

Vital aldring og samhold mellom generasjoner

Resultater fra Den norske studien av livsløp, aldring og
generasjon (NorLAG) – runde 1 og 2

SVEIN OLAV DAATLAND & BRITT SLAGSVOLD (RED)

RAPPORT
NR 15/13



Vital aldring og samhold mellom generasjoner

Resultater fra
Den norske studien av livsløp, aldring og
generasjon (NorLAG) – runde 1 og 2

SVEIN OLAV DAATLAND
BRITT SLAGSVOLD
(RED.)

Med bidrag også fra
Morten Blekesaune, Gunhild O. Hagestad, Thomas Hansen,
Katharina Herlofson, Niklas Jakobsson, Siri Støre Jakobsson,
Ragnhild Steen Jensen, Kristine Koløen, Ivar A. Lima, Gøril Løset,
Per Erik Solem, Astri Syse, Annemette Sørensen, Marijke Veenstra
og Elisabeth Ugreninov

Norsk institutt for forskning om
oppvekst, velferd og aldring
NOVA Rapport 15/2013

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) 2013
NOVA – Norwegian Social Research
ISBN (trykt utgave) 978-82-7894-488-2
ISBN (elektronisk utgave) 978-82-7894-489-9
ISSN 0808-5013 (trykt)
ISSN 1893-9503 (online)

Illustrasjonsfoto: © colourbox.no
Desktop: Torhild Sager
Trykk: Allkopi

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

At livene blir lengre og befolkningen eldre burde være godt nytt, alternativet tatt i betraktning. Mediene advarer ofte og gjerne om den truende eldrebølgen, som dreier det seg om fiendtlige og fremmede langs grensene til paradiset. Men de er verken fremmede eller fiendtlige, tvert imot, de er deg og meg på vei gjennom livet. Av alle realiteter er alderdommen kanskje den vi har det mest abstrakte forhold til, skrev Simone de Beauvoir. En av hensiktene med boka og den undersøkelsen den henter sitt stoff fra, er derfor å gjøre alderen mer konkret og nærværende. Ett av forskningens samfunnsoppdrag er å avdekke elendighet og urettferdighet. Like viktig er å korrigere stereotypiske forestillinger, som det er nok av på dette området. Alderdommen er bedre enn sitt rykte, og den er på sett og vis et demokratisk prosjekt ved at den tar til seg en stadig større, og bredere, del av befolkningen. Visst ligger det store utfordringer i aldringen av befolkningen, men også store muligheter, om vi bare ser etter.

Norge savnet i mange år en nasjonal database for aldersforskning, ikke minst longitudinelle data der individer kan følges over tid. Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (NorLAG) gjør dette mulig ved at data fra de samme personer er samlet inn i to runder med fem års mellomrom. Målsettingen er å realisere en tredje runde, som lar oss følge endringer over et tilstrekkelig langt tidsrom til å kunne vurdere hvilke endringer som følger av alder og aldring, og hva som skyldes skiftende generasjoner og (historiske) perioder. Undersøkelsen er landsomfattende og dekker hele livsløpet, med særlig vekt på eldre år. Koblingen til den FN-baserte Generation and Gender Survey (GGS) gir muligheter for sammenlikninger med en rekke andre land.

Rapporten er den tredje i en serie som oppsummerer resultater fra NorLAG i en popularisert form. Den første så framover og sammenliknet dagens og morgendagens eldre, den andre tok for seg lokale variasjoner i eldre år. Denne tredje rapporten går nærmere inn på aldringens forløp og samspill med endringer på samfunnsplan, herunder i velferdsstatens tjenester og tilbud. Vi har konsentrert oss om to områder: Forutsetningene for vital (eller aktiv) aldring og for samhold mellom generasjoner – på mikroplan i familien og på

makroplan i samfunnet. En bærekraftig velferdsstat hviler på disse forutsetningene – at det lengre livet framfor alt blir et lengre liv i god helse, og at de skiftende generasjonene henger sammen og deler på goder og byrder.

De fleste kapitlene er populariserte varianter av artikler som er publisert tidligere, mange i internasjonale tidsskrifter. Lesere som er interessert i å gå dypere inn i temaene kan oppsøke originalartiklene, der man vil finne detaljer om data, metoder og aktuell litteratur. Vi takker de aktuelle tidsskriftene for å ha åpnet for denne muligheten. Takk også til kollega Kirsten Danielsen for kritiske og nyttige kommentarer.

Flere kapitler rapporterer fra panelanalyser innenfor rammen av delprosjektet NorPAN (prosjektnummer 18773), der personer som deltok i begge runder av NorLAG inngår. Prosjektet ble finansiert av Norges forskningsråd, og boka avrunder dette del-prosjektet. Vi takker Norges forskningsråd og et antall departementer som har finansiert datainnsamlingen så langt sammen med NOVA og Statistisk sentralbyrå. Med denne artikkelsamlingen håper vi samtidig å ha lagt inn et antall gode argumenter (kapitler) for en tredje runde av undersøkelsen.

Oslo, desember 2013,

Svein Olav Daatland og Britt Slagsvold

Innhold

Sammendrag	7
Summary	13
DEL I Vital aldring og samhold mellom generasjoner	15
Kapittel 1 Vital aldring i solidariske samfunn – en introduksjon <i>Svein Olav Daatland og Britt Slagsvold</i>	17
Kapittel 2 Livsløp, aldring og generasjoner i Norge – om NorLAG studien <i>Britt Slagsvold, Marijke Venstra, Svein Olav Daatland, Gunhild O. Hagestad, Thomas Hansen, Katharina Herlofson, Kristine Koløen og Per Erik Solem</i>	27
DEL II Vital aldring	39
Kapittel 3 Nye helseproblemer, sunnere vaner? <i>Marijke Veenstra og Astri Syse</i>	41
Kapittel 4 Alkohol i eldre år: Hvem drikker mer? <i>Gøril K. Løset og Britt Slagsvold</i>	52
Kapittel 5 Sammen i gode og onde dager – om helsas betydning for tilfredshet med parforholdet <i>Marijke Veenstra og Svein Olav Daatland</i>	74
Kapittel 6 Økende ulikhet i helse og helseatferd med alderen? <i>Marijke Veenstra, Svein Olav Daatland og Ivar A. Lima</i>	85
DEL III Familien i endring	93
Kapittel 7 Skilte foreldre og voksne barn – ulike perspektiver, ulike vurderinger av relasjonskvalitet <i>Katharina Herlofson</i>	95
Kapittel 8 Besteforeldre og velferdsstaten <i>Katharina Herlofson og Gunhild O. Hagestad</i>	107
Kapittel 9 I klemme mellom familie og jobb – hvor vanlig, hvor vanskelig? <i>Svein Olav Daatland, Marijke Veenstra og Ivar A. Lima</i>	122
Kapittel 10 Hans og hennes oppgaver – om alder og deling av husarbeid <i>Britt Slagsvold, Thomas Hansen, Ivar A. Lima og Ragnhild Steen Jensen</i>	131
DEL IV Mellom arbeid og pensjon	139
Kapittel 11 Pensjonering og endring av helse og helsevaner <i>Per Erik Solem, Astri Syse og Marijke Veenstra</i>	141
Kapittel 12 Helse og pensjoneringsatferd <i>Morten Blekesaune og Marijke Veenstra</i>	156

Kapittel 13 Pårørende i klemme mellom arbeid og foreldreomsorg – har de høyere sykefravær? <i>Elisabeth Ugreninov</i>	167
Kapittel 14 Etter pensjonering – mer eller mindre aktiv? <i>Per Erik Solem</i>	177
DEL V Nærmiljø og nære andre	191
Kapittel 15 Vennskap, samvær og fortrolighet – om omfang og typer av vennskap i eldre år <i>Svein Olav Daatland og Kristine Koløen</i>	193
Kapittel 16 Alder og aktiviteter – hva bruker man fritida til? <i>Svein Olav Daatland og Kristine Koløen</i>	200
DEL VI Omsorg, familie og velferdsstat	211
Kapittel 17 Hvem har ansvaret? Folkemeningen om familiens og velferdsstatens ansvar i ulike land <i>Svein Olav Daatland, Katharina Herlofson og Britt Slagsvold</i>	213
Kapittel 18 Hvem hjelper hvem og hvorfor? <i>Svein Olav Daatland, Marijke Veenstra og Ivar A. Lima</i>	222
Kapittel 19 Fra holdninger til handlinger – om voksne barns ansvar for foreldre med behov for hjelp <i>Katharina Herlofson, Britt Slagsvold og Ivar A. Lima</i>	233
Kapittel 20 Omfang av offentlig omsorg i kommunen – påvirker det holdninger og faktisk familieomsorg? <i>Niklas Jakobsson, Thomas Hansen og Siri Støre Jakobsson</i>	245
Kapittel 21 Egeninteresse eller omtanke for andre? Om holdninger til fordeling mellom generasjoner i familien og velferdsstaten <i>Svein Olav Daatland, Marijke Veenstra og Katharina Herlofson</i>	258
Kapittel 22 Hvor belastende er det å gi omsorg til nære pårørende? <i>Thomas Hansen og Britt Slagsvold</i>	272
DEL VII Herre i sitt liv – om alder og livskvalitet	285
Kapittel 23 Å være herre i sitt liv – svekkes følelsen av kontroll i andre halvdel av livet? <i>Britt Slagsvold og Annemette Sørensen</i>	287
Kapittel 24 Barn og barnebarn – en «aldersforsikring» mot depresjon og ensomhet? <i>Thomas Hansen og Britt Slagsvold</i>	297
Kapittel 25 Svekkes livskvaliteten med alderen? <i>Thomas Hansen og Britt Slagsvold</i>	305

Sammendrag

Rapporten er den tredje i en serie som i en popularisert form oppsummerer resultater fra Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon, NorLAG. Den første rapporten så framover og sammenliknet dagens og morgendagens eldre (Slagsvold og Solem, 2005), den andre så til siden, og tok for seg lokale variasjoner – hvordan aldring og eldre år varierer med lokale livsbetingelser og stedlige kvaliteter (Slagsvold og Daatland, 2006). Den foreliggende rapporten går nærmere inn på aldringens forløp og samspill med endringer på samfunnsnivå, og herunder i velferdsstatens tjenester og tilbud. Fordi NorLAG er norsk partner i den FN-baserte Generation and Gender Survey (GGS), gis det også muligheter for komparative studier mellom land.

Kapittel 1 gir en nærmere presentasjon av «vital aldring» og «solidaritet mellom generasjonene». Hva ligger i disse idealene, og hvilke forutsetninger må være til stede for at de lar seg realisere i et aldrende samfunn? Etter en kort og mer teknisk presentasjon av undersøkelsen i kapittel 2, følger så de empiriske kapitlene ordnet under seks delområder.

Del II (Vital aldring) setter søkelyset på forutsetningene for god helse i eldre år. Kapittel 3 (Nye helseproblemer, sunnere vaner?) undersøker potensialet for å bedre sine helsevaner, og gir betinget støtte til antakelsen om at kroniske helseproblemer kan motivere til gunstige endringer i helseatferd også i eldre år. Her ligger muligheter for intervensjon som foreløpig ikke er realisert. Kapittel 4 tar for seg alkohol og alkoholbruk, et til nå forsømt tema i aldersforskningen. Morgendagens eldre vil trolig ha langt høyere alkoholkonsum enn dagens, som har sammenheng både med økte ressurser og endringer i livsstil. Kapitlet konkluderer at vi kan komme til få en bekymringsfull økning av alkoholrelaterte skader, som kan bli en betydelig utfordring også for pleie- og omsorgstjenestene.

Det er partnerens helseproblemer, ikke ens egne, som har sterkest sammenheng med hvor fornøyd man er med forholdet til partneren, konkluderer kapittel 5. Der det bare er partneren som har et langvarig helseproblem, er færre fornøyd enn i andre konstellasjoner. Symmetri i helse synes å spille en rolle for menn, som er mer fornøyd når begge har et helseproblem enn når

bare partneren har det. For kvinner er det omvendt. Mens felles problemer ser ut til å være en trøst for menn, kan det være en byrde for kvinner, som lett blir den ansvarlige part også da. Hvordan dårlige levekår i barndommen kan ha negative konsekvenser livet igjennom, til og med i eldre år, tas opp i kapittel 6 (Økende ulikhet i helse og helseatferd med alderen?). Vi finner dessuten tendenser til økende sosiale ulikheter i helse blant yngre, som er en risiko for økende sosial ulikheter også blant middelaldrende og eldre i framtiden.

Del III samler fire kapitler om en «Familie i endring». At skilsmisser i foreldregenerasjonen kan være en risiko for forholdet er velkjent, men mindre kjent er at utslaget er mer negativt fra barnas side enn fra foreldrenes side, konkluderes det i kapittel 7 (Skilte foreldre og voksne barn). Kapittel 8 tar for seg besteforeldrenes rolle, som er et slags «heimevern» for foreldregenerasjonen og stiller opp ved behov, i noen land ved å erstatte foreldre som er slått ut av HIV-epidemien eller har migrert for å søke arbeid.

Å være i klemme mellom jobb og familie har først og fremst vært forbundet med småbarnsfasen, men problemet har blitt aktualisert også seinere i livet, for både kvinner og menn er i dag yrkesaktive, og en lengre yrkeskarriere kan være vanskelig å kombinere med familieomsorg, heter det i kapittel 9. Men bare få er i realiteten i klemme mellom jobb og eldre foreldre og vanligvis i nokså kort tid, men for dem det gjelder kan det være under betydelig stress. Fordi arbeid ofte er en kilde til trivsel, er den beste løsningen ikke å slippe jobben, men å gjøre det lettere å kombinere jobb med omsorg.

Likestillingen er kommet langt i Norge, men har fortsatt et stykke å gå i hjemmet, konkluderer kapittel 10. Ikke overraskende er det yngre aldersgrupper som deler husarbeidet likest, men arbeidsdelingen blir ofte mer konvensjonell etter at man får barn. Kapitlet finner dessuten at jo høyere utdanning og inntekt kvinnen har, desto mer likedelt er husarbeidet.

Del IV viser at pensjonering kan påvirke helsa både positivt og negativt. Analysene i kapittel 11 tyder på at tidlig pensjonering er bra for noen, mens fortsatt yrkesaktivitet er gunstig for andre, som er et argument for en mest mulig fleksibel, valgbar pensjonsalder. Kapittel 12 følger opp ved å undersøke betydningen av helsa for tidligpensjon. Subjektiv helse er den beste predikator for uførepensjonering, og bedre enn mer konkrete, såkalt objektive, helseindikatorer. Kapittel 13 tar for seg risikoen for økt sykefravær som følge av å

måtte kombinere jobb og foreldreomsorg. Resultatene bekrefter denne risikoen, men bare for kvinner. Del IV avrundes med et kapittel om hvorvidt pensjonering fører til mer eller mindre aktivitet på andre områder? Den frigjorte tiden synes primært å brukes til mer passive gjøremål og til aktiviteter i hjemmet. Hjemmet fungerer som en buffer, der aktiviteten kan tilpasses kravene utenfra. Når kravene utenfra er store, innskrenkes husarbeidet. Når kravene utenfra er små slik tilfellet er etter pensjonering, utvides det.

Aktiviteter følges opp i del V (Nærmiljø og nære andre). Kapittel 15 konkluderer med at eldre flest har nære venner, ofte både «fortrolige venner» og «omgangsvener». Situasjonen er i så måte bedre enn folk flest er tilbøyelige til å tro. Men enslige er mer integrert i vennskap enn gifte, og kvinner mer enn menn. Det er fallende vennskapsrater med alderen, især for menn, som dermed framstår som i større risiko for sosial isolasjon enn kvinner. Kapittel 16 finner ingen generell tilbaketrekking med alderen slik tilbaketrekkingsteorien påstår, men noen aktivitetsformer viser en økende tendens (sivilt engasjement), noen har en topp midt i livet (friluftsliv), mens andre avtar i eldre år (kultur).

Del VI (Omsorg, familie og velferdsstat) inneholder seks kapitler om familiens og velferdsstatens rolle i eldreomsorgen både normativt og i praksis. Kapittel 17 tar for seg folkemeningen om hvordan ansvarsdelingen mellom familien og velferdsstaten bør være. Her sammenliknes Norge med et utvalg andre land, og ikke overraskende skiller nordmenn seg ut ved å tilskrive samfunnet (velferdsstaten) det største ansvaret. Lenger sør og øst i Europa er familien et førstevalg, fordi det er få andre muligheter og/eller fordi det kulturelle imperativet tilsier det.

Kapittel 18 ser på variasjoner innenfor Norge: Hvem hjelper hvem og hvorfor? Partnere hjelper hverandre, med noe støtte fra tjenester og familie. Barna er først og fremst foreldrenes ansvar, mens ansvar for eldre er fordelt nokså likt mellom familien og velferdsstaten, men med økende behov, øker velferdsstatens (kommunens) del og dominerer for de pleietrengende.

Det kan være langt «Fra holdninger til handlinger» (kapittel 19), men vår studie viser at det er en klar sammenheng mellom holdninger til ansvarsnormer og det å gi hjelp til foreldre fem år senere. Men når behovene er akutte, trår barna til uavhengig av hvilke prinsipielle holdninger de i utgangspunktet har til denne typen ansvar. Kapittel 20 finner at folk som bor i kommuner

med generøse omsorgstjenester er mindre positive til familieomsorg. Resultatene peker i retning av en viss grad av substitusjon mellom formell og uformell omsorg.

Er det grunn til å frykte at den økte vekten av eldrebefolkningen vil gi prioriteringer til fordel for eldre? Resultatene i kapittel 21 tyder ikke på det. Altruismen ser ut til å stå sterkere enn egeninteressen i familiekretsen, der man er tilbøyelig til å sette den andre generasjonens interesser framfor ens egne. Egeninteressen har noe større spillerom i velferdsstaten. Mange er tilbøyelige til å sette den egne aldersgruppens behov og interesser aller høyest, men flertallet støtter også tilbud til andre aldersgrupper. Holdningene varierer ellers med alder og kjønn, ved at kvinner er mer positive til velferdsstaten, men mer negative til familieplikter enn hva menn er. Det kan ligge en viss egeninteresse bak disse mønstrene, for ansvaret blir ellers oftest pålagt kvinner. Familienormer er lite ideologiske, mens holdningene til velferdsstaten varierer langs den politiske høyre–venstre akse.

Det siste kapitlet i del VI reiser spørsmål om hvor belastende det er å gi omsorg til nære pårørende (kapittel 22). Resultatene viser at å gi pleie til foreldre som man bor sammen med er forbundet med lavere livskvalitet for kvinner; ikke så for pleie til foreldre man ikke bor sammen med. Menns livskvalitet påvirkes ikke av om de er pleiere eller ikke, uansett hvor hjelpen gis. Å pleie en partner virker negativt inn på trivsel både for menn og kvinner. Når pleie i eget hushold ser ut til å være særlig belastende, har det trolig sammenheng med at omsorgsansvaret da er tyngre, og at man er mer alene om det.

Rapporten avrundes med en del VII, som tar for seg livskvalitet og opplevelsen av kontroll – av å være herre i sitt liv. Å tro at man kan ha innflytelse på omgivelsene er en psykologisk ressurs, konkluderer kapittel 23. Tverrsnittstudier tyder på at opplevelsen av kontroll synker fra omtrent 50-årsalder, men våre longitudinelle analyser viser at forskjellen i kontrollfølelse frem til 75-årsalder primært skyldes kohortforskjeller og ikke aldring. Blant de eldste finner vi imidlertid en reduksjon i følelse av kontroll, som trolig er en aldringseffekt, og et uttrykk for realisme, kanskje visdom, og er en potensiell kilde til livskvalitet når kreftene svikter

Barna blir ofte ansett å være særlig viktige for livskvaliteten, men kapittel 24 viser at livskvaliteten er like høy, om ikke høyere, blant barnløse. Variasjonen er imidlertid stor. For noen kan savnet av barn føles tungt, andre finner andre verdier i livet. I gjennomsnitt påvirkes ikke lykken av om man har barn. Antagelsen om barnløses ulykkelighet stemmer derfor ikke.

«Svekket livskvaliteten med alderen» spørres det i det avsluttende kapittel 25, som slår fast at den tidlige alderdommen av mange oppleves som en god periode av livet. Personer i 60-årene og langt inn i 70-årene er minst like tilfredse som yngre og har færre negative følelser, men i enda høyere alder er det økt risiko for ensomhet, angst og et senket stemningsleie. En alvorlig trussel mot livskvalitet hører dermed oftest «den fjerde alderen» til.

REFERANSER

- Slagsvold, B. & Solem, P.E. (2005). *Morgendagens eldre. En sammenlikning av verdier, holdninger og atferd blant dagens middelaldrende og eldre*. Oslo: NOVA, rapport 11-2005.
- Slagsvold, B. & Daatland, S.O. (2006). *Eldre år, lokale variasjoner. Resultater fra den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (NorLAG) – runde 1*. Oslo: NOVA, rapport 15-2006.

Summary

Vital ageing and solidarity between generations

Svein Olav Daatland and Britt Slagsvold, editors

Oslo: Norwegian Social Research, report no 15/13

This report is the third in a series which in a popularized form summarize findings from The Norwegian Life-Course, Ageing and Generation Study, NorLAG, which is the first national and longitudinal ageing survey of some format in Norway. The first wave of data collection was carried out in 2002–2003 among respondents aged 40–84. The second wave was carried out five year later (2007–2008), including the whole adult life-course, aged 18–84, and integrated with the UN-based Generation and Gender Survey (GGS), and therefore allowing also comparative analyses. A third wave is planned for the next year or two if financing allows it. The current report summarizes findings from longitudinal analyses of changes between wave 1 and 2, as well as cross-sectional findings from wave 2 and comparative analyses of GGS data.

Chapter 1 describes the motivation for, and conceptual plan of, the study under the heading «Vital ageing in solidary societies». The study design and samples are outlined in chapter 2. The empirical findings are then presented in 23 empirical chapters and organized under six parts and thematic areas.

Part II (Vital ageing) focuses on the opportunities and barriers for good health in later life, including analyses of the potential for favorable changes of health behaviors in later life. Among risk factors is the rise in alcohol consumption, probably in response to better economy and more modern life styles. Gender differences are identified in couples, where «common problems» (health symmetry) seem to be a comfort for men, but not so for women, who anyway will have to shoulder the major caring responsibilities among partners.

Part III includes four chapters on «The changing family», including a chapter on the consequences of divorce, as perceived from both the parent and (adult) child perspective. The role of grandparents is covered in another chapter, as well as the prevalence and consequences of a role conflict between work and care. Both negative and positive consequences are identified, and the

positive correlation between paid work and well-being indicates that role conflicts are better solved while still in paid work rather than to concentrate on care only.

Part IV and V include a number of chapters on the consequences of retirement – health-wise, and in terms of social participation. Only few seem to compensate work by engaging in voluntary work. Free time following retirement is more often spent in the home, and quite passively. Most elders do, however, still have friends, both companions and confidants, but women more so than men. The prevalence and frequency of friendships tend to decline with age, but mainly among the oldest, and more so for men than women, indicating that women are better able to cope socially with the loss of the job and colleagues.

Part VI includes six chapters on the role of the family and the welfare state in elder care, both normatively and in practice. Norwegians tend to ascribe the main responsibility for elder care to the welfare state, and more so than any other country in the GGS consortium, probably in response to more available welfare state services, but possibly also because autonomy between generations is an ideal. Longitudinal analyses find a correlation between attitudes to filial responsibility and actually helping five years later. The risks for a more biased distribution between generations in response to the larger number of elders is judged as minor, as both the older and younger generations tend to respond quite altruistically vis-à-vis each other, in particular in a family setting, but also – although less so – in the welfare state.

The final Part VII contains three chapters on the preconditions for well-being in later life. Longitudinal analyses confirm that the perception of personal control is a resource for well-being, also quite late in life, and longer than is found in cross-sectional studies in the USA. High levels of control are observed until the mid-70s, and lower levels are attributed to cohort rather than ageing. Ageing effects are found from age 75 and beyond. The final chapter concludes that quality of life is in general high all through the 70s, and serious risks are not observed until the threshold to the fourth age. Old age is in this sense better than is often assumed.

DEL I

Vital aldring og samhold mellom generasjoner

KAPITTEL 1:

Vital aldring i solidariske samfunn – en introduksjon

Svein Olav Daatland og Britt Slagsvold

KAPITTEL 2:

Livsløp, aldring og generasjoner i Norge – om NorLAG-studien

Britt Slagsvold, Marijke Veenstra, Svein Olav Daatland, Gunhild O. Hagestad, Thomas Hansen, Katharina Herlofson, Kristine Koløen og Per Erik Solem

KAPITTEL 1

Vital aldring i solidariske samfunn – en introduksjon

Svein Olav Daatland og Britt Slagsvold

Lengre liv og eldre befolkninger støter mot sosiale strukturer og institusjoner som er designet for kortere liv og yngre befolkninger. Da er det ofte lett å ta samfunnsformasjonen for gitt og kreve at individet må tilpasse seg. Den offentlige debatten peker gjerne på aldring som problemet og eldre som problemgruppa, som dermed framstår som «de andre» eller som «fremmede», hva de naturligvis ikke er. Vi trenger ideer, begreper og virkemidler som inkluderer eldre år og mennesker. Dette var noe av bakgrunnen for at FN tok «et samfunn for alle aldre» som motto for sitt eldreår i 1999, og EU fulgte opp med et europeisk år for «aktiv aldring og solidaritet mellom generasjonene» i 2012. Men hva ligger i disse begrepene, ja idealene?

Livene blir lengre og befolkningen eldre. Den demografiske omformingen av liv og samfunn blir ofte omtalt i bekymrede vendinger, til dels som kritisk, og fargelagt med begreper som «eldrebølge» eller verre, som en «eldre-tsunami». Ordbruken tegner bilder av fremmede som vil inn og beite ned våre ellers så fruktbare enger og truer med å legge dem øde. Men de er verken fremmede eller truende. De er tvert imot deg og meg når den tid kommer, «morgendagens eldre», og vi er tvunget sammen i små og store fellesskap av nære og fjerne andre og må finne ut av hvordan vi skal dele på goder og byrder.

Førterpet, men like fullt sant: I aldringen av befolkningen ligger også «muligheter». Den mest nærliggende er et lengre liv, ikke like lykkelig for alle, men få vil være det foruten. Og når byrdene melder seg ligger forklaringen – «skylden» – like mye i de samfunnsstrukturer som vi har flettet rundt menneskers liv som i menneskene selv. Enkeltmennesket skal vel ikke bebreides sine naturlige svakheter? Derimot kan samfunnsformasjonen og politikken kritiseres dersom den ikke er tilpasset naturen og tvert imot

hemmer, eller rent ut ekskluderer, deler av livet og befolkningen. Familien, nærmiljøet, ja landet må tilpasse seg den befolkningen de til enhver tid har, man kan like det eller ikke, men et hvilket som helst alternativ ville vært verre, slik historien gjentatte ganger har vist oss.

En like forterpet sannhet er at det ligger «utfordringer» i den demografiske utviklingen, både for individ og samfunn. Aldringen påvirker hver og en av oss som individer, som familier, og som borgere. Som individer berøres vi både direkte og indirekte, først av nære andres aldring og deretter av vår egen. Og før vi selv kjenner alderen på kroppen, berøres vi av forestillingene om den, til dels av en frykt for hva som venter. Vi er så å si i forestillingenes vold, og disse forestillinger lover mindre, og truer mer enn virkeligheten selv gjør, for våre stereotype forestillinger om aldring og eldre år er gjerne overdrevent svartsynte, formet som de er av tidligere tiders bistrere realiteter. Folk flest ser derfor ikke fram til å bli gamle; de fleste skyver tvert imot alderdommen framfor seg og føler seg yngre enn de er (Daatland m. fl. 2006). Noen forundres kanskje over at de fortsatt lever; de hadde ventet en kortere livsreise. Hva gjør en så med resten av livet, med de nye årene, og hvordan blir de? Det er lett å skremme med at det blir for mange gamle, for den ofte ubevisste angsten for aldring ligger i bunnen og forsterker de mer rasjonelle betraktninger man måtte ha om hva aldringen kan komme til å bety for seg selv, og hva aldringen av befolkningen kan komme til å bety for sysselsetting og verdiskaping, for finansieringen av velferdsstaten og for solidariteten mellom generasjonene.

INKLUDERENDE SAMFUNN

Aldringen av befolkningen setter naturligvis sitt preg på samfunnet. Alle samfunn utvikler ordninger som regulerer livsløpet og forholdet mellom generasjonene, og når liv og befolkning endrer seg, må også de sosiale strukturene gjøre det og omvendt, sosiale og materielle endringer setter sitt preg på menneskers liv. Liv og strukturer er i så måte tett forbundet, men de er produkter av ulike dynamikker, og derfor ofte ute av takt. Liv og levesett kan slepe etter strukturelle endringer, slik tilfellet er når eldre generasjoner henger etter i den teknologiske utviklingen. Like viktig, eller kanskje viktigere, er at strukturer kan slepe etter liv og levemåter, slik tilfellet er når sosiale

institusjoner som arbeidsmarkedet og politikken har vanskelig for å inkludere den aldrende befolkningen. Livene har blitt lengre, men den politiske representasjonen snevrere og yrkeskarrieren kortere. Er dette bærekraftig, og mer generelt – er det rimelig?

Dette er eksempler på det Mathilda White Riley (1985, 1999) kaller «structural lag» (strukturelt etterslep). Lengre liv og eldre befolkninger støter mot sosiale strukturer og institusjoner som er designet for kortere liv og yngre befolkninger. Noen av disse ordningene er mer eller mindre universelle tilpasninger til menneskets biologiske forutsetninger, andre er sosiale konstruksjoner og institusjonaliserte vaner som kan komme ut av takt med nye realiteter eller slik vi ønsker det skal bli. Utfordringen ligger da primært i den sosiale strukturen som vi selv har skapt og selv kan endre, ikke i biologien eller i aldring mer generelt. Men det er ofte lett å ta samfunnsformasjonen for gitt og å rette virkemidlene mot individene, som må tilpasse seg «utviklingen». Den offentlige debatten peker derfor gjerne på aldring som problemet og på eldre som en problemgruppe, som dermed framstår som «de andre» (de Beauvoir 1972/1996), eller som «fremmede» (Dowd 1986).

Vi trenger ideer, begreper og virkemidler som inkluderer eldre år og mennesker, ikke minst fordi de utgjør en stigende del av livet og av befolkningen. Dette var noe av bakgrunnen for at FN tok «et samfunn for alle aldre» som motto for sitt eldreår i 1999 og fulgte opp med en egen handlingsplan i Madrid i 2002, the Madrid Plan of Action. EU fulgte opp med å deklarerer 2012 som et europeisk år for «aktiv aldring og solidaritet mellom generasjonene». Det er dermed ikke mangel på forståelse for at utfordringen er sammensatt og at løsningen er en eller annen form for inkludering, men målene er gjerne vage og midlene ofte uforpliktende. Det er ikke noe i veien med målsettinger om «aktiv aldring» og «samhold mellom generasjoner», men hva ligger i disse begrepene, ja idealene?

VITAL ALDRING

«Aktiv aldring er en prosess for å optimalisere helse, deltakelse, trygghet og livskvalitet etter som man blir eldre» (Active ageing is the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age), heter det i WHO's definisjon fra 2002. I dette ligger at

det legges til grunn at det fortsatt er latente reserver i den eldre befolkningen, som foreløpig ikke er realisert. Vi kan leve enda lengre, og enda sunnere. Optimaliseringen er ikke bare knyttet til helse, men også til (bedre) muligheter for deltakelse i samfunnet og til den tryggheten som er nødvendig for å gi livskvalitet til eldre år. Det siste leddet er et forsøk på å inkludere også den høye alderdommen i definisjonen, som ellers har lett for å leses som en resept for den yngre alderdommen og de såkalt yngre eldre.

Det er vanskelig å lese ut av definisjonen hva som mer konkret legges i en politikk for «aktiv aldring». Hensikten er rimeligvis å forhindre eller utsette helsesvikt og dermed å redusere antall skrøpelige leveår med tilhørende høye utgifter til medisiner og omsorg. Og om helsa var bedre, skulle det også være mulig – og rimelig – å kunne forlenge yrkeskarrieren og derigjennom redusere pensjonsutgiftene. «Aktiv» dreier seg i denne sammenhengen ganske enkelt om deltakelse på samfunnets ulike arenaer og om de egenskaper (helse, kompetanse, motivasjon) som gjør dette mulig. Rent konkret kan det da dreie seg om tiltak for å utsette pensjoneringsen eller å stimulere til frivillig innsats for andre for dermed å redusere presset på velferdsstaten. «Aktiv aldring» framstår i denne forstand som en politikk til glede både for eldre og yngre, og for både individ og samfunn. Hvorvidt det faktisk fungerer slik, er avhengig av hvilken form denne politikken tar og hvordan den erfares.

Det er vanskelig å si seg uenig i denne typen gode hensikter, men det er ikke gitt at offentlige besparelser kan realiseres uten personlige omkostninger, og at noen dermed taper på det. Å legge til rette for aktivitet og deltakelse er dermed ikke nok i seg selv, men må kombineres med betingelser som verner mot påtvungne byrder og nye ulikheter. Det er for eksempel lett å forestille seg at kvinner kan komme dårligere ut når det leggs opp til både mer og lengre yrkesdeltakelse og økt familieomsorg.

Begrepet «aktiv aldring» ble lansert i USA tidlig på 1960-tallet som en antitese til «tilbaketrekkingssteoriens» (disengagement theory, Cumming og Henry 1961) mantra om en vending innover som den naturlige og dermed ønskelige tilpasningen i eldre år. Den konkurrerende «aktivitetsteorien» fortolket tilbaketrekkningen som et resultat av sosial utstøting, og tok til orde for aktivisering som et generelt gode, også i eldre år (Havighurst 1961). Aktivitet og aktivisering ble dermed sentrale idealer for såkalt vellykket aldring (successful

ageing), som langt på vei ble ensbetydende med aktiv aldring. Senere kom også begrepet produktiv aldring til, som mer direkte formulerte verdien av aldring og eldre i instrumentelle og økonomiske termer og underforstått som en byrde for den produktive delen av befolkningen. Denne tenkemåten fant noe av sin legitimitet i «moderniseringsteori» (Cowgill og Holmes 1972), som hevdet at eldres anseelse og innflytelse varierer med samfunnets grad av modernisering. Eldres status vil i alminnelighet være høyest der en har roller og oppgaver som er av verdi for samfunnet. Moderniseringen vil dermed svekke eldres posisjon ved å gjøre deres ferdigheter og erfaringer foreldet.

En serie med initiativer kom til som en reaksjon på denne tenkemåten, for Norges del blant annet en kampanje om «Eldre som ressurs» i Sosialdepartementets regi i 1973, som skulle illustrere verdien av eldre år og mennesker. Noen år seinere, i 1992, fikk vi en egen lov som påla alle kommuner og fylkeskommuner å opprette lokale elderråd, som var et forsøk i samme retning. Fra forskerhold ble begreper som «alderisme» (Butler 1969) og «den strukturelt skapte avhengigheten» (Townsend 1981) lansert som uttrykk og eksempler på at virkeligheten snarere var kjennetegnet av diskriminering og eksklusjon enn av deltakelse og integrering i eldre år.

Disse begreper og initiativer var nok et stykke på vei et svar på at alderdommen tok en større plass i livet og befolkningen, men på måter som ikke var integrert i de etablerte institusjoner og tenkemåter. Man pensjonertes stadig tidligere, men ble skrøpelig stadig seinere. Dermed oppsto et skille mellom en tredje og en fjerde alder, mellom «yngre eldre» og «eldre eldre» (Laslett 1989). Den tredje alderen ble langt på vei en forlengelse av midtlivet, med aktivitet og deltakelse som styrende idealer, til dels med fornektelse av at en fjerde alder truet lenger framme, der andre hensyn og verdier var viktige, og aktiv, produktiv og vellykket var mindre egnede metaforer.

«Vital aldring» eller «optimal aldring» er da kanskje bedre betegnelser, og herunder innforstått at de skal inkludere også skrøpelige gamle og de verdier som ligger i den høye alderdommen. Da dreier det seg i mindre grad om økonomiske verdier, og i større grad om kulturelle, etiske og eksistensielle verdier som er vanskeligere å operasjonalisere nytten av i økonomisk forstand, men som er innlysende viktige ved å forvalte den avhengigheten av andre som omkranser livet og er en del av vår felles skjebne som mennesker.

SOLIDARITET MELLOM GENERASJONER

Forlengelsen av livet og aldringen av befolkningen endrer fordelingen av goder og byrder mellom generasjonene og fører til debatt om hva som er en rettferdig fordeling og hvor langt solidariteten rekker. Klarer familiene å balansere hensynet til yngre og eldre generasjoner? Vil befolkningen fortsatt slutte opp om den generasjonskontrakten som velferdsstaten hviler på? Den demografiske overgangen legger press på etablerte fordelinger og de normer som regulerer dem, og det er bekymring for at viljen til å støtte opp om «den andre» svekkes. Først og fremst at yngre vil bli mindre solidariske overfor eldre, som er den mest nærliggende risikoen etter som demografien tilsier at det legges økte byrder på de yngre generasjoner. Men også aktuelt er om eldre vil være solidariske overfor yngre og på den måten bidra til en fordeling som oppfattes som rett og rimelig i befolkningen.

«Generasjon» er her brukt i to betydninger, som familiegenerasjoner (foreldre, barn) og som samfunnsgenerasjoner (yngre, eldre). Velferdsstaten bygger på en løpende kontrakt mellom yngre og eldre, der man enkelt sagt betaler inn i yngre år og trekker ut i eldre år. Familien er på samme måte en fordelingsarena, men her mellom foreldre, barn og barnebarn mv., og stort sett regulert av uformelle regler – herunder regler om hvem som skylder hverandre hva. Familieoverføringer finner sted både i form av penger og tjenester, og er som hovedregel balansert slik at pengene gjerne flyter nedover fra eldre til yngre, mens hjelpen flyter oppover fra yngre til eldre. Familien er en særdeles viktig omsorgsinstitusjon, helt dominerende i omsorgen for barna, men mer likelig delt med velferdsstaten hva omsorgen for eldre angår. Det er dermed også av helt avgjørende betydning for velferdsstaten at man har velfungerende nettverk og familier og en solidaritet som sørger for at det sivile samfunn er sterkt og levende.

Hva som er en rimelig fordeling mellom yngre og eldre i velferdsstaten, og mellom foreldre og barn i familien, er ikke universelt gitt, men reguleres av normer og varierer derfor over tid og mellom land. Slakkere familienormer kan redusere familiens rolle som omsorgsyter og føre til økt press på velferdsstaten og omvendt – en svekket velferdsstat kan påtvinge familien oppgaver som den ikke kan eller vil påta seg.

For Norge og Nordens del var 1960- og 1970-årene en sammenhengende vekstperiode for velferdsstaten, med betydelig økning både hva pensjoner og tjenester angår. Tilbudet har deretter flatet ut, til dels med redusert tilgang til enkelte tjenester, og dermed med risiko for å legge økt press på familien. Velferdsstatens tjenester ser ut til å ha nådd et foreløpig grensenivå, som forsøkes kompensert av tilbud som skal stimulere den uformelle omsorgen fra familien og det sosiale nettverket, jfr. to nye offentlige utredninger for omsorgssektoren, den ene om innovasjon i omsorgen (NOU 2011:11), den andre med tiltak for å støtte pårørende i omsorgen (NOU 2011:17).

Hva velferdsstaten mer generelt angår, så har den til nå hatt solid oppslutning i befolkningen, især hva helsetjenester og eldreomsorg angår. Det er dermed fortsatt betydelig solidaritet også på dette nivået, som ikke bare sikrer et rimelig nivå av pensjoner og tjenester, men også motvirker den større ulikheten som preger mindre universelle velferdsstater (Huber m. fl. 2009).

Det er av disse grunner lett å slutte opp om generasjonssolidaritet som et førende ideal og virkemiddel i møte med aldringen av befolkningen, men hva som er en rimelig fordeling mellom familien og velferdsstaten, og mellom eldre og yngre, gis ikke i og med dette. Både demografien og de politisk-økonomiske konjunkturerne er mindre gunstige for velferdsstaten i dag enn under den store vekstperioden. Utviklingen truer dermed med å tvinge et større ansvar over på familien, det Saraceno og Keck (2011) omtaler som «familisme ved unnfallenhet» (familism by default) og Leitner (2003) kaller «implisitt familisme». Denne utviklingen kan komme til å svekke snarere enn å støtte de solidariske kreftene, uten at vi foreløpig vet hva som er det mest sannsynlige.

RAPPORTEN

Dette var noe av bakgrunnen for å etablere en løpende alders- og livsløpsstudie i Norge, Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (NorLAG). Hensikten var å etablere et solid empirisk grunnlag for å studere forutsetningene for vital aldring og solidaritet mellom generasjoner på familie og velferdsstatlig nivå. Målsettingen var også å vinne kunnskaper som kunne gi praktiske råd for en bærekraftig eldrepolitikk.

Både mikro- og makroperspektiver måtte da være inkludert, og ikke minst samspillet mellom nivåene. Ved å anlegge et livsløpsperspektiv, og å

inkludere både yngre og eldre år av livet, ble det også mulig å veie fordelingen av goder og byrder over livsløpet og mellom generasjonene. Internasjonalt komparative data er inkludert ved at den norske studien er integrert i den FN-forankrede «Generation and Gender Survey» sammen med ca. 20 andre land. Foreløpig er to runder av datainnsamlingen gjennomført, med fem års mellomrom, som gjør det mulig å foreta longitudinelle (panel) analyser for dermed å kunne skille virkningen av alder og kohort, biografi og sosial kontekst. Undersøkelsene blir nærmere presentert i neste kapittel (kapittel 2).

Denne rapporten oppsummerer noen av resultatene av studien så langt, med særlig vekt nettopp på «vital aldring» og «solidaritet mellom generasjoner» og dermed med en kritisk vurdering av den politikken som seiler under disse idealene. «Vital aldring» belyses i flere sammenhenger, dels som helse og helseatferd, dels som yrkesdeltakelse og dels også som integrasjon og deltakelse på andre arenaer.

Hvilken status solidariteten mellom generasjonene har, og hva forutsetningene for fortsatt solidaritet er, tas også opp i flere sammenhenger, dels innenfor familien og dels i forhold til velferdsstaten, og dermed både mellom generasjoner i familiekretsen og mellom aldersgrupper på samfunnsnivå. Sammenhengen mellom disse to sider av generasjonssolidaritet er et kapittel for seg, som i liten grad har vært tatt opp i tidligere studier. Den store bredden av data og aldersgrupper gir uvanlig store muligheter for tverrfaglige (helse, psykologi, sosiologi) analyser.

Rapporten er organisert i sju deler, med to til seks kapitler under hver del. Etter denne innledningen og den påfølgende beskrivelsen av undersøkelsen (kapittel 2), følger del II: *Vital aldring*, med fire kapitler om helse og helseatferd. Del III tar for seg *Familien i endring*, med analyser av nyere fenomener i og omkring familien så som økende skilsmisserater, tidsklemme mellom jobb og omsorg, besteforeldrenes rolle og arbeidsdelingen mellom «nye» kvinner og menn.

Del IV tar for seg overgangen *Mellom arbeid og pensjon*, og herunder forutsetningen for aktiv aldring i betydningen seinere pensjonering. Del V setter søkelyset på *Nærmiljøet og de nære andre*, herunder fritid, fritidsaktiviteter og vennskap over livsløpet.

I Del VI følger seks kapitler om *Omsorg, familie og velferdsstat* – hvordan omsorgsansvaret deles mellom familien og velferdsstaten, og hvordan det burde fordeles slik folk flest ser det. Den avsluttende del VII diskuterer forutsetningene for *Å være herre i sitt liv og sammenhengen mellom alder og livskvalitet*.

Såpass mye kan vi foregripe analysene, at de vitner om at alderdommen er bedre enn sitt rykte, og at skremslene om eldrebølger og tsunamier henter mye av sin kraft i foreldede forestillinger om aldring og eldre år som det er på tide å vokse seg fri fra. Visst er det utfordringer i den demografiske utviklingen, men også muligheter, om vi bare ser etter.

REFERANSER

- Butler, R. (1989). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9, 243–246.
- Cowgill, D.O. & Holmes, L.D. (1972). *Aging and modernisation*. New York: Appleton–Century–Croft.
- Cumming, E. & Henry, W. (1961). *Growing old*. New York: Basic Books.
- Daatland, S.O., Solem, P.E. & Valset, K. (2006). Subjektiv alder og aldring, i B.Slagsvold og S.O. Daatland (red.), *Eldre år, lokale variasjoner*. Oslo: NOVA, rapport 15–2006.
- Daatland, S.O. & Solem, P.E. (2011). *Aldring og samfunn*. Bergen: Fagbokforlaget.
- de Beauvoir, S. (1972/1996). *The coming of age*. New York: W.W. Norton & Co.
- Dowd, J.J. (1986). The old person as a stranger, in V.W. Marshall (ed.), *Later life. The social psychology of aging*. Beverly Hills: Sage.
- Havighurst, R.J. (1961). Successful aging. *The Gerontologist*, 1, 8–13.
- Laslett, P. (1989). *A fresh map of life. The emergence of the third age*. London: Weidenfeld and Nicolson.
- Leitner, S. (2003). Varieties of familialism. The caring function of the family in comparative perspective. *European Societies*, 5(4): 353–375.
- NOU 2011:11: *Innovasjon i omsorg*.
- NOU 2011:17: *Når sant skal sies om pårørendeomsorg*.

- Riley, M.W. (1985) Age strata in social systems, in R.H. Binstock & E. Shanas (eds.), *Handbook of aging and the social sciences*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Riley, M.W., Foner, A. & Riley, J.W. (1999). The aging and society paradigm (pp. 327–343), in V.L. Bengtson & K.W. Schaie (eds.), *Handbook of theories of aging*. New York: Springer.
- Saraceno, C. & Keck. W. (2011). Towards an integrated approach for the analysis of gender equity in policies supporting paid work and care responsibilities. *Demographic Research*, 25, 371–406.

KAPITTEL 2

Livsløp, aldring og generasjoner i Norge – om NorLAG studien¹

Britt Slagsvold, Marijke Venstra, Svein Olav Daatland, Gunhild O.
Hagestad, Thomas Hansen, Katharina Herlofson, Kristine Koløen
og Per Erik Solem

Norsk aldersforskning manglet lenge et solid datagrunnlag, og bygget som regel på små og lokale datasett. I og med Den norske studien av aldring livsløp og generasjon – NorLAG – fikk også Norge, i likhet med mange andre land, en stor, tverrfaglig alders- og livsløpsstudie, som etter hvert har blitt longitudinell, og inkluderer også internasjonalt komparative data. Her fortelles i korte trekk hvordan studien er bygget opp og hva den inneholder.

Ved inngangen til år 2000 var Norge et av få vestlige land som ikke hadde en longitudinell studie om aldring og livsløp av større skala. Aldersforskningen var til da basert på mindre studier med tverrsnittsdata, og man hadde begrenset kunnskap om aldring og aldringsrelevante utviklingstrekk i norsk velferds- politikk. I 2001 startet Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) Den norske studien om aldring livsløp og generasjon – NorLAG.

I dette kapitlet beskriver vi NorLAGs design, utvalg og data. Alle kapitler i denne rapporten bygger på data fra denne studien. For dem som primært er interessert i spesielle tema i rapporten, kan dette kapitlet være av liten interesse. Kapitlet er ment for dem som ønsker mer utfyllende kunnskap om studiene som artiklene bygger på eller som selv ønsker å anvende data fra NorLAG studien.

¹ Artikkelen bygger på Slagsvold mfl. (2012) Life-course, ageing and generations in Norway, the NorLAG study, *Norsk Epidemiologi*, (2) 22, 95-102.

TEMA OG DISIPLINER

NorLAG er en multidisiplinær studie. Studiens tema er først og fremst forankret i sosiologi, psykologi, demografi og samfunnsmedisin, men studien inneholder også informasjon av relevans for statsvitenskapelige, antropologiske og økonomiske problemstillinger. NorLAG er utformet som en longitudinell undersøkelse, med datainnsamlinger planlagt hvert femte år. Til nå er det samlet data i to runder, første gang i 2002-03 og andre gang i 2007-08. Den tredje runden var planlagt i 2012–13 men har så langt ikke funnet finansiering. I andre runde av datainnsamlingen ble NorLAG knyttet til den internasjonale Generations and Gender Study (GGS), som er initiert av FN. Den sammenlåtte norske studien fikk navnet LOGG – Livsløp, generasjon og kjønn. Begrunnelsen for denne sammenslåingen lå dels i at GGS dekket temaer, spørsmål og skalaer som allerede var brukt i NorLAG, og ikke minst at en slik database ville gi muligheter for komparative analyser. På nåværende tidspunkt har 19 land samlet inn data i GGS, mange land i to og flere i tre runder, og flere land kommer til. Data samlet inn i LOGG omtales også som GGS – Norway.

Utvalget i den første runden i NorLAG var personer 40 år og eldre. Da den i andre runde ble slått sammen med GGS, ble utvalget i NorLAG utvidet til å inkludere også personer mellom 18 og 39 år. Begge datafilene, både NorLAG og LOGG, er nå deler av prosjektet «ACCESS – Life Course: A Research Infrastructure Project» som er finansiert av Norges forskningsråd. Hensikten med ACCESS er å gjøre data fra NorLAG og LOGG enklere tilgjengelig for forskersamfunnet (www.norlag.no)

I dette kapitlet gir vi en oversikt over NorLAG studien, og beskriver studiens målsetting, de viktigste forskningsområdene NorLAG omfatter, oversikt over utvalg og data og informasjon om hvordan forskersamfunnet kan ta i bruk data. Alle kapitler i denne rapporten bygger på data fra LOGG, de fleste også på data fra NorLAGs første og andre runde. Enkelte artikler bruker også komparative data samlet inn i GGS.

De mange navn på studien kan fremstå som forvirrende, litt forenklet kan man si at NorLAGs andre runde + GGS-Norway = LOGG, og data fra LOGG gjøres tilgjengelig via ACCESS.

MÅLSETTING MED NorLAG

Målsettingene med NorLAG studien var mange og brede. Vi ønsket å etablere et bedre kunnskapsgrunnlag for å forstå livsløp, aldring og overganger i andre halvdel av livet, betingelser for aktiv aldring og for livskvalitet i eldre år, og resultater av sosialpolitiske tiltak. Utvalget i NorLAGs første runde representerer tre livsfaser, middelaldrende, den tredje alder (eller unge gamle) og den fjerde alder (de eldste). Ved at utvalget i andre runde ble utvidet til å omfatte unge voksne ble også temaer av særlig relevans for denne livsfasen inkludert – fertilitet og barneomsorg, familiedannelse og skilsmisser, etablering som voksen og likestilling mellom kjønnene. Dette er sentrale tema i GGS (Vikat m.fl. 2008).

Livsløpsperspektivet er sentralt i NorLAG studien. Et slikt perspektiv legger vekt på at (i) Aldring og alderdom er forankret i forløp; for å forstå en persons valg og livssituasjon er det viktig å ha kunnskap om hvor de «har vært» tidligere i livet. (ii) Det er gjensidige avhengigheter i livsløp hvor blant annet arbeidskarriere vil legge føringer for familiekarriere, og vice versa. Hvordan livet forløper preges også av «viktige andres» behov og ressurser, noe som er spesielt tydelig innenfor familien. (iii) Hvordan livet forløper preges også av den historiske kontekst det er formet i, og slik sett kan ulike alderskohorter aldres på ulike måter. Økende levealder og endret aldersstruktur i befolkningen skjer også samtidig med andre former for sosial forandring. Disse endringene gir både samfunn og individer nye utfordringer og kan skape store forskjeller mellom alderskohorter med ulike historiske erfaringer. Slik sett kan vi ikke anta at dagens 60-åringer vil være som dagens 80-åringer om tjue år, verken når det gjelder atferd, preferanser eller verdier.

Et longitudinelt design gir mulighet for ikke bare å undersøke ulike faser i andre halvdel av livet, men også å studere aldring som en prosess, som kan skje på ulike måter for ulike alderskohorter. NorLAG studien er konsentrert om fire sentrale områder i livet: (i) arbeid og pensjonering, (ii) familie og forholdet mellom generasjonene, (iii) mental helse og livskvalitet og (iv) helse, helseatferd og omsorg.

UTVALG OG DATAINNSAMLING

Utvalget i NorLAGs første runde består av personer som ikke bor i institusjon i aldergruppen 40–79 år, trukket fra 30 kommuner og bydeler i fire regioner i Norge: Oslo og Akershus, Agder-fylkene, Nord-Trøndelag og Troms. Innen

hver av de 30 områdene er det trukket et tilfeldig utvalg, stratifisert etter kjønn og alder. Bruttoutvalget i første runde var 8 298 personer. Datainnsamlingen foregikk over ett år, fra 2002 til 2003.

Andre datainnsamling ble gjort fem år senere, i 2007–2008. Da ble NorLAG slått sammen med den internasjonale Generations and Gender Study - GGS. I denne sammenslåingen ble de aller fleste spørsmål fra NorLAGs første runde beholdt, og spørsmål om fertilitet, familie og verdier ble lagt til eller utvidet. I andre runden ble hele bruttoutvalget fra første runde i NorLAG kontaktet igjen. Personer som hadde flyttet fra utvalgsområdene etter første runde ble også kontaktet. I tillegg ble det trukket et nasjonalt representativt utvalg av personer 18–79 år, slik at bruttoutvalget besto av 25 368 personer (inkludert 538 personer mellom 80 og 84 år som hadde deltatt i NorLAGs første runde). Det nasjonalt representative utvalget er stratifisert etter kjønn, alder, geografisk bosted og kommunens sentralitet (se Holmøy (2003) for mer detaljert informasjon om utvalget). En oversikt over antall respondenter i de to rundene er presentert i tabell 1. Denne tabellen viser også antall respondenter som deltok i begge rundene av datainnsamling (NorLAG panel).

Tabell 1. Respondenter i NorLAG 1, NorLAG 2 og LOGG, og utvalget i NorLAG panel data (NorPAN) for 5-års alderskohorter

Fødselsår	NorLAG 1	NorLAG 2/LOGG	NorLAG panel data (NorPAN) (runde 1 og 2)
	2002–03	2007–08	2007–08
1922–26	463	-	199
1927–31	548	564	291
1932–36	545	684	347
1937–41	697	976	510
1942–46	755	1 213	571
1947–51	841	1 347	619
1952–56	861	1 357	620
1957–61	862	1 415	617
1962–66	-	1 427	
1967–71	-	1 728	
1972–76	-	1 425	
1977–81	-	1 135	
1982–86	-	1 085	
1987–88	-	536	
Total	5,559	14,892	3,774

Statistisk sentralbyrå har hatt ansvar for utvalg og datainnsamling i begge runder. Informasjon ble innhentet primært gjennom telefonintervju (computer assisted telephone interview - CATI) og postalt spørreskjema som ble sendt ut 14 dager etter intervjuet. Gjennomsnittlig varighet av telefonintervju var 32 minutter i første runde og 43 minutter i andre. Til opplysningene fra respondenten selv er det lagt til informasjon fra ulike registre: Befolkningsregisteret, Den nasjonale utdanningsdatabasen (NUDB), Inntektsregisteret, Selvangivelsesregisteret, FD-trygd og Kontantstøtteregisteret. Registerdata ble brukt på flere måter; for å trekke utvalgene, styre CATI -intervjuene i forhold til kjønn, alder og familieopplysninger, kvalitetssikre data og ikke minst som en kilde til informasjon om respondentene. Det er innhentet informert samtykke fra respondentene for kobling mellom surveydata og registerdata. Det er gjort årlige oppdateringer av registerdata fra 2003 til 2007 for dem som deltok i første runde, og vil bli gjort frem til 2012 for dem som deltok i andre runde.

Svarprosjenter for de to runder og for de ulike datakilder er presentert i tabell 2 (neste side).

I første runde av datainnsamling deltok 5 559 personer i telefonintervju (svarprosent 67) og 4 149 av disse returnerte spørreskjema (svarprosent 75). Da utvalget til andre runde ble trukket var 264 av disse døde og 25 personer hadde emigrert. I alt 71,6 prosent av de som deltok i første runde gjennomførte også andre runde. Det svarer til 49,8 prosent av det tilgjengelige bruttoutvalget. Den betingede svarprosent for det postale skjema er 67,5 prosent, dvs. andel personer som besvarte det postale skjema i andre runde, regnet av antall tilgjengelige personer som returnerte det postale skjema i første runde. Den ubetingede svarprosent, dvs. prosent av tilgjengelig bruttoutvalg som både er intervjuet i telefon og har returnert postalt skjema i begge runder var 35,2 (N= 2 672).

Tabell 2. Svarprosent for NorLAGs panelutvalg (40 år og over) og for LOGG (18–79 år)

	N	Svarprosent
NorLAG Panel 40+		
<i>Runde 1[1] 40–79 år</i>		
Telefonintervju, netto utvalg	5 559	67
Postskjema, netto utvalg	4 149	74,6
<i>Runde 2 45–84 år</i>		
Telefonintervju, betinget longitudinell svar prosent		
Utvalg (personer intervjuet ved telefon runde 1)	5 559	
Ikke tilgjengelig på grunn av emigrasjon eller død per 31.12.2006	289	
Tilgjengelige	5 270	100
Netto utvalg	3 774	71,6
Postalt spørreskjema, runde 2 Netto utvalg	2 983	79
Postalt spørreskjema, betinget longitudinell svar prosent		
Utvalg (personer som returnerte skjema i runde 1)	4 149	
Ikke tilgjengelig på grunn av emigrasjon eller død per 31.12.2006	188	
Tilgjengelige	3 961	100
Netto utvalg	2 672	67,5
LOGG 18–79 år		
Telefonintervju, netto utvalg	14 892	60
Postalt spørreskjema, netto utvalg	10 794	72,5

I andre runde av datainnsamlingen deltok 14 892 personer i aldersgruppen 18–79 år i telefonintervju (svarprosent 60). Tabell 3 viser frafall i de to runder.

Tabell 3. Svarprosent i de to runder av datainnsamling (NorLAG1 og LOGG) og frafall fra NorLAG 1 til NorLAG 2 (betinget svar prosent).

	NorLAG1 2002–03			NorLAG/LOGG 2007–08			Frafall fra NorLAG 1 til 2		
	Intervju	Frafall	Total N	Intervju	Frafall	Total N	Intervju	Frafall	Total N
Total	67	33	8 298	60	40	24 830	71,6	28,4	5 270
<i>Kjønn</i>									
Menn	68,1	31,9	3 969	59,4	40,6	12 364	72,8	27,2	2 525
Kvinner	66	34	4 329	60,5	39,5	12 466	70,5	29,5	2 745
<i>Alder</i>									
18–29				55,1	44,9	4 998			
30–39				59,8	40,2	5 276			
40–49	71	29	2 419	63	37	4 512	72,8	27,2	1 699
50–59	68	32	2 331	62,5	37,5	4 326	76,6	23,4	1 554
60–69	66,7	33,3	1 858	64,1	35,9	3 413	73,2	26,8	1 117
70–79	60,1	39,9	1 680	54,1	45,9	2 305	57,9	42,1	847
<i>Utdanningsnivå</i>									
Grunn– (8–10 år)	56,2	43,8	2 168	47,2	52,8	6 379	56,3	43,7	1 113
Videregående- (11–14)	69,1	30,9	4 213	60	40	10 429	71,8	28,2	2 774
Høyere (14+)	76,5	23,5	1 815	72,9	27,1	7 456	84,3	15,7	1 347
Ukjent	39,2	60,8	102	33,6	66,4	566	54,3	45,7	35
<i>Region</i>									
Oslo og Akershus	62,7	37,3	3 455	61,9	38,1	6 164	75,6	24,4	2 056
Hedmark og Oppland				61,1	38,9	1 495			
Østlandet forøvrig				60,3	39,7	3 241			
Agder og Rogaland (NorLAG: bare Agder)	67,1	32,9	1 619	56,3	43,7	4 435	69,8	30,2	1 017
Vestlandet				62	38	3 213			
Trøndelag (NorLAG: bare Nord-Trøndelag)	73,3	26,7	1 615	60,5	39,5	3 446	69,7	30,3	1 134
Nord-Norge (NorLAG: bare Troms)	69,7	30,3	1 609	57,7	42,3	2 836	67,7	32,3	1 063

Skjevhetene i frafallet er relativt moderate, bortsett fra frafall knyttet til utdanningsnivå. De med bare grunntidning er underrepresentert, mens de med høyere utdanning er overrepresentert.

I studier av eldre, og især i longitudinelle studier, kan stort frafall være et problem. De eldste ble oversamlet i NorLAG for å sikre at det ville være et tilstrekkelig antall eldre i påfølgende datainnsamlinger. Frafall fra runde 1 til runde 2 er knyttet til høy alder og lav utdanning (Tabell 3). Fordi frafall henger sammen med forhold av særlig relevans for aldersforskning, for eksempel helse, arbeid og livskvalitet, er det en utfordring å finne gode teknikker for å håndtere «missing data».

MÅL, SKALAER OG SPØRSMÅLSBATTERIER

Til dels er mål, skalaer og spørsmål i NorLAG hentet fra andre internasjonale, longitudinelle aldringsstudier som fant sted den gang NorLAG ble planlagt. For øvrig ble det lagt vekt på å velge skalaer og spørsmålsbatterier som var godt validert og dokumentert. Til en viss grad er andre runde av NorLAG harmonisert for å passe med GGS. Tabell 4 gir en oversikt over de viktigste variablene i begge runder (for full dokumentasjon av spørsmål og skalaer se <http://norlag.nova.no>, Nestar-funksjonen hos Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) og dokumentasjonsrapporter fra Statistisk sentralbyrå (Holmøy 2004, Bjørshol mfl. 2010).

Tabell 4. Utvalgte variabler fra fire sentrale tema i NorLAG 1 og 2 med kilder

	NorLAG1 2002–03	NorLAG2/ LOGG 2007–08
Demografiske og sosioøkonomiske faktorer		
Sosiodemografisk om respondenten (alder, kjønn, ekteskaphistorie, utdanning, inntekt og formue)	Register	Register
Sammensetning av husholdet	Register og telefon	Register og telefon
Sosiodemografisk om partner (alder, kjønn, utdanning, inntekt)	Register	Register
Sosiodemografisk om barn/stebarn (alder, kjønn, sivilstand, utdanning, bosted)	Register	Register
Sosiodemografisk om foreldre (alder, kjønn, sivilstand, utdanning, bosted)	Register	Register
Religiøs og politisk tilhørighet	Telefon	Telefon
Arbeid og pensjonering		
Om respondentens yrkesaktivitet (yrke, arbeidstid, permisjoner og sykemeldinger, karakteristika ved arbeidet, arbeidstilfredshet)	Telefon	Telefon
Om partners yrkesaktivitet (yrke, arbeidstid, permisjoner og sykemeldinger, karakteristika ved arbeidet)	Telefon	Telefon
Planer og ønsker om pensjonering	Telefon	Telefon
Trygdeytelser for både respondenten og partner (uførepensjon/ alderspensjon/arbeidsledighetstrygd)	Register	Register
Subjektiv arbeidsevne	Post	Post
Psykososialt arbeidsmiljø	Telefon	Telefon
Årsaker til pensjonering	Telefon	Telefon

tabell 4.: fortsetter neste side

Helse, helseatferd og omsorg		
Langvarige helseproblemer og helsebegrensninger, ADL-Activities of Daily Living	Telefon	Telefon
Selvvurdert helse (SF-12)	Telefon	Telefon
Sensoriske funksjoner og gangfunksjon	Telefon	Telefon
Helsevaner (tobakk, alkoholkonsum, fysisk aktivitet, BMI - body-mass index)	Post	Post
Bruk av medikamenter og helse/omsorgstjenester	Post	Post
Om husholdsmedlemmers og foreldres helse (langvarige helsebegrensninger, kognitiv svikt og behov for omsorg)	Telefon	Telefon
Offentlige tjenester (respondenten, husholdsmedlemmer, foreldre)		Telefon
Informal care (nursing)		Telefon
Mental helse og livskvalitet		
Angst (HADS-A) og depresjon (CES-D)	Post	Post
Tilfredshet med livet generelt og for ulike områder	Post	Post
Positiv og negativ affekt (PANAS)	Post	Post
Ensomhet (skala og enkeltspørsmål)	Post/Telefon	Post/Telefon
Psykologiske karakteristika (personlighet – Big Five Inventory, kjønnsroller, self esteem, mestring)	Post	Post
Aldersidentitet	Post	Post
Familie og relasjoner mellom generasjoner		
Familienormer		Post
Filial responsibility Scale	Post	Post
Familie struktur	Register og Telefon	Register og Telefon
Kontaktmønstre (barn, foreldre, søsken)	Telefon og Post	Telefon og Post
Opplevd relasjonskvalitet (barn, partner, foreldre)	Telefon og Post	Telefon og Post
Utvexling av støtte (emosjonell, instrumentell, økonomisk)	Telefon	Telefon
Ekteskapshistorie	Register	Register og Telefon
Fertilitetshistorie		Register og Telefon
Andre tema		
Verdier – Basic Human Values Scale	Post	Post
Livshendelser	Post	Post
Kjæledyr	Telefon	Telefon
Fritidsaktiviteter	Post	Post
Bolig	Telefon	Telefon
Lokalmiljø	Post	Post

STYRKER OG SVAKHETER

En av NorLAGs styrker ligger i koblingen mellom longitudinelle survey data og registerdata. Det gir mulighet for å studere overganger og endringer, slik som å få en kronisk sykdom, å pensjoneres, å miste en partner og konsekvenser av dette over tid. Videre har databasen ikke bare informasjon om respondentene selv, men også om deres nære familie – partner, barn og foreldre, både via surveydata og registerdata. Det store utvalget i studien gjør det også mulig å studere spesielle undergrupper – og samtidig ta hensyn til variasjon i sentrale bakgrunnsvariabler som utdanning, kjønn og alder. Nok en styrke er at NorLAG inneholder et rikt sett av validerte psykologiske og sosiologiske skalaer, blant annet spørsmålsbatterier om depresjon, ensomhet, og ulike sider ved livskvalitet, personlighet, verdier og helse. Data gir store muligheter for internasjonale komparative studier om en rekke tema og livsløpsoverganger, dels via GGS data, og dels ved at mange standardiserte mål inngår i studien.

En utfordring i longitudinelle studier er frafall mellom rundene av datainnsamling, noe som har både direkte og indirekte betydning for de fleste forhold av interesse i aldersforskning. Selv om tidligere forskning viser at frafall er høyest fra første til andre runde, og siden minsker betydelig, har det å redusere frafall i fremtidige runder høyest prioritet. I longitudinelle studier er det viktig å sikre kontinuitet og beholde kjernespørsmål og sentrale spørsmålsbatterier for å unngå metodiske problemer når man skal studere endring over tid. Dermed har man imidlertid også begrensede muligheter til å ta i bruk nye, og kanskje bedre, spørsmål. En annen mulig svakhet ved NorLAG er det relativt lange tidsspennet mellom datainnsamlingene – fem år. Det kan være for langt for å avdekke forløp, særlig forløp knyttet til funksjonsnedsettelse. For noen tema, som for eksempel familiehendelser og arbeid og pensjonering, kan man hente årlig oppdatert informasjon fra register. En siste begrensning, eller snarere dilemma vi vil påpeke er avveininger man må gjøre mellom det å ha en bredt anlagt livsløpsstudie som NorLAG og mer detaljert og grundig informasjon på et enkelt avgrenset område.

LETT TILGJENGELIGE DATA

Data fra både NorLAG og LOGG er fritt tilgjengelig for forskningsformål. Databasene er del av infrastruktur prosjektet «The ACCESS Life Course Database Infrastructure» som tilrettelegger brukervennlige datafiler både med

panel data fra NorLAGs panelfil (utvalg 40–84 år) og tverrsnittsdata fra LOGG filen, som altså består av spørsmål fra NorLAG og GGS (utvalg 18–74 år). Et viktig mål med infrastruktur prosjektet er å gjøre tilgangen til data enklere ved å rense og teste data, dokumentere datasett og variabler, og tilrettelegge skalaer og mål (se evt. <http://norlag.nova.no>).

FINANSIERING

NorLAG og LOGG er finansiert av Norges forskningsråd (prosjektnr. 149564 og 168373), Helse- og omsorgsdepartementet, Arbeidsdepartementet, Barne- likestillings og inkluderingsdepartementet, Kommunaldepartementet. NOVA i begge runder og SSB i andre runde av datainnsamling. NorLAG og LOGG inngår i prosjektet «The ACCESS Life Course Database Infrastructure Project» som er finansiert av Norges forskningsråds infrastrukturprogram (prosjektnr. 195403) og NOVA.

REFERANSER

- Bjørshol, E., Høstmark, M., & Lagerstrøm, B. O. (2010). Livsløp, generasjon og kjønn - LOGG. *Dokumentasjonsrapport*. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Daatland, S. O., Herlofson, K., & Lima, I. A. (2011). Balancing generations: on the strength and character of family norms in the west and east of Europe. *Ageing & Society*, 31(7), 1159–1179.
- Finseraas, H., Koløen, K., & Slagsvold, B. (under revisjon). Does immigration erode informal social capital? A multilevel analysis of individual-level panel data. *Acta Sociologica*.
- Hansen, T., & Slagsvold, B. (2012). The age and subjective well-being paradox revisited: A multidimensional perspective. *Norsk Epidemiologi*, 22(2), 187–195.
- Hansen, T., Slagsvold, B., & Ingebretsen, R. (2012). The strains and gains of caregiving: An examination of the effects of providing personal care to a parent on a range of psychological outcomes. *Social Indicators Research (online first)*.
- Hansen, T., Slagsvold, B., & Moum, T. (2009). Childlessness and Psychological Well-Being in Midlife and Old Age: An Examination of Parental Status Effects Across a Range of Outcomes. *Social Indicators Research*, 94(2), 343–362.

- Herlofson, K., & Hagestad, G. O. (2012). Transformations in the role of grandparents across welfare states. In S. Arber & V. Timonen (Eds.), *Contemporary grandparenting: Changing family relationships in global contexts* (pp. 27–50): Policy Press.
- Herlofson, K., Hagestad, G. O., Slagsvold, B., & Sørensen, A. M. (2011). Intergenerational family responsibilities in Europe. Multilinks deliverable 4.3.
- Holmøy, A. (2003). Undersøkelse om livsløp, aldring og generasjon (LAG). Dokumentasjonsrapport 2003/88. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Næss, S., & Hansen, T. (2012). Naturelskere og naturbrukere. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 53(4), 405–428.
- Slagsvold, B., & Sørensen, A. (2008). Age, education, and the gender gap in the sense of control. *International Journal of Aging & Human Development*, 67(1), 25–42
- Slagsvold, B., & Sørensen, A. (2013). Changes in sense of control in the second half of life: results from a 5-year panel study. *International Journal of Aging & Human Development*, 77(4), 263–282.
- Slagsvold, B., Veenstra, M., Daatland, S. O., Hagestad, G., Hansen, T., Herlofson, K., et al. (2012). Life-course, ageing and generations in Norway: the NorLAG study. *Norsk Epidemiologi*, 22(2), 95–102.
- Veenstra, M., Slagsvold, B., & Sørensen, A. M. (under revisjon). Measurement invariance of the Personal Mastery Scale: can we compare across age? *European Journal of Ageing*.
- Vikat, A., Speder, Z., Beets, G., Billari, F., C., Desequelles, A., Fokkema, T., et al. (2008). Generations and Gender Survey (GGS): Towards a better understanding of relationships and processes in the life course. *Demographic Research*, 17, 389–440.

DEL II

Vital aldring

KAPITTEL 3:

Nye helseproblemer, sunnere vaner?

Marijke Veenstra og Astri Syse

KAPITTEL 4:

Alkohol i eldre år: Hvem drikker mer?

Britt Slagsvold og Gøril Løset

KAPITTEL 5:

Sammen i gode og onde dager – om helsas betydning for tilfredshet med parforholdet

Marijke Veenstra og Svein Olav Daatland

KAPITTEL 6:

Økende ulikhet i helse og helseatferd med alderen?

Marijke Veenstra, Svein Olav Daatland og Ivar A. Lima

KAPITTEL 3

Nye helseproblemer, sunnere vaner?¹

Marijke Veenstra og Astri Syse

Å få folk til å bedre sine helsevaner er et av helsevesenets viktigste oppgaver, men hva er potensialet for å endre helsevaner i eldre år? I hvilken grad endres helsevaner etter 60 år? Øker sannsynligheten for å bedre sine helsevaner om man får et kronisk helseproblem? Studien gir begrenset støtte til antakelsen om at kroniske helseproblemer trigger positive endringer i helseatferd. Våre funn samsvarer med resultater fra en nylig publisert studie, som konkluderer at helsevesenet i større grad bør utnytte et mulig «intervensjonsvindu» for å hjelpe personer med å opprettholde eller forbedre sin helsefremmende atferd når de får helseplager, også sent i livet

Vaner kan være tunge å vende, også dårlige helsevaner. Allikevel er det å få folk til å bedre sine helsevaner helsevesenets viktigste forebyggende tiltak. Gode helsevaner er like viktig i andre som i første halvdel av livet. Men hva skal til for å endre vanene i eldre år? I forhold til yngre brukes ofte informasjon om mulig fremtidig helsesvikt for å motivere til endring av helseatferd. I eldre år vil flere faktisk oppleve helsesvikt, som kan lindres eller bedres ved at helsevaner legges om. I dette kapitlet stiller vi to spørsmål:

1. I hvilken grad endres helsevaner etter 60 år?
2. Øker sannsynligheten for å bedre helsevaner om man får en kronisk sykdom?

FLERE SYKDOMMER OG NYE HELSEVANER

Livsstilssykdommer som hjerte- og karsykdommer, diabetes, kreft og kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og muskel- og skjelettlidelser er blant de mest vanlige årsakene til redusert helse i eldre år (Folkehelseinstituttet, 2010). Forekomsten av slike sykdommer eller lidelser har økt over tid med aldringen

¹ Resultatene er tidligere presentert i artikkelen «Health behaviour changes and onset of chronic health problems in later life», *Norsk Epidemiologi*, 22(2) 2012: 135–142.

av befolkningen. Dermed har det blitt et økt fokus på helsefremmende atferd som kan forsinke eller forebygge sykdom, også sent i livet. Vi vet at røyking, fysisk inaktivitet, fedme og høyt alkoholforbruk er blant de viktigste årsakene til dårlig helse (Khaw, et al., 2008; Klijs, Mackenbach, & Kunst, 2011; Warburton, Nicol, & Bredin, 2006). Vi vet også at flere av dagens norske eldre har et høyere alkoholforbruk og flere er overvektige sammenliknet med tidligere fødselskull (Bye & Østhus, 2012; Folkehelseinstituttet). I aldersgruppen 60–79 år økte andelen med et frekvent alkoholforbruk fra 29 prosent i 1995 til 57 prosent i 2008 (Bye & Østhus, 2012). Andelen eldre som røyker har, på den annen side, gått ned, fra 28 prosent i 1997 til 21 prosent i 2011 (Norgeshelsa Folkehelseinstituttet), og relativt færre personer er fysisk inaktive: 32 prosent i 2001 sammenliknet med 17 prosent i 2007 (Vaage, 2011). Dette tyder på at det er endringer på gang når det gjelder helseatferd i både positiv og negativ retning, i ulike kohorter av norske eldre.

NY SYKDOM UTLØSER SUNNERE VANER?

Det å få en sykdom eller et helseproblem kan være en motivasjon for å endre helseskadelig atferd (Keenan, 2009). For eksempel har det vist seg at røykeslutt er mer vanlig blant middelaldrende og eldre etter en viktig endring i helsestatusen (Gjeilo, Stenseth, Klepstad, Lydersen, & Wahba, 2010; Keenan, 2009). Hjertesykdom eller slag fører til økt sannsynlighet for røykekutt, redusert alkoholforbruk og økt fysisk aktivitet (van Gool, Kempen, Penninx, Deeg, & van Eijk, 2007). Alt i alt er det likevel fortsatt lite kunnskap om hvordan individer endrer sin atferd etter et nylig oppstått kronisk helseproblem senere i livet.

Å endre helsevaner sent i livet kan være mer krevende enn tidligere. Mye av det mennesker gjør er vaner som kan være vanskelig å endre, ikke minst sent i livet (Newsom, et al., 2012). For eldre kan forventninger om effekten av endring være lave, for eksempel forestillinger om at 'skaden er allerede skjedd' («damage done») kan være en barriere for røykeslutt i eldre år. Videre medfører en sykdom gjerne både fysiske og psykososiale byrder (f.eks. kvalme, trøtthet og tungsinn). Det koster psykiske anstrengelser, forsakelser og kanskje midlertidig ubehag å bedre helseatferd, og det kan gjøre det vanskelig å opprettholde eller starte med helsefremmende atferd. Skaff (2007) (Skaff,

2007) understreker betydningen av opplevelse av kontroll for å endre atferd etter at kroniske helseproblemer oppstår. En sterk kontrollfølelse er assosiert med bedre tilpasning til kroniske sykdommer og tilstander, og kan være en motiverende kraft som kan bidra til at individer deltar i helsefremmende aktiviteter.

I denne studien undersøker vi endringer i helseatferd blant personer 60 år og eldre og vurderer hvorvidt det å få en kronisk sykdom fører til positive endringer i helseatferd. Betydningen av opplevd kontroll for sammenhengen mellom endringer i helse og helseatferd vil også bli belyst. Faktorer som henger sammen med en *sunnere* atferd kan tenkes å være forskjellige fra faktorer som bidrar til å opprettholde atferd. I dette kapitlet er derfor hovedfokus på helsefremmende atferd i møtet med sykdom og plager, for eksempel røykekutt, redusert alkoholforbruk, økt fysisk aktivitet. Når det gjelder vekt, har vi konsentrert oss om endringer fra fet (kroppsmasseindeks større eller lik 30) til overvektig eller normalvektig.

Vi benytter paneldata fra *Den norske studien om livsløp, aldring og generasjon* (NorLAG). I våre analyser bygger vi på data fra de 1019 respondentene som var 60 år og eldre ved den første intervjurunden i 2002, og som svarte både på telefonintervjuet og det postale spørreskjemaet i begge runder, også den fem år senere i 2007. Respondenter med manglende svar på enkeltspørsmål om helseatferd ble ekskludert fra de respektive analysene. Derfor varierer også antallet deltakere mellom de ulike analysene avhengig av hvilke variabler som inngår.

Helseatferd (Kilde: Postalt spørreskjema NorLAG)

Røyking: *Bruker du eller har du brukt sigaretter?* Svarkategorier: (1) 'aldri-røyker'; (2) 'tidligere-røyker'; og (3) 'nåværende-røyker'. Sistnevnte inkluderer de som har svart at de røyker sjelden, av og til og hver dag.

Alkoholforbruk: *Tenk på ditt alkoholforbruk de siste 12 månedene. Omtrent hvor ofte har du drukket alkohol? Regn også med de gangene du bare drakk litt.* Svarkategorier: 'aldri eller ikke sist år', 'mindre enn ukentlig men minst en gang i løpet av sist år', og 'ukentlig eller oftere'.

Vi benytter dermed en svært moderat definisjon av høyt alkoholforbruk, som tar hensyn til en potensiell underrapportering som er karakteristisk for svar på dette området i spørreundersøkelser [23; 24]. Per i dag eksisterer det ikke enighet omkring hvor høyt nivå som utgjør et skadelig alkoholforbruk, og noen studier indikerer at selv et lavt nivå kan utgjøre en helseisiko (Hallgren, Högberg, & Andréasson, 2009).

Fysisk aktivitet: Omtrent hvor ofte gjør du følgende? (1) Trening innendørs (treningsstudio, aerobic, gymnastikk e.l.); (2) Turer/trening utendørs (til fots/på sykkel/ski e.l.); og (3) Hagearbeid (i sesongen). Respondenter som indikerte minst ukentlig innendørstrening, daglig utendørstrening eller daglig hagearbeid ble regnet som 'regelmessig fysisk aktive'. Denne tilordningen er i tråd med forskning som viser at det anbefalte nivået på 30 minutter eller mer med fysisk aktivitet av moderat intensitet kan akkumuleres fra gange, hagearbeid, husarbeid og lignende. En slik definisjon der man inkluderer moderat trening er særlig relevant for eldre (Berger, Der, Mutrie, & Hannah, 2005).

Kroppsmasseindeks (KMI): Vekt (i kilogram) dividert med kvadratet av høyden (meter). Fire kategorier: (1) 'undervektig' tilsvarende KMI <18.5; (2) 'normalvektig' tilsvarende KMI 18.5-24.9; (3) 'overvektig' tilsvarende KMI 25.0-29.9; og (4) 'fedme' tilsvarende KMI ≥30.0 (WHO, 2000).

Kronisk helseproblem/sykdom (Kilde: Telefonintervju NorLAG)

Har du noen langvarig sykdom, kronisk helseproblem eller varig funksjonshemming?
Ja/Nei.

Hvis ja: oppgi opp til tre sykdommer, tilstander eller problemer (kategorisert etter International Classification of Diseases (ICD-10).

For hver tilstand ble respondenten bedt om å oppgi år da helseproblemet oppsto. For analysene som er gjort her, er nye tilfeller definert å være de som oppstod mellom de to intervjurundene. Dermed har vi tre kategorier: (1) 'ingen kronisk sykdom eller tilstand'; (2) 'ny kronisk sykdom eller tilstand(er)'; og (3) 'allerede eksisterende kronisk helseproblem(er)'.

Opplevelse av kontroll: Personal Mastery Scale (PMS) (Pearlin & Schooler, 1978). PMS består av syv spørsmål med svar som måles på en 5-punkts Likert-skala, fra 'helt enig' til 'helt uenig'. Svarene ble aggregert til en sumskåre, som varierer fra 7 til 35 poeng og en høy skåre representerer en sterk kontrollopplevelse.

Sosiodemografiske bakgrunnsvariabler: alder, kjønn, utdanningsnivå (Registeropplysninger: basis, videregående og universitet/høgskole), ekteskapelig status (aleneboende eller samboer/gift).

HELSE OG HELSEATFERD I ELDRE ÅR

Til sammen var det 133 (13 %) respondenter som oppga at de hadde fått en ny sykdom, helseproblem eller funksjonshemming siden første intervjurunde i NorLAG. Av disse hadde 51 personer også en allerede eksisterende kronisk sykdom eller tilstand. Alt i alt rapporterte 45 prosent av personer 60 år og eldre (N=453) minst én kronisk sykdom. I det videre er slike helseproblemer, sykdommer og tilstander av kronisk eller alvorlig art betegnet som 'helseproblem(er)'. De som rapporterte kroniske helseplager skilte seg ikke vesentlig fra personer uten slike plager når det gjelder helseatferd som røyking eller fysisk aktivitet, men de rapporterte lavere alkoholforbruk og noe større grad av overvekt. Ved første intervjurunden rapporterte de eldste (67+ år) relativt sett lavere røykerater og lavere alkoholforbruk sammenliknet med yngre (60–66 år).

FØRER NYE HELSEPROBLEMER TIL ENDRINGER I HELSEATFERD?

Resultatene viser at endringer over fem år er størst med hensyn til røyking og fysisk aktivitet (Tabell 1). Andel røykere i hele utvalget 60 år+ redusertes fra 22 prosent i 2002 til 15 prosent i 2007, mens andel fysisk aktive gikk ned fra 82 prosent til 76 prosent. Individuelle endringer i helseatferd går imidlertid i begge retninger.

I første runden til NorLAG var det 211 røykere. Av disse sluttet nesten halvparten, 45 prosent, å røyke i løpet av de påfølgende fem årene. Dette tilsvarer en nedgang på cirka 10 prosent i utvalget totalt sett. Multivariate analyser (ikke vist her) antyder at sannsynligheten for røykeslutt øker med økende alder og er størst blant personer med helseproblemer, men uavhengig av når helseproblemene har oppstått eller av opplevelsen av kontroll.

Tabell 1. Prevalens og femårsendringer (2002-2007) i helseatferd for hele utvalget 60 år og eldre (i 2002), stratifisert på helseproblemer av kort og lengre varighet (prosent).

	N	Prevalens 2002–03	Prevalens 2007–08	Andel som øker	Andel som reduserer
Røyking					
Hele utvalget	954	22.1	15.3***	3.1	9.9
Ingen kroniske helseproblemer	535	24.1	16.8***	3.6	10.8
Prevalent kronisk helseproblem i 2002	292	19.8	13.0**	2.1	8.9
Oppstått kronisk helseproblem 2003–07	127	18.9	14.2*	3.9	8.7
Fysisk aktivitet					
Hele utvalget	941	81.5	76.4***	8.1	13.2
Ingen kroniske helseproblemer	530	82.1	80.4	10.0	11.7
Prevalent kronisk helseproblem i 2002	293	80.5	70.9***	5.5	15.0
Oppstått kronisk helseproblem 2003–07	118	81.4	72.0*	7.3	15.3
Høyt alkoholkonsum					
Hele utvalget	981	42.3	43.2*	8.8	9.9
Ingen kroniske helseproblemer	550	47.6	48.5	8.0	8.5
Prevalent kronisk helseproblem i 2002	302	34.8	36.8	8.9	8.6
Oppstått kronisk helseproblem 2003–07	129	37.2	35.7	11.6	18.6
Fedme (KMI)					
Hele utvalget	959	11.2	12.3*	10.1	12.4
Ingen kroniske helseproblemer	532	8.1	8.8	9.8	10.9
Prevalent kronisk helseproblem i 2002	301	14.9	16.3	9.9	12.9
Oppstått kronisk helseproblem 2003–07	126	15.1	17.5	11.9	17.5
<i>McNemar Bowker test *P≤0.05; **P≤0.01; ***P≤0.001</i>					

Blant personer 60 år og eldre var det 15 % (N=124) som gikk fra å være fysisk aktive til inaktive i en femårs periode. I utgangspunktet var det 186 personer som var fysisk *inaktive*. Av disse var det 75 som hadde blitt fysisk aktive fem år senere. Multivariate analyser viser at personer uten helseproblemer har høyere sannsynlighet for å bli mer fysisk aktive, uansett alder. Vi finner altså ikke at nyoppståtte helseproblemer eller en sterkere opplevelse av kontroll gjør at man begynner med fysisk aktivitet i senere år. En sterkere opplevelse av kontroll er imidlertid knyttet til å *fortsette* å være fysisk aktiv.

Alt i alt var det en liten økning i alkoholkonsum (ukentlig) i løpet av femårs perioden. På første intervju tidspunkt anga 42 % av personer over 60 år et ukentlig alkoholkonsum (N=352). Fem år senere hadde 63 personer

reduisert sitt konsum, og reduksjonen var størst blant dem med et nytt helseproblem. Sannsynlighet for å redusere konsumet er noe lavere blant personer med høyere utdanning og blant de yngre eldre sammenlignet med de eldste.

Ved første undersøkelsesrunde hadde 114 (11 %) personer 60 år og eldre en kroppsmasseindeks (KMI) tilsvarende fedme. Fem år senere tilhørte 30 av disse lavere KMI kategorier (overvektige og normalvektige). Ytterligere multivariate analyser viste en liten nedgang i KMI over fem år, men endringene var forskjellige for menn og kvinner og varierte etter alder. Mens menn i gjennomsnitt rapporterte en 0.5 enhets økning i KMI, rapporterte kvinner en tilsvarende *nedgang*. Likeledes ser vi en tendens til en nedgang i KMI blant de over 67 år, mens vi fant en gjennomsnittlig økning blant de som var 60–66 år. Ingen av funnene tydet på at helseproblemer, nye eller gamle, påvirket endringene i KMI.

KONKLUSJON

Samlet sett gir vår studie begrenset støtte til antakelsen om at kroniske helseproblemer, både eksisterende og nye, trigger positive endringer i helseatferd. Vi finner heller ikke at en sterk kontrollopplevelse bidrar med å *sette i gang* helsefremmende atferd. Men en sterk kontrollopplevelse synes å være knyttet til å *oppretholde* fysisk aktivitet i eldre år.

Våre funn samsvarer med resultater fra en annen nylig publisert studie (Newsom, et al., 2012), som konkluderer med at helsevesenet, i større grad enn det gjør i dag, bør utnytte et mulig «intervensjonsvindu» for å hjelpe personer med å opprettholde eller forbedre sin helsefremmende atferd når de får helseplager, også senere i livet (Cohen, Clark, Lawson, Casucci, & Flocke, 2011; Fisher, et al., 2011; Lawson & Flocke, 2009). Forebyggingsstrategier som skal redusere eller eliminere konsekvensene av sykdom eller unngå ytterligere funksjonssvikt (sekundær- og tertiærforebyggingsstrategier) kan være særlig aktuelle blant middelaldrende og eldre aldersgrupper hvor helseproblemer relativt ofte resulterer i kontakt med helsepersonell. Helsefremmende atferd kan øke livslengden, forbedre helsen og høyne livskvaliteten, uavhengig av alder. Det kan imidlertid synes som om alders-tilpassede intervensjoner vil være mest hensiktsmessige, da faktorer som

motiverer atferdsendringer blant eldre vil være noe annerledes enn blant yngre (Clark, Rakowski, Kviz, & Hogan, 1997).

Siden langt de fleste studiene som omhandler endringer av helseatferd fokuserer på personer som er minst 30 år yngre enn utvalget i vår studie (Kleykamp & Heishman, 2011), er det fortsatt mangel på kunnskap om hvilke intervensjoner og forebyggende strategier som effektivt fremmer helsen sent i livet. En noe eldre randomisert intervensjonsstudie fra Australia antyder positive effekter på helseatferd og helse, og da særlig fysisk aktivitet, hos eldre etter deltakelse i et opplæringsprogram i regi av primærhelsetjenesten (fastlegen) (Kerse, Flicker, Jolley, Arroll, & Young, 1999). Denne studien la vekt på den store gevinsten som en styrket innsats fra allmennpraktikerne i forhold til eldre med helseproblemer kan gi, både helsemessig og kostnadmessig. En nyere studie fra England (Harari, et al., 2008) viste at det å gi skriftlige råd alene til eldre pasienter er utilstrekkelig for å forbedre helseatferd, også på kort sikt. De antyder derfor at et direkte og vedvarende oppfølgingsopplegg fra helse-tjenestens side rettet mot eldre pasienter vil være nødvendig for å oppnå forbedringer. I Norge er behovet for kunnskap om effektive strategier og tiltak også relevant i lys av den nylig implementerte Samhandlingsreformen som plasserer økt ansvar for det forebyggende helsearbeid hos kommunene. Dette gjelder både i forhold til hvorvidt slike intervensjoner er praktisk gjennomførbare, men også hvorvidt de er kostnadseffektive. Samhandlingsreformen vektlegger ansvaret de lokale myndighetene har når det gjelder tidlig diagnose og behandling, samt implementeringen av forebyggingstiltak for å utsette eller unngå sykehusinnleggelse (NOU, 2008–2009).

Et viktig spørsmål som gjenstår og som vi kan få svar på gjennom ytterligere datainnsamlinger med utvalget fra NorLAG, er hvorvidt eldre personer som forbedrer sin helseatferd etter et nylig oppstått helseproblem også har lavere risiko for nye diagnoser, sykehusinnleggelse og/eller tidlig død. Det vil også være av interesse å se i hvor stor grad slike positive helseendringer opprettholdes over tid, og hva som eventuelt kan bidra til dette slik at hensiktsmessige tiltak med varige effekter kan settes inn på et gunstig tidspunkt.

REFERANSER

- Berger, U., Der, G., Mutrie, N., & Hannah, M. K. (2005). The impact of retirement on physical activity. *Ageing and Society*, 25, 181–195. doi: Doi 10.1017/S0144686x04002739
- Bye, E. K., & Østhus, S. (2012). Alkoholkonsum blant eldre. Hovedfunn fra spørreundersøkelser 1985–2008.: SIRUS.
- Clark, M. A., Rakowski, W., Kviz, F. J., & Hogan, J. W. (1997). Age and stage of readiness for smoking cessation. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences*, 52(4), S212–S221.
- Cohen, D. J., Clark, E. C., Lawson, P. J., Casucci, B. A., & Flocke, S. A. (2011). Identifying teachable moments for health behavior counseling in primary care. [Research Support, N.I.H., Extramural]. *Patient Educ Couns*, 85(2), e8–15. doi: 10.1016/j.pec.2010.11.009
- Fisher, E. B., Fitzgibbon, M. L., Glasgow, R. E., Haire-Joshu, D., Hayman, L. L., Kaplan, R. M., et al. (2011). Behavior Matters. *American Journal of Preventive Medicine*, 40(5), E15–E30. doi: DOI 10.1016/j.amepre.2010.12.031
- Folkehelseinstituttet. Overvekt og fedme hos voksne - faktaark med statistikk Retrieved May 3th, 2012, from http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,2689:1:0:0:::0:0
- Folkehelseinstituttet. (2010). Folkehelse rapport 2010: Helsetilstanden i Norge. Oslo.
- Gjeilo, K. H., Stenseth, R., Klepstad, P., Lydersen, S., & Wahba, A. (2010). Patterns of smoking behaviour in patients following cardiac surgery. A prospective study. *Scandinavian Cardiovascular Journal*, 44(5), 295–300. doi: Doi 10.3109/14017431.2010.500395
- Hallgren, M., Högberg, P., & Andréasson, S. (2009). Alcohol consumption among elderly European Union citizens. Health effects, consumption trends and related issues. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health.
- Harari, D., Iliffe, S., Kharicha, K., Egger, M., Gillmann, G., Von Renteln-Kruse, W., et al. (2008). Promotion of health in older people: a randomised controlled trial of health risk appraisal in British general practice. *Age and Ageing*, 37(5), 565–571. doi: DOI 10.1093/ageing/afn150
- Keenan, P. S. (2009). Smoking and weight change after new health diagnoses in older adults. [Research Support, N.I.H., Extramural]. *Arch Intern Med*, 169(3), 237–242. doi: 10.1001/archinternmed.2008.557

- Kerse, N. M., Flicker, L., Jolley, D., Arroll, B., & Young, D. (1999). Improving the health behaviours of elderly people: randomised controlled trial of a general practice education programme. *British Medical Journal*, *319*(7211), 683–687.
- Khaw, K. T., Wareham, N., Bingham, S., Welch, A., Luben, R., & Day, N. (2008). Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: The EPIC-Norfolk prospective population study. *Plos Medicine*, *5*(3), 518–518. doi: Artn 012
- Doi 10.1371/Journal.Pmed.0050012
- Kleykamp, B. A., & Heishman, S. J. (2011). The Older Smoker. *Jama-Journal of the American Medical Association*, *306*(8), 876–877.
- Klijs, B., Mackenbach, J. P., & Kunst, A. E. (2011). Obesity, smoking, alcohol consumption and years lived with disability: a Sullivan life table approach. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *BMC Public Health*, *11*, 378. doi: 10.1186/1471-2458-11-378
- Lawson, P. J., & Flocke, S. A. (2009). Teachable moments for health behavior change: A concept analysis. *Patient Educ Couns*, *76*(1), 25–30. doi: DOI 10.1016/j.pec.2008.11.002
- Newsom, J. T., Huguet, N., McCarthy, M. J., Ramage-Morin, P., Kaplan, M. S., Bernier, J., et al. (2012). Health behavior change following chronic illness in middle and later life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, *67*(3), 279–288. doi: 10.1093/geronb/gbr103
- Norgeshelsa Folkehelseinstituttet. Røykevaner, voksne – 3-årig gj.snitt. Retrieved May 3th, 2012, from <http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/?language=no>
- NOU. (2008–2009). The Coordination Reform. Proper treatment – at the right place and right time.: Norwegian Ministry of Health and Care Services.
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *J Health Soc Behav*, *19*(1), 2–21.
- Skaff, M. (2007). Sense of control and health: A dynamic duo in the aging process. In C. M. Aldwin, C. L. Park & A. Spiro (Eds.), *Handbook of health psychology and aging*. New York: The Guilford Press.
- van Gool, C. H., Kempen, G. I. J. M., Penninx, B. W. J. H., Deeg, D. J. H., & van Eijk, J. T. M. (2007). Chronic disease and lifestyle transitions – Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Journal of Aging and Health*, *19*(3), 416–438. doi: Doi 10.1177/0898264307300189

- Vaage, O. F. (2011). Tidsbruk og fritidsaktiviteter. In E. Mørk (Ed.), *Seniorer i Norge 2010*. Oslo/Kongsvinger: Statistisk Sentral Byrå.
- Warburton, D. E. R., Nicol, C. W., & Bredin, S. S. D. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian Medical Association Journal*, *174*(6), 801–809.
- WHO. (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. *World Health Organ Tech Rep Ser* Geneva: World Health Organization.

KAPITTEL 4

Alkohol i eldre år: Hvem drikker mer?¹

Gøril K. Løset og Britt Slagsvold

Morgendagens eldre vil ha et høyere alkoholkonsum enn dagens og gårsdagens, især blant kvinner. Økningen har sammenheng med at flere har høyere utdanning, at verdiene endres og at relativt flere bor i sentrale strøk. Med flere som drikker relativt mye i eldre år, og opprettholder dette forbruket etter som de blir enda eldre, vil man kunne få en bekymringsfull økning av alkoholrelaterte skader, som kan bli en utfordring for fremtidens helse- og omsorgstjenester.

Alkoholkonsumet i befolkningen øker, særlig blant eldre, og især blant kvinner (Bye og Østhus, 2012; Horverak og Bye, 2007). Denne trenden er bekymringsfull fordi det kan innebære at flere vil utvikle alkoholproblemer i eldre år. I dette kapitlet ser vi på hva som karakteriserer de som drikker mye og i hvilken grad forhold knyttet til et moderne samfunn og en moderne livsform bidrar til alkoholkonsumet.

Fordi bekymringer knyttet til alkoholforbruk først og fremst vil gjelde de som drikker mye, konsentrerer vi oss her om de som har «høyt» forbruk. Vi vil først sammenligne kvinner og menn og ulike aldersgrupper. Deretter vil vi undersøke om individuelle karakteristika som er blitt mer vanlig i et moderne samfunn, kan bidra til å forklare forskjeller mellom individer som har et «høyt» konsum og de som drikker mindre. Da skal vi se på betydningen av utdanning, bosted, verdier og kjønnsroller.

Gjennomgående vil vi være spesielt opptatt av kvinners forbruk da kvinner er i flertall blant eldre og øker sitt alkoholkonsum mer enn menn. I tillegg er likestilling og likhet i kvinners og menns ressurser og væremåter et

¹ Dette kapitlet bygger til dels på et tidligere paper av Slagsvold, B. og Lima, I.A. (2012). Morgendagens eldre og alkohol. Foredrag på Actis jubileumskonferanse, Oslo 2012.

trekk ved det moderne samfunn som kan bidra til et likere alkoholforbruk. Til sist undersøker vi om større frihet og mindre forpliktelser i eldre år bidrar til å forklare økning i alkoholforbruk. Analysene i dette kapitlet tar utgangspunkt i data fra Den norske studien om livsløp, aldring og generasjon (NorLAG) og studien av Livsløp, generasjon og kjønn (LOGG).

HVA FORTELLER TIDLIGERE STUDIER OM ELDRES ALKOHOLKONSUM?

Oppmerksomhet om alkoholproblemer blant eldre er av nokså ny dato, og det er så langt få studier som har eldre og alkohol som hovedtema. Om yngres alkoholkonsum finnes det derimot atskillige undersøkelser. Vi gir her en kort oppsummering over kunnskapsstatus på feltet hvor vi bygger på Hauskens (2012) utførlige litteraturgjennomgang.

Den norske drikkekulturen er i sterk endring. Alkohol har blitt lettere tilgjengelig og holdninger til alkohol har blitt mer liberale (Nordlund, 2008), samtidig som folk har fått bedre råd og flere har erfart kontinentale drikkemønstre på utenlandsreiser. I løpet av de siste 15 årene har alkoholsalget steget med om lag 40 prosent (Bye og Østhus, 2012). Det er unge voksne i 20-åra som drikker mest, og som oftest drikker seg beruset, men alkoholforbruket er tiltagende også blant middelaldrende og eldre. Studier fra Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) og Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) viser at økningen i alkoholkonsum har vært sterkest i den eldre delen av befolkningen, både hva gjelder totalkonsum og drikkerefrekvens (Bye og Østhus, 2012; Støver m.fl., 2012). Dessuten har andelen eldre som er avholdne blitt kraftig redusert de siste tiårene – og især gjelder dette blant kvinnene (Støver m.fl., 2012).

Tradisjonelt har kvinner drukket mindre alkohol enn menn. Slik er det fremdeles, men forskjellene reduseres stadig. I løpet av de siste 30 årene har kvinner økt alkoholkonsumet mer enn menn (Vedøy og Skretting, 2009). Det er spesielt vinforbruket som har gått opp blant eldre (Bye og Østhus, 2012). Det økte forbruket av alkohol blant kvinner er bekymringsfullt også fordi kvinner tåler mindre mengder alkohol enn menn og har lettere for å utvikle alkoholavhengighet (se f.eks. Nolen-Hoeksema, 2004). Tendensene til økt konsum i befolkningen generelt, særlig blant eldre og i størst grad blant eldre kvinner, ser man også i Danmark (Kristiansen m.fl., 2008) og Finland

(Laitalainen, Helakorpi, og Uutela, 2010), mens tendensene i Sverige ikke er like entydige (Ramstedt, 2009).

Det er kjent at høyt alkoholkonsum kan være skadelig. Når man blir eldre synker dessuten toleransen for alkohol (IAS, 2010), slik at skadevirkningene vil kunne bli større. Flere studier viser at skader og dødsfall som skyldes alkohol eller en kombinasjon av alkohol med andre medikamenter blant eldre, har steget i Norden (Frydenlund, 2011; Ramstedt, 2009). I de siste tiår har det imidlertid vært publisert studier som peker i retning av at et moderat konsum av vin kan være helsefremmede i eldre år, først og fremst ved at det reduserer dødelighet av hjerte- og karsykdommer (Graff-Iversen m.fl., 2013; Grønæk m.fl., 1995). Disse studiene har fått betydelig og gjentatt oppmerksomhet i media, og enkelte har antydnet at den tilsynelatende helsebringende effekten av et daglig glass vin eller to kan ha bidratt til at alkoholkonsumet blant eldre har økt så sterkt. At den beskyttende effekten av alkohol er omdiskutert og kan være overdrevet (se f.eks. Chikritzhs, Fillmore, og Stockwell, 2009) har ikke fått like stort gjennomslag i offentligheten.

HVA VET VI OM MØNSTRE I DRIKKEVANER?

Hvem er det som drikker mye? Trekker forhold knyttet til samfunnsendringer i retning av et høyere forbruk? Under gjennomgår vi kortfattet kunnskap om faktorer vi siden skal sammenholde med alkoholforbruk. Vi diskuterer først sammenhenger mellom demografiske karakteristika og alkoholkonsum: utdanning, inntekt, bosted og sivilstand. Deretter ser vi på to forhold som kan knyttes til mentalitetsendringer i det moderne samfunn og som kan være av betydning for alkoholkonsum, nemlig verdier og kjønnsroller.

Langt flere har i dag høyere *utdanning*, og i særlig grad gjelder det kvinner. Blant dagens 30- og 40-åringer er det flere kvinner enn menn som har høyere utdanning (Hatland og Slagsvold, 2011), og vi vil finne betydelig flere med høyere utdanning blant morgendagens eldre kvinner. Studier viser nokså entydig at alkoholkonsumet er høyere blant høyt utdannede. Det gjelder både for kvinner og menn (Liew, 2012; Strand og Steiro, 2003). Drikke-mønstre varierer også med utdanningsnivå ved at de med høy utdanning drikker oftere enn de med lavere utdanning, men de drikker seg sjeldnere beruset (Horverak og Bye, 2007). På mange måter har de et mer kontinentalt

konsummønster. Allikevel finner man i HUNT-studien at «problematisk drikking»² er mest utbredt blant eldre med høyere utdanning (Støver m.fl., 2012).

Med økt velstand i befolkningen er prisen på alkohol i mindre grad enn tidligere blitt en begrensende faktor. *Inntekt* er også i stor grad relatert til utdanning, og flere studier viser at økende inntekt er knyttet til høyere alkoholkonsum (Strand og Steiro, 2003) og hyppigere alkoholinntak (Clench-Aas, Rognerud, og Dalgard, 2009).

Bosetningen i Norge blir, som i de fleste andre land, stadig mer sentralisert og denne utviklingen synes å fortsette i tiden fremover (Langørgen, 2007). En rekke studier viser en sammenheng mellom bostedets sentralitet og alkoholkonsum (se f.eks. Rossow, 2002). Folk i byer drikker generelt mer alkohol enn de som bor i mer spredtbygde strøk. Dels skyldes dette at utdanningsnivået er høyere i byene, men også kontrollert for utdanning er alkoholkonsumet høyere på tettbygde steder. Forskjellene i drikkemønstre i byer og på bygda synes å være særlig stor for kvinner. En studie fant blant annet at sannsynligheten for at kvinner drikker mye og utvikler alkoholavhengighet øker med grad av urbanitet, mens dette ikke gjaldt for menn (Joutsenniemi m.fl., 2007).

Nok et trekk ved det moderne samfunn er flere *skilsmisser* og flere *aleneboende*. Studier viser at ekteskap synes å ha en beskyttende effekt på alkoholforbruket, især for menn (Power, Rodgers, og Hope, 1999). Men både skilte menn og kvinner synes å ha et høyere alkoholforbruk enn de som er gift eller bor sammen med en partner (Horverak og Bye, 2007; Vedøy og Skretting, 2009). Ekteskapets beskyttende effekt er imidlertid betinget. Hvis man har en stordrikkende partner er sannsynligheten for høyt alkoholkonsum større, og dette gjelder særlig for kvinner (Liew, 2012; Reczek m.fl., 2012). Blant morgendagens eldre vil det finnes flere skilte, dessuten vil mange være enker eller enkemenn. Er det å bo alene i seg selv et forhold som er knyttet til alkoholkonsum? Det er blant de forhold vi vil se på i de følgende analyser.

Verdiendringer er et trekk ved det moderne samfunn som har fått stor oppmerksomhet i sosiologisk litteratur (se f.eks. Krange, 2004). Tradisjonelle

² «Problematisk drikking» er her definert gjennom CAGE-indeksen (Ewing, 1984) og omfatter de som er i risiko for å utvikle alkoholmisbruk og avhengighet.

verdier som solidaritet, konformitet og beskjedenhet blir gradvis avløst av mer individualistiske verdier som vektlegger selvrealisering, uavhengighet og nytelse. En tidligere studie antyder en sammenheng mellom alkohol og verdier (Schwartz m.fl., 2001), og det synes rimelig å anta at individualistiske verdier kan være knyttet til høyere alkoholkonsum. I en analyse av data fra første runde av NorLAG fant vi at yngre aldersgrupper i større grad enn eldre har individualistiske verdier, mens eldre i større grad sluttet opp om kollektivistiske verdier (Slagsvold og Strand, 2005). Mye av denne forskjellen mellom aldersgruppene skyldtes forskjeller i utdanningsnivå mellom disse gruppene, men også kontrollert for utdanning var eldre mer kollektivistisk og yngre mer individualistisk orienterte.

Et siste trekk ved et mer moderne samfunn som vi vil se på er *kjønnsroller*. Menns og kvinners oppgaver har blitt likere, ikke bare ved at de fleste kvinner nå er yrkesaktive, men også ved at menn i større grad tar del i arbeidet hjemme (se f.eks. Kitterød, 2012). Dette finner man også i analyser av LOGG-data (Lima og Jensen, 2012). Internasjonale studier peker i retning av at det er en sammenheng mellom kjønnsroller og alkoholforbruk, først og fremst ved at maskuline væremåter og en maskulin selvoppfatning er knyttet til høyere alkoholkonsum for menn (Chomak og Collins, 1987). En eventuell årsaks-sammenheng mellom maskuline selvoppfatninger og alkoholkonsum er uklar. Det kan være at stress ved å tilpasse seg den mannlige kjønnsrollen er knyttet til høyt konsum (McCreary, Newcomb, og Sadava, 1999), men det kan også være at det er de mer instrumentelle aspekter ved en maskulin kjønnsrolle slik som uavhengighet, handlekraft og vekt på selvbestemmelse som er knyttet til alkoholkonsum. I så fall kan det være at sammenhengen mellom en slik selvoppfatning og alkoholkonsum også gjelder for kvinner. I data fra første runde av NorLAG fant vi at høyt utdannede kvinner beskriver seg selv som like «maskuline» som menn med høy utdanning (Slagsvold, 2005). Fordi maskulinitet, slik det måles gjennom selvoppfatninger og væremåter, først og fremst fanger en instrumentell, selvhevdende væremåte, og fordi det er like relevant for begge kjønn, bruker vi betegnelsen «handlekraftig orientering» (Slagsvold og Sørensen, 2008).

De overnevnte faktorene kan alle prege et individs alkoholforbruk. I tillegg er flere av disse forholdene knyttet til hverandre. Som nevnt vet vi at

utdanning ofte er relatert til inntekt, og at det er flere med høyt utdannings- og inntektsnivå i byene. Dessuten er både sterke individualistiske og svake kollektivistiske verdier, samt stor grad av handlekraftig orientering relatert til høyere utdanning. For øvrig er individualistiske verdier i seg selv knyttet til en handlekraftig orientering. Andel aleneboende varierer også med bosted, og det er flere yngre aleneboende i de største byene (Statistisk sentralbyrå, 2013).

ENDRINGER OVER LIVSLØPET ELLER FORSKJELLER MELLOM ALDERSGRUPPER?

Et av spørsmålene vi stiller i denne artikkelen er om drikkemønstre endres igjennom voksenlivet, fra ung voksen til gammel. En måte å nærme seg svar på er å sammenligne alkoholkonsumet i aldersgruppene mellom 30 og 80. Forskjellene vi finner kan skyldes kohortforskjeller eller de kan skyldes aldersendringer. Kohortforskjeller tilsier at ulike aldersgrupper eller generasjoner har hatt forskjellige oppvekst- og sosialiseringsskår, og at de slik har tilegnet seg ulike drikkemønstre som de så tar med seg gjennom livet. Om for eksempel 65-årige kvinner drikker mer enn kvinner på 40 år, kan det være de har gjort det hele livet – som del av 68'er-generasjonen fikk de kanskje et mer liberalt forhold til alkohol som de har tatt med seg videre. Men det kan også være at 65-åringers høyere forbruk skyldes at de drikker mer i eldre år – for eksempel etter at barna har flyttet ut, eller etter at de ble pensjonert – forskjellene skyldes i så fall aldrings- eller livsfaseeffekter. Ofte vil både kohortforskjeller og aldringseffekter forklare forskjeller som observeres mellom aldersgrupper. Med tverrsnittsdata kan vi ikke skille mellom kohort- og aldringseffekter. For å skille mellom disse må de samme personer følges over tid for å se om de endrer adferd. Vi skal her gjøre begge deler. Først vil vi sammenligne alkoholkonsum for kvinner og menn i ulike aldersgrupper med hjelp av tverrsnittsdata. Deretter benytter vi paneldata for å sammenligne alkoholkonsum før og etter to vanlige livsløpsoverganger i andre halvdel av livet: fra før til etter at barna flytter hjemmefra og fra før til etter pensjonering. Når man i nyere studier finner et høyere alkoholkonsum blant eldre i dag enn tidligere, er det flere av disse studiene som antyder at det kan knyttes til livsløpsoverganger (se f.eks. Perreira og Sloan, 2001; Veenstra, Lima, og Daatland, 2009), men ingen av disse studiene har fulgt personer over tid slik vi skal gjøre her.

UTVALG OG METODE

For å undersøke variasjoner i alkoholkonsum for kvinner og menn i alderen 30–79 år, samt å belyse hvilke forhold som bidrar til et «høyt» alkoholkonsum, vil vi benytte tverrsnittsdata fra LOGG. I alt 8 173 personer (3 863 menn og 4 310 kvinner) var i det aktuelle aldersspennet, og besvarte alle relevante spørsmål³. For å analysere endring i alkoholkonsum over tid og hvilken virkning livsløpsoverganger kan ha på konsumet, bruker vi NorLAGs paneldata. Totalt 2 426 personer (40–79 år) er inkludert i analysene. Av disse er det 537 personer (45–60 år) som har opplevd at barn flytter hjemmefra i løpet av femårsperioden, mens 376 personer (57–66 år) ble pensjonert i samme periode. (Nærmere informasjon om prosedyre og utvalg i NorLAG og LOGG er beskrevet i kapittel 2).

Avhengige variabler i analysene (kilde: postalt spørreskjema NorLAG/LOGG)

Alkoholforbruk:

1. Tenk på ditt alkoholforbruk de siste 12 månedene. Omtrent hvor ofte har du drukket minst en mengde som tilsvarer enten 2 halvliter pils eller en ½ flaske vin eller 3 drinker brennevin? Svarkategorier: «daglig/nesten hver dag», «2–3 ganger i uken», «en gang i uken», «2–3 ganger i måneden», «en gang i måneden», «sjeldnere», «ikke siste 12 måneder», og «ikke drukket». I analysene er svaralternativene «daglig/nesten hver dag» og «2–3 ganger i uken» slått sammen til regelmessig «høyt» forbruk.

2. Dersom du har drukket alkohol siste 12 måneder, hvor mange «drink» har du vanligvis drukket per gang (som en «drink» regnes en halvliter pils, et glass vin, et lite glass hetvin eller 4 cl. brennevin)? Dette spørsmålet, samt et spørsmål om hvor ofte man har drukket alkohol de siste 12 månedene, er kombinert til et mål som anslår forbruket over anbefalte grenseverdier per uke. Anbefalte verdier er under 9 alkoholenheter (AE) per uke for kvinner og under 13 AE for menn (Fauske, 2003). Dette målet er strengere og mer presist enn det første og inkluderer også de som drikker over anbefalte verdier kun én gang i uken.

Alkoholkonsum er vanskelig å måle fordi det kan være vanskelig å huske hvor mye man vanligvis drikker, forbruket kan være uregelmessig (for eksempel svært høyt forbruk bare i ferier), eller man liker ikke å tenke på eget forbruk hvis det er høyt eller sosialt uakseptabelt. Det er en sterk underrapportering av alkoholkonsum i spørreundersøkelser (Feunekes m.fl., 1999), og dermed en underestimering av nivået på alkoholforbruk. I dette kapitlet er vi primært opptatt av høyt eller «bekymringsfullt» forbruk. Fordi det ikke finnes noe klart

³ Spørsmålene om alkohol er hentet fra det postale spørreskjemaet som ble besvart av 73 prosent av dem som deltok i det innledende telefonintervjuet i LOGG.

mål på det, og fordi vi vet at det er en sterk underrapportering av alkoholkonsum, har vi satt grensen for «høyt» forbruk relativt lavt – tilsvarende en halv flaske vin 2–3 dager i uken eller oftere. Tanken er at det er blant disse konsumentene vi vil finne de som har et bekymringsfullt forbruk. Målet som bygger på anbefalte grenseverdier for jevnlig alkoholinntak, som vi også skal bruke, er et noe strengere mål, som setter ulike grenseverdier for kjønnene, og i tillegg fanger opp de som drikker relativt mye alkohol kun én dag i uka. I den deskriptive delen av artikkelen beskriver vi de to alkoholmålene hver for seg, mens vi i den analytiske delen, som ser på forhold av betydning for «høyt» alkoholkonsum, har slått målene sammen for å få med alle som ukentlig eller oftere drikker forholdsvis mye.

Uavhengige variabler i analysene

Sosiodemografiske variabler (registeropplysninger): alder, kjønn, sivilstatus (gift/samboer eller aleneboende), størrelse på bostedskommune, utdanning (grunnutdanning, videregående skole, høyere utdanning 1–4 år og høyere utdanning 5+ år) og inntekt. Inntektsvariabelen blir beregnet kjønnsspesifikt. Alder ble delt inn i tiårs-grupper (30–39, 40–49, 50–59, 60–69, 70–79).

Verdier: «Basic Human Value Scale» (Schwartz, 1997, 2003). Dette målet brukes også i andre store undersøkelser slik som European Social Survey. NorLAG/LOGG bruker en delvis forenklet versjon av skalaen som består av 21 ledd tilpasset norske forhold. Vi bruker to dimensjoner av skalaen: individualisme målt ved ti ledd ($\alpha = .76$) og kollektivism målt ved seks ledd ($\alpha = .64$). Svorskalaen er 6-delt og går fra «overhodet ikke lik meg» til «svært lik meg».

Handlekraftig orientering: «Bem Sex-Role Inventory» maskulin skala (Bem, 1981). Skalaen omfatter opprinnelig ti ledd, seks av disse inngår i NorLAG/LOGG. Intervjupersonen beskriver seg selv i forhold til egenskapene: pågående, har lederegenskaper, forsvarer egne meninger, villig til å ta sjanser, selvhevdende og viljesterk ($\alpha = .70$), på en 5-delt skala fra «stemmer ikke i det hele tatt» til « stemmer helt».

Subjektiv helse: *Vil du si at din helse nå stort sett er...?* 5-delt svarskala fra «dårlig» til «utmerket».

Ensomhet: «Loneliness Scale» (de Jong Gierveld & van Tilburg, 1999), seks ledd med en 5-delt svarskala fra «svært uenig» til «svært enig». Gjennomsnittsskåre ble beregnet der «0» er fravær av ensomhet og «3» er alvorlig grad av ensomhet.

Tilleggsvariabler i panelanalysen

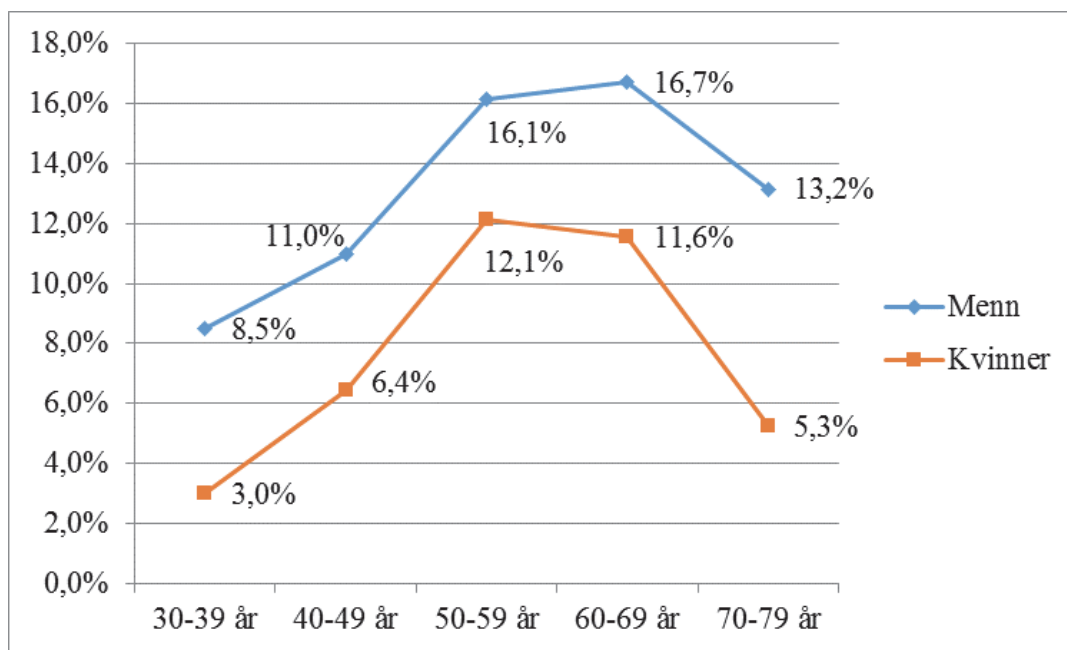
Pensjonering: målt ved ett spørsmål i begge intervjurundene, *Betrakter du deg hovedsakelig som...*, der svaralternativene er «yrkesaktiv», «student/skoleelev/ lærling», «arbeidsledig», «uføretrygdet/uførepensjonist», «AFP-pensjonist», «pensjonist i tjenstepensjonsordning», «alderspensjonist», «hjemmearbeidende», «militærtjeneste/siviltjeneste» eller «annet».

Barn som har flyttet hjemmefra: målt gjennom Statistisk sentralbyrås registeropplysninger om respondenten har barn boende hjemme ved de to intervjutidspunktene. I telefonintervjuet blir det i tillegg kontrollert for om disse opplysningene stemmer.

I hvilke aldersgrupper er høyt alkoholkonsum mest utbredt?

Når vi beskriver alkoholkonsum i ulike aldersgrupper skal vi gjøre det ved to mål på relativt «høyt» forbruk, slik vi redegjorde for over. I det ene målet regner vi det å drikke minst en halv flaske vin 2–3 ganger i uken eller oftere som et regelmessig «høyt» forbruk. I alt 4 181 menn og 4 764 kvinner har besvart dette spørsmålet. Det andre målet er strengere og tar utgangspunkt i anbefalte grenseverdier for bekymringsfullt forbruk (under 9 alkoholenheter [AE] for kvinner og under 13 AE for menn per uke⁴). Dette spørsmålet bygger også på to spørsmål, og i alt 4 017 menn og 4 711 kvinner har besvart disse spørsmålene.

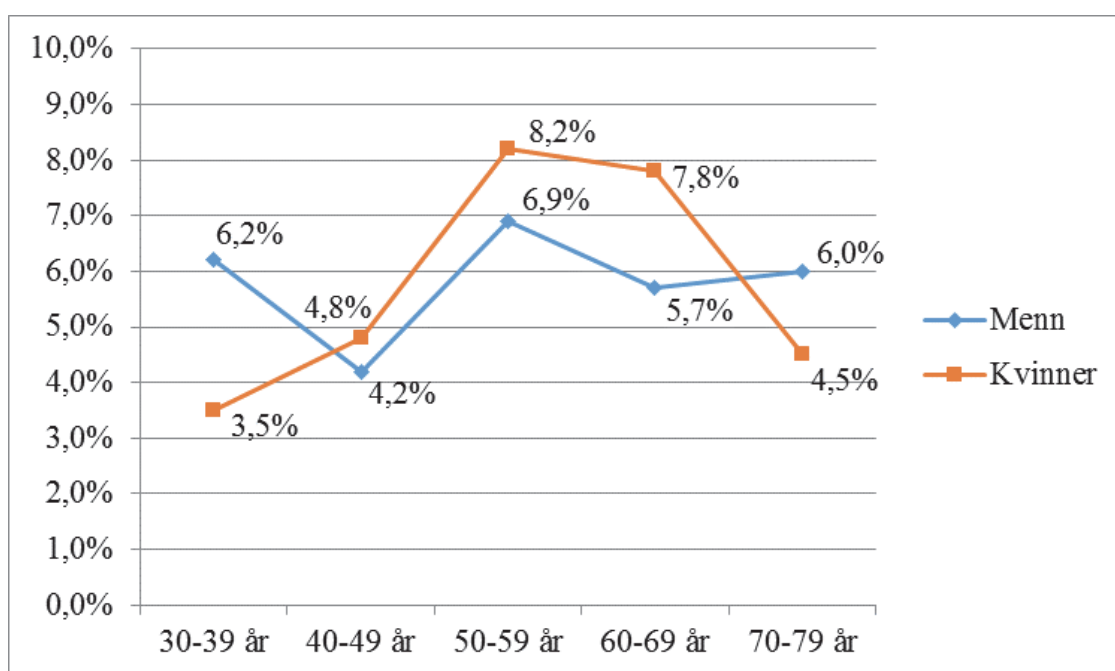
Figur 1 viser andeler som oppgir at de har drukket minst en halv flaske vin 2–3 dager i uken eller oftere. Vi ser at i alle aldersgrupper drikker flere menn enn kvinner denne mengden. Forskjellen mellom menn og kvinner er størst blant de yngste og de eldste respondentene.



Figur 1. Prosentandelen menn og kvinner (inndelt i tiårs aldersgrupper) som drikker minst en halv flaske vin 2-3 ganger i uken eller oftere

⁴ En eldre WHO-studie av Aasland, Amundsen, Bovim, Fauske og Mørland (1990), referert i Fauske (2003), beregner 14 alkoholenheter (AE) for kvinner og 21 AE for menn per uke som risikofylt drikking. Fauske selv (ibid.) anslår under 9 AE for kvinner og under 13 AE for menn per uke som anbefalte grenseverdier. 1 standard alkoholenhet (AE) inneholder 1,5 cl ren alkohol og er lik alkoholemengden i 1 glass vin (12 cl), ½ flaske pils (33 cl) eller en drink brennevin (4 cl).

Ser vi på forskjeller mellom aldersgrupper ser vi at det er for de mellom 50 og 70 år at forbruket er høyest, mens det er omtrent like lavt i aldersgruppen 40–49 som i aldersgruppen 70–79. Tendensen er den samme for begge kjønn. I aldersgruppen 50–59 drikker 12,1 prosent av kvinnene en halv flaske vin eller tilsvarende minst 2–3 ganger i uken – en andel som er fire ganger så stor som blant 30–39-årige kvinner. Blant menn i alderen 60–69 drikker 16,7 prosent «mye», mens det samme gjelder kun 8,5 prosent av menn mellom 30 og 39 år. Som nevnt kan et slikt konsum høres lite bekymringsfullt ut, og er det nok også for de fleste. Men som vi har vært inne på tidligere, er det grunn til å anta en sterk underrapportering av alkoholkonsum – og det er i denne gruppen av de som drikker relativt mye, at vi også vil finne storkonsumentene. Mer enn de absolutte andeler er det derfor mønstre i kurvene (figur 1 og 2) som er av størst interesse, forskjellene mellom ulike aldersgrupper av kvinner og menn.



Figur 2. Prosentandelen menn og kvinner (inndelt i tiårs aldersgrupper) som ukentlig drikker over anbefalt grenseverdi

Andeler som drikker over ukentlig anbefalt grenseverdi er vist i figur 2. Fordi grenseverdiene er lavere for kvinner (under 9 AE) enn for menn (under 13 AE), er det rimelig at forskjellene mellom kvinners og menns forbruk blir mindre med dette målet. Men her ser vi at forskjellen mellom kvinner og menn

faktisk er borte. Det er like mange kvinner som menn som har et bekymringsfullt forbruk etter dette målet. Tendensen vi finner er snarere at det er en større andel kvinner enn menn som drikker over anbefalt grenseverdi, selv om forskjellene mellom kjønnene ikke er statistisk signifikante.

Ser vi på alderskurvene for alkoholkonsum i de to figurene og tolker disse som endringer over livsløpet er det nærliggende å knytte endringene til livsfaser. Forbruket kan være lite i alderen 30–49 år da mange har ansvar for hjemmeboende barn. Når man kommer i 50-årene flytter barna ut og foreldrenes frihet og uavhengighet blir større. I tillegg får man mer tid og kanskje også bedre økonomi – og alkoholkonsumet øker som et resultat av disse forholdene. Etter fylte 60 år pensjoneres mange og friheten øker ytterligere. Når man så når 70-årene kan helsa svekkes for noen og bidra til å dra gjennomsnittlig alkoholkonsum ned igjen. Helsens effekt på alkoholforbruket ble også kort nevnt i kapittel 3, der man fant den største reduksjonen i alkoholkonsum blant personer over 60 år som hadde fått helseproblemer i løpet av en femårs periode. Det kan med andre ord virke som om man i stor grad opprettholder alkoholforbruket inn i alderdommen så sant helsa holder. Men som vi var inne på tidligere, kan vi ikke uten videre tolke forskjeller mellom aldersgrupper som uttrykk for endringer over livet (alders-/livsfaseeffekter). Forskjellene kan også skyldes mer varige ulikheter mellom aldersgruppene (kohorteffekter). De som vokste opp under 1. og 2. verdenskrig opplevde for eksempel en langt mer restriktiv holdning til alkohol i samfunnet som de kan ha tatt med seg videre. Slik sett kan de eldste ha drukket mindre hele livet, mens yngre generasjoner som ble voksne i 1960- og -70-årene, har vokst opp i en tid med mer liberale holdninger til alkohol. Dette kan ha ført til at de drakk mer da de var yngre og har videreført et relativt høyere forbruk. De yngste i utvalget drikker mindre. Dette kan være en livsfaseeffekt, men det kan også tenkes at disse drikker mer enn de eldste kohortene gjorde da de var i samme livsfase.

I del 3 skal vi nærmere inn på hvilken effekt livsfaser kan ha ved å se om alkoholforbruket synes å øke blant dem som har opplevd at barn flytter hjemmefra, og blant dem som blir pensjonert.

I HVILKEN GRAD FORKLARES VARIASJONER I ALKOHOLKONSUM AV TREKK SOM BLIR MER VANLIGE I SAMFUNNET?

Når vi i det videre spør om forhold som blir mer vanlig i samfunnet er knyttet til alkoholkonsum, er det foruten kjønn, alder, utdanning og sivilstand også bostedets størrelse, verdier og handlekraftig væremåte vi skal se på. I tillegg skal vi kontrollere for helse og ensomhet.

Resultatet av analysene er vist i tabell 1. Vi undersøker først forhold som er knyttet til alkoholforbruk for begge kjønnene. Det er større sannsynlighet for at både kvinner og menn har et høyere alkoholkonsum etter 40-årsalderen enn når de er mellom 30–39 år. Sannsynligheten (odds-ratio) for at kvinner drikker «mye» er i gjennomsnitt nesten fem ganger så høy for kvinner 50–59 sammenlignet med kvinner 30–39. Mønstret vi finner når det gjelder alder, kontrollert for en rekke andre forhold, sammenfaller med beskrivelser uten slike kontroller (figur 1 og 2). Kommunestørrelse har også sammenheng med alkoholkonsum ved at de som bor i tettbygde strøk og byer har økt sjanse for å ha et «høyt» alkoholkonsum sammenlignet med de som bor i små kommuner. For de som bor i de største byene (over 100 000 innbyggere) er sannsynligheten tilnærmet fire ganger så høy for at både kvinner og menn drikker «mye» enn for innbyggerne i de minste kommunene. Videre finner vi at individualistiske verdier er forbundet med større sannsynlighet for å ha et «høyt» alkoholforbruk for begge kjønn, mens kollektivistiske verdier er relatert til mindre sjanse for å ha et «høyt» konsum. Handlekraftig væremåte har ingen sammenheng med alkoholkonsumet når vi kontrollerer for andre variabler. Dette skyldes først og fremst en høy korrelasjon mellom individualistiske verdier og handlekraftig orientering ($r = .58$). Videre finner vi at når vi kontrollerer for andre forhold, er det bare en svak sammenheng mellom utdanning og alkoholkonsum for menn, og ingen for kvinner. Ved første øyekast kan det synes overraskende, fordi denne sammenhengen er så godt dokumentert i tidligere studier. Når utdanning har liten eller ingen betydning i våre analyser, skyldes det at utdanning er knyttet til andre forhold som forklarer alkoholkonsum slik som kommunestørrelse, verdier og helse. Resultatene viser også at enslige menn, men ikke kvinner, har økt sjanse for å drikke «mye» sammenlignet med de som bor med partner.

Tabell 1. Binære, logistiske regresjonsanalyser med et sammenslått mål som inkluderer individer som drikker minst en ½ flaske vin 2 ganger i uken eller mer og individer som ukentlig drikker over anbefalt grenseverdi, samt de som gjør begge deler, som avhengig variabel. Menn og kvinner separat

	Sammenslått alkoholmål			
	Kvinner (N = 4 310)		Menn (N = 3 863)	
	B	Exp(B)	B	Exp(B)
Aldersgrupper				
30–39 år	ref	ref	ref	ref
40–49 år	0,83***	2,29	0,44**	1,55
50–59 år	1,57***	4,82	0,92***	2,50
60–69 år	1,51***	4,55	1,02***	2,78
70–79 år	0,74**	2,09	0,66***	1,93
Gift/registrert samboer (nei)	-0,04	0,96	0,44***	1,55
Kommunestørrelse				
Under 4 000 innbyggere	ref	ref	ref	ref
4 000–10 000	0,28	1,33	0,51*	1,67
10 000–30 000	0,71**	2,03	0,61**	1,85
30 000–100 000	0,83***	2,29	0,83***	2,28
Over 100 000	1,34***	3,82	1,26***	3,53
Utdannelse (kontinuerlig)	0,10	1,10	0,14*	1,15
Individualisme	0,08***	1,09	0,13***	1,14
Kollektivism	-0,11***	0,90	-0,10***	0,90
Instrumentell væremåte	0,00	1,00	0,10	1,11
Subjektiv helse				
Dårlig	ref	ref	ref	ref
Nokså god	-0,74**	0,48	-0,02	0,99
God	-0,42	0,66	0,15	1,16
Meget god	-0,49*	0,61	0,04	1,04
Utmerket	-0,40	0,67	-0,27	0,76
Ensomhet	-0,23*	0,79	0,06	1,06

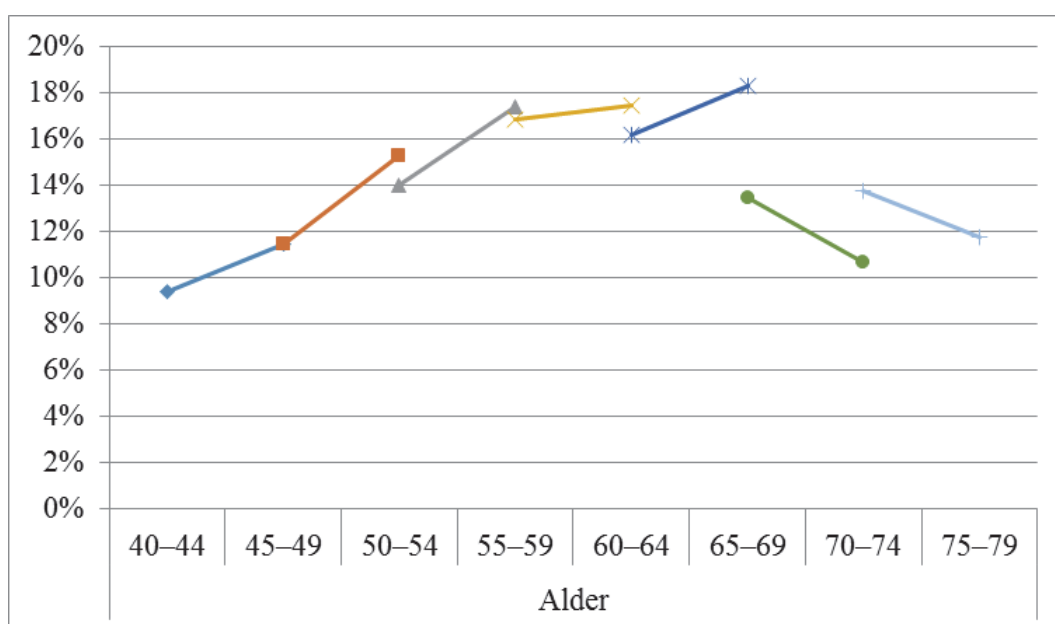
Bemerkning. Ref = referansekategori. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

I disse analysene har vi også kontrollert for opplevd ensomhet fordi det å føle seg ensom kan bidra til at de som bor alene drikker mer. Vi har i tillegg kontrollert for helse, som kan være knyttet til forskjeller mellom aldersgrupper alkoholkonsum. Forskjeller mellom aldersgrupper består når vi kontrollerer for helseforskjeller, og tendensen til ugifte menns høyere konsum består også når vi kontrollerer for opplevd ensomhet. Vi har dessuten gjort analyser der vi kontrollerer for inntekt (ikke vist) og finner at resultatene blir omtrent de samme, bortsett fra at den svake sammenhengen mellom utdanning og alkoholkonsum blant menn forsvinner.

KAN LIVSLØPFASER I ELDRE ÅR PÅVIRKE ALKOHOLFORBRUKET?

Livet består av ulike faser og overganger, og noen av disse kan føre til endringer i alkoholforbruket. I dette kapitlet har vi vært opptatt av gruppen som har et «høyt» forbruk, de som drikker minst en halv flaske vin 2–3 ganger i uken eller oftere, og/eller som drikker mer enn anbefalte ukentlige alkoholenheter. Øker andelen som drikker «mye» med at barna flytter ut? Øker det med pensjonering?

I alt hadde vi informasjon fra 2 539 respondenter ved de to intervju-tidspunktene (T1/T2). Av disse hadde 343 «høyt» forbruk på T1 (169 kvinner og 174 menn) og 382 respondenter hadde «høyt» forbruk på T2 (184 kvinner og 198 menn). Figur 3 viser endringer i prosentandeler med «høyt» alkoholkonsum fra første til andre intervjurunde inndelt i femårsgrupper for de mellom 40 til 74 år. Vi ser økning i andeler med «høyt» forbruk mellom de to tidspunktene i alle kohorter fram til de som var mellom 65 til 69 år på T2. Mellom 20 til 35 prosent flere drikker «mye» blant de middelaldrende over denne femårsperioden. Vi viser til endringer for kjønnene samlet, fordi mønstrene for menn og kvinner er nokså like, og fordi det er få personer i hver kohort. Det ser likevel ut til at økningen for kohorten 60 til 64 år først og fremst skyldes en økning i andelen kvinner som drikker «mye». De som var mellom 65 til 74 år på T1 hadde et noe lavere alkoholkonsum i utgangspunktet og her ser vi nedgang i andelen som drikker «mye».



Figur 3. Endringer i prosentandeler for «høyt» forbruk mellom T1 og T2 i femårskohorter for de som var mellom 40–74 år på T1

De deskriptive resultatene tyder på at andelen som drikker «mye» øker inntil man nærmer seg 70 år. I denne perioden opplever mange at barn blir voksne og flytter ut fra foreldrehjemmet, og mange opplever å pensjoneres. Bidrar det til økt alkoholkonsum?

BARN SOM FLYTTER UT

Vanligvis opplever foreldre at barn flytter ut når foreldrene selv er mellom 45 til 60 år og vi konsentrerer oss derfor om denne aldergruppen. Det var i alt 800 personer med barn boende hjemme ved T1 og nesten halvparten (N = 358) av disse barna flyttet ut fra hjemmet i oppfølgingsperioden. Øker sjansen for at de som har barn som flytter ut får et «høyt» alkoholkonsum i løpet av en femårsperiode? Nei – noe overraskende finner vi ikke det. Når vi tar hensyn til alkoholforbruk på T1, alder, kjønn, utdanning og individualistiske verdier finner vi at det bare er det å ha «høyt» forbruk tidligere som predikerer fortsatt «høyt» forbruk fem år senere (tabell ikke vist). Økt frihet og uavhengighet i forbindelse med at «redet» tømmes for hjemmeboende barn synes altså ikke å bidra til å forklare det relativt høyere alkoholkonsumet i denne livsfasen.

PENSJONERING

I panelutvalget var i alt 526⁵ personer mellom 57 og 66 år yrkesaktive på T1. Av disse hadde omtrent halvparten, 267 personer, gått av med pensjon (tjenestepensjon, AFP eller alderspensjon) fem år senere. I regresjonsanalysen undersøkte vi om det å gå fra å være i arbeid til å pensjoneres påvirker «høyt» alkoholforbruk. Vi kontrollerte for «høyt» alkoholforbruk på T1, alder, kjønn, utdanning og individualistiske verdier (tabell ikke vist). Heller ikke overgangen fra yrkesaktiv til pensjonist er assosiert med en økning i «høyt» forbruk, og vi finner også her at det bare er alkoholkonsumet tidligere som predikerer konsumet fem år senere. Det høyere alkoholkonsumet i aldersgruppene rundt pensjonsalder, som vi så i figur 1 og 2, synes med andre ord ikke å forklares av mer fritid og større uavhengighet som følger med pensjonering.

⁵ Små forskjeller i dette utvalget sammenlignet med kapittel 11, skyldes ulikheter i valg for koding av uklare grupper slik som «arbeidsledige».

HVA KARAKTERISERER DE SOM ØKER SITT ALKOHOLKONSUM I ANDRE HALVDEL AV LIVET?

Avslutningsvis ser vi på hvem i panelutvalget (40–79 år) som har økt sitt alkoholkonsum i løpet av femårsperioden mellom de to datainnsamlingene (tabell ikke vist). Først og fremst finner vi at sannsynligheten for å drikke «mye» ved andre intervjurunde er langt større (odds-ratioen er 28 ganger større) for de som allerede drakk «mye» ved første intervju. Dessuten finner vi at flere blant de høyt utdannede går fra å drikke lite eller moderat til «mye», og høyt utdannede har i gjennomsnitt 1,5 ganger høyere sjanse for å gå over til et «høyt» forbruk, sammenlignet med de som har lavere utdanning, over femårsperioden. For øvrig har verken alder, kjønn eller individualistiske verdier noen betydning for endringer i slike drikkevaner over en 5-årsperiode.

OPPSUMMERING OG DISKUSJON

I dette kapitlet har vi vært opptatt av de som drikker «mye», definert som en alkoholemngde tilsvarende en halv flaske vin 2–3 ganger i uken eller oftere, eller at man drikker over ukentlig anbefalt grenseverdi. Vi finner at menns alkoholkonsum totalt sett er høyere enn kvinners, men tar vi hensyn til at kvinner tåler mindre enn menn, slik målet for anbefalte ukentlige enheter tar høyde for, er det like mange kvinner som menn med et «bekymringsfullt» alkoholforbruk. I aldersgruppen 50–59 år gjelder det 8 prosent av kvinnene og 7 prosent av mennene. Resultatene er i overenstemmelse med andre studier som har funnet at forskjellene i selvrapportert beruselse mellom kjønnene er små, og at kvinners alkoholkonsum øker mer enn menns (Vedøy og Skretting, 2009).

Vi finner også at alkoholforbruket er høyere i de eldre aldersgruppene sammenlignet med de yngste i dette utvalget (30–39 år), noe som gjaldt for begge alkoholmålene. Når alkoholkonsumet er høyere i aldersgruppene fra 50 år er det nærliggende å spørre om det kan skyldes endringer i livssituasjon i denne perioden. Barn som flytter ut fra hjemmet og pensjonering gir mer frihet og fritid, som igjen kan være knyttet til økt alkoholkonsum. Når vi med paneldata følger personers alkoholkonsum fra før til etter disse livsløpsovergangene, finner vi imidlertid ikke støtte for en slik antagelse. Alkoholkonsumet øker ikke mer ved slike livsløpsoverganger. I alle aldersgrupper fra 40- frem til 65-årsalder finner vi en markant økning i alkoholforbruket over en fem års

periode. Den mest nærliggende forklaringen synes å være generelt mer liberale holdninger til «høyt» alkoholkonsum i dagens Norge.

Vi har også undersøkt om «høyt» alkoholforbruk er relatert til faktorer som endres i det moderne samfunn: høyere utdanning, bedre privat økonomi, flere aleneboende, urbanisering og verdier. Det kan gi en antydning om alkoholforbruket blant morgendagens eldre. Vi finner at verdier er knyttet til «høyt» alkoholforbruk – flere av de med individualistiske verdier og færre blant de med kollektivistiske verdier drikker «mye». Dessuten er det vanligere blant de som bor i byer enn blant de som bor i mindre kommuner å ha et «høyt» alkoholforbruk, og de med høy inntekt drikker mer enn de med lav inntekt. I disse analysene, hvor vi tar hensyn til mange forhold samtidig, finner vi ingen sterk sammenheng mellom utdanning og alkoholkonsum, slik flere tidligere studier har vist. Riktigere er det allikevel å si at når utdanning har betydning for alkoholkonsum, synes det å skyldes at høyt utdannede oftere bor i byer, og i større grad har, eller gjennom utdanning får, mer individualistiske og mindre kollektivistiske verdier. Når vi i panelanalysene finner en klarere effekt av utdanning på alkoholkonsum, skyldes det mest sannsynlig at vi ikke har kontrollert for forhold som urbanitet, inntekt og kollektivistiske verdier, og liten utvalgsstørrelse.

Det at bybefolkningen drikker mer, skyldes altså delvis at befolkningen der har et høyere utdanningsnivå, men det kan også tenkes at byene har større alkoholtilbud både i form av utsalg og drikkesteder, og flere kulturelle arrangementer der det nytes alkohol. I og med at befolkningen stadig blir mer sentralisert, og at fødselskullene fra etterkrigstiden begynner å nå pensjonsalder, vil det være flere eldre i de større byene om få år enn det er i dag, noe som også kan tilsi en økning i alkoholkonsum blant morgendagens eldre. Etersom kvinner lever lengre enn menn, vil det særlig kunne komme en tilvekst av eldre kvinner med et høyt alkoholforbruk.

Funn fra tidligere studier tyder på at de kommende eldregenerasjonene vil være mindre kollektivistisk og mer individualistisk orienterte enn det dagens eldrebefolkning er. Samfunnet har dreiet mot en vektlegging av individets behov for selvrealisering og nytelse, samtidig med at tradisjonelle verdier som fremmer fellesskapet slik som solidaritet og konformitet er svekket. For mange representerer alkoholen nettopp nytelse og stimulasjonssøken som er

sentrale individualistiske verdier. Disse funnene peker også i retning av en fremtidig økning i alkoholkonsum blant eldre.

Blant menn finner vi at enslige har høyere alkoholkonsum enn de som lever i parforhold. Det er i tråd med tidligere forskning. Når vi ikke finner noen effekt for kvinner, kan det skyldes at relasjonen mellom sivilstatus og alkoholkonsum er mer sammensatt for kvinner enn for menn. Kvinner påvirkes trolig i større grad av partnerens alkoholkonsum enn det menn gjør, slik vi omtalte innledningsvis. Det å være gift har med andre ord kanskje ikke samme virkning på alkoholkonsumet for kvinner og menn. I tråd med at det blir stadig vanligere med partnerbrudd, også i eldre år, vil det finnes flere aleneboende blant morgendagens eldre. Det kan tenkes at også dette bidrar til et høyere alkoholkonsum blant fremtidens eldre, spesielt blant menn.

Det er mange ulike forhold som påvirker et individs alkoholkonsum. Samlet sett peker resultatene av våre analyser i retning av at morgendagens eldre vil ha et høyere alkoholkonsum enn dagens og gårsdagens eldre, og at det særlig vil gjelde kvinner. Denne økningen i alkoholforbruk har sammenheng med at den eldre delen av befolkningen vil bli større, samtidig som utdanningsnivået går opp, verdiene endres og befolkningen sentraliseres. I tillegg fant vi at de som har et «høyt» alkoholforbruk på et tidspunkt, har stor sjanse for å ha tilsvarende forbruk fem år senere. Med flere som drikker relativt mye i eldre år og opprettholder dette forbruket ettersom de eldes, vil man kunne få en økning i alkoholrelaterte skader og avhengighet i den eldre delen av befolkningen. Dette blir trolig en utfordring for fremtidens helse- og omsorgstjenester.

REFERANSER

- Bem, S. L. (1981). *Bem Sex Role Inventory: Professional manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Bye, E. K., & Østhus, S. (2012). Alkoholkonsum blant eldre: Hovedfunn fra spørreundersøkelser (1985–2008). *SIRUS-rapport 2012*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Chikritzhs, T., Fillmore, K., & Stockwell, T. (2009). A healthy dose of scepticism: Four good reasons to think again about protective effects of alcohol on coronary heart disease. *Drug and Alcohol Review*, 28(4), 441–444. doi: 10.1111/j.1465-3362.2009.00052.x

- Chomak, S., & Collins, R. L. (1987). Relationship between sex-role behaviors and alcohol-consumption in undergraduate men and women. *Journal of Studies on Alcohol*, 48(3), 194–201.
- Clench-Aas, J., Rognerud, M., & Dalgard, O. S. (2009). Levekårsundersøkelsen 2005: Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- de Jong Gierveld, J., & van Tilburg, T. G. (1999). *Manual of the Loneliness Scale 1999*. Amsterdam: Vrije Universiteit, Department of Social Research Methodology.
- Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *The journal of the American Medical Association*, 252(14), 1905–1907. doi: 10.1001/jama.1984.03350140051025
- Fauske, S. (2003). Kap. 27: Rusmiddelproblematikk i arbeidslivet. Bedriftshelsetjenestens roller. In B. E. Moen (Ed.), *Del 3 Håndbok for bedriftshelsetjenesten. Arbeidsmiljøfaktorer som påvirker hele mennesket*. Oslo: Arbeidsmiljøforlaget.
- Feunekes, G. I. J., van't Veer, P., van Staveren, W. A., & Kok, F. J. (1999). Alcohol intake assessment: The sober facts. *American Journal of Epidemiology*, 150(1), 105–112.
- Frydenlund, R. (2011). Eldre, alkohol og legemiddelbruk. Oslo: Kompetansesenter rus – Oslo.
- Graff-Iversen, S., Jansen, M. D., Hoff, D. A., Høiseth, G., Knudsen, G. P., Magnus, P., et al. (2013). Divergent associations of drinking frequency and binge consumption of alcohol with mortality within the same cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67(4), 350–357.
- Grønabæk, M., Deis, A., Sørensen, T. I. A., Becker, U., Schnohr, P., & Jensen, G. (1995). Mortality associated with moderate intakes of wine, beer, or spirits. *British Medical Journal*, 310(6988), 1165–1169.
- Hatland, A., & Slagsvold, B. (2011). Den moderne aldringen. In A. Hatland (Ed.), *Veivalg i velferdspolitikken* (pp. 51–70). Bergen: Fagbokforlaget.
- Hausken, S. E. S. (2012). *Alkoholforbruk og beruselsesfrekvens hos menn og kvinner over 40 år: alders- og livsfaseeffekter*. Masteroppgave i psykologi, Universitetet i Oslo.
- Horverak, Ø., & Bye, E. K. (2007). Det norske drikkemønsteret. En studie basert på intervjudata fra 1973–2004. *SIRUS-rapport 2/2007*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

- IAS. (2010). Alcohol and the elderly. *IAS factsheet*. Cambridge: Institute of Alcohol Studies.
- Joutsenniemi, K., Martelin, T., Kestilä, L., Martikainen, P., Pirkola, S., & Koskinen, S. (2007). Living arrangements, heavy drinking and alcohol dependence. *Alcohol and Alcoholism*, 42(5), 480–491. doi: 10.1093/alcalc/agm011
- Kitterød, R. H. (2012). Husholdsarbeid: ikke lenger nedgang i husarbeidet. *Samfunnsspeilet*(4), 48–54.
- Krange, O. (2004). *Grenser for individualisering. Ungdom mellom ny og gammel modernitet*. NOVA-rapport 4/2004. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Kristiansen, L., Ekholm, O., Grønabæk, M., & Tolstrup, J. S. (2008). *Alkohol i Danmark: Voksnes alkoholvaner og holdning til alkoholpolitikk*. Rapport. København: Statens Institut for folkesundhed. Center for Alkoholforskning.
- Laitalainen, E., Helakorpi, S., & Uutela, A. (2010). Eläkeikäisen väestön terveystähtäytyminen ja terveys keväällä 2009 ja niiden muutokset 1993–2009 [Den pensionerade befolkningens hälsobeteende och hälsa, våren 2009 samt förändringar i dem åren 1993–2009] (Kun sammenfatning) *Rapport 30/2010*. Helsinki: Institutet för hälsa och välfärd (THL).
- Langørgen, A. (2007). Sentralisering – årsaker, virkninger og politikk. *Samfunnsspeilet*, 21(2), 46–59.
- Liew, H. (2012). The effects of marital status transitions on alcohol use trajectories. *Longitudinal and Life Course Studies*, 3(3), 332–345.
- Lima, I. A., & Jensen, R. S. (2012). Arbeidsdeling hjemme: hvilken betydning har livsfase, yrkestilknytning, sosial klasse og bosted? In T. Hansen & B. Slagsvold (Eds.), *Likestilling hjemme*. NOVA-rapport 8/12 (pp. 43–92). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- McCreary, D. R., Newcomb, M. D., & Sadava, S. W. (1999). The male role, alcohol use, and alcohol problems: A structural modeling examination in adult women and men. *Journal of Counseling Psychology*, 46(1), 109–124. doi: 10.1037//0022-0167.46.1.109
- Nolen-Hoeksema, S. (2004). Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clinical Psychology Review*, 24(8), 981–1010. doi: 10.1016/j.cpr.2004.08.003

- Nordlund, S. (2008). What is alcohol abuse? Changes in Norwegians' perceptions of drinking practices since the 1960s. *Addiction Research & Theory*, 16(1), 85–94.
- Perreira, K. M., & Sloan, F. A. (2001). Life events and alcohol consumption among mature adults: A longitudinal analysis. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 62(4), 501–508.
- Power, C., Rodgers, B., & Hope, S. (1999). Heavy alcohol consumption and marital status: disentangling the relationship in a national study of young adults. *Addiction*, 94(10), 1477–1487. doi: 10.1046/j.1360-0443.1999.941014774.x
- Ramstedt, M. (2009). Alkoholkonsumtion och alkoholrelaterade problem bland äldre svenskar – hur ser det ut egentligen? *Nordisk alkohol- og narkotikatidskrift*, 26, 385–397.
- Reczek, C., Pudrovska, T., Carr, D., & Umberson, D. (2012). *Marital status, marital transitions, and alcohol use: a mixed-methods study*. Paper presented at the 108th Annual Meeting of the American Sociological Association, Denver.
- Rossow, I. (2002). Rusmiddelbruk i Norge. *Norsk Epidemiologi*, 12(3), 301–307.
- Schwartz, S. H. (1997). Values and culture. In D. Munro, S. Carr & J. Schumaker (Eds.), *Motivation and culture* (pp. 69–84). New York: Routledge.
- Schwartz, S. H. (2003). A proposal for measuring value orientations across nations, <http://www.europeansocialsurvey.org/>
- Schwartz, S. H., Melech, G., Lehmann, A., Burgess, S., Harris, M., & Owens, V. (2001). Extending the cross-cultural validity of the theory of basic human values with a different method of measurement. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 32(5), 519–542.
- Slagsvold, B. (2005). *Kjønn – alder – og utdanning*. Foredrag holdt på Forskningsdagene ved Universitetet i Agder. Kristiansand.
- Slagsvold, B., & Lima, I. A. (2012). *Morgendagens eldre og alkohol*. Foredrag holdt på Actis jubileumskonferanse, Oslo.
- Slagsvold, B., & Strand, N. P. (2005). Morgendagens eldre – blir de mer kravstore og mindre beskjedne? In B. Slagsvold & P. E. Solem (Eds.), *Morgendagens eldre: En sammenligning av verdier, holdninger og atferd blant dagens middelaldrende og eldre*. NOVA-rapport 11/05 (pp. 23–50). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

- Slagsvold, B., & Sørensen, A. (2008). Age, education, and the gender gap in the sense of control. *International Journal of Aging and Human Development*, 67(1), 25–42.
- Statistisk sentralbyrå. (2013). Familier og husholdninger, 1. januar 2013 Retrieved 05.08.2013, <http://www.ssb.no/familie/>
- Strand, B. H., & Steiro, A. (2003). Alkoholbruk, inntekt og utdanning i Norge 1993–2000. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 20(123), 2849–2853.
- Støver, M., Bratberg, G., Nordfjærn, T., & Krokstad, T. (2012). Bruk av alkohol og medikamenter blant eldre (60+) i Norge. *Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag – Rapport 2012*. Levanger: HUNT forskningscenter, NTNU.
- Vedøy, T. F., & Skretting, A. (2009). Bruk av alkohol blant kvinner. Data fra ulike surveyundersøkelser. *SIRUS-rapport 2/2009*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Veenstra, M., Lima, I. A., & Daatland, S. O. (2009). *Helse, helseatferd og livsløp*. NOVA-rapport 3/2009. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

KAPITTEL 5

Sammen i gode og onde dager – om helsas betydning for tilfredshet med parforholdet

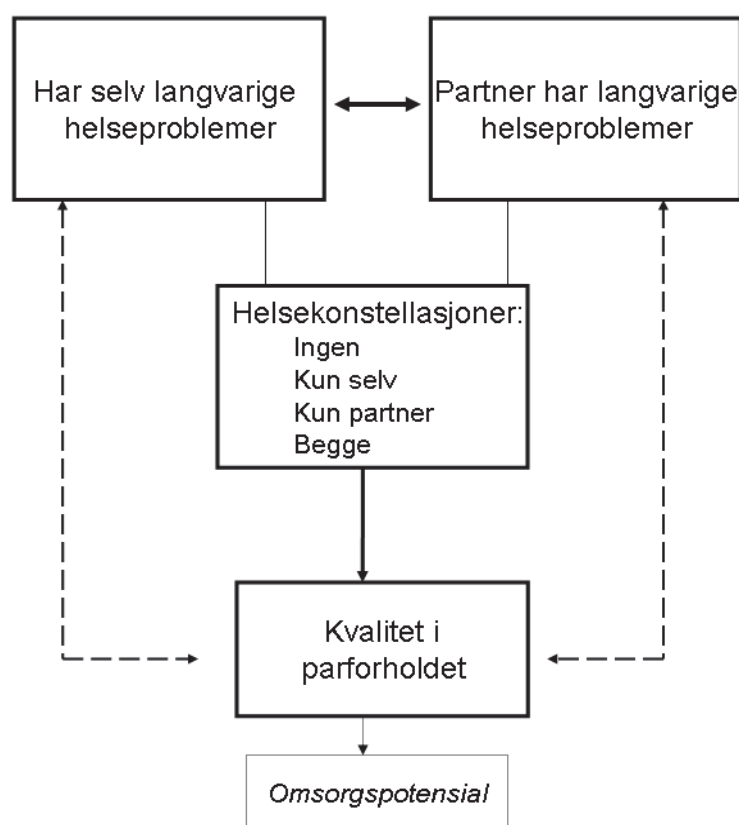
Marijke Veenstra og Svein Olav Daatland

Det er partnerens, ikke egne, helseproblemer som har sterkest sammenheng med hvor fornøyd man er med forholdet. Der det bare er partneren som har et langvarig helseproblem, er færre fornøyde enn i andre konstellasjoner. Symmetrien i helse synes å spille en rolle for menn, som er mer fornøyd når begge har et helseproblem enn når bare partneren har det. For kvinner er det omvendt. Mens felles problemer ser ut til å være en trøst for menn, kan det være en byrde for kvinner, som lett blir den ansvarlige part.

En partner er for mange den viktigste andre – den man deler både gode og onde dager med som det heter, om ikke nødvendigvis til døden skiller en ad. Fordi levealderen øker, og mer for menn enn for kvinner, og fordi det er færre enslige (aldri-gifte) kvinner sammenlignet med eldre kohorter, vil stadig flere bli gamle sammen i årene framover (Keilman & Christiansen, 2010). Partneren kan dermed bli en enda viktigere omsorgsperson enn hun og han er per i dag. I motsatt retning trekker at skilsmisser kan bli vanligere, også i eldre år, og at sviktende helse hos en selv, hos partneren eller hos begge, kan svekke forutsetningene for partneromsorg, dels direkte ved at kreftene svikter, men dels også indirekte ved å svekke det emosjonelle samholdet som antas å være en drivkraft og en motivasjon i omsorgen for partneren. Det er nettopp den siste risikoen som er målet for denne del-studien, nærmere bestemt hvorvidt og hvor langt helsesvikt hos en selv og/eller hos partneren reduserer tilfredsheten med forholdet, og i så fall kan svekke forutsetningene for partneromsorg. Her studerer vi med andre ord ikke partneromsorgen direkte, men de antatte forutsetningene for den, nærmere bestemt hvor fornøyd man er med forholdet til partneren.

MIN OG DIN HELSE

Tidligere studier har vist at eldre i parforhold gjør mindre bruk av omsorgstjenester, især institusjonsomsorg, enn enslige (Gaymu, Festy, Poulain, & Beets, 2008; Grundy & Jitlal, 2007). Dette kan ha sammenheng med at gifte og samboende stiller bak i køen ved tildeling av tjenester, men skyldes trolig først og fremst at en samboende partner er en sentral kilde til trygghet og hjelp og dermed reduseres behovet for tjenester utenfra. Hvorvidt det er slik når begge partnerne har helseproblemer slik tilfellet gjerne er blant de eldste, vet vi mindre om. Studier har så langt dokumentert parforholdets positive betydning for helsa (Bradbury, Fincham, & Beach, 2000; Mastekaasa, 1992; Robles & Kiecolt-Glaser, 2003). Den motsatte muligheten, som er temaet her, har i mindre grad vært gjenstand for forskning. Hvorvidt helse påvirker forholdet til partneren er da ikke bare avhengig av egen helse, men også av partnerens helse (se figur 1).



Figur 1. Modell for sammenhengen mellom helse blant par og den opplevde kvaliteten av parforholdet

Vi skal nærmere bestemt ta for oss tre sider ved denne antatte sammenhengen: (1) Hvorvidt langvarige helseproblemer slår ut for hvor tilfreds man er med forholdet, og i så fall i hvilken retning: (2) Hvorvidt det er egne og/eller partnerens helseproblemer som har betydning for tilfredshet, og (3), Hvorvidt symmetri eller asymmetri i helse er (u)gunstig for forholdet mellom partnerne. Et delmål er å vurdere hvorvidt sammenhengene er forskjellige for yngre og eldre og for kvinner og menn og dernest hvor stabile slike sammenhenger er.

HVA PÅVIRKER TILFREDSHET MED PARFORHOLDET?

Tilfredshet med parforholdet påvirkes av hvem man er, hvordan man omgås, og i hvilke situasjoner (roller og livshendelser) (Bradbury, et al., 2000). Tidligere forskning tyder dessuten på at tilfredsheten med parforholdet varierer med kjønn og alder (Hooyman & Asuman Kyak, 2008). Menn er gjennomgående mer fornøyd med forholdet enn kvinner, og for menn øker tilfredsheten med alderen, ikke så for kvinner (Umberson & Williams, 2005). Mest fornøyd er man gjerne i starten av et forhold, noe mindre når man har små barn (Hansen, 2010), og enda mindre i middelaldrende år, før tilfredsheten øker i eldre år når barna har flyttet hjemmefra og de to partene har likere roller (Frisco & Williams, 2003), (Davey & Szinovacz, 2004). Også helseforhold som endres over tid kan ha negative følger for parforholdet ved at par etter hvert passer mindre godt sammen (VanLaningham, Johnson, & Amato, 2001). Risikoen for helsesvikt stiger med alderen, og sykdom er i så måte mer forventet i eldre år (*on-time*) enn tidligere i livet (*off-time*) (Hagestad, 1996). Eldre par har dessuten oftest et langt samliv bak seg, og kan ha lært å tilpasse seg endrede roller og dermed være bedre i stand til å mestre nye hendelser, som for eksempel egen sykdom eller sykdom hos partneren. Her ligger trolig også en seleksjon under, ved at relativt flere blant de mindre fornøyde kan ha skilt seg tidligere i livet.

De nevnte aldersmønstre for tilfredshet med parforholdet er observasjoner fra tverrsnittstudier, men er ikke bekreftet av de langt færre studiene som har fulgt samme personer (longitudinelt) over tid (VanLaningham, et al., 2001). Det kan derfor synes som forskjeller i fornøydhet skyldes kohortforskjeller snarere enn endringer med alder. Paneldata fra NorLAG viser at eldre sier seg noe oftere «svært fornøyd» (55–60 prosent) enn middelaldrende

(35–45 prosent). Tidligere resultater fra denne studien viser at middelaldrende i gjennomsnitt har blitt noe mindre fornøyd med parforholdet over denne femårs perioden, mens de eldre har blitt noe mer fornøyd (Hansen & Slagsvold, 2012).

En tidlig studie (Booth & Johnson, 1994) viste at en forverring i helse bidrar til dårligere kvalitet i parforholdet. Andre har vist at forhold hvor en av partene har betydelig bedre helse enn den andre har større risiko for skilsmisse sammenlignet med forhold hvor partnere har lik helsestatus (Wilson & Waddoups, 2002). Samme studien antyder også at helse har liten betydning for par som allerede er ulykkelige, mens en ubalanse i helse blant lykkelige par er en betydelig risiko for forholdet. Dette understreker viktigheten av å følge de samme personer over tid og ta høyde for fornøydhet med forholdet på et tidligere tidspunkt.

I tråd med dette antar vi i vår studie at personer i parforhold der ingen av partene har langvarige helseproblemer er mer fornøyd enn i parforhold der én eller begge har slike problemer. Vi antar også at tilfredshet med forholdet er lavest når det er den andre, og ikke en selv, som har et langvarig helseproblem. Ved bruk av longitudinelle analyser studerer vi også hvorvidt den potensielt negative effekten av helseproblemer på kvaliteten av parforholdet er sterkere dersom respondentene i utgangspunktet var svært godt fornøyd med forholdet.

Vi bruker NorLAGs paneldata fra 2002–03 og 2007–08 og inkluderer 2 533 respondenter i alderen 40–80 år som hadde samme partner i begge runder. De fleste av dem er gift (93 prosent), de øvrige er samboende. Det store flertallet av samboerne er «yngre» (enn 67 år). Tre av fire ekteskap har vart 20 år eller lengre, og én av fem har hatt et tidligere samliv før det nåværende. Ti prosent av kvinnene og åtte prosent av mennene er barnløse.

Spørsmål i NorLAG (Nærmere om NorLAG undersøkelsen i kapittel 2)

Fornøydhets med forholdet til partner:

NorLAG 1:

Hvordan vil du alt i alt beskrive forholdet til din partner? *Utmerket/Meget godt/Godt/Nokså godt/Dårlig*

NorLAG 2:

På en skala fra 0 til 10, hvor 0 betyr «ikke fornøyd i det hele tatt» og 10 betyr «svært fornøyd», hvor fornøyd er du alt i alt med forholdet til din partner?

De aller fleste (95 prosent) velger svar i den positive halvdel av skalaen, og overveiende svært høyt på skalaen. De aller fleste er i så måte godt fornøyd, til dels svært godt fornøyd, slik man også har funnet i andre studier og for andre typer personlige relasjoner. Vi skal derfor være forsiktige med å tolke svarene bokstavelig. For vårt formål er det tilstrekkelig å skille de «svært fornøyde» (høyeste skåre) fra de øvrige.

Respondentenes og partnerens helse og funksjonsevne.

Spørsmål til respondenten:

- (1) Har du noen langvarig sykdom, kronisk helseproblem eller varig funksjonshemming? (JA/NEI)
- (2) Hvilken sykdom, kronisk helseproblem eller funksjonshemming er dette primært (opp til 3 sykdommer; ICD-10 kodet)
- (3) Når fikk du denne sykdommen/kroniske helseproblemet/funksjonshemmingen? (Siste fire uker/medfødt/år.)
- (4) Begrenses du i dine daglige gjøremål på grunn av dårlig helse, psykiske problemer eller funksjonshemming? (JA/NEI)
- (5) Vil du si at din helse nå stort sett er...? (Utmerket/ meget god/ god/ nokså god/ dårlig)

Partnerens helse er målt ved følgende spørsmål:

- (1) Har noen av dem du bor sammen med en langvarig sykdom, kronisk helseproblem, funksjonshemming eller psykiske problemer? I så fall hvem? (JA, partner/NEI)
- (2) Hvilken sykdom, kronisk helseproblem, funksjonshemming eller psykisk problem er dette? (opp til 3 sykdommer; ICD-kodet)
- (3) Begrenses han/hun i sine daglige gjøremål pga. denne sykdommen, kroniske helseproblemet, funksjonshemmingen? (I STOR GRAD, I NOEN GRAD, I LITEN GRAD, IKKE I DET HELE TATT)

MINE OG DINE PLAGER

Forekomsten av varige helseproblemer er rimeligvis høyere blant eldre (67 år+) enn blant middelaldrende (40–66 år) og høyere for kvinner sammenliknet med menn (tabell 1). Blant eldre menn er hjerte-karsykdommer de vanligste helseproblemene, blant kvinner muskel- og skjelettsykdommer. Litt over

halvparten med varige helseproblemer opplever dem som begrensende i dagliglivet. For én av tre menn (29 %) og én av fire kvinner (23 %) hadde helseproblemet oppstått i løpet av de siste fem årene.

Omtrent 10 prosent av de middelaldrende og 14 prosent av de eldre oppgir at begge partnere har et langvarig helseproblem. Omtrent 10 prosent oppgir at bare partneren har et slikt problem. Det er langt vanligere å rapportere egne helseproblemer; man er kanskje seg selv nærmest og har en lavere terskel for egne plager enn for partnerens plager.

Tabell 1. Helsekonstellasjoner i stabile parforhold etter kjønn og alder i 2007.

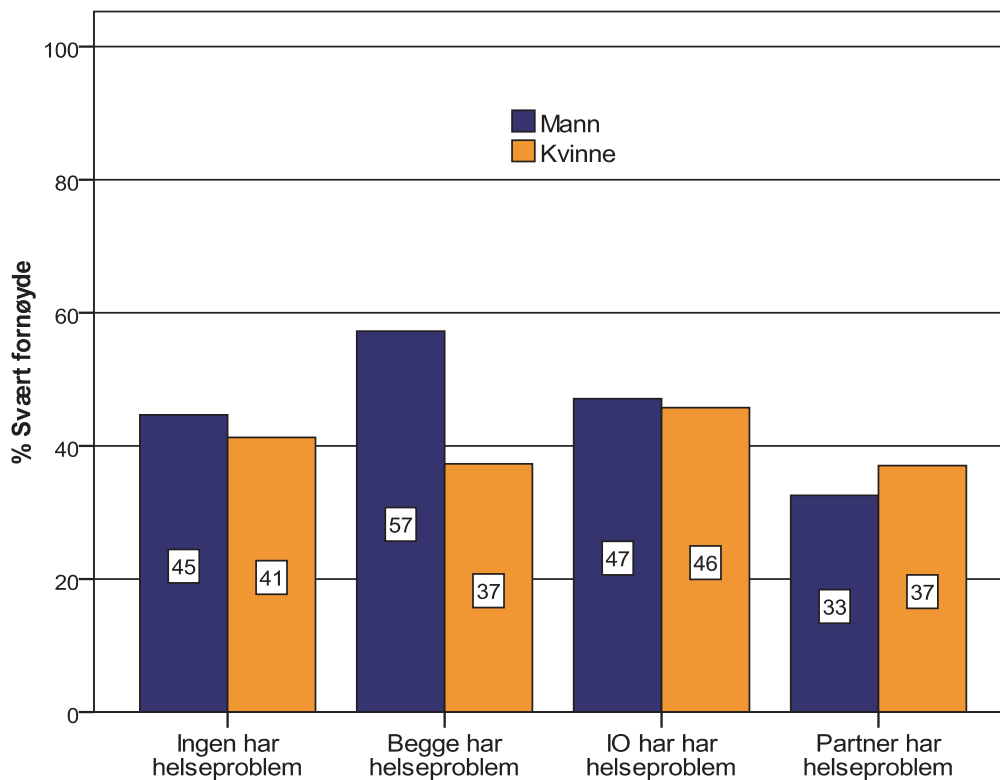
	Menn		Kvinner	
	45–66 N=920	67+ N=435	45–66 N=889	67+ N=278
Egen helse				
Har varig helseproblem (ja)	32,8	40,9	37,6	46
Er begrenset i dagliglivet (ja)	17,7	22,1	21,5	26,6
Partners helse				
Partner har helseproblem (ja)	19,1	23,5	20,3	23
Partner begrenset i daglig livet (ja)	17,1	19,5	16,9	19,3
Helsekonstellasjoner				
Ingen har varig helseproblem	52,9	50	52,9	44,4
Begge har varig helseproblem	9	13,6	10,6	13,8
Bare IO har varig helseproblem	23,9	26,6	26,7	32,5
Bare partner har varig helseproblem	10,2	9,8	9,7	9,3

Kilde: NorLAG 2007- 2008

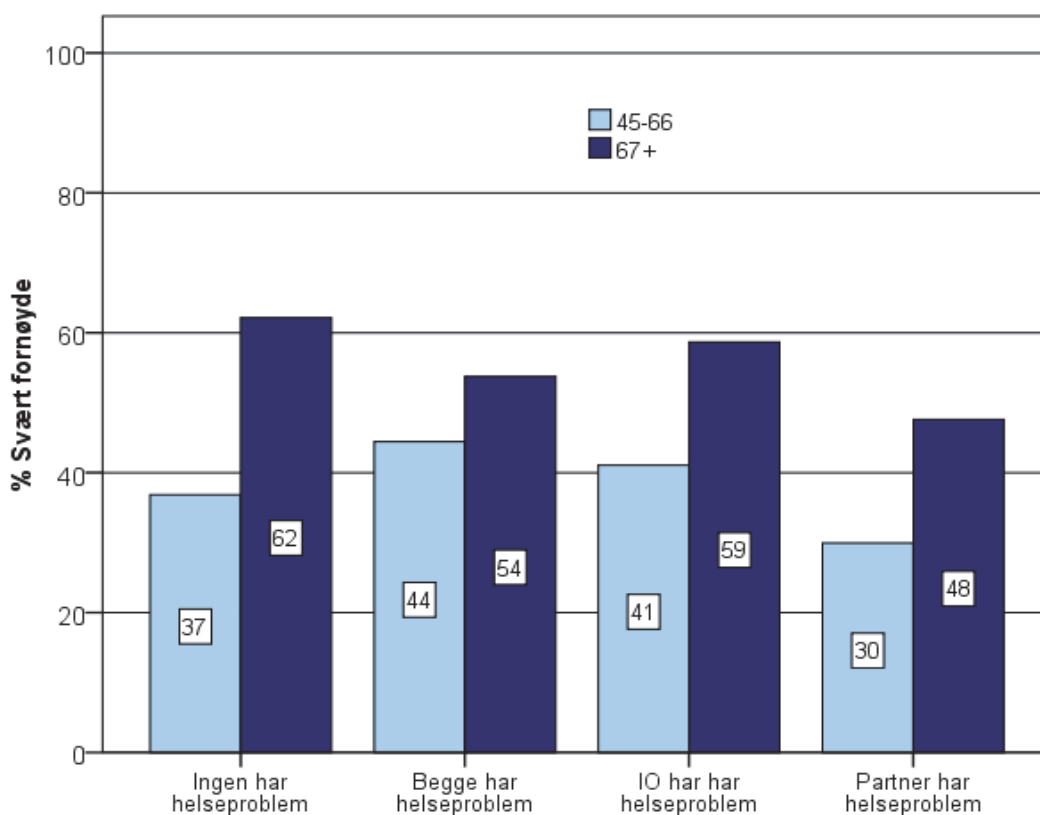
HENNES PLAGER ER VERST

De fleste er fornøyde med parforholdet. Samlet sett svarer 45 prosent og 44 prosent at de er «svært fornøyde» (den mest positive svarkategori) med forholdet til partneren i henholdsvis 2002–03 og 2007–08. Eldre sier seg mer fornøyde enn middelaldrende. 67 prosent er svært fornøyde med forholdet på begge tidspunkter.

Sammenhengen mellom andel svært fornøyde i andre runden av NorLAG og ulike helsekonstellasjoner er illustrert etter kjønn i figur 2 og aldersgrupper i figur 3.

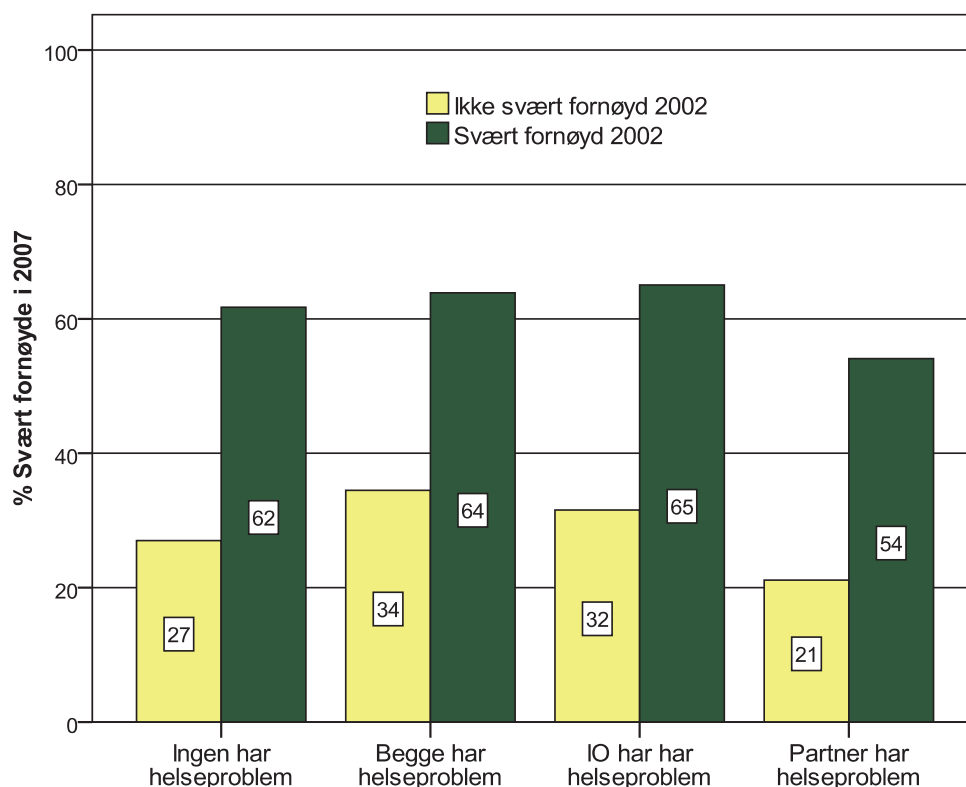


Figur 2. Fornøydet med forholdet etter helsekonstellasjon og kjønn.



Figur 3. Fornøydet med forholdet etter helsekonstellasjon og alder.

Figur 4 viser sammenhengen mellom andel svært fornøyde og de ulike helsekonstellasjoner for begge runder av NorLAG. I tillegg har vi brukt multivariate analyser for å se hvorvidt de ulike helsekonstellasjoner henger sammen med tilfredshet i andre runde når vi samtidig tar høyde for kjønn, alder og fornøydhets i første runden.



Figur 4. Sammenhengen mellom helse blant par og fornøydhets med forholdet etter tidligere fornøydhets med forholdet

RESULTATENE ILLUSTRERER FØLGENDE FUNN.

- (1) Det er «dine», og ikke «mine» helseproblemer som har sterkest sammenheng med hvor fornøyd man er med parforholdet. Der det bare er partneren som har et langvarig helseproblem, er færre respondenter fornøyde (35 prosent) enn i andre konstellasjoner. Dette gjelder både for middelaldrende og for eldre og er uavhengig av hvor fornøyd man var fem år tidligere. Det dreier seg i dette tilfellet oftest om en partners helseproblemer som er begrensende i hverdagen (se tekstboks), og dermed om en vesentlig helseforskjell mellom partnerne, som da altså framstår som en stressfaktor for kvaliteten av forholdet, vel å merke bare når det er *partnerens* dårlige helse det dreier seg om, ikke den egne helsa.

- (2) Symmetrien i helsekonstellasjonene synes å spille en rolle for menn, som er betydelig mer fornøyde når begge partene har et varig helseproblem enn når bare partneren har et helseproblem. For kvinner er det omvendt, når begge har et varig helseproblem, er kvinner vesentlig mindre fornøyde med forholdet enn menn, og like fornøyd som når bare partneren har et helseproblem. Det er nærliggende å tolke dette som uttrykk for at kvinner har et større, og mer belastende, omsorgsansvar enn menn også når begge har et varig helseproblem. Mens felles problemer ser ut til å være en trøst for menn, kan det være en byrde for kvinner, som lett blir den ansvarlige part også i slike forhold.
- (3) Verken helsekonstellasjoner eller tidligere fornøydhet med parforholdet kan forklare aldersforskjellene i fornøydhet. Aldersforskjellene kan ha sammenheng med kohorter og livsfase, for eksempel at de yngre er mer tilbøyelige til å sette individuelle hensyn framfor hensynet til familien (og paret), at de yngre oftere kommer i klemme mellom arbeid og familie (Rogers & Amato, 2000), og mer generelt at felleskapsnormene er svekket over tid og dermed mindre pregende for yngre kohorter enn for eldre.

PARTNERENS OMSORGSPOTENSIAL

Sammenhengen mellom endringer i helse og hvor fornøyd man er med parforholdet er en dynamisk prosess som utvikler seg over lang tid med både opp- og nedturer. En design med tre eller flere observasjonspunkter av de samme personene, og med lengre tidsintervaller, ville derfor være bedre egnet for å studere dette. Familier og parforhold er i endring både verdimesig og i praksis. Samlivsbrudd er blitt vanligere også i eldre år, men vi ser også framveksten av nye samlivsformer så som særboerskap. Dermed kan vi ikke direkte generalisere fra familie og parstrukturer til faktisk atferd, i dette tilfellet fra følelsesmessig tilknytning til faktisk omsorgsatferd, som vil være et naturlig tema for en oppfølgende artikkel.

Morgendagens eldre vil nok leve lenger med god helse, men mange vil trolig også leve lenger med sine sykdommer og symptomer. Flere par konfronteres dermed over en stadig lengre del av livsløpet med behovet for å mestre kroniske plager, det være seg «mine», «dine» eller «våre» plager. Partnerens rolle i eldreomsorgen er dermed like viktig, eller kanskje viktigere, for morgendagens gamle.

REFERANSER

- Booth, A., & Johnson, D. R. (1994). Declining Health and Marital Quality. *Journal of Marriage and the Family*, 56(1), 218-223.
- Bradbury, T. N., Fincham, F. D., & Beach, S. R. H. (2000). Research on the nature and determinants of marital satisfaction: A decade in review. *Journal of Marriage and the Family*, 62(4), 964–980.
- Davey, A., & Szinovacz, M. E. (2004). Dimensions of marital quality and retirement. *Journal of Family Issues*, 25(4), 431-464. doi: Doi 10.1177/0192513x032257698
- Frisco, M. L., & Williams, K. (2003). Perceived housework equity, marital happiness, and divorce in dual-earner households. *Journal of Family Issues*, 24(1), 51–73. doi: Doi 10.1177/0192513x02238520
- Gaymu, J., Festy, P., Poulain, M., & Beets, G. (2008). *Future elderly living conditions in Europe*. Paris: Institut National D'Études Démographiques.
- Grundy, E., & Jitlal, M. (2007). Socio-demographic variations in moves to institutional care 1991–2001: a record linkage study from England and Wales. *Age Ageing*, 36(4), 424–430. doi: afm067 [pii] 10.1093/ageing/afm067
- Hagestad, G. O. (1996). On-Time, Off-Time, Out of Time? Reflections on Continuity and Dis-continuity from an Illness Process. In V. L. Bengtson (Ed.), *Adulthood and aging* (pp. 204–222). New York: Springer.
- Hansen, T. (2010). *Subjective well-being in the second half of life: The influence of family and household resources*. Dissertation, University of Oslo, Oslo.
- Hansen, T., & Slagsvold, B. (2012). The age and subjective well-being paradox revisited: A multidimensional perspective. *Norsk Epidemiologi*, 22(2), 187–195.
- Hooyman, N. R., & Asuman Kyak, H. (2008). *Social Gerontology: A Multi-disciplinary Perspective*. Boston: Prentice Hall.
- Keilman, N., & Christiansen, S. (2010). Norwegian elderly less likely to live alone in the future. *European Journal of Population*, 26, 47–72.
- Mastekaasa, A. (1992). Marriage and Psychological Well-Being - Some Evidence on Selection into Marriage. *Journal of Marriage and the Family*, 54(4), 901–911.
- Robles, T. F., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2003). The physiology of marriage: pathways to health. *Physiology & Behavior*, 79(3), 409–416. doi: Doi 10.1016/S0031-9384(03)00160-4
- Rogers, S. J., & Amato, P. R. (2000). Have changes in gender relations affected marital quality? *Social Forces*, 79(2), 731-753.

- Umberson, D., & Williams, K. (2005). Marital quality, health, and aging: gender equity? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, *60 Spec No 2*, 109–113. doi: 60/suppl_Special_Issue_2/S109 [pii]
- VanLaningham, J., Johnson, D. R., & Amato, P. (2001). Marital happiness, marital duration, and the U-shaped curve: Evidence from a five-wave panel study. *Social Forces*, *79*(4), 1313–1341.
- Wilson, S. E., & Waddoups, S. L. (2002). Good marriages gone bad: Health mismatches as a cause of later-life marital dissolution. *Population Research and Policy Review*, *21*(6), 505–533.

KAPITTEL 6

Økende ulikhet i helse og helseatferd med alderen?

Marijke Veenstra, Svein Olav Daatland og Ivar A. Lima

Hvordan sosiale forhold i barndommen kan påvirke helsa i voksen alder er sentralt i et livsløpsperspektiv. Resultatene tyder på at ugunstige forhold i barndommen som dårlige levekår, foreldres skilsmisse og problemer på skolen spiller en betydelig og negativ rolle for helse og helseatferd i voksen alder, selv når vi kontrollerer for virkningen av (egen) utdanning. Blant yngre kohorter ser vi tendenser til økende sosiale ulikheter i helse, som tyder på at den sosiale arven kan komme til å spille en betydelig rolle for sosial ulikhet i helse også blant framtidens middelaldrende og eldre.

Ugunstige levekår i barndommen kan resultere i dårlig helse i voksne og eldre år. Vi bør derfor tenke langsiktig i folkehelsesammenheng. Bedre levekår og sunnere helseatferd er viktige forebyggende og helsefremmende tiltak i en politikk for flere leveår med god helse. Analyser av helse og helseatferd gir dermed viktige innspill til politikkområder som aktiv aldring, nedbygging av funksjonshemmende barrierer og utjevning av sosiale helseforskjeller. Her ligger også nyttig informasjon for en bærekraftig omsorgstjeneste. Av særlig interesse er da (1) om sosiale forskjeller (ulikhet) i *helse* vokser fram over livsløpet eller allerede er etablert i yngre år, og (2) om sosiale forskjeller i *helseatferd* øker med stigende alder?

SOSIAL ULIKHET I HELSE

Den norske folkehelsa er gjennomgående god, og levealderen er blant de høyeste i verden (Statistisk sentralbyrå, 2007; Waaler, Hofoss, & Grøtvedt, 2003). Likevel har over halvparten av befolkningen over 45 år en eller annen form for varig sykdom eller skade (Statistisk sentralbyrå, 2005). Som oftest er det først i høy alder at helsa svikter i en avgjørende grad, men alderdommens helseproblemer kan ha røtter helt tilbake til barndommen.

Det er med andre ord ganske normalt å ha helseproblemer i relativt ung alder, men helse varierer med sosial status: Jo høyere status, desto bedre helse (Elstad 2008). Økende velstand og en god og (i det vesentlige) gratis helsetjeneste, burde tilsi at helse ble bedre og ulikheter mindre, men ulikhetene har snarere blitt større (Folkehelseinstituttet 2007).

HELSEATFERD

Helse henger sammen med helseatferd. Verdens helseorganisasjon (WHO 2002) anslår at åtte av ti hjerteinfarkt, ni av ti tilfeller av type 2-diabetes og mer enn tre av ti krefttilfeller kan knyttes til ugunstig helseatferd og kan dermed forebygges. Ugunstig helseatferd er en vesentlig årsak til helseproblemer tidlig i livet. Et like viktig spørsmål er om helseatferden er viktig for helse også i høy alder. Vi vet mindre om hvilke sider av helse og helseatferden som gir særlig store utslag i eldre år.

Også helseatferd varierer med sosial status. Røyking og fysisk inaktivitet er for eksempel mer utbredt i grupper med lavere utdanning, mens alkoholforbruket er høyere blant dem som har høy utdanning. Helseatferden endres gjennom livet på godt og vondt og bidrar til å forsterke ulikhetene.

UNDERSØKELSEN

Dataene som presenteres her er hentet fra den norske studien Livsløp, generasjon og kjønn (LOGG) som er gjennomført i samarbeid med Statistisk sentralbyrå, for mer detaljer se kapittel 2.

Vi legger et livsløpsperspektiv til grunn, det vil si at vi ser tilstander og hendelser seint i livet som produkter av en lang livsbane, dels formet av biologisk aldring, men dels også av påvirkninger utenfra. Det er ofte vanskelig å skille den ene typen virkninger fra den andre. Observerte forskjeller mellom aldersgrupper kan skyldes aldring, men kan også skyldes at ulike aldersgrupper (kohorter, generasjoner) har blitt formet av ulike tider og levekår.

KRITISKE PERIODER

Hvis helseproblemene oppstår seint i livet, attribueres de gjerne til aldring. Aldringsprosessene pågår gjennom hele livet, og kan tolkes som en form for tiltakende helsesvekkelse, men ung alder er ikke ensbetydende med god helse,

og høy alder er ikke ensbetydende med sykdom. Det er betydelig helsevariasjon på alle alderstrinn, især i eldre år.

Livsløpsperspektivet identifiserer kritiske perioder og akkumulering av risiko som viktige mekanismer for å studere utvikling av helseproblemer (WHO, 2007). Helsesvikt er langt på vei et resultat av en akkumulering av uheldige omstendigheter som summerer seg opp til en større og større risiko (Dannefer, 2003; Elstad, 2005a; Sosial- og helsedirektoratet, 2005). På samme måte finnes det gunstige forløp, der de positive faktorene virker sammen og forsterker hverandre. I følge denne teorien øker de sosial ulikhetene med stigende alder (Ross & Wu, 1996).

Sosiale forhold i barndommen påvirker helse og helseatferd seinere i livet. Ugunstige eksponeringer henger ofte sammen i klynger, som stieffekter eller som latente effekter (Elstad, 2005b). Med *stieffekter* menes erfaringer fra barndommen som påvirker helse i voksen alder indirekte, for eksempel via utdanning eller yrke. *Latente effekter* handler om forhold som setter varige spor, og som individet har med seg resten av livet. Et eksempel er at omsorgssvikt i familien kan medføre risiko for et varig ustabil følelsesliv og redusert læringskapasitet.

HISTORISKE EPOKER

Aldersspennet for analysene vi presenterer i dette kapitlet går fra 18 til 79 år. De eldste vokste opp da Norge var blant de fattigere landene i Europa, de yngre har vokst opp i stigende velstand. Det er dermed store forskjeller i oppvekstvilkår blant de eldste og yngste i utvalget.

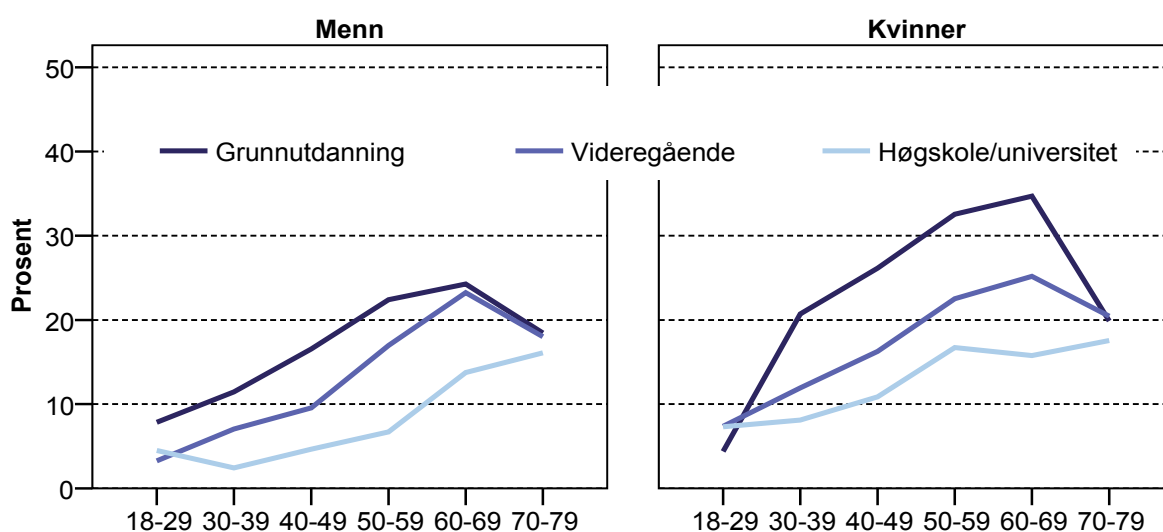
Aldersspennet omfatter også ulike historiske epoker, fra overgangen til industrisamfunnet til dagens postindustrielle samfunn. Særlig viktig er forskjeller i yrke og utdanning, især den høyere utdanningen blant yngre kohorter. Når vi sammenlikner aldersgruppene bør vi ta denne typen forskjeller i betraktning.

HELSE OG HELSEDOMENER

Helse ses her som et flerdimensjonalt fenomen. Vi skiller i dette kapitlet mellom tre dimensjoner: allmenntilstand, psykiske plager og funksjonsevne. Undersøkelsen bekrefter at det er sosiale ulikheter i helse langs alle domene, og

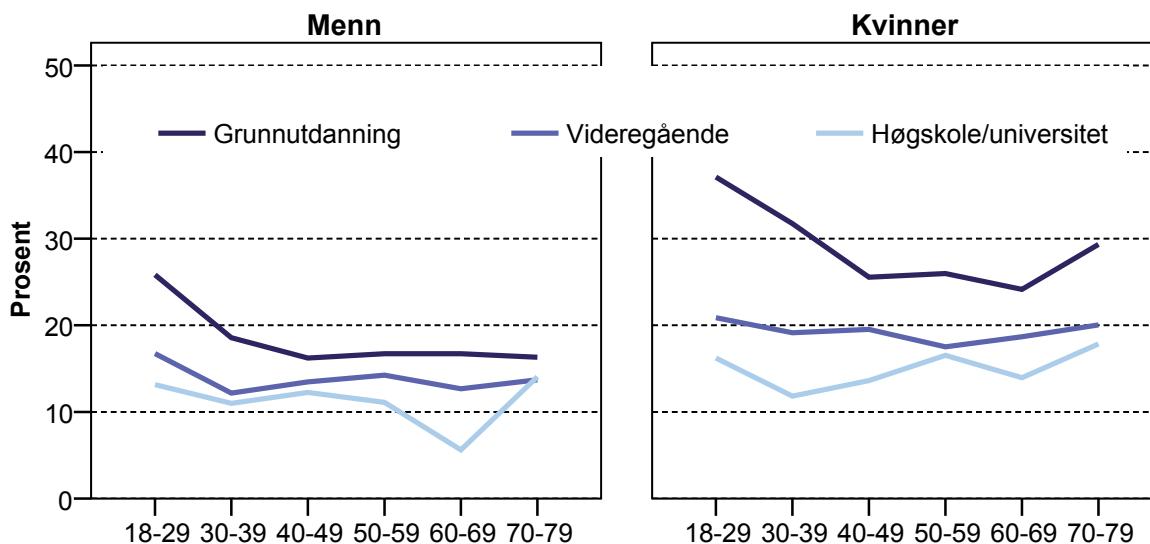
og at personer med lav utdanning har dårligere helse langs alle domener, men at graden av forskjeller varierer med domene, alder og kjønn.

Utdanningsforskjeller i *allmenntilstand* og *funksjonsevne* ser ut til å være størst midt i livet (også illustrert i figur 1), og peker dermed i retning av en virkning (akkumulering) av ugunstige hendelser og livssituasjoner. I aldersgruppen 50–59 år har 45 prosent av kvinnene med lav utdanning nedsatt fysisk funksjon, mens dette bare gjelder 20 prosent blant de som har utdanning på høyskole- eller universitetsnivå. Prevalensen (forekomsten) av det å ha «varige helsebegrensninger» flater ut i høy alder (figur 1).



Figur 1. Utdanningsforskjeller i andel med varige helsebegrensninger for menn og kvinner etter alder. Prosent.

Utdanningsforskjeller i *psykiske plager* er derimot størst i yngre aldersgrupper: 37 prosent av unge kvinner med lav utdanning sier at de har depressive symptomer mot bare 16 prosent av jevngamle med høy utdanning (figur 2). Et viktig spørsmål er om de store forskjellene i mental helse varer ved og så å si tas med videre i livet, eller om det dreier seg om et livsfasefenomen der forskjellene vil svekkes over tid.



Figur 2. Utdanningsforskjeller i depressive symptomer for menn og kvinner etter alder. Prosent.

Sosiale forskjellene i allmenntilstand og funksjonsevne er mindre blant de eldste, kanskje fordi alderen «krever sin rett» både blant høyt og lavt utdannete. Noe av forklaringen kan også ligge i selektivt frafall, slik at de gjenværende med lavere utdanning (og levekår) er en utvalgt gruppe helsemessig sett.

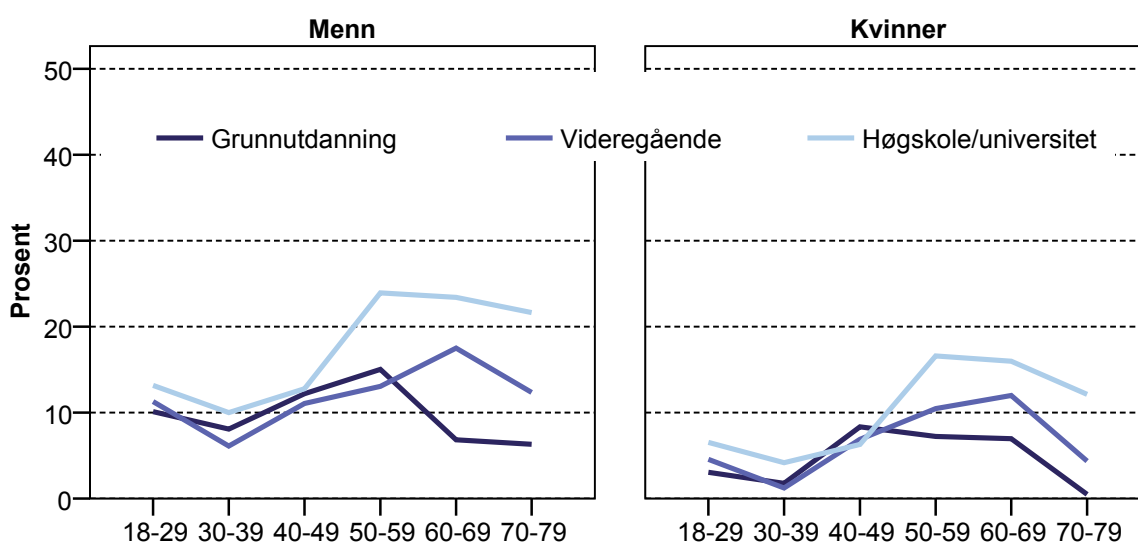
HELSEATFERD, ALDER OG LIVSFASE

Utdanningsforskjeller i helseatferd varierer med alder og helsedomene. Allerede i ung voksen alder er det betydelige utdanningsforskjeller i røyking, fedme og fysisk aktivitet. Forbruk av helsetjenester og medikamenter viser størst sosial ulikhet midt i livet. Utdanningsforskjellene i helseatferd er noe mindre i de eldste aldersgruppene på grunn av selektivt frafall eller på grunn av mindre risikosøkende atferd blant de eldste. Sosiale forskjeller i alkoholforbruk og tannlegebesøk blir imidlertid betydelig *større* i eldre år.

Variasjonen mellom aldersgruppene tyder på at forskjeller i livsstil kan slå ut i form av forskjeller i helseatferd i høyere alder. Et eksempel på dette er forbruket av alkohol (figur 3). Her tar vi utgangspunkt i et middels alkoholforbruk, som tilsvarer to halvlitere pils, en halv flaske vin eller tre drinker brennevin minst to ganger i uka.

Det er små forskjeller i alkoholkonsum mellom utdanningsgruppene i yngre år. Forskjellene er langt større blant middelaldrende og eldre, og da med

et høyere konsum blant de høyt utdannede. Det er rimelig å anta at det her dreier seg om endringer som følger med alder og livsfase. Blant høyt utdannede menn i aldersgruppen 50–59 år er alkoholkonsumet mer enn det dobbelte sammenlignet med den ti år yngre aldersgruppa, slik det her måles. For kvinner dreier det seg nesten om en tredobling! Det er nærliggende å spørre om vi her ser framveksten av en livsstil, der den daglige vin inngår som et viktig element blant 50- og 60-åringene. Etter som alkohol er en luksusvare i Norge, kan utdanningsforskjellene i konsum også gjenspeile ulikheter i kjøpekraft (Strand og Steiro 2003).



Figur 3. Utdanningsforskjeller i andel med middels alkoholforbruk. Menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Prosent. Kilde: LOGG/NorLAG 2008.

HVA SÅ?

Helsesvikt er relatert til røyking, lite trening og fedme. Sammenhengen mellom helseatferd og ulike typer av helsesvikt er imidlertid betydelig sterkere blant yngre (under 67 år) enn blant eldre. Årsakssammenhengen kan gå begge veier. Konsekvenser av ugunstig helseatferd akkumuleres over tid og blir ofte først tydelig seint i livet. Den sosiale gradienten i daglig røyking resulterer for eksempel i en sosial gradient i hjertekarsykdommer og lungekreft mange år seinere.

Hvordan sosiale forhold i barndommen påvirker helsa i voksen alder er sentralt i et livsløpsperspektiv, men er et felt det er forsket lite på i Norge. Resultatene fra analysene tyder på at ugunstige forhold i barndommen som dårlige levekår, foreldres skilsmisse og problemer på skolen, spiller en betydelig

og negativ rolle for helse og helseatferd i voksen alder, selv når vi kontrollerer for virkningen av (egen) utdanning. Blant yngre kohorter ser vi tendenser til økende sosiale ulikheter i helse, som tyder på at den sosiale arven kan komme til å spille en betydelig rolle for sosial ulikhet i helse også blant framtidens middelaldrende og eldre.

Funnene så langt understreker altså aldersvariasjoner i sammenhengen mellom utdanning og helse og mellom utdanning og helseatferd. Sosiale ulikheter i egenvurdert helse og fysisk funksjon er størst i midtlivet, mens sosiale forskjeller i psykisk helse ser ut til å være større blant yngre. Aldersvariasjonen tyder på at det er både livsfaseforskjeller, aldringsforskjeller og kohortforskjeller. Variasjoner i angst og røyking i voksen alder kan også tilskrives sosiale hendelser i barndommen, slik at noen plager varierer etter sosiale skillelinjer allerede tidlig i livet. En tredje runde av NorLAG vil kunne gjøre det mulig å belyse hvorvidt de sosiale ulikheter i helse og helseatferd primært skyldes aldring eller kohort.

REFERANSER

- Dannefer, D. (2003). Cumulative advantage/disadvantage and the life course: cross-fertilizing age and social science theory. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 58(6), S327–337.
- Elstad, J. I. (2005a). Childhood adversities and health variations among middle-aged men: a retrospective lifecourse study. *European Journal of Public Health*, 15(1), 51–58. doi: 10.1093/eurpub/cki114
- Elstad, J. I. (2005b). Sosioøkonomiske ulikheter i helse. Teorier og forklaringer. In S.-o. helsedirektoratet (Ed.). Oslo.
- Elstad, J. I. (2008). *Utdanning og helseulikheter. Problemstillinger og forskningsfunn* Oslo: Helsedirektoratet.
- Folkehelseinstituttet (2007). *Sosial ulikhet i helse. En faktarapport*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Ross, C. E., & Wu, C. L. (1996). Education, age, and the cumulative advantage in health. *J Health Soc Behav*, 37(1), 104–120.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Sosiale ulikheter i helse i Norge: en kunnskapsoversikt*. Sosial- og helsedirektoratet.
- Statistisk sentralbyrå. (2005). Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, from <http://www.ssb.no/helsetilstand/>

- Statistisk sentralbyrå. (2007). Befolkningsstatistikk 2007, from http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selecttable/hovedtabellHjem.asp&KortnavnWeb=dode
- Strand, B.H. & Steiro, A. (2003). Alkoholbruk, inntekt og utdanning i Norge 1993–2000. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 123, 20, 2849–2853.
- WHO (2002). *The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life*- Geneva: The World Health Organization.
- WHO. (2007). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper.: World Health Organization.
- Waalder, H. T., Hofoss, D., & Grøtvedt, L. (2003). The increase in life expectancy in Norway 1985–1998: Good years or bad? *Norsk Epidemiologi*, 13(1), 207–211.

DEL III

Familien i endring

KAPITTEL 7:

Skilte foreldre og voksne barn – ulike perspektiver, ulike vurderinger av relasjonskvalitet

Katharina Herlofson

KAPITTEL 8:

Besteforeldre og velferdsstaten

Katharina Herlofson og Gunhild O. Hagestad)

KAPITTEL 9:

I klemme mellom familie og jobb – hvor vanlig, hvor vanskelig?

Svein Olav Daatland, Marijke Veenstra og Ivar A. Lima

KAPITTEL 10:

Hans og hennes oppgaver – om alder og deling av husarbeid

Britt Slagsvold, Thomas Hansen, Ivar A. Lima og Ragnhild Steen Jensen

KAPITTEL 7

Skilte foreldre og voksne barn – ulike perspektiver, ulike vurderinger av relasjonskvalitet¹

Katharina Herlofson

Kvaliteten på foreldre–barn-forholdet vurderes som dårligere der det er skilsmisse i foreldregenerasjonen enn der foreldrene fortsatt er gift, men hvilket perspektiv vi baserer analysene på, kan bety mye for resultatene. Betydningen av skilsmisse framstår som mer negativ fra barnas enn fra foreldrenes side, og i foreldregenerasjonen vurderer mødrene kvaliteten på relasjonen til barna som bedre sammenlignet med fedre. I motsetning til tidligere forskning hvor mor–datter-relasjonen framstår som den mest robuste når foreldrene er skilt, kan våre resultater tyde på at mor–sønn-forholdet klarer seg bedre når det er voksne skilsmissebarns perspektiv som belyses.

Tidligere studier av relasjoner mellom foreldre og voksne barn har belyst viktigheten av respondenters generasjonsposisjon. Om vi ser relasjonen ovenfra fra foreldres perspektiv, eller nedenfra fra barns synsvinkel, har vist seg å ha betydning for hvilke resultater vi får (Aquilino 1999, Giarrusso, Feng og Bengtson 2005, Mandemakers og Dykstra 2008). Videre har forskning om parforhold illustrert at et sentralt spørsmål er hvorvidt det dreier seg om *hans* eller *hennes* perspektiv, det vil si om vi baserer våre analyser på data fra menn eller fra kvinner (bl.a. Bernard 1972, Coltrane 2000, Waller og McLanahan 2005). Målsettingen med dette kapitlet er å vise at både *generasjon* og *kjønn* bør tas i betraktning i studier av foreldre–barn-forhold. En tilnærming som tar hensyn til begge generasjoners kjønn, samt generasjonsposisjon (foreldres eller

¹ Kapitlet er en oversatt og omarbeidet versjon av Herlofson, K. (2013). How gender and generation matter: examples from research on divorced parents and adult children, *Families, Relationships and Societies*, 2(1): 43-60.

barns perspektiv), kan gi hele åtte ulike beskrivelser av relasjonen – de fire dyadene (mor–sønn, mor–datter, far–sønn og far–datter) sett fra både foreldres og barns perspektiv. Som eksempel brukes her de to generasjonenes vurderinger av kvaliteten på relasjonen i tilfeller der foreldre er sammen og der de er skilt. Tidligere forskning har vist at forholdet mellom foreldre og voksne barn er dårligere dersom foreldre er skilt enn om de er gift med hverandre (bl.a. Dykstra 1997, Daatland 2007a, Kalmijn 2012). Spørsmålet som stilles i dette kapitlet er hvorvidt respondentenes kjønn og generasjonsposisjon spiller en rolle. Det vil si: Får vi et annet bilde av hvilken betydning skilsmisse har for foreldre–barn-forholdet om vi spør barna enn om vi spør foreldre? Bli funnene annerledes om vi baserer analysene på kvinners synsvinkel (døtre, mødre) enn om vi benytter svar fra menn (sønner, fedre)? Og har det betydning for resultatene hvilken foreldre–barn-dyade det dreier seg om?

KJØNN OG FAMILIERELASJONER

For omtrent førti år siden begynte familiesosiologer å argumentere for viktigheten av å ta hensyn til både *hans* og *hennes* perspektiv i studier av parforhold og foreldreskap (Benson 1968, Bernard 1972, Lamb 1976, Safilios-Rothschild 1969). Tidligere hadde forskning om parforhold i stor grad blitt basert på kvinners perspektiv (Safilios-Rothschild 1969), mens studier av foreldreskap først og fremst hadde dreid seg om mødre (Rossi 1985). Utover på 1970-tallet ble det stadig vanligere å inkludere menn i studier av ekteskap (Spanier og Lewis 1980), og i løpet av 1980- og 90-tallet økte litteraturen om fedre og farskap kraftig i omfang (Marsiglio mfl. 2000).

Diskusjoner om *hans* og *hennes* har altså stått sentralt i forskning om parforhold og foreldreskap i flere tiår. I litteraturen som omhandler generasjonsbånd er situasjonen en annen. Her bygger store deler av forskningen fortsatt på antakelser om at det er kvinners familieroller og –relasjoner som er av særlig betydning, ikke menns. Kvinner har blitt fremstilt som slektsveversker (Rosenthal 1985), limet som holder familien sammen (Rossi 1995) og krumtappen i familieomsorgen (Brody 1990). Dette gjelder ikke bare i tidligere, men også i nyere forskning (bl.a. Swartz 2009). Til tross for at det på midten av 1990-tallet ble påpekt av menn i stor grad er usynlige i denne litteraturen (Bengtson, Rosenthal og Burton 1995), er det fortsatt ikke uvanlig

å basere analyser bare på kvinnelige informanter (f.eks. Bojczyk mfl. 2011, Fingerman 2003), noe som vel hadde være utenkelig i studier av parforhold.

GENERASJON OG FAMILIERELASJONER

Generasjonsforskningen har hatt et langt større fokus på forskjeller mellom perspektiver *ovenfra* (foreldres syn) og *nedenfra* (voksne barns syn) enn mellom hans og hennes synsvinkel. En rekke studier har vist at foreldre har en tendens til å beskrive foreldre–barn-relasjonen som mer positiv enn det barn gjør (bl.a. Giarrusso, Feng og Bengtson 2005, Mandemakers og Dykstra 2008, Rossi og Rossi 1990). Et sentralt bidrag i denne litteraturen er hypotesen om «developmental stake» som senere har blitt omformulert til «intergenerational stake» (Bengtson og Kuypers 1971, Giarrusso, Feng og Bengtson 2005). På norsk har den blitt kalt «investeringshypotesen» (Daatland 2007b) fordi den går ut på at foreldre har investert mer i relasjonen til barna, både emosjonelt og instrumentelt, enn omvendt. Forholdet betyr derfor mer for foreldrene, og det er dermed viktigere for dem at båndet til barna er tett og sterkt enn hva det er for barna. Mer står altså på spill for foreldregenerasjonen, derav begrepet «intergenerational stake». I tillegg er det viktigere for foreldre å opprettholde generasjonskontinuitet og stabilitet, noe som også er med på å bidra til mer positive vurderinger av relasjonen ovenfra enn nedenfra.

KOMBINASJONER AV KJØNN OG GENERASJON

En svakhet ved tidligere studier av foreldre–barn dyader er at store deler av denne forskningen har blitt konsentrert om mor–datter-relasjonen. Dette gjelder ikke bare for litteraturen som omhandler foreldre og voksne barn. Russel og Saebel (1997) fant samme trend for studier av foreldre og mindre-årige barn. Store deler av litteraturen dreier seg altså om mødre og døtre, langt mindre er tilegnet mor–sønn og far–datter-relasjonene, og aller minst omhandler fedre og sønner. En årsak kan være en generell oppfatning av at relasjonen mellom mødre og døtre er den sterkeste av de fire, men som Rossi og Rossi (1990) har kommentert – hvordan kan vi vite at denne dyaden er spesiell, hvis vi ikke viser hvordan den skiller seg fra de andre tre?

Det er få forskere som har spesifisert kjønn i begge generasjoner og skilt mellom de ulike foreldre–barn-dyadene (eksempler på unntak er Brandt 2013, Giarrusso, Feng og Bengtson 2005, Rossi og Rossi 1990). Enda sjeldnere har

det blitt tatt hensyn til begge generasjoners kjønn, samt perspektiver både ovenfra og nedenfra (men Szydlík 1996 er et unntak). Russel og Saebel (1997) har hevdet at det ikke bør ha noe å si for resultatene om analyser er basert på foreldres eller barns perspektiv. Det de mener er altså at eventuelle forskjeller mellom de fire dyadene ikke avhenger av respondentenes generasjonsposisjon. Dette er imidlertid en mulighet som bør undersøkes nærmere, noe som gjøres her ved at vurderinger av relasjonskvalitet i alle de fire dyadene analyseres ved hjelp av data fra både fedre og mødre, døtre og sønner.

TIDLIGERE STUDIER AV SKILTE FORELDRE OG VOKSNE BARN

Et litteratursøk på publikasjoner om forholdet mellom skilte foreldre og voksne barn resulterte i en liste på over tretti europeiske og nord-amerikanske studier fra de siste to tiårene. 21 av disse 33 handlet om overføringer av hjelp og støtte mellom generasjonene, 18 tok opp kontaktmønstre, mens ti dreide seg om relasjonskvalitet. Nesten halvparten belyste mer enn én dimensjon ved foreldre–barn-forholdet (f.eks. både kontakt og relasjonskvalitet). 20 av studiene var basert på foreldres synsvinkel, mens 12 tok barns perspektiv. Én inkluderte begge perspektivene (men bare mødre i foreldregenerasjonen).

I de fleste publikasjonene (30 av 33) ble det tatt hensyn til foreldres kjønn i analysene. Det vanligste var at det ble kjørt separate analyser for mødre og fedre eller at analysene inkluderte et interaksjonsledd (foreldres kjønn og ekteskapelig status). I fem tilfeller var foreldres kjønn bare en kontrollvariabel i analysene. Situasjonen når det gjelder barns kjønn var annerledes – bare halvparten av studiene tok hensyn til barnas kjønn, og da som oftest bare som kontrollvariabel. I bare fire av publikasjonene ble det gjort separate analyser av sønner og døtre eller inkludert et interaksjonsledd (barns kjønn og foreldres ekteskapelige status). I 14 tilfeller ble det tatt hensyn til begge generasjonenes kjønn, men som regel dreide det seg da om kontrollvariabler for en eller begge generasjonene. Kun fire studier spesifiserte både foreldres og barns kjønn på en måte som muliggjorde analyser av de ulike foreldre–barn-dyadene (Aquilino 1994, Booth og Amato 1994, Cooney 1994, Kaufman og Uhlenberg 1998). Orbuch og kolleger (2000) var de eneste som hadde data fra begge generasjonene, men analysene inkluderte bare mødre, og barns kjønn var kun inkludert som kontrollvariabel.

Hva var så konklusjonene i disse publikasjonene? Nesten samtlige viste at det var mindre kontakt, færre overføringer av hjelp og støtte og lavere relasjonskvalitet når foreldre var skilt sammenlignet med når de fortsatt var sammen. Dette gjaldt både for studier basert på foreldres perspektiv og de som tok barns synsvinkel. Flere rapporterte om store kjønnsforskjeller for foreldregenerasjonen – den negative sammenhengen mellom foreldres skilsmisse og de ulike dimensjonene ved foreldre–barn-forholdet viste seg å være sterkere for fedre enn for mødre. Noen klare kjønnsforskjeller for barn ble derimot ikke dokumentert. En årsak kan være at langt flere av studiene var basert på data fra foreldre enn på data fra barn, og at det i de foreldrebaserte studiene var vanlig å ta hensyn til foreldres kjønn, men ikke barns. Resultatet er altså at vi vet langt mer om betydningen av kjønn for foreldregenerasjonen enn for barn på dette forskningsfeltet.

De fire studiene som muliggjorde analyser av alle fire foreldre–barn-dyadene viste at den negative betydningen av skilsmisse var størst for far–datter-relasjonen og minst for forholdet mellom mødre og døtre. Disse studiene ble alle gjennomført på 1990-tallet i USA og var i hovedsak basert på data fra voksne barn som var forholdsvis unge. Analysene som presenteres i dette kapitlet er basert på data fra den norske undersøkelsen LOGG (Livsløp, kjønn og generasjon). Datainnsamlingen inkluderer omkring 15 000 respondenter og muliggjør dermed mer detaljerte analyser av de fire foreldre–barn-dyadene både sett ovenfra (med data fra foreldre) og nedenfra (data fra voksne barn) enn hva som har vært tilfellet for tidligere studier.

UTVALG, MÅL OG ANALYSER

Datainnsamlingen til LOGG omfatter to store studier: den andre runden av Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (NorLAG) og den norske versjonen av den internasjonale undersøkelsen Generations and Gender Survey – GGS (Slagsvold mfl. 2012). LOGG inkluderer til sammen 15 156 personer i alderen 18 til 85 år. Analysene som presenteres her er basert på registerdata og data fra telefonintervju (60% svarprosent). Respondentene ble bedt om å vurdere kvaliteten på forholdet til henholdsvis mor/far og eldste barn (18 år og eldre). Det dreier seg altså ikke om foreldre og barn fra samme familie. Siden foreldre bare ble spurt om forholdet til eldste barn, valgte jeg å

bare inkludere data fra voksne barn som var eldst i søskenflokket eller var enebarn. At maksimumsalderen i utvalget er 85 år, betyr at jeg ikke har data for foreldrerrespondenter som er 86 år og eldre, og derfor valgte jeg å ekskludere respondenter med foreldre over 85 år. Til sammen 8 323 respondenter rapporterte om forholdet til henholdsvis 3 115 mødre, 2 958 fedre og 5 672 voksne barn. Det endelige utvalget besto dermed av 11 486 foreldre–barn-relasjoner som ble koblet sammen i ett og samme datasett (259 tilfeller ble fjernet pga. manglende data om relasjonskvalitet). Av disse var data i 5 451 av tilfellene basert på foreldres perspektiv, mens de resterende 6 035 var basert på barns synsvinkel. I 5 949 av relasjonene var respondenten en kvinne (mor eller datter), mens i 5 537 dreide det seg om data fra menn (far eller sønn). Foreldre var skilt i 3 094 av de 11 486 foreldre–barn-relasjonene, og fortsatt sammen i resten (8 392).

Gjennomsnittsalderne var 35 år for døtre, 34,8 for sønner, 59,2 for mødre og 61,7 for fedre. Skilte foreldre var i gjennomsnitt omtrent to år yngre enn gifte foreldre, mens skilsmissebarn var i underkant av ett år yngre enn barn med gifte foreldre.

Relasjonskvalitet ble målt ved hjelp av et spørsmål om kvaliteten på forholdet alt i alt. Voksne barn ble spurt: «*På en skala fra 0 til 10, hvor 0 betyr «ikke fornøyd i det hele tatt» og 10 betyr «svært fornøyd», hvor fornøyd er du alt i alt med forholdet til din mor/din far?»* Foreldre ble stilt samme spørsmål om forholdet til eldste barn.

Analysene inkluderte følgende variabler: foreldres ekteskapelige status (dvs. hvorvidt foreldre er gift med eller skilt fra hverandre), respondentens generasjonsposisjon (foreldre, barn) og kjønn, samt interaksjonsledd for foreldres ekteskapelige status og henholdsvis kjønn og generasjonsposisjon. Foreldres og barns alder ble inkludert i de første analysene, men siden aldersvariablene ikke hadde noen betydning for resultatene, valgte jeg å fjerne dem i de endelige analysene. I analysene (lineære regresjonsanalyser) tok jeg først for meg betydningen av kjønn, deretter betydningen av generasjonsposisjon, og til sist kombinerte jeg de to. Jeg benyttet også probit-modeller fordi relasjonskvalitet, slik det er målt her, kan ses på som en kategorisk variabel (med svarkategorier fra 0 til 10). Resultatene skilte seg imidlertid ikke vesentlig fra de lineære regresjonsanalysene. Siden en og samme respondent

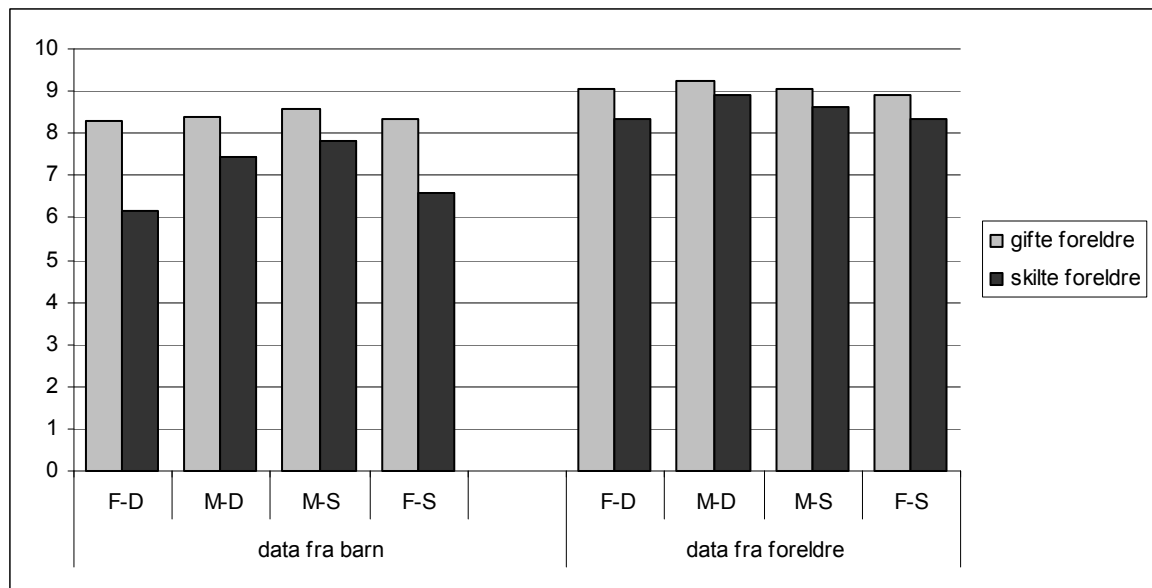
kunne rapportere om inntil tre personer (mor, far, barn) og det gjerne er korrelasjon mellom kvalitet på forholdet til ulike medlemmer av samme familie, måtte standardfeilene korrigeres. Dette ble gjort ved hjelp av «cluster»-muligheten i Stata (for nærmere beskrivelser, se originalpublikasjonen).

OPPSUMMERING AV RESULTATER

Den første analysen dreide seg om betydningen av respondentens kjønn. Den viste at respondentens kjønn slo motsatt ut, avhengig av om det var foreldre eller barn som ble spurt. I motsetning til tidligere forskning, som har understreket kvinners tette og nære familieband uansett hvilken generasjon de tilhører, fant jeg at døtre vurderte relasjonen til foreldre som dårligere enn hva sønner gjorde uansett om foreldre var gift eller skilt. Resultatene fra analysene basert på foreldreutvalget var derimot i tråd med tidligere studier – kvaliteten på forholdet til barna ble vurdert som bedre av mødre enn av fedre. Disse kjønnsforskjellene i foreldregenerasjonen viste seg å være vesentlig (og signifikant) større når foreldre var skilt sammenlignet med når de fortsatt var sammen.

I den andre analysen var det betydningen av generasjonsposisjon som ble belyst. Den viste at det hadde stor betydning for resultatene om det var data fra foreldre eller fra barn som ble benyttet. Uansett om foreldre var skilt eller fortsatt sammen, vurderte voksne barn kvaliteten på forholdet som dårligere enn hva foreldre gjorde (i tråd med «investeringshypotesen»). Denne forskjellen mellom foreldres og barns vurderinger framsto som vesentlig større når foreldre var skilt enn når de fortsatt var sammen. Analysene viste i tillegg at kontrasten i perspektiv var mer markert for kvinner enn for menn. Betydningen av respondentenes generasjonsposisjon var altså større for relasjonen mellom mødre og døtre enn for far–sønn-forholdet.

I den siste analysen kombinerte jeg kjønn og generasjon for å belyse hvorvidt det hadde betydning for resultatene hvilken foreldre–barn dyade det dreide seg om. Funnene oppsummeres i figur 1.



Kilde: NorLAG/LOGG (2007–2008)

Figur 1. Gjennomsnittsskårer for vurdering av relasjonskvalitet etter foreldre–barn-dyade og foreldres ekteskapelige status (gift/skilt). Data fra barn og foreldre.

Figuren viser at uansett hvilken foreldre–barn-dyade det dreier seg om, og uansett om det var data fra foreldre eller fra barn som ble benyttet, så ble kvaliteten på relasjonen vurdert som dårligere når foreldre var skilt enn når de fortsatt var sammen. Forskjellene i gjennomsnittsskårene var imidlertid større dersom analysene var basert på barns perspektiv (sammenligning av skilsmissebarn vs. barn med gifte foreldre) enn når det dreide seg om data fra foreldre (skilte vs. gifte foreldre). Kontrastene viste seg å være større for far–barn-relasjoner enn for forhold mellom mødre og barn. Dette gjaldt især når data fra barn ble benyttet. Mens for eksempel døtre med gifte foreldre hadde en gjennomsnittsskåre på 8,2 for vurdering av kvaliteten på forholdet til far, var den 6,1 for skilsmisedøtre. Videre framsto ulikheter i perspektiv (foreldres vs. barns) som mer slående for noen av dyadene enn for andre. Relasjonen mellom døtre og skilte fedre viste seg å være den med størst kontrast – mens gjennomsnittsskåren til skilsmisedøtre var på 6,1 for vurdering av kvaliteten på forholdet til fedre, hadde skilte fedre en gjennomsnittsskåre på 8,3 for vurdering av relasjonen til døtre (en forskjell på 2,2). Mor–sønn-dyaden framsto som dyaden med minst forskjell i perspektiv – skilsmissesønners gjennomsnittsskåre var på 7,8, mens den for skilte mødre var på 8,6 (0,8 i forskjell).

I tillegg kan det utfra figuren se ut til at dyadeforskjellene var større når analysene ble basert på barns perspektiv enn når foreldrebaserte data ble brukt. Dette ble også bekreftet av analysene. Det viste seg for eksempel å være en signifikant forskjell i relasjonskvalitet mellom far–datter og far–sønn dyadene når analysene ble basert på data fra skilsmissebarna, men ikke når data fra skilte foreldre ble brukt. Data fra både foreldre og barn viste en signifikant forskjell mellom mor–sønn og far–sønn dyaden, men kontrasten mellom de to var vesentlig større når analysene ble basert på barnas perspektiv.

KONKLUSJON

Hvilket perspektiv vi baserer våre analyser på, kan bety mye for det bildet vi får av forholdet mellom foreldre og voksne barn. Resultatene som er presentert her viser at uansett respondenters kjønn og generasjonsposisjon, og uansett hvilken foreldre–barn-dyade det dreier seg om, så vurderes kvaliteten på foreldre–barn-forholdet som dårligere i de tilfeller der det er skilsmisse i foreldregenerasjonen enn der foreldre fortsatt er gift. Analysene basert på henholdsvis foreldres og barns perspektiv gir imidlertid ulike bilder av foreldre–barn-relasjonen ved at betydningen av skilsmisse framstår som mer negativ fra barns enn foreldres side. Hvorvidt dreier seg om kvinners eller menns perspektiv, har mindre å si, men betydningen av kjønn viser seg å være avhengig av respondentenes generasjonsposisjon. I foreldregenerasjonen vurderte mødre kvaliteten på relasjonen til barna som bedre sammenlignet med fedre, mens det i den yngre generasjonen var sønnene som var mest positive. Mens mødre vurderte kvaliteten på forholdet til døtre som bedre enn forholdet til sønner, så døtre på relasjonskvaliteten som dårligere enn hva sønner gjorde. I motsetning til tidligere forskning hvor mor–datter-relasjonen framstår som den mest robuste når foreldre er skilt, så kan mine resultater tyde på at mor–sønn-forholdet klarer seg bedre enn relasjonen mellom mor og datter når det er voksne skilsmissebarns perspektiv som belyses.

Målsettingen med dette arbeidet har vært å belyse hvor viktig det er å ta hensyn til kjønn og generasjon i forskning om generasjonsbånd. Funnene har også relevans for diskusjoner om familieomsorg. En rekke av studiene som ble gjennomgått har tatt opp den negative effekten av foreldres skilsmisse for overføringer av hjelp og støtte mellom generasjonene, og da særlig for fedre.

Dårlig kvalitet på foreldre–barn-forholdet kan tenkes å være av vesentlig betydning for fremtidig hjelp til foreldre. Dette er noe vi vil kunne få svar på dersom respondentene følges videre fremover.

REFERANSER

- Aquilino, W.S. (1994) Later life divorce and widowhood: impact on young adults' assessment of parent-child relations, *Journal of Marriage and the Family*, 56(4): 908–922.
- Aquilino, W.S. (1999) Two views of one relationship: comparing parents' and young adult children's reports of the quality of intergenerational relations, *Journal of Marriage and the Family*, 61(4): 858–870.
- Bengtson, V.L. & Kuypers, J.A. (1971). Generational differences and the «developmental stake», *Aging and Human Development*, 2(4): 249–260.
- Bengtson, V.L., Rosenthal, C. & Burton, L. (1995) Paradoxes of families and aging, i R.H. Binstock & L.K. George (red.) *Handbook of aging and the social sciences*, 4th Edition, San Diego: Academic Press, 253–282.
- Benson, L. (1968) *Fatherhood. A sociological perspective*, New York: Random House.
- Bernard, J. (1972) *The future of marriage*, New Haven: Yale University Press.
- Bojczyk, K.E., Lehan, L.M., Melson, G.F. & Kaufman, D.R. (2011) Mothers' and their adult daughters' perceptions of their relationship, *Journal of Family Issues*, 32(4):452–481.
- Booth, A. & Amato, P.R. (1994) Parental marital quality, parental divorce and relations with parents, *Journal of Marriage and the Family*, 56(1): 21–34.
- Brandt, M. (2013). Intergenerational help and public assistance in Europe, *European Societies*, 15(1): 26–56.
- Brody, E.M. (1990) *Women in the middle. Their parent-care years*, New York: Springer.
- Coltrane, S. (2000). Research on household labor: modeling and measuring the social embeddedness of routine family work. *Journal of Marriage and the Family*, 62(4): 1208–1233.
- Cooney, T.M. (1994) Young adults' relations with parents: the influence of recent parental divorce, *Journal of Marriage and the Family*, 56(1): 45–56.
- Dykstra, P.A. (1997) The effects of divorce on intergenerational exchanges in families. *The Netherlands' Journal of Social Sciences*, 33(2): 77–93.

- Daatland, S.O. (2007a) Marital history and intergenerational solidarity: the impact of divorce and unmarried cohabitation. *Journal of Social Issues*, 63(4): 809–825.
- Daatland, S.O. (2007b) Generasjoner på spill. *Aldring og Livsløp*, 3/2007: 12–17.
- Fingerman, K.L. (2003) *Mothers and their adult daughters. Mixed emotions, enduring bonds*, Amherst, NY: Prometheus Books.
- Giarrusso, R., Feng, D. & Bengtson, V.L. (2005) The intergenerational stake phenomenon over 20 years, i M. Silverstein (red.) *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, Vol. 24. *Focus on Intergenerational relations across time and place*, New York: Springer, 55–76.
- Kalmijn, M. (2012) Long-term effects of divorce on parent-child relationships: within comparisons of fathers and mothers. *European Sociological Review*, Advance Access, doi: 10.1093/esr/jcs066.
- 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(4): 924–938.
- Lamb, M. (1976) (red.) *The role of the father in child development*, New York: John Wiley.
- Mandemakers, J.J. & Dykstra, P.A. (2008) Discrepancies in parent's and adult child's reports of support and contact, *Journal of Marriage and Family*, 70(2): 495–506.
- Marsiglio, W., Amato, P., Day, R.D. & Lamb, M.E. (2000). Scholarship on fatherhood in the 1990s and beyond. *Journal of Marriage and the Family*, 62(4): 1173–1191.
- Orbuch, T.L., Thornton, A. & Cancio, J. (2000) The impact of marital quality, divorce, and remarriage on the relationship between parents and their children, *Marriage & Family Review*, 29(4): 221–246.
- Rosenthal, C.J. (1985) Kinkeeping in the familial division of labour, *Journal of Marriage and the Family*, 47(4): 965–974.
- Rossi, A.S. (1985) Gender and parenthood, in A.S. Rossi (red.) *Gender and the life course*, New York: Aldine, 161–191.
- Rossi, A.S. (1995) Commentary: wanted: alternative theory and analysis modes, i V.L. Bengtson, K.W. Schaie, & L.K. Burton (red.) *Adult intergenerational relations. Effects of societal change*, New York: Springer, 264–276.
- Rossi, A.S. & Rossi, P.H. (1990) *Of human bonding. Parent-child relations across the life course*, New York: Aldine de Gruyter.

- Russel, A. og Saebel, J. (1997) Mother-son, mother-daughter, father-son, father-daughter: are they distinct relationships?, *Developmental Review*, 17(2): 111–147.
- Safilios-Rothschild, C. (1969) Family sociology or wives' family sociology? A cross-cultural examination of decision-making, *Journal of Marriage and the Family*, 31(2): 290–301.
- Slagsvold, B., Veenstra, M., Daatland, S.O., Hagestad, G.O., Hansen, T., Herlofson, K., Koløen, K. & Solem, P.E. (2012). Life-course, ageing and generations in Norway: The NorLAG study, *Norsk Epidemiologi*, 22(2): 95–102.
- Spanier, G.B. & Lewis, R.A. (1980). Marital quality: a review of the seventies. *Journal of Marriage and the Family*, 42(4): 825–839.
- Swartz, T.T. (2009) Intergenerational family relations in adulthood: patterns, variations, and implications in the contemporary United States, *Annual Review of Sociology*, 35:191–212.
- Szydlik, M. (1996) Parent-child relations in East and West Germany shortly after the fall of the wall, *International Journal of Sociology and Social Policy*, 16 (12): 63–88.
- Waller, M.R. & McLanahan, S.S. (2005). «His» and «her» marriage expectations: Determinants and consequences. *Journal of Marriage and Family*, 67(1):53–67.

KAPITTEL 8

Besteforeldre og velferdsstaten¹

Katharina Herlofson og Gunhild O. Hagestad

I USA og Afrika tar besteforeldre ikke sjelden over foreldreansvaret for en foreldregenerasjon som er fraværende på grunn av rus, sykdom, fattigdom og for Afrikas del HIV/AIDS. I Europa beskrives besteforeldre sjelden som barnas redningsmenn. Her består ofte besteforeldrerollen i å stille opp for barn og barnebarn ved behov. Skandinaviske besteforeldre er aktive, men sjelden som fulltids barnepassere. Kjernen i besteforeldrerollen er her å være tilgjengelig når småbarnsfamilien har behov for ekstra hjelp og støtte. Besteforeldrene utgjør da et slags «heimevern».

Dagens demografiske bilde innebærer at besteforeldre har andre muligheter for å engasjere seg i relasjoner til barnebarn enn hva som har vært tilfellet tidligere i historien. De tilbringer i gjennomsnitt flere år med barnebarn, de har gjerne bedre helse når barnebarna er små, og de har også færre barn og barnebarn å fordele sin tid og sine ressurser på.

HISTORISKE ENDRINGER

Den amerikanske familiedemografen Peter Uhlenberg har analysert historiske endringer og vist at andelen amerikanske tiåringer med alle fire besteforeldre i live ble nesten sjudoblet i løpet av 1900-tallet. Mens det bare var seks prosent av amerikanske barn som kunne feire tiårsdagen med alle fire besteforeldre i live i 1900, gjaldt det samme 41 prosent hundre år senere (Uhlenberg 2005). Data fra den norske besteforeldrestudien fra 2005 er slående like – 40 prosent av barn i alderen 10 til 12 år hadde både mormor, morfar, farmor og farfar

¹ Dette kapitlet er en forkortet og omarbeidet versjon av Herlofson, K. og Hagestad, G.O. (2012). Transformations in the role of grandparents across welfare states, publisert i Sara Arber og Virpi Timonen (red.) *Contemporary grandparenting: Changing family relationships in global contexts* (2012), s. 27-49. Bristol: Policy Press.

(Hagestad 2006). Selv blant de som runder tretti er det i dag ganske vanlig å ha minst en av besteforeldrene i live. NorLAG/LOGG-data (Slagsvold m.fl. 2012) viser at i Norge har litt over halvparten av 30–34-åringene fortsatt besteforeldre, mens blant 40–44-åringene er 15 prosent fremdeles barnebarn (Herlofson 2013).

Før i tiden var gjerne familiestrukturer *bunntunge* med mange barnebarn og få besteforeldre. I dag er det langt vanligere at de er *topptunge*, det vil si at det er flere besteforeldre enn barnebarn. I stedet for at det er barnebarna som konkurrerer om besteforeldres oppmerksomhet, kan det derfor snarere være slik at det nå er besteforeldrene som må konkurrere om barnebarnas oppmerksomhet.

Uhlenberg (2005) har påpekt at ikke bare antall barnebarn har blitt redusert, men også antall barnebarnsett. Barna til ett av ens barn utgjør ett sett, så antall sett avhenger altså av hvor mange av ens barn som selv har barn. Ifølge Uhlenberg har det blitt langt vanligere å bare ha ett eller to barnebarnsett. Hans beregninger viser at omkring halvparten av amerikanske kvinner i alderen 60–64 år har ett eller to sett med barnebarn. Det samme viser seg også å gjelde for norske kvinner i samme aldersgruppe.

Mens det før i tiden ikke var uvanlig å få barnebarn samtidig som de yngste barna fremdeles var små, er det i dag et mye klarere skille mellom småbarnsforeldrefasen og besteforeldreskap, især for kvinner. Dette betyr at det er vanlig å være i «empty nest»-fasen når barnebarna kommer. Aldersmessig er de fleste i femti- eller begynnelsen av sekstiårene. Forskere i Statistisk sentralbyrå har analysert registerdata for kohortene født under krigen (1940–44) og funnet at tre fjerdedeler av kvinnene hadde blitt bestemødre da de rundet 60. Siden menn blir fedre senere enn kvinner, får de også barnebarn senere. Men da de hadde blitt 65, hadde også tre fjerdedeler av dem blitt bestefedre (Noack, Dommermuth og Lyngstad 2011). For småbarnsfamilier flest, innebærer dette at de har tilgang til vitale, aktive og ressurssterke besteforeldre som er i «den tredje alder» og som har et begrenset antall barnebarn og barnebarnsett.

BESTEFØRELDRES ROLLE

Tidligere forskning om besteforeldreskap i vestlige samfunn hadde i lang tid et mikroperspektiv med vekt på variasjoner i besteforeldres rolle på tvers av ulike familiekontekster. Det vanlige var å ta utgangspunkt i at det ikke fantes noen felles definisjon av besteforeldrerollen fordi det ikke så ut til å være noen bred enighet blant folk om sentrale forventninger knyttet til besteforeldres status (bl.a. Bengtson 1985, Hagestad 1985). Det dreide seg mer om en «rolleløs» rolle (Burgess 1960). Konklusjonen var at besteforeldre dermed måtte utvikle og forhandle frem sine egne måter å være besteforeldre på, og disse var gjerne avhengig av personlige preferanser og omstendigheter (Bengtson 1985).

I nyere nordamerikansk forskning har besteforeldre på den ene siden blitt beskrevet som overflødige i velfungerende familier (Elder og Conger 2000), og på den andre siden har de blitt fremstilt som såkalte «surrogatforeldre» for barnebarn når foreldrene ikke strekker til på grunn av stoffmisbruk, alkoholproblemer, sykdom, kriminalitet o.l. (bl.a. Minkler og Roe 1996). Slike fremstillinger er sjeldne i den europeiske forskningslitteraturen. Her er kjerne-temaet besteforeldres innsats som uformelle passere av barnebarn på jevnlig eller mer sporadisk basis (f.eks. Hank og Buber 2009, Leira mfl 2005, Tobío 2007). I Norge er det en vanlig oppfatning at dagens besteforeldre er mer opptatte av å dyrke det gode liv enn å tilbringe tid med barnebarn. Det forskningen viser derimot, er at besteforeldre er svært engasjerte i barns og barnebarns liv, og at de er sentrale støttespillere i hverdagen til småbarnsfamilier (Hagestad 2006).

I dette kapitlet setter vi norske besteforeldre inn i et internasjonalt perspektiv. Med besteforeldrerolle menes her både forventninger til hva besteforeldre bør gjøre (normer) og hva de faktisk gjør (hjelp med pass av barnebarn). Vi spør: Er forventningene til besteforeldre de samme i Norge som i andre europeiske land? Stiller besteforeldre opp i like stor grad i det øvrige Europa? Et sentralt spørsmål er om det ser ut til å være noen sammenheng mellom sosialpolitisk kontekst og utforming av besteforeldrerollen. Norge har en sosialpolitikk hvor omsorg for barn defineres som både familiens og det offentliges ansvar. I andre land ligger ansvaret først og fremst på familien. I hvilken grad har dette betydning for utøvelse av besteforeldrerollen?

DATA OM BESTEFØRELDRE

Analysene vi presenterer i dette kapitlet er basert på data fra to norske undersøkelser: første runde av NorLAG (den norske studien om livsløp, aldring og generasjon, 2002–2003) og Besteforeldrestudien, samt den europeiske studien SHARE. NorLAG inkluderte 5 559 personer i alderen 40 til 79 år. Av disse var 1 173 av mennene (43%) og 1 488 av kvinnene (52%) besteforeldre. Datainnsamlingen omfattet telefonintervju, postalt spørreskjema og registerdata. Spørsmålene om forventninger til besteforeldre og pass av barnebarn var i postskjemaet, som ble besvart av 75 prosent av besteforeldrene. Besteforeldrestudien inkluderte en postal spørreundersøkelse blant foreldre til barn i alderen 10 til 12 år (N=959). Av disse hadde 92 prosent minst en av foreldrene i live.

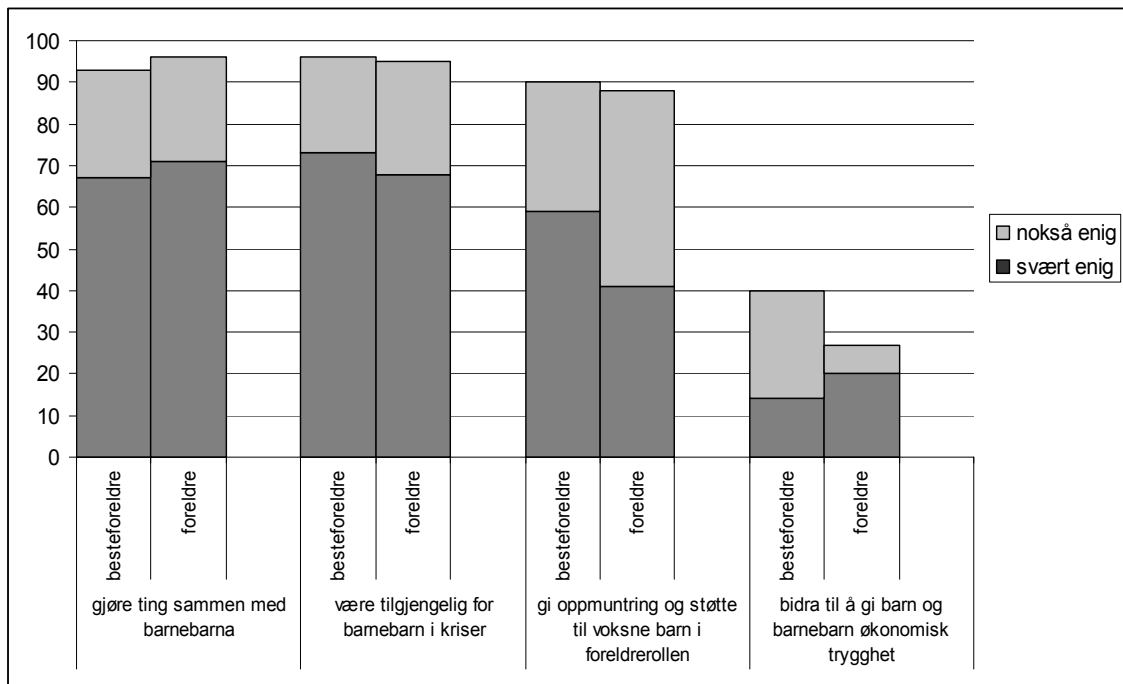
For å sammenligne norske svar med resultater fra lignende studier i andre land, benyttet vi oss av datasettet til den longitudinelle studien SHARE – The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (Börsch-Supan og Jürges 2005). Elleve land var med i den første runde til SHARE: Sverige, Danmark, Nederland, Belgia, Tyskland, Sveits, Østerrike, Frankrike, Spania, Italia og Hellas. Rundt 30 000 personer (50+) deltok og av disse var nærmere halvparten besteforeldre. Datainnsamlingen besto av besøksintervju og postalt spørreskjema. Som i NorLAG var spørsmålene om forventninger til besteforeldrerollen inkludert i det postale skjemaet, mens spørsmål i SHARE om pass av barnebarn var del av besøksintervjuet. Siden SHARE omfatter respondenter i alderen 50 år og eldre, mens NorLAGs utvalg inkluderer 40- til 79-åringer, har vi i de komparative analysene valgt å se på besteforeldre som er 50-79 år.

I både NorLAG, Besteforeldrestudien og SHARE ble respondentene spurt om hvor enige eller uenige de var i hva besteforeldre *bør* gjøre når det gjelder følgende to forhold: *Bør besteforeldre være tilgjengelige for barnebarn i krisesituasjoner? Og bør de bidra til barns og barnebarns økonomiske trygghet?* I tillegg ble det i de norske undersøkelsene stilt følgende to spørsmål: *Bør besteforeldre gjøre ting sammen med barnebarna? Og bør de gi oppmuntring og støtte til barna sine i deres rolle som foreldre?* Svaralternativene i alle undersøkelsene var «svært enig», «nokså enig», «verken enig eller uenig», «nokså uenig», «svært uenig». Spørsmål om pass av barnebarn ble stilt i både NorLAG og SHARE. I NorLAG var spørsmålet del av en spørsmålsrekke om aktiviteter

og frivillig arbeid: *Omtrent hvor ofte gjør du følgende – tar meg av barnebarn?* (svaralternativ: «daglig», «hver uke, men ikke daglig», «hver måned, men ikke hver uke», «noen ganger i året», «sjeldnere», «aldri»). I SHARE ble respondentene først spurt om de hadde passet barnebarn i løpet av de siste 12 månedene, og hvis ja – hvor ofte.

BESTEFØRELDREROLLEN I NORGE

I figur 1 viser vi svarene fra to generasjoner i familien: besteforeldre (NorLAG) og foreldre (Besteforeldrestudien). Som vi ser, sa et klart flertall seg enige i tre av de fire spørsmålene – nærmere bestemt omkring 90 prosent eller mer. Både besteforeldre og foreldre var svært enige eller nokså enige i at besteforeldre bør engasjere seg i aktiviteter med barnebarn og at de bør fungere som støttepersoner når de trengs, både for voksne barn og barnebarn. Som Hagestad (2006) har påpekt, betyr dette at en vesentlig del av dagens besteforeldrerolle er en videreføring av foreldrerollen. Det var også bred enighet om at besteforeldre bør gi støtte og oppmuntring til voksne barn i deres foreldregjerning. Generelt svarte kvinner og menn ganske likt. Enigheten var like stor blant bestefedre som bestemødre, og blant fedre som blant mødre. Det var også, som vi ser, knapt noen forskjeller mellom de to generasjonene – besteforeldre og foreldre svarte så godt som likt. Unntaket var spørsmålet om økonomiske støtte. Fire av ti besteforeldre var enige i at besteforeldrerollen burde bestå i å bidra til å gi barn og barnebarn økonomisk trygghet. I foreldregenerasjonen gjaldt dette litt over en fjerdedel. I den forbindelse kan nevnes at økonomisk trygghet både for småbarnsfamilier og for gamle i Norge gjerne blir ansett for å være velferdsstatens ansvar, ikke familiens (se kap. 19).



Figur 1. Oppfatninger av besteforeldrerollen blant besteforeldre og foreldre. % svært enig og nokså enig

Note: n=1960 besteforeldre (NorLAG 2002-2003) og n=860 foreldre med barn 10–12 år og egne foreldre i live (Besteforeldrestudien 2005).

Forventningene er altså høye til at besteforeldre både stiller opp ved akutte behov og at de gjør ting med barnebarna (turer, ferier, aktiviteter), men hva med utøvelse av besteforeldrerollen? Hjelper besteforeldre til med pass av barnebarn? I NorLAG ble det stilt spørsmål om hvor ofte en passer barnebarn. Som vi ser av tabell 1, var det svært få bestemødre og bestefedre som sa at de gjorde dette på daglig basis, men mange var involverte innimellom. Så mange som seks av ti oppga at de passet barnebarn minst en gang i måneden. Omtrent en tredjedel sa de gjorde det så ofte som ukentlig. Dette gjaldt litt flere blant bestemødre (36%) enn blant bestefedre (28%).

Tabell 1. Pass av barnebarn blant besteforeldre (%)

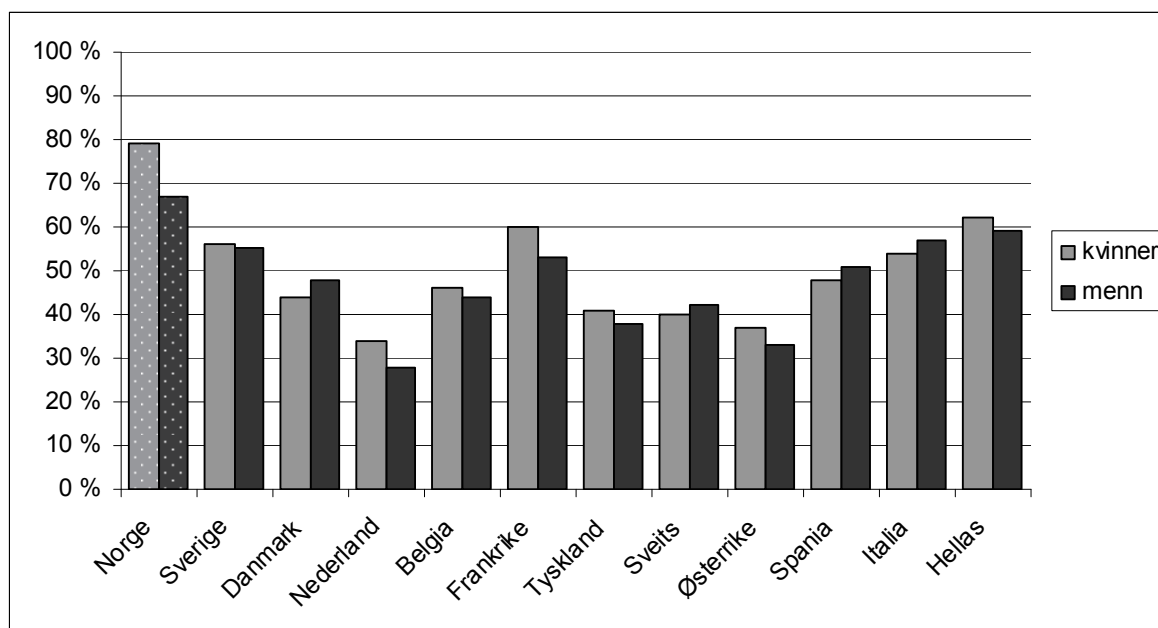
	Bestemødre	Bestefedre
Daglig	5	4
Ukentlig	31	24
Månedlig	27	28
Sjeldnere	33	38
Aldri	4	6
Totalt	100	100
(n=)	1 101	879

Kilde: NorLAG (2002-2003)

ROLLEFORVENTNINGER OG ROLLEUTØVELSE I INTERNASJONALT LYS

Hvordan ser de norske svarene ut sammenlignet med resultater fra andre land i Europa? To av spørsmålene om forventninger til besteforeldrerollen fra de norske studiene ble også stilt i den europeiske studien SHARE. Det dreier seg om hvorvidt besteforeldre bør stille opp i krisesituasjoner og om de bør bidra til økonomisk trygghet (figur 2 og 3). I sammenligningene ser vi på respondenter som er i alderen 50 til 79 år og som har barnebarn. I figurene har vi inkludert de som sa seg *svært enige*.

Som det går frem av figur 2, var det i halvparten av landene 50 prosent eller mer som oppga at de var svært enige i at besteforeldre bør være tilgjengelige for barnebarn i kriser. Enigheten viste seg faktisk å være høyest i Norge – det var her vi fant den største andelen av både bestemødre og bestefedre som sa seg svært enige. Sverige og landene i Sør-Europa følger Norge. Lavest enighet fant vi i landene i sentral-Europa. Her var det altså færre som sa de var svært enige i at besteforeldre bør stille opp når livet til barnebarna floker seg til.

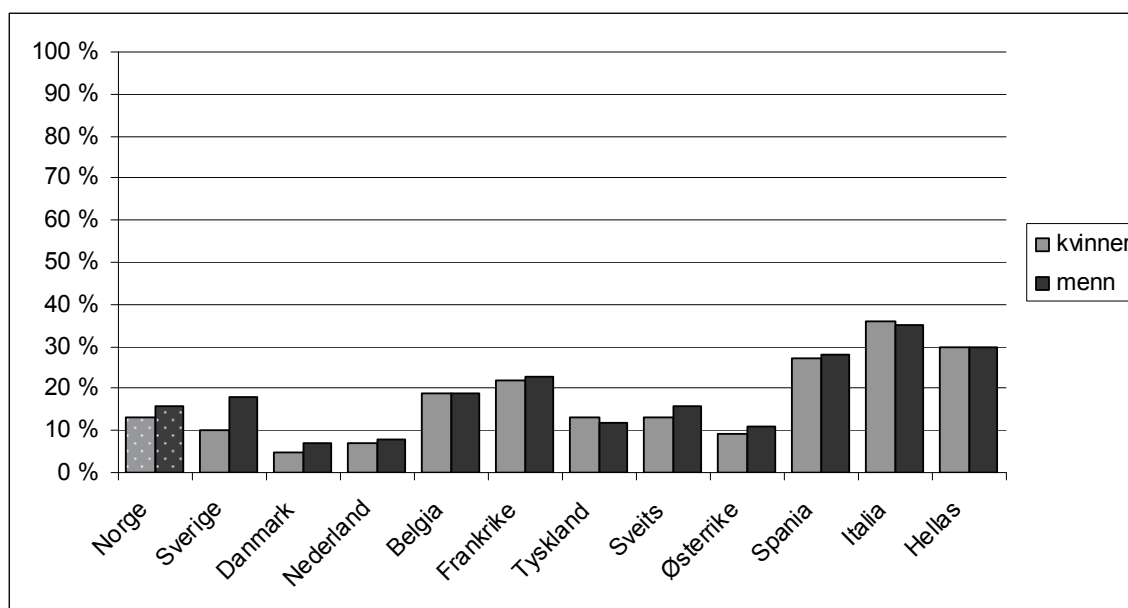


Kilder: NorLAG 2002–2003 (n=1,965) og SHARE 2004 (n=10,751, vektet).

Figur 2. Andel besteforeldre (50–79 år) som er svært enige i at besteforeldre bør være tilgjengelige for barnebarn i kriser, etter land og kjønn

Bildet viser seg å være et annet når det gjelder å bidra til å gi barn og barnebarn økonomisk trygghet. Her var det en markert større andel besteforeldre i Sør-Europa som sa seg svært enig, enn hva som var tilfellet lengre nord. I alle land

var det, som vi ser, vesentlig færre som støttet opp om besteforeldres økonomiske ansvar enn om det å stille opp for barnebarn i krisesituasjoner (figur 3).

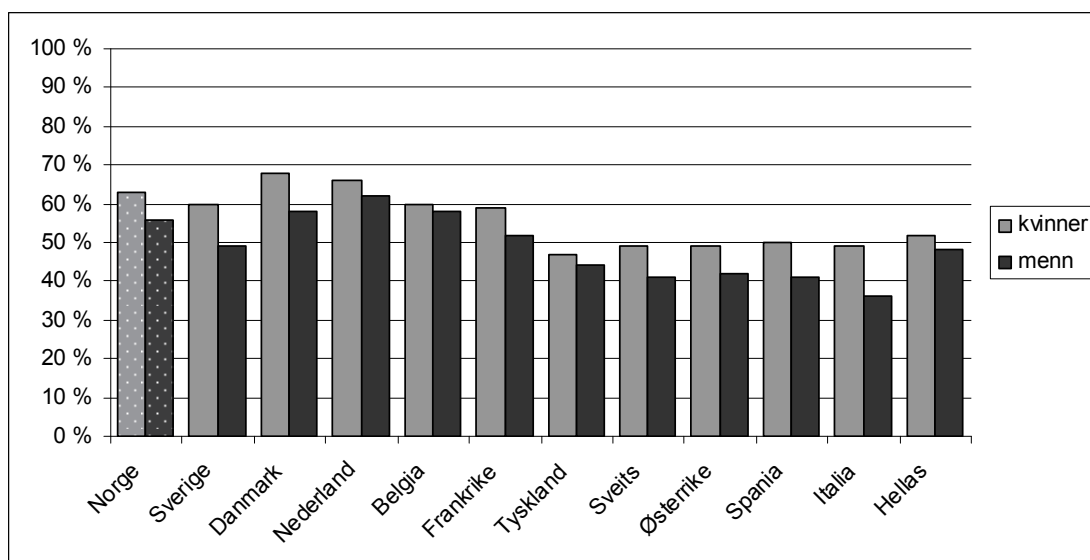


Kilder: NorLAG 2002-2003 (n=1,860) og SHARE 2004 (n=10,717, vektet).

Figur 3. Andel besteforeldre (50–79 år) som er svært enige i at besteforeldre bør bidra til økonomisk trygghet for barn og barnebarn, etter land og kjønn

Det er altså noen klare forventninger til besteforeldrerollen, og mer i noen land enn i andre, men det er grenser for hva besteforeldre bør gjøre, og det å gi økonomisk trygghet er det mange som ikke ser på som del av besteforeldrerollen.

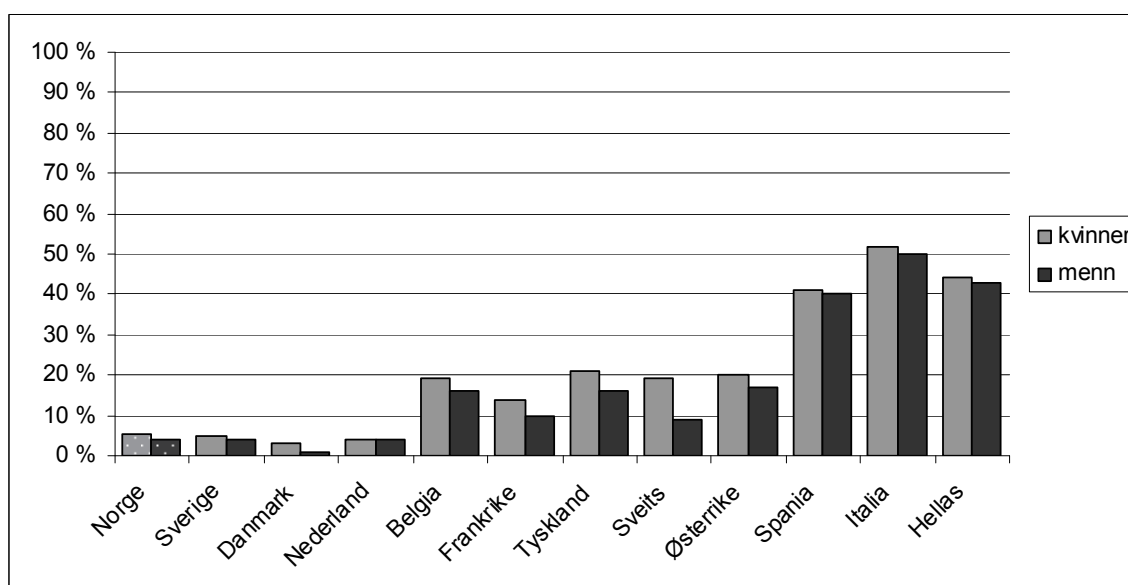
Hvordan ser det så ut med pass av barnebarn i ulike europeiske land? I Norge var det, som vi så, få som var involverte i barnebarnpass så ofte som hver dag, men seks av ti sa at de stilte opp som barnebarnpassere minst en gang i måneden. I motsetning til hva mange kanskje ville anta, så var det faktisk en større andel skandinaviske besteforeldre som oppga at de passet barnebarn sammenlignet med hva som var tilfellet i Sør-Europa. Mens omkring 60 prosent eller mer i Skandinavia, og også i Nederland og Belgia, sa de hadde passet barnebarn jevnlig eller av og til siste 12 måneder, gjaldt det samme for færre enn 50 prosent i Sør-Europa. Det franske mønsteret viste seg å være mer likt det nord-europeiske enn det sentral- og sør-europeiske (figur 4).



Kilder: NorLAG 2002-2003 (n=1,980) og SHARE 2004 (n=13,442, vektet).

Figur 4. Andel besteforeldre (50–79 år) som har vært involverte i barnebarnpass siste 12 måneder, etter land og kjønn.

Ser vi så på daglig pass, er bildet et ganske annet. Svært få i de skandinaviske landene og i Nederland oppga at de passet barnebarn på daglig eller nesten daglig basis (under 5 prosent). I Sør-Europa derimot, viste det seg at 40–50 prosent av de som oppga å passe barnebarn, gjorde det (nesten) hver dag. I Sentral-Europa (Belgia, Tyskland, Sveits, Østerrike og Frankrike) gjaldt dette mellom 10 og 20 prosent.



* blant besteforeldre som oppga at de hadde vært involvert i pass siste 12 mnd.

Kilder: NorLAG 2002-2003 (n=1,698) og SHARE 2004 (n=8,063, vektet).

Figur 5. Andel besteforeldre (50–79 år) som har passet barnebarn daglig (eller nesten daglig) siste 12 måneder, etter land og kjønn*

Alt i alt var det en større andel skandinaviske besteforeldre som oppga at de var involverte i pass av barnebarn sammenlignet med hva som var tilfellet i Sør-Europa. For norske, svenske og danske besteforeldre dreide det seg imidlertid sjelden om daglig pass, noe som var ganske vanlig i Italia, Spania og Hellas. Det at besteforeldre er «dagmammaer» for barnebarna viste seg faktisk å være omtrent ti ganger så vanlig i Sør- som i Nord-Europa.

BESTEFØRELDREROLLER OG FAMILIEANSVAR

Europeiske mønstre når det gjelder holdninger til familiens ansvar viser ofte en nord–sør-akse. Dette gjelder debatter om individualisering og «den andre demografiske transisjon» (f.eks. Surkyn og Lesthaeghe 2004), så vel som diskusjoner om kontraster mellom ulike velferdsregimer (bl.a. Esping-Andersen 1990, Leitner 2003, Saraceno og Keck 2010).

Tidligere studier av forventninger til familiens ansvar har i stor grad dreid seg om omsorg for familiens gamle. Det har vært langt mer vanlig å analysere holdninger til voksne barns ansvar for foreldre (såkalt «filial responsibility») enn foreldres ansvar for voksne barn («parental responsibility»). Funn fra komparative studier av «filial responsibility» har vist en klar nord–sør gradient – sør-europeere støtter i langt større grad opp om denne type familieansvar enn hva nord-europeere gjør (Daatland og Herlofson 2003). I en nyere studie inkluderte Daatland og kolleger (2011) også «parental responsibility» og data fra Øst-Europa. De fant at kontrastene på tvers av land var mindre markert for foreldres enn for voksne barns ansvar, men rekkefølgen forble den samme – forventningene til familiens ansvar økte jo lengre sør og øst en beveget seg.

Hank og Buber (2009) har sett på forventninger til besteforeldres ansvar når det gjelder det å passe barnebarn. De fant samme mønster. Langt flere besteforeldre i Sør-Europa, Tyskland og Frankrike var enige i at besteforeldre hadde et ansvar for barnebarnpass sammenlignet med besteforeldre i Danmark og Nederland. Selv blant danske og nederlandske besteforeldre som oppga at de passet barnebarn minst en gang i uken, var det under halvparten som var enige i at dette var besteforeldres ansvar. I Tyskland, Frankrike, Italia og Spania derimot, mente mer enn 80 prosent av besteforeldrene som var involverte i barnebarnpass minst ukentlig, at dette var et ansvar besteforeldre hadde. Andelen for Hellas var hele 95 prosent.

Hvorvidt besteforeldre bør være tilgjengelige for barnebarn i krisesituasjoner (figur 2), viste, som vi så, ikke noe klart nord-sør mønster. Det gjorde derimot forventninger til besteforeldres bidrag for barns og barnebarns økonomiske trygghet (figur 3). I denne forbindelse kan det være viktig å minne om at i mange europeiske land er familieforpliktelser nedfelt i lovverket. I Norge ble forpliktelser mellom voksne familiegenerasjoner fjernet da vi fikk sosialomsorgsloven på midten av 1960-tallet. Foreldre er dermed bare ansvarlige for barn under 18 år. I andre land varer foreldreansvaret livet ut, og voksne barn er ansvarlige for sine foreldre så lenge foreldrene lever. I enkelte land inkluderer ikke bare familieforpliktelsene et gjensidig ansvar mellom foreldre og voksne barn, men også besteforeldres ansvar for barnebarn. Dette gjelder for Tyskland og landene i Sør-Europa (for oversikt, se Saraceno og Keck 2008), det vil si land som gjerne klassifiseres som *familialistiske* velferdsregimer. Flere har pekt på at velferdsstaters ulike sosialpolitikk og familievalgning gjerne reflekteres i befolkningens forventninger til familieansvar (Daatland og Herlofson 2003, Haberkern og Szydlik 2010).

BESTEFØRELDREROLLER OG VELFERDSREGIMER

I kjølvannet av debatten etter Esping-Andersens inndeling av velferdsstater (Esping-Andersen 1990) har flere forskere kommet med alternative klassifiseringer. Et viktig bidrag er diskusjoner av såkalte *omsorgsregimer* (bl.a. Leitner 2003, Saraceno og Keck 2010). Sentrale begreper her, som også Esping-Andersen (1999) benyttet i senere arbeid, er «familialisme» og «de-familialisering». De-familialisering innebærer at familieavhengighet og familieansvar er sterkt redusert gjennom offentlige overføringer og tjenester, noe som i høy grad kjennetegner sosialdemokratiske velferdsstater. Familialistiske velferdsstater derimot, er kjennetegnet av at det finnes få offentlige alternativer til familieomsorg og støtte. Leitner (2003) og Saraceno og Keck (2010) går videre og påpeker at det finnes ulike varianter av familialisme. Den reneste formen kaller Leitner for implisitt familialisme, mens Saraceno og Keck bruker begrepet «familialism by default». Her finnes det få, om noen, offentlige alternativer til familieomsorg, verken overfor barn eller overfor gamle. Det eksisterer heller ikke noe system for finansiell støtte til familier for det omsorgsarbeidet de utfører. «Supported familialism» (Saraceno og Keck 2010) derimot, eller eksplisitt familialisme som Leitner (2003) kaller det, innebærer

at det er familien som har omsorgsansvaret, men staten tilbyr finansiell støtte for dette ansvaret. Dette kan være i form av ulike kontantstøtte-ordninger, betalte permisjoner eller skattefradrag. «Valgfri familialisme» («optional familialism») er en tredje variant av familialisme. Her har individene et valg mellom offentlige tjenester (de-familialisering) og finansiell støtte («supported familialism»). Det at norske foreldre med barn i alderen 1–2 år nå kan velge mellom barnehageplass eller kontantstøtte er et eksempel på valgfri familialisme.

I velferdsstater med omfattende tjenester og overføringer når det gjelder omsorg for barn (det vil si land preget av de-familialisering og «supported familialism»), samt høy yrkesdeltakelse blant mødre, ser den ekstra hjelpen fra besteforeldre til barnepass ut til å utgjøre en komplementaritet. Ved å stille opp ved behov utfyller besteforeldre tjenestene. I familialistiske velferdsstater derimot, finnes det få eller ingen offentlige alternativer til barneomsorg, og mange småbarnsmødre har dermed problemer med å kombinere jobb og familie. Som fulltids omsorgspersoner for barna, er det mindre behov for besteforeldres hjelp. Men dersom mødrene ønsker eller må ut i arbeidslivet, blir hjelp fra besteforeldregenerasjonen uunnværlig. Her er det ikke snakk om å utfylle tjenester, men snarere om å erstatte (substituere) offentlige omsorg som ikke finnes. Debatten om substitusjon og komplementaritet, som hittil først og fremst har dreid seg om omsorg for eldre (Daatland og Herlofson 2004), viser seg altså å være høyst relevant også når det gjelder omsorg for små barn.

BESTEFORELDRE SOM BARNS, MØDRES ELLER SMÅBARNSFAMILIERS REDNINGSMENN

Mens tidligere studier av besteforeldre i hovedsak har vært mikroorientert, har vi i dette kapitlet lagt vekt på hvordan demografiske endringer har hatt betydning for forholdet mellom besteforeldre og barnebarn og hvordan sosialpolitisk kontekst bidrar til å forme forventninger til og utøvelse av besteforeldrerollen.

Det finnes en stor og voksende forskningslitteratur, hovedsakelig nord-amerikansk, som belyser besteforeldre som barns redningsmenn – «child savers» (bl.a. Baker og Silverstein 2012, Uhlenberg og Cheuk 2010). Dette er besteforeldre som tar over foreldreansvaret for lengre perioder, ofte uten mellomgenerasjonens tilstedeværelse. I USA er eksempler på årsaker rusmis-

bruk, fengselsopphold, psykisk sykdom og fattigdom, mens i Afrika er hovedgrunnen HIV/AIDS. I både Asia og Afrika har det funnet sted en økende arbeidsmigrasjon fra rurale til urbane strøk. Dette gjelder i hovedsak for mellomgenerasjonen som ser seg nødt til å flytte for å få arbeid, mens barna blir igjen på landsbygda med besteforeldrene.

I Europa beskrives besteforeldre sjelden som barns redningsmenn. Her består ofte besteforeldrerollen i å stille opp når det gjelder pass av barnebarn, noe som belyses i to ulike forskningstradisjoner: i litteraturen som omhandler aldring og generasjonsbånd (Attias-Donfut og Segalen 1998, Hagestad 2006, Hank og Buber 2009) og i forskning om kvinners yrkesaktivitet (Lewis, Campbell og Huerta 2008, Tobío 2007).

I Sør-Europa hvor foreldrepermisjoner er korte og barnehagedekningen lav, er det færre besteforeldre som er involverte i pass av barnebarn sammenlignet med i Skandinavia, men de som er det, er ofte fulltids barnepassere. På den måten gjør de det mulig for småbarnsmødre å fortsette i yrkeslivet etter at de har fått barn. Besteforeldre kan dermed beskrives som småbarnsmødres redningsmenn – «mother savers». Tobío (2007), med referanse til Spania, har understreket at dagens besteforeldre har spilt en grunnleggende rolle når det gjelder den raske økningen i kvinners yrkesaktivitet. Hun har kommentert at spanske bestemødre, paradoksalt nok, må ta på seg den tradisjonelle kvinnelige morsrollen for at døtrene skal kunne bidra til å endre det gamle kjønnsrollemønsteret.

I Skandinavia og i Frankrike hvor foreldrepermisjonene er forholdsvis lange og barnehagedekningen er høy, består kjernen i besteforeldrerollen av å være tilgjengelig når småbarnsfamilier har behov for ekstra hjelp og støtte. Besteforeldre i disse landene kan altså sies å ha en såkalt «back-up» funksjon, eller utgjøre et «heimevern» slik Hagestad (2006) har påpekt. Hagestad har vist hvor viktig denne type støtte er for småbarnsfamilier i Norge. Det samme har Attias-Donfut og Segalen (1998) konkludert med for franske familier. De har også vist hvordan hjelp fra besteforeldregenerasjonen har økt i omfang de siste tiårene. Besteforeldre i disse landene kan derfor beskrives som «family savers» – småbarnsfamiliers redningsmenn – klare til å rykke ut ved behov.

REFERANSER

- Attias-Donfut, C. & Segalen, M. (1998) *Grand-parents. La famille à travers les Générations*, Paris: Odile Jacobs.
- Bengtson, V.L. (1985) Diversity and symbolism in grandparental roles i V.L. Bengtson & R.F. Robertson (red.) *Grandparenthood*, 11–25, Beverly Hills: Sage.
- Börsch-Supan, A. og Jürges, H. (2005) *The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe – Methodology*, Mannheim: MEA.
- Burgess, E.W. (1960) Aging in western culture in E.W. Burgess (red.) *Aging in western societies*, 3–28, Chicago: The University of Chicago Press.
- Daatland, S.O. & Herlofson, K. (2004) *Familie, velferdsstat og aldring*, rapport 7/04, Oslo: NOVA.
- Daatland, S.O. & Herlofson, K. (2003) «Lost solidarity» or «changed solidarity»: a comparative European view of normative family solidarity, *Ageing & Society*, 23(5): 537–560.
- Daatland, S.O., Herlofson, K. & Lima, I.A. (2011) ‘Balancing generations: on the strength and character of family norms in the west and east of Europe’, *Ageing & Society*, 31(7):1159–1179.
- Elder, G.H. Jr. & Conger, R.D. (2000) *Children of the land: Adversity and success in rural America*, Chicago: University of Chicago Press.
- Esping-Andersen, G. (1990) *The three worlds of welfare capitalism*, Princeton: Princeton University Press.
- Esping-Andersen, G. (1999) *Social foundations of postindustrial economies*, Oxford: OxfordUniversity Press.
- Haber kern, K. & Szydlik, M. (2010) State care provision, societal opinion and children’s care of older parents in 11 European countries, *Ageing & Societies*, 30(2):299–323.
- Hagestad, G.O. (1985) Continuity and connectedness, in V.L. Bengtson og R.F. Robertson (red.) *Grandparenthood*, 31–48, Beverly Hills: Sage.
- Hagestad, G.O. (2006) Transfers between grandparents and grandchildren: the importance of taking a three-generation perspective, *Zeitschrift für Familienforschung*, 18(3):315–332.
- Hank, K. & Buber, I. (2009) Grandparents caring for their grandchildren. Findings from the 2004 Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe, *Journal of Family Issues*, 30(1):53–73.

- Herlofson, K. (2013) *Generasjonsbånd. Kvinners og menns familierelasjoner i aldrende samfunn*, PhD-avhandling nr. 379, Oslo: Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo.
- Leitner, S. (2003) Varieties of familialism. The caring function of the family in comparative perspective, *European Societies*, 5(3):353–375.
- Lewis, J., Campbell, M. & Huerta, C. (2008) Patterns of paid and unpaid work in Western Europe: gender, commodification, preferences and the implications for policy, *Journal of European Social Policy*, 18(1):21–37.
- Minkler, M. & Roe, K.M. (1996) Grandparents as surrogate parents, *Generations*, 20(1):34–38.
- Noack, T., Dommermuth, L. & Lyngstad, J. (2011) Besteforeldre og barnebarn. Hvor mange barnebarn og når? *Samfunnsspeilet*, 25(1):37–42.
- Saraceno, C. & Keck, W. (2010) Can we identify intergenerational policy regimes in Europe?, *European Societies*, 12(5):675–696.
- Saraceno, C. & Keck, W. (2011) Towards an integrated approach for the analysis of gender equity in policies supporting paid work and care responsibilities, *Demographic Research*, art. 11, 371–406.
- Surkyn, J. & Lesthaeghe, R. (2004) Value orientation and the second demographic transition (SDT) in Northern, Western and Southern Europe: an update', *Demographic Research*, art. 3, 45–86.
- Slagsvold, B., Veenstra, M., Daatland, S.O., Hagestad, G.O., Hansen, T., Herlofson, K., Koløen, K. & Solem, P.E. (2012) Life-course, ageing and generations in Norway: The NorLAG study, *Norsk Epidemiologi*, 22(2):95–102.
- Tóbio, C. (2007) Change and reciprocity in intergenerational relationships: the discourse of Spanish working mothers, in J. Véron, S. Pennec & J. Légaré (red.) *Ages, generations and the social contract: The demographic challenges facing the welfare state*, 191–207, Dordrecht: Springer.
- Uhlenberg, P. (2005) Historical forces shaping grandparent-grandchild relationships: demography and beyond, in M. Silverstein (red.) *Intergenerational relations across time and space. Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 38:77–97.
- Uhlenberg, P. & Cheuk, M. (2010) The significance of grandparents to grandchildren: an international perspective, i D. Dannefer & C. Phillipson (red.) *The SAGE handbook of social gerontology*, 447–458, London: Sage.

KAPITTEL 9

I klemme mellom familie og jobb – hvor vanlig, hvor vanskelig?¹

Svein Olav Daatland, Marijke Veenstra og Ivar A. Lima

Å være i klemme mellom jobb og familie har først og fremst vært forbundet med småbarnsfasen, men problemet har blitt aktualisert også seinere i livet, for både kvinner og menn er i dag yrkesaktive, og en lengre yrkeskarriere kan være vanskelig å kombinere med familieomsorg. Men bare få er i klemme mellom jobb og eldre foreldre og vanligvis i nokså kort tid. Midt i 50-årene har ca. 20 prosent foreldre med behov for hjelp. De fleste klarer likevel å kombinere med yrkesarbeid, i noen tilfeller under betydelig stress. Men fordi yrkesaktivitet bidrar så sterkt til trivsel, er den beste løsningen ikke å slippe jobben, men å gjøre det lettere å kombinere jobb og omsorg.

Aldringen av befolkningen truer med å øke utgiftene til så vel pensjon som omsorg på uforutsigbare måter. Både det å stå lenger i arbeid og å delta i den uformelle omsorgen ville bidra gunstig til regnestykket, men disse to målene kan være vanskelige å kombinere når de møtes midt i livet, og hensynet til jobben skal konkurrere med hensynet til travle barn og barnebarn på den ene sida, og aldrende foreldre på den andre.

Å være i klemme mellom jobben og familien har først og fremst vært forbundet med småbarnsfasen, en periode da svært mange har vanskelig for å få tida til å strekke til. Men problemet har blitt aktualisert også seinere i livet, for langt de fleste er i dag i lønnet arbeid, kvinner som menn, og idealet om aktiv aldring kan bli vanskelig å kombinere med omsorg for andre.

¹ Dette kapitlet bygger på Daatland, S.O., Veenstra, M. og Lima, I.A. (2010). Norwegian sandwiches. On the prevalence and consequences of family and work role squeezes over the life course. *European Journal of Ageing*, 7, 271-281.

Begrepet «kvinner i midten» ble i sin tid lansert av Elaine Brody (1981) som en metafor for hvordan moderne, middelaldrende kvinner er «i midten» på flere måter. Hun er midt i sitt eget liv, og er da lokalisert i en mellomgenerasjon mellom eldre foreldre og egne barn. Viktigere er at hun kan være klemmt mellom konflikterende forventninger som konkurrerer om hennes tid og krefter. Jobben på den ene sida og familien på den andre. Mange er i midten også i den forstand at de slites mellom motstridende kvinneidealer, mellom familiekvinnen og karrierекvinnen. Man skal klare alt, men det er ikke lett å gjøre alle fornøyd, seg selv inkludert.

Den jevngamle mannen er også lokalisert i midten, men ifølge Brody i en mer teknisk forstand, for familien venter mindre av ham, og han slites derfor ikke på samme måte mellom motstridende krav og forventninger, det være seg egne eller andres forventninger.

TIDLIGERE STUDIER

En kartleggende tysk studie tyder på at det i realiteten er temmelig få som er i midten i multippel forstand, i den forstand at de slites mellom eldre foreldre med omsorgsbehov på den ene sida, samtidige behov fra barn og barnebarn på den andre sida, og krav fra sin egen jobb på den tredje (Künemund 2006). Foreldrenes behov melder seg i regelen først etter at barna har blitt selvhjulpne, og da barna i sin tid krevde hjelp og oppmerksomhet, var som regel foreldrene friske og var en hjelp snarere enn en byrde.

Kunnskapene er imidlertid fragmentariske, for de fleste studier på området har vært små og anekdotiske, og gir nok gode eksempler på hvordan problemene oppleves blant dem som er i klemme, men forteller mindre om hvor vanlig eller uvanlig, kortvarig eller langvarig, denne typen konflikter er. Det er derfor også vanskelig å generalisere. Noen studier bygger på større utvalg, men er mangelfulle på andre måter, for eksempel ved at de bare tar for seg enkeltroller hver for seg (forelder, barn, yrkesaktiv), men sjelden hvordan rollene henger sammen i knipper som kan stå i strid med hverandre. Det å være i klemme har dessuten vært målt på høyst forskjellige måter, og har dermed resultert i nokså forskjellige og lite sammenliknbare estimater (Evandrou m.fl. 2002, Grundy og Henretta 2006).

Den første norske studien som tok opp problemstillingen var så langt vi kjenner til Susan Lingsoms «Uformell omsorg for syke og eldre» fra 1985, med data fra Statistisk sentralbyrås tidsnyttings- og levekårsundersøkelser fra 1980. Lingsom finner at det er vanskelig å kombinere yrkesarbeid med omsorg *innenfor* husholdet i den forstand at det er en negativ sammenheng mellom denne typen omsorgsansvar og yrkesaktivitet. Husholdsomsorg dreier seg oftest om mindreårige barn eller om en jevngammel ektefelle – langt sjeldnere om omsorg for eldre foreldre som man måtte bo sammen med, for ytterst få bor sammen med eldre foreldre. For eldreomsorgens del dreier det seg dermed oftest om ektefelleomsorg, der begge er pensjonister og ikke yrkesaktive.

Når det derimot gjelder omsorg for eldre personer *utenfor* sitt eget hus, som er langt vanligere, var det ingen sammenheng mellom omsorg og yrkesaktivitet. De yrkesaktive var like ofte (eller sjelden) omsorgsgivere som ikke-yrkesaktive.

Levekårsundersøkelsen fra 1987 viste samme mønster noen år seinere: det var liten forskjell i omfanget av omsorg overfor eldre foreldre mellom yrkesaktive og ikke-yrkesaktive (Lingsom 1991). Lingsom kommenterer resultatene ved å peke på at jobben (og kollegene) kan representere et nødvendig avbrett i omsorgen, som kan gjøre det lettere snarere enn vanskeligere å ta et omsorgsansvar. *Omfattende* omsorgsansvar kan imidlertid være umulig å kombinere med et yrkesarbeid, især om man er helt alene om ansvaret. Jobben og arbeidsplassen kan i andre tilfeller være en avlastning snarere enn en belastning, dersom man har den nødvendige støtte utenfra, ikke minst fra omsorgstjenestene.

En nyere norsk studie har tatt for seg konsekvensen av å være i klemme i et utvalg av befolkningen mellom 45 og 66 år (Gautun 2008). Utvalget omfattet den halvdel av befolkningen som fortsatt har foreldre i live i denne alderen, og av disse var ca. 70 prosent i klemme i den forstand at de både var yrkesaktive og gav hjelp til foreldrene. Noe over halvparten av disse bekreftet at de i løpet av det siste året hadde opplevd situasjoner der det var vanskelig å kombinere jobb og omsorg, og 20 prosent hadde vært borte fra jobben i kortere eller lengre tid for å få tingene til å gå i hop. Problemet er altså høyst reelt for dem det gjelder, men hvor vanlig eller uvanlig er det alt i alt i befolkningen og den aktuelle aldersgruppa?

Den alt nevnte tyske studien skiller mellom ulike former for klemme, fra en bred definisjon som inkluderer alle som er lokalisert i en mellomgenerasjon, til trinnvis smalere kategorier som inkluderer bare de som dessuten yter omsorg for foreldre, for barn og til slutt de som yter omsorg og samtidig er i lønnet arbeid (Künemund 2006). Konklusjonen var at det store flertallet (ca. 75 prosent) er lokalisert i en mellomgenerasjon når de er i 40-årene, men andelen avtar deretter fordi foreldre dør og man selv rykker opp til eldste generasjon. Men bare få (3–10 prosent for ulike grupper av kjønn og alder) var ifølge den tyske studien i klemme i den forstand at de både yter omsorg for foreldre og har tilsyn med små barn. Andelen blir enda lavere om det forutsettes at man samtidig er yrkesaktiv.

HVOR VANLIG ER DET?

Vår egen studie, Livsløp, generasjon og kjønn (LOGG), gir muligheter for å kartlegge rolleklemmer over hele det voksne livsløpet, og lar oss foreta en tilsvarende kartlegging som den tyske. Data ble samlet inn i 2007–2008 og inkluderer andre runde av den longitudinelle NorLAG-studien. Det dreier seg om et landsomfattende utvalg på ca. 15 000 personer i alderen 18–84 år. Nærmere detaljer om undersøkelsen er gitt i kapittel 2.

Hvordan er så situasjonen for Norges del? Hvor mange er i en mellomgenerasjon på ulike alderstrinn, hvor mange er samtidig i klemme mellom jobb og familie og hva er konsekvensene?

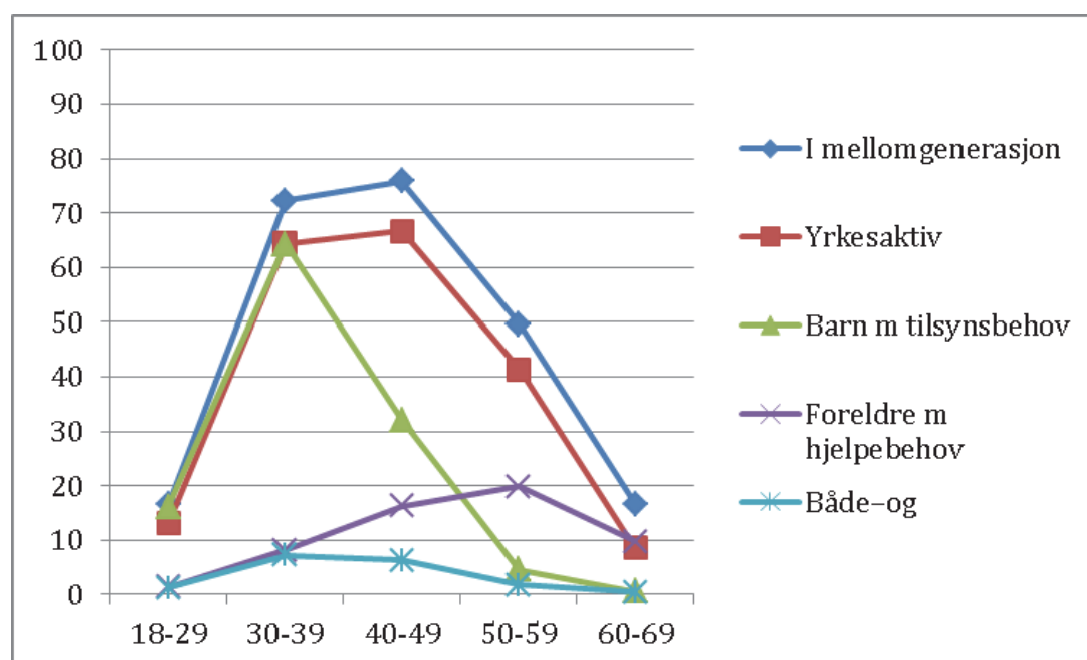
Vi definerer risikoen for å være «i klemme» som en posisjon der samtidige rolleforventninger kan stå i konflikt, ved å være yrkesaktiv (heltid, deltid, ikke) og ved å ha barn eller foreldre med særlige behov. Vi regner «særlige behov» som foreldre med et hjelpebehov og barn som har et «varig helseproblem» eller rett og slett er mindreårige (under ti år). Friske og førlige foreldre og de noe eldre barna er vel oftere til hjelp enn til byrde og telles derfor ikke med.

For å være «i klemme» forutsetter vi ikke nødvendigvis at man sier at man yter hjelp eller pleie til foreldrene, slik det ble gjort i den tyske studien, men simpelthen at man befinner seg i en posisjon der slik hjelp er nødvendig. Vi tar for gitt at foreldre til mindreårige eller syke barn de facto er i en omsorgsgivende situasjon om de eksplisitt sier det eller ikke, og at de som har eldre foreldre med hjelpebehov berøres av dette, om de selv er aktive omsorgsytere

eller ikke. Prevalenstillene for å være i klemme blir dermed noe høyere enn om vi hadde fulgt den tyske prosedyren, der man bare talte de som eksplisitt sa at de ytte hjelp eller omsorg til barna og/eller foreldrene. Tallene må tolkes i lys av dette, og den ulike prosedyren får samtidig illustrere at resultatene fra denne typen studier alltid er følsomme for hvordan fenomenet måles.

MELLOM GENERASJONER

Figur 1 viser at det store flertallet (ca. 75 prosent) av den norske befolkningen er lokalisert i en mellomgenerasjon i alderen 30–50 år, og de fleste av dem (80–90 prosent) er samtidig yrkesaktive. Figuren konsentrerer seg om mellomgenerasjonen, den øvre kurven. Kurvene nedenfor viser hvor mange av disse som også er yrkesaktive, har barn med tilsynsbehov, og foreldre med hjelpebehov osv.



Figur 1. Prosentandel som er i en mellomgenerasjon (med både barn og foreldre i live), og andelen av disse som er yrkesaktive, har barn med tilsynsbehov, foreldre med hjelpebehov og både-og, dvs. både barn og foreldre med behov.

Det er først i alderen 60–69 år at andelen yrkesaktive har falt til ca. 50 prosent av mellomgenerasjonen. I 50-årene avtar andelen som befinner seg i en mellomgenerasjon fordi foreldre dør og man selv rykker opp som eldste generasjon.

I 30-årene har flertallet mindreårige barn, men det er få som samtidig har foreldre med et hjelpebehov. Da er foreldrene tvert imot både friske og førlige og ofte til hjelp for sine barn og barnebarn. Dagene kan nok være travle for småbarnsfamilier, men de fleste klarer likevel å kombinere familie og arbeidsliv: Mellom 80 og 90 prosent av småbarnsforeldre er i arbeid, dvs. omtrent samme yrkesrate som blant dem som *ikke* har mindreårige barn, men noen tilpasser seg ved å arbeide deltid, og da dreier det seg stort sett om kvinner (mødre). Mennene (fedrene) i samme situasjon er snarere tilbøyelige til å jobbe mer enn full tid, kanskje for å kompensere for lavere inntekter hos partneren (Daatland m.fl. 2010).

I 40-årsalderen og deretter øker andelen som har foreldre med hjelpebehov, som når en topp blant personer midt i 50-årene og da gjelder for alt i alt 20 prosent av denne aldersgruppa (og 40 prosent av de som samtidig også er i en mellomgenerasjon). Andelen som har foreldre med et hjelpebehov faller til ca. 10 prosent for personer i alderen 60–69 år, men da har til gjengjeld flertallet av de gjenværende foreldrene et hjelpe- eller pleiebehov. Yrkesfrekvensen blant personer med og uten foreldre med et hjelpebehov er omtrent den samme. Langt de fleste er yrkesaktive og ser altså i den forstand ut til å kunne kombinere familieansvar og arbeid. Også andre nordiske studier tyder på at det er liten eller bare en svakt negativ sammenheng mellom yrkesaktivitet og hjelp til eldre foreldre (Kotsadam 2012, Jakobsson m. fl. 2013).

FAMILIE OG ARBEID

Det er altså ganske vanlig å være i klemme mellom familie og arbeid i den forstand at man må kombinere familieforpliktelser og yrke. Tidlig i livet dreier det seg om småbarnsfasen; den skal de fleste igjennom før de blir 50. Men fra den alderen av øker risikoen for at (eldre) foreldre skal trenge hjelp. Det er likevel klart færre som berøres av akkurat denne klemmen (mellom jobb og eldre foreldre).

Ser vi på den multiple klemme, der man har små eller syke barn og samtidig har foreldre med et hjelpebehov, blir andelen naturlig nok enda lavere. På det meste dreier det seg da om 6–7 prosent av befolkningen i 40-årsalderen, og bare 1–2 prosent av 50-åringene (jfr. figur 1). Noen av dem kan ha en langvarig klemme, men for de fleste dreier det seg om en forholdsvis kort

periode. Når 80–90 prosent av dem samtidig er yrkesaktive, forteller det at klemmen er til å leve med for de fleste, men en del kvinner ser ut til å tilpasse seg ved å gå i deltid. Eventuelt kan kvinner (døtre) som alt er i deltid oppleve at det stilles større forventninger (krav) på nettopp dem når foreldrene trenger omsorg.

Denne studien tar ikke opp konsekvensene av å være i klemme direkte, men måler dette indirekte ved å sammenlikne yrkesaktivitet og livskvalitet (subjektiv velvære) for personer i ulike grader av klemme. Denne prosedyren vil nok undervurdere de negative erfaringene sammenliknet med en studie som spør direkte om slike erfaringer.

Vi legger ellers til grunn at en rolleklemme av den typen vi snakker om her ikke nødvendigvis er negativ. For noen er kanskje jobben og kollegaene et avbrekk som gjør det lettere å leve med omsorgsansvar i familien. De fleste studier på området antar at det er stressende å være i en rolleklemme, som f. eks. Brody med sin «kvinne-i-midten» metafor, eller slik det formuleres i rollestress teori (Goode 1960). De positive sider ved å ha multiple roller blir derimot framhevet i rolle-utvidelsesteori (role-enhancement theory, se f. eks. Marks og McDermid 1996). Under denne teorien antas positive relasjoner på ett område å kunne smitte over på et annet, og at multiple roller og mer komplekse selvbilder kan være en ressurs for problemløsning mer generelt (Linville 1987).

Via regresjonsanalyser har vi forsøkt å vurdere virkningen av ulike typer av klemme på yrkesdeltakelse på den ene sida og livskvalitet, inkludert helse, på den andre (Daatland m. fl. 2010). Tilpasser man seg klemmen ved å redusere yrkesdeltakelsen? Fører klemmen til lavere – eller høyere – livskvalitet?

Det å ha barn med særlige behov ser ut til å ha konsekvenser for både kvinners (mødres) og menns (fedres) yrkesaktivitet, men i motsatt retning. Kvinner er da mindre tilbøyelige til å være yrkesaktive, og om de er det – mer tilbøyelige til å ta deltid. For menn er det motsatt. Derimot gir ikke det å ha foreldre med behov noe utslag for verken menns eller kvinners yrkesdeltakelse, trolig fordi voksne barns omsorg for eldre foreldre oftest er av nokså moderat omfang i dagens Norge – et omfang som oftest kan kombineres med andre krav og herunder med krav fra en jobb. Ved langvarige og mer alvorlige pleiebehov er situasjonen en annen, men da dreier det seg, som nevnt, ofte om

ektefelleomsorg der begge for lengst er pensjonister, eller om omsorg fra en hjemmeboende datter, som er forholdsvis sjeldent. Enslige gamle med store omsorgsbehov flytter oftest før eller seinere i sykehjem, og det ansvaret familien da tar med seg til sykehjemmet, lar seg som regel kombinere med andre forpliktelser. At pliktene lar seg kombinere, trenger imidlertid ikke bety at det er enkelt, og at det ikke er gode grunner for å støtte dem det gjelder med avlastning, permisjonsordninger og liknende.

Å ha foreldre eller barn med særlige behov ser ut til å være en kilde til bekymring for både kvinner og menn, som indikert ved en høyere grad av negative følelser (negative affect) blant personer i en slik situasjon, men andre typer faktorer har enda større betydning for livskvalitet, så som utdanning, alder, sivilstand og ikke minst yrkesdeltakelse. Den sterke positive sammenhengen mellom yrkesaktivitet og livskvalitet indikerer at nettopp et arbeid kan gjøre det lettere å mestre også familiepliktene, som antydnet i rolle-utvidelsesteorien. At yrkesdeltakelse er så positivt relatert til livskvalitet indikerer også at løsningen på slike klemmer ofte ikke ligger i å ta bort jobben og ansvaret i den forbindelse, men å gjøre det mulig å kombinere de to sidene av tilværelsen. Da var det kanskje også lettere å få mennene til å påta seg sin del.

REFERANSER

- Brody, E.M. (1981). 'Women in the middle' and family help to older people. *The Gerontologist*, 21, 5, 471–480.
- Daatland, S.O., Veenstra, M. & Lima, I.A. (2010). Norwegian sandwiches. On the prevalence and consequences of family and work role squeezes over the life course. *European Journal of Ageing*, 7, 271–281.
- Evandrou, M., Glaser, K. & Henz, U. (2002). Multiple role occupancy in midlife: balancing work and family life in Britain. *The Gerontologist*, 42, 6, 781–789.
- Gautun, H. (2008). *Arbeidstakere og omsorg for gamle foreldre – den nye tidsklemma*. Oslo: Fafo, rapport 2008:40.
- Goode, W. (1960). A theory of role strain. *American Sociological Review*, 25, 483–496.
- Grundy, E. & Henretta, J. (2006). Between elderly parents and adult children: a new look at the intergenerational care provided by the 'sandwich generation'. *Ageing & Society*, 26, 707–722.

- Jakobsson, N., Kotsadam, A. & Szebehely, M. (2013). Informal eldercare and care for disabled children in the Nordic countries: prevalence and relation to employment. *Nordic Journal of Social Research*, 4, 1–30.
- Kotsadam, A. (2012). The employment costs of caregiving in Norway. *International Journal of Health Care Finance & Economics*, 12, 4, 269–283.
- Künemund, H. (2006). Changing welfare states and the ‘sandwich generation’: Increasing burden for the next generation? *International Journal of Ageing and Later Life*, 1, 2, 11–30.
- Lingsom, S. (1985). *Uformell omsorg for syke og eldre*. Oslo: Statistisk sentralbyrå. Samfunnsøkonomiske studier 57.
- Lingsom, S. (1991). *Hjelp etter behov? Offentlig og privat omsorg for hjemmeboende eldre*. Oslo: INAS, rapport 91:5.
- Linville, P.W. (1987). Self-complexity as a cognitive buffer against stress-related illness and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 663–676.
- Marks, S.R. & McDermid, S.M. (1996). Multiple roles and the self: a theory of role balance. *Journal of Marriage and the Family*, 58, 2, 417–432.

KAPITTEL 10

Hans og hennes oppgaver – om alder og deling av husarbeid¹

Britt Slagsvold, Thomas Hansen, Ivar A. Lima og Ragnhild Steen Jensen

Er det forskjell mellom aldersgrupper i hvordan de deler husarbeidet? Likestillingen er kommet langt i Norge, men har ennå et stykke å gå i hjemmet, selv om husarbeidet oftere er likedelt nå enn tidligere. Ikke overraskende er det yngre aldersgrupper som deler mest likt, men arbeidsdelingen blir gjerne noe mer tradisjonell etter at man får barn. Sosial klasse, og særlig kvinners klassebakgrunn, har stor betydning: Jo høyere utdanning, inntekt og yrkesklasse hun har, desto mer likedelt er husarbeidet.

Norsk likestillingsforskning og -politikk dreier seg først og fremst om par med små barn. Få har studert arbeidsdeling i hjemmet i eldre aldersgrupper. I dette kapitlet spør vi: Er det forskjell mellom aldersgrupper når det gjelder hvordan de deler husarbeidet? Og i så fall; hvor store er forskjellene? Vi ser også på hvorvidt det har betydning for arbeidsdelingen hjemme om parene har barn eller ikke, og om arbeidsdelingen varierer med hans og hennes sosiale klasse og yrkesdeltakelse.

DATA OG METODE

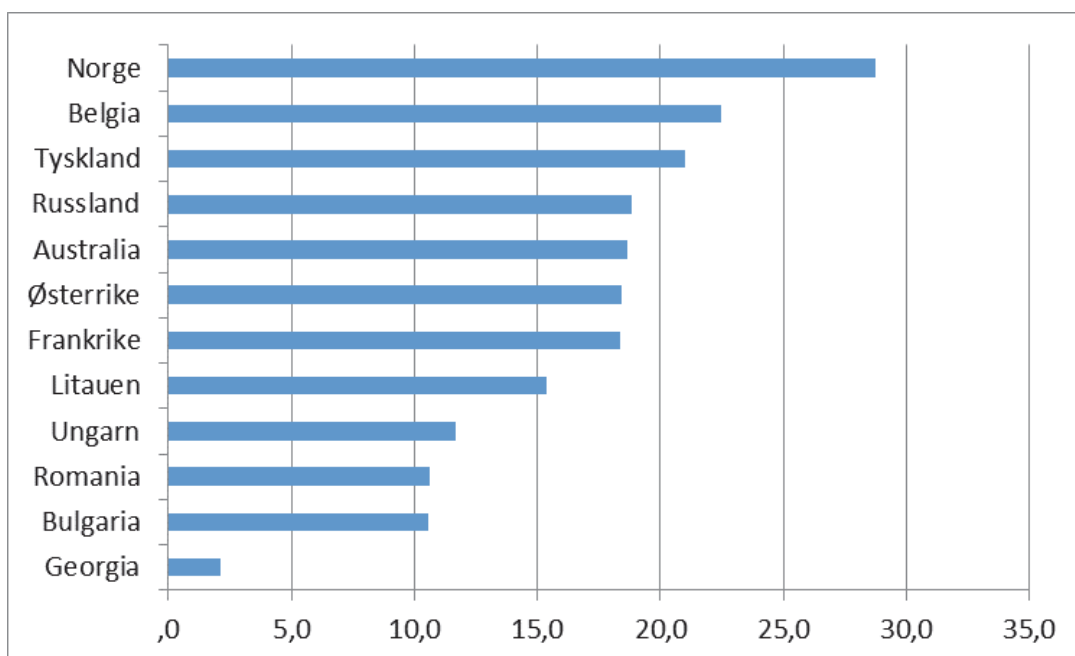
Analysene som presenteres her er hovedsakelig basert på data fra en større norsk undersøkelse om livsløp, aldring og generasjon (LOGG), hvor andre runde av NorLAG er slått sammen med den internasjonale Generations and Gender Survey (GGS), se kapittel 2. De om lag 10 000 respondentene som bodde med partner (gift eller samboer) fikk spørsmål om hvem som vanligvis gjør fem ulike arbeidsoppgaver i hjemmet (rengjøring, innkjøp av dagligvarer,

¹ Dette kapitlet er basert på et kapittel om deling av husarbeid (Lima & Steen Jensen, 2012) i NOVA-rapporten *Likestilling hjemme* (Hansen & Slagsvold, 2012b).

matlaging, oppvask og vasking og stryking av tøy). Dette er gjøremål som er daglige og løpende oppgaver, som tradisjonelt har vært kvinners. Det er gitt 5 svaralternativer (alltid du, vanligvis du, omtrent like mye, vanligvis partner, alltid partner). De ulike oppgavene er slått sammen i en indeks som går fra 1 til 5, der 1 betyr at kvinnen gjør alt, 3 betyr omtrent likt, og 5 betyr at mannen gjør alt.

LIKESTILLING HJEMME I NORGE SAMMENLIGNET MED ANDRE LAND

Med data fra GGS har vi sammenlignet deling av husarbeid i Norge og 11 andre land. Figur 1 viser andeler i de ulike landene som oppgir at mannen gjør minst halvparten av husarbeidet. Vi ser at mens nesten hver tredje person i Norge oppgir at de deler husarbeidet likt med partner (eller at mannen gjør mer), så er dette sjeldnere i de vest- og mellom-europeiske landene vi kan sammenligne med (15–22%), og enda sjeldnere i noen øst-europeiske stater. I Georgia oppgir kun 2 prosent at mannen gjør minst halvparten av husarbeidet. Tallene gjelder for alle aldersgrupper mellom 18–79 år. Det er rimeligvis store forskjeller mellom aldersgrupper, noe vi studerer nærmere i det følgende, men da bare for det norske utvalget.



Figur 1. Andeler (%) som oppgir at mannen gjør minst halvparten av husarbeidet i 12 land. Alder 18–79. GGS data.

I NORGE—MER LIKEDELING AV HUSARBEID BLANT YNGRE ENN ELDRE

At det har blitt vanligere enn før at kvinne og mann deler på husarbeid er velkjent, men hvor store er forskjellene mellom ulike aldersgrupper? Mønstrene er vist i tabell 1². Om vi først ser på totalen, dvs. gjennomsnittet for hele utvalget fra 18 til 79 år, finner vi at det vanligste er at kvinnen gjør mesteparten av husarbeidet. Seksti prosent oppgir at hun gjør «noe mer» enn han, og 11 prosent oppgir at kvinnen gjør «klart mest». Alt-i-alt er det bare en fjerdedel som sier de deler husarbeidet likt med partner. Det er uvanlig at *han* gjør mer enn *henne* – kun 4 prosent oppgir en slik utradisjonell arbeidsdeling. I det videre slår vi derfor sammen de to kategoriene «mannen gjør mer» og «mannen gjør klart mest».

Tabell 1. Arbeidsdeling for husarbeid (prosent). Alle med partner i alderen 18–79 år.

	18–29 år	30–49 år	50–69 år	70–79 år	Totalt
Husarbeid i alt					
Kvinnen gjør klart mest	4	8	14	22	11
Kvinnen gjør noe mer	51	60	62	59	60
Likt	40	29	19	14	25
Mannen gjør mer	5	4	5	4	4
Antall respondenter (n)	865	4 427	3 638	789	9 719

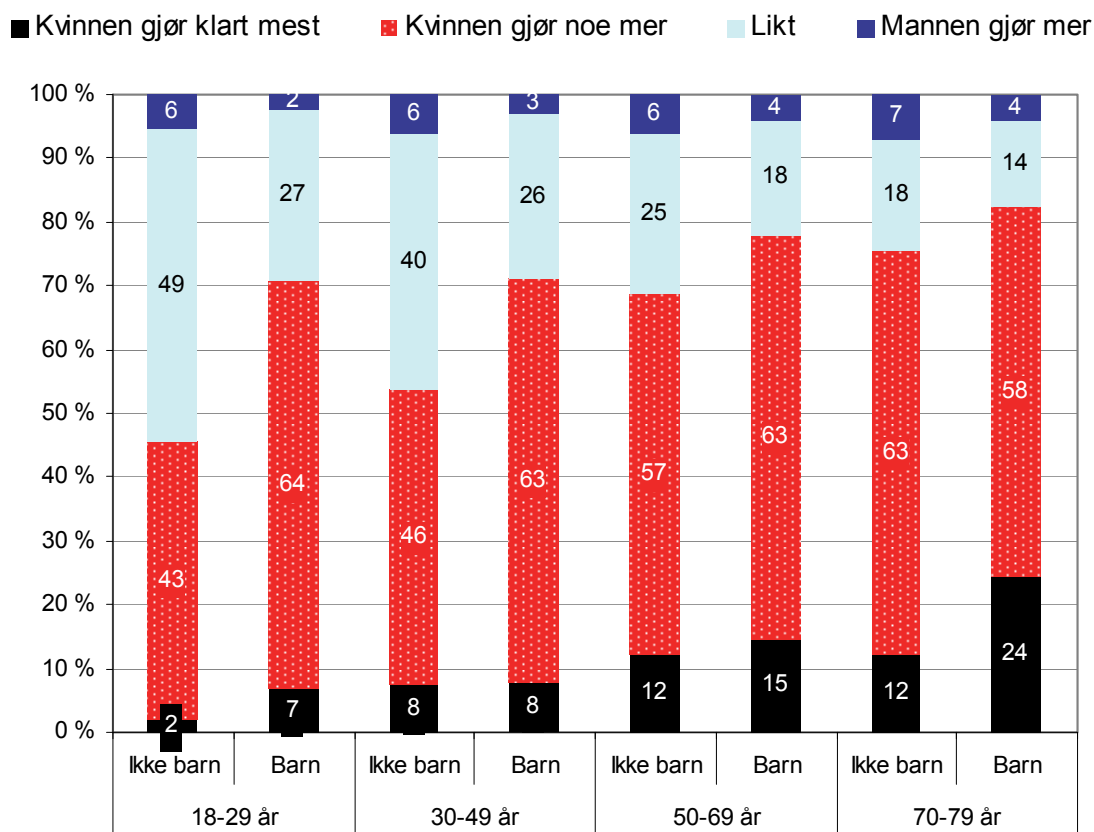
Tabell 1 viser, som ventet, at det er langt vanligere blant yngre enn eldre å dele husarbeid. Hele 40 prosent i aldersgruppen 18–29 år deler husarbeidet likt med partner, mens det gjelder 14 prosent av de eldste (70–79 år). Ser vi på par der mannen gjør mer, finner vi imidlertid ingen forskjeller mellom aldersgruppene – 4–5 prosent i alle aldersgrupper oppgir at mannen gjør mest. Den største forskjellen mellom de yngste og eldste finner vi for den mest tradisjonelle delingen av husarbeidet, i 22 prosent av de eldste parene er det kvinnen som gjør alt eller nesten alt husarbeid. Blant de yngste er en slik tradisjonell arbeidsdeling like uvanlig som den utradisjonelle der mannen gjør mer, bare 4 prosent. Forskjellene er mindre om vi sammenligner de eldste med unge middelaldrende 30–49 år. Da finner vi at det er omtrent halvparten så mange eldre som deler likt, hhv 29 og 14 prosent.

² Tallene er vektet for skjevheter i nettoutvalget ift. kjønn, alder, landsdel, sentralitet og utdanning (for mer informasjon om vekting, se Bjørshol, Høstmark, & Lagerstrøm, 2010).

Det er nærliggende å anta at forskjellen mellom aldersgrupper i arbeidsdeling skyldes generasjonsforskjeller. Eldre generasjoner er sosialisert til en mer tradisjonell arbeidsdeling, og vokste opp i en tid da det var vanlig at mannen var hovedforsørger og kvinnen hadde hovedansvaret hjemme. Dagens unge generasjoner er vokst opp med likedeling som et mer utbredt ideal. Men hvilken arbeidsdeling som praktiseres kan også påvirkes av livsfase og hvilke andre oppgaver og forpliktelser livsfasen innebærer. For eksempel har Kjeldstad og Lappegård (2009) vist at både det å få barn, og hvor mange barn man får, påvirker arbeidsdelingen. Som vi skal se under er det den høye andelen par uten barn som gjør at aldersgruppen 18–29 år skiller seg ut som den klart mest likedelte. Når det gjelder eldre, kan livsfaseendringer som pensjonering og det at voksne barn flytter hjemmefra tenkes å påvirke arbeidsdelingen. Færre forpliktelser i arbeidsliv og hjemme kan trekke i retning av større likedeling blant eldre. Med NorLAGs paneldata har vi sett på det; om arbeidsdelingen blir mer likedelt etter pensjonering enn den var før, eller mer likedelt etter at barna flyttet hjemmefra enn da de bodde hjemme. Vi fant imidlertid at slike livsfaseendringer betyr lite eller ingenting for arbeidsdeling i eldre år (Hansen & Slagsvold, 2012a). Det kan peke i retning av at når arbeidsdeling mellom partnere først er etablert, består mønstret gjennom livet – i alle fall dersom det ikke skjer mer radikale endringer som for eksempel helsesvikt hos den ene part.

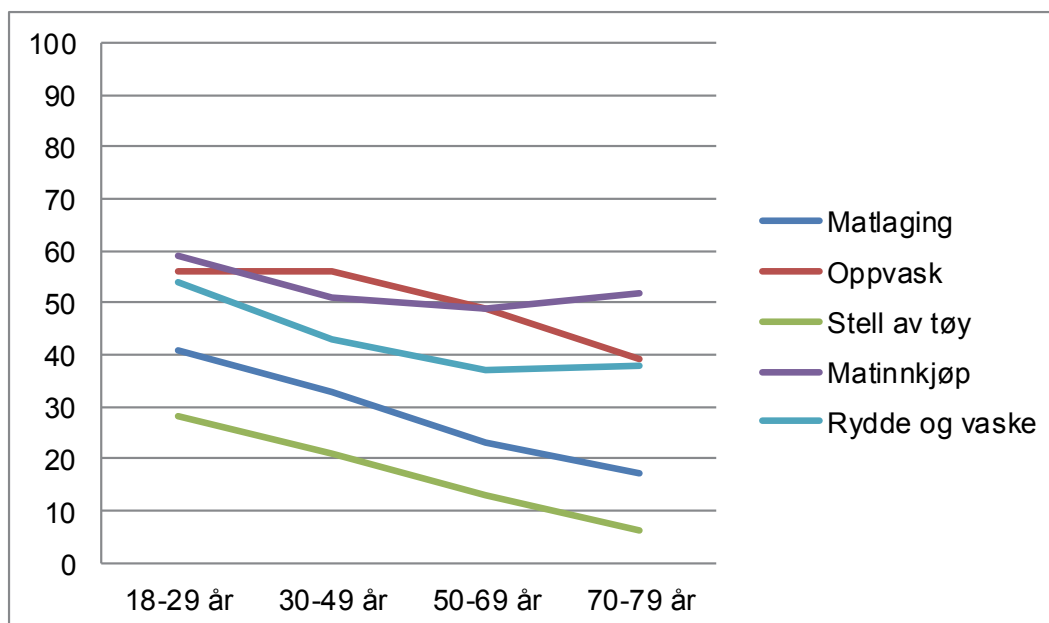
MER LIKEDELING BLANT PAR UTEN BARN

Det er betydelig flere par uten barn som har lik arbeidsdeling sammenlignet med par som har barn. Dette gjelder for alle aldersgrupper, men kontrastene er særlig tydelige blant dem under 50 år (se figur 2). At andelen blant de yngste som har lik arbeidsdeling varierer fra omtrent halvparten blant de *uten* barn til under en tredjedel blant de *med* barn, kan tyde på at det er en utbredt forventning om likedeling av husarbeid blant dagens unge, men at barn endrer praksis, slik også tidligere studier har vist. Fordelingen av husarbeid for de uten barn viser en økende andel som deler likt for hver 10-årskohort, for foreldre er andelen omtrent den samme for foreldre i aldersgrupper under 50 år, og lavere for de over 50 år. Om vi ser likedeling blant barnløse som uttrykk for ønsker og normer om likedeling, så synes slike normer å være økende, men at de blir vanskelig å praktisere når barn kommer til.



Figur 2. Deling av husarbeid blant par med og uten barn, etter alder (%). N uten barn= 2 080, med barn = 7 639

MATLAGING OG KLESVASK ER MEST SKJEVFORDELT, MEN I STERK ENDRING
 Hittil har vi sett på deling av husholdsoppgavene samlet. Det er imidlertid klare forskjeller mellom de enkelte husholdsoppgavene (figur 3). Vanligst er det å dele likt på oppvask og matinnkjøp, og minst vanlig å dele stell av tøy og rydding/rengjøring. Dette mønstret finner vi i alle aldersgrupper. Men jo yngre aldersgrupper, desto mer deler de, med unntak av for matinnkjøp. Vi finner også at i over halvparten av parene under 30 år gjør mannen alle oppgaver minst like mye som kvinnen, unntatt klesvask.



Figur 3. Andel som deler likt på ulike husarbeidsoppgaver, etter alder.

De to oppgavene der likedeling er minst vanlig, matlaging og stell av tøy, er også de oppgaver der vi ser den sterkeste trenden mot mer likedeling blant yngre sammenlignet med eldre par. I den yngste aldersgruppen lager 41 prosent av parene mat omtrent like ofte, i tillegg svarer 15 prosent at mannen oftere lager mat enn kvinnen, det vil si at mer enn halvparten i den yngste aldersgruppen har en «utradisjonell» arbeidsdeling når det gjelder matlaging. I den eldste aldersgruppen gjelder det $\frac{1}{4}$ om vi også inkluderer par der mannen gjør mer enn kvinnen. Det er med andre ord en betydelig økt innsats eller kanskje snarere interesse for matlaging blant menn i yngre alderskull. Vi finner samme tendenser når det gjelder stell av tøy, der 28 prosent rapporterer lik arbeidsdeling blant de yngste mot kun seks prosent blant de eldste respondentene. Blant de eldste er klesvask mer eller mindre en ren kvinneoppgave. Likevel, også blant de yngste er det kvinnen som i 67 prosent av tilfellene alltid eller vanligvis tar seg av stell av tøy. Økt likedeling handler altså dels om at flere yngre menn gjør husarbeid som tradisjonelt har vært kvinnens, selv om det fremdeles er kvinner som i gjennomsnitt gjør mest. I tillegg skyldes økt likedeling at kvinner, over de siste 40 årene, har halvert tiden de (i løpet av en gjennomsnittsdag) bruker på husarbeid, mens menn har økt sin tid på husarbeid noe (Vaage, 2012).

HENNES UTDANNING OG YRKESKLASSE BETYR MEST

Vi har også undersøkt om hans og hennes sosiale klasse (utdanning, yrkesklasse og inntekt) har betydning for deling av husarbeid. Det er *kvinnens* yrkesklasse og særlig utdanningsnivå som har sterkest sammenheng med hvordan par deler husarbeidet. Jo høyere utdanning og yrkesklasse *hun* har, desto mer likedelt er husarbeidet. Det er også mer likedelt desto høyere andel hennes inntekt utgjør av parets totale inntekt, men bare til et visst nivå. Når hun tjener mer enn ham, er arbeidsdelingen omtrent lik som når de tjener like mye. *Menns* sosiale klasse betyr derimot lite for deling av husarbeidet når vi kontrollerer for kvinnens sosiale klasse.

I aldersgruppen 50–69 år er sammenhengen mellom hennes utdanning og arbeidsdeling særlig sterk. Det skyldes i hovedsak at kvinner med 5-årig høyere utdanning eller mer praktiserer en langt mer likedelt arbeidsdeling enn kvinner i de andre utdanningsgruppene. Hele 57 prosent av de høyst utdannede kvinnene har svart at arbeidsdelingen er lik eller at han gjør mer enn henne (ikke vist). Det tilsvarende tallet for kvinner med ungdomsskoleutdanning er 16 prosent. Kanskje vi her ser et avtrykk av 68-er generasjonen med høyt utdannede kvinner som var den generasjonen som satte likestilling på dagsorden, og gikk i spissen for en mer likedelt arbeidsdeling hjemme.

LIKERE, MEN IKKE LIK, ARBEIDSDELING NÅR PARET HAR OMTRENT LIKE HØY YRKESAKTIVITET

Arbeidstidsdifferanse er blant av de faktorene som betyr mest for deling av husarbeid. Det finner man i tidligere forskning (bl.a., Kjeldstad & Lappegard, 2009), og det finner vi også i denne studien. Delingen av husarbeidet er mest tradisjonell når han jobber fulltid og hun deltid. Par med lik arbeidstid har likere arbeidsdeling hjemme. Men likevel, selv når begge jobber fulltid, eller hun er mest yrkesaktiv, så gjør hun mer husarbeid enn ham. Delingen av husarbeid er omtrent den samme når de har samme arbeidstid som når hun jobber mest. Variasjon i arbeidsdelingen hjemme etter yrkesdeltakelse er nokså lik på tvers av aldersgrupper. For eksempel, blant par hvor hun er fulltids yrkesaktiv oppgir om lag 12–14 prosent flere at husarbeidet deles likt sammenlignet med når hun jobber mindre enn fulltid—både blant par 30–49 år og par 50–69 år.

At deltidsarbeidende kvinner sjeldnere har en mann som deler likt på husarbeidet kan i og for seg synes rimelig – de har mer tid til husarbeid. I et slikt lys er det kanskje like overraskende at i hele 19–25 prosent av parene i alderen 18–49 år der han jobber fulltid og hun deltid, så deler paret likevel likt på husarbeid (Lima & Steen Jensen, 2012).

AVSLUTNING

Likestillingen er kommet langt i Norge, både når vi sammenligner med andre land og når vi ser på utviklingen over 30–40 år. For eksempel ligger Norge høyt oppe internasjonalt når det gjelder yrkesdeltakelse blant kvinner, selv om mange jobber deltid. Og sju av ti par deler likt på omsorgsoppgaver for barn (Lima & Steen Jensen, 2012). Imidlertid har likestillingen enda et stykke å gå når det gjelder husarbeidet, selv om husarbeidet langt oftere er likedelt nå enn tidligere.

Som vist varierer deling av husarbeidet mellom aldersgrupper og livsfaser. Yngre deler mest likt, men man synes å dele husarbeidet noe mer tradisjonelt etter at man får barn. Sosial klasse, og særlig *kvinnens* klassebakgrunn, har og betydning. Desto høyere utdanning, inntekt og yrkesklasse *hun* har, jo mer likedelt er husarbeidet.

REFERANSER

- Bjørshol, E., Høstmark, M., & Lagerstrøm, B. O. (2010). *Livsløp, generasjon og kjønn. LOGG 2007 Dokumentasjonsrapport*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Hansen, T., & Slagsvold, B. (2012a). Endres arbeidsdelingen i hjemmet som følge av livsløpsoverganger? I T. Hansen & B. Slagsvold (red.), *Likestilling hjemme*. Oslo: NOVA-rapport 8/2012.
- Hansen, T., & Slagsvold, B. (2012b). *Likestilling hjemme*. Oslo: NOVA-rapport 8/2012.
- Kjeldstad, R., & Lappegard, T. (2009). Mest fornøyd med (delvis) likestilling. *Samfunnsspeilet*, 4, 65–72.
- Lima, I., & Steen Jensen, R. (2012). Arbeidsdeling hjemme: hvilken betydning har livsfase, yrkestilknytning, sosial klasse og bosted? I T. Hansen & B. Slagsvold (red.), *Likestilling hjemme* (pp. 43–91). Oslo: NOVA rapport 8/12.
- Vaage, O. F. (2012). *Tidene skifter. Tidsbruk 1971–2010*. Oslo: Statistisk Sentralbyrå.

DEL IV

Mellom arbeid og pensjon

KAPITTEL 11:

Pensjonering og endring av helse og helsevaner

Per Erik Solem, Astri Syse og Marijke Veenstra

KAPITTEL 12:

Helse og pensjoneringsatferd

Morten Blekesaune og Marijke Veenstra

KAPITTEL 13:

Pårørende i klemme mellom arbeid og foreldreomsorg – har de høyere sykefravær?

Elisabeth Ugreninov

KAPITTEL 14:

Etter pensjonering – mer eller mindre aktiv?

Per Erik Solem

KAPITTEL 11

Pensjonering og endring av helse og helsevaner

Per Erik Solem, Astri Syse og Marijke Veenstra

Pensjonering kan påvirke helsa på mange måter, og virkningene kan være både positive og negative. Resultatene tyder på at tidlig pensjonering virker umiddelbart bra på helsa for noen, og at fortsatt yrkesaktivitet også kan ha en positiv virkning, men for noe færre. Det er derfor sannsynlig at fleksibel, valgfri pensjonering kan fremme god helse. Fleksibiliteten i den nye pensjonsordningen kan styrke mulighetene for å oppnå positive helsevirkninger, men da må også mulighetene for å slutte tidlig sikres, ikke bare muligheten til å fortsette lenger.

Innføringen av pensjonsreformen som startet gradvis i 2011 betyr store endringer i det norske pensjonssystemet, og etter hvert vil det antakelig også føre til store endringer i pensjoneringsatferden. Det er i det minste det som er hensikten med reformen. Myndighetene ønsker at flere står lenger i arbeid før de pensjoneres, eller står lenger i arbeid samtidig som de tar ut pensjon. Begrunnelsen er at aldringen av befolkningen gjør at det er behov for flere eldre i arbeidslivet, samtidig som finansieringen av trygder og omsorgstjenester vil bli vanskelig i framtida om ikke flere utsetter arbeidsavgangen. Et viktig grunnlag for at det er mulig å heve avgangsalderen, ligger i en stadig økende levealder og til dels også bedre helse i eldre år (Otnes 2011). Helsa har betydning for om en kan være i arbeid, og dårlig helse er en viktig grunn til tidlig avgang. Vi vet mindre om hvordan arbeidsavgang virker på helsa og på helsevaner. I dette kapitlet skal vi se på nettopp dette: I hvilken grad bidrar pensjonering til en endring i helse og helsevaner?

Pensjonering kan påvirke helsa på mange måter. Yrkesdeltakelse innebærer ulike former for aktivitet, som faller bort ved pensjonering. Det gjelder både fysisk og mental aktivitet, men i varierende grad i ulike yrker. Eventuelle virkninger av arbeidsopphør kan være både positive og negative. For eksempel

kan det å slutte i et arbeid som sliter, enten det er tungt fysisk arbeid eller mentalt stressende arbeid, åpne for en positiv utvikling av helse. Særlig er dette aktuelt ved uførepensjonering der jobbens krav har ligget på eller over grensen for det arbeidstakerens helse kan tåle. På den annen side kan arbeidet gi daglig aktivitet, engasjement, deltakelse og sosial tilknytning som kan påvirke helse negativt hvis det ikke erstattes etter yrkesavgang.

Selv der en ikke kan se noen endringer i helse etter pensjonering, vil helsevaner eller helselatert atferd kunne endre seg på en måte som kan tenkes å gi helseeffekter på lengre sikt. I dette kapitlet følger vi virkninger av pensjonering på helse og helseatferd i inntil fem år inn i pensjonisttilværelsen.

TIDLIGERE FORSKNING OM HELSEEFFEKTER AV PENSJONERING

Forskningen om helseeffekter av pensjonering har så langt gitt blandede resultater (Oksanen & Virtanen 2012). Spørsmålet om pensjonering påvirker fysisk helse «er i bunn og grunn fremdeles ubesvart» (Gallo 2013, s. 326). Noen studier viser ingen tydelige helseeffekter (Kremer 1985, Mein et al. 2003, Rijs et al. 2012), noen viser negative helseeffekter (Dave et al. 2008, Behncke 2009), mens andre tyder på bedre helse som en følge av pensjonering (Mojon-Azzi et al. 2007, Jokela et al. 2010, Westerlund et al. 2010). Den store amerikanske studien om helse og pensjonering, «The Health and Retirement Study» (HRS), viser gjennomsnittlig klart negative helseeffekter av pensjonering, noe som forskerne knytter til mindre fysisk aktivitet og mindre sosial deltakelse etter pensjonering (Dave et al. 2008). De finner også at de negative helseeffektene er større ved ufrivillig pensjonering enn når den er selvvalgt. Tilsvarende fant van Solinge (2007) at ufrivillig pensjonering resulterte i dårligere selvrapportert helse.

Den longitudinelle engelske studien om aldring, «The English Longitudinal Study of Ageing» (ELSA), viste økning i kroniske lidelser etter pensjonering (Behncke 2009). En annen engelsk studie, «Whitehall II longitudinal study» viste ingen effekter på fysisk helse etter pensjonering ved 60-årsalder (Mein et al. 2003). Senere analyser av samme studie viste positive effekter på fysisk helse. Disse effektene var tydeligst kort tid etter pensjonering og tapte seg over tid (Jokela et al. 2010). Data fra den franske «GAZEL occupational cohort study» viste ingen effekter på fysiske sykdommer, men

redusert forekomst av depressive symptomer etter pensjonering (Westerlund et al. 2010). «The Swiss Household Panel» (SHP) viste positive endringer i egenvurdert helse etter pensjonering (Mojon-Azzi et al. 2007). Tidligere forskning gir med andre ord et uoversiktlig bilde av helseendringer etter pensjonering. De til dels motstridende resultatene kan skyldes at pensjonistene er fulgt opp i ulik tid, men det kan også skyldes ulike nasjonale kontekster og bredden av utvalgene – om det dreier seg om nasjonale utvalg (HRS, ELSA, SHP) eller om utvalg fra bedrifter eller etater (Whitehall II, GAZEL).

TIDLIGERE FORSKNING OM ENDRING AV HELSERELATERT ATFERD ETTER PENSJONERING

Det er rapportert lite forskning om endring av helserelatert atferd etter pensjonering (Gallo 2013). Tidligere studier har sett på blant annet fysisk aktivitet, alkoholbruk, røyking og vekt (kroppsmasseindeks, KMI). Den franske GAZEL-studien viste at andel som var fysisk aktive økte etter pensjonering (Sjösten et al. 2012). Gallo (2013) oppsummerer studier som ser på effektene av pensjonering på fysisk aktivitet med at det å spasere, sykle og drive med sport synes å øke når en slutter i arbeid. En tidligere analyse av norske paneldata stemmer bra med denne oppsummeringen ved at de som ble AFP-pensjonister ble noe mer aktive enn de som fortsatte i arbeid når det gjelder turer og/eller trening utendørs (Solem 2012). Pensjonering synes med andre ord å medføre at en går noe oftere på tur.

På den annen side viste en skotsk studie veldig liten økning i fysisk aktivitet etter pensjonering og på langt nær nok til å kompensere for den fysiske aktiviteten en hadde i forbindelse med jobben (Berger et al. 2005). Resultatene fra en nederlandsk panelstudie viste at fysisk aktivitet som å sykle eller spasere til jobben ikke ble kompensert etter pensjonering med mer fysisk aktivitet i form av sport, mosjon, spaserturer, sykling eller hagearbeid. Samlet sett førte pensjonering således til reduksjon i fysisk aktivitet (Slingerland et al. 2007).

Heller ikke når det gjelder endring i alkoholbruk etter pensjonering gir forskningen noe klart svar (Gallo 2013). Antakelser om økt alkoholbruk etter pensjonering bygger dels på at det å slutte i arbeid kan være et tap og en belastning som pensjonisten kan søke å dempe med alkohol, og dels på at en har mer tid og anledning til å drikke når en ikke må holde seg edru for å klare jobben og er under mindre sosial kontroll. Forskningen spriker. Noe forskning

viser redusert alkoholbruk etter pensjonering (Bacharach et al. 2007, Neve et al. 2000), mens andre studier viser det motsatte (Perreira & Sloan 2001), eller at pensjoneringen gjorde det vanskeligere å redusere problematisk drikking (Perreira & Sloan 2001, Henkens et al. 2008).

For røyking er det også ulike funn. Henkens et al. (2008) fant at de som sluttet i arbeid mot sin vilje hadde økt risiko for å røyke mer enn de som sluttet i arbeid etter eget ønske, mens Lang et al. (2007) fant at de som sluttet i arbeid dobbelt så ofte sluttet å røyke som de som fortsatte i arbeid. Andre har funnet at det ikke var noen effekter av pensjonering på røyking (Midanik et al. 1995).

Økning i kroppsvekt etter pensjonering kan skyldes at man mister den aktiviteten som jobben ga. Hvis ikke annen aktivitet kompenserer for dette, samtidig som en beholder det samme kostholdet, kan vekta øke. Det samme gjelder om en øker næringsinntaket, f.eks. spiser mer fordi en har bedre tid eller kjeder seg, eller spiser mer fetende mat og har mer tid til å lage «gode middager». Forskningen tyder på at det særlig er pensjonister som har hatt fysisk arbeid som opplever en vektøkning etter pensjonering, sannsynligvis på grunn av redusert fysisk aktivitet (Gallo 2013).

METODE OG UTVALG

I panelundersøkelsen NorLAG ble første runde gjennomført i 2002 og 2003 (T1) og andre runde i 2007 og 2008 (T2). Undersøkelsen er nærmere beskrevet i kapittel 2. For analysene i dette kapittelet ble yrkesaktive i alderen 57–66 år ved første intervju tidspunkt, som deltok i begge runder, inkludert. Vi ekskluderte 55 personer som gikk av med uførepensjon mellom runde en og runde to fordi effekter av yrkesavgang på helsa kan være spesielle for de som slutter på grunn av dårlig helse, slik de med uførepensjon gjør. Utvalget i dette kapittelet er dermed på 546 personer. Halvparten (N=273) gikk av med tjenestepensjon, avtalefestet pensjon (AFP) eller ordinær alderspensjon i løpet av oppfølgingsperioden. Gjennomsnittsalderen ved pensjonering var 64,5 år. Vesentlige karaktertrekk ved respondentene i første runde er beskrevet i tabell 1 for de som fortsatt var i arbeid ved det andre intervjuet og for de som var blitt pensjonister.

Helse ble målt ved telefonintervju mens helseatferd ble målt ved et postalt spørreskjema (jf. tekstboks 1). Vi har derfor informasjon om hele utvalgets

helse (N=546), men om *helseatferd* bare for de 426 respondentene som også besvarte det postale spørreskjemaet i begge rundene. Vi ønsket i utgangspunktet også å undersøke hvorvidt endringer i helse og/eller helseatferd var avhengig av alder ved pensjonering og tid siden pensjonering. Imidlertid har vi ikke stort nok materiale til å undersøke dette på en tilfredsstillende måte.

Helse

Målt med SF-12 (Ware et al. 1996), som består av 12 spørsmål, bl.a. selvrapportert helse:

- Vil du si at din helse nå stort sett er...? Utmerket/Meget god/God/Nokså god/Dårlig

SF-12 har seks ledd som måler fysisk helse og seks ledd som måler mental helse. En komplisert vektet aggregering gir sumskårer for fysisk helse (PCS: Physical Component Score) og mental helse (MCS: Mental Component Score). Sumskårene er på amerikanske utvalg standardisert til å ha et gjennomsnitt på 50 og et standardavvik på 10.

Helseatferd

Røyking: Bruker du eller har du brukt sigaretter? Daglig/Av og til/Sjelden/Aldri/Før, men ikke nå

Kategorisert som 1) aldri-røyker, 2) tidligere røyker, 3) nåværende røyker (som inkluderer daglig, av og til og sjelden).

Alkoholforbruk: Tenk på ditt alkoholforbruk de siste 12 månedene. Omtrent hvor ofte har du drukket alkohol? Daglig eller nesten hver dag/ 2–3 ganger i uken/ Èn gang i uken/ 2–3 ganger i måneden/ Èn gang i måneden/Sjeldnere/Ikke siste 12 mnd/Har aldri drukket alkohol

Kategorisert som 1) aldri eller ikke siste 12 mnd, 2) mindre enn ukentlig men minst én gang i løpet av siste år, 3) ukentlig eller oftere

Fysisk aktivitet:

Omtrent hvor ofte gjør du følgende?

a) Turer/trening utendørs (til fots/på sykkel/ski eller lignende)

b) Trening innendørs (treningsstudio, aerobic, gymnastikk eller lignende)

i) Hagearbeid (i sesongen)

Daglig/ Hver uke, men ikke daglig/ Hver måned, men ikke hver uke/ Noen ganger i året/ Sjeldnere/ Aldri

De som har daglig turer/trening utendørs, minst ukentlig trening innendørs eller daglig hagearbeid er kategorisert som "regelmessig fysisk aktive».

Kroppsmasseindeks (KMI):

Vekt i kg delt på kvadratet av høyden i meter.

1) Undervekt <18,5, 2) Normalvekt 18,5–24,9, 3) Overvekt 25,0–29,9, 4) Fedme ≥ 30,0

Vi undersøkte i første omgang sammenhengen mellom pensjonsstatus, helseendringer og helseatferdsendringer ved hjelp av deskriptiv statistikk. Innledningsvis undersøkte vi hvorvidt pensjonsstatus var assosiert med trekk ved arbeidssituasjonen, sosiodemografiske karakteristika og/eller helse og helseatferd i første intervjurunde. Resultater fra denne analysen er presentert i tabell 1. Deretter undersøkte vi i hvilken grad helseendringer og helseatferdsendringer varierte avhengig av pensjonsstatus, og resultatene fra disse analysene er nærmere beskrevet i tabell 2 og 3. Vi viser også til multivariate analyser der vi inkluderer trekk ved arbeidssituasjonen, sosiodemografiske karakteristika og helse i første intervjurunde i analyser av sammenhenger mellom pensjonsstatus og helse- og helseatferdsendringer. Disse analysene er ikke presentert i tabeller, men oppsummert kort i teksten.

HVEM GÅR AV MED PENSJON?

Som vist i tabell 1, er det rimeligvis en økt sannsynlighet for pensjonering jo nærmere man kommer 66 år. Sannsynligheten for pensjonering er lavest blant dem med høyest utdanning og blant dem som jobber mer enn 40 timers uke. Selvrapportert sykefravær er assosiert med pensjonering. De som rapporterer utmerket eller meget god helse har en lavere pensjonssannsynlighet. Det samme gjelder de som ikke rapporterer begrensninger i fysisk funksjonsnivå i dagliglivet. Det er en noe høyere tendens til pensjonering blant ansatte i offentlig sektor og blant kvinner, og blant ansatte som rapporterer at arbeids hverdagen er preget av stress. Likeledes er det en noe høyere tendens til pensjonering blant de som rapporterer at de opplever begrensninger i psykisk funksjonsnivå i dagliglivet.

Tabell 1. Andel av yrkesaktive 57–66 år ved T1 som er pensjonert ved T2, inndelt etter kjennetegn ved T1. Prosent. N.

Status på første intervju tidspunkt (T1)	Pensjonert ved T2				Pensjonert ved T2		
	T2	N	p		T2	N	p
Alder 57–59 år	30,0	237	< 0,001	Selvrapportert helse/helseatferd			
Alder 60–62 år	51,2	172		Utmerket/meget god helse	44,7	329	< 0,01
Alder 63–66 år	83,2	137		God helse	58,1	136	
Mann	46,3	287	0,07	Nokså god/dårlig helse	58,0	81	
Kvinne	54,1	259		Fysiske begrensninger i dagliglivet	56,8	162	0,03
Ugift/uten samboer	48,4	124	0,68	Ingen fysiske begrensninger i dagliglivet	47,1	384	
Gift/samboer	50,5	422		Psykiske begrensninger i dagliglivet	56,9	116	0,09
Ungdomsskole el lavere	48,1	79	< 0,001	Ingen psykiske begrensninger i dagliglivet	48,1	430	
Videregående skole	54,9	253		Nåværende røyker	58,0	112	0,18
Lavere høyere utdanning	52,4	145		Tidligere røyker	51,0	147	
Høyere høyere utdanning	29,0	69		Aldri røyket	46,7	167	
<i>Arbeidsrelaterte faktorer</i>				Drikker aldri/svært sjelden	46,2	26	0,16
Offentlig sektor	53,5	273	0,10	Drikker sjelden (max. 1 gang/mnd)	52,6	76	
Privat sektor	46,5	273		Drikker nokså ofte (max. 1 gang/uke)	56,9	174	
<Fulltid (<37 timer/uke)	63,9	144	< 0,001	Drikker ofte (flere ganger/uke eller daglig)	44,7	150	
Fulltid	49,0	300		Fysisk aktiv minst ukentlig	51,9	368	0,45
> Fulltid (>40 timer/uke)	33,3	102		Sjeldnere fysisk aktiv	46,6	58	
Arbeidssituasjon preget av stress	56,1	148	0,08	Normalvektig/undervektig	47,3	207	0,12
Arbeidssituasjon lite preget av stress	50,9	424		Overvektig/fet	54,8	219	
Fravær pga sykdom siste 12 mnd.	56,2	201	0,02	Oppsøkte fastlege sist år	52,5	387	0,07
Ei fravær	46,4	345		Oppsøkte ikke fastlege sist år	44,0	159	

HELSEKONSEKVENSER AV PENSJONERING

Vi har sett på endringer i selvrapportert helse og endringer på samlemål på fysisk og mental helse slik disse er målt med SF-12 (tekstboks 1). Selvrapportert helseendring består i at en vurderer sin helse på et bedre eller dårligere trinn ved T2 enn ved T1, f.eks. opp fra «meget god» til «utmerket», eller ned fra «god» til «dårlig». Det første eksemplet gir en endring på ett trinn opp og det andre eksemplet går to trinn ned. Resultatene viser at de som ble pensjonert oftere endret seg i retning av bedre helse (26,7 % av de pensjonerte mot 18,3 % av de som fortsatt var i arbeid), mens de som fortsatte i arbeid oftere endret seg i retning av dårligere helse (39,6 % mot 33,0 %) (tabell 2). Forskjellen i helseendring mellom de som sluttet i arbeid og de som fortsatte, er med andre ord ikke dramatisk, men likevel statistisk signifikant ($p = 0,04$). De som sluttet hadde i utgangspunktet noe dårligere helse enn de som fortsatte (tabell 1), slik at de som sluttet har blitt mer like de som har fortsatt i arbeid i sin helsevurdering.

Tabell 2. Endring i helsen fra T1 til T2, avhengig av pensjonsstatus ved T2. Prosent. N

	Status på siste intervju tidspunkt (T2)		
	I arbeid (N=273)	Pensjonert (N=273)	p
Selvrapportert helse			
Ingen endring i selvrapportert helse	42,1	40,3	0,04
Negativ endring i selvrapportert helse	39,6	33,0	
Positiv endring i selvrapportert helse	18,3	26,7	
Fysisk helse			
Ubetydelig endring i PCS-skåre (+- 1,99)	42,9	33,3	0,04
Negativ endring i PCS-skåre ($\geq -2,0$)	32,6	33,7	
Positiv endring i PCS-skåre ($\geq 2,0$)	24,5	33,0	
Mental helse			
Ubetydelig endring i MCS-skåre (+- 2,99)	55,0	48,0	0,001
Negativ endring i MCS-skåre ($\geq -3,0$)	25,6	18,3	
Positiv endring i MCS-skåre ($\geq 3,0$)	19,4	33,7	

Endringene i fysisk og mental helse, slik dette er målt med SF-12, viser først og fremst at flere av dem som slutter i arbeid opplever positive helseendringer (tabell 2). Det gjelder både fysisk helse (PCS) og mental helse (MCS), men særlig mental helse. Pensjonering synes å øke sjansen for å føle seg bedre til

mote og oppleve færre vansker på grunn av psykiske problemer. Forskjellene er imidlertid ikke store. Den største forskjellen er at 33,7 prosent av pensjonistene mot 19,4 prosent av de fortsatt yrkesaktive har fått bedre *mental* helse, mens 33,0 prosent av de fortsatt yrkesaktive mot 24,5 prosent av de som har sluttet, har fått bedre *fysisk* helse (tabell 2). Dette er andeler som har endret sine skårer på SF-12 med minst 2 poeng (fysisk helse) og 3 poeng (mental helse).

Det ser ut til at endringene særlig finner sted blant dem som i utgangspunktet hadde god helse. Helsa ble enten enda litt bedre etter pensjonering eller noe dårligere om en fortsatte i arbeid. Siden uførepensjonering ikke inngår i disse analysene, ser vi ikke mange tilfeller av svært dårlig helse før pensjonering og vi kan dermed ikke si noe om effekter av pensjonering for dem med dårligst helse.

Når vi i multivariate analyser justerer for andre variabler som bidrar til helseendring, så som sykefravær og meget god eller utmerket selvrapportert helse ved første intervjurunde, finner vi at det å slutte i arbeid fortsatt er forbundet med større grad av positive fysiske og psykiske helseendringer sammenliknet med det å bli værende i arbeidslivet.

HVA BETYR PENSJONERING FOR HELSERELATERT ATFERD?

Resultatene fra NorLAG-studien viser en tydelig sammenheng mellom fysisk aktivitet og pensjonsstatus (tabell 3). De som var pensjonert rapporterte i større grad at de hadde blitt fysisk aktive opptil flere ganger i uka sammenlignet med dem som fortsatt var i arbeid (30,3% mot 17,3%, $p < 0,01$). En kan tenke seg at det å slutte i arbeid medfører endringer som øker eller minsker behovet for å røyke eller å drikke. Men det er for det første svært få som begynner å røyke etter pensjonering (2,3%), og det er flere av dem som er i arbeid (5,8%) som begynner å røyke. Det er noe flere som har sluttet å røyke (11,3%,) men ingen forskjell mellom de som sluttet i arbeid og de som ble i arbeidslivet. Det er heller ingen forskjell i andelene som røyker *mer* ved T2 enn ved T1, eller som røyker *mindre* (tabell 3).

Tabell 3. Endringer i helseatferd fra T1 til T2, avhengig av pensjonsstatus ved T2. Prosent

	Status på siste intervju tidspunkt		
	I arbeid (N=208)	Pensjonert (N=218)	p
Endringer i røykeatferd			
Er røyker, forble ikke-røyker eller sluttet	94,2	97,7	0,06
Begynte å røyke	5,8	2,3	
Er røyker, forble ikke-røyker eller begynte	88,9	88,5	0,89
Sluttet å røyke	11,1	11,5	
Ingen økning i røykeatferd	89,9	88,5	0,40
Økning i røykeatferd	10,1	7,8	
Ingen reduksjon i røykeatferd	81,7	81,2	0,88
Reduksjon i røykeatferd	18,3	18,8	
Endringer i alkoholbruk			
Ingen økning i alkoholforbruk	78,4	68,3	0,02
Økning i alkoholforbruk	21,6	31,7	
Ingen reduksjon i alkoholforbruk	87,5	81,7	0,09
Reduksjon i alkoholforbruk	12,5	18,3	
Endringer i fysisk aktivitet			
Ingen økning i fysisk aktivitetsnivå	57,2	50,0	0,13
Økt fysisk aktivitetsnivå	42,8	50,0	
Ingen eller liten økning i fysisk aktivitetsnivå	82,7	69,7	< 0,01
Stor økning i fysisk aktivitetsnivå	17,3	30,3	
Endringer i vekt			
Vekttap	28,4	40,8	0,01
Ingen vektendring	20,7	19,7	
Vektøkning	51,0	39,4	

Når det gjelder endringer i alkoholforbruk, viser resultatene at halvparten (50,0%) av dem som pensjoneres endrer sitt alkoholforbruk mot en av tre (34,1%) av dem som fortsetter i arbeid ($p < 0,01$). Endringene går i begge retninger. Noen flere pensjonerte enn fortsatt yrkesaktive øker alkoholforbruket (henholdsvis 31,7% og 21,6% $p=0,02$). Det er imidlertid også en tendens til at flere pensjonerte enn fortsatt yrkesaktive reduserer alkoholforbruket (henholdsvis 18,3% og 12,5% $p=0,09$).

Resultatene tyder på at pensjonering medfører endring i vekt for mange, både ved at flere pensjonerte enn fortsatt yrkesaktive opplever vekttap (henholdsvis 40,8 % vs. 28,4 %, $p < 0,01$) og at færre pensjonerte opplever vektøkning henholdsvis 39,4% vs. 51,0 %, $p = 0,01$).

Multivariate analyser, hvor vi tar høyde for en rekke bakgrunnsvariabler, bekrefter at pensjonsstatus synes å være assosiert med et økt fysisk aktivitetsnivå og med et økt alkoholforbruk. På den annen side, og som vist i de univariate analysene, synes gruppen som pensjoneres å tilhøre «to leire» – én gruppe øker sitt alkoholforbruk og én gruppe reduserer sitt forbruk. Når vi kontrollerer for bakgrunnsfaktorer er vektreduksjon fortsatt mer vanlig blant pensjonerte, og vektøkning er mindre vanlig.

ER PENSJONERING BRA FOR HELSE OG HELSEATFERD?

Våre funn tyder på en rekke positive endringer i både fysisk og mental helse samt helserelatert atferd etter pensjonering. Kan vi dermed konkludere med at pensjonering er bra for helsa og helsevaner? Selv om dette er en av mulighetene, er det også flere alternative forklaringer.

- (1) Både teori (Atchley 1967) og empiri (Solem 1987, Kim & Moen 2002, Sahlgren 2013) peker på ulike virkninger i ulike faser etter pensjonering. Det kan ventes en oppblomstring og forbedring i helsa og aktiviteter umiddelbart etter pensjonering med en påfølgende forverring i en senere fase. Fasetenkningen åpner for mulighetene for å se pensjoneringen som en prosess av både positive og negative hendelser, med ulik vekt til ulike tider og for ulike personer. Det er derfor viktig at undersøkelser om helseeffekter av pensjonering er tydelig på hvor langt inn i pensjonisttilværelsen pensjonistene følges, og at en analyserer effekter i forhold til et mål på tid siden pensjonering. Dataene som er brukt i dette kapittelet gir mulighet for å følge personer fra under ett år til fem år etter pensjonering. Innenfor dette intervallet har vi ikke hatt store nok grupper til å studere sammenhenger mellom tid fra pensjonering og helseendringer. Den gjennomsnittlige tiden fra pensjonering var rundt 2–3 år i vår studie. Vi kan ha fått en hovedvekt av personer som har vært pensjonert såpass kort tid at de ennå er i «hvetebrødsdagene». Ny datainnsamling på et tredje tidspunkt vil kunne avklare dette spørsmålet.

- (2) Yrkesaktive som vi har intervjuet på ett tidspunkt er intervjuet igjen fem år senere. Halvparten har da sluttet i arbeid. Vi vet når de sluttet i arbeid, men vi vet ikke når helseendringen inntraff, annet enn at det skjedde i løpet av femårsperioden. Det mest nærliggende er å knytte endringene til pensjoneringen, men andre faktorer som opptrer noenlunde samtidig i denne livsfasen (for eksempel det å få barnebarn) kan også medføre endringer i helse og helserelatert atferd.
- (3) Selektivt frafall kan spille en rolle for resultatene, men det er ikke åpenbart i hvilken retning frafallet i så fall vil påvirke resultatene. De som falt fra og bare ble intervjuet i første runde hadde relativt dårlig helse ved første intervju (Koløen et al. 2013). Helse kan ha blitt enda dårligere og så dårlig at de ikke greide jobben og heller ikke kunne intervjues andre gang. Hvis det er slik, er det en fare for at de resultatene vi har kommet fram til, kan overvurdere positive helseeffekter av pensjonering, fordi mange av dem som har blitt mye dårligere og sluttet i arbeid, ikke er intervjuet i andre runde. På den annen side kan mange av dem som ikke ble intervjuet i andre runde, og som sluttet i arbeid, tenkes å ha fått bedre helse etter pensjonering. Det kan for eksempel være en befrielse for mange med dårlig helse å slippe et helsenedbrytende arbeid. I så fall undervurderer våre data de positive helseeffektene av pensjonering. Vi har ikke grunnlag for å avgjøre den relative vekten av disse mulige motsatte effektene. Det er imidlertid mer sannsynlig at de som har fått dårligere helse ved andre intervjurunde ikke har latt seg intervjuer enn at de som har fått bedre helse ikke har latt seg intervjuer. I så måte er det fare for at resultatene mer overvurderer enn undervurderer positive helseeffekter av pensjonering, og at resultatene viser et noe mer positivt bilde enn det vil være dekning for i befolkningen generelt.

KONKLUSJONER

Vi finner at pensjonering er forbundet med positive helseendringer, men at endringene ikke er positive for alle. Tabell 2 viser for eksempel at det er minst like stor andel av de pensjonerte som opplever negative endringer i fysisk helse (48,4%) som opplever positive endringer (46,5%). Det er når vi sammenlikner med dem som fortsetter i arbeid at utviklingen er mer positiv for dem som slutter. Hvis vi hadde sammenliknet de som slutter i arbeid med seg selv før og etter pensjonering, ville vi måttet konkludere med at det er like mange som

opplever negative som positive endringer av den fysiske helse etter pensjonering.

Vi finner også at pensjonering er forbundet med endring, særlig økning, i alkoholforbruket (tabell 3). De som slutter i arbeid har større endringer i sitt alkoholforbruk enn de som fortsetter. Dette peker i retning av at pensjonering ikke gir ensartede reaksjoner: noen drikker mer, andre drikker mindre. Noen får dårligere helse og noen får bedre helse. Tendensen er likevel at sammenliknet med de som fortsetter i arbeid er det flere som får bedre helse, flere er mer fysisk aktive og flere drikker mer.

Dermed kan det se ut til at dersom flere står lenger i arbeid vil helse, samlet sett i de aktuelle aldersgruppene, kunne svekkes noe. Flere av dem som slutter blir mer fysisk aktive enn de tidligere var utenom jobben, hvilket også kan styrke tidligpensjonistenes framtidige helse. Økt alkoholforbruk kan virke i motsatt retning.

Så langt kan undersøkelsen ikke si noe om hvordan senere pensjonering kan virke på lengre sikt. Resultatene tyder som nevnt på at tidlig pensjonering virker umiddelbart bra på helse for noen, og at fortsatt yrkesaktivitet også virker positivt på helse for noen, men for noe færre. Det er derfor sannsynlig at fleksibilitet med hensyn til avgangstidpunkt kan fremme god helse, dersom det fører til at de som har best av å slutte tidlig i større grad faktisk slutter tidlig, mens de som har best av å fortsette lenger i arbeid, i større grad fortsetter lenger. Flexibiliteten i den nye pensjonsordningen kan styrke mulighetene for å oppnå positive helsevirkninger av reformen. Da må imidlertid også mulighetene for å slutte tidlig sikres godt og ikke bare muligheten til å fortsette lenge. En tredje runde med datainnsamling vil kunne si noe om i hvilken grad pensjonsreformen kommer til å ivareta hensynet både til dem som har best av å slutte tidlig og dem som har best av å stå lenger i arbeid.

REFERANSER

- Atchley, R. (1976). *The Sociology of Retirement*. New York: Schenkman.
- Bacharach, S., Bamberger, P., Cohen, A. & Doveh, E. (2007) Retirement, social support and drinking behavior: A cohort analysis of males with a baseline history of problem drinking. *Journal of Drug Issues*, 37: 525–549.
- Behncke, S. (2009) *How does retirement affect health?* IZA Discussion Paper No 4253. Bonn: The Institute for the Study of Labor (IZA)
- Berger, U., Der, G., Mutrie, N. & Hannah, M.K. (2005) The impact of retirement on physical activity. *Ageing & Society*, 25: 181–195.
- Dave, D., Rashad, R.I. & Spasojevic, J. (2008). The effects of retirement on physical and mental health outcomes. *Southern Economic Journal*, 75(2), 761–782.
- Gallo, W. (2013) The association of retirement with physical and behavioural health. In Wang, M. (ed.) *The Oxford Handbook of Retirement*, (pp. 325–338). Oxford: Oxford University Press.
- Henkens, K., van Solinge, H. & Gallo, W.T. (2008) Effects of retirement voluntariness and changes in smoking, drinking and physical activity among Dutch older workers. *European Journal of Public Health*, 18: 644–699.
- Jokela, M., Ferrie, J.E., Gimeno, D. et al. (2010). From midlife to early old age: Health trajectories associated with retirement, *Epidemiology*, 21(3), 284–290.
- Kim, J. & Moen, P. (2002) Retirement transitions, gender, and psychological Well-being: A life-course approach. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B: P212-P222.
- Kremer, Y. (1985) The association between health and retirement: Self-health assessment of Israeli retirees. *Social Science & Medicine*, 20: 61–66.
- Koløen, K., Lima, I., & Veenstra, M. (2013) Non-response and attrition in the NorLAG panel study. ACCESS Working paper nr. 2/13. Oslo: Norwegian Social Research.
- Lang, I.A., Rice, N.E., Wallace, R.B. et al. (2007) Smoking cessation and transition into retirement: Analysis from the English Longitudinal Study of Ageing. *Age and Ageing*, 36: 638–643.
- Mein, G.K., Martikainen, P., Hemingway, H. et al. (2003) Is retirement good or bad for physical health functioning? Whitehall II longitudinal study of civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57: 46–49.
- Mojon-Azzi, S., Sousa-Poza, A., & Widmer, R. (2007) The effect of retirement on health: A panel analysis using data from the Swiss Household Panel. *Swiss Medical Weekly*, 137: 581–585

- Neve, R.J.M., Lemmens, P.H., & Drop, M.J. (2000) Changes in alcohol use and drinking problems in relation to role transitions in different stages of the life course. *Substance Abuse*, 21: 163–178.
- Otnes, B. (2011) Helse, i Mørk, E. (red.) *Seniorer i Norge 2010*. Statistiske analyser 120. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Oksanen, T. & Virtanen, M. (2012) Health and retirement: a complex relationship. *European Journal of Ageing*, 9:221–225.
- Perreira, K.M., & Sloan, F.A. (2001) Life events and alcohol consumption among mature adults: A longitudinal analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 62: 501–508.
- Rijs, K.J., Cozijnsen, R. & Deeg, D.J.H. (2012) The effect of retirement and age at retirement on self-perceived health after three years follow-up in Dutch 55-64-year-olds. *Ageing & Society*, 32: 281–306.
- Sahlgren, G.H. (2013) *Work longer, live healthier*. IEA Discussion Paper No.46. London: The Institute of Economic Affairs.
- Sjösten, N., Kivimäki, M., Singh-Manoux, A. et al. (2012) Change in physical activity and weight in relation to retirement: the French GAZEL Cohort Study, *BMJ Open* 2012;2:e000522. doi:10.1136/bmjopen-2011-000522
- Slingerland, A.S., van Lenthe, F.J., Jukema, J.W. et al. (2007) Aging, retirement, and changes in physical activity: prospective cohort findings from the GLOBE study. *American Journal of Epidemiology*, 165: 1356–1363.
- Solem, P.E. (1987) Mortality during the first five years after reaching retirement age, in Levi, L. (ed.) *Society, stress and disease. Volume 5: Old age* (236–248). Oxford: Oxford University Press.
- Solem, P. E. (1989). *Enighet og tvisyn. Om yrkesaktives holdninger til øvre aldersgrenser i arbeidslivet. Rapport 3-1989*. Oslo: Norsk gerontologisk institutt.
- Solem, P. E. (2012). Endring i husarbeid, fritidsaktiviteter og frivillig arbeid etter yrkesavgang. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 15(3), 207–221.
- Ware et al. 1986, http://journals.lww.com/lww-medicalcare/Abstract/1996/03000/A_12_Item_Short_Form_Health_Survey_Construction.3.aspx
- Westerlund, H., Vahtera, J., Ferrie, J.E. et al. (2010). Effects of retirement on major chronic conditions and fatigue: French GAZEL occupational cohort study. *British Medical Journal*. doi:10.1136/bmj.c6149.

KAPITTEL 12

Helse og pensjoneringsatferd¹

Morten Blekesaune og Marijke Veenstra

Fanger uførepensjonen opp alle som går av med pensjon på grunn av helseplager? Er det noen former for helsesvikt som leder til annen tidligpensjonering enn uførepensjon? Dette kapitlet undersøker betydningen av helse for pensjonering generelt og for uttak av to hovedtyper av pensjoner: uførepensjon og alderspensjon (inklusive avtalefestet pensjon, AFP). Alle anvendte helsemål korrelerer med uførepensjonering, men når de studeres i sammenheng, er det generell, subjektiv helse som best predikerer uførepensjonering framfor konkrete mål som depresjon eller fysisk funksjonssvikt. Nedsatt fysisk funksjon kan fortsatt predikere uførepensjonering hos kvinner, men ikke hos menn, hvis vi samtidig korrigerer for andre og mer subjektive helseproblemer.

Uførepensjonen er den mest åpenbare pensjonen for dem som må forlate arbeidslivet på grunn av helse. Men det kan finnes personer som har mindre alvorlig helsesvikt enn det som kreves for å få uførepensjon, som også velger å pensjonere seg tidlig. En grunn kan være at uførepensjonen stiller krav til medisinsk dokumentasjon, og noen kan ha helsesvikt som er vanskelig å dokumentere. En annen grunn kan være at helsesvikten gjør det tungt å fortsette i arbeid, noe som kan føre til sterkere preferanser for pensjonsfinansiert fritid. En tredje grunn kan være at folk med helsesvikt har kortere forventet levealder. Ut fra teori kan det forventes at grupper med kort forventet levealder ønsker å gå av tidlig. Ønsket om «noen helsemessig gode år som pensjonist» er også del av fagbevegelsens begrunnelse for å beholde en gunstig AFP-ordning (Østvold 2008). I hvilken grad fanger uførepensjonen opp alle som går av med pensjon på grunn av helseplager? Er det noen former for helsesvikt som leder til annen tidlig pensjonering enn uførepensjon? Dette

¹ Artikkelen er basert på en tidligere publikasjon: Blekesaune M og Veenstra M (2010). Helse og pensjoneringsatferd, *Tidsskrift for velferdsforskning*, 13(2): 83-94.

kapitlet undersøker betydningen av tre dimensjoner av helse for pensjonering generelt og for uttak av to hovedtyper av pensjoner: uførepensjon og avtalefestet pensjon (AFP) eller alderspensjon.

Innføringen av AFP i 1989 ble begrunnet med å gi de såkalte sliterne i arbeidslivet en mulighet til å pensjoneres med verdighet (Fellesforbundet 2006). Arbeidsfolk med moderat helsesvikt skulle få mulighet til å pensjonere seg uten å måtte gå det som for noen kunne fortone seg som uverdige runder med leger og trygdekontor for å vise at helsesvikten har de konsekvenser for arbeidsevnen som folketrygdloven krever. Staten finansierte 1/3 av kostnadene ved AFP ut fra en antakelse om at noen ville gå av med AFP istedenfor uførepensjon, muligens også istedenfor arbeidsløshetsstrygd (St.prp. nr. 69 1987-88). Det vil si at AFP var tenkt å avlaste disse andre ytelsene. Om AFP har virket etter disse hensiktene har senere vært et hett diskusjonstema. Empiriske analyser antyder at AFP kan ha avlastet uførepensjonen i de første årene etter at ordningen ble innført, men at denne effekten senere kan ha blitt svekket eller til og med forsvunnet helt (Røed og Hougen 2003; Bratberg, Holmås og Thøgersen 2004; Blekesaune 2005). Det faktum at AFP-pensjonistene normalt ikke tar ut uførepensjon, har likevel bidratt til en reduksjon i antallet personer som uførepensjoneres etter 62 års alder.

Norge har innført en ny og mer fleksibel alderspensjon, som betyr at hver person i større grad selv kan velge når en vil slutte å jobbe og når en vil ta ut sin pensjon. Et av formålene med pensjonsreformen er å gi folk bedre muligheter til å realisere sine preferanser med hensyn til fortsatt arbeid versus pensjonsfinansiert fritid. Denne valgfriheten er forbundet med økonomisk belønning av dem som velger å jobbe noen år ekstra framfor å gå av med pensjon. Utsettelse av pensjoneringen gjør at man får utbetalt en høyere pensjon hvert år man er pensjonist. Men hvis det er helsesvikt som bestemmer når folk går av med pensjon, snarere enn egentlige preferanser for arbeid og fritid, er det en risiko for at en fleksibel alderspensjon belønner dem med god helse på bekostning av dem med dårlig helse. Både AFP ordningen og en mer fleksibel alderspensjon gjør det således interessant å undersøke i hvilken grad uttak av disse pensjonene predikeres av helsesvikt.

HVORDAN MÅLER MAN HELSE?

En vanlig inndeling er å skille mellom subjektive og objektive helsemål. Subjektiv betyr at helsen rapporteres av personen selv. Objektiv betyr at helsen framkommer av en grundigere undersøkelse, gjerne utført med et måleinstrument og rapportert av en helsearbeider. En annen inndeling kan gjøres mellom generelle og mer spesifikke helsemål. Et mye brukt subjektivt og generelt helsemål er å spørre folk om helsen er god eller dårlig. En alternativ tilnærming er å stille et antall mer konkrete eller spesifikke helsespørsmål som dernest summeres til en indeks eller skala. Det siste inkluderer indekser over hvilke dagligdagse gjøremål man er eller ikke er i stand til å gjøre på egen hånd eller skalaer for mentale helseproblemer slik som depresjon.

Mange forskere er skeptiske til bruken av subjektive helsemål i analyser av folks pensjonering (Anderson og Burkhauser 1985; Bound 1991). Subjektive helsevurderinger antas å være lettere påvirket av stemningsleie eller av generelle preferanser for å ta ut pensjon enn mer objektive helsemål. Risikoen for å overestimere helsens betydning for pensjoneringsatferden antas derfor å være større for subjektive enn objektive helsemål (op.cit.).

Generell subjektiv helse har imidlertid vist seg å være en god prediktor for framtidig sykdom og dødelighet (Idler og Benyamini 1997), og dermed også for forventet levealder. Hvis folk flest har et ønske om å pensjonere seg i god tid før helsen svikter helt, er det også grunn til å forvente at subjektiv helseopplevelse påvirker tidspunktet for når folk pensjonerer seg, også ut over det som framkommer av mer objektive helsemål. Av slike grunner bør man trolig være forsiktig med å avvise noen typer helsemål som dårligere enn andre mål i studier av folks pensjoneringsatferd.

TIDLIGERE FORSKNING

Flere studier har spurt folk om helsen på ett tidspunkt for så å undersøke om de pensjonerer seg i påfølgende år. Eksempelvis har det vært forsket på hvordan medisinske og sosiale faktorer predikerer avgang fra arbeidslivet (Krokstad og Westin 2004; Haahr, Frost og Andersen 2007) eller hvor mye bestemte diagnoser eller hovedtyper av helsesvikt betyr for arbeidsuførhet, herunder uførepensjonering (Mykletun m.fl. 2006).

De fleste publiserte studier finner at helsesvikt rapportert i survey-data predikerer tidlig tilbaketrekning fra arbeidslivet. Eksempelvis finner en dansk

studie (Lund og Borg 1999) at generell subjektiv helse predikerer tidlig tilbaketrekning fra arbeid, spesielt blant menn. En studie blant britiske statsansatte (Mein, Martikainen, Stansfeld, Brunner, Fuhrer og Marmot 2000) finner at alle deres tre helsemål, dvs. langvarig sykdom, generell subjektiv helse og mental helse, predikerer tidlig pensjonering hos menn. Hos kvinner er sammenhengene mellom helse og pensjoneringsatferd statistisk usikre, men dette kan skyldes at studien har færre kvinner enn menn.

En studie blant svenske menn (Åstrand, Isacsson og Olhagen 1988) finner at to av tre helsemål predikerer (senere) pensjonering, dvs. egenrapportert og legerapportert helse, men ikke kondisjon målt som oksygenopptak på en ergometersykkel, som er et mer objektivt helsemål. En studie blant finske menn (Krause, Lynsch, Kaplan, Cohen, Goldberg og Salonen 1997) finner at seks av i alt 16 helsemål er signifikante prediktorer for (senere) uførepensjonering. Dette inkluderer alvorlig skade, slitasjegikt, migrene/hodepine, asymptotisk hjerte-/karsykdom samt generell subjektiv helse. Denne studien viser ingen sammenheng mellom mental sykdom og uførepensjonering. En norsk studie (Mykletun m.fl. 2006) finner derimot at angst og depresjon er en mye viktigere prediktor for uførepensjonering enn det som framkommer av hoveddiagnosene for uførepensjonen. Sammenhengen mellom psykiske lidelser og uførepensjonering består også langt på vei når det korrigeres for somatiske lidelser fra helseundersøkelsen.

DATA OG METODER

Dataene hentes fra NorLAG (se kapittel 2 for nærmere informasjon om studien). Analysene følger et utvalg på 1 229 personer som var med både i NorLAG1 (2002) og NorLAG2 fem år senere (i 2007) ettersom registerdataene om pensjonering ble lagt til i den andre runden.

Opplysninger om pensjonering er hentet fra registre i Nav som ble koblet til NorLAG undersøkelsen. Vi undersøker to hovedtyper av pensjon. Den ene er avtalefestet pensjon (AFP) eller alderspensjon som slås sammen til en felles pensjonsvei. Den andre pensjonstypen er uførepensjon. Alle disse pensjonene kan graderes, og kan dermed også kombineres med arbeid. Pensjon under 50

prosent tas ikke med i disse analysene. Analysene omfatter yrkesaktive arbeidstakere (privat næringsdrivende er ikke med) i 2002 og som var minst 50 år da de kunne gå av med pensjon.

Alle kan søke om uførepensjonen, også før 50 års alder. Men AFP kan ikke tas ut før fylte 62 år og noen grupper kan også ta ut alderspensjon før 67 år. Midtsundstad (2004) anslår at cirka 80 prosent av lønnstakerne i aldersgruppen 60–61 år arbeider i organisasjoner som har AFP. Noen av disse tilfredsstillende ikke de individuelle opptjeningskravene, spesielt gjelder dette kvinner.

Pensjonering før 62 års alder vil ofte være frivillig avgang blant yrkesgrupper som politi, militære, brannmenn og flyvere. Noen av disse har også anledning til å jobbe inntil tre år lenger i eget yrke (fra 57 til 60 års alder) og enda lenger (ut over 60 år) i andre yrker. Disse personene er med i analysen så lenge de er yrkesaktive, men tas ut av analysen fra det året de går av med andre pensjoner enn uførepensjon før 62 års alder.

Dataene tilordnes slik at de har en linje (record) for hvert år hver person kan gå av med pensjon. Det vil si inntil seks datalinjer for årene 2002 til 2007. Analysen har således flere observasjoner for hver person. En person som fylte 50 år i løpet av 2004 og som ikke hadde pensjonert seg ved utgangen av 2006 vil være med i tre år (2004–2006). Vi analyserer kun overgangen til pensjon, såkalt insidens eller forløpsanalyse. De som pensjonerte seg i 2003 vil således ikke være med i analysen i årene 2004 til 2007. Analysen inkluderer 598 menn og 701 kvinner.

Tre helsevariabler inkluderes fra undersøkelsen i 2002: generell subjektiv helse, fysisk funksjon og depresjon. Generell subjektiv helse måles med: «*Vil du si at din helse nå stort sett er utmerket, meget god, nokså god, god, dårlig?*», med verdier fra 1 til 5. Fysisk funksjon måles som en summert indeks av to spørsmål: «*Er din helse i dag slik at den begrenser deg i (a) å utføre aktiviteter som å flytte et bord, støvsuge, gå en tur eller drive med hagearbeid, og (b) å gå opp trapper flere etasjer?*» Svaralternativene er mye, litt og ikke i det hele tatt. Depresjon måles med en skala bestående av 20 spørsmål om depressive symptomer, kjent som CES-D (Radloff 1977). Vanlige symptomer på depresjon er interesseløshet, hjelpeløshet, lavt selvbilde, pessimisme, dårlig appetitt og søvnløshet, symptomene som også inngår i listen fra CES-D. Respondenter ble

bedt om å krysse av for hvor ofte de har følt symptomene i løpet av den siste uka. Svaralternativene er aldri eller nesten aldri, litt av tiden, en del av tiden, nesten hele tiden. Vi har konstruert alle helsemål slik at høye verdier indikerer dårlig helse. I utvalget har generell subjektiv helsesvikt et standardavvik på 1. De to andre helsevariablene, funksjonssvikt og depresjon, ble av den grunn standardisert (omskalert til et gjennomsnitt lik 0 og standardavvik lik 1) for å gjøre det lettere å sammenligne koeffisientene til helsevariablene i den statistiske analysen.

Alle analysene korrigerer for alder, utdanningsnivå målt som normert utdanningslengde i år for høyeste fullførte utdanning og individets arbeidsinntekt (i 100 000 kroner opp til 700 000). Alder er den eneste forklaringsvariabelen som endres for hvert observasjonsår, de øvrige variablene ble målt i 2002 (inntekt i 2001).

Tabell 1 viser beskrivende statistikk av dataene. Den øverste linjen viser at 4,5 prosent av mennene og 5,1 prosent av kvinnene pensjonerte seg som gjennomsnitt for observasjonsårene. Tabellen viser at helsemålene, spesielt fysisk funksjon og depresjon er fordelt slik at flesteparten har få problemer, men noen får rapporterer betydelig funksjonssvikt og mange depressive symptomer.

Tabell 1: Beskrivende statistikk av dataene for observasjonsårene. Prosentandeler eller gjennomsnitt med standardavvik i parentes

	Menn		Kvinner		Lav	Høy
Enhver pensjon	4,5%		5,1%		0	1
AFP/Alderspensjon	3,3%		3,4%		0	1
Uførepensjon	1,2%		1,27%		0	1
Alder	57,2	(4,5)	56,6	(4,6)	50	69
Offentlig sektor	44,5%		70,5%		0	1
Utdanning (år)	14,0	(2,6)	13,7	(2,5)	5	21
Inntekt (100' kr)	3,9	(1,4)	2,9	(1,1)	0	7
Generell helse	2,2	(1,0)	2,2	(1,0)	1	5
Fysisk funksjon	-0,1	(0,8)	0,1	(1,1)	-0	6
Depresjon	-0,1	(0,9)	0,1	(1,1)	-1	6
Antall personer	598		701			
Antall observasjoner	2 851		3 210			

De som har helseplager rapporterer ofte om problemer på flere av helsemålene. Spesielt er det mange som rapporterer både svekket fysisk funksjon og dårlig generell helse ($r=0,41$). De tre helsemålene kan således fange opp de samme

underliggende helseproblemene som leder til tidlig pensjonering. Eksempelvis kan fysisk funksjon og depresjon føre til at man rapporterer dårlig generell helse, og nedsatt fysisk funksjon kan føre til depresjon. Vi inkluderer alle tre helse mål samtidig i analysene av pensjoneringsatferd. Disse sammenhengene kan blir svakere enn om vi hadde analysert sammenhenger med bare ett helse mål om gangen.

RESULTATER

Resultatene av samlet (AFP og uførepensjon) pensjonering med statistisk korreksjon for alder, offentlig vs. privat sektor, utdanning (i år), inntekt og alle tre helse målene viser at dårlig generell subjektiv helse fører til tidligere pensjonering både hos menn og kvinner. Nedsatt fysisk funksjon fører til noe tidligere pensjonering hos kvinner, men ikke hos menn. Depresjon predikerer ikke tidlig pensjonering, verken hos menn eller kvinner, når man korrigerer for de to andre helse målene (ikke vist her). Personer med høy inntekt pensjonerer seg senere enn de med lavere inntekt. Det er ingen kjønnsforskjell i samlet pensjoneringsatferd når vi korrigerer for blant annet inntekt.

Vi ser nå på resultatene for de to hovedtypene av pensjoner (AFP og uførepensjon) hver for seg. Tabell 2 viser resultatene for AFP/alderspensjon (øverst) og uførepensjon (nederst). Den øverste delen av tabellen viser at tidlig uttak av AFP/alderspensjon korrelerer med dårlig generell subjektiv helse hos menn, mens denne sammenhengen er svak og statistisk usikker hos kvinner. Verken fysisk funksjon eller depresjon predikerer tidlig uttak av AFP/alderspensjon.

Dårlig generell subjektiv helse predikerer *uførepensjon* hos begge kjønn. Hos kvinner predikerer også svekket fysisk funksjon uførepensjonering, men ikke hos menn når vi samtidig korrigerer for generell subjektiv helse. Når vi korrigerer for subjektiv helse er det heller ingen sammenheng mellom depresjon og uførepensjonering.

De øvrige resultatene (i tabell 2) viser at alder har stor betydning for pensjoneringsatferden.² Uttak av AFP/alderspensjon avtar svakt med økende alder over 62 år når vi samtidig korrigerer for de mange som går av ved 67 års

² Store koeffisienter for alder under 62 år i analysen av AFP/alderspensjon samt alder 67 og mer i analysen av uførepensjonering reflekterer at det ikke er noen under 62 år som går av med AFP/alderspensjon (de ble høyresensurert i tilordningen av data-matrisen) og det er ingen som får uførepensjon som er over 67 år.

alder. Det vil i praksis si at det er litt større andeler av de til enhver tid yrkesaktive som går av ved 62–63 år enn ved 65–66 år. Uførepensjonering øker med økende alder fram til 62 år. Lav inntekt predikerer tidligere pensjonering, både uførepensjonering og tidligere uttak av AFP/alderspensjon.

Tabell 2: Sammenhenger mellom individkjennetegn og uttak av henholdsvis AFP/alderspensjon og uførepensjon presentert som logit-koeffisienter for menn og kvinner samt for begge kjønn samlet

	Menn	Kvinner	Alle
(1) AFP/alderspensjon			
Kjønn (kvinne=1)			-0,06
Alder i år under 62	0,00	0,01	0,00
Alder <62 (1 & 0)	-36,53	-42,06	-38,49
Alder i år over 62	-0,19	-0,09	-0,15*
Alder 67+ (1 & 0)	4,44**	4,50**	4,41**
Offentlig sektor (1 & 0)	0,06	-0,06	-0,01
Utdanning (år)	-0,08	0,06	-0,01
Inntekt (100' kr)	-0,21	-0,17	-0,20*
Generell helse	0,35*	0,23	0,32**
Fysisk funksjon	0,07	-0,16	-0,07
Depresjon	-0,06	-0,06	-0,07
Konstant	-0,63	-2,56**	-1,61**
(2) Uførepensjon			
Kjønn (kvinne=1)			0,01
Alder i år under 62	0,30**	0,12*	0,16**
Alder <62 (1 & 0)	-0,50	0,01	-0,36
Alder i år over 62	0,19	0,00	0,08
Alder 67+ (1 & 0)	0,96	-42,70	0,62
Offentlig sektor (1 & 0)	-0,19	-0,08	-0,17
Utdanning (år)	-0,04	0,06	0,03
Inntekt (100' kr)	-0,28	-0,45*	-0,38**
Generell helse	0,86**	0,55**	0,68**
Fysisk funksjon	0,06	0,37**	0,28**
Depresjon	0,15	0,06	0,05
Konstant	-3,97**	-4,73**	-4,40**

* p < 0,05 og ** p < 0,01 i tosidige tester

DRØFTING

Resultatene tyder på at uttak av AFP (i kombinasjon med særaldersgrenser) bare i liten grad er helsemessig begrunnet. Det eneste funnet som indikerer at AFP pensjonering har en helsemessig begrunnelse er at generell subjektiv helse i noen grad predikerer uttak av AFP/alderspensjon, og da helst hos menn. Mer konkrete mål på helsesvikt, svekket fysisk funksjon og depresjon, predikerer

ikke uttak av AFP. En forklaring for dette funnet er at AFP faktisk har en helsemessig begrunnelse som ikke fanges opp av våre mål på fysisk funksjon og depresjon. Det er også mulig at menn som subjektivt opplever at helsen svekkes, ønsker å sikre seg noen gode år som pensjonister før helsen blir enda dårligere. En tredje forklaring kan være at preferansene for å pensjonere seg tidlig påvirker folks subjektive helsevurdering ved at helsen framstår som en legitim grunn for å gå av tidlig med pensjon. Det kan innvendes at mange av de som går av med AFP betrakter dette som en opptjent rettighet. I så fall er det usikkert om de har behov for å rettferdiggjøre uttaket av AFP med dårlig helse. Det er derfor sannsynlig at svekket subjektiv helse fører til at noen går av tidlig med AFP/alderspensjon. Det er likevel usikkert om disse helseproblemene også kunne ha ført til uførepensjonering hvis man ikke hadde mulighet til å ta ut AFP.

Hvis helseproblemer kun brukes som en legitim begrunnelse for å pensjonere seg, vil det bety at sammenhengen mellom helsesvikt og pensjoneringsatferd overestimeres. Vi har nevnt at sammenhengen også kan underestimeres dersom helsen svekkes ytterligere etter intervju tidspunktet men før pensjoneringen. Spørsmålene som måler helse refererer til et kort tidsrom, enten nå eller den siste uken. Dermed øker sannsynligheten for at helsemålene også fanger opp helseplager av mer kortvarig art, for eksempel influensa, vond rygg eller forstuet ankel, og ikke langvarige helseplager som kan lede til pensjonering. Innslag av kortvarige plager kan bidra til at sammenhengen mellom helsesvikt og pensjoneringsatferd underestimeres i våre analyser.

Generell subjektiv helse og mer spesifikke spørsmål om depresjon og funksjonssvikt kan fange opp de samme problemene. Dette synes oftere å være tilfelle hos kvinner enn hos menn, om vi sammenlignet resultatene for fysisk funksjon med og uten korreksjon for andre helsemål (ikke vist i tabeller). Dette kan bestå i at generell subjektiv helse hos kvinner, men ikke hos menn, påvirkes av fysisk funksjon, eller at våre mål på fysisk funksjon ikke dekker de aspektene ved fysisk funksjon som er viktige for menn.

Alle tre helsemålene korrelerer med uførepensjonering (ikke vist i tabell). Men når de studeres i sammenheng (som vist her), er det generell subjektiv helse som best predikerer uførepensjonering. Nedsatt fysisk funksjon kan fortsatt predikere uførepensjonering hos kvinner, men ikke hos menn, hvis vi

samtidig korrigerer for andre og mer subjektive helseproblemer. Depresjon kan ikke predikere uførepensjonering når vi korrigerer for subjektiv helse.

Gitt at en stor andel av uførepensjonistene har mentale hoveddiagnoser, er det noe overraskende at depresjon ikke predikerer uførepensjonering når vi samtidig korrigerer for to andre helsemål. Andelen som uførepensjoneres med mentale diagnoser avtar imidlertid med økende alder. I 2004 hadde mer enn halvparten av de som ble uførepensjonert før de fylte 40 år mentale helseproblemer som hoveddiagnose, men blant de i 50-årene var denne andelen kun 18 prosent, og blant de i 60-årene kun 13 prosent (Trygdestatistisk årbok 2005).

REFERANSER

- Anderson, K.H. & R.V. Burkhauser (1985): The retirement-health nexus: A new measure of an old puzzle, *Journal of Human Resources*, 20(3):315–330.
- Blekesaune, M. (2005): Hvordan påvirker AFP uførepensjoneringen? *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 8(3):135–145.
- Blekesaune, M. & P.E. Solem (2005): Working conditions and early retirement: A prospective study of retirement behavior, *Research on Aging*, 27(1):3–30.
- Bound, J. (1991): Self-reported versus objective measures of health in retirement models, *Journal of human resources*, 26(1):106–138.
- Bratberg, E., T.H. Holmås & Ø. Thøgersen (2004): Assessing the effects of an early retirement program, *Journal of population economics*, 17(3):387–408.
- Fellesforbundet (2006). *Tariffoppgjøret 2006: Avtalefestet pensjon*. Lastet ned fra <http://www.fellesforbundet.no/internet/templates/Article.aspx?id=15664>, 9. mars 2009.
- Haahr, J.P.L., P. Frost & H. Andersen (2007): Predictors of health related job loss: A two-year follow-up study in a general working population, *Journal of occupational rehabilitation*, 17(4):581–592.
- Hernæs, E., K. Røed & S. Strøm (2002): *Yrkesdeltakelse, pensjoneringsatferd og økonomiske insentiver*. Rapport nr. 4/2002, Oslo: Stiftelsen Frischsenteret for samfunnsøkonomisk forskning.
- Idler, E.L. & Y. Benyamini (1997): Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies, *Journal of health and social behavior*, 38(1):21–37.
- Krause, N., J. Lynch, G.A. Kaplan, R.D. Cohen, D.E. Goldberg & J.T. Salonen (1997): Predictors of disability retirement, *Scandinavian journal of work environment & health*, 23(6):403–413.

- Krokstad, S. & S. Westin (2004): Disability in society-medical and non-medical determinants for disability pension in a Norwegian total county population study, *Social science & medicine*, 58 (10):1837–1848.
- Lund, T. & V. Borg (1999): Work environment and self-rated health as predictors of remaining in work 5 years later among Danish employees 35–59 years of age, *Experimental aging research*, 25(4):429–434.
- Mein, G., P. Martikainen, S.A. Stansfeld, E.J. Brunner, R. Fuhrer & M.G. Marmot (2000): Predictors of early retirement in British civil servants, *Age and ageing*, 29(6):529–536.
- Midtsundstad, T. (2004): *Hvor mange har rett til AFP?* Fafo-notat 2004:4. Oslo: Fafo.
- Midtsundstad, T. (2006): *Hvordan bidra til lengre yrkeskarrierer? Erfaringer fra norsk og internasjonal forskning om tidligpensjonering og seniortiltak*, Fafo-rapport 524. Oslo: Fafo.
- Mykletun, A., S. Overland, A.A. Dahl, S. Krokstad, N. Glozier, L.E. Aarø & M. Prince (2006): A population-based cohort study of the effect of common mental disorders on disability pension awards, *American journal of psychiatry*, 163(8):1412–1418.
- Radloff, L.S. (1977): The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population, *Applied psychological measurement*, 1(3):385–401.
- Røed, K. & F. Haugen (2003): Early retirement and economic incentives: Evidence from a quasi-natural experiment, *Labour*, 17(2):203–228.
- St.prp. nr. 69 (1987–88): *Om gjennomføringen av det inntektspolitiske opplegget for 1988*, Oslo: Finans- og tolldepartementet.
- Trygdestatistisk årbok 2005. Oslo: Rikstrygdeverket, Utredningsavdelingen. Kan lastes ned fra <http://www.nav.no>.
- Østvold, P. (2008): Et akseptabelt kompromiss: Platearbeider Bertil Rysgård får en AFP-pensjon som i prosent vil utgjøre samme andel av lønn som i dag. Norsk transportarbeiderforbund 08.04.2008. Lastet ned fra [http://truckers.no/web/cms.nsf/\\$all/6148980ED01AE19FC1257425000F0620](http://truckers.no/web/cms.nsf/$all/6148980ED01AE19FC1257425000F0620), 6. juli 2009.
- Åstrand, N.E., S.O. Isacsson & G.O. Olhagen (1988): Prediction of early retirement on the basis of a health examination: An 11-year follow-up of 264 male employees in a Swedish pulp and paper company, *Scandinavian journal of work environment & health*, 14(2):110–117.

KAPITTEL 13

Pårørende i klemme mellom arbeid og foreldreomsorg – har de høyere sykefravær?

Elisabeth Ugreninov

Å kombinere yrkesaktivitet med omsorg for barn blir ofte betegnet som dobbeltarbeid. Kan byrden ved å kombinere yrkesaktivitet med foreldreomsorg også oppleves som dobbeltarbeid og føre til høyt sykefravær? Resultatene bekrefter dette, men bare for kvinner. Heltidsarbeidende kvinner som gir foreldreomsorg har ni prosentpoeng høyere sannsynlighet for minst ett langtidsfravær sammenliknet med andre heltidsarbeidende kvinner.

Norge står, i likhet med mange andre land, overfor demografiske endringer som i løpet av kort tid vil redusere den yrkesaktive populasjonen i forhold til antall pensjonister. Dette gjør det viktig å opprettholde høy yrkesaktivitet blant personer i arbeidsdyktig alder, samtidig som det fordrer at disse personene også bidrar i omsorgen for eldre foreldre og svigerforeldre. Den såkalte «eldrebølgen» vil øke presset på middelaldrende yrkesaktive om å gi uformell omsorg til foreldre, svigerforeldre og andre familiemedlemmer, og det antas at behovet for uformell omsorg fra familien vil bli minst like viktig i fremtiden som i dag. Selv om alle har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra det offentlige, har uformell omsorg fra nærstående familie en sentral samfunnsmessig betydning. Det hevdes at familien står for om lag halvparten av den omsorgen eldre mottar (Helse og sosialdepartementet 2005–2006), hvor hovedomsorgsgiveren er ektefelle eller voksne barn og svigerbarn (Gautun, 2003; Lingsom, 1997). Norge står dermed overfor store utfordringer med et økende behov for både formelle og uformelle omsorgsarbeidere samtidig med at en økende andel personer i yrkesaktiv alder står utenfor arbeid på grunn av sykefravær, uførepensjonering og førtidspensjonering.

På en typisk arbeidsdag er seks til syv prosent av arbeidstakerne sykemeldt, hvor kvinners sykefravær ligger stabilt 40–50 prosent høyere enn

sykefraværet til yrkesaktive menn (Kostøl og Telle, 2011). Hvorvidt det er en sammenheng mellom det å være yrkesaktiv og å gi omsorg for hjelpetrequende foreldre er et viktig men lite utforsket område.

HVORFOR KAN KOMBINASJONEN AV YRKESAKTIVITET OG UFORMELL FORELDREOMSORG GI HØYT SYKEFRAVÆR?

Det å kombinere yrkesaktivitet med uformell omsorg blir ofte betegnet som ”dobbeltarbeid», fordi det oppstår en rollebelastning når det stilles flere krav, som for eksempel det å være en god kollega, en omsorgsfull sønn/datter eller mor/far på samme tid. Involverte individer opplever en belastning fordi det ikke er nok tid, ressurser og/eller energi til å oppfylle de ulike rollene som forventes på en tilfredsstillende måte.

Tidligere har betydningen av «dobbeltarbeid» for sykefravær i stor grad vært studert for kvinner med små barn, og i liten grad for den byrden som mange kvinner med uformell foreldreomsorg opplever. Man kan imidlertid anta at byrden ved å kombinere yrkesaktivitet med foreldreomsorg også kan oppleves som «dobbeltarbeid» som dermed kan gi høyt sykefravær. Tidligere forskning viser jevnt over at det er en sammenheng mellom omsorgsforpliktelser og helseproblemer. Flere studier innen medisinsk og samfunnsfaglig forskning finner en sammenheng mellom omsorgsforpliktelser og helseproblemer, hvor personer som gir uformell omsorg oftere enn andre har dårlig psykisk og mental helse (Pearlin med flere, 1990; Hughes med flere, 1999; Schulz og Beach, 1999; Schulz med flere, 2003; Savage og Bailey, 2004; Hirst, 2005).

Det er også mulig at yrkesaktive som gir omsorg til hjelpetrequende foreldre benytter sykefravær fremfor ulønnet permisjon som en «løsning» på tidsproblemet, da et slikt fravær er mindre økonomisk belastende enn ulønnet omsorgspermisjon. Dette støttes delvis av studien til Gautun og Hagen (2010) som finner at enkelte har benyttet sykefravær selv om de ikke selv er syke, og at det er en tendens til at kvinner i større grad enn menn benytter sykefravær for å bidra til å løse foreldrenes omsorgsbehov. En mulig årsak til at sykefravær benyttes i situasjoner som ikke utelukkende skyldes egen dårlig helse, kan være at familiepolitikken i liten grad er tilrettelagt for å kombinere omsorg for hjelpetrequende foreldre og høy yrkesaktivitet; derimot er fokuset rettet mot barnefamilier og deres tilrettelegging av uformell omsorg og yrkesaktivitet.

Med bakgrunn i et antatt behov for både formell og uformell omsorg for eldre, samt et stabilt høyt sykefravær blant kvinner, kan «dobbeltarbeid» være en mulig forklaring på kjønnsforskjeller i sykefravær i og med at kvinner i større grad enn menn kombinerer uformell omsorg og yrkesaktivitet. Er det så slik at yrkesaktive som gir omsorg til hjelpetrequende foreldre har høyere sykefravær enn andre yrkesaktive? Og er sammenhengen mellom foreldreomsorg og sykefravær høyere blant kvinner enn menn?

For å undersøke disse spørsmålene nærmere benyttes data fra NorLAG2 og LOGG, for en nærmere beskrivelse se kapittel 2. I analysene som presenteres her benyttes kun personer i aldersspennet 35 til og med 66 år, som har svart at de anser seg selv som yrkesaktive. Definisjonen på yrkesaktiv er å utføre inntektsgivende arbeid av minst en times varighet sist uke. Respondenter som rapporterte et midlertidig fravær på grunn av ferie, egen eller andres sykdom er også inkludert. De som svarte at de var hjemme på grunn av foreldrepermisjon er ikke inkludert. Videre er det satt et krav om at minst én av foreldrene er i live ved intervju tidspunktet. Etter disse utvalgsrestriksjonene er det 5 108 respondenter igjen som vil bli benyttet i analysene. I analysene benyttes sykefravær betalt av NAV, det vil si sykefravær med varighet utover arbeidsgiverperioden på 16 dager. Sykefraværet er dermed langtidsfravær initiert av lege, og antas hovedsakelig å fange opp fravær som skyldes dårlig helse fremfor fravær som benyttes for å «løse» foreldrenes kortsiktige omsorgsbehov. Videre har vi valgt å organisere sykefraværsinformasjonen slik at sykefraværstilfeller fra og med 16 dager og mindre får verdien 0, mens sykefraværsdager fra og med 17 dager og over får verdien 1. I og med at den avhengige variabelen, sykefravær, er organisert som en dummy benyttes probitmodeller for å analysere hvorvidt omsorgsgivere har høyere sannsynlighet for minst ett langtidsfravær sammenliknet med ikke-omsorgsgivere, kontrollert for individkjennetegn og jobbkarakteristika.

OMSORGSGIVERE SKILLER SEG UT

En sammenlikning av yrkesaktive omsorgsgivere med yrkesaktive ikke-omsorgsgivere viser at det er forskjeller mellom gruppene på en rekke områder (tabell 1). Omsorgsgivere har en høyere andel med minst ett sykefraværstilfelle som går utover arbeidsgiverperioden på 16 dager. Andelen omsorgsgivere som

rapporterer dårlig helse er på 22 prosent, mot 13 prosent blant ikke-omsorgsgivere. Omsorgsgivere er dessuten noe eldre (henholdsvis 49 og 45 år) enn ikke-omsorgsgivere, de har noe lavere utdanning, jobber oftere deltid og har lavere yrkesinntekt enn ikke-omsorgsgivere.

Tabell 1: Beskrivende statistikk over ikke-omsorgsgivere og omsorgsgivere.

	Gir foreldreomsorg	Andre
Minst ett sykefraværstilfelle over 16 dager (%)	26*	19
Selvrapportert dårlig helse (%)	22	13
Kontrollvariabler		
Alder	49***	45
Menn (%)	44**	58
Sivilstatus (%)		
Enslig	18	14
Par med barn	44***	58
Par uten barn	31**	22
Enslig forelder	7	6
Utdanning (%)		
Grunnskole	20*	14
Videregående skole	46	44
Høyere utdanning	34*	41
Jobb karakteristikk		
Yrkesinntekt	345474**	420 249
Jobber deltid (%)	35***	22
Privat sektor (%)	44	50
Jobber turnus (%)	35	30
Midlertidig ansatt (%)	12	16
Fleksibilitet (%)	75	75
N	214	4894

***P<0,000, **p<0,01, p<0,05. (p-verdi i en tosidet t-test for forskjeller mellom givere av foreldreomsorg og andre).

Forskjellene i sykefravær, helse og yrkesinntekt mellom yrkesaktive som gir og ikke gir foreldreomsorg kan ikke nødvendigvis tilskrives den ekstra byrden det kan være å gi foreldreomsorg. Vi vet for eksempel ikke om dårlig helse skyldes denne oppgaven eller om dårlig helse benyttes som en forklaring på høyt sykefravær. En mulig helseseleksjon inn i omsorgsrollen er også problematisk: Det kan være slik at individer med dårlig helse har foreldre med dårlig helse og samtidig en sterkere tilbøyelighet for å gi omsorg, eller at en lavere inntekt skyldes at omsorgsgivere jobber mindre eller i dårligere betalte jobber.

For å komme nærmere en forklaring vil vi ved hjelp av probit analyse kontrollere for så mange forhold som mulig slik at vi sammenlikner så like individer som mulig. Er det for eksempel slik at yrkesaktive med god helse som gir foreldreomsorg har høyere sykefravær enn andre yrkesaktive med god helse? Eller, har det betydning om man jobber fulltid eller deltid?

HØY YRKESAKTIVITET OG FORELDREOMSORG GIR HØYERE SYKEFRAVÆR

Hvis vi ikke tar hensyn til yrkesaktivitet, som betyr at vi sammenlikner de som gir foreldreomsorg med de som ikke gjør det uavhengig av hvor mye de jobber, er det ingen forskjeller i sykefravær mellom yrkesaktive som gir eller ikke gir foreldreomsorg. Dette endrer seg ikke selv om vi kontrollerer for helse. Grunnen til at vi ikke finner noen signifikante forskjeller kan skyldes at de som gir foreldreomsorg i større grad jobber deltid og vil av den grunn ikke oppleve noen ekstra «byrde» som kan gi utslag i høyt sykefravær. Så for å teste hvorvidt «dobbeltarbeid», i form av høy yrkesaktivitet og foreldreomsorg, har noen betydning for sykefraværet, deles utvalget inn i fire grupper (1) Omsorgsgiver som jobber deltid, (2) Omsorgsgiver som jobber heltid, (3) Deltidsarbeidende som ikke yter foreldreomsorg og (4) Heltidsarbeidende som ikke yter foreldreomsorg. Når disse gruppene sammenliknes, finner vi relativt store forskjeller: Heltidsarbeidende som yter foreldreomsorg har åtte prosentpoeng høyere sannsynlighet for minst ett langtidsfravær sammenliknet med andre heltidsarbeidende. Deltidsarbeidende uten omsorgsbelastning og deltidarbeidende som gir foreldreomsorg, er ikke signifikant forskjellig fra heltidsansatte som ikke gir foreldreomsorg. Selv når det kontrolleres for dårlig helse, som betyr at vi sammenlikner heltidsarbeidende med god helse som henholdsvis gir eller ikke gir foreldreomsorg, finner vi klare signifikante forskjeller. For å teste ut hvorvidt forskjellene i sykefravær kan tilskrives ulike arbeidsforhold kontrollerte vi også for jobbkarakteristika som fleksibilitet, sektor, turnusarbeid og midlertidig ansettelse. Resultatene fra analysene tyder på at dette i svært liten grad påvirker utfallet. Fortsatt har heltidsarbeidende som gir foreldreomsorg syv prosentpoeng høyere sannsynlighet for langtidsfravær sammenliknet med heltidsansatte som ikke gir foreldreomsorg.

HØYT SYKEFRAVÆR OG «DOBBELTARBEID» BARE FOR KVINNER?

Tidligere ble det argumentert for at «dobbeltarbeid» er en mulig forklaring på kjønnsforskjeller i sykefravær. Våre resultater støtter denne antakelsen. Vi finner ingen signifikante forskjeller mellom menn som gir foreldreomsorg og andre menn, gitt at de har høy yrkesaktivitet. Dette er uavhengig av hvorvidt det kontrolleres for dårlig helse. Blant kvinner er det derimot signifikante forskjeller mellom heltidsarbeidende som gir foreldreomsorg sammenliknet med andre heltidsansatte. Heltidsarbeidende kvinner som gir foreldreomsorg har ni prosentpoeng høyere sannsynlighet for minst ett langtidsfravær sammenliknet med andre heltidsarbeidende kvinner. Når det kontrolleres for egenrapportert helse, reduseres forskjellene noe. Heltidsansatte som rapporterer god helse og gir foreldreomsorg har fortsatt åtte prosentpoeng høyere sannsynlighet for minst ett langtidsfravær.

FORSKJELLER ER PÅVIST, MEN HVORDAN KAN DE FORKLARES?

Et hovedanliggende har vært å belyse hvorvidt det å gi foreldreomsorg i kombinasjon med yrkesaktivitet er forbundet med høyt sykefravær. Den beskrivende statistikken viser at andelen yrkesaktive som gir foreldreomsorg har en høyere andel med minst ett langtidsfravær. Imidlertid er tendensen den at omsorgsgivere oftere rapporterer dårlig helse sammenliknet med ikke-omsorgsgivere. Dette kan være problematisk. Først og fremst fordi det ikke er mulig å skille dårlig helse som skyldes en dobbel byrde ved kombinasjonen av yrkesaktivitet og foreldreomsorg fra dårlig helse som skyldes andre forhold. Med andre ord, skyldes sykefraværet en ekstra byrde ved å gi foreldreomsorg eller at yrkesaktive som gir foreldreomsorg i utgangspunktet har dårligere helse? Personer som gir foreldreomsorg skiller seg også fra ikke-omsorgsgivere på en rekke andre kjennetegn som kan tenkes å påvirke sykefraværet. De er eldre, har lavere utdanning og inntekt, jobber oftere i offentlig sektor og arbeider turnus.

I probit analysene ses det på betydningen av foreldreomsorg og heltidsarbeid med kontroll for individspesifikke forhold. Resultatene peker i retning av at det å yte foreldreomsorg er korrelert med høyere sannsynlighet for langtidsfravær. Imidlertid er det mulig at noen av de som gir foreldreomsorg har redusert sin yrkesaktivitet for å dekke foreldrenes omsorgsbehov og opplever derfor ikke omsorgen som en byrde som kan gi utslag i sykefravær.

En alternativ mulighet er at det å gi foreldreomsorg først påvirker sykefraværet i kombinasjon med høy yrkesdeltakelse.

Hvis det er slik at foreldreomsorg først er en dobbel byrde i kombinasjon med høy yrkesaktivitet, er det viktig å differensiere med hensyn til grad av yrkesaktivitet. Når foreldreomsorg er kombinert med høy yrkesdeltakelse, har foreldreomsorg betydning for sykefraværet. Heltidsarbeidende som gir foreldreomsorg har klart høyere sannsynlighet for minst ett langtidsfravær sammenliknet med andre heltidsansatte. Dette resultatet opprettholdes selv når det kontrolleres for en rekke individuelle kjennetegn og jobbrelevante forhold. Resultatene er for øvrig robuste med hensyn til kontroll for egenrapportert helse. Heltidsarbeidende som rapporterer god helse og gir foreldreomsorg har høyere sannsynlighet for minst ett langtidsfravær sammenliknet med heltidsarbeidende med egenrapportert god helse uten omsorgsforpliktelser.

Helt til slutt foretas separate analyser for menn og kvinner hvor vi ikke finner noen signifikante forskjeller i sykefravær mellom menn som gir eller ikke gir foreldreomsorg. Yrkesaktive kvinner som gir foreldreomsorg har derimot høyere sannsynlighet for langtidsfravær sammenliknet med heltidsarbeidende kvinner som ikke gir foreldreomsorg. Manglende signifikante resultater for menn kan skyldes at menn generelt har andre arbeidsforhold som lettere kan kombineres med høy yrkesaktivitet og foreldreomsorg, eller at menn gir en annen type omsorg som i mindre grad har helsemessige konsekvenser, og dermed ikke gir utslag for sykefraværet.

Effekten av foreldreomsorg på sykefravær kan være problematisk å tolke med tverrsnittdata. Vi har ingen mulighet for å finne ut om heltidsarbeidende som gir foreldreomsorg er mer disponert for sykefravær sammenliknet med yrkesaktive som ikke gir foreldreomsorg. Omsorgsgivere med lav yrkesdeltakelse eller med potensial for sykefravær kan i utgangspunktet ha høyere tilbøyelighet for å gi foreldreomsorg. Hva som er årsak og virkning er følgelig vanskelig å avgjøre.

Analysene har under alle omstendigheter bidratt med å belyse at foreldreomsorg i kombinasjon med høy yrkesaktivitet er relevant for diskusjonen om omsorgsbyrder og sykefravær, og at det er behov for mer forskning innen feltet for å gi mer spesifikke og relevante indikasjoner for fremtidig politikkutforming både innen eldreomsorgen og på arbeidsmarkedet.

REFERANSER

- Bolin, K, B. Lindgren & P. Lundborg (2008) Your Next of Kin or Your Own Career? Caring and Working Among the 50+ of Europe. *Journal of Health Economics*, 27(3):718–738.
- Brody, E. M. (1981) Women in the middle and family help to older people, *Gerontologist* 21(59):471–480.
- Carslen, B. & Nyborg, K (2009) «The Gate is Open: Primary Care Physicians as Social Security». Memorandum, No 07/2009. Department of Economics, University of Oslo.
- Daatland, S.O., M, Veenstra & I.A. Lima (2010) Norwegian sandwiches: On the prevalence and consequences of family and work role squeezes over the life course. *European Journal of Ageing*, 7:271–281.
- Emanuel, E. J., Fairclough D. L., Slutsman J., Alpert H., Baldwin D., & Emanuel, L. (1999) Assistance from family members, friends, paid care givers, and volunteers in the case of terminally ill patients. *New England Journal of Medicine*, Vol. 341, 956–963.
- Englund, L., Tibblin, G., & K. Svardsudd (2000) Variations in sick-listing practice among male and female physicians of different specialities based on case vignettes. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 18(1), 48–52.
- Ettner, S.L (1995) The Impact of »Parent Care« on Female Labor Supply Decisions. *Demography*, 32(1):63–80.
- Fevang, E., S. Kverndokk & K. Røed, (2011) Labor Supply in the Terminal Stages of Lone Parents' Lives, *Journal of Population Economic* (forthcoming).
- Gautun, H (2003) *Økt individualisering og omsorgsrelasjoner i familien. Omsorgsmønstre mellom middelaldrende kvinner og menn og deres foreldre.* Rapport 420, FAFO, Oslo.
- Gautun, H. (2008) Hvordan kombinerer eldre arbeidstakere jobb med omsorgsforpliktelser for gamle foreldre? *Søkelys på Arbeidslivet* nr. 2
- Gautun, H & K. Hagen (2010) How do middle-aged employees combine work with caring for elderly parents? *Community, Work & Family*. 1–17.
- Goode, W. (1960) A theory of role strain. *American Sociological Review*, 25:483–496.
- Greenhaus, J. H., & G. N., Powel (2005) When work and family are allies: a theory of work family enrichment. *Academy of Management Review*, 31:72–92
- Gulbrandsen, P., Førde, R., & Aasland, O. G. (2002) Hvordan har legen det som portvakt? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 122, 1874–1879.

- Heitmuller, A (2007) The Chicken or the egg? Endogeneity in Labor Market Participation of Informal Carers in England. *Journal of Health Economics*, 26(3):536–559.
- Hirst, M. (2005). Carer distress: A prospective, population-based study. *Social Science and Medicine*, 61, 697–708.
- Hughes S.L., Giobbie-Hurder A., Weaver F.M., Kubal J.D., & Henderson W. (1999). Relationship between caregiver burden and health-related quality of life. *Gerontologist*, 39, 534–45.
- Jenson, J. & S. Jacobzone (2000) *Labour market and social policy occasional papers* (No 41. OECD Working Papers). Paris: OECD.
- Kostøl, A. R, & K. Telle (2010) Sykefraværet i Norge de siste tiårene – det handler om kvinnene. *Samfunnsøkonomen*, 2010 (1):4–14. iFirst article.
- Kotsadam, A. (2011) The employment costs of caregiving in Norway. I: Kotsadam, A. *Gender, Work and Attitudes*. Economic studies 197.
- Lingsom, S. (1997) *The substitution issue. Care policies and their consequences for family care*. Rapport 6–1997. Oslo: NOVA.
- Marks, S. R. & S. McDermid (1996) Multiple roles and the self: a theory of role balance. *Journal of Marriage and Family*, 58(2):417–432.
- Mastekaasa, A. (2000) Parenthood, gender and sickness absence, *Social Science and Medicine*, 50: 1827–1842.
- Mooney, A. & J. Statham (2002) *The pivot generation. Informal care and work after 50*. Bristol: The Policy Press and the Joseph Rowntree Foundation.
- Nilsen, S., Werner, E.L., Maeland, S., Eriksen, H.R, & Magnussen, L.H. (2011) Considerations made by the general practitioner when dealing with sick-listing of patients suffering from subjective and composite health complaints. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, Mar; 29(1), 7–12.
- Nord-Larsen, M. (1989) *Det langvarige sykefravær*. Rapport 89:13, København: Socialforskningsinstituttet.
- Pavalko, E. K & K. A., Henderson (2006) Combining care work and paid work. Do workplace policies make a difference? *Research on Aging*, 28(3); 359–374.
- Pearlin, L.I., J.T Mullan, S.J., Semple & M.M, Skaff, (1990) Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *Gerontologist*, 30, 583–594.
- Philips, J. (1994) The employment consequences of caring for older people. *Health & Social Care*, 2:143–152.

- Philips, J., M., Bernard & Chittenden, M. (2002) *Juggling work and care. The experiences of working carers of older adults*. Bristol: The Policy Press.
- Puranen, B. (1991) Kvinnors ohälsa – beror den på dubelarbete? *Socialmedisinsk tidskrift*, 68:87–399
- Romøren, T. I. (2003) *Last Years of Long Lives. The Larvik study*. London: Routledge.
- Savage, S., & S. Bailey (2004) The impact of caring on caregivers' mental health: a review of the literature. *Australian Health Review*, 27, 111–117.
- Schulz, R. & S.P. Beach, (1999) Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health. Effects Study. *Journal of the American Medical Association*, 282, 2215–2219.
- Schultz, R., A. Mendelsohn, W.E. Haley, D. Mahoney, R.S. Allen, S. Zhang, L. Thomson & S.H. Belle (2003) End-of-Life Care and the Effects of Bereavement on Family Caregivers of Persons with Dementia. *New England Journal of Medicine*, 349:1936–1942.
- Scott. K. & McClellan, E. L. (1990) «Gender differences in absenteeism», *Public Personnel Management*, 19:229–253.
- Seshamani, M. & Gray, A. (2004) Time to death and health expenditure: an improved model for the impact of demographic change on health care costs. *Age and Ageing*, Vol. 33, 556–561.
- Sieber S. D, (1974) Toward a theory of role accumulation. *American Sociological Review*, 39(4):567–578.
- Staines, G. I. (1980) Spillover versus compensation: a review of the literature on the relationship between work and non-work. *Human Relations*, 33:111–129.
- Thoits, P. A. (1983) Multiple identities and psychological well-being. A reformulation of the social isolation hypothesis. *American Sociological Review*, 48:174–187.
- Wahlström, R., & Alexanderson, K. (2004). Kapitel 11. Physicians' sicklisting practices. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(0), 222–255. (1), 161–188.
- Vistnes, J. P. (1997) Gender differences in days lost from work due to illness, *Industrial and Labor Relations Review*, 50, pp. 304–323.
- Wolff, J. L, Dy, S. M., Frick, K. D., & Kasper, J. (2007) End-of-Life Care. Findings From a National Survey of Informal Caregivers. *Archives of International Medicine*, Vol. 167, No. 1, 40–6.
- Åkerlind I., Alexanderson K., Hensing G., Leijon M., & Bjurulf P. (1996) «Sex differences in sickness absence in relation to parental status», *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 24, pp.27–35.

KAPITTEL 14

Etter pensjonering – mer eller mindre aktiv?¹

Per Erik Solem

Å slutte i arbeid via pensjonering frigjør mye tid som har vært bundet til arbeid, arbeidsreiser og hvile etter jobben. Den frigjorte tiden synes ikke å brukes til arbeidsliknende aktiviteter så som frivillig arbeid, men snarere til mer passive gjøremål. For å få svar på om pensjonister blir mer eller mindre aktive sammenliknet med da de var yrkesaktive, er det en fordel å kunne følge samme personer over tid. Resultatene er da flertydige. Noen blir mer, andre blir mindre aktive. Arbeid i hus og hjem får gjerne mindre plass mot slutten av yrkeslivet. Hjemmet synes på den måten å være en buffersone, der aktiviteten kan tilpasses kravene utenfra. Når kravene utenfra er store, innskrenkes husarbeidet. Når kravene utenfra er små som etter pensjonering, utvides det.

Dette kapitlet handler om endringer i aktiviteter etter yrkesavgang. Tidligere analyser av data fra NorLAG (Den norske undersøkelsen av livsløp, aldring og generasjon) tyder på at omfanget av frivillig arbeid og hjelp til andre ikke øker ved tidlig pensjonering (Solem, Hansen og Halse 2005), og at pensjonister (62–66 år) først og fremst bruker mer tid i hjemmet til vedlikehold, hagearbeid og håndarbeid sammenliknet med yrkesaktive i samme alder (Solem 2008). Videre viser pensjonistene seg å være mindre aktive i fritidsreiser utenlands, gå på kurs, foredrag, kino, teater og utstillinger. Mye av det samme bildet får vi fra Statistisk sentralbyrås tidsnyttingsundersøkelser, som tyder på at personer i alderen 67–74 år sammenliknet med aldersgruppen 45–66 år bruker mer tid på husarbeid, til måltider, lesing av aviser og bøker og til å se på TV; altså aktiviteter i og rundt hjemmet (Vaage 2012). De over pensjonsalderen reiser

¹ Dette kapitlet er basert på artikkelen: Solem, P.E. (2012) Endring i husarbeid, fritidsaktiviteter og frivillig arbeid etter yrkesavgang. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 15(3): 207-221

sjeldnere på ferie og de gjør i mindre grad bruk av kulturtilbud (Vaage 2011). I disse resultatene er det vanskelig å avgjøre hva som henger sammen med pensjonering og hva som skyldes andre forhold som har sammenheng med alder, f.eks. helse.

Det å slutte i arbeid ved pensjonering frigjør mye tid som har vært bundet til arbeid, arbeidsreiser og hvile etter jobben. Den frigjorte tiden synes ikke å brukes til arbeidsliknende aktivitet som frivillig arbeid og hjelp til andre. Det er imidlertid også annen aktivitet som kan være verdifull for samfunnet, for nærmiljøet, for familien og for en selv (Kaskie m.fl.2008).

For å få svar på om pensjonister blir mer eller mindre aktive sammenliknet med da de var yrkesaktive, er det en fordel å kunne følge samme personer over tid, og ikke bare sammenlikne pensjonister og yrkesaktive, fordi de to gruppene kan ha ulikt utgangspunkt. Pensjonistene kan ha vært mer eller mindre aktive da de var yrkesaktive enn det de yrkesaktive var. Med data fra NorLAG har vi observert de samme personene på to tidspunkt med fem års mellomrom. Vi kan da se om de som har sluttet i arbeid i perioden har endret seg på andre måter enn de som fortsatt er i arbeid.

GJENNOMSNISSLIGE ENDRINGER I AKTIVITET

Finseraas, Solem og Nicolaisen (2009) så på endringer i aktivitet over tid mellom de som sluttet i arbeid (med uføre-, AFP- eller alderspensjon), og de som fortsatte i arbeid, over den femårsperioden som dekkes i NorLAG. Vi analyserte endringer ved å se på andel som var aktive over et visst nivå ved tidspunktet for den første runde med datainnsamling (T1: 2002/2003) sammenliknet med aktivitetsnivået på det andre tidspunktet (T2: 2007/2008). Dessuten beregnet vi gjennomsnittet av endringer i positiv (mer aktiv på T2) og negativ (mindre aktiv på T2) retning. Endringer i aktivitet ble analysert på fire områder; fritidsreiser utenlands, bruk av fritidsbolig eller hytte, frivillig arbeid og kulturaktiviteter.

Det var en klar økning i fritidsreiser utenlands i perioden, og det gjaldt i like stor grad for yrkesaktive (fra 31 prosent til 45 prosent som reiste minst noen ganger i året) som for de som var blitt pensjonister (fra 36 til 49 prosent). Finseraas og kolleger (2009) konkluderte at pensjonering *ikke* har betydning for endring i omfanget av utenlandsreiser. En mulig feilkilde er at en del pensjonister har lange opphold i utlandet, for eksempel i Spania, som de ikke

klassifiserer som utenlandsreiser, eller at de som har lange opphold i utlandet ikke har vært tilgjengelige for intervjuing. Spørsmålet fanger i så fall opp de som reiser på ferie til utlandet, men ikke de som blir i utlandet over lengre tid eller slår seg ned der.

Det er små endringer i bruk av fritidsbolig/hytte i begge grupper, men i motsatt retning. De som pensjoneres i perioden bruker hytta sjeldnere (-0,6), mens de som fortsatt er i arbeid bruker hytta noe oftere (+0,7). Forskjellen er statistisk signifikant. En skulle tro at det å slutte i arbeid ga bedre muligheter til å bruke hytta oftere enn før. En feilkilde kan være at spørsmålet ikke fanger opp lengden på opphold på hytta, bare hvor ofte en drar dit. I så fall kan pensjonistene gjøre større bruk av hytta ved å være der i lengre perioder enn de gjorde da de var i arbeid.

For frivillig arbeid for foreninger/organisasjoner finner vi en viss, men ikke statistisk signifikant tendens til at de som pensjonerte seg i løpet av perioden økte innsatsen i frivillig arbeid noe mer (+0,16 i endringsskåre) enn det de fortsatt yrkesaktive gjorde (+0,07). Men det var altså bare en tendens.

Hva med lettere og mer uforpliktende aktiviteter som å gå på kino, teater, konserter og utstillinger? Øker denne aktiviteten når man pensjoneres? Vi grupperer også her etter om man deltar månedlig eller oftere, og finner en ubetydelig økning fra 16 prosent ved T1 til 19 prosent ved T2. Endringen er omtrent den samme for de som pensjonerte seg og de som ikke gjorde det. Heller ikke når det gjelder slike kulturaktiviteter ser det ut til at pensjonering har vesentlig betydning for endringer i deltakelse.

Finseraas og kolleger (2009) fant, både for de som pensjoneres og de som fortsetter i arbeid, tendenser til økning i aktivitetsnivået på de områdene som analyseres. Det kan skyldes bedring i helse og levekår i de aldersgruppene (40-79 år) som er med i undersøkelsen. Andre undersøkelser, slik som tidsbruksundersøkelser fra Statistisk sentralbyrå, tyder for eksempel på at seniorer i aldersgruppene 50–79 år har fått mer fritid fra 1971 til 2000, har økt deltakelse i kulturaktiviteter fra 2000-2008 og reiser mer på ferieturer i 2007 enn i 2003 (Vaage 2011). De økningene i aktivitetsnivået som Finseraas m.fl. (2009) finner, kan dermed reflektere en generell økning i aktivitetsnivå, men vil også i noen grad kunne knyttes til selektivt frafall i NorLAG (for mer informasjon, se kapittel 2).

SEPARATE ANALYSER AV ØKT AKTIVITET OG REDUSERT AKTIVITET

I dette kapitlet presenteres nyere analyser hvor vi har gått et skritt videre for å komme rundt problemet at gjennomsnitt kan dekke over endringer i motsatte retninger. F.eks. finner vi at flere AFP-pensjonister enn av jevnaldrende som fortsetter i arbeid, bruker internett mindre enn de gjorde fem år tidligere. Samtidig er det også flere AFP-pensjonister som bruker internett mer enn fem år tidligere. Om vi sammenlikner gjennomsnitt i internettbruk finner vi ingen forskjeller mellom dem som fortsetter i arbeid og AFP-pensjonistene, mens det i virkeligheten skjer større endringer blant AFP-pensjonistene etter at de slutter i arbeid, men endringene går i begge retninger. Ved å gjøre separate analyser for de som blir mindre aktive og for de som blir mer aktive, får vi fram mer nyanserte resultater. I de nyere analysene har vi også innsnevret alderen til de som er sammenliknet, slik at de er mest mulig like i alder. Dermed får vi færre personer i hver gruppe, men skarpere presisjon i sammenlikningen. De nye analysene holder dessuten uførepensjonister utenfor, siden helseproblemer som årsaker til både pensjoning og aktivitetsendringer er særlig aktuelt ved uførepensjoning.

METODE

I panelundersøkelsen NorLAG ble første runde ble gjennomført i 2002 og 2003 (T1) og andre runde i 2007 og 2008 (T2). I alt 3 774 personer som var 40–79 år i 2002/03 er intervjuet på begge tidspunkt. Datainnsamlingen foregikk i begge runder over flere måneder og til alle årstider. Telefonintervju, postskjema og registerkoplinger ble benyttet (se kap. 2). Endringer i aktiviteter måles gjennom et spørsmål i postskjema om deltakelse i 21 forskjellige aktiviteter.

Aktivitetsnivået er målt etter en seksdelt skala: 1) daglig, 2) hver uke, men ikke daglig, 3) hver måned men ikke hver uke, 4) noen ganger i året, 5) sjeldnere, 6) aldri. Samme skala er brukt for alle de 21 aktivitetene som er med (se oversikt under).

Oversikt over de 21 aktiviteter det er spurt om i NorLAG

Turer/trening utendørs	Fiske/jakt	Går på kino/teater/ konserter/utstilling
Trening innendørs	Håndarbeid, snekring e.l.	Er på kafé/restaurant
Lager middag	Bruker internett el. e-post	Får besøk eller besøker andre
Gjør innkjøp	Frivillig arbeid for foreninger/ organisasjoner	Hjelper andre utenom nær familie
Renhold	Møter i foreninger/ organisasjoner	Tar meg av barnebarn
Vedlikehold/reparasjon	Leser bøker	
Fritidsreiser utenlands	Deltar på kurs/foredrag	
Bruker fritidsbolig/hytte		
Hagearbeid		

Deltakelse i ulike aktiviteter varierer fra tid til annen for mange. Over en femårsperiode vil det skje endringer selv når vi måler med en relativt grov seksdelt skala. Spørsmålet vi undersøker er om aktiviteten endrer seg mer eller mindre for dem som slutter i arbeid og blir pensjonist enn for dem som fortsatt er i arbeid ved tidspunktet for andre intervju. Til det bruker vi et mål på endring av hver av de 21 aktivitetene: 1) Deltar mindre ved T2 enn ved T1, 2) Deltar på samme nivå på begge tidspunkt, 3) Deltar mer ved T2 enn ved T1. Om en er yrkesaktiv eller pensjonist er målt gjennom spørsmål om en selv betrakter seg hovedsakelig som yrkesaktiv, AFP-pensjonist eller alderspensjonist (pluss sju andre kategorier som ikke er aktuelle her). Alle i de aktuelle aldersgruppene som svarte «yrkesaktiv» ved T1 er med i utvalget, dersom de ved T2 svarte «yrkesaktiv», «AFP-pensjonist» eller «alderspensjonist».

UTVALG

For de følgende analysene tar vi utgangspunkt i de som var yrkesaktive ved T1 og var pensjonert ved T2 for å se hvordan deres aktivitetsnivå har endret seg etter pensjoneringen. Til sammenlikning ser vi på de som var i samme aldersgruppe ved T1 og som fortsatt var yrkesaktive ved T2. Vi analyserer to separate sammenlikningsutvalg: de i samme alder som AFP-pensjonistene og de i samme alder som alderspensjonistene. Dermed får vi fire grupper:

- I) Yrkesaktive som var 56–62 år ved T1 og som var:
 - a) yrkesaktive også ved T2 (N=242)
 - b) AFP-pensjonist ved T2 (N=79)
- II) Yrkesaktive som var 61 år og over ved T1 og som var:
 - c) yrkesaktive også ved T2 (N=53)
 - d) alderspensjonister ved T2 (N=131)

Utvalg a) og *utvalg b)* har samme andel menn og kvinner og omtrent samme utdanning. Pensjonistene hadde ved T1 ikke signifikant høyere sykefravær eller dårligere subjektiv helse enn de som fortsatt var i arbeid. Alderspensionistene (*utvalg d)* skilte seg ved T1 fra de som fortsatte i arbeid (*utvalg c)* ved at det var flere kvinner og flere fra offentlig sektor. Det var også flere av dem med relativt dårlig helse ved T1 som var alderspensjonister ved T2. De som har dårligere helse i utgangspunktet kan ha mindre overskudd til å øke aktiviteten på andre områder når de pensjoneres. På den annen side kan jobben ha bidratt til å gjøre dem slitne, og pensjonering kan frigjøre energi til aktivitet på andre områder etter pensjonering (Westerlund m.fl. 2010). Det er altså ikke gitt hvordan forskjellene i utgangspunktet (T1) virker senere (T2), og stort sett er forskjellene små (Solem 2012). De som blir i jobben synes imidlertid noe bedre integrert på jobben i utgangspunktet, samtidig som de også på T1 deltar noe mer i kulturelle aktiviteter som kino, teater, utstillinger og konserter. Dette tyder på at de som fortsetter i arbeid i utgangspunktet har et høyere aktivitetsnivå enn de jevngamle som slutter, noe som også ble funnet i en tidligere studie (Solem & Mykletun 1996). De som senere blir alderspensjonister ser i utgangspunktet – allerede mens de er i arbeid – ut til å være noe mer knyttet til hjemmet enn de som fortsetter i arbeid.

FRAFALL

Når vi følger intervjupersoner over tid, vil det alltid være et visst frafall av folk som ikke ønsker å være med lenger eller som har blitt for syke til å delta. Dette innebærer en fare for skjevheter. Det kan f.eks. være at de som ikke orker å delta lenger, heller ikke orker å delta i aktiviteter de har deltatt i før. Hvordan ville resultatene sett ut om alle hadde blitt med i undersøkelsen både ved T1 og ved T2? Det vet vi selvsagt ikke. Men ved T1 var de som ikke deltok i undersøkelsen ved T2 noe mindre aktive på enkelte områder. Det kan bety at de som falt fra har mindre overskudd og dermed større risiko for å delta enda mindre etter pensjonering. Men som jeg har vært inne på foran, kan pensjonering også gi rom for økt aktivitet på andre områder når jobben ikke lenger krever sitt. For at frafallet skal påvirke resultatene må *endringsmønsteret* være annerledes blant frafallet enn blant dem som ble intervjuet både ved T1 og T2. Det er ikke mulig å ha noen sikker oppfatning om dem som ikke ble intervjuet ved T2.

ENDRINGER I AKTIVITET VED AFP-PENSJONERING

For de fleste typer aktivitet svarer omtrent halvparten det samme både ved T1 og T2. Det er med andre ord en betydelig grad av stabilitet i svarene. De endringene som finnes, går i begge retninger, både i retning av mer og mindre aktivitet ved T2 enn ved T1. Det er stor variasjon mellom aktiviteter i hvilken retning endringene går. Mange, av såvel yrkesaktive som AFP-pensjonister, sier at de gjør *mer* bruk av internett og e-post ved T2 enn ved T1 (hhv. 39 prosent og 48 prosent). Mange, både blant yrkesaktive og AFP-pensjonister, sier de deltar *mindre* på kurs og foredrag enn de sa at de gjorde fem år tidligere (hhv. 29 prosent og 36 prosent). Noen aktiviteter har med andre ord endret seg i samme retning og i omtrent samme grad, både for de som ble AFP-pensjonister og de som fortsatte i arbeid. Da kan vi ikke knytte endringen blant de pensjonerte til selve pensjoneringen.

Resultatene i tabell 1 viser fem signifikante forskjeller mellom AFP-pensjonister og yrkesaktive i andelen som har blitt *mer aktive*. Blant AFP-pensjonistene er det på alle disse variablene større andeler som har blitt mer aktive enn blant de fortsatt yrkesaktive. AFP-pensjonering synes dermed å gi rom for økt aktivitet på noen områder. Det gjelder turer og trening utendørs, renhold, håndarbeid eller snekring, det å få besøk eller gå på besøk og å hjelpe andre utenom nær familie med transport, innkjøp eller lignende. Vi ser ingen tydelig tendens til at AFP-pensjonister øker sin aktivitet mer enn de fortsatt yrkesaktive på områder som trening innendørs, fritidsreiser utenlands, bruk av fritidsbolig/hytte, gjøre innkjøp, vedlikehold eller reparasjoner, fiske eller jakt, møter i foreninger, deltakelse på kurs, gå på restaurant eller kafé. Det er heller ikke noen tydelig tendens til at AFP-pensjonistene tar seg mer av sine barnebarn.

Tabell 1. Andel som er *mer aktive* ved T2 enn ved T1. Aktiviteter med signifikante forskjeller mellom yrkesaktive 56–62 år ved T1 som a) fortsatt er yrkesaktive ved T2 og b) som er pensjonert med AFP ved T2, prosent.

Aktivitet	a) Fortsatt yrkesaktiv ved T2 (N=213)	b) AFP-pensjonist ved T2 (N=74)	Forskjell b - a
Håndarbeid, snekring e.l.	21	40	19**
Turer/trening utendørs	16	32	16**
Renhold	17	32	15**
Hjelper andre utenom nær familie	38	53	15*
Får besøk eller besøker andre	21	34	13*

** p <.01 *p<.05

Kjønnsforskjellene er ikke store og for de fleste aktivitetene er det ikke kjønnsforskjeller i størrelsen eller retningen på endringene etter pensjonering (tabell ikke vist). Den tydeligste forskjellen gjelder bruk av internett og e-post. Her øker menn sin aktivitet mye etter pensjonering sammenliknet med menn som fortsetter i arbeid, mens det er en tendens til at kvinner reduserer aktiviteten på dette feltet etter pensjonering sammenliknet med kvinner som fortsetter i arbeid. Det kan tyde på at kvinner (i denne aldersgruppen, og på midten av 2000-tallet) først og fremst bruker internett og e-post som en del av jobben og ikke i samme grad som menn kompensere med økt bruk i fritiden når de slutter å arbeide. Økningen i aktivitet for renhold, håndarbeid, snekring og besøk (tabell 1), skjer bare blant menn.

Andelen som blir *mindre aktive* viser et mer sammensatt mønster ved at det på noen områder er de yrkesaktive som endrer seg mest (tabell 2). De yrkesaktive gjør mindre husholdsarbeid som å lage middag, renhold og håndarbeid eller snekring ved T2 enn ved T1. Kvinnelige AFP-pensjonister reduserer, som nevnt, særlig bruken av internett og e-post etter pensjonering.

Tabell 2. Andel som er *mindre aktive* ved T2 enn ved T1. Aktiviteter (av 21) med signifikante forskjeller mellom yrkesaktive 56–62 år ved T1 som a) fortsatt er yrkesaktive ved T2 og b) som er pensjonert med AFP ved T2. Prosent.

Aktivitet	a) Fortsatt yrkesaktiv ved T2 (N=213)	b) AFP-pensjonist ved T2 (N=74)	Forskjell a -b
Lager middag	25	12	13*
Håndarbeid, snekring e.l.	31	18	13*
Renhold	21	11	10*
Bruker internett eller e-post	7	16	- 9*

*p<.05

Resultatene tyder på at de som går av med AFP-pensjon – sammenliknet med de i samme alder som fortsatt er yrkesaktive – blir mer aktive i husarbeid, turgåing, samvær med andre (besøk) og med å hjelpe andre. Endringene er klarest for menn. Det gjelder både huslige sysler og besøk, men aller tydeligst er det for bruken av internett og e-post, der menn synes å kompensere med økt bruk når de mister tilgangen gjennom jobben. Mønsteret av endringer er sammensatt. Mest overraskende er det kanskje at AFP-pensjonistene *ikke* øker

sine ferieturer utenlands eller sin bruk av fritidsbolig/hytte mer enn de yrkesaktive gjør, og heller ikke i større grad tar seg mer av barnebarna enn de som fortsatt er yrkesaktive. For ferieturer og hytteopphold er det, som nevnt foran, en feilkilde at vi ikke har noe mål hvor lenge en er utenlands eller på hytta.

Det er også overraskende at vi ser noen tydelige endringer i aktiviteter utenom jobben også for dem som fortsetter i arbeid. Noen av de yrkesaktive reduserer innsatsen i husholdsaktiviteter. Dette kan være tilpasninger de yrkesaktive gjør for å greie jobben. De reduserer kanskje standarden i husarbeidet og bruker kreftene på jobben. Men de reduserer ikke samtidig aktiviteten på andre områder så som foreninger, kino, teater, frivillig arbeid og å ta seg av barnebarna. Det kan være at yrkesaktive i denne alderen fortsetter med det meste som før, men at de bruker mer tid på å hvile når de er hjemme. Dette kan være en tilpasning til aldersforandringer, en «selektiv optimalisering» av yrkesdeltakelsen der man legger mer av sin energi i jobben og derfor trenger mer hvile på fritiden (Baltes & Baltes 1990).

ENDRINGER I AKTIVITET VED ALDERSPENSJONERING

Det er gjennomgående mindre forskjeller mellom de som har blitt alderspensjonister i perioden og de som fortsatt er yrkesaktive enn det var mellom AFP-pensjonistene og deres jevnaldrende yrkesaktive. Når det gjelder andelen som har blitt *mer aktiv* er det bare når det gjelder håndarbeid/snekring og å lese bøker at alderspensjonistene har økt sin aktivitet signifikant mer enn de yrkesaktive (tabell 3).

Tabell 3. Andel som er *mer aktive* ved T2 enn ved T1. Aktiviteter (av 21) med signifikante forskjeller mellom yrkesaktive 61 år og over ved T1 som a) fortsatt er yrkesaktive ved T2 og b) som er alderspensjonist ved T2. Prosent.

Aktivitet	a) Fortsatt yrkesaktiv ved T2 (N=45)	b) Alders-pensjonist ved T2 (N=116)	Forskjell b – a
Leser bøker	16	38	22*
Håndarbeid, snekring e.l.	11	30	19*

*p<.05

Når det gjelder andeler som har blitt *mindre aktive* ser vi flere forskjeller mellom alderspensjonistene og deres jevnaldrende som fortsatt er yrkesaktive (tabell 4). Forskjellene går i begge retninger, både at yrkesaktive i størst grad

har blitt mindre aktive (lage middag, gjøre innkjøp) og at alderspensjonistene i størst grad har blitt mindre aktive (bruke internett, ta seg av barnebarn).

Tabell 4. Andel som er *mindre aktive* ved T2 enn ved T1. Aktiviteter (av 21) med signifikante forskjeller mellom yrkesaktive 61 år og over ved T1 som a) fortsatt er yrkesaktive ved T2 og b) som er alderspensjonist ved T2. Prosent.

Aktivitet	a) Fortsatt yrkesaktiv ved T2 (N=45)	b) Alderspensjonist ved T2 (N=116)	Forskjell b - a
Gjør innkjøp	29	12	17*
Lager middag	31	15	16*
Tar meg av barnebarn	5	21	- 16*
Bruker internett eller e-post	2	15	- 13*

*p<.05

Alderspensjonering synes i liten grad å føre til at en endrer sitt aktivitetsnivå i aktiviteter utenom jobben. Det er mulig at alderspensjonistene øker bruken av tid til aktiviteter som vi ikke har opplysninger om i NorLAG, som for eksempel måltider, radio, TV, aviser og hvile. Vi ser imidlertid ikke noen tendens til økt aktivitet i husarbeid som å lage middag, gjøre innkjøp og renhold. Det er håndarbeid, snekring og lesing av bøker som alderspensjonistene i større grad enn de yrkesaktive gjør mer av.

At alderspensjonering ikke medfører betydelige endringer i aktivitetsnivå, betyr imidlertid ikke at de som går av med alderspensjon ikke øker sine aktiviteter etter pensjonering, for det er det en god del som gjør. For eksempel er det 39 prosent som er mer aktive i frivillig arbeid. Men sammenliknet med de yrkesaktive i samme alder (34 prosent), er økningen bare ubetydelig større, og kan derfor vanskelig tilskrives pensjoneringen.

Alderspensjonistene har *reduisert* sin aktivitet i bruken av e-post og internett og flere alderspensjonister enn yrkesaktive synes å ta seg mindre av barnebarna. Det er ikke lett å si hva det kan henge sammen med. En mulighet kunne være at alderspensjonistene har fått dårligere helse, slik at de av den grunn ikke kan ta seg like mye av barnebarna. Men data viser bare små forskjeller mellom pensjonistene og de fortsatt yrkesaktive i endring av helse. Tendensen går heller i retning av at alderspensjonistene i større grad har fått bedre helse enn de hadde ved T1 (se kap. 12). Men igjen – når vi finner at flere av pensjonistene enn av de yrkesaktive tar seg mindre av barnebarna ved

T2 sammenliknet med ved T1, betyr ikke det at flertallet tar seg mindre av barnebarna ved T2 enn ved T1. Mange av pensjonistene bruker tvert imot mer tid på barnebarna enn de gjorde før, men det gjør også mange av de jevnaldrende yrkesaktive.

De som fortsatt er i jobb har i større grad enn alderspensjonistene blitt mindre aktive i visse former for husarbeid. På samme måte som ved AFP-pensjonering vil det kunne knyttes til en prioritering av kreftene til jobben.

DISKUSJON

Et hovedfunn er at AFP-pensjonistene som har sluttet i arbeid i alderen 62 til 66 år, har endret sitt aktivitetsmønster mer enn alderspensjonistene som har sluttet etter fylte 67 år. Resultater fra andre undersøkelser kan tyde på at mye av den tiden som frigis ved pensjonering brukes til huslige sysler som måltider, husarbeid, avislesing og til å se på TV (Vaage 2012). Det er nærliggende å anta at de som er eldst når de pensjoneres i størst grad bruker mer tid på slike sysler. Det kan være at de er mer slitne etter å ha jobbet lenger opp i alderen og trenger mer hvile. Det kan også argumenteres for at en naturlig tendens til å ville trekke seg tilbake kan gjøre seg mer gjeldende blant de eldste (Cumming og Henry 1961). Men det kan også være at de eldste er mer preget av vanlige stereotypier som overdriver alderens begrensninger (Daatland og Solem 2011). Slike negative oppfatninger deles ofte av eldre selv og blir det Becca Levy (2003) kaller selvstereotypier om egen aldersvekkelse. Eventuell slitenhet, glemsomhet eller nedstemthet oppfattes da som forårsaket av aldringen alene. Selvstereotypier har vist seg eksperimentelt å kunne føre til dårligere hukommelse, saktere gange, dårligere hørsel og mindre livsvilje (Levy 2003), som igjen kan gi tilbaketrekning

Blant de yngste pensjonistene ser vi noe økning av hjelp til andre utenom egen familie etter pensjonering. Dette kan tyde på at tidlig pensjonering kan bidra noe til økt samfunnsnyttig aktivitet mens vi ikke ser noen slik tendens ved vanlig alderspensjonering. Om senioren i arbeidslivet – i tråd med rådende politikk – velger stadig senere yrkesavgang, vil det kunne føre til noe redusert innsats fra pensjonister i hjelp til andre. Resultatene gir ikke grunnlag for å fastslå hvor mye reduksjon det i så fall vil bli. Endringene i hjelp til andre er imidlertid av relativt beskjeden størrelse, i hvert fall om vi sammenlikner

med den tid som frigjøres gjennom yrkesavgang. Det kan alt i alt forventes at færre eldre vil delta i aktivitet for å hjelpe andre om eldre står lenger i arbeid, men den samlede reduksjonen får neppe noe stort omfang.

Yrkesavgang synes ikke å medføre noen vesentlig økning av aktivitet i sosiale roller som kan være alternativer til arbeid. Kanskje er opptrapping i andre roller, i foreninger, kulturell aktivitet og frivillig arbeid, vanskelig fordi en har begynt å trappe ned slik aktivitet mot slutten av yrkeslivet. Dermed kan en ha få roller tilgjengelige når en slutter i arbeid. Hus og hjem blir da den mest nærliggende arena for økt aktivitet eller for økt tidsbruk. Resultatene tyder imidlertid ikke på at de yrkesaktive er tilbøyelige til å redusere sin deltakelse utenom jobben og utenfor hjemmet når de nærmer seg pensjonering. Det er snarere på hjemmearenaen en tilpasser seg dersom jobben krever mer av kreftene. Arbeid i hus og hjem som renhold, matlaging og håndarbeid får mindre plass mot slutten av yrkeslivet. Hjemmet synes på den måten å være en buffersone for mange, der aktiviteten kan tilpasses kravene utenfra. Når kravene er store, innskrenkes husarbeidet, når kravene utenfra er små, utvides husarbeidet.

Det kan tenkes at sen pensjonering gjør det vanskeligere å tre inn i nye roller fordi det kan kreve mer å komme i gang med noe nytt desto eldre man er. Det finnes oppgaver i frivillig arbeid, i naboskap og nærmiljø som pensjonister kunne bruke mer tid på, men det finnes kanskje ikke godt nok utformete roller og arenaer for det. Et unntak er seniorsentre der frivillige kan få klart definerte oppgaver. Ellers synes pensjonistrollen mer og mer å bli en konsumentrolle, der det gjelder å nyte fruktene av sin tidligere innsats. Markedsføring av reiser, velvære og realisering av boligverdien for å ha mer penger til forbruk, understøtter dette.

Videre forskning bør se på mulige virkninger av deltidspensjonering eller gradvis pensjonering. Kanskje kan det å redusere yrkesengasjementet gradvis, slik pensjonsreformen legger til rette for, også gi rom for en gradvis opptrapping av samfunnsinnsats utenom jobben. Betydningen av yrke og utdanning og av helseendring etter pensjonering er det også grunn til å se nærmere på. Til det trengs et større datagrunnlag, som for eksempel en tredje runde av NorLAG kan gi, og der virkninger av pensjonsreformen kan vies særlig oppmerksomhet.

REFERANSER

- Baltes, P.B. & Baltes, M.M. (1990) Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation, i P.B. Baltes og M.M. Baltes M.M. (red.), *Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Cumming, E. & Henry, W. (1961) *Growing old*. New York: Basic Books
- Daatland, S.O. & Solem, P.E. (2011) *Aldring og samfunn*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Finseraas, H., P.E. Solem & M. Nicolaisen, M. (2009) Pensjonering og fritidsaktiviteter, *Aldring og livsløp*, 26 (3–4):32–35.
- Kaskie, B., S. Imhof, J. Cavanaugh & K. Culp (2008) Civic engagement as a retirement role for aging Americans, *The Gerontologist*, 48(3):368–377.
- Levy, B.R. (2003) Mind matters: Cognitive and physical effects of aging self-stereotypes, *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58B:P203-P211.
- Solem, P.E. (2008) Differences in activity between recent retirees and workers aged 62–66. Paper presented at the 19th Nordic Congress of Gerontology, Oslo 25–28 May.
- Solem, P.E. (2012) Endring i husarbeid, fritidsaktiviteter og frivillig arbeid etter yrkesavgang. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 15(3): 207–221
- Solem, P.E. & R.J. Mykletun (1996) *Arbeidsmiljø og yrkesavgang*, NGI-rapport nr. 2-1996, Oslo: Norsk gerontologisk institutt.
- Solem, P.E., T. Hansen & B. Halse (2005) Frivillig innsats – vil det øke eller kanskje minske i framtiden? i B. Slagvold & P.E. Solem (red.) *Morgendagens eldre* (161–167). NOVA-rapport 11/05.
- Vaage, O.F. (2011) Tidsbruk og fritidsaktiviteter, i E. Mørk (red.): *Seniorer i Norge 2010*. Statistiske analyser nr. 120, Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Vaage, O.F. (2012) *Tidene skifter. Tidsbruk 1971–2010*. Statistiske analyser nr. 125, Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Westerlund, H., J. Vahtera, J.E. Ferrie, m.fl. (2010) Effect of retirement on major chronic conditions and fatigue: French GAZEL occupational cohort study, *BMJ* 2010;341:c6149 doi:10.1136/bmj.c6149 (Lest online 17.2.2012)

DEL V

Nærmiljø og nære andre

KAPITTEL 15:

Vennskap, samvær og fortrolighet – om omfang og typer av vennskap i eldre år

Svein Olav Daatland og Kristine Koløen

KAPITTEL 16:

Alder og aktiviteter – hva bruker man fritida til?

Svein Olav Daatland og Kristine Koløen

KAPITTEL 15

Vennskap, samvær og fortrolighet – om omfang og typer av vennskap i eldre år

Svein Olav Daatland og Kristine Koløen

Eldre flest har nære venner, ofte både «fortrolige venner» og «omgangsvenner». De fleste synes også at venner er viktige, om enn noe færre enn i yngre år. Enslige er mer integrert i vennskap enn gifte, og kvinner mer enn menn. Det er noe fallende vennskapsrater med alderen, men især for menn og i mindre grad for kvinner. Normer og former for vennskap er nokså forskjellige for de to kjønn. Felles er at omgangsvenner og fortrolige venner ser ut til å følge noenlunde samme forløp med alderen, og støtter dermed ikke selektivitetsteoriens antakelse om at man prioriterer de næreste relasjonene i høy alder.

Venner er våre viktigste andre ved siden av familien. Å ha venner å støtte seg til, eller rett og slett å være sammen med, er en viktig kilde til trygghet, adspredelse og identitet. Si meg hvem du omgås, og jeg skal si deg hvem du er, heter det fra gammelt av.

Venner og vennskap kan ha fått økt betydning fordi familierelasjoner har blitt mer flyktige. Flere skiller seg, flere bor aleine, nye familieformer er i vekst – foreløpig uten den institusjonelle forankringen som mer tradisjonelle familieformer har. Økende individualisme bidrar også til at personlig valgte relasjoner får større plass, ikke bare blant unge, men kanskje også i eldre år. Utsagn som at «venner er den nye familien» eller «venner er den familien vi selv velger», illustrerer hvordan vennskap kan ha overtatt noe av familiens domene (Ajrouch m. fl. 2006).

ENDRER SEG MED ALDEREN?

Dersom vennskap har blitt viktigere i folks liv, skulle vi ha ventet en bredere interesse for vennskap også fra forskningens side, men her ser man fortsatt ut til å være låst til forestillingen om at vennskap er især ungdommens arena, mens voksne og eldre er familiemennesker. Men vennskap har ingen

aldersgrenser, og i dag kanskje mindre enn noensinne. Det er derfor god grunn til å se nærmere på vennskap også i eldre år. Får venner og vennskap mindre eller snarere større betydning i høy alder, og i så fall hvorfor?

Spørsmålet berører en sentral kontrovers i aldersforskningen, hvorvidt den reduserte sosiale deltakelsen som gjerne følger med høyere alder er styrt innenfra eller utenfra. Tilbaketrekkingsteorien mener forklaringen kommer innenfra ved at behovene endrer seg, og man blir mer tilbøyelig til å vende oppmerksomheten innad i eldre år. Aktivitetsteorien finner forklaringen i ytre og indre barrierer som hindrer deltakelse i eldre år. Begge teoriene forventer dermed sosial tilbaketrekking i høyere alder, men av ulike grunner (Daatland og Solem 2010).

Senere teorier har forsøkt å bygge bro mellom de to teoriene, for eksempel sosio-emosjonell selektivitetsteori (Carstensen 1991), som foreslår at prioriteringene endrer seg i høyere alder. Når kreftene svekkes, prioriterer man de emosjonelt nære relasjonene. Snarere enn en generell tilbaketrekking, er det da tale om en vridning av den sosiale deltakelsen i retning av de næreste relasjonene.

I dette kapitlet ser vi nærmere på hvorvidt og hvordan vennskap endrer seg i form og innhold med alderen. Først – finner vi en mer generell reduksjon av vennskapelige relasjoner med alderen, og i så fall hvorfor? Og dernest – finner vi tegn til en omprioritering i retning av å beskytte de næreste relasjonene som foreslått av sosio-emosjonell selektivitetsteori? Før vi kommer så langt, først noe mer om hva vennskap er.

HVA HAR MAN VENNER FOR?

Hva skiller vennskap fra andre sosiale relasjoner? De fleste definisjoner understreker at venner er valgte relasjoner og ikke tilskrevne, slik slekt er. Vennskap bygger dessuten på likhet og symmetri. Andre relasjoner kan være komplementære; de utfyller hverandre via sin forskjellighet, slik forholdet mellom barn og foreldre gjør.

Vennskap er nok regulert av normer, men de er uformelle, vage og generelle. Vennskap skiller seg dermed fra relasjoner som er mer formelt regulert, eller har mer spesifikke, uformelle normer, slik tilfellet for eksempel er for naboer og naboskap (Blieszner og Adams 1992).

Man velger sine venner, og blir også valgt av dem. Vennskapelige relasjoner er derfor oftest symmetriske, og er gjerne homogene hva status, alder, utdanning, kjønn og religion angår (Uhlenberg og Gierveld 2004). Venner er dermed oftest like og likeverdige. Likheter er i seg selv tiltrekkende, men kan også være en strategi for å bli inkludert i et «vi». Man overser da kanskje ulikheter som truer symmetrien, og understreker det som er likt og som binder sammen.

Vennskap varierer med hensyn til hvor emosjonelt nære relasjonene er, og her er vi ved temaet for dette kapitlet – om aldring og typer av vennskap. Her forsøker vi å skille mellom fortrolige venner (confidants) og den bredere krets av omgangsvenner (companions). Vi venter å finne en reduksjon av sosial deltakelse med alderen, i dette tilfellet slik det ytrer seg i vennskapelige relasjoner. I følge tilbaketrekkingsteorien ligger forklaringen primært i aldringen som sådan, ifølge aktivitetsteorien ligger forklaringen primært i ytre hindringer som er assosiert til alder, så som (dårligere) helse. Sosio-emosjonell seleksjonsteori forventer en omprofilering av vennskap i høy alder, ved at de emosjonelt nære (fortrolige venner) prioriteres framfor de mindre nære (omgangsvennene). Hva sier empirien?

UNDERSØKELSEN

Dataene er hentet fra LOGG-studien, Livsløp, generasjon og kjønn, som inkluderer andre runde av NorLAG. Datainnsamlingen ble gjennomført i 2007–2008 og omfatter et landsrepresentativt utvalg på ca. 15 000 personer i alderen 18–84 år. Nærmere detaljer om studien er beskrevet i kapittel 2.

Spørreskjemaet inneholdt flere spørsmål som målte ulike typer og sider av vennskap. To av disse ble brukt for å skille mellom fortrolige venner og omgangsvenner: «Bortsett fra medlemmer av din egen familie, har du noen som står deg nær, og som du kan snakke fortrolig med?» Bekreftende svar ble regnet som fortrolige venner (confidants). «Omtrent hvor ofte er du sammen med venner?» Månedlig eller oftere kontakt ble regnet som omgangsvenner (companions).

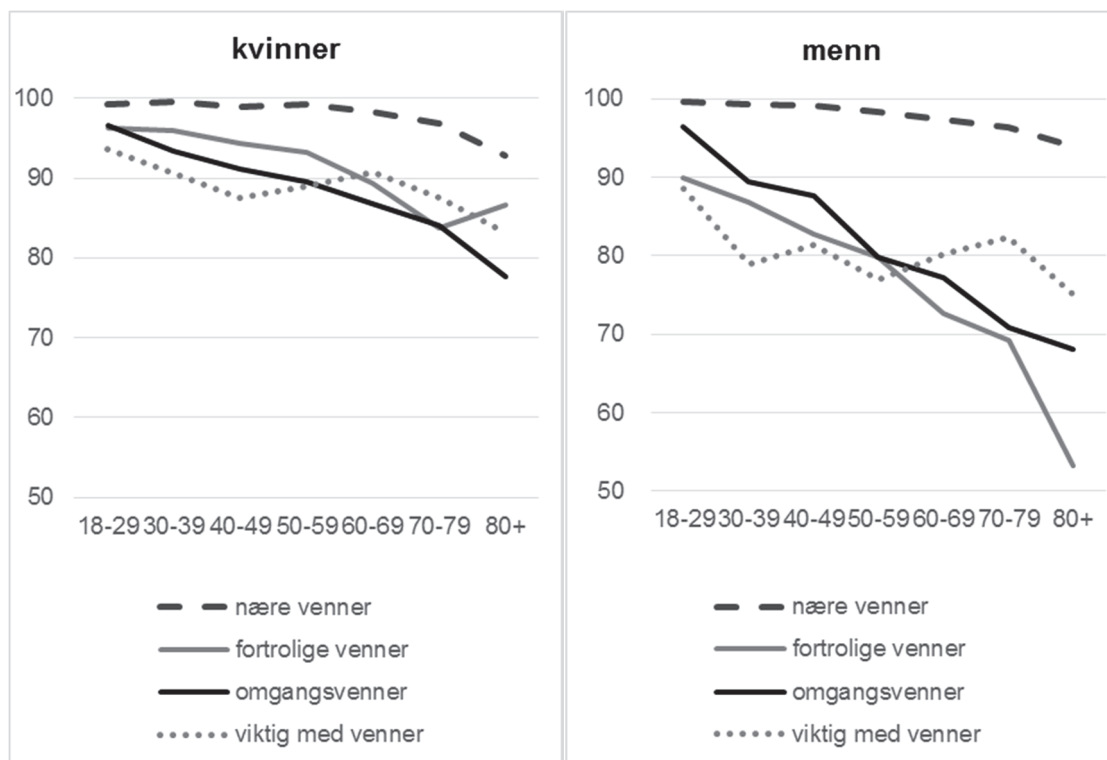
Andre indikatorer som anvendes her er om man «har nære venner» og «hvor viktige venner er i livet for tiden», rangert som svært viktig, ganske viktig, litt viktig og ikke viktig. Nær alle spurte (18–84 år) oppgir at de har nære

venner, og sju av ti har både fortrolige venner og omgangsvenner, slik det her måles.

Vi beskriver først hvordan vennskap varierer med alderen langs disse dimensjonene. Vi gjør dette for kvinner og menn hver for seg, fordi kvinners og menns vennskap ser ut til å være nokså forskjellige (Connidis og Davies 1990). Dernest spør vi hva det er ved «alder» som forklarer denne variasjonen. Forsvinner aldersvariasjonen når vi kontrollerer for aldersrelaterte kjennetegn som helse, utdanning og familiestatus, som i så fall vil støtte aktivitetsteorien? Dersom alder fortsatt slår ut, peker det i retning av tilbaketrekkingsteorien. Finner vi også en prioritering av de nære relasjonene (de fortrolige), slik sosio-emosjonell selektivitetsteori postulerer?

VENNSKAP OG ALDER

Langt de fleste oppgir at de har en «nær venn» (Figur 1). Det er liten forskjell mellom kvinner og menn i så måte, og for begge kjønn er det en svak reduksjon med alderen – noe større for menn enn for kvinner, men ikke mer enn at det fortsatt er mer enn ni av ti blant de eldste (80–84 år) som sier at de har en «nær venn».



Figur 1. Forekomst og betydning av vennskap for kvinner og menn i ulike aldersgrupper.

De øvrige typer av vennskap har en fallende kurve med alderen, og klart mer fallende for menn enn for kvinner. For kvinner faller frekvensen av ulike typer vennskap fra ca. 95 prosent blant de yngste (18–29 år) til 85 prosent blant de eldste (80–84 år). Selv om det er en viss nedgang for kvinner med alderen, er hovedinntrykket en robust og høy rate av vennskap for kvinner i alle aldersgrupper, i det minste til midt i 80-årene eller kanskje mer presist – så lenge helsa og kreftene rekker.

Menn, derimot, har både lavere frekvenser og et mer fallende forløp med alderen. Formuleringen er noe upresis, for egentlig vet vi ikke om tendensen er fallende, ettersom vi opererer med tverrsnittsdata her. Forskjellen mellom aldersgruppene kan dermed (også) skyldes at vennskap står sterkere eller svakere i ulike kohorter. I framtidige panelanalyser vil vi kunne skille den ene forklaringen fra den andre.

Den fallende tendensen med alderen er for mennene særlig utpreget hva fortrolige venner angår – i motsetning til hva vi skulle ha forventet utfra sosio-emosjonell seleksjonsteori. Fortrolige venner og omgangsvenner har en noenlunde parallell nedgang for kvinner, med et svakere fall med alderen for fortrolige og slik sett med en moderat støtte til sosio-emosjonell seleksjonsteori for kvinner, men ikke særlig overbevisende, de små forskjellene tatt i betraktning.

Å dømme etter disse mønstrene er det ganske mange eldre menn som *ikke* har venner, det være seg fortrolige venner eller omgangsvenner. Bare få kvinner er i en slik situasjon. Felles for både kvinner og menn er at venner oppleves som noe mindre viktige med økende alder, men de er fortsatt viktige for det store flertallet også i eldre år.

Komparative studier viser for øvrig at det er relativt flere eldre enn yngre som mangler nære venner, men de nordiske landene kommer gunstig ut, i den forstand at bare få (3–8 prosent) møter venner, slekt eller kolleger sjeldnere enn månedlig. De fleste land har høyere rater av «sosialt isolerte», og særlige høye rater isolerte er det i land fra det østlige Europa, der andelen er 40–45 prosent på det høyeste (Rodrigues m. fl. 2013).

HVA ER DET MED «ALDER»?

Gjennom multivariate analyser – som ikke presenteres her, men er tilgjengelige fra forfatterne – har vi forsøkt å vurdere i hvilken grad den lavere frekvensen av vennskap i høyere alder lar seg forklare med aldersrelaterte forhold som helse, utdanning og familiestatus. Dette er bare delvis tilfellet. Det er fortsatt en negativ sammenheng mellom alder og de to typer vennskap når disse andre variablene er kontrollert for. Vennskapsfrekvensen varierer imidlertid også med slike andre faktorer, for eksempel er god helse positivt relatert til frekvensen av omgangsvener, trolig fordi dårlig helse gjør det mer besværlig å treffes. Helse gir derimot ikke noe statistisk sikkert utslag for fortrolige venner, kanskje fordi man kan betro seg og trøste hverandre over telefon like godt som ansikt til ansikt? At helse ikke påvirker omfanget av fortrolige venner kan også skyldes at de næreste andre representerer mer robuste relasjoner enn omgangsvener og såkalt «vennskapelige fremmede» (friendly strangers). Nære (fortrolige) venner beholder man kanskje selv om helse skulle skranke.

Mange har nok partneren som sin nærmeste fortrolige, og det er derfor ikke uventet at enslige – især de aldri gifte, men også tidligere gifte (etterlatte, skilte) – har mer kontakt med venner (av begge slag) enn gifte og samboende. De aldri gifte har nok for lengst etablert et vennskapsnettverk som kompenserer for en manglende partner, men når også etterlatte er mer aktive enn gifte vis-a-vis fortrolige venner, kan det tyde på at denne typen kompensasjon også kan finne sted i høyere alder. Vi kan ellers notere oss at vennskap har økende omfang med økende utdanning. Familien står kanskje relativt sterkere for personer med lavere utdanning. Dette resultatet peker framover i retning av en stigende betydning av vennskap for morgendagens eldre.

ALT I ALT

Eldre flest har nære venner, ofte både «fortrolige» og «omgangsvener». De fleste synes også at venner er viktige, om enn noe færre enn i yngre år. Enslige er sterkere integrert i vennskap enn gifte (og samboere), og kvinner mer enn menn.

Det er noe fallende rater av vennskap i høyere alder, men især for menn og i mindre grad for kvinner. Dette har blant annet sammenheng med aldersrelaterte forhold som helse og familiestatus, men det gjenstår en negativ alderseffekt også etter at vi har kontrollert for slike faktorer. Det ligger en viss

støtte til både tilbaketrekkingsteorien (alder i seg selv) og aktivitetsteorien (ytre hindringer) i disse mønstrene, men den moderate reduksjonen i vennskapsrater med alder for kvinners del, gjør det lite rimelig å snakke om «tilbaketrekking» for kvinners vedkommende. Og når kjønn gir såpass stort utslag, er det lite rimelig å knytte dette til alder som sådan, dvs. at kvinnelig og mannlig aldring skulle være vesensforskjellig på dette området. Det er rimeligere å se kjønnsforskjellene som utslag av ytre livsvilkår, og dermed som støtte for aktivitetsteorien, idet betingelsene for utfoldelse av vennskap i eldre år kan være dårligere for menn enn for kvinner. Normer og former for vennskap er nokså forskjellige for de to kjønn.

Omgangsvenner og fortrolige venner ser ut til å følge noenlunde samme forløp med alderen slik det her er målt. Det er dermed ikke støtte i disse data for selektivitetsteoriens antakelse om en prioritering av de næreste relasjonene i høy alder. Det måtte i så fall finne sted i enda høyere alder enn de som er inkludert her, det vil si blant de aller eldste, og var i så fall kanskje bedre indikert ved tid (alder) igjen før døden, enn ved tid (alder) som har gått siden fødselen. Også dette innbyr til videre utforskning.

REFERANSER

- Ajrouch, K. J., Akiyama, H. & Antonucci, T. C. (2006). Cohort differences in social relations among the elderly, in H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer & A. Hoff (eds.), *New dynamics in old age: individual, environmental, and societal perspectives* (pp. 43–63). Amityville, NY: Baywood publishing company.
- Blieszner, R. & Adams, R.G. (1992). *Adult friendship*. Newbury Park: Sage.
- Carstensen, L. (1991). Socioemotional selectivity theory: Social activity in life span context. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 11, 195–217.
- Connidis, I. A. & Davies, L. (1990). Confidants and Companions in Later Life: The Place of Family and Friends. *Journal of Gerontology*, 45, 4, 141–149.
- Daatland, S.O. & Solem, P.E. (2010). *Aldring og samfunn*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rodrigues, R., Huber, M. & Lamura, G. (red.) (2013). *Facts and figures on healthy ageing and long-term care. Europe and North America*. Wien: European Centre.
- Uhlenberg, P. & De Jong Gierveld, J. (2004). Age-segregation in later life: an examination of personal networks. *Ageing & Society*, 24, 5–28.

KAPITTEL 16

Alder og aktiviteter

– hva bruker man fritida til?¹

Svein Olav Daatland og Kristine Koløen

Hvilke aktiviteter preger folk i ulike faser av livet, og hvordan varierer de med alder, kjønn, preferanser og muligheter? Det dreier seg ikke om en generell tilbaketrekking med alderen, for noen aktivitetsformer viser en økende tendens (sivilt engasjement), noen har en topp midt i livet (friluftsliv), mens andre avtar i eldre år (kultur). Flertallet er moderat aktive, men hva med de isolerte? Dreier det seg om en valgt tilbaketrekking eller en påført marginalisering? Snarere det siste, for risikoen for å være ikke-deltaker er særlig stor for enslige, uten utdanning, med dårlig helse.

Vi lever lengre, men går relativt tidligere i pensjon. Hva gjør vi så med resten av livet? Mange har nær en tredel av livet foran seg når de går over i pensjonistenes rekke. Arbeidet har i storparten av det voksne livet strukturert dagen og tida, jaget en opp om morgenen og i seng på kvelden for å være uthvilt til neste arbeidsdag. Så står man der som pensjonist, med mer tid som en selv kan rå over. Bruker man den ekstra tida til frokost og aviser, med andre ord tar seg bedre tid i hus og hjem? Fyller man tida med frivillig arbeid til glede både for seg selv og andre? Noen ser for seg en økende skare seniorer som frivillige, kanskje i eldreomsorgen, men er det realistisk? Tar man heller på reise med andre seniorer, kanskje et lengre opphold i syden, eller mer tid på hytta?

Okke som – aktivitet blir vanligvis ansett som et gode i seg selv; det er noe av dette som ligger i begrepet «aktiv aldring» som ses som et mål for et moderne eldrelev. «Produktiv aldring» presiserer at man også bør være aktiv til

¹ Dette kapitlet bygger på artikkelen Daatland, S.O. og Koløen, K. (2009). Aktiviteter og aktivitetsformer over livsløpet. *Aldring og livsløp*, 3-4, 22-27.

beste for noen eller noe, ikke bare en selv, og da trenges sammenhenger å være aktive innenfor.

Hvordan folk lever bestemmer langt på vei hvordan de aldres. Tidligere studier har vist at aktivt engasjement i fritidsaktiviteter også har en gunstig virkning på helse og livskvalitet, spesielt i eldre år (Litwin & Shiovitz-Ezra 2006). Vi skal i dette kapitlet se nærmere på fritidsaktiviteter i ulike aldersgrupper og forsøke å danne oss et inntrykk av hvordan denne virksomheten endrer seg over livsløpet. Hvorvidt det er alder eller «generasjon» (kohort) som viser seg i mønstrene er ikke alltid lett å avgjøre. Det mønster vi observerer kan være spesielt for dagens eldre, mens morgendagens eldre kan være preget av andre vaner. Mange tar med seg sine interesser gjennom livet, andre legger det gamle bak seg og søker etter nytt også i eldre år. Studier av fritidsaktiviteter burde derfor ha sammenliknet aktivitetsmønstrene i flere kohorter.

ALDER OG FRITID

I storparten av livet selger man sin tid mot betaling (lønn). I og med pensjonering får man frigjort denne bundne tida; til gjengjeld kan man miste noe av den døgnrytmen som holder en i gang. Noen blir kanskje overveldet av sin frie tid og vet ikke hva de skal bruke den til? Som pensjonist sløser man kanskje med det man tidligere måtte haste seg til, for eksempel ved å ta seg god tid med avisen og øvrige daglige gjøremål. Svekket helse kan også stjele tid. Noen har ikke tid nok, andre har vansker med å få tida til å gå; de kjeder seg eller føler seg overflødige fordi deres frie tid er et uttrykk for at de ikke lenger er til nytte. Atter andre later som de er travelt opptatt og organiserer sin frie tid som var den en jobb, for å framstå som travel og dermed som etterspurt og viktig. «Travelhetsetikken» kaller David Ekerdt (1986) denne væremåten.

Gjennom tidsbruksstudier tegner man menneskers aktiviteter og tidsbruk i detalj (Vaage 2012). Denne typen studier kan tegne likheter og forskjeller i tidsbruk for kvinner og menn, personer med høy og lav utdanning. Men fordi tidsnyttingsundersøkelsene oftest har et begrenset utvalg, egner de seg dårligere til å studere aldersmønstre i detalj. Vi skal derfor i dette kapitlet bruke data fra den norske studien av Livsløp, generasjon og kjønn (LOGG) for å beskrive hvilke mønstre av fritidsaktiviteter som er mer eller mindre karakteristiske på ulike alderstrinn, og hvilken variasjon vi finner innenfor disse aldersgruppene etter kjønn, helse, utdanning og bosted.

TRIVIALITETER?

Hva folk bruker tida til hører på sett og vis til blant livets trivialiteter: å lage mat, å gå tur, strikke, fiske, stelle i hagen eller gå på konsert. Men større spørsmål skjuler seg under trivialitetene, så som å være inkludert eller ekskludert, å leve et privat liv eller et liv i samhandling med andre. De fleste veksler mellom det private og offentlige, det formelle og uformelle. Noen er kanskje fanget i sin egen lille verden og er seg selv nok – etter eget ønske eller fordi de mangler sammenhenger å delta i.

I beskrivelsen av aktivitetens «hva» og «hvor ofte» kan det dermed ligge informasjon om sosial integrasjon eller mangel på integrasjon. For aldersforskningens del har et av de evige stridsspørsmålene vært om sosial tilbaketrekking er en naturlig reaksjon i eldre år eller et resultat av sosial utstøting? Tilbaketrekkingsteorien sto for den første forklaringen, aktivitets-teorien for den andre. Nyere og mer dynamiske seleksjonsteorier har på en mer sofistikert måte vist at aldring kan føre med seg en omprioritering fra utadvendte til mer innadvendte aktiviteter (Daatland og Solem 2010).

Dette kapitlet har et mer beskjedent anslag med primært en beskrivende hensikt: Hvilke former og grader av aktiviteter preger folk i ulike aldre og faser av livet, og hvordan varierer disse mønstrene med alder og kjønn, med personlige preferanser, og med mer strukturelle trekk (anledning)?

MÅL OG METODER

Dataene er altså hentet fra den norske studien av Livsløp, generasjon og kjønn (LOGG), som er et samarbeid mellom NOVA og Statistisk sentralbyrå. I overkant av 15 000 personer i alderen 18–84 år ble intervjuet per telefon i 2007–2008 og besvarte i etterkant et spørreskjema. Spørsmålene som tas opp her ble stilt i spørreskjemaet. Nærmere detaljer om undersøkelsen og utvalget finner du i kapittel 2.

Under overskriften «Aktiviteter og frivillig arbeid» ble informantene spurt: «Omtrent hvor ofte gjør du følgende?» Så fulgte en liste med 24 typer av aktiviteter fra Renhold via Mosjon til Frivillig arbeid, med et valg av svar fra Daglig via Ukentlig, Månedlig og Noen ganger i året til Sjeldnere og Aldri. Noen av aktivitetene lar seg lett sammenlikne langs en slik tidsakse, andre gjør det ikke, fordi de har såpass ulik karakter. Man kan for eksempel gjøre *daglige* innkjøp, gå på møter *ukentlig*, og være på hytta *noen ganger i året*. Hva som er

mye og lite lar seg vanskelig måle langs samme skala. Vi er derfor ikke så opptatt av å sammenlikne aktivitet for aktivitet, men hvilke mønstre som ligger «under». For dette formålet har vi gjort en eksplorerende faktoranalyse, som hjelper oss å få en viss orden i mangfoldet ved å redusere variasjonen blant de mer enn tjue aktivitetene til et mindre sett av underliggende faktorer (typer av aktiviteter).

TYPER AV AKTIVITETER

Vi har gjort faktoranalysen i flere omganger, og har i den endelige versjonen tatt bort et antall aktiviteter som ikke lot seg ordne på denne måten eller som bare passet for bestemte aldersgrupper. Disse «utliggerne» var ting som å lese bøker og aviser, å passe barnebarn og å bruke internett, som altså ikke lot seg gruppere inn under en bredere aktivitetskategori. Vi kommer tilbake til noen av disse etter hvert, men legger hovedvekten på de 20 av de totalt 24 fritidsaktivitetene som lot seg gruppere. Resultatet av denne analysen er vist i en forenklet form i tabell 1.

Tabell 1. Fritidsaktiviteter ordnet etter aktivitetsformer (dimensjoner).

Aktiviteter	Faktorer
Møter i foreninger/organisasjoner Frivillig arbeid for foreninger/organisasjoner Deltar i gudstjeneste eller andre religiøse møter	SIVILT ENGASJEMENT
Lager middag Gjør innkjøp Renhold	HUSARBEID
Går på kino/teater/konserter/utstillinger Fritidsreiser utenlands Deltar på kurs/foredrag Er på kafé/restaurant	KULTURELT KONSUM
Vedlikehold/reparasjon Fiske/jakt Hagearbeid (i sesongen) Håndarbeid, snekring og lignende Bruker fritidsbolig/hytte	FRILUFTSLIV
Mosjonerer så blir andpusten og/eller svett Turer eller trening utendørs Trening innendørs	MOSJONERING
Får besøk eller besøker andre Hjelper andre utenom nær familie	SOSIALISERING

Analysen lot oss gruppere aktivitetene under seks aktivitetsformer (dimensjoner, faktorer), der de tre første var de viktigste (forklarte mest variasjon). I faktoranalysen setter man gjerne navn på faktorene etter skjønn, og da ved å vurdere hva de inkluderte del-aktivitetene ser ut til å ha felles. Slik også i dette tilfellet, og vi har på dette grunnlaget kalt faktorene (1) Sivilt engasjement, (2) Husarbeid, (3) Kulturelt konsum, (4) Friluftsliv, (5) Mosjon og (6) Sosialisering. Hvilke aktiviteter som hører inn under hver av disse går fram av tabell 1.

VARIASJON MED ALDER

Vi innleder beskrivelsen ved å kommentere aktivitet for aktivitet før vi går over til de bredere kategorier av aktiviteter som ble resultatet av faktoranalysen. Noen av disse aktivitetene varierer sterkt med alderen, andre ikke. Det er for eksempel mellom 60 og 70 prosent som går turer eller trener utendørs i alle aldersgruppene med unntak av de aller eldste (80–84 år), der andelen faller til ca. 55 prosent. At det dreier seg om ulike typer av mosjoning, er en annen sak: de unge jogger kanskje, de eldre går tur. Aldersvariasjonen er rimeligvis enda større for «mosjoning slik at jeg blir andpusten eller svett», som utføres ukentlig av mer enn 50 prosent av personer under 60 år, men bare 30–40 prosent av 70-åringene. Trening innendørs er vanligst blant de unge: det er først og fremst unge mennesker som trekker inn i treningsstudioene. Dersom de tar med seg denne vanen gjennom livet, har vi med en kohorteffekt å gjøre. Dersom de etter hvert vandrer ut av treningslokalene og går over til turer i skog og mark, er det kanskje en alderseffekt – at det er alderen som styrer aktivitetsmønstrene i en annen retning, men vi kan ikke avgjøre hva som er hva med tverrsnittsdata som vi i dette tilfellet har begrenset oss til.

Den enkeltstående aktiviteten som varierer mest med alderen er ikke uventet å bruke internett. Mellom 80 og 90 prosent av de unge (18–29 år) er daglig på nett, bare tre av ti 70-åringene og én av ti 80-åringene. Også dette er nok først og fremst en forskjell mellom kohorter («generasjoner»), og vil jevnes noe ut i årene framover, om ikke enda nyere teknologier skaper nye digitale skiller.

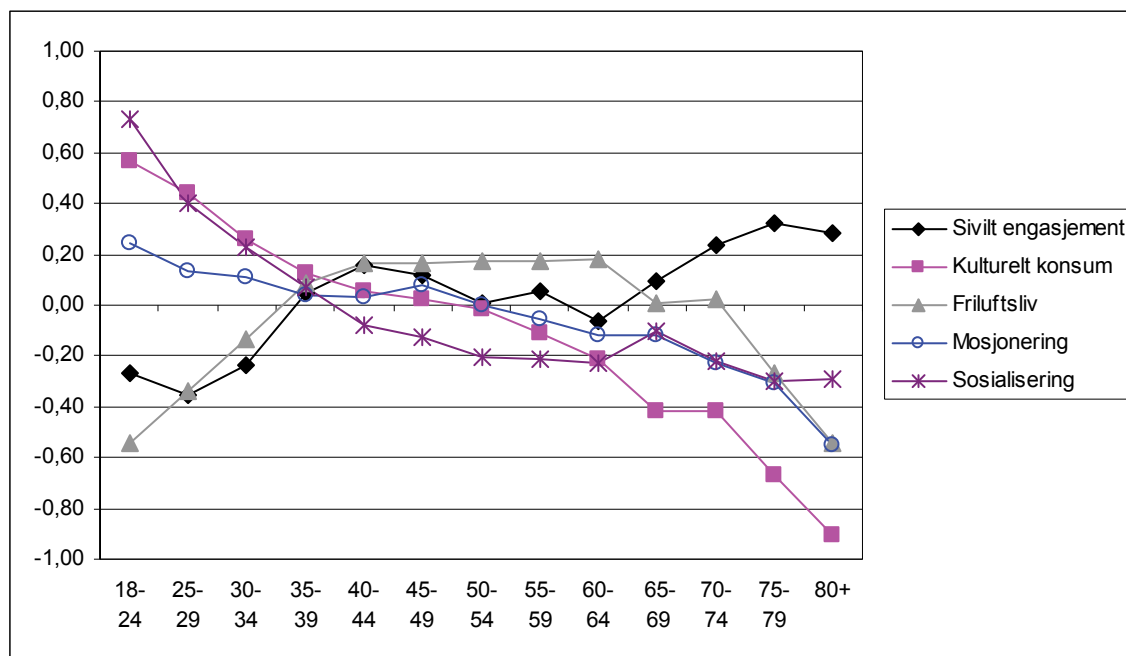
Å lese bøker og aviser er derimot nokså stabile aktiviteter over livsløpet, noe som også gjelder for husarbeid. Der er også eksempler på aktiviteter som er særlig hyppige blant eldre. Blant de yngste er det for eksempel bare 14

prosent som gjør håndarbeid, snekring eller lignende ukentlig, mens den tilsvarende andelen blant 70-åring er 33 prosent. Den eldre generasjonen hører mer radio, og de ser mer på fjernsyn. Tidsnyttingsundersøkelsen fra Statistisk sentralbyrå forteller at nettopp fjernsynstitting er den aktiviteten som har økt særlig sterkt blant eldre, og dermed peker i retning av en passiv og konsumerende, snarere enn en aktiv livsstil (Vaage 2012).

Bildet er imidlertid sammensatt, for alle aktivitetene inkludert under Sivilt engasjement er også hyppigst blant de eldste: 20 prosent av aldersgruppen 18–29 går på møter i foreninger eller organisasjoner månedlig, mens hele 43 prosent av 70-åringene gjør det.

Figur 1 gir et mer generelt bilde av variasjonen ved å konsentrere seg om faktorene snarere enn hver enkelt aktivitet. Vi forenkler bildet ytterligere ved å ekskludere Husarbeid, som likevel ikke varierer stort med alderen. Figuren viser faktorskårer, som varierer på en standardisert skala fra +1 (mye) til -1 (lite). På denne måten er det mulig å sammenlikne de ulike dimensjoner av fritidsaktiviteter.

Her er vi først og fremst interessert i *formen* på kurvene, dvs. om det dreier seg om en reduksjon, om stabilitet eller om en økning med alderen.



Figur 1. Aktivitetsformer og faktorskårer etter alder.

Figuren viser at det er relativt stor aldersvariasjon for de ulike faktorene, og størst er den for Kulturelt konsum, som avtar lineært (jevnt) med stigende alder. Det er særlig to av aktiviteter som bidrar til den klare nedgangen: Kafé- og restaurantbesøk og Kino, teater, konserter og utstillinger. Den yngste aldersgruppen er har øyensynlig størst interesse for slike aktiviteter, og er dessuten i en posisjon der de har bedre *muligheter* for å bruke tida til denne typen uteliv, da mange ennå ikke har etablert sin egen familie. Dagens middelaldrende og eldre kan være tilbakeholdne med å bruke penger på denne typen aktiviteter. Kino og kaféer er en del av de yngres kultur og livsstil, men viser en økende tendens også blant eldre ifølge Statistisk sentralbyrå (Vaage 2012).

En motsatt trend finner vi for Sivilt engasjement, som *stiger* med alderen, i det minste inntil midt i 70-årene. Nærmere kontroll viser at det her dreier seg om en ikke-lineær sammenheng, med stigende aktivitet fra yngre år til 40-årene og deretter en nedgang til ca. 60, etterfulgt av en ny økning. Det er nærliggende å tro at det her dreier seg om livsløpsmønstre: først en periode som aktive småbarnsforeldre i idrettslag og musikkorps, og dernest som aktiv og nybakt pensjonist, som bruker noe av sin frigjorte tid til foreningsliv og møter.

Uformell sosialisering (besøk og hjelp) er hyppigst tidlig i livet og flater ut fra 50-årsalderen av. Friluftsliv (og hobbyer) ser ut til å stå særlig sterkt midt i livet: dette er aktiviteter som øker frem til 40-åra for så å flate ut og blir mindre vanlige fra midten av 60-åra av. Forklaringen kan i det minste delvis være at aktivitetene som er inkludert her (hagearbeid, jakt, fiske) er aktiviteter som er relatert til det å ha familie og å være etablert i sitt eget hjem.

Mosjon og Sosialisering, viser også redusert aktivitet med stigende alder. For Sosialisering er det først en klar reduksjon, og dernest en utflating fra 50-års alderen av. For mosjonering er det – kanskje overraskende – bare en moderat nedgang med alderen, men formen som mosjoneringen tar har nok endret seg.

HVA SKYLDES VARIASJONEN?

Via multiple regresjonsanalyser har vi forsøkt å identifisere hvilke kjennetegn som slår ut for hver aktivitetsform: I hvilken grad er aktiviteten forklart av demografiske kjennetegn (alder, kjønn), av personlige ressurser (helse, utdanning), av sosiale roller (familie, arbeid) eller av mer strukturelle forhold (bosted)?

Alderen slår ut for alle aktivitetene – positivt (økende aktivitet) for Sivilt engasjement, negativt (reduert aktivitet) for de øvrige. Størst er utslaget for Kulturelt konsum, som faller sterkest med alderen. *Kjønn* slår særlig sterkt ut for Friluftsliv på den ene sida (her er menn mest aktive) og for Mosjon på den andre (her er kvinner mest aktive).

God helse og høy utdanning bidrar til et generelt høyere aktivitetsnivå, med unntak for Sosialisering. Forklaringen kan her være at personer med dårlig helse trekker til seg besøk (og hjelp). De høyt utdannede ser ut til å ta godt for seg på de mer offentlige arenaene, så som på kaféer og i foreningslivet.

Utdanning viser seg å ha større betydning for aktivitetsnivået enn helse. Høyere utdanning gir *mer* Sivilt engasjement, Kulturelt konsum og Mosjoning, men *mindre* Sosialisering. Friluftsliv ser ut til å være like aktivt (eller passivt) blant høyt og lavt utdannede, men muligens langs ulike del-aktiviteter. *Stedet* en bor har også betydning for flere av aktivitetene. Det er mer Friluftsliv og Sivilt engasjement på mindre steder (bygda), mens det er mer Kulturelt konsum på større steder (byen). Dette kan nok langt på vei forklares med tilgjengelighet: Kulturelt konsum er lettere tilgjengelig i byen, friluftsliv på landsbygda.

Sosiale roller slår ut for noen aktiviteters del, for eksempel at gifte (eller samboende) er mer aktive i Friluftsliv enn enslige, men mindre aktive i Sosialisering; man har kanskje selskap nok i hverandre. Har man barn, slår det ut i noe mer Friluftsliv, men i mindre Kulturelt konsum. Hvorvidt man har foreldre eller søsken i live gjør liten forskjell for aktivitetsnivået; det er derimot av stor betydning om man har fortrolige venner eller ei. Vennskap er den eneste relasjonen som slår positivt ut for samtlige aktivitetsformer, og effekten er sterkest for Sosialisering, rimelig nok.

DELTAKELSE, TILBAKETREKKING ELLER MARGINALISERING?

Noen aktiviteter kan kompensere for mangler på andre områder, eller er det snarere slik at de som er aktive på ett område er aktive også på andre? Hva kjennetegner i så fall de som er med på alt, og de som er utenfor alt? Vi runder av med noen foreløpig funn som reiser nye spørsmål for videre forskning. Vi konsentrerer oss da om utadrettede aktiviteter på offentlige arenaer, nærmere bestemt om Sivilt engasjement og Kulturelt konsum. Noen få (15–20 prosent)

er svært aktive på hvert av disse områdene i den forstand at de bruker ett eller flere tilbud ukentlig eller oftere. I andre enden av skalaen finner vi et fåtall (8 prosent) som sjelden eller aldri er på kafé, utstilling, kino eller tilsvarende, det vil si det vi har kalt Kulturelt konsum. Et betydelig mindretall (ca. 1/3) er dessuten sjelden eller aldri i foreninger eller på møter. De fleste er middels aktive, men noen få skiller seg ut i hver sin retning, som svært aktive eller svært *lite* aktive: Fire prosent er svært aktive både i Sivilt engasjement og Kulturelt konsum; like mange er svært lite aktive, dvs. de er sjelden eller aldri med på slike aktiviteter.

Hva er det så som kjennetegner de som *ikke* deltar, som er passive? Dreier det seg om en valgt tilbaketrekning eller en påført marginalisering? Snarere det siste enn det første, for risikoen for å være ikke-deltaker er særlig stor dersom man har lav utdanning, er uten fortrolige venner og er enslig (uten partner). Økende alder og dårlig helse bidrar ytterligere til ikke-deltakelse. Det samme gjør bosted, idet risikoen for å være marginalisert er større i byen (store kommuner) enn på bygda (små kommuner).

Vi kan konstatere at tre av aktivitetsformene avtar med alderen, to av dem nokså klart (Kulturelt konsum og Sosialisering), én av dem ganske moderat (Mosjon). Én av aktivitetsformene er mest hyppig midt i livet (Friluftsliv), mens én viser en stigende tendens med alderen (Sivilt engasjement), i det minste så langt vi her kan følge det, der eldste deltakere er i midten av 80-årene. Man skal være oppmerksom på at selektivt frafall nok har resultert i en underrepresentasjon av personer med dårlig helse, og at dette kan ha gitt et noe mer aktivt bilde for eldres del enn realitetene (i populasjonen) tilsier.

Det dreier seg altså ikke om en allmenn tilbaketrekning i høyere alder, men at ulike aktivitetsformer er mer eller mindre attraktive eller tilgjengelige for ulike kohorter og i ulike faser av livet. Når mange eldre har høy deltakelse i foreninger – det vi her har kalt Sivilt engasjement – er det i kontrast til hva tilbaketrekningsteorien postulerer. Når denne aktiviteten øker såpass markert etter pensjonsalderen, kan det være som erstatning for arbeidet og kollegene. Panelanalyser som følger personer fra før til etter pensjonering sår imidlertid tvil om denne forklaringen, og finner *ikke* et kompensierende mønster på individnivå (Finseraas m. fl. 2009). Dette er dermed problemstillinger som må studeres nærmere.

REFERANSER

- Ekerdt, D.J. (1986). The busy ethic: Moral continuity between work and retirement. *The Gerontologist*, 26, 3, 239-244.
- Daatland, S.O. & Solem, P.E. (2005). *Aldring og samfunn*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Finseraas, H., Solem, P.E. & Nicolaisen, M. (2009). Pensjonering og fritidsaktiviteter. *Aldring og livsløp*, 3-4, 32-35.
- Litwin, H. & Shiovitz-Ezra, S. (2006). The association between activity and wellbeing in later life: What really matters? *Ageing & Society*, 26, 2, 225-242.
- Vaage, O.F. (2012). *Tidene skifter. Tidsbruk 1971-2010*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, Statistiske analyser 125.

DEL VI

Omsorg, familie og velferdsstat

KAPITTEL 17:

Hvem har ansvaret? Folkemeningen om familiens og velferdsstatens ansvar i ulike land

Svein Olav Daatland, Katharina Herlofson og Britt Slagsvold

KAPITTEL 18:

Hvem hjelper hvem og hvorfor?

Svein Olav Daatland, Marijke Veenstra og Ivar A. Lima

KAPITTEL 19:

Fra holdninger til handlinger. Om voksne barns ansvar for gamle foreldre

Katharina Herlofson, Britt Slagsvold og Ivar A. Lima

KAPITTEL 20:

Omfang av offentlig omsorg i kommunen – påvirker det holdninger og faktisk familieomsorg?

Niklas Jacobsson, Siri Støre Jakobsson og Thomas Hansen

KAPITTEL 21:

Egeninteresse eller omtanke for andre? Om holdninger til fordeling mellom generasjoner i familien og velferdsstaten

Svein Olav Daatland, Marijke Veenstra og Katharina Herlofson

KAPITTEL 22:

Hvor belastende er det å gi omsorg til nære pårørende?

Thomas Hansen og Britt Slagsvold

KAPITTEL 17

Hvem har ansvaret?

Folkemeningen om familiens og velferdsstatens ansvar i ulike land¹

Svein Olav Daatland, Katharina Herlofson og Britt Slagsvold

Ansvar for å trygge alderdommen er i hovedsak delt mellom familien og velferdsstaten. Dette kapitlet tar for seg folkemeningen om ansvarsdelingen i Norge og et utvalg andre land. Nordmenn skiller seg ut ved å tilskrive samfunnet (velferdsstaten) det største ansvaret. Lenger sør og øst i Europa er familien fortsatt et førstevalg. Norske erfaringer tyder på at preferansene påvirkes av de faktiske omstendighetene, det vil si av hvilke alternativer man måtte ha. Profesjonelle tjenester har hatt stigende tiltrekning når de har blitt mer tilgjengelige, og velferdsstaten har utvilsomt redusert avhengigheten av familien, noe som har blitt ønsket velkommen både av den eldre og yngre generasjonen.

Ansvar for å trygge alderdommen er i hovedsak delt mellom familien og velferdsstaten i moderne samfunn, men med bidrag også fra andre, så som venner, naboer, frivillige og kommersielle aktører. Den materielle tryggheten ligger først og fremst i velferdsstaten, som i løpet av et par–tre generasjoner har gitt økonomisk uavhengighet til eldre år. Der er riktignok pensjonister som fortsatt har det trangt, men brorparten klarer seg godt, ja i den grad at det i dag er vanligere at eldre støtter yngre familiemedlemmer økonomisk enn omvendt. Vi får legge til at vi her snakker om norske forhold; i mange land er det dårligere levekår både for gamle og unge.

I Norge har velstandsvekst for lengst gjort det mulig for unge å etablere seg i egen bolig, som ikke var noen selvfølge før. Bare få bor derfor i dag

¹ Deler av kapitlet bygger på en tidligere publikasjon, Daatland, S.O., Slagsvold, B. og Lima, I.A. (2009). Folkemeningen om familiens og velferdsstatens ansvar i sju europeiske land: Hvor langt strekker familiens ansvar seg? *Samfunnsspeilet*, 1, 105-109.

sammen i flergenerasjonshushold, og når de gjør det, er det snarere fordi de vil enn fordi de må. Når flertallet *ikke* gjør det, er vel også dette som regel etter eget ønske. Man bor gjerne nær sine foreldre, men helst ikke sammen med dem, og legger seg dermed inntil idealet om «intimitet på avstand», som ser ut til å deles av både unge og gamle.

GRUNN TIL BEKYMRING?

Det er liten bekymring å spore for denne utviklingen i folkemeningen, tvert imot vil nok de fleste si at velferdsstaten har gitt større uavhengighet for både yngre og eldre. Man trenger ikke av den grunn ha mindre omtanke for andre, for man kan bruke sin større økonomiske frihet både til eget og andres beste.

Ansvar for det vi kan kalle den sosial tryggheten, og herunder for den nødvendige omsorgen, er en helt annen historie. Her står familien fortsatt sterkt, men mange er likevel bekymret, og da snarere for at familien ikke gjør nok enn for at den gjør for mye og er overbelastet. Blir da den uavhengigheten som ses som et ideal for forholdet mellom generasjonene på det materielle plan, sett som en trussel for forholdet mellom generasjonene på det sosiale plan? Og er i så fall disse to sidene av tilværelsen regulert av ulike idealer, der materiell trygghet hører inn under velferdsstaten, mens omsorg og sosial trygghet er familiens ansvar?

Thomas Scharf (2010) finner en bemerkelsesverdig regularitet i utviklingen av velferdsstatens ansvar for eldrepolitikken fra land til land. Den innledes oftest med tiltak for materiell trygghet, det vil si ved en eller annen form for pensjon. Et offentlig ansvar for omsorg og sosial trygghet utvikles gjerne seinere, og for omsorgens del først i form av institusjoner og seinere supplert med hjemmetjenester. Hjemmeomsorgen forble lenge, og er til dels ennå, et rent familieanliggende i mange land, trolig fordi den spilles ut på familiens hjemmebane. Og når velferdsstaten også tok tak i denne oppgaven, var det gjerne i form av økonomisk støtte til familieomsorg snarere enn via egne tjenester for formålet.

Det er dermed åpenbart at de to typer av behov – materielle og sosiale – har ulik status i velferdsstaten, men dreier det seg om essensielle forskjeller, eller vil forskjellene jevne seg ut hvis og når velferdsstaten utvides? Det samme spørsmålet kan reises om velferdsstatens ansvar for henholdsvis barn og eldre.

Er barna et mer «naturlig» (essensielt) ansvar for familien, og er eldre et mer «naturlig» ansvar for velferdsstaten?

FOLKEMENINGEN

Dette kapitlet tar for seg ansvarsdelingen mellom familien og velferdsstaten slik folk flest ser det. Vi sammenlikner Norge med et antall andre land som kulturelt, økonomisk og politisk er nokså forskjellige fra oss. Kunnskaper om holdningen til ansvarsnormer er viktige av flere grunner. For det første fordi holdninger er retningsgivende for handling og kan hjelpe oss å forstå hvorfor folk opptrer slik de gjør. For det andre fordi det her ligger en kilde til informasjon om hvor godt politikken representerer folkemeningen og dermed demokratiet: Er politikken i samsvar med folkemeningen?

Kapitlet tar mer konkret for seg hvordan folk flest mener at ansvaret bør fordeles mellom familien og velferdsstaten ved behov for økonomisk og sosial trygghet for eldre og barn. Holdningene er målt via svar på følgende spørsmål: «Det er mange ulike syn på hvordan vi bør ta vare på menneskene i samfunnet vårt. For hver av oppgavene nedenfor ber jeg deg oppgi om du synes den bør utføres av samfunnet, familien eller av begge»:

- Omsorg for pleietrengende eldre som bor i hjemmet
- Pass av barn under skolealder
- Økonomisk støtte til fattige eldre
- Økonomisk støtte til fattige unge foreldre.

Man kunne gi samfunnet eller familien det største ansvaret, eller legge ansvaret likt på begge partene. I dette kapitlet ser vi på hvor stor prosentandel som legger det største ansvaret på «samfunnet», her tolket som «velferdsstaten». To av spørsmålene gjelder tjenester og to gjelder kontantoverføringer, og viser hver for seg til det vi innledningsvis omtalte som sosial og materiell trygghet. Prosedyren gjør det dermed mulig å sammenlikne ikke bare ansvarsdelingen mellom familien og samfunnet, men også prioriteringen mellom tjenester og kontantoverføringer og mellom aldersgrupper (barn, eldre).

SAMMENLIKNING MELLOM LAND

Vi sammenlikner Norge med et knippe land som på mange måter er ganske forskjellige fra oss. Utvalget er noe uvant, fordi det inkluderer ikke bare nærliggende land som Frankrike, men også land som både geografisk og politisk er ganske fjernt fra oss, så som Bulgaria, Romania, Russland og Georgia. Utvalget av land har sammenheng med at de alle deltar i den FN-støttede «Gender and Generation Survey», som den norske LOGG-undersøkelsen er en del av – se kapittel 2 for nærmere detaljer. De utvalgte landene er også valgt fordi de plasserer seg langs en geografisk diagonal fra det nordvestlige til det sørøstlige Europa, der familienormene antas å være strengere og mer kollektivistiske jo lenger sør og øst man kommer (Reher 1998, Daatland m.fl. 2010).

Der er også andre, og mer åpenbare, forskjeller mellom landene langs denne diagonalen, ikke minst økonomisk og politisk. Noen av landene hørte i mange år til bak det såkalte jernteppet, andre er vestlige land der de fleste har en lang demokratisk tradisjon. Landene skiller seg dermed fra hverandre både politisk, strukturelt og kulturelt, og det er ikke lett å avgjøre hva som er utslagsgivende for nettopp den typen holdninger som vi er opptatt av her. Postkommunistiske land kan for eksempel være preget av en patriarkalsk og kollektivistisk familiekultur som hører til det aktuelle geografiske området, eller de kan ha utviklet denne typen normer som en beskyttelse mot en undertrykkende stat. Det er følgelig ikke så enkelt å si hva som er årsak og virkning. Noen av forskjellene mellom landene er illustrert i Tabell 1.

Tabell 1. Utvalgte kjennetegn ved landene, ca 2010.

	Norge	Frankrike	Russland	Romania	Bulgaria	Georgia
Befolkning (x 1000)	4 900	62 800	143 000	21 500	7 500	4 350
% 65 år+	14,7	16,8	12,8	14,9	17,5	14,3
% 80 år+	4,6	5,4	3,8	3,1	3,8	3,2
BNP per capita i US \$	65,204	35,105	5,326	4,567	3,522	1,484
Off. utg til eldre i % av BNP	6,9	11,1	-	5,3	6,8	-
Off. utgifter til eldreomsorg	2,2	1,9	-	0,8	-	-
Forventet levealder						
Menn	79,0	78,3	62,8	70,1	70,3	70,0
Kvinner	83,3	85,3	74,7	77,6	77,4	78,8
Risiko for fattigdom						
M 65-74 %	4	9	-	33	47	-
K 65-74 %	8	11	-	38	56	-
Juridisk ansvar for foreldre	Nei	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja

Kilder: Der ikke annet er nevnt: United Nations, New York and Geneva: Ensuring a society for all ages. Proceedings of the UNECE Ministerial Conference on Ageing, 19-20 September, 2012. BNP (brutto nasjonal produkt) per capita (International Monetary Fund). Offentlige utgifter til eldre i % av BNP: pensjoner m.v. til personer over pensjonsalder. Offentlige utgifter til eldreomsorg (=pleie- og omsorgstjenester). Risiko for fattigdom og sosial eksklusjon er en indikator utviklet av European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC). Juridisk ansvar for eldre foreldre er hentet fra Multilinks Database on Intergenerational Policy Indicators.

Landene skiller seg langs de fleste av dimensjonene i tabell 1. Norge og Georgia er de to minste landene hva folketall angår. De to vestlige landene har en noe eldre befolkningsprofil, slik det er indikert ved andelen 80 år og eldre. Norge og Frankrike er betydelig rikere land enn de øvrige, som målt ved brutto nasjonalprodukt per innbygger; dette slår også ut i velferdsstatens størrelse. De vestlige landene kommer også bedre ut hva helse og økonomisk trygghet angår. Den forventede levealderen for kvinner er høyest i Frankrike, fulgt av Norge, mens risikoen for fattigdom (og sosial eksklusjon) er betydelig høyere i øst enn i vest; her mangler det opplysninger for Russland og Georgia, som kan ligge enda lavere. Merk også at alle landene med unntak av Norge og Bulgaria har et lovregulert ansvar for voksne barn vis-a-vis eldre foreldre.

HVEM HAR ANSVAR FOR HVA?

Som ventet skiller nordmenn seg ut ved å tilskrive samfunnet (velferdsstaten) et større ansvar for både barn og eldre langs begge akser (økonomisk og sosialt) enn befolkningen i de øvrige landene, ja i den grad at Norge framstår som *unntaket* blant de seks landene (tabell 2). Det store flertallet i Norge (71–90 prosent) gir samfunnet det største ansvaret for både økonomisk støtte (til begge aldersgrupper) og for eldreomsorg. I de øvrige landene gir omtrent halvparten av befolkningen velferdsstaten det største ansvaret for den økonomiske tryggheten, mens familien ses som den hovedansvarlige for omsorg for eldre og pass av barn.

Tabell 2. Prosentandel som legger større ansvar på samfunnet enn familien etter land og type oppgave.

	Norge	Frankrike	Russland	Romania	Bulgaria	Georgia
Økonomisk støtte til eldre	90	51	63	51	59	51
Økonomisk støtte til barnefamilier	83	47	65	57	65	57
Omsorg for eldre	71	13	13	11	17	5
Pass av småbarn	27	11	3	11	6	11

Bare nordmenn ser eldreomsorgen som primært et velferdsstatlig ansvar, slik den også er det i juridisk forstand i Norge. De fleste øvrige land – stort sett med unntak av det nordvestre hjørnet av Europa – legger fortsatt et juridisk ansvar på voksne barn vis-a-vis deres eldre foreldre. I denne forstand ligger det et samsvar mellom politikken og folkemeningen i den svarfordelingen som vises i tabell 2.

Felles for alle landene er at pass av barn under skolealder i hovedsak (Norge) eller nær fullt og helt (de øvrige landene) tilskrives familien, som i praksis betyr foreldrene. Et betydelig norsk mindretall (27 prosent) legger her hovedansvaret på samfunnet; da tenker man trolig primært på barnehager og førskoler. Vi gjør oppmerksom på at datainnsamlingen ble gjennomført før de siste årenes store satsning på barnehager i Norge. En ny og oppdatert intervju-runde ville kanskje løftet samfunnsansvaret for barnehager enda høyere for Norges del. Det er ellers uklart hva som skal legges i ansvar for «pass av små

barn», og det er bemerkelsesverdig at Frankrike skårer såpass lavt på samfunnsansvar her, for Frankrike er blant landene som ifølge Lynch (2006) har en relativt sterk profilering av velferdsstaten til fordel for barn.

Samfunnets ansvar for økonomisk trygghet står som ventet sterkere i opinionen enn dets ansvar for den sosiale tryggheten. Dette er tilfellet i alle landene, men forskjellen er beskjeden for Norges del hva eldre angår. Det store flertallet ser i Norge også eldreomsorgen som et samfunnsansvar.

IDEALER ELLER BARRIERER?

Svarfordelingen kan speile livsomstendigheter mer enn idealer, for eksempel at det er sjenerøst med velferdsstatlige tjenester i Norge og Frankrike sammenliknet med de andre landene. Utviklingen over tid for Norges del peker i en slik retning. I takt med at tjenestene har blitt flere og bedre, har også folkemeningen blitt mer positiv til profesjoniserte omsorgstjenester (Daatland 1990). Vi mangler denne typen opplysninger for de øvrige landene, men familieomsorgen står under alle omstendigheter relativt sterkere i land som Tyskland og Spania sammenliknet med Norge, men vi vet altså ikke hvor langt dette kan forklares ved idealer (normer) eller ved mangel på alternativer (Daatland og Herlofson 2004).

At mange eldre er tilbakeholdende med å be om hjelp fra familien er kjent også fra amerikanske studier, og fra så langt tilbake som på 1960-tallet, da det var dårlig med alternative tjenester og mange likevel vegret seg mot å be familien om hjelp. Holdningen var gjerne begrunnet med at man ikke ønsket å være barna til byrde (Brody m.fl. 1983, 1984, Shanas 1960). Idealet var øyensynlig en viss grad av uavhengig generasjonene imellom. Mange gamle ønsket åpenbart også selv å være uavhengige av barna så lenge det lot seg gjøre. Det er like fullt vanskelig å avgjøre om det dreier seg om positive eller negative valg. Eldre foreldre kan være negative til familieomsorg av hensyn til barna eller fordi de har liten tro på at barna vil stille opp. Denne typen holdninger kan ha sammensatte årsaker, der både kultur (tradisjon) og struktur (muligheter) spiller sammen.

Norske erfaringer tyder på at preferansene påvirkes av de faktiske omstendighetene, det vil si av hvilke alternativer man måtte ha. Profesjonelle tjenester har hatt stigende tiltrekning når de har blitt mer tilgjengelige, og især

om standarden også har vært god (Daatland 1990). Velferdsstatens har utvilsomt redusert avhengigheten av familien, noe som ser ut til å ha blitt ønsket velkommen både av den eldre og yngre generasjonen.

Lenger sør og øst i Europa er familieomsorgen fortsatt et førstevalg, forankret i tradisjon og idealer, men kanskje vel så mye i nødvendighet, i mangel på alternative muligheter.

BEKYMRET?

Skal vi i så fall være bekymret for en utvikling mot økende uavhengighet mellom familiegenerasjoner som ikke bare omfatter materiell trygghet, men også sosial trygghet, og herunder omsorg? Erfaringene tyder ikke på at familien trekker seg ut når velferdsstaten tar et større ansvar, men at arbeidsdelingen mellom dem endres. Den tunge, personlige pleien blir i stigende grad et ansvar for omsorgstjenestene, mens familien konsentrerer seg om lettere hjelp og sosial og emosjonell støtte. Man skal ikke se bort fra at denne arbeidsdelingen kan være gunstig for kontakten mellom generasjonene; det kan bli mindre konflikter av slikt. Familien er dessuten ofte den nærmeste til å ta ansvar i akutte situasjoner, men peker gjerne videre til omsorgstjenestene når og hvis problemene blir varige. Familien har fortsatt et betydelig omfang i alle former for omsorg, men især som en alarminstans og som en kilde til sosial og psykisk trygghet og velvære.

I mange land er familieomsorgen mer dominerende enn hos oss, slik den også var det i Norge før velferdsstatens pensjoner og tjenester kom til (Huber m.fl. 2009). Det er lite i disse resultatene som tyder på at folk flest ønsker seg tilbake til ei tid der man var avhengig av familien, og det er lite som tilsier at en familiesentrert velferdsmodell skulle være mer bærekraftig for framtida enn den delte modellen vi har i dag, snarere tvert imot.

REFERANSER

- Brody, E.M., Johnson, P.T., Fulcomer, M.C. & Lang, A.M. (1983). Women's changing roles and help to elderly parents: Attitudes of three generations of women. *Journal of Gerontology*, 38, 5, 597–607.
- Brody, E.M., Johnson, P.T., & Fulcomer, M.C. (1984). What should adult children do for elderly parents? Opinions and preferences of three generations of women. *Journal of Gerontology*, 39, 6, 736–746.
- Daatland, S.O. (1990). What are families for? On family solidarity and preferences for help. *Ageing & Society*, 10, 1, 1–15.
- Daatland, S.O. & Herlofson, K. (2004). *Familie, velferdsstat og aldring. Familiesolidaritet i et europeisk perspektiv*. Oslo: NOVA, rapport 7-2004.
- Daatland, S.O., Herlofson, K. & Lima, I.A. (2011). Balancing generations: on the strength and character of family norms in the West and East of Europe. *Ageing & Society*, 31, 7, 1159–1179.
- Huber, M., Rodrigues, R., Hoffman, F., Gasior, K. & Marin, B. (2009). *Facts and figures of long-term care: Europe and North-America*. Wien: European Centre.
- Lynch, J. (2006). *Age in the welfare state. The origins of social spending on pensioners, workers, and children*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Reher, D.S. (1998). Family ties in western Europe: Persistent contrasts. *Population and Development Review*, 24, 2, 203–234.
- Scharf, T. (2010). Social policies for ageing societies: perspectives from Europe, i D. Dannefer & C. Phillipson (red.), *The SAGE Handbook of Social Gerontology* (s 497–512). London: SAGE.
- Shanas, E. (1960). Family responsibility and the health of older people. *Journal of Gerontology*, 15, 4, 408–411.

KAPITTEL 18

Hvem hjelper hvem og hvorfor?¹

Svein Olav Daatland, Marijke Veenstra og Ivar A. Lima

Det er betydelig variasjon av hjelp og hjelpere for forskjellige grupper. Partnere hjelper hverandre, med noe støtte fra tjenester og familie. Barna er først og fremst foreldrenes ansvar, med noe støtte fra familie og tjenester. Ansvar for eldre foreldre med et omsorgsbehov er fordelt nokså likt mellom familien og tjenestene, men med økende behov, stiger tjenestenes ansvar og dominerer blant de pleietrengende. Familien trekker seg ikke av den grunn, men griper inn ved akutte behov og er det sosiale ekstra som gjør hverdagen lettere og gjør personen til en person. Dette er en rolle som vanskelig lar seg erstatte av andre.

Det er mange og gode grunner for å belyse forutsetningene for den uformelle omsorgen og velferdsstatens rolle i den sammenhengen. Spørsmålet har vært vurdert i en rekke undersøkelser både nasjonalt og internasjonalt, men svaret er ikke gitt en gang for alle. Problemstillingen får ny aktualitet når forutsetningene skifter, ikke minst nå som befolkningsbalansen endrer seg og det blir flere eldre både i absolutt og relativ forstand. Dagens fordeling mellom formell og uformell omsorg er neppe bærekraftig når balansen mellom unge og gamle endrer seg ytterligere. I Norge mener folk flest at det er samfunnet (velferdsstaten) som har hovedansvaret for å dekke de økte behovene, slik vi viste i kapittel 19. Blant samfunnets elite, spesielt den økonomiske eliten, er holdningene til velferdsstaten noe mindre positive (Christensen og Læg Reid 2003). At velferdsstaten har et betydelig ansvar er en utbredt oppfatning også i land som Tyskland og Spania, om enn i noe mindre grad enn i Norge (Daatland og Herlofson 2004), men det er ikke dermed gitt at man får gjennomslag for dette ønsket i politikken.

¹ Dette kapitlet bygger på Daatland, S.O., Veenstra, M. og Lima, I.A. (2009a). *Helse, familie og omsorg over livsløpet*. Oslo: NOVA, rapport 4-2009, og Daatland, S.O., Veenstra, M. og Lima, I.A. (2009b). *Hvem hjelper hvem? Aldring og livsløp*, 2, 8-13.

SVEKKET VELFERDSSTAT?

Den økonomiske krisa i Europa svekker trolig både evnen og viljen til å satse på velferdsstaten. Familien og andre uformelle hjelpere kan dermed bli tvunget til å påta seg større ansvar. Sigrid Leitner (2003) kaller denne prosessen for «implisitt familisme», Saraceno og Keck (2011) snakker om «familisme ved forsømmelse» (familism by default). Mange land prøver også en mer eksplisitt dreining i retning av økt uformell omsorg ved å tilby kontantstøtte, såkalt «cash for care». Det dreier seg da om en formalisering av den uformelle omsorgen, som dermed også illustrerer at det er flytende grenser mellom formell og uformell, offentlig og privat omsorg.

Den nordiske modellen har primært bygget på offentlige tjenester (Anttonen og Sipilä 1996), men også i Norden ser vi nå en voksende interesse for kontantytelser, for Norges del blant annet i en fersk offentlig utredning (NOU 2011:17). Kontantstøtten kan imidlertid ta uventede veier, slik tilfellet er i Italia, der den ikke nødvendigvis brukes for å kompensere familien for dens omsorgsarbeid, men for å importere uformelle omsorgsytere fra nærliggende og fattige land som Albania og Moldova (Leichsenring m.fl. 2013). Også denne typen løsninger har vært framme i den norske debatten, sist ved at tenketanken Civita har foreslått å utvide au-pair-ordningen til å inkludere eldreomsorg, ikke bare pass av barn.

Det er gode grunner til å støtte opp under den uformelle omsorgen, men det er vanskelig å se at en dreining i mer familistisk retning kan være bærekraftig når det blir relativt færre i omsorgsyttende alder og kvinner skal ha samme rett til utdanning og yrke som menn. To av tre i familieomsorgen er kvinner, og overvekten av kvinner er enda større innenfor den formelle omsorgen.

Den uformelle omsorgen, med familien i sentrum, er den dominerende kraften i de fleste lands omsorgssystemer, anslått til ca. 80 prosent av Leichsenring m.fl. (2013) for Europa. For Norges del antydes ofte en 50–50 fordeling, for velferdsstaten står relativt sterkere og familien er mindre aleine om omsorgen i Norge og Norden enn i de fleste andre land (Otnes 2013).

Men når velferdsstaten står relativt sterkere i Norge, har vi også mer å tape dersom den skulle svikte. Velferdsstatens tilbud trues nå fra flere sider. Den sies å være for dyr, og den sies å virke demoraliserende. Her påkalles altså

både økonomiske og politiske (ideologiske) argumenter, men med svakt empirisk belegg, for de fleste studier har til nå konkludert at familien ikke nødvendigvis trekker seg unna når velferdsstaten tar et større ansvar, men at den påtar seg andre oppgaver og til dels en annen rolle (Lingsom 1991, Daatland og Herlofson 2004). Land med et stort tilbud av offentlige tjenester har de facto *flere* som yter uformell omsorg enn land med mindre tilbud av tjenester, men de mange yter hver for seg mindre hjelp enn i land med få omsorgstjenester og tilsvarende større familieansvar (Albertini m. fl. 2007). At utbyggingen av velferdsstatens tjenester har lettet familiens ansvar og oppgaver er under alle omstendigheter åpenbart, spesielt for tyngre pleieoppgaver, som i dag i hovedsak finner sted i sykehjem og i boformer for heldøgns omsorg og pleie. Men også her kan familien ha en supplerende rolle.

Fordi forutsetningene endrer seg, er det viktig å oppdatere kunnskapene om omsorgens fordeling og herunder hvorvidt og hvor langt den passer til de utfordringer vi nå står framfor. Tidligere studier har gitt noe ulike svar, og konkluderer dels i retning av at familien og velferdsstaten utfyller hverandre (Lingsom 1991, Daatland og Herlofson 2004), men dels også i retning av substitusjon, nærmere bestemt at når velferdsstaten går tyngre inn, tillater den at familien tar et mindre ansvar (Johansson m.fl. 2003, Otnes 2013). Der kan også være blandede resultater – fortolkninger – innenfor ett og samme empiriske materiale, slik tilfellet er i vår egen studie, der Jakobsson m. fl. (2013) i kapittel 22 finner tegn til substitusjon ved at holdningen til familieomsorg er svakere i kommuner med et stort tilbud av omsorgstjenester. I dette kapitlet er det derimot komplementering snarere enn substitusjon som antas å best beskrive forholdet mellom familien og velferdsstaten. Kontrasterende fortolkninger av denne typen understreker at temaet ikke er utforsket en gang for alle, men gir tvert imot muligheter for å klargjøre under hvilke betingelser den ene eller andre fortolkningen er den mest gyldige.

UNDERSØKELSEN

Vurderingen av behov, hjelp og hjelpekilder er følsomt for hvordan dette blir definert og målt. Når vi her presenterer nye resultater og beskrivelser, er det følgelig viktig å redegjøre for hvordan undersøkelsen er gjennomført.

Det dreier seg her om resultater fra to integrerte undersøkelser, Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (NorLAG) og Studien av livsløp, generasjon og kjønn (LOGG). Et tverrsnitt av befolkningen i alderen 18–84 år er intervjuet, de fleste har også fylt ut et spørreskjema og data fra befolkningsregistre er lagt til. Undersøkelsen er gjennomført i et samarbeid mellom NOVA og Statistisk sentralbyrå. Dataene det refereres til ble samlet inn i 2007–2008 og omfatter alt i alt ca. 15 200 personer i alderen 18–84 år. For nærmere detaljer om undersøkelsene, se kapittel 2.

Vi er i dette kapitlet både interessert i tilgangen til hjelp og hvem som yter den, spesielt hvordan hjelpen fordeles mellom familien og omsorgstjenestene. Det dreier seg i hovedsak om praktisk hjelp til dagliglivets gjøremål, til dels lettere personlig pleie, det vil si typer av hjelp som kan ytes både av profesjonelle og uformelle hjelpere og som det derfor er rimelig å sammenlikne. Medisinske tjenester som krever spesiell fagkunnskap faller utenfor. Vi begrenser oss til det å motta hjelp, selv om like mange, ja i realiteten flere, gir hjelp til andre.

FRAMGANGSMÅTE

En alminnelig svakhet ved mange befolkningsundersøkelser (surveys) er at personer med dårlig helse ofte faller fra. Dermed sitter man igjen med et skjevt utvalg, og skulle man bare bygge på informasjon fra de intervjuede selv, ville man undervurdere både behov og hjelp. Vi forsøker å korrigere for dette ved å innhente opplysninger fra de intervjuede også om behov og hjelp blant deres nære andre – partneren, foreldrene, barna. De nærmere detaljer er forklart i Boks 1.

Et annet problem ved denne typen studier er at de har vanskelig for å fange opp det mangfold av små og store aktører, handlinger og hendelser som til sammen får omsorgssystemet til å fungere. Det er den konkrete hjelpen som lettest lar seg registrere, det som på engelsk gjerne kalles «hands-on care», mens oppmuntring og sosial støtte, formidling, tilsyn og organisering av hjelp, ikke lar seg måle like lett. Det er for eksempel ofte barna som hjelper en gammel mor med å få hjemmehjelp eller søker en gammel far inn på sykehjem og følger opp med jevnlig besøk. Dette blir ofte ikke registrert som «hjelp». Det samme gjelder kontakt og samvær som gjør livet levelig, som dels er en del av et vanlig familieliv, men som i noen tilfeller er et nødvendig omsorgsekstra når behovene er store nok.

ULIKE GRUPPER

Vi er interessert i forskjeller i hjelp og hjelpekilder mellom ulike grupper. Vi starter med registreringen av hjelp til de intervjuede selv, som altså er i alderen 18–84 år. Hvem og hvor mange har hjelp, og fra hvem? Vi minner om at de intervjuede nok er et selektert utvalg hva behov og hjelp angår, idet det normalt er størst frafall blant de med dårligst helse. Denne begrensningen berører ikke de andre gruppene, for eksempel foreldrene, som er representert langs hele aldersaksen og også inkluderer foreldre som måtte ha flyttet i institusjon. Men fordi vi får opplysningene fra barna, vil vi mangle opplysninger for de barnløse. Vi står dermed i fare for å overvurdere hjelpen fra familien (barna) sammenliknet med hjelpen fra tjenestene.

Vi går ut fra at voksne barn er gode kilder til informasjon om foreldrene, slik partnere vil være det om hverandre og foreldre vil være det om sine barn. Vi kommer til å se mest på tilgangen til hjelp blant eldre foreldre, fordi dette er den største gruppa og de som i særlig grad er et delt ansvar mellom familien og velferdsstaten. Barna er først og fremst foreldrenes ansvar, mens partnerne stort sett tar ansvar for hverandre, som vi skal se.

Vi avrunder kapitlet med et forsøk på å danne oss et helhetlig bilde av hjelp og hjelpere på tvers av gruppene.

JEVNLIG HJELP

De intervjuede ble spurt om de i løpet av det siste året hadde mottatt jevnlig praktisk hjelp fra personer som ikke har det som sin jobb og som man ikke bor sammen med (Boks 1). Dersom så var tilfellet, ble man bedt om å fortelle hvem som hjalp og hvor ofte. Et tilsvarende spørsmål ble stilt om tilgangen til formelt organisert hjelp, det vil si hjelp fra hjemmetjenestene. Dette spørsmålet ble bare stilt til personer som hadde meldt om varige helsebegrensninger. Nær en firedel av de intervjuede hadde varige helsebegrensninger og ble dermed stilt følgende spørsmål: Du har sagt at du er begrenset i dine daglige gjøremål. Får du hjelp fra hjemmehjelp, hjemmesykepleie, personlig assistent eller liknende?

SPØRSMÅL SOM BLE STILT FOR Å MÅLE TILGANGEN TIL PRAKTISK HJELP

Om informanten selv:

(1) Har du i løpet av det siste året jevnlig mottatt praktisk hjelp fra personer som ikke har det som sin jobb og som du ikke bor sammen med, som for eksempel hjelp til hus og hage, transport, innkjøp og lignende? (Med jevnlig menes minst én gang i måneden fra samme person) (ja/nei).

(2) (Dersom ja) Hvem fikk du hjelp fra? (Notér inntil fem personer).

(3) (Dersom begrenset i daglige gjøremål:) Du har sagt at du er begrenset i dine daglige gjøremål. Får du hjelp fra hjemmehjelp, hjemmesykepleie, personlig assistent eller liknende? (flere svar mulige) (ja, hjemmehjelp/ja, hjemmesykepleie/ja annet, personlig assistent og lignende). (Det stilles også spørsmål om hvor ofte man får hjelp, men det analyseres ikke her).

Partners og barns situasjon «trekkes ut» fra et generelt spørsmål om *noen i husholdet* har behov og hjelp:

(1) Har (navn) behov for (ekstra) hjelp til daglige gjøremål, for eksempel husarbeid, handling eller transport (ja/nei) (For barn under 18 år spørres om behov for «ekstra hjelp», for andre bare om behov for «hjelp»).

(2) Har (navn) behov for (ekstra) hjelp til personlig pleie? (ja/nei).

(3) (Dersom ja på 1 eller 2:) Hvem hjelper (navn)? (Flere svar mulig)(Ingen hjelp/IO hjelper/partner/hjemmehjelp–hjemmesykepleie/annen familie/personlig assistent/andre).

Om foreldrene:

(1) (Dersom begrenset funksjonsevne:) Har din mor (far) behov for hjelp til daglige gjøremål? Med daglige gjøremål menes for eksempel husarbeid, handling eller transport (ja/nei/vet ikke).

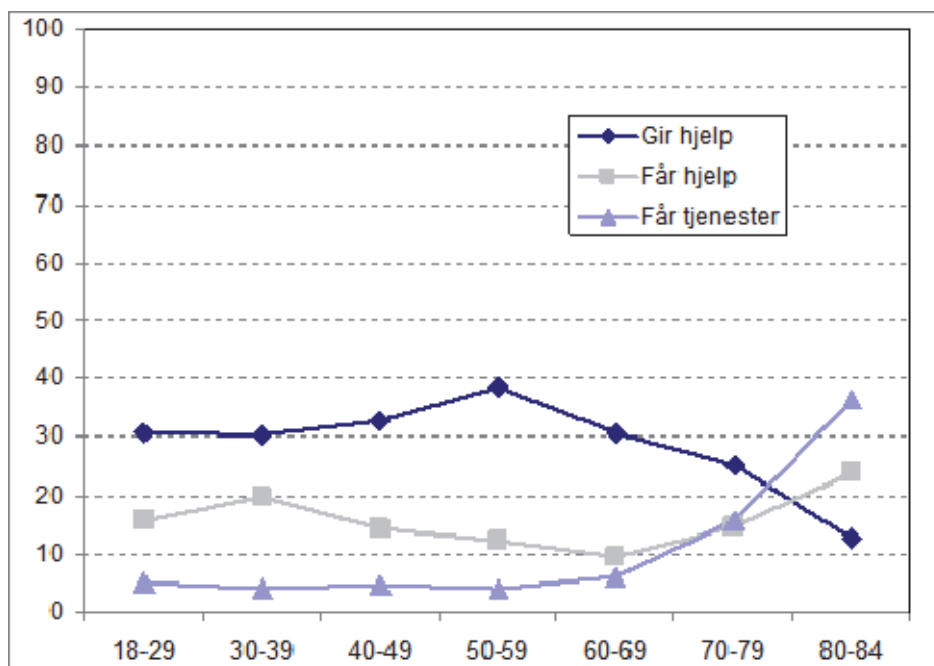
(2) Har din mor (far) behov for hjelp til personlig pleie?

(3) (Dersom ja på 1 eller 2:) Hvem hjelper din mor (far)? (Flere svar er mulige) (ingen hjelp/IO hjelper/hjemmehjelp–hjemmesykepleie/personlig assistent/familie/bor på institusjon/andre).

(Dersom foreldre bor i aldersinstitusjon eller omsorgsbolig (med heldøgns bemanning) registreres de under hjelp fra institusjon).

RESULTATER

Figur 1 viser fordelingen av hjelp etter alder. Her er også lagt inn fordelingen av hvor mange som *gir* praktisk hjelp som en kontrast. Figuren illustrerer at det er temmelig vanlig både å gi og å få hjelp på alle alderstrinn av livet. Merk at det her dreier seg om *jevnlig* hjelp fra personer *utenfra* husholdet. Hadde også mer sporadiske tjenester vært inkludert, ville hjelperatene vært høyere.



Figur 1. Prosentandel med jevnlig praktisk hjelp fra/til personer utenfor husholdet, og prosentandel som mottar hjemmetjenester (av personer med begrenset funksjon) etter alder.

Mellom 30 og 40 prosent av de intervjuede i alderen 20–60 år *gir* jevnlig hjelp til andre, mens omtrent halvparten så mange (15–20 prosent) *får* slik hjelp. Noenlunde samme nivå er funnet med noenlunde samme metodikk i svenske studier fra de siste årene (Sundström og Malmberg 2006). Etter denne alderen avtar andelen som *gir* hjelp noe, mens andelen som *mottar* hjelp øker, men det er først etter 80 år at balansen er negativ i den forstand at relativt flere får enn gir hjelp. Når såpass mange flere forteller at de gir enn får hjelp, har det nok også sammenheng med at folk flest heller presenterer seg som givere enn som mottakere. Det ligger med andre ord kanskje en del selvskrut i disse svarene.

Tilgangen til *uformell* hjelp varierer beskjedent med alderen slik det måles her, og langt mindre enn tilgangen til *tjenester* gjør. Den profesjonelle hjemme-hjelp og hjemmesykepleie (tjenestene) er mer selektivt fordelt etter behov og er åpenbart den vanligste hjelpekilden blant de eldste, bl.a. fordi noen av dem ikke har egne barn eller partnere. Den uformelle hjelpen fra familie og andre spres jevnere utover, også til personer som ikke har store hjelpebehov. Gjensidig hjelp er en væremåte i familie- og vennekretsen nær sagt uansett om man trenger det eller ikke.

Relativt få intervjuede har *partnere* med et hjelpebehov, men om så er, så hjelper man hverandre. Noen er det som har hjelp fra hjemmetjenestene (19 prosent), til dels fra andre i familien (10 prosent), men i det store flertall av tilfellene (68 prosent) hjelper man hverandre. Dette er et velkjent mønster, og viser seg bl.a. ved at ytterst få gifte eller samboende flytter i sykehjem. De klarer seg hjemme med partnerens hjelp (Gaymu m. fl. 2008).

Spørsmålene som er stilt om *barnas* behov og hjelp gjelder bare hjemmeboende barn og dermed stort sett bare for små barn. Det er ingen overraskelse at den overveiende del av hjelpen til barna kommer fra foreldrene, dvs. fra den intervjuede selv og partneren. En del har støtte fra andre i familien, bl.a. fra besteforeldre. Noen har også hjelp fra tjenester; vi kan for eksempel konstatere at 12 prosent oppgir at barnet har hjelp fra en personlig assistent.

ELDRE FORELDRE

Opplysninger om foreldrenes behov og tilgang til hjelp bør være nokså pålitelige, for her er det mindre fare for selektivt frafall. Noen feilkilder må vi likevel regne med, for barna er ikke alltid informert om foreldrenes behov, ei heller om deres tilgang til hjelp. De vet hva de (barna) selv står for, men ikke nødvendigvis hva deres søsken bidrar med eller hvilke tjenester foreldrene har. Barna kan dessuten være tilbøyelige til å overvurdere sin egen innsats. Viktigere er imidlertid at barnløse eldre, som nevnt, ikke er inkludert, og fordi de barnløse har mindre tilgang til familiehjelp, vil deres fravær prege resultatene i retning av å overvurdere familiehjelpen sammenliknet med hjelpen fra tjenestene.

Prosedyren som er fulgt for å måle hjelp til foreldre er redegjort for i Boks 1. Vi spør først om informantens mor (far) har behov for jevnlig hjelp til daglige gjøremål (husarbeid, handling eller transport), og i så fall spørres om hun (han) får hjelp og hvem som hjelper. Man får anledning til å velge mellom et antall hjelpere med muligheter for å velge flere; noen kan jo ha hjelp fra flere kilder. Prosedyren ser ut til å ha fungert godt idet svært få svarer at de «ikke vet» om foreldrene har et hjelpebehov eller ikke. Og når foreldre er blitt sagt å ha et hjelpebehov, er det også svært få som sier at foreldrene «ikke har hjelp».

Resultatene viser at når man er midt i 50-årene har omtrent halvparten fortsatt en forelder i live, et tiår senere gjelder dette bare for en firedel. Derimot øker andelen som har en forelder med hjelpebehov med økende alder, inntil

også denne andelen avtar når barnet er ca. 60 år, for da er langt de fleste foreldrene døde.

Hvem er det så som hjelper eldre foreldre? Tabell 1 oppsummerer hvordan hjelp og hjelpere er fordelt mellom familien og tjenestene (velferdsstaten). Her er også listet opp fordelingen av hjelp og hjelpere for de intervjuede, for partnere og for barn som en sammenlikning. Hvem er de viktigste (oftest nevnte) hjelpekildene?

Tabell 1. Hjelpekilder etter type mottaker.

	Informanten	Partneren	Barna	Mor	Far
Familien	24,4	72,3	90,7	60,7	58,0
Tjenestene	17,0	20,9	17,8	51,0	51,2
Familie:Tjenester (forholdstall)	1,4	3,5	5,1	1,2	1,1

Ikke uventet er det betydelig variasjon av hjelpekilder på tvers av gruppene. *Partnerne* hjelper som nevnt hverandre, med noe støtte fra tjenester og familie. *Barna* er først og fremst foreldrenes ansvar, med noe støtte fra familie og tjenester. Ansvar for *eldre foreldre* (som har et hjelpebehov) er fordelt nokså likt mellom familien og tjenestene, men med økende alder (behov), øker tjenestenes andel og blir den viktigste (oftest nevnte) hjelpekilden for de eldste. Det er små forskjeller mellom mødre og fedre hva tilgang til hjelp angår. Tjenestene framstår dermed som en viktig aktør i eldreomsorgen, og viktigere i Norge enn i mange andre land, der det er dårligere tilbud om tjenester, og familien er den helt dominerende hjelpekilden.

Når dette er sagt, er det viktig å understreke at tjenestene står særlig sterkt når det dreier seg om den rent praktiske (instrumentelle) innsatsen i form av renhold og klesvask, fotpleie, bading og sårskift. Familien trekker seg ikke av den grunn, men griper inn ved akutte behov og er det sosiale ekstra som gjør hverdagen lettere og gjør personen til en person, en rolle som vanskelig lar seg erstatte.

Selve pleien kan bli de ansattes ansvar, men familien kan ta et ansvar for alt det andre som fyller dagene og ukene med innhold og som det er vanskeligere å få hjelp fra tjenestene til. En tiltakende knapphet på offentlige ressurser har gjort tildelingen av hjelp mer selektiv. Den reserveres dermed for de mest hjelpetrengende og for de gjøremål som ses som mest nødvendige. Man kan

for eksempel få tilsyn, medisin og sårskift av en hjemmesykepleier på et raskt besøk morgen og kveld, og man kan få rengjort leiligheten eller seg selv en time eller to hver fjortende dag, men det sosiale ekstra som gjør livet lettere å leve, og som gjør den hjelpetrengende til en person og en samfunnsborger, er det normalt familie, venner og andre som må stå for.

SAMSPILLET

Det er praktisk talt umulig å beregne hvor mye den ene og den andre part står for, og der er ingen naturlige grenser for hvor familiens og samfunnets ansvar går. Fordelingen endres over tid og må ofte forhandles fram mellom familien, omsorgstjenestene og den eldre selv, der ulike typer av ressurser og normer veies mot hverandre. Man kan nok gjøre seg noen regnestykker, for eksempel hvor mange pleietrengende eldre som er i institusjon og hvor mange som pleies hjemme. Vanskeligere blir det når vi skal veie familiens rolle i institusjonene og tjenestenes rolle i hjemmene. Ytterligere en vanskelighet ligger i å kunne skille det omsorgsmessige ekstra fra vanlig sosialt samvær. Alt samvær med personer med et hjelpebehov er ikke dermed «hjelp» eller «omsorg». En hjelpetrengende person kan være like godt selskap som en frisk og førlig, og å skulle regne all tid som familie og venner bruker sammen med den hjelpetrengende som «hjelp», risikerer å redusere ham (henne) fra individ til klient.

Når vi finner at tjenestene ser ut til å dominere i «hands-on care» overfor de mest hjelpetrengende, trenger det ikke bety at tjenestene bruker tilnærmedesvis så mye tid som familie, venner og andre gjør, men at de bruker sin målrettede tid på nettopp de praktiske oppgavene, og at det først og fremst er disse som registreres som «hjelp». Skal vi komme nærmere hvordan fordelingen mellom familien og tjenestene alt i alt er, og hvordan den bør være, må vi gå dypere inn i omsorgens hverdag enn hva dette kapitlet gir oss muligheter for.

Det er vanskelig å argumentere imot at man under knapphet må prioritere de svakeste. Det er selve knappheten som er problemet. Poenget er at tjenestene i regelen er helt avhengige av et samarbeid med familien (eller andre nærstående) og omvendt. Slik framstår det som Eugene Litwak (1985) har kalt den oppgavespesifikke modellen (task specificity model), der tjenester ikke antas å svekke familiens ansvar, men gir den en annen rolle, som lettere lar seg

kombinere med andre oppgaver og hensyn i det moderne samfunn, der generasjonene for lengst har flyttet fra hverandre, og både han og hun forventes både å ha arbeid og å ta et omsorgsansvar.

REFERANSER

- Albertini, M, Kohli, M. & Vogel, C. (2007). Intergenerational transfers of time and money in European families: Common patterns – different regimes? *Journal of European Social Policy* 17: 319-334.
- Anttonen, A. & Sipilä, J. (1996). European social care services: Is it possible to identify models? *Journal of European Social Policy* 6(2): 87–100.
- Christensen, T. & Lægreid, P. (2003). *Politisk styring og privatisering: holdninger i elitene og befolkningen*. Bergen: Rokkansenteret, Universitetet i Bergen, notat 1-2003.
- Gaymu, J. et al. (2008). *Future elderly living conditions in Europe*. Paris: INED 2008.
- Jakobsson, N., Hansen, T. & Jakobsson, S.S. (2013). Omfang av offentlig omsorg i kommunen – påvirker det holdninger til familieomsorg og sannsynligheten for å gi omsorg? i S.O. Daatland & B. Slagsvold (red.), *Vital aldring og samhold mellom generasjoner*. Oslo: NOVA, rapport.
- Leichsenring, K. et al. (2013). *Long-term care in Europe. Improving policy and practice*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Leitner, S. (2003). Varieties of familialism. The caring function of the family in comparative Perspective.» *European Societies* 5(4): 353–375.
- Lingsom, S. (1991). *Hjelp etter behov? Offentlig og privat omsorg for hjemmeboende eldre*. Oslo: INAS, 91:5.
- Litwak, E. (1985). *Helping the elderly: The complementary roles of informal networks and formal systems*. New York: Guilford Press.
- NOU 2011:17. Når sant skal sies om pårørendeomsorg. Fra usynlig til verdsatt og inkludert.
- Rodrigues, R. et al. (2013). *Facts and figures on healthy ageing and long-term care. Europe and North America*. Wien: European Centre.
- Saraceno, C. & Keck, W. (2011). Towards an integrated approach for the analysis of gender equity in policies supporting paid work and care responsibilities. *Demographic Research*, 25, 371–406.
- Sundström, G. & Malmberg, B. (2006). *Omsorg människor emellan. En översikt av omsorgsgivande i den svenska befolkningen*. Stockholm: Socialstyrelsen.

KAPITTEL 19

Fra holdninger til handlinger
– om voksne barns ansvar for foreldre
med behov for hjelp¹

Katharina Herlofson, Britt Slagsvold og Ivar A. Lima

Det kan være langt fra ord til handling, men denne studien tyder på at det er en klar sammenheng mellom oppslutning om ansvarsnormer overfor eldre foreldre, og det å faktisk gi hjelp til dem fem år senere. Sannsynligheten for at døtre yter hjelp er større enn at sønner gjør det. Blant dem som ikke sluttet opp om ansvarsnormer, var det likevel omkring 25 prosent av døtrene og ti prosent av sønnene som hjalp foreldrene. Bli det akutt, overstyres gjerne de mer prinsipielle holdningene, for når foreldrene nylig var blitt hjelpetrengende, trådte barna til – uavhengig av hvilke prinsipielle holdninger de i utgangspunktet hadde til denne typen ansvarsnormer.

Er det sammenheng mellom voksne barns holdninger til ansvar for gamle foreldre og hvorvidt de faktisk stiller opp når foreldrene trenger hjelp? Spørsmålet er viktig ikke bare for foreldrene selv, men også for planleggere og forskere. I denne artikkelen skal vi belyse normer om ansvar for gamle foreldre og forholdet mellom holdninger og handlinger ved hjelp av paneldata fra NorLAG studien.

ANSVARSNORMER

Oppfatninger om hvorvidt voksne barn har et (moralsk) ansvar for å ta seg av gamle foreldre, har vært et viktig tema for aldersforskere i lang tid – ikke minst med bakgrunn i bekymringer for om viljen til å ta seg av familiens gamle er i ferd med å svekkes. På engelsk har denne type ansvar blitt omtalt som «filial responsibility». På norsk har begrepet «ansvarsnormer» blitt brukt (Daatland og Herlofson 2004). Ansvarsnormer inkluderer ikke bare ansvar oppover (fra

¹ Kapitlet er basert på artikkelen Ansvar for gamle foreldre – fra holdninger til handlinger, *Aldring og Livsløp*, 3-4/2009, 36-43.

voksne barn til foreldre – «filial responsibility»), men også nedover, fra foreldre til voksne barn – «parental responsibility» (Daatland, Herlofson og Lima 2011) og barnebarn (Herlofson og Hagestad 2012). Her konsentrerer vi oss om det første, det vil si hva man mener voksne barn bør gjøre for foreldre som har behov for hjelp. En rekke internasjonale studier på området har belyst oppslutningen i befolkningen om slike ansvarsnormer, og om oppslutningen er større i noen grupper enn i andre. Er det forskjeller mellom kvinner og menn, mellom gamle og unge, mellom de som har barn og de som er barnløse, og hva med de som har hjelpetrengende foreldre – slutter de i større eller mindre grad opp om ansvarsnormer sammenlignet med de som har foreldre som fremdeles er friske og raske?

Spørsmål om nivået på og variasjoner i ansvarsnormer er interessant, blant annet fordi det kan si noe om graden av oppslutning i befolkningen om politiske tiltak som vil gi familien en større rolle i omsorgen for gamle. Men kan vi si noe om framtidige hjelpemønstre ut fra oppfatninger om voksne barns ansvar for gamle foreldre? Den viktigste grunnen til interessen for ansvarsnormer er antakelsen om at denne type normer er knyttet til faktisk familiehjelp. Selv om en slik antakelse om samsvar mellom holdninger og handlinger er utbredt og rimelig, så er det allikevel en usikker antakelse.

HOLDNINGER OG HANDLINGER

Forholdet mellom holdninger og handlinger er ett av de mest studerte i sosialpsykologien. En rekke studier har vist at forholdet mellom de to er langt mer komplisert enn det som ofte antas. Det er blant annet blitt påpekt at i hvilken grad holdninger fører til samsvarende handlinger, avhenger av hvor spesifikt holdningsspørsmålene formuleres. Det er nemlig en tendens til at holdninger formuleres generelt, mens handlinger er langt mer spesifikke, noe som gir svakt samsvar mellom de to (Ajzen 1988). Samsvaret mellom holdninger og handlinger avhenger også av hvor bestemt (*sterkt*) individets holdninger uttrykkes. Samtidig kan styrken på holdninger påvirkes av om holdningene gjelder forhold der man føler *ambivalens*, slik tilfellet kan være når det gjelder ansvar for gamle foreldre. Paradoksalt nok kan ambivalente holdninger bety at man uttrykker mer ekstreme holdninger i både positiv og negativ retning, samtidig som holdninger til forhold man er ambivalent til er mer

ustabile (Eagly og Chaiken 1993). Enkle spørsmål om holdninger som stilles i surveyundersøkelser, kan således skjule aspekter som er viktige når det gjelder holdningenes betydning for handlinger.

I utgangspunktet gir normer og holdninger retningslinjer for atferd. Årsakssammenhengen går altså fra holdninger til handlinger. Forholdet kan imidlertid også være omvendt. Holdninger kan tilpasses atferd. Dersom vi opplever at forholdet mellom hva vi gjør og hva vi synes er riktig og viktig ikke er konsistent, vil de fleste av oss oppleve ubehag (psykologisk dissonans). I slike tilfeller kan like gjerne holdninger endres for å bli konsistent med atferd som omvendt, og det er slik teorien om kognitiv dissonans forklarer holdningsendringer (Festinger 1962). Andre kognitive teorier, for eksempel Bems attribusjonsteori (se Bem, Frijda og Manstead 2000), forklarer tilpasninger av holdninger til handlinger uten å trekke inn psykologisk ubehag.

Tar man sikte på å predikere fremtidig atferd, må man i tillegg til individets holdninger også ta i betraktning hva man tror «viktige andre» synes er riktig – en form for sosialt press. I tillegg har det noe å si i hvilken grad man tror at det er mulig å gjennomføre handlingen. Man kan for eksempel slutte opp om ansvarsnormer i utgangspunktet, men ha mange andre forpliktelser eller bo så langt unna at man ikke ser muligheter for å kunne hjelpe til.

Det er med andre ord flere grunner til å forvente bare moderate sammenhenger mellom holdninger til barnas ansvar og den faktiske hjelpen som ytes til gamle foreldre. Det er i utgangspunktet rimelig å tro at et minstemål av positive holdninger til ansvar kan være en nødvendig, men ikke en tilstrekkelig, betingelse for å hjelpe sine foreldre om de kom til å trenge det.

TIDLIGERE STUDIER

Det finnes etter hvert en forholdsvis stor – først og fremst nordamerikansk – litteratur som omhandler oppslutning om ansvarsnormer. Resultater fra ulike studier har ofte vært sprikende. Når det for eksempel gjelder kjønnsforskjeller, har noen konkludert at kvinner er mer positive til ansvarsnormer enn menn (bl.a. Stein mfl. 1998, de Valk og Schans 2008), mens andre ikke har funnet noen signifikant kjønnsforskjell (f.eks. Burr og Mutchler 1999, Lee, Peek og Coward 1998, Logan og Spitze 1995). Komparative analyser basert på data fra *OASIS* (Daatland og Herlofson 2004) og *Generations and Gender Survey*

(Herlofson mfl. 2011, Slagsvold mfl. 2009), har vist at i noen land (bl.a. Norge, Tyskland og England) er det menn som er de mest positive, ikke kvinner.

Tidligere studier av sammenhengen mellom ansvarsnormer og handlinger har også kommet med til dels ulike funn, som blant annet kan skyldes metodiske forskjeller. Flere studier inkluderer bare foreldre i utvalget, og bare få har data fra mer enn ett tidspunkt. I noen av disse studiene konkluderes det at det er en sammenheng (bl.a. Silverstein og Litwak 1993, Stein mfl. 1998), i andre at det ikke er det (Eggebeen og Davey 1998, Peek mfl. 1998). I en sammenlignende europeisk analyse basert på data fra OASIS-studien, fant Daatland og Herlofson (2004) at sammenhengen mellom ansvarsholdninger og mottatt hjelp var statistisk signifikant blant de eldste (75+) i Spania og Israel, men ikke i Tyskland, England og Norge.

Én ting er hva gamle foreldre mener om voksne barns ansvar og hva de faktisk får av hjelp, en annen er hva barna synes, og videre – om barnas holdninger har noen betydning for om de gir hjelp til foreldrene når det blir behov for det. For å studere om det virkelig er noen sammenheng mellom holdninger på ett tidspunkt og faktiske handlinger på et senere tidspunkt, må vi spørre voksne barn, og vi må følge dem over tid. Hittil er det bare publisert resultater fra én studie som tar opp denne problemstillingen. Det dreier seg om en longitudinell generasjonsstudie fra California (*The Longitudinal Study of Generations*) (Silverstein, Gans og Yang 2006, Silverstein, Parrott og Bengtson 1995). Også her spriker resultatene. I den første studien, fra midten av 1990-tallet, fant forfatterne en sammenheng mellom holdninger på ett tidspunkt og faktisk hjelp tre år senere, men dette gjaldt kun for sønner og ikke for døtre. En nyere studie basert på data fra prosjektets siste to datainnsamlinger viser det motsatte. Jo større oppslutning om ansvarsnormer, desto mer hjelp til foreldre tre år senere, men kun blant døtre, ikke blant sønner.

Med to runder av datainnsamling i *Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon* (NorLAG), har vi fått muligheten til å studere hvorvidt det er noen sammenheng mellom holdninger til ansvar for gamle foreldre på ett tidspunkt og faktiske handlinger fem år senere, og vi kan analysere hvorvidt sammenhengen er sterkere eller svakere for døtre enn for sønner.

MÅL OG UTVALG

I NorLAG måler vi oppslutning om ansvarsnormer ved hjelp av en skala som ble utviklet av nordamerikanske forskere på 1990-tallet («filial responsibility scale») (Lee, Peek og Coward 1998). Skalaen inneholder fire påstander som man kan si seg enig eller uenig i. Svarene ble gitt langs en femdelt skala fra «svært enig» til «svært uenig» (via enig, verken enig eller uenig, uenig):

- (1) Voksne barn bør bo nær sine eldre foreldre slik at de kan hjelpe dem.
- (2) Voksne barn bør være villige til å ofre noe av det de ønsker for å kunne støtte sine gamle foreldre.
- (3) Gamle foreldre bør kunne stole på å få hjelp fra sine voksne barn.
- (4) Foreldre har krav på å få noe igjen for det de har ofret for sine barn.

NorLAGs panelutvalg omfatter personer som var i alderen 45–84 år da andre runde av datainnsamling (T2) ble gjennomført (2007/2008). I analysene av ansvarsnormer ser vi på de som hadde minst en av foreldrene i live ved andre runde, og som har besvart alle relevante spørsmål i begge runder. Til sammen har vi her et utvalg på 1 037 voksne barn – 568 døtre og 469 sønner. Blant disse hadde 572 kun mor i live, 113 hadde kun far i live og 352 hadde begge foreldrene i live. Gjennomsnittsalderen var 53 år for både sønnene og døtrene i utvalget, mens den for foreldrene var 80 år (både for mødre og fedre).

OPPSLUTNING OM ANSVARNORMER

I forskningen om holdninger til familiens omsorgsansvar antas det ofte at kvinner stiller seg mer positive enn menn. Som nevnt over, har flere tidligere internasjonale studier dokumentert at dette også stemmer, men det er også studier hvor man *ikke* finner kjønnsforskjeller, og norske data har vist at det er mennene som er de mest positive. Dette gjelder både når analysene har vært basert på data fra foreldre (Daatland og Herlofson 2004) eller på hele den voksne befolkningen (Herlofson m.fl. 2011). Her ser vi på voksne barn, og som det går frem av tabell 1, var sønnene i større grad enn døtrene enige i at voksne barn har et ansvar for foreldre som trenger hjelp.

Tabell 1. Oppslutning om ansvarsnormer blant døtre og sønner, T1 (%).

		enig	verken/ eller	uenig
Voksne barn bør bo nær sine eldre foreldre...	døtre	16	45	39
	sønner	24	45	31
Voksne barn bør være villige til å ofre noe...	døtre	45	32	23
	sønner	60	27	13
Gamle foreldre bør kunne stole på å få hjelp...	døtre	40	29	31
	sønner	54	26	20
Foreldre har krav på å få noe igjen...	døtre	18	32	51
	sønner	34	32	34

Kilde: NorLAG panel. Oppslutning om ansvarsnormer målt runde på T1 (2002–2003). Respondenter med foreldre i live runde på T2 (2007–2008), n=1037.

Vi ser at det for alle påstandene var en større andel sønner enn døtre som sa seg enige, og kjønnsforskjellene er statistisk signifikante. Vi ser også at grad av enighet varierte sterkt for begge kjønn. For eksempel var langt flere enige om at voksne barn bør være villige til å ofre noe av det de ønsker for å kunne støtte sine gamle foreldre (45 prosent av døtrene, 60 prosent av sønnene) enn at voksne barn bør bo nær sine eldre foreldre (16 prosent av døtrene, 24 prosent av sønnene).

Så er spørsmålet: Er dette bare tomme ord? Er det slik at når det kommer til stykket så overlater mennene ansvaret til sine søstre, eller er mange norske sønner også aktive hjelpere?

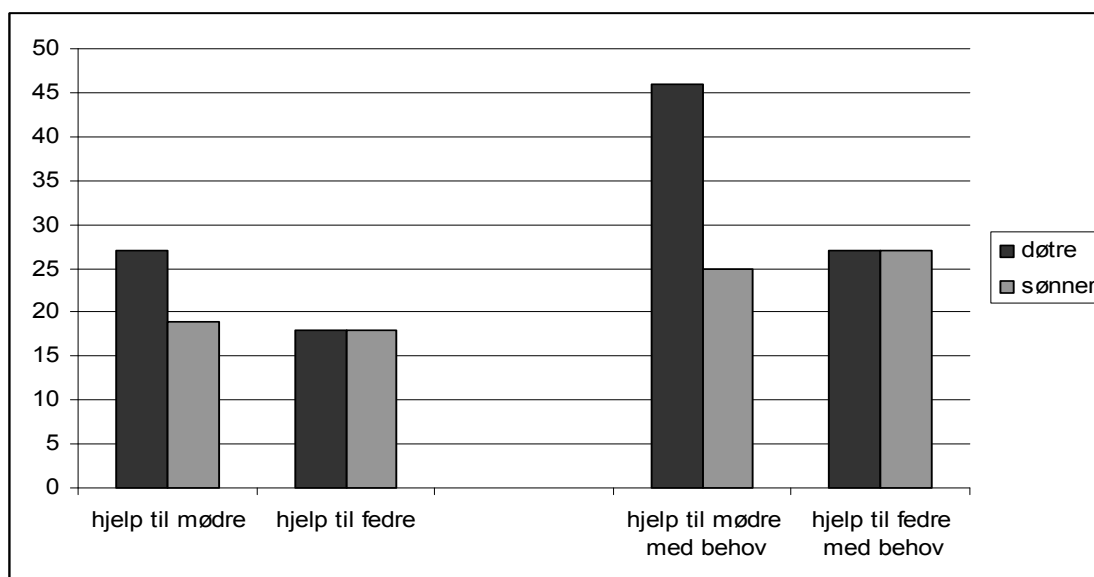
TOMME ORD?

Når det gjelder faktisk hjelp, har vi i NorLAG kun spurt om *jevnlig* hjelp (månedlig eller oftere), det vil si hjelp som er mer krevende enn det å bare stille opp av og til. Det dreier seg i hovedsak om praktisk hjelp – rengjøring, hagearbeid, transport og innkjøp. Vi har også spørsmål om hjelp til personlig pleie (hjelp med å spise, stå opp, påkledning, stell eller toalettbesøk).

En tredjedel av de voksne sønnene og døtrene i utvalget hadde mødre med behov for praktisk hjelp på intervju tidspunktet, mens en femtedel hadde fedre med slike behov. Blant disse var det noen av foreldrene som også hadde behov for hjelp til personlig pleie, omkring 20 prosent hadde mødre og 14 prosent hadde fedre med såpass omfattende hjelpebehov. Mange av disse hjelpetrengende foreldrene bodde da i institusjon. Av voksne barn med mødre som trengte hjelp til personlig pleie, bodde omtrent 65 prosent av mødrene i

institusjon og i overkant av 40 prosent av fedrene. Når relativt færre menn enn kvinner bor i institusjon, skyldes det først og fremst at menn oftere har ektefeller eller samboere som kan hjelpe dem, og dermed har de større mulighet for å kunne bli boende hjemme. Blant hjemmeboende fedre med behov for personlig pleie (36 fedre) bodde de fleste sammen med ektefelle eller samboer (26 av 36). Det samme gjaldt en langt mindre andel av mødre som var i samme situasjon (19 av 66).

Hvordan er det så med ytelser av hjelp til foreldre som har behov for det? Er det slik at sønner er helter i ord, men overlater ansvaret til søstre, eller er norske sønner også de fakto hjelpere? Vi konsentrerer oss her om de som har foreldre med behov for hjelp eller pleie.



Merknad: I venstre del av figuren vises andelen døtre og sønner som hjelper mødre og fedre uavhengig av om foreldrene har behov for hjelp eller ikke. I den høyre delen vises andelen som hjelper foreldre med behov for hjelp (308 har mødre og 97 har fedre med hjelpebehov, foreldre som bor på institusjon er inkludert).

Kilde: NorLAG panel.

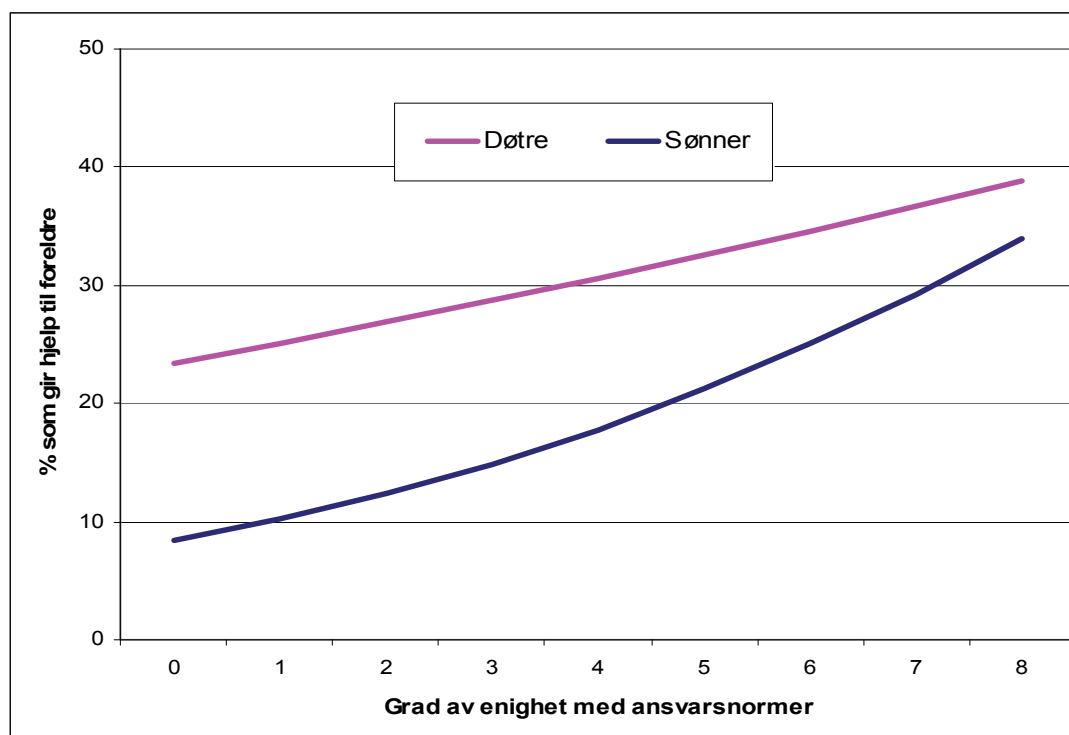
Figur 1. Andel døtre og sønner som yter jevnlig hjelp til foreldre, T2.

For hjelp til mødre, var det en klar og signifikant kjønnsforskjell (figur 1). Det var en vesentlig større andel døtre som ga mor jevnlig hjelp, uansett om mor hadde behov for hjelp eller ikke. 27 prosent av døtrene hjalp mødre, det samme gjaldt 19 prosent av sønnene. Forskjellen mellom døtre og sønner viste seg å være enda mer markert for hjelp til mødre med behov – 46 prosent av døtrene oppga at de hjalp hjelpetrequende mødre jevnlig, sammenlignet med 25 prosent av sønnene. Kjønnsforskjellene ser altså ut til å øke med mødres

behov for hjelp. Når det gjelder hjelp til fedre derimot, ser vi at det ikke var noen forskjeller mellom døtres og sønners hjelpemønstre. Alt i alt 18 prosent av både døtre og sønner hjalp far. Heller ikke når det gjaldt hjelp til fedre med behov, var det noen kjønnsforskjell – 27 prosent hjalp far minst månedlig, uansett kjønn. Vi ser også at mens det var flere døtre som ga jevnlig hjelp til mor enn til far, oppga sønner at de like ofte hjalp mor som far. Alt i alt var det en mindre andel som ga hjelp til fedre enn til mødre, og en grunn til dette er at langt flere mødre bodde alene.

FRA HOLDNINGER TIL HANDLINGER

Er det så noen sammenheng mellom de voksne barnas holdninger ved første runde av datainnsamlingen og de faktiske hjelpemønstre fem år senere? Vi har satt sammen de fire leddene som måler ansvarsnormer til en skala som varierer fra 0 (uenig i alle) til 8 (enig i alle) for å se om døtres og sønners skåre på T1 hadde noe å si for om de hjalp foreldre jevnlig fem år senere – på T2 (figur 2). Analysen omfatter alle voksne barn, både de som har hjelpetrequende foreldre og de som har foreldre uten hjelpebehov.

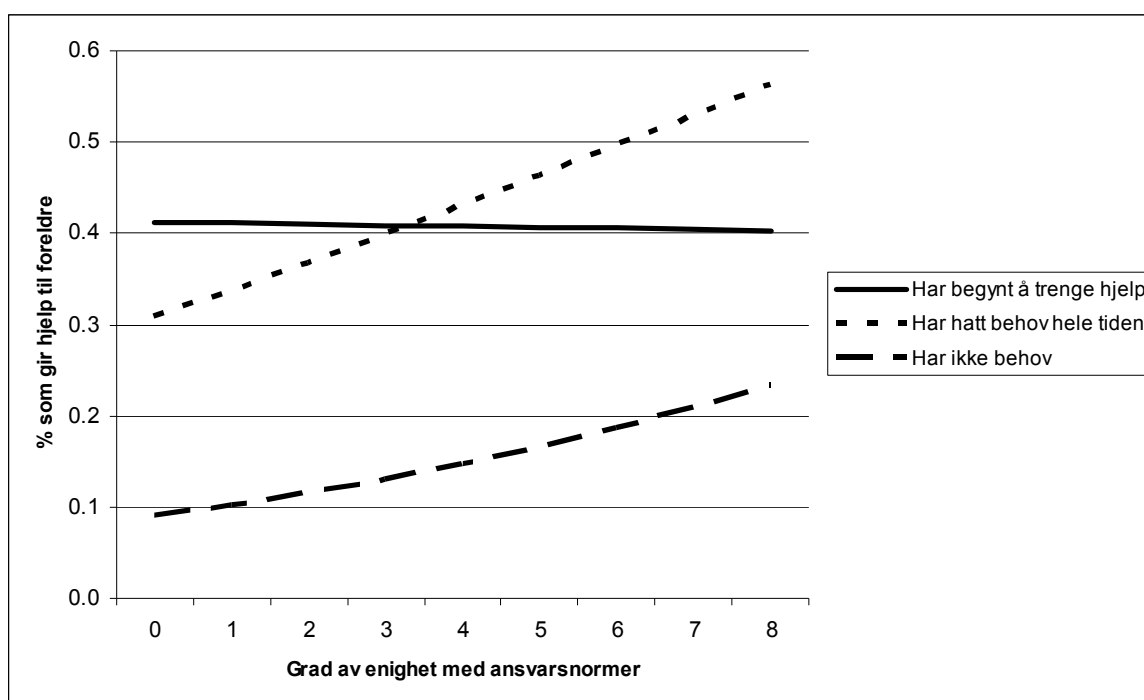


Kilde: NorLAG panel. Modellen kontrollerer for voksne barns alder og utdanningsnivå.

Figur 2. Sammenheng mellom jevnlig hjelp til foreldre (T2) etter skåre på ansvarsnormer (T1) for sønner og døtre.

Vi ser at det er en klar sammenheng mellom holdninger og handlinger både for sønner og døtre. Jo sterkere oppslutning om ansvarsnormer, desto større er sannsynligheten for å yte jevnlig hjelp fem år senere. Men vi ser også at uansett grad av enighet, så er sannsynligheten for at døtre yter hjelp større enn at sønner gjør det. Blant dem som ikke sluttet opp om ansvarsnormer ved T1 i det hele tatt (det vil si de som sa seg uenige i alle fire påstandene), yter allikevel omkring 25 prosent av døtrene hjelp til foreldre ved T2. For sønner gjelder det samme bare i underkant av 10 prosent.

Men hva skjer når det finner sted en endring i hjelpebehov hos foreldre? Noen (n=196) har foreldre som har hatt behov for hjelp over lang tid, det vil si, minst en av foreldrene hadde behov for hjelp også ved første runde av datainnsamling (T1). Andre – de aller fleste – har foreldre som klarer seg selv (både på T1 og på T2) (n=594). Og så har vi de som har foreldre som har begynt å trenge hjelp i løpet av de fem årene som gikk mellom de to rundene med datainnsamling (n=183). De sistnevnte svarte altså på spørsmål om holdninger til voksne barns ansvar på et tidspunkt da de ennå ikke hadde hjelpetrengende foreldre. Hvordan er sammenhengen mellom holdninger og handlinger for dem?



Merknad: Modellen kontrollerer for voksne barns alder og utdanningsnivå.

Kilde: NorLAG panel.

Figur 3. Sammenheng mellom jevnlig hjelp til foreldre (T2) etter skåre på ansvarsnormer (T1) etter foreldres hjelpebehov.

For å besvare dette spørsmålet skiller vi i figur 3 mellom de med foreldre som har begynt å trenge hjelp mellom de to datainnsamlingene, de med foreldre som har vært hjelpetrengende hele tiden og de som har foreldre som ikke trenger hjelp. Fordi tallene her blir små, gjør vi i dette tilfellet ikke separate analyser for sønner og døtre.

Som vi så i figur 2 påvirker holdninger til ansvarsnormer den faktiske hjelpen fem år senere. I figur 3 ser vi at dette gjelder for to av de tre gruppene, de med foreldre som ikke har behov for hjelp og de som har foreldre som har trengt hjelp hele tiden (dvs. både på T1 og på T2). Sammenhengene mellom holdninger og handlinger er signifikante for begge disse gruppene, men det er naturlig nok store nivåforskjeller, fordi det er flere som hjelper når foreldrene er hjelpetrengende enn når de ikke er det.

De med foreldre som mer nylig har fått behov for hjelp, nærmere bestemt i løpet av de fem årene som gikk mellom de to datainnsamlingene, var i en annen situasjon da de svarte på spørsmål om ansvarsnormer. På det tidspunktet (T1) hadde de foreldre som ikke var hjelpetrengende, og i motsetning til de som har foreldre med langvarige behov og de med selvhjulpne foreldre, er det for denne gruppen *ingen* sammenheng mellom holdninger på T1 og den faktiske hjelpen på T2. Holdningene deres, som ble målt på et tidspunkt da foreldrene ikke hadde behov for hjelp, har ingenting å si for hvorvidt de gir hjelp fem år senere, når foreldrene altså har blitt hjelpetrengende. Det synes dermed å være slik at når foreldre får behov for hjelp, så trår mange barn til, uavhengig av hvilke prinsipielle holdninger de i utgangspunktet hadde til voksne barns ansvar for sine foreldre.

REFERANSER

- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Milton-Keynes: Open University Press.
- Bem, S., Frijda, N.H. & Manstead, A.S.R. (2000). *Emotions and beliefs: how feelings influence thoughts*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Burr, J.A. & Mutchler, J.E. (1999). Race and ethnic variations in norms of filial responsibility among older persons. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 674–687.

- De Valk, H.A.G. & Schans, D. (2008). «They ought to do this for their parents»: perceptions of filial obligations among immigrant and Dutch older people. *Ageing & Society*, 28, 49–66.
- Daatland S.O. & Herlofson, K. (2004). *Familie, velferdsstat og aldring. Familiesolidaritet i et europeisk perspektiv*. Oslo: NOVA, rapport 7/2004.
- Daatland, S.O, Herlofson, K. & Lima. I.A. (2011) ‘Balancing generations: on the strength and character of family norms in the west and east of Europe’, *Ageing & Society*, 31(7):1159–1179.
- Eagly, A.H. & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Fort Worth (TX): Harcourt Brace Jovanovich.
- Eggebeen, D. J. & Davey, A. (1998). Do safety nets work? The role of anticipated help in times of need. *Journal of Marriage and the Family*, 60, 939–950.
- Festinger. L. (1962). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford: Stanford University Press.
- Finch, J. (1989). *Family obligations and social change*. Cambridge: Polity Press.
- Gans, D. & Silverstein, M. (2006). Norms of filial responsibility for aging parents across time and generations. *Journal of Marriage and the Family*, 68, 961–976.
- Herlofson, K. & Hagestad, G.O. (2012). Transformations in the role of grandparents across welfare states», i S. Arber & V. Timonen (red.) *Contemporary grandparenting: Changing family relationships in global contexts* (2012), s. 27–49. Bristol: Policy Press.
- Herlofson, K., Hagestad, G.O., Slagsvold, B. & Sørensen, A.-M. (2011). *Intergenerational family responsibilities in Europe*. Multilinks deliverable 4.3.
- Lee, G.R., Peek, C.W. & Coward, R.T. (1998). Race differences in filial responsibility expectations among older parents. *Journal of Marriage and the Family*, 60, 404–412.
- Logan, J.R. & Spitze, G.D. (1995). Self-interest and altruism in intergenerational relations, *Demography*, 32, 353–364.
- Peek, M.K., Coward, R.T., Peek, C.W. & Lee, G.R. (1998). Are expectations for care related to the receipt of care? An analysis of parent care among disabled elders. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 53B, S127–S136.
- Silverstein, M. & Litwak, E. (1993). A task specific typology of intergenerational family structure in later life. *The Gerontologist*, 33, 258–264.

- Silverstein, M., Gans, D. & Yang, F.M. (2006). Intergenerational support to aging parents: The role of norms and needs. *Journal of Family Issues*, 27, 1068–1084.
- Silverstein, M., Parrott, T.M. & Bengtson, V.L. (1995). Factors that predispose middle-aged sons and daughters to provide social support to older parents. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 465–475.
- Slagsvold, B., Daatland, S.O., Brunborg, H. & Lima, I.A. (2009). Holdninger til ansvar for gamle foreldre i syv europeiske land: Er vi villige til å ta oss av gamle mor og far? *Samfunnsspeilet*, 1, 99–104.
- Stein, C.H., Wemmerus, V.A. et al. (1998). «Because they're my parents»: An intergenerational study of felt obligations and parental caregiving. *Journal of Marriage and the Family*, 60, 611–622.

KAPITTEL 20

Omfang av offentlig omsorg i kommunen – påvirker det holdninger og faktisk familieomsorg?¹

Niklas Jakobsson, Thomas Hansen og Siri Støre Jakobsson

I dette kapitlet undersøkes om omfanget av formell omsorg i kommunen påvirker individers holdninger til familieomsorg og sannsynligheten for at enkeltindivider gir familiemedlemmer jevnlig hjelp med pleieoppgaver. Vi finner at folk som bor i kommuner med omfattende formell omsorg er mindre positive til familieomsorg. Vi finner også at folk som bor i kommuner med omfattende formell omsorg er mindre tilbøyelige til selv å gi pleie. Motsatt er positive holdninger og det å gi pleie mer utbredt i kommuner med mindre omfattende omsorgstjenester. Resultatene peker i retning av en viss grad av substitusjon mellom formell og uformell omsorg, men pårørende trenger ikke ha trukket seg tilbake; de kan ha konsentrert seg om andre typer omsorgsoppgaver, og pleietrengende eldre kan selv foretrekke offentlig hjelp når den har blitt lettere tilgjengelig.

Ansvarsdelingen for eldreomsorg mellom familien og velferdsstaten har vært gjenstand for diskusjon i alle velferdsstater (e.g., Daatland & Herlofson, 2001; Künemund & Rein, 1999). Sentrale spørsmål har vært hvordan ansvaret skal deles, og om de formelle omsorgstjenestene «skyver ut» (erstatte) eller komplementerer (gjennom oppgavespesialisering) omsorgen som gis av pårørende. Sammenhenger mellom formell og uformell omsorg har tidligere vært studert hovedsakelig på nasjonalt nivå, ved å sammenligne land med ulike velferdsregimer. I dette kapitlet skal vi studere sammenhengen på kommunalt nivå innad i Norge, ved å sammenligne kommuner med ulikt omfang av offentlig

¹ Dette kapitlet er basert dels på en tidligere publisert studie, Er det en sammenheng mellom formell og uformell omsorg i Norge?, *Tidsskrift for velferdsforskning* (Jakobsson et al. 2012).

omsorg. Vi skal vi se på om omfanget av formell omsorg i kommunen påvirker omfanget av uformell omsorg. I tillegg skal vi se på om den formelle omsorgen påvirker folks *holdninger* til familieomsorg.

HOLDNINGER TIL FAMILIEOMSORG

Holdningene omhandler i hvilken grad man mener voksne barn skal hjelpe skrøpelige foreldre. Faktiske handlinger (om man gir omsorg) kan være påvirket av en rekke faktorer som forhindrer folk i å gi omsorg tross en positiv innstilling til å gi omsorg. Slike faktorer kan være geografisk nærhet og kvalitative kjennetegn ved relasjonen mellom omsorgsgiver og –mottaker. Sånn sett kan det være interessant å se nærmere på holdninger til omsorg, og holdninger kan sannsynliggjøre hvorvidt man vil gi omsorg i fremtiden. Holdning er en positiv eller negativ følelsesmessig innstilling som påvirker hvordan vi opptrer i forhold til et fenomen (Hellevik, 2008). Teorien om overveid handling sier at sannsynligheten for at en person skal utføre en viss handling hviler sterkt på at personen har en positiv generell holdning til handlingen (Ajzen, 1985).

Først noen ord om særtrekk ved formell og uformell omsorg i Norge sammenlignet med andre land. Norge tilhører det nordiske sosialdemokratiske universalistiske systemet for eldreomsorg, med omfattende tjenestetilbud og universelle borgerrettigheter (Anxo & Fagan, 2005). Norge er et av de europeiske landene som bruker mest penger per innbygger på omsorgstjenester for eldre (Eurostat, 2006; Huseby & Paulsen, 2009). Nordmenn flest anser staten som hovedansvarlig for pleie til omsorgstrengende, og forventninger om at voksne barn skal yte omsorg til sine foreldre er lavere i Norge enn i andre europeiske land (Daatland & Herlofson, 2003; Huseby & Paulsen, 2009). Norge har heller ingen juridiske forpliktelser hva gjelder omsorg for voksne slektninger, dette i kontrast til for eksempel Spania (Daatland & Herlofson, 2003).

Familien spiller likevel en sentral rolle i omsorgen av gamle foreldre også i Norge. Det blir anslått at pårørende står for om lag halvparten av den omsorgen eldre mottar i Norge (Helse- og sosialdepartementet, 2006; Rønning, Schanke, & Johansen, 2009). I andre vestlige land er dette anslaget rundt 80 prosent (OECD, 2005). Den uformelle omsorgen består hovedsakelig av praktisk hjelp, mens mer krevende pleieoppgaver stort sett utføres av tjenesteapparatet.

Med økt levealder og aldring av befolkningen, samtidig som velferdsstaten trolig må begrense offentlige utgifter, kan behovet for uformell omsorg øke i årene fremover. Ulike virkemidler blir derfor drøftet for å styrke den uformelle omsorgen, som mer fleksible arbeidstidsordninger og økt bruk av omsorgslønn (Gautun, 2002; Huber, Rodrigues, Hoffman, Gasior, & Marin, 2009; NoU, 2011a, 2011b).

FORMELL OG UFORMELL OMSORG

Som nevnt er et sentralt spørsmål om offentlige omsorgstjenester påvirker omfanget av uformell omsorg. Komparative studier av vestlige land viser at lite utbygde tjenester går sammen med omfattende uformell omsorg, men samtidig at det ikke er mindre praktisk og emosjonell støtte og kontakt mellom generasjonene i land med omfattende omsorgstjenester (se Daatland & Herlofson, 2004, for en litteraturgjennomgang). Daatland og Herlofson (2004) studerte omfanget av uformell omsorg i fem vestlige land med svært ulike velferdsregimer. De viste at eldre i Norge har like hyppig kontakt med sine barn som eldre i andre land, og at også andelen eldre som har mottatt hjelp fra sine barn i løpet av det siste året er like høy i Norge, selv om nordmenn langt oftere mottar hjelp også fra de offentlige tjenestene. Lingsom (1997) studerte endringer i uformell omsorg over tid i Norge. Hun fant at selv om omfanget av hjemmetjenester økte markant fra 1960-tallet, så var den uformelle omsorgen bemerkelsesverdig stabil. Norske data støtter altså hypotesen om at velferdsstaten ikke «skyver ut» familien, men at de to aktørene utfyller hverandre. Konklusjonen kan imidlertid variere avhengig av hva slags type hjelp en ser på. De offentlige tjenestene kan være et supplement til familieomsorgen på ett område og et alternativ på et annet. Hittil har studiene sett på all form for uformell omsorg, hvilket i hovedsak vil være praktisk hjelp.

I fortsettelsen skal vi først se på om omfanget av formell omsorg i kommunen påvirker folks holdninger til å gi omsorg. Dernest skal vi se på om omfanget av formell omsorg i kommunen påvirker sannsynligheten for at personer gir *jevnlig hjelp med pleieoppgaver* (påkledning, spising, vask, etc.). Det kan være at innsatsen fra pårørende når det gjelder slike mer krevende og tyngre omsorgsoppgaver sammenlignet med praktisk hjelp i større grad påvirkes av tilgang på offentlige tjenester. Vi ønsker å gi svar på om pleiehjelp fra familien

er særlig utbredt i kommuner med mindre omfattende omsorgstjenester, og vice versa. Siden type og omfang av kommunale omsorgstjenester varierer relativt mye mellom norske kommuner, kanskje fordi Norge har mindre kommuner enn andre nordiske land (Godager, Hagen, & Iversen, 2011), er Norge et godt utgangspunkt for vurdering av sammenhengen mellom formell og uformell omsorg på kommunalt nivå. Vi måler omfanget av formell omsorg med andeler som mottar offentlige omsorgstjenester i kommunen.

DATA

Her benyttes data fra studien av Livsløp, generasjon og kjønn (LOGG) (Slagsvold et al., 2012). I LOGG ble 15 140 personer i alderen 18-84 intervjuet på telefon (svarprosent 59,6), og av disse besvarte 10 956 personer et postalt spørreskjema (svarprosent 72,4). Datainnsamlingen foregikk i 2007–2008. LOGG har koplet til en rekke typer personlige bakgrunnsopplysninger fra offentlige registre. Her benyttes data fra telefonintervju og register (for nærmere detaljer, se kap. 2).

Uformelle omsorgsgivere er identifisert som de som svarer bekreftende på minst ett av to spørsmål som ble stilt om hjelp til noen i og utenfor husholdet: «Har du i løpet av det siste året gitt jevnlig hjelp til personlig pleie til noen du (ikke) bor sammen med, slik som å spise, stå opp, påkledning, eller gå på toalettet?».

Bakgrunnsopplysninger om kjønn, alder, utdanning, inntekt og bosted er hentet fra register. Utdanning er målt fra 0 (ingen) til 8 (doktorgrad). Inntekt er personlig bruttoinntekt for 2007. Å bo i en urban kommune er definert som å bo i en av de fem største kommunene i Norge (Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger eller Bærum).

Holdninger til familieomsorg måles med fire spørsmål:

- Barna bør ta ansvar for omsorgen når foreldre trenger det
- Barna bør tilpasse jobb etter foreldres behov
- Barna bør gi økonomisk hjelp til foreldre med økonomiske vansker
- Barna bør ha foreldre boende hos seg når foreldre ikke kan ta vare på seg selv

Av disse har vi konstruert en additiv indeks «Holdninger til familieomsorg». Skalaen til hvert enkelt spørsmål går fra 0 til 10, der 0 betyr «helt uenig» og 10 betyr «helt enig». Indeksen vi har konstruert går derfor fra 0 til 40, der 0 indikerer at respondenten er helt uenig i at barn skal ta vare på foreldrene sine, og 40 indikerer at respondenten er helt enig i at barn skal ta vare på foreldrene sine.

For informasjon om de kommunale omsorgstjenestene bruker vi data fra KOSTRA (KOMmune-STat-RApportering) og IPLOS (Individbasert pleie og omsorgsstatistikk). KOSTRA gir informasjon om det meste av kommunal og fylkeskommunal virksomhet, blant annet om økonomi og offentlige tjenester. Alle kommuner og fylkeskommuner har rapportert sine data, og det er svært få mangler i det totale materialet. Vi bruker hovedsakelig fire typer informasjon om kommunen respondenten bor i: andel eldre over 66 år; medianinntekten; andel som mottar formell omsorg; andel av kommunale utgifter som brukes på pleie- og omsorgstjenester. Andelen som mottar formell omsorg inkluderer alle personer over 18 år som mottar tjenester, enten hjemme eller i omsorgsbolig eller institusjon².

BESKRIVENDE STATISTIKK

Tabell 1 viser beskrivende statistikk for de vel 13,000 respondentene som vi har opplysninger om på alle variablene. Som vi ser gir 8,5 prosent jevnlig hjelp med personlig pleie. 48,5 prosent av utvalget er menn, og gjennomsnittsalderen er 49,6 år. Gjennomsnittlig utdanning er noe mer enn 4, det vil si fullført videregående skole. Utvalget tjener i gjennomsnitt om lag 370 000 kroner i året, og 28,5 prosent av dem bor i en av de fem største kommunene i Norge. På kommunenivå ser vi at andelen av befolkningen som mottar offentlig omsorg varierer mellom 2 og 10 prosent i kommunene. Andelen av befolkningen i alderen over 66 år varierer mellom 7 og 24 prosent i norske kommuner, og median inntekt i kommunene respondentene bor i er ca. 360 000 kroner. Til slutt ser vi at det er store kommunale forskjeller i hvor mye penger som brukes på formell omsorg. Av de totale utgiftene i kommunen, går mellom 18 og 44 prosent til pleie- og omsorgstjenester. Vi ser at gjennomsnittsverdien på

² Datamaterialet i KOSTRA beskrives mer inngående i Otnes (2012) og Daatland og Veenstra (2012). For variablene på kommunalt nivå har vi informasjon fra 430 kommuner, foruten kommunale utgifter der vi har informasjon fra 427 kommuner.

holdningsvariabelen, som varierer fra 0 til 40, er 15,3. Dette betyr at utvalget i gjennomsnitt svarer mellom 3 og 4 på de fire enkeltspørsmålene som spør om i hvilken grad man mener at barn generelt sett bør tilpasse sine liv for å ta vare på skrøpelige foreldre fra 0 (negativ) til 10 (positiv). De fleste er altså negative til at voksne barn har et ansvar for å yte omsorg, tilpasse jobb eller støtte sine gamle foreldre økonomisk.

Tabell 1. Beskrivende statistikk

Variabel	Gj.snitt	Std. avvik	Min	Max
<i>Individnivå</i>				
Omsorgsgiver	0.085	0.278	0	1
Mann	0.485	0.500	0	1
Alder	49.582	16.125	20	86
Utdanning	4.192	1.668	0	8
Inntekt	372477	336523	0	14100000
Urban kommune	0.285	0.451	0	1
Holdninger til familieomsorg	15.344	8.902	0	40
<i>Kommunenivå</i>				
Andel mottar formell omsorg	0.048	0.014	0.016	0.101
Andel 67 år eller eldre	0.132	0.030	0.071	0.237
Medianinntekt	359787	43772	261000	507000
Andel av utgifter til pleie- og omsorg	0.265	0.043	0.181	0.440

Kilde: LOGG. Om lag 13 000 respondenter.

RESULTATER

Først ser vi på hva som er relatert til holdninger til familieomsorg i form av at voksne barn skal hjelpe skrøpelige foreldre (tabell 2). Den uavhengige variabelen i fokus er omfanget av formell omsorg (andelen som mottar offentlige omsorgstjenester) i respondentens bostedskommune. I første kolonne i tabell 2 ser vi at menn er mer positive til at barn skal ta hånd om foreldrene sine – de skårer omtrent 2,6 poeng høyere enn kvinner på en skala fra 0 til 40. Alder er derimot negativt korrelert med holdninger til familieomsorg – de eldre er mest negative til at voksne barn skal hjelpe skrøpelige foreldre. Mennesker med høyere utdanning er noe mer positive til familieomsorg. Variablene på kommunenivå har kun svake sammenhenger med holdninger til familieomsorg. Omfanget av formell omsorg i kommunen har en negativ sammenheng med slike holdninger. Mer spesifikt ser vi at ett prosentpoeng økning i andelen av befolkningen som mottar formell omsorg er forbundet med 0,3 lavere skåre på holdningsskalaen.

I tilleggssanalyser finner vi at dette betyr at en respondent som bor i en kommune der den formelle omsorgen er ett standardavvik over gjennomsnittet for respondentene skårer i gjennomsnitt 0,9 lavere på holdningskalaen enn en respondent som bor i en kommune der den formelle omsorgen er ett standardavvik under gjennomsnittet (ikke vist). Ettersom respondentene i denne undersøkelsen bor i kommuner der andelen av befolkningen som mottar pleie- og omsorgstjenester varierer fra 1,6 til 10,1 prosentpoeng så er skåren på holdningskalaen nesten 3,7 prosentpoeng lavere i kommuner med det høyeste omfanget av formell omsorg, sammenlignet med kommuner med lavest omfang av formell omsorg.

Tabell 2. Holdninger til familieomsorg

VARIABEL	(1)	(2)
	Regresjon med 8 variabler	Regresjon med 8 variabler
Mann	2.571*** (0.166)	2.543*** (0.171)
Alder	-0.201*** (0.00543)	-0.200*** (0.00566)
Utdanning	0.0868* (0.0485)	0.0935* (0.0493)
Personlig inntekt	-5.95e-07** (2.98e-07)	-5.87e-07* (2.99e-07)
Urban kommune	0.751* (0.399)	0.740* (0.381)
Eldre (andel over 66 år)	-4.393 (7.658)	-1.103 (7.787)
Kommunal inntekt	-7.23e-06* (3.99e-06)	-6.79e-06* (3.71e-06)
Formell omsorg (andel mottakere)	-31.36** (14.87)	-41.20*** (13.09)
Utgifter på pleie- og omsorg		-1.577 (2.814)
Konstant	28.33*** (2.237)	28.52*** (2.174)
Observasjoner	12,519	12,219
R ²	0.160	0.161

* p< 0,1, ** p< .05, *** p< .01. OLS-regresjoner. Standardfeil i parentes. Standardfeil gruppert på kommunalt nivå.

I kolonne 2 i tabell 2 har vi også inkludert kommunale utgifter til omsorgstjenester (som andel av de totale kommunale utgifter). Vi ser at relasjonen er liten og langt fra statistisk signifikant. Holdninger til familieomsorg har altså

ingen sammenheng med hvor mye penger kommunen bruker på pleie og omsorg relativt sett. Vi ser også at det å kontrollere for utgifter til formell omsorg ikke påvirker den gjennomsnittlige effekten av omfanget av formell omsorg på holdninger til familieomsorg.

Vi skal i tabell 3 se på sannsynligheten for at en respondent er uformell omsorgsgiver (gir jevnlig hjelp med personlig pleie). De uavhengige variablene i fokus er omfanget av formell omsorg og andelen som mottar offentlige omsorgstjenester i respondentens bostedskommune. Vi har kontrollert for faktorer som kan henge sammen med sannsynligheten for å være omsorgsgiver (kjønn, alder, utdanning, inntekt og bosted), og egenskaper ved kommunen som kan påvirke omfanget av formell omsorg (andel av befolkningen eldre enn 66, medianinntekten i kommunen og andel av de kommunale utgiftene som brukes på pleie og omsorg). Ettersom variablene er målt på kommunenivå er standardfeilen gruppert på kommunalt nivå.

I første kolonne i tabell 3 ser vi at det er små og statistisk ubetydelige gjennomsnittlige effekter av utdanning, personinntekt, det å bo i et tettbebyggt område og medianinntekten i kommunen. Menn har 3,4 prosentpoeng mindre sannsynlighet for å gi uformell omsorg sammenlignet med kvinner, og den gjennomsnittlige effekten for 10 år høyere alder er 1 prosentpoeng (begge $p < .01$). Om andelen eldre (over 66 år) i kommunen øker med ett prosentpoeng så innebærer det en 0,35 prosentpoeng høyere sannsynlighet for å være en uformell omsorgsgiver ($p < .05$). Den uavhengige variabelen i fokus i kolonne 1 er «formell omsorg», som indikerer hvor stor andel av befolkningen i kommunen som mottar formell omsorg (enten hjemme, i omsorgsbolig eller på institusjon). Vi ser at formell omsorg har en negativ koeffisient som indikerer at ett prosentpoeng økning i andel av befolkning som mottar formell omsorg minsker sannsynligheten for å være uformell omsorgsgiver med 0,69 prosentpoeng. En respondent som bor i en kommune der den formelle omsorgen er ett standardavvik over gjennomsnittet for respondentene har i gjennomsnitt 1,9 prosentpoeng mindre sannsynlighet for å gi uformell omsorg enn en respondent som bor i en kommune der den formelle omsorgen er ett standardavvik under gjennomsnittet (ikke vist). Ettersom respondentene i denne undersøkelsen bor i kommuner der andelen av befolkningen som mottar pleie- og omsorgstjenester varierer fra 1,6 til 10,1 prosentpoeng, så er

sannsynligheten for å gi uformell omsorg nesten seks prosentpoeng lavere i kommuner med det høyeste omfanget av formell omsorg, sammenlignet med i kommuner med lavest omfang av formell omsorg.

I kolonne 2 i tabell 3 har vi også inkludert kommunale utgifter til omsorgstjenester for eldre (som andel av de totale kommunale utgifter). Vi ser at den gjennomsnittlige effekten er 0,07 prosentpoeng for en økning på ett prosentpoeng i andelen utgifter til formell omsorg. Effekten er liten og langt fra statistisk signifikant. Andelen av befolkningen i kommunen som gir uformell omsorg har altså ingen sammenheng med hvor mye penger kommunen bruker på pleie og omsorg relativt sett. Vi ser også at det å kontrollere for utgifter til formell omsorg ikke påvirker den gjennomsnittlige effekten av omfanget av formell omsorg på uformell omsorg, selv om den blir noe mindre statistisk sikker ($p < .10$).

Tabell 3. Sannsynligheten for å være en omsorgsgiver

	Regresjon med 8 variabler	Regresjon med 9 variabler
Mann	-0.034 *** (0.005)	-0.034 *** (0.005)
Alder	0.001 *** (0.000)	0.001 *** (0.000)
Utdanning	-0.000 (0.001)	-0.000 (0.002)
Personlig inntekt	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)
Urban kommune	-0.007 (0.008)	-0.007 (0.008)
Eldre (andel over 66 år)	0.347 ** (0.177)	0.261 (0.180)
Kommunal inntekt	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)
Formell omsorg (andel mottakere)	-0.686 ** (0.348)	-0.649 * (0.351)
Utgifter på pleie- og omsorg		0.070 (0.072)
Pseudo R ²	0.009	0.010
Observasjoner	13060	12744

* $p < 0,1$, ** $p < .05$, *** $p < .01$. Gjennomsnittlige marginale effekter etter probit regresjoner. Standardfeil i parentes. Standardfeil gruppert på kommunalt nivå.

KONKLUSJON

I dette kapitlet undersøker vi om omfanget av formell omsorg i kommunen påvirker individers holdninger til familieomsorg og sannsynligheten for at enkeltindivider gir familiemedlemmer jevnlig hjelp med pleieoppgaver. Formell omsorg måles som andel av befolkningen i kommunen som mottar omsorgstjenester (i eget hjem, i omsorgsbolig eller i institusjon). Vi finner at folk som bor i kommuner med omfattende formell omsorg er mindre positive til familieomsorg. Vi finner også at folk som bor i kommuner med omfattende formell omsorg er mindre tilbøyelige til selv å gi pleieomsorg. Motsatt er positive holdninger og det å gi pleieomsorg mer utbredt i kommuner med mindre omfattende omsorgstjenester.

Vi kontrollerer for individuelle og kommunale bakgrunnsvariabler som kan ha sammenheng med omfanget av formell og uformell omsorg. Formålet med å inkludere variabler på kommunenivå, som andel eldre, kommunens inntekt, og urbanitet, er å kontrollere for ulike omsorgsbehov og kostnadsstrukturer i forskjellige kommuner. Sannsynligvis lykkes vi ikke helt med å kontrollere for slike faktorer, ettersom det kan være uobserverte grunner til at folk i kommunene har forskjellige omsorgsbehov.

Tilsvarende kunne man forvente at størrelsen på kommunens utgifter til formell omsorg ville påvirke menneskers holdninger og hvor vanlig det er å gi uformell omsorg, noe vi ikke finner støtte for. Det å kontrollere for utgifter påvirker heller ikke sammenhengen mellom formell omsorg og uformell omsorg. Sannsynligheten for å gi omsorg, og for å ha positive holdninger til å gi omsorg til voksne foreldre er den samme i kommuner med høyt eller lavt pengebruk på formell omsorg.

Resultatene bør imidlertid tolkes med forsiktighet. For det første vet vi ikke hva som ligger bak sammenhengen mellom formell og uformell omsorg. Den kan være at offentlige tjenester reduserer behovet for uformell pleiehjelp, og/eller at pårørende kan konsentrere seg om andre typer omsorgsoppgaver. Samtidig kan pleietrengende i stigende grad foretrekke offentlig hjelp når den er lettere tilgjengelig. Videre er det begrenset hva vi kan fastslå ved tverrsnittsdata. Tverrsnittsdata forteller ikke om de observerte mønstrene er stabile eller har endret seg, for eksempel som svar på endringer i tilbudet fra

omsorgstjenestene. Ideelt sett skulle vi fulgt utviklingen over tid og undersøkt om holdninger og pårørendeomsorgen endres med endringer i tjenestenivået.

Hovedkonklusjonen i denne studien er altså at jo mer formell omsorg som gis i en kommune, desto mindre positive er man til at voksne barn har et ansvar for å hjelpe sine foreldre og desto færre er det som gir uformell pleiehjelp. Resultatene støtter tilsynelatende hypotesen om at mindre formell omsorg øker familiens rolle i forhold til pleieomsorg, eller tvinger familien til å ta pleieoppgaver. Mer formell omsorg virker motsatt. Trolig skyver ikke velferdsstaten ut familien. Omfattende tjenester fører heller til at familien bidrar med annen omsorg enn pleieomsorg. Familien er som kjent en vesentlig kilde til emosjonell og praktisk hjelp til eldre foreldre (Daatland & Herlofson, 2004). Dermed er det viktig å se også på hvordan den totale uformelle omsorgen påvirkes. Hvis en ser på familierelasjoner i et livskvalitetsperspektiv så er det mulig, og kanskje til og med trolig, at relasjonene mellom generasjoner forbedres når uformell omsorg blir mindre nødvendig eller «påtvunget» (Kotsadam, 2011). En hypotese som trekkes frem i litteraturen er at gjensidigheten kan øke og at relasjonene i større utstrekning baseres på kjærlighet og følelser istedenfor skyldfølelse og ansvar (f.eks. Finch & Mason, 1993). Det er en viktig oppgave for framtidige studier å se nærmere på slike mekanismer.

REFERANSER

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Action control: From cognition to behavior*. New York: Springer.
- Anxo, D., & Fagan, C. (2005). The Family, the State, and Now the Market – the Organisation of Employment and Working Time in Home Care Services for the Elderly. In G. Bosch (Ed.), *Working in the Service Sector: A Tale from Different Worlds* (pp. 133–164). New York: Routledge.
- Daatland, S. O., & Herlofson, K. (2001). *Ageing, intergenerational relations, care systems and quality of life: An introduction to the OASIS project*. Oslo: NOVA.
- Daatland, S. O., & Herlofson, K. (2003). 'Lost solidarity' or 'changed solidarity': A comparative European view of normative family solidarity. *Ageing and Society*, 23, 537–560.

- Daatland, S. O., & Herlofson, K. (2004). *Familie, velferdsstat og aldring: familiesolidaritet i et europeisk perspektiv*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Daatland, S. O., & Veenstra, M. (2012). Lokale variasjoner i eldreomsorgen. In S. O. Daatland & M. Veenstra (Eds.), *Bærekraftig omsorg? Aldringen av befolkningen, familien og velferdsstaten (kommende NOVA-rapport)*. Oslo: NOVA.
- Eurostat. (2006). *ESSPROS. European System of Integrated Social Protection Statistics*, from <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>
- Finch, J., & Mason, J. (1993). *Negotiating family responsibilities*. London: Routledge.
- Gautun, H. (2002). *Når fleksibilitet fremmer fellesskap. Nye arbeidstidsordninger innen pleie- og omsorg*. Fafo-rapport 399.
- Godager, G., Hagen, T. P., & Iversen, T. (2011). *Omfang og sammensetning av omsorgstjenester i tre nordiske land*. Institutt for helse og samfunn, Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo.
- Hellevik, O. (2008). *Jakten på den norske lykken: Norsk monitor 1985–2007*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helse- og sosialdepartementet. (2006). St.meld. nr.25 Mestring, muligheter og mening.
- Huber, M., Rodrigues, R., Hoffman, F., Gasior, K., & Marin, B. (2009). *Facts and figures on long-term care: Europe and North America*. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- Huseby, B., & Paulsen, B. (2009). *Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig – eller best i verden?*
- Jakobsson, N., Hansen, T., & Kotsadam, A. (2012). Er det en sammenheng mellom formell og uformell omsorg i Norge? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 17(3), 22–29.
- Kotsadam, A. (2011). Does Informal Eldercare Impede Women's Employment? The Case of European Welfare States. *Feminist Economics*, 17(2), 121–144.
- Künemund, H., & Rein, M. (1999). There is more to receiving than needing: Theoretical arguments and empirical explorations of crowding in and crowding out. *Ageing and Society*, 19, 93–121.
- Lingsom, S. (1997). *The substitution issue. Care policies and their consequences for family care*. Oslo: NOVA.

- NoU. (2011a). *Innovasjon i omsorg. NOU 2011:11*: Helse- og omsorgsdepartementet.
- NoU. (2011b). *Når sant skal sies om pårørendeomsorg. Fra usynlig til verdsatt og inkludert*: Helse og omsorgsdepartementet.
- OECD. (2005). *The OECD Health Project: Long-term Care for Older People*. Paris: OECD.
- Otnes, B. (2012). Utviklingslinjer i pleie- og omsorgstjenestene. In S. O. Daatland & M. Veenstra (Eds.), *Barekraftig omsorg? Aldringen av befolkningen, familien og velferdsstaten (kommende NOVA-rapport)*. Oslo: NOVA.
- Rønning, R., Schanke, T., & Johansen, V. (2009). *Frivillighetens muligheter i eldreomsorg*. Lillehammer: Østlandsforskning.
- Slagsvold, B., Veenstra, M., Daatland, S. O., Hagestad, G., Hansen, T., Herlofsen, K., et al. (2012). Life-course, ageing and generations in Norway: the NorLAG study. *Norsk Epidemiologi*, 22(2), 95–102.

KAPITTEL 21

Egeninteresse eller omtanke for andre? Om holdninger til fordeling mellom generasjoner i familien og velferdsstaten¹

Svein Olav Daatland, Marijke Veenstra og Katharina Herlofson

Er det grunn til å frykte at egeninteressen vil få større spillerom, og at den økte vekten av eldrebefolkningen vil gi tyngde til prioriteringer som er til fordel for dem selv? Resultatene tyder ikke på det. Altruismen ser ut til å stå sterkere enn egeninteressen i familiekreten, der man er tilbøyelig til å sette den andre generasjonens interesser framfor ens egne. Egeninteressen har større spillerom i velferdsstaten. Holdningene til fordeling varierer her med alder og kjønn, ved at kvinner er mer negative til familieplikter, men mer positive til velferdsstaten enn hva menn er. De ulike aldersgruppene er tilbøyelige til å prioritere tjenester som tjener deres egne interesser. Familieholdninger er lite ideologiske, mens politisk tilhørighet slår ut for holdninger til velferdsstaten i forventet retning, med sterkest støtte til venstre og lavere til høyre i det politiske landskapet.

Aldringen av befolkningen vil uvegerlig endre fordelingen av goder og byrder mellom aldersgrupper, og det er nærliggende å tro at hver gruppe vil være tilbøyelig til å beskytte sine egne interesser, men er det slik? Egeninteressen er nok en sterk og nødvendig drivkraft i alle former for liv, men den står ikke aleine. Sosiale normer kan tøyne egeninteressen og styrke hensynet til den andre, det være seg i familien, i vennekretsen eller mer generelt i samfunnet. Er det for eksempel grunn til å bekymre seg for at sterkere individualisme vil

¹ Kapitlet er basert på to tidligere publiserte artikler: Daatland, S.O., Veenstra, M. and Herlofson, K. (2012a), Age and intergenerational attitudes in the family and the welfare state. *Advances in Life Course Research*, 17, 3, 133-144, og Daatland, S.O., Veenstra, M. og Herlofson, K. (2012b), Egeninteresse eller altruisme? Alder og holdninger til familien og velferdsstaten. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 15, 3, 151-167.

gi egeninteressen større spillerom, og at vekten av eldrebefolkningen vil tvinge fram prioriteringer som er til fordel for dem selv?

RISIKO FOR GENERASJONSKONFLIKT?

Risikoen for generasjonskonflikt er nok mest nærliggende der ressursene er knappe og fordelingen er skjev, men dette er så å si den generelle orden i dagens Europa. Når fordelingen er skjev også mellom aldersgrupper, øker det risikoen for generasjonskonflikt. Noen velferdsstater er i så måte mer sårbare for konflikter enn andre, fordi de fungerer bedre for noen aldersgrupper framfor andre, konkluderer Julia Lynch (2006) i boka «Age in the welfare state» (Alder i velferdsstaten).

Det som preget framveksten av den moderne velferdsstaten var behovet for å sikre befolkningen en materiell trygghet i eldre år. I denne tidlige perioden var det få eldre i befolkningen, til gjengjeld hadde de store behov, og alderspensjonen ble derfor et typisk satsningsområde. Mange land er fortsatt preget av en relativt eldrevennlig fordeling. Dette er især tilfellet i land med en tilbakeholden (residual) velferdsstat, der familien står som den primært ansvarlige. USA, Japan og middelhavsland som Spania, Italia og Hellas er ifølge Lynch blant velferdsstater som beskytter sine gamle bedre enn sine unge. Canada og det nord-vestre hjørnet av Europa – Nederland, Irland og de skandinaviske landene – har mer aldersnøytrale velferdsstater som prioriterer barn og eldre noenlunde likt. Risikoen for generasjonskonflikter burde følgelig være mindre i disse landene. Ja, den særlige intensiteten som debatten om generasjonsrettferdighet fikk i USA da den ble dratt i gang tidlig på 1980-tallet, er av enkelte observatører tilskrevet nettopp denne aldersskjevheten i den amerikanske velferdsstaten. Noe tilsvarende skjedde ikke i det mer velferdspolitisk aldersnøytrale Canada (Marshall m. fl. 1993).

Hva så med Norge? I dette kapitlet spør vi om holdningene til velferdsstaten er farget av en aldersrelatert egeninteresse, eller om det er mer solidariske hensyn som gjelder? Vi er også interessert i å vurdere om egeninteresse eller solidaritet står sterkest tidlig eller seint i livet, og om vi finner tegn til utvikling av et generativt sinnelag, som Erik H. Erikson (1968) mener er karakteristisk for midtre og eldre år av livet.

I debatten omkring generasjonsrettferdighet har man ofte oversett at yngre og eldre i velferdsstaten opptrer som generasjoner og nære andre i familien. Disse personlige erfaringene kan tenkes å påvirke holdningen til fordelinger på samfunnsnivå, men bare få har undersøkt dette empirisk. Det er for eksempel ikke urimelig å tro at solidariske erfaringer i familiekretsen kan generaliseres til solidariske hensyn også i velferdsstaten; at man med andre ord sosialiseres til solidaritet via de nære (signifikante) andre i familien. Eller er det snarere motsatt, at sterke bånd innad i familien kan bli en barriere mot bredere sosiale fellesskap? Vi skal derfor også se nærmere på holdninger til fordelinger i familien. Mer konkret tar vi da opp holdningen til normer som regulerer forholdet mellom voksne barn og eldre foreldre, nærmere bestemt hvilket ansvar voksne barn har overfor eldre foreldre, og omvendt, hvilket ansvar foreldre har overfor voksne barn. Tidligere forskning har som oftest tatt for seg bare ett av områdene og den ene generasjonens perspektiv. I dette kapitlet gjør vi begge deler, ved at vi tar for oss holdningene både i familiekretsen og i velferdsstaten, og vi gjør det fra både den eldre og yngre generasjonens synsvinkel.

EGNE ELLER ANDRES INTERESSER?

Blant dem som har pekt på en risiko for en tiltakende alderskonflikt i velferdsstaten er Gösta Esping-Andersen (1997), mest kjent for sin analyse av de tre velferdsstatlige regimene. Esping-Andersen ser aldringen av befolkningen som en dobbel risiko for den moderne velferdsstaten. For det første en økonomisk risiko ved at en eldre befolkning vil redusere inntektene og øke utgiftene og dermed bli en økonomisk belastning. Dernest en politisk risiko ved at eldre borgere – og velgere – vil bruke sitt stigende antall til å styrke eldreprofilen i velferdsstaten, og dette i ei tid der det ifølge Esping-Andersen er større behov for å prioritere barn og unge.

Velferdsstaten har på mange måter vært en suksesshistorie, men altså først og fremst for eldre ifølge Esping-Andersen. I dag er det stigende arbeidsledighet og nød blant yngre og dermed behov for en mer yngrevennlig fordeling. Problemet er at den voksende eldrebefolkningen kan være tilbøyelig til å beskytte sine ervervede privilegier. Men *vil* de? Så langt dreier det seg om

påstander, men er det grunn til å frykte at det kan gå slik – også i aldersbalanserte velferdsstater som Norge?

Vi kommer til å veksle mellom begrepene *solidaritet* og *altruisme* i teksten, som i denne sammenhengen står for det samme, nemlig det å sette den andres interesser framfor sine egne. *Generativitet* i Eriksons forstand er en særegen og snevrere form for andreorientering til fordel for yngre generasjoner, med bestemor og bestefar som prototypiske roller. Også *generasjon* og *aldersgruppe* blir anvendt vekselvis, men der det er nødvendig med presisjon, blir generasjon reservert for familiekreten. På samfunnsnivå dreier det seg da om aldersgrupper eller kohorter (fødselsårganger).

TIDLIGERE FORSKNING

Familiesolidaritet

Tidligere studier har gjerne konkludert at familiesolidariteten fortsatt står bemerkelsesverdig sterkt, men hvor sterkt den står, og hvordan den kommer til uttrykk, varierer over tid og mellom land.

Hva variasjonen mellom land angår, ser det ut til at familienormene står sterkere og er mer kollektivistiske jo lenger sør og øst i Europa man kommer (Reher 1998). Forpliktelsene er mer begrenset og mindre absolutte mot nord og vest, der normene er mer åpne for balansering mot andre forpliktelser, så som lønnet arbeid og egne ønsker. Hvorvidt og hvor langt det her dreier seg om ulike familiekulturer (idealer) eller om en tilpasning til ulike livsbetingelser (muligheter) er nok fortsatt kontroversielt. Det er også vanskelig å skille de to typer av forklaringer fra hverandre, fordi kulturer (idealer) og strukturer (muligheter) er tilbøyelige til å variere i takt. Tidligere studier antyder at ikke bare styrken, men også retningen av normene varierer langs denne geografiske diagonalen (Daatland m. fl. 2011). Den eldre generasjonen synes å stå relativt sterkere i sør og øst; prototypen her er den patriarkalske familien. Den yngre generasjonen står relativt sterkere i nord og vest, prototypisk representert ved kjernefamilien.

Endringer over tid tyder for Norges del på at når velferdsstatens tilbud er få, er uavhengighet mellom generasjonene en luksus man vanskelig kan unne seg. Når tilgangen til tjenester øker, er det også en stigende andel som

foretrekker hjelp fra tjenestene framfor hjelp fra familien, i hvert fall når det dreier seg om mer omfattende behov (Daatland 1990).

Teoriene på området peker i noe ulike retninger. I følge *solidaritetsmodellen* (Bengtson og Roberts 1991) er solidariteten mellom generasjonene bemerkelsesverdig robust, men kan søke seg mindre byrdefulle ytringsformer når det er muligheter for det. Under denne modellen har man vært særlig opptatt av de voksne barnas omtanke for eldre foreldre, men hva med foreldrenes omtanke for barna?

Ambivalensmodellen legger til grunn at familier ikke bare er preget av samhold, men også av konflikter og motstridende interesser (Lüscher og Pillemer 1998, Connidis og McMullin 2002). Forholdet mellom generasjonene er derfor bedre beskrevet som ambivalent, med blandede følelser og konkurrerende forpliktelser, og dermed også med anerkjennelse av at forpliktelser oppover og nedover i generasjonslinja kan komme i konflikt.

I følge det vi her har kalt *familiekulturteori* (Reher 1998) er familienormene svakere og mindre absolutte jo lenger nord og vest i Europa en kommer. Hvorvidt det da dreier seg om en kulturell arv eller om en tilpasning til livsvilkår er det mindre enighet om, men der velferdsgodene er universelle og sjenerøse slik tilfellet er i Norge, ses uavhengighet langt på vei som et ideal for forholdet mellom generasjonene.

De tre teoriene gir dermed noe ulike forventninger for norske forhold. Solidaritetsmodellen legger vekt på forpliktelsene oppover generasjonslinja. Under ambivalensmodellen trekker kreftene i begge retninger og resulterer i betingede forpliktelser og motstridende hensyn, mens familiekulturmodellen ser uavhengighet som et rådende ideal for forholdet mellom (voksne) generasjoner i land der velferdsstaten og individualistiske verdier står sterkt så som i Norge. Her antas også prioriteringen å gå nedover snarere enn oppover generasjonslinja. Forventningene på foreldrene burde i så fall stå relativt sterkere enn forventningene på de voksne barna. Vi antar derfor å finne noe blandede holdninger i en familiesammenheng, men fordi det her dreier seg om forholdet til *nære* andre, er det nærliggende å anta at altruistiske hensyn vil stå sterkere enn egeninteresse, selv om også altruisme kan fortolkes som egeninteresse i den grad familien oppfattes som en forlengelse av seg selv.

Solidaritet i velferdsstaten

Det ligger i velferdsstatens karakter at det gjerne er personen selv, eventuelt med hjelp av nære andre, som melder et behov for en tjeneste. Det interessante er dermed ikke om det er noen egeninteresse på området eller ikke, men hvor sterkt egeninteressen står sammenliknet med mer solidariske hensyn. Tidligere studier har i så måte noe blandede funn. Vanligst er å finne en viss grad av egeninteresse, idet hver aldersgruppe er tilbøyelig til å støtte opp under tjenester som er særlig aktuelle for dem selv (Svallfors 2008). Empirien er imidlertid ikke entydig. Ann-Helen Bay (1998) fant f.eks. at eldre og yngre mennesker hadde like eldrevennlige holdninger. Både yngre og eldre støttet opp om velferdsstatens eldretjenester, og de gjorde det omtrent like mye. Yngre mennesker var altså solidariske med eldre, men om eldre mennesker var solidariske med yngre, var ikke mulig å vurdere.

Mange studier har vist at det fortsatt er sterk oppslutning om en aktiv og omfordelende velferdsstat i Europa (Taylor-Goobie 1995). Den såkalte generasjonskontrakten er i denne forstand robust, men med noe varierende tilslutning fra land til land. Marcum og Treas (2012) fant i en studie av 28 OECD-land at generasjonskontrakten har en majoritet av befolkningen bak seg i de fleste land, men står sterkest under sosialdemokratiske, konservative og post-kommunistiske velferdsregimer. Her sier det store flertallet av befolkningen seg enig i at staten (the government) har ansvar *både* for barneomsorg *og* for anstendige levekår for eldre, som var formuleringene som ble brukt i denne studien. Nest vanligst var en ensidig eldreorientering (støtter bare eldre), mens en ensidig barneorientering knapt hadde tilslutning i noe land, og illustrerer at barna har en lavere status i velferdsstaten enn eldre.

Bare liberale velferdsstater hadde en målbar *motstand* mot statlige inngrep på begge områder, og overlot dermed hele ansvaret til familien og/eller markedet. Størst var dette mindretallet i USA (16 prosent), men selv USA hadde en betydelig oppslutning om velferdsstaten, idet 44 prosent støttet en ensidig eldreorientering og 39 prosent støttet statlige inngrep for både barn og eldre. Til sammenlikning var det 70–80 prosent som støttet statlige inngrep for både barn og eldre i de nordiske landene. De resterende 20–30 prosentene støttet her en ensidig eldreorientert profil.

Tidligere studier har vist at noen grupper og tjenester står særlig sterkt i folkemeningen, og fremst blant disse er eldreomsorg og helsetjenester, sannsynligvis fordi det her dreier seg om universelle behov som berører alle før eller siden og som det følgelig er lett å identifisere seg med (van Oorschot 2000). Andre grupper og behov har svakere støtte i befolkningen, som for eksempel innvandrere og arbeidsledige. Innvandrere fordi de kan oppfattes som utenforstående. Arbeidsledige fordi de kan oppfattes som (med-) ansvarlige for sine problemer. Barn har i regelen høy status i alle land, men ikke nødvendigvis i en velferdsstatlig sammenheng, der familien (foreldrene) som regel gis det primære ansvaret. Hvorvidt dette skal ses som en rettighet for foreldrene (mot statlige inngrep), eller det (også) kan dreie seg om en ansvarsfraskrivelse fra velferdsstatens side, er for stort et spørsmål til å kunne behandles i dette kapitlet.

Alt i alt venter vi å finne noe blandede motiver bak holdningene til velferdsstaten, men at de er preget av en viss aldersbetinget egeninteresse, det vil si en stigende oppslutning om eldretjenester med alderen og omvendt for tjenester til beste for barn og unge. Hvorvidt og hvor sterkt også solidariske hensyn slår igjennom er et mer åpent spørsmål. Hvis Eriksons hypotese om generativitet er riktig, burde denne omtanken for den yngre generasjonen vise seg ved økende oppslutning om solidariske hensyn i midtre og eldre år av livet.

DATA OG METODER

De aktuelle data er hentet fra den norske studien av Livsløp, generasjon og kjønn (LOGG), som inkluderer andre runde av den longitudinelle livsløp, aldring og generasjonsstudien (NorLAG). Data ble samlet inn i 2007-2008 via intervju, spørreskjema og registerdata. Det dreier seg om et landsrepresentativt utvalg på ca. 15 000 personer i alderen 18–84 år. Nærmere detaljer om studien er beskrevet i kapittel 2. Her redegjør vi bare for spørsmålene som er brukt for dette kapitlets formål.

Solidaritet i familien er målt ved grad av oppslutning om voksne barns ansvar for eldre foreldre og foreldres ansvar for voksne barn. For dette kapitlets formål har vi valgt ut to nær identiske utsagn fra hver generasjons synsvinkel. Det ene dreier seg om foreldre og (voksne) barn har et økonomisk ansvar for hverandre, det andre om foreldre og (voksne) barn bør tilpasse sine liv til den andres behov (se Figur 1). Vi har beregnet en indeks fra 0 til 4 som indikerer

(den gjennomsnittlige) styrken av oppslutningen om hver av disse to typer familienormer.

Holdningene til velferdsstaten er målt ved om en synes at det burde brukes «mer penger», «som nå», eller «mindre penger» på nærmere angitte tjenester. For denne artikkelens formål ser vi på oppslutningen om tiltak for barn og unge på den ene sida (skoler, barnehager) og tiltak for eldre på den andre (alderspensjon, eldreomsorg).

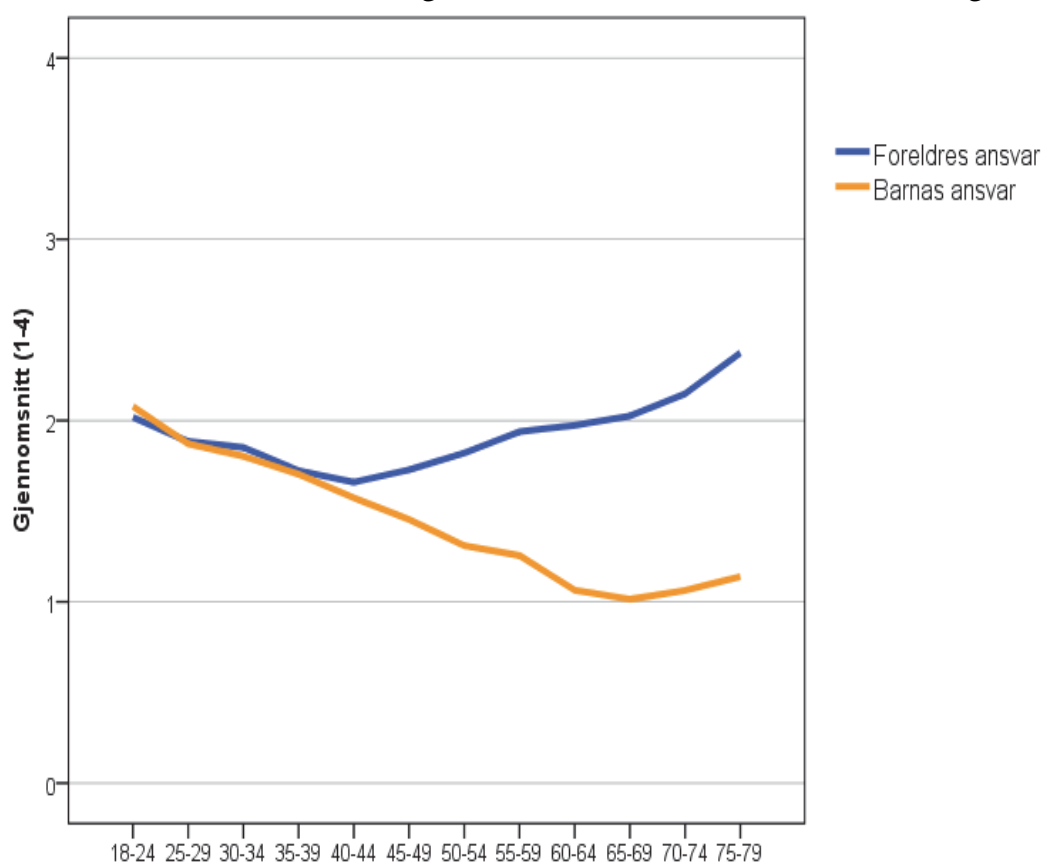
For å vurdere hvorvidt og hvor langt holdningene på begge områdene varierer med alder, trekker vi også inn en rekke andre faktorer som kan tenkes å påvirke disse holdningene. Det dreier seg dels om demografiske faktorer som kjønn, helse, bosted (by–land), utdanning og økonomisk status. Sosial klasse antas å ha betydning for holdninger til velferdsstaten, men mindre for familien. Familieroller som det å ha eller ikke ha egne barn, antas derimot å slå ut for familieholdninger, til dels også for fordelinger i velferdsstaten. Vi trekker også inn noen ideologiske faktorer, først og fremst politisk orientering, som antas å slå ut for holdninger til velferdsstaten, men i mindre grad for holdninger til familien. Til slutt trekker vi også inn noen personlige egenskaper, nærmere bestemt personlighet og verdiorientering, som kan tenkes å påvirke de mer konkrete holdningene som vi her ser på. Formatet for dette kapitlet gir ikke rom for å gå inn på de multivariate analysene i detalj, interesserte lesere finner disse analyser og resultater i de opprinnelige publikasjonene (Daatland m.fl. 2012 a, b). Her begrenser vi oss til en omtale av de viktigste sammenhengene. Hvorvidt og hvor langt solidariteten i familiekretsen påvirker og påvirkes av solidaritet i velferdsstaten kommer vi tilbake til i diskusjonen. Det dreier seg da om mer spekulative betraktninger.

ALTRUISME I FAMILIEN, EGENINTERESSE I VELFERDSSTATEN?

Hvordan holdningene varierer med alderen er illustrert i Figur 1 og 2 nedenfor. Holdningene ser ut til å være noe blandet i begge sammenhenger, men variasjonen med alderen peker i retning av at altruismen står sterkest i familien mens egeninteressen står sterkest vis-a-vis velferdsstaten.

Figur 1 viser at forventningen på barna faller med alderen mens det er motsatt for forventningene på foreldrene, som stiger med alderen (etter 40 år). Begge deler peker i retning av altruisme, ved at eldre er *mindre* tilbøyelige til å

understreke voksne barns ansvar enn yngre («barna») selv er, mens de er *mer* tilbøyelige til å understreke sitt eget ansvar som foreldre. På den andre sida er oppslutningen om familieansvar generelt nokså *lav*, som antyder at denne altruismen har en noe betinget karakter. Den kurvilineære sammenhengen mellom alder og familieholdninger kan gi inntrykk av at det også er en viss egeninteresse i familiekretsen, for blant de aller yngste er det noe høyere forventninger til foreldre, og blant de aller eldste noe høyere forventninger til voksne barn – begge deler er til egen fordel. Alt i alt ser imidlertid altruismen ut til å stå klart sterkere enn egeninteressen i en familiesammenheng.



Barnas ansvar: Grad av enighet om (1) Barna bør tilpasse jobb etter foreldres behov, (2) Barna bør gi økonomisk hjelp til foreldre med økonomiske vansker.

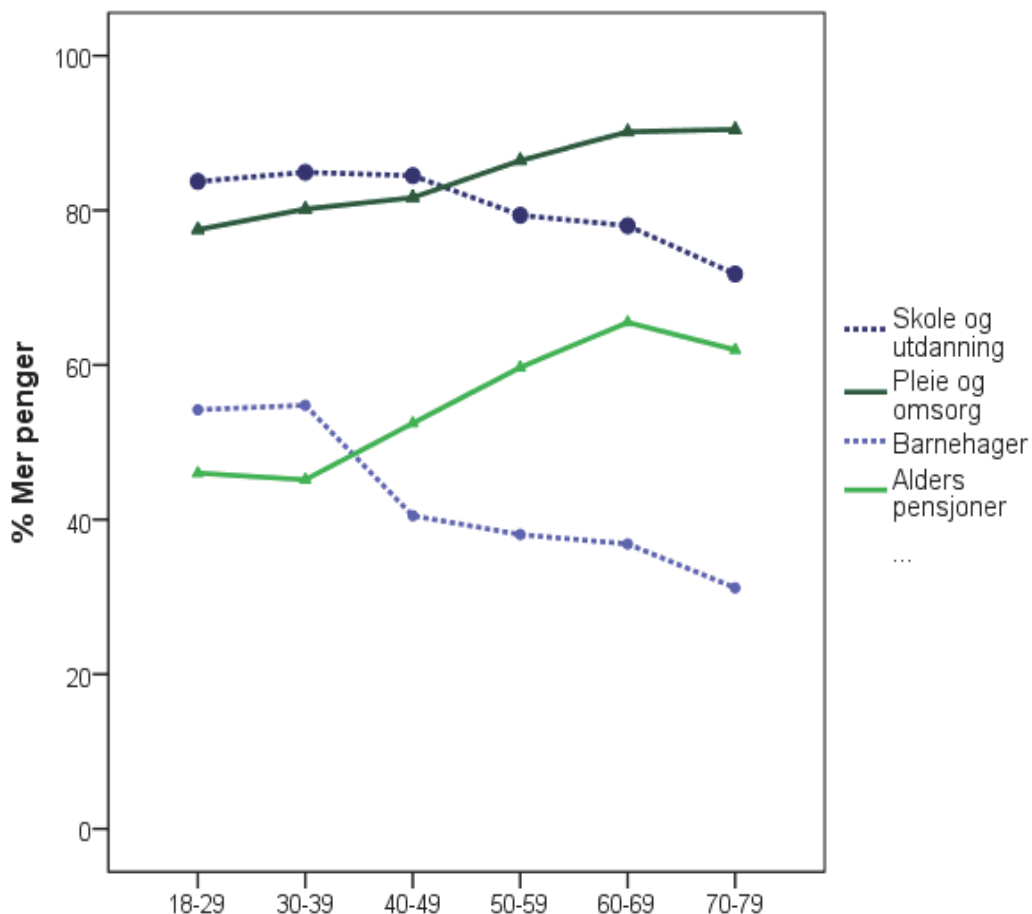
Foreldres ansvar: Grad av enighet om (1) Hvis voksne barn trenger hjelp bør foreldre tilpasse sitt liv for å hjelpe dem, (2) Foreldre bør gi økonomisk hjelp til voksne barn som har økonomiske problemer.

Figur 1. Forventninger til foreldres og barns ansvar etter alder; gjennomsnittskårer (0: helt uenig – 4: helt enig).

Dette mønsteret bekreftes i den multivariate analysen, der nettopp «barn» (personer som har foreldre i live) skårer høyt på voksne barns ansvar og lavt på foreldres ansvar, og omvendt for «foreldre» (personer som har voksne barn),

som altså skårer høyt på foreldres ansvar og lavt på barnas ansvar. Altruismen ligger i at man inntar en posisjon som gir fordeler til den andre generasjonen og byrder til sin egen.

Oppslutningen om velferdsstatens tjenester varierer som ventet med den egne aldersgruppas interesser ved at eldretjenestene har stigende oppslutning med alderen og omvendt for tiltakene for barn og unge (Figur 2). Eldreomsorg har høyeste prioritet blant eldre, skoler har høyeste prioritet blant yngre. Men når oppslutningen om tjenestene er generelt høy på tvers av aldersgruppene, forteller det også om solidaritet – at man slutter opp om den andre aldersgruppas interesser. Den lave oppslutningen om daghjem blant eldre kan være en kohorteffekt – at mange i den eldre generasjonen mener at småbarn har det bedre hjemme. Vi gjør ellers oppmerksom på at datainnsamlingen ble gjennomført før de siste årenes store utbygging av barnehager. Oppslutningen om barnehager kan være større i dag.



Figur 2. Oppslutning om velferdstjenester. Andel som vil gi «mer penger» til fire ulike tjenester. Kilde: LOGG 2007–2008.

Når foreldreansvaret står relativt sterkere enn barnas ansvar (etter fylte 40 år, jf. Figur 1), antyder det en prioritering *nedover* generasjonslinja, som gir en viss støtte til ambivalensteorien og familiekulturmodellen. Det at foreldrenes ansvar står generelt sterkt, og øker fra midt i livet, gir dessuten en viss støtte til den Eriksonske generativitetshypotesen.

VARIASJONER

At holdningen til velferdsstaten varierer med sosio-økonomisk status er som ventet ut fra tidligere forskning, og indikeres ved at oppslutningen om begge typer velferdstjenester faller med stigende økonomi (formue). Det samme gjelder til en viss grad for utdanning. Høyt utdannede støtter i mindre grad opp om velferdsstaten, især om eldretjenestene, men de «beskytter» tiltak for barn.

Familieroller slår som nevnt ut for holdninger til familien, i mindre grad for holdninger til velferdsstaten: Personer som har foreldre i live legger relativt større ansvar på barn (som en selv) og mindre på foreldre. For personer som selv har barn er det motsatt; de legger relativt mindre ansvar på barna og mer på foreldrene (som en selv). Begge tendenser peker i en altruistisk retning. Familieroller betyr ellers lite for holdninger til velferdsstatens eldretjenester, men ytrer seg ved at personer som selv har barn (og i noen tilfeller også barnebarn) støtter sterkere opp om skoler og barnehager enn barnløse. De prioriterer dermed i tråd med egne interesser (og nære andres behov).

Det er en viss støtte for ideen om at negative barndomserfaringer kan slå ut i form av lavere forpliktelse overfor foreldre seinere i livet. Familieholdninger kan også påvirke holdninger til velferdsstaten. Sammenhengen er ikke sterk, men statistisk signifikant, og viser at personer som understreker foreldreansvaret i familien så å si lar dette smitte over på holdningene til velferdsstaten, der de prioriterer barn framfor eldre. Denne fortolkningen får stå som en hypotese, for i en tverrsnittsanalyse som denne kan vi ikke identifisere hva som er årsak og virkning.

Familieholdninger er lite ideologiske i den forstand at de i liten grad varierer med politisk tilhørighet. Unntaket er at personer med en sentrums- eller høyreorientering er mer tilbøyelige til å understreke familiens ansvar, trolig som uttrykk for at de har mer tradisjonelle familieidealer. Politisk tilhørighet slår derimot ut for holdninger til velferdsstaten, og da stort sett i forventet retning. Høyre og sentrum er mindre positive til (å bruke mer penger

på) velferdsstaten enn Arbeiderpartiet og SV. Fremskrittspartivelgere er noe lunkne til velferdsstaten generelt, men de er positive til tjenester for eldre. SVere balanserer i motsatt retning; de prioriterer unge høyt og eldre lavt.

Interessant nok gir både personlighet og verdiorientering et visst utslag for holdninger til så vel familien som til velferdsstaten, men sammenhengene er nokså svake og vanskelige å tolke; her er det behov for ytterligere forskning.

KVINNER FORAN?

Viktigere og mer påfallende er hvordan kjønn slår igjennom for holdninger både i familien og velferdsstaten, men i motsatt retning. Kvinner er mer negative til familieplikter, men mer positive til velferdsstaten enn hva menn er. Den lavere oppslutningen om familieplikter blant kvinner er kanskje motsatt av hva mange ville vente, med tanke på den dominerende posisjonen kvinner har i familien. Like uventet er kanskje at det er unge, urbane, menn med høy utdanning som støtter sterkest opp om familienormene. Det er neppe fordi akkurat denne gruppen er familiens fremste støttespillere. Nøkkelfunnet her er kanskje at kvinner skårer lavt på familienormer og samtidig høyt på oppslutning om velferdsstaten. De kan ha lært av personlig erfaring at familien trenger velferdsstatens støtte. Dersom denne støtten svikter, faller hovedansvaret nettopp på kvinnene.

At kvinner også dominerer i velferdsstaten (formell omsorg), ja enda mer enn de gjør i familiekretsen (uformell omsorg), er en annen side av samme mynt. I kvinnes støtte til velferdsstaten ligger et innslag også av egeninteresse, og en illustrasjon av at familien og velferdsstaten virker sammen snarere enn mot hverandre. Mange har vært bekymret for at der velferdsstatens ansvar kommer inn, går individets og familiens ansvar ut, den såkalte «crowding-out hypotesen». Forskingen konkluderer at «crowding-in» er en mer rimelig beskrivelse, eller enda bedre – at velferdsstaten og familien komplementerer hverandre (Motel Klingebiel m. fl. 2005). Velferdsstaten overtar noen av oppgavene som krever profesjonell og/eller tyngre pleie, familien tar relativt større ansvar for lettere hjelp, sosial og emosjonell støtte. Familien fungerer også som en vaktentral i akutte situasjoner. Man skal ikke se bort fra at en slik arbeidsdeling kan være gunstig for de sosiale relasjonene generasjonene imellom, som ellers lett kunne overbelastes.

SOLIDARITET PÅ NY

Resultatene reiser også spørsmål ved hva vi i bunn og grunn skal forstå med «solidaritet». Solidaritetsbegrepet defineres gjerne som en kollektiv bevissthet som setter «andre» eller «hverandre» foran seg selv. Dersom denne typen andreorientering er påtvunget, eller et resultat av tvingende nødvendighet, er det vanskelig å se den som uttrykk for solidaritet i den forstand vi her tenker på. Da er andre begreper mer nærliggende, så som plikt eller tvang, og det er kanskje nettopp denne tvangen som norske kvinner reagerer imot når de reserverer seg mot den typen familienormer som vi har studert her. Man bør dermed ikke tolke kvinnenenes lave oppslutning om disse familienormene som uttrykk for lav omtanke for familien, snarere tvert imot. Men når både sterk og svak oppslutning om familienormer kan bety både sterk og svak grad av familiesolidaritet, har vi et forklaringsproblem, som innbyr til en klargjøring av solidaritetsbegrepet: Hva skal vi forstå med solidaritet og mer spesifikt – hva skal vi forstå med familiesolidaritet og solidaritet mellom generasjoner i videre forstand?

REFERANSER

- Bay, A-H. (1998). *Opinionen og eldrepolitikken*. Oslo: NOVA, rapport 24-1998.
- 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.
- Connidis, I.A. & McMullin, J.A. (2002) Sociological ambivalence and family ties: A critical perspective, *Journal of Marriage and Family*, 64:558–567.
- Daatland, S.O. (1990) What are families for? On family solidarity and preferences for help, *Ageing & Society*, 10:1–15.
- Daatland, S.O., Herlofson, K. & Lima, I.A. (2011) Balancing generations: on the strength and character of family norms in the west and east of Europe, *Ageing & Society*, 31(7):1159–1179.
- Daatland, S.O., Veenstra, M. & Herlofson, K. (2012a), Age and intergenerational attitudes in the family and the welfare state. *Advances in Life Course Research*, 17, 3, 133–144.
- Daatland, S.O., Veenstra, M. & Herlofson, K. (2012b), Egeninteresse eller altruisme? Alder og holdninger til familien og velferdsstaten. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 15, 3, 151–167.

- Esping-Andersen, G. (1997). 'Welfare states at the end of the century. the impact of labour market, family and demographic change', in: *Family, market and community. Equity and efficiency in social policy* (pp. 63–80). Paris: OECD, Social policy studies no. 21.
- Erikson, E.H. (1968) Generativity and ego integrity, in B.L. Neugarten (red.) *Middle age and aging. A reader in social psychology*, Chicago: The University of Chicago Press, 85–87.
- Lüscher, K. & Pillemer, K. (1998) Intergenerational ambivalence: A new approach to the study of parent-child relations in later life, *Journal of Marriage and the Family*, 60:413–425.
- Lynch, J. (2006) *Age in the welfare state. The origins of social spending on pensioners, workers, and children*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Marcum, C.S. & Treas, J. (2012). The intergenerational social contract revisited: Cross-national perspectives», i M. Silverstein og R. Giarrusso (red.), *From generation to generation: Continuity and discontinuity in aging families*. Oxford: Oxford University Press.
- Marshall, V.W., Cook, F.L. & Marshall, J.G. (1993). Conflict over intergenerational equity: Rhetoric and reality in a comparative context, in V.L. Bengtson & W.A. Achenbaum (eds.), *The changing contract across generations* (pp. 119–140). New York: Aldine de Gruyter.
- Motel-Klingebiel A., Tesch-Römer, C. & von Kondratowitz, H-J. (2005). Welfare states do not crowd out the family: evidence for mixed responsibility from comparative analyses. *Ageing and Society*, 25, 863–882.
- Reher, D.S. (1998) Family ties in Western Europe: persistent contrasts, *Population and Development Review*, 24(2):203–34.
- Svallfors, S. (2008) The generational contract in Sweden: age-specific attitudes to age-related policies, *Policy & Politics*, 36:381–396.
- Taylor-Goobie, P. (1995). Who wants the welfare state? Support for state welfare in European countries, i S. Svallfors (red.), *In the eye of the beholder. Opinions on welfare and justice in comparative perspective* (s 11–51). Umeå: Impello Säljstøtt.
- van Oorschot, W. (2000) Who should get what and why? On deservingness criteria and the conditionality of solidarity among the public, *Policy & Politics*, 28:33–48.

KAPITTEL 22

Hvor belastende er det å gi omsorg til nære pårørende?¹

Thomas Hansen og Britt Slagsvold

Å gi omfattende omsorg til voksne familiemedlemmer kan være en byrde og en psykisk belastning, men kan også ha positive sider. Resultatene viser at å gi pleie til foreldre som man bor sammen med er forbundet med lavere livskvalitet for kvinner; ikke så for pleie til foreldre man ikke bor sammen med. Menns livskvalitet påvirkes ikke av om de er pleiere eller ikke, uansett hvor hjelpen gis. Å pleie en partner virker negativt inn på trivsel både for menn og kvinner. Når pleie i eget hushold ser ut til å være særlig belastende, kan det ha sammenheng med at omsorgsansvaret da er tyngre, og at man føler seg mer alene om det.

Innsats fra voksne barn og ektefeller er avgjørende i omsorgen for eldre i dagens Norge. Man anslår at familien står for om lag halvparten av den omsorgen eldre mottar (Rønning, Schanke, & Johansen, 2009; Veenstra & Daatland, 2012). Det er hovedsakelig praktisk hjelp familien bidrar med, mens pleieoppgaver (påkledning, spising, vask, etc.) stort sett utføres av de kommunale omsorgstjenestene. Med flere eldre og færre yngre som kan rekrutteres til omsorgsyrker i årene som kommer, kan det bli behov for at flere pårørende enn i dag bistår med personlig pleie. Det offentlige ønsker derfor å fremme mer familieomsorg, og virkemidler som fleksible arbeidstidsordninger og økt bruk av omsorgslønn har vært drøftet (Gautun, 2002).

¹ Dette kapitlet bygger hovedsakelig på følgende tidligere publiserte artikler: "The psychological effects of providing personal care to a partner: A multidimensional perspective", publisert i *Health Psychology Research* (Hansen & Slagsvold, 2013), og "The strains and gains of caregiving: An examination of the effects of providing personal care to a parent on a range of psychological outcomes", publisert i *Social Indicators Research* (Hansen, Slagsvold, & Ingebretsen, 2012a).

Å øke innsatsen fra familien kan imidlertid ha uheldige konsekvenser. En bekymring gjelder likestilling og konsekvenser for kvinners omsorgsbyrde og yrkesdeltakelse. En annen bekymring gjelder psykiske belastninger ved å gi omfattende hjelp til eldre familiemedlemmer. Det er de mulige psykiske belastningene vi ser på i denne artikkelen.

NEGATIVE OG POSITIVE SIDER

Å gi omfattende omsorg til voksne familiemedlemmer kan være en byrde, og oftest er det slik det omtales. Omsorgsarbeidet kan i seg selv være krevende og belastende, både fysisk og mentalt, spesielt om den man gir omsorg til er sterkt hjelpetrengende. I tillegg kan det å gi omsorg innebære begrensninger og forsakelser både personlig, sosialt og i forhold til arbeidslivet. Ofte er fremtiden dessuten usikker, fordi fremtidige omsorgsbehov og mulighetene for hjelp fra omsorgstjenestene er uavklarte. Å gi omsorg kan imidlertid også ha *positive* sider. Det å gi hjelp kan tenkes å gi større nærhet til omsorgsmottaker, og det kan være tilfredsstillende å være til nytte for andre og å føle at man gjør en innsats eller gjør «sin plikt». Slike positive aspekter kan igjen styrke omsorgsgivers mestringsfølelse, selvaktelse og opplevelse av mening.

Mens psykiske belastninger ved å gi omsorg er viet relativt stor oppmerksomhet i internasjonal forskning, er det i liten grad studert i Norge på større utvalg. Man kan ikke uten videre generalisere fra internasjonale studier til norske forhold, fordi omfanget av offentlige omsorgstjenester varierer mye fra land til land. I Norge er offentlige omsorgstjenester mer omfattende og avlaster dermed familiene i langt større grad enn i de fleste andre land (Daatland, 2001). Den utenlandske litteraturen har dessuten fokusert særlig på kvinner. Fordi endrede kjønnsroller og forventet økt levetid spesielt blant menn gjør at flere menn forventes å bli omsorgsgivere i fremtiden (Keilman & Christiansen, 2010), kan det være spesielt interessant å se nærmere på konsekvenser av å gi omsorg for menn.

Med omsorgsgiving menes her å gi jevnlig personlig pleie til ektefelle/samboer eller foreldre (inkl. svigerforeldre). Vi fokuserer altså på tyngre omsorgsoppgaver, og ikke praktisk hjelp. Livskvalitet er definert her som en opplevelse av å ha det godt, både slik man føler det og slik man vurderer det. Livskvalitet er et bredt fenomen og det kan tenkes at det å yte omsorg kan

virke inn på noen sider av livskvalitet men ikke på andre, eller virke positivt inn på noen og negativt på andre. Dessuten er de som gir omsorg og de som mottar det uensartede grupper, og virkningene av å gi omsorg kan variere avhengig av personlige faktorer og situasjonen omsorg gis i.

I dette kapitlet ser vi på det å gi jevnlig personlig pleie til partner eller foreldre og spør:

- (i) Er det en sammenheng mellom å gi pleie og livskvalitet, og påvirker det å gi pleie noen sider ved livskvaliteten mer enn andre?
- (ii) Er det særlig belastende å gi pleie i eget hushold?
- (iii) Er sammenhengene forskjellige for menn og kvinner, og eldre og yngre?
- (iv) Er det ekstra belastende å gi omsorg hvis man også er i jobb?
- (v) Spiller utdanningsnivå en rolle for opplevd belastning ved å gi pleie?

Analysene benytter LOGG tverrsnittsdata og NorLAG paneldata.

DATA OG METODE

Omsorgsgivere er de som har svart bekreftende på minst ett av de to spørsmålene: «Har du i løpet av det siste året gitt jevnlig hjelp til personlig pleie til noen du (ikke) bor sammen med, slik som å spise, stå opp, påkledning, eller gå på toalettet?» Man ble etterpå spurt «Hvem har du hjulpet?».

Tilfredshet med livet er målt ved Satisfaction with Life Scale (Pavot & Diener 2008) som består av fem påstander:– «På de fleste måter er livet mitt nær det ideelle», «Mine livsforhold er utmerkede», «Så langt har jeg fått det viktigste jeg har ønsket meg i livet», «Jeg er tilfreds med livet mitt», «Hvis jeg kunne leve livet om igjen, ville jeg ikke forandre på nesten noen ting». Det gis fem svaralternativer «Svært enig», «Nokså enig», «Verken enig eller uenig», «Nokså uenig» og «Svært uenig». Målet på *tilfredshet med parforholdet* er en skala basert på 5 ledd som spør om i hvilken grad man er fornøyd med parforholdet, ser likt på viktige ting, har konflikter, får kritikk og får forståelse fra partneren.

Positiv og negativ affekt er målt ved Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) (Watson, Clark, & Tellegen, 1988), som spør i hvilken grad (fra 1 til 5) man har hatt seks ulike positive følelser (oppglødd, begeistret, årvåken,

inspirert, målbevisst, interessert) og negative følelser (bekymret, oppskaket, skremt, irritert, nervøs, redd) de siste 2 ukene.

Depresjon måles ved 20-ledds Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) (Radloff, 1977). *Ensomhet* måles ved 8-ledds Loneliness scale (de Jong-Gierveld & van Tilburg, 1999).

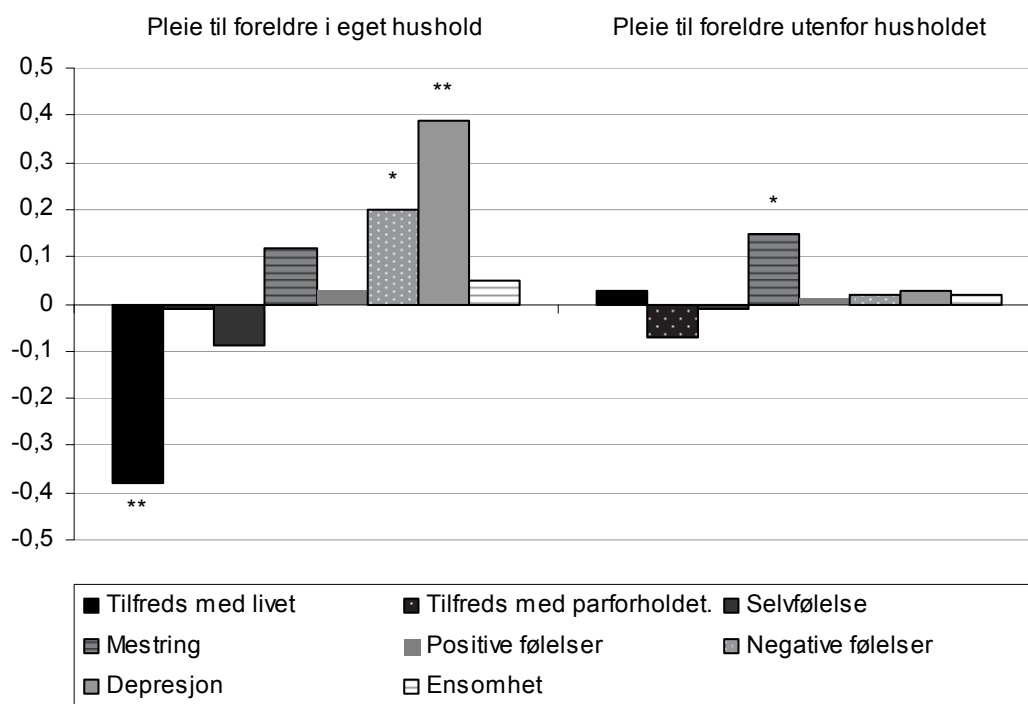
Selvaktelse er en vurdering av egenverd, selvrespekt og selvtillit, og måles ved den 10-ledds Rosenberg's Self-Esteem Scale (1965). *Mestring* referer til i hvilken grad man føler man har innflytelse på eget liv, og måles ved den 7-ledds Pearlin & Schooler's Mastery Scale (1978).

ER DET BELASTENDE Å PLEIE FORELDRE?

I hele LOGG utvalget gir 370 personer pleie til foreldre. Dette utgjør 5 prosent av de som har en forelder i live, men ser vi på personer med en pleietrengende forelder, gir i alt 24,9 prosent av menn og 40,6 prosent av kvinner jevnlig pleie til foreldre: 18,9 prosent av menn og 32,9 prosent av kvinner pleier foreldre de *ikke* bor med, og 6,0 prosent av menn og 7,6 prosent av kvinner gir slik hjelp til foreldre de *bor* med.² Det er altså langt flere kvinner enn menn som pleier foreldre, og det er små forskjeller i andelene som gir slik omsorg etter alder, utdanning og yrkesstatus. Døtre og sønners innsats utgjør, også når det gjelder pleie, et betydelig supplement til og avlastning for andre omsorgsgivere. De fleste som har barn har dessuten mer enn ett. Sett fra gamle foreldres side, betyr det at når hver fjerde sønn og mer enn hver tredje datter gir hjelp med pleie, så er det sannsynligvis flere eldre enn dette som mottar pleie fra sine barn når de er pleietrengende.

Det er bare blant kvinner, og først og fremst blant kvinner som bor sammen med foreldre, vi finner en sammenheng mellom det å gi pleie til foreldre og livskvalitet. Blant menn er det ingen slike sammenhenger. Sammenhengene blant kvinner er vist i figur 1. De multivariate analysene kan leses i Hansen, Slagsvold og Ingebretsen (2012a). Merk at vi her sammenligner de som gir pleie med de som ikke gir pleie, men som har en forelder med et pleiebehov.

² Under halvparten av de som hjelper foreldre i eget hushold, bor i følge registerdata sammen med foreldre. Flesteparten bor imidlertid nær sine foreldre. Trolig deler de hushold bare til tider, eller den jevnlig hjelpen gis i forbindelse med lengre besøk.



+ $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$. Multippel regresjon med kontroll for alder, utdanning, barn og partner. LOGG. Referansegruppe: har foreldre med pleiebehov, men gir ikke pleie.

Figur 1: Sammenhenger mellom å gi pleie til foreldre og livskvalitet blant kvinner.

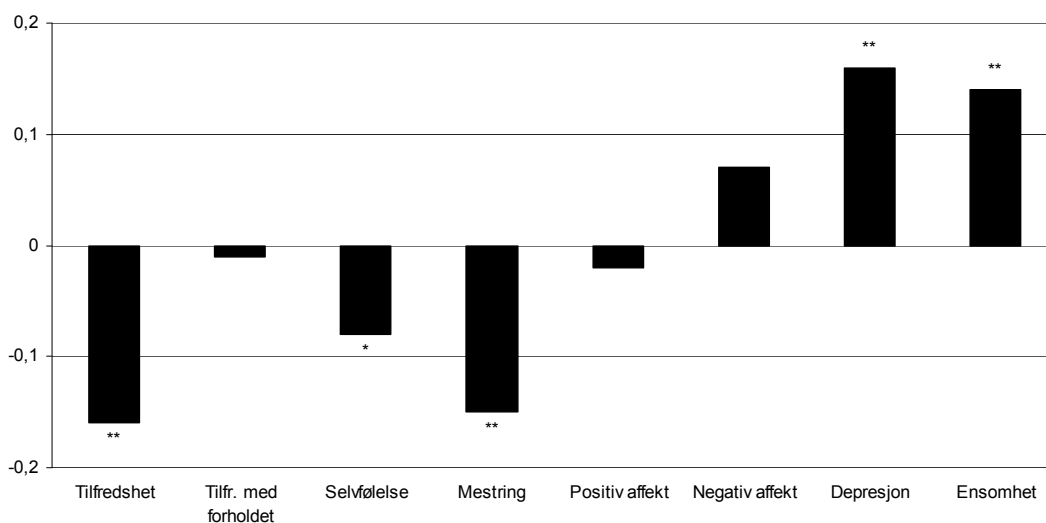
Å gi pleie til foreldre man bor med er veldig uvanlig i Norge, men for de kvinner det gjelder, er slik omsorg forbundet med lavere tilfredshet og mer negative følelser og depressive symptomer, men har ingen sammenheng med kvinners tilfredshet med parforholdet, selvfølelse, positive følelser eller ensomhet. Å gi pleie til foreldre man *ikke* bor med, har en svak sammenheng med økt mestringsfølelse, men så å si ingen sammenheng med de øvrige målene på livskvalitet.

Vi finner at sammenhengene mellom å pleie foreldre og livskvalitet ikke varierer med alder. Vi finner heller ikke tegn til at det å være *yrkesaktiv* reduserer eller forsterker konsekvensene av å gi slik omsorg. Det å ha en *partner* synes imidlertid å beskytte noe mot belastningene blant kvinner som gir pleie til foreldre de bor med. En partner vil rimeligvis være en viktig kilde til støtte blant de som opplever stress i rollen som omsorgsgiver. Videre spiller *utdanning* en viss rolle, men bare blant kvinner. Kvinner med *lavere* utdanning synes å være mest belastet av å gi pleie, uavhengig om man bor med foreldrene eller ikke. Dette gjelder for de fleste sider ved livskvalitet vi har målt. Det kan være flere grunner til at kvinner med høyere utdanning synes å håndtere stresset ved omsorgen bedre. En grunn kan være at de stiller større krav til de offentlige

tjenestene, en annen grunn kan være at de gir mindre omfattende pleie enn de med lavere utdanning, selv om den er «jevnlig». Høyt utdannede kan også ha flere alternative roller. Morgendagens omsorgsgivere, spesielt kvinner, vil ha høyere utdanning enn dagens. Kanskje vil det å gi pleie få mindre konsekvenser for livskvalitet blant morgendagens kvinnelige omsorgsgivere.

ER DET BELASTENDE Å PLEIE EN PARTNER?

Blant gifte/samboende i alderen 40–84 år i LOGG, gir 2,4 prosent av menn og 2,5 prosent av kvinner (til sammen 166 personer) jevnlig hjelp med pleie til en partner. At vi finner at flere menn enn kvinner hjelper partner er overraskende og kan skyldes tilfeldigheter i utvalget. Kanskje kan det også skyldes at menn, når de blir spurt, har en lavere terskel for å regne disse aktivitetene (å hjelpe med mating, påkledning, etc.) som «pleie». I panelutvalget er det rimeligvis antallsmessig langt færre omsorgsgivere, men *andelene* omsorgsgivere er nokså lik som i LOGG-utvalget.³



+ $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$. Multippel regresjon med kontroll for kjønn, alder, utdanning og barn. LOGG data. Referansegruppe: gifte/samboende personer som ikke gir pleie til partner.

Figur 2: Sammenhenger mellom å gi pleie til partner og livskvalitet

³ I panelutvalget gir 3,1 prosent av menn og 2,6 prosent av kvinner jevnlig pleie til en partner. I panelutvalget, av de med foreldre i live, gir 5,0 prosent av menn og 9,9 prosent av kvinner jevnlig hjelp med pleie til en forelder de ikke bor med, mens 1,6 prosent av menn og 1,8 prosent av kvinner gir pleie til en forelder de bor med.

Figur 2 viser sammenhenger mellom å gi pleie til partner og livskvalitet. Vi har her slått sammen menn og kvinner, fordi vi ikke finner særlige kjønnsforskjeller i disse sammenhengene.

Å gi pleie til en hjelpetrengende partner er stort sett forbundet med negative konsekvenser for livskvalitet både for menn og kvinner (figur 2). Å gi pleie til partner er klarest forbundet med redusert tilfredshet, selvfølelse og mestring, og høyere grad av depressive symptomer og ensomhet. De tydeligste virkningene av å gi slik omsorg er økt depresjon og ensomhet, og disse sammenhengene er noe sterkere blant kvinner.

Samtidig er det å gi pleie til partner ikke forbundet med redusert fornøydhet med forholdet. At omsorgen ikke reduserer fornøydheten med forholdet i særlig grad kan handle om at slik omsorg har positive sider som oppveier de negative. Til tross for byrde og belastning, kan omsorgen styrke forholdet ved større nærhet, og det kan være tilfredsstillende—og gi anerkjennelse i nettverket – å gjøre en innsats eller «sin plikt» overfor en livsledsager, som tross alt har omfattende behov for hjelp og derfor er i en mye verre situasjon enn en selv.

Er det omsorgen i seg selv eller det at partner er alvorlig syk som reduserer omsorgsgivers livskvalitet? Vi har også sett på om effektene i figur 2 skiller seg fra de vi finner av å ha en partner som ikke trenger pleie, men som har en alvorlig helsebegrensning (partner har et kronisk helseproblem eller sykdom *og* er begrenset i daglige aktiviteter på grunn av helsen) (se Hansen & Slagsvold, 2013). Vi finner at blant menn så har det å gi pleie klare negative virkninger utover det at partneren har et helseproblem. Menn synes altså å få lav livskvalitet når partners helseproblem blir så alvorlig at de trenger hjelp med pleie. Blant kvinner, derimot, er effekter av å gi pleie nesten identiske med de av å ha en partner med et helseproblem. Kvinner synes å bli belastet når partneren får helseproblemer, men ikke ytterligere belastet når partneren får et pleiebehov. Vi kan bare spekulere om årsakene til disse kjønnsforskjellene. En forklaring kan handle om kjønnsroller og at, i eldre generasjoner spesielt, så forventes mannen å være den «sterke» som tar hand om familien. Slik sett kan *hans* helseproblemer true eller forstyrre etablerte eller tradisjonelle kjønnsroller mer enn *hennes* helseproblemer. Andre studier har vist at en partners uførhet eller helseproblemer har større negative psykiske virkninger på kvinner enn menn

(Braakman, 2012). At menn påvirkes særlig når partneren får et pleiebehov, kan også handle om at menn, i alle fall i eldre generasjoner, har lite omsorgserfaring.

Sammenhengene mellom å gi pleie til partner og livskvalitet varierer lite med alder, utdanning og yrkestilknytning. Det er med andre ord ingen av disse kjennetegnene som øker eller demper omsorgstress. Imidlertid opplever omsorgsgivere mer stress og lavere velvære dersom også de selv har dårlig helse.

HAR OMSORGSIVERE FÅTT DÅRLIGERE LIVSKVALITET OVER EN FEMÅRSPERIODE?

Sammenhenger mellom å gi personlig pleie og livskvalitet i tverrsnittsdata (på ett tidspunkt) kan skyldes at denne form for omsorg påvirker livskvalitet, men det kan også være at omsorgsgivere er et selektert utvalg – at de som gir og ikke gir personlig pleie i utgangspunktet er forskjellige på måter vi ikke fanger opp. Med NorLAG paneldata kan vi se nærmere på hvordan omsorgsgiveres livskvalitet *endres* over tid sammenlignet med blant dem som ikke gir omsorg. Her har vi utelatt de som pleier foreldre de bor med, fordi de er så få.

Når vi studerer endring i livskvalitet over en femårsperiode fra 2002/03 til 2007/08, bekreftes mønstrene fra tverrsnittsanalysene. De som pleier en *partner* har opplevd en (sterkere) reduksjon i livskvalitet i denne perioden sammenlignet med de som ikke gir slik omsorg. Panelanalysene viser at blant kvinner er det å gi pleie til *foreldre* man ikke bor med forbundet med noe økt mestringsfølelse og noe mer depressive symptomer over en femårsperiode. Vi finner ingen klar endring i de øvrige livskvalitetsmålene etter om man gir slik omsorg.

BELASTENDE Å BO MED EN PLEIETRENGENDE

Oppsummert viser resultatene at blant kvinner så er det å gi pleie til *foreldre i eget hushold* forbundet med lavere livskvalitet (målt ved tilfredshet, negativ affekt og depresjon), men dette gjelder mest for kvinner med lav–middels utdanning. Når det gjelder kvinner som gir pleie til *foreldre utenfor husholdet*, er hovedtendensen at disse har samme livskvalitet som andre kvinner (med hjelpetrengende foreldre), med unntak av omsorgsgivere med lav–middels utdannelse, som rapporterer noe mer depressive symptomer. Blant menn påvirkes ikke livskvaliteten av om de pleier foreldre (uansett hvor hjelpen gis). Å pleie en *partner* har nokså klare negative sammenhenger med livskvalitet blant både menn og kvinner.

Å gi pleie synes altså primært å redusere velvære dersom hjelpen gis i eget hushold. Kanskje fordi omsorgen er tyngre og mer omfattende. Det er likevel uklart i hvilken grad livskvaliteten påvirkes av å gi pleie eller av å bo sammen med en pleietrengende. Dybdeintervjuer viser at sykdom og bekymringer for pasienten oppleves som mer krevende enn omsorgsoppgavene (Gautun, Werner og Luras 2011). Også ved demens kan de psykiske belastninger og bekymringer for fremtiden være større enn belastninger knyttet til selve pleien (Ingebretsen og Solem 2002).

Hvor sterke er sammenhengene vi har funnet i vår studie? En kan få et inntrykk ved å sammenligne resultatene med sammenhenger mellom helse og livskvalitet, som er grundig dokumentert i litteraturen (Diener & Biswas-Diener, 2008). Effekten av å gi pleie til partner eller foreldre i husholdet er, på alle mål på livskvalitet, sterkere enn effekten av et standardavvik endring i helse (for nærmere detaljer, se Hansen & Slagsvold, 2013; Hansen et al., 2012a; Hansen, Slagsvold, & Ingebretsen, 2012b). Slik sett må vi si at sammenhengen mellom å gi pleie i husholdet og livskvalitet er betydelig.

Det er imidlertid også tegn til positive virkninger av å gi omsorg. Å gi pleie til foreldre synes å virke gunstig inn på ens opplevelse av kontroll og mestring av eget liv. Dette bekrefter tidligere funn som viser at å gi omsorg også kan gi psykiske gevinster til tross for, eller kanskje nettopp på grunn av, belastning og forsakelse. At begge sett av analyser finner sammenhenger mellom å gi pleie og høy eller økt *mestringsfølelse* bekrefter at det kan være positive sider ved å gi omsorg, et tema som har vært mye diskutert men lite empirisk belyst. Selv om sammenhengen vi finner i panelutvalget er svak, peker den i retning av at det kan være en årsakssammenheng mellom å gi pleie til foreldre og å oppleve mestring, og ikke bare slik at personer med høy mestring tenderer å ta på seg et større omsorgsansvar. De fleste med skrøpelige foreldre vil trolig ønske å hjelpe i denne siste perioden av foreldrenes liv. For mange er det umulig, for andre vanskelig å få til. For dem som gjør det i så vidt stort omfang at de gir jevnlig pleie, kan det bidra positivt til livskvalitet, ikke nødvendigvis via gleder og trivsel, men gjennom å føle at man mestrer oppgavene og kanskje handler i tråd med ønsker og verdier. I et slikt perspektiv er det også mulig at det å hjelpe gamle foreldre, eller å vite at man har hjulpet dem, kan bidra til økt livskvalitet på sikt.

AVSLUTNING

Innsikt i de psykologiske konsekvensene av å yte omsorg er viktig å ta i betraktning i sosialpolitiske tiltak knyttet til eldreomsorg i tiden fremover. At tyngre omsorgsansvar for personer man bor med har såpass klare negative virkninger på livskvaliteten, tyder på at omsorgstjenestene i særlig grad bør være på tilbudssiden for de relativt få dette gjelder, og tilby støtte og avlastning. I så måte er det positivt at Helse- og omsorgsdepartementet (2013) i stortingsmeldingen «Morgendagens omsorg» legger opp til et pårørendeprogram som skal bedre samspillet mellom den offentlige og uformelle omsorgen og gjøre det enklere å kombinere yrkesaktivitet med omsorg, blant annet gjennom fleksible avlastningsordninger.

Når det gjelder den vanligste formen for hjelp med personlig pleie til foreldre, nemlig å hjelpe foreldre når man bor i hver sine husholdninger, synes dette å ha få emosjonelle konsekvenser for den som gir omsorg. Dette tyder på at dagens omsorgssystem, hvor det offentlige er hovedaktør og familien spiller en kompletterende rolle, generelt er gunstig for selvbilde, trivsel og velvære blant omsorgsgivere. Selv om dagens omfang av pleie som gis til gamle foreldre, så sant man ikke bor samme med den man hjelper, ikke synes å gi stor grunn til bekymring for at det gir svekket livskvalitet blant dem som yter denne omsorgen, så kan press på pårørende om å gi *mer* pleie enn i dag gi negative konsekvenser. At de som gir pleie til egne foreldre ikke har dårligere psykisk helse eller lavere livskvalitet enn de som ikke gir slik hjelp, kan med andre ord ikke uten videre tolkes i retning av at det er uten problemer å øke uformell omsorg for å løse morgendagens problemer. Vi har her sett på de som gir pleie, og ikke de som mottar. Flertallet foretrekker hjelp fra omsorgstjenestene fremfor fra familien (Daatland, Veenstra, & Lima, 2009).

Å motta hjelp med intime pleie fra egne barn kan forstyrre etablerte relasjoner, og gjøre det vanskelig for mottakerne å opprettholde følelsen av selvstendighet, og av å ha en viss verdighet og autoritet. På 1960-tallet lanserte Rosenmayr og Köckeis (1963) begrepet «intimitet på avstand». Begrepet refererte til ønsker om en viss fysisk avstand mellom voksne barn og foreldre. I senere forskning har man med begrepet «intimitet på avstand» ofte vist til generasjonenes behov for å opprettholde selvstendighet også når det gjelder utveksling av pleie og mer krevende omsorgsoppgaver, samtidig med at

samhold og nærhet er tett og nært mellom generasjonene. Med dagens forventninger til offentlig hjelp og normer om selvstendighet kan det være at «intimitet på avstand» er blitt et viktig aspekt ved livskvalitet også i livets siste år, å slippe å motta pleie fra egne barn. Det er oftest lettere å gi enn å få. Selv om barns livskvalitet ikke reduseres betydelig ved å gi jevnlig pleie, kan det gå ut over eldres livskvalitet. Det har vi ikke sett på i denne artikkelen. Nok et poeng å merke seg er at omsorgsbelastninger er størst for personer som selv har skrantende helse. Funnene understreker behovet for å gi ekstra støtte til omsorgsgivere med egne helseproblem. Et siste poeng gjelder likestilling og konsekvenser for kvinners omsorgsbyrde og yrkesdeltakelse. Norske studier viser at å gi uformell omsorg er forbundet med økt sykefravær (Fevang, Kverndokk, & Røed, 2009; Ugreninov, 2012) og redusert yrkesdeltakelse (Kotsadam, 2011) og inntekt (Fevang et al., 2009), men primært eller kun blant kvinner. Så selv om det å gi personlig pleie ikke nødvendigvis går ut over velvære, så kan det underminere samfunnsmessige mål som likestilling mellom kjønnene hjemme og i arbeidslivet.

REFERANSER

- Braakman, N. (2012). The consequences of own and spousal disability on labor market outcomes and subjective well-being: Evidence from Germany. *Review of Economics of the Household (in press)*.
- de Jong-Gierveld, J., & van Tilburg, T. (1999). *Manual of the loneliness scale*. Amsterdam: Vrije Universiteit, Department of Social Research Methodology.
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2008). *Happiness: Unlocking the mysteries of psychological wealth*. Malden: Blackwell Publishing.
- Daatland, S. O. (2001). Ageing, families and welfare systems: Comparative perspectives. *Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie*, 34(1), 16–20.
- Daatland, S. O., Veenstra, M., & Lima, I. (2009). *Helse, familie og omsorg over livsløpet*. Oslo: NOVA.
- Fevang, E., Kverndokk, S., & Røed, K. (2009). Omsorg for foreldre: Hvordan påvirkes yrkesaktiviteten? *Søkelys på arbeidslivet*, 1, 113–123.
- Gautun, H. (2002). *Når fleksibilitet fremmer fellesskap. Nye arbeidstidsordninger innen pleie- og omsorg*. Fafo-rapport 399.

- Hansen, T., & Slagsvold, B. (2013). The psychological effects of providing personal care to a partner: A multidimensional perspective. *Health Psychology Research, 1*(2), 126-134.
- Hansen, T., Slagsvold, B., & Ingebretsen, R. (2012a). The strains and gains of caregiving: An examination of the effects of providing personal care to a parent on a range of psychological outcomes *Social Indicators Research (online first)*.
- Hansen, T., Slagsvold, B., & Ingebretsen, R. (2012b). Å gi personlig pleie til foreldre: Går det ut over psykisk velvære? *Tidsskrift for velferdsforskning, 15*(3), 176–192.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg*. [Oslo]: Departementenes servicesenter.
- Keilman, N., & Christiansen, S. (2010). Norwegian Elderly Less Likely to Live Alone in the Future. *European Journal of Population-Revue Européenne De Démographie, 26*(1), 47–72.
- Kotsadam, A. (2011). Does Informal Eldercare Impede Women's Employment? The Case of European Welfare States. *Feminist Economics, 17*(2), 121–144.
- Pearlin, L., & 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 Measurements, 1*, 385–401.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: University Press.
- Rosenmayr, L., & Köckeis, E. (1963). Propositions for a sociological theory of ageing and the family. *International Social Science Journal, 15*(3), 410–426.
- Rønning, R., Schanke, T., & Johansen, V. (2009). *Frivillighetens muligheter i eldreomsorg*. Lillehammer: Østlandsforskning.
- Ugreninov, E. (2012). Fører kombinasjonen av yrkesaktivitet og omsorg for hjelpetrequende foreldre til høyt sykefravær? *Tidsskrift for velferdsforskning*.
- Veenstra, M., & Daatland, S. O. (2012). *Berekraftig omsorg? : familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- 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*, 1063–1070.

DEL VII

Herre i sitt liv – om alder og livskvalitet

KAPITTEL 23:

Å være herre i sitt liv – svekkes følelsen av kontroll i andre halvdel av livet?

Britt Slagsvold og Annemette Sørensen

KAPITTEL 24:

Barn og barnebarn – en «aldersforsikring» mot depresjon og ensomhet?

Thomas Hansen og Britt Slagsvold

KAPITTEL 25:

Svekkes livskvaliteten med alderen?

Thomas Hansen og Britt Slagsvold

KAPITTEL 23

Å være herre i sitt liv – svekkes følelsen av kontroll i andre halvdel av livet?¹

Britt Slagsvold og Annemette Sørensen

Å tro at man kan ha innflytelse på omgivelsene er en psykologisk ressurs som virker inn på både kropp og sinn. Tverrsnittstudier tyder på at opplevelsen av kontroll synker fra omtrent 50-årsalder, men våre longitudinelle analyser viser at forskjellene i kontrollfølelse frem til 75-årsalder først og fremst skyldes kohortforskjeller og ikke aldring. Yngre fødselskull har en sterkere følelse av kontroll i utgangspunktet, og denne forskjellen vedvarer over tid. Blant de eldste finner vi imidlertid en betydelig reduksjon i følelse av kontroll, som trolig er en aldringseffekt. Det er nærliggende å se redusert kontroll i siste fase av livet som et uttrykk for realisme, kanskje også visdom. Aldersreduksjon i kontroll starter omtrent 15 år senere enn man finner i amerikanske studier. I den grad den observerte forskjellen er robust, og an bekreftes, gjenspeiler den at aldersendringer i kontroll også er følsom for samfunnsskapt muligheter og begrensninger for en trygg og aktiv alderdom.

I hvilken grad folk opplever å ha kontroll i sitt liv har en klar sammenheng med deres livskvalitet og helse i vid forstand. Det gjelder ikke bare i yngre år, men også i alderdommen (Heckhausen og Schulz, 2008). Dermed kan man se det å oppleve kontroll, eller å anta at man har det, som et sentralt aspekt ved folks ”psykologiske kapital». Men i hvilken grad endres opplevelsen av kontroll med økende alder? Det er temaet for dette kapitlet

Opplevelsen av kontroll er langt på vei lært gjennom livet og kan med andre ord endres gjennom nye erfaringer eller endrede fremtidsutsikter.

¹ Dette kapitlet er en forkortet og popularisert versjon av Slagsvold & Sørensen, (2013). Changes in sense of control in the second half of life. *International Journal of Aging & Human Development*, 77(4), 263-282.

Opplevelse av kontroll er knyttet til muligheter til å påvirke, det vil si til makt og ressurser. Det er blant annet godt dokumentert at menns forventninger om kontroll er høyere enn kvinners, og at personer med høy utdanning i større grad forventer å ha innflytelse enn de med lav (Ross og Sastry, 1999).

I mange studier har man sett på sammenhengen mellom alder og opplevelse av kontroll, og man finner som regel at yngre har en sterkere opplevelse av kontroll enn eldre. De fleste studiene bygger imidlertid på tverrsnittsdata, som innebærer at man ikke kan skille mellom aldringseffekter og kohorteffekter, det vil si om kontrollopplevelsen synker med økende alder eller om yngre aldersgrupper i utgangspunktet har en sterkere opplevelse av kontroll fordi de har vokst opp under andre og gunstigere forhold.

I dette kapitlet bygger vi på NorLAGs paneldata (se kapittel. 2) og ser på endringer i kontroll over en femårsperiode. Vi skal belyse to spørsmål. Først spør vi om kontrollopplevelse endres med alderen og om endringene i så fall har ulik retning og styrke i siste halvdel av livet. Deretter spør vi om det er forhold som demper eller stimulerer endringer i kontrollopplevelse, og her ser vi på kjønn, utdanning, helse, yrkesaktivitet og en annen side ved psykologisk kapital som vi kaller «opplevelse av å være handlekraftig» (agentive orientation).

OPPLEVELSE AV KONTROLL

I litteraturen fremheves det å oppleve at man har kontroll over sitt liv som en viktig side ved «god aldring» (successful ageing) (Rowe og Kahn 1997). Individer med en sterk kontrollopplevelse antar at deres handlinger virker inn på omgivelsene (Mirowsky & Ross 1998). En rekke studier finner at en slik opplevelse av kontroll er forbundet med høy livskvalitet, god helse, og til å lykkes i arbeidsliv og parforhold (Lachman m.fl. 2009). Det er *antakelsen – troen på* at man kan påvirke – som gir disse positive utfallene, ikke den faktiske innflytelse, men det å oppleve, føle, tro, forvente at man har innflytelse som er det sentrale (Skinner 1996).

Denne typen sammenhenger er bekreftet i mange studier med ulike typer utvalg og mål. Den empiriske sammenhengen kan derfor sies å være robust (Kunzman m.fl. 2002). Man finner videre at å oppleve kontroll modererer de negative virkninger av økonomiske påkjenninger (Pudrovska m.fl. 2005). De mest overbevisende funnene kommer imidlertid fra longitudinelle

helsestudier, der man finner at kontrollopplevelse predikerer helse, uførhet og dødelighet over så lange perioder som ti år eller mer (bl.a. Infurna m.fl. 2011, Gerstorf m.fl. 2011).

Opplevelse av kontroll er beskrevet på mange måter i litteraturen, blant annet som «mestring» og «locus of control» eller det omvendte – som «lært hjelpeløshet» og «fatalisme». I dag brukes stadig oftere begrepet «opplevd kontroll» (perceived control) eller «følelse av kontroll» (sense of control) om denne opplevelsen.

HVA VISER TIDLIGERE FORSKNING?

Tidligere forskning bygger i hovedsak på tverrsnittsdata, der man sammenligner ulike aldersgruppers kontrollopplevelse. Man finner gjennomgående at opplevelse av kontroll svekkes fra midt i livet og inn i alderdommen. Dette viser også NorLAGs tverrsnittsdata (Slagsvold og Sørensen 2008). Men om disse forskjellene skyldes at opplevelse av kontroll avtar i høy alder (aldersendringer), eller om det skyldes at yngre aldersgrupper har større tro på egen kontroll (kohortforskjeller), er det bare longitudinelle data som kan si noe om. Oss bekjent finnes det foreløpig bare to tidligere longitudinelle studier av kontroll, begge fra USA. I den ene finner Mirowsky og Ross (2007) beskjedne endringer over en tre års periode, men etter seks år finner de en økning i opplevelse av kontroll for personer under 50 år, men deretter tiltagende reduksjon med økende alder. Lachman og medarbeidere (2009) finner et lignende forløp over en periode på ni år: Opplevelse av kontroll er nokså stabil frem til 60 års alder og faller deretter.

Ellers peker tidligere forskning i retning av at kjønn, utdanning og helse har betydning for endringer i kontrollopplevelse (bl.a. Ciarney og Krause 2008; Mirowsky og Ross, 2007). Endringene i kontrollopplevelse ser ut til å være sterkere for kvinner enn for menn, høy utdanning bidrar til å forsinke reduksjonen, mens svekket helse akselererer reduksjon av kontroll.

I tidligere analyser av NorLAGs tverrsnittsdata fant vi at det vi kaller en «handlekraftig orientering» (agentive orientation) bidro til å forklare utdanningsforskjeller i opplevelse av kontroll. Denne sammenhengen tyder på at når opplevelsen av kontroll er knyttet til utdanning, er det blant annet fordi utdanning styrker et selvbylde som handlekraftig (Slagsvold og Sørensen

2008). Her er vi interessert i om den samme egenskapen har betydning for *endringer* i kontrollopplevelse. Opplevelse av kontroll på den ene siden, og et selvbilde som handlekraftig på den andre, dreier seg i begge tilfeller om noe man kan kalle en offensiv holdning. Det er likevel snakk om to nokså ulike fenomener, og målene vi anvender på de to korrelerer bare moderat i NorLAGs utvalg ($r=.27$). Mens opplevelsen av kontroll er en følelse av å kunne påvirke sin faktiske livssituasjon, så referer en handlekraftig orientering til et aspekt ved personens selvbilde, dvs. en egenskap man opplever seg å ha. Forskjellen kan illustreres med en langtidsfange som har lave forventninger om å kunne kontrollere sine omgivelser, men som allikevel kan se seg som en handlekraftig person. Her spør vi altså om et handlekraftig selvbilde kan bidra til å forsinke eller forsterke endringer i opplevelse av kontroll med alderen.

DATA OG MÅL

Analysene bygger på NorLAGs paneldata, med personer som var mellom 40 og 79 år ved første intervju og fem år eldre ved andre (jf. kapittel 2). I analysene inngår alle som svarte på telefonintervju og besvarte et postalt spørreskjema i begge runder og for øvrig besvarte alle relevante spørsmål, i alt 2485 personer.

Den avhengige variabelen i analysene – opplevelse av kontroll – er målt med »Personal Mastery Scale» (Pearlin og Schooler 1978). Skalaen består av syv påstander som besvares på en fempunkts Likert skala fra svært enig til svært uenig – se tekstboks.

OVERSIKT OVER MÅL.

Mål på kontrollopplevelse: «Personal Mastery Scale» (Pearlin og Schooler 1978)

- Jeg har lite kontroll over det som hender meg
- Hva som kommer til å hende meg i framtiden er først og fremst avhengig av meg selv
- Noen av de problemene jeg har kan jeg rett og slett ikke løse
- Det er lite jeg kan gjøre for å forandre sider ved livet mitt som er viktige
- Stilt overfor problemer i livet føler jeg meg ofte hjelpeløs
- Noen ganger føler jeg det som om jeg bare blir dyttet hit og dit her i livet
- Hvis jeg virkelig bestemmer meg kan jeg gjøre nesten hva som helst.

Mål på «handlekraftig orientering» (Bem 1981)

Personen angir hvor godt hver av egenskapene stemmer for ham/henne:

- Pågående
- Har lederegenskaper
- Forsvarer mine meninger
- Villig til å ta sjanser
- Selvhevdende
- Viljesterk

Å oppleve at man har innflytelse på omgivelsene forutsetter at man både tror (1) at omgivelsene er påvirkbare (outcome beliefs) og (2) at man selv kan påvirke dem (self-efficacy beliefs). Distinksjonen mellom de to er sentral i teorier om kontrollopplevelse (for eksempel Bandura 1977). I målet på kontrollopplevelse adderes verdiene på de syv spørsmålene. I dette utvalget varierer skårene fra 8 til 35 (alfa = .72). En høy verdi indikerer sterkere grad av opplevd kontroll.

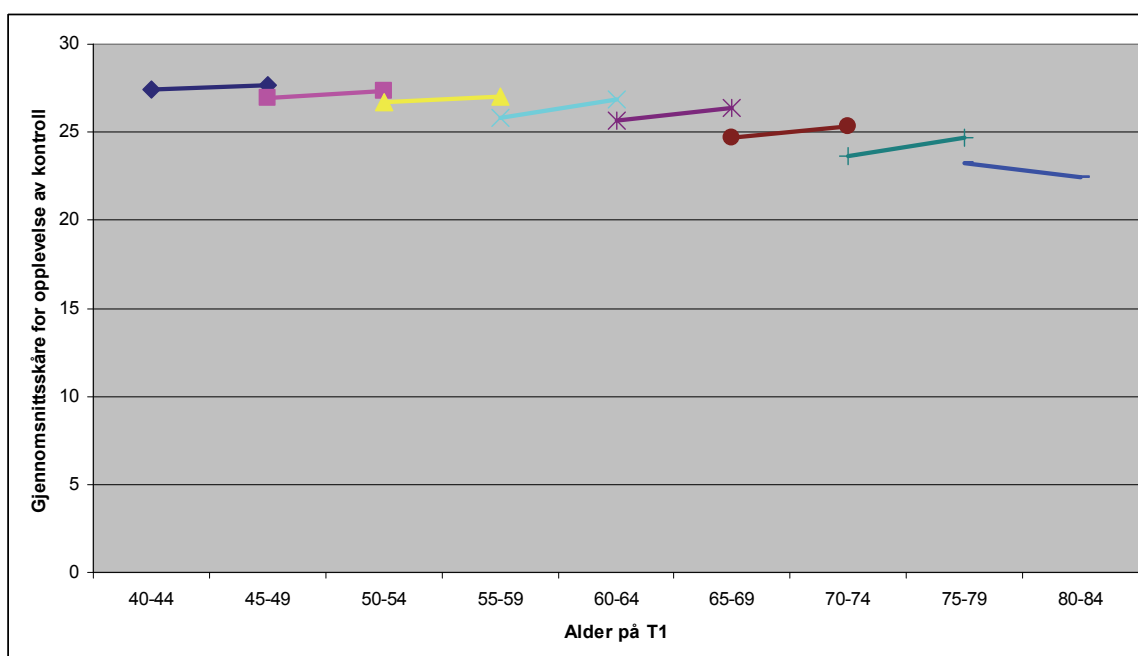
I de multivariate analysene, hvor vi spør om det er forhold som bidrar til å øke eller minske opplevelse av kontroll i femårsperioden, er de fleste uavhengige variabler målt ved første tidspunkt (T1). Da ser vi på betydningen av kjønn, alder, utdanning, yrkesaktivitet, fysisk helse og «handlekraftig orientering». Målet på «handlekraftig orientering» bygger på seks ledd fra Bem's Sex Role Inventory (Bem, 1981, se tekstboks). Leddene består av adjektiver som personen karakteriserer seg selv i forhold til på en fem-punkts skala. Opprinnelig var dette egenskaper som skulle måle en maskulin selvoppfatning. Siden har skalaen også blitt brukt i kjønnsnøytral forstand slik vi gjør, og er omtalt blant annet som instrumentalitet. Vi foretrekker å kalle det «handlekraftig orientering», fordi de seks leddene referer til individets oppfatning av seg selv som selvsikker og viljesterk. Skalaen går fra 1 til 5, hvor høy skåre er høyt nivå på handlekraftig orientering (alfa = .72). Menn skårer høyere på denne skalaen enn kvinner.

I analysene av hva som fremmer eller hemmer endring av kontrollopplevelse inngår også to endringsvariabler, nemlig endring fra T1 til T2 i fysisk helse og i handlekraftig orientering. Endring av sosiale roller mellom de

to tidspunkter, nærmere bestemt tap av ektefelle og pensjonering, hadde ingen virkning på kontrollopplevelse og utelukkes derfor i de påfølgende analysene.

RESULTATER

I utvalget som helhet finner vi stabilitet i kontrollopplevelse gjennom perioden. Gjennomsnittsskåren for kontrollopplevelse er 26,0 ved T1 og 26,5 ved T2. Den gjennomsnittlige stabiliteten kan imidlertid dekke over viktige forskjeller mellom aldersgrupper. Endringene kan gå i ulike retninger i ulike deler av livet. Menn (i alle aldersgrupper) har en noe høyere kontrollfølelse enn kvinner i tråd med tidligere funn, men endringene over femårsperiode er lik for de to kjønn, som derfor er slått sammen i figur 1.



Figur 1. Endringer i opplevelse av kontroll over fem år for fem års aldersgrupper.

Figur 1 viser at det er små forskjeller mellom aldersgruppene. For dem mellom 40 og 50 år ved første intervju er stabilitet fremtredende. For dem mellom 55 og 70 år ved første intervju, ser vi tendenser til økt kontrollopplevelse, mens for den eldste aldersgruppen – de som var mellom 75 og 79 år ved første intervju – ser vi en reduksjon, om enn moderat.

Når vi sammenligner femårs alderskohorter ser vi også at for hver eldre kohort, er nivået litt lavere enn for kohorten under. De som for eksempel var

blitt 55–59 år ved T2, ligger litt høyere enn de som hadde samme alder ved T1. Med andre ord har de yngre kohortene litt sterkere følelse av kontroll, og denne forskjellen vedvarer over de fem årene. Dette mønsteret er ganske forskjellig fra det som beskrives i de to longitudinelle studiene fra USA som vi refererte til foran. Sammenligner vi med Mirowsky og Ross (2007) som fulgte sine respondenter over en seksårs periode, viser deres resultater en moderat økning i kontrollfølelse for de mellom 40 og 50 ved første intervju, stabilitet for de mellom 50 og 60 og så en tiltagende reduksjon for de som var 65 og eldre ved første intervju. Det er særlig endringen blant de eldste som er større i USA enn i Norge, og det at reduksjon i kontrollopplevelse starter omtrent 15 år tidligere (yngre) i USA. Mønstrene som er beskrevet i figur 1 viser også at aldersvariasjonene i kontrollopplevelse som vi fant med tverrsnittsdata (Slagsvold og Sørensen 2008) først og fremst skyldes kohortforskjeller og ikke aldringseffekter.

Er det så forhold som bidrar til å bremse eller akselerere kontrollopplevelsen, og kan noen av disse forhold i så fall bidra til å forklare de observerte aldersforskjellene? De forhold vi ser på er kjønn, utdanning, fysisk helse, yrkesaktivitet og handlekraftig orientering. I analyser med tverrsnittsdata fant vi at alle disse var knyttet til opplevelse av kontroll (Slagsvold og Sørensen 2008). Her bruker vi multivariate analyser der vi undersøker om utdanning, helse, og handlekraft mv. på T1 gir utslag for kontrollopplevelse på T2, fem år etter (analysene ikke vist her).

Vi kan for det første konstatere at det er en sterk sammenheng mellom kontrollopplevelse på T1 og T2 – de som opplevde høy kontroll ved første intervju tenderer å gjøre det samme også fem år senere. Den største endringen i kontroll finner vi for de som var mellom 75 og 79 år ved første intervju – for dem er det en betydelig reduksjon i opplevd kontroll. Dessuten finner vi at helse og helseendring fra T1 til T2 slår ut for endringer i kontrollopplevelse. God helse på T1, og bedring i helse mellom de to tidspunktene, har en gunstig virkning på kontrollopplevelsen. Når kontrollopplevelse synker blant de eldste, skyldes det delvis at flere av de eldste hadde dårligere helse i utgangspunktet, og at flere fikk svekket helse mellom måletidspunktene. Helseforskjeller mellom aldersgruppene forklarer likevel bare 20 prosent av reduksjon i kontrollopplevelse i den eldste gruppen.

Til slutt finner vi at både det å se seg som handlekraftig i utgangspunktet (T1), og det å endre denne selvoppfatningen i løpet av fem års perioden har betydning for kontrollopplevelse. De som ser seg som handlekraftige på T1 tenderer å øke sin opplevelse av kontroll, og hvis et slikt selvbilde er blitt svekket eller styrket over femårsperioden, forsterker det effekten som selvbilde hadde i utgangspunktet. Resultatene peker altså i retning av at det å oppleve seg som pågående, selvhevdende og viljesterk, understøtter opplevelsen av kontroll.

OPPSUMMERING OG DISKUSJON

Å tro at man kan ha innflytelse på omgivelsene er en psykologisk ressurs som virker inn på både kropp og sinn. Tverrsnittstudier tyder på at opplevelsen av kontroll synker fra omtrent 50 års alder, men det er gjort få longitudinelle studier, og ingen tidligere i Norge. De deskriptive analysene (figur 1) viser at forskjellene i kontrollfølelse frem til 75-årsalder først og fremst skyldes kohortforskjeller og ikke aldringseffekter. Yngre fødselskull har en sterkere følelse av kontroll i utgangspunktet, og denne forskjellen vedvarer over tid.

Med longitudinelle data finner vi små endringer i kontrollopplevelse i andre halvdel av livet, bortsett fra for den eldste gruppen, som var mellom 75 og 79 år ved første intervju. Blant disse eldste finner vi en betydelig reduksjon i følelse av kontroll. Helse forklarer bare en liten del av dette, og rolletap forklarer ikke noe (å bli enke eller pensjonist). I den eldste aldersgruppen synes altså reduksjon i kontrollopplevelse å være en aldringseffekt. I denne fasen av livet er kontroll over fremtiden liten, og mulighetene er små for «å forandre sider ved livet som er viktige for meg». Det er nærliggende å se redusert kontrollopplevelse i siste fase av livet som et uttrykk for realisme, kanskje også visdom knyttet til svært høy alder.

Vi merker oss dessuten at aldersreduksjon i kontroll starter omtrent 15 år senere enn man finner i amerikanske studier. En mulig forklaring kan ligge i forskjeller mellom landene i trygghet, forutsigbarhet og velferd i eldre år. I internasjonal sammenheng er de norske pensjonsordninger og omsorgstjenester sjenerøse, universelle og forutsigbare. I den grad en slik hypotese er riktig, gjenspeiler aldersendringer i kontroll også samfunnsmessige skapte muligheter for en trygg og aktiv alderdom.

REFERANSER

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215. doi: http://66.102.1.104/scholar?hl=en&lr=&q=cache:3oQVdDUB_7EJ:www.cs.cmu.edu/~jatonber/self-efficacy.pdf+Bandura+1977+%22self-efficacy%22
- Bem, S. L. (1981). *Bem sex-role inventory. Professional manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Cairney, J., & Krause, N. (2008). Negative life events and age-related decline in mastery: Are older adults more vulnerable to the control-eroding effect of stress? *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences*, 63(3), S162–S170.
- Gerstorf, D., Rocke, C., & Lachman, M. E. (2011). Antecedent-consequent relations of perceived control to health and social support: longitudinal evidence for between-domain associations across adulthood. *Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66(1), 61–71. doi: gbq077 [pii] 10.1093/geronb/gbq077
- Heckhausen, J., Wrosch, C., & Schulz, R. (2010). A Motivational Theory of Life-Span Development. *Psychological Review*, 117(1), 32–60. doi: Doi 10.1037/A0017668
- Hermann, K. S., & Betz, N., E. (2004). Path models of the relationships of instrumentality and expressiveness to social self-efficacy, shyness, and depressive symptoms. *Sex Roles*, 51(1–2), 55–66.
- Infurna, F. J., Gerstorf, D., Ram, N., Schupp, J., & Wagner, G. G. (2011). Long-Term Antecedents and Outcomes of Perceived Control. *Psychology and Aging*, 26(3), 559–575. doi: Doi 10.1037/A0022890
- Kunzmann, U., Little, T., & Smith, J. (2002). Perceiving control: A double-edged sword in old age. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(6), P484–P491.
- Lachman, M. E., Rosnick, C. B., & Röcke, C. (2009). The rise and fall of control beliefs in adulthood: Cognitive and biosychosocial antecedents and consequences of stability and change over 9 years. In H. B. Bosworth & C. Hertzog (Eds.), *Aging and cognition. Research methodologies and empirical advances*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (1998). Education, personal control, lifestyle and health – a human capital hypothesis. *Research on Aging*, 20(4), 415–449.

- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (2007). Life course trajectories of perceived control and their relationship to education. *American Journal of Sociology*, 112(5), 1339–1382.
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *J Health Soc Behav*, 19(1), 2–21.
- Pudrovska, T., Schieman, S., Pearlin, L. I., & Nguyen, K. (2005). The sense of mastery as a mediator and moderator in the association between economic hardship and health in late life. *Journal of Aging and Health*, 17(5), 634–660.
- Rowe, J., & Kahn, R. (1997x). Successful ageing. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440.
- Skinner, E. A. (1996). A guide to constructs of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 549–570.
- Slagsvold, B., & Sorensen, A. (2008). Age, education, and the gender gap in the sense of control. *International Journal of Aging & Human Development*, 67(1), 25–42. doi: Doi 10.2190/Ag.67.1.B
- Slagsvold, B., & Sørensen, A. M. (under trykking). Changes in sense of control in the second half of life. *The International Journal of Aging and Human Development*.

KAPITTEL 24

Barn og barnebarn

– en «aldersforsikring» mot depresjon og ensomhet?¹

Thomas Hansen og Britt Slagsvold

Mange ufrivillig barnløse går gjennom en tung fase når de skal forsone seg med at de ikke får barn, men det er lite som tyder på at dette er vedvarende. De fleste synes å tilpasse seg og finner andre kilder til mening i livet. Livskvaliteten er like høy, om ikke høyere, blant barnløse. Variasjonen er imidlertid stor. For noen kan savnet av barn føles tungt, for enkelte kanskje livet ut. Men det er også foreldre som sliter – ikke til tross for, men på grunn av, at de har barn. I gjennomsnitt påvirkes ikke lykken av om man har barn. Antagelsen om barnløses ulykkelighet stemmer derfor ikke.

Det å ha barn og barnebarn ses på som en velsignelse og en sentral kilde til mening, kjærlighet og tilhørighet og til støtte og omsorg i eldre år. Likeså er det en utbredt oppfatning at barnløse personer lever mindre meningsfulle liv enn de som er foreldre, og at mange barnløse, spesielt når de blir eldre, har større sjanse for å bli ensomme og deprimerte (Hansen 2012).

Slike antakelser følger også av ulike teorier om livskvalitet ("goal theory" og "discrepancy theory", se f.eks. Diener, Diener, & Diener, 1995; Michalos, 1985) som postulerer at livskvalitet henger sammen med at viktige mål innfris. Spesielt gjelder dette mål som er høyt verdsatt i vår kultur og hvis oppnåelse er synlige i ens sosiale miljø. Fordi barnløshet før 1960-årene hovedsakelig var

¹ Kapitlet bygger dels på nye tverrsnittsanalyser av LOGG data og dels på tidligere publiserte studier som benytter tverrsnittsdata fra første runde av NorLAG, hovedsaklig en artikkel publisert i *Social Indicators Research: Childlessness and psychological well-being in midlife and old age: An examination of parental status effects across a range of outcomes*» (Hansen et al. 2009).

ufrivillig (Hagestad & Call, 2007), vil man ifølge teorien vente at mange middelaldrende og eldre barnløse opplever en kløft mellom faktisk og forventet livssituasjon, som igjen kan få barnløse til å føle seg skuffet, mislykket og unormale.

TEORIER

Antagelsen om at foreldre lever bedre liv enn barnløse følger også av klassiske sosiologiske teorier. Durkheim hevdet at foreldreskapet (og ekteskapet) er gunstig fordi det strukturerer folks liv og integrerer dem i sosiale nettverk, som gir livet mål og mening (se Burton, 1998). Eriksons (1963) utviklingsteori argumenterer for at foreldre er i en gunstigere posisjon for å utvikle generativitet, noe han så på som sentralt for modning og velvære i midtlivet og eldre år. Generativitet dreier seg om å ta ansvar og vise omsorg for nye generasjoner, å være et eksempel for de yngre og å bringe kulturen videre.

Men det kan også være fordeler ved å ikke ha barn. Barnløse slipper for eksempel mange av forpliktelsene, bekymringene og utgiftene som foreldre har. Det kan derfor tenkes at det å ha barn eller ikke kan påvirke livskvalitet både på godt og ondt, og påvirke ulike sider av livskvalitet på ulike måter. Det kan for eksempel tenkes at hjemmeboende barn øker det psykiske stresset men likevel bidrar til å høyne folks selvaktelse, tilfredshet og mening i livet.

I denne artikkelen ser vi nærmere på antakelsene om barnløses livskvalitet. For å få et nyansert bilde, anvender vi flere mål på livskvalitet. Å skille mellom ulike former for livskvalitet er viktig, men gjøres sjelden i forskning på livskvalitet. Vi sammenligner barnløse med foreldre både med og uten hjemmeboende barn, i et utvalg personer fra 40 til 85 år. Barnløse i 40-årsalderen har trolig begynt å se for seg et liv uten barn, hvilket betyr at de eventuelle emosjonelle konsekvensene av barnløsheten vil komme klarere til syne enn i yngre aldersgrupper. Vi undersøker også om barnløshet har spesielt alvorlige konsekvenser i høy alder eller for personer som ikke har en partner. Til slutt ser vi på om det å ha barnebarn har emosjonelle gevinster utover det å ha barn.

HVA MENES MED LIVSKVALITET?

Siri Næss (2001) definerer livskvalitet som psykisk velvære, dvs. å ha gode følelser og positive vurderinger om eget liv. Denne definisjonen blir stadig mer utbredt blant teoretikere og forskere, og er den vi anvender her. Vi bruker

livskvalitet og lykke om hverandre i dette kapitlet, og ser på to aspekter ved livskvalitet. Vi ser på den *vurderingsmessige* siden av velværet («kognitiv livskvalitet») – (i) selvaktelse og (ii) tilfredshet med eget liv og på det *følelsesmessige* velværet («affektiv livskvalitet») – (i) positiv affekt, (ii) negativ affekt, (iii) depresjon og (iv) ensomhet.

Det er også en tredje dimensjon ved livskvaliteten nemlig opplevelse av mål og mening i livet (f.eks. Ryan & Deci, 2001). Ettersom økt mening antas å være blant de viktigste fordelene av å ha barn, vil vi også kort oppsummere resultatene for et enkeltspørsmål om grad av mål og mening i livet.

ØKENDE BARNLØSHET I VESTLIGE VERDEN

På grunn av økende andeler eldre i fremtiden, har Eldres velferd fått større oppmerksomhet både innen politikk og forskning. Et tema man har vært spesielt interessert i er konsekvensene av den økende barnløsheten blant morgendagens eldre. I Norge gjelder dette særlig menn. Omtrent hver femte mann og hver åttende kvinne i 50-årsalderen er i dag barnløse i Norge. Sammenlignet med de som har barn, har barnløse større sjanse for å bli avhengige av det offentlige tjenesteapparatet når de blir skrøpelige, fordi de ikke har barn eller barnebarn som kan dele på omsorgsansvaret. Det er også en viss bekymring for at flere barnløse kan bety flere isolerte og ensomme eldre og flere eldre med psykiske vansker, som igjen kan øke behovet for offentlige tjenester.

DATA

Data er hentet hovedsakelig fra LOGG undersøkelsen, men også i noen grad fra NorLAGs første runde med datainnsamling. Analysene anvender multippel regresjonsanalyse, og justerer for alder og sivilstand.

Målene på livskvalitet som anvendes bygger alle på internasjonalt etablerte skalaer: Selvaktelse måles ved 10-ledds Rosenberg's (1965) Self Esteem Scale, mens tilfredshet måles ved den 5-ledds Satisfaction With Life Scale (Pavot & Diener, 1993). Positiv og negativ affekt måles ved PANAS, som spør i hvilken grad man de siste to ukene har opplevd hhv. 6 behagelige (f.eks. entusiastisk og oppglødd) og 6 ubehagelige følelser (f.eks. bekymret og redd) (Watson, Clark, & Tellegen, 1988). Depresjon måles ved 20-ledds CES-D Scale (Radloff, 1977), mens ensomhet måles ved 6-ledds Loneliness Scale

(de Jong-Gierveld & van Tilburg, 1999). Enkeltspørsmålet om i hvilken grad man opplever at ens liv har mål og mening, er hentet fra Carol Ryff's (1989) Psychological Well-being Scale. Dette spørsmålet ble kun stilt i NorLAG-1 og ikke i LOGG.

BARNLØSE LIKE LYKKELIGE

Vi finner at det å ha barn har liten eller ingen sammenheng med ulike mål på opplevd livskvalitet. Når det gjelder affektiv livskvalitet (positiv affekt, negativ affekt, depresjon, ensomhet), finner vi ingen forskjeller verken for menn eller kvinner. Det spiller heller ingen rolle om man har hjemmeboende barn, eller om barna har flyttet ut. Å ha barn synes altså ikke å øke den emosjonelle intensiteten og svingningene slik man ofte antar (for mer detaljer, se Hansen, Slagsvold, & Moum, 2009).

Mange teoretikere hevder at ulike typer engasjement som er sosialt rettet og går utover en selv har verdi i form av personlig vekst og mening i livet— utbytte som ikke fanges opp i tradisjonelle, hedoniske (nytelserorienterte) mål på livskvalitet (Seligman, 2002). Økt mening i livet er dessuten blant de viktigste grunnene til å få barn, og mindre opplevelse av mening er blant de vanligste antakelsene om barnløse. Vi undersøkte derfor om det å ha barn er relatert til om man opplever mål og mening i livet, men heller ikke her finner vi noen sammenheng.

Når det gjelder den kognitive livskvaliteten (selvaktelse og tilfredshet med livet), er resultatene forskjellige for menn og kvinner. Blant kvinner er det å ha barn forbundet med noe høyere selvaktelse og tilfredshet med livet, mens blant menn er det ingen slik sammenheng.

Videre er det en vanlig antakelse at barnløshet får større negative konsekvenser i eldre år når behovet for hjelp og støtte øker, spesielt hvis man er enslig. Derfor er det overraskende at vi ikke finner noen forskjeller mellom eldre menn eller kvinner med og uten barn, heller ikke *enslige* barnløse er mer utsatt for ensomhet eller depresjon enn de som har barn.

BARN VIKTIGERE FOR KVINNER

Kvinner som er mødre er noe mer tilfredse med livet og seg selv enn kvinner uten barn, uavhengig av om barna er hjemmeboende eller ikke, eller om de er enslige eller har en partner å dele ansvaret med. Å være mor ser altså ut til å

øke kvinners selvaktelse og tilfredshet selv i de mest slitsomme og utfordrende situasjoner eller faser, f.eks. for enslige med små barn.

Selv om forskjellene mellom de som har barn og barnløse er små, gir resultatene en viss støtte til tradisjonelle ideer om at å få barn synes å være noe viktigere for kvinner enn for menn. Om vi spekulerer litt rundt denne tendensen, kan den kanskje knyttes til at kvinner kan ha et sterkere ønske om å få barn, og at samfunnet kan ha andre forventninger til kvinner enn til menn om å få barn. I en stor internasjonal undersøkelse har man spurt om hvor enig man er i at kvinner og menn «...må ha barn for å føle seg fullverdig». Man finner at enigheten er gjennomgående 5–20 prosentpoeng høyere for at kvinner trenger barn enn at menn gjør det (se Hansen 2012). Slik sett kan det være at kvinner som er mødre i større grad enn barnløse kvinner har litt bedre selvvurderinger fordi de innfrir egne og andres forventninger. Videre kan det være noe i selve utøvelsen av å være forelder (hjelpe og stelle for andre, føle seg til nytte) som fostrer mer positive selvevalueringer blant kvinner. Tidligere forskning har funnet at å være nødvendig og til stede for andre, er viktigere for kvinners enn menns velvære (Marks, Lambert, & Choi, 2002).

MINDRE STRESSENDE Å OPPFOSTRE BARN I NORGE

En nylig litteraturgjennomgang oppsummerer forskningen om sammenhenger mellom å ha barn og livskvalitet i ulike deler av verden (Hansen, 2012). Det er interessant å merke seg at i land med mindre likestilling hjemme og i yrkeslivet og mindre sjenerøse støtteordninger for småbarnsfamilier, som for eksempel i USA, Australia og sørøst-Europa, så rapporterer barnløse høyere livskvalitet enn foreldre med hjemmeboende barn. Psykisk stress er spesielt utbredt blant enslige foreldre. I de Nordiske landene, derimot, er småbarnsforeldre minst like tilfredse og lykkelige som barnløse. For eksempel finner LOGG-undersøkelsen ingen tegn til at enslige foreldre har lavere livskvalitet, eller at det er forskjeller i livskvalitet mellom foreldre med hjemmeboende og utflyttede barn. Resultatene kan peke i retning av at nordisk likestillings- og familiepolitikk letter stress og problemer forbundet med å kombinere arbeid og familie.

ELDRE IKKE ULYKKELIGE UTEN BARN OG BARNEBARN

Forskning om barnløshet har først og fremst vært konsentrert om første halvdel av livet; det er færre studier om betydningen av å ha barn (eller barnebarn) i eldre år. De få studiene som foreligger er hovedsakelig amerikanske og tyder på at konsekvensene av barnløshet i eldre år må studeres i sammenheng med sivilstatus (Hansen, 2012). Funnene spriker, men noen studier finner at barnløse som er tidligere gifte, spesielt menn, oftere er sosialt isolerte og opplever psykisk problemer. I LOGG finner vi ikke dette. Vi finner gjennomgående ingen sammenheng mellom det å ha barn og/eller barnebarn på den ene siden og depresjon og ensomhet på den andre, verken for gifte, skilte, enslig eller enker/enkemenn. I de norske dataene ser med andre ord barn og barnebarn ikke ut til å være noen «forsikring» for velvære i eldre år. Ensomhet og depressive symptomer øker i eldre år, ikke minst på grunn av svekket helse og tap av personer som står en nær, men denne prosessen ser altså ikke ut til å påvirkes av om man har barn eller ikke.

Vi har ikke undersøkt betydningen av å ha barn for de skrøpeligste eldre. Det er derfor mulig at barnløshet kan svekke velværet når man blir hjelpe-trengende. Antagelsen om at barn betyr mer i svært høy alder har imidlertid fått blandet støtte i tidligere studier av de aller eldste (Dykstra & Wagner, 2007; Wagner, Schutze, & Lang, 1999). I LOGG har vi ikke mulighet til å undersøke dette, fordi vi kun har intervjuet personer under 85 år, samt at personer med store helsesvekkelser sjeldnere vil delta i slike survey-undersøkelser.

KONKLUSJON

Mange ufrivillig barnløse går gjennom en tung fase når de skal forsone seg med at de ikke får barn. Men det er lite som tilsier at følelsen av savn, skuffelse og mislykkethet er vedvarende. Tvert imot indikerer denne og tidligere undersøkelser at de fleste tilpasser seg, og finner andre kilder til selvrealisering, tilhørighet, støtte og mening. Barnløse kan blant annet opparbeide seg større nettverk av venner og familie som «kompenserer» for den sosiale kontakten og støtten man ikke får gjennom barn. I tillegg er det også fordeler ved å ikke ha barn. Barnløse unngår for eksempel mange bekymringer, forpliktelser og utgifter som foreldre har. Det må imidlertid understrekes at det vil være forskjeller blant barnløse. For noen kan savnet føles tungt i lengre tid, kanskje

livet ut. Men det vil også være foreldre som sliter, ikke til tross for, men på grunn av, at de har barn. I gjennomsnitt påvirkes ikke lykken av om man har barn, og antagelsen om barnløses ulykkelighet stemmer ikke.

At forestillinger om barnløse ikke stemmer avkrefter ikke nødvendigvis forestillingene om foreldreskapets velsignelser. Barn og barnebarn gir trolig folk mye glede og lykke. De aller fleste i utvalget har tross alt høy livskvalitet, både foreldre og barnløse.

Lykken påvirkes av mange faktorer, som medfødt temperament, personlighet og mestringsstil, og objektive levekår. Mye av det som påvirker lykken har vi lite eller ingen kontroll over. Det er de faktorene vi selv og samfunnet kan påvirke man bør fokusere på i politikk og personlige beslutninger om eget liv. Av slike faktorer er det å ha partner og et meningsfullt engasjement viktig. Langt viktigere enn det å ha barn.

REFERANSER

- Burton, R. P. D. (1998). Global integrative meaning as a mediating factor in the relationship between social roles and psychological distress. *Journal of Health and Social Behavior*, 39(3), 201–215.
- de Jong-Gierveld, J., & van Tilburg, T. (1999). *Manual of the loneliness scale*. Amsterdam: Vrije Universiteit, Department of Social Research Methodology.
- Diener, E., Diener, M., & Diener, C. (1995). Factors predicting the subjective well-being of nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 851–864.
- Dykstra, P. A., & Wagner, M. (2007). Pathways to childlessness and late-life outcomes. *Journal of Family Issues*, 28(11), 1487–1517.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Hagestad, G. O., & Call, V. R. A. (2007). Pathways to childlessness – A life course perspective. *Journal of Family Issues*, 28(10), 1338–1361.
- Hansen, T. (2012). Parenthood and happiness: A review of folk theories versus empirical evidence. *Social Indicators Research*, 108(1), 29–64.
- Hansen, T., Slagsvold, B., & Moum, T. (2009). Childlessness and psychological well-being in midlife and old age: An examination of parental status effects across a range of outcomes. *Social Indicators Research*, 94, 343–362.

- Marks, N. F., Lambert, J. D., & Choi, H. J. (2002). Transitions to caregiving, gender, and psychological well-being: A prospective US national study. *Journal of Marriage and the Family*, *64*(3), 657–667.
- Michalos, A. C. (1985). Multiple Discrepancies Theory (MDT). *Social Indicators Research*, *16*, 347–413.
- Næss, S. (2001). Livskvalitet som psykisk velvære. *NOVA Rapport 3/2001*.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, *5*, 164–172.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurements*, *1*, 385–401.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: University Press.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, *52*, 141–166.
- Ryff, C. D. (1989). In the Eye of the Beholder: Views of Psychological Well-Being Among Middle-Aged and Older Adults. *Psychology and Aging*, *4*(2), 195–210.
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press.
- Wagner, M., Schutze, Y., & Lang, F. R. (1999). Social relationships in old age. In P. B. Baltes & K. U. Mayer (Eds.), *The Berlin Aging Study. Aging from 70 to 100*. (pp. 282–301). New York: Cambridge University Press.
- 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*, 1063–1070.

KAPITTEL 25

Svekkes livskvaliteten med alderen?¹

Thomas Hansen og Britt Slagsvold

Den tidlige alderdommen oppleves av mange som en god periode av livet. Personer i 60-årene og langt inn i 70-årene er minst like tilfredse som yngre og har færre negative følelser. Den sene alderdommen er imidlertid mer krevende. Relativt mange over 75 år er deprimerte og ensomme og opplever redusert tilfredshet med livet sammenlignet med fem år tidligere. Både arv og miljø har betydning for livskvaliteten, og ytrer seg i variasjon både med medfødte disposisjoner og med ytre livsbetingelser.

Livskvalitet har blitt definert og målt på ulike måter. Her ser vi livskvalitet som psykisk velvære—hvordan folk *vurderer* livet sitt og i hvilken grad de *opplever* mye positive og lite negative følelser.

Med høy alder øker sannsynligheten for å oppleve psykososiale tap og redusert helse – slik sett er alderdommen en periode av livet som er forbundet med redusert *objektiv* livskvalitet eller velferd, spesielt i veldig høy alder. Det synes derfor rimelig å forvente at også det *subjektive* velværet svekkes. Alderdommen har imidlertid også gode sider som er mindre åpenbare for folk flest. Forskning har for eksempel vist at emosjonelle reaksjoner blir mindre sterke, også de negative. Eldre mennesker synes dessuten å være flinkere til å justere mål og forventninger enn yngre. Man velger for eksempel i større grad samvær og situasjoner som man trives med og som gir emosjonelt utbytte (Carstensen, Fung, & Charles, 2003).

Aldring innebærer med andre ord både tap og gevinster. Med mindre aktivitet, opplevelser og utfordringer er det mulig at man sjeldnere får de

¹ Dette kapitlet bygger på kapitlet «Alder», i Næss, S., Moum, T. og Eriksen, J. (2011). *Livskvalitet: Forskning om det gode liv* (Fagbokforlaget), og artikkelen: The age and subjective well-being paradox revisited: A multidimensional perspective, *Norsk Epidemiologi* (2012).

intense gledene, men man kan likevel være tilfreds, dersom man opplever at livet svarer til forventningene og gir mening til tilværelsen. Her skal vi studere sammenhenger mellom alder og ulike sider av kognitiv og følelsesmessig velvære. Med kognitiv livskvalitet sikter vi til tilfredshet med livet generelt og på ulike livsområder. Følelsesmessig livskvalitet referer til i hvilken grad man har opplevd mye positive og negative følelser og i hvilken grad man har opplevd depressive symptomer og ensomhet den siste tiden. Vi benytter først norske tverrsnittsdata (alder 18–84) og paneldata (alder 40–84) og skiller mellom menn og kvinner. Til slutt skal vi benytte tverrsnittsdata (18–80 år) fra The Generations and Gender Study (GGS), og sammenligne aldersforskjeller i livskvalitet i Norge og opptil 11 andre europeiske land.

DATA OG MÅL PÅ SUBJEKTIV LIVSKVALITET

NorLAG/LOGG har en rekke enkeltpørsmål og skalaer som måler ulike aspekter ved psykisk velvære. Denne artikkelen bruker et utvalg av disse.

Tilfredshet med livet er målt ved Satisfaction with Life Scale (Pavot & Diener 2008) som består av fem påstander:– «På de fleste måter er livet mitt nær det ideelle», «Mine livsforhold er utmerkede», «Så langt har jeg fått det viktigste jeg har ønsket meg i livet», «Jeg er tilfreds med livet mitt», «Hvis jeg kunne leve livet om igjen, ville jeg ikke forandre på nesten noen ting». Det gir fem svaralternativer «Svært enig», «Nokså enig», «Verken enig eller uenig», «Nokså uenig» og «Svært uenig».

Tilfredshet med ulike livsområder er målt fra 1–5 eller 0–10. Vi definerer hhv. 4–5 og 7–10 som «tilfreds».

Positiv og negativ affekt er målt ved Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) (Watson, Clark, & Tellegen, 1988), som spør i hvilken grad (fra 1 til 5) man har hatt seks ulike positive følelser (oppglødd, begeistret, årvåken, inspirert, målbevisst, interessert) og negative følelser (bekymret, oppskaket, skremt, irritert, nervøs, redd) de siste 2 ukene.

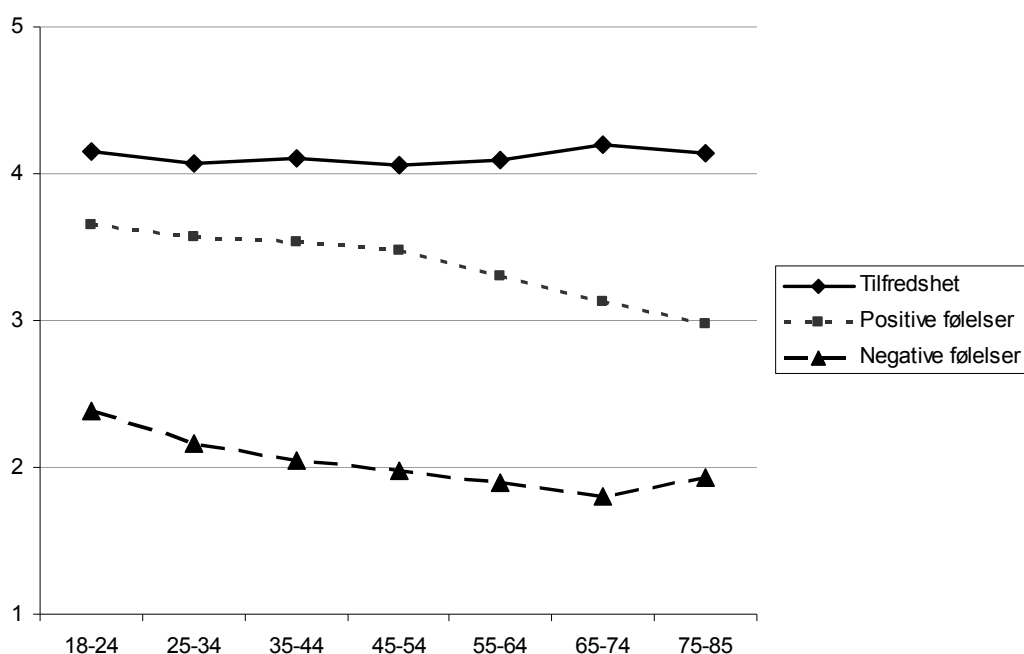
Depresjon måles ved 20-ledds Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) (Radloff, 1977). I likhet med andre studier bruker vi en grenseverdi (over 16, på skalaen som går fra 0–60) for å klassifisere «depressive symptomer».

Ensomhet måles ved 8-ledds Loneliness scale (de Jong-Gierveld & van Tilburg, 1999). Vi har valgt en grenseverdi på 2,5 for å klassifisere «ensom». Denne grenseverdien gir nesten like mange «ensomme» (16,0 prosent) som vi får ved å bruke et enkeltspørsmål «Hender det at du føler deg ensom» (ofte eller av og til; 21,1 prosent).

I GGS er depresjon målt med 7 spørsmål fra CES-D skalaen og ensomhet målt med 6 spørsmål fra the Loneliness Scale. All tendenser som omtales er statistisk signifikante ($p < .05$), hvis ikke annet er notert.

ELDRE MINST LIKE TILFREDSE SOM UNGE

Sammenligner vi aldersgruppene finner vi at tilfredsheten med livet alt-i-alt er generelt høy og at aldersforskjellene er små. Den gjennomsnittlige tilfredsheten øker svakt fra 45 til 75 år, men faller noe deretter (se figur 1).



Figur 1: Tilfredshet med livet og positive og negative følelser etter alder

Kilde: LOGG

DE INTENSE FØLELSENE AVTAR

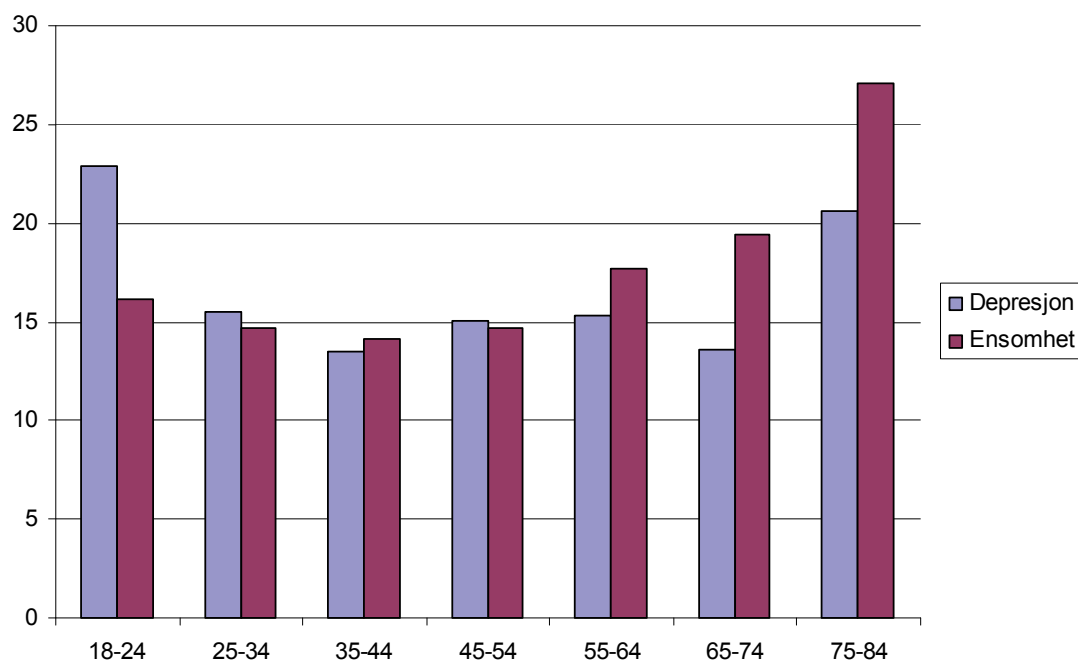
Selv om tilfredsheten er omtrent den samme i ulike aldersgrupper, så ser vi av figur 1 at både positive og negative følelser synker relativt kraftig med økende alder, med unntak av at de aller eldste (75+) rapporterer noe høyere skårer på negativ affekt enn de noe yngre.

Vi har også sett mer konkret på hvilke følelser som avtar ved å studere aldersforskjeller i de 12 ulike følelsene som inngår i målene for positive og negative følelser. Det er særlig de mer intense følelsene som avtar med alderen, f.eks. følelsen av å være «oppglødd» og «irritabel». Eldre er derimot omtrent like «interesserte» eller «nervøse» som yngre er. Dette mønsteret samsvarer med analyser av «lykke», som regnes som en sterkt positiv følelse. Analyser av hvor ofte man har følt seg lykkelig de siste to ukene, viser en nokså jevn nedadgående kurve med høyere alder (Hansen & Slagsvold, 2011). Men dette er funn fra tverrsnittsdata, og man skal være forsiktig med å tolke kurvene som resultat av «aldring».

U-KURVE FOR DEPRESJON OG ENSOMHET

Depresjon og ensomhet opptrer mer hyppig både blant de yngste og de eldste sammenlignet med personer midt i livet (figur 2). Mer enn hver femte person over 75 år gir uttrykk for «depressive symptomer», og nær dobbelt så mange av de over 75 år som de rundt 35 år skårer over vår grenseverdi for «ensomhet». Når vi analyserer enkeltspørsmål om ensomhet («Hender det at du føler deg ensom?»), oppgir 30,3 prosent blant personer 75–84 år at de er ensomme «av og til» eller «ofte», sammenlignet med 18–23 prosent blant de mellom 35 og 74 år.

Når vi kontrollerer for helse og sivilstatus, reduseres aldersforskjellene sterkt eller forsvinner (for nærmere detaljer, se Hansen & Slagsvold, 2011). Sårbarhet for depresjon og ensomhet skyldes altså ikke økt alder i seg selv (det å nærme seg døden), men er knyttet til konkrete tap eller begrensninger, som dårligere helse, funksjonsnedsettelse og tap av partner.



Figur 2: Andel deprimerte og ensomme i ulike aldersgrupper. Prosent

ER ELDRE MER FORNØYDE MED «ALT»?

I lys av at den objektive livskvaliteten synker med alderen, og at eldre rapporterer mer ensomhet og andre negative følelser, er det overraskende at eldre personer gjennomgående sier seg like tilfredse som yngre når de vurderer livet sitt »alt i alt«.

For å se nærmere på denne mer generelle tilfredsheten med livet, viser vi i tabell 1 sammenhengene mellom alder og fornøydhet med ulike livsområder. Tendensen er den samme som funnet i tidligere forskning, nemlig at eldre er mer fornøyd enn yngre med det aller meste. Det eneste de eldste sier seg mindre fornøyd med er helsen og seksuallivet (men også på disse områdene er ytterst få direkte misfornøyd). Vi merker oss dessuten at de er like tilfredse som yngre med sitt utseende.

Tabell 1: Tilfredshet med ulike livsområder i ulike aldersgrupper

Fornøydhet med...	Andel (%) som er tilfreds		
	18–40	41–74	75–84
<i>Levekår</i>			
materiell levestandard	83,4	87,1	91,2
økonomi	63,3	76,4	83,6
boligen	83,4	90,0	92,0
nærmiljøet	85,4	88,7	89,8
arbeidet	79,5	86,6	82,6
<i>Sosiale relasjoner</i>			
familiekontakten	77,8	84,0	89,1
vennekontakten	70,0	79,6	84,7
parforholdet (hvis i samliv)	94,9	94,3	96,0
<i>Helse</i>			
egen helse	68,2	48,3	26,8
seksualliv	57,3	57,6	44,4
utseende	62,5	66,0	61,4
vekt	47,7	53,0	64,8

Kilde: LOGG

SAMMENSATTE FORKLARINGER

Høyere tilfredshet tross dårligere levekår omtales i litteraturen som et tilfredshetsparadoks, og mange forskere har reflektert over fenomenet at eldre synes å «trives selv om de ikke har det godt» (Baltes & Baltes, 1990; Slagsvold, 1985; Staudinger, Marsiske, & Baltes, 1995). Man har vist til psykologiske mekanismer som at eldre sammenlikner seg med dem som har det verre. Dagens eldre er dessuten sprekere enn gårdagens eldre. De fleste har trygg økonomi, og trygghet i etablerte velferdsordninger, som kan skygge over mer negative ting.

En annen forklaring av mer teknisk art er at frafall fra undersøkelsene resulterer i et skjevt resultat nettopp blant de eldste. Det er trolig de som har det dårligst – også psykisk – som ikke blir med i slike studier. I tillegg kan eldrepopulasjonen i seg selv være selektert ved at de «lykkeligste» lever lengst. Dette kan gi et overdrevent positivt inntrykk av livskvaliteten i eldre år (Næss, 1992). Flere forskere har påpekt at Eldres høye tilfredshet kan skyldes at de har lave forventninger eller tilpasser sine forventninger til situasjonen. En måte å nedjustere forventningene på kan være å sammenligne seg med folk som har det verre, eller å bagatellisere og idyllisere dagens situasjon, og dermed

«overdrive» sin egen tilfredshet mer enn hva yngre gjør (Slagsvold, 1985). At eldre dermed «tar det» bedre (på grunn av lavere forventninger), betyr ikke nødvendigvis at de «har det» bedre. Flere har derfor pekt på at man bør være forsiktig med fortolkninger som bygger på subjektive mål på livskvalitet, og i alle fall ikke basere sosialpolitiske prioriteringer på et slikt grunnlag (Ringén 1995).

Nok en årsak til Eldres høye tilfredshet kan være generasjonsforskjeller. Alderskohort, i betydningen hvilken generasjon man tilhører, spiller trolig en rolle. Eldres tilfredshet kan delvis skyldes at de har andre referanserammer, blant annet at de har opplevd en voldsom velferdsvekst gjennom livet, og har en alderdom som er ganske annerledes enn den deres foreldre hadde. De tilhører også en generasjon der verdier om nøysomhet og å være tilfreds med det man har er mer utbredt (Slagsvold & Strand, 2005).

NEGATIVE ENDRINGER I SEN ALDERDOM

Fordi det er usikkert hvorvidt de observerte aldersforskjellene skyldes aldring eller kohorteffekter kan tverrsnittsanalyser gi et upresist bilde av aldersforandringer i livskvalitet over tid. Vi har derfor studert endringer i psykisk velvære i NorLAG-utvalget over fem år, blant personer som var 40–80 år ved første intervju. Da finner vi at den psykiske velværen er temmelig stabil fra midtlivet og inn i den tidlige alderdommen, men fra midten av 70-årene reduseres den, og særlig blant de over 80 år (for nærmere detaljer, se Hansen & Slagsvold, 2012).

De negative endringene i velvære viser seg langs flere akser—tilfredshet, negative følelser og ensomhet. Vi finner imidlertid ikke klare endringer i positive følelser og depressive symptomer i den høye alderdommen. Reduksjonen kan dels forklares ved de negative endringer i fysisk helse og sosialt nettverk (spesielt tap av partner) i den aktuelle perioden.

ELDRES LIVSKVALITET HØYEST I NORGE

Norske eldre har små bekymringer knyttet til økonomi og omsorgstjenester om det skulle bli nødvendig sammenlignet med eldre i land med dårligere trygghetsordninger (Hansen, Slagsvold, & Moum, 2008). Likevel er det ikke nødvendigvis noen klar sammenheng mellom økonomisk trygghet og velferdsordninger på den ene siden og psykisk helse, verken i yngre eller eldre

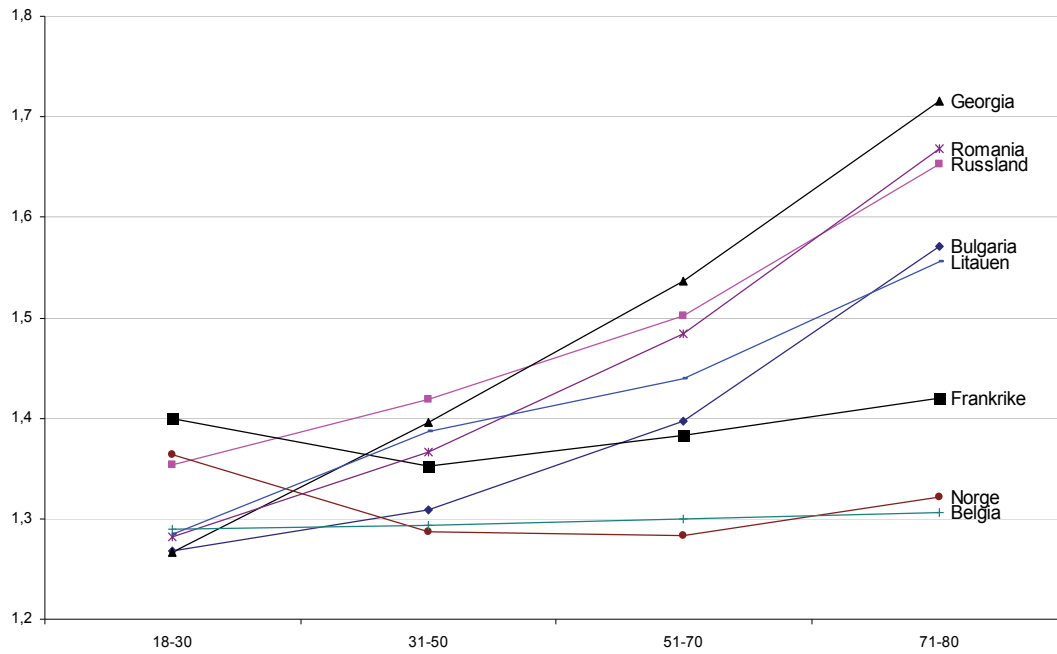
år. Dette har ikke minst vært tematisert når det gjelder psykiske problemer blant ungdom. En viktig kilde til psykisk helse i alle aldre er, i tillegg til trygghet, de nære relasjoner til familien. I mange land er den tettere enn i Norge. I mange land er eldres velferd i større grad enn i Norge familiens ansvar, dels fordi velferdstjenestene er beskjedne og ikke strekker til, og dels fordi andre land har en mer familistisk tradisjon (Saraceno & Keck, 2010).

Hvordan er eldres livskvalitet i Norge sammenlignet med land der velferdsstaten er mindre utviklet, men der familien står mer sentralt? Tidligere studier tyder på at eldres tilfredshet og lykke er høyere i Norden enn i andre land (Deaton, 2007; Pinguart, 2001). Vi skal sammenligne utbredelse av depressive symptomer og opplevelse av ensomhet.

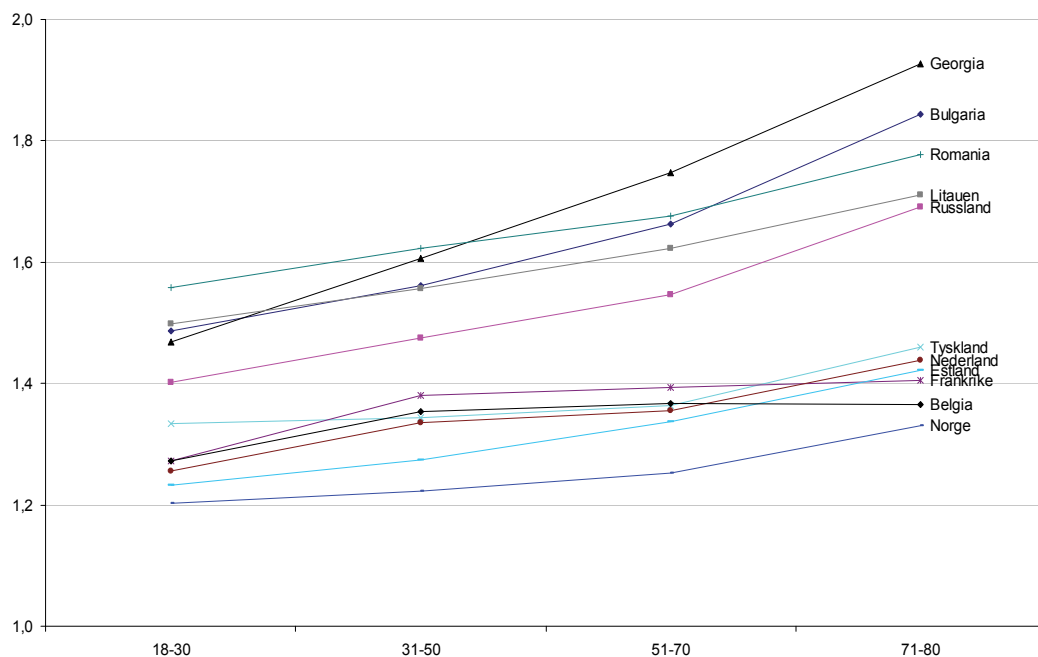
Som nevnt er LOGG-studien del av den internasjonale GGS-studien, der i alt 15 land har samlet data fra store utvalg av personer mellom 18 og 79 år. I alt 8 av disse landene har samlet data om depresjon og 11 land om ensomhet.

Figur 3 sammenligner aldersforskjeller i depressive symptomer. Her ser vi at i aldersgruppen 18–30 år er utbredelse av depressive symptomer noe høyt i Norge sammenlignet med i østeuropeiske land (Bulgaria, Litauen, Russland, Georgia, Romania), bare i Frankrike ligger andelen med depressive plager litt høyere enn i Norge i denne aldersgruppen. Men etter 30 synker andelen med depressive symptomer i Norge, og i aldersgruppene fra 30–80 år ligger andelen lavest av alle land i Norge sammen med Belgia. I alle de østeuropeiske landene, og i Frankrike, stiger gjennomsnittlig depresjonsskåre med økende alder, og den eldste aldersgruppen (71–80 år) har de høyeste skårene. Også i Norge ser vi en svak økning fra 71 til 80 år, men sammenlignet med andre land er depressive problemer langt mindre utbredt blant de eldste i Norge.

Også når det gjelder opplevelse av ensomhet er det mindre utbredt blant eldre i Norge sammenlignet med andre land, som det går fram av figur 4. Riktignok øker ensomheten noe etter 70 år, men økningen er langt svakere enn i østeuropeiske land og mindre enn i land som Nederland og Tyskland, og gjennomsnittsskåren for ensomhet er lavere for alle aldersgrupper i Norge enn i de land vi her kan sammenligne med.



Figur 3: Gjennomsnittlig skåre for depressive symptomer (1–4) etter alder og land.



Figur 4: Gjennomsnittlig skåre for ensomhet (1–3) etter alder og land.

Som vi har vært inne på foran er det i slike surveystudier trolig et frafall av de med dårligst psykisk helse, de mest ensomme og de mest deprimerte. Dette burde imidlertid være tilfelle i alle land, men kanskje i mindre grad i Norge enn i de land vi sammenligner med her, fordi svarprosenten i Norge er høyere enn for de fleste andre land i denne studien.

Det er nærliggende å anta at bedre psykisk helse og mindre ensomhet i Norge er knyttet til den trygghet og forutsigbarhet som en god velferdsstat gir. Eller sagt på en annen måte at utrygghet og uforutsigbarhet skaper psykiske problemer i eldre år i mange andre land. I disse data har vi bare informasjon om personer opp til 80 år. Hva med livets siste fase? Det kan være at landsforskjellene i livskvalitet og psykisk helse blir mindre da, fordi svekket helse og reduserte sosialt nettverk er universelle trekk ved alderdommens siste fase som velferdsstaten bare i begrenset utstrekning kan beskytte mot.

YNGRE ELDRE HAR DET BEDRE ENN ELDRE ELDRE

Oppsummert kan vi si at den tidlige alderdommen generelt synes å oppleves som en god periode av livet. Personer i 60-årene og langt inn i 70-årene er minst like tilfredse som yngre og har færre negative følelser. Den sene alderdommen synes imidlertid å være mer krevende. Relativt mange av de over 75 år er deprimerte og ensomme og opplever redusert tilfredshet med livet sammenlignet med fem år tidligere. At velvære reduseres i særlig høy alder samsvarer også med det vi vet fra internasjonale studier (Deaton, 2007; Diener & Suh, 1998).

Vi antar gjerne at opplevd livskvalitet og psykisk helse er et resultat av hvordan vi har det, av levekår og livsomstendigheter. Men forskning viser entydig at livskvalitetens ulike sider også i stor grad er knyttet til arv og personlighet (Nes, 2007). Medfødte disposisjoner har en stabiliserende effekt på livskvaliteten. På den bakgrunn er det blitt hevdet at det er nytteløst å forsøke å påvirke egen eller andres livskvalitet – «trying to improve your happiness may be about as futile as trying to grow taller» (Lykken & Tellegen, 1996). Men både miljø og arv har betydning for livskvalitet, noe som bekreftes av at vi finner nokså klare endringer i livskvalitet med alderen i Norge—først økning og senere reduksjon. Forskjellene mellom aldersgrupper i andre land, både når det gjelder depressive plager og ensomhet, peker også i retning av at livsomstendighetene har stor betydning for den psykiske helsen.

REFERANSER

- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Carstensen, L. L., Fung, H. H., & Charles, S. T. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation and Emotion*, 27(2), 103–123.
- de Jong-Gierveld, J., & van Tilburg, T. (1999). *Manual of the loneliness scale*. Amsterdam: Vrije Universiteit, Department of Social Research Methodology.
- Deaton, A. (2007). Income, aging, health and wellbeing around the world: Evidence from the Gallup World Poll. *Journal of Economic Perspectives*, 22(2), 53–72.
- Diener, E., & Suh, E. (1998). Age and subjective well-being: An international analysis. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 17, 304–324.
- Hansen, T., & Slagsvold, B. (2011). Alder. In S. Næss, T. Moum & J. Eriksen (Eds.), *Livskvalitet. Forskning om det gode liv* (pp. 137–154). Bergen: Fagbokforlaget.
- Hansen, T., Slagsvold, B., & Moum, T. (2008). Financial satisfaction in old age: A satisfaction paradox or a result of accumulated wealth? *Social Indicators Research*, 89(2), 323–347.
- Lykken, D., & Tellegen, A. (1996). Happiness is a stochastic phenomenon. *Psychological Science*, 7(3), 186–189.
- Nes, R. B. (2007). *Well-being & psychological distress genetic and environmental influences on stability, change, and covariance*. Dissertation. University of Oslo.
- Næss, S. (1992). Alder og livskvalitet. *Aldring og eldre*, 2, 8–10.
- Pinquart, M. (2001). Age differences in perceived positive affect, negative affect, and affect balance in middle and old age. *Journal of Happiness Studies*, 2, 375–405.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurements*, 1, 385–401.
- Saraceno, C., & Keck, W. (2010). Can We Identify Intergenerational Policy Regimes in Europe? *European Societies*, 12(5), 675–696.
- Slagsvold, B. (1985). *Inadequate living conditions and yet satisfied in old age* (No. 5/85). Oslo: Norsk Gerontologisk Institutt.

- Slagsvold, B., & Strand, N. P. (2005). Morgendagens eldre – Blir de mer kravstore og mindre beskjedne. In B. Slagsvold & P. E. Solem (Eds.), *Morgendagens eldre. En sammenligning av verdier, holdninger og atferd blant dagens middelaldrende og eldre*. NOVA-rapport 11/05.
- Staudinger, U. M., Marsiske, M., & Baltes, P. B. (1995). Resilience and reserve capacity in later adulthood: Potentials and limits across the life span. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology. Risk, disorder, and adaptation* (Vol. 2, pp. 801–847). New York: Wiley.
- 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*, 1063–1070.