokalsamfunnene i NorLAG-undersøkelsen? Nesten 60 prosent har dagligvarebutikk i mindre enn én kilometers avstand. Nesten 27 prosent må dra minst to kilometer til nærmeste dagligvarebutikk.

Tabell 5: Prosentandel som sier de må reise minst to kilometer til nærmeste dagligvarebutikk. LAG-data.

Dyrøy	70	Levanger	33
Froland	55	Kvinesdal	32
Grong	55	Harstad	26
Nærøy	52	Grimstad	24
Åseral	52	Tromsø	19
Storfjord	51	Skedsmo	13
Målselv	49	Kristiansand	13
Lenvik	49	Asker	13
Eidsvoll	44	Torsken	10
Steinkjer	44	Røa	7
Namsskogan	42	Hellerud	5
Bygland	40	Nordstrand	4
Verran	40	Grünerløkka	1
Namsos	38	Stovner	1
Risør	35	Majorstua	0

Tabell 5 viser at Dyrøy kommune i Troms er i en særstilling når det gjelder avstand til dagligvarebutikker. Hele 70 prosent må reise minst to kilometer til nærmeste dagligvarebutikk, og nær halvparten må reise minst fem kilometer til butikken. I de minste kommunene må ofte halvparten av befolkningen reise minst to kilometer for å handle dagligvarer, men unntak fins. I Torsken er det bare ti prosent som må reise to kilometer for å handle dagligvarer; flesteparten i Torsken kan få dagligvarer i mindre enn 500 meters avstand. Avstanden til dagligvarebutikken reflekterer bosettingsmønstret i kommunen. I Dyrøy er befolkningen spredt utover øyene, mens i Torsken, som bare ligger et par mil fra Dyrøy, er storparten av befolkningen samlet i et mindre antall bygder langs kysten. I Oslo kan de aller fleste handle dagligvarer i kort avstand fra boligen. De relativt få unntakene fins i bydeler utenfor sentrum.

Noe overraskende er andelen som må reise minst to kilometer til nærmeste dagligvarebutikk noe høyere blant menn enn kvinner. Dette gjelder også innenfor de 30 lokalsamfunnene som vi studerer. En mulig forklaring kan være at menn oftere bruker bil til butikken mens kvinner noe oftere bruker en butikk som ligger i nærheten. Dette kan bety at dataene ikke alltid viser avstand til nærmeste butikk, men også hvor langt man pleier å dra for å handle mat.

Yrkesaktivitet

Data om yrkesaktivitet kan brukes på flere vis. De kan si noe om hvor lett eller vanskelig det er å få jobb i en kommune. Ved å skille mellom menn og kvinner kan de si noe om den kjønnsbaserte arbeidsfordelingen i kommunen eller bydelen. Ved å studere yrkesaktiviteten i relativt høye aldersgrupper, kan den også si noe om når folk pensjonerer seg eller i hvilken grad de jobber etter at de kan gå av med pensjon. Vi regner her en person som yrkesaktiv hvis vedkommende jobbet minst 100 timer i 2001. Disse anslagene er basert på data fra ulike registre i Statistisk sentralbyrå (SSB 2001) som har blitt koplet mot siste folketelling.

Tabell 6: Yrkesaktivitet 40–66 år, standardisert for alder og kjønn, registerdata for 2001.

Røa	82	Kvinesdal	75
Nordstrand	82	Majorstua	74
Asker	81	Kristiansand	73
Skedsmo	79	Bygland	73
Tromsø	79	Torsken	73
Grong	78	Froland	73
Levanger	78	Hellerud	72
Steinkjer	78	Grimstad	72
Namsos	77	Risør	71
Eidsvoll	77	Lenvik	70
Målselv	77	Stovner	70
Åseral	76	Storfjord	69
Namsskogan	76	Dyrøy	68
Nærøy	76	Verran	67
Harstad	76	Grünerløkka	60

Tabell 6 viser at både den høyeste og laveste yrkesaktiviteten fins i Oslo-bydelene. Høyest er yrkesaktiviteten i bydelene Røa og Nordstrand, og aller lavest er den i Grünerløkka-Sofienberg, der kun 60 prosent av de mellom 40 og 67 jobber. Grunnen er at i en storby som Oslo vil mange sosiale forskjeller mellom folk gjenspeiles i hvor man bor: De rike og vellykkede bor i noen bydeler, de som ikke er like velstående bor i andre bydeler. Grünerløkka har både mange uførepensjonister og mange innvandrere, to grupper som bidrar til at bydelen som helhet har lav yrkesfrekvens. Også Verran i Nord-Trøndelag, som har vært en fraflyttingskommune, samt noen mindre kommuner i Troms, har lav yrkesaktivitet. Høy yrkesaktivitet finner vi som nevnt i noen av Oslos bydeler samt i forstedskommunene til Oslo. Også Tromsø og bykommunene i Nord-Trøndelag har relativt høye yrkesrater, mens bykommunene på Sørlandet har relativt lave rater.

Om vi sammenligner med tilsvarende fordelinger for hele landet som har blitt utarbeidet av Statistisk sentralbyrå, var yrkesaktiviteten relativt høy i kommunene rundt Oslofjorden, men varierte mye fra kommune til kommune i resten av landet. Yrkesaktiviteten var relativt lav i Agder samt i de nordligste delene av Troms fylke (SSB 2001).

Arbeidsfordeling mellom kjønnene

Er noen kommuner og bydeler mer tradisjonelle i arbeidsdelingen mellom menn og kvinner enn andre? Slik kjønnsbasert arbeidsdeling har gjerne blitt studert som fordelingen av henholdsvis inntektsgivende arbeid og husholdsarbeid blant de som lever i parforhold. Men av og til har kun inntektsarbeidet eller kun husholdsarbeidet blitt studert. Ved å studere andelene av voksne (her 40–66 år) menn og kvinner som er yrkesaktive, kan vi få en indirekte indikasjon på det vi kan kalle en kjønnsbasert arbeidsdeling, her målt som hvor store andeler av kvinner som er yrkesaktive i forhold til menn.

Tabell 7: Kvinnelige yrkesaktivitet som prosentandel av menns 40–66 år, standardisert for alder, registerdata for 2001.

Åseral	107	Asker	90
Namsskogan	101	Grimstad	89
Grünerløkka	100	Stovner	89
Majorstua	97	Bygland	89
Dyrøy	96	Lenvik	88
Namsos	94	Skedsmo	88
Risør	93	Målselv	88
Tromsø	93	Verran	87
Levanger	93	Steinkjer	87
Røa	92	Kvinesdal	87
Storfjord	92	Froland	86
Grong	92	Kristiansand	86
Nordstrand	91	Nærøy	86
Hellerud	90	Eidsvoll	85
Harstad	90	Torsken	85

Noen få steder er det faktisk en høyere andel av kvinner enn menn som er yrkesaktive. Dette gjelder spesielt Åseral og i mindre grad Namsskogan. Begge er utpregede landbrukskommuner og kraftkommuner; disse kommunene har ekstra inntekter fra kraftproduksjon i kommunen. En høy yrkesaktivitet blant kvinner gjenspeiler at kommunen har gitt god tilgang på arbeidsplasser innen offentlig tjenesteyting. Vedleggstabell V:2 viser at en uvanlig

høy andel av kvinnene i Åseral også jobber etter at de fyller 67 år. En viktig grunn er at kommunen har lagt til rette for deltidsstillinger for de som ønsker noe deltakelse i yrkeslivet også i relativt høy alder. Ellers er det vanskelig å se noe klart mønster i hvilke kommuner og bydeler som har en relativt lik arbeidsfordeling mellom menn og kvinner. Både sentrale bydeler i Oslo (Grünerløkka, Majorstua) og små utkantkommuner har relativt lik yrkesaktivitet hos kvinner og menn. Det samme gjelder også om vi ser på den mest ulike kjønnsbaserte arbeidsdelingen. Riktignok finner vi Kristiansand som en relativt stor by her, men ellers finner vi ingen av Oslos bydeler i denne delen av tabellen. Mest tradisjonelle er Torsken og Eidsvoll.

Arbeid etter 67 års alder

I Norge kan man gå av med alderspensjon ved fylte 67 år, noen kan også gå av før denne alderen, og noen fortsetter i arbeid etterpå. Yrkesaktivitet etter 67 års alder kan reflektere i hvilken grad det lokale arbeidslivet gir plass og mulighet for eldre personer, men det kan også reflektere i hvilken grad eldre folk har kunnskaper, ferdigheter og helse til å jobbe. Tabell 8 viser hvor store andeler av befolkningen i alderen 67–74 år som utfører i det minste noe inntektsgivende arbeid, også her definert som minst 100 timer i året.

Tabell 8: Andel som er yrkesaktive i alderen 67–74 år, i prosent, registerdata for 2001.

Åseral	28	Hellerud	10
Nordstrand	18	Kristiansand	10
Majorstua	18	Målselv	10
Røa	17	Stovner	10
Asker	16	Grong	10
Bygland	16	Kvinesdal	10
Torsken	14	Grünerløkka	9
Namsskogan	13	Harstad	9
Skedsmo	13	Lenvik	9
Tromsø	12	Levanger	9
Grimstad	12	Steinkjer	8
Eidsvoll	11	Storfjord	8
Nærøy	11	Risør	7
Froland	11	Dyrøy	6
Namsos	11	Verran	4

Blant de eldste innbyggerne har Åseral den klart høyeste andelen som er yrkesaktive etter 67 år. I Åseral er det flest kvinner som er yrkesaktive i så høy

alder (vedleggstabell V:2). Blant menn i Åseral er yrkesaktiviteten blant de eldste mer moderat – 21 prosent, som også er høyt, men ikke høyere enn i flere andre kommuner og bydeler. Trolig reflekterer dette at mange kvinner jobber med til dels små stillingsbrøker i kommunal tjenesteyting. Ellers er det i middelklasseområder i og rundt Oslo at yrkesaktiviteten er høyest blant eldre innbyggere, det vil si på Nordstrand, i Uranienborg-Majorstuen, på Røa og i Asker. En viktig grunn er nok at det er lettere å fortsette med noe yrkesaktivitet i utpregede middelklasseyrker enn i arbeidsklasseyrker, som ofte er fysisk mer krevende. Små rurale kommuner som Verran og Dyrøy har den laveste andelen yrkesaktive blant sine eldre. Men også noen mindre bykommuner som Risør, Steinkjer og Harstad har relativt få yrkesaktive over 67 år. Trolig reflekterer disse forskjellene sammensetningen av yrkene mellom kommunene samt andelen som er privat næringsdrivende, etter som selvstendige ofte selv kan velge når de trekker seg helt tilbake fra yrkeslivet i motsetning til lønnstakere, som i tillegg er avhengige av en viss velvilje fra arbeidsgiveren.

Det er også mulig at det fins lokale standarder eller normer for når man trekker seg tilbake fra arbeidslivet. Det er riktignok vanskelig å bestemme hva som er kulturelt og hva som er strukturelt betinget i en kommune eller en bydel, eller hvordan disse forholdene påvirker hverandre. I empiriske analyser kan man imidlertid spørre folk om hvordan de planlegger sin tilbaketrekning fra arbeidslivet. Hvis geografiske forskjeller i disse planene ikke kan forklares med hvilke yrker de jobber i, om de har lønnsarbeid eller er selvstendige eller hvor lett det er å finne en jobb i kommunen, så er det mulig at uforklart variasjon mellom kommunene kan reflektere sosiale standarder for når man trekker seg tilbake. Planlegging av pensjonsalderen beskrives mer inngående i kapittel 10.

Næringsstruktur

Data om næringsstruktur er hentet fra registeropplysninger i Statistisk sentralbyrå og er fra 2001 tilsvarende dataene om yrkesaktivitet ovenfor. Det er vanlig å dele næringene i tre grupper: primærnæringer, sekundærnæringer og tertiærnæringer. Primærnæringerne omfatter jordbruk, skogbruk, fiske og fangst. Sekundærnæringer er industri samt olje, bergverk, bygg og anlegg, kraft og vann. Tertiærnæringerne består av alle typer tjenesteyting som varehandel, transport, undervisning og helse. Historisk sett har det vært en overgang i sysselsettingen fra å være dominert av primærnæringer, til sekundærnæringer til i dag hvor tjenesteytende næringer dominerer sysselsettingen i alle kommunetyper, men aller mest i de større byene.

I tabell 9 er de 30 kommunene og bydelene i NorLAG rangert etter andelen som jobber i tertiærnæringer (tjenesteyting). Oslo er i en særstilling idet alle bydelene har en svært høy andel sysselsatte i tertiærnæringer. I Uranienborg-Majorstuen jobber ca. 90 prosent i tertiærnæringer. Etter Oslo er Asker og Tromsø kommunene der flest jobber i tertiærnæringer.

Tabell 9: Næringsstruktur i 30 kommuner og bydeler målt som andelen av sysselsettingen i henholdsvis primærnæringer (P), sekundærnæringer (S) og tertiærnæringer (T), registerdata for 2001.

	P	S	T		P	S	T
Majorstua	0	9	90	Grimstad	3	25	72
Røa	0	10	88	Lenvik	7	21	72
Grünerløkka	0	11	88	Steinkjer	9	20	70
Nordstrand	0	11	87	Levanger	9	21	70
Hellerud	0	14	85	Grong	11	21	69
Asker	1	14	85	Namsskogan	11	20	68
Tromsø	3	13	84	Froland	4	27	68
Stovner	0	15	84	Dyrøy	12	19	68
Skedsmo	1	16	83	Risør	2	30	68
Harstad	3	16	81	Bygland	10	22	67
Målselv	5	14	80	Nærøy	16	22	62
Eidsvoll	2	19	78	Åseral	10	29	60
Kristiansand	1	21	78	Kvinesdal	5	37	58
Namsos	4	19	77	Verran	10	33	57
Storfjord	8	18	74	Torsken	21	24	54

Den laveste andelen sysselsatte i tertiærnæringer finner vi i små kommuner som ligger relativt langt fra større byer. I Torsken og Åseral jobber bare litt over halvparten i tertiærnæringer. Andelen som jobber i sekundærnæringer (industri, håndverk m.m.) er høyest i Kvinesdal fulgt av Verran og Risør. Andel som jobber i primærnæringene (jordbruk, fiske m.m.) er høyest i Torsken og Nærøy.

Utdanningsnivå

I forskningslitteraturen har det i de senere år vært stor interesse for å kontekstualisere det som mange i utgangspunktet vil se som individuelle ressurser. Det har f.eks. lenge vært kjent at folk med høy utdanning har bedre helse enn de med lite utdanning. En grunn er at de med høyere utdanning har gunstigere helseatferd enn de som har mindre utdanning. Nyere forskning viser også at det å bo i et lokalsamfunn, i en kommune eller en bydel der folk generelt har høy utdanning synes å ha en gunstig effekt på

helsen som kommer i tillegg til det som følger av personens egen utdanning. En grunn kan være at helseatferden også påvirkes av hvilken atferd som er vanlig eller sosialt akseptert hos de som bor i lokalsamfunnet. Gjennomsnittlig utdanningsnivå blir her målt som antall år som normalt kreves for den høyeste fullførte utdanningen en har.

Utdanningsnivået i en kommune eller en bydel gjenspeiler i noen grad den lokale næringsstrukturen og i noen grad aldersfordelingen, ettersom utdanningsnivået har økt mellom generasjonene. Det viser seg at rangeringen mellom kommunene endres svært lite om vi korrigerer for alder. Ikke i noen tilfeller endres gjennomsnittet med mer enn en desimal. Aldersfordeling betyr således lite for disse sammenligningene. Vi unnlater derfor å alderskorrigere nivåer når vi sammenligner utdanningsnivået mellom de 30 kontekstene i NorLAG.

Tabell 10: Utdanningsnivået målt som gjennomsnittlig utdanningslengde for høyeste fullførte utdanning, NorLAG-data (40–79 år).

Røa	14,9	Hellerud	12,4
Majorstua	14,7	Bygland	12,4
Nordstrand	14,3	Stovner	12,3
Asker	14,1	Målselv	12,2
Kristiansand	13,3	Froland	12,1
Grimstad	13,1	Kvinesdal	12,1
Grünerløkka	13,1	Grong	12,0
Levanger	12,9	Lenvik	12,0
Tromsø	12,9	Verran	11,9
Risør	12,9	Åseral	11,9
Harstad	12,6	Dyrøy	11,9
Eidsvoll	12,6	Nærøy	11,7
Namsos	12,6	Namsskogan	11,6
Skedsmo	12,6	Torsken	11,4
Steinkjer	12,5	Storfjord	11,3

Høyest er utdanningsnivået i Oslo Vest, det vil si på Røa og i Uranienborg-Majorstuen. Utdanningsnivået er også høyt i Oslos nabokommuner samt i andre større byer. Lavest er utdanningsnivået i Storfjord, Torsken samt i Namsskogan og Nærøy, det vil si i mindre kommuner som ligger relativt langt fra en større by.

Næringsstrukturen er en hovedgrunn til at vi finner disse forskjellene. Om vi sammenligner tabell 9 og 10 finner vi en klar sammenheng mellom andelen som jobber i tjenesteytende næringer og utdanningsnivå ($r=0,70$). Langt på vei er det de samme kommunene eller bydelene vi finner i begge

ender av tabellen, men noen unntak fins også. Storfjord kommune, som har det laveste utdanningsnivået, er midt i fordelingen på andel som jobber innenfor tjenesteyting. Risør og i noen grad Grimstad har et høyere utdanningsnivå enn det næringsstrukturen umiddelbart kunne tyde på. Det siste tyder på at mange med relativt høy utdanning har valgt å bosette seg i Risør og Grimstad, i byer som tidligere har vært dominert av vanlige arbeidsfolk. I Storfjord derimot synes det ikke å være like populært å bo for folk som har høy utdanning.

Husholdenes inntekter

Inntekten sier først og fremst noe om individets og husholdets ressurser. Men på samme vis som utdanning kan også andres inntekter ha en viss betydning. Hvis man har en høyst ordinær inntekt og bor i et miljø med mange velstående folk, kan det føre til at man føler seg mindre fornøyd med sin egen inntekt og levestandard enn om man hadde bodd blant folk med mer ordinære inntekter. Kapittel 4 gir eksempler på denne typen analyser med utgangspunkt i NorLAG-data.

Når man sammenligner kommuner og byder, vil medianinntekten (inntekten som deler befolkningen i en øvre og nedre halvdel) gi et bedre anslag på inntektsnivået enn gjennomsnittsinntekten. Grunnen er at inntekten er svært skjevfordelt. Noen få som tjener mye kan trekke gjennomsnittet oppover og dermed gi et urealistisk anslag på hva folk flest tjener.

Tabell 11: Medianinntekt i 1000 kroner per hushold i 30 lokalsamfunn for inntektsåret 2001 standardisert etter husholdstype.

Røa	451	Lenvik	348
Nordstrand	447	Risør	347
Asker	439	Namsos	346
Majorstua	405	Åseral	343
Skedsmo	402	Froland	342
Tromsø	381	Steinkjer	340
Eidsvoll	371	Kvinesdal	340
Hellerud	369	Torsken	337
Stovner	364	Bygland	336
Målselv	362	Grong	333
Kristiansand	359	Nærøy	333
Harstad	356	Dyrøy	325
Grimstad	355	Namsskogan	323
Levanger	353	Grünerløkka	322
Storfjord	350	Verran	315

Statistisk sentralbyrå gir opplysninger om medianinntekten på husholdsnivå etter skatt for kommuner og bydeler. I alt har de sju typer hushold: aleneboende, par uten hjemmeboende barn, par med små barn (0–5 år), par med store barn (6–17 år), enfamiliehusholdning med voksne barn, mor/far med barn (yngste barn 0–17 år) og flerfamiliehusholdninger. Ved hjelp av såkalt direkte standardisering beregner vi medianinntekten per hushold gitt at alle kommuner og bydeler hadde samme fordeling mellom husholdstypene som landet som helhet. Med dette unngår vi at fordelingen mellom husholdstypene innenfor de enkelte kommuner og bydeler påvirker inntektsnivået. Resultatet av disse beregningene framgår av tabell 11.

Det høyeste inntektsnivået finner vi i Oslo-området, i Røa, Nordstrand, Asker, Majorstua og Skedsmo. Også Tromsø har et relativt høyt inntektsnivå. Det laveste inntektsnivået finner vi i Verran fulgt av Grünerløkka, Namsskogan og Dyrøy. Det lave inntektsnivået i Verran har i noen grad sammenheng med aldersfordelingen mellom yrkesaktive og pensjonister. Tabell 2 viser at Verran er det av våre lokalsamfunn som har flest innbyggere over 67 år, nesten en fjerdedel av befolkningen. Dernest følger Dyrøy og Namsskogan, kommuner med lav gjennomsnittsinntekt. Uheldigvis tillater ikke statistikken å dele opp inntekten etter aldersgrupper, noe som ville ha gitt bedre anslag på det faktiske inntektsnivået hos henholdsvis yrkesaktive og pensjonister. Det vi kan si er at kommuner med lav inntekt i tabell 11 også er kommuner med mange pensjonister som har lav inntekt. Men unntak fins også. Grünerløkka som har svært mange i yrkesaktiv alder har likevel et lavt inntektsnivå. Oslos bydeler finner vi således i begge ender av inntektsfordelingen. Dette viser at i en storby som Oslo bor de rike og de fattige ofte i ulike bydeler, for eksempel i henholdsvis Røa og Grünerløkka-Sofienberg.

Kommunens utgifter

Innledningsvis ble det nevnt at det er stor variasjon mellom kommuner i hvilke tjenester som tilbys de eldste innbyggerne. En grunn til dette er at kommunenes inntekter også varierer. En annen grunn er at kommunene står relativt fritt i hvilke tjenester de skal tilby sine eldste innbyggere. Disse tjenestene reflekterer derfor i noen grad kommunenes inntektsnivå. La oss derfor til slutt beskrive nivået på inntektene til de 25 kommunene i LAG.

Den enkleste måten å sammenligne kommunens økonomi er å dele kommunens utgifter på antall innbyggere. Norske kommuner har begrensede muligheter til å lånefinansiere sine utgifter. Variasjon i utgiftsnivået reflekterer hovedsakelig hvor store inntekter kommunene har, eller hvor god råd

de har. Vi bruker således utgiftsnivået som indikator på kommunens økonomi. Jo høyere utgifter, desto bedre økonomi.

Kommunene har langt større utgifter med sine yngste og eldste innbyggere enn de som er i yrkesaktiv alder. De yngste skal ha barnehager og skoler, de eldste skal ha helsetjenester og eldreomsorg. Av den grunn gjør vi her den forenklete antagelsen at innbyggere under 16 år og innbyggere over 67 år koster dobbelt så mye som de i aldersgruppen 16–66 år. Med utgangspunkt i aldersfordelingen i hele landet vektet derfor de yngste og de eldste innbyggerne opp med faktoren 1,48, mens de i yrkesaktiv alder vektet ned med en faktor 0,74. Utgiftene kan dessuten variere fra et år til et annet på grunn investeringer som kommunene foretar. Av den grunn tar vi utgangspunkt i kommunenes samlede utgifter minus investeringer i fast eiendom for siste år slike tall er tilgjengelige, dvs. for 2002. Oslo tas ut av denne sammenligningen ettersom Oslo både er kommune og fylkeskommune.

Tabell 12: Kommunens utgifter (minus investeringer i fast eiendom) i 2002 justert for alderssammensetning i kommunen.

Åseral	54,2	Lenvik	32,1
Namsskogan	51,7	Nærøy	29,6
Bygland	48,7	Namsos	29,2
Dyrøy	46,4	Harstad	28,5
Storfjord	42,5	Froland	27,8
Målselv	38,0	Kristiansand	27,8
Grong	37,5	Tromsø	27,7
Verran	37,3	Levanger	25,8
Torsken	36,5	Skedsmo	23,6
Kvinesdal	34,0	Asker	22,6
Steinkjer	33,3	Grimstad	21,8
Risør	33,2	Eidsvoll	19,2

På toppen finner vi Åseral, Namsskogan og Bygland. Alle tre er såkalte kraftkommuner med betydelige inntekter fra vannkraftproduksjon. Det knytter seg noe usikkerhet til i hvilken grad det høye utgiftsnivået også kan opprettholdes i årene framover. Dernest følger Dyrøy og Storfjord. Trolig har de relativt høye utgiftene i alle disse fem kommunene sammenheng med at det er små kommuner med spredt bosetting, og at utgiftene derfor vil være høyere enn i større kommuner med tettere befolkning. Eidsvoll har de laveste utgiftene. Men også Grimstad, Asker og Skedsmo har lave utgifter. Tabell 11 viser at Asker og Skedsmo har høye inntekter blant innbyggerne. Også Eidsvoll er i den øvre delen av inntektsfordelingen når vi ser på

innbyggerne i kommunen. Det er således ikke på grunn av lav skattebetaling blant innbyggerne at disse kommunene har lave utgifter og trolig også relativt dårlig råd.

Referanser

SSB 2001. <http://www.ssb.no/emner/02/01/fobsysut>

Vedleggstabeller

Tabell V:1: Aldersstruktur i 30 lokalsamfunn, november 2001, sortert etter andelen over 67 år. Prosent.

	0–15 år	16–66 år	>67 år	Totalt
Verran	20	57	24	100
Dyrøy	19	59	22	100
Namsskogan	18	63	20	100
Torsken	20	61	19	100
Grong	20	61	19	100
Risør	20	63	17	100
Bygland	20	63	17	100
Nærøy	23	60	17	100
Åseral	26	58	16	100
Nordstrand	20	64	16	100
Steinkjer	21	63	16	100
Hellerud	18	66	15	100
Røa	20	65	15	100
Kvinesdal	22	63	15	100
Namsos	22	64	14	100
Målselv	22	65	14	100
Eidsvoll	21	66	13	100
Majorstua	8	78	13	100
Lenvik	23	64	13	100
Levanger	23	64	13	100
Storfjord	19	67	13	100
Kristiansand	22	65	13	100
Harstad	21	66	13	100
Skedsmo	21	67	12	100
Grimstad	23	66	11	100
Asker	24	65	11	100
Froland	24	65	11	100
Stovner	21	69	11	100
Tromsø	23	69	9	100
Grünerløkka	12	80	7	100

Tabell V:2: Yrkesaktivitet etter alder, kjønn og kommune. Registerdata for 2001. Prosent.

	40–54 år		55–66 år		67–74 år	
	menn	kvinner	menn	kvinner	menn	kvinner
Majorstua	77	77	73	67	26	10
Grünerløkka	65	66	51	50	12	7
Nordstrand	89	84	79	68	23	14
Hellerud	81	75	65	57	15	6
Stovner	79	72	66	56	13	7
Røa	88	83	80	70	24	10
Asker	89	84	79	65	22	10
Skedsmo	89	82	75	61	17	9
Eidsvoll	88	81	73	54	15	7
Risør	81	77	59	53	9	6
Grimstad	83	76	64	54	17	6
Froland	83	77	68	52	12	9
Bygland	85	83	62	45	18	14
Kristiansand	85	77	68	54	15	6
Åseral	89	91	49	57	21	36
Kvinesdal	87	82	69	50	14	5
Steinkjer	89	82	72	56	13	4
Namsos	86	85	67	58	16	5
Levanger	88	84	70	61	13	5
Verran	81	76	53	40	6	3
Namsskogan	78	89	71	57	19	8
Grong	89	86	69	57	13	6
Nærøy	88	80	70	55	15	7
Harstad	87	81	67	57	13	6
Tromsø	87	85	72	62	16	8
Målselv	91	85	64	50	14	6
Dyrøy	80	79	51	47	7	5
Torsken	86	78	65	48	21	7
Lenvik	82	77	61	48	13	5
Storfjord	78	77	59	47	11	6

4 Helse og bosted

Tor Inge Romøren & Kirsti Valset

Innledning

På landet er det godt å bo/Her lever vi i fred og ro/Med mye luft og
deilig vann/Her er det godt å være and.

Slik synger andriken Ole Jakop i Thorbjørn Egners bok 'Ole Jakop på bytur' fra 1976. Ole Jakop fikk imidlertid høre at det skulle være enda bedre i byen enn på landet og dro av sted for å prøve lykken. Det gikk ikke så bra. Han følte seg ensom, og ble stadig utsatt for skader både i trafikken og ellers. I parken fant han en andedam, men de andre endene hadde ikke tid til å prate med ham; de bare kaklet og skrek og sloss om maten. Byen var helsefarlig. Til slutt bestemte han seg for å vende hjem.

Ole Jakop er et illustrerende eksempel på en forestilling om helse og bosted som de fleste av oss har: Det er sunnere på landet enn i byen, sunnere på de fleste småsteder enn på store steder. Forurensning, støy, trafikkulykker og andre levekårsproblemer virker ikke helsefremmende, og slikt er det mer av i byen enn på landet.

Det fins mange norske og internasjonale undersøkelser om sammenhengen mellom sosiale faktorer og helse (Blaxter 1990, Nettleton 1995, Dahl 1988 og 1994, Elstad 2000 og 2003). Men det er først i løpet av de senere årene at denne forskningen har rettet blikket mot den helsemessige betydningen av selve stedet man bor på (Tayler m. fl. 1997, Malmström m.fl. 1999, Wilkinson 1999, Bosma m. fl. 2001, Osler m.fl. 2003). I Storbritannia og USA har en funnet store variasjoner i befolkningens helse i ulike bosteds-kontekster (Pickett og Pearl, 2001). Undersøkelser fra Canada, Nederland, Danmark og Sverige har avdekket lignende, men mindre variasjoner (Bosma m.fl. 2001, Osler m.fl. 2003, Malmström m.fl. 1999). Foreløpig finnes det ingen slike systematiske undersøkelser i Norge.

Innenfor dette forskningsfeltet skilles det mellom såkalte 'komposisjonelle' og 'kontekststuelle' faktorerens betydning for helsetilstanden i en befolkning (Duncan m.fl. 1993, MacIntyre m.fl. 1993). *Komposisjonelle faktorer* er egenskaper som kan tilbakeføres til individet – for eksempel

alder, kjønn og utdanningsnivå. *Kontekstuelle faktorer* er egenskaper ved selve bostedet, for eksempel levekår og geografisk beliggenhet. Helsevariasjoner mellom ulike områder forklares på denne måten enten ved at folk med lignende individuelle kjennetegn som for eksempel høy alder eller høyt inntektsnivå er bosatt i bestemte områder, eller ved at folk med lignende helsefremmende eller helsehemmende egenskaper bor på steder som *i seg selv* har varierende effekter på helsa, slik Ole Jakop opplevde.

NorLAG-undersøkelsen har samlet inn helsedata fra individer i kommuner som bl.a. varierer med hensyn til sentralitet, befolkningsstørrelse, geografisk beliggenhet og levekår. Dette åpner for systematiske analyser av faktorer som påvirker helsa både via det individuelle og det kontekstuelle nivået. De 25 kommunene som NorLAG har i sitt utvalg utgjør i denne sammenheng bostedskontekstene vi har til rådighet. Siden Oslo kommune består av svært varierte boområder, og fordi vi vet fra tidligere forskning at noen av de største helseforskjellene i Norge finnes *innenfor* hovedstaden (Hagen m.fl.1994, Barstad 1997, Grøtvedt 2002), er Oslo delt inn i seks kontekster etter bydel. Til sammen har NorLAG derfor 30 bostedskontekster.

Spørsmålene som stilles i dette kapittelet er: (1) Er det stor variasjon i helsetilstand mellom befolkningene i kommunene som inngår i NorLAG-studien? (2) Skyldes dette i så fall hovedsakelig faktorer som kan tilbakeføres til individuelle forhold (komposisjonelle faktorer), eller kan egenskaper ved bostedene i seg selv (kontekstuelle forhold) også være av betydning?

Helsemål

Vi skal benytte to mål for å karakterisere helsetilstanden. Det ene er respondentenes skåre på den såkalte SF12-indeksen. Denne indeksen består i hovedsak av spørsmål om hvorvidt helsa begrenser ulike praktiske og sosiale gjøremål som for eksempel å støvsuge, gå i trapper, besøke venner eller slektninger osv. Det en måler på denne måten er derfor en form for 'funksjonell helse', ikke bestemte sykdomsenheter. SF12-indeksen har verdier mellom 10 og 65. Jo høyere verdi, desto bedre funksjonell helse. Indeksen har i sin opprinnelige utforming både en fysisk og en psykisk komponent. Det er kun den første som er benyttet her. I denne rapporten analyseres psykisk helse inngående i egne kapitler (kapittel 5 og 6). Den som vil sette seg nærmere inn i SF12, vil finne en utdypende orientering hos Gandek m. fl. (1998).

Det andre helsemålet vi bruker er en todelt (dikotom) variabel som angir om personene i undersøkelsesutvalget selv mener de har god eller dårlig helse. Spørsmålet som er stilt er rett og slett: «Hvordan vil du si at helsen din er, stort

sett?» Svaralternativene er ‘Utmerket’, ‘Meget god’, ‘God’, ‘Nokså god’, ‘Dårlig’. De tre første er i det følgende slått sammen til ‘God helse’ og de to siste til ‘Dårlig helse’. En kan si det slik at SF12-indeksen gir en beskrivelse av den fysiske helsa og dens konsekvenser for dagliglivet, mens det andre helsemålet gir en enkel oversikt over hvor mange som selv opplever at de har god eller dårlig helse uansett årsak eller konsekvenser.

Helsetilstanden på ulike bosteder

Hvordan er helsetilstanden til innbyggerne i kommunene som inngår i LAG-materialet ?

Tabell 1. Gjennomsnittlig SF12-skåre i 30 lokalsamfunn rangert fra best til dårligst helse.

Asker	49,89	Froland	46,63
Røa	49,79	Målselv	46,59
Majorstua	49,50	Hellerud	46,39
Nordstrand	48,76	Stovner	46,29
Namsos	48,15	Steinkjer	46,18
Skedsmo	47,82	Torsken	46,15
Levanger	47,66	Grong	46,10
Eidsvoll	47,61	Dyrøy	45,83
Åseral	47,56	Risør	45,74
Grimstad	47,55	Bygland	45,74
Harstad	47,28	Verran	45,26
Kristiansand	47,23	Grünerløkka-Sofienberg	45,21
Kvinesdal	47,07	Storfjord	45,19
Tromsø	46,94	Nærøy	44,50
Namsskogan	46,64	Lenvik	44,46

Som Tabell 1 viser er det ikke store forskjeller mellom bostedene (kommunene). Kommunene der innbyggerne samlet sett har den høyeste skåren på SF12-indeksen, og dermed best helse, er med enkelte unntak befolkningsmessig *store og sentrale* enheter som for eksempel Asker, vestlige bydeler i Oslo og byer i Nord Trøndelag. I likhet med tidligere studier ser vi imidlertid at noen av de største forskjellene finnes *mellom* bydeler i Oslo. Mens Oslo vest og kommunene i Akershus befinner seg blant de med høyest skåre, er helseskåren til innbyggerne i indre Oslo øst blant de dårligste. Men alt i alt er det altså ikke stor spredning mellom kommunene når fysisk helse målt ved hjelp av SF12 legges til grunn.

Når vi ser på andelen som selv oppgir *dårlig helse*, er forskjellene mer markante (tabell 2):

Tabell 2. Andel med subjektivt dårlig helse i 30 lokalsamfunn rangert. Prosent.

Røa	15	Stovner	29
Nordstrand	16	Grimstad	30
Asker	16	Åseral	32
Majorstua	18	Steinkjer	32
Levanger	21	Grünerløkka	32
Eidsvoll	23	Hellerud	32
Namsos	23	Namsskogan	33
Skedsmo	24	Bygland	33
Kvinesdal	25	Froland	34
Kristiansand	27	Verran	35
Grong	27	Dyrøy	36
Harstad	28	Nærøy	36
Tromsø	29	Storfjord	36
Risør	29	Torsken	37
Målselv	29	Lenvik	37

En ser at innbyggerne i bydelene i Oslo vest, innbyggerne i Akershus samt byer i Nord-Trøndelag i større grad også *opplever* at de har bedre helse enn folk andre steder. Høyeste andel med subjektivt sett dårlig helse finner en blant små eller mellomstore kommuner i Troms og i små kommuner i Nord-Trøndelag og i Agder. Det kan se ut som om det er en sammenheng mellom grad av sentralitet, landsdel, antall innbyggere og andel med dårlig subjektiv helse: i sentrale kommuner med mange innbyggere rapporterer informantene om den beste helsa, subjektivt sett. Dette gjelder spesielt bydelene i Oslo vest og kommunene i Akershus.

Avspeiler de kontekstuelle helseforskjellene individuelle forskjeller?

Bosettingsmønsteret i Norge følger sosioøkonomiske og demografiske strukturer. Dette innebærer at det er forskjeller mellom lokalsamfunnene bl.a. med hensyn til befolkningens utdanning, yrkes- og alderssammensetning. Det er et velkjent mønster at tettbygde kommuner med mange innbyggere og kommuner med gode levekår har en større befolkningsandel med høyere utdanning sammenlignet med små, spredtbygde kommuner og kommuner med dårlige levekår (Samfunnsspeilet 2002). Det samme gjelder alderssammensetningen: spredtbygde og kommuner med få innbyggere har generelt en større andel eldre mennesker enn tettbygde kommuner med store innbyggertall. Videre vet vi fra tidligere studier at helsa påvirkes av yrke,

utdanningsnivå og livsstil, og at kvinner oftere har dårligere helse enn menn (Blaxter 1990, Elstad 2003). Med alderen øker dessuten sannsynligheten for dårligere helse.

Tabell 3. Bivariate sammenhenger mellom kjønn, alder, utdanning, yrkesstatus, livsstil og helse målt ved SF12 og som andel med subjektivt dårlig helse (F-test).

	SF-12 skåre (gjennomsnitt) N = 3216	Andel m/subjektivt dårlig helse (prosent) N = 3233
Kjønn	***	*
Menn	48,35	26
Kvinner	45,85	29
Alder	***	***
40-49	50,22	17
50-59	47,74	25
60-69	45,49	35
70-79	43,05	37
Utdanning	***	***
Grunnskole	42,73	45
Videregående	47,18	27
Høysk/univers	50,64	13
Yrkesstatus	***	***
Profesjonelt	50,92	13
Ikke manuelt	48,64	20
Manuelt	47,25	29
Sigarett/tobakk	***	***
Aldri	48,79	22
Tidligere	47,16	25
Av og til	49,37	20
Daglig	46,38	30
Trening inne	***	***
Daglig/ukentlig	48,83	19
Hver måned	49,47	19
Noen ganger i året	48,89	21
Aldri	46,91	29
Trening/turer ute	***	***
Daglig/ukentlig	48,77	21
Hver måned	48,42	25
Noen ganger i året	45,71	35
Aldri	39,16	52

* p < .05 *** p < .001

Tabell 3 illustrerer de bivariate sammenhengene mellom helse og kjønn, alder, utdanning, yrkesstatus og livsstilsfaktorene røyking og trening. Tallene viser til gjennomsnittelige SF12-skårer og andelene som oppgir dårlig helse for de ulike gruppene uten hensyn til hvordan individene fordeles seg i forhold til andre egenskaper. De tallmessige forskjellene mellom menn og kvinner tar for eksempel ikke høyde for at det eksisterer kjønns-

forskjeller med hensyn til utdanningsnivå eller yrkesstatus, men viser kun til forskjeller mellom menn og kvinner uten å kontrollere for hvilket nivå av utdanning og yrkesstatus de to gruppene har.

En ser av tabellen hvordan helsetilstanden varierer med kjønn, alder, utdanningsnivå, yrkesstatus og livsstil. Kvinner har dårligere helse enn menn, og alder og utdanning gir opphav til store forskjeller. Yrkesstatus, røyking og trening inne ser ut til å ha mindre betydning, mens helseforskjellene mellom de som trener eller går turer ute og de som ikke gjør det er stor. De systematiske variasjonene som tabell 3 viser er, som nevnt, velkjent fra tallrike tidligere undersøkelser.

Spørsmålet vi nå skal stille er i hvilken grad variasjoner i befolkningens sammensetning i de ulike kommunene kan forklare de forskjellene i helsenivå som vi dokumenterte i tabell 1 og 2. Sagt med andre ord: skyldes forskjellene at mennesker med helsemessig fordelaktige eller mindre fordelaktige kjennetegn i større grad er bosatt i bestemte kontekster – altså såkalte ‘komposisjonelle faktorer’? Ved å kontrollere for alder, kjønn, utdanning, yrke og livsstil skal vi sammenligne helsetilstanden i ulike landsdeler, i kommuner av ulik størrelse og i kommuner med ulike levekår og grad av sentralitet. Ved hjelp av en statistisk metode (såkalt variansanalyse) utliknes eller ‘fjernes’ de helserelevante forskjellene som kan tilbakeføres til individene, og forskjeller som kan skyldes egenskaper ved kommunene reddyres så å si.

Tabell 4. Fysisk helse (SF12) og andel med subjektivt dårlig helse etter kontekstuelle variabler kontrollert for alder, kjønn, utdanningsnivå, yrkesstatus og livsstil. Ancova variansanalyse.

	Fysisk helse (SF12) (N = 3216)		Subjektivt dårlig helse (N = 3233)	
	Gj.snitt	St.feil	Andel %	St.feil
Landsdel				
Oslo/Akershus	49,66	.26	18	.01
Sørlandet	49,92	.38	20	.02
Nord-Trøndelag	49,07	.36	19	.02
Troms	49,01	.39	21	.02
Kommunestørrelse				
Små (<10000)	49,17	.30	20	.01
Midd.(1–50000)	49,64	.30	18	.01
Store (<50000)	49,58	.27	18	.01
Levekår				
Dårlig	49,16	.33	21	.01
Middels	49,36	.23	19	.01
God	49,94	.33	16	.01

* p< .05

Når det gjelder helsetilstand målt som gjennomsnittlig skåre på den 'fysiske' komponenten av SF12, finner vi nå bare små forskjeller mellom bosteds-kontekster kjennetegnet ved landsdel, kommunestørrelse eller levekår, og ingen av dem er signifikante. For det andre helsemålet – andel med subjektivt sett dårlig helse – finner vi små og ikke signifikante forskjeller både mellom kommuner i ulike landsdeler og av ulik størrelse. Det er en svakt signifikant forskjell knyttet til levekår: Helsa oppleves noe bedre blant folk i kommuner med de beste levekårene, alt annet likt. Vi kan dermed si at nesten all variasjon i helsetilstanden mellom befolkningene i ulike kommuner skyldes komposisjonelle forskjeller. Disse befolkningene har altså i hovedsak ulik helse fordi de har ulik sammensetning, ikke fordi stedet de bor på er steder som i seg selv fremmer eller svekker helsa. Med andre ord: Ole Jakop og Thorbjørn Egner ser ikke ut til å ha rett. Men samtidig gir fortellingen en forklaring på *hvorfor* byen var helsefarlig for andriken: han var ikke tilpasset livet der. På veien innover skjønner han ikke engang at det er farlig å gå på jernbaneskinnene. Og slik fortsatte det: bytrafikken var farlig, bygårdene var farlige, brygga var farlig – fordi Ole Jacop ikke mestret omgivelsene sine.

Hvor mye av den kommunale helsevariasjonen kan forklares av de kontekstuelle kjennetegnene?

Analysene ovenfor gir et foreløpig bilde på hvilke helseforskjeller som genereres – eller rettere sagt nesten ikke finnes – mellom kommuner av ulik type. Imidlertid gir den ikke noe helt presist svar på *hvor mye* av variasjonene som kan tilbakeføres til henholdsvis individuelle eller kontekstuelle faktorer. For å dokumentere dette bedre, benytter vi en såkalt flernivå regresjonsanalyse og spør: Hvor mye av den (lille) kontekstuelle helsevariasjonen kan forklares av henholdsvis kommunens geografiske beliggenhet, størrelse, levekår eller sentralitet?

Tall og tabeller for denne analysen er dokumentert i vedlegget til kapitlet. De viser at når vi tar høyde for at kommunene er ulikt befolket med hensyn til alder, kjønn og utdanningsnivå, kan bare 0,3 prosent av variasjonen i helse målt med SF12 tilbakeføres til variasjoner mellom kommunene (tabell ikke vist). Tilsvarende kan 0,5 prosent av variasjonen i andel med subjektivt dårlig helse tilbakeføres til den samme typen forskjeller (tabell ikke vist). Variasjonen mellom kontekstene er imidlertid signifikant ($p < 0,01$), også etter kontroll for alder, kjønn og utdanning.

Når det gjelder kommunale variasjoner i *funksjonell helse*, slik det måles via SF12-målet, er det kun levekårsforhold som bidrar når vi i tillegg

til alder, kjønn og utdanningsnivå inkluderer de kontekstuelle egenskapene sentralitet, kommunestørrelse (innbyggertall) og omfang av levekårsproblemer i hver sin modell (Modell 1A–1C, tabell V:1 i vedlegget). Resultatene viser at når individer med samme kjønn, alder og utdanningsnivå sammenlignes, gir en høyere konsentrasjon av levekårsproblemer en dårligere helse enn hva tilfellet er for kommuner som er preget av en lavere konsentrasjon av tilsvarende problemer (Modell 1A). Dette kan illustreres tallmessig på følgende måte: Kommunenes skåre på levekårsvariabelen varierer mellom 2,4 (laveste konsentrasjon av levekårsproblemer) og 9 (høyeste). Hvis man for eksempel sammenligner en kommune med skåre 8,1 med en kommune med skåre 2,6, følger det av levekårskoeffisienten at helsegjennomsnittet i førstnevnte kommuner vil ligge 1,9¹ enheter *lavere* på SF12-indeksen. I tillegg reduseres den lille kommunale variasjonen totalt, og det er ikke lenger signifikante variasjoner i dette helsemålet som kan tilbakeføres til forskjeller mellom kommunene. De andre kontekstuelle kjennetegnene har ingen signifikante effekter på helse målt ved SF12, og de reduserer heller ikke den kontekstuelle variasjonen i nevneverdig grad (Modell 1B og 1C).

Når det gjelder kommunale variasjoner i *andelen som sier at de har dårlig helse*, er det en svak tendens til at landsdel *kan* ha betydning: befolkningene i kommuner lokalisert i og nær Oslo-området, samt i eller nær andre større byer, opplever å ha bedre helse – kontrollert for kommunale variasjoner i alder, kjønn og utdanningsnivå (Modell 2B). Men her må en samtidig huske på at denne inndelingen tildekker de store helsevariasjonene innad i Oslo.

Levekårsproblemer forklarer derimot nesten all kommunal variasjon i andelen innbyggere med subjektivt sett dårlig helse (Modell 2A). Etter at konsentrasjonen av levekårsproblemer bringes inn i analysen, finner vi ikke lenger noen signifikante forskjeller i andel med dårlig helse som kan tilbakeføres til kommunale variasjoner. Retter vi fokus mot levekårskoeffisienten, ser vi at en høyere konsentrasjon av levekårsproblemer gir en signifikant høyere andel som oppgir dårlig helse. Dersom vi regner forholdet om til et prosenttall ved hjelp av regresjonskoeffisientene og sammenligner den kommunen som har den høyeste konsentrasjonen av levekårsproblemer med den som har den laveste, finner vi en forskjell i andel som opplever dårlig helse på 12 prosentpoeng².

¹ Koeffisienten for levekårsvariabelen (-0,34) * differansen mellom levekårsskåre 8,1 og 2,6 (5,5) = 1,9.

² Koeffisient for levekårsvariabelen (0,018) * differansen mellom levekårsskåre 9 og 2,4 (6,6) = 11,9

Oppsummering og drøfting

Innledningsvis spurte vi for det første om det er stor variasjon i befolkningens generelle helsetilstand på tvers av de kommunene som inngår i NorLAG-studien. Som det framgikk av analysene, avhenger svaret på dette spørsmålet til dels av hvilket helsemål som brukes og til dels av hvordan vi sammenligner kommunene.

Med hensyn til ulike typer av helsemål, kan det på bakgrunn av tabell 1 og tabell 2 legges til grunn at variasjonen i helse mellom kommunene kommer sterkest til uttrykk når helse betraktes som andel med subjektivt dårlig helse. Forskjellen mellom kommunene med hensyn til SF12-skåre varierte med om lag fem enheter fra kommunene med laveste skåre til kommunene med høyeste på en skala fra 10 til 65. Dette kan ikke sies å være en vesentlig forskjell. Blant kommunene som fremviste den største andelen med dårlig helse, fant vi imidlertid at drøyt en tredjedel av innbyggerne her opplevde å ha dårlig helse mot en sjettedel av befolkningen i kommunene der denne andelen var lavest.

Det er vanskelig å gi et sikkert svar på hvilken betydning denne helsevariasjonen skal tillegges, men det er flere grunner til at den kommunale variasjonen i andel med dårlig helse som fremkommer i NorLAG-materialet faktisk avspeiler reelle helseforskjeller og dermed ikke er et utslag av målefeil: Studier som har fokusert på dette helsemålet har funnet at respondentene ga stabile skårer over tid (Lundberg m.fl. 1996). I studier av samsvaret mellom egenvurdert helse og legers vurdering, er det funnet en sterk sammenheng (Garrity 1978). Tidligere forskning som har benyttet dette helsemålet i longitudinelle studier, har funnet en sterk sammenheng mellom selvrapportert helse og dødelighet (Östlin 1990, Idler El 1997, Miilunpalo m.fl. 1997). En undersøkelse av sammenhengen mellom andel som oppgir dårlig helse i hver av kommunene på bakgrunn av NorLAG-materialet og SSB's dødelighetsstatistikk over døde pr. 100,000 innbyggere¹ i de samme kommunene, viser også en nokså sterk aggregert sammenheng (0,51, $p < 0,001$). Som en foreløpig oppsummering kan det derfor hevdes at helsevariasjonen, målt som differansen mellom andel i hver kommune som oppgir dårlig helse, er stor.

Men svaret på hvor stor helsevariasjonen er mellom kommunene er også avhengig av hvordan kommunene sammenlignes. Dette momentet har betydning for det andre spørsmålet vi reiste innledningsvis: Skyldes

¹ Alder- og kjønnsstandardiserte rater for tidsrommet 1997–2001.

forskjeller mellom kommunene hovedsakelig faktorer som kan tilbakeføres til individuelle forhold (komposisjonelle faktorer) eller kan egenskaper ved kommunene i seg selv være av betydning (kontekstuelle forhold)? I de innledende tabellene 1 og 2 sammenlignet vi den generelle helsetilstanden uten å ta høyde for at disse bostedskontekstene er ulikt sammensatt med hensyn til innbyggernes demografiske og sosioøkonomiske karakteristika. I de videre analysene tok vi høyde for disse komposisjonelle forskjellene og i tillegg kategoriserte vi kommunene i forhold til mønstre som fremkom av tabell 1 og 2: landsdel og kommunestørrelse, samt skåre på levekårsindeksen. Ved å sammenligne på tvers av de ulike kommunekarakteristikaene samtidig som vi sammenlignet individer som var like, fant vi *ikke* helsevariasjoner av substansiell eller statistisk betydning. I flernivåanalysen undersøkte vi hvor stor statistisk andel av helsevariasjonene som gjenstod etter kontroll for individuelle egenskaper. Denne viste bare en minimal (men signifikant) forskjell mellom kommunene. På bakgrunn av disse analysene kan det dermed hevdes at den nokså store variasjonen mellom kommunene med hensyn til andel som oppgir dårlig helse, ikke egentlig er så stor når det tas høyde for individuelle egenskaper relatert til helseforskjeller. Det er med andre ord komposisjonelle faktorer som ser ut til å være virksomme med hensyn til å generere kommunale helsevariasjoner og ikke kontekstuelle karakteristika ved kommunen.

Vi finner dermed ikke det samme som i andre land – jf. innledningen om bosted og helse i USA og Storbritannia, der tydelige effekter er påvist. Hvorfor er det ikke slik i Norge? En hypotese er at Norge er et land med lite sosiale forskjeller – i en større sammenheng en ‘idyll’ i så henseende. Våre storbyer er dessuten små i en internasjonal sammenheng, og utjevning av levekår har dessuten stått sentralt i norsk politikk i en menneskealder. Norske bosteder og kommuner er preget av likhet, jfr. for eksempel arbeidet for å skape like tjenestetilbud land og strand rundt.

Likevel: bosteder som i større grad enn andre fremviser en konsentrasjon av levekårsproblemer har i seg selv en viss negativ virkning på helsa. Hva kommer det av? Kommunenes skåre på levekårsindeksen avspeiler til en viss grad hva slags økonomisk fremgang som karakteriserer kommunen. Tre av komponentene som inngår i levekårsindeksen relaterer seg til arbeidsmarkedsmuligheter gjennom rate for uføretrygdede, attføring og registrert arbeidsledighet. Osler (2003) har undersøkt betydningen av kontekstuell arbeidsledighet for dødelighetsrisiko i Danmark, og Bosma (2001) har foretatt en tilsvarende studie i Nederland. Disse studiene avdekket at det kontekstuelle arbeidsledighetsnivået hadde en selvstendig effekt på risiko for

dødelighet etter kontroll for individuelle egenskaper som arbeidsledighet, alder, kjønn, utdanning, yrkesstatus og livsstilsfaktorer. Osler og Bosma argumenterer på bakgrunn av disse studiene for en substansiell områdeeffekt av et høyt arbeidsledighetsnivå. Mekanismene som det kontekstuelle arbeidsledighetsnivået virker gjennom er imidlertid mer uklare, men et forslag er at det som følge av et generelt høyt arbeidsledighetsnivå genereres psykososiale og helseskadelige tilstander som stress, bekymring og tap av livskvalitet også hos dem som ikke selv er arbeidsledige.

I den grad levekårskomponenten avspeiler lokal økonomisk stagnering og dermed forverrede arbeidsmarkedsmuligheter, kan levekårs-effekten vi fant i analysene imidlertid hevdes å være en seleksjonseffekt. I den grad folk flytter fra en kommune, er det rimelig å anta at en vesentlig motivasjon for å bryte opp fra hjemstedet er ønsket om større arbeidsmarkedsmuligheter. Dette avspeiler seg også i flyttemønsteret i Norge, der hovedtendensen er at folk flytter mot større byer og regioner der den økonomiske veksten er sterkere enn på det opprinnelige bostedet. Samtidig er det rimelig å anta at de som flytter også har bedre helse enn de som velger å bli boende. I så måte vil den gjenværende befolkningen fremvise en generelt dårligere helsetilstand uavhengig av alder eller sosioøkonomisk status. Det er imidlertid ingen motsetning mellom seleksjonseffekten og den psykososiale effekten skissert ovenfor. De to effektene kan eksistere parallelt og forsterke hverandre.

Til tross for at de empiriske analysene vi har presentert i dette kapittelet peker i retning av komposisjonelle mekanismer med hensyn til å forstå kommunale variasjoner i helse, er det viktig å understreke at skillet mellom komposisjonelle og kontekstuelle mekanismer ikke er absolutt. Statistisk er dette skillet viktig med hensyn til å unngå økologiske feilslutninger slik at en teoretisk områdeeffekt enten overestimeres i den grad det finnes en effekt, eller ved at en postulert områdeeffekt bare er tilsynelatende (spuriøs), men fremkommer statistisk som følge av at individuelle faktorer ligger bak og styrer sammenhengen. Det kan imidlertid oppstå et problem i det man ønsker å ta høyde for individuelle (komposisjonelle) egenskaper. Dette problemet består i at man risikerer å overse potensielle synergieffekter frembrakt av bostedskontekstens befolkningsmessige sammensetning. Ved å kontrollere for individuelle egenskaper, står man således i fare for å kontrollere bort slike synergieffekter – en situasjon som kan karakteriseres ved ‘å kaste barnet ut med badevannet’. Disse problemstillingene vil være sentrale i de videre analysene av NorLAG-materialet.

Referanser

- Barstad, A. (1997) *Store byer, liten velferd? Om segregasjon og ulikhet i norske storbyer*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Blaxter, M. (1990). *Health and lifestyles*. London: Routledge.
- Bosma H, van de Mheen, D.G.J., Borsboom J.M. & Mackenbac J.P. (2001). Neighborhood socioeconomic status and all-cause mortality. *American Journal of Epidemiology*, 153, 363–71.
- Dahl, E. (1988). *Sosial ulikhet i helse: En analyse av norske undersøkelser*. Oslo: Statens institutt for folkehelse, avdeling for helsetjenesteforskning.
- Dahl, E. (1994) *Sosial ulikhet i helse: Artefakter eller seleksjon?* Oslo: FAFO, rapport 170.
- Duncan C. (1993). Do places matter? A multilevel analysis of regional variation in health-related behaviour in Britain. *Social Science and Medicine*, 37:725–33.
- Elstad, J.I. (2000). *Social inequalities in health and their explanations*. Oslo: NOVA, rapport 9–2000.
- Elstad, J.I. (2003). 'Helse i Norge ved årtusenskiftet', i I. Frønes & L. Kjølørød (red.), *Det norske samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gandek, B., Ware, J.E., Aronson, N.K. et al. (1998) Cross-validation of item selection and scoring of the SF-12 Health Survey in nine countries. Results from the IQOLA project, *Journal of Clinical Epidemiology*, 11:1171–1178.
- Garrity, T. (1978). Factors influencing self-assessment of health. *Social Science and Medicine*, 12, 77–81.
- Grøtvedt, L. (2002). *Helseprofil for Oslo*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Hagen K., Djuve A.B. & Vogt P. (1994). *Oslo: den delte byen?* Oslo: FAFO, rapport 161.
- Idler El, B.Y. (1997). *Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies*. *J Health Soc Behav*, 38,21–37.
- Lundberg O. & Manderbacka K. (1996). *Assessing reliability of a measure of self-rated health*. *Scand J Soc Med*, 24, 218–224.
- MacIntyre, S., MacIver, S. & Sooman, A. (1993). Area, class and health: Should we be focusing on places or people? *Journal of Social Policy*, 22, 2, 213–234.
- Malmström, M., Sandquist, J. & Johansson, S.E. (1999). Neighborhood environment and self-reported health status: A multilevel analysis. *American Journal of Public Health*, 89, 1181–1186.

- Miilunpalo S., Vuori I., Oja, P., Pasanen, M. & Urponen, H. (1997). Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. *J Clin Epidemiol*, 50, 517–528.
- Nettleton, S. (1995). *The sociology of health and illness*. Cambridge: Polity Press.
- Næss, S. (1979). *Livskvalitet: om å ha det godt i byen og på landet* Oslo: Institutt for anvendt sosialvitenskapelig forskning.
- Osler, M., Christensen, U., Lund, R., Gamborg, M., Godtfredsen, N. & Prescott, E. (2003). High local unemployment and increased mortality in Danish adults; results from a prospective multilevel study. *Occup Environ Med*, 60, e16.
- Osler, M. & Prescott, E. (2003). Educational level as a contextual and proximate determinant of all cause mortality in Danish adults. *J Epidemiol Community Health*, 57, 266–269.
- Pickett, K.E. & Pearl, M. (2001). Multilevel analyses of neighbourhood socio-economic context and health outcomes: a critical review. *J Epidemiol Community Health*, 55, 111–122.
- Samfunnsspeilet* (2002). Indeks for levekårsproblemer, 17, 4–5.
- Taylor, S.E., Repetti, R.L. & Seeman, T. (1997). What is an unhealthy environment and how does it get under your skin? *Ann Rev Psycho*, 48, 411–47.
- Wilkinson, R.G. (1996). *Unhealthy societies: The afflictions of inequality*. London: Routledge.
- Wilkinson, R.G. (1999). *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press.
- Östlin, P. (1990). Occupational history, self reported chronic illness and mortality: a follow up of 25 586 Swedish men and women. *Journal Epidemiol Community Health*, 44 12–16.

Vedlegg

Flernivå linear regresjon (xtreg) Stata.

Tabell V:1

Forklaringsvariabler	Funksjonell helse – gjennomsnittskåre på SF12 ^a N = 5460			
	b	St. avvik individ ^b	St. avvik kommune ^c	Variasjon kommunenivå ^d
Modell 1A : Levekårsproblemer ¹	-.337***	10.776***	< 0.000	< 0.000
Modell 1B : Sentralitet ²	.221	10.778***	.534*	.003
Modell 1C : Innbyggerantall ³	.199	10.778***	.580**	.003

Tabell V:2

Forklaringsvariabler	Andel med dårlig egenvurdert helse ^a N = 5515			
	b	St. avvik individ ^b	St. avvik kommune ^c	Variasjon kommunenivå ^d
Modell 2A : Levekårsproblemer ¹	.018***	.427***	< 0.000	< 0.000
Modell 2B : Sentralitet ²	-.014*	.427***	.024**	.003
Modell 2C : Innbyggerantall ³	-.014	.427***	.028**	.004

Forklaring.

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

^a Kontrollert for variabler på individnivå (alder, kjønn og utdanning)

^b Standardavvik på individnivå etter kontroll for variabel på kommunalt nivå og alder, kjønn og utdanning på individnivå.

^c Standardavvik på kommunenivå etter kontroll for variabel på kommunalt nivå, alder, kjønn og utdanning på individnivå.

^d Andel av den uforklarte variasjonen som kan tilbakeføres til forskjeller mellom kommunene. 1.000 = 100%.

¹ Levekårsindeks 2001 (SSB). Varierer mellom 2,4 og 9. Referanse er skåre 2,4 (lavest konsentrasjon av levekårsproblemer).

² Sentralitet 0= minst sentrale, 1= mindre sentrale, 2= noe sentrale, 3= mest sentrale kommuner. Minst sentrale kommuner er referanse.

³ Antall innbyggere i kommunen. Variablen er tredelt : 1 = under 10 000, 2 = 10 – 50 000, 3 = over 50 000. Kommuner med under 10 000 er referanse.

5 Mental helse og livskvalitet – individuelle variasjoner

Britt Slagsvold, Sten-Erik Clausen & Thomas Hansen

Innledning

Er depresjon og angst vanligere blant eldre enn blant middelaldrende? Varierer mental helse og livskvalitet med lokalmiljø? Hva karakteriserer personer som har høy livskvalitet? Dette er spørsmål vi her skal belyse med data fra NorLAG.

Mental helse og livskvalitet er gitt relativt stor plass i NorLAG, og det er mange grunner til det. I en livsløpsstudie er temaene viktige. Spørsmål knyttet til livskvalitet reises raskt når vi skal studere forløp på sentrale områder i livet, bidra til bedre forståelse av aldring og styrke kunnskapsgrunlaget for en god eldrepolitikk slik hensikten med studien er. Mental helse og livskvalitet er sentrale 'resultatmål' når vi f.eks. ser på konsekvenser av tidlig pensjonering, utveksling av hjelp i familien eller forutsetninger for en god alderdom. Men mental helse og livskvalitet kan også studeres som 'uavhengige variabler', både på individnivå og på lokalmiljønivå. For eksempel kan man spørre om 'glade eldre' utløser mer hjelp fra familie eller hjemmetjenester. Man kan også spørre om lokalmiljø med relativt større andeler av f.eks. tungsindige innbyggere kan få konsekvenser for lokale aktiviteter og for hvordan livet leves der – også for alle de andre.

Livskvalitet er imidlertid et vanskelig begrep, både når det gjelder innhold og avgrensning. Implikasjoner av ulike måter å begrepsfeste livskvalitet på er et tema vi tar sikte på å belyse gjennom vår studie.

Mental helse

Når det gjelder mental helse, gir NorLAG-data informasjon om depresjon og angst. Disse mentale lidelsene er de som er mest utbredt i alle aldersgrupper, med depressive symptomer som det aller mest utbredte. Depresjon og angst går dessuten ofte sammen: De som har angstlidelser er også ofte deprimerte. Det finner vi også i NorLAG (Clausen 2004, Clausen & Slagsvold 2005).

Disse lidelsene reduserer i sterk grad livskvaliteten for dem det gjelder, og de er samfunnsøkonomisk viktige. Ikke bare koster de samfunnet mye i form av sykefravær, men lidelsene er også knyttet til høyt forbruk av medisinske tjenester (Goodnick 1997, Simon et al. 1995). Depressive symptomer har økt i vestlige land de siste tiår. Flere tilskriver denne økningen moderne liv med økt individualisering, høye forventninger og at tradisjonelle fellesskap svekkes (Blazer 2002, Peterson et al. 1999, Seligman 1988, WHO 2001). Fordi lokalmiljøer varierer med hensyn til grad av fellesskap, kan det være interessant å studere sammenhenger mellom disse lidelsene og sosial kontekst: Varierer utbredelse av depressive symptomer med grad av urbanisering og stabilitet på stedet man bor?

Subjektiv livskvalitet

Mens mentale lidelser dreier seg om 'å være plaget' og 'å ha det vondt', dreier livskvalitet seg om 'å ha det godt'. God mental helse betyr først og fremst fravær av psykiske plager, mens høy livskvalitet innebærer tilstedeværelse av gleder. Slik sett er de to begrepene relatert. Sammenhengen mellom dem er imidlertid ikke klar. For eksempel er det uklart om dårlig mental helse og høy subjektiv livskvalitet er ytterpunkter på samme dimensjon eller om de representerer ulike faktorer. Man skiller ofte mellom tre komponenter i subjektiv livskvalitet, (i) en kognitiv komponent som refererer til fornøydhets eller tilfredshets slik det vurderes av personen, og to affektive komponenter som refererer til henholdsvis (ii) positive og (iii) negative følelser. Tanker og følelser knyttet til livskvalitet samvarierer rimelig nok, men ikke svært høyt, ikke i alle situasjoner og ikke for alle personer. Tilfredshet refererer til en mer helhetlig vurdering av livssituasjonen, mens affekt er sterkere knyttet til reaksjoner på det som skjer her og nå (Diener 1994). I NorLAG har vi mål på både tilfredshet og positiv og negativ affekt.

Hva vi tar opp

Livskvalitet og forhold knyttet til det er av de tema som har vært mest studert i sosialgerontologisk forskning. Det finnes en svært omfangsrik litteratur som viser at livskvalitet er relatert til helse, materiell levestandard, sosial støtte, opplevelse av personlig kontroll og personlighetstrekk som emosjonell stabilitet og utadventhet (DeNeve & Cooper 1998, Kunzmann et al. 2000, Mroczek & Kolarz 1998, Pinquart 2001).

I dette kapitlet skal vi vise utbredelsen av depresjon, angst og livskvalitet i ulike grupper inndelt etter kjente demografiske variabler og

personlige kjennetegn med særlig vekt på betydningen av alder. I neste kapittel spør vi om mental helse og livskvalitet varierer mellom lokalmiljø og med kontekstuelle forhold. Vi vil se på forskjeller i mental helse og livskvalitet mellom kommuner, landsdeler og by og land.

Når vi ser på utbredelse av mentale helseproblemer og livskvalitet, må vi ta forbehold om skjevheter i utvalget. I surveystudier er frafallet større blant dem med de største mentale helseproblemene (Thompson et al. 1994). Det kan også være at frafallet er større blant dem med minst problemer, de som er mest engasjert, involvert og travle. Videre kan det være at frafallsgrunner varierer i ulike undergrupper; for mer detaljer om utvalg og frafall viser vi til kapittel 2.

Depresjon og angst

Tidligere forskning

I studier av utbredelse av *depresjon* i den voksne del av befolkningen skiller man vanligvis mellom ‘alvorlig depresjon’, som fyller strenge diagnostisk kriterier (major depression, clinical depression) og ‘depressive symptomer’ av betydning (minor depression, subclinical depression)¹. Både i norske og internasjonale studier finner man at mellom to og fem prosent av befolkningen lider av alvorlige depresjoner (Engedal 2000, Stordahl et al. 2001). Men ser man på lettere former for depressive symptomer viser studier at mellom 15 og 30 prosent av befolkningen plages av slike (Blazer 2002, Engedal 2000). Estimerer på utbredelse av depressive symptomer viser også store variasjoner mellom studier og fra land til land.

Stort sett finner man at depresjon er omtrent like utbredt blant eldre som blant yngre. Mange studier peker imidlertid på at mildere former for depresjon – depressive symptomer av betydning – trolig er mer utbredt blant eldre enn store epidemiologisk studier viser (Nolen-Hoeksema & Ahrens 2002). Det er flere grunner til det. Én grunn er at eldre kan ha et annet symptombilde ved depressive tilstander og således ikke tilfredsstillende diagnostiske krav (Krause 1999). Dessuten synes det å være mer vanlig for eldre å underrapportere plager (Nordhus et al. 1998).

¹ Diagnostiske kriterier for alvorlig depresjon er strenge. Mange har betydelige depressive symptomer men faller utenfor disse kriteriene. Derfor har man innført begrepet ‘minor depression’, som på norsk også kalles ‘lettere depresjoner’ (Blazer 2002). I dagligtale kan imidlertid begrepet ‘lettere’ være misvisende, fordi kravene til denne betegnelsen er langt strengere enn f.eks. å føle seg litt deppa eller nedstemt.

Angst og aldring er i mindre grad studert enn depresjon, og det er også mindre utbredt. I ulike studier finner man at mellom 7 og 15 prosent er plaget av angst (Engedal 2000, Lindsay et al. 1991, Manela et al. 1996, Scogin et al. 1998). Flere undersøkelser finner at angst er mest utbredt blant mennesker midt i livet, for så å avta noe i høyere alder (bl.a. Engedal 2000, Stordahl et al. 2001). Også dette strider mot allmenne oppfatninger, fordi mange har erfart at angst synes å følge svekkelser i alderdommen, i særdeleshet sansesvekkelser. Underrapportering av symptomer på angst fra eldre og skjevt frafall i surveyundersøkelser kan muligens forklare dette. Angst og depresjon kan dessuten bli underdiagnostisert av helsetjenestene, fordi disse lidelsene kan være vanskelig å skille fra kognitiv svikt. Symptomer på mentale lidelser kan forveksles med symptomer på kognitiv svikt, samtidig som angst og depresjon kan opptre i tidlige faser av kognitiv svikt.

Utbredelse av depressive symptomer og angst i NorLAG

I NorLAG er depresjon målt ved Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) med 20 spørsmål (Radloff 1977). Angst er målt ved fem ledd fra Hopkins Symptoms Checklist (Derogatis et al. 1974). For begge er det gitt en grenseverdi som skiller mellom dem som har og ikke har symptomer av betydning på hver av disse lidelsene (se vedlegget).

I NorLAGs utvalg har 22,8 prosent depressive symptomer av betydning. Det er noe høyere enn i en tilsvarende studie av samme aldersgruppe fra USA (Blazer 2002), men lavere enn hva man finner i f.eks. en italiensk (Minicuci et al. 2002), en finsk og en spansk studie (Zunzuneguim et al. 1998). Angst er mindre utbredt enn depresjon; 10,1 prosent ligger over grenseverdien, dvs. de har symptomer av betydning. Angst og depresjon går ofte sammen; av dem som har angst har 79 prosent også depressive symptomer. Symptomer på angst og depresjon er rimeligvis ikke normalfordelt, og de fleste med angst eller depressive symptomer ligger nær grenseverdien. Få personer i utvalget har alvorlige symptomer på angst og depresjon (se vedleggets figur V:1 og V:2).

I hvilke grupper finner vi flest med psykiske problemer? Tabell 1 viser andeler som har symptomer på depresjon og angst av betydning etter en rekke individuelle kjennetegn.

Tabell 1. Andeler med betydelige symptomer på depresjon og angst etter alder, kjønn, fysisk helse, inntekt, utdanning, sosial kontakt, sivilstand (prosent).

Variabler	N ¹	Depresjon	Angst
<i>Alder</i>		***	*
40–49 år	1211	21,6	11,5
50–59 år	1205	20,0	10,7
60–69 år	946	22,0	8,4
70–79 år	670	30,9	8,5
<i>Kjønn</i>		***	***
Menn	1920	20,3	8,3
Kvinner	2112	25,0	11,7
<i>Fysisk helse (SF12)</i>		***	***
Dårlig/nokså god	1259	37,9	16,8
God	1291	22,0	10,4
Meget god	1453	14,0	5,7
<i>Samlet inntekt før skatt</i>		***	***
0–150 000 kroner	900	29,7	13,9
150–250 000 kroner	1017	27,7	11,6
250–350 000 kroner	1070	19,4	8,9
Mer enn 350 000 kroner	1045	15,3	6,6
<i>Utdanning</i>		***	***
Grunnskole	727	31,5	16,4
Videregående skole	2158	22,8	9,5
Universitet	1121	16,9	6,9
<i>Samvær med andre</i>		***	i.s.
Lite	1320	25,7	11,3
Middels	1166	24,6	8,7
Mye	1546	18,9	10,0
<i>Ekteskapelig/samboer status</i>		***	***
Er gift/samboende	2677	18,7	9,0
Alene	1355	34,0	12,9
Totalt		22,8	10,1

*p<.05 ***p<.001

Vi finner de samme tendenser for utbredelse av angst som for depresjon. Slike plager er mer vanlig blant kvinner, blant de med dårligere fysisk helse, med lavere inntekt, med lite utdanning og blant de enslige. Tendensene er de samme som man finner i andre studier (se Clausen & Slagsvold 2005). Når det gjelder alder, finner vi imidlertid ulike tendenser. Depressive symptomer er mer utbredt blant dem over 70 år, men vi finner ikke høyere forekomst av angst blant de eldste. Tendensen for angst er snarere omvendt.

¹ Kolonnen viser til N for depresjon. N for angst skiller seg marginalt fra N for depresjon.

Aldersforskjeller i utbredelsen av depresjon og angst

I NorLAGs utvalg av mennesker i andre halvdel av livet finner vi altså at depressive symptomer er utbredt i alle aldersgrupper, men er betydelig vanligere blant dem over 70 år. Nesten hver tredje person i den eldste aldergruppen har symptomer på depresjon. Hva ved alder kan forklare dette? Fra et eksistensielt synspunkt kan det synes rimelig at høy alder er knyttet til psykiske plager: Størsteparten av livet er levd, valgmuligheter er blitt færre, tidligere feil i livet er vanskelige å rette opp, kroppen eldes, døden rykker nærmere. Også fra nyere biopsykologisk forskning postuleres det at symptomer på mentale lidelser kan følge endringer og svekkelser i den aldrende hjerne. Men det kan også være andre og mer konkrete grunner til større utbredelse av depresjon blant de eldste. Mot slutten av livet vil man med større sannsynlighet oppleve tap på ulike livsområder: av helse, inntekt, sosialt nettverk, partner. Hvor mye av årsaken til økningen med alder kan tilskrives slike tap?

Vi har sett på betydningen av disse aldersrelaterte endringene og om sammenhengen mellom alder og symptomer på psykiske lidelser reduseres når vi kontrollerer for slike forhold (tabell 2). Da finner vi at alder i seg selv ikke har noen sammenheng med depresjon. Når depresjon er mer utbredt blant eldre, er dette knyttet til at eldre opplever aldersrelaterte tap: Det er først og fremst dårligere helse og tap av partner som forklarer at flere blant de eldste er deprimerte.

Tabell 2. Multipl regressjonsanalyse med depressive symptomer og angst som avhengige variable (standardiserte koeffisienter).

	Depresjon	Angst
Uavhengige variabler	Beta	Beta
Alder	-.03	-.13***
Kjønn	-.02	.03
Fysisk helse (SF12)	-.26***	-.20***
Samlet inntekt før skatt	-.07***	-.05**
Samvær med andre	-.06***	-.05***
Ekteskapeleg/samboer status	-.16***	-.08***
Utdanning	-.07***	-.05***
R ²	.13***	.07***

** p < .01, *** p < .001.

Når det gjelder angst finner vi at angst er noe *mindre* utbredt blant de eldste (tabell 1), og når vi kontrollerer for ressurser, finner vi fortsatt en negativ sammenheng mellom angst og alder (tabell 2). Hadde det ikke vært for at

eldre oftere er enslige og har dårligere helse, ville angst vært enda mindre utbredt blant de eldste enn blant de yngre middelaldrende.

Hva ved høy alder skulle forklare at eldre er *mindre* utsatt for angst, gitt samme ressurser? Én grunn kan være at eldre er tilbøyelige til å underrapportere psykiske plager. En annen grunn kan være en overdødelighet blant dem med psykiske plager slik at de mer psykisk robuste overlever (Krause 1999). Men det kan også være at endringene i eksistensielle betingelser, som vi antydte som grunner til *mer* psykiske lidelser ovenfor, snarere kan trekke i retning av *mindre* angst. Eldre kan i større grad ha forsonet seg med forventede tap og reduksjoner. Når tap av ektefelle, sosiale kontakter og helse kommer, fører de ikke i samme grad til angst hos eldre som hos yngre mennesker.

Symptomer på psykiske lidelser er utbredt i befolkningen. I NorLAGs utvalg har en fjerdedel av utvalget symptomer på angst og/eller depresjon av betydning. Det er imidlertid klare forskjeller mellom aldersgruppene og mellom de to kjønn. Mens rundt 20 prosent av menn under 70 år har symptomer på angst og/eller depresjon, har hele 35 prosent av de eldste kvinnene slike plager. At disse forskjellene mellom grupper forklares av ulikheter i ressurser, bortforklarer ikke at andelen med slike plager er høyest blant de eldste og særlig blant de eldste kvinnene. Selv om ikke alle disse er behandlingstrengende, har mange behov for behandling, hjelp og støtte utover det de har. Særlig stort er behovet for psykologisk og psykiatrisk hjelp altså blant eldre kvinner. Samtidig er dette den gruppen som kanskje er sterkest underbehandlet i dag. Trolig vil fremtidens eldre, og særlig kvinner, i større grad etterspørre hjelp når psykiske problemer melder seg, blant annet fordi flere vil være kjent med at det finnes muligheter for hjelp. For helse- og sosialpolitikken blir dette trolig en stor utfordring i nokså nær framtid.

Subjektiv livskvalitet

Mens depresjon og angst representerer plager, refererer livskvalitet til gleder og et godt liv. Hvor mange synes å leve et godt liv i andre halvdel av livet? Hvilken rolle spiller ressurser og tap for subjektiv livskvalitet? Finner vi forskjeller i livskvalitet mellom aldersgrupper? Vi skal belyse dette gjennom analyser med tre av målene på subjektiv livskvalitet i NorLAG, ett mål på kognitive evalueringer, som vi kaller tilfredshet, og to mål på følelser, positiv og negativ affekt.

Tidligere forskning

At folk skal oppleve å ha det godt – at den subjektive livskvaliteten er høyest mulig – er i mange sammenhenger den endelige hensikten med både lokale og mer generelle sosial- og helsepolitiske tiltak. Det er derfor ikke overraskende at forskningslitteraturen på området er svært omfattende. I vestlige land finner man at de aller fleste er tilfredse, de vurderer sin livskvalitet som høy, og at objektive levekår korrelerer relativt moderat med tilfredshet (Cummins et al. 2003, Næss 2001, Diener 1994, Slagsvold 1981). Man finner også små endringer i selvrapportert tilfredshet med alder til tross for reduksjoner og tap. Disse kontraintuitive funn – at objektive livsforhold ikke gjenspeiles i subjektive evalueringer – er blitt omtalt som ‘the paradox of well-being’ (Mroczek & Kolarz 1998). Paradokset skyldes at flere psykologiske mekanismer trekker i retning av å tilpasse seg til den situasjonen man befinner seg i: Det er mer hvordan man ‘tar det’, enn hvordan man ‘har det’, som påvirker tilfredsheten med livet. Å sammenligne sine livsforhold slik at man selv kommer heldig ut, er for eksempel en utbredt måte å opprettholde tilfredshet på, eller å gjenopprette den når den er truet (Cummins et al. 1993). Selv om man generelt finner små endringer i livskvalitet med alderen, viser allikevel ulike studier noe ulike tendenser, og med samme mål varierer også funnene mellom land. Med et generelt spørsmål om livskvalitet som inngår i store komparative studier som Eurobarometer og The World Value Survey finner man for eksempel at livskvalitet er lavere for eldre enn for yngre i land som Frankrike og Japan, høyere i land som Storbritannia og Irland, og på samme nivå som yngre i USA og Hellas (Mroczek & Kolarz 1998). Det er stilt et tilsvarende globalt spørsmål om livskvalitet i NorLAG.

Lignende språk i funn fra ulike studier finner man også når det gjelder sammenhengen mellom alder og subjektiv livskvalitet målt ved følelser. Her finnes studier som viser så vel stabilitet, økning som reduksjon i både positiv og negativ affekt med alder (Diener et al. 1999, Kunzman et al. 2000). Det er presentert mange hypoteser om årsaker til at livskvalitet målt ved affekt er relativt stabil eller reduseres så lite med alder til tross for tap og svekkelser. Større kontroll over emosjoner med alder er en mulig årsak, en annen er bedret evne til å mestre tap og endringer (Mroczek & Kolarz 1998). Vi skal ikke her gå nærmere inn på mulige aldersrelaterte endringer i mestringsstrategier, personlighet o.l., men nevner at data samlet inn i NorLAG gir mulighet for å analysere slike sammenhenger nærmere. I det videre skal vi avgrense oss til å spørre: Finner vi forskjeller i tilfredshet, positiv og negativ

affekt mellom middelaldrende og eldre i Norge? I hvilken grad er forskjellene knyttet til objektive levekår og ressurser?

Tilfredshet med livet

Tilfredshet er målt med 'The Satisfaction With Life Scale' (SWLS) som har fem ledd (Pavot et al. 1991). Det er satt en grenseverdi der man vurderes som 'tilfreds' når man skårer over (se vedlegget). Når vi i det videre omtaler andeler som er tilfredse, refererer det til de som skårer over denne grenseverdien.

Alt i alt finner vi i NorLAGs utvalg, som i andre studier, at de fleste sier seg tilfreds med livet. Flertallet (59,4 prosent) er fornøyd eller meget fornøyd med livet etter dette målet. Vi har som nevnt også stilt et enkeltspørsmål om livskvalitet. På dette spørsmålet svarer hele 87 prosent at de er fornøyd eller svært fornøyd. I det videre skal vi bare ta utgangspunkt i tilfredshet målt ved SWLS. Tendensene er nokså nøyaktig de samme med enkeltspørsmålet som med skalaen, men enkeltspørsmålet har lavere spredning, og forskjellen mellom grupper er mindre.

Hvordan fordeler tilfredsheten seg i andre halvdel av livet? I enkle toveis sammenhenger finner vi ingen forskjeller mellom aldersgrupper eller mellom de to kjønn (tabell 3). Ikke overraskende finner vi imidlertid flere som er tilfreds blant dem som har en partner, som har god helse, høy inntekt, mer utdanning og mer sosial kontakt. Tendensene er de samme som man finner i studier fra andre land. De med mest og flest ressurser er mer fornøyd (Diener et al. 1999). Men selv om forskjellene mellom de med mye og lite av ulike typer fordeler er statistisk signifikante, så er de ikke store. Sagt på en annen måte er det mange også blant de dårligere stilte som er tilfredse med livet. Blant de med dårlig helse, dårlig inntekt og minst samvær med andre er rundt halvparten likevel tilfreds med livet. Det er dette som har forbauset forskere og sosialpolitikere og som omtales som tilfredshetens paradoks som vi omtalte foran.

Tabell 3. Andeler med 'høy livskvalitet'¹ etter alder, kjønn, helse, inntekt, utdanning, sosialt nettverk og husholdssammensetning (prosent).

Variabler	Tilfredshet	Positiv affekt	Negativ affekt
<i>Alder</i>	i.s.	***	***
41–49	58,4	38,4	35,5
51–59	57,4	35,7	31,1
60–69	61,9	29,1	27,2
70–79	61,2	15,9	31,1
<i>Kjønn</i>	i.s.	i.s.	***
Menn	58,8	30,7	26,9
Kvinner	59,9	32,4	35,7
<i>Fysisk helse (SF12)</i>	***	***	***
Dårlig/middels	47,7	23,6	40,2
God	59,6	30,5	31,0
Meget god	66,3	36,7	26,2
<i>Samlet inntekt før skatt</i>	***	***	i.s.
0–150.000 kroner	56,9	33,3	31,3
150–250.000 kroner	56,2	25,9	31,9
250–350.000 kroner	59,3	33,0	30,3
Mer enn 350.000 kroner	65,5	45,0	28,8
<i>Utdanning</i>	***	***	***
Grunnskole	57,2	20,6	34,4
Videregående skole	57,7	29,1	30,6
Universitet	64,3	43,8	31,2
<i>Samvær med andre</i>	***	***	i.s.
Lite	52,0	28,2	32,5
Middels	58,6	33,0	31,4
Mye	66,4	33,5	30,7
<i>Husholdningssammensetning</i>	***	i.s.	***
Bor uten partner	44,3	30,5	29,6
Bor med partner	65,2	32,2	35,3
Totalt	59,4	33,3	33,3

i.s.= ikke signifikant ($p \geq .05$), *** $p < .001$.

Positiv og negativ affekt

Mens tilfredshet med livet refererer til bevisste vurderinger, så refererer affekt til følelser i forhold til hvordan man har det. Affekt er målt ved 'Positive and Negative Affect Scale' (PANAS) (Watson et al. 1988), med seks ledd om positiv affekt og seks om negativ affekt. Her kategoriserer vi den tredjedelen som har høyest skåre på målene for å ha henholdsvis høy positiv og høy negativ affekt (se vedlegget). Eksempler på positiv affekt er

¹ Høy skåre for tilfredshet er definert som SWLS ≥ 19 , høy positiv og negativ affekt har de som ligger i øverste tritil (den tredjedelen som skårer høyest).

følelser som 'oppglødd', 'begeistret', 'interessert', mens eksempler på negativ affekt er 'bekymret', 'irritert', 'redd'. Positiv affekt forekommer oftere enn negative følelser både i NorLAGs utvalg og i andre studier, og spredningen rundt gjennomsnittet er størst for positiv affekt.

Av tabell 3 ser vi at andelen med høy positiv affekt synker sterkt med økende alder. Forskjellen mellom aldersgrupper er imidlertid liten når det gjelder negativ affekt. Samlet sett er det de yngste i materialet (mellom 40 og 50 år) som rapporterer sterkeste følelser – både i positiv og negativ retning. Dessuten har kvinner mer negativ affekt enn menn. For øvrig finner vi de samme tendenser som vi har sett for tilfredshet: Jo mer ressurser (i form av helse, inntekt, utdanning, sosiale kontakter, partner) desto mer positiv affekt og mindre negativ affekt. Ikke alle sammenhengene er statistisk signifikante, men de går i samme retning. Særlig sterk er sammenhengen mellom helse og både positiv og negativ affekt, og mellom utdanning og positiv affekt. Blant dem med universitetsutdanning finner vi mer en dobbelt så mange med høy positiv affekt som blant dem med bare grunntdanning.

Alder og subjektiv livskvalitet

Vi er her særlig opptatt av å belyse sammenhenger mellom livskvalitet og alder. For å oppsummere så langt finner vi ingen aldersforskjell i hvor tilfreds man er med livet, og kun små forskjeller i negativ affekt. Derimot finner vi at langt færre av de over 70 år rapporterer positiv affekt enn 40–50 åringene. Da vi foran så på depresjon og angst, fant vi at aldersforskjellene i stor grad ble forklart av ulikheter i livssituasjon og ressurser mellom aldersgruppene, først og fremst i helse. Vi finner ikke samme tendens for subjektiv livskvalitet. Når vi justerer for forskjeller (de samme bakgrunnsvariabler som i tabell 1–3), finner vi en klar sammenheng mellom alder og alle målene på livskvalitet (tabell 4).

Tabell 4. Multippel regresjonsanalyse med livskvalitetsmål som avhengige variable (standardiserte regresjonskoeffisienter).

Uavhengige variabler	Tilfredshet	Positiv affekt	Negativ affekt
Alder	.12***	-.16***	-.12***
Kjønn	.08***	-	.07***
Fysisk helse (SF12)	.26***	.09***	-.18***
Samlet inntekt før skatt	.06***	.03*	-
Samvær med andre	.13***	.06***	-
Ekteskapelig/samboer status	.22***	-	-.04*
Utdanning	-	.19***	-
R ²	.15***	.11***	.05***

* p < .05, *** p < .001.

Gitt samme helse, sosioøkonomiske forhold og tilgang på sosialt samvær og partner, så er eldre *mer* tilfredse med livet enn yngre. Et slikt tilsynelatende overraskende funn kan ha flere rimelige forklaringer. En nærliggende forklaring kan være at eldre som beholder ressurser opplever seg som positive unntak, som heldige. Med økende alder forventer de fleste at helse svekkes, partneren kan falle fra og det sosiale nettverket skrumper inn før eller siden. Forventningene jenkes ned. Når livsvilkårene fortsatt er gode i høy alder, gir det grunn til desto større tilfredshet. Med samme livsvilkår som unge kan eldre bli mer fornøyd enn dem, slik vi altså finner i NorLAG.

Når vi justerer for ulikheter i helse og andre bakgrunnsfaktorer, finner vi også at eldre opplever mindre affekt enn middelaldrende. Det gjelder som nevnt både positiv og negativ affekt. Eldre opplever i mindre grad å være oppglødd, begeistret, inspirert o.l., men de er også mindre bekymret, oppskaket, irritert o.l. Gitt samme livssituasjon har de mindre affekt enn middelaldrende. Også i andre studier finner man slike tendenser, og endringer i affekt med alderen har vært et tema for gerontopsykologer lenge. Dels har man presentert hypoteser om større affektflathet i alderdommen, og implisitt eller eksplisitt knyttet det til biologisk aldring – til den aldrende hjerne. Men med høy alder følger også andre endringer enn biologisk aldring og tap av ressurser. Ikke minst blir utfordringer som følge av arbeid og barn færre. Det blir mindre å begeistres av, men også mindre å frustreres over. Livet flyter roligere for mange. Mindre affekt kan også gjenspeile en større harmoni, kanskje knyttet til en slags klokskap som kan følge med høyere alder.

Avslutning

‘Health, wealth, and social relations’ nevnes ofte som de tre viktigste prediktorer for livskvalitet i forskningslitteraturen. For mental helse nevnes vanligvis også mestring blant disse. NorLAGs utvalg består av mennesker i andre halvdel av livet. For dem har helse sterk sammenheng med så vel depresjon og angst som med tilfredshet og følelser. Også sosiale relasjoner er viktige, og i særdeleshet det å ha en partner. Inntekt og utdanning betyr også noe, selv om vi ser svakere sammenhenger for disse. Men viktigere enn inntekt er alder, eller ‘noe’ som er forbundet med alder og som vi ikke har kunnet måle.

Det er en ting å finne sammenhenger eller korrelasjoner mellom livskvalitet, en annen ting er å si noe om årsakssammenhenger. Det er rimelig å anta at gode objektive levekår bidrar til mental helse og subjektiv livskvalitet, men årsakssammenhengene kan også gå andre veien. Glade

entusiaster kan for eksempel være mer attraktive både for parforhold og i arbeidslivet, og kanskje endog ha større sjanse for gode stillinger og dermed bedre inntekt og pensjon. Aldersforskjeller i livskvalitet og mental helse kan skyldes selektivt frafall, biologisk aldring, akkumulerte erfaringer og kanskje livsvisdom. Det kan også skyldes forskjeller mellom historiske alderskohorter. Det kan for eksempel være at forskjeller i affekt mellom de eldste og de yngste i utvalget kan skyldes endrede holdninger til hva som ble tillatt og oppmuntret av følelsesmessige uttrykk da deres væremåter ble formet i barne- og ungdomsårene. Hva som sømnet seg av følelsesmessige uttrykk i mellomkrigstiden, da de eldste i utvalget var unge, kan ha vært mer dempet enn tilfellet var for de frigjorte 68-erne, som vi nå finner blant dagens middelaldrende. De kanskje største kohortforskjellene finner vi når det gjelder utdanning. Gjennom de siste tiår har mange studier funnet sammenhenger mellom utdanning og subjektiv livskvalitet, også når man kontrollerer for andre forhold (Healy et al. 2001). I NorLAGs utvalg er utdanning den faktor som er sterkest relatert til depresjon og positiv affekt. Kanskje vil økt utdanning i fremtidige kohorter bidra til økt livskvalitet også i alderdommen. Det er et tema som er diskutert i en annen rapport fra NorLAG (Slagsvold & Solem 2005).

Referanser

- Blazer, D. (2002). *Depression in late life*. New York: Springer Publishing.
- Bloch, D. (1977). Criteria, standards, norms: Crucial terms in quality assurance. *Journal of Nursing Administration*, (sept.), 20–30.
- Clausen, S.E. (2004). Aldring og angstsymptomer: Utbredelse og komorbiditet. *Aldring og livsløp*, 2, 26–29.
- Clausen, S.E. & Slagsvold, B. (2005). Aldring og depressive symptomer: En epidemiologisk studie. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*.
- Cramer, V. (2004). *Mentale lidelser og livskvalitet*. Avhandling fra Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Cummins, R.A., Gullone, E. & Lau, A.L.D. (2003). 'A model of subjective well-being homeostasis: the role of personality', in E. Gullone & R.A. Cummins (eds.), *The universality of subjective wellbeing indicators*. Dordrecht: Kluwer.
- DeNeve, K.M. & Cooper, H. (1998). The happy personality: a metaanalysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124, 197–229.

- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31, 103–157.
- Derogatis, L.R., Lempman, R.S., Rickles, K., Uhlenhuth, E.H. & Covi, L. (1974). 'The Hopkins Symptom Checklist (HSCL)', in I. P. Pichot (ed.), *Psychological measurements in psychopharmacology. Modern problems in Pharmacopsychiatry*. Basel: Krager.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 3, 542–575.
- Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E., & Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276–302.
- Diener, E. www.psych.uiuc.edu/
- Engedal, K. (2000). *Urunde hjul. Alderspsykiatri i praksis*. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
- Goodnick, P. (1997). Medical illness and depression: Introduction. *Psychiatric Annals*, 27, 339–340.
- Graham, G. (2003). Worry and anxiety in old age. *Ageing & Mental Health*, 7, 5, 323–325.
- Healy, T., Cote, S., Helliwell, J.F. & Field, S. (2001). *The well-being of nations: the role of human and social capital*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD.
- Kivela, S.L., Pahkela, K. & Laippala, P. (1988). Prevalence of depression in an elderly population in Finland. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 401–413.
- Krause, N. (1999). 'Mental disorder in late life. Exploring the influence of stress and socioeconomic status', in C.S. Aneshensel & J.C. Phelan (eds.), *Handbook of the sociology of mental health*. New York: Kluwer Academics.
- Kunzmann, U., Little, T.D. & Smith, J. (2000). Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, 15, 3, 511–526.
- Kunzmann, U., Little, T., & Smith, J. (2002). Perceiving control: a double-edged sword in old age. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B, 6, P484–P491.
- Lawton, M.P. (1975). The Philadelphia Geriatric Morale Scale: a revision. *Journal of Gerontology*, 30, 1, 85–89.
- Lindsay, J., Jacoby, R. & Oppenheimer, C. (1991). 'Anxiety disorders in the elderly', in R. Jacoby & C. Oppenheimer (eds.), *Psychiatry in the elderly* (pp. 735–757). Oxford: Oxford University Press.
- Lunde, E.S. (2001). Større åpenhet om psykiske lidelser. *Samfunnsspeilet*, 5, 21|–29.
- Manela, M., Katona, C. & Livingston, G. (1996). How common are the anxiety disorders in old age? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 65–70.

- Minicuci, N., Maggi, S., Pavan, M., Enzi, G. & Crepaldi, G. (2002). Prevalence rate and correlates of depressive symptoms in older individuals: The Veneto Study. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 57A, 3, M155-M161.
- Mroczek, D.K. & Kolarz, C.M. (1998). The effect of age on positive and negative affect. A developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1333–1349.
- Nolen-Hoeksema, S. & Ahrens, C. (2002). Age differences and similarities in the correlates of depressive symptoms. *Psychology and Aging*, 17, 1, 116–124.
- Nordhus, I.H., Nielsen, G.H. & Kvale, G. (1998). 'Psychotherapy with older adults', in I.H. Nordhus, G.R. VandenBos, S. Berg & P. Fromholt (eds.), *Clinical Gerontopsychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Næss, S. (2001). *Livskvalitet som psykisk velvære*. Oslo: NOVA, rapport 3–2001.
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C.R. & Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction With Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being. *Journal of Personality Assessment*, 57, 149–161.
- Peterson, C., Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (1999). 'Personal control and well-being', in D. Kahneman, E. Diener & N. Schwarz (ed.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage foundation.
- Pinquart, M. (2001). Correlates of subjective health in older adults: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 16, 3, 414–426.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385–401.
- Scogin, F.R., Nordhus, I.H., VandenBos, G.R., Berg, S. & Fromholt, P. (1998). 'Anxiety in old age', in I.H. Nordhus, G.R. VandenBos, S. Berg & P. Fromholt (eds.), *Clinical Gerontopsychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Seligman, M.E.P. (1988). Boomer blues. *Psychology Today*, 22, 50–55.
- Simon, G.E., VonKorff, M. & Barlow, W. (1995). Health care costs of primary care patients with recognized depression. *Arch Gen Psychiatric Annals*, 52, 850–856.
- Slagvold, B. (1981). 'Om hvorfor man trives når man ikke har det godt. Noen synspunkter på sammenhengen mellom Eldres trivsel og deres livsbetingelser', i *NGI's jubileumsbok 25 år*. Oslo: Norsk gerontologisk institutt.
- Slagvold, B. & Solem, P.E. (2005). *Morgendagens eldre*. Oslo: NOVA, rapport 11–2005.
- Smith, J., Fleeson, W., Geiselman, B., Settersten, R.A. & Kunzmann, U. (1999). 'Sources of well-being in very old age', in P.B. Baltes & K.U. Mayer (eds.), *The Berlin Aging Study. Aging from 70 to 100* (pp. 450–471). Cambridge: Cambridge University Press.

- Stordahl, E. xxx (2001). Depression in relation to age and gender in the general population: The Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *Acta Psychiatr Scand*, 104, 210–216.
- Thompson, M.G., Heller, K. & Rody, C.A. (1994) Recruitment challenges in studying late-life depression: Do community samples adequately represent depressed older adults? *Psychology and Aging*, 9, 121–125.
- Watson, D., Clark, L.A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 6, 1063–1070.
- WHO. (2001). The world health report 2001. Mental health: New understanding, new hope. Geneva: World Health Organization.
- Zunzunegui, M.V., Beland, F., Llacer, A. & Leon, V. (1998). Gender differences in depressive symptoms among Spanish elderly. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 195–205.

VEDLEGG

Mål på mental helse og livskvalitet i NORLAG

Internasjonalt er det utviklet mange mål på mental helse og livskvalitet, dels på ulike aspekter ved disse fenomenene, dels er det mål på samme fenomen, f.eks. på depresjon. Det er også utviklet spesielle mål for de aller eldste (Lawton 1975). Blant disse har vi i NorLAG valgt mål som: (a) er mye brukt i andre studier og således er etablert og validert, (b) er konstruert for alle aldersgrupper, (c) er rimelig enkle å samle data om, og (d) som fanger de mest sentrale sider ved subjektiv livskvalitet. Her skal vi omtale de viktigste.

Depresjon er målt ved *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)* (Radloff 1977). Den består av et spørreskjema med 20 spørsmål om symptomer på depresjon (f.eks. ‘jeg følte at alt var et ork’, ‘jeg var nedstemt’, ‘jeg følte at folk mislikte meg’) som fylles ut av personen selv med referanse til hvor ofte han eller hun har opplevd symptomer den siste uken. Skalaen har fire svaralternativer (fra ‘ikke plaget’ til ‘veldig mye plaget’), som i en indeks gir en depresjonsskåre mellom 0 og 60, der høye verdier indikerer mer depressive symptomer. Med en verdi høyere enn 15 regner man at personen har ‘depressive symptomer av betydning’ (Cronbach $\alpha = .85$ i NorLAG).

Angst er målt ved fem ledd fra *Hopkins Symptoms Checklist* (Derogatis et al. 1974). Personene angir hvor mye de har vært plaget av angstrelaterte symptomer de siste to ukene. På grunnlag av en additiv sumskåre beregnes en gjennomsnittsskåre. Med denne skalaen er det vanlig å bruke en grenseverdi på 1,75. De som har så høy eller høyere skåre betraktes som å ha 'betydelige angstplager' (Cronbach $\alpha = .81$ i NorLAG).

Subjektiv livskvalitet: I NorLAG inngår flere mål på kognitive og affektive sider ved livskvalitet. I tillegg inngår spørsmål som skal måle det brede begrepet 'successful ageing' (god aldring). Disse presenteres ikke her. Vi har i dette kapitlet vist til fire mål på livskvalitet, alle subjektive (egenvurderinger), to er såkalte kognitive mål og to er affektive mål.

Tilfredshet eller subjektivt velvære, som måler den kognitive komponenten ved subjektiv livskvalitet, er målt ved skalaen *The Satisfaction With Life Scale (SWLS)* (Pavot et al. 1991, Diener et al. 1985). Skalaen består av fem ledd formulert som påstander (f.eks. 'jeg er tilfreds med livet mitt') hvor respondenten angir hvor enig eller uenig vedkommende er (Cronbach $\alpha = .76$ i NorLAG).

I Dieners skala er svaralternativene syvdelt, mens vi anvendte en femdelt skala. Etter Dieners anbefalinger har vi tilpasset våre sumskårer til en syvdelt skala, der skåren 19 eller høyere innebærer tilfredshet (5–8 = Meget misfornøyd, 9–11 = Misfornøyd, 12–14 = Litt misfornøyd, 15 = Nøytral, 16–18 = Litt fornøyd, 19–21 = Fornøyd, 22–25 = Meget fornøyd).

Vi har også et enkelt globalt spørsmål på tilfredshet: 'Hvor fornøyd eller misfornøyd er du alt i alt med livet ditt nå for tiden?' Spørsmålet har vært anvendt som del av ulike skalaer (Lawton 1975), men er i en rekke studier blitt brukt som et enkeltstående mål på livskvalitet.

Positiv og negativ affekt er målt ved 12 ledd fra *Positive and Negative Affect Scale (PANAS)* (Watson et al. 1988), seks ledd omhandler positiv affekt (PA) og seks negativ affekt (NA). Det spørres hvor ofte man har hatt de 12 følelsene i løpet av de siste to ukene, med hyppighet angitt fra 1 (overhodet ikke) til 5 (i stor grad). På bakgrunn av de seks leddene beregnes sumskårer som varierer mellom 6 og 30. Negativ og positiv affekt er uavhengige, ukorrelerte faktorer (PA: Cronbach $\alpha = .83$; NA: Cronbach $\alpha = .82$ i NorLAG).

Foruten at man skiller mellom affektens valens eller retning (positiv–negativ), kan man også differensiere med hensyn til aktivering eller styrke på følelsene (sterk–svak) (Watson et al. 1988). *Sterk* affekt er preget av energi, enten i form av positivt engasjement (sterk PA) eller i form av sinne, frykt og lignende (sterk NA). *Svak* affekt kan relateres til likegyldighet og

senket stemningsleie (svak PA) eller sinnsro og harmoni (svak NA). I NorLAGs utvalg er positiv affekt tilnærmet normalfordelt med et gjennomsnitt på 18,3 (SD = 4,6). Negativ affekt er langt mindre utbredt, med et gjennomsnitt på 11,4 (SD = 4,0).

Litteraturen angir ingen anbefalt grenseverdi for inndeling i lave og høye affektskårer. I presentasjonen har vi valgt å dele skårene inn i tre like deler (tritiler), slik at om lag en tredjedel av utvalget har 'høy skåre', noe som gir en grenseverdi for høy positiv affekt lik 3,50 og høy negativ affekt lik 2,17.

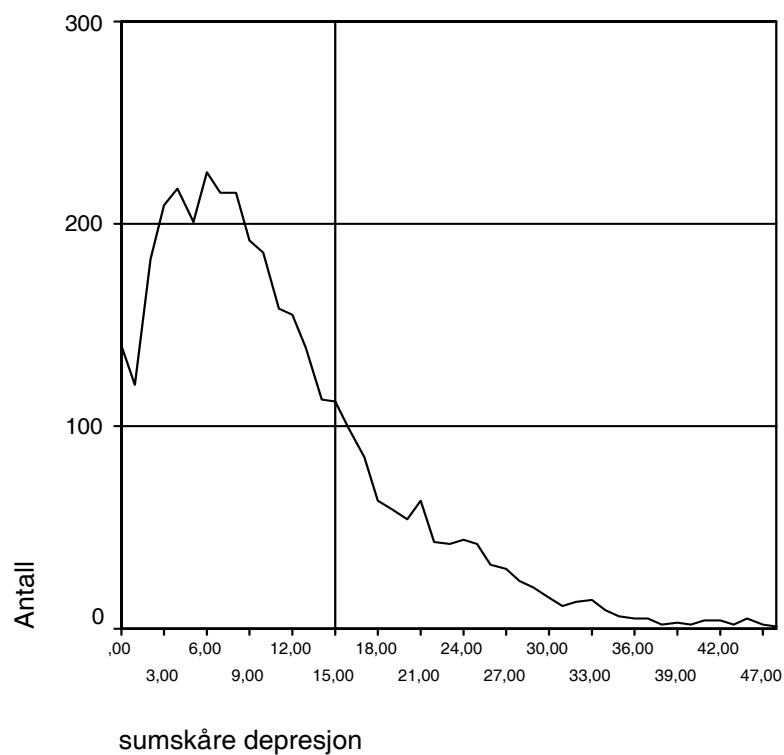
Livskvalitetsrelaterte ressurser

Man vet fra en rekke studier at mental helse og livskvalitet varierer med tilgang til ressurser (i vid forstand). Livskvalitetsrelaterte ressurser som helse, inntekt og sosial kontakt er målt på flere måter og ved flere spørsmål i NorLAG, både ut fra individets egenvurderinger og via mer objektive mål. I analysene av mental helse og livskvalitet har vi anvendt mest mulig objektive mål på ressurser. Generelt finner man langt sterkere sammenhenger mellom egenvurderinger av ressurser (helse, økonomi, sosial kontakt, etc.) og mental helse/livskvalitet enn man gjør med mer objektive mål på de samme ressurser. Det er også tilfelle i vårt utvalg. Årsakene til det er flere. En viktig årsak ligger i at egenvurderinger på ulike livsområder, som helse og økonomi, reflekterer samme underliggende årsak som egenvurderinger av livskvalitet, f.eks. generell tilpasning, stabile personlighetstrekk og stemningsleie (Smith et al. 1999). Av den grunn er de mer objektive målene på ressurser bedre egnet når vi ser på sammenhenger mellom alder, mental helse og livskvalitet.

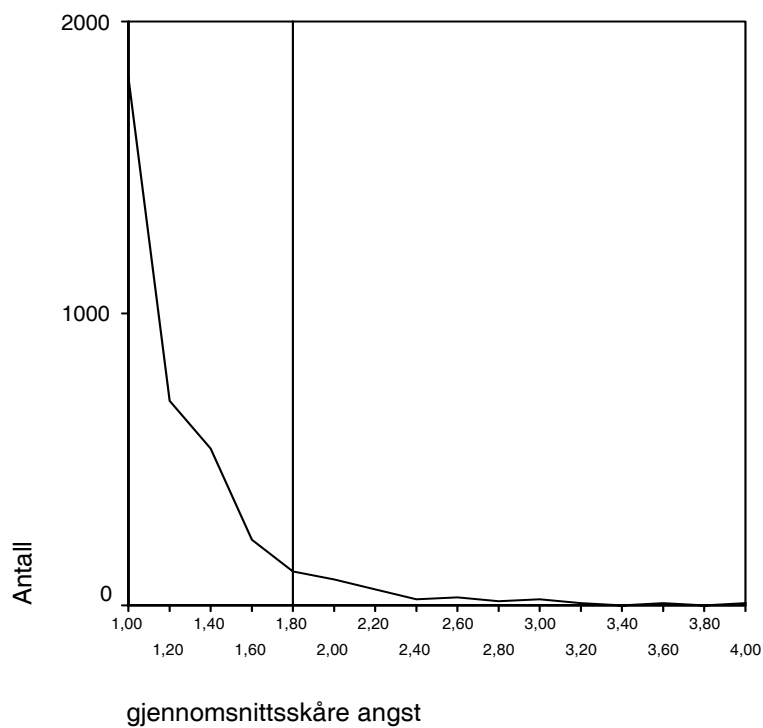
Som mål på *fysisk helse* brukes fem ledd fra SF12 skalaen, som er beskrevet nærmere i kapittel 4. Skalaen inneholder opprinnelig seks ledd for fysisk helse, men vi har her utelatt leddet som omhandler egenvurdering av generell helsetilstand. *Samvær med andre* er en tre-delt skala (tritiler av sumskåren) som angir hvor mange personer man oppgir å ha samvær med ukentlig eller oftere. Fra registre i Statistisk sentralbyrå har vi informasjon om samlet *inntekt* for år 2001. Det er verd å merke seg at blant dem med lavest angitt inntekt, er det trolig en del velstående personer som av ulike grunner har lav registrert inntekt. Det kan eksempelvis være personer som har en rik partner, men selv ikke jobber, eller det kan være såkalte nullskatteyttere.

Figurer: Utbredelse av depressive symptomer og angst i NorLAG

Figur V:1: Frekvensfordeling depresjon



Figur V:2: Frekvensfordeling angst



6 Mental helse, livskvalitet og lokalmiljø – kontekstuell variasjon

Britt Slagsvold, Sten-Erik Clausen & Thomas Hansen

Innledning

I kapittel 5 viste vi at mental helse og subjektiv livskvalitet er knyttet til fysisk helse, sosiale relasjoner, inntekt, utdanning – og alder. Fra å studere forklaringsvariable på individnivå, slik tilfellet var i kapittel 5, skal vi i dette kapitlet se på sammenhenger mellom lokalmiljø og livskvalitet. I forrige kapittel tok vi for oss fire ulike mål på mental helse og livskvalitet; her skal vi begrense oss til to av dem: depresjon og positiv affekt¹. Finner vi forskjeller mellom kommuner og landsdeler når det gjelder disse sider ved livskvalitet? Vi skal også spørre om eventuelle forskjeller består når vi tar hensyn til at befolkningens sammensetning varierer mellom de ulike miljøene. Lokalmiljø, eller geografisk kontekst, kan avgrenses på mange måter. Folk bor i et nabolag, som finnes i et større strøk, i en kommune, i et fylke, i en landsdel. Hvordan man avgrenser konteksten er avhengig av spørsmålene som skal belyses og av opplysningene vi har om lokalmiljø.

Vi skal innlede med å spørre om vi finner variasjoner mellom lokalmiljø når det gjelder depresjon og positiv affekt. Da skal vi bruke kommune/bydel som kontekstuell variabel. I studier fra andre land finner man ofte store variasjoner i livskvalitet mellom miljøer. Dernest skal vi spørre om graden av naboskapsintegrasjon varierer mellom lokalmiljø, og om naboskapskontakt har betydning for livskvalitet? Spørsmålet bygger på forestillinger om at kontakt med naboer er tettere i spredtbygde strøk, og at naboskapskontakt er positivt for livskvaliteten.

Videre skal vi belyse to spørsmål knyttet til forskjeller mellom folk i ulike landsdeler: Har sørlendinger dårligere mental helse enn andre? Spørsmålet er begrunnet i medieoppslag og kartlegginger (Skaar 1996, SSB 2003)

¹ Vi har valgt disse fordi de representerer hhv. negative og positive sider ved livskvalitet, korrelasjonen mellom dem er moderat ($r = -.35$), og blant relevante mål på livskvalitet i NorLAG har disse størst spredning.

om 'Sure liv på det blide Sørland' (Røed 1994). Vi spør også om nordlendinger er mer affektive – er de mer 'heftig og begeistret'? Ofte omtales den nordnorske folkesjela og nordlendingers særtrekk i slike termer, både av nordlendinger selv og av andre, f.eks. i Dagbladets føljetong om regionale særtrekk sommeren 2004. Her bruker vi landsdel som kontekstvariabel. Til slutt spør vi om det er bedre for eldre å bo på landet enn i byen. Spørsmålet bygger på antagelser om egenskaper ved bygda som bl.a. mer aldersintegrert og mer ivaretagende.

Vi skal avrunde kapitlet med å presentere et 'geometrisk bilde' (basert på korrespondanseanalyse) av hvordan lokalmiljøene varierer i forhold til hverandre når vi trekker inn flere livskvalitetsmål og bakgrunnsvariable på samme tid.

Kan vi vente å finne sammenhenger mellom lokalmiljø og livskvalitet? I utgangspunktet kan det være grunn til å være skeptisk. Mange andre forhold er av mer direkte betydning for folks velvære og trivsel. I tillegg er Norge et lite og homogent land, med en velferdsstat som bidrar til å redusere forskjeller mellom distrikter og dermed også forskjeller i individers levekår og livskvalitet. Slik sett kan det være rimelig å vente at forskjeller mellom kontekster er beskjedne i Norge.

På den annen side peker så vel folkelige antagelser som empirisk forskning i retning av at det kan være interessant å se nærmere etter. Folk flest mener at lokalmiljøet har betydning for deres livskvalitet. Mange legger store anstrengelser og mye penger i å bosette seg på steder eller i strøk de ønsker, og de begrunner det ofte med livskvalitet: trygghet, sosiale relasjoner, aktiviteter o.l. Også forskning peker i retning av at lokalmiljø, eller kontekst, har betydning for livskvalitet i vid forstand. I det siste tiåret har mye av denne forskningen vært knyttet til begrepet *sosial kapital*, som refererer til egenskaper ved en kontekst som fremmer samhold og samarbeid mellom folk (Putnam 2000).

Studier fra USA har funnet til dels store forskjeller mellom ulike geografiske kontekster, fra forskjeller mellom bydeler og nabolag (Sampson et al. 1997) til forskjeller mellom hele stater (Kawachi et al. 1999). I Norge finner Elstad & Krokstad (2003) regionale forskjeller i dødelighet som de knytter til utdanningsulikhet. Oss bekjent har sammenhenger mellom lokalmiljø og livskvalitet bare vært belyst i to tidligere undersøkelser i Norge. Næss (1979) fant en tendens til at både menn og kvinner hadde det noe bedre på landet sammenlignet med mer tettbygde strøk, men konkluderte at det betydde lite for livskvaliteten hvor man bor. Mastekaasa og Moum (1984) fant imidlertid signifikante forskjeller i livskvalitet (både kognitiv og

affektiv) mellom fylker i Norge (replisert i tre ulike utvalg), men ingen forskjeller i livskvalitet etter urbaniseringsgrad.

Variasjoner mellom lokalmiljø

Finner vi variasjon mellom lokalmiljø når det gjelder depresjon og positiv affekt? Lokalmiljøene vi ser på her er de 30 kommunene og bydelene i NorLAGs utvalg. I tabell 1 har vi brukt kommune/bydel som enhet og studert forskjeller i prosentvise andeler som har 'betydelige depressive symptomer' og 'høy positiv affekt', det dreier seg om dem som skårer høyere enn 'grenseverdien' for hver av skalaene, slik dette ble forklart i kapittel 5. Tabell 1 viser laveste og høyeste andel med depresjon og positiv affekt slik det her måles, dessuten den gjennomsnittlige andelen for alle 30 lokalmiljøene og standardavviket, som indikerer variasjonen omkring gjennomsnittet.

Vi finner til dels klare forskjeller mellom lokalmiljøene når det gjelder *depresjon*. Lokalmiljøet med laveste andel har 12,9 prosent med 'betydelige depressive symptomer' mot hele 39,7 prosent i lokalmiljøet med høyest andel.

Tabell 1. Forskjeller i prosentvise andeler personer med depressive symptomer og høy positiv affekt i de 30 kommuner og bydelene.

	N	Min.	Max.	Gjennomsnitt	SD
Depresjon	30	12,9	39,7	23,0	5,4
Positiv affekt	30	15,7	45,2	30,2	7,2

Vi finner også betydelig variasjon mellom kommunene når det gjelder *positiv affekt*. Andelen av beboerne med høy positiv affekt varierer fra 16 til 45 prosent i de 30 lokalmiljøene.

Det er en sammenheng mellom depresjon og positiv affekt både på individnivå ($r=-.35$) og på kommunenivå ($r=-.32$, $p=.08$).

Uansett hva disse forskjellene mellom kommunene kan tilskrives, så er de indikasjoner på at det sosiale klimaet varierer fra sted til sted. Når mer enn hver tredje voksne person som du møter på veien, i butikken eller i oppgangen er nedstemt, slik tilfellet er i kommunen med høyeste andel med depressive symptomer, vil det trolig prege nærmiljøet, de sosiale nettverkene, gjensidigheten, hva det snakkes om og mye mer. Det er vanskelig å tenke seg at slike forhold *ikke* setter sitt preg på stedets atmosfære. Likeledes vil det at svært få i lokalmiljøet er deprimerte også sette *sitt* preg. I slike miljøer er det lett å tenke at det vil være mer initiativ, og kanskje at de

forholdsvis få deprimerte får relativt mer omsorg og oppmerksomhet. Lignende resonnementer kan gjøres for hvordan positiv affekt kan prege lokalmiljøet. Miljøer der flere begeistres, er interesserte og inspirerte kan stimulere til ytterligere initiativ og innsats fordi reaksjonene fra andre med større sannsynlighet vil være positive. Folk som bor på stedet preger atmosfæren eller kulturen der, men det er også omvendt, at det sosiale klimaet preger individenes væremåter. Det er nærliggende å tenke seg at selvforsterkende sosiale mekanismer kan virke i lokalmiljøer både i positiv og negativ retning.

Årsakene til ulikhetene mellom kommunene kan være mange. Vanligvis spør man seg først om de gjenspeiler ulikheter i befolkningens sammensetning – i komposisjonelle forhold. I kommuner med høy depresjon er det rimelig å finne flere personer med høy risiko for depresjon slik vi så foran, dvs. flere med dårlig helse, flere enslige, og flere med lavere inntekt og utdanning (jf. tabell 2, kapittel 5). I kommuner med høy positiv affekt venter vi å finne færre eldre og flere med høy utdanning (jfr. tabell 3, kapittel 5). Består forskjeller mellom kommunene når vi kontrollerer for disse forskjellene i befolkningens sammensetning?

Svaret er ja. Både for depresjon og positiv affekt finner vi forskjeller mellom kommunene også når vi justerer for komposisjonelle forskjeller, men forskjellene reduseres. Vi finner dessuten at rangordningen mellom kommunene stort sett opprettholdes, mer for positiv affekt (rangkorrelasjon = .94) enn for depresjon (rangkorrelasjon = .88): Kommunene som har høyest gjennomsnittskåre på depresjon er fortsatt blant dem med mest depressive symptomer når vi tar hensyn til befolkningens sammensetning, og det samme er tilfelle for positiv affekt.

Forskjeller mellom kommunene i livskvalitet synes altså bare delvis å forklares av forskjeller i befolkningen som bor der. Det synes også å være andre sider ved lokalmiljøene enn enkle demografiske bakgrunnsvariabler som forklarer disse forskjellene.

Kontakt med naboer og venner

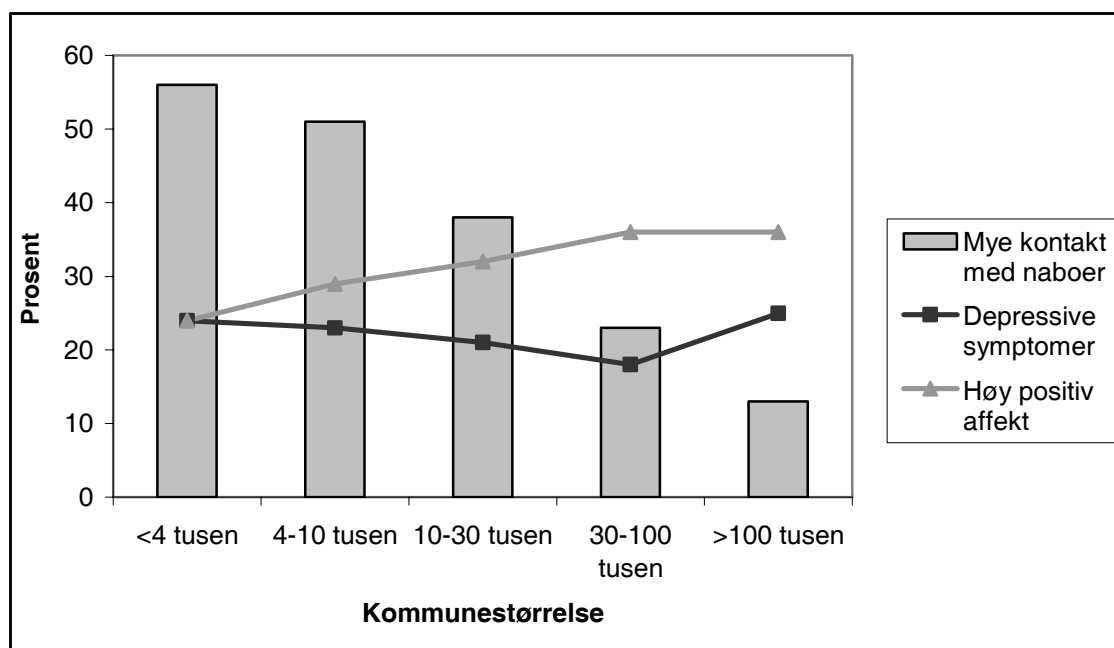
Ett forhold som kan variere mye kommuner imellom, og som kan være relatert til livskvalitet, er grad av nabokontakt. Kontakt med naboer er tettere i spredtbygde strøk (Villa 1999), og kontakt med naboer oppfattes av folk flest som positivt og noe som bidrar til trivsel og livskvalitet. Nabolag der man kjenner hverandre, snakkes og kanskje hjelper hverandre kan være en

kilde til trygghet og trivsel. Integrerte nabolag kan være en særlig støtte når livet er vanskelig.

Nabokontakt er målt ved fire spørsmål om hvor mange av naboene man (a) er på hils med, (b) snakker med når man møtes, (c) kan låne ting av og (d) kan be om å handle for seg om man er syk. Av disse spørsmålene er det laget en indeks (skala 0–16).

Det er betydelig variasjon kommunene imellom i naboskapsintegrasjon, fra et gjennomsnitt på 8,0 i kommunen med minst kontakt mellom naboer til nær 13,6 i kommunen med mest. Som i andre studier finner vi en sterk sammenheng mellom kommunestørrelse og kontakt med naboer ($r = -.39$). I spredtbygde strøk er nabokontakten langt tettere enn i byene (figur 1). I de minste kommunene har 56 prosent 'mye kontakt' med naboene, dvs. de hører til den tredjedelen av utvalget som har mest nabokontakt, mens bare 13 prosent i de største kommunene har tilsvarende mye kontakt.

Figur 1. Andel personer (%) med mye nabokontakt, depressive symptomer og høy positiv affekt etter kommunestørrelse.



Det er som sagt rimelig å tro at det er en viss sammenheng mellom nabokontakt og livskvalitet, men årsaken går trolig begge veier. På den ene siden kan sosial kontakt i seg selv bidra til livskvalitet og for eksempel forebygge depresjon. Mange empiriske studier viser sammenhenger mellom sosial kontakt og mental helse (Berkman et al. 2000). På den andre siden er det trolig også slik at de med depressive symptomer mer nødig tar sosiale initiativ. På individnivå finner vi i NorLAG en negativ korrelasjonen mellom nabokon-

takt og depressive symptomer (-.17), og en positiv, men svakere sammenheng med positiv affekt (.07).

Siden nabokontakt er mest utbredt i små kommuner, kunne man vente at depresjon også er noe mindre utbredt i de mindre kommunene. Men depressive symptomer er omtrent like utbredt i store som i små kommuner, og høy positiv affekt er mer vanlig jo større stedet er (noe som dels forklares av variasjoner i utdanningsnivå). At nabokontakten er tettere i små kommuner mens depressive symptomer er like utbredt, innebærer at både de med og uten depressive plager har mer kontakt med naboer i små kommuner enn i store. Blant de med depressive plager er det for eksempel nesten tre ganger så mange som snakker med de fleste naboene når de møtes i små kommuner sammenlignet med de største kommunene (henholdsvis 65 og 23 prosent), og det er tre ganger så mange i de største kommunene som ikke kan be noen av naboene om å handle for seg hvis de er syke (henholdsvis 11 og 37 prosent). Selv om det ikke nødvendigvis bøter på den depressive tilstanden å bli sett og møtt i nabolaget, kan slik nabokontakt ha betydning for depresjonens forløp, blant annet ved at sjansen er større for at noen følger med, registrerer urovekkende endringer og griper inn.

Mens nabokontakter er mer utbredt på bygda, er kontakt med venner mer utbredt i byene (Villa 1999) og kan kanskje erstatte nabokontakt. I NorLAGs data har 65 prosent i de minste kommunene en nær venn mot 77 prosent i storbyen. Ser vi på vennekontakt for de med og uten depressive symptomer, finner vi forskjeller mellom kommuner av ulike størrelse. I de minste kommunene har flere av de *med* enn uten depressive symptomer en nær venn. I større kommuner er tendensen omvendt; der har flere av de *uten* depressive symptomer en nær venn. Årsakene til disse tendenser kan være flere, blant annet kan det å opprettholde vennekontakt kreve mer initiativ i større miljøer enn i mindre; venner kan være mer 'betinget' der. Uansett årsak kan tendensene peke i retning av at personer med psykiske problemer kan være mer isolerte og mindre integrerte i store miljøer, selv om psykiske problemer ikke er mer utbredt der.

Forskjeller mellom landsdeler

Som nevnt finnes det mange folkelige forstillinger om forskjeller mellom folk i ulike deler av Norge når det gjelder lynne, kultur og væremåte (se f.eks. Dagbladet 30. juni 2004). Det sies for eksempel at nordlendinger er mer storkjefte enn andre, trøndere er mer trege, Oslo-folk er arrogante, bergensere er dominerende, sørlendinger er mer forsiktige osv. Slike gene-

raliseringer er aldri riktige for alle – variasjoner innen gruppene det dreier seg om er langt større enn forskjellene mellom dem. Allikevel kan det være grunner til at det finnes regionale forskjeller i folks væremåte og lynne. Historisk sett har det vært store forskjeller i næringsgrunnlag og livsmuligheter i ulike deler av Norge, som kan ha gitt opphav til ulike særtrekk i væremåter, som så reproduseres gjennom generasjoner.

Væremåter varierer på mange måter, her holder vi oss bare til depresjon og positiv affekt og vi skal knytte disse til forestillinger om henholdsvis sørlendinger og nordlendinger.

Er folk på Sørlandet mer deprimerte enn i andre deler av landet?

Folkelige forestillinger om sørlendinger går først og fremst i retning av det milde og vennlige, men også det trangsynte og sosialt kontrollerende. De siste tiår har det kommet rapporter om sosiale og psykiske problemer i Sørlandsfylkene som rokker ved bildet av folk på ‘det blide Sørland’; her er mange på uføretrygd og andelen øker, bruken av beroligende piller er høyt, og det er rusproblemer blant ungdom (Røed 1994, Skaar et al. 1996). På samme måte, men mindre overraskende, har man funnet at psykiske og helsemessige problemer er mer vanlig blant folk i Oslo øst enn i resten av byen. Depressive symptomer er bare én side ved slike problemer, men det gir inntak til å spørre om vi gjenfinder de samme forskjellene i vårt utvalg av godt voksne mennesker. Finner vi at relativt flere sørlendingene har depressive symptomer? Er det flere med depressive symptomer blant sørlendinger enn blant dem som bor i Oslo øst?

Tabell 2. Andelen med depressive symptomer av betydning etter landsdel.

Fylker	Prosent	Kommunekjennetegn etter fylke	Prosent
Oslo	24,6	Oslo Vest	20,8
		Oslo Øst	29,7
Akershus	19,0		
Vest og Aust-Agder	24,5	Store kommuner, Agder	21,3
		Små kommuner, Agder	27,6
Nord-Trøndelag	20,9	Store kommuner, Nord-Trøndelag	19,4
		Små kommuner, Nord-Trøndelag	22,3
Troms	21,8	Store kommuner Troms	22,0
		Små kommuner, Troms	21,7
Total	22,8		22,8

Om vi sammenligner hele fylker (tabell 2, andre kolonne), finner vi flest depressive i Agder-fylkene og Oslo. Her har omlag en av fire slike symptomer, men det er bare i forhold til Akershus (hvor det er særlig få med depressive symptomer) at forskjellen mellom landsdeler er statistisk signifikant. Når vi skiller mellom store og små kommuner i de ulike landsdelene (siste kolonne), blir imidlertid bildet noe endret. Da finner vi flere med depressive symptomer i småkommunene i Agder enn i noe annet strøk i NorLAGs utvalg, om vi ser bort fra Oslo Øst som har aller flest med depressive symptomer.

For øvrig er andelen personer med depressive symptomer omtrent den samme i de store bykommunene i alle landsdelene som den er i Oslo vest – rundt 20 prosent. Spørsmålet om psykiske problemer er mer utbredt på Sørlandet synes altså delvis å bekreftes i vårt utvalg av godt voksne mennesker ved at depresjon er mer utbredt i *småkommunene* på Sørlandet enn andre steder. Forskjellene mellom landsdeler er stort sett liten. Den største forskjellen finner vi mellom store kommuner i Nord-Trøndelag og Akershus, hvor rundt 20 prosent har depressive symptomer, og bydeler i Oslo øst, hvor nesten 30 prosent har slike plager.

Finner vi fortsatt forskjeller mellom landsdeler når vi tar hensyn til komposisjonelle forskjeller slik vi har gjort foran? Ja, når vi kontrollerer for kjønn, alder, inntekt, helse, utdanning, om man har partner og samvær med andre, finner vi fortsatt forskjeller mellom landsdelene. Det er Oslo øst og indre Agder som har flest med depressive symptomer. Oppsummert finner vi i vårt utvalg at i den grad sørlendinger har mer psykiske problemer enn i andre landsdeler, så synes det bare å gjelde småkommunene på Sørlandet. I bykommunene på Sørlandet er ikke depresjon mer utbredt enn i Oslo vest eller i andre bykommuner.

Er nordlendinger mer affektive; er de mer 'heftig og begeistret'?

Det er vel knapt noen landsdel det finnes så mange forestillinger om som nordlendinger når det gjelder lynne og væremåter (Borgos 2004). Men forestillingene er sammensatte. På den ene siden omtales nordlendinger som saftigere, mer robuste, fändenivoldske og humørfylte enn folk i andre deler av landet. De er mer utadvendte og direkte. På den andre siden er de også mer sindige, de 'står han av' og beholder fatningen når det røyner på.

Tabell 3. Andel med høy positiv affekt etter landsdel.

Fylker	Prosent	Kommunekjennetegn etter fylke	Prosent
Oslo	36,0	Oslo Vest	41,1
		Oslo Øst	29,2
Akershus	34,7		34,7
Vest og Aust-Agder	29,8	Store kommuner, Agder	33,0
		Små kommuner, Agder	22,9
Nord-Trøndelag	27,8	Store kommuner, Nord-Trøndelag	33,0
		Små kommuner, Nord-Trøndelag	22,9
Troms	29,0	Store kommuner Troms	32,4
		Små kommuner, Troms	25,9
Total	31,6		31,6

Positiv affekt er til en viss grad knyttet til forestillingene om nordlendinger som 'heftig og begeistret' (etter tittelen på dokumentarfilmen om mannskoret fra Berlevåg). Når vi skiller mellom små og store kommuner i hver landsdel, er det klare forskjeller i positiv affekt (tabell 3). Det er imidlertid ikke blant nordlendingene i Troms vi finner flest som i løpet av de siste to uker har følt seg 'oppglødd', 'begeistret', 'inspirert', 'interessert', men i Oslo vest. Nordlendingene i utvalget, her representert ved Troms, rapporterer ikke om mer positiv affekt enn andre. Det iøynefallende i tabell 3 er snarere likheten småkommunene imellom (rundt 25 prosent har høy positiv affekt) og stor-kommuner imellom (rundt 33 prosent) – uansett landsdel. I større kommuner har man noe mer positiv affekt enn i små, og i Oslo vest aller mest.

Vi så imidlertid i forrige kapittel (tabell 4) at positiv affekt var sterkt relatert til utdanning, og det er store forskjeller i utdanning mellom Oslo vest og småkommuner i Troms. Andelen med utdanning fra universitet eller høgskole er henholdsvis 50,6 og 13,6 prosent i vårt utvalg. Når vi kontrollerer for slike forskjeller, finner vi svært små forskjeller i positiv affekt mellom landsdeler og mellom store og små kommuner. Gitt samme utdanning er nordlendinger verken mer eller mindre heftig og begeistret enn folk andre steder, i alle fall ikke når vi måler dette via positiv affekt.

Variasjoner i livskvalitet

Vi har sett at utbredelse av mentale helseproblemer og andeler med høy livskvalitet varierer kommunene imellom. Depressive symptomer er noe mer utbredt i småkommuner i Agder og i Oslo øst, enn i andre deler av utvalget. Positiv affekt er mest utbredt i Oslo Vest. Vi har også sett at dette delvis gjenspeiler forskjeller i befolkningen – i helse, alder, utdanning, inntekt og

sivilstand. Videre har vi funnet store forskjeller i nabokontakt mellom by og land, men nabokontakt er bare svakt knyttet til livskvalitet, slik vi har målt det i NorLAG.

I dette avsnittet skal vi gi et bilde av hvordan bl.a. mentale helseproblemer er relatert til ulike kommuner og bydeler. Dette gjør vi ved hjelp av korrespondanseanalyse, som er en analysemetode beregnet for store kryssstabeller (Clausen 1998). Formålet med metoden er å framstille radene og kolonnene i tabellen som punkter i et rom, og resultatet framstilles som regel i to dimensjoner, slik det er vist i figur 2 (neste side). Dimensjon 1 går horisontalt gjennom diagrammet, mens dimensjon 2 går vertikalt. Fordelen med en slik visuell framstilling av resultatene er at det kan forenkle tolkningen av resultatene, især når krysstabellen er stor og består av mange variabler.

Når man tolker et slikt diagram, benyttes gjerne to ulike strategier. Ved å betrakte punktenes rekkefølge horisontalt og vertikalt forsøker man å sette navn på dimensjonene. I figur 2 ser vi at til venstre i figuren befinner de som har lav utdanning og lav inntekt seg, mens personer med lang utdanning og høy inntekt befinner seg til høyre i diagrammet. På denne bakgrunn er det rimelig å tolke og betegne dimensjon 1 som *grad av sosioøkonomisk status*. Betrakter vi punktenes rekkefølge vertikalt gjennom rommet, tyder mye på at det mest typiske ved denne dimensjonen er *grad av sosial kontakt*. Øverst i diagrammet finner vi flere samboere og folk som uttrykker utstrakt samvær med andre mennesker, mens det er relativt flere enslige og folk med lite sosialt samvær nederst i figuren.

En annen strategi som benyttes i tolkningen av slike diagrammer er å finne grupperinger av punkter i rommet. Da ser man ofte på hvordan punktene fra de to settene grupperer seg. Det ene punktsettet utgjøres av kommuner og bydeler, mens det andre består av de variablene som skal beskrive kommunene, her bakgrunnsvariabler og ulike mål på mental helse. I figuren har vi antydnet fire slike grupperinger. Helt til venstre i figuren finner vi steder (småkommuner i Nord-Trøndelag, Troms og Agder) med relativt store andeler med både lav utdanning og liten inntekt. Disse er også preget av lav positiv affekt og dårlig helse. Lav positiv affekt er i følge litteraturen (Watson et al. 1988) relatert til mer dempede følelser og likegyldighet. Nederst i figuren finner vi bykommuner med relativt mange enslige og allment lite sosial kontakt. Her finner vi også flere med mentale helseproblemer, som mer depressive symptomer og lavere livskvalitet. Mange studier har påvist en sammenheng mellom sivilstand og mental helse. De som lever i stabile parforhold rapporterer høyere livskvalitet enn enslige (Cramer 2004, Mastekaasa 1992).

Figur 2. Korrespondanseanalyse av mental helse, bostedskommune og bakgrunnsvariabler.



Øverst i figuren finner vi mange store kommuner og mellomstore byer. Her er mange samboende og det er relativt mye sosialt samvær. Her er depressive symptomer mindre utbredt og livskvaliteten relativt høy. Den siste grupperingen, helt til høyre i diagrammet, utgjøres av Asker og bydeler i Oslo med relativt høy levestandard. Mange har høy utdanning og inntekt. Det er dessuten relativt mange med høy positiv affekt og forholdsvis god helse. Høy positiv affekt kjennetegnes som nevnt av energi og engasjement (Watson et al. 1988). Siden utdanning og inntekt er vesentlige aspekter ved denne dimensjonen, er det trolig at den gjenspeiler en blanding av kulturell og økonomisk kapital.

Vi kan altså skjelve fire typer kommuner ut fra variasjoner i livskvalitet, mental helse og noen bakgrunnsopplysninger:

- (1) Små kommuner med et lavt inntekts- og utdanningsnivå, der relativt mange er preget av lav positiv affekt. Vi kaller dem *små periferikommuner*.
- (2) Bydeler med relativt mange som har depressive symptomer og angst. Her er det forholdsvis mange enslige med lite sosial kontakt. Her finner vi byer og bydeler fra to fylker. Denne gruppen har fått betegnelsen *enslig-dominerte kommuner*.
- (3) Tettsteder med lav andel med depressive symptomer, der mange har partner og sosial aktivitet er høy. Her finner vi tettsteder og mindre byer fra tre fylker. Vi kaller dem *familieorienterte kommuner*.
- (4) Bydeler med et høyt inntekts- og utdanningsnivå, der innbyggerne er mer preget av høy positiv affekt. Her finner vi alle de vestlige bydeler i Oslo, samt en velstående kommune nær Oslo. Disse har fått betegnelsen *velstående bykommuner*.

At positiv affekt er knyttet til høy utdanning og at depressive symptomer er knyttet til å være enslig er i utgangspunktet enkle funn, og vi har vist dette foran. Typologier av kommuner gir imidlertid mulighet til å se nærmere på kontekstuelle forskjeller og spørre om mønstre av sammenhenger mellom ulike forhold og livskvalitet kan variere kommunetyper imellom (Ragin 2000). Det skal vi gjøre avslutningsvis og spørre om Eldres livskvalitet synes å være høyere i noen typer lokalmiljø enn i andre, om utdanning har samme betydning for livskvalitet uansett type sted man bor, og om det er værre å være uten partner i sterkt familieorienterte lokalmiljøer.

Når det gjelder positiv affekt, fant vi foran at alder og utdanning var de to sterkeste korrelatene til affekt¹. Når vi kategoriserer kommunene etter de

¹ Når vi fem-deler kommunene etter størrelse finner vi det samme mønsteret i alle kommunestørrelser.

fire typer vi finner i korrespondanseanalysen, finner vi fortsatt at alder har sterk sammenheng med affekt, og det gjelder i alle typer kommuner. Eldre har lavere positiv affekt enn yngre. Når det gjelder utdanning, synes imidlertid sammenhengene å variere kommunetypene i mellom. Det er bare i 'Periferikommuner' og i 'Familieorientert kommuner' at utdanning er signifikant knyttet til positiv affekt (når vi kontrollerer for alder, helse og om man har partner)¹ (tabell 4). Sterkest er sammenhengen mellom utdanning og affekt i 'Periferikommunene'. I disse kommunene er det en særlig sterk tendens til at de med høy utdanning har høy positiv affekt og at de med lav utdanning har lav positiv affekt. Hvorfor det eventuelt er slik skal vi ikke gå innpå her. Årsakene kan være mange, for eksempel kan høy utdanning gi relativt flere muligheter og relativt høyere status i kommuner der utdanningsnivået generelt er lavt (som det er i periferikommunene). I velstående bykommuner (der mange har høy utdanning), er positiv affekt relativt høy uansett utdanningsnivå.

Tabell 4. Positiv affekt og depressive symptomer i ulike typer kommuner. GLM.

	Periferi- kommuner	Velstående bykommuner	Familedominerte kommuner	Ensligdominerte kommuner
Positiv affekt				
Alder	**	**	**	**
Helse	i.s.	**	***	i.s.
Partner	i.s.	i.s.	i.s.	i.s.
Utdanning	***	i.s.	***	i.s.
R ²	.11	.09	.10	.06
Depressive symptomer				
Alder	*	i.s.	i.s.	i.s.
Helse	***	***	***	***
Partner	***	***	***	i.s.
Utdanning	*	i.s.	*	**
R ²				
N	1528	507	1032	480

i.s. = ikke signifikant, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

Vi viste i forrige kapittel at depressive symptomer var mindre utbredt blant personer med god helse og med partner. Når vi ser på kommunetyper enkeltvis, finner vi at helse er det sterkeste korrelatet til depressive symp-

¹ I velstående bykommuner er det få med bare grunnskole (23 personer), 218 med videregående og 284 med universitetsutdannelse. Her er det nesten ikke forskjell i positiv affekt mellom de med videregående og universitet (i motsetning til i de andre kommunetypene).

tommer i alle typer kommuner. Videre finner vi at å ha partner er relatert til depresjon i alle typer av kommuner, bortsett fra 'Ensligdominerte kommuner', der det altså er færrest som har partner. Analysene reiser spørsmålet om livskvaliteten har med kontekst, med trekk ved lokalmiljøet å gjøre. Det er ikke nødvendigvis de samme forhold som bidrar like sterkt til livskvalitet i ulike typer kommuner.

Resultatene av korrespondanseanalysen gir intuitivt mening; de er i samsvar med de andre analysene av mental helse, og de gir utgangspunkt for mer inngående analyser av variasjoner i livskvalitet lokalmiljø i mellom. Her reises spørsmål om spesifikke trekk ved befolkningssammensetningen (komposisjonelle faktorer) kan betraktes som kontekstuelle faktorer: Å ha 'negative trekk' (som ikke å ha partner) kan bidra relativt mindre til redusert livskvalitet i miljøer der mange andre har samme negative trekk. Å ha 'positive trekk' (som høy utdanning) gir relativt større uttelling i miljøer der få andre har samme positive trekk.

Oppsummering

Oppsummert finner vi at det er store forskjeller i livskvalitet lokalmiljø imellom. Noen kommuner har tre ganger så mange med depressive symptomer eller med positiv affekt som andre. Selv om disse forskjellene langt på vei forklares av befolkningens sammensetning (komposisjonelle forhold), er dette allikevel sider ved miljøet som vil prege livet og kulturen der. Befolkningen er grunnsteinene i steders særpreg.

Det er også store forskjeller mellom kommunene i nabokontakt. Selv om vi ikke finner at nabokontakt er knyttet til subjektiv livskvalitet, er slike nabonære miljøer en annen kontekst å ha det både godt og vanskelig i.

Vi finner ikke tydelige spor av forskjeller i 'lynne' og væremåter mellom landsdelene. Riktignok har noe flere i småkommuner på Sørlandet depressive symptomer, liksom folk i Oslo øst har det, men i bykommunene i Agderfylkene finner vi ikke at folk er mer deprimert enn andre større steder i landet. Ei heller finner vi at nordlendinger er mer 'heftig og begeistret' enn andre. Det er folk i Oslo vest som har høyest positiv affekt.

At befolkningens sammensetning preger et sted er viktig, selv om det er selvsagt. Men teorier om lokalmiljøets betydning impliserer vanligvis at selve konteksten igjen preger folk og hvordan de har det. Analyser her peker i retning av at lokalmiljøets betydning for folks livskvalitet kan være differensiert og betinget; i miljøer med generelt lav utdanning har de med høyt utdanning relativt høyere positiv affekt, i miljøer med mange enslige betyr

det å ha en partner mindre for livskvalitet. Hvor 'avvikende' man er i forhold til andre på stedet, i positiv eller negativ retning, synes i seg selv å kunne prege livskvalitet.

Referanser

- Berkman, L.F., Glass, T., Berkman, L.F., & Kawachi, I. (2000). Social integration, social networks, social support, and health, in *Social epidemiology* (pp. 137–173). Oxford: Oxford University Press.
- Clausen, S.E. (1998). *Applied correspondence analysis: an introduction*. Thousand Oaks: Sage.
- Cramer, V. (2004). *Mentale lidelser og livskvalitet*. Oslo: Universitetet i Oslo, Psykologisk institutt.
- Elstad, J. & Krokstad, S. (2003). Social causation, health-selective mobility, and the reproduction of socioeconomic health inequalities over time: panel study of adult men. *Social & Medicine*, 57, 8, 1475–1489.
- Kawachi, I., Kennedy, B.P., Lochner, K., Kawachi, I., Kennedy, B.P. & Wilkinson, R.G. (1999). Social capital, income inequality, and mortality, in *The society and population health reader*. New York: New Press.
- Mastekaasa, A. (1992). Marriage and psychological well-being: Some evidence on selection into marriage. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 901–911.
- Mastekaasa, A. & Moum, T. (1984). The perceived quality of life in Norway: Regional variations and contextual effects. *Social Indicators Research*, 14, 385–419.
- Næss, S. (1979). *Livskvalitet. Om å ha det godt i byen og på landet*. Oslo: Institutt for sosialforskning.
- Putnam, R.D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster.
- Ragin, C.C. (2000). *Fuzzy-set. Social science*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Røed, H. (1994). 'Surt liv på det blide Sørland': helse og levekår i Agderfylkene november 1993. Kristiansand: Kommunenes Sentralforbund.
- Sampson, R.J., Raudenbush, S.W. & Earls, F. (1997). Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy. *Science*, 277, 918–924.
- Skaar, K., Halvorsen, A., & Andresen, K. (1996). 'Mi he de så greit?': en beskrivelse av levekår på Agder. Kristiansand: Agderforskning.
- Villa, M. (1999). Sosial kontakt i bygdene – familie, venner og naboar. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 4, 442–467.
- Watson, D., Clark, L. A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 6, 1063–1070.

7 Ensomhet og lokalmiljø

Kirsten Thorsen & Morten Blekesaune

Ensomhet og sosial kontakt

Tilfredsstillende sosiale kontakter er sentralt for å trives. Når mennesker blir spurt om hva de synes er viktig for å oppleve lykke, er et godt sosialt liv og god helse det som oftest nevnes. Ensomhet er det sosiale livets bakside, det å oppleve at en savner kontakt med andre.

En gammel enkemann beskriver ensomheten slik: «Ensom? Det er jeg støtt. Når jeg sitter hjemme alene, da blir jeg ensom støtt. Hvordan det føles? Alt er umulig. Ikke noen å snakke med, ikke noen å hjelpes ad. Ingenting» (Thorsen 1988, s. 79).

Ensomhet og alenehet eller sosial isolasjon blir ofte brukt om hverandre. Men dette er ulike forhold. *Ensomhet* er oftest definert som en opplevelse av savn av kontakt, mens *alenehet* og *sosial isolasjon* viser til mangler ved det sosiale nettverket personen har: personen har få kontakter og/eller sjelden kontakt med dem. Det er en sammenheng mellom ensomhet og isolasjon, men det kan være personer med mange kontakter som er utilfredse, og personer med få kontakter som er fornøyd med situasjonen. Dette peker mot at også andre forhold enn kontakthypighet betyr noe for ensomhetsfølelsen. Kvaliteten i relasjonene er vesentlig. Preferanser og ambisjonsnivå spiller også inn.

Det foreligger en rekke ensomhetsdefinisjoner (Victor et al. 2000). Peplau og Perlman (1982) gjennomgår 12 av disse, og felles for dem er at *ensomhet er en negativ følelse, en opplevelse av et gap mellom den sosiale kontakt man har og den man ønsker*. Dette retter søkelyset mot individets ønsker om kontakt, hvilken kontakt man har, og betydningen av hva man sammenligner seg med når man føler at man har for lite kontakt med andre.

Sosiale kontaktmønstre i Norge

Vi vet blant annet fra de norske levekårsundersøkelsene en del om menneskers kontaktmønstre i ulike lokalsamfunn og hvordan disse har endret seg over tid – i spredtbygde og tettbygde strøk og i bysamfunn av forskjellig størrelse.

Levekårsundersøkelsene viser at flere bor alene i Norge i 1998 enn i 1980, og dette gjelder for alle aldersgrupper (Sosialt utsyn 2000). Samtidig er det blitt færre sosialt isolerte i samme periode, bl.a. er eldre kvinner mindre sosialt isolerte, og flere har fortrolige venner. Mens de sosiale relasjoner innen husholdningene er blitt mindre stabile og omfattende, har nære fortrolige venner utenfor husholdningen blitt mer vanlige (Sosialt utsyn 2000, s. 152). Fremdeles er det mest nabokontakt i spredtbygde strøk (små endringer over 18-årsperioden). I storbyer er det minst familiekontakt. Det er omtrent like mye kontakt med gode venner overalt, men flere i spredtbygde strøk sier de mangler en fortrolig venn. Det har vært stor innflytting i noen kommuner, andre er preget av fraflytting. Vi vet at innflyttere og innvandrere med annen bakgrunn er mer ensomme enn 'innfødte'. Foruten etniske forskjeller kan ensomhetsopplevelse i disse grupper også ha sammenheng med at det tar tid å bli integrert i lokalmiljøet. Nylig innflyttede vil trolig være mer ensomme enn de fastboende.

Tidligere norske studier av ensomhet

Det har vært foretatt flere norske studier av ensomhet i ulike aldersgrupper, som Oslo-undersøkelsen (Thorsen 1990), Nord-Trøndelagsundersøkelsen (Næss 1991) og Levekårsundersøkelsene (Barstad 2000). Disse har vist hvordan ensomhetsopplevelsen varierer bl.a. med kjønn, alder og sivilstand. Undersøkelsene finner at ensomhet er mer utbredt blant kvinner enn menn, særlig gjelder dette gifte kvinner sett i forhold til gifte menn. I Oslo-undersøkelsen (Thorsen 1990), som hadde et utvalg personer fra 15 til 79 år, var ikke ensomheten større blant eldre enn yngre. Men Næss (1991) fant, med data fra Nord-Trøndelagsundersøkelsen (hele befolkningen fra 20 år og oppover), at ensomheten økte fra 70 år og oppover, og den var særlig sterk blant dem over 85 år. Analysene viser at det likevel ikke er alderen, men livssituasjonen, som gjør at flere eldre opplever ensomhet: de bor oftere alene og mange har mistet ektefellen.

Det er også sammenheng mellom helse og ensomhetsopplevelse; mennesker med dårlig helse er oftere ensomme (Thorsen 1990, Barstad 2000). Undersøkelser tyder også på at de som står utenfor yrkeslivet, eller har en marginal tilknytning til det, er mer ensomme (Næss & Bergwitz 1991, Barstad 2000). Sammenhengene som er nevnt kan variere mellom kvinner og menn og i ulike aldersgrupper. Ensomhetsundersøkelsen i Oslo studerte også ulike kvaliteter i ensomhetsopplevelsen (Thorsen 1988, 1990, 1991). Studiene viser at det ikke behøver å være noen enkel sammenheng mellom kontakthypighet og ensomhetsopplevelse.

Ingen av disse undersøkelsene har studert variasjon mellom kommuner og bydeler. Vi vet altså lite om hvordan ensomhetsopplevelsen i Norge varierer mellom ulike lokalsamfunn.

Sivilsamfunnet, sosial kontekst og sosial kapital

Det er behov for å knytte studier av aldring til den sosial konteksten aldringen skjer innenfor. Sivilsamfunnet tilbyr sosiale nettverk, tilhørighet, kontakt og muligheter for deltakelse og engasjement. Kommuner gir ulike miljøer for speiling og bekreftelse fra andre og for selvbekreftelse. Noen lokalmiljøer er tette og inkluderende, andre er mer fragmenterte med større risiko for dårlig sosial integrasjon blant innbyggerne.

Sosial kapital er et begrep som har fått stadig større anvendelse innenfor samfunnsforskningen. Begrepet defineres av Putnam (1995b) som: «features of social life – networks, norms and trust – that enables participants to act together more effectively to pursue shared objectives» (s. 665). Sentralt er altså nettverk, normer og tillit mellom mennesker. Putnam understreker at det er gjennom interaksjon med andre at vi lærer å ha tillit og stole på hverandre. Familietilknytning og ulike inkluderende sosiale nettverk bidrar til økt sosial kapital.

Organisasjoner ses som viktige arenaer for å bygge nettverk, utvikle tillit og tilby sivil engasjement. Studier viser at medlemskap i organisasjoner bidrar til høyere sosial kapital (Wollebæk & Selle 2002); det er forskjell mellom medlemmer og ikke-medlemmer. Men ikke bare *aktiv* deltakelse ansikt til ansikt, men også *passiv* deltakelse ser ut til å hjelpe. Multiple medlemskap med ulike former for deltakelse bidrar til økt sosial kapital.

Omvendt skulle en kunne anta at lokalsamfunnets nettverk og tilbud om å delta i foreninger også kunne bidra til å *reduere* ensomheten. Noen lokalmiljøer har et rikere tilbud om deltakelse enn andre. NorLAG-undersøkelsen gir oss muligheter til å studere hvorvidt ensomhet varierer i ulike lokalsamfunn og om den henger sammen med deltakelse i organisasjoner.

Problemstillingene

Problemstillingen som tas opp her og belyses med NorLAG-data er (1) Varierer ensomhetsopplevelsen mellom ulike lokalsamfunn?, (2) Varierer ensomhetsopplevelsen med forhold som tidligere studier har vist har sammenheng med å føle seg ensom: kjønn, alder, sivilstand, helse? (3) Henger ensomhetsopplevelsen sammen med forhold ved sosiale nettverk og

kontaktmønstre i lokalmiljøet – med sosial integrasjon, type hushold, familierelasjoner, vennskapskontakt, nabokontakt? (4) Hvordan henger ensomhetsopplevelsen sammen med deltakelse i organisasjoner?

Vi måler i denne sammenhengen ensomhet med det enkle spørsmålet som har vært brukt i mange tidligere undersøkelser, bl.a. i Levekårsundersøkelsene: ‘Hender det at du føler deg ensom?’ Svarkategoriene er ‘ofte’, ‘av og til’, ‘sjelden’ eller ‘aldri’. Spørsmålet baserer seg på at det i norsk språkbruk foreligger en felles oppfatning av hva ordet ensomhet betyr og at ensomhet er en ubehagelig og uønsket følelse.

Forskjell mellom lokalmiljøer

Først stiller vi spørsmålet: Er det forskjell mellom de 30 NorLAG-miljøene når det gjelder ensomhetsfølelse? Er det mer ensomhet i storbyen enn på mindre steder slik mange vil tro? Resultatene viser at andelen som ‘ofte eller av og til’ føler seg ensomme varierer betydelig, fra 46 prosent der den er på topp til 24 prosent på det laveste. Storbyen kommer ut både med mange og få ensomme; det er altså betydelig variasjon mellom bydelene.

Alle mellomstore kommuner synes å ha relativt lite ensomhet, men forskjellene er små når vi ser på sammenhengen mellom størrelsen på kommunene og ensomhetsopplevelsen. Andelen ensomme er 33 prosent i små kommuner, 29 prosent i mellomstore og 32 prosent i store kommuner.

Hva skyldes disse forskjellene? Én mulighet er at de skyldes variasjoner i andelen enslige, for når vi korrigerer for hvor mange som lever alene eller med en partner (ektefelle eller samboer), er det ikke lenger noen forskjell mellom lokalmiljøene.

Betydningen av andre forhold

Vi vet, som nevnt, fra andre studier at forhold knyttet til individet, som kjønn, alder og sivilstand eller om personen har en partner er av betydning for ensomhetsopplevelsen. Undersøkelser viser også at det betyr noe om personen er yrkesaktiv eller ikke. Jobben gir kollegakontakt og integrasjon med arbeidsplassen.

Siden det ikke gjenstår noen variasjon i omfanget av ensomhet i de ulike lokalmiljøene når vi kontrollerer for om personene lever alene eller bor sammen med andre, vil vi se om andre forhold ved personene og deres relasjon til miljøet har betydning. Vi undersøker hvordan de nevnte forholdene spiller sammen, og holder bosted utenfor analysen.

Tabell 1. Sammenhengen (korrelasjon) mellom opplevd ensomhet og kjønn, alder, partner og yrkesstatus. Bivariat og multivariat analyse.

	Bivariat	Multivariat
	koeffisient	koeffisient
Kjønn (mann/kvinne)	.15 ***	.08 ***
Alder	-.00	-.09 ***
Partner (nei/ja)	-.51 ***	-.51 ***
I jobb (nei/ja)	-.10 ***	-.14 ***
R ²		.08

***p<.001

Tabell 1 viser sammenhengen mellom ensomhet og kjønn, alder, hvorvidt en har partnere og er i jobb. Vi ser både på enkle sammenhenger (bivariat) mellom hvert kjennetegn og ensomhetsfølelse, og sammenhengen etter samtidig kontroll for virkningen av de andre kjennetegnene (multivariat).

Resultatene bekrefter tidligere studier, f.eks. at kvinner sier seg oftere ensomme enn menn, og de som lever alene er mer ensomme enn de som lever i ekteskap eller samboerskap. Analysen viser også at de som ikke er i jobb er noe mer ensomme enn de yrkesaktive. Hvordan blir bildet når vi ser på disse forholdene samtidig? Det viser seg at forskjellen mellom kvinner og menn i noen grad kan forklares ved at flere eldre kvinner lever alene enn det som er tilfelle med eldre menn. Når vi i den multivariate analysen (til høyre i tabell 1) tar hensyn til om personene lever alene eller med en partner, reduseres kjønnsforskjellene, men er likevel til stede.

Hva betyr økende alder for ensomhetsopplevelsen? Er eldre mer ensomme enn yngre, slik enkelte andre undersøkelser viser? Det er ingen direkte sammenheng mellom alder og ensomhet i NorLAG-materialet. De eldre er *ikke* mer ensomme enn yngre (innenfor aldersgruppene 40–79 år), selv om flere eldre lever alene og er uten jobb¹. Når vi trekker alle forhold inn i analysen samtidig, er tendensen snarere at ensomhet snarere *avtar* noe med alderen. Under ellers like forhold er det altså en svak tendens til at eldre er *mindre* ensomme. Sagt på en annen måte: eldre som er i jobb og har en partner er en gruppe med særlig lav ensomhet. Foreløpig oppsummert kan vi

¹ Når vi ikke justerer for endringer i yrkesaktivitet og sivilstand. Yrkesaktivitet betyr noe mer for ensomhet når vi tar hensyn til personens alder. Justert for alder (innenfor like aldersgrupper) blir forskjellen mellom yrkesaktive og yrkespassive dobbelt så stor (0,20). Dette reduseres noe når vi også tar hensyn til ekteskapelig status (0,14), fordi gifte oftere er yrkesaktive og fordi sivilstand betyr mye for ensomhet. Resultatene når det gjelder alder kan være forskjellig for dem over 80 år. I tråd med andre studier, er det grunn til å forvente at de aller eldste er mer ensomme enn yngre mennesker.

si at det å ha en partner betyr mest for ensomhet, men at også yrkesaktivitet og kjønn betyr en del.

Andre undersøkelser har vist at også helse kan ha en betydning. Personer med dårlig (selvopplevd) helse er funnet å være mer ensomme enn de med god helse. Det er også grunn til å tro at vennekontakt og naboforhold spiller en rolle; de med hyppig vennekontakt antas å være mindre ensomme enn de med lite kontakt. Vi fører derfor inn i analysen fysisk og psykisk helse, hyppighet av vennekontakt og et mål på nabointegrasjon (tabell 2).

Tabell 2. Sammenhengen (korrelasjon) mellom opplevd ensomhet, helse og sosial integrasjon.^a Multivariat analyse.

	Multivariate fordelinger	
	Kontrollert for helse	... samt kontakt med venner og naboer
	Koeffisient	Koeffisient
Kjønn (mann/kvinne)	.03	.06 *
Alder	-.04 ***	-.04 ***
Partner (nei/ja)	-.44 ***	-.43 ***
I jobb (nei/ja)	.05	.02
Fysisk helse	-.10 ***	-.11 ***
Psykisk helse	-.25 ***	-.25 ***
Vennekontakt (1-5)		-.09 ***
Nabointegrasjon (1-5)		-.08 ***
R ²	.17	.18

^a Tabell 2 svarer til høyre del av tabell 1, men har i tillegg lagt til to mål på helse samt hvor ofte en hadde kontakt med venner siste år og et mål på nabointegrasjon målt som hvor mange av naboene en er på hils med (fra 'de fleste' til 'ingen'). De to helseskårene er standardisert.

*p<.05 ***p<.001

Vi finner også i NorLAG-materialet at (egenvurdert) helse har stor betydning for ensomhetsfølelsen, og at psykisk helse betyr mer enn fysisk helse. Helsen er også grunnen til at kvinner sier seg mer ensomme enn menn: Når vi i tabell 2 tar hensyn til helsforskjeller, er det nesten ingen kjønnsforskjell igjen.

Når vi tar kontrollert for hvor ofte personene hadde kontakt med venner siste år¹, finner vi en forventet sammenheng mellom kontakt med venner og ensomhet: jo mindre vennekontakt, desto mer ensom. Kontakt med venner forklarer imidlertid lite eller ingenting av de øvrige sammenhengene. Mest overraskende er det kanskje at vennekontakt ikke forklarer noe av sammenhengen mellom helse og ensomhet. Tilsynelatende er de med helsesvikt ikke ensomme fordi de ikke har kontakt med venner, men på

¹ Vennekontakten varierer fra ingen kontakt (1) til daglig kontakt (5).

grunn av andre forhold, f.eks. deltakelse i andre sosiale sammenhenger – fritidsaktiviteter, reiser m.m.

Vi finner også en forventet sammenheng mellom nabokontakt og ensomhetsopplevelse: jo mindre integrert med naboer, desto hyppigere ensomhetsopplevelse. Nabokontakt og vennekontakt har omtrent like stor betydning for ensomhetsopplevelsen når vi tar hensyn til de øvrige faktorene.

Sivilstand og ensomhet

Hva betyr sivilstand for opplevelsen av ensomhet, og er det noen forskjell mellom gifte og samboere? Her skiller vi mellom sivilstandsgruppene gift, aldri gift, samboer, skilt og enke (enkemann), og ser på betydningen av sivilstand når vi samtidig kontrollerer for en rekke andre forhold (tabell 4).

Tabell 3. Sammenhengen (korrelasjon) mellom opplevd ensomhet og sivilstand. Multivariat analyse.

	Multivariat koeffisient	
Kjønn (mann/kvinne)	.07	***
Alder	-.06	***
Gift (referanse)	.00	
Aldri gift	.47	***
Skilt	.44	***
Enke/enkemann	.70	***
Samboer	.05	
R ²	.08	

***p<.001

Analysen viser at gifte og samboere er minst ensomme; det er knapt noen forskjell mellom disse to gruppene. Mest ensomme er enker og enkemann, fulgt av aldri gifte og skilte. Det er ingen forskjell i ensomhet mellom de som aldri har vært gift og skilte personer. Våre funn er altså i samsvar med tidligere studier. Ekteskap og samboerskap beskytter mot ensomhet, og tap av ektefelle eller samboer er en sterk kilde til ensomhet.

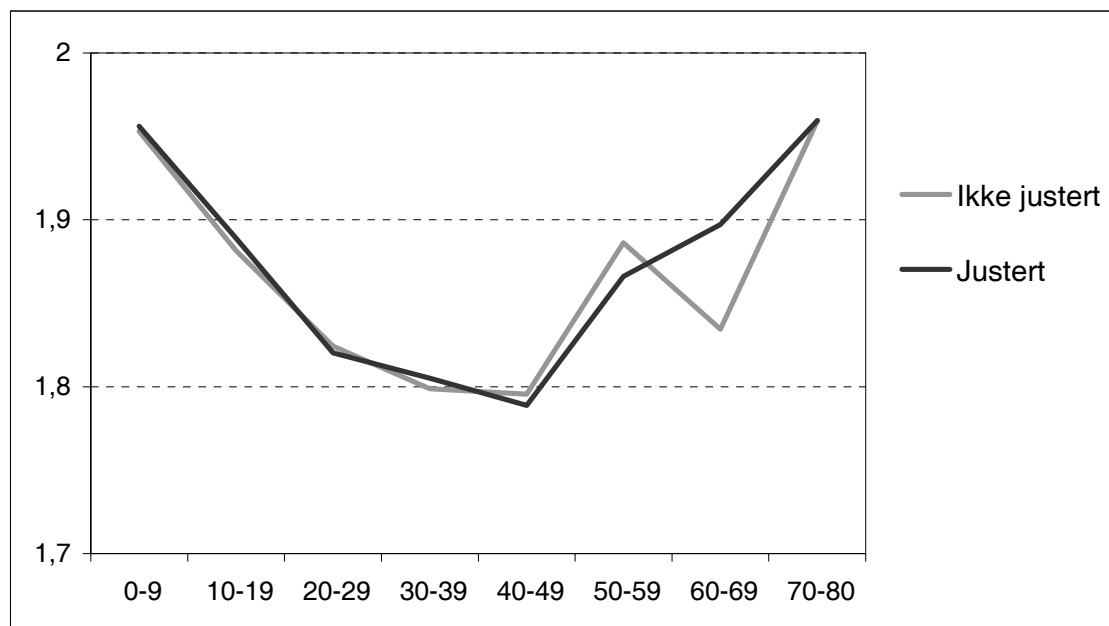
Ensomhet og bohistorie

Har ensomhetsopplevelsen sammenheng med tilknytning til lokalmiljøet, målt ved botid i boligen og på stedet? En kunne anta at jo lengre en hadde bodd der, desto mer lokal tilknytning og tilhørighet ville en få og desto

sjeldnere følt seg ensom. Kontaktnettene ville over tid bli forsterket. På den andre siden kan utflytting av yngre generasjoner skape avstand og mindre kontakt, og eldre venner og slektninger kan dø slik at man som gammel kan bli 'sosialt etterlatt' (Thorsen 1988, 1991). Barstad (2000) studerte betydningen av botid, og fant at det blant menn med lang botid var færre som hadde nære og fortrolige venner enn blant menn med kort botid. Blant kvinner var det ikke noen slik sammenheng, og det var heller ikke sammenheng mellom botid og opplevelse av ensomhet for verken kvinner eller menn. Finner vi tilsvarende mønstre i NorLAG?

Analysen viser at 'botid i boligen' er viktigere enn 'botid på stedet'. Betydningen av botid i boligen varierer over tid, det vil si at de som har bodd kortest og de som har bodd lengst i boligen er mest ensomme (figur 1).

Figur 1: Sammenheng mellom ensomhet og botid i boligen med og uten statistisk justering for kjønn og alder.



Sammenhengen mellom botid og ensomhet kan forklares med sivilstand. Det er særlig andelen som er gift som forklarer mønsteret. Andelen gifte kan forklare den generelle reduksjonen i ensomhet etter hvor lenge en har bodd i boligen, fordi gifte synes å være mer bofaste enn andre sivilstandsgrupper. Sivilstand kan også forklare økningen i ensomhet for dem som har bodd 40 år eller mer i boligen, for da synker andelen som er gifte.

Deltakelse i organisasjoner og ensomhet

Hva betyr andre former for sosial deltakelse, så som aktivitet i foreninger? Er det slik at hyppigere organisasjonsdeltakelse reduserer risikoen for ensomhet? Organisasjonsdeltakelsen er større i mindre kommuner enn i større. I mindre kommuner deltar innbyggerne oftere på møter og har oftere tillitsverv. Det er særlig i de største kommunene, og først og fremst i Oslo, at folk er lite aktive i foreningslivet. Å delta i organisasjoner *kan* virke sosialt integrerende og aktiviserende og gi sosiale kontakter. Vi måler her organisasjonsdeltakelse ved hyppighet av møtedeltakelse¹.

Tabell 4. Sammenhengen (korrelasjon) mellom opplevd ensomhet og organisasjonsdeltakelse. Multivariat analyse.

	Ikke justert for helse	Justert for helse
	Koeffisient	Koeffisient
Kjønn (kvinne)	.08 ***	.04
Alder i år /10	-.09 ***	-.04 ***
Partner (1 & 0)	-.47 ***	-.42 ***
I jobb (1 & 0)	-.16 ***	.02
Org.-deltakelse (st.)	-.02 ***	-.00
Fysisk helse (st.)		-.11 ***
Psykisk helse (st.)		-.26 ***
R ²	.08	.17

***p<.001

Vi finner en tendens til at aktiv deltakelse i organisasjoner er forbundet med mindre ensomhet, men sammenhengen er ikke sterk (tabell 4). Denne effekten er uavhengig av alder, og kan bare i liten grad forklares med sivilstand.

Hvis vi kontrollerer for personenes helsetilstand (høyre del av tabell 5), er det ikke lenger noen sammenheng mellom organisasjonsdeltakelse og ensomhet. Den relativt svake sammenhengen vi finner kan forklares med at de som har dårlig helse både er mindre aktive i organisasjoner og mer ensomme. Analysen gir, noe overraskende, ingen indikasjoner på at organisasjonsdeltakelse alene reduserer risikoen for ensomhet.

¹ Deltakelse i lokalsamfunnet måles her som deltakelse i organisasjoner, det vil si summen av hyppighet av deltakelse i frivillig arbeid i foreninger/organisasjoner og hyppighet av møter i foreninger, organisasjoner m.m. Begge kategoriseringer går fra 1 (nå=aldri) til 6 (nå=daglig). En sumindeks av disse går fra 2 (aldri i begge forhold) til 12 (daglig i begge forhold). Variabelen standardiseres.

Oppsummering – risiko for ensomhet

For å sammenfatte: Risikoen for ensomhet knytter seg først og fremst til familiesituasjon og helse. De som lever alene er mer ensomme enn de som lever i ekteskap eller samboerskap. Enker og enkemenn er de som er mest ensomme. De som plages med psykiske problemer er langt mer ensomme enn andre. Også fysisk helsesvikt øker risikoen for ensomhet.

Forskningslitteraturen om sosial integrasjon har i noen år konsentrert seg om betydningen av sivilsamfunn og lokalsamfunn, ofte med anvendelse av begrepet 'sosial kapital' (Putnam 1995a, Wollebæk & Selle 2002). Med dette utgangspunkt har vi sett på om deltakelse i sivilsamfunnet reduserer risikoen for ensomhet. Vi har også vurdert om det er forskjeller i ensomhet i de lokalsamfunn som inngår i NorLAG-studien, men finner knapt noen indikasjoner på at lokalsamfunnet eller sivilsamfunnet har betydning for risikoen for å være ensom. Justert for familieforhold er det ingen forskjell i ensomhet mellom de 30 lokalsamfunnene som studeres.

Justert for helse finner vi heller ingen sammenheng mellom organisasjonsdeltakelse og ensomhet. Dette er overraskende sett i lys av den betydning enkelte forskere tillegger sivilsamfunnet for å skape tillit mellom mennesker. En mulig forklaring kan være at selv om formene for sosial integrasjon varierer mellom lokalsamfunn, så er nivået på individenes sosiale integrasjon bestemt av andre forhold.

Selv om mange har medlemskap i foreninger og på denne måten deltar i sivilsamfunnet, er denne sosiale kontakten likevel relativt sjelden sammenlignet med andre former for kontakt. I NorLAG-kommunene er 37 prosent aktive i en eller flere organisasjoner og 23 prosent deltar minst månedlig, men våre data viser at det er andre former for sosial integrasjon, først og fremst med familie, venner og naboer, som bidrar til å redusere risikoen for ensomhet. Det er de mer *nære* personlige relasjonene som er av betydning. Av den grunn har verken lokalsamfunnet generelt eller organisasjonsdeltakelse spesielt noen avgjørende betydning for risikoen for ensomhet.

Dette betyr ikke at det ikke er forskjeller mellom kommunene, men disse henger sammen med hvor mange i kommunene som bor alene eller sammen med andre og hvor mange som har god kontakt med naboer eller venner. Helsetilstanden i befolkningen spiller også inn. Alt dette er forhold som varierer mellom kommunene, og dermed varierer også omfanget av ensomheten betydelig.

Referanser

- Barstad, A. (2000). Hvem er de ensomme og isolerte? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 3, 2, 67–84.
- Næss, S. & Bergwitz, Ø. (1991). Ekteskapet – best for menn? *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 32, 313–29.
- Næss, S.(1991). Ensomhet, livssituasjon og alder. *Aldring & Eldre* 4, 2–6.
- Peplau, L.A. & Perlman, D. (eds.)(1982). *Loneliness. A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: John Wiley and Sons.
- Putnam, R.D. (1995a). Bowling alone: America`s declining social capital. *Journal of democracy*, 1, 65–78.
- Putnam, R.D. (1995b). Tuning in, tuning out: The strange disappearance of social capital in America. *Political Science and Politics*, 28, 664–683.
- Sosialt utsyn 2000. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Thorsen, K. (1988). *Ensomhet som opplevelse og utfordring. En studie av ensomhet blant eldre*. Oslo: Norsk gerontologisk institutt, rapport 9–1988.
- Thorsen, K. (1990). *Alene og ensom, sammen og lykkelig?* Oslo: Norsk gerontologisk institutt, rapport 2–1990.
- Thorsen, K. (1991). Om alder, ensomhet og den særegne ensomheten i alderdommen. *GerArt* nr. 4. Oslo: Norsk gerontologisk institutt.
- Victor et al. (2000): Being alone in later life: loneliness, isolation and living alone in later life: *Reviews in Clinical Gerontology*, 10, 407–417.
- Wollebæk, D. & Selle, D. (2002). Does partition in voluntary associations contribute to social capital? The impact of intensity, scope and type. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 31, 1, 32– 61.

8 Subjektiv alder og aldring

Svein Olav Daatland, Per Erik Solem & Kirsti Valset

Alderen innenfra

Vi tenker oftest på tid og alder som objektive størrelser, og blir på sett og vis minnet om det flere ganger om dagen når vi kaster et blikk på klokka og kalenderen, som måler tidas gang i sekunder, dager og år. Dagen, året, ja livet har i det moderne samfunnet blitt organisert langs en lineær tidsakse. Tid har blitt en standard for lønn og et kriterium for tjenester. Vi måler plikter i arbeidstid og rettigheter i fritid, og både året og livet går sin naturlige gang i faser som følger på hverandre.

Tida og alderen er imidlertid også subjektive fenomener og sosiale konstruksjoner. Tida flyr, sier de godt voksne, mens den snegler seg framover når barnet lengter etter noe godt. Alderen er heller ikke noen nøytral størrelse. År legger seg riktignok på år, men hva disse årene betyr, og hvordan de oppleves, er ikke objektivt gitt, men farges tvert imot av sammenhengen. Alderen kan for det første være viktigere i noen sammenhenger enn i andre, og noen aldre kan være viktigere enn andre, f.eks. som en terskel for å oppnå en rettighet (stemmerett) eller å miste en rett (aldersgrense for arbeid). Alderen er dessuten en relativ størrelse. Man er yngre eller eldre i forhold til noe. Man kan f.eks. gå fra å være en eldre arbeidstaker den ene dagen til å være en yngre pensjonist den neste.

Vi blir år for år ett år eldre enn vi var året før, men betegnelsen 'eldre' har kommet til å bli en betegnelse for en fase av livet (eldre år) og en aldersgruppe (eldre mennesker). Denne språklige omformingen av en prosess (å bli eldre) til en tilstand (å være eldre) har sammenheng med at det klebet noe negativt ved å være gammel, som en forsøkte å dekke over. Gamle ble dermed til eldre, slik som gamlehjem ble til aldershjem, og pleiehjem ble til sykehjem og etter hvert til bo- og servicesentre. Nissen følger som regel med på lasset. Dersom det *er* noe negativt der, så vil det etter hvert komme til å klebe seg også ved de nye betegnelse.

Det generelle poenget her er at alder ikke er noen nøytral størrelse. Alderstrinnene gis ulik verdi og anseelse, og noen aldre og aldersgrupper blir ansett som bedre enn andre. Vurderingen har rimeligvis en klangbunn i

universelle (biologiske) realiteter, f.eks. at det med høy alder følger en fysisk svekkelse og en stigende risiko for tap av livet – trekk som er tilbøyelige til å gi aldring og eldre år lav anseelse i alle kulturer. Hva som anses som godt og riktig er likevel først og fremst sosialt og kulturelt definert. Alderdommens lave status i dag blir gjerne knyttet til moderniseringen av samfunnet, der tradisjonelle ferdigheter og tenkemåter som forvaltes av den eldre generasjonen har måttet vike for krav til endring og fornyelse som gir framtidsorientering og yngre generasjoner større nytte og verdi (Cowgill & Holmes 1972).

Det rådende bildet av alder og aldring blir internalisert tidlig i livet og blir etter hvert en del av selvet som et sett av holdninger og forventninger om egen og andres aldring. Disse forventningene er ikke gitt en gang for alle, men påvirkes både av tidsånden og av erfaringer gjennom livet. Vi har begrenset viten om disse prosessene, men flere studier tyder på at alder blir en framtrædende sosial kategori alt som barn. Svært små barn kan skille mellom barn og voksne, unge og gamle, slik de også tidlig kan skille mellom kvinner og menn. Vi blir dermed tidlig vare for den verdsetting som gis de ulike aldre og aldersgrupper – en påvirkning som oftest er av indirekte eller subliminal karakter, men som likevel, eller kanskje nettopp derfor, har betydelig påvirkningskraft. De stereotypier vi internaliserer om aldring tidlig i livet, får etter hvert karakter av å være selv-stereotypier når vi selv blir gamle (Levy 2003). Dette viser seg bl.a. ved at eldre mennesker har like negative holdninger overfor ‘eldre’ som yngre har, om ikke enda mer negative. Et uttrykk for det samme er at tilbøyeligheten til å favorisere sin vi-gruppe, som er et av de mest robuste resultater fra sosial identitetsteori (Hogg & Abrams 1988), ikke slår til når dette ‘vi’ dreier seg om å være eldre, enn si gamle, mennesker. Da er det heller ikke overraskende at folk flest distanserer seg fra det å ses som eldre ved å føle seg yngre enn sine år og ved å ønske at de var enda yngre (Kastenbaum et al. 1972, Logan et al. 1992, Uotonen et al. 2003, Westerhof et al. 2003, Daatland 2005).

Forskningen er tilbøyelig til å se fenomenene utenfra og ovenfra. Faren er at man derved gjør mennesker til ting og egne observasjoner til allmenne lover. Men virkeligheten er også subjektiv, slik individer og grupper selv ser den. Det vi tror er sant, blir også sant for oss, slik det formuleres i W.I. Thomas’ kjente aforisme: ‘When people define situations as real, they become real in their consequences’, seinere videreutviklet av sosiologen Robert Merton (1968) i teorien om den selvoppfyllende profetien. Det gjør en forskjell hvordan mennesker *tror* at ting er, ikke bare hvordan de ‘virkelig’ er. Det gjør f.eks. en forskjell om man oppfatter naboene som vennlige eller som fiendtlige; det gjør en forskjell om man har tillit eller mistillit til

myndighetene, det gjør en forskjell om en liker eller misliker innvandrere, og det gjør en forskjell om man gleder eller gruer seg til livet etter 60.

Vi bør derfor interessere oss for hvordan aldring og eldre år så og si ser ut innenfra. Både selvoppfatninger og oppfatninger av andre kan ha en avgjørende rolle for atferd og opplevelser. Den som ser aldring som en trussel de selv ikke har noen innflytelse på, vil se eldre år langt mørkere i møte enn den som ser lysere på det. Den siste vil trolig også forholde seg langt mer aktivt til sin egen aldring og skape gode sirkler der den første snarere vil få bekreftet sine svarte forventninger i en selvoppfyllende og ond sirkel. Dermed blir individers og gruppers *opplevelser* av alder og aldring interessante, for om vi forstår hvordan virkeligheten tar seg ut fra innsida, kan vi bedre forstå hvem de identifiserer seg med eller distanserer seg fra og hvilke interesser og motivasjoner de har.

Dette er noe av bakgrunnen for at subjektiv alder og aldring har blitt et tema i NorLAG-studien. Vi skal i dette kapitlet se nærmere på tre sider av fenomenet. For det første hvordan man opplever å bli eldre: Hvilke endringer følger med alderen slik den intervjuede selv ser det? Tidligere forskning har stort sett begrenset seg til opplevelsen av *alder*; det er gjort langt mindre om opplevelsen av *aldring* (Steuerink et al. 2001). Dreier det seg bare om negative endringer eller også om positive? Er det forskjeller mellom by og land, kvinner og menn, yngre og eldre i så måte? 40-åringene tenker neppe så mye på 'aldring', men å bli eldre er en relativ størrelse og berører oss gjennom hele livet. Derfor kan erfaringene med å bli eldre være like relevante for 40-åringer som for 70-åringer.

Det andre temaet dreier seg om oppfatninger om *livsløpet*, nærmere bestemt fra hvilken alder man bør regnes som ungdom, voksen, middelaldrende, eldre og gammel. Er det stor eller liten enighet om denne kategoriseringen, eller defineres fasene forskjellig av kvinner og menn, yngre og eldre, i byen og på landet?

Det tredje temaet dreier seg om opplevelsen av *alder*, nærmere bestemt hvor gammel man føler seg og hvor gammel man ønsker å være. At tid og alder er subjektive konstruksjoner er særlig tydelig her, for det er, som nevnt, bare et mindretall av godt voksne mennesker som føler seg så gamle som de er av antall år. Flertallet kjenner seg yngre og ønsker seg enda yngre. Hva kommer dette av, og hva betyr det?

Det er gjort forholdsvis lite forskning på alle disse områdene og spesielt lite i Norge. Framstillingen vil derfor få et nokså eksplorerende preg, der hensikten i denne omgang er å beskrive mønstre og sammenhenger som skal analyseres nærmere i seinere publikasjoner.

Opplevelse av aldring

Forventninger som legges til grunn

Vi tar med oss et antall forventninger som vi skal organisere framstillingen etter. For det første at vi ser aldring som endringer som finner sted over store deler av livsløpet, ikke bare i eldre år. Synsskarpheten svekkes f.eks. alt i tenårene, og mange bekymrer seg over rynker og grå hårstrå lenge før de blir 40. Vekst og nedbrytning kan ses som livslange prosesser, der veksten dominerer tidlig i livet og nedbrytningen blir dominerende etter en viss alder, men rytmen og graden av disse prosessene varierer fra funksjon til funksjon og fra person til person. Det er også vanskelig å finne et mønster som passer like godt for biologiske som for psykologiske aldersforandringer.

Av konvensjon har man gjerne reservert begrepet aldring for de endringer som hører den andre halvdel av livet til. Mennesker som selv er midt i livet er kanskje tilbøyelige til å skyve betegnelsen foran seg til høyere i alderstrinn, mens yngre mennesker mener at den middelaldrende er i ferd med å aldres før vedkommende selv erkjenner det. Dette illustrerer det relative i alder og aldring. Det er også vanskelig å finne noe vitenskapelig kriterium for når den biologiske aldringen skulle starte eller når det skulle være rimelig å skifte betegnelse på de livslange aldersforandringene fra 'utvikling' til 'avvikling'.

Når vi i denne undersøkelsen inkluderer personer i alderen 40–79 år, dreier det seg under alle omstendigheter om et utsnitt av befolkningen der nok de aller fleste har gjort sine erfaringer også om negative aldersforandringer, som i folkelig forstand ville gå under rubrikken 'aldring'. I spørsmålsformuleringene unngår vi imidlertid dette begrepet, som for mange er såpass motsetningsfullt, og refererer mer nøytralt til det 'å bli eldre' ved å spørre: «Uansett hvor gammel man er, er man eldre enn tidligere i livet. Hvor enig eller uenig er du i hver av de følgende påstandene når de gjelder deg selv fram til i dag?» Så følger en liste med erfaringer med å bli eldre som man kan si seg mer eller mindre enig eller uenig i. I det andre settet av spørsmål blir man presentert for en liste med ferdigheter (å huske navn, arbeidsevne, arbeidslyst etc.) og spurt om man har opplevd endringer til det bedre eller dårligere 'de siste ti årene'.

Dermed har vi også illustrert det andre settet av forventninger som legges til grunn for analysen, nemlig at aldersforandringene verken er endimensjonale eller beveger seg i bare én retning, og da underforstått som svekkelser og tap. Vi går ut fra at det dreier seg om endringer på flere områder, og at endringene også kan ha et positivt fortegn. Disse mulighetene

er nedfelt i spørsmålene, som altså dreier seg om opplevde endringer langs flere dimensjoner med muligheter for å oppleve både tap og vekst.

Det tredje settet av forventninger berører faktorer som kan antas å bidra til å forklare erfaringene. Vi legger til grunn at alderen kan være en viktig faktor i seg selv, men at sammenhengen mellom alder og erfaringer for en stor del kan skyldes aldersrelaterte risikofaktorer, som f.eks. svekket helse og tap av sosiale og personlige ressurser. Speiler opplevelsen av aldring først og fremst ressurser og ressurstap mer enn den kronologiske alderen? Vi er også interessert i om opplevelsen av å bli eldre varierer mellom kvinner og menn og type lokalmiljø: Føles det lettere eller vanskeligere å bli eldre for kvinner enn for menn og for byfolk sammenliknet med de som bor på landet?

Erfaringer ved å bli eldre

At aldringen erfares høyst forskjellig blir illustrert i tabell 1, som viser aldersfordelingen på spørsmålet om hvilke positive og negative erfaringer man har hatt med å bli eldre fram til i dag. For de yngste intervjuede dreier det seg altså om å ha passert 40 år, for de eldste at man nærmer seg 80.

Tabellen bekrefter det flerdimensjonale ved aldring og at der er både positive og negative erfaringer. Den viser samtidig at tilbøyeligheten til å rapportere om negative erfaringer øker med alderen. Med økende alder er det f.eks. en stigende andel som opplever 'forandringer som jeg ikke liker', fra ca. 1/3 i 40-årene til 2/3 i 70-årene. Den negative gradienten er enda sterkere for 'jo eldre jeg blir, desto flere ting må jeg gi opp'. Fjorten prosent i 40-årene sier seg enig i dette, 25 prosent i 50-årene og hele 67 prosent i 70-årene. Det førstnevnte kan rubriseres under opplevde 'trusler', det andre under opplevde 'tap', som sammen med 'angrep' og 'hindringer' er de viktigste kilder til stress i eldre år i følge Hanley & Baikie (1984).

Det ligger også en negativ utvikling med alderen i svarene på om det 'å bli eldre har hatt en positiv innvirkning på mitt liv', men den er svakere enn for de to førstnevnte. Mens 63 prosent av de intervjuede i 40-årene sier seg enig i dette, faller andelen til ca. 40 prosent blant personer i 60- og 70-årene. Derimot er det en felles positiv erfaring i alle aldersgruppene – også blant de eldste – om at å bli eldre bidrar til at 'jeg aksepterer i større grad meg selv slik jeg er'.

Tabell 1. Endringer med alderen. Prosentandel som er (svært eller nokså) enig i følgende erfaringer ved å bli eldre.

	40–49	50–59	60–69	70–79
<i>Negative erfaringer</i>				
– må gi opp flere ting	14	25	42	67
– opplever forandringer jeg ikke liker	33	42	53	68
<i>Positive erfaringer</i>				
– en positiv innvirkning på mitt liv	63	50	40	42
– aksepterer i større grad meg selv	74	71	76	79
(n)	(1239)	(1226)	(970)	(709)

Erfaringene varierer ikke bare med alderen, men også *innenfor* hver aldersgruppe. Noen oppgir at de verken har positive eller negative erfaringer med å bli eldre, som nærmest bør tolkes i retning av at alderen betyr lite eller ingenting for den aktuelle egenskapen. Forøvrig rapporteres det om både positive og negative endringer med alderen langs alle fire typer av erfaringer, men innslaget av negative erfaringer stiger med årene for tre av dem. Balansen vipper mot en overvekt av negative erfaringer i 60-årene for ‘forandringer jeg ikke liker’, mens det først er fra 70-årene at det blir en overvekt av negative erfaringer av typen ‘å måtte gi opp ting’ (jfr. tabell 1). Mange føler seg øyensynlig truet av ideen om å bli eldre (forandringer jeg ikke liker) før de merker mer konkrete utslag av det i form av tap (å måtte gi opp ting). At å bli eldre har en ‘positiv innvirkning på livet’ og bidrar til at man ‘i større grad aksepterer seg selv’ er gevinster som mange, og tildels det store flertallet (større selvakseptering), deler.

Mellom 20 og 40 prosent gir uttrykk for at det *ikke* har vært noen endringer med alderen på disse områdene, noe varierende fra område til område og mellom aldersgruppene. Tar vi bort disse, og ser bare på fordelingen av positive og negative svar, finner vi en overvekt av negative svar alt fra 50-årene for ‘forandringer jeg ikke liker’ og fra 60-årene på det å ‘måtte gi opp ting’. Dette går fram av tabell 2, som viser forholdstallet mellom positive og negative svar. Tall som er høyere enn 1 viser at positive svar er i overvekt, tall som er lavere enn 1 at negative svar dominerer. De positive svarene dominerer over de negative både for en ‘positiv innvirkning på livet’ og at man ‘i større grad aksepterer seg selv’, men med fallende tendens med alderen i det første tilfellet og med en stigende andel positive svar med alderen for selvakseptering, der antallet med positive svar er 17 ganger høyere enn antallet med negative svar blant 60- og 70-åringene. Folk flest ser i denne forstand ut til å føle at de vokser gjennom hele livet, i det minste inntil 80 år, som er grensen for å være inkludert i denne undersøkelsen.

Tabell 2. Balansen mellom positive og negative erfaringer, indikert ved forholdstallet mellom positive og negative endrings svar (av n=antallet som rapporterer positiv eller negativ endring; personer med 'ingen endring' er holdt utenfor.

	40–49	50–59	60–69	70–79
<i>Negative erfaringer</i>				
– må gi opp flere ting	3,9 (881)	1,7 (838)	0,7 (678)	0,2 (568)
– forandringer jeg ikke liker	1,1 (851)	0,6 (811)	0,3 (690)	0,2 (554)
<i>Positive erfaringer</i>				
– positiv innvirkning på mitt liv	10,3 (853)	5,5 (727)	2,9 (526)	2,9 (401)
– aksepterer i større grad meg selv	11,7 (990)	12,5 (843)	17,7 (778)	17,2 (593)

Som positive svar er regnet at man sier seg uenig i negative erfaringer og enig i positive erfaringer, og motsatt for negative svar.

Endringer de siste ti årene

Vi spurte også om opplevde endringer de siste ti årene, og da knyttet til en rekke mer konkrete egenskaper og ferdigheter: "Sammenliknet med for ti år siden, har du opplevd endringer når det gjelder ... å huske navn?" Samme spørsmål stilles så for ytterligere fire egenskaper, der eventuelle endringer kunne karakteriseres langs en femdelt skala fra 'mye bedre' via 'ingen endring' til 'mye dårligere' (se vedlegget). Her er inkludert et antall ferdigheter som antas å svekkes med alderen. Det interessante er dermed ikke primært *om* man opplever en svekkelse, men *når* og i hvilken *grad*.

Svarfordelingen er gitt i tabell 3 og viser en tiltakende *negativ* tendens med alderen. Siden lista mangler egenskaper som med større sannsynlighet kunne hatt en stigende kurve, så som visdom, toleranse og liknende, skal man ikke tolke tallene som et representativt uttrykk for opplevde aldersendringer, men som endringer langs den typen instrumentelle egenskaper som her er representert. Når dette er sagt, kan vi notere oss at det er ytterst få som rapporterer om *bedringer* de siste ti årene, men forholdsvis mange, og blant 40- og 50-åringene et flertall, som synes at det har vært små eller ingen endringer. Med økende alder følger så en økende andel som forteller om større eller mindre *negative* endringer.

Tre av egenskapene har en særlig klar negativ utvikling med alderen slik den intervjuede selv opplever det: fysisk form, arbeidsevne og å huske navn. Alt i 40-årene synes flertallet (56 prosent) at formen er blitt dårligere, og den opplevde svekkelsen brer seg til å inkludere de fleste (88 prosent) i alderen 70–79 år. Når den opplevde svekkelsen i kondisjonen starter allerede før 40, kan det nok vanskelig tilskrives alderen aleine, men også en ugunstig livsstil. I andre ender av skalaen merker vi oss at 10–15 prosent av 60- og 70-åringene ikke merker noen forskjell i formen de siste ti årene, og at 3–4 prosent av dem synes at den snarere har blitt *bedre* (ikke vist i tabellen).

Tabell 3. Prosentandel (av n) som rapporterer om negative endringer (noe eller mye dårligere) sammenliknet med for ti år siden når det gjelder ...

	40–49	50–59	60–69	70–79
– fysisk form	56	68	78	88
– å huske navn	38	60	71	84
– arbeidsevne	27	47	66	81
– å finne ord	24	39	46	65
– arbeidslyst	28	36	40	54
(n)	(1239)	(1226)	(970)	(709)

Arbeidsevnen og å huske navn svekkes nesten like mye med alderen som den fysiske formen, men i noe ulik rytme. Problemer med å huske navn berører flertallet alt i 50-årene. Arbeidsevnen holder seg lengre og oppleves som svekket av et flertall først i 60-årene. Det betyr imidlertid ikke at arbeidsprestasjonene svekkes på samme måte. Flere undersøkelser viser at det ikke er noen generell sammenheng mellom alder og arbeidsprestasjoner (Warr 1998). En forklaring på dette er at eldre arbeidstakere kompenserer fysisk svekkelse med erfaring og økt innsats.

Arbeidslysten holder seg lengre enn (den subjektive) arbeidsevnen; det er først i 70-årene at et knapt flertall (54 prosent) rapporterer om dårligere arbeidslyst i løpet av de siste ti årene. Det samme gjelder å finne ord, som oppleves som mindre av et problem enn det å huske navn.

Hvordan forklare?

Det er neppe særlig overraskende at erfaringene med å bli eldre er overveiende negative, og at de er tiltakende negative desto eldre man er av år. At der også er positive erfaringer, og at endringsrytmen er forskjellig fra egenkap til egenkap og fra person til person er mindre selvfølgelig, men bekrefter forventningene vi la til grunn. Aldring dreier seg om endringer langs flere dimensjoner, og om endringer som både har karakter av svekkelse og vekst, der balansen mellom de to på de fleste områder, men ikke alle, blir mindre gunstig med stigende alder. Det er også interessant å konstatere at såpass mange melder om uønskede aldersforandringer allerede i 40-årene, og på den andre siden at det rapporteres om vekst også i såpass høy alder som 79 år.

Resultatene illustrerer både typiske (gjennomsnittlige) endringer og variasjoner omkring det typiske, men hva forklarer denne variasjonen, og hva forklarer de opplevde endringene? En faktoranalyse (vises ikke her) av de erfaringene som er registrert (jf. tabell 1 og 3) viser at de kan grupperes

under tre typer, to som gjelder (fysisk og mental) svekkelse og én som representerer vekst. Opplevelsen av vekst, som primært er karakterisert av en større selvakseptering med alderen (jf. tabell 1), framstår som en dimensjon for seg selv – uavhengig av (uten korrelasjon med) hvorvidt og hvor sterkt man opplever svekkelse på andre områder. Opplevelsen av at det følger en større selvakseptering med alderen gjelder altså uansett hvor mye eller lite arbeidsevnen, kondisjonen eller hukommelsen svekkes. Erfaringene med å ha levd en stund, og vanskelige erfaringer mer enn lette, bidrar kanskje til at man aksepterer både seg selv og andre bedre? Resultatene er i tråd med Sol Seims (1988, 1997) longitudinelle studie, der hun finner et mer modent følelsesliv og en større toleranse med økende alder, slik også Jungs (1972) og Eriksons (1968) psykologiske utviklingsteorier foreslår.

Hvor sterkt er disse erfaringene formet av alder, og i hvilken grad styres de av andre forhold som er relatert til alder, så som helse og levekår? Endres alderstrenden når vi kontrollerer for andre forklaringsfaktorer? Spørsmålet analyseres her i en serie av logistiske regresjonsanalyser – én for hver av erfaringene som er beskrevet i tabell 1 og 3 ovenfor. Fordi vi er ute etter å forstå om erfaringene er positive eller negative betrakter vi den avhengige variabelen (erfaringen) som todelt, og har derfor valgt en logistisk regresjon.

De aktuelle forklaringsfaktorene er ordnet i fem grupper som innføres trinn for trinn i analysen. Vi starter med *alder og kjønn* (se vedleggets tabell V:1). Alder tas inn som en kategorisk variabel, fordi det ikke er urimelig å anta at sammenhengen mellom alder og opplevd aldring er kurvilineær og økende med stigende alder. Analysene viser derfor hvor mye større oddsen for å oppleve negative (eller positive) erfaringer er for personer i 50-årene, i 60-årene og i 70-årene sammenliknet med personer i 40-årene.

I neste trinn legges så (selvrapportert) *fysisk og mental helse* til, som er målt via den såkalte Short Form 12 skalaen (Gandek et al. 1998). Skårene¹ er transformert til standard skårer (z-verdier), der gjennomsnitt=0 og standard avvik=1. Transformeringsen gjør det enklere å sammenlikne skårene og virkningene av ulike faktorer.

I trinn tre legger vi til *psykologiske ressurser*. Det kan jo tenkes at erfaringene med å bli eldre er avhengig av personlige egenskaper så som

¹ Skårene for fysisk helse varierer mellom 10 (dårligst) og 65 (best) med et gjennomsnitt på 47 og et standard avvik på 11,4. Tilsvarende verdier for mental helse er 11–71, et gjennomsnitt på 55 og et standard avvik på 8,4. Skalaene er transformert til standard skårer (z-verdier), der gjennomsnitt=0 og standard avvik=1. Transformeringsen gjør det enklere å sammenlikne skårene.

evne til å mestre motgang. Mestringsevne og selvaktelse er to av kjenne-tegnene som tas inn her, sammen med utdanning. Mestring er målt ved Pearlin & Schoolers (1978) 'mastery scale' og indikerer i hvilken grad personen opplever å ha kontroll over sitt liv eller føler seg kontrollert utenfra. Selvaktelse er målt ved Rosenbergs (1965) 'self esteem scale' og måler grad av selvaktelse, slik det f.eks. indikeres ved om man føler seg verdifull eller ikke – se Solem (2003) for en nærmere redegjørelse for indikatorene som er brukt. Også her transformerer vi til z-skårer¹ av samme grunn som ovenfor. Utdanning tas inn som en kategorisk variabel, der videregående skole og universitetsutdanning sammenliknes med de som bare har grunnskole. Begrunnelsen for en kategorisk variant av utdanningsvariabelen er den samme som for alder ovenfor, at vi ikke antar en lineær sammenheng her. Vi antar ellers, og i likhet med Steverink et al. (2001), at personer med store personlige ressurser, det være seg i form av helse eller psykologiske egenskaper, vil ha bedre forutsetninger for å mestre aldringens negative utslag og vil dermed oppleve det som relativt mindre negativt å bli eldre.

Sosiale roller legges til i trinn fire ut fra idéen om at inngang og utgang av sosiale roller kan være påminnelser som aktualiserer en opplevelse av å bli eldre. Som indikatorer bruker vi alderspensjonist og uføretrygdet, som sammenliknes med yrkesaktive, og enslige, som sammenliknes med gifte og inkluderer et stigende antall enker og enkemenn med økende alder.²

I det femte og siste trinnet føres så lokalmiljø inn, indikert ved region og type bosetting (tettbygd eller spredtbygd strøk). Varierer erfaringen med å bli eldre mellom regioner og typer av lokalmiljø? Troms brukes som referanse og sammenlikningsgrunnlag for Oslo, Akershus, Agder og Trøndelag, mens forskjellen mellom tettbygde og spredtbygde strøk brukes som en indikasjon for forskjellen mellom by og land.

Fordi det alt i alt dreier seg om ni avhengige variabler (erfaringer med å bli eldre) med testing av fem regresjonsmodeller for hver, skal vi nøye oss med en tekstlig oppsummering av de viktigste konklusjonene her og henvise

¹ Variasjonsbredden for mestringsskalaen er 7–35, med et gjennomsnitt på 25 og et standard avvik på 4,9. Variasjonsbredden for selvaktelse er 10–50. Også her transformerer vi til z-skårer av samme grunn som ovenfor.

² Pensjonister og trygdede sammenliknes egentlig med alle øvrige, dvs. alle ikke-pensjonister og ikke-trygdede, som altså i de fleste tilfeller (men ikke alle) vil være yrkesaktive og som da blir referansekategorien i analysen. Enslige omfatter både etterlatte og skilte (som ikke har giftet seg på nytt) og personer som aldri har vært gift eller samboende. For de kohorter vi her snakker vil de etterlatte (enker og enkemenn) være i flertall blant de eldste (60 år og over), mens det vil være forholdsvis mange skilte blant de noe yngre.

interesserte lesere til vedleggets tabell V:1 og V:2 som oppsummerer analysene.

La oss først se på de fire mer generelle erfaringene med å bli eldre (jfr. tabell 1). Regresjonsanalysene er gjengitt i tabell V:1 og viser at sammenhengen mellom alder og erfaringer holder seg også etter at vi har kontrollert for helse, ressurser, roller og lokalmiljø. Sammenhengen med alderen blir riktignok noe svakere når de andre faktorene tas inn i modellen, men ikke mer enn at de negative erfaringene stiger signifikant med alderen, og særlig sterkt for opplevelsen av 'å måtte gi opp ting', der oddsen er nær åtte ganger høyere for 70–79-åringene enn for 40–49-åringene, når vi altså har kontrollert for forskjeller i helse, utdanning, mestringsevne m.m. Alderen slår også negativt ut for 'endringer jeg ikke liker' og for 'positive virkninger på livet', men sammenhengen er svakere. Den gunstige utviklingen av 'selvakseptering' med alderen holder seg når vi kontrollerer for de øvrige faktorene, men endringen med alderen er moderat, og det er først og fremst de eldste (70–79 år) som skiller seg positivt ut fra de yngre aldersgruppene.

Det er interessant å merke seg at kvinner ser ut til å ha mer positive (eller mindre negative) erfaringer enn menn med å bli eldre langs tre av de fire dimensjonene.

Helse slår ut i forventet retning, det vil si at det med bedre helse er relativt færre som må gi opp ting og opplever endringer de ikke liker. God helse bidrar til at relativt flere synes at det å bli eldre har en positiv virkning på livet. Derimot er det ingen sammenheng mellom helse og selvakseptering verken i den ene eller andre retningen. At selvakseptering øker med alderen, men især i eldre år, er altså en tendens som holder seg også når vi kontrollerer for andre faktorer.

At psykologiske ressurser er av betydning i forbindelse med aldring vises især ved at mestringsevne, og i noe mindre grad selvaktelse, har en gunstig virkning på erfaringene. Utdanning gjør derimot liten forskjell, med unntak av at universitetsutdannede overraskende nok er *mindre* tilbøyelige til å oppleve økt selvakseptering med alderen. Kan det ha sammenheng med at de høyt utdannede har steget høyere i status, og har dermed større risiko for å oppleve deklassering i eldre år?

Rolleendringer slår ikke ut i den ene eller andre retningen, med unntak av at uføretrygdete i noe *mindre* utstrekning rapporterer om endringer de ikke liker, noe det ikke er noen umiddelbar enkel forklaring på. Lokalmiljø har noe større gjennomslag, og da ved at bosatte i Oslo og Akershus, tildels også i Agder, ser ut til å ha mer negative erfaringer med å bli eldre enn

bosatte i Troms. Det er imidlertid ingen forskjeller i erfaringer mellom bosatte i tettbygde og spredtbygde strøk.

Analysen av hvordan ferdigheter som arbeidsevne, fysisk form og å huske navn har endret seg de siste ti årene er oppsummert i vedleggets tabell V:2. Her finner vi i store trekk tilsvarende resultater som for de mer generelle erfaringene. Den negative aldersgradienten blir noe mindre utpreget når vi tilfører de andre forklaringsvariablene, men den holder seg. Oddsen for 'å huske navn' er f.eks. seks ganger dårligere for folk i 70-årene som for folk i 40-årene; det samme gjelder 'å finne ord' og 'arbeidsevne' – alt dette *etter* å ha kontrollert for helse, ressurser og roller m.v. Den negative gradienten for 'fysisk form' og især for 'arbeidslyst' er svakere, men signifikant. Kvinner kommer også her bedre ut enn menn, men bare for to av de fem ferdighetenes vedkommende (arbeidsevne, arbeidslyst), og kvinner opplever mer negativ endring på én av dem (finne ord). For de resterende to (huske navn, fysisk form) er det ingen forskjeller mellom kjønnene.

Helsa slår ut i forventet retning, dvs. at dårligere helse skjerper opplevelsen av svekkede ferdigheter med alderen – særlig sterkt for 'arbeidsevne', langt svakere for kognitive evner som å huske navn og finne ord, men signifikant også her. Mental helse bidrar i samme retning som fysisk helse, men noe svakere.

Vi finner også her at psykologiske ressurser som mestring og selvtillit slår gunstig ut og bidrar til å moderere de negative erfaringene med alderen, mens utdanning igjen har en uventet virkning, idet høyere utdanning ser ut til å forsterke – ikke moderere – den opplevde svekkelsen med alderen. Det er ikke uten videre lett å se en forklaring til dette funnet, som er interessant også fordi det er robust og berører både de mer konkrete ferdighetene og de mer generelle erfaringene med å bli eldre, jfr. ovenfor. En foreløpig hypotese er at det har sammenheng med en form for relativ deprivasjon, der det ikke er de faktiske ferdighetene som slår ut, men avstanden mellom forventede og faktiske ferdigheter (jf. George et al. 1985 og Michalos 1985). Avstanden mellom forventninger og realiteter, og dermed de *skuffede* forventningene, kan være størst nettopp blant høyt utdannede med tilsvarende høye forventninger. Denne muligheten må analyseres nærmere i framtidige analyser.

Rollene ser her ut til å ha en viss betydning, ved at pensjonister og trygdede – gitt ellers like forhold – er tilbøyelige til å rapportere om en dårligere utvikling de siste ti årene sammenliknet med yrkesaktive. Enslige er derimot snarere mindre enn mer tilbøyelige til å rapportere om svekkelser

sammenliknet med gifte, men forskjellen er signifikant bare for de kognitive ferdighetene (huske navn, finne ord).

Til slutt kan vi igjen konstatere en viss tilbøyelighet til at bosatte i Oslo og Akershus, tildels også i Agder og Trøndelag, er noe mer tilbøyelige til å rapportere om svekkelse med årene enn bosatte i Troms, men sammenhengen er signifikant bare for de kognitive ferdighetene. Bosatte 'på landet' (i spredtbygde strøk) rapporterer om mer negative erfaringer enn bosatte i byene hva gjelder arbeidsevne og fysisk form, som kan speile forskjeller i yrkesstruktur og arbeidsvilkår i de to typer lokalmiljøer, med tyngre tak i utkantene og lettere og mer aldersvennlige jobber i byene. Det er likevel vanskelig å se noen klare tendenser til at opplevelsen av aldring, slik det her måles, skulle være vesentlig forskjellig i by og bygd. Nærmere analyser viser imidlertid at det for enkelte av erfaringenes vedkommende er en betydelig variasjon kommunene imellom, f.eks. en variasjon fra 43 til 63 prosent som rapporterer om positive virkninger av å bli eldre og 42–65 prosent som rapporterer om dårligere arbeidsevne, men vi finner mye av denne variasjonen også innenfor hver region. De fleste kommuner har dessuten midlere skårer, og det er liten lokal variasjon for flertallet av erfaringenes vedkommende. Når vi ikke klarer å fange opp den lokale variasjonen, kan det ha sammenheng med at vi bruker feil, eller for grove, indikatorer. Man kan f.eks. tenke seg at den lokale økonomien (vekst eller stagnasjon) eller den lokale kulturen (stabilitet eller endring) kan tenkes å ha en innflytelse for når og hvordan aldringen oppleves. Slike og andre muligheter skal følges opp i seinere analyser.

Oppsummering

Vi kan alt i alt slå fast at det å bli eldre bringer med seg opplevde endringer langs flere dimensjoner, både positive (vekst) og negative (svekkelse), men en tiltakende overvekt av negative erfaringer med økende alder. Noen endringer oppleves tidlig, andre seinere. Det er også variasjon i endringstakten, idet noen opplevde endringer har en langt sterkere aldersgradient enn andre.

Den sterke økningen med alderen i opplevelsen av å måtte gi opp ting og få dårligere hukommelse og arbeidsevne skyldes bare delvis et tap av helse og andre ressurser med økende alder. Selv når vi kontrollerer for personlige og sosiale ressurser gjenstår alder som den viktigste faktor for å forklare de opplevde endringene. Hvorfor det er slik, og hva ved alderen som slår ut, er vanskeligere å forklare. Bevisstheten om at den gjenstående delen av livet blir kortere og kortere, kan slå ut. Kanskje det i 'alderen' også ligger en mer subtil fornemmelse av svekket helse og livskraft enn den vi har

klart å fange opp i de indikatorer vi har brukt for helse. En tredje mulighet er at folk flest er tilbøyelige til å identifisere seg med kulturelle stereotypier om aldring og gjør definisjoner til realiteter i tråd med Thomas-aforismen om at det vi definerer som virkelig også blir til virkelighet for oss. Kan det i så fall også finnes positive aldersstereotypier, f.eks. om tiltakende visdom, som kan bidra til å forklare de positive erfaringene, så som veksten i selvakseptering med alderen? Analysene har gitt noen svar, men reist nye spørsmål, som vil bli tema for framtidige analyser.

Oppfatninger om livsløpet

Livsløpet som sosial konstruksjon

At alderen er mer enn et nøytralt kjennetegn som lar oss dele inn befolkningen og livet i kategorier blir bl.a. illustrert når en føler seg ‘for ung’ eller ‘for gammel’ til noe, eller for den sakens skyld at en føler seg akkurat ‘i tide’. Dette illustrerer at livsløpet også er et sett av normer som regulerer viktige deler av livet langs en tidsakse og bidrar til å styre når og hvordan vi går inn og ut av sosiale posisjoner. Her ligger på sett og vis en kulturell reiseplan – et sett av normer og forventninger om hvor en skal og hvilke stoppesteder en bør ta med seg til hvilken tid.

Å dele livet inn i deler og faser er en gammel øvelse, men framstår i stadig nye former og forkledninger. Shakespeare snakket f.eks. i ‘As you like it’ om menneskets sju aldre. Fra middelalderen kjenner vi avbildninger av livsløpet som en trapp, der bildets krav til estetikk har gitt livsløpet en symmetri som ikke har sin parallell i virkeligheten. Her avbildes oftest like mange trapper opp til livets høyde, gjerne 50 år, som ned igjen til de 100. Det var ikke mange forunt å gjennomleve et slikt liv. Alderstrappen skal neppe ses som en beskrivelse av sosiale realiteter, men snarere som et uttrykk for en høyere, kanskje guddommelig orden, og kan kanskje også tas som uttrykk for at den godt modne og etablerte borgeren var tidas ideal.

Å bruke naturmetaforer på livsløpet har ellers vært vanlig, som når en snakker om livets høst og at det kveldes. Her vises det til en naturlig orden og rytme. Den samfunnsvitenskapelig interessen for livsløpet som en sosial institusjon har gjerne samlet seg om lønnsarbeidet som samfunnets og livets kjernevirksomhet. Man snakker om institusjonaliseringen av et tredelt livsløp i moderne tid; først en forberedende fase av oppvekst og utdanning, så en lengre periode i arbeid, før en blir sluset ut og over i pensjonisttilværelsen, som kom til som en ny fase av livet under industrisamfunnet (Kohli 1986).

Tredelingen av livsløpet er naturligvis en forenkling, tildels enn kjønnskjev forenkling, men samtidig en forenkling som kan være nyttig når en analyserer hvordan posisjoner, rettigheter og mangel på rettigheter organiseres i forhold til arbeidet. Tredelingen har lenge stått fast, men inngangen og utgangen fra den sentrale midtperioden har endret seg radikalt de siste femti årene. Der en voksen mann på 1950-tallet forventet å være nær tre firedeler av livet i arbeid, vil dagens menn og kvinner oftest tilbringe mindre enn halvparten av livet som yrkesaktive. Det kommer til å bli langt mellom dem som gjør seg fortjent til en klokke eller medalje for lang og tro tjeneste. Vi går lenger i skole og seinere inn i yrkeslivet. Vi lever lengre, men går tidligere i pensjon. Der en tidligere var fullvoksen og aktiv i produksjonen så lenge kreftene rakk, kom etter hvert en mellomliggende fase, der en ved en bestemt alder fikk trekke seg tilbake og så og si bli overført til 'fritidsklassen'. Etter hvert har så en stadig tidligere pensjonering på den ene sida, og et stadig lengre liv i brukbar helse på den andre, gitt plass til en ny fase av livet der en fra samfunnets side er definert som eldre (enn den ytende klasse), men uten å være gammel i betydningen alderssvekket. Det har dermed også blitt behov for betegnelser som skiller mellom den tidlige og seine alderdom, f.eks. mellom den tredje og fjerde alder, mellom yngre eldre og eldre eldre eller simpelthen mellom eldre og gamle.

La dette tjene som et eksempel på at verken alder eller livsløp er objektive størrelser, eller rettere sagt – de er ikke *bare* det, men også sosiale konstruksjoner og subjektive fenomener. Man kan f.eks. være gammel av år, men føle seg ung. Livsløpet følger heller ikke av biologien aleine, men gis nye former og forventninger slik vi alt har illustrert. Eksemplene kunne forfleres, f.eks. hvordan barndommen har blitt anerkjent som en fase med særegne behov og rettigheter, skarpere avskilt fra voksenlivet enn det som var vanlig i det tradisjonelle samfunnet. Dernest kom tenårene med et brak inn mellom barndommen og voksne år, påtrengende synlig og hørlig med dongery og rock fra 1950-årene av. Før kunne man ikke bli voksen tidlig nok, nå er det kanskje drømmen om evig ungdom som gjelder, og det er ingen hast med å bli etablert, snarere tvert imot.

Det er i denne betydningen av livsløpet vi skal holde oss her, idet vi spør hvordan folk oppfatter overgangen mellom livets faser fra barndom til alderdom, nærmere bestemt når man blir ungdom, når man går over i de voksnes rekke og når man blir middelaldrende, eldre og gammel (se vedlegget). Er det stor eller liten enighet om disse fasene – en felles kulturell definisjon – eller varierer oppfatningen med alder og kjønn, helse og bosted? Spørsmålet har interesse av flere grunner, ikke minst fordi det i identifi-

seringen av disse grenser og grupper må antas å ligge oppfatninger om hvem en er og hva som forventes av en. Det dreier seg dermed ikke om tomme kategorier, men om sosiale identiteter som kan ha konsekvenser for opplevelser og atferd. Hvorvidt det faktisk er slik skal vi ta opp i seinere analyser; her begrenser vi oss til selve kategoriseringen.

Fra hvilken alder?

Fra hvilken alder de intervjuede anser at en går inn og ut av de ulike livsfasene som ungdom, voksen, middelaldrende, eldre og gammel er vist i tabell 4. En blir som hovedregel (i gjennomsnitt) regnet som 'ungdom' i 15-års alderen, en blir 'voksen' tidlig i tjuårene (23–24 år) og 'middelaldrende' seint i 40-årene (47 år). 'Eldre' blir en som 65-åring og 'gammel' først omkring de 80.

Tabell 4. Fra hvilken alder blir man ...? År i gjennomsnitt (og standard avvik) etter alder (n).

	40–49	50–59	60–69	70–79	Alle
... ungdom	14,6	15,3	16,1	16,9	15,5 (2,9)
... voksen	22,6	23,6	23,9	23,8	23,4 (5,9)
... middelaldrende	46,4	47,0	47,8	48,5	47,3 (6,8)
... eldre	64,2	64,9	64,5	65,8	64,8 (6,7)
... gammel	78,8	79,1	79,5	80,0	79,2 (7,4)
(n)	(1225)	(1189)	(896)	(621)	(3931)

Vi har i tidligere studier kunnet konstatere at den sosiale definisjonen av å bli 'eldre' og 'gammel' har endret seg over tid (Daatland 1994). I en undersøkelse fra omkring 1970 falt de to nesten sammen i én, mellom 70 (eldre) og 73 år (gammel) (Helland et al. 1973). Å dømme etter seinere studier har man i folks øyne blitt 'eldre' fra en stadig tidligere alder, kanskje som svar på at den faktiske pensjoneringsalderen har gått ned, mens en blir regnet som 'gammel' stadig seinere, trolig fordi helsa er blitt bedre og levealderen lengre. Dermed ser det altså ut til at framveksten av den nye perioden av livet som forholdsvis ung og sprek pensjonist har nedfelt seg i språket som 'eldre, men ikke gammel', slik vi var inne på.

Vi kan notere oss at det er en viss tendens til å skyve grensen for de ulike fasene noe oppover med økende alder, selv om hovedinntrykket er at det er stor enighet om kriteriene på tvers av alder. Ser vi nærmere på spredningen av svarene (ikke vist her), finner vi at den oppgitte terskelen for å ha blitt ungdom stort sett varierer mellom 13 og 19 år, som danner rammen for tenårene. Nær ni av ti holder seg innenfor disse grensene, og aller

vanligst er det å velge 15 år. Det er foreldre- og besteforeldregenerasjonen som er spurt i denne studien (aldersgruppen 40–79 år), og vi hadde trolig funnet enda lavere grenser blant unge mennesker selv, ikke minst blant dem som står på terskelen til tenårene og har det travelt med å vokse ut av barndommen.

Det vanligste kriteriet for å bli regnet som voksen er 20 år, fulgt av 25 og 30. Et mindre antall nevner 18 år. Det siste peker i retning av en institusjonalisert orden, fordi 18 år gir tilgang til rettigheter som å stemme ved valgene, å kjøre bil og å kjøpe alkohol. Det er likevel de runde tallene som dominerer som kriterier, ikke sosiale posisjoner og rettigheter.

Det samme gjelder for å regnes som middelaldrende, der 50 år er det vanligste svaret, fulgt av 40 og 45, altså igjen runde tall, som antyder at den kronologiske alderen er en viktig symbolsk målestokk – uavhengig av hvilke roller og rettigheter som knytter seg til den. Tradisjonen med store feiringer av runde år peker i samme retning.

De runde årene viser seg igjen i terskelen for å bli regnet som eldre og gammel. De vanligste svarene for eldre fordeler seg nokså likt på 60 og 70 år, de resterende plasserer seg på 65. Der er ingen spor etter 67 års pensjonsalder i svarene, men altså 65 år, som internasjonalt er den vanligste pensjonsalderen, men det er altså vanligere å svare enten 60 eller 70 år. Og til slutt, å bli gammel blir man i regelen i folks mening ved 80 år. Nær halvparten oppgir dette kriteriet; de øvrige fordeler seg nokså likt på runde tall i nærheten så som 70, 75, 85 eller 90 år.

Der er altså en viss variasjon i når en antas å gå ut og inn av disse alderskategoriene, men variasjonen er moderat, så det virker rimelig å konkludere at det er forholdsvis stor grad av enighet – en felles kultur – omkring disse fasene. Den variasjonen som likevel finnes, har vi forsøkt å analysere ved bruk av samme forklaringsmodell som den vi brukte ovenfor under analysen av erfaringene med å bli eldre. Antakelsen er dermed at kriteriene for når man regnes som ungdom, voksen, middelaldrende osv. kan variere med egen alder, med kjønn, med helse og psykologiske ressurser, og med roller og lokalmiljø. Er det slik?

Analysene (ordinær lineær regresjon, gjengitt i tabell V:3 i vedlegget) viser at modellen har begrenset forklaringskraft og fanger nærmere bestemt opp mindre enn ti prosent av variasjonen for fire av de fem kategoriene, noe mer for 'ungdom' (12 prosent) og minst for 'voksen' (2 prosent). Alder og kjønn har betydning for de fleste av kategoriene, men aldersvariasjonen er nokså beskjedent, idet kriteriet for å innlemmes i den aktuelle gruppen bare skyves ett år eller mindre oppover for hvert tiår. Personer i 50-årene setter

f.eks. grensen for å bli regnet som eldre 0,8 år høyere sammenliknet med personer i 40-årene, og 70-åringene fordobler dette til i alt ca. 1,7 år, slik det går fram av de ustandardiserte regresjonskoeffisientene (B) i tabell V:3. Det er imidlertid ingen aldersforskjeller i oppfatningen av når en skal regnes som gammel, og det er interessant å merke seg at kjønnsforskjellene jevnt over er større enn aldersforskjellene, idet kvinner er tilbøyelige til å skyve grensen for å regnes som middelaldrende, eldre og gamle ca. tre år *høyere* enn menn gjør. Kvinner mener f.eks. at en blir eldre ved 66 år, menn allerede ved 63 år. Kvinner setter grensa for å bli gammel ved 81 år, menn ved 78 år. Tilsvarende forskjeller gjelder for å bli middelaldrende (38 mot 42 år), mens det ikke er kjønnsforskjeller for når en skal regnes som voksen. Kjønnsforskjellen snus når vi beveger oss ned til ungdom, der kvinner skyver kriteriet litt *nedover* i alderen sammenliknet med menn, ikke uventet, idet jenter – som kvinner rimeligvis tenker på – er tidligere modne enn gutter. Forskjellene i kvinners og menns oppfatninger kan ha sammenheng med de ulike rytmene i kvinners og menns liv, f.eks. det at kvinner blir tidligere modne, at de (inntil nå) har hatt en seinere yrkesrytme, at de gjerne er gift med menn som er eldre enn dem selv og at de lever lengre. Dette er muligheter som skal analyseres nærmere i andre sammenhenger.

Grensene for å regnes som eldre og gamle har særlig interesse for denne rapporten, og her slår både personlige ressurser og sosiale roller slår ut. Personer med stor mestringsevne og høy selvaktelse er tilbøyelige til å skyve aldersgrensene oppover, slik også kvinner gjør sammenliknet med menn. Det samme gjelder overraskende nok også for pensjonister og trygdede sammenliknet med yrkesaktive, kanskje fordi de føler at de har måttet tre ut av arbeidslivet før de forventet og er da på sett og vis mindre rede til å se seg som eldre?

Utdannelse slår igjen ut i en noe overraskende retning, idet personer med høyere utdanning har en tendens til å sette grensen for å bli gammel et år eller to *lavere* enn personer med bare grunnutdanning. En felles forklaring for den overraskende sammenhengen for roller og utdanning kan igjen være å finne i en form for relativ deprivasjon, eller sagt på en annen måte – i hvem og hva man sammenlikner seg med. De høyt utdannede og de yrkesaktive sammenlikner seg kanskje med yngre mennesker enn seg selv, mens lavt utdannede og pensjonister sammenlikner seg med jevnaldrende og eldre og føler seg derved relativt sett yngre. Også denne hypotesen må følges opp i seinere analyser.

La oss til slutt nevne at lokalmiljøforskjellene jevnt over er små, men med en tilbøyelighet til at man blir regnet som ungdom noe tidligere i Oslo,

Akershus og Agder enn i Troms og Trøndelag. I Oslo og Akershus blir man også noe tidligere regnet som gammel. Det var ellers ikke å vente at vi ville klare å fange eventuelle miljøforskjeller med såpass grove kategorier som vi har anvendt her.

Der er altså en viss variasjon i grensene for de ulike fasene av livet etter kjønn, alder og ressurser – tildels også etter roller og lokalmiljø – men hovedinntrykket er at variasjonen er beskjeden, og at det med andre ord er betydelig grad av kulturell enighet om hvor og når disse fasene er lokalisert.

Subjektiv alder

Aldersidentiteter

Mens det moderne samfunnet er sirlig ordnet etter kronologisk alder, så styres våre identifikasjoner, motiver og handlinger ofte av andre typer aldersbegreper. Det heter f.eks. at man ‘er ikke eldre enn man føler seg’, og mange har nok hørt mennesker som er gamle av år fortelle om hvordan de hjelper ‘de gamle’, men uten å inkludere seg selv blant disse.

Vi kan skille mellom flere sider av subjektiv alder, f.eks. hvor gammel en føler seg (‘feel age’) og hvor gammel en ønsker å være (ideal age). Vi kan også knytte subjektiv alder til mer spesifikke trekk, som f.eks. hvor gammel en ser ut (look age), hvor gammel en oppfører seg (do age), eller hvor gammel en er i form av interesser og tenkemåter (think age). Mange har klare oppfatninger om både seg selv og andre langs slike dimensjoner, f.eks. at hun (eller han) ser ungdommelig ut, men oppfører seg alderdommelig. Vi kan også skille mellom personlig alder (slik en opplever seg selv) og sosial alder (slik en oppfattes av andre). Også her kan det være sprik, f.eks. ved at en selv føler seg ung, men blir sett som gammel av andre.

Det er gjort en rekke undersøkelser internasjonalt om subjektiv alder, men så langt vi vet foreløpig ingen i Norge. Dette var noe av grunnen til at temaet ble inkludert i NorLAG-studien. Finner vi samme mønstre og sammenhenger i Norge? Viktigere enn den rene nysgjerrigheten er at aldersidentiteten kan være avgjørende for folks forventninger og atferd. Det er våre identifikasjoner og selvoppfatninger som driver oss, snarere enn hvordan tingene virkelig ‘er’, slik vi alt har vært inne på. I aldersidentitetene ligger dermed en kilde til forståelse av hvordan mennesker forholder seg til seg selv og andre, og herunder hvordan en forholder seg til aldring og eldre mennesker – med åpen eller lukket holdning, med vennlig eller fiendtlig innstilling?

Hva er det så som kjennetegner godt voksne nordmenns aldersidentiteter? Vi spurte ganske enkelt hvor gammel en vanligvis føler seg og hvor gammel en ville ønsket å være (se vedlegget). Vi begrenser oss altså til sammenhengen mellom opplevd, ideell og faktisk (kronologisk) alder.

Hvor gammel?

Tabell 5 og 6 viser at det store flertallet (70–75 prosent) *føler* seg yngre enn de er, og at de aller fleste (80–90 prosent) skulle *ønske* at de var yngre. Omtrent én av fire føler seg så gamle som de er av år (pluss–minus ett år), og er i denne forstand i takt med sin alder, men ytterst få føler seg – enn si ønsker seg – eldre enn de alt er.

Tabell 5. *Hvorvidt en føler en seg yngre eller eldre enn en er etter alder. Prosent (n).*

	Eldre	Som en er	Yngre	
40–49	3,6	26,3	70,0	100 (1,207)
50–50	3,0	25,3	71,7	100 (1,161)
60–69	3,2	23,2	73,6	100 (910)
70–79	3,1	21,3	75,6	100 (648)
Alle	3,3	24,5	72,3	100 (3,926)

Tabell 6. *Hvorvidt en ønsker seg yngre eller eldre enn en er etter alder. Prosent (n).*

	Eldre	Som en er	Yngre	
40–49	1,2	21,4	77,4	100 (1,200)
50–50	1,0	17,2	81,7	100 (1,167)
60–69	0,3	13,9	85,7	100 (926)
70–79	0,9	7,1	92,0	100 (648)
Alle	0,9	16,1	83,0	100 (3,941)

Med økende alder stiger avstanden mellom faktisk og subjektiv alder – nokså moderat for opplevd alder, men betydelig for ønsket alder. Tabell 7 viser sammenhengene i større detalj. Den første kolonnen viser at den faktiske alderen til de som besvarte spørreskjemaet er 57,6 år i gjennomsnitt, men de føler seg som 50,1 år og skulle ønsket at de var 39,7 år. De føler seg altså 7,5 år yngre enn de er, og ønsker at de var nær 18 år yngre, slik det går fram av de to nedre radene i tabellen (tabell 7b).

Tabell 7. Alder og aldersidentiteter. Gjennomsnitt og differanser i år.

	Alle	Menn	Kvinner	40–49	50–59	60–69	70–79
<i>a. Aldersidentiteter</i>							
Kronologisk alder	57,6	58,2	57,0	45,0	54,8	64,6	74,5
Opplevd alder	50,1	50,6	49,6	39,0	48,0	56,3	65,8
Ideell alder	39,7	37,7	41,5	34,9	39,4	42,4	45,4
<i>b. Differanse til kronologisk alder</i>							
Opplevd alder	-7,5	-7,6	-7,4	-6,0	-6,8	-8,3	-8,7
Ideell alder	-17,9	-20,5	-15,5	-10,1	-15,4	-22,2	-29,1

Hvordan avstanden mellom subjektiv og faktisk alder stiger med alderen ses ved å følge radene til høyre i tabellen. Forskjellene er moderate hva den opplevde alderen angår, idet 40-åringene i gjennomsnitt føler seg seks år yngre enn de er mot nær ni år yngre for 70-åringene. Godt voksne nordmenn føler seg rundt regnet fem-ti år yngre enn sin alder. Diskrepansen mellom ideell og faktisk alder stiger langt mer med alderen, fra ca. ti år i 40-årene til ca. tjue år i 60-årene og nær 30 år i 70-årene. Tar vi de intervjuede på ordet, så ser de altså for seg en ideell periode mellom 35 og 45 år. Eldre år er langt fra å være de ideelle årene av livet, som kanskje ikke er så overraskende, men opplevelsen av å være ‘for gammel’ starter øyensynlig langt tidligere enn mange ville tro og gjelder altså for flertallet allerede i 40-årene. Vi må ned i 30-årene, ja kanskje lavere, før vi finner at flertallet kjenner seg i takt med sin alder i den forstand vi her måler det.

Det norske mønsteret er i hovedtrekk slik en finner det også i andre land. Det dreier seg altså om et nokså allment mønster; vi vegrer oss for å si universelt, for vi kjenner bare studier fra moderne, vestlige land, og vi bør foreløpig vokte oss for å generalisere utover denne kulturkretsen. De fleste utenlandske undersøkelsene har vært små og lokale, tildels med et snevrere aldersspenn enn i den norske studien. Men det ligger i kortene – og i de observerte trendene – at hadde vi fulgt befolkningen enda lengre nedover i alderen, ville nok kurvene for den faktiske, opplevde og ønskede alderen krysset hverandre. En fransk studie har gjort nettopp dette og hadde et aldersspenn blant informantene fra 14 til 78 år, riktignok med få personer (n=188), som gjør at en bør legge til en romslig feilmargin i tallene. De fant at den opplevde og faktiske alderen krysset hverandre mot slutten av 20-årene. Før denne alderen følte flertallet seg eldre eller lik sin faktiske alder, men deretter var det altså et flertall som følte seg yngre enn de var, med en voksende diskrepans desto eldre man ble (Montepare & Lachman 1989). Alderen kan øyensynlig tyngre alt før man har passert 30. Resultatene støttes av en amerikansk studie, som imidlertid konkluderer noe mindre radikalt

med at man i 20-årene føler seg omtrent som sin alder, tildels noe eldre. I 30-årene føler en at alderen passer, men fra 40-årene av, føler og ønsker en seg yngre enn en er (Goldsmith & Heyens 1992). Noe av fascinasjonen for 'de unge døde', slike som James Dean, stammer kanskje fra denne typen fornemmelser – at tida og alderen gjør en fremmed for seg selv, og at en derfor lengter etter å fryse tida og være evig ung og sitt evige selv?

Vi kan ellers merke oss at kvinner ser ut til å være mer tilfreds med sin alder enn menn. Mennene ønsker seg i gjennomsnitt 20 år yngre, kvinner bare 15 år yngre (se tabell 7b). Nok et uttrykk for at norske kvinner føler seg mindre ubekvem med å bli eldre enn norske menn, er at de regner at man blir 'eldre' og 'gamle' noe seinere, altså ved en noe høyere alder, enn hva menn gjør, slik vi alt har vært inne på. Et tilsvarende mønster rapporteres fra en amerikansk undersøkelse (Kaufman & Elder 2002).

Hvorfor?

Hva er det som forklarer disse mønstrene? Hvorfor føler og ønsker de fleste seg yngre enn de er, og hva ligger i det å kjenne seg yngre? Vi forsøker å belyse disse spørsmålene via en serie regresjonsanalyser for opplevd og ideell alder. De avhengige variablene er her hvor mye yngre (enn sin faktiske alder) som en føler og ønsker seg. Vi bruker samme forklaringsmodell som i analysene tidligere i kapitlet, idet vi antar at den subjektive alderen vil kunne preges av (faktisk) alder og kjønn, av helse og personlige ressurser, av rolleendringer og av type lokalmiljø.

Et robust funn fra de fleste tidligere studier på området er at god helse bidrar til at en føler seg yngre enn sine år. Snarere enn å se det som narraktig å føle seg ungdommelig, kan dette altså ses som en indikator for helse og trivsel. I det å føle seg yngre ligger i denne forstand ikke at en fornektet aldring eller tar avstand fra eldre mennesker, men at en yter motstand mot (prematuro) aldring. En lav subjektiv alder er slik forstått en form for optimisme og et uttrykk for mestring. Nettopp mestring tas derfor inn i analysene sammen med de to andre indikatorene for psykologiske ressurser – selvaktelse og utdanning. Den andre avhengige variabelen – hvor mye yngre en ønsker å være – kan på sin side tas som et uttrykk for hvor tilfreds en er med sin faktiske alder, og vi venter da en motsatt sammenheng med helse og mestring enn for opplevd alder. Personer med god helse og god mestrings-evne burde være mer fornøyd med alderen og dermed ha *mindre* forskjell mellom ideell og faktisk alder.

I trinn fire av analysene tas inn de sosiale rollene, idet aldersrelaterte rolleoverganger kan tenkes å fungere som påminnelser for aldring og som

uttrykk for at en har beveget seg inn i en eldre fase av livet (Hagestad 1990). Både egne og andres forventninger kan øve et påtrykk i så måte. Å bli pensjonist og enke(mann) er eksempler på slike rolleoverganger. Til slutt tas inn region og type bosted i analysen, utfra ideen om at det i den lokale kulturen og konteksten kan ligge spor som påvirker aldersidentiteten. Føler man seg f.eks. yngre i byen enn på landet eller snarere motsatt?

Resultatene er oppsummert i vedleggets tabell V:4, som både viser de ordinære (B) og de standardiserte regresjonskoeffisientene (Beta). De første lar seg tolke substansielt og direkte idet den avhengige variabelen måles i antall år. Når 70–79 åringer i følge tabellen har en B på -3,5 for opplevd alder og -14,8 for ønsket alder, betyr det at de – i forhold til sin faktiske alder – har 3,5 år lavere *opplevd* alder og nær 15 år lavere *ønsket* alder enn 40–49-åringer etter at vi har kontrollert for virkningen av de øvrige forklaringsfaktorene. Standardiseringen av koeffisientene (Beta) gjør at størrelsen på effektene lettere kan sammenliknes innbyrdes, men uten å kunne fortolkes i antall år.

Tabellen viser at sammenhengen mellom alder og aldersidentiteter slår sterkt igjennom også etter at vi har kontrollert for forskjeller i helse, mestring, roller og lokalmiljø. Der er ingen selvstendig effekt av *kjønn* for hvor gammel en føler seg, men for ideell alder, idet kvinner jevnt over er mer fornøyd med alderen enn menn: avstanden mellom ideell og faktisk alder er nær fem år *mindre* for kvinner.

Helse slår også ut i forventet retning, men noe svakere enn alder, og sammenhengen er signifikant bare for opplevd alder, der god helse bidrar til å forklare at en føler seg yngre enn sine år. *Mestring og selvaktelse* bidrar i samme retning, idet begge bidrar til at en føler seg yngre, men samtidig at en er mer fornøyd med alderen. Også dette er i tråd med forventningene. *Utdannelse* ser ut til å ha en blandet effekt – de høyt utdannede er mer fornøyd med alderen, men de føler seg relativt sett eldre enn de med bare grunnutdanning. Virkningen av *eldreroller* som å ha blitt trygdet og enslig ser også ut til å være noe blandet og tildels motsatt av det vi hadde ventet på forhånd. Trygdede og enslige er f.eks. tilbøyelige til å føle seg relativt yngre enn yrkesaktive og gifte. Hvorvidt dette kan forklares via deres ulike referansegrupper, nærmere bestemt at de trygdede er blant de yngre av sin kategori mens de yrkesaktive er tilbøyelige til å se seg som ‘eldre arbeidstakere’, må analyseres nærmere i andre sammenhenger. Der er forøvrig ingen forskjeller i subjektiv alder i tettbygde og spredtbygde strøk, men personer i Osloområdet er mindre tilbøyelige til å føle seg yngre (enn sine år) enn personer i Troms er. Oslofolk er på den annen side noe mer fornøyd med sin alder. Det er vanskelig å se noen enkel og likefrem forklaring på akkurat disse resultatene.

Hovedtrekk og hypoteser

Det vi i denne sammenhengen først og fremst vil trekke fram – og understreke – er hvor sterkt (kronologisk) alder slår ut for diskrepansen mellom subjektiv og faktisk alder, og at den tilsynelatende gjør det som ‘alder i seg selv’ – etter at vi har kontrollert for aldersrelaterte tap av helse, ressurser og roller. Hva ved alderen som slår ut, vet vi mindre om. Det er for det første en mulighet for målefeil, f.eks. at våre enkle mål på helse ikke har fanget opp all helsesvikt som følger med alderen, og at alder dermed framstår som en viktigere forklaring enn den i realiteten er, men det er lite sannsynlig at en slik feil kan forklare særlig mye av sammenhengen. Den kronologiske alderen, som mange omtaler som en tom kategori uten substans og forklaringskraft i seg selv, framstår altså her som potent og full av mening, og da en mening som folk flest vegrer seg mot, ja nær sagt tar avstand fra.

Vi har ingen informasjon om hva informantene har lagt i svarene sine, det får bli tema for en framtidig og utvidet studie, men vi vil lansere tre aktuelle hypoteser, som sammen eller hver for seg, kan være utslagsgivende. Den ene forklaringen kan kalles bio-psykologisk, den andre har en sosial- eller utviklingspsykologisk karakter, mens den tredje er av kulturell art.

Kulturforklaringen kan illustreres ved at man har funnet at avstanden mellom opplevd og faktisk alder er større i USA enn i Tyskland. Tyskere i alderen 40–74 år følte seg 6,4 år yngre (omtrent som i Norge), mens jevn-gamle amerikanere følte seg 9,6 år yngre (Westerhof et al. 2003). Forskjellen var særlig stor blant de eldste (70 år+), som følte seg 14 år yngre i USA og 8 år yngre i Tyskland, en forskjell som ble gitt en kulturell fortolkning ved at velferdsstaten gir alderdommen større trygghet i Tyskland enn i USA. Aldring er i så måte mer av en trussel i USA, og mer av et stigma, fordi den amerikanske kulturen blir oppfattet som mer ungdomsfokusert.

Kulturforklaringen svekkes ved at det ikke dreier seg om et nytt fenomen, men er tvert imot rapportert i studier helt fra 1960-årene, da Zola (1962) kunne vise forskjeller på hele 15 år for opplevd alder og 22 år for ideell alder (sammenliknet med kronologisk alder) for 65-åringene. Dersom kulturforklaringen var gyldig, skulle man ventet at differansene hadde øket over tid som svar på en tiltakende ungdomsdyrkelse.

Kulturforklaringen svekkes også av at det stort sett er parallelle resultater fra land til land, riktignok innenfor den vestlige, moderne kulturkretsen. Det blir i hvert fall for enkelt å forklare hele differansen mellom subjektiv og faktisk alder på en motstand mot å bli stemplet som gammel i en aldringsfiendtlig kultur, for tilbøyeligheten til å føle og ønske seg yngre ser ut til å

være nokså allmenn, og starter lenge før en selv er i nærheten av alderdommen. Akkurat det siste kan på den andre siden tale for en kulturforklaring, idet den sosiale verdsetting av aldring og eldre år kan ha blitt så lav at den slår igjennom allerede tidlig i livet.

To alternative eller sideordnede hypoteser kan legges til. Den bio-psykologiske dreier seg om ideen om et dypere, nær sagt instinktivt, forsvar mot angsten for tidas og livets ubønhørlige tikking mot døden; en form for indre visshet om at tida og alderen er en fare som vi må forsvare oss imot. En variant av denne hypotesen går under betegnelsen ‘skrekkhåndterings-teori’ (terror management theory) (Solomon et al. 2004). Denne typen sammenhenger kan kanskje bidra til å forklare at køen for kosmetiske operasjoner ikke domineres av eldre, men av langt yngre mennesker som provoseres relativt sterkere av de ytre tegnene til aldring, og som er fra en generasjon (kohort) som har mer penger og mindre motstand mot å gripe inn i ‘naturen’.

En tredje, mer utviklingspsykologisk hypotese dreier seg om en mulig lengsel tilbake til den identiteten og det selvbildet man etablerte i tidlig voksen alder. Mange føler at det var i disse årene de etablerte sin egentlige karakter og personlighet, og det kan være denne kjernen av selvet, eller snarere opplevelsen av å ha oppnådd en slik kjerne, som man lengter tilbake til. Teorien om det aldersløse selv (Kaufman 1986) bygger i bunn og grunn på en slik idé; at vi beholder vår personlighet (inni er jeg like ung), men blir ‘forrådt’ av en aldrende og tiltakende fremmed kropp.

Den empiriske prøvingen av disse og andre forklaringer skal følges opp i seinere analyser, ikke minst når vi får et longitudinelt datasett og kan følge utviklingen over tid.

Referanser

- Cowgill, D.O. & Holmes, L.D. (1972). *Aging and modernization*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Daatland, S.O. (1994). En ny fase av livet. *Aldring & Eldre*, 1, 21.
- Daatland, S.O. (2005). Hvor gammel vil du være? Om aldersidentiteter og subjektiv alder. *Aldring og livsløp*, 2, 2–7.
- Erikson, E. (1968). 'Generativity and ego integrity', in B.L. Neugarten (ed.), *Middle age and aging: a reader in social psychology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Gandek, B, Ware, J.E., Aronsen, N.K. et al. (1998). Cross-validation of item selection and scoring of the SF-12 Health Survey in nine countries. Results from the IQOLA project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 11, 1171–1178.
- George, L.K., Okun, M.A. & Landerman, R. (1985). Age as a moderator of the determinants of life satisfaction. *Research on Aging*, 7, 209–233.
- Goldsmith, R.E. & Heiens, R.A. (1992). Subjective age: a test of five hypotheses. *The Gerontologist*, 32, 3, 312–317.
- Hagestad, G. (1990). 'Social perspectives on the life course', in R.H. Binstock & L.K. George (eds.), *Handbook of aging and the social sciences*. New York: Academic Press.
- Hanley, I. & Baikie, E. (1984). 'Understanding and treating depression in the elderly', in I. Hanley & J. Hodge (eds.), *Psychological approaches to the care of the elderly*. London: Croom Helm.
- Helland, H., Solem, P.E. & Trældal, A. (1973). *Eldres integrasjon*. Norske offentlige utredninger 1973:26.
- Hogg, M.A. & Abrams, D. (1988). *Social identifications. A social psychology of intergroup relations and group processes*. London: Routledge.
- Jung, C.G. (1972), *Analytisk psykologi*. Trondheim: Aktietrykkeriet.
- Kastenbaum, R., Derbin, V., Sabatini, P. & Artt, S. (1972). 'The ages of me': Towards personal and interpersonal definitions of functional aging. *Aging and Human Development*, 3, 2, 197–211.
- Kaufman, S. (1986). *The ageless self*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Kaufman, G. & Elder, G.H. (2002). Revisiting age identity. A research note. *Journal of Aging Studies*, 16, 169–176.
- Kohli, M. (1986). 'The world we forgot. A historical review of the life course', in V.W. Marshall (ed.), *Later life. The social psychology of aging*. Beverly Hills: Sage Publications (pp. 271–303).

- Levy, B.R. (2003). Mind matters: Cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *Journal of Gerontology, Psychological Sciences*, 58B, P203–P211.
- Logan, J.R., Ward, R. & Spitze, G. (1992). As old as you feel: Age identity in middle and later life. *Social Forces*, 1992, 71, 2, 451–467.
- Merton, R.K. (1968). *Social theory and social structure*. New York: The Free Press.
- Michalos, A.C. (1985). Multiple discrepancies theory (MDT). *Social Indicators Research*, 16, 4, 347–414.
- Montepare, J.M. & Lachman, M.E. (1989). ‘You’re only as old as you feel’: self-perceptions of age, fears of aging, and life satisfaction from adolescence to old age. *Psychology and Aging*, 4, 1, 73–78.
- Pearlin, L.J. & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2–21.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Seim, S. (1988). *Tenåringen blir voksen og eldre. Intelligens og personlighet fra 13 til 30 til 60 år*. Oslo: Norsk gerontologisk institutt, rapport 8-1998.
- Seim, S. (1997). *Tenåringen blir pensjonist*. Oslo: NOVA, rapport 23-1997.
- Solem, P.E. (2003). *Forskningsinstrumentene i NorLAG-studien*. Oslo: NOVA.
- Solomon, S., Greenberg, J. & Pyszczynski, T. (2004). ‘The cultural animal. Twenty years of terror management theory and research’, in J. Greenberg, S.L. Koole & T. Pyszczynski (eds.), *Handbook of experimental existensial psychology*, New York: Guilford Press (pp. 13–34).
- Steverink, N., Westerhof, G.J., Bode, C. & Dittmann-Kohli, F. (2001). The personal experience of aging, individual resources, and subjective well-being. *Journal of Gerontology, Psychological Sciences*, 56B, 6, P364–P373.
- Utonen, V., Suutama, T. & Ruoppila, I. (2003). Age identification in the framework of successful aging. a study of older Finnish people. *Journal of Aging and Human Development*, 56, 3, 173–195.
- Warr, P. (1998). ‘Age, competence and learning at work’, i Å. Kilbom (red.), *Ageing of the workforce* (pp. 23–62). Solna: Arbetslivsinstitutet, rapport 1998: 24.
- Westerhof, G., Barrett, A. & Steverink, N. (2003). Forever young? A comparison of age identities in the United States and Germany. *Research on Aging*, 25, 4, 366–383.
- Zola, I.K. (1962). Feelings about age among older people. *Journal of Gerontology*, 17, 65–68.

Vedlegg:

Tabell V:1–V:4 viser resultatene fra regresjonsanalyser for de subjektive alders- og aldringsvariablene. Alle analysene gjør bruk av samme modell, med fem grupper av faktorer som legges inn trinn for trinn i analysene. Vi har forenklet framstillingen på følgende måte:

For de to logistiske regresjonene (tabell V:1 og V:2) vises resultatene av trinn 1 og den fullstendige modellen (trinn 5), som gjør det mulig å sammenlikne hvor mye av alderseffekten som forsvinner når vi kontrollerer for aldersrelaterte tap av helse og ressurser. Her er også oppgitt Naegelkerkes R^2 for hvert av de fem trinnene, som gir et inntrykk av hvor mye variasjon som forklares for hvert trinn.

For de ordinære lineære analysene av henholdsvis alderskategorier og subjektiv alder, gis bare resultatene av den fullstendige modellen, både som ustandardiserte og standardiserte regresjonskoeffisienter. De første (ustandardiserte) kan fortolkes som forklarte endringer i antall år, de andre (standardiserte) gjør det mulig å sammenlikne effektene på tvers av variablene. Også her angis hvordan den forklarte variansen (R^2) endres på hvert av de frem trinnene.

Tabell V:1. Logistisk regresjon for opplevelser av aldring.

	Positiv virkning på livet		Må gi opp flere ting		Liker ikke endringer		Aksepterer meg selv mer	
	1	5	1	5	1	5	1	5
<i>1: Alder og kjønn</i>								
50–59 år	0,600	0,617	2,029	1,828	1,495	1,408	0,888	0,899
60–69 år	0,399	0,427	4,249	3,196	2,373	2,147	1,160	1,225
70–79 år	0,429	0,527	12,452	7,880	4,378	3,476	1,353	1,467
Kvinne	1,131 ^a	1,249	0,782	0,592	1,140	0,990	1,159	1,185
<i>2: Helse</i>								
Fysisk helse-z		1,091		0,610		0,841		0,942
Psykisk helse-z		1,020		0,836		0,868		0,972
<i>3: Psyk. ressurser</i>								
Mestring-z		1,224		0,625		0,664		1,134
Selv-aktelse-z		1,210		0,966		0,932		1,099
Videregående		0,845		0,874		0,961		0,835
Universitet		0,880		0,819		1,073		0,730
<i>4. Roller</i>								
Pensjonist		1,054		1,157		0,894		0,983
Trygdet		1,216		0,810		0,710		0,872
Enslig		0,907		1,016		1,091		0,986
<i>5. Lokalitet</i>								
Oslo		0,765		0,878		1,400		0,823
Akershus		0,608		0,978		1,471		1,162
Agder		0,859		0,890		1,313		1,192
Trøndelag		0,856		1,000		0,995		1,003
Spredtbygd		0,865		0,982		0,906		0,888
CONSTANT		1,986		0,297		0,407		3,289
(n)		(4003)		(4002)		(4004)		(4003)
Nagelkerke R2	1	0,046		0,204		0,081		0,007
	2	0,058		0,294		0,115		0,008
	3	0,084		0,329		0,153		0,018
	4	0,085		0,330		0,155		0,018
	5	0,090		0,331		0,164		0,023

Fet skrift = signifikans <.05, oftest <.001

^ap=.057

Tabell V:2. Logistisk regresjon for opplevde svekkelser de siste ti årene.

	Huske navn		Finne ord		Arbeidsevne		Arbeidslyst		Fysisk form	
	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5
<i>1: Alder og kjønn</i>										
50–59 år	2,420	2,454	1,958	1,981	2,364	2,383	1,483	1,460	1,637	1,551
60–69 år	3,917	3,407	2,764	2,678	5,385	4,032	1,721	1,337	2,700	2,218
70–79 år	9,152	6,072	6,078	5,577	12,257	7,058	3,029	1,785	5,337	4,146
Kvinne	1,121	1,094	1,506	1,450	1,054	0,828	0,995	0,806	0,977	0,929
<i>2: Helse</i>										
Fysisk helse-z		0,874		0,909		0,439		0,683		uakt.
Psykisk helse-z		0,950		0,949		0,737		0,711		0,896
<i>3: Psyk. ressurser</i>										
Mestring-z		0,915 ^a		0,857		0,886		0,872		0,803
Selv-aktelse-z		0,848		0,780		0,807		0,772		0,921
Videregående		1,198		1,211		1,162		1,171		0,934
Universitet		1,473		1,681		1,491		1,377		0,997
<i>4. Roller</i>										
Pensjonist		1,459		1,048		1,864		1,437		1,169
Trygdet		0,801		0,973		2,239		0,897		1,732
Enslig		0,737		0,710		0,879		0,997		0,892
<i>5. Lokalitet</i>										
Oslo		1,205		1,286		0,816		0,986		1,165
Akershus		1,303		1,368		1,116		0,995		1,179
Agder		1,181		1,313		1,249		1,088		1,095
Trøndelag		1,485		1,228 ^b		1,094		0,954		0,942
Spredtbygd		1,143		1,138		1,229		0,874		1,375
CONSTANT		0,425		0,174		0,337		0,405		1,284
(n)		(4014)		(4012)		(4008)		(4007)		(4011)
Nagelkerke R ²	1	0,152		0,114		0,205		0,043		0,084
	2	0,159		0,127		0,369		0,144		0,096
	3	0,172		0,157		0,382		0,168		0,114
	4	0,181		0,162		0,392		0,171		0,120
	5	0,185		0,165		0,399		0,172		0,124

Fet skrift = signifikans <.05, oftest <.001

^a p=.053

^b p=.063

Tabell V:3. Ordinær lineær regresjon for alder for å regnes som ungdom, voksen ...

	Ungdom		Voksen		Middel-aldrende		Eldre		Gammel	
	B	Beta	B	Beta	B	Beta	B	Beta	B	Beta
<i>1: Alder og kjønn</i>										
50–59 år	0,605	0,096	0,868	0,068	0,644	0,044	0,830	0,057	0,302	0,019
60–69 år	1,431	0,208	0,949	0,068	1,308	0,082	0,347	0,022	0,104	0,006
70–79 år	2,195	0,275	0,709	0,044	2,061	0,111	1,715	0,095	0,380	0,019
Kvinne	-0,212	-0,037	0,138	0,012	3,129	0,232	2,945	0,222	3,014	0,205
<i>2: Helse</i>										
Fysisk helse-z	0,005	0,002	-0,164	-0,027	-0,010	-0,014	0,006	0,008	-0,196	-0,026
Psykisk helse-z	-0,003	-0,001	-0,006	-0,010	-0,010	-0,013	-0,007	-0,010	0,165	0,021
<i>3: Psyk. ressurser</i>										
Mestring-z	-0,007	-0,025	-0,175	-0,030	0,250	0,037	0,455	0,068	0,450	0,060
Selv-aktelse-z	-0,010	-0,034	-0,125	-0,021	0,176	0,026	0,488	0,073	0,274	0,037 ^a
Videregående	-0,559	-0,096	-0,374	-0,032	0,005	0,004	-0,125	-0,009	-0,909	-0,062
Universitet	-1,292	-0,202	-0,899	-0,070	-0,564	-0,038	-0,106	-0,007	-1,641	-0,101
<i>4. Roller</i>										
Pensjonist	-0,153	-0,023	0,154	0,012	0,511	0,033	0,775	0,051 ^a	1,280	0,076
Trygdet	0,120	0,012	0,368	0,019	0,532	0,024	1,025	0,046	1,092	0,044
Enslig	0,004	0,006	0,411	0,031	0,004	0,002	-0,157	-0,010	-0,101	-0,006
<i>5. Lokaltet</i>										
Oslo	-0,500	-0,081	0,305	0,024	0,350	0,024	-0,206	-0,014	-0,805	-0,051
Akershus	-0,685	-0,069	-0,002	-0,001	0,293	0,013	-0,400	-0,018	-0,873	-0,035 ^a
Agder	-0,496	-0,067	-0,234	-0,016	-0,007	-0,004	0,005	0,003	0,415	0,022
Trøndelag	-0,006	-0,008	0,017	0,001	-0,132	-0,008	1,013	0,062	1,426	0,079
Spredtbygd	0,007	0,011	-0,008	-0,001	-0,286	-0,019	0,090	0,006	-0,001	-0,001
R2		0,124		(0,021)		0,071		0,068		0,074
(n)		(3816)		(3824)		(3865)		(3863)		(3825)
R2	1	0,082		0,010		0,066		0,050		0,043
	2	0,085		0,014		0,066		0,051		0,047
	3	0,116		0,018		0,069		0,061		0,058
	4	0,116		0,020		0,070		0,063		0,061
	5	0,124		0,021		0,071		0,068		0,074

Fet skrift = signifikans <.05, oftest <.001

^a p=.064-0,066

Tabell V:4. Ordinær lineær regresjon for subjektiv aldersopfatning (differansen opplevd alder–kronologisk alder) og kronologisk alderstilfredsstillelse (differansen ideell alder–kronologisk alder).

	Subjektiv aldersopfatning		Kronologisk alderstilfredsstillelse	
	B	Beta	B	Beta
<i>1: Alder og kjønn</i>				
50–59 år	-1,015	-0,056	-4,705	-0,152
60–69 år	-2,491	-0,127	-9,563	-0,289
70–79 år	-3,543	-0,159	-14,799	-0,388
Kvinne	-0,136	-0,008	4,703	0,167
<i>2: Helse</i>				
Fysisk helse-z	-0,961	-0,113	0,449	0,031 ^b
Psykisk helse-z	-0,613	-0,070	0,388	0,026
<i>3: Psyk. ressurser</i>				
Mestring-z	-0,610	-0,074	0,820	0,058
Selv-aktelse-z	-0,649	-0,078	0,617	0,044
Videregående	0,335	0,020	0,595	0,021
Universitet	0,843	0,046	2,306	0,073
<i>4. Roller</i>				
Pensjonist	0,007	0,004	-2,403	-0,075
Trygdet	-1,371	-0,049	-0,180	-0,004
Enslig	-1,470	-0,078	-0,784	-0,025
<i>5. Lokalitet</i>				
Oslo	0,894	0,050	2,956	0,098
Akershus	1,095	0,038	2,969	0,061
Agder	0,215	0,010	1,227	0,034 ^b
Trøndelag	0,783	0,039 ^a	1,443	0,042
Spredtbygd	-0,009	-0,005	-0,425	-0,014
R ²		0,064		0,277
(n)		(3813)		(3827)
R ²	1	0,015		0,246
	2	0,040		0,255
	3	0,054		0,269
	4	0,062		0,271
	5	0,064		0,277

Fet skrift = signifikans <.05, oftest <.001

^a p=.059

^b p=.052

9 Familien i andre halvdel av livet

Svein Olav Daatland & Katharina Herlofson

Familien i bevegelse

Familien er av mange slag, men likegyldig er den ikke for noen. Vi fødes inn i den, og vi kan i eldre år være dypt preget av erfaringer og hendelser fra tidlig i livet både på godt og vondt. Vi preges også av hendelser som berører andre i familien. Barnas liv slår sterkt inn i foreldrenes liv og omvendt. Sykdom og ulykker hos barna kan endre både barnas og foreldrenes liv på avgjørende måter; det samme kan sykdom blant gamle foreldre, om ikke like sterkt og ikke like lenge.

Familien er den selvfølgelige rammen omkring oss i storparten av livet. Her er mange av våre næreste andre, og her ligger både rettigheter og plikter, goder og byrder. Familien er så og si den ultimate og evige primærgruppa i samfunnet, og er en institusjon som har forvaltet inngangen og utgangen av livet til nær sagt alle tider. Den tar imidlertid mange former og er under evig endring som svar på bevegelser i demografi og samfunnsformasjon. I dette kapitlet er vi opptatt av hvordan familiens liv og relasjoner ytrer seg i andre halvdel av livet og i ulike typer lokalsamfunn.

Vi er midt inne i en stille revolusjon, sa FNs generalsekretær Kofi Annan i sin åpningstale til FNs eldreår i 1998. Med dette siktet han ikke bare til økonomiske og kulturelle endringer, men også til demografiske. Primære demografiske kjennetegn i denne stille revolusjonen er forlengelsen av livet og aldringen av befolkningen. Den forventede levealderen har i gjennomsnitt blitt mer enn 50 prosent lengre i løpet av hundre år, fra i overkant av 50 i år 1900 til ca. 80 år i dag, først og fremst fordi barnedødeligheten har sunket kraftig, men også på grunn av bedre helse og lengre liv i eldre år. Den forventede gjenstående levetida for tjueåringer har i samme perioden økt med hele 14 år for menn (fra 44 til 58 år) og 16 år for kvinner (fra 47 til 63 år, SSB 2005a). Forvandlingen kan leses fra gravstøttene under en vandring på en gammel kirkegård; de mange små gravene til barn som døde tidlig i perioden, og de nyere steinene til de som nå i regelen dør som gamle og 'mette av dager'. Døden har gitt alderdommen et dårlig rykte, heter det, for døden har i stigende grad blitt reservert for eldre år. Før kunne døden ramme

både tidlig og seint i livet; i dag inntreffer flertallet av dødsfallene etter fylte 80 år. På slutten av 1800-tallet var i underkant av 20 prosent av de døde under 40 år, og 1/3 var 80 år og eldre. I dag er snau én prosent av de døde under 40 år, og i overkant av 80 prosent er 80 år og eldre (SSB 2005a, b).

Forlengelsen av livet og aldringen av befolkningen slår også ned i familiene, der de personlige relasjonene strekkes ut over lengre tidsrom (Hagestad 1991). Det er ikke lenger uvanlig å ha foreldre i live når en selv blir pensjonist. Mange ble i tidligere tider foreldreløse som barn, og besteforeldre var for de fleste et bilde på veggen mer enn et levende menneske å bli kjent med. Bedre tider har gitt flere muligheter til å få egne barn, men søskenflokkene har blitt mindre og avstanden i alder kortere. Foreldrene kan være nokså unge når det siste barnet flytter ut, og får gjerne en periode med tid for seg selv og partneren før barnebarna melder seg og gamle foreldre kanskje blir syke og trenger hjelp.

Familien endrer seg også av andre grunner. Omformingen av arbeidslivet og oppbruddet fra landsbygda til byene har gitt oss familier der både kvinner og menn er yrkesaktive. Framveksten av nye familieformer er et svar på både strukturelle og normative endringer. Skilsmisseratene har steget og resultert i flere 'ufullstendige familier' av enslige foreldre med barn. Skilsmisser og gjengifte kan gi mer eller mindre kompliserte mønstre av dine, mine og våre barn, samt relasjoner til både biologiske og sosiale besteforeldre. Samboerskap har grodd fram som alternativ til ekteskap, og et voksende antall personer ser ut til å velge en enslig livsstil. Dertil kommer 'særboerne', de som holder sammen, men i hver sin bolig, på engelsk kalt 'living apart together' (LAT)(De Jong Gierveld 2004). Et stigende antall homofile og lesbiske par bidrar til det økte mangfoldet, noen av dem også med barn. Vi ser også endringer i eldre kohorter; at skilte og etterlatte finner en ny partner i eldre år som ektepar, samboere eller særboere.

Familien er i bevegelse, den danner et mangfold av former, og den bryter dermed med forestillingen om en standardfamilie av mor, far og barn og en eller flere besteforeldre i live. Standarden er ikke lenger standard, om den noensinne har vært det utenfor våre idealiserte forestillinger. Vi ser endringer også i husholdene, i hvem man bor sammen med. Velstandsvekst og boligbygging har gitt folk flest råd til sin egen bolig. Enslige har ikke lenger vært tvunget til å leie seg inn hos andre, men har fått sine egne boliger, og antallet alenehushold har øket sterkt. Til gjengjeld har det blitt mindre vanlig å dele hus og husholdning på tvers av generasjonene.

Hva betyr alle disse endringene for familien som gruppe og institusjon? Er den fortsatt den kilden til støtte og trygghet i eldre år som vi har vært vant til å se den, i en fase av livet der man igjen søker seg tilbake til de nærmeste?

Svikt eller samhold?

Med 'familie' siktes det oftest til kjernefamilien av mor, far og (små) barn, og når det snakkes om familiepolitikk, er det i regelen nettopp denne konstellasjonen som er forutsatt. Det finnes knapt noen politikk som ser større på det; som erkjenner at familien er så mye mer enn småbarnsfamilien. Her er bånd oppover til besteforeldre, oldeforeldre og i noen tilfeller til nok en generasjon. Her er også relasjoner i bredden, som i regelen er mindre sterke, men desto flere – til søsken, onkler, tanter og søskenbarn. Ett eller annet sted går en grense over til 'slekta', som strekker seg utover de sterkere og mer intime båndene i generasjonslinja.

Familieforskere strider om hvor sterkt eller svakt generasjonsfamilien står i det moderne samfunnet. Noen er pessimister på familien vegne og mener at båndene svekkes under moderniteten, fordi andre institusjoner (skolen, velferdsstaten m.v.) har overtatt oppgaver og har redusert nytten og nødvendigheten av familieband utover kjernefamilien (Parsons 1955, Popenoe 1993). Andre er optimister, som finner at 'den utvidede familien' fortsatt spiller en viktig rolle, og at relasjonene mellom voksne barn og eldre foreldre fortsatt står sterkt. Denne posisjonen har betydelig støtte innenfor aldersforskningen (se f.eks. Bengtson et al. 2002, Amato 2004). Optimistene advarer mot å romantisere fortida; mot å tro at solidaritet og nestekjærighet sto så mye sterkere i tidligere tider. Man var nok mer avhengig av familien, men man var også tvunget sammen av nød og plikter og ikke uten konflikter (se f.eks. Abel 1992). Når man også i dag finner kontakt og gjensidighet mellom generasjonene, er det kanskje av andre grunner, f.eks. at man føler seg nær hverandre og trenger tilhørighet.

Økte skilsmisserater tas av familieoptimistene som et uttrykk for bedre muligheter for å oppløse uheldige forbindelser snarere enn et tegn til sammenbrudd i familien som institusjon. De kritiserer familiepessimistene for å være nostalgiske og for å moralisere fram et idealisert bilde av den tradisjonelle familien. Familien viser tvert imot sin styrke ved å bli mer mangfoldig og ved å utvide sitt repertoar av former som svar på nye livsvilkår, sier optimistene, og mener at den utvidede familien fortsatt har vesentlige oppgaver å fylle. Det er fortsatt nytte å hente i gode familie-

relasjoner, også utover de rent psykologiske behovene for nærhet, tilhørighet og kontinuitet, og normene er ikke borte, selv om plikten er mindre absolutt.

Det er ingen ny historie å bekymre seg for familiens stilling. Fra skjønnlitteraturen har vi nok av eksempler på konflikter og svik i familiekretsen. Religionene har sine lignelser og påbud om hvordan familien bør være, f.eks. i Bibelens og det fjerde budets krav om å hedre sin far og sin mor. Det var neppe nødvendig med slike regler om familien var et paradiset og respekten for foreldrene en selvfølge. Bekymringen er kanskje like stor i dag om vi skal dømme etter folkemeningen. Der er f.eks. en betydelig skepsis i befolkningen til solidariteten mellom voksne barn og eldre foreldre. Flertallet mener at familiesamholdet var sterkere før (Asbjørnsen 1991). Dette er ikke noe særnorsk fenomen; vi finner like stor bekymring i sør-Europa dersom vi skal dømme etter en studie fra EU-landene (Walker 1993, Daatland 1997). Mange skylder på velferdsstaten, nærmere bestemt at det ligger en 'moralsk risiko' i en velferdsstat som overtar et ansvar som tidligere lå på individet, familien og det sivile samfunnet. Dette fører til større selvopptatthet og mindre ansvar for både seg selv og andre, argumenteres det (Wolfe 1989).

Vi har i en tidligere studie vist at det fortsatt er sterke bånd mellom voksne barn og eldre foreldre i Norge. Det eksisterer en betydelig grad av solidaritet mellom familiegenerasjonene til tross for at de ikke lenger er avhengige av hverandre for liv og helse slik de var før (Daatland & Herlofson 2003, 2004). Det dreier seg her om resultater fra en sammenliknende studie fra store byer (100.000 +) i et antall europeiske land og herunder Norge (Daatland & Herlofson 2001, Lowenstein & Ogg 2003). I NorLAG-undersøkelsen konsentrerer vi oss om norske forhold, men sammenlikner relasjoner og familieformer i ulike typer lokalmiljøer – i landkommuner, småbyer og storbyer. For mer enn seksti år siden beskrev Wirth (1938) de negative konsekvensene av urbanisering for familien. Forskerne er i dag uenige om dette stemmer eller ikke. Ifølge Wilson (1993) er urbane familier preget av like tette bånd som familier i bygdene. Andre hevder at det er mer kontakt og større flyt av hjelp og tjenester på mindre steder (Amato 1993, McCulloch 1995, Cherlin & Furstenberg 1986, King et al. 2003).

Relasjoner og variasjoner

Vi vet ikke nok om dette. Vi vet mye om kjernefamilien, langt mindre om familierelasjoner i voksne og eldre år, og enda mindre om likheter og forskjeller mellom typer lokalmiljøer. Familien blir i noen tilfeller brukt som synonymt med husholdet, altså dem man bor og deler måltider med. Noen

bor i store hushold, men en stigende andel av befolkningen bor alene. Enslige kan likevel ha mange og nære familierelasjoner utenfor husholdet. De har forlenget dannet sin egen interesseorganisasjon som arbeider for at de bør få kompensasjon for at samfunnet bygger sin bolig- og skattepolitikk på toinntektsfamilien. Også i denne betydningen av familiebegrepet – som et familiehushold – er det stor variasjon: små og store, med ett, to, tre eller flere generasjoner.

Mens alenehusholdene blir vanligere, blir det stadig mindre vanlig med flergenerasjonshushold. Dette er en internasjonal trend, der Norden var tidlig ute, og andelen eldre foreldre som bor sammen med barn er særlig lav nettopp i Norden, og lavere i Danmark og Sverige enn i Norge, fordi de er mer urbaniserte og sentraliserte land (Sundström 1994, UN 2005). Andelen som bor sammen på tvers av generasjonene er fortsatt noe høyere på landet enn i byene.

Både nordiske og engelske historikere (Bagge 1998, Gaunt 1983, Laslett 1984) har vist at den egentlige storfamilien aldri har vært en standard eller idealnørm i det nordvestlige Europa, i det minste ikke så langt tilbake som det finnes sikre kilder. Bagge knytter forklaringen til en multilateral tradisjon, der både mors og fars linje skulle regnes med, til forskjell fra en unilateral tradisjon der den ene linja, oftest mannens, ble rådende. Det ønskelige i det nordvestre Europa har vært å etablere sitt eget hushold ved giftermål, dersom man hadde muligheter for det, men det var det forholdsvis mange som ikke hadde, og derfor ble giftemålsratene lavere i nord enn lengre sør og øst (Gaunt 1983). Det eldste barnet, eller det av barna som forble ugift, ble gjerne boende igjen hos foreldrene til de døde, og vi fikk dermed et mønster der mange eldre bodde sammen med et av barna, om de hadde noen, mens de fleste barna flyttet for seg selv. Studier fra nyere tid viser at både den yngre og eldre generasjonen foretrekker å bo hver for seg (Rosenmayr & Köckeis 1963, Daatland 1990).

De senere årene har det blitt relativt flere barnløse, især blant menn (Skrede 2004). Går vi hundre år tilbake var det langt fra uvanlig å være barnløs, men blant kohortene født i perioden 1935–1950 er det svært få som ikke fikk barn. I 1945-kohorten finner vi den laveste andelen barnløse; kun 9,3 prosent av kvinnene fra denne kohorten er uten barn (Lappegård 2001). Blant kvinner født 15 år senere har andelen barnløse steget til nærmere 13 prosent. Økningen av barnløse blant menn er enda sterkere, fra i underkant av 17 prosent blant 1945-kohorten til hele 25 prosent blant menn som ble født i 1960 (Skrede 2004).

De økte skilsmisseratene skaper på sin side innviklede mønstre av dine, mine og våre barn, og når vertikale og horisontale familiebånd også inkluderes, blir mønsteret enda mer komplisert. Hva skal vi f.eks. kalle bestemors nye partner? Og hva med stebrors bestefar? Vi vet ikke nok om hvordan mønstrene ser ut og hva de langsiktige konsekvensene er, men foreløpige analyser tyder på at skilsmisse i foreldregenerasjonen kan svekke forholdet til barna på lengre sikt, især for fedre (Daatland & Herlofson 2005).

Familien er altså et begrep med flere betydninger og mange former. Noe av hensikten med dette kapitlet er nettopp å illustrere denne variasjonsbredden og hva den betyr i eldre år. At mange og tette familierelasjoner oftest er en ressurs, er velkjent, men familien kan også være en belastning, i det minste kan noen av familierelasjonene være det. Det ligger dermed et ytterligere mangfold også i den intrafamiliære variasjonen – i det at relasjonene innenfor én og samme familie kan ha ulik karakter (Connidis 2001).

Problemstillinger

Vi har ordnet den empiriske delen av kapitlet langs tre sett av problemstillinger. Vi starter med en beskrivelse av familie- og husholdsstrukturen: Hva kjennetegner familie- og husholdsmønstrene i andre halvdel av livet? Beskrivelsen tar ikke mål av seg til å gi et representativt tverrsnittsbilde for landet; det dreier seg om mønstrene for aldersgruppa 40 til 79 år i de 30 kommuner og bydeler som NorLAG-utvalget er trukket fra. Bildet som tegnes vil likevel være nokså nær det som gjelder for landet som helhet, fordi utvalget er stort og de fleste regioner og typer av kommuner er representert. Hensikten er å illustrere variasjonen i familiemønstrene, hvor ulikt stilt grupper av befolkningen er med hensyn til familieressurser, og hvordan dette kan varierer mellom ulike typer lokalmiljø, her skilt i tre grupper etter sentralitet: landkommuner, mindre sentrale bykommuner og kommuner og bydeler i de meste sentrale strøk, det vil si i eller nær de største byene.

Vi er opptatt av familien som en kilde til kontakt, hjelp og omsorg i eldre år. Den andre problemstillingen dreier seg dermed om hvor sterkt samholdet mellom generasjonene er, slik det kommer til uttrykk i kontakt- og hjelpemønstre mellom dem. Vi skal avrunde med et eksempel på hvordan det i de nyere endringene i familieformasjonen, nærmere bestemt de økte skilsmisseratene, kan ligge en risiko for forholdet til barna når de er godt og vel voksne og foreldrene er blitt eldre.

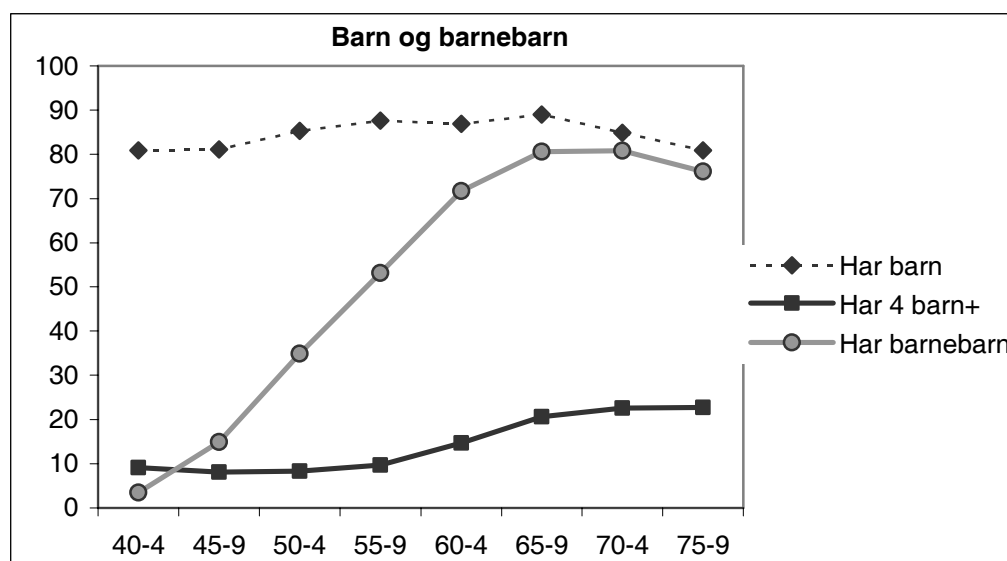
Familie- og husholdsmønstre

Relasjonene

Vi innleder med en beskrivelse av familienettverkene, de ulike typer familierelasjoner man har eller ikke har. Hvor mange har barn og barnebarn, ektefelle og søsken osv., og hvordan varierer mønstrene med kjønn, alder og lokalmiljø?

At langt de fleste er eller har vært gift ses ved at et stort flertall av de intervjuede (80–90 prosent) har barn. Oversikten i figur 1 gjelder 'egne barn' som er i live; særkullsbarn for eventuelle partnere er ikke medregnet, men er få i disse kohortene. Blant de eldre kohortene, som nå er i alderen 65–79 år, er det ikke uvanlig med forholdsvis store barnekull. Nær halvparten har minst tre barn og nær fjerdedelen har fire barn eller flere – tretten barn på det meste. De yngre kohortene har jevnt over færre barn; sju barn på det meste, og mindre enn 10 prosent av aldersgruppen 40–59 år har fire barn eller mer.

Figur 1. Prosentandel med barn og barnebarn etter alder.



Det er altså forholdsvis vanlig å ha flere barn i de eldste kohortene, de som var født i 1920- og 1930-årene, men andelen barnløse er også forholdsvis høy i denne aldersgruppa, noe som illustrerer den store variasjonen i tilgangen til familieressurser blant eldre mennesker. Noen har mye, andre har lite. Andelen barnløse i vårt utvalg er forøvrig høyest blant de eldste (70–79 år) og de yngste (40–49 år), nærmere bestemt ca. 20 prosent i hver av disse gruppene mot 12–14 prosent i mellomgruppene. For de eldste kohortene var det ofte materielle vilkår som satte grenser for at de kunne stifte familie; for

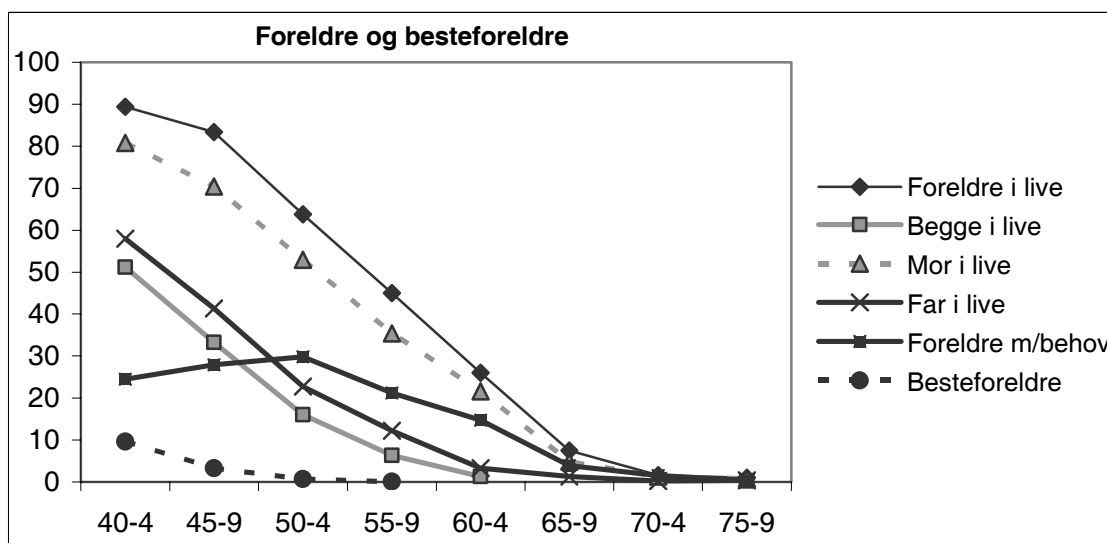
de yngre dreier det seg nok relativt oftere om et livsstilsvalg. Under alle omstendigheter er det altså en betydelig andel av befolkningen som er uten egne barn, og det er også noe variasjon mellom kjønnene idet at det er noen flere barnløse blant menn.

Det er også en viss variasjon mellom lokalmiljøene, ved at andelen barnløse er særlig høy i de større byene, og barnekullene er jevnt over også noe mindre her (2,3 i gjennomsnitt for de som har barn) enn i mindre byer og landkommuner (2,7–2,8). Forklaringen på disse mønstrene ligger trolig i at enslige, og herunder homofile, har vært tilbøyelige til å flytte inn til de store byene der det er lettere å få jobb og finne likesinnede. Vi kan ellers notere oss at det blant kvinner er særlig mange barnløse i byene, mens det er særlig mange barnløse menn i landkommunene.

Variasjonen er også stor hva barnebarn angår; nær halvparten (48 prosent) av de intervjuede har barnebarn, varierende fra ett til 25. Noen blir besteforeldre tidlig – allerede i 40-årene, men det er først mot midten og slutten av 50-årene at halvparten har blitt besteforeldre (figur 1). Andelen stiger til mellom 75 og 80 prosent i aldersgruppene over 60 år. Omtrent tre firedeler av den eldre befolkningen er altså besteforeldre, mens en av fire er uten barnebarn. Til gjengjeld har alle barnebarn besteforeldre, men de fleste mister dem før de blir 40, som var grensa for å bli inkludert i undersøkelsen. Nær ti prosent i alderen 40–44 år hadde en besteforelder i live, og noen ganske få har levende besteforeldre etter at de selv har passert 50 (figur 2).

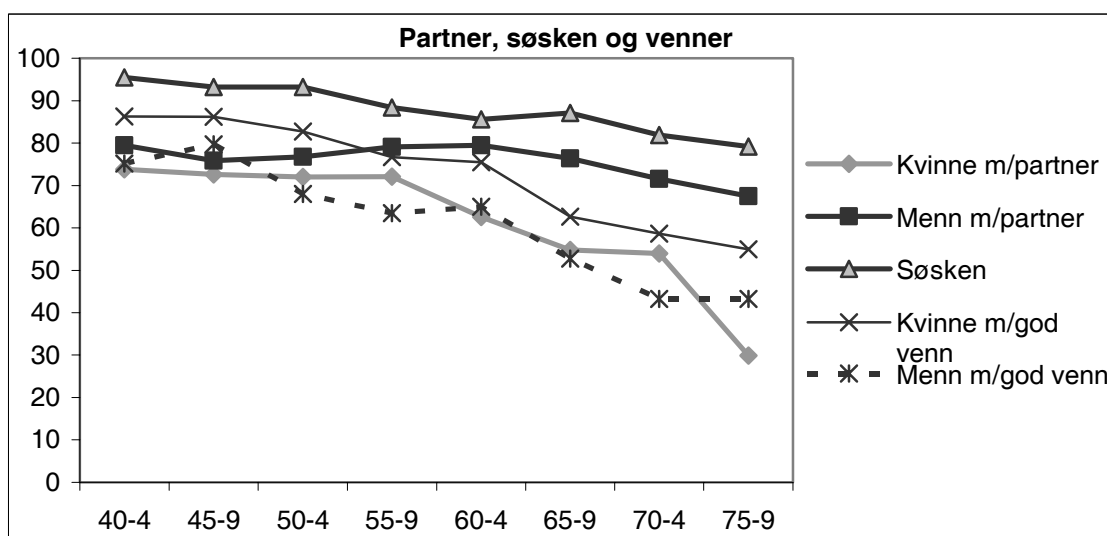
Ser vi nærmere oppover langs generasjonslinjen, finner vi at omtrent halvparten har mistet en av sine foreldre allerede tidlig i 40-årene, og det dreier seg da som regel om en far (figur 2). Flertallet har sin mor i live til de har passert 50, og det er fortsatt mer enn hver fjerde som har en av foreldrene i live når de er i begynnelsen av 60-årene. Et mindre antall har foreldre i live enda lengre. Jo eldre foreldrene er, desto større er rimeligvis risikoen for at de er skrøpelige og har behov av hjelp. Det er alt i alt 20–30 prosent som har foreldre med behov for hjelp når de selv er i alderen 40–59 år; klart færre etter fylte 60 år. Bare få er ‘i klemme’ mellom behov hos eldre foreldre på den ene sida og mindreårige barn på den andre, en posisjon som Elaine Brody (1990) betegnet som ‘women in the middle’. Også sønner kan fanges i en slik posisjon, men det dreier seg altså om en liten andel, nærmere bestemt om fire prosent som har barn under 12 år og samtidig en forelder på 75 år eller mer i live, og om snaue tre prosent dersom vi begrenser oss til foreldre som oppgis å ha mer eller mindre behov for hjelp. For de få det gjelder, kan naturligvis byrden være mer enn stor nok.

Figur 2. Prosentandel med foreldre og besteforeldre i live etter alder.



Den familiære variasjonen i form av antall barn og barnebarn er langt på veg et produkt av om man kom til å gifte seg eller ikke. Ikke alle gjør det eller etablerer et fast samboerforhold, og ikke alle som har en partner får barn. Parmønsteret på intervju tidspunktet er vist i figur 3, og forteller at omtrent tre av fire i alderen 40–59 år har en partner, dvs de er gift eller lever i samboerskap; det store flertallet av dem er gift. En av fire i 40- og 50-årene er altså enslige, de fleste fordi de aldri har vært gift, men med stigende alder følger så et stigende innslag av enker og enkemenn. Her skiller kvinner og menn seg ad, ved at mennene ofte beholder partneren livet ut mens flertallet av kvinnene er enslige allerede tidlig i 70-årene. Dette har naturligvis sammenheng med at kvinnene jevnt over lever lengre og oftest er gift med en mann som er eldre enn dem selv.

Figur 3. Prosentandel med partner, søsken og 'nære venner' etter alder og kjønn.

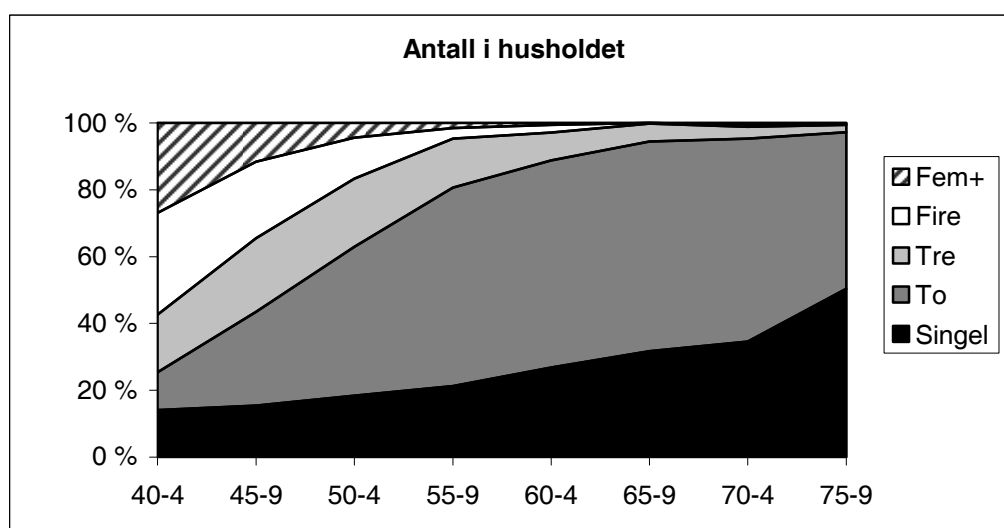


Søsken kan være særlig viktige for enslige, og det store flertallet av de kohorter som er inkludert her har søsken; ytterst få av dem var enebarn, og flertallet har fortsatt søsken i live når de nærmer seg 80 år, nærmere bestemt nær 80 prosent av aldersgruppa 75–79 år. Figur 3 viser også hvor stor andel som oppgir at de har ‘nære venner’, som kan være en særlig viktig kontakt og ressurs når partneren faller fra eller man av andre grunner har liten familie. Flertallet av 40- og 50-åringene har en nær venn, men andelen faller med alderen, især for menn, som for alle aldersgrupper vedkommende er svakere stilt hva tilgang til venner angår enn hva kvinner er. I dette ligger en indikasjon på at eldre menn er mer avhengige av partneren og familien for sin sosiale tilhørighet enn kvinner er.

Husholdsfamilien

Hvordan ser husholdet ut; hvem og hvor mange bor man sammen med? De fleste hører til i temmelig små hushold, men det er betydelig spredning av husholdsformer, især blant 40- og 50-åringene, fra enpersonhushold til store hushold med inntil ni personer. Det vanligste i 40-årsalderen er å høre til i et firepersonhushold, som regel i form av et par med barn. Denne kategorien reduseres med alderen når barna flytter ut og risikoen for å bli enslig øker (figur 4). Allerede blant personer i alderen 45–49 år er topersonhusholdet vanligere (28 prosent), men nær like mange hører til i hushold med tre (22 prosent) eller fire personer (23 prosent). Fra denne alderen av blir parhusholdet (uten andre inneboende) hovedregelen. Et mindre antall fins også i andre kombinasjoner av to, og da oftest som en enslig mor med barn. Men

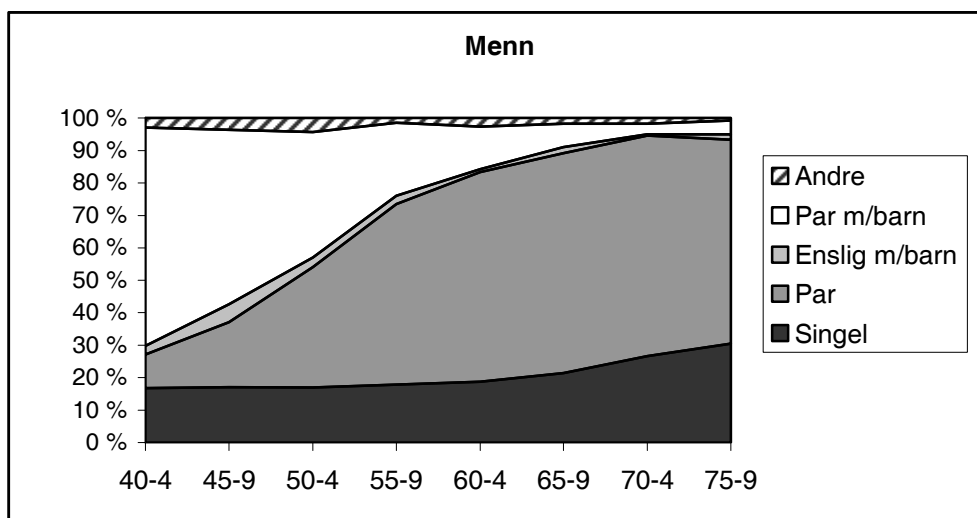
Figur 4. Antall personer i husholdet etter alder.



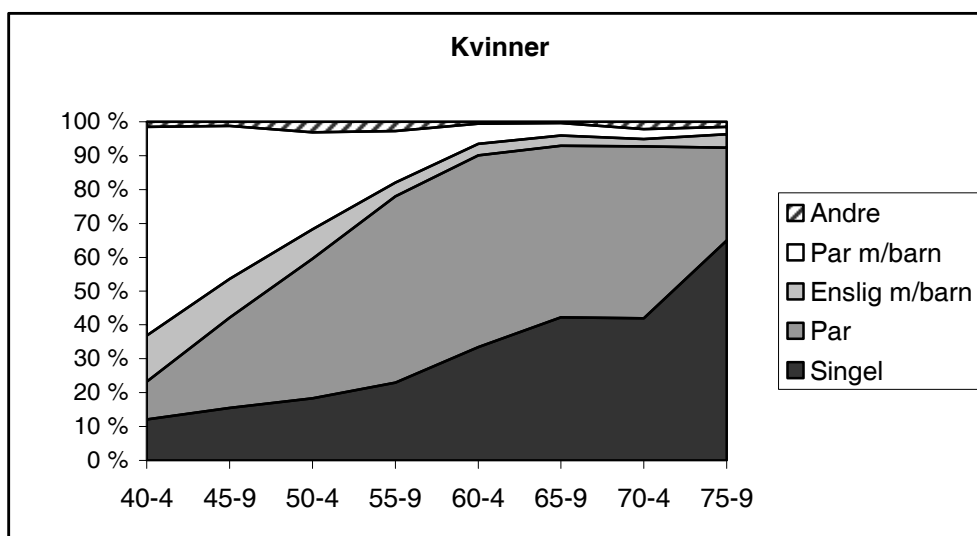
det er altså parhusholdet som dominerer fra 50-årene av helt til enpersonhusholdet blir hovedregelen mot slutten av 70-årene. Blant de eldste (75–79 år) er det da to former som dominerer, enten å bo alene (50 prosent) eller å dele hushold med én annen person (47 prosent). Denne andre er som regel en ektefelle.

Kvinner og menn følger nokså ulike forløp hva husholdsmønstre angår. Flertallet av mennene (figur 5) lever, som nevnt, hele sitt voksne liv sammen med en partner; først sammen med både partner og barn, men fra ca. 50–55 år oftest bare med partneren – et hushold som 2/3 av mennene i alderen 60–79 år hører til. Blant eldre menn er det nest vanligste å bo alene. Omtrent 1/5 av 60-årige menn bor alene, stigende til ca. 1/4 tidlig i 70-årene og 1/3 når man nærmer seg 80 år.

Figur 5. Husholdsformer for menn etter alder.



Figur 6. Husholdsformer for kvinner etter alder.



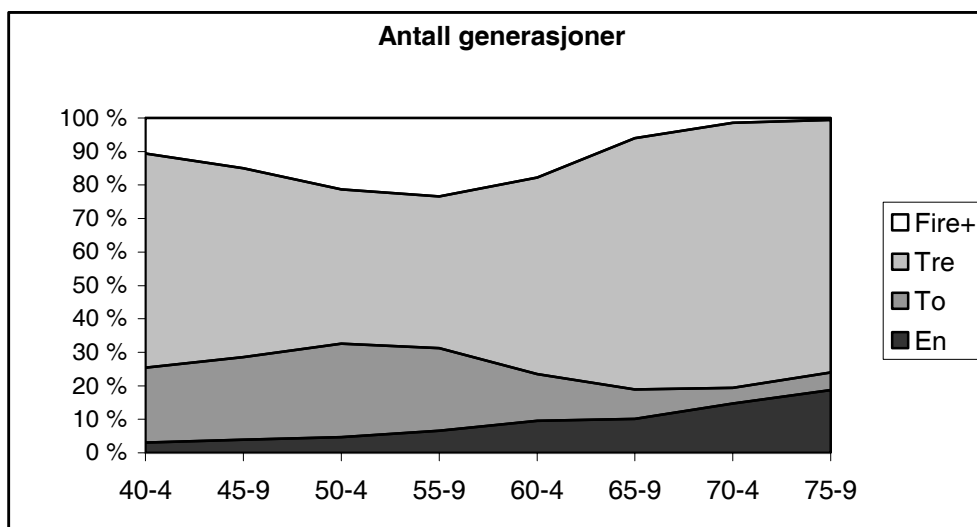
Fordi kvinner lever lengre og oftest gifter seg med menn som er eldre enn dem selv, blir deres forløp ganske forskjellig fra menns. Risikoen for å bli enslig er, som nevnt, langt høyere for kvinner. Eldre menn er dermed bedre stilt enn eldre kvinner hva husholdsressurser angår. Nær halvparten av kvinnene hører riktignok til i et parhushold inntil de nærmer seg 70, men fra da av er det vanligst å bo alene (figur 6). Blant de intervjuede kvinnene i alderen 75–79 år bor to av tre alene, mot bare én av tre menn.

Å bo sammen med voksne barn er derimot lite vanlig for både kvinner og menn på eldre dager, slik vi alt har vært inne på; det gjelder nærmere bestemt bare 5–6 prosent av de intervjuede i alderen 70 år og over, men flere i landkommuner (10–12 prosent) enn i små og store byer (2–3 prosent). Det er landkommunene som skiller seg ut her, mens det derimot ikke er noen forskjell i frekvensen av generasjonshushold mellom storbyer og småbyer.

Generasjonsfamilien

Familiemønstrene framtrer med ytterligere variasjon når vi ser nærmere på antallet generasjoner og plasseringen i generasjonslinja. Hvor mange hører til i den antatt prototypiske tregenerasjonsfamilien, hvor mange hører til familier med fire og fem generasjoner, og hvor mange står alene igjen i sin linje, uten foreldre over seg og barn under seg? Vi gjør oppmerksom på at familie- og husholdsregisteret i Statistisk sentralbyrå, som vi har hentet disse opplysningene fra, undervurderer antallet som hører til tre, fire eller flere generasjoner, fordi registeret ikke lar seg føre lenger tilbake enn til 1969 og dermed ikke fanger opp alle barn av de eldste kohortene som var inkludert i studien. Vi har heller ikke fått koblet til oldebarn og evt. tippoldebarn; det siste dreier seg ikke om særlig mange, men vi undervurderer under alle omstendigheter omfanget av familier med fire og flere generasjoner. Problemet berører bare de eldste kohortene, fra 60-årene og oppover; det er først fra denne alderen vi finner oldeforeldre og evt. tippoldeforeldre. Med dette forbehold så viser figur 7 at tregenerasjonsfamilien ganske riktig er den vanligste i alderen 40–79 år, men utpreget vanlig er den bare i alderen 65 år og over; da hører ca. tre av fire til i en ordinær tregenerasjonsfamilie, og man er selv i den øverste generasjonen (besteforelder), og noen av dem i realiteten i firgenerasjonsfamilier – jf. ovenfor. 40- og 50-åringene er derimot oftest i mellomgenerasjonen, med barn under seg og eldre foreldre over seg.

Figur 7. Prosentandel etter antall generasjoner i familien og alder.



Tregenerasjonsfamilien er den vanligste også blant 50-åringene, men omfatter da mindre enn halvparten av aldersgruppa. I denne alderen er også to- og firegenerasjonsfamilier vanlige; én av fire hører hjemme i hver av disse kategoriene. Mange femtiåringene blir besteforeldre mens de fortsatt har foreldre i live og fyller dermed ut alle fire generasjonene fra oldeforeldre til oldebarn. Like vanlig er det å være bare to generasjoner, oftest fordi foreldrene er døde og man selv står igjen som eldste generasjon med barn under seg, men foreløpig uten barnebarn. Noen av barna vil etter hvert få egne barn og dermed gjøre familien til en tregenerasjonsfamilie. Andre togenerasjonsfamilier består av godt voksne som har foreldre i live, men uten egne barn.

Noen har et særlig tynt familienettverk ved at de står alene igjen i generasjonslinja, uten foreldre over seg eller barn under seg. Det dreier seg om ca. ti prosent av personer i 60-årene, stigende til 15 prosent tidlig i 70-årene og hele 19 prosent av kohorten som nå er 75–79 år gamle. Tolv av de 19 prosentene er dessuten enslige og er altså både uten barn, foreldre eller partner. Det dreier seg altså om en gruppe med ekstremt små familieressurser, men de kan i noen grad ha kompensert for dette ved å ha satset mer på kontakt med naboer, venner og søsken, men en av fire av dem mangler også søsken.

Det er liten forskjell mellom kjønnene i andelen som er såpass familie-fattige som disse 'generasjonsisolerte', men vi finner en viss variasjon mellom by og land, idet det er flere kvinner i en slik situasjon i storbyen, mens det er flest generasjonsisolerte menn i landkommuner. Blant storbyens kvinner i alderen 70–79 år er hele 24 prosent generasjonsisolerte mot bare 10 prosent i småbyer og landkommuner. Blant jevngamle menn er det 20 prosent generasjonsisolerte i landkommuner, 16 prosent i storbyer og bare

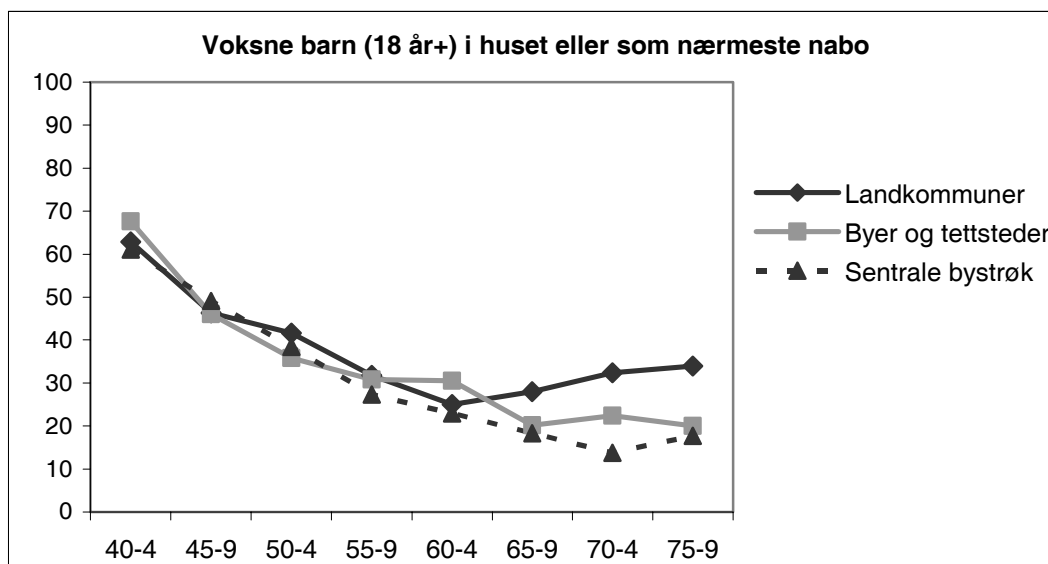
10 prosent i småbyene. Eldre kvinner er i denne forstand en risikogruppe i storbyer, eldre menn i landkommuner.

Kontakt og hjelpemønstre

Vi har foreløpig holdt oss til familiestrukturen, de ytre trekkene, hvordan familie- og husholdsmønstrene varierer med kjønn, alder og lokalmiljø. Hva med familienes indre liv? Vi begrenser oss her til forholdet mellom eldre foreldre og voksne barn, slik det kan illustreres med kontakt- og hjelpemønstre, det som under den såkalte solidaritetsmodellen (Bengtson & Roberts 1991) betegnes som henholdsvis assosiativ og funksjonell solidaritet.

Den geografiske avstanden kan være en helt avgjørende forutsetning for samvær og hjelp og varierer rimeligvis mellom landkommuner og byer. Fraflytting fra bygdene har resultert i at noen eldre foreldre har barna boende langt borte. Det er på den andre sida også vanligere å bo sammen eller som nærmeste naboer på bygdene. Figur 8 illustrerer noen av disse forskjellene, her indikert ved andelen foreldre som har nærmeste voksne barn (18 år og eldre) i huset eller som nærmeste nabo.

Figur 8. Prosentandel foreldre med voksne barn (18 år+) i huset eller som nærmeste nabo etter alder og type lokalmiljø.

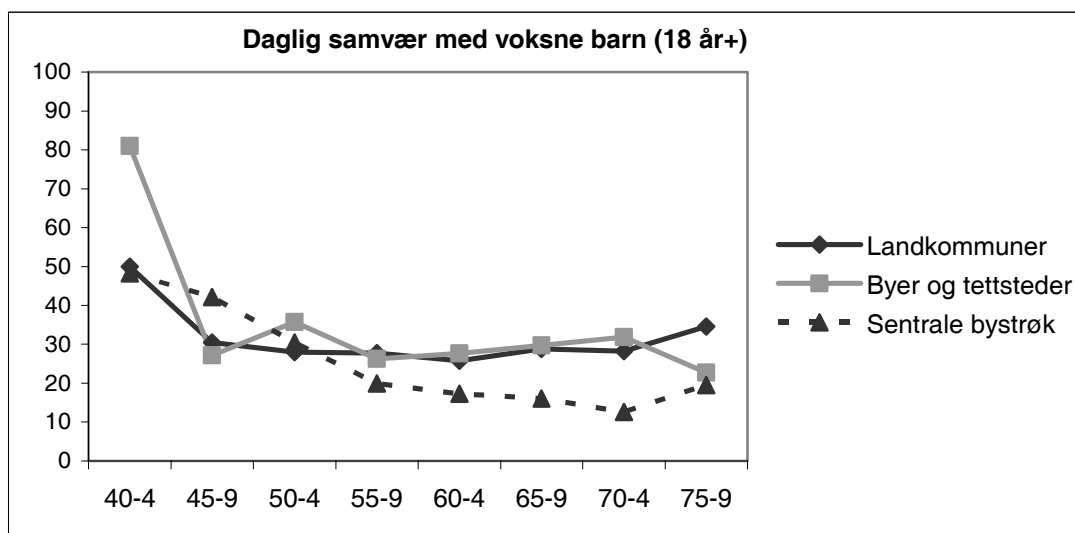


Noe over halvparten av 40–49-årige foreldre til voksne barn er i en slik situasjon i både by- og landkommunene, men andelen reduseres med økende alder når barna flytter ut. Blant de eldre foreldrene (70–79 år) skiller landkommunene seg ut ved at relativt flere bor sammen med barn (12 prosent) og har barn som nærmeste nabo (21 prosent). De tilsvarende tall for deres jevngamle i de mest sentrale bystrøkene er 3 prosent og 13 prosent. Eldre i

landkommuner har dermed dobbelt så stor sannsynlighet for å ha barn boende i umiddelbar nærhet som eldre i sentrale storbystrøk, men landkommunene skiller seg også ut i motsatt retning, ved å ha særlig mange som har nærmeste barn bosatt langt borte (mer enn 5 mil), nærmere bestemt 34 prosent mot 11 prosent i storbystrøk.

Denne kontrasten innad i landkommunene viser seg også i hvor ofte man omgås barna (figur 9), der eldre (70–79 år) fra landkommunene skiller seg ut i begge retninger, dels ved at mange har daglig kontakt (31 prosent) og dels ved at forholdsvis mange omgås sjelden (noen ganger i året, 26 prosent). De tilsvarende andeler i de mest sentrale bystrøkene er henholdsvis 16 og 8 prosent. Samsværmønsteret er dermed i det store og hele et speilbilde av geografi og avstander.

Figur 9: Prosentandel med daglig samvær med voksne barn (18 år+) etter alder og type lokalmiljø.



Alt i alt oppgir 60–70 prosent av de eldre foreldrene (60–79 år) at de omgås barna ukentlig eller oftere, og det er i gjennomsnitt snarere oftere enn sjeldnere kontakt i byene, men kontrastene mellom de som har mye og lite kontakt er altså større i landkommuner. Mange av de som ikke møtes så ofte, på grunn av lange avstander eller travelhet, kompenserer for dette via telefon og etter hvert sms og e-post. Mønsteret som tegnes her er noenlunde likt det som kom fram i den europeiske OASIS-studien (Daatland & Herlofson 2004), og bekrefter at familier flest henger rimelig godt sammen fortsatt, både i by og bygd.

Utveksling av hjelp og tjenester regnes ofte som et særlig viktig kriterium for å lodde solidariteten i familien. Er det mye hjelp å hente når en trenger det? Data om typer og mengder av hjelp er svært følsomme for hvordan spørsmålene er stilt og er vanskelige å sammenlikne på tvers av

undersøkelser. Vi holder oss her til en enkel beskrivelse av hjelpeutveksling som svar på et spørsmål om å gi og motta 'praktisk hjelp' (i hus, hage, til innkjøp, transport m.v.), 'økonomisk hjelp/støtte' (i form av penger eller større gaver) og 'følelsesmessig støtte/trøst' (i vanskelige stunder). Nærmere analyser av disse mønstrene vil følge i seinere publikasjoner.

Både foreldre og barn er spurt om de har gitt og fått slik hjelp. Svarene kan dermed studeres både fra giverens og mottakerens synsvinkel, og fra foreldres og barns side, og de ulike perspektivene farger svarene. Giverne er tilbøyelige til å understreke hva de gir, mottakerne er tilbøyelige til å nedtone hva de får, i begge tilfeller for å framstå i et gunstig lys, og/eller fordi det som har vært gitt og ment som en hjelp ikke alltid blir oppfattet som det. Sammenlikninger mellom barn og foreldre må også tolkes i lys av at de svar som voksne barn her gir, refererer til eldre foreldre enn de foreldrene som svarer. De intervjuede barna er i alderen 40–79 år og refererer til foreldre som er 25–30 år eldre enn seg selv. Foreldrene som svarer er også i alderen 40–79 år og referer til barn som er 25–30 år yngre enn seg selv.

Ser vi på svarmønstrene (tabell 1), kan vi for det første konstatere at det jevnt over er små forskjeller i typer og rater av hjelp mellom ulike typer lokalmiljøer. Der er en viss tendens til at foreldre i sentrale strøk gir noe mer hjelp (av alle typer) til barn enn foreldre i landlige strøk, kanskje fordi man blir noe seinere voksen og selvstendig i byene. Forøvrig er det små forskjeller mellom lokalmiljøene, uansett fra hvilken side av relasjonen vi ser det.

Tabell 1. Typer hjelp som er gitt og mottatt mellom foreldre og barn de siste 12 måneder etter typer lokalmiljø for aldersgruppen 40–79 år – slik (1a) foreldre og (1b) barn ser det. Prosent (n).

	Land- kommuner	Byer og tettsteder	Storby- strøk	Alle (n)
<i>1a: Foreldres synsvinkel</i>				
Gitt praktisk hjelp	47,7	45,6	52,1	49,5 (3633)
økonomisk hjelp	48,8	44,7	51,6	49,4 (3633)
følelsesmessig støtte	37,1	36,6	42,9	40,0 (3633)
Mottatt praktisk hjelp	39,1	38,8	37,1	38,0 (3628)
økonomisk hjelp	3,0	2,0	1,8	2,1 (3628)
følelsesmessig støtte	26,0	24,4	26,3	25,8 (3628)
<i>1b: Barnas synsvinkel</i>				
Gitt praktisk hjelp	52,8	56,6	54,7	54,6 (1866)
økonomisk hjelp	2,8	2,3	3,6	3,1 (1866)
følelsesmessig støtte	21,1	21,0	26,4	23,9 (1866)
Mottatt praktisk hjelp	10,9	12,1	11,1	11,3 (1866)
økonomisk hjelp	10,0	9,3	14,7	12,4 (1866)
følelsesmessig støtte	10,6	11,9	15,0	13,2 (1866)

Det mest slående er ellers at den økonomiske hjelpen i all hovedsak flyter nedover generasjonslinja fra foreldre til barn, og ytterst sjelden oppover fra barn til foreldre. Omtrent halvparten av foreldrene har gitt barna økonomisk hjelp i form av penger eller større gaver det siste året; bare 2–3 prosent av barna har gitt slik hjelp til foreldrene. Vi merker oss at foreldrene langt oftere oppgir at de *gir* økonomisk hjelp enn barna oppgir at de *får* slik hjelp. Forklaringen ligger delvis i at svarene viser til ulike aldersgrupper av barn og foreldre, som nevnt ovenfor, men er trolig også et utslag av selektiv observasjon og presentasjon av seg selv som giver snarere enn mottaker. Når pengene flyter nedover i generasjonslinja, har det også sammenheng med at eldre flest har god økonomi. I land med dårligere pensjoner, flyter den økonomiske hjelpen relativt oftere oppover fra barn til eldre foreldre (Daatland & Herlofson 2004).

Barna er særlig aktive når det gjelder praktisk hjelp, men fra de intervjuede foreldrenes synsvinkel, så framstår foreldrene selv som netto givere av praktisk hjelp helt til midt i 70-årene. Først fra da av blir det relativt flere som får praktisk hjelp fra barna enn som gir praktisk hjelp til dem (ikke vist i tabellen). Barna ser seg som netto givere av praktisk hjelp allerede tidlig i 40-årene, og referer da til foreldre som er fra ca. 70 år og oppover. Foreldrene er forøvrig mer tilbøyelige til å gi enn å få følelsesmessig støtte, slik de selv ser det; det ligger kanskje naturlig i foreldrerollen, nær sagt uansett hvor gammel en er.

Virkeligheten ser altså noe forskjellig ut fra foreldres og barnas side, og det er også av andre grunner vanskelig å gi noen samlet vurdering av omfanget av den familiære hjelpen – hvorvidt den er større eller mindre enn man skulle forvente for å konkludere at generasjonssolidariteten fortsatt står sterkt. Det er behov for mer inngående analyser før vi treffer slike konklusjoner, og vi nøyer oss derfor foreløpig med å konstatere at flertallet av både barn og foreldre forteller at de gir ulike typer hjelp og støtte til hverandre. Når nivået synes lavere i denne undersøkelsen enn hva vi fant i den europeiske OASIS-studien (Daatland & Herlofson 2004), skyldes det nok primært den ulike metodikken. Det at vi her finner samme nivå av hjelp i storbyen som på landet kan tas som uttrykk for at urbaniseringen *ikke* ser ut til å ha svekket generasjonsbåndene i vesentlig grad, selv om den har brakt med seg større geografiske avstander og et travlere liv. Mange kan dermed finne det vanskelig å følge opp relasjonen så tett og ofte som de ellers kunne tenkt seg.

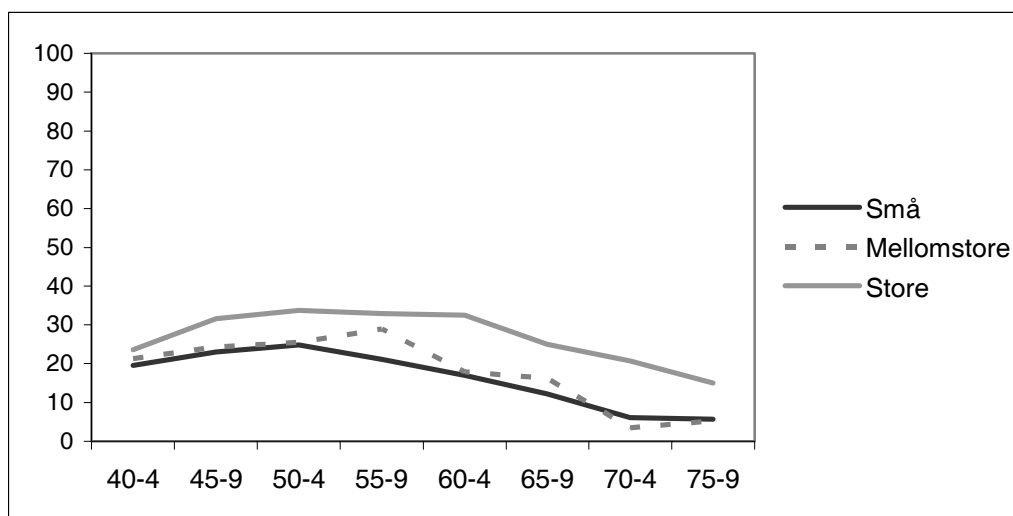
Skilsmisse som risiko?

Vi skal avrunde med en illustrasjon av mulige virkninger av de nyere trekkene i familieformasjonen, nærmere bestemt hvorvidt og hvordan forholdet mellom voksne barn og eldre foreldre kan bli påvirket av de mange skilsmisene. Skilsmisseratene har for Norges del blitt tredoblet siden seint på 1960-tallet, fra 13 av 100 ekteskap i 1970 til 40 av 100 i 2001 (Jensen 2004). En alternativ illustrasjon er at mens 14 prosent av barna født i 1972 opplevde skilsmisse blant foreldrene før de ble 16 (i 1988), er den tilsvarende raten for 16-åringer i dag ca. 40 prosent (Noack 2004). Hvorvidt denne økningen er et uttrykk for en tiltakende individualisme og en svekkelse av kollektive normer, eller snarere skyldes at det har blitt bedre muligheter for å bryte ut av uheldige og tvingende allianser, er omstridt.

De fleste undersøkelsene på området har vært konsentrert om korttidsvirkninger for små barn. De stigende skilsmisseratene har etter hvert gitt muligheter for å studere også langtidsvirkninger. Skilte fedre har i de fleste av disse studiene blitt funnet å ha mindre nære relasjoner til voksne barn enn ikke-skilte fedre, mens man har funnet liten forskjell for mødres vedkommende, trolig fordi barna er tilbøyelig til å bli værende hos mor etter en skilsmisse (Webster & Herzog 1995, Kaufman & Uhlenberg 1998, Crosnoe & Elder 2004).

I hvilken grad en dårlig relasjon til barna er en følge av skilsmissen, eller et resultat av konflikter før bruddet, er mindre klart. Det er vanskelig å skille de to effektene; da måtte man kunne følge forholdet over tid og igjennom skilsmissen. Vi kjenner ingen studier der dette har vært gjort, men noen har forsøkt å skille de to effektene ved å be foreldrene vurdere hvor årsaken ligger. Webster & Herzog (1995) konkluderte på dette grunnlaget at det først og fremst var konfliktene før skilsmissen som slo negativt ut, men at det også var en selvstendig – og negativ – virkning av selve skilsmissen. Forklaringen til at skilsmissen kan påvirke forholdet til barna blir gjerne knyttet til stress og motstridende følelser fra både foreldres og barns side, nær sagt uansett hvor lykkelig eller ulykkelig skilsmissen er (Kaufman & Uhlenberg 1998). Det er på den andre siden ikke urimelig å anta at graden av stress vil variere med hvor uønsket og uventet bruddet er (Neugarten 1968, Neugarten & Hagestad 1985, McLanahan & Sørensen 1985). I så fall burde virkningen av skilsmisser være mindre negativ der skilsmisseratene er høye og skilsmisser i denne forstand er mindre uventet, f.eks. i byer sammenliknet med bygder og for yngre sammenliknet med eldre kohorter, fordi skilsmisser er vanligere i byene og har blitt vanligere for hver ny kohort (figur 10).

Figur 10. Skilsmisserater etter alder og type lokalmiljø.



Virkingen av skilsmissen kan også variere med et antall andre faktorer, som f.eks. barnas alder da skilsmissen fant sted, hvor lang tid som har gått, hvem som tok initiativet, hvordan bruddet ble gjennomført og i hvilken grad foreldrene har etablert ny familie. Vi har foreløpig ikke hatt muligheter for å kontrollere for disse faktorene, men resultatene er forøvrig i tråd med resultatene fra andre studier. I en serie av regresjonsanalyser finner vi at skilte foreldre jevnt over har mindre kontakt og mindre utveksling av hjelp med voksne barn enn foreldre som aldri har vært skilt – også når vi kontrollerer for alder, antall barn man har, utdannelse og type lokalmiljø (tabell 2). Sammenhengen ser ut til å være sterkere for kontakt (assosiativ solidaritet) enn hjelp (funksjonell solidaritet). Analysene bekrefter også at sammenhengen – spesielt hva gjelder kontaktmønstre – er sterkere for fedre, men vi finner et negativt samband også for mødrenes vedkommende (tabell 3). Når skilsmisse slår sterkest ut for samværs- og kontaktmønstre, kan det nettopp ha sammenheng med at ‘hjemmet’ oftest følger med moren etter bruddet.

Sammenhengen er i store trekk den samme på tvers av aldersgrupper og typer av lokalmiljø, noe som peker i retning av allmenmenneskelige (psykologiske) snarere enn sosiokulturelle faktorer, f.eks. hvor vanlige eller uvanlige skilsmisser er. Barn kan føle seg sviktet uansett hvor god eller dårlig grunn det var til skilsmissen, og de kan slites mellom konflikterende lojaliteter til foreldrene. Foreldrene kan på sin side ha dårlig samvittighet, og i oppbruddet kan det ligge kimer til en avstand som gjør at kontakten kjennes mindre selvfølgelig. Vi understreker imidlertid, og som alt nevnt, at den svakere relasjonen mellom barn og skilte foreldre ikke trenger å skyldes bruddet, men konfliktene som førte fram til det – trolig primært det siste. Vi

skal prøve å skille de to typer virkninger i neste runde av studien, når vi følger opp de intervjuede fem år etter og kan studere utviklingen over tid.

Tabell 2. Sammenhengen mellom skilsmisse blant foreldre og kontakt og hjelpeutveksling med voksne barn (18 år+). Standardiserte regresjonskoeffisienter, ordinær lineær regresjon.

	1	2	3	4
	Samvær	Begivenheter	Hjelp fra	Hjelp til
Skilt (1=ja)	-.139***	-.174***	-.060**	-.072***
Kjønn (1=kvinne)	.031	.113***	.150***	.015
Alder	-.160***	-.135***	-.023	-.224***
Hushold (1=med andre)	.084***	.025	-.081***	.003
Antall barn	.226***	.199***	.105***	.136***
Barnebarn (1= ja)	-.050**	-.027	-.017	.025
Utdannelse	-.053**	.094***	.113***	.174***
Kommunestørrelse	.074***	.147***	.007	.108***
R ²	.110***	.117***	.040***	.051***
(n)	(3541)	(2771)	(3592)	(2771)

Avhengige variabler: (1) Hvor ofte samvær med barn i løpet av de siste 12 måneder (fra ingen til daglig kontakt, 5 kategorier), (2) Begivenheter og/eller ferie sammen med barn (0-3 begivenheter), (3) Mottatt hjelp (praktisk, emosjonelt, økonomisk) fra barn siste 12 måneder (0-3 typer hjelp), (4) Gitt hjelp (praktisk, emosjonelt, økonomisk) til barn siste 12 måneder (0-3 typer hjelp).

Uavhengige variabler: Skilte (minst én gang) vs aldri skilte foreldre, kjønn (0=menn, 1= kvinner), alder (fire kategorier), hushold (0=singel, 1= med andre), antall barn (0, 1, 2, 3+), barnebarn (0=nei, 1=ja), utdanning (tre nivåer fra lav til høy), kommunestørrelse (fra liten til stor, 5 kategorier).

Tabell 3. Sammenhengen^a mellom skilsmisse og kontakt og hjelp til/fra voksne barn (18 år+) for mødre og fedre. Standardiserte regresjonskoeffisienter, ordinær lineær regresjon.

	1	2	3	4
	Samvær	Begivenheter	Hjelp fra	Hjelp til
Kvinner (mødre)	-.083**	-.105***	-.045	-.072**
Menn (fedre)	-.203**	-.247***	-.080**	-.070**

^aMed kontroll for samme faktorer som i tabell 2.

Lokale variasjoner

Vi avslutter med å oppsummere de viktigste likheter og forskjeller etter type lokalmiljø. På mange områder er kontrastene små. Forskjellene ligger primært i strukturelle trekk som det å ha barn eller ikke, hvor mange barn en har, hvor langt borte de bor, og hvor ofte man omgås.

Andelen barnløse (40–49 år) er særlig høy i storbyen, fordi det er mange enslige her. Barnekullene er jevnt over også noe mindre i storbyen

(tabell 4). Blant kvinner er det særlig mange barnløse i storbyen, blant menn – i landkommuner. Samme kontrast mellom kjønnene finner vi for antall ‘familieisolerte’ eldre (70–79 år), der det er flest isolerte kvinner i storbyen, men flest isolerte menn på landsbygda.

Tabell 4. Antall barn, avstand og samvær med barn etter alder og type lokalmiljø . Prosent (n) og gjennomsnitt.

	Land- kommuner	Byer og tettsteder	Storby- strøk
<i>40–49 år, Barnløse (prosent)</i>			
Kvinner	11,5	9,9	24,5
Menn	21,5	10,3	16,1
<i>40–49 år, m/barn (antall)</i>			
Gjennomsnittlig antall	2,8	2,7	2,3
<i>70–79 år, Avstand til barn (%)</i>			
Bor med barn	11,7	3,5	2,6
Barn som nærmeste nabo	21,4	17,8	13,1
– 5 mil borte	33,0	55,9	73,2
5 mil borte eller mer	33,9	22,8	11,1
Alle	100,0	100,0	100,0
(n)	(257)	(202)	(428)
<i>70–79 år, Samvær med barn (%)</i>			
Daglig	31,2	27,7	15,5
Ukentlig	29,1	41,0	49,1
Månedlig	13,4	15,4	26,2
Sjeldnere	26,3	15,9	9,0
Alle	100,0	100,0	100,0
(n)	(247)	(195)	(405)
<i>70–79 år, Generasjonsisolerte (%)</i>			
Kvinner	11,5	9,0	24,3
Menn	19,5	10,3	16,0

Det er lite vanlig å bo sammen med voksne barn, men vanligere i landkommuner (12 prosent av foreldre i alderen 70–79 år) enn i store og små byer (3 prosent). I landkommuner er det også vanligere å ha barna i umiddelbar nærhet (som nærmeste nabo). For mange ligger dermed forholdene godt til rette for kontakt og hjelp, det være seg fra barn og barnebarn til den eldre generasjon, eller fra besteforeldre til barn og barnebarn. Mange besteforeldre spiller en viktig rolle i så måte, ikke minst når både far og mor er yrkesaktive (Hagestad 2003). Landkommunene har på den andre siden også mange med svake familieressurser. Kontrastene synes større her, mellom dem som har barn i nærheten og ofte kontakt til dem som er uten barn eller har barn boende langt borte. Tre ganger flere i landkommunene

enn i storbyen har nærmeste barn mer enn 5 mil borte. Avstanden avspeiler seg i kontakt- og samværsmønstrene, der vi igjen finner større kontraster i landkommunene; mange med ofte samvær, men også forholdsvis mange som møtes sjelden. De siste vil nok ofte kompensere for dette via telefon, feriebesøk og lignende.

Derimot ser det ut til å være liten forskjell i hjelpemønstre mellom bygd, småby og storby, og skilsmisser slår ut på samme måte på tvers av miljøene. Urbanisering ser dermed ikke ut til å være noen trussel for solidariteten mellom generasjonene. Det ser dermed ut til at 'kontrakten' mellom familiegenerasjonene er nokså lik i norske byer og bygder, til tross for at rammebetingelsene kan være temmelig forskjellige.

Referanser

- Abel, E.K. (1992). Parental dependence and filial responsibility in the nineteenth century: Hial Hawley and Emily Hawley Gillespie, 1884–1885. *The Gerontologist*, 32, 519–526.
- Amato, P.R. (2004). 'Family change: Decline or resilience?', in V.L. Bengtson, A.C. Acock, K.R. Allen, P. Dilworth–Anderson & D.M. Klein (eds.), *Sourcebook of family theory and research* (pp. 112–117). Thousand Oaks: Sage.
- Asbjørnsen, N. (1991). Velferdspolitik. Konflikt mellom menns og kvinners interesser? *Samfunnspeilet*, 2.
- Bagge, S. (1998). *Mennesket i middelalderens Norge. Tanker, tro og holdninger 1000–1300*. Oslo: Aschehoug.
- Bengtson, V.L. & Roberts, R.E.L. (1991). Intergenerational solidarity in aging families: An example of formal theory construction. *Journal of Marriage and the Family*, 53, 856–870.
- Bengtson, V.L., Biblarz, T.J. & Roberts, R.E.L. (2002). *How families still matter: a longitudinal study of youths in two generations*. New York: Cambridge University Press.
- Brody, E.M. (1990). *Women in the middle. Their parent-care years*. New York: Springer.
- Cherlin, A.J. og F.F. Furstenberg (1986). *The new American grandparent*. New York; Basic Books.
- Connidis, I. (2001). *Family ties and aging*. Thousand Oakes: Sage.
- Crosnoe, R. & Elder, G.H. (2004). From childhood to later years: Pathways of human development. *Research on Aging*, 26, 6, 623–654.
- Daatland, S.O. (1990). What are families for. On family solidarity and preferences for help. *Ageing and Society*, 10, 1–15.

- Daatland, S.O. (1997). Family solidarity, popular opinion, and the elderly. *Ageing International*, 1, 51–62.
- Daatland, S.O. & Herlofson, K. (2001). *Ageing, intergenerational relations, care systems and quality of life*. Oslo: NOVA, rapport 14–2001.
- Daatland, S.O. & Herlofson, K. (2003). “Lost solidarity” or “changed solidarity”? A comparative European view on normative family solidarity. *Ageing and Society*, 23, 537–560.
- Daatland, S.O. & Herlofson, K. (2004). *Familie, velferdsstat og aldring. Familie-solidaritet i et europeisk perspektiv*. Oslo: NOVA, rapport 7–2004.
- Daatland, S.O. & Herlofson, K. (2004). ‘Flere skilte, svekket familiesamhold?’, i B. Slagsvold & P.E. Solem (red.), *Morgendagens eldre. En sammenligning av verdier, holdninger og atferd blant dagens middelaldrende og eldre* (pp. 59–71). Oslo: NOVA, rapport 11–2005.
- DeJong Gierveld, J. (2004). ‘Socetal trends and life course events affecting diversity in later life’, in S.O. Daatland & S. Biggs (eds.), *Ageing and diversity*. Bristol: Policy Press.
- Gaunt, D. (1983) *Familjeliv i Norden*. Malmö: Gidlunds.
- Hagestad, G. (1991). *Familiers alders- og generasjonsstruktur*. Oslo: Institutt for sosiologi, rapport 10.
- Hagestad, G. (1991). ‘Interdependent lives and relationships in changing times: a life-course view of families and aging’, in R. Settersten (ed.), *Invitation to the life course: toward a new understanding of later life* (ch, 5). New York: Baywood.
- Jensen, A.M. (2004). ‘Harde fakta om myke menn’, i A.L. Ellingsæter & A. Leira (red.), *Velferdsstaten og familien* (s. xxx). Oslo: Gyldendal.
- Kaufman, G. & Uhlenberg, P. (1998). Effects of life course transitions on the quality of relationships between adult children and their parents. *Journal of Marriage and the Family*, 60, 924–938.
- King, V., Silverstein, M., Elder, G.H., Bengtson, V.L. og Conger, R.D. (2003). Relations with grandparents. Rural Midwest versus urban Southern California. *Journal of Family Issues*, vol. 24, nr. 8, 1044–1069
- Lappegård, T. (2001). Fruktbarhet og familiepolitikk. *Samfunnsspeilet* 6/2001, 20–26.
- Laslett, P. (1984). The significance of the past in the study of ageing. *Ageing and Society*, 4, 4, 379–389.
- Lowenstein, A. & Ogg, J. (eds.)(2003). *OASIS. Old age and autonomy: the role of service systems and intergenerational family solidarity. Final report*. Haifa: University of Haifa.
- McCulloch, B.J. (1995). Aging and kinship in rural context. I Blieszner, R. og Bedford, V.H. (red.) *Handbook of aging and the family*, s. 332–354. Westport, CT: Greenwood.

- McLanahan, S.S. & Sørensen, A.B. (1985). 'Life events and psychological well-being over the life course', in G.H. Elder (ed.), *Life course dynamics. Trajectories and transitions, 1968–1980*. Ithaca: Cornell University Press (pp. 217–238).
- Neugarten, B.L. (ed.)(1968). *Middle age and aging*. Chicago: University of Chicago Press.
- Neugarten, B.L. & Hagestad, G. (1985). 'Age and the life course', in R.H. Binstock & E. Shanas (eds.), *Handbook of aging and the social sciences*. New York: Van Nostrand Teinhold.
- Noack, T. (2004). 'Familien i velferdsstaten: fra støttespiller til trojansk hest?', i A.L. Ellingsæter & A. Leira (red.), *Velferdsstaten og familien* (s. 39–46). Oslo: Gyldendal.
- Parsons, T. (1955). 'The American family: It's relations to personality and the social structure', in T. Parsons & R.F. Bales (eds.), *Family, socialization and interaction process* (pp. 3–33). Glencoe: The Free Press.
- Popenoe, D. (1993). American family decline 1960–1990: a review and appraisal. *Journal of Marriage and the Family*, 55, 527–556.
- Rosenmayr, L. & Köckeis, E. (1963). Propositions for a sociological theory of aging and the family. *International Social Science Journal*, 15, 410–426.
- Skrede, K. (2004). Familiepolitikens grense – ved "likestilling light". I Ellingsæter, A.L. og Leira, A. (red.) *Velferdsstaten og familien*, s. 160–200., Oslo: Gyldendal.
- SSB (2005a). <http://www.ssb.no/histstat/tabeller/3-3-23t.txt>
- SSB (2005b). <http://www.ssb.no/emner/02/02/10/dode/tab-2005-04-28-02.html>
- Sundström, G. (1994). 'Care by families. An overview of trends', in *Caring for frail elderly people in Europe. New directions in care* (pp. 15–55). Paris: OECD, Social Policy Studies no. 14.
- UN (2005). *Living arrangements of older persons around the world*. New York: United Nations.
- Walker, A. (1993). *Age and attitudes*. Brussels: Commission of the European Communities.
- Webster, P.S. & Herzog, R.A. (1995). Effects of parental divorce and memories for family problems on relationships between adult children and their parents. *Journal of Gerontology*, 50B, 1, S24–S34.
- Wilson, T.C. (1993). Urbanism and kinship bonds: A test of four generalizations. *Social Forces*, vol. 71, no. 3, 703–712.
- Wirth, L. (1938). Urbanism as a way of life. *American Journal of Sociology*, 44, 3–24.
- Wolfe, A. (1989). *Whose keeper? Social science and moral obligations*. Berkeley: University of California Press.

10 Pensjonering og tilknytning til arbeid – lokale variasjoner

Per Erik Solem & Morten Blekesaune

Utfordringer

Tidligpensjonering har medført økende politisk bekymring de siste 20–30 årene over hele OECD-området (Blöndal & Scarpetta 1998). Selv om tendensen til tidligere pensjonering har stoppet opp i mange land, også i Norge, legges det stor politisk innsats i å reversere trenden slik at den reelle pensjoneringsalder kan øke. I Norge skjer innsatsen gjennom ‘Nasjonalt krafttak for seniorpolitikk i arbeidslivet’ (www.seniorpolitikk.no) og ‘Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv’ (IA-avtalen) (www.trygdeetaten.no). Begge disse tiltakene, som ble iverksatt i 2001, skal gjøre arbeidslivet mindre utstøtende og mer tiltrekkende for eldre. En annen tilnærming er å endre pensjonssystemet slik at det lønner seg bedre å arbeide framfor å ta ut pensjon, slik som vi finner det i utredninger for et nytt pensjonssystem (NOU 2004:1, St.meld. nr. 12 (2004 – 2005), Innst. S. nr. 195 (2004 – 2005)).

Mye kan forventes å endres de kommende år. Det kan skje store forandringer i pensjonssystemet og i arbeidslivet, blant annet som følge av Nasjonalt krafttak og IA-avtalen. Pensjoneringsmønsteret vil også påvirkes av mer generelle endringer i arbeidslivet, f.eks. økt konkurranse, mer fleksibilitet i organisering av arbeidet, løsere tilsetningsforhold, individualisering av ansvar, mer kunde- eller klientrelasjoner, hyppigere omstillinger, nye teknologiske hjelpemidler og mer kvalitetskontroll (NOU 1999:34, Hilsen 2000, NOU 2004:5). Slike endringer kan ha ulike virkninger for eldre arbeidstakere. Økt konkurranse kan bety at det stilles større krav til innsats og at flere presses tidligere ut av arbeidslivet. Økt fleksibilitet i organisering av arbeidet kan på den annen side gi rom for flere som kan eller ønsker å yte en begrenset innsats, for eksempel gjennom kortere arbeidstid. Løsere tilsetningsforhold kan gi lettere tilgang på (midlertidig) ansettelse, samtidig som det også kan gir mer utrygghet, belaste helsa og dermed virke utstøtende (Qinlan et al. 2001).

Kulturelle endringer i verdien av fritid og i verdien av arbeid kan også få betydning for pensjoneringsmønstrene. Data fra NorLAG tyder imidlertid på

at vi ikke står overfor noen synkende interesse for arbeid i aldersgruppene over 40 år (Solem & Blekesaune 2005). Pensjoneringsmønstrene kan også endres gjennom tendenser til oppmykning i den tradisjonelle tredelingen av livsløpet i utdanning først, deretter arbeid og så fritid (pensjonering) (Riley & Riley 1994, Guillemard 1999). Andre endringer som kan få betydning for arbeids- og pensjoneringsforløpene framover er det som skjer med familiemønstrene ved at flere lever alene samt nyetableringer og nye barnekull i siste halvdel av yrkeskarrieren. Med forsørgeransvar kan det bli økonomisk nødvendig å forskyve pensjoneringen. Mye tyder således på at pensjoneringsmønstrene er i endring. NorLAG vil gjøre det mulig å følge disse endringene.

Problemstillinger og metode

I denne artikkelen vil vi se spesielt på variasjon mellom regioner og lokalmiljø: (1) Hvordan varierer arbeids- og pensjoneringsmønstrene? (2) Hvor viktig er arbeid, og hvordan varierer tilknytningen til arbeid?

NorLAG-undersøkelsens utvalg og forskningsinstrumenter er beskrevet i kapittel 2 og 3. Analysene i dette kapittelet er primært basert på telefonintervjuet som omfatter 5.559 personer i alderen 40–79 år. Et par av spørsmålene er fra det postale skjemaet, som er besvart av 4.169 personer.

Arbeids- og pensjoneringsmønstrene

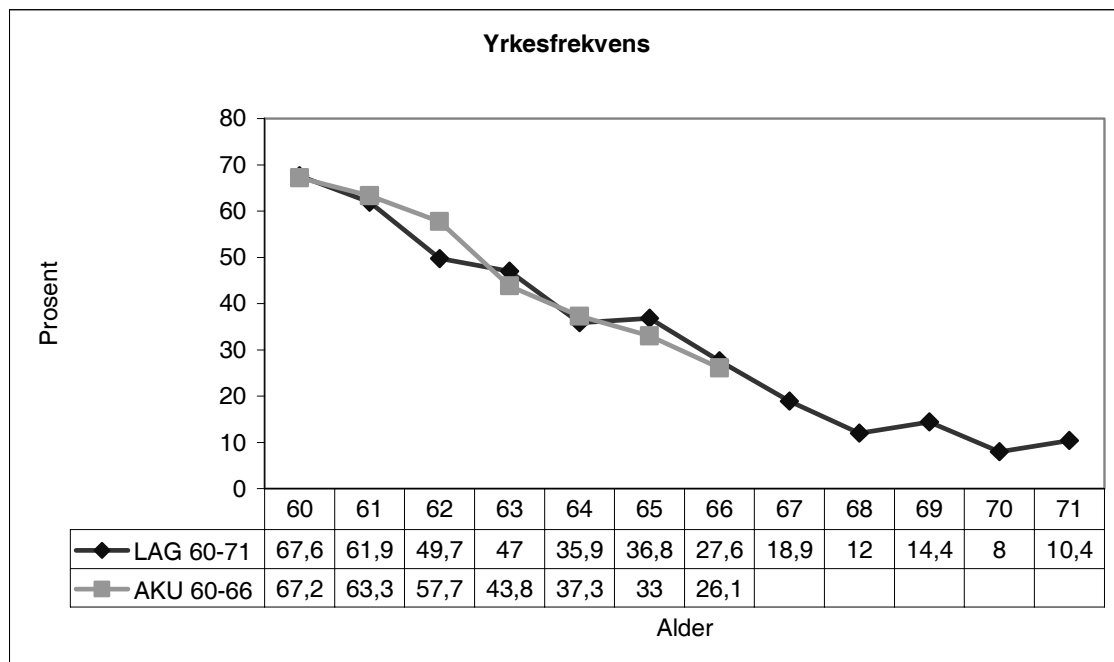
Sysselsetting

Her skal vi gi en kort beskrivelse av avgangsmønstrene slik de måles med redusert sysselsetting med økende alder. Det generelle mønsteret, som også framgår av SSBs arbeidskraftundersøkelser (AKU), er at yrkesdeltakelsen når en topp i 40-årsalderen, synker i 50-årene og faller kraftig etter 60 år. Kvinner har noe lavere yrkesdeltakelse enn menn, men kjønnsforskjellen er ikke like stor som tidligere. Fire alderstrinn er viktige i pensjoneringsforløpet: 62 år er første avgangsmulighet på Avtalefestet pensjon (AFP), 65 år gir statsansatte en gunstigere AFP, 67 år er folketrygdens pensjonsalder og 70 år regnes som den høyeste øvre aldersgrense for vern mot oppsigelse på grunn av alder.

Andelen som er yrkesaktive faller noenlunde jevnt fra 60 til 68 år (figur 1). I NorLAG er det tydelige fall i yrkesfrekvensen fra 61 til 62 år og fra 63 til 64. Mellom 65 og 68 er det derimot ingen markante fall, men en jevn reduksjon. I AKU-dataene (SSB 2004) skjer det tydeligste fallet fra 62 til 63 år. Når det kommer ett år senere enn i NorLAG, skyldes det antakelig at

AKU definerer alder som antall fylte år ved utgangen av året, mens vi anvender antall fylte år på intervju tidspunktet i NorLAG. Ser vi på yrkesfrekvensene ved 62 og 63 år under ett, blir forskjellene på NorLAG og AKU mindre (henholdsvis 48,4 og 50,8 prosent). Tatt i betraktning at tidspunktene for målene ikke er identiske (AKU er årsgjennomsnitt for 2002, mens NorLAG omfatter en periode i 2002 og 2003), og at NorLAGs utvalg ikke er trukket med henblikk på å være landsrepresentativt, viser NorLAG-dataene god overensstemmelse med fordelingen fra AKU.

Figur 1. Andel yrkesaktive i NorLAG (60–71 år) og AKU (60–66 år). Prosent.



Det er en relativt jevn yrkesavgang innenfor aldersgruppen 60 til 68 år. De alderstrinnene som gir rettigheter i forhold til pensjonssystemet gir mindre tydelige fall i yrkesfrekvensen enn det en kunne vente. Det alderstrinnet som gir mest markerte endringer i sysselsettingen er 62 år, som kan være på vei til å bli en norm for yrkesavgang.

Faktisk pensjoneringsalder

En annen indikator på avgangsmønstret er gjennomsnittlig faktisk pensjoneringsalder. Det er basert på spørsmål til dem som regner seg som pensjonister: «Fra hvilket år fikk du pensjon?» Det er så omregnet til personens alder det året. Det er en viss usikkerhet her ved at vi ikke har opplysninger om personens eksakte alder ved uttak av pensjon, men bare året pensjeringen skjedde.

Vi har beregnet gjennomsnittsalderen ved pensjonering for dem som på intervju tidspunktet var pensjonert. Vi begrenser analysen til pensjonering mellom 50 og 70 år. Vi er primært interessert i alderspensjonering og holder derfor uførepensjonering før 50 år utenfor. De få som har oppgitt at de ble pensjonert senere enn 70 år holdes også utenfor, fordi alle over 70 år er pensjonert i den forstand at de mottar pensjon fra folketrygden. Kjønnsskjellen er liten ($p=.07$), men tendensen er at kvinner har pensjonert seg litt senere eller i alle fall ikke tidligere enn menn (menn 64,0 år, kvinner 64,6 år). Til sammenlikning finner Western & Haga (2005) nokså lik 'forventet pensjoneringsalder' for pensjonering etter fylte 50 år for menn og kvinner i 2002 (63,7 for menn og 63,5 for kvinner).

Tabell 1. Gjennomsnittlig *faktisk* pensjoneringsalder etter landsdel, 95% konfidensintervall og antall. Personer som ble pensjonister da de var mellom 50 og 70 år (N).

	Gjennomsnitt	95% konfidensintervall	N
Oslo/Akershus	64,7	64,4 – 65,0	570
Agder	64,3	63,8 – 64,8	276
Nord-Trøndelag	64,0	63,6 – 64,4	326
Troms	63,7	63,2 – 64,3	280
Total	64,3	64,1 – 64,5	1452

Det er signifikante forskjeller i pensjoneringsalderen mellom de 30 lokalsamfunnene og de fire landsdelene. I tabell 1 sammenliknes landsdelene, der Oslo/Akershus skiller seg ut med høy og Troms med lav pensjoneringsalder, i gjennomsnitt går man av ett år tidligere i Troms.

Ønsket pensjoneringsalder

En annen indikator på pensjoneringsalder er den alder de yrkesaktive sier at de ønsker å pensjonere seg. Spørsmålet var: «Ved hvilken alder kunne du tenke deg å gå av med pensjon hvis du selv kunne velge helt fritt?» Tabell 2 viser at det er litt større forskjeller mellom landsdeler og lokalsamfunn for *ønsket* sammenliknet med *faktisk* pensjoneringsalder i tabell 1.

Tabell 2. Gjennomsnittlig *ønsket* pensjoneringsalder etter landsdel, 95% konfidensintervall og antall (N).

	Gjennomsnitt	95% konfidensintervall	N
Oslo/Akershus	62,0	61,7 – 62,3	1225
Agder	61,1	60,7 – 61,5	557
Nord-Trøndelag	61,1	60,8 – 61,4	624
Troms	60,5	60,2 – 60,9	582
Total	61,4	61,2 – 61,5	2988

Det er Oslo/Akershus som skiller seg tydeligst ut med en høy ønsket pensjoneringsalder. Troms har lavest ønsket pensjoneringsalder, ett og et halvt år tidligere enn Oslo/Akershus. De som bor i det sentrale østlandsområdet synes å være mindre interessert i tidligpensjonering enn de som bor i andre deler av landet, men i alle landsdeler ligger gjennomsnittet ved eller under 62 år.

Kjønnsforskjellen i ønsket pensjoneringsalder er liten, men statistisk signifikant. Den går i samme retning som for gjennomsnittlig pensjoneringsalder: menn ønsker gjennomsnittlig 61,1 år og kvinner 61,6 år.

Pensjoneringstendens

Variabelen ‘pensjoneringstendens’ er konstruert av faktisk pensjoneringsalder for dem som er pensjonert og ønsket pensjoneringsalder for dem som ikke er pensjonert. Dermed får vi et samlet uttrykk for (1) pensjoneringsatferden i lokalmiljøene slik den har vært gjennom de siste årene og (2) den framtidige pensjoneringsatferden uttrykt gjennom ønsket pensjoneringsalder. Denne samlevariabelen kan undersøkes i forhold til kjennetegn ved lokalmiljøet og i forhold til individkjennetegn som ikke varierer systematisk med om en er yrkesaktiv eller pensjonist.

Tabell 3: To-nivå regresjonsanalyse av ‘pensjoneringstendens’ (faktisk eller ønsket pensjoneringsalder) etter kjennetegn ved individer og kommuner.

	Menn	Kvinner	I alt
<i>Forklart variasjon:</i>			
Kjønn (M=0, K=1)			.23
Utdanning (7–21 år)	-.02	-.07	-.05
Yrkesstatus (1–9)	.11*	.06	.09*
Kommunestørrelse (1–5)	.34**	.20*	.26**
Konstant	60,34	62,08	60,89
<i>Uforklart variasjon:</i>			
Kommuner/bydeler (st.avvik)	.40*	.30*	.39**
Individer (st.avvik)	4.74**	4.42**	4.59**
N=	2154	1968	4122

* $p < .05$, ** $p < .01$

Vi har analysert pensjoneringstendens (tabell 3) i forhold til kjønn, utdanning, yrkesstatus (nåværende eller tidligere yrke) og bostedskommunens størrelse (5-delt). Inntekt påvirkes av selve pensjoneringsatferden, og kan dermed ikke predikere vårt samlemål på pensjoneringstendens. Alle disse variablene antas å påvirke pensjoneringstendensen. De som har mye utdanning og som jobber i høystatusyrker pensjonerer seg senere enn de som har

lavere utdanning og yrkesstatus. Men er det utdanningsnivået eller yrkets status som er mest avgjørende for når folk pensjonerer seg? Pensjoneringen skjer dessuten senere i storbyene enn i små kommuner. Men skyldes dette at de som bor i storbyer har mer utdanning og jobber oftere i høystatusyrker enn de som bor på mindre steder?

Tabell 3 har to typer uforklart variasjon (residual-ledd): mellom individer (som alle andre regresjonsanalyser) og mellom 30 kommuner/bydeler, derav betegnelsen to-nivå regresjonsanalyse.¹ Tabellen viser at pensjoneringstendensen varierer signifikant med yrkesstatus, men ikke med utdanning. Kommunestørrelse har selvstendig effekt også når vi korrigerer for utdanning og yrkesstatus. Ellers varierer pensjoneringstendensen noe mer blant menn enn blant kvinner. Dette gjelder både når vi ser på uforklart variasjon og på systematiske forskjeller som følger yrkesstatus og kommunestørrelse.

Menn som bor i større byer og som jobber i høystatusyrker pensjonerer seg senere enn menn som bor i små kommuner og som jobber i yrker som gir mindre status. Også hos kvinner finner vi en sammenheng mellom kommunestørrelse og pensjoneringstendens. Yrkesstatus betyr derimot lite for når kvinner pensjonerer seg.

Utdanningsnivået betyr lite både for menn og kvinner når vi samtidig korrigerer for yrkesstatus. Generelt har kvinner en tendens til senere pensjonering enn menn. Men når vi korrigerer for utdanning og yrkesstatus er ikke kjønnsforskjellen signifikant.

Yrkesstatus betyr altså mer enn utdanningsnivået for hvor lenge folk jobber før de pensjonerer seg. Dette kan skyldes flere ting. Høystatusyrker har bedre arbeidsmiljø. Andre undersøkelser viser at de fysiske kravene som stilles i et yrke har stor betydning for pensjoneringsatferden, spesielt for uttak av uførepensjon (Blekesaune & Øverbye 2001). Også kontroll over hvordan arbeidet skal utføres samt stimulerende arbeidsoppgaver synes å bidra til senere pensjonering (Solem 2006, Virjo 2004). De som jobber i høystatusyrker kan dessuten oppleve en reduksjon i sosial anseelse når de pensjonerer seg. Alt dette tilsier at de som jobber i høystatusyrker pensjonerer seg senere enn de som jobber i yrker med lavere status.

¹ Det som her kalles uforklart variasjon mellom kommuner og bydeler vil i andre typer analyser ofte omtales som forklart variasjon. I denne analysen er disse 30 lokalsamfunnene målt med et eget residualledd (random effects) og standardavviket angir et middelmål på avstanden mellom gjennomsnittet og avvikene fra gjennomsnittet (i antall år).

Selv når vi korrigerer for utdanning og yrkesstatus er det fortsatt tendens til tidligere pensjonering i små kommuner enn i storbyene. Og når vi korrigerer for kjønn, utdanning, yrkesstatus og antall innbyggere som bor i kommunen, er det fortsatt noe variasjon mellom de 30 kommunene og bydelene. Dette antyder at lokalmiljøene som vi studerer er preget ikke bare av ulike strukturelle forhold som påvirker pensjoneringsalderen, men også av ulike kulturelle forhold eller standarder for når folk pensjonerer seg. Variasjonsbredden i den uforklarte variasjonen mellom de 30 lokalmiljøene er imidlertid ikke større en ca. 1,2 år. Ulike kulturelle forhold eller lokale standarder synes dermed ikke å ha sterk innvirkning på pensjonerings-tendensen. De to variablene som anvendes for å beregne pensjonerings-tendensen – faktisk pensjoneringsalder og ønsket pensjoneringsalder – viser ulike mønstre (tabell 4). Faktisk pensjoneringsalder varierer mer mellom de 30 lokalmiljøene enn ønsket pensjoneringsalder. Dette kan tyde på at geografiske forskjeller i avgangen fra yrkeslivet også skyldes andre forhold enn variasjon i ønskene om pensjonering. Kontekstuelle forhold som kommune-størrelse synes å ha ulik betydning for faktisk og ønsket pensjoneringsalder. I store kommuner *ønsker* man seg senere pensjonering, mens den *faktiske* pensjoneringen påvirkes av andre forhold enn kommune-størrelse. Dette kan inkludere både strukturelle (lokalt arbeidsmarked) og kulturelle forhold (når det er vanlig å gå av). Dataene gir begrensede muligheter for å skille mellom slike forhold. Det er også usikkert hva det er ved kommunens størrelse som gjør at flere i store kommuner ønsker sen pensjonering.

Tabell 4: To-nivå regresjonsanalyse av 'faktisk pensjoneringsalder', 'ønsket pensjo-neringsalder' og 'pensjoneringstendens' etter kjennetegn ved individer og kommuner.

	Faktisk p-alder (pensjonister)	Ønsket p-alder (yrkesaktive)	Pensjonerings- tendens
<i>Forklart variasjon:</i>			
Kjønn (M=0, K=1)	.34	.46**	.23
Utdanning (7–21 år)	.07	.05	-.05
Yrkesstatus (1–9)	.06	.12**	.09*
Kom.størrelse (1–5)	.13	.28**	.26**
Konstant	61,66	58,30	60,89
<i>Uforklart variasjon:</i>			
Kommuner/bydeler (st.avvik)	.42**	.27	.39**
Individer (st.avvik)	3,88**	4,68**	4,59**
N=	1 168	2 960	4 122

* p<. 05, ** p<. 01

Tilknytning til arbeidet

Hvor viktig er arbeidet i folks liv? Dette undersøkes gjennom to spørsmål. Det ene gjelder hvilken plass arbeidet har i intervjupersonens liv. Det andre dreier seg om en synes en skulle brukt mer tid på arbeid enn det en har gjort fram til nå. Mulige framtidige endringer i hvor viktig arbeidet er i folks liv diskuteres i Solem & Blekesaune (2005) på bakgrunn av de samme dataene.

Hvor viktig er arbeidet?

«Hvor viktig vil du si at hvert av de følgende forhold er i livet ditt nå for tiden?» ‘Ditt arbeid’ er ett av 20 alternativer som alle er gradert etter en firetrinns skala fra svært viktig til ikke viktig.

Arbeidet synes å ha en sentral plass i folks liv. De fleste sier det er svært viktig (35 prosent) eller ganske viktig (42 prosent). Bare ni prosent sier at det ikke er viktig. Den største forskjellen går mellom de som er og ikke er i arbeid. Mens 45 prosent av de yrkesaktive sier arbeidet er svært viktig, er det 20 prosent av de ikke yrkesaktive som sier det samme (Vedleggstabell V:1). Overraskende mange av dem som ikke er yrkesaktive sier at arbeidet er svært viktig ‘nå for tiden’. Det er usikkert om de her tenker på ubetalt arbeid, eller at det tidligere arbeidet fortsatt er viktig for deres identitet, eventuelt også at de tenker på arbeid som de ønsker seg.

En regresjonsanalyse av hvor viktig arbeidet er i forhold til kjønn og andre kjennetegn (tabell 5), viser at arbeidet er viktigere for kvinner enn for menn.

Tabell 5: To-nivå regresjonsanalyse av hvor viktig arbeidet er (1–5) etter kjennetegn ved individer og kommuner.

	Menn	Kvinner	I alt
<i>Forklart variasjon:</i>			
Kjønn (m=0, k=1)			.16**
Utdanning (7–21 år)	-.02*	-.03**	-.02**
Yrkesstatus (1–9)	-.00	.01	.00
Inntekt i 100’ intervaller (0–7)	.03	.08**	.05**
Pensjonist (1 & 0)	-.78**	-.62**	-.71**
Kommunestørrelse (1–5)	-.05**	-.04**	-.04**
Konstant	3,55	3,60	3,34
<i>Uforklart variasjon:</i>			
Kommuner/bydeler (st.avvik)	.07*	.00	.02
Individer (st.avvik)	.81**	.75**	.78**
N=	1529	1502	3031

* p < .05, ** p < .01

I modellen er det ikke tatt hensyn til alder. Alder har ingen betydning for hvor viktig man synes at arbeidet er når vi også tar hensyn til om de er pensjonister eller ikke. Alder endrer heller ikke noen av de andre sammenhengene (utdanning, inntekt).

Noe overraskende finner vi at de som har kort utdanning tenderer å si at arbeidet er viktigere enn de som har lang utdanning. Det er ingen sammenheng mellom yrkesstatus og hvor viktig man synes at arbeidet er. Som ventet synes de som har høy inntekt at arbeidet er viktigere enn de som har lav inntekt. Sammenhengen mellom inntekt og hvor viktig arbeidet er, er sterkere hos kvinner enn hos menn. Det henger sammen med at arbeidet er relativt lite viktig for kvinner som har lav inntekt. De største forskjellene finner vi mellom pensjonister og yrkesaktive. Det synes derimot ikke å ha noen betydning hvor lenge man har vært pensjonist. Dette antyder at folk endrer oppfatning om hvor viktig arbeidet er relativt raskt etter at de blir pensjonister. Arbeidet synes å være viktigere hos de som bor i små enn i store kommuner. Korrigert for kommunestørrelse er det hos menn, men ikke hos kvinner, fortsatt en viss forskjell mellom lokalmiljøene.

Skulle brukt mer tid på arbeid?

«Når du tenker på ditt liv fram til nå, er det noe av det følgende du skulle ønsket å ha brukt mer eller mindre tid på?» Inntektsgivende arbeid inngår som ett av sju livsområder. Svarene er gradert i tre kategorier: 'Skulle brukt mer tid', 'Bra slik det har vært' og 'Skulle brukt mindre tid'.

I alt er det 17 prosent som sier de skulle brukt mer tid på arbeid og 5 prosent som sier de skulle brukt mindre tid. Resten (78 prosent) synes det har vært bra slik det har vært. De fleste er altså fornøyd med den plass arbeidet har hatt i deres liv. Av dem som ikke er fornøyd, ville de fleste ha brukt mer tid.

Det er likevel få som ville brukt *mer* tid på arbeid. Langt flere (59 prosent) ønsker de hadde brukt mer tid på utdanning (Vedleggstabell V:2). Blant menn er det også flere som ville ha brukt mer tid både på samvær med barn, på samvær med partner, omsorg for andre og på egne interesser. Blant kvinner er det – i tillegg til utdanning – særlig egne interesser en ville brukt mer tid på. Det er altså trekk i dataene som peker i retning av at flere menn ønsker å prioritere opp familie og omsorg framfor arbeid, mens flere kvinner ønsker å ha prioritert egne interesser høyere. Men én ting er å uttrykke ønsker om egne prioriteringer i ettertid, noe annet er om de virkelig ville gjennomført slike prioriteringer. Det er nemlig svært få som sier de ville prioritert ned noen av de livsområdene vi spør om. Det virker som om

mange ville ønsket å ha hatt tid til mer enn de har fått tid til, men de vegrer seg mot å prioritere bort noe.

Det er særlig hjemmeværende/husmødre (33 prosent) og trygdede (30 prosent) som synes de skulle brukt mer tid på arbeid. De som betrakter seg som pensjonister og som i større grad kan antas å ha en fullført yrkeskarriere bak seg, ligger omtrent på gjennomsnittet (19 prosent). De som er i arbeid nå synes i mindre grad å ønske å ha brukt mer tid på arbeid (13 prosent) (Vedleggstabell V:3).

Kvinner (20 prosent) synes i noe større grad enn menn (14 prosent) at de skulle brukt mer tid på arbeid. Det henger antakelig sammen med at kvinner har lavere yrkesdeltakelse bak seg og at dette ikke har vært i overensstemmelse med deres ønsker.

Bivariate analyser viser små, men signifikante, forskjeller etter kjennetegn ved kommunene ved at innbyggere i små og usentrale kommuner i større grad ønsker å ha jobbet mer. I en multivariat analyse (logistisk regresjon) er det imidlertid ingen variasjon mellom kommunene når vi samtidig tar hensyn til kjennetegn ved personene (tabell ikke vist). Forskjellene mellom sentrale bykommuner og små landkommuner kan således forklares med forskjeller i faktisk arbeidstilknytning mellom kommunene. Det er dermed heller ingen ting som tyder på at preferansene for arbeid er i endring når vi sammenligner sentrum og periferi. Det er de som har relativt lite utdanning og som har lav inntekt som svarer at de skulle ha brukt mer tid til å jobbe (tabell 6). Hos kvinner er det særlig de som har jobber med lav status som gjerne skulle ha brukt mer tid til jobben. Hos menn er det derimot ingen sammenheng mellom yrkesstatus og ønsket om å bruke mer tid til jobb. En grunn kan være at arbeidstiden er mer standardisert hos menn enn hos kvinner.

Tabell 6: Skulle ha brukt mer eller mindre tid til arbeidet (1–3) etter kjennetegn ved individene. Logit-koeffisienter.

	Menn	Kvinner	I alt
<i>Forklart variasjon:</i>			
Kjønn (m=0, k=1)			.06
Alder (10-års intervaller)	.02	.03**	.02*
Utdanning (7–21 år)	-.11**	-.10**	-.11**
Yrkesstatus (1–9)	-.05	-.14**	-.08**
Inntekt i 100' intervaller (0–7)	-.24**	-.31**	-.27**
Pensjonist (1 & 0)	-.12	-.62*	-.37*
N	1564	1542	3031

* p< .05, ** p< .01

Det forhold at kvinner syntes de skulle ha brukt mer tid til å jobbe enn menn, kan forklares med deres lavere utdanning og lavere inntekt blant kvinner. Lav inntekt kan bety ikke bare lavt betalt jobb, men også deltidsjobb. Kvinner som er pensjonister og eldre kvinner ønsker også i større grad at de skulle ha jobbet mer. I sum ser det ut til at de som har jobbet relativt lite (lite utdanning, lav inntekt) skulle ha ønsket å ha jobbet mer. Blant kvinner er det også sammenheng med lav yrkesstatus, høy alder og pensjoniststatus. Dette kan skyldes historiske endringer i kvinners yrkesaktivitet, der også eldre kvinner i ettertid sier at de nok kunne ha tenkt seg å ha jobbet mer.

Avslutning

Mellom 60 og 68 års alder faller sysselsettingen hurtig og relativt jevnt både hos menn og kvinner. Det er små kjønnsforskjeller i faktisk pensjoneringsalder og ønsket pensjoneringsalder. Noe flere kvinner enn menn synes arbeidet er svært viktig og kunne tenkt seg å ha brukt mer tid på arbeid. Én forklaring kan være at flere kvinner i disse aldersgruppene (over 40 år) har hatt avbrudd i yrkeskarrieren, har kommet sent inn, eller har hatt mye deltidsarbeid. De kan derfor i større grad ha noe å ta igjen i forhold til arbeidslivet mot slutten av yrkeskarrieren.

Variasjonene mellom lokalmiljøene er relativt små, men *arbeids- og pensjoneringsmønstrene* varierer noe med hvor folk bor. Gjennomsnittsalderen for både faktisk og ønsket pensjonering er lavere i Troms enn i Oslo/Akershus. Faktisk pensjoneringsalder varierer mellom våre 30 lokal-samfunn på vis som ikke kan tilskrives enkle identifiserbare kjennetegn ved individene. Samtidig synes lokalmiljøet å ha ulik betydning for faktisk og ønsket pensjoneringsalder. I større kommuner *ønsker* man seg senere pensjonering, mens den *faktiske* pensjoneringen påvirkes av andre forhold enn kommunestørrelse. Dette kan være forskjeller mellom lokale arbeidsmarkeder og muligheter for arbeid, men også kulturelt bestemte standarder eller normer for pensjonering.

Tilknytningen til arbeid ble studert med spørsmål om hvor viktig en mener arbeidet er og om en synes en skulle ha brukt mer tid på arbeid. Noe flere i små kommuner anser arbeidet som viktig. Det er også noe flere i små kommuner som kunne tenkt seg å ha brukt mer tid på arbeid. Disse forskjellene har sammenheng med at de som bor på mindre steder har mindre utdanning og lavere inntekt enn de som bor i storbyer og i sentrale deler av landet. Folk med lite utdanning og lav inntekt ønsker å ha jobbet mer enn det de faktisk har gjort. Lav inntekt kan i seg selv reflektere at man jobber

mindre enn det man ønsker, f.eks. at man jobber deltid. Lite utdanning kan bety at man har færre jobbmuligheter. Lav inntekt, muligens også lite utdanning, er ikke bare et kjennetegn ved folk som bor på små steder. Det er også en konsekvens av å bo på mindre steder, for utdanning også av det å vokse opp på små steder. Dette reflekterer lokale arbeidsmarkeder og muligheten man hadde for å ta utdanning der man vokste opp. Vi kan således ikke konkludere med at kjennetegn ved individene kan forklare geografiske forskjeller i ønskene om å jobbe mer. Disse ønskene reflekterer trolig muligheter folk har hatt til jobb og utdanning på små og mindre sentrale deler av landet sammenlignet med det å bo i større byer.

Referanser

- Blöndal, S. & Scarpetta, S. (1998). *The retirement decision in OECD countries*. OECD Economics Department Working Papers no 202. Paris: OECD.
- Blekesaune, M. & Øverbye, E. (2001). *Levekår og livskvalitet hos uførepensjonister og mottakere av avtalefestet pensjon*. NOVA-rapport 10/01
- Guillemard, A-M. (1999). 'Work or retirement at career's end? A new challenge for company strategies and public policies in ageing societies', in S. Shaver & P. Saunders, P. (eds.), *Social policy for the 21st century: Justice and responsibility*. SPRC Reports and Proceedings No 141, Vol I (21–40).
- Hilsen, A.I. (2000). *Et inkluderende arbeidsliv? Forebygging av utstøtning fra et helse-, miljø- og sikkerhetsperspektiv*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet, AFI-notat 8-2000.
- Inst. S. nr. 195 (2004–2005). Innstilling fra finanskomiteen om pensjonsreform – trygghet for pensjonene. (Nedlastet fra www.Stortinget.no).
- NOU 1999:34. *Nytt millennium – nytt arbeidsliv?* Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- NOU 2004:1. *Modernisert folketrygd. Bærekraftig pensjon for framtida*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- NOU 2004:5. *Arbeidslivslovutvalget. Et arbeidsliv for trygghet, inkludering og vekst*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Quinlan, M., Mayhew, C. & Bohle, P. (2001). The global expansion of precarious employment, work disorganisation and occupational health: A review of recent research, *International Journal of Health Services*, 31, 2, 335–414.
- Riley, M.W. & Riley, J.W. (1994). 'Structural lag: past and future', in M.W. Riley, R.L. Kahn & A. Foner (eds.), *Age and structural lag* (15–36). New York: Wiley.

- Solem, P.E. (2006). Inkludering av eldre i arbeidslivet, i T. Hammer & E. Øverbye (red.), *Inkluderende arbeidsliv? Erfaringer og strategier* (173–191). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Solem, P.E. & Blekesaune, M. (2005). ‘Arbeid og pensjonering – vil interessen for arbeid endres?’, i B. Slagvold & P.E. Solem (red.), *Morgendagens eldre. En sammenlikning av verdier, holdninger og atferd blant dagens middelaldrende og eldre* (169–180). NOVA-rapport 11/05.
- SSB (2004). Sysselsatte etter alder, kjønn og ekteskapelig status. Årsgjennomsnitt 2002. Tabeller bestilt fra Statistisk sentralbyrå.
- St. meld. nr. 12 (2004–2005). *Pensjonsreform – trygghet for pensjonene*. Oslo: Det kongelige finansdepartement.
- Virjo, I. (2004) The ageing and the labour market in the Nordic countries: A literature review. Working Papers 71/2004, Work Research Centre, University of Tampere,
- Western, B.L. & Haga, O. (2005) Forventet pensjoneringsalder 1995–2004. Riks-trygdeverket, Utredningsavdelingen 08.06.05. (Nedlastet fra www.Trygdeetaten.no).

Vedleggstabeller

Vedleggstabell V: 1. Andel som svarer 'svært viktig' og 'ikke viktig' på Pspm5: Hvor viktig vil du si at ... d) ditt arbeid... er i livet ditt nå for tiden? etter yrkesaktivitet og arbeidsorientering. Prosent. (N).

	Svært viktig	Ikke viktig	Sign.
<i>Yrkesaktiv</i>			***
Yrkesaktiv (2377)	44,6	1,4	
Pensjonist/trygdet (1400)	20,0	21,8	
<i>Arbeidsorientering</i>			***
Er i arbeid (2493)	43,5	1,6	
Ønsker arbeid (253)	26,1	17,8	
Ønsker ikke arbeid (1216)	19,0	23,4	

* p<.05, ** p<.01, ***p<.001 (tohaledede tester)

Vedleggstabell V:2. Andel som svarer 'skulle brukt mer tid og 'skulle brukt mindre tid' på utvalgte områder etter kjønn og alder. Prosent. (N).

	Mer tid	Mindre tid	Sign.
<i>Utdanning</i>			*
Menn (1957)	57,8	1,4	
Kvinner (2165)	60,5	0,7	
<i>Inntektsgivende arbeid</i>			***
Menn (1947)	13,8	5,2	
Kvinner (2151)	20,3	4,4	
<i>Samvær med partner</i>			***
Menn (1922)	25,2	1,1	
Kvinner (2120)	15,5	2,5	
<i>Samvær med barn</i>			***
Menn (1884)	36,5	1,2	
Kvinner (2087)	22,1	0,3	
<i>Egne interesser</i>			***
Menn (1945)	26,4	3,1	
Kvinner (2158)	38,8	0,6	
<i>Foreningsaktivitet/politikk</i>			***
Menn (1929)	7,4	10,5	
Kvinner (2131)	6,3	5,2	
<i>Omsorg for andre</i>			***
Menn (1945)	26,6	2,4	
Kvinner (2164)	21,1	4,9	

* p<.05, ** p<.01, ***p<.001

Vedleggstabell V:3. Andel som svarer 'skulle brukt mer tid og 'skulle brukt mindre tid' på inntektsgivende arbeid etter yrkesaktivitet og arbeidsorientering. Prosent. (N).

	Mer tid	Mindre tid	Sign.
<i>Yrkesaktiv</i>			***
Yrkesaktiv (2380)	12,9	6,3	
Pensjonist (1103)	19,2	2,2	
Trygdet (402)	30,3	4,0	
Hjemmeværende/husmor(106)	33,0	0	
<i>Arbeidsorientering</i>			***
Er i arbeid (2495)	12,9	6,2	
Ønsker arbeid (267)	32,6	4,1	
Ønsker ikke arbeid (1312)	22,3	2,4	

* p<.05, ** p<.01, ***p<.001

11 Stedstilknytning og alder

Britt Slagsvold & Per Erik Solem

Hva skal vi egentlig med steder? Kan du fortelle meg det? Jeg satte glasset ned på den seige ølbrikken. – De gjør oss hele, sa jeg lavt. Vivian ble taus en stund. Stemmene rundt oss var høylydte og arge. Noen slo i et bord. Jeg tente sigaretten. – Det er det jeg skriver om, hvisket jeg. Stedene som skal gjøre oss hele.

Lars Saabye Christensen: Halvbroren. Oslo: Cappelen 2001, s. 554.

I dette kapitlet er stedstilknytning det sentrale tema, i stor grad vil det implisitt dreie seg om affektive bånd til steder. Vi skal med utgangspunkt i litteratur om betydningen av stedstilknytning spørre om vi finner en sammenheng mellom tilknytning til stedet man bor og livskvalitet, og vi skal med utgangspunkt i litteratur om ‘tid og rom’ spørre om stedstilknytning er viktigere for eldre enn for yngre.

Bakgrunn

Sted og livskvalitet

At steder kan ‘gjøre oss hele’, som det uttrykkes i sitatet over, er intuitivt gjenkjennelig for de fleste. Steder kan berøre dype og ofte lite artikulerte følelser, som kan bli oss bevisste først i form av gjenkjennelse eller lengsel – som hjemlengsel. Geografen Yi-Fu Tuan (1974) lanserte for over 30 år siden begrepet ‘topofili’ (stedskjærighet) for å betegne menneskers følelsesmessige bånd til det materielle miljøet på et sted. Sosialpsykologen Johan Asplund (1983) mente dette begrepet kunne fylle et tomrom i det samfunnsvitenskapelige ordforrådet, at det manglet ord for menneskers affektive forbindelse med materielle omgivelser. ‘Topofili’ innebærer ikke bare at man kjenner stedet, det dreier seg om steder som er levende for personen; om steder der man føler seg gjenkjent, om steder som ‘responderer’, som Asplund uttrykker det. Det kan oppleves som en slags gjensidig samhørighet og samhandling mellom sted og person. Det er noe av det samme Rowles (1983) omtaler med begrepet ‘insideness’ (innvendighet) til stedet; at

personer og steder blir knyttet nært til hverandre både fysisk, sosialt og selvbiografisk. En slik innvendighet vil skape en stedstilknytning som er sterkt personlig og idiosynkratisk (Rowles 1983). Fordi det dreier seg om en slags gjensidighet mellom person og sted gir det liten mening å søke å fange stedstilhørighet/topofili/invendighet gjennom målbare kjennetegn ved stedet.

Tilknytning til steder utvikles over tid og består dels i personens historie på stedet – opplevelser i tid og rom. Steder kan slik sett fungerer som ‘minnebanker’ om personlige hendelser som huskes eller fornemmes og som utløses av objekter eller personer i miljøet. Slik kan steder bære deler av vår identitet (Cutchin 2001, Norberg-Schulz 1992), utfylle vårt selvbilde og gjøre oss ‘mer hele’. En persons stedstilknytning og -tilhørighet kan være en del av personens følelse av identitet, også som medlem av en stedsforankret gruppe (jfr. norske bunader, dialekter). Slik sett er det nærliggende å tro at tilknytning til stedet man bor kan være en kilde til livskvalitet.

Det er imidlertid forskjeller mellom folk i hvor sterk tilknytning de har til stedet de bor. Og det er forskjeller mellom steder i hvor sterk stedstilknytningen er blant beboerne. Mest åpenbart er det at botid på stedet varierer. I noen områder vil flertallet ha bodd lenge, slik tilfellet vil være i fraflyttingsområder, mens det vil være motsatt i tilflyttingsområder. Tilknytning til et sted trenger tid for å utvikles. Slik kan lokalmiljøer være ulike i hvor sterkt beboerne er knyttet til stedet, samtidig som mennesker i ulik grad har et sted de er sterkt knyttet til.

Å høre til et sted er knyttet til følelser som trygghet, tilhørighet, kontinuitet, identitet. Selv om man kan føle tilhørighet til andre steder enn der man selv bor, eller til flere steder, er det rimelig å vente at det å føle tilhørighet til stedet man bor kan bidra til livskvalitet. Å føle tilhørighet eller kjærlighet til det stedet man bor betyr imidlertid ikke nødvendigvis ubetinget kjærlighet. Man kan ha blandete følelser for steder man er knyttet til, akkurat som man kan ha blandete følelser for mennesker man er knyttet til. Et trygt hjem eller hjemsted kan også i noen sammenhenger oppleves som et fengsel (Gonzalez 2005).

Stedstilknytning og alder

Stedstilknytning varierer imidlertid også individer imellom. I en avhandling om boligvalg og livsstil finner Ærø (2002) tre typer boligvalg som har paralleller til folks forhold til steder. Han skiller mellom (i) den tradisjonelle typen som uten å reflektere særlig over det bosetter seg på opprinnelsesstedet (det lokale sted), (ii) den rasjonelle som aktivt velger bosted, blant annet etter posisjon og selvpresentasjon (det planlagte sted) og (iii) den mer

globale typen som finner seg et hjem hvor som helst (det abstrakte sted). Det kan være at med moderne liv er steders betydning for identitet og tilhørighet blitt redusert og endret, og de to siste livsformer blitt vanligere. Det er ett av de fenomener Asplund (1983) reflekterer over når han spør seg hva motsatsen til stedskjærlighet eller stedstilknytning er. Kanskje er motsatsen 'stedsløshet' foreslår han – en stedsløs person identifiserer seg ikke ved hvor han eller hun hører til, men ved hva vedkommende *er* (f.eks. kjønn og alder), *gjør* og *har*. Ett av Asplunds poeng er at i vårt moderne og mer individualiserte samfunn har stedstilhørighet blitt et mindre viktig kjennetegn ved personer og mindre viktig for deres identitet. Folk flytter oftere og de flytter lenger, de hører til i flere sammenhenger, og disse sammenhengene er ikke i samme grad som tidligere geografisk knyttet sammen – man identifiseres i mindre grad ved opprinnelsesstedet. I så fall kan det være at stedstilknytning er mindre viktig for livskvalitet blant dagens yngre alderskohorter enn blant eldre.

Det kan imidlertid også være at aldring i seg selv bidrar til at stedstilknytning blir både sterkere og viktigere i livets siste faser. Ett forhold er at endringer som følger alder, slik som pensjonering og redusert førlighet, bidrar til at man blir mer stasjonær, man oppholder seg en større del av tiden på stedet man bor. Et annet forhold er at mange i livets siste faser blir mer orientert mot å 'samle trådene' i eget liv; søker å integrere erfaringer, forsone seg med livet som er levd og finne sammenhenger og helhet, slik vi finner det i Eriksons utviklingsmodell (Erikson 1968). I følge denne modellen er utfordringen i eldre år å etablere det Erikson kaller ego-integritet. Dette kan skje gjennom bearbeiding av minner ved hjelp av tilbakeblikk eller det Butler (1963) kaller 'life-review'. Stedstilknytning kan gi viktige veier inn til minner, til livshistorien og bidra til kontinuitet, sammenheng og ego-integritet. Tilknytning til det stedet man bor blir særlig viktig når man har bodd der lenge, har blitt merket av stedet og selv har satt sine spor der. Den generasjonen som er eldre i dag har i større grad slik langvarig tilknytning til det stedet der de bor nå. Dels bor flere i den eldre generasjonen på stedet der de vokste opp, dels har de levd lenger og derfor også tilbrakt flere år på stedet. I NorLAG-studien har to av tre i alderen 70–79 år bodd i samme strøk eller bygd som de nå bor i over 40 år, og 36,5 prosent har bodd på stedet siden de var ti år eller yngre. I aldergruppen 50–59 år har snaut en av tre bodd på stedet i over 40 år, og 28,9 prosent har bodd der siden de var ti år eller yngre. Det kan være at nye kohorter av eldre vil kunne finne færre minneutløpere eller 'tråder å samle' på det stedet der de bor.

Wahl & Lang (2004) har presentert en modell om utvikling gjennom livet av relasjoner til sosiale og fysiske omgivelser (modellen om 'Social-Physical Place Over Time' – SPOT) som utdyper mulige sammenhenger mellom stedstilknytning og aldring. Modellen tar utgangspunkt i to sider ved mennesker behov, nemlig (i) sosio-fysisk tilhørighet (belonging) og (ii) sosio-fysisk påvirkning eller handlekraft (agency). Balansen mellom disse endrer seg fra middelalder til alderdom. I yngre år er 'agency' – det å kunne påvirke omgivelsene – viktig for livskvalitet. Når tilgangen til ressurser av ulike slag svekkes i eldre år (se f.eks. Solem 2005), svekkes imidlertid muligheten til påvirkning (agency). Samtidig blir framtidsperspektivet kortere. Som en følge av dette blir tilhørighet 'oppgradert' og viktigere i alderdommen, også som en måte å søke positive følelser og stimulering. Økt følelse av tilhørighet til omgivelser er i denne modellen en form for aktiv tilpasning til svekkelser – en adaptiv strategi.

At steder og stedstilknytning blir viktigere i eldre år postuleres altså av flere, og noen studier finner også at tilknytning til sted synes sterkere blant eldre enn blant yngre (Hildalgo & Hernandez 2001, Rosel 2003), og at stedstilknytning synes å spille en større rolle for Eldres livskvalitet enn for yngres (Taylor 2001). De fleste studier på området er imidlertid kvalitative og gjort i små og relativt aldershomogene utvalg. Med NorLAGs data skal vi spørre om stedstilknytning er mer utbredt blant de eldste og om stedstilknytning er sterkere relatert til livskvalitet blant eldre enn blant middelaldrende.

Stedstilknytning kan, som vi var inne på, være knyttet til botid på stedet, men fordi stedstilknytning er så forbundet med egen biografi, er det liten grunn til å vente store variasjoner mellom lokalmiljøer – eller med stedskvalitet. Ikke desto mindre varierer steder med hensyn til mer objektive egenskaper av relevans for livskvalitet, slik som for eksempel service, tilgjengelighet, tilbud, arbeidsmuligheter o.l. Det er denne variasjonen Statistisk sentralbyrå bygger på når de fra tid til annen kårer Norges beste kommune å bo i. Hva som er gode stedskvaliteter varierer imidlertid folk imellom, og det varierer med livsfase; barnehager for småbarnsforeldre, fritids- og skoletilbud for ungdom, helsetjenester og trygge sosiale nettverk for eldre. I en tidligere norsk 'sammenliknende miljøundersøkelse' var det klare forskjeller mellom aldersgrupper i hvordan de oppfattet og vurderte kvaliteter ved bostedet (Helland et al. 1973). Mens eldre trivdes godt i småbyen Flekkefjord med sine tette sosiale nettverk, var yngre mennesker mindre fornøyd, noe som kan henge sammen med at tette nettverk også innebærer stor grad av sosial kontroll. En tilpasning mellom behov på den ene siden og tilbud, muligheter og begrensninger på den andre kan være viktig

for livskvalitet, og viktigere jo eldre man blir fordi man da er mer avhengig av omgivelsene (Lawton 1980, Kahana 1982).

I NorLAG kan vi knytte registerdata om kommunenes tilbud og muligheter til individdata. Her skal vi imidlertid nøye oss med å trekke inn individenes opplysninger om stedet de bor for å se på sammenhenger mellom steds kvalitet, stedstilknytning og livskvalitet. Det dreier seg om opplysninger om hva man ville savne om man måtte flytte fra stedet, og om nabokontakt.

Problemstillinger

På bakgrunn av diskusjonen over skal vi belyse følgende spørsmål:

- Er eldre alderskohorter mer knyttet til bostedet enn yngre?
- Er det en sammenheng mellom stedstilknytning, steds kvalitet og livskvalitet, og er i så fall stedstilknytning og steds kvalitet viktigere for eldres livskvalitet enn for yngres?

Metode og mål

Metode og utvalg er beskrevet i kapittel 2. Utvalget som analyseres her består av dem som både ble intervjuet og besvarte det postale skjemaet, i alt 4 169 personer fra 30 kommuner/bydeler.

Stedstilknytning er målt ved spørsmålet: «Hvor viktig vil du si at stedet du bor er i livet ditt nå for tiden?» med fire-delt svars skala fra 'svært viktig' til 'ikke viktig'. Spørsmålet gir en global indikasjon på stedstilknytning – i prinsippet uavhengig av stedets egenskaper eller 'steds kvalitet'. Tolkning av dette spørsmålet som tilknytning eller tilhørighet til stedet kan være noe tvetydig. At noe er viktig i livet betyr vanligvis viktig i positiv forstand, men forhold kan også være viktige i negativ forstand, og især hvis det er *svært* negativt. Dessuten kan viktige steder være forbundet med blandete følelser. Selv når stedet i hovedsak er viktig i positiv forstand, kan man oppleve negative sider ved bostedet. Data peker klart i retning av at det å oppleve stedet som svært viktig er å forstå som viktig i positiv forstand. Sammenligner vi dem som svarer at stedet ikke er viktig med dem som svarer at det er svært viktig, finner vi at hhv. 31 og 4 prosent angir at de vil savne ett eller ingen forhold (av fem) ved stedet om de måtte flytte, og hhv. 14 og 70 prosent sier de ville savne 4–5 sider ved stedet.

Stedskvalitet, eller kvaliteter som knytter personen til bostedet, er målt gjennom spørsmålet: «Ville du savne følgende om du måtte flytte fra stedet der du bor nå?», med referanse til fem sider ved stedet: naturen på stedet, bygninger på stedet, boligen din, familie og slekt (på stedet), venner eller naboer (på stedet), og med svaralternativene ja-nei. En vanlig inndeling av forhold som knytter personer til steder er fysiske og sosiale kvaliteter (Hidalgo & Hernandez 2001). Natur, bygninger og bolig viser til fysiske trekk ved stedet og familie/slekt og venner/naboer til sosiale sider. Vi har konstruert en variabel på grunnlag av de tre spørsmålene om fysiske trekk ved stedet (0–3) og en variabel ved å addere de to sosiale trekk (0–2).

Spørsmålene om stedskvalitet er stilt med referanse til savn om man måtte flytte og er uttrykk for tilknytning gjennom kvaliteter ved bostedet. Svarene kan også tolkes som grader av stedstilknytning – jo flere forhold man ville savne, desto sterkere er man knyttet til stedet. Når vi slår sammen de tre fysiske trekkene man kan savne ved stedet (natur, bygninger og bolig) og de to sosiale trekkene (familie/slekt og venner/naboer), finner vi at jo flere forhold man vil savne, desto viktigere synes man stedet er (tabell 1). Korrelasjonen mellom potensielle savn av fysiske sider ved stedet og stedstilknytning er .31, korrelasjonen med savn av sosiale trekk er lavere: .19.

Integrasjon i nabolaget som et aspekt ved stedskvalitet er målt gjennom fem spørsmål om nabokontakt: «Hvor mange av dine naboer ... er du på hils med?, ... snakker du med når dere møtes?, ... kan du låne ting av?, ... har nøkkel til boligen din?, ... kan du be om å handle for deg hvis du er syk?» Hvert spørsmål har fem svaralternativer (de fleste/ mange/ noen/ en/ ingen). På bakgrunn av disse spørsmålene er det laget en indeks fra 0–25. (Cronbachs alpha = ,77). I tabell 1 ser vi at integrasjon i nabolaget korrelerer .18 – .23 med potensielle savn om man måtte flytte og .16 med stedstilknytning. Integrasjon i nabolaget henger altså sammen med stedstilknytning i omtrent samme grad som sosiale kvaliteter ved bostedet, mens fysiske sider ved stedet henger noe sterkere sammen med stedstilknytning. Samtidig er ikke korrelasjonene sterkere enn at stedstilknytning, fysiske og sosiale stedskvaliteter og integrasjon i nabolaget, representerer tydelig atskilte begreper, slik de er målt her.

Botid. At stedstilhørighet øker med botid nevnes ofte i litteraturen, og med økt alder øker sjansen for å ha bodd lenge et sted. Informasjon om botid er hentet gjennom spørsmålet «Hvor lenge har du alt i alt bodd i det strøket eller den bygda du bor i nå?», der personen oppgir antall år. I tabell 1 ser vi at botid korrelerer signifikant med alle sider ved stedstilhørighet og tilknytning nevnt over.

Tabell 1. Korrelasjoner (Pearson) mellom ulike sider ved stedet (N= 3959 – 4057).

	Steds- tilknytning	Fysiske sider ved stedet	Sosiale sider ved stedet	Nabointegra- sjon
Fysiske sider ved stedet	.31**			
Sosiale sider ved stedet	.19**	.31**		
Nabointegrasjon	.16**	.18**	.23**	
Botid	.15**	.19**	.23**	.19**

** p<.01

Livskvalitet er målt ved ‘Satisfaction with Life Scale’ (Pavot & Diener 1993). Skalaen består av fem spørsmål, hvert med fem svaralternativer (for nærmere omtale se kapittel 5).

Alder. Dels analyseres alder som en kontinuerlig variabel, dels sammenligner vi ti-års grupper fra 40 til 79 år.

Vi kontrollerer for faktorer som omtales under:

Helse kan bidra til større stedsbundethet fordi man blir mer prisgitt lokalmiljøet. Helse er dessuten knyttet både til alder og livskvalitet. Opplysninger om *helse* er målt ved SF12 (Gandek m.fl. 1998, for nærmere omtale se kapittel 4).

Partner. Om man har partner eller ikke kan ha betydning for stedstilknytning ved at par kan knytte flere og mer varierte bånd til stedet og dermed bli mer knyttet til lokalmiljøet. Men det kan også være at lokalmiljøet blir viktigere for dem uten partner fordi de er mer henvist til lokalmiljøet for sosial kontakt. Opplysninger om sivilstand er hentet fra SSBs registerdata, opplysninger om samboerskap er hentet fra NorLAGs intervjuer.

Utdanning kan være knyttet til stedstilhørighet fordi høy utdanning øker valgfrihet mht. bosted, og utdanning varierer med alder ved at utdanningsnivået er høyere i yngre aldersgrupper enn i eldre. Opplysninger om utdanning er hentet fra SSBs registerdata.

Kommunestørrelse. Opplysninger er hentet fra SSBs registerdata

I tabell 2 viser vi andeler med sterk stedstilknytning etter bakgrunnsvariabler som er med i videre analyser. Vi finner at noe flere kvinner (46 prosent) enn menn (39 prosent) har sterk stedstilknytning, og vi finner langt flere i den eldste aldersgruppen (57 prosent) enn i de yngste (33 prosent). Det er også store forskjeller mellom utdanningsgruppene. Blant dem med grunnskole er det nesten dobbelt så mange med sterk stedstilknytning (57 prosent) som blant dem med høyere utdanning (30 prosent). Det er små forskjeller mellom dem som har og ikke har partner, derimot finner vi flere med sterk

stedstilknytning blant dem med dårlig helse (47 prosent) enn blant dem med god (40 prosent). Sammenhengen mellom botid og stedstilknytning er ikke entydig, her finner vi flest med sterk tilknytning blant dem med kortest og lengst botid, men i dette utvalget er spredningen i botid liten, 72 prosent av utvalget har bodd på samme sted 20 år eller mer. Vi finner også noe flere med sterk stedstilknytning i kommuner med mindre enn 10 000 innbyggere enn i større kommuner.

Tabell 2. Stedstilknytning i forhold til bakgrunnsfaktorene kjønn, alder, utdanning, partner, helse, botid, kommunestørrelse. Prosent som sier stedet de bor er 'svært viktig' i livet.

		% som synes stedet er svært viktig	(N)
Kjønn***	Mann	38,9	(1951)
	Kvinne	46,1	(2166)
Alder ***	40–49 år	32,6	(1151)
	50–59 år	39,3	(1247)
	60–69 år	48,1	(956)
	70–79 år	57,1	(739)
Utdanning***	Grunnskole	56,6	(756)
	Videregående	44,1	(2195)
	Høgskole/universitet	30,3	(1138)
Partner**	Her partner (gift eller samboende)	41,5	(2957)
	Ikke partner	45,2	(1163)
Helse**	Dårlig	47,4	(1283)
	God	41,0	(1316)
	Svært god	40,3	(1467)
Botid***	1–3 år	41,2	(238)
	4–9 år	36,5	(323)
	10–19 år	32,4	(580)
	20 år eller mer	45,6	(2952)
Kommunestørrelse***	< 4 tusen	45,7	(820)
	4–10 tusen	48,0	(564)
	10–30 tusen	40,4	(915)
	30–100 tusen	41,5	(523)
	> 100 tusen	40,4	(1295)

** p<.01, ***p<.001

Resultater

Er eldre alderskohorter mer knyttet til bostedet enn yngre?

Teorier om aldring postulerer at stedtilhørighet blir sterkere i eldre år av flere årsaker: Steder representerer minner og kontinuitet (Krause 2004). Når muligheten til å aktivt påvirke sosio-fysiske omgivelser minker i eldre år, vil tilknytning til sted øke (Wahl & Lang 2004). Her antar man altså en endring i stedstilknytning med alder. Men det kan også være forskjeller mellom alderskohorter i stedstilknytning som kan tilskrives kulturelle og historiske endringer som modernisering og individualisering. I NorLAGs data kan vi foreløpig bare sammenligne aldersgrupper og kan ikke skille mellom mulige aldringsendringer og kohortforskjeller.

Ser vi på forhold av betydning for stedstilknytning, finner vi forskjeller mellom aldersgruppene i de fleste av disse, vist i tabell 3: Med økende alder er det flere som sier stedet de bor er svært viktig i livet og som sier at de ville savne fysiske sider ved miljøet om de måtte flytte. Aldersforskjellene er imidlertid langt mindre når det gjelder hypotetiske sosiale savn, (familie/slekt og venner/naboer), og det er ingen forskjeller mellom aldersgruppene i nabokontakt. ‘

Tabell 3. Tilknytning til stedet, stedskvaliteter, integrasjon i nabolag og botid i alderen 40–79 år. Prosent (N).

	Alder				Gj.snitt
	40-49	50-59	60-69	70-79	
«Hvor viktig vil du si at stedet du bor er i livet ditt nå for tiden?»					
'svært viktig' ***	32,6	39,3	48,1	57,1	42,7
«Ville du savne følgende om du måtte flytte fra stedet der du bor nå?»					
– naturen ***	75,0	74,6	78,6	81,9	77,0
– bygninger***	36,7	39,0	46,9	56,7	43,5
– egen bolig ***	75,5	78,3	82,5	87,6	80,2
– familie og slekt**	68,3	67,5	71,7	72,8	69,7
– venner eller naboer	85,9	82,9	83,9	83,3	84,1
Har mye nabokontakt	32,1	30,7	31,2	30,2	31,1
N	1148	1220	938	713	4019

** p<.01, ***p<.001

Når vi så langt finner at flere eldre enn yngre synes knyttet til stedet de bor, kan det skyldes 'noe ved alder' (aldring eller kohortforskjeller), men det kan også skyldes andre forhold, som at de har bodd på stedet lenger, har dårligere helse, har lavere utdanning o.a.

Det er også nærliggende å spørre om Eldres sterkere tilknytning til fysiske sider ved stedet kan bidra til å forklare aldersforskjellene. Enkelte studier peker i retning av at fysiske sider (Hidalgo & Hernandez 2001) og natur (Bow & Buys 2003) synes å være viktig for stedstilknytning. I den grad steder representerer 'minnebanker', og i den grad minner om steder blir viktigere med alderen, kan fysiske og mer uforanderlige sider i omgivelsene bli viktigere i eldre år. Tilknytning til fysiske sider ved stedet kan kanskje bidra sterkere til Eldres enn til yngres følelse av stedstilknytning fordi de vil representere minner om forgangne tider og levd liv.

I tabell 4 viser vi sammenhengen mellom stedstilknytning og alder når vi trekker inn (kontrollerer for) disse og andre forhold.

Tabell 4. Betydningen av alder for stedstilknytning, kontrollert for utdanning, helse, partner, nabokontakt, tilknytning til fysiske og sosiale sider ved stedet. Multipl regressjon, beta (standardiserte) koeffisienter.

	Modell I	Modell II
	Beta	Beta
Alder	.145***	.124***
Kjønn	.068***	.055***
Utdanning	-.139***	-.138***
Partner	ns	ns
Helse	ns	ns
Kommunestørrelse	ns	.089***
Botid	.070***	ns
Savn av fysiske sider ved stedet		.253***
Savn av sosiale sider ved stedet		.110***
Nabokontakt		.109***
R ²	.066	.169

ns= ikke signifikant. ***p<.001

I modell I viser vi sammenhengen mellom alder og stedstilknytning justert for kjønn, utdanning, partner, helse, kommunestørrelse og botid. Da finner vi en klar sammenheng mellom alder og stedstilknytning, jo eldre man er, desto vanligere er det å uttrykke en sterk stedstilknytning. I en logistisk regressjon med de samme kontrollvariablene (ikke vist) finner vi klare og

signifikante forskjeller mellom hver av ti-års gruppene, i aldersgruppen 70-79 er sjansen for sterk stedstilknytning 2,5 ganger større enn i aldersgruppen 40-45 år. Vi finner at kvinner mer enn menn og de med kort mer enn de med lang utdanning har sterk stedstilknytning, men verken å ha en partner, helse, eller kommunestørrelse har betydning for stedstilknytning. Botid bidrar imidlertid til å forklare stedstilknytning; alt annet likt så synes de med lengre botid oftere at stedet de bor er viktig i livet. I alt forklares syv prosent av variasjonen i stedstilknytning av alder, utdanning og kjønn.

Når vi i modell II trekker inn 'stedskvaliteter', dvs. hypotetiske savn av fysiske sider ved stedet, av sosiale sider og nabokontakt, finner vi at alle disse forhold bidrar til å forklare stedstilknytning. Effekten av alder er fortsatt sterk, og effekten av kjønn og utdanning opprettholdes. I denne modellen forklares 17 prosent av variasjonen i stedstilknytning.

Især bidrar fysiske sider ved stedet sterkt til stedstilknytning, og sterkere enn alder. I en logistisk regresjon (ikke vist) finner vi at sjansen for å uttrykke at 'stedet man bor er svært viktig i livet' er 3,5 ganger større for de som vil savne alle 'fysiske' sider ved miljøet om de måtte flytte (natur, bygninger, bolig), sammenlignet med de som ikke vil savne noen av dem, og 2,7 ganger større sammenlignet med dem som bare vil savne en av de fysiske sider ved stedet. Selv om også sosiale sider ved stedet og nabokontakt bidrar til stedstilknytning, er fysiske sider ved miljøet det viktigste for stedstilknytning, og å være knyttet til fysiske sider ved miljøet er noe vanligere blant eldre enn blant yngre som vi så i tabell 3.

Tabell 4 viser også to andre trekk ved stedstilknytning som er interessante: For det første finner vi at effekten av botid for stedstilknytning (modell I) forsvinner i modell II. Stegvisе analyser (ikke vist) viser at det skyldes at tilknytning til *fysiske* sider ved stedet 'visker ut' hele effekten av botid. Sagt på en annen måte; botid i seg selv bidrar rimelig nok ikke til stedstilknytning, det er 'noe' knyttet til botid som må forklare denne sammenhengen – og dette 'noe' synes først og fremst å være at jo lenger man har bodd et sted, jo mer sannsynlig er det at man blir knyttet til *fysiske* sider ved stedet (natur, bygninger, bolig) – noe som igjen er knyttet til stedstilknytning. For det andre ser vi i tabell 4 at mens kommunestørrelse ikke bidrar til stedstilknytning i modell I, så finner vi en sterk og signifikant positiv sammenheng mellom stedstilknytning og kommunestørrelse i modell II: Jo større kommune, desto sterkere stedstilknytning. Stegvisе analyser (ikke vist) viser at det først og fremst skyldes 'nabokontakt'. Nabokontakt er i gjennomsnitt mye mer utbredt og tettere i småkommuner (korr = -.39). Men gitt at nabokontakten er den samme, så er stedet man bor 'viktigere i livet' i

store enn i spredtbygde kommuner. Om vi tenker oss steder i storby der nabokontakten er like tett som i småkommuner, kan man der få både i pose og sekk; man har storbyens muligheter og småstedets sosiale nærhet på samme tid. I byer finnes mange eksempler på slike steder, og der synes altså stedstilknytningen å være særlig sterk.

Vi spurte om eldre er mer knyttet til stedet de bor enn yngre, og våre data bekrefter det. Hvorvidt dette skyldes at man *blir* sterkere knyttet til stedet med alderen, slik aldringsteorier postulerer, eller om det (også) er en kohortforskjell, kan vi som sagt ikke besvare med våre tverrsnittsdata. Vi spurte også om fysiske sider ved stedet blir *viktigere* for stedstilknytning med alderen. I den forstand at flere eldre enn yngre er knyttet til de fysiske sider ved miljøet, og da særlig naturen (sier de ville savne det om de måtte flytte), kan en si at tilknytning til steder gjennom tilknytning til fysiske sider ved det synes vanligere blant eldre enn blant middelaldrende.

Er det en sammenheng mellom stedstilknytning og livskvalitet, og er i så fall stedstilknytning viktigere for Eldres livskvalitet enn for yngres?

Stedstilknytning representerer en form for tilhørighet, kontinuitet og trygghet og kan således bidra til livskvalitet. Det er imidlertid flere grunner til å vente en sterkere sammenheng mellom stedstilhørighet og livskvalitet med alderen. Eldre tilbringer mer tid på stedet de bor, og blir mer avhengig av stedet som følge av pensjonering og etter hvert redusert førlighet. Dessuten kan tilknytning til stedet man bor bidra positivt i prosessen med å forsone seg med livet som er levd og til å finne sammenhenger og helhet fordi stedet representerer minner og kontinuitet (Erikson 1968, Wahl & Lang 2004). Vi venter altså at stedstilknytning kan bidra sterkere til Eldres livskvalitet enn til yngres.

I modell I i tabell 5 ser vi på sammenhenger mellom livskvalitet og stedstilknytning for fire alderskohorter når vi kontrollerer for kjønn, utdanning, helse, om man har partner og botid. Vi finner at stedstilknytning har en signifikant betydning for livskvalitet for alle aldersgrupper. Blant forhold knyttet til stedet bidrar både stedstilknytning (å oppleve stedet som viktig i livet) og nabokontakt til livskvalitet. I en logistisk regresjon der vi ser på hele utvalget samlet (ikke vist), finner vi at sjansen for å ha høy livskvalitet er dobbelt så høy for dem som synes stedet de bor er 'svært viktig' sammenlignet med de som ikke synes det, og at de med mye nabokontakt har 50 prosent større sjanse for å ha høy livskvalitet enn de som har lite nabokontakt. Vi kan altså svare bekræftende på at stedstilknytning er knyttet til livskvalitet. Det gjelder for alle aldersgrupper i dette utvalget (40–79 år).

Vi spurte også om stedstilknytning bidrar sterkere til livskvalitet blant eldre enn blant yngre. Tendensen i modell I peker i den retning, både ved at stedstilknytning har en sterkere effekt blant dem over 60 år, og ved at stedstilknytning bidrar relativt mer i forhold til helse og partner i de to eldste aldersgrupper. Blant dem over 60 år bidrar stedstilknytning til å forklare nesten like mye av livskvalitet som det å ha partner.

I modell II, hvor vi ser på interaksjonen mellom stedstilknytning og alder, bekreftes at sammenhengen mellom stedstilknytning og livskvalitet er signifikant, og sterkere for eldre enn for yngre.

Tabell 5. Betydningen av stedstilknytning og steds kvaliteter for livskvalitet kontrollert for kjønn, utdanning, alder, helse, partner og botid. Mutippel regresjon, beta (standardiserte) koeffisienter.

	Modell 1				Modell II
	40–49 år	50–59 år	60–69 år	70–79 år		40–79 år
Stedstilknytning	.08**	.12***	.17***	.15***		.13***
Fysiske savn	.02*	ns	.10**	ns		.05**
Sosiale savn	.07*	.02*	.07*	ns		.05**
Nabokontakt	.11***	.13***	.17***	.13***		.13***
Kjønn	.08**	.08**	Ns	.10**		.07***
Utdanning	ns	.06*	.09**	.10**		.06***
Helse	.28***	.22***	.29***	.19***		.25***
Partner	.21***	.24***	.19***	.18***		.21***
Botid	ns	ns	ns	ns		ns
Alder						.07***
Sted viktig * alder						.04**
R ² (adjusted)	.18	.16	.25	.14		.18
(N)	(1086)	(1149)	(885)	(656)		(3780)

ns= ikke signifikant. * p<.05, ** p<.01, ***p<.001

Oppsummering og diskusjon.

Mennesker har relasjoner til steder: Det gjelder både fysiske trekk ved stedene, naturen, bygninger og egen bolig, og sosiale trekk gjennom tilknytning til naboer, venner, familie og slekt. Å høre til et sted kan gi følelse av

trygghet, tilhørighet, identitet og om man har en historie på stedet også kontinuitet og sammenheng i livet. Eldre har stort sett mer langvarig tilknytning til stedet der de bor enn yngre. Det er rimelig at de også har sterkere tilknytning; at stedet er viktigere for dem. Vi finner en slik sammenheng i denne undersøkelsen. Med samtidig kontroll for andre variabler, finner vi at 70-åringene har 2,5 ganger så stor sjanse for sterk stedstilknytning som 40-åringene. Det er særlig fysiske sider ved miljøet, som boligen og naturen, som bidrar til sterk stedstilknytning.

Vi finner også en sammenheng mellom stedstilknytning og livskvalitet. Sjansen for å ha høy livskvalitet er dobbelt så stor for dem som synes stedet de bor er svært viktig for dem, sammenlignet med dem som synes stedet er mindre viktig. Sterk tilknytning til det stedet man bor synes med andre ord å bidra til at en følelse av tilfredshet med livet. Denne sammenhengen er særlig sterk for de eldre i utvalget. Resultatene kan gi støtte til antakelser om at den trygghet og sammenheng som tilhørighet til bostedet kan gi, er av betydning for livskvalitet – og i særlig grad når man blir gammel.

Alt i alt finner vi altså klare tendenser til at opplevelse av tilhørighet til stedet man bor er viktig for alle, og særlig for eldre. Selv om vi har kontrollert for en rekke relevante forhold, kan det allikevel være at forhold vi ikke har trukket inn i analysene kan bidra til at vi finner disse sammenhengene. Særlig nærliggende er det å spørre om forhold knyttet til væremåter og personlighet kan spille inn her: utadvendte, optimistiske, tilpassningsdyktige personer vil trolig med større sannsynlighet ikke bare ha høyere livskvalitet, men kan også lettere finne seg til rette på stedet de bor, ha mer utstrakt kontakt med naboene sine og sette større pris både på fysiske og sosiale sider ved stedet de bor. Men personlighetsrelaterte forhold kan neppe (bort-) forklare tendensene vi finner helt, fordi vi også finner klare aldersforskjeller. Det er neppe grunn til å tro at 'personlighet' virker inn på andre måter for eldre enn for yngre når det gjelder stedstilknytning og sammenhenger mellom stedstilknytning og livskvalitet.

At eldre er mer knyttet til stedet de bor enn yngre, og at stedstilknytning bidrar sterkere til livskvalitet for eldre enn for yngre, kan skyldes aldring. Teorier vi omtalte innledningsvis antar og begrunner det. Her har vi imidlertid tverrsnittsdata, og aldersforskjeller kan også skyldes kohortforskjeller; yngre generasjoner kan være mindre stedsbundne enn eldre, og de kan forbli det også når de blir eldre. Det vil vi få bedre informasjon om når vi har samlet flere runder av data.

I analysene, som først og fremst er rettet mot å studere aldersforskjeller, avdekket vi også enkelte andre interessante forhold om stedstilknytning. Blant

annet fant vi at når man blir mer knyttet til stedet man bor jo lenger man har bodd der, så skyldes det først og fremst at de *fysiske* sider ved stedet (natur, bygninger, bolig) blir viktigere med økt botid. I NorLAGs utvalg har vel to av tre personer mellom 70 og 79 år bodd på samme stedet 40 år eller mer. At fysiske, og ikke bare sosiale sider ved sted er viktige, bør ha betydning for dem som har ansvar for tilbud til eldre, ikke minst i planlegging av *hvor* tilbudene skal gis eller plasseres; hjemme eller i tilrettelagt bolig, plassering av tilrettelagte boliger eller flytting til Syden. Fysiske omgivelser kan gi trygghet, minner og en følelse av kontinuitet som ofte er så tatt for gitt og inneforstått at betydningen av det først blir synlig når det ikke er der lenger.

Men også *sosiale* sider ved stedet bidrar til tilknytning og livskvalitet. Vi fant at nabokontakt synes å bidra både til stedstilknytning og til livskvalitet. Særlig interessant er sammenhenger mellom nabokontakt og kommunestørrelse. Nabokontakt er langt mer utbredt i små og mer spredtbygde kommuner enn i store, og det bidrar som nevnt til stedstilknytning. Men gitt *samme* nabokontakt er man mer knyttet til stedet man bor på *større* steder enn i små kommuner. Man er altså særlig sterkt knyttet til stedet man bor i store byer med mye nabokontakt.

For framtiden er det et spørsmål om stedstilknytningens betydning for eldre er noe som er knyttet til aldringen, eller om det er forbigående og vil endres når nye generasjoner av eldre kanskje har flere flyttinger bak seg og er mindre knyttet til ett sted. Globalisering og mindre stedbundethet i nye generasjoner kan bidra til det. På den annen side kan dette også tenkes å føre til en rotløshet som kan forsterke behovet for fast og trygg stedstilknytning hvis mobiliteten blir mindre og kreftene svikter i livets slutfase.

Referanser

- Asplund, J. (1983). *Tid, rum, individ och kollektiv*. Stockholm: Liber Förlag.
- Bow, V. & Buys, L. (2003). *Sense of community and place attachment: the natural environment plays a vital role in developing sense of community*. Paper presented to the social change in the 21st century conference, Queensland Australia.
- Butler, R.N. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, 65–76.
- Cutchin, M.P. (2001). Deweyan integration: Moving beyond place attachment in elderly migration theory. *International Journal of Aging and Human Development*, 52, 1, 29–44.
- Erikson, E.H. (1968). *Barndommen og samfunnet*. Oslo: Gyldendal

- Gandek, B., Ware, J. E., Aronson, N. K. et al. (1998). Cross-validation of item selection and scoring of the SF-12 health survey in nine countries. Results from the IQOLA project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 11, 1171–1178.
- Gonzalez, B.M. (2005). Topophilia and topophobia. The home as an evocative place of contradictory emotions. *Space and Culture*, 8, 2, 193–213.
- Helland, H., Solem, P.E. & Trældal, A. (1973). *Eldres integrasjon*. Oslo: Universitetsforlaget (NOU1973:60).
- Hidalgo, M.C. & Hernandez, B. (2001). Place attachment: Conceptual and empirical questions. *Journal of Environmental Psychology*, 21, 273–281.
- Kahana, E. (1982). ‘A congruence model of person-environment interaction’, in M.P. Lawton, P.G. Windley & T.O. Byerts (eds.), *Aging and the environment. Theoretical approaches* (pp. 97–121). New York: Springer Publishing Company.
- Krause, N. (2004). ‘Neighborhoods, health, and well-being in late life’, in H.-W. Wahl, R.J. Scheidt & P.G. Windley (eds.), *Focus on aging in context: Socio-physical environments*. Annual review of gerontology and geriatrics, vol. 23, pp. 223–249. New York: Springer Publishing Company.
- Lawton, M.P. (1980). *Environment and aging*. Monterey: Brooks/Cole Publishing Company.
- Norberg-Schulz, C. (1992). *Mellom jord og himmel. En bok om steder og hus*. Oslo: Pax.
- Pavot, W. & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with aging scale. *Psychological Assessment*, 5, 2, 164–172.
- Rosel, N. (2003). Aging in place: Knowing where you are. *International Journal of Aging and Human Development*, 57(1), 77–90.
- Rowles, G. (1983). Place and personal identity in old age: Observations in Appalachia. *Journal of Environmental Psychology*, 3, 299–313.
- Saabye Christensen, L. (2001). *Halvbroren*. Oslo: Cappelen
- Solem, P.E. (2005). Alderisme, aldring og sosial deltakelse. *Nordisk Psykologi*, 57, 1, 47–63.
- Taylor, S.A.P. (2001). Place identification and positive realities of aging. *Journal of Cross-cultural Gerontology*, 16, 5–20.
- Tuan, Y. (1974). Space and place. Humanistic perspectives. *Progress in Geography*, 6, 211–252.
- Wahl, H.-W., & Lang, F. R. (2004). ‘Aging in context across the adult life course: Integrating physical and social environmental research perspectives’, in H.-W. Wahl, R.J. Scheidt & P.G. Windley (eds.), *Focus on aging in context: Socio-physical environments*. Annual review of gerontology and geriatrics, vol. 23, pp. 1–33). New York: Springer Publishing Company.
- Ærø, T. (2002). *Boligpræferencer, boligvalg og livsstil*. Hørsholm: Statens Byggeforskningsinstitut.

Summary

The focus is in this report on local variation in older years – how ageing and later life is played out in, and influenced by, local surroundings. The Norwegian Life-Course, Ageing and Generation Study (NorLAG) is based on samples (n=around 5 500, aged 40–79) from 30 municipalities which represent a variety of places and spaces all over the country.

The introductory chapter 1 and the concluding chapter 11 summarize the conceptual perspectives, which are explored empirically in the other chapters. The study and the local communities are presented in chapters 2 and 3.

Chapter 4 discusses local variation in physical health. Chapter 5–7 follow up with analyses of individual and local variation in mental health, loneliness, and quality of life (life satisfaction). There is considerable variation on these dimension between the communities, but mainly because of population characteristics (compositional factors). Mental health problems are considerable, mainly in terms of depression symptoms, and then more so among women than men, and among older more than middle aged persons. Anxiety varies less with age. Risks for loneliness is related to health and social networks more than to contextual factors.

Subjective age and ageing is the theme in chapter 8, showing moderate local variation, but considerable variation according to age and gender. The majority feel younger than they are, and want to be even younger, and increasingly so the older one gets. The causes and consequences of negative ageing identities like these are discussed, including why men seem to be more negative to ageing than women.

Chapter 9 presents family patterns, and chapter 10 work and retirement patterns in the second half of life, in both cases with considerable local variation, but with even more variation according to personal and social resources. Family resources are unevenly distributed, and although inter-generational solidarity seems strong, growing divorce trends are risk factors, in particular for divorced fathers. Retirement increases from age 60 onwards, but with considerable variation according to education, and opportunity – quite a few want to prolong their working career when possible.