

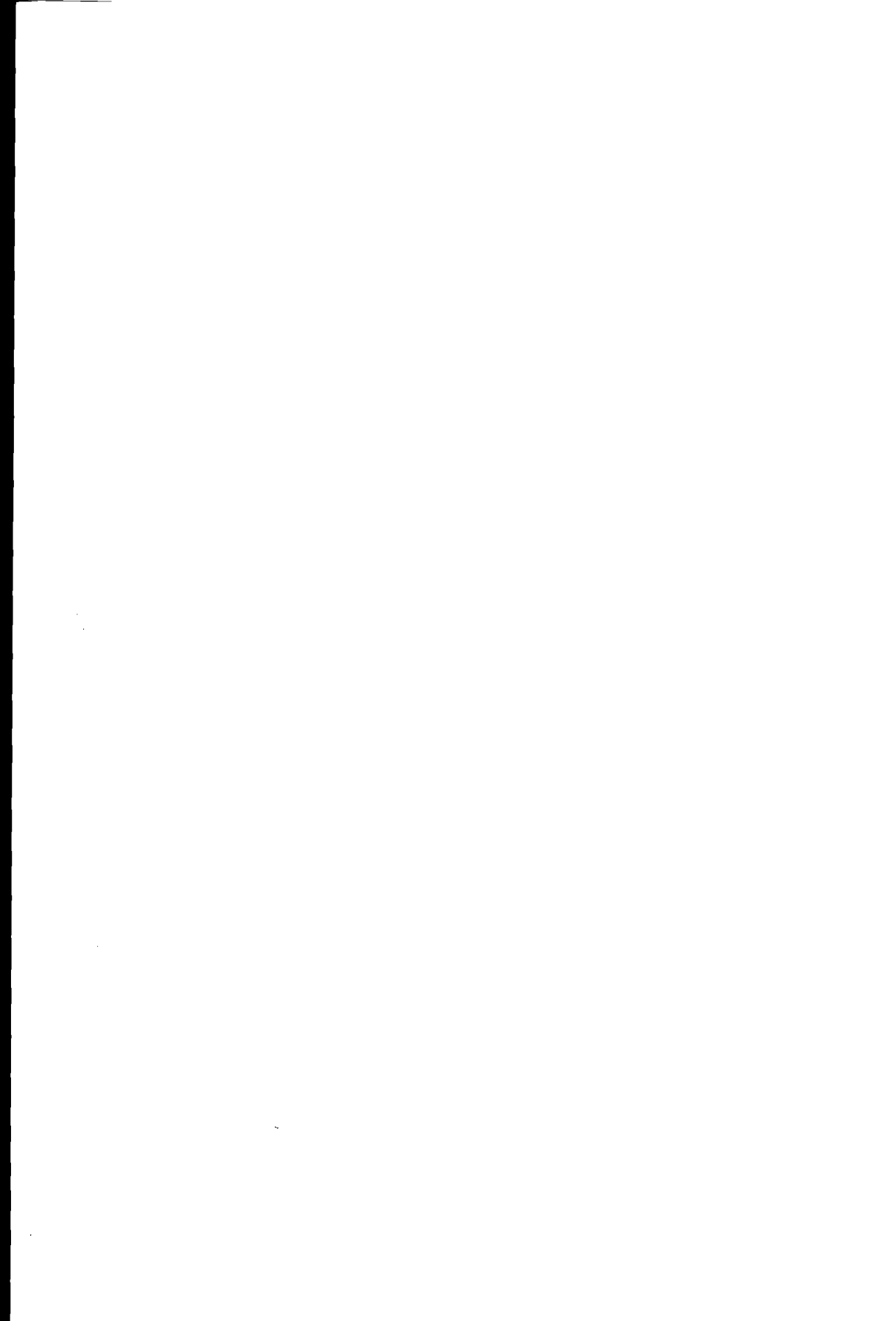
Espen Dahl og Pernille Vogt

Ensom og ulykkelig?

Levekår og livskvalitet blant eldre

Fafo

1998



Espen Dahl og Pernille Vogt

Ensom og ulykkelig?

Levekår og livskvalitet blant eldre

© Forskningsstiftelsen Fafo 1996
ISBN 82-7422-143-5

ii

Omslag: Agneta Kolstad
Omslagsfoto: Mikael Andersson – Mira/Samfoto
Trykk  **Falch** Hurtigtrykk

Innhold

Forord	5
Kapittel 1 Innledning	7
1.1 Hva er problemet?	7
1.2 Levekår og livskvalitet	9
1.3 Hvorfor en ny undersøkelse om eldre?	11
1.4 Hvorfor forske på eldre?	13
1.5 Hvordan rapporten er disponert	16
Kapittel 2 Eldrepolitikk og aldersforskning	17
2.1 Norsk eldrepolitikk.....	17
2.3 Temaer i norsk aldersforskning	21
2.4 Perspektiver i aldersforskningen	23
2.5 Tilnærmingen i denne rapporten	27
Kapittel 3 Hva er velferd?	29
3.1 Den samfunnsvitenskapelige diskusjonen	29
3.2 Den filosofiske debatten	34
3.3 Noen velferdspolitiske idealer	39
3.4 Oppsummering	41
Kapittel 4 Data og metode	43
4.1 Frafall	44
4.2 Hvor nøyaktige er svarene?	46
4.3 Oppsummering og konklusjon	49
Kapittel 5 Eldres levekår I: utviklingen på 1990-tallet	51
5.1 Eldres og yngres levekårsutvikling på 1980-tallet	53
5.2 Utviklingen av Eldres levekår på 1990-tallet	56
5.3 Oppsummering og diskusjon.....	59
Kapittel 6 Eldres levekår II: fordelingen i 1995	65
6.1 Sosioøkonomiske ressurser	70
6.2 Sosial forankring.....	74
6.3 Helse	76
6.4 Trygghet	79
6.5 Hopning, uavhengighet eller kompensasjon?	81
6.6 Oppsummering og diskusjon.....	82

Kapittel 7 Eldres boforhold: problemer og boligønsker	87
7.1 Eldre og yngres boforhold	88
7.2 Boproblemer blant eldre	89
7.3 Hvordan ønsker de eldre å bo?	95
7.4 Oppsummering og diskusjon.....	97
 Kapittel 8 Eldres livskvalitet: nivå, fordeling og kilder	 101
8.1 Teori og empiri	102
8.2 Nivå og sosial fordeling	111
8.3 Kilder til livskvalitet	114
8.4 Områdetilfredshet og total tilfredshet	118
8.5 Hopning av velferd	118
8.6 Oppsummering og diskusjon	119
 Kapittel 9 Sammenfatning og diskusjon	 125
9.1 Sammendrag	125
9.2 Konsekvenser for velferdsforskningen	128
9.3 Konsekvenser for velferdspolitikken	129
 Litteratur	 135
Vedlegg 1 Tabeller	147
Vedlegg 2 Livskvalitetsmålenes reliabilitet og validitet	159
Vedlegg 3 Spørreskjema	167

Forord

Prosjektet om eldres levekår og livskvalitet er kommet i stand på initiativ fra Norsk pensjonistforbund. Forskningsstiftelsen Fafo har utført prosjektet, Sosial- og helsedepartementet har vært hovedfinansør og Statistisk sentralbyrå har trukket utvalget og stått for intervjuingen.

Vi har fått mange nyttige og konstruktive innspill fra en rekke kolleger som har lest og kommentert utkast til kapitler underveis.

Takk til Susan Lingsom, Institutt for sosialforskning, og Kirsten Thorsen, Norsk gerontologisk institutt, som har gitt grundige og innsiktsfulle kommentarer til spørreskjemaet. Videre vil vi rette en varm takk til Anders Barstad, Jon Epland og Elisabeth Gulløy, alle ved Statistisk sentralbyrå, samt Torbjørn Moum ved Institutt for medisinske atferdsfag.

Ved Fafo står vi i takknemlighetsgjeld til Jo Cranner, Eli Feiring, Tonje Houg, Helge Larsen og Heidi Gautun, som alle har gitt kommentarer og ytt praktisk hjelp. Uten forkleinselse for de andre vil vi få lov til å framheve Heidi, som samvittighetsfullt og grundig har gått gjennom samtlige kapitler. De feil og mangler som gjenstår i det endelige produktet tar vi på egen kappe.

Bente Bakken og Jon S. Lahlum i Fafos publikasjonsavdeling skal også ha honnør for sin innsats for å få satt rapporten i produksjon.

Sist, men ikke minst fortjener referansegruppa en takk for et konstruktivt og stimulerende samarbeid. Den har bestått av Einar Strand, Arild Daleng og Per Wiedswang fra Norsk pensjonistforbund, Fredrik Mellbye, Gustav Vig og Egil Willumsen fra Pensjonistforbundets sentrale helseutvalg, Ottar Grønnevik, «Ung i dag – gammel i morgen», og Eli Johanne Lundemo og Helle Gran fra Sosial- og helsedepartementet.

Oslo, desember 1995
Espen Dahl

Kapittel 1

Innledning

1.1 Hva er problemet?

Temaet for denne rapporten er *eldres velferd*. Med velferd tenker vi på objektive levekårsressurser som inntekt og helse, og livskvalitet som subjektivt velvære og tilfredshet. Vi er opptatt av spørsmålet: Hvordan har eldre i Norge det på midten av 1990-tallet?

Eldres velferd er et tilbakevendende tema i massemedia. Det bildet media tegner, er imidlertid langt fra entydig. Her er bare et lite utvalg av hva avisene har skrevet om eldres levkår og livskvalitet det siste året.

Om eldres økonomi kan vi for eksempel lese: «De gamle blir flere og rikere» (*Aftenposten* 30.4.1995). «De eldre blir rikere» (. . .) «Gammel og rik» (*Dagbladet* 24.8.1995).

På engelsk går slike forestillinger under benevnelsen «WOOPIE» som er akronym for Well Off Older Person, det vil si rik gammel person (Arber og Ginn 1991). Bildet av den rike eldre er forholdsvis nytt. For et par år siden påviste Lødemel og Flaa (1993) at folk flest mente at eldre var fattigere enn andre grupper.

Vilkårene for sosiale kontakter, vennskap og sosial trygghet kan synes mer karrige: «Ensomhet en stor utfordring for framtidens eldreomsorg» (*Folkets Framtid* 31.3.1995). «Eldre enslige har det verst» (*Vårt Land* 5.4.1995). «Annenhver Oslo-borger føler seg utrygg i Oslo sentrum på kveldstid. Særlig eldre holder seg mer hjemme» (*Aftenposten* 11.4.1995).

Allerede noen måneder etter disse oppslagene var eldres ensomhet og ulykkelighet en myte: «Gammel og glad» (. . .) «90-åringer er lykkelige eldre» (*Dagbladet* 22.5.1994 og 23.5.1994).

Eldres helse er i ferd med å bedres ifølge en riksavis: «Aldri har gamle vært så friske» (*Aftenposten* 2.10.1995). Men samtidig meldes at mange eldre er redde for å dø: «Mange gamle er veldig redde for å dø alene. Det er nesten skremmende hvor isolerte og ensomme endel blir i livets siste fase.» (Intervju i *Aftenposten* 28.2.1995)

Ofte gir massemedia et nedslående bilde av eldreomsorgen: «Har ikke vært ute av aldershjemmet siden sommeren -93» (*VG* 27.1.1995). «Eldreomsorgen i Oslo skriker etter sykepleiere» (*Aftenposten* 28.3.1995).

Til tross for de uverdige forholdene som ofte utmales, slås det stort opp når noen ikke kommer inn på sykehjemmet: «99-åring for frisk for aldershjemmet» (*Arbeiderbladet* 1.11.1995).

Det bildet media gir av eldres velferd i Norge anno 1995 er således sammensatt, fragmentert og uoversiktlig.

Går vi til aldersforskningen, vil vi også der finne flere og til dels motstridende perspektiver og virkelighetsbeskrivelser (Estes 1992, Daatland 1995). I kapittel 2 skal vi gi en detaljert framstilling av teorier i aldersforskningen. La oss her for enkelhets skyld sonde mellom et individuelt og et sosialt perspektiv. Siden 1950-tallet har tradisjonell gerontologi vært individualistisk orientert. Denne orienteringen innebærer et syn på eldre som en ensartet sosial kategori mennesker og en oppfatning av aldring som styrt av psykologiske og biologiske prosesser (Daatland 1995, Kart 1989). Det tradisjonelle gerontologiske perspektivet er anklaget for å ha en ideologiserende og tilslørende funksjon: Konvensjonell gerontologi ser aldring som en naturgitt og uunngåelig prosess som skjer nær sagt uavhengig av sosiale strukturer og institusjonelle rammer (Daatland 1995). Disse kritiske synspunktene sorterer under flere overskrifter, som for eksempel «strukturett avhengighet», «aldringens politiske økonomi» og «den sosiale konstruksjonen av alderdommen» (Daatland 1995). Felles for dem er fokus på sosiale strukturer og på sosial ulikhet innad i eldrebefolkningen. Den sosiale ulikheten kan være strukturett etter kjønn og klasse, og omfatter særlig fordelingen av ressurser som økonomi, makt, status, helse og sosiale relasjoner (Bond 1986, Phillipson 1982, Phillipson og Walker 1986, Phillipson, m.fl. 1986, Arber og Ginn 1991a,b,c, 1992, 1993, Arber 1989, 1993, Arber og Evandrou 1993). Det budskapet disse kritiske tilnærmingene målbærer er at sosial ulikhet vedvarer inn i alderdommen. Vår tilnærming i denne rapporten er inspirert av dette kritiske perspektivet, som også har likhetstrekk med den nordiske levkårsstradisjonen (se nedenfor).

Kort sagt, verken i det offentlige ordskiftet eller i den vitenskapelige debatten om eldre og aldring tegnes et entydig bilde av eldres velferd. Denne mosaikken av eldrebilder var ett viktig motiv for at Fafo på oppdrag fra Norsk Pensjonistforbund har gjennomført denne undersøkelsen av hjemmeboende eldres levkår – det vil si hvordan eldre har det; og livskvalitet – hvordan eldre tar det. Rapporten tar opp fire spørsmål:

- 1 Hvorledes har *utviklingen* av eldres levkår de siste åra vært; har den levkårsforbedringen som fant sted blant eldre på 1980-tallet fortsatt inn på 1990-tallet?
- 2 Hvorledes er *fordelingen* av eldres levkårsforhold i 1995 etter sosial bakgrunn, og hvordan henger viktige levkårsressurser sammen?
- 3 Hvilke *boprosblemer* opplever eldre, og hva slags boligønsker har de?

- 4 Hvordan er eldres *livskvalitet*, det vil si subjektiv velvære og tilfredshet, og hvordan henger livskvaliteten sammen med sosial bakgrunn og levekår?

I dette innledningskapitlet skal vi først presisere nærmere hva vi legger i henholdsvis levekår og livskvalitet. Deretter skal vi si litt om hva som skiller denne undersøkelsen fra andre nyere norske undersøkelser av eldre. Videre skal vi diskutere hvorfor det er interessant å forske på en sosial kategori som «de eldre». Til slutt gis en oversikt over hvordan rapporten er disponert, sammen med en leserveiledning.

1.2 Levekår og livskvalitet

I dette innledningskapitlet skal vi gi en nærmere avklaring av innholdet i begrepene levekår og livskvalitet. Først i kapittel 3 skal vi drøfte deres styrke og svakheter.

Hva er velferd? Er det rettigheter, inntekt, ressurser, valgfrihet, evner, lykke, kombinasjoner av dette, eller noe helt annet? Levekårstradisjonen og livskvalitetsforskningen har ulike syn på hva velferd er.¹

Både livskvalitetsforskningen og levekårsforskningen oppsto som en reaksjon på det hegemoniet økonomiske indikatorer hadde som velferdsmål på femtitallet og tidlig på sekstitallet. Begge retningene tilhørte det som er blitt kalt sosial indikatorbevegelsen (Elstad 1983). Mot slutten av sekstiåra tok imidlertid samfunnsvitenskapelig og politisk tenkning omkring industrinasjonenes vekst og velferd en ny vending. Det vokste fram en kritikk mot at utviklingen av moderne samfunn ble målt og vurdert utelukkende etter økonomiske kriterier, som for eksempel bruttonasjonalprodukt. Det ble hevdet at framskrittet ikke kunne avleses ved hjelp av økonomiske indikatorer alene; det var nødvendig med et supplement av sosiale indikatorer. Den såkalte «sosial indikator bevegelsen» vokste fram. Denne utviklet seg i to hovedretninger: én objektiv levekårsstilnærming som fikk fotfeste i Norden, og én subjektiv livskvalitetstilnærming som ble mer framgangsrik i USA, Tyskland og Nederland. Den nordiske levekårsforskningen har vært lite opptatt av sammenhengen mellom objektive levekår og subjektiv livskvalitet. Det er ikke dermed sagt at den overhodet ikke har befattet seg med spørsmålet (jf Allhardt 1975). Likevel er det først og fremst livskvalitetsforskerne som har studert hvordan livskvaliteten henger sammen med levekårene.

La oss først gå levekårs teorien litt nærmere etter i sømmene. Inspirasjonskilden til levekårsforskningens ressursbegrep er den engelske samfunnsforskeren

¹ Det finnes også andre velferdspektiver for eksempel levestil og livsstil knyttet til folks livshistorier (Roos 1987), og en objektiv livskvalitetstilnærming som arbeider med livskvalitetsmål på aggregatnivå som selvmordsrater, kriminalitetsfrekvenser osv. Ingen av disse skal vi diskutere nærmere her (se Erikson og Uusitalo 1987).

Robert Titmuss som lanserte begrepet «command over resources» i en artikkel fra slutten av femtitallet, som siden er blitt klassisk (Titmuss 1958). Disse ressursene er sosialt relevante i den forstand at de gir et sosialt utbytte når de settes inn på ulike samfunnsarenaer, som for eksempel i utdanningssystemet eller i arbeidslivet. Levekårsressurser kan være individuelle, for eksempel inntekt, utdanning og helse, eller kollektive, for eksempel organisasjonsmedlemskap. Det er internasjonal enighet om at viktige ressurser eller vilkår, det som gjerne kalles for levokårskomponenter, innbefatter (NOU 1993:17):

- * Helse og tilgang på medisinsk behandling
- * Sysselsetting og arbeidsvilkår
- * Økonomiske ressurser og forbruksvilkår
- * Kompetanse og utdanningsmuligheter
- * Familie og sosiale relasjoner
- * Boligforhold og tilgang på tjenester i nærmiljøet
- * Rekreasjon og kultur
- * Sikkerhet for liv og eiendom
- * Politiske ressurser og demokratiske rettigheter

Levekår kan defineres som individenes tilgang på ressurser som de kan bruke på ulike «arenaer» til å kontrollere og bevisst styre sine livsvilkår (NOU 1993:17). Dette «ressursperspektivet» kan altså beskrives ved hjelp av en modell der tre sentrale begreper inngår.



Tanken er at de levokårene et menneske oppnår i livet, eller i perioder av livet, er avhengig av de ressurser – medfødte eller ervervete – som individet har til rådighet. Det er likevel ikke noe én til én-forhold mellom ressurser og levokår. Betydningen av individers ressurser, når de skal omsettes i levokår, vil avhenge av forhold på de arenaene der omsetningen skal finne sted. Ringen (1995) sier at tilgangen til ressurser gir mulighet for valg, og valgfrihet er det essensielle aspektet ved velferd. Et eksempel: Hvordan utdanning (ressurs) kan omsettes til inntekt (levokår) på arbeidsmarkedet, vil være avhengig av hvordan arbeidsmarkedet (arenaen) er organisert. Belønningen i form av inntekt avhenger av om det er et ytelsesprinsipp som rår og ikke for eksempel bekjentskaper eller familieband. Et annet eksempel er omsetningen av inntekt til en bolig. Hvem som får bolig og hva slags bolig, kan være betinget av regler i kreditt- og lånemarkedet, hva slags sikkerhet en kan stille og eventuelt bekjentskap. Trekk ved arenaer som det politiske systemet, utdanningsmarkedet, arbeidsmarkedet, boligmarkedet og så videre er altså av betydning for hvem

som får tilgang til arenaen og for hvilke ressurser som er mest relevante ved omdanningen til ønskete levekårsresultater.

Ressurstilnærmingen innebærer at levekår ikke bare er noe som «hender» med folk. Levekår er noe som kan skapes og endres gjennom bevisst og målrettet handling, enten individuelt eller kollektivt (NOU 1993:17 s. 42). De eldres levekår kan i dette lys ses på som resultater av utgangsressurser, individuelle preferanser, handlinger og egenskaper ved de arenaene de eldre opptrer på. Den levekårsmodellen vi nå har beskrevet, er i høy grad en teoretisk konstruksjon. I liten grad har den vært anvendt systematisk i empirisk levekårsforskning (Elstad 1987:182–184).

Mens levekårsforskerne er opptatt av forutsetningene for subjektiv livskvalitet, setter livskvalitetsforskerne søkelyset direkte på den subjektivt opplevde livskvaliteten, det vil si de opplevde resultater av de ytre levekårene. Denne tilnærmingen kan føres tilbake til den klassiske greske filosofen, Aristoteles. Aristoteles anså lykken som det høyeste av alle goder, *summum bonum*, som alle mennesker streber etter. Når lykken er nådd, er det ikke mer å hige etter. I moderne vitenskap er livskvalitet et psykologisk begrep. En vanlig definisjon av total («global») livskvalitet er folks subjektive, mer permanente opplevelser og vurderinger – både negative og positive – av livet. Det trekkes ofte et skille mellom livskvalitetens følelsesmessige og kognitive side. Den følelsesmessige siden kjennetegnes av reaksjoner som opplevelse av lyst, nytelse, glede, lykke, velvære, og fravær av ulyst, ubehag, uro og smerte og bekymringer. Den kognitive siden særmerkes av vurderinger, sammenlikning, saklige overveielser og bedømmelser. Forventninger og tilvante standarder spiller en viktig rolle for opplevd tilfredshet (Diener 1994, Mastekaasa m.fl. 1988).

I denne undersøkelsen skal vi se nærmere på utvalgte viktige levekårsressurser og på begge aspekter ved livskvaliteten.

1.3 Hvorfor en ny undersøkelse om eldre?

Hvorfor var det nødvendig med en ny spørreundersøkelse blant eldre? Det finnes i hvert fall fem ganske ferske undersøkelser.

1) Levekårsundersøkelsen 1987 (LKU 87) hadde et eget eldreutvalg på til sammen 948 personer over 67 år (Lingsom 1991). LKU 87 dekker, foruten de tradisjonelle levekårskomponentene, blant annet områder som uformell pleie og omsorg og bruk av offentlige tjenester.

2) I utvalget til Levekårsundersøkelsen 1991 (LKU 91) er det 576 personer over 67 år (SSB 1992). Variabeltilfanget i LKU 91 er også meget omfattende og inkluderer alle de vanlige levekårsindikatorene.

3) I «Undersøkelse om pensjonisters inntektsforhold 1992» består netto-utvalget av 978 pensjonister. Av dette er 510 alderspensjonister. I tillegg til

pensjonsinntekter kartlegges bruk av offentlige tjenester, boligforhold, behov for tilrettelegging av bolig, gjeld og utgifter, tilknytning til servicetjenester, offentlige tilskudd og utgifter til helseformål (Sosial- og helsedepartementet 1992).

4) I NIBR-prosjektet «Privat eldreomsorg i storby» var utvalget drøyt 800 personer over 70 år. Hovedtemaene er bruk av omsorgstjenester, pleie- og omsorgsbehov og helse (Clausen 1993, 1995).

5) Undersøkelsen «Eldre i eget hjem» ble utført av Norsk gerontologisk institutt i samarbeid med INAS. Utvalget var eldre fra Sagene-Torshov og Lambertseter i Oslo og var på 500 personer. Undersøkelsen går særlig i dybden på hjelpebehov og hjelpeordninger, og har spørsmål om livskvalitet, ensomhet og framtidige ønsker og behov.

Samlet favner disse undersøkelsene en lang rekke områder. Foruten en omfattende dekning av levekårsressurser inngår spesielt emner som omsorgs- og hjelpebehov, bruk av og utgifter til tjenester, bolig og boligtilpasning.

Den foreliggende undersøkelsen skiller seg fra dem vi nå har omtalt på minst fire punkter. Det første og viktigste punktet er at vi har spørsmål om livskvalitet. Ingen av de omtalte landsomfattende undersøkelsene har det. Vi anvender for første gang her i landet norske oversettelser av to internasjonalt anerkjente og ikke minst velprøvde batterier for å måle velvære og tilfredshet. I tillegg til at den foreliggende undersøkelsen har et annet fokus enn de omtalte, har vi gjort ualminnelige anstrengelser for å redusere og få kontroll over frafallet av intervjupersoner. Erfaringsmessig er det stort frafall blant eldre respondenter. Sannsynligvis er det de svakeste og sykeste som faller fra, men det er ingen gitt å si i hvor sterk grad dette påvirker resultatene. I kapittel 4 er disse tiltakene beskrevet, og vi har vurdert hvilke konsekvenser frafallet i denne undersøkelsen har for resultatene. Et tredje særtrekk ved denne undersøkelsen er at intervjuerne har gitt skriftlige kommentarer dersom de opplevde problemer med intervjuet som skyldtes kognitiv svikt hos intervjupersonene. Dersom dette forekommer ofte, er det fare for at resultatene blir svært usikre. I kapittel 4 har vi beregnet hvor ofte kognitiv svikt har forekommet og vurdert i hvilken grad det har påvirket resultatene. Fjerde og siste kjenne-tegn ved denne undersøkelsen er at vi har tatt inn et spørreinstrument som skal måle intervjupersonenes tilbøyelighet til å avgi svar som anses som sosialt ønskelig. Det er allment antatt at eldre mennesker gjerne gjør det. Det vil bidra til å overdrive inntrykket av høy livskvalitet blant eldre. I kapittel 4 og 8, samt i metodevedlegget (vedlegg 2), har vi analysert hva tendensen til å svare sosialt ønskelig betyr for resultatene.

1.4 Hvorfor forske på eldre?

At den kunnskapen vi har om eldres velferd er fragmentert, kan være grunn god nok til å sette i gang ny forskning på denne befolkningsgruppa. Det er imidlertid minst ytterligere to gode grunner til at eldre er en spesielt interessant gruppe å studere.

Eldresamfunnets framvekst

«Eldresamfunnet» er en historisk nyskaping. Eldresamfunnet særmerkes av en økning av levealderen samtidig som eldrebefolkningen vokser (NOU 1992:1). Vi er i den fjerde fasen i det demografene kaller den demografiske overgangen. Denne kjennetegnes av lav dødelighet, lav fruktbarhet, lav befolkningsvekst og dermed en økning i tallet på eldre mennesker (Brunborg 1992). På 1700-tallet, i det tradisjonelle, stasjonære bondesamfunnet, lå både dødelighet og fødselshyppighet svært høyt, mellom 3,5 og 4,5 prosent av befolkningen hvert år. Derfor var også den gjennomsnittlige levealderen svært lav, mellom 30 og 40 år. På 1800-tallet sank dødeligheten betraktelig. De viktigste årsakene var antakelig bedre hygiene og kosthold. Rundt 1900 begynte fallet i fødselshyppigheten. Fra å ha ligget på rundt tre prosent like før århundreskiftet, sank fødselshyppigheten til omkring 1,2 prosent etter siste krig. I tillegg har utvandringen til Amerika bidratt til de demografiske endringene. De aller fleste av de som reiste, enten som emigranter fram til 1920, eller som sjømenn seinere, var ofte unge menn på jakt etter arbeid eller en ny start i livet (Hodne og Grytten 1992:73). Alle disse faktorene har bidratt til høyere levealder og voksende eldrebefolkning. På midten av 1850-tallet var levetida for nyfødte menn om lag 48 år, og for kvinner 51 år. I dag er den steget til 75 år for menn og 80,6 år for kvinner (*Historisk statistikk* 1995). I det tradisjonelle jordbrukssamfunnet utgjorde befolkningen over 60 år seks prosent. I 1970 var denne andelen steget til 17 prosent (Hodne og Grytten 1992:75). Fra 1900 til 1990 har aldersgruppa over 67 år økt med 128 prosent. Aldersgruppa over 80 år har vokst enda mer, med hele 183 prosent. Veksten i befolkningen sett under ett har vært på 30 prosent.

Omsorgsmeldinga (NOU 1992:1) viser at framover mot 2010 vil antallet eldre over 67 år synke med noen titusener (fra 625 000 til om lag 580 000). Tallet på de aller eldste, det vil si de over 80 og 90 år, vil imidlertid fortsette å vokse i denne perioden. Antallet over 90 år vil sannsynligvis bli fordoblet i perioden 1990 til 2050. Fra 2010 til 2040 vil antallet eldre over 67 år stige igjen, takket være de store kullene som ble født rett etter annen verdenskrig. Antallet eldre over 67 år går fra rundt 600 000 i dag til nesten 900 000 i 2040.

Siden kvinner har høyere levealder enn menn, vil det bli flere eldre kvinner i tida framover og mange av dem vil være ugifte og enslige.

Konsekvensene av eldresamfunnets framvekst er mange. Her er vi primært interessert i velferdsaspektene. Ifølge et tradisjonelt syn, som kan spores tilbake til det gamle Egypt 2500 år før Kristi fødsel, er alderdom uunngåelig knyttet til lav velferd, og særlig høy sykелighet og sviktende helse (Victor 1991:55). Ifølge Victor er denne oppfatningen særlig ført videre av medisinen. Som avisreferatene ovenfor antyder, er denne ensidige oppfatningen i ferd med å utfordres, men uten at den erstattes av noen alternativ og helhetlig virkelighetsbeskrivelse.

De eldre er unike

I denne undersøkelsen studerer vi eldre mellom 65 og 98 år. At våre intervju-personer tilhører en bestemt aldersgruppe er imidlertid bare en høyst foreløpig og overflattisk betraktning.

De eldre i vårt utvalg er unike på to måter. For det første er våre eldre unike fordi de er overlevende. Dagens eldre er antakelig systematisk forskjellig fra dem de ble født samtidig med, det vil si samme fødselskull. Og jo eldre de er, jo mer spesielle er de. Overlevelsestabeller fra Statistisk sentralbyrå (Borgan, personlig meddelelse) som går fram til 1994, viser at av 1926–30 - kullet – det kullet våre 65-åringer tilhører – har 69 prosent av mennene og 81 prosent av kvinnene overlevd. De eldste i vårt utvalg fyller 98 år i 1995; de var altså født mellom 1896 og 1900. Av dette fødselskullet er 0,4 prosent av mennene og 1,4 prosent av kvinnene igjen. Med andre ord: Å studere mennesker som i dag er 65 år gamle og eldre, er ikke det samme som å studere mennesker som ble født for 65 år siden eller mer. Vi sitter igjen med et unikt og selektert materiale.

For det andre: Dagens eldre har helt spesielle erfaringer knyttet til de samfunnsmessige endringer og begivenheter som har funnet sted i den historiske epoken som strekker seg fra begynnelsen til slutten av 1900-tallet. De som i dag er 65 år og eldre har så å si vært vitne til at det norske samfunnet har utviklet seg fra et tradisjonelt bondesamfunn til en moderne, industrialisert og velstående velferdsstat. De har selvsagt ikke bare vært passive tilskuere, men også aktive deltakere i byggingen av det samfunnet vi har i dag. Samfunnet har preget dem, og de har preget samfunnet.

I løpet av 1900-tallet har dyptgripende endringer funnet sted på alle samfunnsområder: i økonomi, i sosiale forhold og i politikk. La oss gi et skjematisk riss av den historien som dagens eldre har vært en del av.

De eldre har vært vitne til en voldsom økonomisk vekst og økt velstand i løpet av dette hundreåret. Norge har utviklet seg fra å være en isolasjonistisk stat i 1905, til en aktiv forkjemper for internasjonalt forpliktende samarbeid. Norge har gått fra å være et bondesamfunn i 1900, til et urbanisert, post-industrielt samfunn hvor de tjenesteytende næringene står for hovedandelen

av verdiskapingen. Dessuten er vi blitt en oljenasjon: I 1990 var Norge Europas største oljeeksportør, og oljen står for en betydelig andel av nasjonalproduktet. Samtidig har veksten i offentlig sektor vært omfattende. Fra å være en nattvekterstat i 1900, har staten utviklet seg til en moderne velferdsstat med stor innflytelse på de fleste samfunnsområder.

Også sosiale forhold har endret seg radikalt. Kvinnene har tatt skrittet inn på flere samfunnsarenaer. Spesielt er kontrastene store mellom 1950- og 60-tallet – en periode som er kalt husmorideologiens tid (Skrede og Tørnes 1986:15), til 1980- og 90-tallet – som er preget av kvinnes inntog i lønnet arbeid og i politikken (Furre 1992). Det er ikke mer enn 90 år siden, i 1907, at det ble innført begrenset stemmerett for kvinner. Allmenn stemmerett fikk vi i 1913. I samme periode har ekteskapsinstitusjonen og samlivsformene gjennomgått store forandringer: Vi har beveget oss fra økonomisk motiverte fornuftsekteskap til den romantiske ekteskapsformen. Kjernefamiliene har så å si erstattet storfamiliene. Ekteskapet som institusjon er under kontinuerlig utfordring. Skilsmisser er vanlig og alternative familie- og samlivsformer vokser fram, så som samboerskap, aleneforelderfamilier og serieomonogami.

Den politiske utviklingen på 1900-tallet har i stor grad vært preget av arbeiderbevegelsens framvekst og integrering i samfunnet. 1935 kan betraktes som et vendepunkt i så måte. Dette året fikk vi kriseforliket mellom Arbeiderpartiet og Bondepartiet, og Hovedavtalen mellom LO og NAF ble undertegnet. Selv om de borgerlige etter krigen har hatt perioder med regjeringsmakt, er det kontinuitet som har vært hovedtendensen i den politikken som har vært ført (Furre 1982).

Mange av dagens eldre har gjennomlevd alle de fire stadier som velferdsstaten sies å ha utviklet seg gjennom (Heclo 1981). Den første fasen var *eksperimenteringsfasen*. Den varte fra 1870 til omkring 1920. I Norge på denne tida bar den såkalte sosialhjelpstaten preg av streng behovsprøving og minstepandarder (Seip 1994). Den andre fasen, *konsolideringsfasen* på 1930- og 1940-tallet, kjennetegnes av at de sosialpolitiske forsøkene kom inn i fastere institusjonelle rammer samtidig som at statens sosiale engasjement og ansvar ble anerkjent. Den tredje fasen, *ekspansjonsfasen*, fant sted sammen med den sterke økonomiske veksten i vestlige land på 1950- og 60-tallet. I Norge fikk det universalistiske prinsippet gjennomslag i denne perioden, og folketrygden ble innført. Fjerde fase, *reformuleringsfasen* som vi er inne i, kjennetegnes av interesse for effektivitet, målretting, rasjonalisering og privatisering.

For å oppsummere: De eldre blir stadig eldre og utgjør en voksende befolkningsgruppe. Det tradisjonelle synet er at høy alder nærmest er ensbetydende med lav velferd. Det moderne synet, slik det blant annet kommer til uttrykk i massemedia, er langt mer nyansert, så nyansert at det blir motsetningsfullt og sprikende. Dagens eldre er enestående, både som gjenlevende representanter for en bestemt generasjon og som bærere av helt spesielle

historiske erfaringer. Det er interessant og viktig å undersøke eldregenerasjonens levkår og livskvalitet.

1.5 Hvordan rapporten er disponert

En ambisjon med denne rapporten er at den skal kunne leses av både leg og lærd. Lesere uten interesse eller forutsetninger for teori, overordnede perspektiver, statistikk og detaljerte funnbeskrivelser, kan gå rett på avsnittene «oppsummering og konklusjon» som avslutter hvert kapittel. De viktigste funnene er også presentert på de første sidene i siste kapittel.

Til glede for lesere som er interesserte i denslags er rapporten også forsynt med tabeller og tabellvedlegg som bringer resultatene av analyser utført med bivariat prosentuering og lineær og logistisk regresjon.

Kapitlene 2 og 3 åpner forskningsfeltet og er forholdsvis teoretisk orientert. Kapittel 2 gir en innføring i noen aktuelle stridsspørsmål i norsk eldrepolitikk i øyeblikket. Viktige temaer i norsk aldersforskning løftes fram, og noen sentrale forskningsperspektiver på eldre og aldring diskuteres. Avslutningsvis plasseres rapportens tilnærming i forhold til de overordnede perspektiver som er drøftet. I kapittel 3 problematiseres velferdsbegrepet. Vi drøfter hva velferd er, og hva velferd bør være i lys av utvalgte samfunnsvitenskapelige og filosofiske bidrag. Vi undersøker også hva slags velferdssyn som er nedfelt i programmene til de politiske partiene i Norge. I kapittel 4 beskriver vi datamaterialet og vurderer dets kvalitet. I kapittel 5 ser vi på endringene i eldres levkår de siste 15 åra med hovedvekten på perioden fra 1991 til 1995. I kapittel 6 tar vi for oss den sosiale fordelingen av eldres levkår i 1995 og analyserer hvordan deres levkår på forskjellige områder henger sammen. Kapittel 7 fokuserer mer spesifikt på eldres bop problemer og boligønsker. I kapittel 8 belyses eldres livskvalitet og sammenhengen mellom levkår og livskvalitet. I metodevedlegget til dette kapitlet vurderer vi hvor sikre og treffende våre livskvalitetsmål er. I kapittel 9 gir vi et sammendrag av hovedresultatene, og drøfter noen av deres forskningsmessige og velferdspolitiske konsekvenser.

Kapittel 2

Eldrepolitikk og aldersforskning

I dette kapitlet skal vi gjøre greie for hovedlinjene i norsk eldrepolitikk og hvilke temaer som har dominert i norsk aldersforskning. Deretter skal vi drøfte noen framtreddende teoretiske perspektiver i aldersforskningen. Framstillingen munner ut i en nærmere spesifikasjon av de perspektivene som ligger til grunn for denne rapporten.

2.1 Norsk eldrepolitikk

Det eldresamfunnet vi beskrev hovedtrekkene ved i forrige kapittel, stiller velferdspolitikken overfor store utfordringer. Bakgrunnen for dette er to sammenfallende trender. På den ene siden har vi veksten i behovet for og etterspørselen etter ytelser og tjenester som skyldes de omtalte demografiske endringene. Stikkordmessig kan de oppsummeres på følgende vis. Antallet eldre og svært gamle vokser, tallet på eldre med rett til stadig høyere tilleggspensjoner øker, andelen aleneboende og pleietrengende tilar, og morgendagens eldre vil antakelig stille større krav enn dagens. På den annen side frykter myndighetene at de økonomiske mulighetene til å møte behovene, rettighetene og kravene vil svekkes. Regjeringas økonomiske framskrivinger viser at det er moderate vekstutsikter for norsk økonomi på lengre sikt. Veksten i offentlige inntekter forventes å bli svak fra 2010 og framover på grunn av nedtrappingen av petroleumsvirksomheten og stagnasjon i arbeidsstyrken (Dahl, m.fl. 1994).

I Regjeringas velferdsmelding (St.meld. nr 35 1995) diskuteres hvordan en tenker seg at disse utfordringene skal møtes både på kort og lang sikt. Premisene er de omtalte tunge demografiske trendene som fører til større forbruk av ytelser og tjenester, at de eldre får bedre råd, at «forsørgelsebyrden» på de yrkesaktive øker, samt at oljeinntektene minsker utover i neste århundre (Lund-utvalget NOU 1994:2).

Temaene kan plasseres under to hovedoverskrifter. Den første overskriften angår forholdet mellom tjenester og ytelser. Under denne overskriften faller diskusjonen om økt beskatning av pensjonene og brukerbetaling og finansiering av hjemmetjenestene. Den andre overskriften omhandler framtidens boformer for eldre.

Velferdsmeldinga (1995) gjør det imidlertid klart at det offentlige ikke skal bære hele ansvaret for eldres velferd alene. Det slås også til lyd for at eldre må ta sin del av ansvaret, og at en må komme fram til en balansert funksjonsdeling mellom det private/familien og det offentlige. Det er også et mål at eldre selv ønsker å bo hjemme eller å ha ansvaret for sin egen husholdning lengst mulig. En strategi er å gi eldre muligheter for en aktiv alderdom. Denne aktivitetslinja går ut på å motivere eldre til økt sosial deltakelse, både i politikken, i nærmiljøet og i arbeidslivet. Den såkalte arbeidslinja i velferdspolitikken innebærer også at eldre arbeidstakere skal stimuleres til å fortsette i yrkeslivet etter fylte 67 år (NOU 1994:2).

Tjenester og ytelser

I den åpne omsorgen er de viktigste kommunale tjenestene hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Kommunene står videre for ulike tjenester og tilbud som eldresentre, matombringing, ambulerende vaktmester, alarmtjeneste osv. Kommunene har lenge hatt ansvaret for bygging og drift av aldershem (NOU 1992:1 s. 113). I 1988 overtok kommunene ansvaret for driften av de somatiske sykehjemmene fra fylkeskommunen.

På 1980-tallet ble det fra politisk hold gitt uttrykk for at tjenestene burde prioriteres framfor pensjonene. Et slikt syn har også hatt sterk oppslutning blant folk flest (Bay 1993). Hvis en ser på utviklingen fra 1980 til 1990, ble likevel pensjonene prioritert framfor tjenestene. Dette skyldes i det vesentlige at pensjonene har et langt sterkere rettsvern enn omsorgstjenestene. Alderspensjonen står sterkt som universell rettighet, mens tjenester tildeles etter skjønnsmessige behovsvurderinger. Tjenestetilbudet er derfor følsomt for svingninger i økonomiske og politiske konjunkturer (Daatland 1994:54). Antall brukere av hjemmetjenestene har gått kraftig ned de siste åra, men det samlede antall årsverk i hjemmetjenesten har gått opp fra 1981 og fram til 1992 (*Ukens statistikk* 35/95, Strengenhagenutvalget 1994). Dette betyr at færre eldre får hjelp, men de som først benytter tjenesten, får flere timer. Det er i første rekke tjenester som hjemmesykepleie, matombringing og vaktmestertjeneste som har økt kapasiteten. Veksten i disse tjenestene henger sammen med nedgangen i institusjonsplasser.

Velferdsmeldinga signaliserer sterkere satsing på tjenestesida. Utfordringen framover blir å få finansiert ressursbehovet i pleie- og omsorgssektoren. Allerede i dag diskuteres hvor mye eldre selv skal betale for sin alderdom, hva de skal betale for, og hvor mye de skal betale for ulike offentlige tjenester. Ikke bare vil disse utgiftene vokse framover; i tillegg eksisterer et uoversiktlig villniss av ulike finansieringsordninger som er vanskelig å administrere (St. meld. nr 50 *Samarbeid og styring* 1993–94). Finansieringsordningene, det vil si brukerbetalingsordningene og tilskuddsordningene fra folketrygden og staten, er

i dag forskjellig for de ulike tjenesteformene. Betalingsordningene og nivået på brukerbetalingen varierer óg etter boform. Skillet går i hovedsak mellom alders- og sykehjem på den ene siden, og omsorgsboliger og egne hjem på den andre siden (Velferdsmeldinga 1995). Kommunene dekker en del av utgifterne til beboere i sykehjem, mens beboerne betaler en «pakkepris» gradert etter inntekt. Finansiering knyttet til egne hjem og til omsorgsboliger er mer sammensatt; både kommune, folketrygd, Husbanken og den enkelte selv har her ansvar for å dekke forskjellige utgifter.

Velferdsmeldinga uttrykker bekymring for at dagens finansieringsordninger hemmer et helhetlig og fleksibelt pleie- og omsorgstilbud. Dagens ordninger kritiseres for at de kan føre til at kommunene kan falle for fristelsen til å velge det som er mest økonomisk lønnsomt for dem, og ikke det som tilgodeser brukernes behov. Velferdsmeldinga tar derfor til orde for å forenkle og samordne dagens finansieringsordninger. Det er nedsatt et utvalg som skal foreslå mer hensiktsmessige finansieringsordninger for pleie- og omsorgstjenester i kommunene, både i og utenfor institusjon.

Dersom ordningene samordnes og gjøres mer ensartet, vil antakelig hjemmeboende eldre måtte betale mer for sine pleie- og omsorgstjenester enn de gjør i dag. Dette kan virke rettferdig i forhold til sykehjemsbeboerne som allerede har forholdsvis høy brukerbetaling. Hjemmeboende eldre derimot vil selvsagt oppfatte det som en forverring og oppleve det som urettferdig.

Om pensjonsytelsene understrekes det fra regjeringshold at folketrygden skal være en av «grunnpilarene i det norske velferdssamfunnet» (DNA 1992). Hvordan folketrygden skal sikres, er det imidlertid ikke full politisk enighet om. Konservative peker på at presset på folketrygden vil lette dersom staten blir avlastet for dem som har råd til å tegne egne pensjonsforsikringer. Staten kan dermed konsentrere seg om eldre som trenger det mest. Standardargumentet mot større selektivitet i velferdspolitikken er at folks oppslutning om og egeninteresse i velferdsstaten vil smuldre bort hvis de ikke får noe igjen fra den.

Skattleggingen av pensjonister er i øyeblikket et hett politisk tema. Pensjonistene har i dag særskilte inntektsfradrag og til dels andre skattesatser enn lønnstakere (Koren 1995:9). De spesielle reglene er grunnlagt med at eldre kan ha særskilte utgifter som følger med høy alder og nedsatt førlighet. Pensjonister har lavere trygdeavgift siden de ikke får pensjonspoeng av sin inntekt. Dessuten finnes en skattereduksjonsregel som skal bidra til at pensjonister med særlig lave inntekter får nok å leve av (Koren 1995). Fordi morgendagens pensjonister vil få høyere inntekter, faller begrunnelsen for disse særskilte skattereglene langt på vei bort, mener Regjeringa (Velferdsmeldinga 1995). Den innebygde inntektsveksten i tilleggspensjonssystemet representerer ikke bare et problem for framtidens finansiering av folketrygden. På sikt vil det også føre til en «urimelig» stor omfordeling av inntekt fra yrkesaktive til pensjonister (Lundutvalget 1994, Velferdsmeldinga 1995). Dette er bakgrunnen for at den

sittende Arbeiderpartiregjeringa har foreslått å beskatte alderspensjonister med «midlere og høyere inntekter» sterkere enn i dag: «Regjeringen vil legge til grunn at skatten for pensjonister med midlere og høyere inntekter i større grad bør tilnærmes skatten for lønnstakere med tilsvarende inntekter» (Velferdsmeldinga 1995:26). Argumentet er at høy alder i seg selv ikke er et kriterium som rettferdiggjør enn lempeligere beskatning av eldre enn av andre lønnstakere.

Boformer

Den andre overskriften er valg av boformer for eldre: institusjonsplasser, omsorgsboliger, serviceboliger eller egen bolig. En rekke utredninger har erklært at hjemmebaserte tjenester skal prioriteres framfor institusjonsplasser. Målt i ressursinnsats går brorparten fremdeles til institusjonene. Forholdet mellom de to områdene (åpen og lukket omsorg) er at to tredeler av årsverkene og tre firedeler av utgiftene går til institusjonsomsorgen (Daatland 1994:55). Fordelingen av hjemmetjenester er blitt mer målrettet, samtidig som tilbudet er intensivert. Hovedårsaken er nok at eldre som bor utenfor institusjon er mer hjelpetrengende i dag enn tidligere (Strengenhagenutvalget 1994). Antall institusjonsplasser har gått i bølger de to siste tiåra, men har gått ned siden 1988 (*Historisk statistikk* 1995). Sykehjemskapasiteten er mer enn tredoblet de siste tiåra, mens antall plasser på aldershjem er redusert. Bygging av enebolig har hatt høy prioritet. Siden 1989 har antall enkeltrom gått opp 3000, til nærmere 31 000. Antall tomannsrom har vært mer eller mindrestabilt, mens rom for flere enn to er redusert. I dag bor en tredel av beboerne på to- eller flermannsrom (SSB, *Ukens statistikk* 20/93). I 1994 var 73 prosent av institusjonsbefolkningen over 80 år, og dekningsgraden for denne aldersgruppa har gått ned fra 33,5 plasser per 100 i 1980 til 27,2 plasser per 100 i 1993 (Velferdsmeldinga 1995). Dette har medført at terskelen for innlegging på sykehjem er blitt høyere: «Overføringen fra hjemme- og familieomsorg til institusjonsomsorg er forskjøvet til et senere tidspunkt» (Daatland 1994:49).

Velferdsmeldinga tar til orde for variasjon i tilbudet til de eldre. Regjeringa ønsker en opprusting av hjemmetjenestene slik at de eldre kan bo så lenge som mulig i eget hjem, og utbygging av service- og omsorgsboliger med et heldøgns serviceapparat hvis det er behov for det. Målet er å gi alle pleietrengende eldre og kronisk syke et døgntilbud. Pensjonistforbundet og andre eldreorganisasjoner, blant annet eldrådene, er skeptiske til satsing på omsorgsboliger fordi det kan gå på bekostning av sykehjemsplasser, eller fordi omsorgsboliger bygges ut uten at servicetilbudet kommer på plass (NGI-konferanse i Oslo 1994).

Kvaliteten på tilbudene i pleie- og omsorgssektoren, og særlig på sykehjemmene, har vært gjenstand for mye oppmerksomhet de aller siste åra. I 1994

ble det nedsatt et utvalg som skulle se nærmere på kvaliteten på eldreomsorgen, det såkalte Strengenhagenutvalget (1994). Utvalget tar utgangspunkt i brukernes livskvalitet og setter deres *grunnleggende behov* i sentrum. Men institusjonsbefolkningens subjektive velferd filtreres gjennom både behov, livserfaringer og forventninger. God kvalitet på brukernes premisser kan derfor være vanskelig å måle. Antall ensengsrom, pleiefaktoren og liknende kvantifiserbare mål viser ingen klar sammenheng med institusjonsbeboerens trivsel og velvære. Slagsvold (1995) finner dårlig samsvar mellom målt og observert kvalitet, og hun viser også til at ulike studier peker i forskjellige retninger. Strengenhagenutvalget går ikke inn for lovfestede minimumsstandarder, men understreker viktigheten av å dekke den eldres grunnleggende behov. Det må legges til rette for tilstrekkelig og riktig ernæring, ivaretagelse av personlig hygiene, tilbud om medisinsk behandling og trygghet bør være et nøkkelbegrep i eldreomsorgen. Videre legges det også vekt på en verdig livsavslutning, tilbud om enerom og varierende aktiviteter, samt medbestemmelse. Velferdsmeldinga tar opp denne tråden og slår fast at statens oppfølging av de kommunale tjenestene bør ta utgangspunkt i resultatindikatorer heller enn bemanningsnormer og annen ressursinnsats.

2.3 Temaer i norsk aldersforskning

Norsk aldersforskning kom i gang for alvor med opprettelsen av Norsk gerontologisk institutt (NGI) på midten av femtitallet. Aldersrelatert forskning hadde funnet sted tidligere også, men den var overveiende medisinsk orientert (Daatland 1994). Den gerontologiske forskningen som har vært drevet ved NGI, har vært nært knyttet til velferdsstatens framvekst og de problemer som har stått på den politiske dagsordenen. Forskningen ved NGI så vel som ved andre institutter har i høy grad vært sosialpolitisk relevant og hatt et anvendt siktemål (Daatland 1994).

Naturlig nok har NGI stått sentralt i norsk aldersforskning siden instituttet ble opprettet. I motsetning til medisinsk aldersforskning, geriatri, som har hatt universitetet som sin base, har den samfunnsvitenskapelige aldersforskningen vært forankret i et frittstående institutt.

Etter hvert har andre institutter og miljøer kommet til. Vi vil spesielt nevne Institutt for sosialforskning (INAS), Norsk institutt for by- og regionsforskning (NIBR), Norges byggforskningsinstitutt (NBI) og Statistisk sentralbyrå (SSB).

I og med at norsk aldersforskning har vært opptatt av dagsaktuelle sosialpolitiske saker, har forskningstemaene svingt med de politiske konjunkturerne. På NGIs repertoar har imidlertid omsorgsforskning hele tida stått sentralt. Under denne rubrikken faller analyser av utviklingen av omsorgstjenester og

studier av serviceboliger og korttidsopphold på institusjon (Lauvli 1991, 1992, NGI årsmelding 1995, Daatland 1994). Også NBI engasjerer seg i forskning om bolig og boformer blant eldre (NBI 1993, Barlindhaug 1995). NGI overvåker utbyggingen av tjenester, omfang og behovsdekking, tallet på institusjonsplasser og utviklingstendenser i kommunene (Daatland 1994). På dette feltet kommer også viktige bidrag fra INAS, ikke minst når det gjelder forholdet mellom privat og offentlige omsorg og brukerbetaling (Lingsom 1987, 1989, 1991, INAS årsrapporter 1992, 1993, 1994). Ved NGI er det økende interesse for kvaliteten på sykehjem (Slagsvold 1995). Et større samarbeidsprosjekt mellom NGI og Folkehelsa om dette temaet er på trappene. De siste åra er dessuten kvalitet på sykehjem blitt satt høyt på den politiske dagsordenen (Strengenhagenutvalget 1994).

Ved NGI utføres også en del forskning som er forankret i teoretisk problemstillinger knyttet til psykologisk aldring, livserfaringer og livsløp (Seim 1988). Ved NGI har den metodiske tilnærmingen til livsløpsanalysen hovedsaklig vært kvalitativ (Thorsen 1992, Danielsen 1991, Wærness m.fl. 1993). Ved Institutt for samfunnsforskning har Hagestad (1990) vært opptatt av å studere livsløp ved hjelp av kvantitative metoder.

En annen stor overskrift i norsk aldersforskning de siste åra er velferds- og levekårsanalyser. Dette feltet spenner fra studier av arbeid og pensjonering, eldres økonomi, pensjonistbeskatning, sosial integrasjon og deltakelse, og subjektiv livskvalitet (Beverfeldt 1982:38, Daatland 1994:38). Ved NGI har en nærmet seg eldres livskvalitet ad kvalitativ vei, mens andre har utforsket eldres livskvalitet med kvantitative metoder (Næss 1986, Næss 1992). Mer tradisjonell levekårsforskning blant eldre, som en av flere aldersgrupper, er óg drevet av SSB og NIBR. Sistnevnte institutt har vært spesielt opptatt av eldres levekår i storbyene (Clausen 1995, Brevik 1993, referert i Hjort og Waaler 1995). Eldres inntekt og økonomi har vært viet spesielt mye oppmerksomhet i den seinere tid. Om alderspensjonistenes økonomi har det bare i løpet av de siste fem åra kommet et stort antall arbeider som analyserer inntektenes nivå, fordeling, utviklingstrekk og forventet utvikling de neste tiåra (AAD 1991, Koren 1994, Dahl 1989, SBBs inntekts- og formuesundersøkelser, Levekårsutredningen NOU 1993:17, Velferdsmeldinga 1995). Hvordan dagens skatteregler slår ut for alderspensjonistene og vil slå ut i framtida, har óg vært undersøkt og drøftet (Koren 1995).

Forholdet mellom tjenester eller ytelser for eldre er særlig tatt opp av Bay (1991, 1993) på INAS (årsmelding 1994).

Et annet tema som har fått ókt oppmerksomhet de siste åra er aldersdemens. Sosial- og helsedepartementet har over en femårsperiode finansiert et eget forskningsprogram på dette feltet. Nylig har NGI gjort forskning om aldersdemens til et innsatsområde (NGI 1995:17).

2.4 Perspektiver i aldersforskningen

I dette avsnittet skal vi redegjøre for noen sentrale perspektiver i internasjonal aldersforskning¹. Deretter skal vi plassere det foreliggende arbeidet i forhold til de perspektivene det hører hjemme i.

Ifølge Estes (se Daatland 1995) har det siden 1950-tallet vært tre innflytelsesrike overgripende perspektiver, såkalte «paradigmer», i aldersforskningen. Det er tilbaketrekkingsteorien, aktivitetsteorien og utviklingsteoriene.

Tilbaketrekkingsteorien ble opprinnelig utviklet av Cumming og Henry (1961). Teorien kan sammenfattes i tre ledd (Tornstam 1994:226). For det første støter samfunnet de gamle ut. For det annet, denne prosessen foregår parallelt med at eldre trekker seg tilbake fra samfunnet på grunn av nedlagte drifter og behov. For tredje, eldre mennesker opplever denne tilbaketrekkingen som tilfredsstillende.

Tilbaketrekkingprosessen er altså en gjensidig og funksjonell prosess både for samfunn og individ. Teorien har vært gjenstand for stor oppmerksomhet. Ikke minst har den vært utsatt for massiv kritikk, både av politisk, teoretisk og empirisk art. En innvending av politisk karakter er at den kan brukes til å legitimere passiviserende behandling av eldre. Tilbaketrekkingsteorien har imidlertid øvd liten innflytelse på utformingen av offentlig eldrepolitikk i Norge (Daatland 1995). Et ankepunkt er at teorien er et forsøk på å vitenskapeliggjøre og dermed også bekrefte allmenne oppfatninger, også fordommer, om aldring. Teoriens empiriske meritter er heller ikke overbevisende (Solem 1995). Ifølge Tornstam (1994) har den første tesen – utstøtings-tesen – fått empirisk støtte; den andre tesen om behov for tilbaketrekking er ikke bekreftet; den tredje tesen om at tilbaketrekking ledsages av tilfredshet har fått støtte i varierende grad og ofte i modifisert form.

Tilbaketrekkingsteoriens store fortjeneste er kanskje ikke først og fremst at den har vist seg å være «riktig», men at den har stimulert til faglig debatt og empirisk utforskning.

Noen av tilbaketrekkingsteoriens ideer har de siste åra fått en renessanse gjennom Tornstams arbeider. Tornstam, som er svensk aldersforsker, har reformulert tilbaketrekkingsteorien til en teori om aldersoverskridelse, såkalt gerotranscendens. Gerotranscendens betegner eldre menneskers psykologiske utvikling mot en ny, overgripende og overskridende – «kosmisk og grenseløs» – virkelighetsoppfatning. Dette er en instinktiv prosess knyttet til aldring, men ikke upåvirkelig av ytre forhold. Gerotranscendens innebærer blant annet en økende følelse av samhörighet med tidligere og kommende generasjoner, min-

¹ Under utarbeidelsen av dette avsnittet har vi hatt stor nytte av *Aldersforskning og sosialpolitikk: Dominerende paradigmer og kritiske alternativer* (Daatland 1995). Dette arbeidet gir en mer utførelse av eksisterende teoridannelser på dette området enn vi har hatt anledning til her.

dre frykt for døden, redusert interesse for overflatiske sosiale relasjoner og materielle gjenstander, og behov for mer tid til meditasjon og stille stunder (Tornstam 1994:234). Verdien av nyttige aktiviteter som for eksempel arbeid, vurderes lavere, samtidig som gjøremål som i seg selv gir tilfredsstillelse, verdsettes høyere (Tornstam 1994:221).

Det som skiller denne teorien om gerotranscendens fra tilbaketrekkings-teorien, er at eldres tendens til å trekke seg vekk fra samfunnslivet og innover i seg selv vurderes positivt, ikke negativt. I dette ligger det ifølge Tornstam et fundamentalt skifte av perspektiv. Solem (1995) sier at Tornstam beholder tilbaketrekkingsteoriens ide om en indre kraft, men at han avviser at dette må føre til tilbaketrekking.

Historisk ble tilbaketrekkingsteorien utfordret av aktivitetperspektivet. Dette er en samling av teorier og synsvinkler uten noen entydig forfatterreferanse eller teoretisk forankring. Disse teoriene deler det underliggende syn at eldre i bunn og grunn er yngre mennesker, selv om de har en annen sosial status og rolle i samfunnet. I dette perspektivet er vellykket aldring forbundet med sosial deltakelse, aktivitet og engasjement. Aldring ses som en fortsettelse av den livsform en har hatt tidligere i livet, og ikke som et kvalitativt brudd preget av nye behov, verdier og livsførsel. Ideologien i sosialpolitikken og eldreomsorgen har søkt legitimitet og begrunnelse i aktivitetperspektivet (se for eksempel pamfletten *Trygg og aktiv i eldre år* – Sosialdepartementets tiltak for eldre 1993/94 (I-0713/1)).

Utviklingsteoriene har sine røtter i individualpsykologien som ser livet som en sekvens av stadier som alle mennesker gjennomløper. Hvert stadium har sine egne utfordringer, og utviklingen i de ulike fasene avhenger av hvordan en har mestret utfordringene i de foregående stadier. Den mest kjente eksponenten for et slikt utviklingsteoretisk syn er psykologen Erikson (1977). Ifølge Erikson gjennomløpes livet gjennom åtte aldre, hver karakterisert av bestemte oppgaver som må løses for å få en vellykket videre utvikling. Hvis oppgavene i hver alder er blitt løst tilfredsstillende, kan man så på sine eldre dager høste fruktene av et fullendt og gjennomlevd liv og forsone seg med at livet ble som det ble. I motsatt fall er det risiko for en mindre vellykket aldring.

Tradisjonell gerontologi, eksemplifisert ved tilbaketrekkingsteorien, er blitt kritisert for å være for opptatt av eldre og aldring i et individuelt perspektiv. Individualismen stammer fra biomedisin og psykologi. Et eksempel på hvor sterkt denne orienteringen står, er en samstemt uttalelse fra den amerikanske gerontologforeningen. I denne uttalelsen heter det at til gerontologiens kjerneområder hører kun tre emner. Det er aldringens psykologi, aldringens biologi, og aldring og helse (Kart 1989). Mot denne individualismen har det hevet seg kritiske røster. De kritiske perspektivene seiler under flere flagg, blant

annet «strukturert avhengighet», «aldringens politiske økonomi» og «den sosiale konstruksjonen av alderdommen» (Daatland 1995).

Disse alternative tilnærmingene kritiserer konvensjonell gerontologi både på vitenskapelig og politisk grunnlag. Det hevdes blant annet at den har en ideologiserende og tilslørende politisk funksjon (Daatland 1995). Konvensjonell gerontologi beskyldes videre for å oppfatte aldring som en naturgitt og uunngåelig prosess, som skjer nær sagt uavhengig av sosiale strukturer og institusjonelle rammer. Søkelyset rettes mot hvordan individer tilpasser seg ytre omstendigheter, som på sin side tas for gitt. I stedet for denne individualismen tilbyr de kritiske alternativene en forståelse med større vekt på sosiale strukturer og institusjonelle rammer. De framhever at sosial ulikhet er et sentralt kjennetegn ved eldrebefolkningen.

Aldringens politiske økonomi vektlegger ulikhet i ressurser innad i eldrebefolkningen (Bond 1986, Phillipson m.fl. 1986, Arber og Ginn 1991). Med ressurser menes særlig økonomiske ressurser, men også makt, status, helse, sosiale relasjoner og tilgang til tjenester og ytelser regnes som viktige. Forutsetninger for at de eldre skal kunne bevare sin autonomi og selvstendighet er avgjørende, ifølge den kritiske gerontologien.

Med sin betoning av ressurser minner perspektivet om aldringens politiske økonomi mye om den nordiske levekårstilnærmingen. Et avvikende punkt er imidlertid at levekårstilnærmingen ikke alltid ser sosial klasse som en sentral ulikhetsskapende mekanisme for fordeling av levekårsressurser. Et klasseperspektiv er særlig framtreddende i det som er kalt aldringens politiske økonomi (Arber og Ginn 1991a,b,c, 1992, 1993a,b, Estes 1986, Phillipson m.fl. 1986).

La oss se nærmere på ett sentralt bidrag innen kritisk gerontologi, nemlig Townsends tese om strukturert avhengighet. Townsends (1981) tese er at moderne samfunn og moderne velferdspolitikkk fremmer en sosial avhengighet blant de eldre som er helt nødvendig. Denne såkalte strukturerte avhengigheten skapes ifølge Townsend særlig av fire forhold. Den tiltakende førtidspensjoneringen av stadig yngre eldre mennesker er i bunn og grunn uønsket av de fleste eldre og representerer et velferdstap. Statens pensjonspolitikkk gir for lave ytelser og skaper fattigdom og nød blant mange eldre. Institusjonsomsorgen for eldre er autoritær og avhengighetsskapende. Endelig forutsetter de kommunale hjelperjenestene at de eldre forholder seg passive. I sum skaper disse fire forholdene en avhengighet blant eldre som går langt utover det som strengt tatt er nødvendig ut fra de ressurser og evner de eldre rår over, hevder Townsend.

Bakgrunnen for Townsends avhengighetstese er forholdene i Storbritannia. Tesen er således ikke nødvendigvis dekkende for norske forhold. For hvert av de fire punktene har da også Daatland (1995) sådd tvil om gyldigheten for

Norges del. Townsends tese er også kritisert fra engelsk hold både på empirisk og teoretisk grunnlag (Fennel 1986:56).

De siste åra har såkalt livsløpsanalyse vunnet terreng i samfunnsvitenskapelig forskning. Livsløpstilnærmingen kjennetegnes, som uttrykket bærer bud om, av en interesse for folks liv og levetid og hvilke opplevelser og erfaringer de har gjort. Men ikke bare det, i tillegg plasseres de liv som gjennomleves i bestemte historiske epoker med sine distinkte sosiale, økonomiske og institusjonelle kjennetegn (Hagestad 1990, Dex 1991). Forholdet mellom individuell modning og aldring og samfunnsmessig endring og utvikling står dermed sentralt i livsløpsforskningen (Dex 1991). Livsløpsanalysen er opptatt av hvordan liv formes og leves innenfor de rådende sosiale omstendigheter, og hvordan folk i sin tur former nye omstendigheter.

Dagens eldregenerasjon vokste opp under tidlig industriell utvikling og beredte grunnen for den moderne velferdsstaten. Ved å innhente kunnskap om fortida kan livsløpsanalyse gi innsikt i hvorfor forholdene er som de er i dag. Denne innsikten kan synes åpenbar, men det er ikke så vanlig å samle informasjon om fortida i samfunnsvitenskapelige analyser (Dex 1991). Ved at oppmerksomheten også omfatter samfunnsmessige rammebetingelser, kommer det unikt historiske også fram i analysen. Livsbaner og overganger mellom sosiale tilstander er nøkkelbegreper i livsløpsanalyse (Hagestad 1990).

Ifølge Hagestad (1990) har livsløpsforskningen de siste år gått i tre retninger. Den første retningen er orientert mot historiske endringer i typiske livsløpsmønstre. I denne forskningen har en blant annet pekt på det voksende antall år som tilbringes i pensjonstilværelsen i mange vestlige land (Hagestad 1990:153), en utvikling som ikke ser ut til å stoppe med det første. Innenfor denne retningen har vi fått en tiltakende oppmerksomhet om historien og historiske begivenheter. Det er for eksempel viktig å få fram de unike erfaringer som mennesker i bestemte fødselskohorter sitter inne med, depresjons- eller krigserfaringer for eksempel. Norge var tidlig ute med livsløpsstudier i og med yrkeshistorieundersøkelsen som ble gjennomført på 1970-tallet. En annen retning i livsløpsanalysen retter søkelyset mot samfunnsforhold i stort og de konsekvenser disse har for livsløpsmønstre. Vekten legges her på demografiske, strukturelle og kulturelle endringer gjennom de siste to eller tre århundrene. I denne forskningen pekes det blant annet på at for første gang i historien kan nå folk forvente å leve til de blir 70–80 år. De samfunnsmessige konsekvensene kan være mange og vidtrekkende, for eksempel økt forsørgelsesbyrde og nye og mulig konfliktfylte familierelasjoner. En tredje retning i samtidas livsløpsforskning er det Hagestad (1990:156) kaller alderens kulturelle fenomenologi. Denne retningen konsentrerer seg om hva som er normale faser i et liv, hva som skiller dem, og hvordan de oppfattes og vurderes. I Norden og Norge finnes flere undersøkelser med en slik fenomenologisk tilnærming (Bjelland 1992, Helset 1991, Wærness m.fl. 1993).

Livsløpsanalyse er således et sammensatt perspektiv som inviterer til bruk av så vel kvantitative som kvalitative metoder. Gerontologer har så langt ikke vært så opptatt av livsløpstilnærmingen (Hagestad 1990:163). Likevel har flere norske og nordiske aldersforskere gitt viktige bidrag til forståelsen av eldres livsløp (Thorsen 1992, Bjelland 1992). I et eldresamfunn vil antakelig livsløpsperspektivet ha økende relevans. På denne bakgrunn framholder Hagestad at også aldersforskningen bør begynne å anvende metoder og begrep hentet fra livsløpsforskningen.

2.5 Tilnærmingen i denne rapporten

I dette avsnittet har vi diskutert noen sentrale temaer i norsk alderforskning og løftet fram noen av de perspektivene som er anvendt i undersøkelser av eldres liv og levnet. Gjennomgangen er langt fra uttømmende; vi har valgt temaer og perspektiver som i øyeblikket står sentralt i aldersforskningen enten teoretisk eller empirisk.

Etter denne gjennomgangen, står vi nå bedre rustet til å plassere det foreliggende arbeidet mer presist i forhold til de bredere teoretiske perspektivene som diskuteres i norsk og internasjonal alders- og velferdsforskning. I vår undersøkelse av eldres velferd trekker vi i hovedsak veksler på tre faglige perspektiver. Det første perspektivet er den nordiske levkårsstradisjonen med sin vektlegging av ressurser, levkårsgoder og levkårsulemper. Det andre perspektivet er livskvalitetstradisjonen, som står sterkere i land som USA, Tyskland og Nederland, og som er opptatt av subjektivt velvære og tilfredshet. Det tredje perspektivet er den kritiske skolen innen internasjonal aldersforskning. I motsetning til tradisjonell gerontologi, retter denne søkelyset mot sosial ulikhet innad i eldrebefolkningen.

Denne «pluralistiske» tilnærmingen innebærer at vi ikke har gjort en ordinær levkårsundersøkelse. Vi har heller ikke gjort en ordinær livskvalitetsundersøkelse. Vi har gjort begge deler, og vår interesse er særlig rettet mot den sosiale fordelingen av levkår og livskvalitet. I tillegg spør vi hvilken sammenheng det er mellom levkår og livskvalitet i eldrebefolkningen. Med denne kombinasjonen av perspektiver skiller den foreliggende undersøkelsen seg fra mesteparten av norsk velferds- og aldersforskning i de siste åra.

Kapittel 3

Hva er velferd?

I dette kapitlet skal vi problematisere de to velferdsbegrepene som står i sentrum i dette arbeidet. Vi spør hva velferd er, hva velferd bør være, og hvordan velferd bør fordeles mellom samfunnsmedlemmene.

Vi skal første drøfte levikårs- og livskvalitetsperspektivet ut fra en samfunnsvitenskapelig synsvinkel. Deretter skal vi gjore rede for noen av de filosofiske retninger som ligger til grunn for de to velferdstilkneringene. Videre undersoker vi om det finnes spor av den faglige meningsbrytningen i programmene til de store politiske partiene.

3.1 Den samfunnsvitenskapelige diskusjonen

Det hefter en del problemer ved livskvalitetstilkneringen. Det er blitt hevdet at kunnskap om folks livskvalitet ikke er politisk relevant i velferdsstater av nordisk modell. Velferdsstatens ambisjon er å skape like sjanser for gode materielle levikår, ikke livskvalitet, hevdes det. Ofte er likevel tanken bak, selv om den ikke alltid er uttalt, at gode objektive levikår er politisk viktig fordi de antas å bidra til høyere livskvalitet: Høy inntekt er ikke først og fremst et gode i seg selv, men en lett målbar indikator på høy livskvalitet. Med andre ord kan vi ha en mistanke om at objektive levikår oppfattes som en tilknering til det en egentlig er ute etter, nemlig subjektiv livskvalitet. Som vi skal komme tilbake til, er ikke bare gode levikår, men også høy livskvalitet nedfelt i en rekke velferdspolitiske dokumenter i Norge (Velferdsmeldinga St.meld. nr 35 1995).

Et av Moums (1992:14) forsvar for livskvalitetsforskningen er at også levikårsforskere skjeler til folks velvære – bevisst eller ubevisst – når de befatter seg med materielle levikår som for eksempel boligstandard. Både politikere og levikårsforskere har hypoteser om hvordan materiell velstand innvirker på subjektiv velferd. Ikke sjelden vil det være en overdreven oppfatning av hvor sterkt materielle kår påvirker livskvaliteten, mener Moum. Ofte vil slike antakelser være uuttalte og kanskje ureflekterte, og fordi de ikke er opptatt av hvordan sammenhengen faktisk er, så vil de ikke bli satt på prøve. Moum tar til orde for å korrigere slike amatørmessige og uvitenskapelige holdninger med livskvalitetsforskning som kan vise de empiriske sammenhengene mellom levikår og livskvalitet. I vår gjennomgang av Arbeiderpartiets velferdspolitis-

ke dokumenter finner vi eksempler på mer eller mindre utarbeidete forestillinger om forholdet mellom sosiale kår og opplevd velvære. Det bør være en oppgave for samfunnsforskere å undersøke hvorvidt disse holder vann.

Enkeltmenneskers egne utsagn om hvor tilfredse de er, stemmer ikke nødvendigvis overens med «virkeligheten». I Regjeringas levekårsutredning uttrykkes skepsisen til selvrapportert livskvalitet langs slike linjer: «(. .) subjektive velferds mål, for eksempel hvor tilfreds folk er med sin helsetilstand, (. .) gir (. .) ikke nødvendigvis en dekkende beskrivelse av situasjonen» (NOU 1993:17 s. 41). Dette utsagnet er mer problematisk enn det kan se ut til ved første øyekast. Hva er en «dekkende beskrivelse av situasjonen»? Slik utsagnet er formulert, kan det synes som om den underliggende påstanden er at et objektivt mål alltid er mer «dekkende» enn et subjektivt. Det er imidlertid ikke vanskelig å finne eksempler på det motsatte, at et subjektivt mål er mer dekkende enn et objektivt. Hvorvidt en har høyt kolesterol, er mindre viktig enn om en har muskelsmerter, hvis det er den subjektive velferdsdimensjonen ved helse som står i fokus. En sosiologisk tese sier at hvis du definerer verden som virkelig, så er den virkelig i sine konsekvenser. Dette kan utlegges slik at din subjektive oppfatning av de ytre forhold bestemmer hvordan du handler. Og hvordan du handler, kan i sin tur ha høyst objektive og håndgripelige konsekvenser. Objektive beskrivelser er ikke alltid mer «dekkende» enn subjektive.

En vanlig kritikk mot subjektive velferds mål som velvære og tilfredshet, er at de er påvirkelige av faktorer som referanserammer, ønsker, håp, livserfaringer og forventninger (NOU 1993:17, Moum 1992:15). Ringen (1995) gjør for eksempel et poeng av at livskvalitet er et velferds mål som er sterkt influert av forventninger. Livskvalitetsforskeren kan derfor komme til resultater som viser at rike, men bortskjemte personer er mindre lykkelige enn fattige, men nøysomme personer. Livskvalitetsforskere har møtt denne typen kritikk blant annet med å svare at også forventninger kan og bør måles slik at vi med større sikkerhet kan uttale oss om sammenhengen, eller mangel på sammenheng, mellom objektive levekår og subjektivt velvære (Moum 1992). Istedenfor å oppfattes som «støy» eller kilder til systematisk skjevhet i et livskvalitets mål, kan ønsker og forventninger ses på som selvstendige årsaker til rapportert livskvalitet. Å skille sosiale faktorer fra de sosialpsykologiske i danningen av opplevd livskvalitet, er i seg selv en viktig forskningsoppgave med stor politisk relevans (Moum 1992:16). Det er utvilsomt nyttig for politikere og samfunnsplanleggere å vite dersom inntektsforbedring ikke fører til høyere livskvalitet fordi den samtidig skruer opp forventningsnivået (Moum 1992). Folkevisdommen har lenge kjent til slike sosiale prosesser som kjennetegnes av mekanismen «nye vil ha mer».

En vanlig anklage mot levekårstilnærmingen er at den er paternalistisk eller diktatorisk. Det er forskeren eller politikeren som bestemmer hva levekår er, og hva som er gode og hva som er dårlige levekår. Tilnærmingen er ikke

preferansenøytral, som det heter på fagspråket (Ringén 1995). Hvis en 90-åring med minstepensjon er lykkelig og tilfreds i sin ettrøms leilighet, med hvilken rett kan vi overprøve denne oppfatningen? I norsk levekårstradisjon er det forskere og andre beslutningstakere som avgjør hvilke levekårskomponenter som skal måles, og hvor skillet mellom gode og dårlige levekår skal trekkes. I norske levekårsundersøkelser brukes for eksempel trangboddhet som en indikator på folks boforhold. Stiltiende antas det at de som bor trangt, har dårligere boforhold enn andre. For unge mennesker, som ofte faller i denne kategorien, er trangboddhet mer et livsfasekjennetegn og oppleves sjelden som problematisk. For eldre kan problemet heller være at de bor i for store boliger som er upraktiske og tunge å stelle, men for stor bolig er ikke offisielt definert som et levekårsproblem. En iboende fare ved en slik objektiv levekårstilnærming er dermed at forskeren, på grunn av de normative vurderinger hun legger til grunn, kan komme i skade for å vurdere en gruppes levekår annerledes enn hvordan individene selv opplever dem. Dermed blir folks behov, interesser og ønsker oversett (Elstad 1983, 1984, 1987, Næss 1986, NOU 1976:28).

Ringén (1995) mener at levekårsmodellen med sitt fokus på ressurser er ikke-diktatorisk og preferansenøytral. Innenfor sine økonomiske rammer står folk fritt til å velge hvordan de vil leve sine liv, uavhengig av hvilket resultat det fører til. Ifølge Ringén (1995) er dette et liberalt ideal som bør etterstrebes. Derfor, sier Ringén, er velferd kjennetegnet ved at folk *kan* treffe valg, ikke ved at de har truffet valg. Det siste er å betrakte som et resultat, og kan for eksempel måles som livskvalitet. Men ved å fokusere på resultatet, har en gjort visse, strenge forutsetninger om hvilke preferanser folk har – i dette tilfellet at folk flest ønsker høy livskvalitet. Denne forutsetningen er tvilsom. Ringén selv bekjenner seg til liberalismen og foretrekker prinsippet om valgfrihet framfor lykkeprinsippet som «det ytterste godet». Fordi levekårsmodellens begrepspar om ressurser og arenaer tilfredsstiller det liberale kravet om valgfrihet, innfrir den også kravet om preferansenøytralitet, mener Ringén (1995).

Vi vil imidlertid spørre om levekårsmodellen og levekårsforskningen fullt ut tilfredsstiller kravene til valgfrihet og preferansenøytralitet. Ringén (1995) har selv pekt på at flere av de ordinære levekårskomponentene har en uklar teoretisk status. FNs liste over levekårsressurser (se kapittel 1) kan synes noe vilkårlig og usystematisk sammensatt. På lista inngår ressursvariable som utdanning, arenavariable som helsetjenester, og resultatvariable som bolig. For det første fører denne begrepsforvirringen til at det kan være vanskelig å forstå hvordan levekår utvikles og fordeles, og hva som kan gjøres for å endre på uønskete forhold. For det andre, og vel så viktig, er det et faktum at også resultatvariable inngår i repertoaret over «levékårsressurser», for eksempel bolig og trygghet. Dessuten har flere av de levekårskomponentene som Ringén definerer som ressurser, en tvetydig teoretisk status. Utdanning og helse kan meget vel være innsatsfaktorer, men det er like rimelig å oppfatte dem som

resultatvariable; det kommer helt og holdent an på hvilken synsvinkel som anlegges. Det skarpe skillet Ringen trekker mellom ressurstilnærmingen og resultatorienterte tilnærminger er med andre ord ikke vanntett. Dermed går heller ikke levekårsmodellen fri fra den kritikken Ringen retter mot livskvalitetsforskningen. Heller ikke levekårsmodellen imøtekommer Ringens krav om en ikke-diktatorisk og preferansenøytral velferdsteori.

Skillet mellom objektive levekår og subjektiv livskvalitet er mindre kategorisk enn det kan se ut som ved første øyekast. Objektive levekår er ikke objektive i den forstand at de er unndratt sosiale vurderinger. At penger eller bolig er ansett for å være viktige levekårskomponenter, er resultat av en sosial vurdering (Elstad 1984:3). I vårt samfunn vil de fleste være enige i det. I andre samfunn kan andre ressurser og vilkår være viktigere for folks velferd og livssjanser, for eksempel slektstilhørighet. Definisjonen og den empiriske konstruksjonen av «leveskår» bygger videre på en rekke valg som er basert på forskerens (subjektive) vurderinger. Skal for eksempel kjøkken og bad telle med i utregningen av antall rom i boligen? Dette koker ned til at begrepet om levekår er et kulturelt og normativt begrep. Det er avledet fra de dominerende verdier i de nordiske samfunns kulturelle sfære (Elstad 1984:4). Det er ingen verdifri teori som anviser hvilke komponenter som skal velges, hvilke levekår som er gode og hvilke som er byrder. Eksistensen av «trang bolig» er et objektivt faktum. Den vurdering at trang bolig er en relevant levekårskomponent og at den er et levekårsproblem, er et verdistandpunkt. Roos (1987:113) har lansert den tese at velferdsforskning og velferdsteorier står i «samklang» med den samfunnspolitiske situasjonen og de behov staten har. I dette perspektivet kan levekårs teorien og levekårsforskningen oppfattes som et intellektuelt svar på de problemene – velferdsstatens krise – de samfunn som tilhører det sosialdemokratiske velferdsregimet strir med. Mange levekårsforskere erkjenner da også det sterke innslaget av relativisme og det kulturspesifikke i det nordiske levekårsbegrepet (Iversen m.fl. 1987).

Alle komponentene i lista over levekårsressurser er heller ikke like objektive i sin natur. Vanlige levekårs spørsmål om sikkerhet, trygghet og sosiale relasjoner, for ikke å snakke om mental helse, gir alle mulighet for betydelig innslag av subjektivt skjønn og vurderinger fra de spurtes side. Det er med andre ord slik at også levekårsforskningen i flere henseender forlitter seg på indikatorer som er sterkt «forurensset» av subjektive vurderinger, enten fra de spurte selv eller fra forskeren. Dermed blir skillet mellom objektive levekår og subjektiv livskvalitet også mindre vanntett.

Den svenske sosiologen og levekårsforskeren Robert Erikson anser både den objektive, som han kaller beskrivende, og den subjektive, som han kaller vurderende, tilnærmingen som interessant, og særlig den gjensidige relasjonen det er mellom dem: «To put the emphasis on descriptive indicators does not mean that whether people are satisfied or not is judged to be of no interest.

On the contrary, I would say that it is of very great interest to find out how people's resources influence their level of satisfaction and, of course, how this in turn influences their resources and conditions» (Erikson 1992:17). Dette er en «programerklæring» som nordiske levekårsforskere bare i liten grad har fulgt opp. Levekår og tilfredshet er to atskilte aspekter ved folks liv, sier Erikson, og bør behandles som nettopp det. Det er heller ingen grunn til å vente noen sterk sammenheng mellom levekår og livskvalitet når den generelle levestandarden vokser, i hvert fall ikke hvis de grunnleggende behov for mat og klær allerede er dekket, hevder han. Grunnen til det er at det er folks relative posisjon som bestemmer deres forventningsnivå og tilfredshet, hevder Erikson (1992:78).

Erikson mener også at den kunnskapen levekårsforskningen frambringer, er langt mer politisk relevant i et demokratisk samfunn enn den som livskvalitetsforskningen produserer. Erikson mener at hvis samfunnsplanlegging er formålet med den vitenskapelige virksomheten, er levekårsforskning å foretrekke. Kunnskap om folks tilfredshet eller misnøye kan imidlertid ikke ha samme status som handlingsrelevant kunnskap. Misnøye bør få utløp i politisk aktivitet gjennom samfunnets demokratiske institusjoner, som for eksempel valgordningen. En innvending mot dette synspunktet er at ressurssvake grupper kan bli skadelidende fordi de ikke makter å målbære sine interesser og krav overfor det politiske systemet og offentlig forvaltning. Av og til må andre fremme svakerestilte gruppers interesser, og da kan pålitelig kjennskap til ønsker og oppfatninger være viktige å ha.

Mot levekårstilnærmingens objektive og materielle sider – og for livskvalitetstilnærmingen – taler at materiell standard og økonomisk vekst har sine økologiske og sosiale grenser (Hirsch 1977). Når den materielle levestandarden har nådd et høyt nivå, som i Norge, og ulikheten samtidig er relativt liten, så bør subjektivt velvære tillegges større vekt. I slike land bør velferd bety høyere velvære, ikke høyere velstand. Hensynet til miljøet og naturens bæreevne tilsier at materiell velstand og økonomisk vekst bør vike til fordel for utjevning av velstanden og subjektivt velvære.

Endelig er det mulig å problematisere postulatet om valgfrihet som, ifølge Ringen (1995), er innebygget i levekårsteorien. La oss nevne tre problemer med de forutsetningene som ideen om fornuftige aktører hviler på (Hernes 1978, Elster 1989). Det første gjelder forutsetningen om valgfrihet. Det finnes velferdsaspekter vi overhodet ikke kan velge, for eksempel foreldre, hvilket land vi er født i, osv. Det andre punktet er den forutsetning at aktører har entydige mål og søker å maksimere nytte. Det kan innvendes at mål og ønsker ikke er gitt en gang for alle, vår evne til å kalkulere er begrenset, og ofte maksimerer vi ikke nytte, men slår oss til ro med det vi er fornøyd med. Det tredje punktet berører forutsetningen om perfekt informasjon om handlingsalternativer og arenaer (se kapittel 1). Arenaene kan være uoversiktlige og

konsekvensene av handlingene kan være vanskelige å forutsi. Jeg kan velge feil arena, eller velge riktig arena, men gale strategier. De langsiktige velferdsvirkningene av et gitt valg kan være enda vanskeligere å overskue, for eksempel valg av yrke. Ofte er viktige beslutninger som nettopp utdannings- og yrkesvalg kjennetegnet av mangel på informasjon. Vanligvis vet vi for lite om ulike yrkesalternativer til å treffe et informert og veloverveid valg (Elster 1989:31). Dette er bare noen eksempler på at levekårsteoriens insistering på det frie valg også er beheftet med problemer.

3.2 Den filosofiske debatten

Den klassiske greske filosofen Aristoteles anså lykke som det høyeste av alle goder, «summum bonum»: «Enhver kunnen og enhver undersøkelse, og like så enhver handling og enhver beslutning, menes å søke henimot noe godt, og av denne grunn er det gode med rette blitt kalt «det alt søker henimot (. . .). Navnet er vel de fleste enige om, for både mengden og de fine sier at det er «lykken», og de oppfatter det å leve vel og det å gjøre det godt som det samme som å være lykkelig (. . .)» (vår utheving). Når lykken er nådd, er det for Aristoteles ikke mer å hige etter. Samtidig er alle andre goder kun midler til å oppnå lykke. Som det endelige godet er lykken både nødvendig og tilstrekkelig.

Men Aristoteles definerte ikke bare lykken som alle tings endelige mål. Han var også opptatt av å bestemme hva lykken var for slags fenomen: «Ville ikke så kjennskap til dette (lykken) være av avgjørende betydning for vårt liv? Og ville vi ikke, som bueskyttere som har et siktemål, da bedre kunne treffe det rette? Hvis dette er så, bør vi prøve, i hvert fall i omriss, å bestemme hva dette mål kan være (. . .)» (Aristoteles: «Den nikomakiske etikk», Wetlesen 1972:217–218). Med denne ambisjonen foregrep Aristoteles dagens livskvalitetsforskning med drøyt 2000 år. Prosjektet med å finne ut av hva for slags empirisk fenomen lykke er, har opptatt svært mye av moderne livskvalitetsforskernes interesse og energi.

Livskvalitetsforskningen henter sin legitimitet fra den utilitaristiske eller nyttefilosofiske tradisjon med røtter tilbake til antikkens filosofi. Herfra stammer det hedonistiske (hedonisme = nytelse) slagordet: Størst mulig lykke for flest mulig. Seinere i idehistorien ble lykke, eller mer generelt nytte, gjort til et nøkkelbegrep av 1700- og 1800-tallets utilitarister – nyttefilosofer, med Jeremy Bentham og John Stuart Mill som de fremste. Utilitarismen har øvd stor innflytelse på moderne velferdsøkonomi.

Utilitarismen er en konsekvensetikk: det som betyr noe er hvorvidt en handling eller sosial institusjon bidrar til menneskelig nytte, lykke, velvære, tilfredshet eller livskvalitet. At utilitarismen er opptatt av handlingers konsekvenser, innebærer at hvorvidt en handling følger plikten, loven eller normen

er av underordnet betydning, nytten er avjørende. Konsekvensetikken regnes som motpolen til såkalt deontologisk moralfilosofi som legger vekt på om handlingen er moralsk riktig, og ikke hvorvidt den medfører noe godt. En av de fremste eksponentene for deontologisk moral er filosofen Emmanuel Kant.

For utilitaristen teller alles nytte likt, og ingens nytte skal telle mer eller mindre enn andres. Alles ønsker har samme vekt. Prinsippet om nyttemaksimering, det vil si «mest mulig nytte for flest mulig», fører til et krav om likhet i økningen av den nytte hver person kan få av en ekstra enhet av et gode. Dette kalles likhet i marginal nytte (Sen 1982:354). Dette kravet leder til en del problemer for utilitarismen når den anvendes som normativ teori, det vil si brukes som rettesnor for hvordan vi bør handle. Nyttemaksimering som handlingsregel kommer for eksempel fort i konflikt med sosiale forpliktelser. Hvis jeg har lånt 100 kroner av en venn, forteller utilitaristen meg at jeg heller bør gi hundrelappen til en annen hvis han har mer bruk for den enn min venn (Kymlicka 1990:21). Et annet problem er at hver kilde til nytte, enhver preferanse, skal telle likt. Dette kan få absurde konsekvenser. Det innebærer blant annet å tilfredsstille de urimelig dyre vaner enkelte måtte ha, om for eksempel russisk kaviar. Likeledes ville enkeltes ønske om rasediskriminering måtte sidestilles med andre og mer legitime behov, for eksempel behovet for livreddende helsetjenester (Føllesdal 1994). Anvendelse av et konsekvent utilitaristisk tenkesett vil kunne føre til diskriminering av upopulære minoriteter (Kymlicka 1990).

Et annet problem er at folks lykke og tilfredshet kanskje i liten grad lar seg påvirke av de samfunnsinstitusjonene som skal sørge for folks velferd (Føllesdal 1994). Lykkefølelse har kanskje mer å gjøre med et godt seksualliv enn den folketrygden som forsyner deg med penger.

Et siste problem er av metodologisk og vitenskapelig art. Er det i det hele tatt mulig å sammenlikne forskjellige individers nytte, velferd eller lykke? Økonomen Robbins utga i 1935 en bok som skulle vise seg å få vidtrekkende konsekvenser for seinere velferdsøkonomi. Hans tese er at sammenlikning av nytte mellom enkeltpersoner er umulig, i hvert fall for vitenskapelige formål. Velferd er et subjektivt og psykologisk fenomen og ingen absolutt målbar størrelse (Ringén 1981:44). Psykologiske tilstander er ikke tilgjengelige for observasjon; det er umulig for en person å se inn i en annen persons sinn. Som utenforstående forskere kan vi derfor ikke avgjøre om et gode er nyttigere for én person enn for en annen (se Sen 1982:265). Ifølge dette synet er det umulig for vitenskapelige formål å foreta såkalte interpersonlige sammenlikninger av subjektiv velferd. Det er således uvitenskapelig å hevde at 100 kroner er nyttigere for en sosialklient enn for en millionær (Ringén 1981:44). En kjent svensk levikårsforsker (Johanson 1994), har gjort dette sammenlikningsproblemet til et tungtveiende argument mot livskvalitetsforskningen: «Inom ekonomisk välfärdsteori har man övertygande (be-)visat at intersubjektivt

giltiga välfärdsjämförelser såsom subjektiv «nytta» inte är möjliga» (Johanson 1993).

Nå finnes det veloverveide forslag til løsninger, selv om problemet ikke kan sies å være løst en gang for alle. Sen (1982) foreslår flere måter å løse dette sammenlikningsproblemet på. For det første, sier Sen, kan vi støtte oss til observasjon av atferd, for eksempel ansiktsuttrykk eller kroppsspråk for å avgjøre hvor nyttig forskjellige mennesker oppfatter et gode. Det er nettopp denne strategien livskvalitetsforskerne har fulgt for å undersøke om måleinstrumentene måler det de skal måle. For det andre, hevder Sen, er det mulig å foreta interpersonlige sammenlikninger ved å gjennomføre det tankeeksperiment å sette seg i en annen persons sted. Man kan for eksempel stille seg spørsmålet: I hvilken sosial tilstand ville jeg hatt det best? Referansen for sammenlikningen blir dermed ikke flere forskjellige personers mentale tilstand, men min egen tenkte mentale tilstand i ulike situasjoner.¹

Ikke alle de problemene vi har diskutert i forbindelse med den utilitaristiske tradisjonen er like relevante for livskvalitetsforskningen. Dette gjelder for eksempel kravet om nyttemaksimering. Selv om livskvalitetsforskerne er enige om at subjektiv velferd – lykke, velvære eller tilfredshet – er det ytterste godet, er det ingenting som tilsier at alle skulle være enige i prinsippet om nyttemaksimering. Det er intet i veien for at en livskvalitetsforsker ønsker en fordeling av subjektivt velvære som for eksempel følger Rawls' prinsipper om en rettferdig fordeling, og som er mer sympatisk innstilt overfor dem som har lite i utgangspunktet. Vi kommer til Rawls nedenfor.

I den nordiske levekårstradisjonen er det som nevnt ikke *velvære* som står i sentrum, men *ressurser*. Med sin vekt på fordelingen av ressurser knytter levekårsforskningen an til en annen moralfilosofisk retning enn utilitarismen, nemlig liberalismen. Vi skal ta for oss tankene til to moderne sosialfilosof, John Rawls og Amartya Sen, som begge kan tjene som referansepunkter for levekårsstilnærmingen.

I 1971 utga filosofen John Rawls en innflytelsesrik bok om rettferdighet. Et sentralt poeng hos Rawls er at det han kaller primærgoder, i motsetning til lykke eller tilfredshet, skal fordeles «rettferdig» blant samfunnsmedlemmene. Primærgodene er objektive, slik at interpersonlig sammenlikning er mulig. Det er verdt å merke seg at boka utkom et par år før den første norske levekårsundersøkelsen så dagens lys. Med primærgoder sikter Rawls (1982:162) til grunnleggende friheter som trykke-, tale- og forsamlingsfrihet, bevegelses- og yrkesfrihet, makt og rettigheter knyttet til politiske og økonomiske institusjoner, inntekt og formue, og endelig et sosialt grunnlag for selvrespekt. For Rawls

¹ Sen har også et tredje forslag som likner på det foregående. Det avviker imidlertid ved å betone valg istedenfor følelse av hvilken tilstand som er best. Å velge én tilstand framfor en annen innebærer å vurdere også de moralske sidene ved to tilstander. Sens eksempel er: Jeg ville åpenbart hatt det bedre som vakt i en konsentrasjonsleir enn som fange, men jeg ville ikke valgt noen av rollene (Sen 1982).

er primærgoder de rettigheter, friheter, muligheter og generelle ressurser som er nødvendige for at folk skal kunne forfølge sine livsprosjekter i et «velordnet samfunn». Uansett hva slags verdier, goder eller velferds mål folk streber etter, er primærgoder de nødvendige betingelser og midler som alle må ha for å oppnå dem. For Rawls blir dermed det avgjørende spørsmålet hvordan primærgodene skal fordeles. Han mener at primærgoder bør fordeles etter to rettferdighetsprinsipper: For det første har hver person lik rett til grunnleggende friheter – friheter som skal gjelde for alle. For det andre må sosial og økonomisk ulikhet tilfredsstille to betingelser: 1) Ulikheten må tjene de dårligst stilte (dette betegnes gjerne maximinprinsippet), og 2) den må være forbundet med posisjoner som er åpne for alle.

Rawls' fordelingsteori omfatter primærgoder og ikke subjektiv velferd. Teorien har lite å si om fordelingen av lykke og tilfredshet. Det kan bety at han antar at dersom et samfunn er organisert slik han anbefaler, så vil lykken følge med som «nissen på lasset», så å si. I så fall er det intet problem. Men dersom økt subjektiv livskvalitet ikke følger av Rawls' velordnete og rettferdige samfunn, vil han antakelig akseptere det, fordi primærgoder er viktigere enn lykke.

Boka til Rawls fra 1971 har lagt premissene for de siste vel 25 års filosofiske diskusjon om normative spørsmål. Ankepunktene har vært mange. Her vil vi gripe fatt i ett av dem.

Sen kritiserer Rawls fordi han overser at en del grunnleggende personlige, fysiske og sosiale egenskaper er høyst ulikt fordelt mellom mennesker. Det er imidlertid store variasjoner i alder, fysisk og mental helse, sårbarhet for sykdom, intellektuelle evner, klima, klassetilhørighet og sosiale omgivelser, hevder Sen (1992:28). Slike forhold må en rettferdighetsteori ta hensyn til, mener han. Sens ambisjon er derfor å supplere Rawls' teori med de nødvendige begreper. Han innfører begrepet «capabilities». Dette er vanskelig å oversette, men innebærer noe i retning av å ha en mulighet til å utnytte de ytre rettigheter, muligheter og ressurser som foreligger. For Sen (1992:49) er «capability» den friheten mennesker har til å velge hvordan de innretter sine liv, det vil si hva de vil *være* og hva de vil *gjøre* (Sen 1992:40). Ifølge Ringen (1995) søker Sen å forene levekårsmodellens ressursperspektiv (individnivået) med dens arenaperspektiv (strukturnivået).

Med utgangspunkt i funksjonshemming som eksempel, argumenterer Sen for at så vel utilitaristen som Rawls kommer til kort. Den konsekvente utilitarist vil ikke gi den funksjonshemmete sin rettmessige del av kaka, fordi han ikke er i stand til å dra den samme høye nytten av sin andel som en funksjonsfrisk. På grunn av sitt handikap kommer den funksjonshemmete derfor dårlig ut i et rendyrket utilitaristisk system (Sen 1982:357). En som bekjenner seg til Rawls' rettferdighetsteori, vil nøye seg med gi den funksjonshemmete de samme ytre friheter, rettigheter og muligheter som tilkommer alle andre.

Problemet er at den funksjonshemmete ikke er i stand til å utnytte disse primærgodene like effektivt som andre for å realisere sine planer om det gode liv. Sen sier at vi på grunn av forskjeller i capabilities har høyst ulik evne til å omdanne primærgoder, inntekt for eksempel, til andre goder vi måtte verdsette høyt (Sen 1992:28). Sens løsning er et rettferdighetsprinsipp han kaller likhet i grunnleggende capabilities. Sen sier at capabilities representerer frihet, mens primærgoder er midler til å oppnå frihet. Sen betrakter selv grunnleggende capabilities som en logisk videreføring av Rawls' primærgoder. En forskjell er at fokus dreies fra primærgodene selv, til hva godene gjør for folk.

En rimelig tolkning av Sens syn er at en rettferdig fordeling av primærgoder er en nødvendig, men ikke en tilstrekkelig betingelse for at vi skal ha et velordnet samfunn. Tilstrekkelig blir betingelsen først når vi får en jevnere fordeling av både forutsetninger og muligheter, altså capabilities.

Sens krav om «basic capability equality» tilsier at samfunnet må kompensere for ulikhet i grunnleggende capabilities for å oppveie den ulempen en funksjonshemming medfører. Men hvor langt skal man gå i denne retning av positiv diskriminering? Sen (1992:91) mener det er «rimelig» å maksimere capabilities så langt råd er, og slutter seg til Rawls' maximinprinsipp om å gjøre det best mulig for de dårligst stilte.

En konsekvent håndhevelse av maximinprinsippet ville innebære overføring av store ressurser til funksjonshemmete, noe som kunne føre til en reduksjon av mange menneskers capabilities henimot nivået til de dårligst stilte. Vi står her overfor den klassiske konflikten mellom likhet og effektivitet. Sen «løser» konflikten ved å si at likhet i evner ikke er det eneste som teller. Også samfunnets totale beholdning av capabilities, det vil si hensynet til effektivitet, må inngå i likhetsvurderingen. Hensynet til effektivitet setter således grenser for hvor langt en kan gå for å kompensere for forskjeller i grunnleggende capabilities. Han sier (1992:145) at en funksjonshemmet bør ha fortrinnsrett til hjelp for å nå opp mot sitt maksimale ytelsesnivå uten at alle andre, også de funksjonsfriske, skal trekkes ned på dette nivået.²

La oss oppsummere hovedpunktene i dette avsnittet. Hvilke sosiale goder som skal fordeles, og hvordan de skal fordeles, avhenger av hvilken sosialfilosofisk tradisjon vi legger til grunn. I utilitarismen er nytte det viktigste godet, og dette skal maksimeres. Dette kan gi absurde fordelingskonsekvenser. For Rawls er det primærgodene som skal fordeles rettferdig, det vil si etter maximinprinsippet. Dette innebærer å gjøre det best mulig for de dårligst stilte. Også for Sen er denne formen for rettferdig fordeling av primærgoder nød-

² Sen mener det er mulig å gå et godt stykke i utjevne retning fordi de standardargumenter, spesielt incentivargumentene, som framsettes mot utjevning generelt ikke er fullt ut gyldige for capabilities (1992:143). Incentivlitteraturen er opptatt av hvordan incentivstrukturen påvirker folks motiver og muligheter. Capabilities er imidlertid mer resistente enn motiver overfor incentivstrukturen. Dersom et tiltak søker å utjevne ulikhet i evner knyttet til for eksempel alder eller kjønn, kan ikke folk uten videre tilpasse seg dette ved å skifte alder eller kjønn.

vendig, men ikke tilstrekkelig. For å skape full frihet og rettferdighet må folks muligheter til utnytte primærgodene, det vil si capabilities, være rettferdig fordelt. Sens begrep om capabilities ligger svært nær levekårsmodellens begrepspar, ressurser og arenaer (Erikson 1992, Ringen 1995).

Levekårsforskningen bygger på en liberal moralfilosofisk tradisjon som er opptatt av at grunnleggende muligheter, rettigheter, friheter og forutsetninger er rettferdig fordelt. Levekårsforskningen forutsetter, som regel stilltiede, at primærgoder som liberale friheter og rettigheter er på plass i et samfunn som det norske, selv om de ikke inngår direkte i levekårskomponentene. Livskvalitetsforskningen knytter an til den nyttefilosofiske tradisjonen som vektlegger velferd i subjektive termer, for eksempel at lykke er det ytterste godet (summum bonum). Liberaleren anser fordelingen av lykke som sekundært og framhever en rimelig og rettferdig fordeling av primærgoder, ressurser og muligheter. Liberaleren kan godta forskjeller i lykke og livskvalitet dersom alle har lik tilgang til samfunnets primærgoder og har de samme mulighetene til å dra nytte av dem. Utilitaristen på sin side vil hevde at subjektiv velferd, nytte, lykke eller tilfredshet, skal være størst mulig, mens fordelingen av primærgoder utover de grunnleggende borgerlige rettigheter er underordnet. Utilitaristen er derfor villig til å ofre likhet i primærgoder på lykkens alter, så å si.

De filosofiske grunnposisjonene står ganske steilt mot hverandre. Det er stor avstand mellom liberaleren og utilitaristen når det gjelder spørsmålet om hva som skal fordeles og hvordan det skal fordeles. Men hvordan er forholdet mellom de to retningene i norsk partipolitikk?

3.3 Noen velferdspolitiske idealer

Hva er viktig i velferdspolitisk sammenheng i Norge – objektive levekår eller subjektiv livskvalitet? Leser vi partiprogrammene til de store partiene (SV, DNA, SP, KrF og Høyre), oppdager vi at det i første rekke er Arbeiderpartiet og i noen grad Sosialistisk Venstreparti som framhever livskvalitet og diskuterer forholdet mellom livskvalitet og levekår.

Partiprogrammet til Sosialistisk Venstreparti vektlegger arbeidet for økt livskvalitet for befolkningen i flere sammenhenger. Her er en formulering: «Livskvaliteten forutsetter at grunnleggende behov dekkes, men også at den enkelte opplever trygghet og mening med det man gjør, får brukt evner og krefter i fellesskap med andre og møter medgang og motstand» (SVs arbeidsprogram s. 6).

I Arbeiderpartiets program for 90-åra er høyere livskvalitet gjort til målsetting av første prioritet sammen med arbeid for alle: «I Norge er Arbeiderpartiets mål arbeid for alle og høyere livskvalitet» (DNA 1992:8).

I Arbeiderpartiets politiske programmer finner vi også flere formuleringer om forholdet mellom livskvalitet og samfunnsmessige vilkår som på en eller annen måte henger sammen med livskvalitet. Her er et eksempel: «Det (høyere livskvalitet, vår tilføyelse) handler like mye om rettferdig fordeling, retten til arbeid, utdanning og reell mulighet til innflytelse på egen livsutvikling og levekår» (DNA 1992:39).

De rettferdighetskrav, rettigheter og muligheter som listes opp her har mye til felles med Rawls' primærgoder. Det er óg en rekke andre samfunnsmessige forhold med tilknytning til livskvalitet som nevnes i Arbeiderpartiets politiske dokumenter. Her er et knippe: samhold, fellesskap, sosiale nettverk, trygghet, frihet, lav kriminalitet, reduksjon av sosiale forskjeller, et velferdssamfunn som omfatter alle, god tilgjengelighet av offentlige velferdsordninger, og økt verdiskapning (se Regjeringas langtidsprogram, St. meld. nr 4 1992–93, DNA 1992:6,8,39).

Det er uklart hva Arbeiderpartiet legger i «livskvalitet», siden begrepet ikke defineres. Flere tolkninger er mulige.

En tolkning er at livskvalitet settes synonymt med gunstige levekår og gode samfunnsforhold på makronivå. I et samfunn som kjennetegnes av frihet, likhet, rettferdig fordeling og lav kriminalitet, har befolkningen per definisjon høy livskvalitet. Det er samfunnets kvalitet, som er objektivt gitt, som avgjør om samfunnsmedlemmene har høy livskvalitet.

I lys av andre utsagn, er en annen tolkning minst like god. Livskvalitet angår enkeltmennesker, men berører ikke nødvendigvis deres subjektive opplevelser og vurderinger. I Arbeiderpartiets program for 90-åra heter det: «Velferdsstaten skal være med på å gi et godt liv, uavhengig av hvem du er, hvor du er født og med hvilke forutsetninger» (DNA 1992:15). I dette sitatet knyttes et «godt liv» til enkeltindivider. Hvorvidt det siktes til et «godt liv» i objektiv eller subjektiv forstand, eller begge deler, er imidlertid ikke godt å si.

Regjeringas velferdsmelding hjelper oss et stykke videre. Her kan vi blant annet lese: «Regjeringens mål er å utvikle et tryggere og mer rettferdig samfunn med arbeid til alle og økt livskvalitet for den enkelte» (St.meld. nr 35 1995). Her forbindes samfunnets kvaliteter med «økt livskvalitet for den enkelte». Igjen oppfattes livskvalitet som en egenskap ved enkeltmennesker, men heller ikke her defineres livskvalitet som en subjektiv tilstand. Likevel er følgende tolkning ikke i strid med dette sitatet: Samfunnsmessige kvaliteter som trygghet og rettferdighet gir økt livskvalitet for den enkelte i form av høyere velvære og tilfredshet. Vi vil ikke påstå at dette er intensjonen bak utsagnet, men vår tolkning er i overensstemmelse med utsagnet slik det står.

Denne tolkningen åpner for noen refleksjoner. For det første later det til at for Arbeiderpartiet er det ikke nok at primærgoder og capabilities som for eksempel frihet, rettigheter, «reell mulighet til innflytelse» osv. er rettferdig

fordelt. Partiet har også en ambisjon om å øke enkeltmenneskers livskvalitet. Det kan således se ut til at Arbeiderpartiet ønsker å bygge bro mellom en liberal tradisjon, i Rawls' og Sens utgave, og den utilitaristiske tradisjonen. For det andre gir dette standpunktet opphav til interessante forskningsspørsmål. Hvilke av de sosiale forhold som er nevnt i sitatene ovenfor øver størst innflytelse på livskvaliteten? Er det trygghet, er det sosiale relasjoner, er det tilgjengelighet til offentlige ytelser, eller er økonomien viktigst? Svar på slike spørsmål bør ha stor velferdspolitisk relevans. Og hvis vi kan finne svar på disse spørsmålene, hva slags politikk er i så fall best egnet til å påvirke de samfunnsmessige vilkår som bidrar til større livskvalitet?

3.4 Oppsummering

Både livskvalitetstilnærmingen og levekårstilnærmingen har sine sterke og svake sider. Skillet mellom de to er heller ikke så kategorisk og vanntett i praksis som den filosofiske debatten kan gi inntrykk av. Spørsmålet om hvorvidt livskvalitet er overordnet ressurser eller omvendt finnes det intet endelig svar på. I siste instans vil begge posisjoner antakelig måtte bli stående ubegrunnet. En fornuftig løsning kan derfor være ikke å avvise noen, og heller ikke velge den ene framfor den andre, men å velge begge slik vi har gjort i dette arbeidet. Synspunkter fra den samfunnsvitenskapelige og filosofiske debatten om velferd har også funnet veien til enkelte politiske partiers prinsippprogrammer, særlig Arbeiderpartiets. En tolkning er at Arbeiderpartiet har som ambisjon å å bedre folks levekår for derigjennom å høyne deres subjektive livskvalitet. Subjektiv livskvalitet synes altså å være et aktuelt velferdspolitisk tema i norsk politikk. En viktig forskningsoppgave vil derfor være å identifisere de levekårsforhold som skaper velvære og tilfredshet.

Kapittel 4

Data og metode

Fafos eldreundersøkelse er basert på et tilfeldig, landsomfattende utvalg av 964 hjemmeboende personer i alderen 65 til 98 år. Gjennomsnittsalderen er 74 år. 57 prosent er kvinner og 43 prosent menn. Bruttoutvalget omfatter 1405 personer, mens nettoutvalget utgjør 964 personer. Dette gir en svarprosent på 69. Statistisk sentralbyrå har trukket utvalget og stått for intervjuingen. Datamateriale og framgangsmåte er dokumentert i en teknisk rapport utgitt av SSB (1995).

Blant annet med utgangspunkt i rapporten fra SSB skal vi i dette kapitlet beskrive opplegg for datainnsamling og vurdere datamaterialets kvalitet.

Hva skiller en spørreundersøkelse blant eldre mennesker fra en spørreundersøkelse blant yngre mennesker? En alminnelig forestilling er at eldre er vanskelige å nå; de svarer ikke på telefonen, de åpner ikke døra, og de er hyppig og langvarig hjemmefra, for eksempel på institusjon. Hvis intervjueren først er kommet i kontakt med en eldre person, oppstår nye problemer. Eldre har dårlig hukommelse, er trege i oppfatningen, de hører og ser dårlig, har problemer med å konsentrere seg, de forstår ikke spørsmålene, blir fort slitne, de har vanskelig for å samarbeide, og intervjuingen går tregt. Også i eldre metodelitteratur kan vi støte på liknende synspunkter: «Når du skal intervjuere eldre, så regn med at intervjupersonen forstår og konsentrasjon vil være lav» (Hoinville i Carp 1989:94).

Budskapet i nyere metodelitteratur er imidlertid at slike problemer ikke er allmenngyldige, selv om de selvsagt finnes (Carp 1989:95). Det kan være problematisk å nå og å intervju et mindretall av eldre. Det er derfor viktig å ha utarbeidet en beredskap for hvordan slike problemer skal møtes. Det finnes flere virkemidler som kan avhjelpe de spesielle problemene en spørreundersøkelse blant eldre mennesker byr på (Lundberg og Thorslund 1993).

I dette kapitlet skal vi beskrive de tiltakene SSB i samarbeid med Fafo satte i verk for å takle noen av de problemene som kunne forventes å oppstå. Disse tiltakene hadde som formål å bringe frafallet under kontroll, og å gi muligheter til å vurdere hvor sikre de avgitte svarene er. Mer spesifikt skal vi derfor befatte oss med to hovedspørsmål: Hvordan er frafallet fordelt, og hvor sikre er svarene vi har fått.

4.1 Frafall

Spørreundersøkelsen er utført blant hjemmeboende eldre. Institusjonsbeboere er dermed ikke med i undersøkelsen. Dette betyr at om lag 46 000 eldre på alders- og sykehjem er utelatt. Eldre med langvarig opphold på andre institusjoner, som for eksempel de psykiatriske, er heller ikke med. Det er flere grunner til at Statistisk sentralbyrå vanligvis ikke foretar intervjuer med institusjonsbeboere. Et tungtveiende hensyn er at eldre på institusjon skal være forskånet for den belastning det kan være å bli intervjuet i en time eller mer. Andre hensyn er av mer praktisk/metodisk art. En må regne med stort frafall. Dessuten vil nøyaktigheten i svarene ofte bli tvilsom. Undersøkelser viser at opptil 70 prosent av beboerne på sykehjem er senil demente (Engedal og Haugen 1991). Det er også upraktisk å intervjuere eldre på institusjon, blant annet fordi beboerne ikke har egen telefon. Endelig er det et utvalgsteknisk problem. Store institusjoner i små kommuner vil gi store utslag og mulige skjevheter. For å intervjuere eldre i institusjoner kreves det skreddersydde opplegg, langt utover det en alminnelig levekårsundersøkelse kan gjøre.

Denne undersøkelsen er i hovedsak utført ved personlige intervjuer. Tolv prosent av intervjuene ble likevel foretatt over telefon, men kun som en «nødløsning», som det heter i intervjuerinstruksen. Erfaring viser at personlig intervju er den metoden som gir minst frafall blant eldre. Generelt er frafallet minst for personlig intervju, noe større for telefonintervju og størst for post-enquête. Kyndige intervjuere mener dessuten at personlig intervju er den beste måten å få informasjon om og fra eldre respondenter på (Herzog og Kulka 1989:71). Som vi skal komme tilbake til, er det likevel ikke alle typer spørsmål som egner seg like godt for personlig intervju.

Til eldreutvalget trakk SSB 1405 hjemmeboende personer som var 65 år og eldre per 30.12.1994. De eldste er 98 år. 57 prosent er kvinner. Som sagt er svarprosenten 69. Personene er tilfeldig trukket etter SSBs utvalgsplan.

Ikke i noe tilfelle er avviket med hensyn til kjønn, alder og bosted (region) mellom netto- og bruttoutvalget større enn tre prosentpoeng, heller ikke i aldersgruppa over 80 år. Av samtlige 964 i nettoutvalget inngår 650 personer i den ordinære Levekårsundersøkelsen 1995. 314 personer inngår i et tilleggsutvalg som ble trukket ut til Fafos eldreundersøkelse for å få et større og mer kraftfullt materiale. Svarprosenten er tilnærmet lik i begge delutvalg.

Det er alltid en fare for stort og systematisk skjevt frafall. Som regel er frafallet størst blant syke og ressurssvake som for eksempel lavutdannete (Wallace m.fl. 1992, Carp 1989). Tiltak for å motvirke ukontrollerte og systematiske frafall er derfor viktige. En svensk undersøkelse fra 1992 av hjemmeboende personer mellom 75–98 år la stor vekt på å redusere frafallet til et minimum (Lundberg og Thorslund 1993). Det ble oppnådd intervju med hele 95,4 prosent – en oppsiktsvekkende god svarprosent. Alle unntatt

to personer ble oppsport. Det øvrige frafallet skyldtes utelukkende nekting. Intervjuere som var spesielt interessert i akkurat dette oppdraget ble anmodet om å melde seg, og anerkjent dyktige intervjuere ble rekruttert. Eldre intervjuere, om mulig med sykepleierutdanning, ble foretrukket. Det ble også stilt strenge krav til intervjuerne om å nå flest mulig. Blant annet ble det gjort klart at hvis hver intervjuer hadde ett eneste bortfall, ville det totale frafallet bli 17 prosent, hvilket var uakseptabelt. Nøkkelen til det gode resultatet var således en veloverveid rekrutteringspolitikk, faglig støtte og høye krav til intervjuerne med vekt på personlig ansvarliggjøring.

Fafo ble enig med Statistisk sentralbyrå om å sette i verk flere tiltak for å heve svarprosenten og for å redusere systematiske frafall. Den første postale henvendelsen fra SSB til de eldre inneholdt et anbefalingsbrev fra Pensjonistforbundet. Intervjuperioden ble forlenget med tre uker for å gi mulighet til å komme i kontakt med eldre som var lenge borte fra hjemmet. Intervjuerinstruksene poengterte at det var viktig å få en høy svarprosent og gjorde det klart at det kunne foretas inntil fire gjenbesøk dersom det var påkrevet for å opprette kontakt. Det ble også framhevet at dersom respondenten hadde korttidsopphold på institusjon, burde intervjueren undersøke muligheten for å ta intervjuet der. Anerkjent erfarne og dyktige intervjuere kunne mobiliseres i spesielt vanskelige tilfeller. Endelig ble kategoriseringen av frafallsårsaker noe utvidet og nyansert for å unngå at for mange havnet i «annet».

Det er vanskelig å vurdere hvor effektive disse tiltakene har vært. Etter alt å dømme har tiltakene virket etter hensikten. At frafallsprosenten i denne undersøkelsen er fire prosentpoeng lavere enn i Levekårsundersøkelsen 1991 (SSB 1992), tyder på det. Svarprosenten på nær 70 prosent må anses som tilfredsstillende. Sammenliknet med tidligere tilsvarende undersøkelser, har det vært lagt ned ganske mye omtanke og arbeid i å sikre høy svarrate og representativitet. Som vi skal se, er det likevel en klar systematikk i frafallet. Når denne innsatsen bare delvis har båret frukter, viser det hvor vanskelig det er å få enkelte undergrupper av eldre i tale.

Vi har likevel gode muligheter for å vurdere hvilke konsekvenser det systematiske frafallet har for resultatene. De to vanligste frafallsårsakene i vårt utvalg er vegring, det vil si at intervjupersonen ikke ønsket å delta (58 prosent), og egen langvarig sykdom (15 prosent). Deretter kommer «annet» (ni prosent). Det er langt fra opplagt at de som ikke ønsker å delta tilhører en spesielt svakstilt eller utsatt gruppe. Statistisk sentralbyrå opplyser at denne frafallskategorien skjuler både ressursvake og ressusterke. Antakelig gjør vi ingen alvorlige feil om vi antar at de to gruppene oppveier hverandre. Frafaller på grunn av egen sykdom bidrar selvsagt til at vi undervurderer utbredelsen av sykdom og helseproblemer og kanskje også annen elendighet i utvalget. Samlet sett er dette likevel ikke alvorlig, noe vi kan illustrere med et regnestykke. Dersom de frafalne langvarig syke inkluderes i nettoutvalget, vil

andelen med langvarig sykdom bare gå opp med to prosentpoeng, fra 71,3 prosent til 73,2 prosent. Andelen som faller fra på grunn av egen sykdom øker imidlertid med alderen og er særlig høy blant dem som er 80 år og eldre. Blant 65–69-åringene er frafallet på grunn av egen sykdom to prosent. Blant dem som er 80 år og eldre er det ti prosent. Et regneeksempel kan illustrere hvor alvorlig dette forholdet er. I vårt utvalg oppgir 70 prosent av 65–69-åringene og 76 prosent av dem som er 80 år og eldre at de har en langvarig sykdom. Hvis vi hadde inkludert dem som er falt fra på grunn av sykdom, ville andelen langvarigsyke blant de eldste, 80 år og mer, ha steget med tre prosentpoeng til 79 prosent. Dette systematiske frafallet innebærer at forekomsten av sykkelighet og helseproblemer er noe større i virkeligheten enn i vårt utvalg, og at sykkeligheten øker mer med alderen enn det vi observerer i utvalget. I den grad sykdom og helseproblemer henger sammen med andre levkårsproblemer, for eksempel lav inntekt, vil vi også undervurdere omfanget av slike problemer.¹ Dette er det viktig å være oppmerksom på. Likevel viser vår frafallsanalyse at de skjvhetene som oppstår antakelig ikke har svært alvorlige konsekvenser for de slutningene vi kan trekke.

Fordi det er forholdsvis flere på institusjon i de eldre aldersgruppene enn i de yngre, vil utvalget også bli mer selektivt i de høyere aldersgruppene. Velferdsmeldinga (St.meld. nr 35 1995) viser at i alt er om lag 46 000 personer på aldersinstitusjon for kortere eller lengre tid. Dette betyr at anslagsvis 6,6 prosent av befolkningen over 65 år til enhver tid befinner seg på aldersinstitusjon. Kun 2,3 prosent av personer i aldersgruppa 67–79 år er på institusjon. Andelen stiger så raskt med alderen, og av personer på over 90 år er oppunder halvparten på institusjon. Når tall som viser levkårsfordeling etter alder skal tolkes, må vi også skjele til dette faktum. Når vi i denne rapporten snakker om eldrebefolkningen eller «de eldre», så er det den *hjemmeboende* eldrebefolkningen vi har i tankene. Eldre som bor på sykehjem vil få komme til orde i en annen rapport fra prosjektet.

4.2 Hvor nøyaktige er svarene?

«Ubesvart» vil som regel ikke være tilfeldig fordelt (Carp 1989:99). Wallace m.fl. (1992) rapporterer at for en del spørsmål, blant annet om inntekt og helse, øker andelen ubesvart med alderen og er størst blant dem over 85 år. Ubesvart på et spørsmål om funksjonsdyktighet viser seg også å predikere to års overdødelighet for eldre i alle tre aldersgruppene (65–74, 75–84, 85+). Andelen inkonsistente svar viser seg også å øke noe med alderen for menn, men ikke

¹ Problemet synes ikke alvorlig. Tall fra inntekts- og formuesundersøkelsen 1993, en undersøkelse som ikke er beheftet med systematisk frafall, viser noe lavere gjennomsnittsinntekt blant eldre enn vår undersøkelse.

for kvinner (Wallace 1992:133). Tolkningen av resultater som viser at eldres svar har lavere kvalitet enn yngres, er likevel ikke nødvendigvis den at evnen til å besvare spørsmål faller med alderen. Det er mulig at den enkeltes interesse kan være vel så utslagsgivende (Herzog og Kulka 1989:71). I denne undersøkelsen er andelen ubesvarte svært lav på de aller fleste spørsmål.

Å svare på spørsmål i et spørreskjema fordrer en viss porsjon intellektuell kapasitet og mental kompetanse (Carp 1989:95). Er ikke denne til stede, er et vanlig spørreskjemadesign lite egnet. Den kognitive kompetansen kan måles ved å inkorporere intelligens tester i spørreskjemaet (Carp 1989:95). Respondenter som ikke tilfredsstillir bestemte minstestandarder kan så holdes utenfor analysen. Denne muligheten ble også vurdert under planleggingen av denne undersøkelsen. Dette alternativet ble imidlertid forkastet til fordel for en vurdering av respondentens kognitive evner, gjort av intervjuer.

En konsekvens av kognitiv svikt er at en del eldre svarer i «hytt og vær» slik at svarene blir unøyaktige og usikkerheten tilsvarende stor. For å sikre at spørsmålene var forståelige for målgruppa, gjennomførte Fafo en test på spørreskjemaet blant 25 medlemmer av Pensjonistforbundet spredt over hele landet. Dette ga oss nyttige erfaringer og førte til en del forenklinger og presiseringer av både spørsmål og svar. Det samlede inntrykket var at spørsmålene ble forstått og jevnt over fungerte bra.

Tilbakemelding fra SSBs intervjuere gikk også ofte ut på at de eldre syntes spørsmålene var interessante, selv om det også ble meldt om at en del hadde problemer.

Tilfeldige variasjoner som skyldes at respondenter misforstår, blir slitne, ukonsentrerte og ikke riktig vet hva de skal svare og så videre, vil framtre som store standardavvik. Svarene blir usikre. Antakelig vil slike tilfeldige variasjoner gjøre seg sterkest gjeldende ved spørsmål av vurderende karakter, som for eksempel ved spørsmål om livskvalitet. Stor usikkerhet ved estimatene gjør at korrelasjonene mellom forhold vi er interessert i – for eksempel mellom inntekt og velvære – blir kunstig små fordi de utvannes av uvedkommende kilder til variasjon (Mastekaasa m.fl. 1988:25).

For å få en mulighet til å vurdere denne typen usikkerhet, ble hver intervjuer bedt om å krysse av i spørreskjemaet dersom det var spesielle problemer med intervjuet som hadde å gjøre med at respondenten var en eldre person. Tolv prosent oppga slike problemer. I disse tilfellene skulle intervjueren notere hva problemet besto i. I kommentarene til intervjuerne er det en del gjengangere. Det er først og fremst at respondentene hørte dårlig, ble slitne, hadde dårlig hukommelse og var ukonsentrerte. Alt i alt skulle en vente at dette ville øke innslaget av tilfeldig variasjon. Dette blir bekreftet når vi ser på standardavvikene til variablene subjektiv velvære og generell tilfredshet (tabell 4.1).

Tabell 4.1 Velvære og tilfredshet etter hvorvidt det var problemer med å gjennomføre intervjuet. Gjennomsnitt og standardavvik

	Velvære		Tilfredshet		N
	Gjennomsnitt	Standardavvik	Gjennomsnitt	Standardavvik	
Problemer	4,9	2,0	12,4	3,9	110
Ikke problemer	6,3	1,7	13,9	2,8	775

Usikkerheten målt med standardavviket er noe større i den kategorien som intervjuerne har identifisert som problematisk enn blant de øvrige. Denne større usikkerheten kan tolkes som uttrykk for kognitiv svikt. Men dette er ikke den eneste tolkningen. En alternativ tolkning er at usikkerheten snarere skyldes at problemgruppa er mer uensartet enn de øvrige.

Hvis vi nå antar at usikkerheten skyldes kognitiv svikt og ikke er utslag av reelle forskjeller, blir spørsmålet hvilken praktisk betydning det har. For å besvare dette spørsmålet har vi på nytt estimert modellene som predikerer velvære og tilfredshet i kapittel 8, men uten de «problematiske» respondenterne. Vi kan slå fast at resultatene ikke endrer seg vesentlig. Noen variable som var nær grensa til å være ikke-signifikante i de opprinnelige modellene, blir nå ikke-signifikante. Et stykke på vei skyldes dette at det er vel 100 færre personer i de nye modellene.

En annen kilde til usikkerhet er at intervjuet er foretatt helt eller delvis med en pårørende. Intervjuerne ble bedt om å krysse av dersom hele eller deler av intervjuet ble gjort med en pårørende eller med mye hjelp av en pårørende. For tolv prosent av intervjuene var dette tilfellet, en andel som er identisk med den omtalte svenske eldreundersøkelsen (Lundberg og Thorslund 1993). Det forekommer en viss overlapping mellom problematiske intervjuer og intervjuer foretatt med støtte av pårørende, men den er langt fra perfekt. Korrelasjonen er .23 (Pearsons r).

Intervjuer med pårørende kan være uheldig, særlig når et viktig formål er å kartlegge subjektive og personlige fenomener som mental helse, psykisk velvære og tilfredshet. Likevel, dersom intet intervju er alternativet, er et pårørendeintervju å foretrekke. I og med at vi vet hvilke intervjuer som ble fore-

Tabell 4.2 Velvære og tilfredshet etter hvorvidt intervjuene ble foretatt med hjelp av en pårørende eller ei. Gjennomsnitt og standardavvik

	Velvære		Tilfredshet		N
	Gjennomsnitt	Standardavvik	Gjennomsnitt	Standardavvik	
Hjelp fra pårørende	6,3	1,8	13,9	3,0	110
Ikke hjelp fra pårørende	6,1	1,8	13,7	3,0	770

tatt med hjelp fra pårørende, har vi også mulighet til å sjekke hvordan disse avviker fra de øvrige.

Tabell 4.2 viser gjennomsnitt og standardavvik for velvære og tilfredshet etter hvorvidt intervjuene ble foretatt med hjelp av en pårørende. Både for velvære og tilfredshet er standardavvikene og gjennomsnittene svært like for de to gruppene. Forskjellene er heller ikke signifikante. Det er dermed liten grunn til å tro at intervjuer gjort med og uten hjelp fra pårørende påvirker resultatene våre i nevneverdig grad.

Blant eldre synes det å være en tendens til å idealisere eller til å svare i tråd med det som anses som sosialt ønskelig ved personlig intervju (Campbell m.fl. 1976, Carp 1989:103). Sherbourne og Meredith (1992) fant at tendensen til idealisering økte gradvis fra laveste aldersgruppe (18–44 år) til høyeste aldersgruppe (75 år og eldre). En effektiv måte å kontrollere sosialt ønskelig svargivning på, er å bruke selvutfyllingsskjema i stedet for personlig intervju. Moum (1995) har vist at selvutfylling av et instrument som måler mental helse, gir langt høyere forekomst av psykiatriske tilfeller enn personlig intervju. Han fant dessuten at personlig intervju førte til at unge og velutdannede var tilbøyelige til å underrapportere symptomer på psykiatrisk sykkelighet. I denne undersøkelsen vurderte vi muligheten for å legge igjen et selvutfyllingsskjema med de mest sensitive spørsmålene etter at intervjuet var avsluttet. Tanken ble forkastet blant annet på grunn av faren for en uakseptabel stor prosent ikke-besvart. Det er imidlertid en annen måte å komme problemet med idealisering til livs på. Det er utformet instrumenter som er ment å måle tilbøyeligheten til å idealisere. Vi har anvendt et slikt instrument som består av fem spørsmål (Hays m.fl. 1989). Som vist i kapittel 8 og i metodevedlegget, finner vi at eldre synes å idealisere, men at denne tendensen ikke påvirker de observerte sammenhengene i vesentlig grad. Dette er i samsvar med andres funn (Campbell m.fl. 1976).

4.3 Oppsummering og konklusjon

I dette kapitlet har vi sett på betydningen av systematisk frafall og spesielle problemer som kan oppstå ved intervjuing av eldre. Vårt landsrepresentative utvalg inneholder 964 hjemmeboende eldre i alderen 65 til 98 år. Gjennomsnittsalderen er 74 år. 57 prosent er kvinner, 43 prosent menn. Nettoutvalget utgjør 69 prosent av bruttoutvalget og avviker fint lite når det gjelder kjønn, alder og bosted. Det ble satt i verk flere tiltak for å høyne svarprosenten og for å unngå systematisk frafall. Likevel er det en overvekt av langvarig syke blant de frafalne, og frafallet på grunn av langvarig sykdom øker med alderen. Dette betyr at forekomsten av sykkelighet og helseproblemer er noe større i

virkeligheten enn i vårt utvalg, og at sykелigheten reelt øker mer med alderen enn det vi observerer i utvalget. Våre beregninger viser at de skjevhetene som oppstår av denne grunn ikke har alvorlige konsekvenser for resultatene. Tilfeldige variasjoner i svarene som kan skyldes kognitiv svikt blant en del eldre, er vurdert ved hjelp av anmerkninger gjort av SSBs intervjuere. Konklusjonen er at eventuell kognitiv svikt ikke påvirker hovedresultatene. Ved hjelp av et eget spørreinstrument har vi kontrollert den tilbøyeligheten mange eldre har til å avgi svar som er sosialt ønskelige. Vi finner, som vist i kapittel 8 og i metodevedlegget, klare tegn til at sosialt ønskelig svargivning forekommer, men at det ikke påvirker resultatene i vesentlig grad.

Kapittel 5

Eldres levekår I:

utviklingen på 1990-tallet

I dette kapitlet gir vi et oversiktsbilde over utviklingen i eldres levekår de siste fire år. Til dette skal vi bruke Fafos eldreundersøkelse 1995 og data fra Levekårsundersøkelsen 1991 (SSB 1992). Her ser vi bare på kjønns- og aldersforskjeller. Først i neste kapittel skal vi analysere et bredere spekter av sosiale bakgrunnsforhold.

Kapitlet er bygd opp som følger: først skal vi diskutere noen forestillinger om samfunnsutviklingen generelt og utviklingen i eldres situasjon spesielt. Dernest skal vi ta for oss levekårsutviklingen på 1980-tallet og særlig se på forskjeller mellom aldersgruppene. Endelig ser vi på levekårsutviklingen for eldrebefolkningen slik den var på første halvdel av 90-tallet.

Levekårsutviklingen for eldre er et tilbakevendende tema i det løpende sosialpolitiske ordskiftet og i debatten om framtidens velferdsstat. En av velferdsstatens fremste ambisjoner er å skape økonomisk grunntrygghet for personer som ikke kan brødfø seg selv ved eget arbeid. Historisk er alderdommen en fase av livet der risikoen for fattigdom, nød og sosial elendighet har vært særlig stor (Hatland 1994:170). I mange andre land er det fremdeles slik, også i vestlige industrialiserte land som for eksempel England og USA (Arber 1989, 1993, Arber og Ginn 1991a,b,c, Estes 1986, Townsend 1986, Phillipson og Walker 1986, Phillipson 1982).

I løpet av det siste tiåret har *utviklingen* i inntektsnivået blant eldre i Norge vært mer positiv enn for andre grupper, slik at det har foregått en utjevning mellom aldersgruppene (*Sosialt utsyn* 1993, Velferdsmeldinga St. meld. nr 35 1995, Levekårsutredningen NOU 1993:17). Flere utviklingstrekk virker i retning av at inntektsveksten blant eldre vil fortsette. Tilleggspensjonssystemet er fortsatt under oppbygging. Tiltakende yrkesaktivitet blant kvinner fører til at færre får minstepensjon. Pensjonsinntekter utenfor folketrygden og kapitalinntekter spiller en økende rolle (Erstad 1995, Koren 1994:7).

Folketrygden har innebygget en automatisk inntektsvekst i alderspensjonene fram til år 2007, når tilleggspensjonssystemet vil være fullt utbygd. Alderspensionistenes inntektsutvikling vil dermed, under bestemte forutsetninger, føre til at de får høyere disponibel inntekt enn gjennomsnittet for alle husholdninger i 2030 (Gravningsmyr 1995). Eldre har også forholdsvis store

formuer (Levekårsutredningen 1993:137), og disse vil fortsette å vokse når nye og velstående kull trer inn i pensjonistenes rekker. I 1990 var det 60–66-åringene som hadde størst nettoformue av alle (Levekårsutredningen 1993:139).

Men levekår er langt mer enn inntekt og økonomi, selv om penger er et uvurderlig gode i en markedsøkonomi. Helse er en annen sentral levekårskomponent. Fries (1980) har lansert en optimistisk teori om hvordan eldrebefolkningens helse vil utvikle seg. Denne er sammenfattet i tvillingtesen om rektangularisering av dødeligheten og sammenpressing av sykkeligheten. Kort sagt innbærer dette synet at eldre lever uten alvorlig kronisk sykdom til de når menneskets fastlagte, naturlige alder, som ifølge Fries er omtrent 85 år. Da er kroppen slitt ut og døden inntreffer raskt. Bakgrunnen for dette løfterike scenariet er ifølge Fries blant annet at de nye generasjoner av eldre fører en sunnere livsstil enn de tidligere. Denne tesen har vært heftig diskutert og kritisert, og har vist seg vanskelig å belegge empirisk (Bury 1988). I den seinere tid har helseforskere fattet fornyet interesse for oppvekstvilkårenes betydning for helsetilstanden i voksenalder (Dahl og Birkelund 1995, Barker 1992). Fattigdom, nød, sosial misere og helseproblemer kan ha langtidsvirkninger på helsetilstanden til langt opp i voksenalder. De sosiale og økonomiske forhold som rådde da dagens eldregenerasjon vokste opp kan med andre ord prege de eldres helsetilstand den dag i dag. I et slikt generasjonsperspektiv er det imidlertid to konkurrerende teser om virkningene av levekår i oppveksten. En tese er at gunstigere oppvekstvilkår, særlig bedre sanitærforhold og ernærings situasjon, gir mer robuste og friske eldre. Denne tesen forutsier at de nye eldregenerasjonene blir friskere enn de foregående. Den andre tesen forutsier at når spedbarnsdødeligheten går ned etter hvert som levekårene bedres, vil også de svake spedbarna – som ellers ikke ville ha overlevd – vokse opp. I voksenalder vil disse slite med dårlig helse. I Norge har levealderen steget jevnt og trutt de siste tiåra både for menn og kvinner (*Historisk statistikk*, SSB 1995). Dette er selvsagt ikke ensbetydende med at eldres helse, velvære og funksjonsevne blir bedre. Funksjonsevnen er opplagt uhyre viktig for eldres velvære og for muligheten til å klare seg selv i eget hjem. Nedenfor skal vi se nærmere på hvordan utviklingen i eldres helse har vært.

Når det gjelder den sosiale forankring er forestillingene mer entydig pessimistiske med henblikk på i hvilken retning utviklingen går. En utbredt oppfatning både blant leg og lærd er det er trange kår for det varme sosiale samkvem og de nære personlige relasjoner. I dagspressen kan vi til stadighet lese oppslag av følgende art: «Ensomhet en stor utfordring for framtidens eldreomsorg» (*Folkets Framtid* 31.3.1995). Sosiologen Yngvar Løchen (1990) snakker om den sosiale forvitringen, som blant annet gir seg til kjenne ved en økende avstand mellom de rettigheter folk hevder å ha og de plikter de vil ta på seg. Både radikale og konservative kan slutte seg til diagnosen om et

kaldere samfunn, men de er uenige om årsakene og virkemidlene. I den radikale varianten er årsakene ofte identifisert med for mye marked og en omsegripende markedstenkning. I den konservative versjonen er årsakene snarere å finne i at statlige og offentlige myndigheter blander seg for mye inn i det sivile samfunn og den private sfære. Dersom vi går mot et kaldere samfunn, vil eldre kanskje rammes særlig hardt siden de er mindre mobile, aktive og utadvendte enn yngre.

En alminnelig oppfatning, nært knyttet til tesen om den sosiale forvitringen, er at trygghet for liv, helse og eiendom er på hell. Denne formen for trygghet henger nært sammen med utviklingen av samfunnets samhold og kvaliteten av nære, personlige relasjoner. Kriminalstatistikken viser at antall forbrytelser har økt nærmest uavbrutt siden 60-tallet. Tyverier har dominert i hele perioden, mens tallet på voldsforbrytelser er femdoblet i samme periode (Gautun 1995). Tegn til normoppløsning og til forvitring av nære personlige relasjoner antyder at eldres følelse av utrygghet øker, både i det offentlige rom og i hjemmet.

5.1 Eldres og yngres levekårsutvikling på 1980-tallet

Hvordan utviklet eldres levekår seg i forhold til resten av befolkningen på 1980-tallet? Tabell 5.1 (se neste side) illustrerer levekårsutviklingen etter alder og kjønn med data fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelser 1980 og 1991 (SSB 1992). Dette er utvalgsundersøkelser på linje med Fafos eldreundersøkelse 1995.

De «eldre» i tabell 5.1 omfatter kun aldersgruppa 67–79 år. Personer over 80 år inngikk ikke i levekårsundersøkelsen 1980. Tabellen viser utviklingen på fem viktige levekårsområder: Trygghet, bolig, sosial kontakt, helse og økonomi. Tallene i tabellen viser endringen målt i prosentdifferanser med ulike levekårsulemper etter kjønn og alder. Positive tall indikerer at flere i gruppa har fått levekårsproblemet, mens negative tall indikerer at færre har det spesi- fikke levekårsproblemet i 1991 enn i 1980.

Gunstig levekårsutvikling for eldre på 1980-tallet, men....

Velferdsmeldinga (St.meld. nr. 24 1994–95) konkluderer med at perioden 1980 til 1991 var preget av at befolkningen som helhet fikk det noe bedre. Andelen med samlet sett svært dårlige, dårlige og litt dårlige levekår gikk ned fra 29 prosent i 1980 til 26 prosent i 1991, og andelen med samlet sett gode eller svært gode levekår steg fra 27 prosent i 1980 til 30 prosent i denne perioden (Velferdsmeldinga 1995).

Dette inntrykket bekreftes av tabell 5.1. Levekårene i eldrebefolkningen (67–79 åringene) har bedret seg noe i forhold til levekårene for de yngre aldersgruppene med hensyn til boligstandard, sosial forankring og delvis helse. Særlig ser det ut til at eldre menns funksjonsevne er blitt bedre (Barstad 1992). På 1980-tallet opplevde alderspensjonistene også en sterkere inntektsvekst enn andre grupper (Velferdsmeldinga 1995:40). Veksten i disponibel inntekt på 80-tallet var omtrent dobbelt så høy for de eldre som for andre grupper, og andelen eldre over 75 år med lav husholdningsinntekt gikk ned fra 22 prosent i 1980 til fire prosent i 1990. Andelen minstepensjonister går også stadig nedover. Utsatthet eller frykt for vold er imidlertid omtrent uendret i perioden 1980–90.

Til tross for den gjennomgående gunstige levekårsutviklingen blant eldre på 80-tallet, hadde eldrebefolkningen i 1991, som tidligere, på flere viktige områder fremdeles dårligere levekår enn befolkningen sett under ett. Vedleggs-

Tabell 5.1 Prosentvise endringer i levekårene til befolkningen fra 16–79 år, fra 1980 og 1991, etter alder og kjønn

	Prosentvise endringer fra 1980 til 1991									
	16-24 år		25-44 år		45-66 år		67-79 år		Alle	
	M	K	M	K	M	K	M	K		
Utsatt for vold eller trusler	+1	+3	+4	+1	+1	-1	0	-1	+1	
Frykt for vold	0	+1	0	+6	+1	+3	+3	+1	+2	
Trangbodd	-16	-12	-11	-8	-6	-6	0	-4	-8	
Bor dårlig	-7	-6	-8	-3	-11	-10	-15	-17	-8	
Bor alene	+1	+5	+9	+4	+5	-1	+3	+9	+4	
Uten fortrolig venn	-7	-4	-11	-12	-5	-14	+1	-16	-9	
Sjelden kontakt med familie	0	-1	-1	+8	-9	0	-12	-7	-1	
Hjelpetrengende	0	+1	+1	+1	-2	+1	-15	+2	-1	
Med langvarig sykdom	-5	+9	+7	+9	-4	+6	+1	-3	+3	
Har ikke fritidshus	-3	+2	-3	+2	-5	-5	-6	+1	-1	
Problemer med løpende utgifter	+2	+8	+6	+4	+2	+2	+1	0	+4	
Problemer med uforutsett utgift på 2000 kroner	+4	+6	+6	+4	+4	+3	0	+6	+5	
Antall (N) i 1991	342	319	715	748	550	505	219	246	3644	

Kilde: Levekårsundersøkelsen 1991, SSB 1992

tabell 5.1 (vedlegg 1) viser fordelingen av levekår etter alder i 1991. Tabellen viser at eldre fortsatt har høyere sykелighet, flere er hjelpetrengende – særlig blant kvinner, færre har en fortrolig venn, og flere bor alene. Disponibel inntekt er også lavere blant eldre enn blant yngre (SSB, *Inntekts- og formuestatistikk* 1993:36). Fremdeles var om lag halvparten av de eldre minstepensjonister i 1991 (Sosialdepartementets tiltaksplan 1993/94 s. 11)¹. Sammenliknet med andre grupper er eldres forbruk klart lavere, selv om forskjellen de siste åra har blitt noe redusert (*Sosialt utsyn* 1993:254).

På enkelte områder er imidlertid eldre ikke dårligere stilt enn yngre. Eldre har ikke dårligere familiekontakt enn andre. Pensjonister og pensjonistekterpar har lavest gjeld av alle grupper (*Sosialt utsyn* 1993), og eldres formuer er som nevnt forholdsvis høye og voksende (Levekårsutredningen 1993:238, *Sosialt utsyn* 1993). Selv om eldres inntekter fortsatt er lavere enn andres, er andelen eldre med betalingsproblemer, målt enten som problemer med løpende utgifter eller uforutsette utgifter, lavest av samtlige aldersgrupper. Vold eller voldstrusler forekommer oftere blant unge enn blant eldre. Frykten for vold, derimot, er størst blant de eldre kvinnene, som, paradoksalt nok, er de minst voldsutsatte.

Det er verdt å legge merke til i vedleggstabell 5.1 at den påtroppende pensjonistgenerasjonen, aldersgruppa 44–66 år, er jevnt over best stilt av alle på de fleste levekårskomponenter. Hvorvidt dette vil vedvare inn i pensjonisttilværelsen gjensstår selvsagt å se.

La oss sammenfatte: For eldrebefolkningen, det vil si blant personer mellom 67 og 79 år, har levekårsutviklingen på 1980-tallet i det store og hele vært gunstig sammenliknet med yngre. Denne utjevningen til tross, eldre har fortsatt dårligere levekår enn de yngre på flere viktige levekårsområder, som inntekt, helse og sosial forankring.

Hensikten med denne framstillingen har vært å gi en grov, men systematisk oversikt over utviklingen i befolkningens levekår på 80-tallet med vekt på forskjeller mellom aldersgrupper. Dette betyr at vi har oversett sosiale og individuelle forskjeller innad i de enkelte aldersgruppene. Slike forskjeller er selvsagt viktige, men er ikke temaet i dette kapitlet. Likeledes skal vi være oppmerksom på at eldre over 80 år er utelatt, siden de ikke var inkludert i Levekårsundersøkelsen 1980. Vi vet ikke om bildet over utviklingen hadde vært annerledes om de aller eldste (80 år+) også var inkludert. Når vi i det følgende skal se på endringene på 90-tallet, tar vi også med dem som er 80 år og over.

¹ Det vil si at de mottok kun minstepensjon fra folketrygden. Hvor mange av disse som har andre typer inntekter, er usikkert. Men antallet pensjonister som *kun* lever av minstepensjonen er lavere.

Spørsmålet er om den positive utviklingen for de eldre fra 1980- tallet har fortsatt inn på 90-tallet. Vi skal sammenlikne tall for 1991 og 1995. Fire år er ikke mye, så vi vil ikke vente så store endringer.

5.2 Utviklingen av eldres levekår på 1990-tallet

Ved hjelp av levekårsdata for 1991 og vår eldreundersøkelse fra 1995 skal vi i dette avsnittet si noe om utviklingen i eldrebefolkningens levekår de siste fire åra. Vi skal se på økonomi, sosial forankring, helse og trygghet. Ønsket om sammenliknbarhet mellom dataene fra 1991 og 1995 har gjort at bare halvparten av levekårsindikatorene fra tabell 5.1 er med i tabell 5.2. Siden vi har opplysninger om befolkningen over 80 år i både 1991 og 1995, er denne gruppa kommet til.

Data og variabeldefinisjoner

Dataene i dette kapitlet er hentet fra Levekårsundersøkelsen 1991 og fra Fafos eldreundersøkelse 1995. Sistnevnte datamateriale er beskrevet og vurdert i metodekapitlet. På begge datasett, også på Levekårsundersøkelsen 1991, har vi foretatt egne bearbeidinger og analyser. Våre tall for 1991 kan derfor skille seg noe fra SSBs offisielle tall for 1991. Vi sammenlikner svarene på identiske spørsmål fra begge år, noe som skulle øke påliteligheten. Tallene for eldre over 80 år var ikke publisert i tabellrapporten til SSB (1992) fordi det var såpass få individer i gruppa. Tallene for den eldste aldersgruppa både i 1991 og i 1995 er beheftet med betydelig usikkerhet og gir derfor ikke grunnlag for å trekke bombastiske konklusjoner.

«Hjelpetrengende» er satt sammen av spørsmålene om de spurte selv klarer å handle og å gjøre rent i huset.

Hopningsindeksen gjengitt i tabell 5.2 er en enkel summert indeks med verdier fra 0 til 6. Hvert individ får ett poeng dersom de rapporterer et problem på en levekårsindikator. 6 indikerer dermed ulemper på alle seks områder.

Inntekt, det vil si disponibel husholdsinntekt, inkluderer summen av nærings- og yrkesinntekt, kapitalinntekter (for eksempel renter av bankinnskudd) og overføringer (for eksempel alderspensjon), fratrasket skatt for alle medlemmene i husholdet.

Samlet inntrykk: Små endringer på 1990-tallet

Samlet sett har det ikke skjedd noen endring i levekårene, målt med hopningsindeksen, til eldre i Norge i løpet av de siste fire åra. Vi ser også at stabilitet i utviklingen kjennetegner undergruppene menn og kvinner, og «unge»

Tabell 5.2 Andelen av eldre i 1991 og i 1995 med utvalgte levekårsproblemer, etter aldersgruppe og kjønn. Prosent

	1991						1995					
	67-79 år			80 år+			67-79 år			80 år +		
	M	K	Alle	M	K	Alle	M	K	Alle	M	K	Alle
Frykt for vold	5	23	15	13	26	21	5	20	13	5	18	14
Uten fortrolig venn	40	25	32	43	32	36	23	18	19	27	33	28
Langvarig sykdom	60	65	63	68	76	73	70	70	70	76	75	72
Hjelpe-trengende	17	32	25	46	55	52	16	28	21	47	64	55
Plaget av sykdom	26	43	35	46	48	48	37	41	39	45	48	45
Betalings-problemer	3	5	4	2	5	4	1	6	4	5	5	4
Gjennom-snittlig hopning av ulemper	1,5	1,9	1,7	2,2	2,4	2,4	1,5	1,8	1,7	2,0	2,4	2,3
N	224	240	465	54	87	141	304	360	664	62	126	188

(67–79 år) og gamle (80 år+). Eldre kvinner, enten de er under eller over 80 år, har flere levekårsulemper enn jevnaldrende menn, og denne ulikheten har vedvart inn på 90-tallet.

La oss se litt nærmere på de enkelte levekårskomponentene.

Bedre sosial forankring utenfor familien

På 1980-tallet var det var en klar nedgang i andelen uten fortrolig venn i alle grupper, bortsett fra for menn 67–79 år. Tabell 5.2 viser at den positive utviklingen i sosial kontakt utenom familien fra 80-tallet har fortsatt. Dette gjelder alle grupper unntatt kvinner over 80 år, hvor det ikke er noen endring. Økningen i andelen med fortrolig venn blant personer over 67 år er statistisk sikker med god margin. Når det gjelder ekteskapelig status er det ingen dramatiske endringer i noen retning, som vist i tabell 5.3.

Tabell 5.3 Ekteskapelig status blant eldre i 1991 og 1995, etter aldersgruppe og kjønn. Prosent gifte

1991				1995			
67-79 år		80 år+		67-79 år		80 år+	
M	K	M	K	M	K	M	K
80	43	58	20	75	50	58	18

Ikke mer frykt for vold

Voldsfrykten blant eldre på 1980-tallet var stabil. Våre tall viser at det heller ikke på 1990-tallet har vært noen økning i voldsfrykten. Den nedgangen vi kan observere for de aller eldste, vil vi ikke legge stor vekt på siden usikkerheten som hefter ved disse tallene er forholdsvis stor. Sett i lys av mange avisoppslag om voldsutgytelse og voldsfrykt de aller siste åra, er dette noe overraskende. Som vi skal komme tilbake i neste kapittel, kan det være at oppmerksomheten om vold i første rekke er konsentrert om de store byene.

Ingen endring i helsetilstanden

Som nevnt fant det sted en bedring i funksjonsevnen særlig blant mannlige eldre på 80-tallet. Tabell 5.2 viser utviklingen på 90-tallet, særlig at yngre (67–79 år) mannlige pensjonister rapporterer noe høyere sykkelighet i 1995 enn i 1991, mens det for kvinner er små endringer. Andelen hjelpetrengende er imidlertid forholdsvis stabil om vi ser bort fra at det har vært en (usikker) økning blant eldre kvinner.

Disse spredte tegnene på helseforverring blant noen grupper i eldrebefolkningen er noe overraskende sett i lys av den gunstige utviklingen vi så spesielt for menn i forrige tiårsperiode. Vi vil imidlertid ikke påstå at de endringene vi observerer er reelle. I vår undersøkelse har vi antakelig fått svar fra flere skrøpelige eldre på grunn av de særskilte tiltakene Statistisk sentralbyrå satte i verk med å få flest mulig i tale (se kapittel 4). Mens frafallet blant personer over 67 år var 35 prosent i levekårsundersøkelsen i 1991 (SSB 1992), er frafallet i vår undersøkelse drøyt 30 prosent. I tillegg hefter betydelig tilfeldig usikkerhet ved de ofte små tallene.

Inntektene er i forholdsvis svak vekst, men fortsatt har få betalingsproblemer

Vi ser av tabell 5.2 at andelen med betalingsproblemer ikke har endret seg særlig fra 1991 til 1995. Det er fortsatt få som rapporterer om betalingsproblemer.

Særlig på grunn av automatikken i tilleggspensjonssystemet er det grunn til å tro at eldres inntektsvekst også vil fortsette på 90-tallet. I tabell 5.4 er gjennomsnittlig disponibel inntekt i 1990 og 1993 vist for personer som var 70 år og eldre i henholdsvis levekårsundersøkelsen 1991 og vår undersøkelse fra 1995. I levekårsundersøkelsen 1991 er inntektsåret 1990. I vår 1995-undersøkelse er inntektsåret 1993. For å gjøre inntektene mest mulig sammenliknbare, ser vi bare på eldre over 70 år.

Den nominelle inntektsveksten fra 1990 til 1993 blant eldre over 70 år er på om lag 13 prosent. Antakelig er dette vekstanslaget noe lavt på grunn av et skjevare frafall i Levekårsundersøkelsen 1991 – flere «fattige» har ikke besvart

Tabell 5.4 Gjennomsnittlig disponibel husholdsinntekt for personer 70 år og eldre i 1990 og 1993

	1990	1993	Nominell vekst 1990–93
Disponibel husholdsinntekt	128 500	145 200	13%

– enn i vår undersøkelse. Tall fra inntekts- og formueundersøkelsene (1993), som ikke er påvirket av slikt frafall, viser at nominell inntektsvekst blant personer som er 70 år og mer er nærmere 16 prosent (Epland SSB, personlig meddelelse). Til sammenlikning har den reelle økningen i minstepensjonen i samme periode vært elleve prosent (St.prp. 60 Om trygdeoppgjøret 1995).

Isolert sett øker altså eldres gjennomsnittsinntekter slik vi ville vente. Men hvordan har utviklingen for eldre vært sammenliknet med andre grupper? Som nevnt var veksten i disponibel inntekt blant pensjonistene på 80-tallet høyere enn for andre grupper. Tall fra inntekts- og formueundersøkelsen viser at for perioden 1990–93 har eldrebefolkningen blitt hengende noe etter andre grupper i inntektsutviklingen (SSB, Inntekts- og formueundersøkelsen 1993). Den nominelle veksten for alle husholdninger i denne perioden er 21 prosent. For barnefamiliene er den hele 25 prosent. For enslige eldre over 65 år er inntektsveksten 12 prosent og for eldre ektepar er den 20 prosent. Med andre ord, sett isolert er veksten i eldres disponible husholdsinntekt rimelig god. Sammenliknet med andre husholdninger er eldrehusholdningenes inntektsvekst fra 1990 til 1993 lavere.

5.3 Oppsummering og diskusjon

I dette kapitlet har vi sett på utviklingen i eldres levekår på 90-tallet og sammenholdt den med utviklingen på 80-tallet. Vi har konsentrert oss om økonomi, helse, sosial forankring og trygghet. Den gunstige utviklingen vi kunne observere i eldrebefolkningens levekår på 80-tallet, har stabilisert seg på første halvdel av 90-tallet. Dette er hovedinntrykket for de unge eldre (68–79 år), de eldre (80 år+) og for menn og kvinner.

Et iøynefallende trekk ved utviklingen på 90-tallet er at flere eldre har fått en fortrolig venn utenfor familien. Bedringen i de eldres kontakt med personer utenfor familien fra 1980-tallet har altså fortsatt på 1990-tallet. Andelen gifte har heller ikke endret seg vesentlig de siste fire åra. Endringene i eldre-generasjonen har vært små både for menn og kvinner, og for unge eldre og gamle. Det betyr at fortsatt er kvinner langt oftere enn menn enslige og ugifte. I løpet av de siste tjue åra har det skjedd store endringer i disse sosiale forholdene. I 1970 var det 300 000 som bodde alene. I 1990 var antallet fordoblet (*Sosialt utsyn* 1993:339). Økningen i andelen ugifte/enslige har også

vært størst for eldre kvinner (*Sosialt utsyn* 1993:297). Denne utviklingen har delvis historiske årsaker. Forholdsvise mange av dagens eldre kvinner ble aldri gift, fordi det var et overskudd av gifteferdige kvinner da de var unge. Dette skyldtes dels høyere dødelighet blant unge menn og dels at mange menn utvandret. I tillegg kommer at kvinners forventete levealder i dag er fem–seks år lengre enn menns, og at kvinner er mellom to og tre år yngre enn menn når de gifter seg. Konsekvensen er at mange eldre kvinner vil måtte leve i mange år som enker. Framskrivinger viser også at andelen aleneboende/ugifte eldre vil fortsette å øke fram mot år 2015 (Omsorgsmeldinga NOU 1992:1 s. 189).

At flere eldre har fått nære sosiale forbindelser også utenom familien, kan skyldes flere forhold. For det første kan det være en ren demografisk effekt: Det faktum at den generelle levealderen stiger, tilsier at flere og flere eldre har gamle venner i live. For det andre kan forklaringen være av økonomisk karakter. Bedringen i personlige relasjoner kan skyldes bedringen i materielle levekår (*Sosialt utsyn* 1993). Å etablere og å vedlikeholde sosiale relasjoner fordrer økonomiske og materielle ressurser. Økt tilgang på bil, penger til reiser – i tillegg til bedret funksjonsevne – har gjort eldre mer mobile, aktive og utadrettete (Barstad 1992). Denne tolkningen er i tråd med Townsends (1979) tese om relativ deprivasjon. Denne tesen går ut på at fattige i moderne, velstående land er de som ikke har råd til sosial deltakelse og aktivitet på lik linje med folk flest. Eldre flest har i dag råd til det. I forlengelsen av dette kan vi heller ikke se bort fra at noen eldre søker å kompensere for manglende kontakt med nære familiemedlemmer, og kanskje spesielt travle barn, ved å knytte vennskap utenfor familien. Slike kompensasjonsstrategier er rapportert for barnløse eldre (Gautun 1993). For det tredje har vi en politisk forklaring: Utbyggingen av en rekke eldresentre kan ha gitt resultater i form av at flere eldre har anledning til å komme i kontakt med andre. Økt aktivitet fra pensjonistforeningene i kommunene kan ha spilt en liknende rolle. Kort sagt, en gunstig utvikling av eldres ressurser, så vel som en bedring av mulighetene for sosial deltakelse, kan forklare hvorfor flere eldre har en fortrolig venn.

Med forbehold om at en enkeltindikator som «fortrolig venn» kan være usikker, får tesen om et kaldere samfunn ikke støtte i vårt materiale. At eldre ikke er mer utrygge i 1995 enn tidligere, underbygger dette. Annen samfunnsvitenskapelig forskning gir også svært forbeholden støtte til denne tesen (Kuhnle 1994). Norske samfunnsforskere kan dokumentere at folk flest har mer kontakt med venner enn før, det foregår mer utveksling av tjenester mellom naboer og venner, deltakelsen i frivillige organisasjoner har økt, og den politiske deltakelsen har økt. Felleskapsorientering, solidaritet og støtte til velferdsstaten er ikke på vikende front. Generelt er folk mindre ensomme, isolerte og forlatte enn før og bryr seg mer om hverandre enn før (Kuhnle 1994:39). Den økende sosiale integrasjonen blant eldre i vårt materiale føyer seg inn i dette

store bildet. Det er ikke dermed sagt at det ikke finnes sosiale problemer. De finnes, noe som blant annet kan avleses i statistikken over kriminaliteten, selvmordstilbøyeligheten og forbruk av sosialhjelp. Men, poenget er at disse problemene rammer et lite mindretall. Det store flertallet er sosialt integrert og velfungerende.

Indikatorene på helse viser små endringer. Fire år er imidlertid kort tid. Hvorvidt eldres helse blir bedre eller dårligere i et lenger tidsperspektiv, er et vanskelig spørsmål. Som nevnt innledningsvis, har Fries (1980) lansert en toleddet tese om hvordan eldres dødelighet og sykkelighet vil utvikle seg. Kritikerne av Fries' rektanguleringstese, omtalt foran, peker på at Fries forutsetning om en biologisk bestemt maksimumsalder på om lag 85 år savner empirisk belegg (Bury 1988). I USA og i England er det dødelighetsratene for personer over 85 år som faller raskest. Konsekvensen er selvsagt at tallet på svært gamle øker (Bury 1988:23). Antallet over 85 år og over 100 år er mangedoblet de siste 30–40 åra i England (Bury 1988:23). I Norge er situasjonen likedan (Hjort og Waaler 1995). At rektangulariseringstesens stemmer dårlig overens med virkeligheten, hadde kanskje ikke vært så alvorlig dersom det hadde vist seg at de ekstra leveåra ble oppnådd uten sykdom og uførhet. Men også Fries' sammenpressingstese har vært utsatt for velbegrunnet kritikk. Først og fremst påpekes det at dagens datagrunnlag er utilstrekkelig til å vurdere påstanden om at kroniske sykdommer er på retur. Enkelte undersøkelser, såkalte kohortstudier, som har fulgt de samme personene over lengre tid, antyder at nye kull av 70-åringer har bedre helse enn de foregående. Men samtidig lever de nye kullene av 70-åringer lenger enn før. Hvorvidt dette betyr at helsesvekkelse og sykdom bare utsettes til seinere i livet, eller unngås fullstendig, er fremdeles et ubesvart spørsmål (Omsorgsmeldinga 1992:1 s. 188). Bury (1988) peker videre på at det ikke er tegn til at forekomsten av døvhet, blindhet, hoftebrudd og alzheimers sykdom er for nedadgående blant de aller eldste. En dansk undersøkelse av hjemmeboende eldre finner en klar økning av andelen bevegelseshemmete og hjelpetrengende fra slutten av 70-tallet til slutten av 80-tallet (Platz 1989:18). Paradoksalt nok kan det heller ikke utelukkes at en del kroniske sykdommer er på frammarsj blant de eldre takket være moderne medisins evne til å omdanne tidligere livstruende sykdommer til kroniske og livslange lidelser.

Eldres økonomi viser fortsatt vekst, som ventet. Disponibel husholdsinntekt blant eldre over 70 år har vokst med oppunder 16 prosent nominelt i perioden 1990–93. Andelen med betalingsproblemer har vært omtrent uendret. Tall fra inntekts- og formueundersøkelsen viser imidlertid at spesielt eldre enslige har hatt en langt svakere inntektsutvikling enn folk flest (med 12 prosent vekst). Så langt på 90-tallet er barnefamiliene vinnerne, med en vekst på hele 25 prosent. Renteutviklingen er en viktig årsak til dette. Nedgangen i lånerenten tidlig på 90-tallet kom de husholdninger til gode som hadde store lån

og høye renteutgifter. Dette har barnefamiliene mye av og eldre lite av. Det samme rentefallet førte imidlertid også til at renteinntektene gikk ned. Dette er inntekter som eldre har mye av og yngre lite av. Denne ulike inntektsutviklingen for barnefamilier og eldre er et eksempel på en utvikling av fordelingen av levekår mellom unge og eldre som er unndratt politikken og prisgitt «den usynlige hånd», det vil si markedsmekanismen.

Det kan virke selvsagt, men vi vil poengtere at selv om eldrebefolkningen som helhet får det bedre på noen områder, er det ikke de samme personene som får det bedre. Vi må skille mellom strukturendringer (befolkningsnivå) og individendringer (individnivå). Hvor viktig dette skillet er, kan illustreres med å sammenlikne tall for eldrebefolkningens og enkeltpensjonisters inntektsutvikling for perioden 1984–93. Koren (1995:42) har beregnet at eldre som ble alderspensjonister i 1980 hadde en økning i disponibel realpensjon på mellom to og ni prosent fra 1984 til 1993, avhengig av ekteskapelig status og sluttpoengtall. I samme periode hadde personer over 65 år en vekst i realdisponibel inntekt på mellom 16 og 26 prosent, avhengig av om de var enslige eller levde i parforhold (SSB, Inntekts- og formueundersøkelsen 1993). Inntektsutviklingen på individnivå er altså langt mer moderat enn inntektsutviklingen for hele eldrepopulasjonen. I stor grad skyldes forbedringen av eldres inntekt og levekår at de nye som rekrutteres til pensjonistenes rekke, er langt bedre utstyrt materielt og sosialt enn dem som faller fra.

Hvor stor utskiftningen av eldrebefolkningen er, kan illustreres med noen tall fra dødelighetstabeller for 1992 (Borgan SSB, personlig meddelelse). Av alle 75-årige menn «i dag» vil 61 prosent dø i løpet av de neste ti åra. Av alle 75-årige kvinner «i dag» vil 43 prosent dø i løpet av de nærmeste ti åra. Det er således en betydelig gjennomstrømning i den delen av eldrebefolkningen som er over 75 år. Litt avhengig av hvordan tilstrømningen er, vil antakelig rundt halvparten av personene i eldrebefolkningen være skiftet ut i løpet av et ti år.

Til tross for stabile levekår eller bedring på noen områder, er det likefullt på det rene at eldre har større og flere ulemper enn yngre på viktige levekårsområder som helse, funksjonsevne/hjelpebehov og sosial forankring. Det er også et åpent spørsmål i hvilken grad velferdsstaten har mulighet til å gjøre så mye med alle disse levekårsulempene. I hvilken grad lar eldres funksjonsevne, syn og hørsel, og sosiale relasjoner seg radikalt forbedre med tradisjonelle helse- og sosialpolitiske virkemidler alene? Antakelig er mulighetene temmelig begrenset. Et annet spørsmål er hvor langt det er ønskelig å drive utjevningspolitikken. I hvilken grad er eldres «svakere levekår» selvvalgt, for eksempel det lave forbruket. Kanskje vil det være sosialpolitisk riktig å sørge for tilstrekkelig tilførsel av ressurser og å legge mulighetene til rette for at eldre, som andre, selv kan velge hvordan de vil føre sine liv (Ringén 1995). Vi kommer tilbake til dette temaet i siste kapittel.

Å slå sammen aldersgrupper på den måten vi her har gjort, dekker over til dels store forskjeller innad i aldersgruppene. De sosiale og økonomiske forskjellene innad i eldrebefolkningen er temaet for neste kapittel.

Kapittel 6

Eldres levekår II: fordelingen i 1995

Mens vi i forrige kapittel var opptatt av eldres *levetidsutvikling* i de siste åra, skal vi i dette kapitlet i første rekke rette søkelyset mot eldres *levetidsfordeling*. Vi skal se på hvordan eldres levekår varierer etter sosiale bakgrunnsforhold på midten av 1990-tallet, og vi skal undersøke hvordan levekårene på forskjellige områder henger sammen i eldrebefolkningen.

Som vi diskuterte i kapittel 2, er tradisjonell aldersforskning blitt anklaget for å ha et individualistisk perspektiv. Ifølge dette synet er eldre en ensartet sosial kategori mennesker, og aldringen er betinget av psykologiske og biologiske prosesser (Daatland 1995, Kart 1989). Konsekvensen er at konvensjonell gerontologi ser aldring som en naturgitt og uunngåelig prosess som skjer så å si uavhengig av sosiale strukturer og institusjonelle rammer (Daatland 1995). Som en reaksjon på denne individualistiske orienteringen, har det oppstått en kritisk opposisjon innen aldersforskningen. Dette kritiske perspektivet legger vekt på sosiale strukturer, institusjonelle forhold og sosial ulikhet innad i eldrebefolkningen. Det pekes på at sosial ulikhet og klasseforskjeller, det vil si rikdom og fattigdom, makt og avmakt, ikke opphører brått den dagen en fyller 67 år (Bond 1986, Phillipson m.fl. 1986, Arber og Ginn 1991a,b,c, Walker 1981).

Det syn at eldre er ulike, treffer en rett som det er på i norske offentlige dokumenter om eldrepolitikk, seinest i Regjeringas velferdsmelding (St. meld. nr 35 1995). Mer sjelden får vi vite mer presist hva som kjennetegner ulikheten i eldrebefolkningen. De sosiale bakgrunnsvariablene som brukes oftest er kjønn og alder. Ekteskapeleg status er heller ikke uvanlig. Bosted – by/land – er sjeldnere inkludert i standardrepertoaret av bakgrunnsvariable, men nesten aldri tas det utgangspunkt i eldres sosioøkonomiske bakgrunn, for eksempel tidligere yrke eller klasse, når deres levekår undersøkes. Til en viss grad skyldes dette antakelig at yrke til ikke-yrkesaktive – herunder pensjonister – som regel er ukjent. Men det kan óg hende at tidligere klassetilhørighet ikke anses å ha noen betydning for eldres levekår og livskvalitet. Vi vil undersøke hvor holdbar denne oppfatningen er. I vår analyse av fordelingen av levekårsressurser vil vi nytte alle disse fem bakgrunnsvariablene, det vil si kjønn, alder, ekteskapeleg status, sosial klasse og bostedsstrøk (spredtbygd/tettbygd).

Et sentralt spørsmål i levekårsforskningen er hvordan levekår på forskjellige områder er fordelt. En snakker gjerne om tre typer fordelinger. Det er hopning: levekårsulemper på ett område opptrer sammen med levekårsulemper på et annet. Det er uavhengighet: det er ingen sammenheng mellom levekårene på forskjellige områder. Det er kompensasjon: levekårsulemper på ett område faller sammen med levekårsgoder på et annet. Norsk levekårsforskning viser en tendens til hopning av levekår i den norske befolkningen (Elstad 1984, Iversen m.fl. 1987).

I kapittel 1 presenterte vi en lang liste over viktige levekårskomponenter. Ikke alle disse er like relevante for eldre. I dette kapitlet vil vi konsentrere oss om følgende fire levekårskomponenter:

- * Sosioøkonomiske ressurser
- * Sosial forankring
- * Helse
- * Trygghet

Hvorfor er så disse levekårsressursene viktige for eldre? Når folk blir spurt om hva de mener hva som er viktig for å leve et godt liv, rangeres helse og sosiale relasjoner høyest (Elstad 1984). I enda større grad enn yngre framhever eldre helseas vitale betydning for å leve et «lykkelig liv» (*Dagbladet* 15.4.1995).

Mange eldre er redde for å bli avhengige av andre hvis helse skulle svikte. Selv om eldres helsetilstand er dårligere enn de yngres, er det likevel variasjoner i de eldres helse. Hvor raskt helse forringes, vil også avhenge av forskjeller i deres tidligere og nåværende levekår, både materielle og sosiale. Helse i betydningen funksjonsevne er særlig viktig. Å være ved god helse innebærer å være selvhjulpent, selvstendig og uavhengig. Verdien av å være uavhengig synes å øke med alderen (Thorsen 1990). Uavhengighet og selvstendighet blir desto viktigere når det ikke lenger er en selvfølge. God helse gir videre mulighet for å kunne delta i sosialt samvær og sosiale aktiviteter, som for eksempel reising, fritidsaktiviteter, organisasjonsarbeid, omgang med familie og venner mv. Dessuten betyr god helse også nærvær av psykisk velvære og fravær av smerter, plager, lidelse og ubehag.

Sosial forankring er en sentral levekårsvariabel som fyller flere grunnleggende funksjoner. Nære sosiale relasjoner fyller åpenbart viktige menneskelige behov av sosial og følelsesmessige karakter. For å klare hverdagens praktiske gjøremål vil familie, venner og naboer representere viktige ressurser. For eldre er opplevelsen av trygghet for liv og helse antakelig særlig viktig. Å føle seg trygg i hverdagen er av betydning for sosial deltakelse og for det subjektive velværet.

Selv om inntekt og økonomi ikke når så høyt opp når folk flest rangerer levekårsgoder, er det likevel gode argumenter for å ta dem med. Solid personlig økonomi gir trygghet, selvtilit, spillerom og valgmuligheter, selv om alt

dette kanskje ikke merkes før inntekten faller bort. De fleste eldre som går over i pensjonistenes rekke vil gå ned i inntekt, og da kan det være godt å ha noe ekstra «å tære på». Formue, husholdets samlede verdier, tjener som en viktig kjøpekraftreserve (*Sosialt Utsyn* 1993:227–28). Formue som er bundet opp i boligen er imidlertid lite anvendelig i så måte. Eldrebefolkningen har imidlertid noe å rutte med utover de verdier som er bundet til boligen. Tall fra 1988 viser at bruttoinntekten til alderspensjonister fordeler seg som følger på tre ulike poster: tjenestepensjon 8,4 prosent, ytelser fra folketrygden 75,8 prosent, og renteinntekter 13,2 prosent (Barlindhaug 1995:29). Barlindhaug finner videre at innskudd, kontanter, bankinnskudd og liknende utgjorde om lag en tredel av bruttoformuen i gjennomsnitt for alle husholdninger der intervjupersonen var 70 år og mer. Fra 1982 til 1988 økte renteinntektenes andel av bruttoinntekten fra 8,7 prosent til 13,2 prosent. Koren (1994) viser også at kapitalinntekter utgjør en økende andel av de eldres inntekter, noe som skyldes at den delen av de eldres formue som ikke er bundet opp i boligen øker.

Å eie egen bolig er et levikårgode på flere måter. For det første er det som regel billigere å eie enn å leie. For det andre vil de som eier kunne omsette boligen i markedet, dersom det skulle oppstå behov for en annen bolig eller penger. Det store flertallet av nordmenn bor i boliger de eier selv. En økende andel eier sin bolig, men eierforhold varierer etter alder, bostedsstrøk og husholdningstype (NOU 1992:1). Generelt er det aleneboende som sjeldnest eier egen bolig. Andelen boligeiere avtar også med økende alder. Eierandelen i husholdninger der hovedpersonen er mellom 40 og 55 år er hele 90 prosent, mens andelen for gruppa over 80 år er 60 prosent (Gulbrandsen 1990). Forskjellen mellom aldersgruppene skyldes dels at det var mer vanlig å leie tidligere og dels at folk går fra eierforhold til leierforhold når de blir eldre (NOU 1992:1, Barlindhaug 1995).

I forrige kapitell har vi sett at de eldste eldre har dårligere levikår enn yngre eldre og at eldre kvinner har dårligere levikår enn eldre menn. Det er også dokumentert at aleneboende/ugifte kommer ugunstig ut levikårsmessig. I disse gruppene, som overlapper i betydelig grad, finner vi forholdsvis ofte økonomiske problemer, mye sykighet og andre helseproblemer, og ofte avhengighet av offentlig hjelp (Hjort og Waaler 1995, Moum 1991, NOU 1993:17 s. 285, Verbrugge 1989).

Det er foretatt få undersøkelser av hvordan eldres levikår varierer etter deres tidligere sosiale klasse eller sosioøkonomiske bakgrunn. Dahl (1989) har sett på inntektsfordeling mellom eldrehusholdninger etter utdanningsnivå. Hun finner, ikke overraskende, at det er en positiv sammenheng mellom deres sosioøkonomiske status, målt ved utdanning, og inntekt og formue (Dahl 1989:27).

Vi vet også lite om hvordan helse og sosial forankring blant eldre varierer etter deres sosioøkonomiske status. Det er imidlertid grunn til å tro at det er

en sammenheng mellom sosioøkonomiske forhold på den ene siden og helse-tilstand på den andre, jamfør den internasjonale litteraturen om sosial ulikhet i helse (Dahl og Birkelund 1995). Enkelte norske undersøkelser viser også at sykelighet, andre helseplager og dødelighet er høyere i lave sosiale lag enn blant bedrestilte (Hjort og Waaler 1995). Barstad (1992) finner i norsk materiale støtte for Townsends (1979) tese om at sosialt samkvem og aktivitet varierer med tilfanget av de materielle ressurser eldre rår over. Det er også rimelig å tro at trygghet, i hvert fall et stykke på vei, kan «kjøpes for penger».

Betydningen av bosted, målt som urbaniseringsgrad, vil antakelig variere fra levkårsområde til levkårsområde. Det kan óg hende vi finner kompensasjonstendenser, altså at levkårsulemper på ett område opptrer sammen med levkårsgoder på et annet. Tidligere forskning tyder på at opplevelsen av trygghet er høyere blant dem som bor i spredtbygde strøk enn blant dem som bor i tettbygde områder og store byer. Undersøkelser viser imidlertid at det ikke er noen forskjell i ensomhetsopplevelsen i storby og småby (Thorsen 1990), noe som kan tyde på at de sosiale relasjonene, slik mange tror, ikke er så mye tettere på landet enn i storbyene. Sosioøkonomiske ressurser derimot, som inntekt, formue og utdanning, er fortsatt konsentrert i tettbygde strøk og store byer (NOU 1993:17).

Data og metode

Uavhengige variable er kjønn, alder, ekteskapelig status (gift/ikke gift) sosial klasse og bosted. Aldersvariabelen er gruppert i fem femårsgrupper, fra 65–69 år til 85 år+. Sosial klasse er basert på Statistisk sentralbyrås standard for sosioøkonomisk klassifisering (Album 1984). Standarden bygger på tresifrete yrkeskoder. Vi har brukt opplysninger om intervjupersonens siste egne hovedyrke. Kategoriene er: 1) ufaglærte arbeidere, 2) faglærte arbeidere, 3) lavere funksjonærer, 4) funksjonærer på midlere nivå 5) funksjonærer på høyere nivå, 6) bønder og fiskere, 7) andre selvstendig næringsdrivende, 8) «andre», det vil si alle som ikke faller inn under noen av de øvrige kategoriene. Bosted er en variabel med fem verdier og går fra «spredtbygde» til «tettbygde over 100 000 bosatte».

* Sosioøkonomiske ressurser: Som i kapittel 4 inkluderer inntekt i 1993 summen av yrkes- og næringsinntekter, kapitalinntekter (for eksempel renter av bankinnskudd), og overføringer (for eksempel alderspensjon) – alt fratrukket skatt for alle medlemmene i husholdet. Videre har vi netto formue per hushold i 1993. Formuesopplysningene er fra skattelikningen. En stor del av formuen er bundet til boligen. Siden verdifastsettingen av boliger i skattelikningen ligger langt under markedsverdien, undervurderes den reelle verdien av formuen. Derne st brukes andel som eier boligen, andel som har problemer med løpende utgifter, gjennomsnittlig antall års utdanning etter grunnskole,

og andel som er trangbodd. Etter Statistisk sentralbyrås definisjon regnes personer som trangbodde dersom de bor alene på ett rom, eller tilhører flerpersonshusholdninger der det er mer enn én person per rom.

* Sosial forankring er representert ved andelen med fortrolig venn, andelen som føler seg forlatt store deler av dagen, andelen som oppgir at de ikke kan ringe til noen døgnet rundt hvis det skulle være behov for det, samt ekteskapelig status (gift/ugift) der det faller naturlig.

* Helse er målt med følgende indikatorer: Andel som oppgir å ha en langvarig sykdom eller lidelse, andelen som er plaget av sykdom i hverdagen, problemer med syn og hørsel, funksjonsevne og psykisk helse. Funksjonsevne er en summert variabel som inkluderer spørsmål om å klare dagligvareinnkjøp, gjøre rent, eller kle seg selv (spørsmål 15a, b, c). Jo flere poeng, jo dårligere er funksjonsevnen. Psykisk helse er en indeks som er laget på grunnlag av spørsmål 20. Den går fra 0 til 6. De som svarer at de av og til har hatt en av plagene, får 1 poeng, og de som svarer at de ofte har hatt en av plagene, får 2 poeng. Jo flere poeng, jo sterkere er symptomene på mentale plager.

* Vi ser på to aspekter ved opplevd trygghet, utendørs og innendørs trygghet. Utendørs trygghet er gitt ved andelen som frykter vold når de beveger seg utendørs og/eller som sier de ikke vil bevege seg utendørs på grunn av frykt for vold. Innendørs trygghet er målt med andelen som er redd for å være alene om natten, og andelen som er redd for å falle og bli liggende hjelpeløs i hjemmet.

Til analysen i avsnitt 6.5 har vi konstruert tre indekser, en for hver av levekårsområdene økonomi, helse og sosial forankring. Økonomi er satt lik disponibel husholdsinntekt pr forbruksenhet. Her har vi vektet forbruksenhetene etter SSBs standard. Første voksne gis vekten 1.0, de andre voksne i husholdet gis vekten 0.7, og barn får vekten 0.5.

Indeksen over sosial forankring bygger på variablene ekteskapelig status/samboende, fortrolig venn, ringe til noen døgnet rundt, og kontakt med barn. Barnløse og eldre som har kontakt med barna «noen ganger i året, men ikke hver måned» og «sjeldnere enn hvert år» er slått sammen.¹ Hver variabel er kodet 0-1. Indeksen over sosial forankring er framkommet ved å summere disse fire enkeltvariablene. Sosial forankring går dermed fra 0 som indikerer svak sosial forankring, til 4 som tilsvarende god sosial forankring.

Helseindeksen er konstruert på tilsvarende vis. Følgende variable er kodet 0-1: Plaget av sykdom, minst ett symptom på psykisk lidelse² (spørsmål 20),

¹ Hvor barnløse skal plasseres, kan diskuteres. Vi har eksperimentert litt med variabelen og kommet til at det betyr svært lite for resultatene enten de plasseres i kategorien høy eller i lav sosial forankring.

² Psykisk lidelse har vist seg å henge sterkt sammen med ekteskapelig status og klassebakgrunn. At mental helse er inkludert i indeksen over «global» helse, kan derfor bidra til å skape et inntrykk av en kunstig høy sammenheng mellom helse og de øvrige levekårsområdene. Vi har derfor også undersøkt hvordan helseindeksen oppfører seg uten mental helse. Korrelasjonene blir noe lavere, men hovedkonklusjonene står ved lag.

minst ett symptom på nedsatt funksjonsevne (spørsmål 15a, b, c), nedsatt syn, og nedsatt hørsel. Helseindeksen er summen av disse fem enkeltvariablene. Verdien 0 indikerer svak helse, 5 indikerer god helse.

Vi har utført to typer analyser. Den første typen er tabellanalyser som presenterer prosentandeler eller gjennomsnitt etter hver bakgrunnsvariabel for seg. Denne typen analyse avdekker hvordan selve fordelingen av levekårene er for menn og kvinner, for ulike aldersgrupper osv. En slik fordelingsanalyse gir viktig sosialpolitisk dokumentasjon. Men slike tosidige sammenhenger vil være utilstrekkelige hvis vi ønsker å ta hensyn til – kontrollere for – i hvilken grad flere bakgrunnsforhold henger sammen. Hvis vi for eksempel finner at kvinner har dårligere helse enn menn, kan grunnen ganske enkelt være at kvinnene gjennomgående er eldre enn menn. Bivariate analyser avslører ikke slike forhold.

For å undersøke slike muligheter, har vi også utført en annen type analyse, såkalt multivariat analyse, der virkningene av flere bakgrunnsvariable beregnes samtidig. Dersom den avhengige levekårsvariabelen er kontinuerlig – inntekt for eksempel – eller med rimelighet kan oppfattes slik, skal vi nytte ordinær lineær regresjonsanalyse (Cohen og Cohen 1983). Kjønn, ekteskapelig status og klasse er kodet slik at koeffisientene beregnes med utgangspunkt i en referansekategori. I dette tilfellet er referansekategoriene henholdsvis mann, gift, og arbeider. (Faglært og ufaglært arbeider er slått sammen. Det samme er de to høyeste funksjonærgruppene, og alle selvstendige.)

Dersom den avhengige levekårsvariabelen bare har to verdier – for eksempel syk/frisk, skal vi anvende såkalt logistisk regresjonsanalyse (Hosmer og Lemeshow 1989). Også i de logistiske analysene er kjønn, ekteskapelig status og klasse kodet som dummy-variable. «Referansekategorien» er imidlertid gjennomsnittseffekten av den aktuelle variabelen. Dette betyr at de logistiske koeffisientene kan være vanskelige å tolke, men effektenes retning kan avleses i tabellene som viser de bivariate sammenhengene.

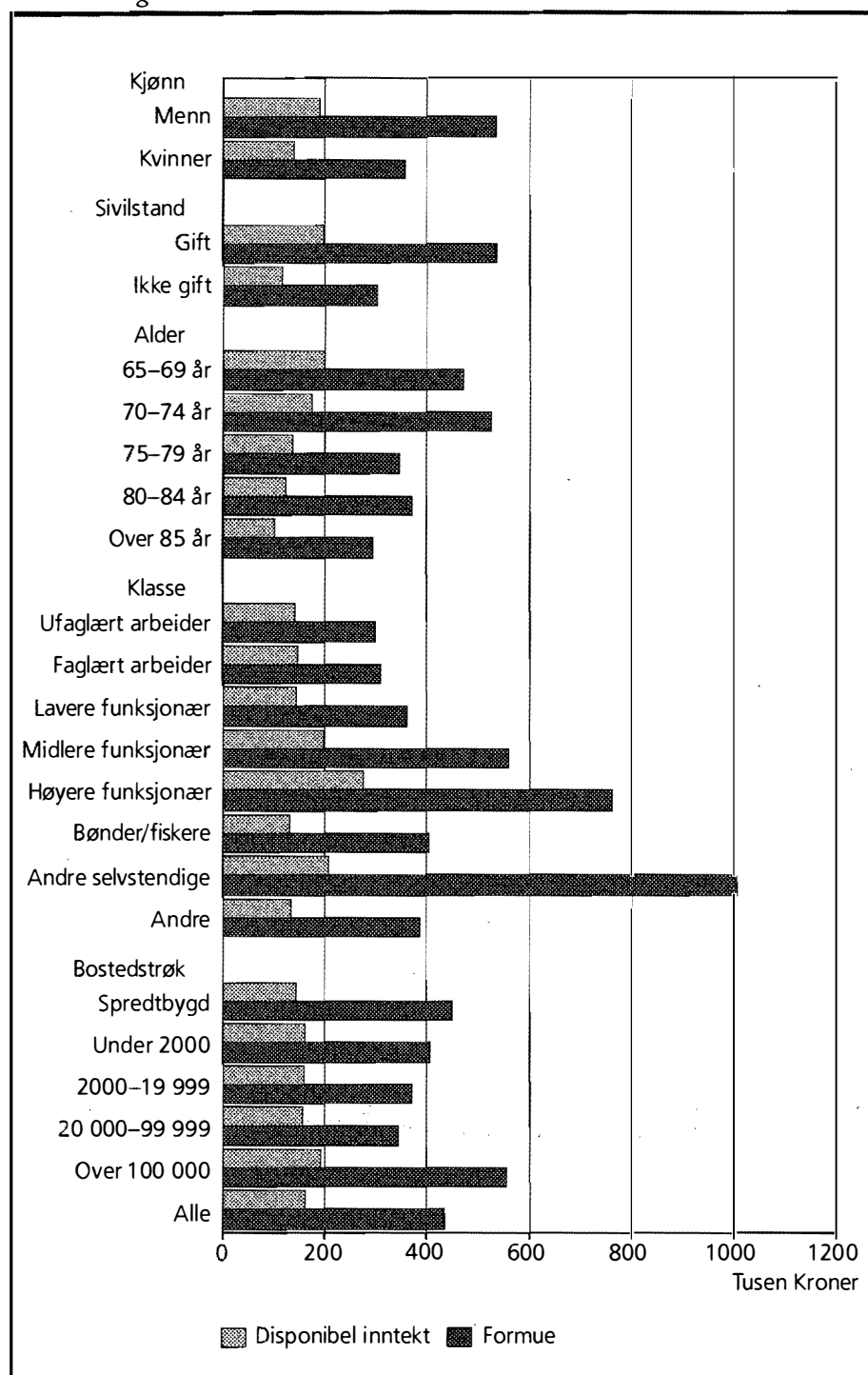
Resultatene fra de multivariate analysene er plassert i tabellvedlegg, men de vil bli kommentert i teksten.

6.1 Sosioøkonomiske ressurser

Figur 6.1 (på neste side) viser at inntekt og formue er høyest blant menn, yngre eldre, gifte, høyere funksjonærer og andre selvstendige, og blant eldre i storbyene. Alle sammenhenger er sterkt signifikante, det vil si statistisk sikre.

Vi har foretatt en regresjonsanalyse der vi kontrollerte hver variabel for effektene av de øvrige (vedleggstabell 6.1a,b). For inntekt ble mønsteret vist ovenfor ikke endret. For formue bortfalt effekten av alder og bosted. Det er altså ingen egen effekt av alder på formue når vi tar hensyn til at aldersgruppene er ulikt sosialt sammensatt.

Figur 6.1 Disponibel husholdsinntekt og netto husholdsformue etter sosial bakgrunn. Personer over 65 år i 1995. N=964. Gjennomsnittstall, bivariate sammenhenger



Om vi ser på disponibel inntekt per person, eller disponibel inntekt per forbruksenhet, endres det *mønsteret* som tegnes i figur 6.1 lite (tall ikke vist). Den viktigste forskjellen er at det ikke er noen forskjell i disponibel inntekt per forbruksenhet mellom gifte og ugifte. Derimot vil *forskjellene* mellom menn og kvinner, eldre og yngre og så videre variere med hvilket inntektsbegrep vi bruker.

Figur 6.1 og vedleggstabellene 6.1a,b demonstrerer til dels betydelige inntekts- og formuesforskjeller. Først og fremst er det verdt å merke seg klasseforskjellene i inntekt og formue. Høyere funksjonærer har nær dobbelt så høy inntekt som ufaglærte arbeidere og lavere funksjonærer. Funksjonærer på høyeste nivå har også, sammen med «andre selvstendige», betydelig større nettoformuer enn ufaglærte arbeidere. De er henholdsvis to og tre ganger så store. Vi skal imidlertid merke oss at forskjellene innad i gruppa av andre selvstendige er stor.

Ikke bare er klasseforskjellene meget betydelige i dag, de vil neppe avta vesentlig i overskuelig framtid. Generelt vil mange nye pensjonister få en stor og stadig voksende andel av sin inntekt fra andre kilder enn fra folketrygden (Koren 1994, Erstad 1995). Framtidige pensjonister med bakgrunn i høy-statusyrker vil ganske sikkert ikke ha mindre muligheter for gode inntekter fra bankinnskudd, og fra generøse private og bedriftsbaserte pensjonsordninger.

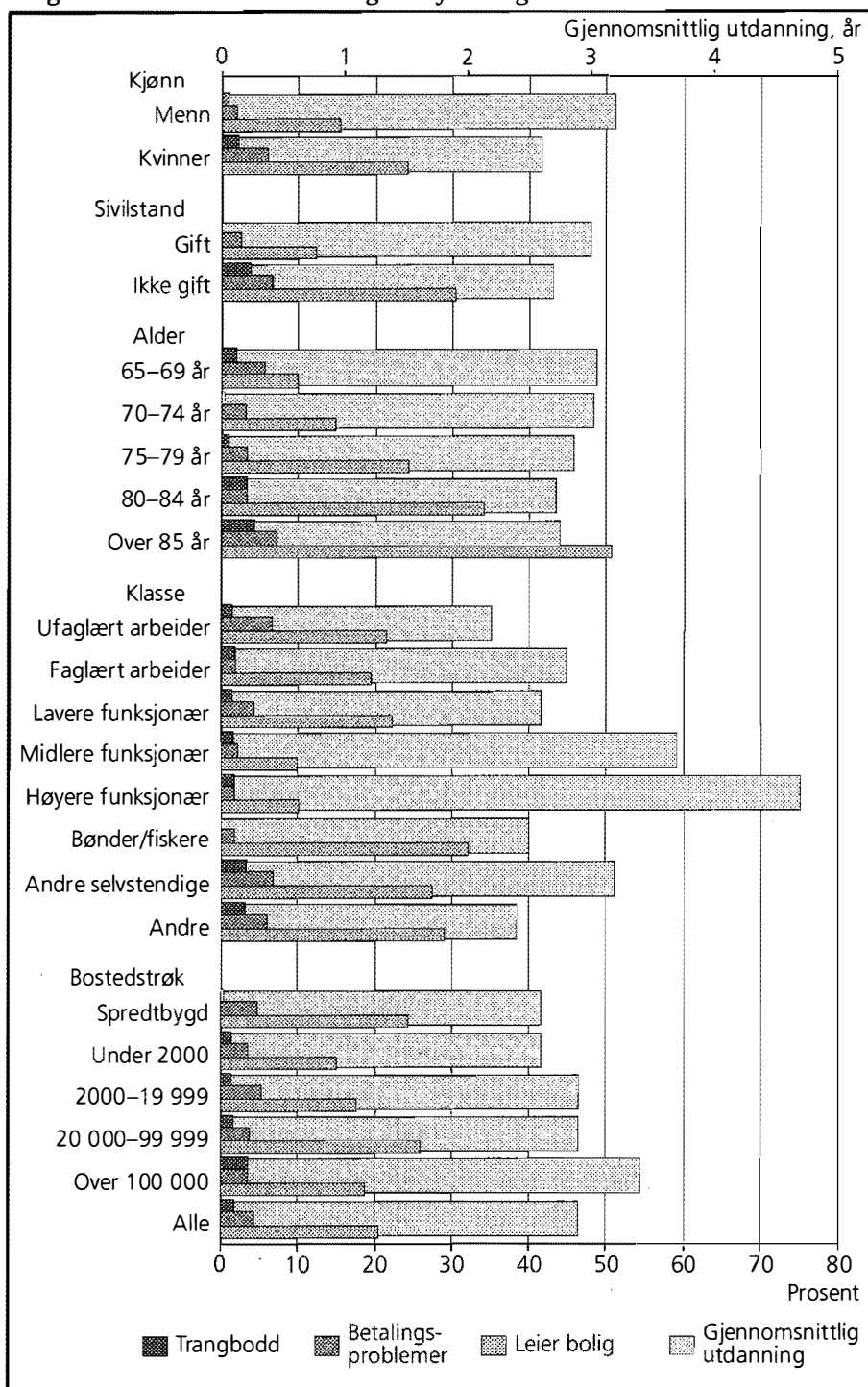
Kjønns- og aldersforskjellene i inntekt er mindre og vil etter all sannsynlighet avta gradvis i åra som kommer. De aller eldste pensjonistene dør bokstavelig talt ut og erstattes av nye og mer velstående pensjonistkull. Kvinnes økte yrkesdeltakelse og opparbeidelse av egne tilleggspensjonsrettigheter fører til at de tar innpå mennene framover (Kjelstad 1988, Koren 1994). En konsekvens er at tallet på minstepensjonister – en gruppe som fullstendig domineres av kvinner – går jevnt og trutt nedover. Dette har fått enkelte kommentatorer til å hevde at minstepensjonistproblemet ikke er noe stort problem fordi det gradvis vi opphøre av seg selv (Koren 1994).

Vi ser av figur 6.2 at levekårsulemper som betalingsproblemer og trangboddhet bare omfatter noen få prosent (2–4 prosent) av eldrebefolkningen.

Når det gjelder eiendomsforholdet til boligen, betalingsproblemer, trangboddhet og utdanningsnivå (figur 6.2), er den sosiale fordelingen mye den samme som ble vist i figur 6.1. Menn har lengre utdanning og sjeldnere betalingsproblemer enn kvinner. Når det gjelder boligforhold (eie/leie og trangboddhet), er det imidlertid ingen signifikante kjønnsforskjeller (se vedleggstabell 6.2b,d).

Med noen unntak er det de gifte, yngre eldre, og funksjonærer på midlere eller høyere nivå som har best sosioøkonomiske levekår og sjeldnest levekårsulemper (se vedleggstabell 6.2 a-d). Dårligst ut kommer dermed de ugifte, de aller eldste og arbeidere.

Figur 6.2 Andel som leier egen bolig, andel med betalingsproblemer, andel trangbodde og gjennomsnittlig antall års utdanning etter grunnskolen etter sosial bakgrunn. Bivariate sammenhenger. Befolkningen over 65 år i 1995. N=964



Eldres utdanningsnivå og trangboddhet varierer også med hvor urbant de bor. Det er en klar tendens til at eldre med lengre utdanning bor i store byer. Her finner vi også en større andel som bor trangt enn ellers i landet. Som vi var inne på innledningsvis, er dette et eksempel på såkalt kompensatorisk fordeling. I storbyene finner vi et stort innslag av så vel sosioøkonomiske levekårsgoder som levekårsulemper. Denne kompensatoriske fordelingen framtrer her kun på gruppenivå, og vil antakelig ikke gjenfinnes på individnivå. Det er neppe de velutdannede eldre i storbyene som bor trangt.

6.2 Sosial forankring

Figur 6.3 viser at drøyt en av fem eldre ikke har en fortrolig venn. Andelen som føler seg forlatt i hjemmet, eller som ikke har noen å ringe til, overstiger imidlertid ikke ti prosent.

I det store og hele er ikke forskjellene i sosial forankring så nært knyttet til de eldres plass i den sosiale strukturen som økonomi og materielle goder er. Indikatoren «ikke å ha noen å ringe til» er helt uavhengig av de eldres sosiale posisjon. Ellers er det i første rekke kjønns- og aldersforskjellene som er verdt å merke seg.

Kvinner er langt oftere ugifte enn menn, og føler seg oftere forlatt om dagen. Som vist i vedleggstabell 6.3b, skyldes kvinners følelse av å være forlatt utelukkende at de er sjeldnere gift enn menn.

Eldre som er ugift føler seg, som en kunne vente, oftere forlatt om dagen enn gifte. Imidlertid er det ingen forskjell mellom gifte og ugifte med henblikk på om de har en fortrolig venn utenom familien (se vedleggstabell 6.3a).

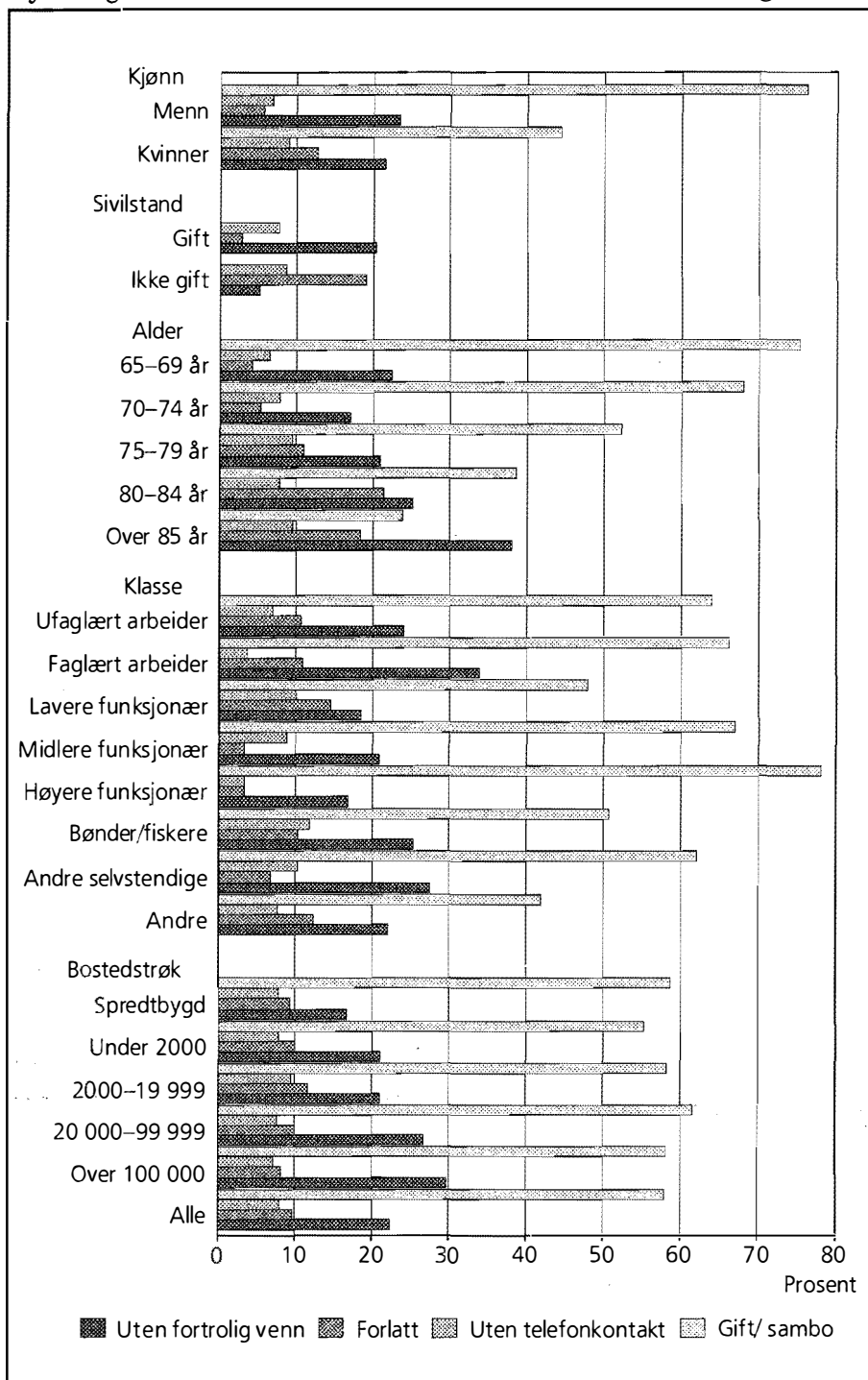
Andelen gifte og forlatte faller systematisk med alderen og er svakest for de aller eldste. Blant de aller eldste (85 år+) er kun 24 prosent gift, og 18 prosent føler seg forlatt i sitt hjem om dagen.

Klasse basert på tidligere yrker øver ingen egen signifikant effekt på noen av de indikatorene på sosial forankring vi ser på her. De klasseforskjellene i gifteandeler som framtrer i figur 6.3 viskes ut når vi tar hensyn til at de klassene er ulikt sosialt sammensatt (vedleggstabell 6.3c). Det ser altså ut til at (tidligere) klasse har stor betydning for eldres økonomiske kår, men langt mindre for deres sosiale forankring.

Bosted øver bare innflytelse på det å ha fortrolig venn, og da i den forventede retningen: Andelen uten en fortrolig venn øker jo mer bymessig strøk de eldre bor i.

Kontakten med barna må antas å spille en rolle for trivsel og livskvalitet for eldre som har barn i live. Et forholdsvis nytt fenomen synes å være at kontakten med barna blant dagens pensjonister er klassespesifikk, i hvert fall

Figur 6.3 Andel uten fortrolig venn, andel som føler seg forlatt store deler av dagen, andel som ikke har noen å telefonere til og andel gifte/samboende etter sosial bakgrunn. Befolkningen over 65 år i 1995. Prosent. N=964. Bivariate sammenhenger



i storbyen. Clausen (1995) finner at pensjonister i Oslos velstående bydeler har sjeldnere kontakt med sine barn enn pensjonister i Oslos arbeiderstrøk. Én grunn er at barn av pensjonister i vestlige bydeler bor forholdsvis langt unna sine foreldre (Clausen 1995:28–29). Dette er et nok et eksempel på en kompensatorisk fordeling av levekår: gode økonomiske kår opptre sammen med svakere sosiale kår.

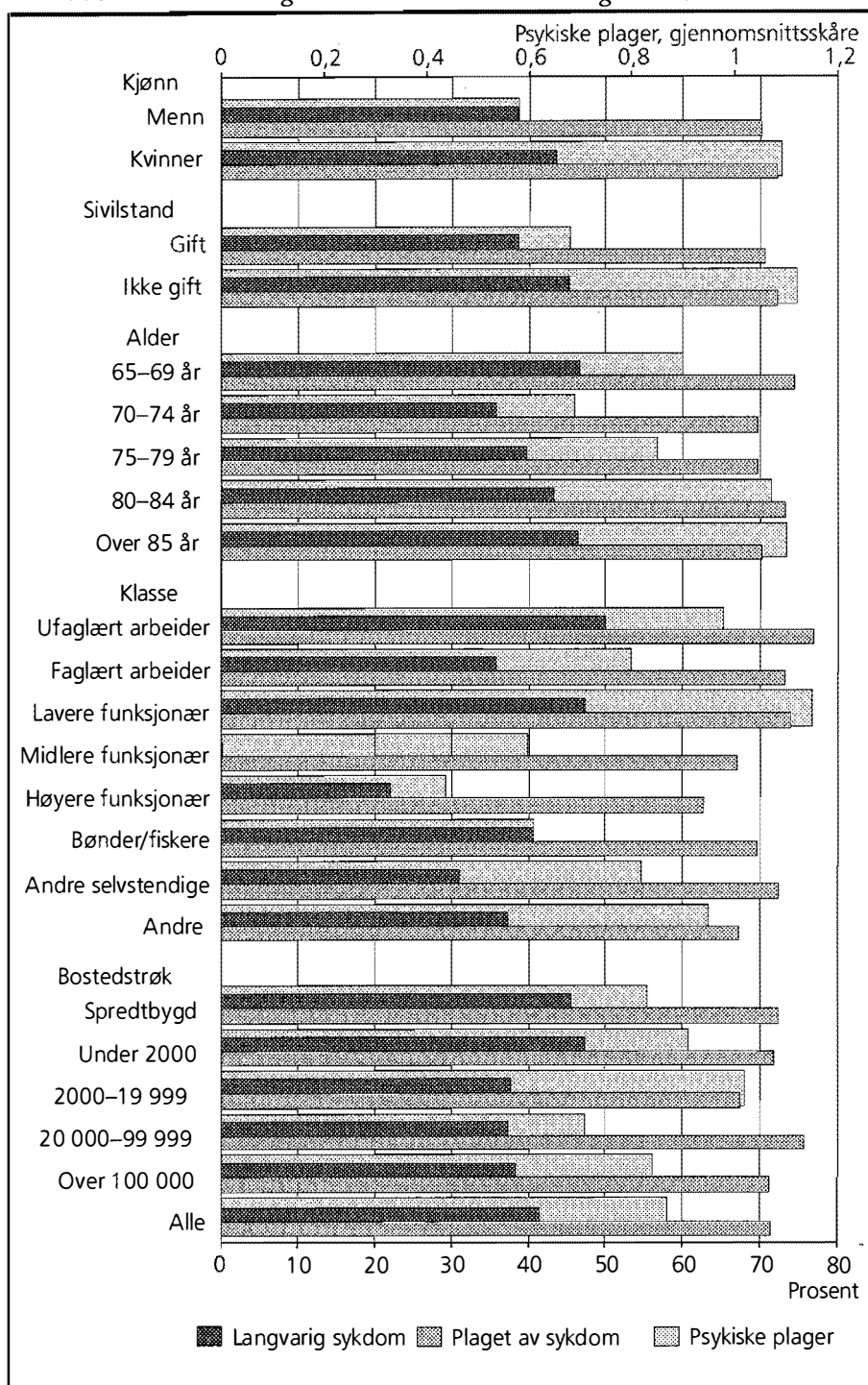
Finner vi det samme blant eldre på landsbasis? Vedleggstabell 6.3d viser kontakthypighet med barn (spørsmål 9 i spørreskjemaet) etter kjønn, alder, ekteskapelig status, klasse og bosted. Tabellen viser at særlig høyere funksjonærer har en tendens til lavere kontakthypighet med sine barn enn eldre med arbeiderbakgrunn. Dette kompensatoriske fordelingsmønsteret – at velstående pensjonister har forholdsvis svak kontakt med sine barn – synes altså ikke bare lokalisert til storbyen, men synes å gjelde utover landet.

6.3 Helse

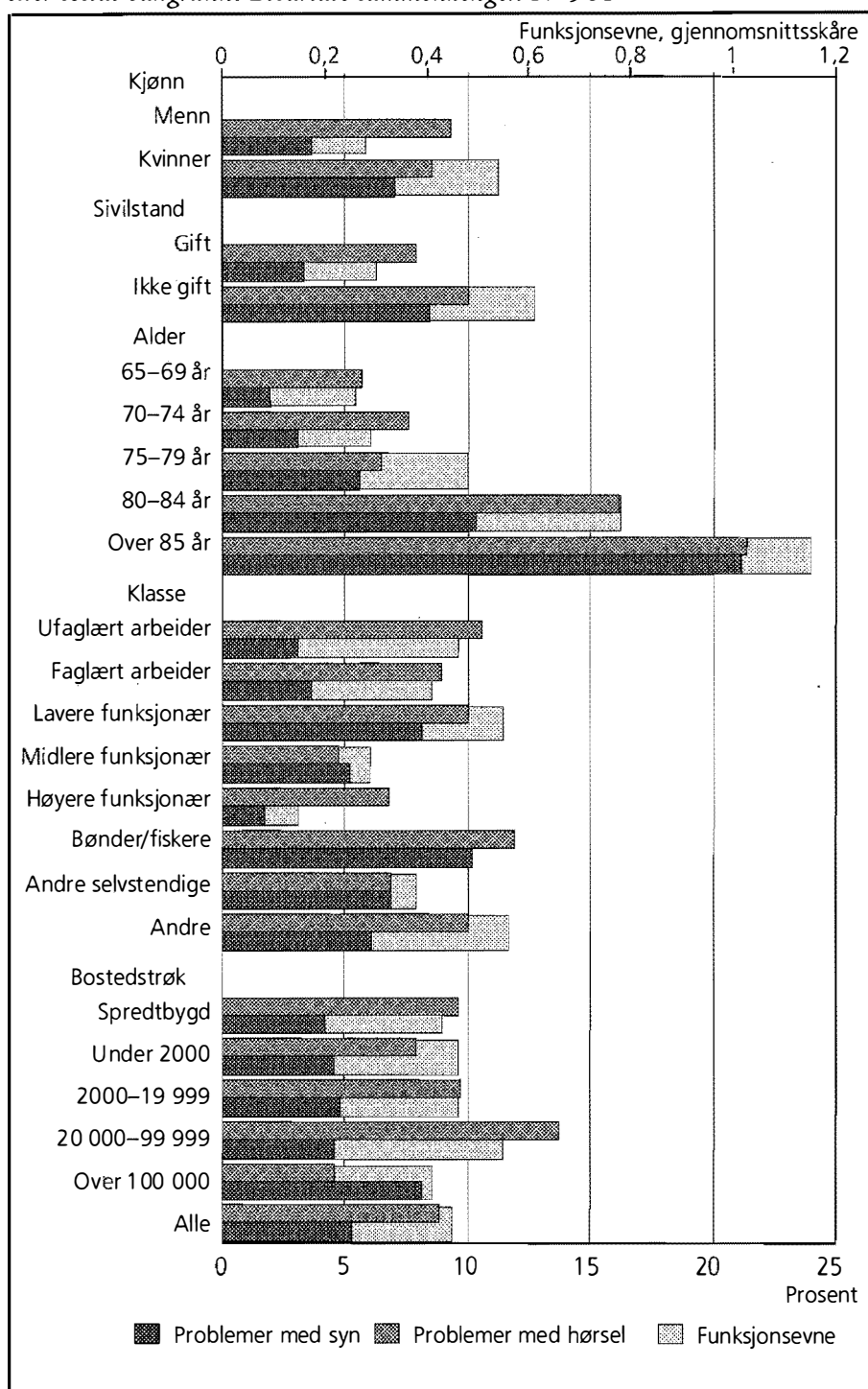
Figur 6.4a viser at drøyt 70 prosent av de eldre oppgir langvarig sykdom. Det er små forskjeller i andelen med langvarig sykdom etter sosial bakgrunn. Dette spørsmålet, som er vanlig å stille i norske levekårsundersøkelser, ser med andre ord ut til å diskriminere nokså dårlig. Mange eldre finner det nok vanskelig å skille «rene» sykdomstilstander fra plager som følger av aldringsprosessen. Dette forsterkes antakelig av at de spurte blir bedt om å rapportere sykdomstilfeller som de betrakter som «forholdsvis bagatellmessige». Dette kravet utvanner sykdomsbegrepet unødig, særlig for eldre. Dette understrekes også ved at i den norske voksne gjennomsnittsbefolkningen oppgir tett oppunder halvparten at de har en langvarig sykdom når de stilles dette spørsmålet.

Større sosial, praktisk og velferdsmessig relevans har spørsmålene om hvorvidt de eldre har sykdomsplager, nedsatt funksjonsevne eller problemer med syn og hørsel. Figur 6.4a og 6.4b avslører et forholdsvis stort omfang av det vi vil oppfatte som alvorlige helseproblemer, det vil si helseproblemer som går ut over evnen til å fungere sosialt og som svekker livskvaliteten. Drøyt 40 prosent av de eldre oppgir at de er plaget av sykdom i form av nedsatt aktivitet, smerter el.l. Omtrent samme andel oppgir også ett eller flere symptomer på psykiske plager. Omtrent en av tre har redusert funksjonsevne, det vil si at de har svart at de ikke klarer daglivareinnkjøp, og/eller vask og rengjøring, og/eller av- og påkledning. Få (henholdsvis fem og ni prosent) har problemer med synet eller oppgir hørselsproblemer. Vi vil likevel understreke at selv om forholdsvis mange eldre oppgir helseproblemer av ulik art, rapporterer flertallet at de *ikke* har helseproblemer med alvorlige sosiale konsekvenser.

Figur 6.4a Andel med langvarig sykdom, andel som er plaget av sykdom i hverdagen, og gjennomsnittsskåre på indeks for psykiske plager i befolkningen over 65 år i 1995 etter sosial bakgrunn. Bivariate sammenhenger. N=964



Figur 6.4b Andel med problemer med syn, andel med problemer med hørsel og gjennomsnittsskåre på indeks for funksjonsevne i befolkningen over 65 år i 1995 etter sosial bakgrunn. Bivariate sammenhenger. N=964



Kvinner rapporterer jevnt over dårligere helse enn menn. Særlig rapporterer kvinner mer psykiske plager og dårligere funksjonsevne enn menn, også under kontroll for andre forhold som for eksempel alder (se vedleggstabell 6.4b,c). Vedleggstabell 6.4d viser imidlertid at den høye andelen kvinner med synsproblemer skyldes at de er eldre enn menn. At kvinner gjennomgående har høyere sykkelighet enn menn, er i tråd med et etablert funn i helseforskningen (Elstad 1995, Moum 1991, Hjort og Waaler 1995).

Figur 6.4a og 6.4b viser en generell tendens til at ikke-gifte rapporterer dårligere helse enn gifte. Vedleggstabellene viser imidlertid at dette som regel skyldes at det er mange kvinner og eldre mennesker i denne kategorien. Ekteskapelig status er dermed stort sett uten egen effekt. Et unntak er at ikke-gifte rapporterer flere symptomer på psykisk lidelse enn gifte (vedleggstabell 6.4b).

Helsa svekkes ikke så sterkt og systematisk med alderen som en kanskje skulle tro. I første rekke er det funksjonsevne, syn og hørsel som avtar med økende alder (se vedleggstabell 6.4c,d,e). Alder øver ingen egen effekt verken på langvarig sykdom, plaget av sykdom, eller psykiske plager.

Arbeidere er noe mer plaget av sykdom og har oftere psykiske problemer enn høyere funksjonærer. Ingen av de øvrige helseindikatorer varierer signifikant med klasse når vi kontrollerer for alder, kjønn osv (vedleggstabell 6.4a-d). Effektene er imidlertid ikke dramatiske. Til en viss grad strider dette funnet mot en rekke utenlandske og noen få norske studier som viser tydelige helseforskjeller blant eldre etter deres sosioøkonomiske bakgrunn (Dahl og Birkelund 1995, Hjort og Waaler 1995). Det kan være flere grunner til dette. Én grunn kan være at effekten av tidligere klasse kan ha tapt seg: for de eldste refererer klasse til det yrket de hadde for 20 år siden eller mer.

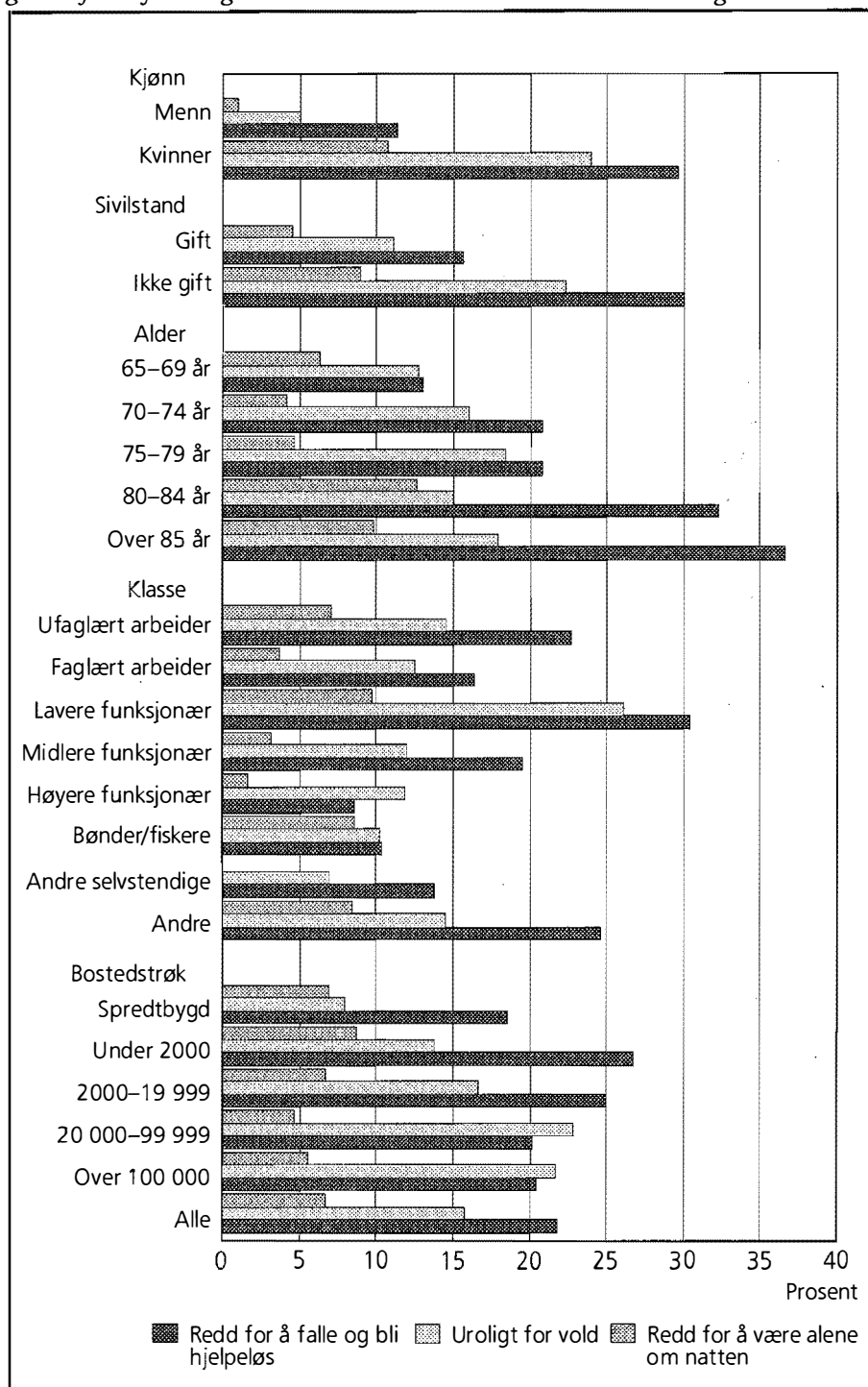
Inntekt kan være et bedre mål enn tidligere klasse på de rådende materielle og økonomiske kår blant eldre. Det ser ut til å være tilfellet, se vedleggstabell 6.4a-d. Disponibel husholdsinntekt henger klart sammen med sykdoms-plager og psykisk helse. Funksjonsevne og syns- og hørselshemming er derimot upåvirket av inntekt når vi tar hensyn til kjønn, alder og de øvrige sosiale variablene.

Ingen av helseindikatorer varierer signifikant etter bosted. Heller ikke psykiske problemer later til å være mer utbredt i storbyen enn på landet, slik en kanskje skulle tro.

6.4 Trygghet

Figur 6.5 viser at frykt for vold utendørs er særlig utbredt blant kvinner og ugifte, og er større i tettbygde strøk enn på landet. Disse mønstrene bekreftes av en multivariat analyse (se vedleggstabell 6.5a). Den høye andelen som frykter

Figur 6.5 Andel som er redd for å falle og bli liggende hjelpeløs, andel som er urolig for vold og andel som er redd for å være alene om natten etter sosial bakgrunn for befolkningen over 65 år i 1995. Bivariate sammenhenger. N=964



vold blant lavere funksjonærer, skyldes imidlertid at det er mange kvinner i denne sosioøkonomiske gruppa (vedleggstabell 6.5a).

Kvinner er også oftere redde for å være alene om natta og for å falle og bli liggende hjelpeløse. Det er grunn til å anta at denne typen trygghet i hjemmet avhenger av de eldres funksjonsevne (definert foran). Derfor har vi også tatt inn funksjonsevne i de multivariate analysene i vedleggstabellene. Vi ser da at kvinner uansett alder, ekteskapelig status og funksjonsevne oftere er redde enn menn (vedleggstabell 6.5b,c). De opprinnelige (bivariate) effektene av alder og ekteskapelig status forsvinner imidlertid når vi tar hensyn til forskjeller i funksjonsevne innad i gruppene.

6.5 Hopning, uavhengighet eller kompensasjon?

I analysene så langt har vi sett på fire levekårsområder og hvordan de varierer etter de eldres plass i den sosiale strukturen. Vi har studert forskjeller på ett og ett levekårsområde etter kjønn, alder, ekteskapelig status osv. Imidlertid har vi bare sporadisk beskjeftiget oss med hvordan de forskjellige levekårsområdene henger sammen hos eldre. Det er temaet for dette avsnittet.

Innledningsvis i dette kapitlet definerte vi tre levekårsindekser, én for økonomi, én for sosial forankring og én for helse. Spørsmålet er hvordan disse henger sammen i eldrebefolkningen, og om de henger sammen på samme måte blant menn og kvinner, unge eldre og gamle, og i tettbygd og spredtbygd strøk. Tabell 6.1 og vedleggstabellene 6.6a-f viser korrelasjonene mellom de tre indeksene for henholdsvis alle eldre, og for hver av de nevnte gruppene.

Tabell 6.1 Bivariate korrelasjoner mellom tre levekårsområder. Befolkningen over 65 år i 1995

	Helse	Sosial forankring
Inntekt	.22	.13
Helse		.23

Det er to iøynefallende trekk ved tabell 6.1 og vedleggstabellene. For det første er det klare tendenser til hopning. God sosial forankring henger positivt sammen med god helse, og det samme kan sies om de øvrige parvise sammenhengene. Tallene er jevnt over svært sikre, dog med unntak av at korrelasjonen mellom sosial forankring og inntekt ikke alltid oppnår signifikans (vedleggstabell 6.6a-f). For det andre gjenfinnes hovedmønsteret i alle grupper, blant menn og kvinner, blant unge eldre og gamle (75 år+), og i spredtbygd og tettbygd strøk. Med andre ord, tendensen til hopning av gode levekår synes å være et universelt fenomen i eldrebefolkningen.

6.6 Oppsummering og diskusjon

I dette kapitlet har vi sett på hvordan viktige levekår som sosioøkonomiske ressurser, sosial forankring, helse og trygghet henger sammen med sosiale bakgrunnsforhold som kjønn, alder, ekteskapelig status, sosioøkonomiske forhold og bosted. Vi har óg undersøkt hvordan levekårsressurser på ulike områder henger sammen.

Vi finner at kvinnene, de aller eldste, de ugifte, og de eldre med arbeiderbakgrunn, jevnt over har dårlige levekår på områdene økonomi og helse, og til dels også sosial forankring. Kvinner er oftere utrygge enn menn, noe som et stykke på vei kan forklares med at kvinner har dårligere helse. Forskjeller etter by og land er stort sett mindre og er, som vi skal komme tilbake til, motsetningsfulle.

Flere av de utsatte gruppene i eldrebefolkningen som vi nå har nevnt, er tidligere identifisert, for eksempel de aller eldste, som ofte er enslige kvinner. I sosialpolitikken er det disse gruppene tjenester og ytelser skal målrettes mot (Velferdsmeldinga 1995). Vi vil likevel føye til noen viktige nyanser og utdype noen poenger.

Å tilhøre en bestemt demografisk gruppe, som for eksempel å være kvinne, ugift, over 80 år eller tidligere arbeider, innebærer økt risiko for å ha ulemper på *flere* levekårsområder samtidig. For eksempel har en typisk eldre kvinne, sammenliknet med en typisk eldre mann, større sannsynlighet for lav inntekt, svak sosial forankring, dårlig mental helse og opplevd utrygghet. Effektene av de sosiale variablene virker dessuten ofte uavhengig av hverandre. Det innebærer at spesielle kombinasjoner av sosiale statuser skaper særlig høy risiko for svært store levekårsproblemer på enkelte områder. La oss ta psykisk helse som eksempel. Den psykiske helsa til kvinner som er ugifte og som har lav inntekt, vil være svært dårlig, fordi hver av disse statusene virker negativt inn på den mentale helsa. Sjansen for dårlig mental helse øker for hver «risikoutsatte» status personer over 65 år har.

Som nevnt innledningsvis kan levekårene forholde seg til hverandre på tre måter. Sammenhengen kan kjennetegnes av hopning, uavhengighet eller kompensasjon. Vi finner at levekårsgodar har en ikke alt for sterk tendens til å hope seg opp i eldrebefolkningen; gode levekår på ett område opptrer sammen med gode levekår på andre områder, for eksempel at god økonomi henger sammen med god helse. Disse hopningstendensene gjør seg gjeldende for menn og kvinner, yngre eldre og gamle (75 år og over), på landsbygda og i tettbygde strøk. Dette er i samsvar med resultater fra annen norsk levekårsforskning (Elstad 1984, Iversen m.fl. 1987). Dette fordelingsmønsteret har nesten en universell utbredelse. Fenomenet kalles for Matteuseffekten etter følgende tekst i Matteusevangeliet: «For den som har, han skal få, og det i overflod. Men den som intet har, skal bli fratatt selv det han har.» På noen enkeltområder har vi likevel funnet enkelte tegn til kompensasjon. For eksempel øker de sosioøko-

nomiske ressursene jo mer urbanisert strøk de eldre bor i, men samtidig reduseres den sosial forankringen, målt med andel med fortrolig venn. Vi finner òg at høy sosial status opptrer sammen med svak sosial forankring, målt som kontakt med barna.

De enkelte levekårsdimensjonene skiller seg ad når det gjelder henholdsvis nivå og sosial fordeling. Noen levekårsressurser er på et forholdsvis høyt gjennomsnittlig nivå, og få rapporterer om problemer. Økonomi er ett eksempel på dette: Få melder om økonomiske vansker. Imidlertid er inntektsfordelingen skjev etter de fleste av de sosiale kjennetegnene vi har sett på her, og spesielt etter klasse. Dette er verdt å merke seg, for disse inntektsforskjellene vil antakelig ikke utjevnes eller forsvinne av seg selv slik inntektsforskjeller etter alder og kjønn vil gjøre på lengre sikt (Kjelstad 1988, Koren 1994). At inntektsforskjellene er store blant alderspensjonistene stemmer overens med det andre har funnet (Dahl 1989, SSB *Ukens statistikk* 42/95:9).

Når det gjelder helse, og til dels også sosial forankring, er det forholdsvis flere som har problemer, mens de sosiale ulikhetene kanskje ikke er like store som for inntekt og formue, selv om de klart finnes. Verken for helse eller sosiale relasjoner er det innebygget noen automatisk langsiktig bedring, slik det er for eldrebefolkningens framtidige inntekter.

Vi har som nevnt funnet positive sammenhenger mellom inntekt på den ene siden, og helse og sosial forankring, og dessuten velvære (se kapittel 8), på den annen. Eldres økonomi har de siste åra vært i kontinuerlig bedring av grunner vi har diskutert foran. Utviklingen av helse og sosial forankring viser også en positiv trend (jf kapittel 5). Vi vil være varsomme med å postulere en enkel og direkte årsakssammenheng mellom inntekt og høy velferd på andre områder. Likevel er det ikke vanskelig å argumentere teoretisk for at god økonomi gir bedre helse og sosiale relasjoner. I dag er det mulig å kjøpe seg bedre helse for penger, og sosial integrasjon og deltaking krever at man rår over økonomiske og materielle ressurser (Townsend 1979). God økonomi kan altså ha gunstige ringvirkninger på andre og viktige velferdsområder. De positive sammenhengene vi avdekker, er derfor verdt å reflektere litt over. Dersom det er slik at velferd på andre områder følger av en sikker husholdøkonomi, har dette noen sosialpolitiske implikasjoner. I praksis er det langt lettere med ordinære sosialpolitiske virkemidler å fordele penger enn å fordele helse eller sosiale relasjoner. Arbeiderpartiregjeringa har som nevnt signalisert økt beskatning av pensjonister med midlere og høyere inntekter (Velferdsmeldinga 1995). Begrunnelsen er av finanspolitisk og fordelingspolitisk karakter. Kanskje trenger eldre en viss grad av økonomisk overkompensasjon for å nyttiggjøre seg de foreliggende muligheter for eksempel sosial aktivitet (jf diskusjonen i kapittel 3). For ikke å svekke Eldres helse, sosiale forankring og livskvalitet, bør en være varsom med å stramme inn på Eldres økonomi. Denne diskusjonen vil komme tilbake til i kapittel 9.

Aldersforskjellene er ikke alltid de tydeligste. I en del tilfeller er det ingen klare utslag etter alder, for eksempel for mental helse og opplevelse av trygghet. Vi skal være oppmerksom på at vi i noen grad undervurderer helseproblemer og kanskje også andre sosiale problemer blant de aller eldste. Dette skyldes blant annet at andelen som ikke har villet delta på grunn av sykdom, øker med alderen. Likevel ser det ut til at andre ulikhetsskapende forhold er viktigere enn alder, for eksempel kjønn, inntekt eller klasse. Dette betyr blant annet at det ikke foregår en uunngåelig forringing av levekår og individuelle ressurser med alderen. Dårlige levekår – også helse og sosiale relasjoner – er sosialt bestemt, og er dermed i prinsippet påvirkelige av sosialpolitiske tiltak.

I tillegg kommer at de forskjellene som avtegner seg etter alder, ikke alltid har en entydig tolkning. Sammenhengen mellom økonomi og alder og funksjonsevne og alder, kan for eksempel skyldes ulike underliggende prosesser. At inntekten systematisk avtar etter som alderen øker, er langt på vei et resultat av et særegent sammenfall av generasjon og historisk epoke. De som er over 67 år i dag var i yrkesaktiv alder da folketrygden ble innført og oppbygningen av tilleggspensjonssystemet tok til. Hvert nye pensjonistkull vil derfor ha større opparbeidete pensjonsrettigheter enn det foregående.

Sammenhengen mellom alder og helse er noe vanskeligere å tolke enn sammenhengen mellom alder og økonomi. Som sagt avhenger funksjonsevne, syn og hørsel først og fremst av alder; de avtar med økende alder. Dette kan være et tegn på at den biologiske aldringsprosessen, og den alene, setter sine uut-slettelige spor ettersom folk eldes. Det er en eldgammel forestilling at aldring og helsetap henger uoppløselig sammen, over alt og til alle tider. Dette synet kan føres helt tilbake til gamle Egypt, år 2500 før Kristi fødsel (Victor 1991:23). Dette er en oppfatning som også ligger til grunn for mye gerontologisk og medisinsk forskning (Victor 1991). Dette synet motsies likevel av flere forhold. Mange undersøkelser viser at sykdom, funksjonsevne og levetid er sosialt differensiert, også i høy alder (Dahl og Birkelund 1994, Hjort og Waaler 1995). I denne undersøkelsen finner vi også at for andre helseindikatorer enn funksjonsevne, syn og hørsel betyr sosiale forhold en del. Men, sammenhengen mellom økende alder og for eksempel nedsatt funksjonsevne kan også fortolkes som en generasjonseffekt, det vil si som en effekt av tidligere tiders sosiale og økonomiske nød. En tredje forklaring på at enkelte helseindikatorer ikke er påvirket av annet enn alder, er to typer helserelatert seleksjon. For det første kan det tenkes at eldre med lav sosial status og svak helse dør tidlig i livet, slik at relativt få når pensjonsalderen. For det andre er det mulig at skrupelige eldre med lav sosial status oftere enn bedrestilte får plass på institusjon.

Det er flere vansker forbundet med å vurdere hvor alvorlig forekomsten av ulike levekårsproblemer i en befolkning er. Vi finner for eksempel at utbredelsen av ulike levekårsproblemer varierer mye fra område til område. Helse-

problemer er for eksempel langt mer utbredt i eldrebefolkningen enn betalingsproblemer. Likevel kan vi ikke uten videre påstå at nedsatt helse er et alvorligere problem for eldre enn økonomiske vansker er. En slik påstand vil ha som et uuttalt premiss at den subjektive opplevelsen (plagen) av disse problemene var omtrent den samme for begge typer. Men hva hvis de eldre opplever betalingsproblemer som en mer intens plage enn nedsatt funksjonsevne? Ville det ikke da være riktig å ta hensyn ikke bare til omfanget av et problem, men også hvor intenst det oppleves? Hvis svaret er bekreftende, står vi overfor en vanskelig avveining. Hvordan avveies omfanget av et problem mot hvor intenst det oppleves? Dette spørsmålet er vanskelig å besvare, både forskningsmessig, filosofisk og ikke minst velferdspolitisk. Hvilket problem skal velferdsstaten prioritere å løse: det som omfatter flest, eller det som folk opplever som mest problematisk? I praksis har velferdsstaten «løst» denne motsetningen ved å gjøre litt av hvert. Begge typer problemer er definert som anliggender for velferdsstatlige tiltak, jamfør for eksempel bekjempelse av aids, som rammer få intenst og alvorlig, og muskel-skjelettplager som rammer mange mindre alvorlig.

Innledningsvis i dette kapitlet tok vi utgangspunkt i to perspektiver på eldre og aldring. Det ene perspektivet er individualistisk og betrakter eldre som en sosialt ensartet gruppe mennesker. Det andre perspektivet hevder tvert om at eldrebefolkningen er kjennetegnet av sosial ulikhet og forskjeller i levekår. Våre analyser gir sterkest støtte til det siste perspektivet: Eldre er ikke en homogen masse. Eldres levekår, og særlig økonomi og helse, følger Eldres plass i den sosiale strukturen. Vi finner til dels store levekårsforskjeller etter sosiale kriterier som kjønn, alder, ekteskapelig status og yrkesbakgrunn.

Kapittel 7

Eldres boforhold: problemer og boligønsker

Bolig og boforhold er viktig for eldre mennesker. For det første tilbringer eldre mye tid hjemme. Dette skyldes dels at få eldre er yrkesaktive og dels at mobiliteten og evnen til å ta seg rundt kan være liten. For det andre har mange eldre funksjonshemninger og nedsatt førlighet som stiller særlige krav til boligen og boforholdene. Boligkvalitet, tilgjengelighet til boligen og tilrettelegging av boligen er derfor av stor betydning for eldres praktiske hverdag, daglige gjøremål, trivsel og velvære. Nærmiljøet rundt boligen og tilgjengelighet til ulike servicefunksjoner er selvsagt også viktig for å fungere i dagliglivet.

Myndighetene legger opp til variasjon i bo- og tjenestetilbudet overfor eldre. En viktig problemstilling er valget mellom å bo hjemme, i omsorgsbolig eller på alders- eller sykehjem. Ifølge Velferdsmeldinga er det et mål at omsorg og pleie først og fremst skal knyttes til ordinære boliger, fortrinnsvis til egne hjem (St. meld. nr 35 1995:18). Begrunnelsen er at eldre, som andre, bør ha mulighet til full deltaking og likestilling i samfunnet. En undersøkelse av eldre i storby fra 1987 (Danielsen og Langsether 1987) viste at de mest attraktive boformene var de som ga mulighet for selvstendighet. Få ønsket å bo på alders- og sykehjem.

Den problemstillingen vi skal belyse i dette kapitlet er hva slags bop problemer eldre har, hva slags boligønsker de har, og hvilke holdninger de har til ulike boformer.

Blant dagens eldre bor det store flertallet i boliger med forholdsvis god og stadig bedre standard (*Sosialt utsyn* 1993:262), mens den ytre og indre tilgjengeligheten kan være så som så. God ytre og indre tilgjengelighet innebærer å komme inn i boligen, og å kunne bevege seg rundt i boligen uten å måtte forsere trapper. Dette betyr at mange eldre, hvis og når helsa svikter, vil kunne ha behov for en bedre tilrettelagt bolig eller en institusjonsplass. For en del eldre vil omsorgsboliger kunne fungere som en mellomstasjon før de blir helt avhengige av praktisk hjelp og omsorg. For de fleste eldre representerer imidlertid det å flytte en stor belastning, både følelsesmessig, sosialt og praktisk (Barlindhaug 1995). For de eldre selv er det derfor flere fordeler ved å kunne bli boende i eget hjem lengst mulig. Dette krever imidlertid at boligene er tilrettelagt for eldre med funksjonshemninger. I dag er dette ikke tilfellet for de

fleste av landets boliger. Antakelig får de fleste eldre derfor før eller siden problemer med å fortsette å bo i egen bolig (Slagsvold 1995).

7.1 Eldre og yngres boforhold

Med boforhold forstår vi boligstandard og boligens tilgjengelighet. Norske boliger har generelt høy standard, både teknisk og størrelsesmessig. Som vi har sett, avdekker de ordinære levekårsundersøkelsene at den materielle standarden til Eldres boliger stadig bedres. I 1995 er det for eksempel kun 1,7 prosent av de eldre som bor trangt. At boligene er for trange, er altså et problem som angår få personer i denne aldersgruppa. Boforholdsundersøkelsen (1988) viser at på landsbasis mangler ti prosent av boligene enten bad, wc eller tilfredsstillende kjøkken. Manglene er minst i eneboligmassen og i de vertikaldelte boligene. Det er særlig i store hus, som omfatter leiegårdsmassen i de store byene, at den tekniske standarden på boligene er dårlig (NOU 1992:1 s. 88). Generelt er den tekniske standarden dårligere jo eldre boligen er. Siden eldre ofte bor i eldre boliger, har de også gjennomgående boliger med lavere standard enn den øvrige befolkningen. Blant personer over 80 år bor 30 prosent dårlig etter en indeks over boligstandard utarbeidet av Norges byggforskningsinstitutt. Av alle norske husholdninger er det 20 prosent som bor dårlig. Eldre over 80 år i storbyene bor dårligst. Her har hele 44 prosent dårlige boforhold (NOU 1992:1 s. 90). Liknende funn er rapportert fra Danmark (Platz 1989). Ås (1990) har funnet at minstepensjonister bor dårligere enn andre pensjonister. Liknende sosiale ulikheter er også påvist i Danmark: Overordnede funksjonærer bor gjerne i moderne boliger, mens arbeidere oftere har boliger som ikke oppfyller nærmere definerte minimumsstandarder.¹

Her er vi først og fremst opptatt av boligens indre og ytre tilgjengelighet. I boforholdsundersøkelsen 1988 er kravet til indre tilgjengelighet at beboerne skal kunne nå alle nødvendige rom i boligen uten å bruke trapp. Nødvendige rom er stue, kjøkken, toalett og bad. I 1988 hadde over halvparten av boligene i Norge mangler ved den indre tilgjengeligheten. Den vanligste årsaken til manglende indre tilgjengelighet er at noen av de nødvendige rommene ikke ligger på inngangsplanet. Ytre tilgjengelighet innebærer at en må kunne komme inn i boligen utenfra uten å måtte forsere en trapp. Den viktigste årsaken til manglende ytre tilgjengelighet er at boligene har utvendig trapp selv om boligens inngang ligger i første etasje. Dette gjelder 45 prosent av hele boligmassen.

¹ Minstekravet er her definert som boliger med selvstendig kjøkken, varmt vann, eget wc, eget bad (kar eller dusj) og radiatorvarme. Mangler boligen én eller flere av disse bekvemmelighetene, oppfylles ikke minstekravet (Platz 1989:31).

18 prosent av boligene mangler ytre tilgjengelighet fordi boligen ligger i andre etasje eller høyere, uten heis.

I 1988 fylte hele 80 prosent av landets boliger ikke kravene til god tilgjengelighet. Det er gjerne i eldre boliger problemer med tilgjengeligheten er størst. Fordi eldre ofte bor i eldre boliger, har de også ofte boliger med lav tilgjengelighet (NOU 1992:1).

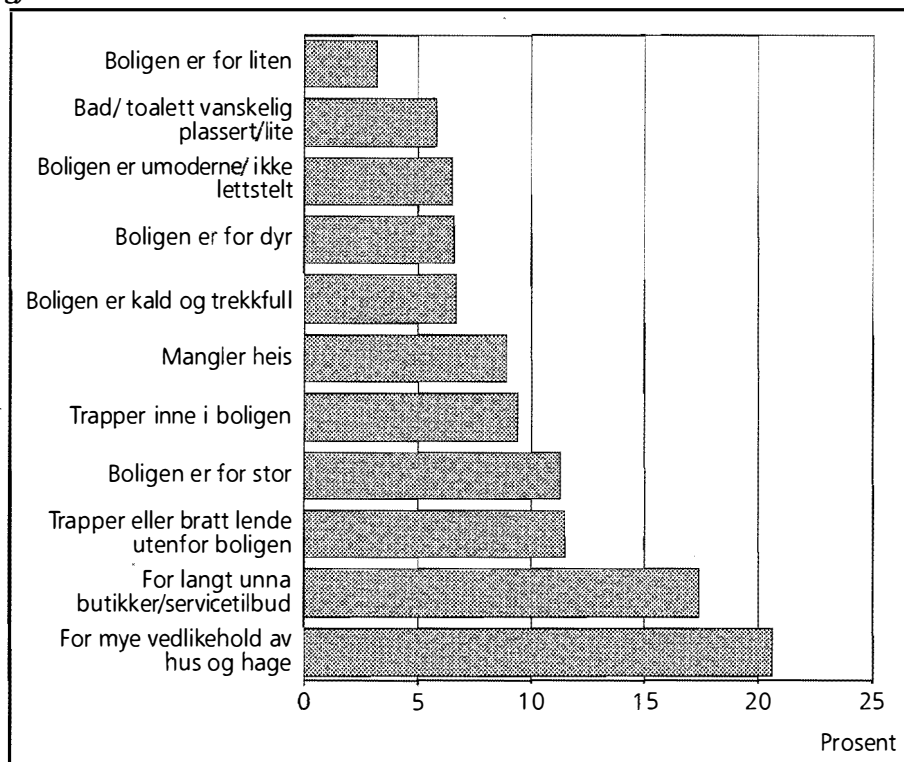
Data fra boforholdsundersøkelsene gir en pekepinn på hvor stor andel av de eldre som har et potensielt problem i forhold til sin bolig. Kun 16 prosent av boligene har tilfredsstillende ytre og indre tilgjengelighet. Ofte er det eldre som bor i de dårligste og mest utilgjengelige boligene. Samtidig har mange eldre svak helse og nedsatt funksjonsevne. Eldre, som dermed er mest avhengig av god standard og tilgjengelighet, er samtidig mest problemutsatt. Nå er det ikke et én-til-én forhold mellom objektive mål på boligens kvalitet og tilgjengelighet og hvordan den enkelte vurderer boligen. Boligens faktiske beskaffenhet og vurderinger av de problemene de eldre opplever, vil variere med individuelle og sosiale kjennetegn. I en undersøkelse av eldre brukere av bydelstjenestene i bydel 1 i Oslo (Bygdøy-Frogner) oppgir 10–20 prosent én eller flere mangler ved boligen.² Hele to av tre har problemer med trapper opp til boligen. Blant de spurte sier likevel bare 20 prosent av brukerne at de har enkelte vanskeligheter, mens 3,6 prosent har store vanskeligheter med å bli boende i boligen slik den er i dag (Nøhr 1995:15–16). Omfanget av eldres selvvalgte bop problemer på landsbasis er, så vidt vi kjenner til, ikke undersøkt tidligere.

7.2 Bop problemer blant eldre

I Fafos eldreundersøkelse ble det særlig lagt vekt på å identifisere hvilke problemer de eldre opplevde ved å bo slik de gjorde på intervju tidspunktet. Hver person ble bedt om å svare ja eller nei på følgende spørsmål: «Har du problemer med å bo slik du gjør nå? Har du problemer med følgende:». Deretter fulgte en opplisting av i alt elleve problemer. Figur 7.1 beskriver hvilke problemer det er, samt prosent og antall ja-svar på de ulike kategoriene.

² Mangler ved boligen er: Dårlige lysforhold, trekk, fuktighet/vann, kulde, lukt/røykproblemer, vanskelig å rengjøre, umoderne kjøkken, umoderne bad, vanskelig å åpne vindu, trapper opp til boligen, utilstrekkelig ventilasjon, trapper inne i boligen, badekar i stedet for dusj.

Figur 7.1 Andel personer over 65 år som oppgir ulike problemer med å bo slik de gjør nå. N=964



* En person kan godt oppgi flere problemer

Om lag halvparten (52 prosent) av de eldre oppgir å ha ett eller flere av de angitte problemene ifølge figur 7.1. Det største problemet er knyttet til vedlikeholdsarbeid av hus og/eller hage. Å kunne stelle sin egen hage og sitt eget hus, er for mange en meningsfylt fritidssysse. Når dette arbeidet blir for tungt, kan gleden ved hagen bli snudd til fortvilelse over ikke å makte å holde tritt lenger. Ikke overraskende er det de som bor i enebolig som i størst grad rapporterer om problemer med vedlikehold og stell (tall ikke vist).

Det er også mange eldre som opplever at det er problematisk å bo slik de gjør på grunn av lang avstand til butikk, viktige servicetilbud og offentlig kommunikasjon. Dette medfører sannsynligvis at mange trenger hjelp til handling av dagligvarer, samt hjelp til gjøremål som å gå på postkontor, bank o.l., som de under andre forhold ville kunne klart selv.

For personer uten funksjonsproblemer er vanligvis ikke dette noe problem. Det er først når helsa svikter, at tilgjengelighet til og inne i boligen blir av stor betydning. Siden eldres funksjonsevne svekkes med alderen, øker også sannsynligheten for at de eldre før eller siden vil få problemer med for eksempel å gå i trapper.

I alt er det omtrent hver fjerde eldre som har problemer med å bo slik de gjør nå på grunn av manglende indre og/eller ytre tilgjengelighet. Tolv prosent av de eldre har problemer med å bo slik de gjør fordi det er trapper eller bratt terreng utenfor boligen, og ni prosent fordi det mangler heis. Omtrent like mange har problemer på grunn av trapper inne i boligen, og seks prosent oppgir at bad/toalett er vanskelig plassert eller for lite.

Kvaliteten på boligen er i mindre grad et problem for de eldre enn tilgjengeligheten. Det er 6,5 prosent av de eldre som har problemer fordi boligen er umoderne/ikke lettstelt og 6,7 prosent fordi boligen er kald og trekkfull. I alt har en av ti eldre problemer med å bo slik de gjør på grunn av boligens dårlige kvalitet.

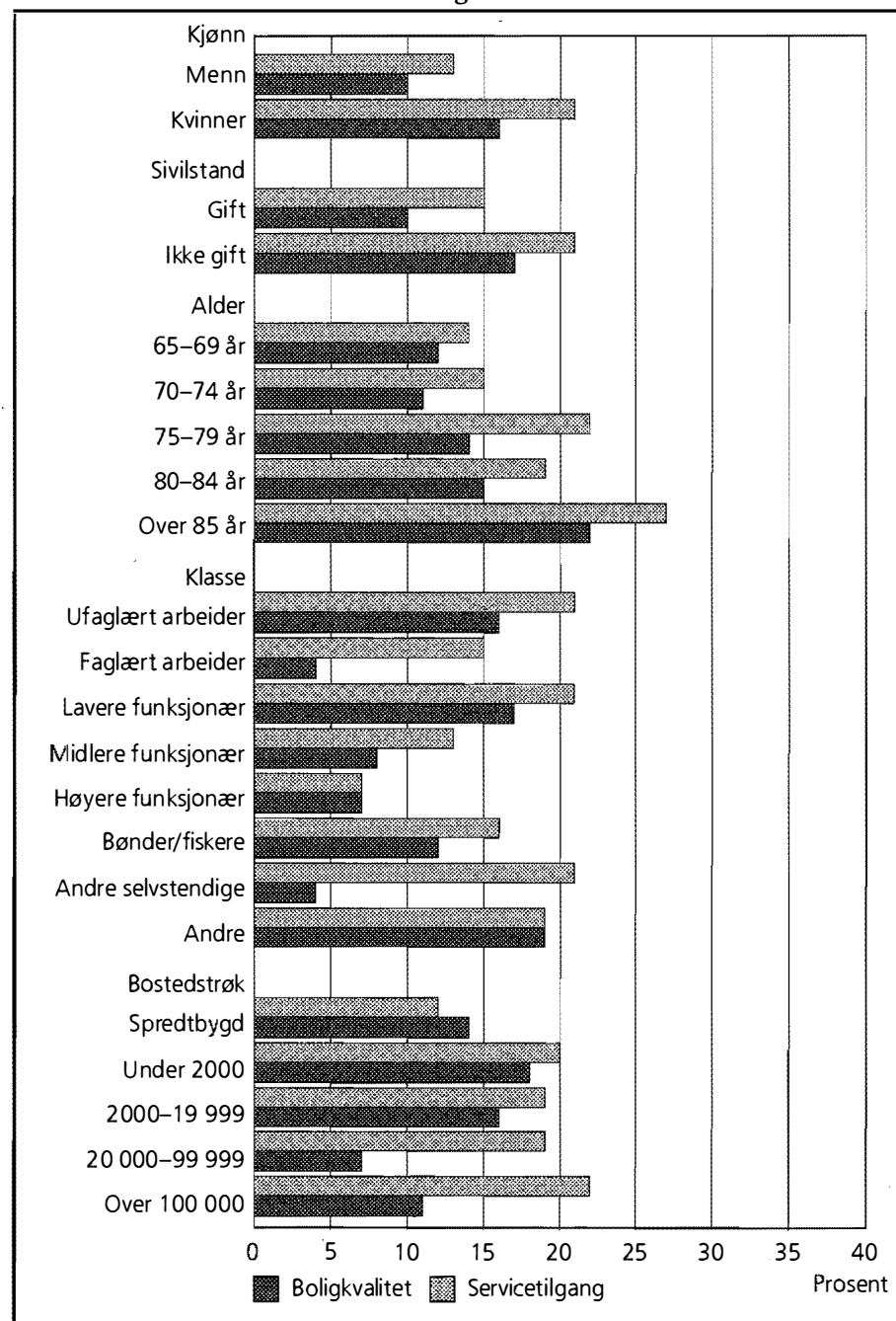
I levekårsundersøkelser er det vanlig å operere med trangboddhet som ett mål på levekårsulempe. Det er tre prosent av de eldre som synes at boligen er for liten. Dette gjelder i stor grad de som bor i blokk eller bygård. For eldre vil imidlertid det å ha for stor bolig kunne oppleves som minst like problematisk. Det er hele fire ganger så mange (elleve prosent) som oppgir dette som et problem. I en for stor bolig er det daglige stedet langt mer tungvint enn om boligen hadde vært av mer passende størrelse. Det er i hovedsak de som bor i hus som opplever dette som problematisk (tall ikke vist).

En stor bolig blir også lett en dyr bolig. Vedlikeholdskostnader og fyringsutgifter kan gi betydelige samlede bokostnader. Det er 6,6 prosent av de eldre som oppgir å ha problemer fordi boligen er for dyr. En egen analyse viser at dette i størst grad gjelder de som bor i blokk eller i leiegårder (tall ikke vist).

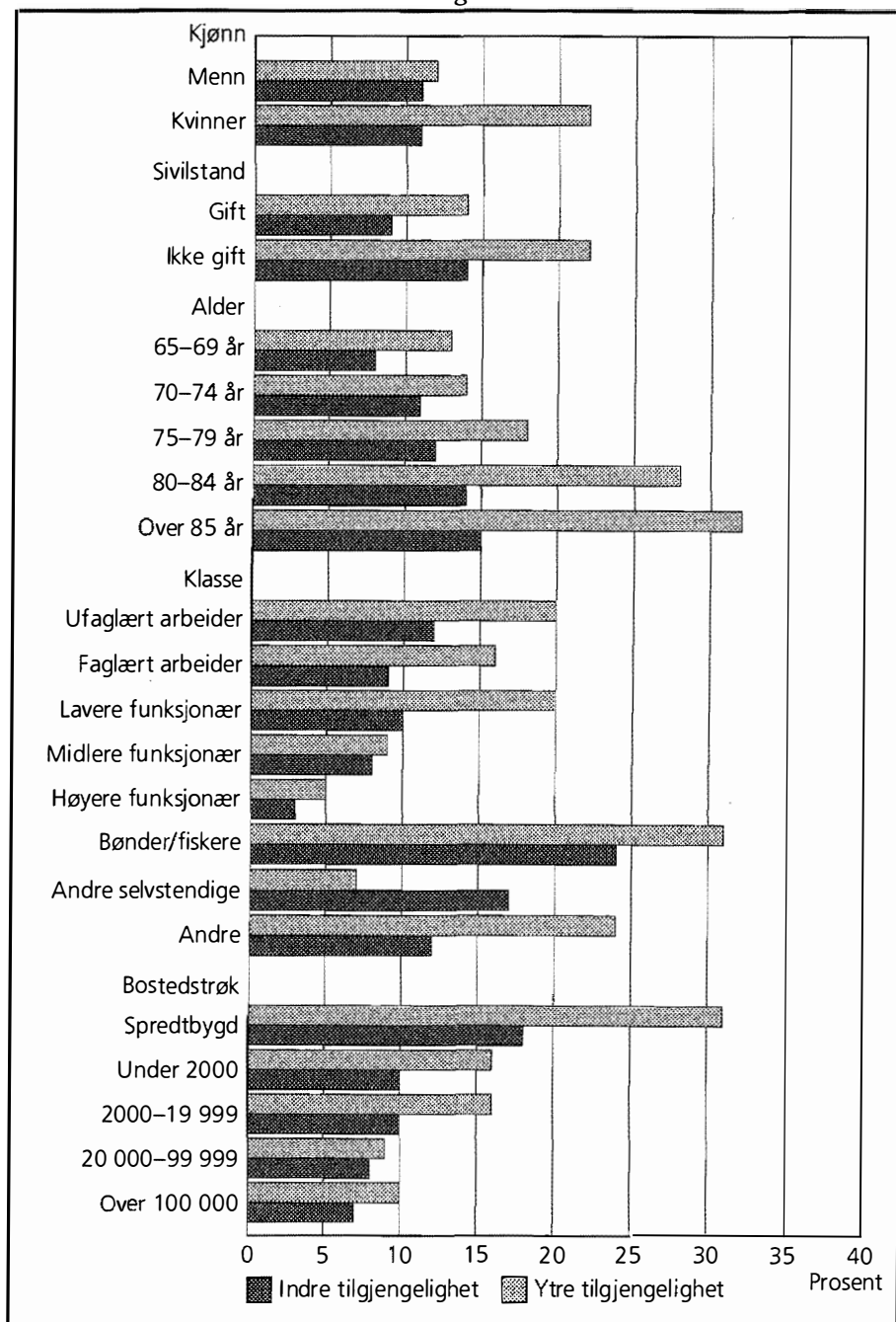
Alle boproblerne som ble listet opp i figur 7.1 er ikke like alvorlige. Vi antar at det å ikke kunne stelle hagen lenger, er mindre alvorlig enn det å ha problemer med trapper utenfor eller inne i boligen. Vi har derfor plukket ut de boproblerne som antakelig er de mest alvorlige for den eldre. Disse problemene er så samlet til tre indekser. Disse beskriver ytre tilgjengelighet, indre tilgjengelighet og boligkvalitet. I tillegg har vi et mål på tilgang til servicefunksjoner. Disse fire variablene er basert på spørsmål om problemer med:

- 1 Ytre tilgjengelighet
 - * trapper eller bratt lende utenfor boligen og/eller
 - * mangler heis
- 2 Indre tilgjengelighet
 - * bad/toalett er vanskelig plassert/lite og/eller
 - * trapper inne i boligen
- 3 Boligkvaliteten
 - * boligen er umoderne/ikke lettstelt og/eller
 - * boligen er kald og trekkfull
- 4 Servicetilgang
 - * for langt unna butikker, servicetilbud mv.

Figur 7.2a Boprosblemer etter sosial bakgrunn i befolkningen over 65 år i 1995.
N=964. Prosent. Bivariate sammenhenger



Figur 7.2b Boprobler etter sosial bakgrunn i befolkningen over 65 år i 1995.
N=964. Prosent. Bivariate sammenhenger



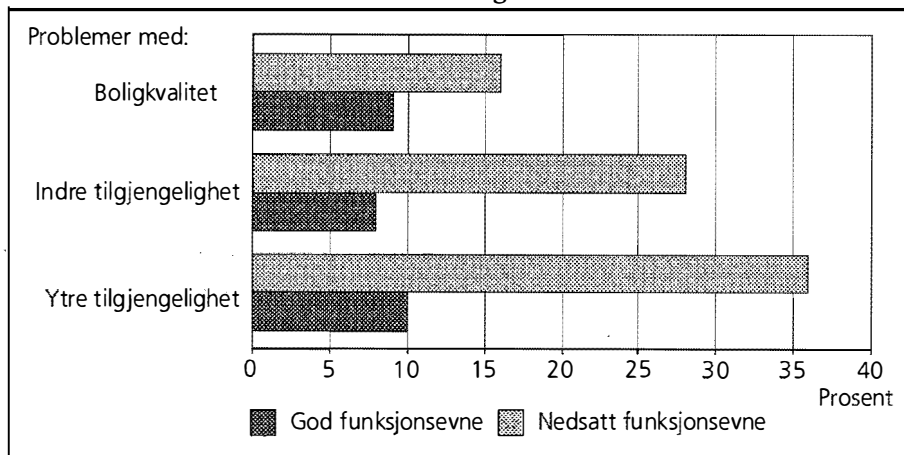
Hver problemindeks er kodet slik at de som har ett og/eller to problemer får et poeng, mens alle andre får null. Figur 7.2a og b viser hvordan disse fire sidene ved boprobler fordeler seg etter de eldres sosiale bakgrunn.

Kvinner har oftere problemer enn menn. Dette gjelder for alle forhold, med unntak av boligkvaliteten. De eldste skiller seg fra de yngre først og fremst ved å ha problemer med den ytre tilgjengeligheten, og at tilgjengeligheten til servicefunksjoner oppleves som problematisk. Sammenliknet med gifte, har ugifte oftere problemer på alle fire områder. Eldre i bymessige strøk har oftere problemer med ytre tilgjengelighet, men servicefunksjoner er lettere tilgjengelig. De eldre på landet opplever at boligene deres er i dårligere forfatning enn bybeboerne. Endelig oppgir eldre med arbeiderklassebakgrunn at de forholdsvis ofte opplever problemer med tre av fire forhold. Unntaket er den ytre tilgjengeligheten.

Figur 7.2a og b beskriver kun fordelingene av rapporterte boprobler etter én og én bakgrunnsvariabel. De boligproblemene vi her kartlegger, er et resultat av to forhold: boligens tilgjengelighet og kvalitet på den ene side og de eldres helse, og da spesielt funksjonsevne, på den andre. Dårlig tilgjengelighet i form av trapper representerer selvsagt ikke noe problem for en person som er rask til beins, men for eldre med bevegelseshemming kan trapper utenfor eller inne i boligen by på uoverstigelige problemer, bokstavelig talt. Mange av de sammenhengene som avtegner seg i figur 7.2a og b kan derfor skyldes forskjeller i helse og funksjonsevne mellom gruppene.

For å illustrere helsas avgjørende betydning i denne sammenhengen, skal vi se hvordan de angitte problemene avhenger av de eldres funksjonsevne. Eldre med nedsatt funksjonsevne er i figur 7.3 de som oppgir at de ikke

Figur 7.3 Andel med boprobler etter funksjonsevne for befolkningen over 65 år. N=964. Prosent. Bivariate sammenhenger



klarer enten å handle dagligvarer, vaske boligen, eller kle på seg selv. Figur 7.3 viser sammenhengen mellom funksjonsevne og bop problemer. Uansett hvilken bop problemindeks vi studerer, ser vi at andelen med bop problemer er langt høyere, og klart statistisk sikker, hos dem med dårlig helse.

I kapittel 6 fant vi at kvinner og gamle hadde svakere helse enn menn og unge eldre. Er de sammenhengene vi fant i figur 7.2a og b utelukkende forårsaket av at helsetilstanden mellom disse gruppene er forskjellig? Fire logistiske regresjonsanalyser, en for hvert bop problem, er foretatt for å sjekke denne muligheten (se vedleggstabell 7.1a-d). Hovedresultatet fra disse analysene er at det først og fremst er funksjonsevne som avgjør hvorvidt de eldre opplever bop problemer eller ei. De sammenhengene vi fant ovenfor mellom bop problemer og kjønn, alder, ekteskapeleg status og klasse, forsvinner altså når vi kontrollerer for funksjonsevne. Med andre ord skyldes de opprinnelige sammenhengene at funksjonsevnen er dårligere hos kvinner, de ugifte, de aller eldste, og blant tidligere arbeidere.

I tillegg til funksjonsevne beholder bosted en egen uavhengig effekt, og den er noe forskjellig for de ulike problemene. Eldre i byene har bedre tilgjengelighet til servicefunksjoner og bedre boligkvalitet enn eldre på landet. På den annen side blir den ytre tilgjengeligheten dårligere jo mer bymessig de eldre bor.

7.3 Hvordan ønsker de eldre å bo?

Som vi var inne på i kapittel 2 er et aktuelt diskusjonstema hvilke boformer det skal satses på for eldre i framtida. Velferdsmeldingens standpunkt er klart. Eldre bør få bo hjemme så lenge som mulig. Hva mener de eldre selv om dette spørsmålet?

Det er vanskelig å formulere gode spørsmål som kan fange opp de bo- og flytteønskenene eldre eventuelt har. Generelt er hypotetiske spørsmål vanskelig å ta stilling til. I dette tilfellet er det spesielt vanskelig, fordi bopreferanser vil avhenge av en lang rekke uspesifiserte omstendigheter både i dag og i framtida: hvordan helsetilstanden er og antas å utvikle seg, hvorvidt en er gift, hvorvidt ektefellen faller fra, hvorvidt boligen er mulig å tilpasse, hvor godt hjemmetjenestene er utbygd og hvordan de fungerer, hvordan naboskap og familieforhold er, for bare å nevne noen eksempler. Eldre lever under ulike omstendigheter og har ulike omstendigheter i tankene når de avgir sine svar. I tillegg kommer at det saklige grunnlaget for å vurdere ulike boformer opp mot hverandre, antakelig vil være spinkelt for de fleste. Det er ikke gitt at alle vet hva en omsorgs- eller servicebolig er, og det kan være at deres kommune ikke har dette tilbudet. Samtidig har de færreste egne erfaringer med flere boalternativer. En eventuell aversjon mot sykehjem vil oftere være farget av

det de hører, eller av medieoppslag om uverdige forhold i sykehjemsektoren, snarere enn av egen erfaring.

Antakelig aktualiseres ikke spørsmålet om å flytte hjemmefra for alvor før det inntreffer en akutt hendelse som gjør det svært vanskelig å bli boende hjemme, for eksempel stygge fall, plutselig sykdom eller at ektefellen faller fra. Ikke sjelden går veien til sykehjemmet via et sykehus, som søker plass for vedkommende. I andre tilfeller kan det være pårørende, lege eller hjemmetjenesten som tar initiativet til å søke sykehjemsplass. Dette betyr at for mange eldre, og særlig for de yngre og funksjonsfriske, fortoner hypotetiske spørsmål om boligønsker seg som temmelig uvedkommende og følgelig vanskelige å svare på. Mange friske eldre vil heller ikke ha gjort seg noen som helst tanker om hva de ønsker, hvis de en gang i framtida må flytte hjemmefra. Av disse grunnene må vi regne med stor usikkerhet i Eldres svar på boligønsker.

For å unngå *for* stor usikkerhet i svarene, skal vi her bare ta for oss boligønskene til eldre som opplever bop problemer, og som derfor har et «objektivt behov» for en bedre egnet boform. Disse behovene er vi kommet fram til på følgende måte. Vi har foretatt en faktoranalyse av de alternativene som indikerer bop problemer på tilleggsspørsmål 1, 2 og 3. Faktoranalysen ga to sterke faktorer, én som involverer bevegelsesmulighet (se tilleggsskjemaet: spørsmål 1a, 1d, 1e, 3a), og én som berører sosial isolasjon (se tilleggsskjemaet: spørsmål 2a, 2b, 3b). Ja på minst ett av disse spørsmålene er definert som behovstrengende, enten fordi bevegelsesmulighetene er kraftig innskrenket, eller fordi boformen gjør dem sosialt isolert. 250 eldre har en bevegelseshemming i forhold til boligen sin etter denne definisjonen. 259 eldre opplever problemer med sosial isolasjon i forhold til nåværende boform. Det er ganske høy grad av overlapping mellom disse to problemkategoriene.

Spørsmålet er hva slags ønske, om noen, disse behovstrengende har om alternative boformer. Vårt spørsmål lød: «Hvis du ikke ønsker å bo videre slik du gjør nå, hvordan ønsker du da å bo?» Spørsmålet hadde fire svaralternativer samt en mulighet for åpne kommentarer.

Tabell 7.1 Andel av befolkningen over 65 år med ønsker om alternativ boform etter bevegelseshemming og sosial isolasjon

	Prosent	N
Bevegelseshemmet	51	250
Isolasjon	48	259

For begge typer behovstilstander er det rundt halvparten som uttrykker ønske om en annen boform. Hva slags boformer dette er, går fram av neste tabell.

Tabell 7.2 Type boligønske etter bevegelseshemming og sosial isolasjon. Prosent av befolkningen over 65 år som sier ja

	Bedre tilpasset privat bolig	Omsorgs/ servicebolig*	Aldershjem/ sykehjem
Bevegelseshemmet	19	29	13
Isolasjon	15	30	11

* De som bor i trygde-, omsorgs- eller servicebolig er holdt utenfor

Blant eldre med begge typer behov er det flest som kunne ønske seg en omsorgs- eller servicebolig. Langt færre kunne tenke seg en bedre tilpasset privat bolig, og relativt få, 11–13 prosent, av behovstrengende eldre ønsker seg plass på alders- eller sykehjem. Her har vi slått sammen korttids- og langtidsopphold.

13 prosent nyttet høvet til å gi utfyllende kommentarer. Vi har systematisert disse svarene i tre kategorier:

- 1 Ønske om å bo som nå: Den desidert største kategorien utgjøres av dem som sier at de ønsker å bo hjemme så lenge som mulig eller så lenge helsa holder. Enkelte kommer med bombastiske uttalelser som at «jeg bor her til de bærer meg ut herfra», «her vil jeg bo livet ut» og «flytter aldri herfra».
- 2 Ønske om tilpasset boform: En liten gruppe svarer at de ønsker en mer lettstelt leilighet i eldresenter, seniorsenter, mens andre ønsker å bo i blokk med heis i sentrum.
- 3 Ønske om endringer ut fra særskilte motiver: En liten gruppe ønsker annen bolig ut fra motiver som «varmere klima», «mer sentralt plassert», «ønsker terrasse eller hage», «vil slippe støy og eksos» mv.

Hovedbudskapet i disse kommentarene er entydig: Det store flertallet av eldre ønsker å bo hjemme så lenge som mulig. Svært få ønsker, og de tør kanskje ikke en gang tenke tanken, at de skal bli så syke og hjelpetrengende at de får behov for varig opphold på syke- eller aldershjem.

Det samlede bilde som trer fram om eldres boønsker i dette avsnittet, er at de eldre er en hjemmekjær gruppe. De ønsker å bo hjemme så lenge som mulig, men dersom de må flytte, er omsorgs- eller servicebolig førstevalget, og syke- og aldershjem sistevalget.

7.4 Oppsummering og diskusjon

I de siste åra har det vært en klar standardheving av norske boliger, også de eldres. Til tross for dette er det fremdeles en tendens til at eldre bor i eldre boliger av lavere standard enn yngre. Omfanget er imidlertid ikke alarmerende. I 1995 er det for eksempel bare 1,7 prosent av de eldre som er trangbodde

etter Statistisk sentralbyrås offisielle definisjon. I store deler av boligmassen er det imidlertid problemer med ytre og indre tilgjengelighet, som kan skape vansker for eldre som begynner å bli dårlige til beins.

Vi har kartlagt en del bop problemer slik de eldre selv opplever dem. Vi finner at *halvparten* av de eldre har minst ett av de angitte problemene med boligen. De problemene som rapporteres hyppigst, er vedlikehold av hus/hage og at butikker og servicesentre er for langt unna. Som en kunne vente er det først og fremst funksjonsevnen som avgjør hvorvidt de eldre rapporterer slike problemer. I tillegg henger problemene til en viss grad sammen med hvor bymessig eller i hvor landlig strøk de eldre bor.

Selv om en del eldre opplever problemer med å bo slik de gjør nå, er det ikke dermed sagt at de ønsker en bedre tilpasset boform. Knappt halvparten av dem som har problemer og som dermed har et potensielt behov, har ønsker om en bedre tilpasset boform. De fleste med problemer og som uttrykker ønske om en annen boform, ønsker seg omsorgs- eller servicebolig, og et lite mindretall (11–13 prosent) ønsker seg plass på syke- og aldershjem.

Både Omsorgsmeldinga og Velferdsmeldinga sier i klartekst at folk må selv ta hovedansvaret for å planlegge og å tilrettelegge boligen for alderdommen. Omsorgsmeldinga tar til orde for ordninger som stimulerer eldre til å ta i bruk sin boligformue, slik at de selv sørger for tilpassete boliger og ikke belaster det offentlige med slike utgifter. Det offentliges oppgave må være å konsentrere innsatsen om omsorgs- og tjenesteytingen til hjemmeboende eldre, heter det i Omsorgsmeldinga. Mange eldre er imidlertid avvisende til tanken om å forlate sine hjem (NOU 1992:1 s. 233). Hvorfor? Antakelig er det et bredt spekter av motiver som ligger til grunn. Noen har åpenbart ikke råd. De som bor aller dårligst, er også de som har dårligst økonomi og derfor minst evne til å utbedre boligen eller til kjøpe seg trygde- eller omsorgsbolig. Heller ikke eldre som leier bolig har de samme økonomiske midler til å sette inn en ny boform som selveiere (NOU 1992:1 s. 199). Barlindhaug (1995) har vist at blant folk over 70 år, var viljen til å bruke formue på bolig størst hos dem med store formuer. Videre er det antakelig mye usikkerhet knyttet til flytteprosessen og til å etablere seg i nytt miljø (Barlindhaug 1995). Mange vil også føle en nær følelsesmessig tilknytning til bolig og nærmiljø.

Kanskje det mest påfallende er at så få med bop problemer ønsker plass på alders- og sykehjem. Den skepsisen til alders- og sykehjem som vi avdekker, stemmer godt overens med tidligere funn. Danielsen og Langsether (1987:53) fant at 23 prosent av eldre i to bydeler i Oslo «ikke under noen omstendighet» kunne tenke seg aldershjem. 20 prosent var like avvisende til sykehjem. Vi vil imidlertid ikke legge stor vekt på de eksakte tallene, blant annet fordi spørsmålet om tilpassete boformer er av hypotetisk karakter. Men det er også flere andre forhold vi må ta hensyn til. Vår definisjon av «bop problemer» er grovmasket og generell. Vår ambisjon har imidlertid ikke vært å få fatt i de

akutte problemer som utløser et umiddelbart behov for en tilpasset boform. Ambisjonen her er langt mer beskjeden, nemlig å få tak i hvilke *holdninger* til noen alternative boformer eldre med bop problemer har. Vi tror at særlig de eldre som opplever problemer har gjort seg noen tanker om dette spørsmålet, men selvsagt forteller tallene ingenting om hva de eldre selv eller andre i deres nære omgivelser vil velge i en gitt behovs- og beslutningssituasjon. Det er stor forskjell på de holdninger til tilpassete boformer eldre gir uttrykk for, og hva de faktisk ønsker og velger når de ikke lenger kan bo hjemme. Ventelistene til og presset på sykehjemmene bærer bud om det. Bredt anlagte spørreundersøkelser som den foreliggende er ikke egnet til å fange opp alle de relevante momenter som teller når beslutninger om bedre tilpasset boform skal treffes. For å kunne si noe om dette, måtte vi hatt helt andre data.

Så kan man spørre: Hvorfor er Eldres holdninger til sykehjem interessante, hvis de ikke har noen praktisk betydning? Holdninger er interessante av flere grunner. Det første spørsmålet er hvordan slike holdninger har oppstått. Som også andre har vært inne på (Danielsen og Langsether 1987), er trolig en viktig årsak til den utbredte skepsisen til syke- og aldershjem det lite flatterende bildet som tegnes av massemedia. Imidlertid er det for lett vint å skyldte på massemedia alene. Vi vil anta at medias framstilling speiler den faktiske situasjonen, selv om avbildningen kan være ensidig og overdrevet. Situasjonen på mange sykehjem er sikkert uverdig. Den mest effektive strategien for å skape mer positive holdninger til sykehjem, vil antakelig være å heve kvaliteten på sykehjemmene landet rundt. Dette er et arbeid som er i startfasen (Strengehagen 1994). For det annet er sykehjem ment å være den siste utveien når den eldre blir helt avhengig av heldøgns pleie- og omsorg, og andre muligheter er uttømt. Men de negative holdningene til sykehjem kan ha uheldige konsekvenser for Eldres velferd. Vi kan ikke se bort fra at motviljen og skepsisen til sykehjem også fører til at mange nærer bekymringer og uro for framtida. Dette vil kanskje spesielt skje når de merker at helsen begynner å skranke. Å gå og grue seg til å komme på sykehjem vil neppe ha positive følger for de Eldres livskvalitet.

Boforholdsundersøkelsen (1988) viser at drøyt 84 prosent av de eldre bor i boliger uten tilfredsstillende indre eller ytre tilgjengelighet. I vår analyse finner vi at bare om lag 30 prosent opplever problemer med tilgjengeligheten. Vurdert ut fra de objektive forholdene, er tilgjengelighetsproblemene altså langt mer omfattende enn de er ut fra de Eldres egen vurdering. De fleste eldre er friske og raske, og har ingen problemer med trapper innvendig eller utvendig. Problemer med tilgjengelighet oppstår først når eventuelle helseproblemer og funksjonshemninger inntreffer. Tilsvarende resultater er rapportert fra Danmark. Platz (1989:34–35) viser at en del av de eldre som bor i boliger under minstestandard, mener dette *ikke* er problematisk. Det er altså ikke slik at etablerte normer for god boligstandard alltid samsvarer med hva de eldre

selv synes er god standard. Det kan tenkes at mange eldre får den hjelpen de trenger for å handskes med problemene, men det kan og være at deres krav og forventninger er så lavt justert at det skal svært mye til før de klager. Eldres forventninger og ønsker skal vi diskutere nærmere i neste kapittel.

Våre og andres funn gir en viss støtte til den prioriteringen myndighetene har gitt til hjemmebasert omsorg og service, og omsorgs- og serviceboliger. Men en forutsetning er at omsorgs- og tjenestetilbudet bygges ut slik at alle eldres behov blir tilgodesett, også de som har behov for heldøgns tilsyn og pleie. Pensjonistorganisasjonenes skepsis til myndighetenes satsing på hjemmebaserte tjenester og på serviceboliger, skyldes at de ikke har tillit til at utbyggingen av service- og omsorgsapparatet finner sted i tilstrekkelig omfang og tempo i alle landets kommuner. Et annet argument er at service- og omsorgsboliger kan føre til sosial isolasjon. For eksempel mener noen av fylkeslagsrepresentantene til Pensjonistforbundet som vi har intervjuet, at sykehjem er det eneste tilbudet til de eldre som gir fullstendig trygghet.

Den generelle bedringen i levekår som har funnet sted i pensjonistbefolkningen og som etter all sannsynlighet vil fortsette, tilsier bedre boforhold blant eldre i framtida. I dag er boligstandarden best for aldersgruppa 40–60 år. I denne aldersgruppa er andelen som eier sin bolig svært høy. Å eie bolig er meget viktig for om folk vil opprettholde sine boforhold når de blir eldre. De som eier sin bolig, har investert kapital i denne og har full råderett over boligen. Alt tyder derfor på at dagens 40–60-åringene vil få bedre boforhold enn dagens eldre, når de blir pensjonister.

Kapittel 8

Eldres livskvalitet: nivå, fordeling og kilder

I kapittel 3 diskuterte vi forholdet mellom livskvalitetsforskning og levekårsforskning på et teoretisk grunnlag.

I dette kapitlet skal vi konsentrere oss om hvordan livskvalitet kan defineres og måles empirisk. Vi skal undersøke på hvilket nivå de eldres livskvalitet ligger og hvordan livskvaliteten varierer mellom ulike sosiale grupper. Vi vil óg forsøke å identifisere kildene til forskjeller i livskvalitet. Med kilder til livskvalitet tenker vi på tidligere forhold som klassetilhørighet og nåværende forhold som sosial forankring, økonomi og materielle goder, helse, trygghet og «vellykket» aldring. Vi skal også undersøke nærmere hvordan tilfredshet på utvalgte områder – helse, økonomi, familie – påvirker den totale, eller såkalte globale, tilfredsheten. Avslutningsvis skal vi ta opp tråden fra kapittel 6, der vi så på sammenhengene mellom ulike levekårsområder. Her skal vi føre denne analysen et skritt videre ved også å trekke inn velferdens subjektive aspekter, det vil si velvære og tilfredshet.

En mye sitert definisjon av subjektiv livskvalitet er følgende (Mastekaasa m.fl. 1988:13): «Enkeltindividers bevisst positive og negative, kognitive og følelsesmessige opplevelser».

Denne totale, eller globale, typen livskvalitet avviker fra tilfredshet som er knyttet til avgrensede livsområder, «domener», som for eksempel helse, inntekt eller arbeid.

Vi legger merke til at livskvalitet defineres som en subjektiv tilstand. Den er bevisst – selv om graden av bevissthet nok kan variere. I definisjonen inngår både positive og negative opplevelser. Livskvalitetstilnærmingen skiller seg således fra hovedstrømningene innen somatisk medisinsk forskning og sosialpsykiatrisk forskning. Her defineres som regel helse negativt, det vil si som fravær av sykdom og annen «uhelse». Endelig trekkes et skille mellom livskvalitetens følelsesmessige (affektive) og kognitive side. Viktige kjennetegn ved den affektive dimensjonen er følelsesmessige reaksjoner som opplevelse av lyst, nytelse, glede, lykke, velvære; og fravær av ulyst, ubehag, uro og smerte og bekymringer. Dette lystprinsippet kalles hedonisme. I den følelsesmessige dimensjonen kan innslaget av bevissthet være forholdsvis beskjedent. Siden vi har å gjøre med følelsesmessige reaksjoner med utgangspunkt i hendelser, er den følelsesmessige dimensjonen mer påvirkelig, flyktig og skiftende enn

den kognitive dimensjonen. Viktige kjennetegn ved den kognitive dimensjonen er vurderinger, sammenlikning og bedømmelse; vi kan kanskje kalle det fornuftige overveielser. Dette innebærer et større innslag av bevissthet. Forventninger og ønsker spiller en viktig rolle for opplevd tilfredshet. Endelig er global tilfredshet forholdsvis stabil og varig siden den innbefatter en helhetlig vurdering av livet eller tilværelsen i alminnelighet (se Diener 1994, Mastekaasa m.fl. 1988).

Det vil således være overensstemmelse, men også avvik mellom subjektivt velvære og tilfredshet (Diener 1994). Det er ikke unison enighet blant livskvalitetsforskere om at livskvaliteten faktisk inneholder disse to atskilte dimensjonene (Moum 1987). Vi har først og fremst å gjøre med et teoretisk skille som mangler overbevisende empirisk belegg (Chamberlain 1988:583). Men om vi skulle gjenfinne dette skillet blant eldre i Norge, vil vi i så fall vente a) at dimensjonene ikke er sterkt innbyrdes korrelert, og b) at hva som gir folk velvære kan være noe annet enn hva som gjør dem tilfredse (Chamberlain 1988).

8.1 Teori og empiri

Intuitivt skulle vi vente en positiv sammenheng mellom objektive levekår og livskvalitet: Livskvaliteten øker jo bedre økonomien er, jo bedre helse er, jo bedre de sosiale relasjonene er osv. Denne enkle forestillingen om sterke, direkte og rettlinjete sammenhenger kan imidlertid problematiseres. Det er et vidt tilfang av samfunnsvitenskapelige resonnementer som forutsier at sammenhengen neppe er så enkel.

Et utgangspunkt for noen slike refleksjoner kan være en modell om tilpasning mellom individet og omgivelsene (Campbell m.fl. 1976:482, Mastekaasa og Moum 1984:390). Mastekaasa og Moum (1984:392) mener at en slik modell ligger til grunn for de fleste studier av livskvalitet. Forholdet mellom individet og omgivelsene oppfattes som et gjensidig bytteforhold – individ og omgivelser utveksler goder av forskjellig slag som er nødvendig for å opprettholde balansen. En grunnantakelse er at livskvaliteten er på topp når det er balanse mellom individets behov og det omgivelsene kan tilføre, og mellom omgivelsenes krav og individets ressurser. Aldring kan tjene som et eksempel på utvikling av ubalanse mellom individ og omgivelsene: Behovet for hjelp og omsorg fra omgivelsene øker med alderen, samtidig som individets mulighet for å gi gjenytelser svekkes. For å opprettholde balansen kreves tilførsel av flere ytelser og tjenester fra omgivelsene. Dersom det ikke skjer, forrykkes balansen, og teorien forutsier lavere livskvalitet. Denne abstrakte tilpasningsmodellen må spesifiseres hvis den skal ha relevans for empirisk forskning. Her vil vi si litt mer om individets behov og forventninger.

Folks behov avhenger av deres forventninger – hva de tror de vil oppnå, og aspirasjoner – hva de håper å oppnå (Campbell m.fl. 1976). Forventninger og aspirasjoner vil variere mellom individer og grupper. Derfor, alt annet likt, kan rapportert livskvalitet variere mye bare på grunn av forskjeller i ønsker og håp. Innen livskvalitetsforskningen oppfattes ikke effekten av forventninger som støy eller tilfeldige målefeil, men som egentlige forklaringer på lik linje med ytre omstendigheter.

Det er alminnelig antatt, og dessuten påvist, at eldre har lavere forventningsnivå enn yngre (Campbell m.fl. 1986). Eldre vil derfor være tilbøyelige til å rapportere høy livskvalitet fordi de har små forventninger, ikke fordi omgivelsene er så rike på sosiale goder. Justering av forventninger ved endringer i omgivelsene forutsies av sosialpsykologiske «balanseteorier» av ulik art (se Tornstam 1994). Slike balanseteorier deler den antakelse at folk søker å tilstrebe en balanse mellom sine personlige oppfatninger og ytre omstendigheter. Dersom eldre mennesker, som et resultat av aldringen og dens sosiale følger, ikke er i stand til å endre de ytre omstendighetene, vil de i stedet endre sine vurderinger og oppfatninger og dempe sine forventninger. Den svekking av helsa som er forbundet med høy alder, vil kanskje spesielt ledsages av reduserte forventninger til helsetilstand. Bestrebelser på å håndtere en økende ubalanse mellom ytre situasjon og vurdering, kan dermed innebære å endre opplevelsen/forventningene heller enn å forsøke å endre situasjonen. Dermed kan vi oppleve at eldre rapporterer at de er tilfredse med helsa selv om de er både kronisk syke og har nedsatt funksjonsevne (Slagsvold 1977). Dette kan forsterkes av at aldringsprosessen og helsesvekkelse kan være svært vanskelig å skille. At de fleste eldre i daglig sosial omgang møter bekreftende og forsterkende reaksjoner når de tilpasser seg på denne måten, vil påskynde utviklingen mot mer «realistiske», det vil si, lavere, forventninger.

At eldre har lavere forventninger enn yngre, er ikke nødvendigvis en ren «alderseffekt». Det kan like godt være en generasjonseffekt. Bakgrunnen for en generasjonseffekt er at de eldre har trukket med seg erfaringer fra sin oppveksttid som var preget av økonomisk knapphet, og der sparsomhet og måtehold var kardinaldydene. Dagens eldres tilbøyelighet til å slå seg til ro med mindre, kan derfor delvis skyldes trekk ved den tidsperioden de vokste opp i, og ikke trekk ved aldringsprosessen som sådan. Dersom det er tilfellet, kan vi paradoksalt nok i framtida komme i den situasjon at morgendagens velstående eldre likevel være mindre tilfreds enn dagens, fordi de vokste opp i «overflod» – ikke i knapphet. En nederlandsk studie viser imidlertid at alder, eller livsløpsfase, er viktigere enn generasjon og tidsperiode (Latten 1988).

Sosiologer har vært opptatt av hvordan forventninger dannes i sosial samhandling. Merton (1957) lærer oss at hvordan folk har det, avhenger av hvem de sammenlikner seg med. Vi vet lite om hvem eldre flest sammenlikner seg med. Sammenlikningen kan for eksempel funderes på andre og mer

utsatte grupper av eldre som en har kjennskap til, for eksempel syke eldre eller minstepensjonister. Eller sammenlikningen kan baseres på den enkeltes livssituasjon slik den var tidligere. Dersom valg av sammenlikningsgrunnlag, det vil si referansegruppe, systematisk faller på dem som har det verre enn en selv, er det klart at eldres selvrapporterte livskvalitet blir høyere enn den ellers ville vært.

Forventninger spiller en større rolle for den vurderende dimensjonen, tilfredshet, enn for den følelsesmessige dimensjonen, velvære (Næss 1986:76). Grad av tilfredshet er resultatet av en bevisst sammenlikning av forventninger og vurdering av situasjonen (Campbell m.fl. 1976:193). I de såkalte «multiple discrepancy»-teoriene er nettopp avstanden mellom hva folk har og hva de ønsker/forventer, hva andre har, hva en tidligere har hatt og så videre, gjort til selve nøkkelen for å forklare livskvalitet (Michalos 1987:25).

Kort sagt, eldre vil ha eller utvikle lavere standarder og forventninger av en rekke sosiale og psykologiske grunner. Forventninger kan derfor være nøkkelen til å forklare livskvalitet og spesielt tilfredshet. Å måle generelle forventninger til livet eller tilværelsen som helhet er en vanskelig oppgave (Næss 1986). I denne undersøkelsen har vi ingen opplysninger om eldres forventninger.

Sammenhengen mellom levekår og livskvalitet behøver ikke være rettlinjet, lineær. Økonomenes teori om synkende grensenytte tilsier at det er mindre og mindre velvære å vinne med bedre levekår blant dem som allerede er best stilt. Kanskje gir en ekstra krone mindre livskvalitet for en pensjonist med 250 000 kroner i inntekt, enn for en minstepensjonist med 60 000 kroner. En slik mulig kurveformet sammenheng mellom økonomi/ materielle goder generelt og livskvalitet, tilsier at en må foreta spesielle metodiske grep for å studere slike sammenhenger.

Ut fra teori alene er det således ikke liketil å forutsi hvordan livskvalitet varierer etter bakgrunnskennetegn og levekårsressurser. Ifølge Mastekaasa m.fl. (1988:38–39) er det sjelden at sosiale bakgrunnsvariable som kjønn, alder, inntekt, yrke og ekteskapelig status forklarer mer enn 10–15 prosent av forskjellen i livskvalitet.

Utenlandske studier gir ikke noe entydig bilde av hvordan livskvaliteten endrer seg med alder. Enkelte undersøkelser viser at lykke avtar med alderen, mens tilfredsheten øker (Andrews og Robinson 1991:63). Andre analyser fra USA viser imidlertid ingen aldersforskjeller (Andrewa 1985 referert i Næss 1992). En omfattende undersøkelse av befolkningen i Nord-Trøndelag viste at livskvaliteten gikk ned til begynnelsen av 60-årsalderen. Den bedret seg så i en tiårsperiode, og gikk deretter ned fra begynnelsen av 70-årsalderen (Næss 1992). Flere nyere norske undersøkelser gir et overveiende positivt bilde av eldres livskvalitet. En undersøkelse i en bedrestilt bydel i Oslo viser at 90-åringer opplever høy livskvalitet og er godt tilfreds med tilværelsen (*Dagbladet*

23.5.1994). En spørreskjemaundersøkelse i Verdal kommune som omfattet vel 1500 eldre viser det samme (Negård og Holst 1994): 94 prosent av de spurte over 65 år oppga at de trivdes i sin livssituasjon, 95 prosent oppga at de hadde meningsfull kontakt med en eller flere personer, 90 prosent sa at de ikke følte seg ensomme, og 97 prosent oppga at de følte seg trygge i forhold til sine medmennesker. Det var en tendens til at andelen med problemer tiltok med alderen. En spørreundersøkelse blant eldre over 66 år i Halden demonstrerte blant annet at kun ti prosent noen ganger følte seg ensomme. En av konklusjonene i sluttrapporten lød: «Bildet av pensjonistlivstørelsen som en mistrøstig, passiv og isolert situasjon ble kraftig motsagt» (Thomsen 1994:47). Til tross for noe sprikende resultater, er det ikke alarmerende tegn på at aldring er forbundet med en sterk reduksjon av livskvalitet.

Det er imidlertid bare funnet svake sammenhenger mellom livskvalitet på den ene siden og kjønn og bosted på den annen (Mastekasa m.fl. 1988). Det bildet mange har av «den gode landsbygda» og den «kalde storbyen» blir således ikke bekreftet av livskvalitetsforskningen. Det er påvist en ganske svak, men gjennomgående positiv sammenheng mellom inntekt og livskvalitet. En av de faktorene som sterkest påvirker livskvaliteten, er imidlertid sivil status: Å være gift eller samboende gir høy livskvalitet. I noen grad ser dette ut til å skyldes seleksjon: De lykkelige og tilfredse blir gift, de ulykkelige og utilfredse forblir ugift (Mastekaasa 1993). Et annet etablert funn er at helse påvirker livskvaliteten i entydig positiv retning (Mastekaasa m.fl. 1988).

De forholdene vi nå har nevnt er standard bakgrunnsvariable i nær sagt enhver samfunnsvitenskapelig analyse. Vi har imidlertid enda en god grunn for å studere disse sammenhengene her. Det er et uttalt politisk mål at folk ikke bare skal ha rimelig gode levekår, men at de også skal ha høy livskvalitet. Det er således et høyst relevant politisk spørsmål som kan belyses gjennom slike analyser: I hvilken grad er det en positiv sammenheng mellom gode levekår og høy livskvalitet? Er sammenhengen sterk, kan livskvaliteten bedres ved å bedre de objektive levekårene. Er sammenhengen svak, er en slik strategi langt mindre effektiv. Da er det kanskje nødvendig med en egen politikk for høyning av livskvaliteten. Dette spørsmålet skal vi drøfte grundigere i siste kapittel.

Analysemodell

Målet med dette kapitlet er for det første å undersøke hvorvidt det er forskjeller mellom ulike sosiale grupper, og for det andre å forklare de forskjellene vi finner. Gjennom multivariate analyser vil vi forsøk å kontrollere for falske effekter, det vil si at bakenforliggende forhold påvirker både den opprinnelige årsaksvariabelen og den avhengige variabelen vi er interessert i, og å iden-

tifisere direkte og indirekte effekter. Et eksempel på det siste er at lavere velvære blant kvinner kan skyldes deres høyere alder, eller at de ofte er enslige.

Vi antar at psykisk velvære påvirkes av følgende forhold: demografiske kjennetegn, sosioøkonomiske ressurser, sosial forankring, helse, opplevelse av trygghet og «vellykket» aldring. I det følgende skal vi redegjøre for hvorfor de er valgt og hvordan de er definert og kodet.

Demografi

I noe varierende grad viser livskvalitetslitteraturen at livskvaliteten henger sammen med bakgrunnkjenntegn som kjønn, alder og bosted osv (Mastekaasa m.fl. 1988). Et spørsmål er om vi kan fortolke eventuelle tosidige sammenhenger ved hjelp av mellomliggende forklaringsvariable som inntekt eller helse. Et eksempel: Skyldes nedgangen i livskvalitet som følger med stigende alder at helsa forverres med alderen? Alder og bosted behandles som kontinuerlige variable. Kjønnsvariabelen har menn som referansekategori.

Sosioøkonomiske ressurser

Sosioøkonomiske ressurser gir handlefrihet, trygghet for framtida, selvtilit, kunnskaper og sosiale ferdigheter, og ressurser til å mestre problemer. I en markedsøkonomi er inntekt og økonomisk situasjon viktig fordi penger kan konverteres til en rekke andre goder og ressurser – også helse på private helsemarkeder. Klassetilhørighet indikerer grovt sett hvorvidt en har levd et liv på sol- eller skyggesiden i samfunnet, hvor strevsomt livet har vært og hvilke goder en har hatt tilgang til. Klasse, basert på tidligere yrke, er en såkalt dummyvariabel med arbeidere som referansekategori. SSBs standard for sosioøkonomisk klassifisering er brukt (Album 1984). I regresjonsanalysene er en noe forenklet utgave brukt. Vi har laget én arbeiderkategori, én kategori av midlere og høyere funksjonærer, og én kategori av selvstendig næringsdrivende. I tillegg har vi med fullført utdanning i antall år utover grunnskole. Utdanning er kodet etter SSBs utdanningsstandard og behandles som kontinuerlig. Økonomisk situasjon og økonomiske ressurser måles ved hjelp av betalingsvansker (ingen økonomiske vansker er referansekategori), og hvorvidt boligen eies eller leies (eier som referansekategori). Videre har vi disponibel husholdsinntekt og nettoformue, begge hentet fra inntektsregisteret og for 1993.

Vi antar at eldre uten betalingsproblemer, med god husholdsinntekt, høy formue, som eier boligen, og som har høy yrkesstatus og utdanning, har høyere velvære enn dem som ikke er så godt stilt.

Sosial forankring

Som nevnt er et av de mest robuste funnene i livskvalitetsforskningen at gifte og samboende har høy livskvalitet. Vi antar at sosial forankring slik vi her har definert den vil imøtekomme sosiale og følelsesmessige behov, og at den gir trygghet for å få praktisk hjelp hvis behovet skulle melde seg. I tillegg til ekteskapelig status (gift/ugift¹) som mål på sosial forankring brukes fortrolig venn (spørsmål 10), og om de eldre har noen å ringe til (spørsmål 7 i tilleggsskjemaet). Alle tre variable har to kun verdier. Referansekategoriene er henholdsvis gifte, har fortrolig venn, og kan ringe til noen døgnet rundt. Dessuten har vi med kontakthypighet med barn (spørsmål 9) som er en kontinuerlig variabel, der barnløse er plassert i kategorien «sjeldnere enn hvert år».

Helse

At velværet øker med helsetilstand er kanskje den mest opplagte sammenhengen. Helsevariabelen trenger derfor ingen særskilt begrunnelse. Her skal vi se på følgende fire helsemål: mental helse (summen av spørsmål 20a, b, c), funksjonsevne (summen spørsmål 15a, b, c) samt langvarig sykdom (spørsmål 18), og syn og hørsel. De tre siste har kun to verdier. Referansekategoriene er henholdsvis ikke sykdom, godt syn og god hørsel. Mental helse er tatt med under sterk tvil, fordi to av spørsmålene som inngår her minner mye om to av spørsmålene som inngår i målet for velvære. Imidlertid er mental helse og subjektiv livskvalitet ikke identiske fenomener. Det statistiske sambandet, korrelasjonen, mellom mental helse og velvære er .46. Mellom mental helse og tilfredshet er korrelasjonen .36.

Trygghet

En av velferdsstatens hovedoppgaver er å skape trygghet for liv og helse. Dette er et viktig mål i seg sjøl. Men trygghet kan også være et middel til å fremme positivt velvære og livskvalitet (se kapittel 3). I hvilken grad er det en positiv sammenheng mellom opplevd trygghet og livskvalitet? Her måles trygghet med tre variable, hver med to verdier: Om de eldre tør å gå ut alene/lar være å gå ut fordi de er engstelige (spørsmål 35 + spørsmål 21 i tilleggsskjemaet), om de er redde for å sove alene (spørsmål 2a i tilleggsskjemaet), om de er redde for å falle og bli liggende i hjemmet (spørsmål 2b i tilleggsskjemaet). Referansekategoriene er henholdsvis ikke engstelig, ikke redd for å sove alene, og ikke redd for å falle og bli liggende.

¹ Ugifte inkluderer alle tidligere gifte, også enker og enkemenn.

«Vellykket» aldring

I kapittel 2 diskuterte vi Tornstams (1989, 1994) teori om gerotranscendens, aldersoverskridelse. Teorien forutsier, som nevnt, at «vellykket» aldring innebærer å tre inn i det han kaller det gerotranscendente stadiet. Gerotranscendens innebærer blant annet behov for mer tid til meditasjon og stille stunder, det å kunne trekke mer inn i seg selv, stillhet, naturopplevelser, ha tid til å tenke tilbake på livet (Tornstam 1994:234). En sentral tese er at opplevelse av gerotranscendens er knyttet til velvære og tilfredshet. Motsatt knyttes fravær av denne gerotranscendente tilstanden til dødsfrykt, meningsløshet, og apati og tomhet – kort sagt lav livskvalitet. Her har vi stilt noen spørsmål som er ment å måle såkalt egotranscendens, som likner mye på dem Thornstam (1994) selv har utformet. Se spørreskjemaet, spørsmål 22a-e. En faktoranalyse av de tre variablene (22 a, b, d) som skal måle egotranscendens, bekrefter at de tilhører én og samme dimensjon. Verdiene av disse tre er så summert til en skala for egotranscendens. Lav skåre angir høy grad av egotranscendens og antas å forutsi høyere velvære og tilfredshet.

Sosialt ønskelig svargivning

Til slutt i analysen innføres en variabel for å måle den enkeltes tendens til å avgi svar som er «sosialt ønskelige». På spørsmål om livskvalitet har enkelte en tilbøyelighet til å avgi overdrevent positive svar fordi de ønsker å framstille seg i et fordelaktig lys overfor intervjueren (Paulhus 1991). En vanlig antakelse er at denne svarstilen forekommer spesielt hyppig hos eldre (Hays m.fl. 1989:630). Dette kan føre til at vi får et kunstig positivt inntrykk av eldres livskvalitet. Det er laget flere spørreinstrumenter som måler denne tilbøyeligheten. Her har vi brukt en kortversjon av et kjent instrument, som etter opphavsmennene er kalt Crowne-Marlow-skalaen (Hays m.fl. 1989). Variabelen har seks verdier. Verdien 0 betegner ingen positive svar på noen av spørsmålene om sosial ønskelighet. Verdien 5 tilsvarer fem bekreftende svar av like mange mulige, og indikerer dermed høy grad av sosial ønskelighet. Variabelen er nærmere definert og vurdert i metodevedlegget.

Måling av livskvalitet

Livskvalitet er en størrelse som ikke kan observeres direkte; den er en ikke-observerbar variabel. For å måle livskvalitet må vi bruke en indikator som er, eller antas å være, korrelert med det teoretiske, uobserverte fenomenet. En vanlig måte å måle folks opplevde livskvalitet på er å be dem besvare spørsmål som er ment å «tappe» deres sanne opplevde livskvalitet. Med andre ord, det folk svarer på spørsmål antas å henge sammen med deres faktisk opplevde og

sanne livskvalitet. Disse svarene kan behandles som empiriske mål på opplevd livskvalitet.

Holdbarheten av resultatene våre avhenger av hvor sikre livskvalitetsmålene våre er, og om de måler det de skal måle. Dette kalles henholdsvis reliabilitet og validitet. Fordi livskvalitet er et uholdbart fenomen, er det viktig å kjenne til reliabiliteten og validiteten. Derfor har vi behandlet dette spørsmålet forholdsvis utførlig i metodevedlegget. Her vil vi nøye oss med å konkludere at våre to livskvalitetsmål er sikre og måler i stor grad det de skal, nemlig livskvalitet.

En utbredt og anerkjent definisjon av globalt følelsesmessig velvære er differansen mellom positive og negative følelser (Diener 1994). Bradburn (1969) har laget en skala, den såkalte følelsesbalanseskalaen, som er tro mot denne teoretiske definisjonen. Den består i utgangspunktet av to skalaer, én som måler negative følelser og én som måler positive. For å få et samlemål på positive og negative følelser, slås disse sammen til én skala, affektbalanseskalaen (Bradburn 1969, Campbell m.fl. 1976:94). Bradburn selv og andre har imidlertid funnet at de negative og positive sidene opptrer relativt uavhengige av hverandre (Andrews og Robinson 1991), noe som i sin tid forbauset opphavsmannen. Nyere forskning antyder også at de tilhører to atskilte dimensjoner, og at de faktorene som skaper positive følelser er andre enn dem som skaper negative følelser (Chamberlain 1988:586). Det er altså langt fra slik at alle som har en høy positiv følelse av velvære samtidig har en lav negativ følelse av ubehag, og omvendt. Det er derfor ikke opplagt at den positive og negative skalaen skal slås sammen til én skala, siden de ikke tilhører samme dimensjon, statistisk sett. Det kan likevel argumenteres for teoretisk, slik Bradburn gjør, at den enkeltes opplevelse av velvære er et resultat av forekomsten av både negative og positive følelser, uavhengig av hvor høyt det statistiske samsvaret mellom positive og negative følelser er. Et annet poeng her er at tidsreferansen i Bradburn-skalaen er «de siste ukene». At tidsspennet er såpass vidt, kan i seg selv føre til lav korrelasjon mellom positive og negative følelser. Det er tenkelig at sambandet mellom de to sidene blir sterkere, jo kortere tidsrom spørsmålet refererer til. Bare tidsspennet blir kort nok, er det mulig at positive og negative følelser vil framtre som to poler på en og samme psykologiske dimensjon (Moum, personlig meddelelse).

Bradburns følelsesbalanseskala inkluderer ti spørsmål. Fem spørsmål fanger opp positive følelser (for eksempel glad for å ha oppnådd noe), og fem tapper negative følelser (for eksempel følt at dagene falt lange). «Ja» på hvert av spørsmålene gir ett poeng. Det vil si at fem poeng på hver av skalaene uttrykker den høyeste verdien for henholdsvis positive og negative følelser. Siden det er forholdsvis svak sammenheng mellom de to skalaene, er det stor usikkerhet forbundet med å forutsi verdien på den andre skalaen hvis en

kjenner verdien på den første. Sammenhengen i vårt utvalg er -0.19 (Gamma), som riktignok er signifikant, men temmelig lav.

Fordi de to dimensjonene er relatert til andre uavhengige mål på subjektivt velvære (Bradburn 1969:7), vil vi vente at en person som skårer høyt på den positive følelsesskalaen og lavt på den negative er «svært lykkelig», mens en annen med lav positiv skåre og høy negativ skåre ventelig vil være langt fra «svært ulykkelig» (Bradburn 1969:65). Med andre ord, differansen mellom skårene på de to skalaene gir et mål på opplevd velvære. Vi har fulgt Bradburns (1969:66) opprinnelige prosedyre når vi kombinerte verdiene på de to skalaene. Denne framgangsmåten gir den såkalte følelsesbalanseskalaen med ni verdier. Verdien 1 indikerer lavest subjektivt velvære (høy negativ/lav positiv skåre), verdien 5 betegner balanse mellom positive og negative følelser, og verdien 9 betegner høyest subjektivt velvære (lav negativ/høy positiv skåre).

Den kognitive, vurderende komponenten av livskvalitet viser til en saklig og nøktern bedømmelse av livet eller sider ved livssituasjonen, for eksempel satt opp mot hvordan det kunne vært eller hvordan det har vært tidligere. Opplevelse av tilfredshet beskriver denne kognitive dimensjonen av livskvalitet.

Det finnes flere instrumenter som måler tilfredshet (se for eksempel Robinson m.fl. 1991). Her skal vi benytte et instrument som er utviklet av Diener m.fl. (1985). Vår utgave består av fire spørsmål. Originalversjonen inneholder fem spørsmål. Vi valgte å stryke ett spørsmål først og fremst fordi det var vanskelig å finne en god norsk oversettelse som språklig skilte seg vesentlig fra de andre spørsmålene i batteriet. Dessuten fikk vi negative reaksjoner fra noen av de eldre som testet spørreskjemaet. Svaralternativene går fra helt enig (1) til helt uenig (5). Skalaen er kodet slik at verdien 1 indikerer minst tilfreds og verdien 17 indikerer mest tilfreds. Originalversjonen har sju svar-kategorier. Vi har imidlertid valgt å følge gerontologisk metodelitteratur som anbefaler å begrense svaralternativene til fem når man har å gjøre med eldre respondenter (Carp 1989:98). Som vist i metodevedlegget har dette måleinstrumentet utmerket reliabilitet og validitet.

Analysen er utført med såkalt lineær multippel regresjon, hierarkisk metode. Det betyr at variablene er analysert i blokker i den rekkefølgen som er antydnet ovenfor. Denne hierarkiske tilnærmingen gir oss muligheten til å vurdere hva hvert nye variabelsett betyr i forhold til dem som allerede er inne i modellen. Samtidig blir vi i stand til å vurdere hvordan de variable som allerede er i likningen forandrer seg. På denne måten kan vi identifisere direkte og indirekte sammenhenger, det vil si i hvilken grad opprinnelige effekter av bakenforliggende variable formidles via de mellomliggende variable som vi antar representerer mekanismene.

8.2 Nivå og sosial fordeling

Tabell 8.1 viser fordelingen av følelsesbalanse i hele utvalget. 1 indikerer mest negative følelser, 9 indikerer mest positive følelser. Gjennomsnittsverdien er 6,1 og standardavviket 1,8. Vårt gjennomsnitt ligger dermed noe lavere enn den opphavsmennene fant, 6,7 (Paulhus 1991:83), men våre verdier ligger temmelig nær andre utvalgsundersøkelser av eldre mennesker (French m.fl. 1995). Verdien 5 angir at det er balanse mellom positive og negative følelser. Et stort flertall, 68 prosent, har overveiende positive følelser, det vil si at de har verdien 6 eller høyere. En forholdsvis stor andel, 23 prosent, har de to høyeste skårene, 8 og 9. I kontrast har bare fire prosent de to laveste skårene, 1 og 2.

Tabell 8.1 Velvære i befolkningen over 65 år: Fordeling, gjennomsnitt og standardavvik. N = 964

1	2	3	4	5	6	7	8	9
1,7	2,6	5,2	8,0	14,8	21,9	22,4	16,2	7,1
Gjennomsnitt 6,1					Standardavvik 1,8			

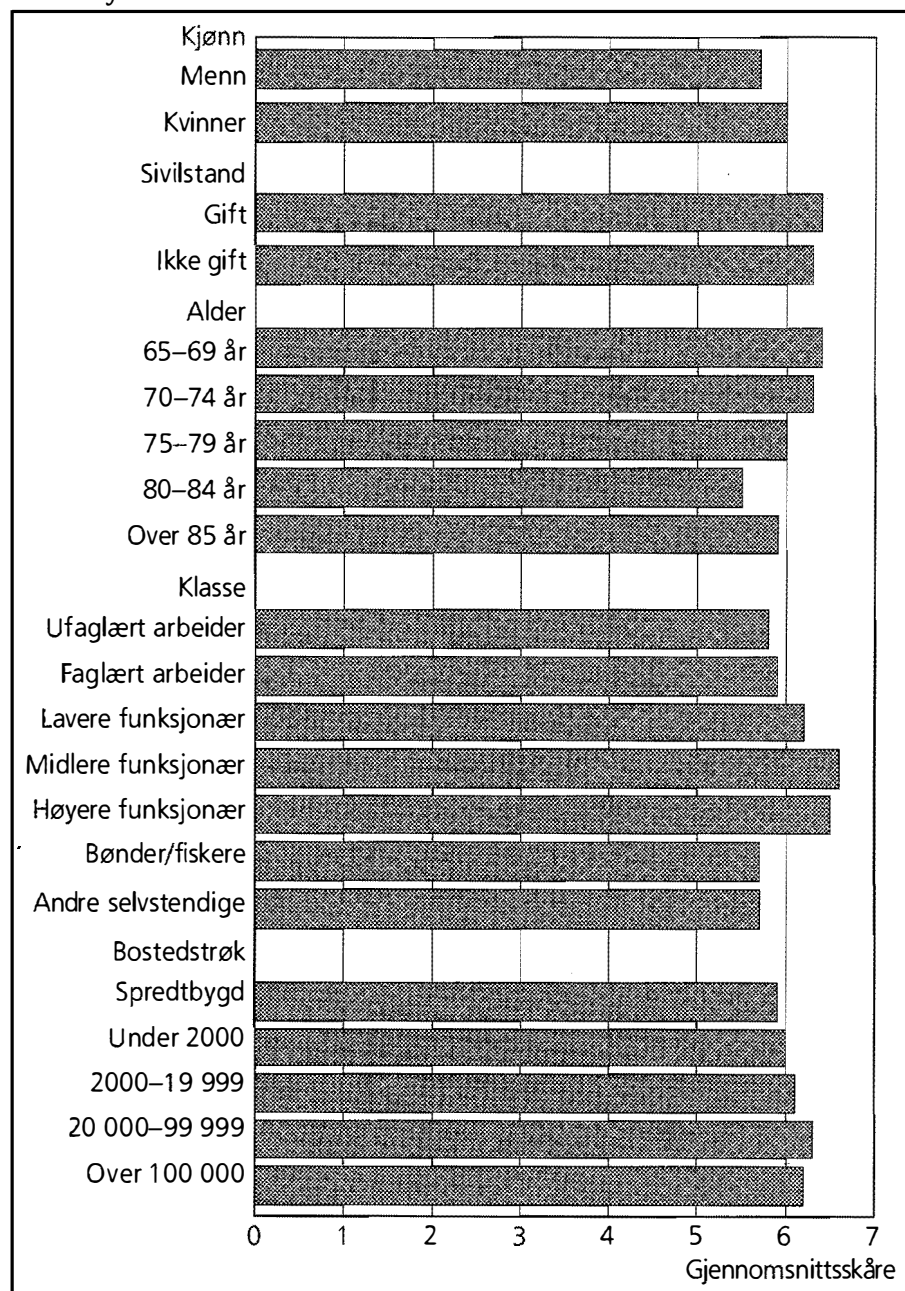
Tabell 8.2 Tilfredshet i befolkningen over 65 år: Fordeling, gjennomsnitt og standardavvik. N = 964

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
0,2	0,3		0,4	0,7	1,5	1,7	1,9	3,9	4,4	5,5	7,1	11,1	14,9	12,0	14,1	20,3
Gjennomsnitt 13,70										Standardavvik 3,05						

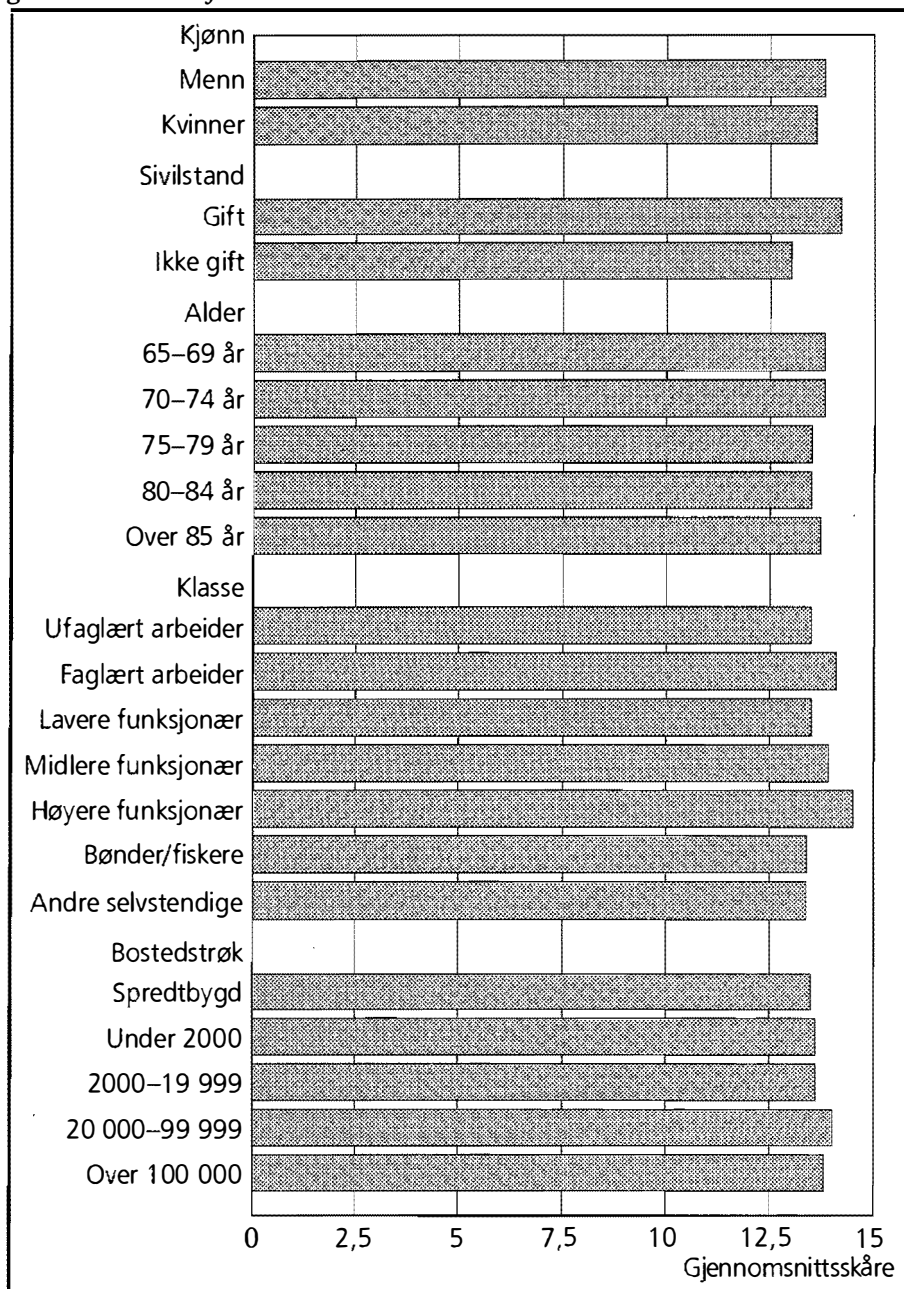
Ytterverdiene er 1, som betegner lavest tilfredshet og 17 som indikerer høyest tilfredshet. Gjennomsnittet er 13,7 og standardavviket er 3,0. Vi ser at hver femte (20 prosent) oppgir høyest tilfredshet. 61 prosent befinner seg på de høyeste fire verdiene, som altså indikerer høy tilfredshet. I motsatt ende av skalaen ser vi at 1,7 prosent fordeler seg over de fire laveste verdiene.

Figur 8.1 viser at subjektivt velvære går gradvis ned fra 65–69-årsalder og fram til 80–84 år. I den eldste aldersgruppa, 85 år eller mer, stiger derimot velværet svakt igjen. Denne uventete stigningen kan meget vel skyldes frafall av de svakeste blant de aller eldste. Menn har noe høyere, og statistisk signifikant, velvære enn kvinner. Det er en temmelig entydig (og signifikant lineær) sammenheng mellom velvære og bostedsstrøk: Jo mer tettbygd strøket er, jo høyere er det subjektive velværet. (Nedgangen blant bybeboerne forstyrrer ikke den generelle rettlinjete sammenhengen.) Den såkalte gode landsbygda ser altså ikke ut til å være det beste stedet å bo for gamle mennesker dersom vi legger subjektivt velvære til grunn. Det er en sterk sammenheng mellom ekteskape-

Figur 8.1 Velvære etter kjønn, sivilstatus, alder, klasse og bosted. Befolkningen over 65 år. Gjennomsnittstall. N = 964



Figur 8.2 Tilfredshet etter kjønn, sivilstatus, alder, klasse og bosted. Befolkningen over 65 år. Gjennomsnittstall. N = 964



lig status og subjektivt velvære. Gifte rapporterer klart høyere velvære enn ugifte. Endelig har sosioøkonomisk status, målt med (tidligere) egen yrkesklasse, også signifikant betydning. Arbeidere, bønder og fiskere, andre selvstendige og «andre» kommer dårligst ut med gjennomsnittsverdier under 6. Funksjonærene, og særlig de midlere og høyere funksjonærene, opplever størst velvære i pensjonstilværelsen med skårer mellom 6,2 og 6,6.

Figur 8.2 viser gjennomsnittsskårene i tilfredshet etter sosial bakgrunn. Gifte er markert og signifikant mer tilfreds med livet enn ugifte. For øvrig er det ingen signifikante forskjeller i tilfredshet etter de andre bakgrunnsvariablene vi ser på her.

Subjektivt velvære varierer således etter sosial og økonomisk bakgrunn, mens tilfredshet bare gjør det unntaksvis. Med andre ord, det later til at velvære og tilfredshet er forskjellige fenomener og har ulike kilder, slik flere livskvalitetsforskere har hevdet (Diener 1994). Tilfredshet synes mer stabilt i den forstand at den i mindre grad enn velvære influeres av ytre forhold. Den første er følelsesbasert, den andre er fornuftsbasert. At vi står overfor to ulike dimensjoner av livskvalitet, støttes også av at korrelasjonen mellom velvære og tilfredshet ikke er høyere enn .44.

8.3 Kilder til livskvalitet

Subjektivt velvære

Den endelige modellen i tabell 8.3, modell 7, inneholder 25 variable og forklarer 31 prosent av variasjonen i subjektivt velvære. Dette er ikke svært mye, men heller ikke unormalt lite. Særlig er det helse, men også økonomi og sosial forankring, som forklarer variasjonen i velvære. La oss ta for oss detaljene.

Av de sosiodemografiske variablene er det kun ekteskapelig status som står igjen med en sikker direkte effekt som er uavhengig av de øvrige variablene i modellen (modell 7). Figur 8.1 viser at alle våre sosiodemografiske variable påvirker velværet signifikant når vi studerer dem enkeltvis. Analysen her viser at påvirkningen er indirekte. Modell 1 indikerer at grunnen til at kvinner rapporterer lavere velvære enn menn, er at kvinnene gjennomgående er eldre. Vi finner ingen egen, uavhengig kjønns effekt. Den positive effekten av bostedsstrøk på velværet skyldes at eldre som bor i urbaniserte strøk er mer velstående enn på landet (modell 1 sammenliknet med modell 2). Også alderseffekten er indirekte, og formidles først og fremst gjennom sosiale relasjoner (modell 2 versus modell 3) og helse (modell 3 versus modell 4). At velværet avtar med alderen skyldes altså at helsa og den sosiale forankringen svekkes med alderen.

Tabell 8.3 Standardiserte regresjonskoeffisienter, deres signifikansnivå og tillegg i forklart varians (R^2) for sju modeller. Subjektivt velvære

Modell	1	2	3	4	5	6	7
Bosted	0,08**	0,03	0,05	0,05	0,04	0,04	0,04
Kjønn	-0,04	-0,02	-0,01	0,03	0,04	0,04	0,04
Alder	0,14***	-0,10**	-0,07*	-0,06	-0,04	-0,05	-0,06
Økonomiske vansker		-0,18***	-0,14***	-0,06*	-0,05	-0,05	-0,05
Andre		0,02	0,02	0,00	0,00	0,01	0,01
Selvstendig		-0,04	-0,02	-0,04	-0,04	-0,04	-0,03
Funksjonær lav		0,08	0,08*	0,08*	0,08*	0,08*	0,08*
Funksjonær høy		0,12**	0,12**	0,09*	0,09*	0,09*	0,10**
Eieforhold		0,03	0,03	0,07*	0,06*	0,07*	0,07*
Utdanning		-0,00	0,00	0,02	-0,02	-0,02	-0,01
Inntekt		0,14***	0,11*	0,07*	0,07*	0,07*	0,07*
Barn			-0,05	-0,01	-0,00	-0,00	0,00
Venner			-0,14***	-0,10***	-0,10***	-0,10***	-0,10***
Ringe hvis trenger hjelp			-0,08*	-0,04	-0,04	-0,04	-0,04
Ekteskapelig status			-0,07*	-0,06	-0,06	-0,07*	-0,07*
Langvarig syk				-0,06*	-0,06*	-0,06*	-0,07*
Dårlig hørsel				-0,02	-0,02	-0,02	-0,01
Dårlig syn				-0,04	-0,04	-0,04	-0,04
Psykiske problemer				0,36***	0,35***	0,35***	0,35***
Funksjonsevne				-0,08*	-0,07*	-0,07*	-0,07*
Engstelig					0,05	0,05	0,05
Redd for å sove alene					-0,05	-0,05	-0,05
Redd for å falle og bli liggende					-0,05	-0,05	-0,07*
Gero-transcendens						-0,08**	-0,08**
Sosialt ønskelig svargivning							0,12***
Økning i R^2	0,027	0,070	0,038	0,151	0,005	0,006	0,013

Modell $R^2=0,31$

*p < 0,5, **p < 0,01, ***p < 0,001

Av de sosioøkonomiske ressursene er det eierforholdet til boligen, disponibel inntekt og klassetilhørighet som har signifikante direkte effekter. De som eier egen bolig, som har høy disponibel husholdsinntekt og som har vært høyere funksjonærer har høyere velvære i alderdommen enn dem som er mindre privilegerte. I tillegg har betalingsproblemer en indirekte effekt som går via helse, særlig den mentale. Med andre ord, økonomiske vansker fører til nedsatt mental helse som igjen leder til redusert velvære.

Som sagt over ekteskapelig status en signifikant direkte effekt på velvære. Det samme gjør det å ha en fortrolig venn. De øvrige variablene som måler sosial forankring er lite viktige.

Helse er viktig for velværet. Av helsevariablene har langvarig sykdom, funksjonsevne og mental helse signifikante direkte effekter. Særlig bidrar god mental helse sterkt til å heve velværet. Syn og hørsel derimot er uten signifikante effekter.

Kun én av trygghetsvariablene er signifikant. Det er redsel for å falle og bli liggende i hjemmet.

Såkalt egotranscendens, aldersoverskridelse, har en signifikant effekt på velvære i forventet retning: Økende individuell transcendens fører til høyere velvære.

Endelig, som siste variabel, kommer variabelen som skal måle en eventuell effekt av sosialt ønskelig svargivning. Effekten er signifikant, hvilket betyr at de som har en slik tilbøyelighet rapporterer høyere velvære enn andre. Viktigere er at ingen substansiell endring av de øvrige variabeleffektene finner sted. Riktignok går redsel for å falle og bli liggende i hjemmet fra så vidt ikke-signifikant til så vidt signifikant, men ellers er det ingen viktige endringer (modell 6 versus modell 7). Denne kontrollen for tilbøyelighet til å rapportere det som er sosialt ønskelig, gjør det mer sannsynlig at dette trekket ikke «forurenser» de øvrige effektene vi finner.

Tilfredshet

Tabell 8.4 viser at den fulle regresjonsmodellen, modell 7, inneholder 25 variable som forklarer 23 prosent av variasjonen i global tilfredshet. Dette er noe mindre enn for velvære. For tilfredshet, som for velvære, er det i første rekke helse og sosial forankring som er viktig. Med unntak av betalingsproblemer er sosioøkonomiske forhold av mindre betydning for tilfredshet. La oss se litt nærmere på detaljene.

Tabell 8.4 viser at av bakgrunnsvariablene er kun ekteskapelig status viktig. I tillegg finner vi nå at kvinner har signifikant høyere tilfredshet enn menn. Kjønn kommer ut med en signifikant effekt når vi kontrollerer for helse (modell 3 versus modell 4). En måte å framstille dette funnet på, er å si at hadde det ikke vært for at kvinner gjennomgående har dårligere helse enn menn, så hadde de vært mer tilfredse med livet. Alder og bosted betyr imidlertid fortsatt lite.

Av de sosioøkonomiske variablene er det kun betalingsvansker som er signifikant. Betalingsvansker skaper lavere tilfredshet i seg selv, og virker indirekte negativt på livskvaliteten ved å skape dårligere helse (modell 3 versus modell 4). Tilfredshet skiller seg altså fra velvære ved at de andre aspektene ved sosioøkonomiske forhold betyr lite.

Tre av fire sosiale variable har signifikante effekter. I tillegg til ekteskapelig status, er det fortrolig venn og å ha noen å ringe til døgnet rundt. Kontakthypighet med barn er uten betydning.

Tabell 8.4 Standardiserte regresjonskoeffisienter, deres signifikansnivå og tillegg i forklart varians (R^2) for sju modeller. Tilfredshet

Modell	1	2	3	4	5	6	7
Bosted	0,05	0,02	0,04	0,04	0,04	0,04	0,03
Kjønn	-0,04	0,01	0,03	0,07*	0,09*	0,09*	0,09*
Alder	-0,04	-0,00	0,03	0,03	0,04	0,04	0,03
Økonomiske vansker		-0,21***	-0,17***	-0,10**	-0,10**	-0,10**	-0,10**
Andre		0,02	0,02	0,01	0,00	0,00	-0,01
Selvstendig		-0,03	-0,00	-0,02	-0,02	-0,02	-0,01
Funksjonær lav		-0,03	-0,02	-0,02	-0,02	-0,02	-0,02
Funksjonær høy		-0,01	-0,01	-0,04	-0,04	-0,03	-0,02
Eieforhold		-0,04	-0,04	-0,01	-0,01	-0,01	-0,01
Utdanning		0,02	0,03	0,03	0,02	0,02	0,04
Inntekt		0,07	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00
Barn			-0,05	-0,02	-0,01	-0,01	-0,01
Venner			-0,09**	-0,06*	-0,06*	-0,06*	-0,06*
Ringe hvis trenger hjelp			-0,17***	-0,14***	-0,13***	-0,13***	-0,13***
Ekteskapelig status			-0,13***	-0,11***	-0,11**	-0,11**	-0,12***
Langvarig syk				-0,10***	-0,10**	-0,10**	-0,11***
Dårlig hørsel				-0,00	-0,00	-0,00	0,00
Dårlig syn				0,02	0,01	0,01	0,01
Psykiske problemer				0,25***	0,23***	0,23***	0,23***
Funksjonsevne				-0,08*	-0,06	-0,06	-0,07*
Engstelig					-0,00	-0,00	0,00
Redd for å ligge alene					-0,03	-0,03	-0,02
Redd for å falle og bli liggende					-0,08*	-0,08*	-0,09*
Gero-transcendens						-0,03	-0,02
Sosialt ønskelig svargivning							0,14***
Økning i R^2	0,003	0,055	0,06	0,088	0,005	0,000	0,019

Hele modellen $R^2=0,23$

* $p < 0,5$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Av helsevariablene er det igjen langvarig sykdom, mental helse og funksjonsevne som er av betydning, mens syn og hørsel ikke er signifikante.

Av trygghetsvariablene er det igjen variabelen som indikerer redsel for å falle og bli liggende i hjemmet som er signifikant.

Egotranscendens har ingen signifikant virkning på tilfredshet, til forskjell fra den signifikante betydningen den hadde for velvære.

Sosialt ønskelig svargivning har, som for velvære, en egen signifikant effekt. Innføringen av sosial ønskelighet modererer også noen andre effekter i modell 7. Funksjonsevne kommer tilbake med en signifikant effekt (modell 6 versus modell 7). Likeledes blir effektene av langvarig sykdom, redd for å falle og bli liggende, og ekteskapelig status noe sterkere. Dette kan tolkes dithen at

tendensen til å svare sosialt ønskelig fører til en svak undervurdering av hvor sterke disse effektene egentlig er.

8.4 Områdetilfredshet og total tilfredshet

Vi har nå forsøkt å forklare velvære og tilfredshet blant eldre primært ved hjelp av demografiske, sosiale og sosioøkonomiske kjennetegn. En annen måte å forklare tilfredshet på, er å ta utgangspunkt i eldres tilfredshet på forskjellige områder.

I hvilken grad avhenger den såkalte globale tilfredsheten blant eldre av deres tilfredshet med ulike livsområder som helse, økonomi osv? Er den altomfattende tilfredsheten summen av slike deltilfredsheter, eller er den globale tilfredsheten noe mer enn summen av delene? Vi har stilt de eldre noen spørsmål om hvor fornøyd de er med en del viktige forhold i livet (spørsmål 28 a-f i tilleggsskjemaet). Svarskalaen går fra veldig bra (1) til veldig dårlig (5).

Vi har brukt tilfredshet med økonomi, helse, kontakt med familien og gjøremål i hverdagen som forklaringsvariable. Tabell 8.5 viser resultatene fra regresjonsanalysen av global tilfredshet.

Tabell 8.5 Global tilfredshet etter tilfredshet med fire livsområder. Befolkningen over 65 år

	Beta	T	Sig T
Gjøremål	-.11	-3.22	.00
Økonomi	-.18	-6.12	.00
Familie	-.15	-5.16	.00
Helse	-.29	-8.38	.00

$R^2=.26$

Det meste av variasjonen i global tilfredshet er uforklart: De fire tilfredshetsvariablene forklarer kun 26 prosent av forskjellen i global tilfredshet. Separate analyser av menn og kvinner viser det samme mønsteret (tall ikke vist). Dette tyder på at global tilfredshet er mye mer enn tilfredshet på de områder vi har sett på her. Analysen her bekrefter for øvrig at helse – subjektivt vurdert – betyr forholdsvis mye for generell tilfredshet.

8.5 Hopning av velferd

I kapittel 6 så vi på sammenhengen mellom ulike levekårsområder og fant en tendens til hopning av gode levekår. I dette kapitlet har vi allerede under-

søkt sammenhengene mellom levekårsressurser og livskvalitet, og funnet tendenser til hopning også mellom livskvalitet og levekårskomponenter som inntekt, helse og sosial forankring.

I dette avsnittet skal vi gå mer systematisk til verks og undersøke hvordan utvalgte levekårsressurser henger sammen med henholdsvis velvære og tilfredshet. Vi skal se på de statistiske sammenhengene, korrelasjonene, mellom våre to livskvalitetsmål og de indeksene vi konstruerte i kapittel 6 for økonomi, helse og sosial forankring. Disse bivariate korrelasjonene er vist i tabell 8.6.

Tabell 8.6 Korrelasjoner mellom utvalgte levekårsområder og velvære og tilfredshet. Befolkningen over 65 år

	Velvære	Inntekt	Helse	Sosial forankring
Tilfredshet	.44	.11	.37	.22
Velvære		.19	.44	.25

Tabell 8.6 stadfester og utdypet våre tidligere funn. Det er en klar sammenheng ikke bare mellom levekårsområdene innbyrdes, men også mellom levekår og velvære og tilfredshet. I eldrebefolkningen er det således ikke bare en tendens til at levekårsgodet hopper seg opp, men også til at gode levekår og høy livskvalitet opptrer sammen. Særlig er korrelasjonene mellom helse og velvære og tilfredshet relativt høye. Dette bildet endrer seg ikke vesentlig om vi fjerner mental helse fra helseindeksen.

Levekårsforskere påpeker ofte at levekår og livskvalitet er to atskilte velferdsdimensjoner (Erikson 1992, Allhardt 1975). Våre resultater bekrefter det, i og med at korrelasjonene mellom de to velferdsdimensjonene ikke overstiger .44. Det er imidlertid verdt å merke seg at heller ikke sammenhengene mellom de ulike levekårsområdene innbyrdes er imponerende høye. Særlig er korrelasjonen mellom inntekt sosial forankring lav, bare .13. Dette er langt lavere enn korrelasjonene mellom livskvalitet og helse, og livskvalitet og sosial forankring. Med andre ord, i eldrebefolkningen er ikke bare livskvalitet og levekår atskilte velferdsdimensjoner. Økonomi og sosial forankring er også to separate velferdsområder

8.6 Oppsummering og diskusjon

I dette kapitlet har vi studert to sider ved livskvalitet, følelsesmessig velvære og kognitiv tilfredshet. Vi finner at flertallet av de eldre, 68 prosent, rapporterer positivt velvære, det vi si en overvekt av positive følelser over negative. Det er også en klar tendens til at de eldre samler seg ved den «tilfredse» enden av tilfredshetsskalaen. 60 prosent fordeler seg over de fire høyeste verdiene på

en skala som løper fra 1 til 17. Som vist i metodevedlegget er begge våre mål på livskvalitet gjennomgående sikre og måler det vi vil de skal måle; de har tilfredsstillende reliabilitet og validitet.

Vår undersøkelse tegner med andre ord et overveiende positivt bilde av eldres velvære og tilfredshet. Kun et mindretall har lav livskvalitet. I så måte er det overensstemmelse mellom livskvalitet og levekår i eldrebefolkningen. Velferdsnivået er forholdsvis høyt på begge områder. Som vi har gjort rede for innledningsvis, er vi ikke alene om gi et oppløftende bilde av eldres livskvalitet; andre norske undersøkelser rapporterer tilsvarende funn.

Begge sider ved livskvaliteten, både velvære og tilfredshet, varierer med helse og sosial forankring: jo bedre stilt på disse levekårsområdene, jo høyere er livskvaliteten. Dette er i tråd med spørreundersøkelser som viser at helse står i en særstilling som kilde til opplevd livskvalitet, spesielt blant de eldre (*Dagbladet* 15.4.1995, Elstad 1984). Hele 71 prosent av personer over 60 år rapporterer at helse er «svært viktig» for å oppnå et lykkelig liv. Blant eldre ble også et stabilt familieliv rangert som svært viktig av nesten halvparten av de spurte (*Dagbladet* 15.4.1995). Også kvalitative undersøkelser bekrefter viktigheten av helse og sosial forankring i eldre år (Thorsen 1990). I tillegg er også sosio-økonomiske forhold viktig, spesielt for velvære.

De opprinnelige sammenhengene mellom livskvalitet og alder og bosted blir borte når vi tar hensyn til andre sosiale forhold. Begge har imidlertid indirekte virkninger. Grunnen til at velværet synker med alderen er at helse og sosial forankring svekkes med økende alder, og årsaken til at velværet øker med urbaniseringsgraden, er at velstanden er høyere i urbaniserte strøk.

Likevel er vi ikke i stand til å forklare mer enn 31 prosent av variasjonen i velvære, og 23 prosent av variasjonen i tilfredshet. Med andre ord er det meste av livskvaliteten uforklart. Dette resultatet understøttes av en korrelasjonsanalyse der velvære, tilfredshet, sosial forankring, økonomi og helse inngår. Dette bekrefter at livskvalitet i høy grad er en egen velferdsdimensjon som eksisterer uavhengig av tradisjonelle «objektive» levekårsressurser (Allhardt 1975, Erikson 1992). Det er imidlertid verdt å merke seg at sammenhengene mellom enkelte levekårsområder også ofte er forbausende lave. Særlig er sammenhengen mellom inntekt og sosial forankring svak, og svakere enn sammenhengen mellom livskvalitet og sosial forankring. Kort sagt, ikke bare er livskvalitet og levekår atskilte velferdsdimensjoner. Økonomi og sosial forankring er også to separate velferdsområder.

At vi bare er i stand til å forklare mellom 23 og 31 prosent av variasjonen i livskvalitet, kan skyldes tilfeldig variasjon i våre livskvalitetsmål. Men det kan óg bety at andre forhold enn dem vi har sett på her er viktigere. Forhold vi ikke har målt er kritiske livsbegivenheter, både nåværende og tidligere, som for eksempel tapsopplevelser av ulik art som nære pårørendes bortgang, andres sykdom, flytting osv. I samme kategori hører skiftende sinnssstemninger,

som for eksempel kan være avhengig av været. Antakelig vil slike ytre forhold være viktigere for å forklare velvære enn tilfredshet. Endelig har vi ikke målt personlige karakteregenskaper. I den grad velvære og tilfredshet er ufølsomme overfor ytre omstendigheter og endringer i disse, kan det tenkes at permanente personlighetstrekk spiller inn. Noen er sangvinikere, mens andre er melankolikere. En siste viktig forklaring kan, som vi diskuterte innledningsvis, være at forventningene er tilpasset endringer i de ytre omstendighetene. Eldre kan ha skrudd ned sine forventninger, noe som særlig kan forklare hvorfor det er vanskeligere å forklare forskjeller i tilfredshet enn i velvære. Tilfredshet synes for eksempel mindre sensitiv overfor variasjon i sosioøkonomiske ressurser og materielle goder. Trolig skyldes dette at forventninger og bevisste sammenlikninger og rasjonelle vurderinger spiller en større rolle for generell tilfredshet enn for velvære. En annen mulighet er at eldres forventninger er generasjonsavhengig og aldri har vært særlig høye. Dagens eldre har hele livet vært tilfreds med lite.

Nå skal vi imidlertid ikke overdrive betydningen av forventningsforklaringen. For det første finnes det intet objektivt og absolutt forventningsnivå som er riktig. Det kan for eksempel tenkes at yngres forventningsnivå er for høyt, like mye som at de eldres er for lavt. For det andre er det alt i alt en rimelig høy grad av overensstemmelse mellom livskvalitetsnivå og levekårsnivå blant de hjemmeboende eldre i vårt materiale. Dersom avstanden hadde vært mer markert, hadde det vært grunn til å nære større skepsis til våre livskvalitetsmål. For det tredje er det begrenset hvor langt en kan strekke forventningsforklaringen. Det vil være absurd å tilskrive forventningsnivået all variasjon i rapportert livskvalitet. I sin ytterste konsekvens ville det bety at det ikke finnes forskjeller i livskvalitet, bare i forventninger (Campbell m.fl. 1976). Et slikt ekstremt standpunkt motsies av hverdagserfaringen. Det finnes misfornøyde eldre, og uten misnøye ville for eksempel eldreopprøret neppe ha funnet sted. Vi, og andre med oss, finner dessuten de forventete sammenhenger mellom objektive levekår og livskvalitet, selv om de ikke er sterke. Campbell m.fl. har studert effektene av ytre vilkår og forventninger på selvrapportert livskvalitet. De finner at forventninger ganske riktig spiller en rolle, men den er langt fra eksklusiv. Campbell m.fl. (1976:208) konkluderer: «(. . .) global rapportering av lykke og generell tilfredshet med livet synes ganske så påvirkelig på den måten vi skulle forvente, avhengig av om livssituasjonen endrer seg i gunstig eller ugunstig retning.» Moum (1983) har funnet at eldre ofte vil si seg enige i at det er riktig å slå av på kravene, og tolker dette som uttrykk for resignasjon. Andre ville bruke uttrykket aksept om denne typen tilpasning blant eldre mennesker. Med begrepet om egointegritet forsøker utviklingspsykologen Erikson (1977) å sette navn på slik «moden» aldring. Egointegritet hen-speiler blant annet på en tilpasning til og aksept av livets gleder og skuffelser. En person med egointegritet aldres med verdighet og godtar uten bitterhet at

livet ble som det ble innenfor den sosiale og historiske kontekst det ble gjennomlevd (Erikson 1977:241).

Kan vi stole på det de eldre sier om sitt velvære og sin tilfredshet? Som vist i metodevedlegget synes reliabiliteten og validiteten å være tilfredsstillende, selv om vi ikke har kunnet endevende alle feilkilder. I tillegg til de metodeproblemene som er diskutert i metodevedlegget, kan det tenkes at de svar de eldre avgir har et ritualistisk preg. Antakelig vil en del mennesker svare «jo takk, bare bra» når de blir spurt om hvordan de har det. Dessuten kan mange Eldres underordnede, avhengige og kanskje maktesløse posisjon – enten den er følt eller reell – bidra til at de ikke synes det er passende å uttrykke misnøye og kritikk. Ulikevektige bytteforhold og sosiale normer om gjensidighet mellom mennesker kan tenkes å skape en form for takknemlighet som demper sterke mishagsytringer (Slagsvold 1977).

Videre er det en systemfaktor som ikke kan måles, nemlig at landets generelle velferdsnivå er høyt og blant de høyeste i verden. Dersom inntekt, økonomi og levekårsgoder generelt har terskelvirkninger på velvære og tilfredshet, kan det tenkes at denne er overskredet i Norge for de aller fleste. Når levekårene er kommet over et visst nivå, er det lite å vinne i livskvalitetsforbedring ved å tilføre ytterligere materielle ressurser. Dette resonnementet understøttes av data fra andre og mindre velstående land. Her er sammenhengen mellom inntekt og livskvalitet sterkere enn i rike land (Næss 1986:80).

Den metoden vi her har anvendt, multippel lineær regresjon, fanger ikke opp kurveformete sammenhenger. Innledningsvis var vi inne på at inntektens virkning på livskvaliteten kunne avta jo høyere opp på inntektsskalaen vi kom, jamfør prinsippet om synkende grensenytte. Vi har derfor gruppert inntektsvariabelen og undersøkt om den viser en kurveformet-sammenheng med livskvalitet ved såkalt dummy-variabel analyse. Disse analysene viser at det bare var uvesentlige avvik fra en rettlinjert sammenheng. Dette betyr at livskvaliteten øker jevnt uansett hvor en befinner seg på inntektsskalaen, og den later ikke til å avta i den rike enden.

Antakelsen om at individuell gerotranscendens, aldersoverskridelse, fremmer livskvaliteten, får delvis støtte i vårt materiale. Gerotranscendens virker positivt på velvære, men er uten betydning for tilfredsheten. Tilsynelatende står dette funnet i motsetning til flere andre undersøkelser. Solem (1995) stilte 75 eldre mellom 60 og 93 år en del spørsmål som minner om dem vi har stilt. Han skriver blant annet: «De vanligste endringene våre personer forteller om er at de har blitt mer opptatt av sosial kontakt (. . .)» Og «Det er en økt interesse for andre mennesker som er mest framtrædende» (Solem 1995:18–19). Det er verdt å merke seg at vi først og fremst har vært opptatt av egotranscendens, og ikke sosial transcendens. Den antakelse at mindre interesse for andre mennesker ledsages av større velvære, er svært lik tilbake-trekkingsteoriens hovedtese, en tese som må sies å være grundig tilbakevist

(Tornstam 1994). Derfor er tesen om en positiv sammenheng mellom ego-transcendens og velvære mer interessant. En annen slutning av Tornstams teori er at graden av gerotranscendens øker med alderen. Verken Tornstam selv eller andre (Solem 1995, Nøhr personlig meddelelse), finner noen klar tendens til at gerotranscendens øker med alderen. Det gjør heller ikke vi (tall ikke vist her). Dette svekker teorien, selv om den kan forsvares ved å påstå at ved 65 års alder er allerede de fleste gerotranscendente. Det står imidlertid fast at de ego-transcendente i vårt materiale rapporterer høyere velvære enn andre, noe som i det minst gir støtte til dette leddet i teorien.

Selv om eldre menneskers livskvalitet til en viss grad kan forklares med objektive forhold som inntekt, sosiale relasjoner og helse, er det et viktig funn at livskvalitet er en egen velferdsdimensjon som i høy grad eksisterer uavhengig av andre velferdsdimensjoner. Dette betyr at dersom velferdspolitikken har ambisjoner om å bidra til høyere livskvalitet, noe Arbeiderpartiet har som målsetting (se kapittel 3), så er det begrenset hva som kan oppnås ved å bedre ytre økonomiske og sosiale kår. La oss ta et eksempel fra vårt materiale: I gjennomsnitt, og alt annet likt, bidrar en heving av disponibel inntekt med 10 000 kroner til en økning av subjektivt velvære med 0,02 poeng på skalaen som går fra 1 til 9. Velferdspolitisk sett får vi altså kun en bagatellmessig forbedring i velværet til forholdsvis høy økonomisk kostnad. Med andre ord, den mest effektive livskvalitetspolitikken vil sannsynligvis være den som retter seg direkte mot denne velferdsdimensjonen. Men her ligger en fare. Kanskje den mest effektive livskvalitetspolitikken er den som søker å dempe folks ønsker og forventninger, snarere enn å øke følelsen av velvære og tilfredshet? Dette problemet vil bli grundigere drøftet i siste kapittel.

Selv om vi kanskje overvurderer Eldres livskvalitet av grunner vi har diskutert, er hovedkonklusjonen følgende: Flertallet av hjemmeboende eldre opplever forholdsvis høy livskvalitet. Jo bedre levekårene er, jo høyere er livskvaliteten. Spesielt viktig for opplevelsen av livskvalitet er sosial forankring og helse, og i noe mindre grad sosioøkonomiske forhold. Subjektivt velvære er mer følsom for forskjeller i levekår enn generell tilfredshet. Sammenholdt med resultatene fra de forrige kapitlene, finner vi i det store og hele overensstemmelse mellom alle de velferdsdimensjonene som er undersøkt her. Enten vi ser på økonomi og materielle goder, helse/funksjonsevne, sosiale relasjoner eller på livskvalitet, så har det store flertallet av hjemmeboende eldre det bra, mens et mindretall har lav velferd.

Kapittel 9

Sammenfatning og diskusjon

9.1 Sammendrag

I kapittel 1 reiste vi fire problemstillinger. Vi vil nå sammenfatte våre svar på disse spørsmålene i fire punkter.

1) Vi har sett på utviklingen i hjemmeboende eldres levkår på 90-tallet og konsentrert oss om økonomi, helse, sosial forankring og trygghet. Den gunstige utviklingen på flere levkårsområder vi kunne observere blant eldre på 80-tallet har stabilisert seg i løpet av første halvdel av 90-tallet. Likevel, eldre i Norge er fremdeles dårligere stilt enn yngre på flere viktige levkårsområder, som inntekt, helse og sosial forankring.

Et iøynefallende trekk ved utviklingen på 90-tallet er at flere eldre har fått en fortrolig venn utenfor familien. Bedringen i de eldres kontakt med personer utenfor familien fra 1980-tallet har fortsatt på 1990-tallet. Andelen gifte har heller ikke endret seg vesentlig de siste fire åra. Bedringen i sosial forankring er noe uventet sett i lys av utbredte forestillinger om en utvikling mot et kaldere samfunn. Isolert sett er veksten i eldres disponible husholdsinntekt i perioden 1990–93 rimelig god. Sammenliknet med andre husholdninger er imidlertid eldrehusholdningenes inntektsvekst lavere. Dette skyldes at rentenedgangen har vært til gunst for de yngre som ofte har gjeld, og til ugunst for de eldre som oftere har bankinnskudd.

2) Våre analyser viser at eldre ikke er en ensartet befolkningsgruppe. Eldres levkår henger sammen med deres plassering i den sosiale strukturen. Levkårene varierer betydelig etter kjønn, alder, ekteskapelig status og klasse, mens bostedsvariasjonene stort sett er mindre. Det er kvinner, det er de eldste, det er de ugifte og det er de med lav sosial status som gjennomgående har minst av viktige levkårsressurser som materielle goder og helse. Sosial forankring er noe løsere knyttet til den sosiale strukturen. Trygghet varierer først og fremst etter kjønn: kvinner er oftere utrygge enn menn.

Siden kjønn, alder, klasse etc. i en del tilfeller virker på tilfanget av levkårsressurser uavhengig av hverandre, er levkårsulempene særlig store i grupper med «uheldige» kombinasjoner av bestemte sosiale kjennetegn. For eksempel vil mental helse være særs dårlig blant ugifte kvinner med lav inntekt.

Inntektsfordelingen er til dels svært skjev etter de fleste sosiale kjennetegn, og spesielt etter klassebakgrunn. Dette er verdt å merke seg, for disse inntektsforskjellene vil antakelig ikke utjevnes eller forsvinne av seg selv, slik inntektsforskjellene både etter alder og kjønn vil gjøre på lengre sikt.

Et gjennomgående trekk er at gode levekår på ett område opptrer sammen med gode levekår på andre områder, for eksempel at god økonomi henger sammen med god helse. Blant eldre, som i resten av befolkningen, er det en tydelig, men ikke spesielt sterk tendens til hopning av gode levekår. Disse hopningstendensene gjør seg gjeldende blant menn og kvinner, blant yngre eldre og gamle (75 år og over), og på landsbygda og i tettbygde strøk. Vi har her å gjøre med et tilnærmet universelt fenomen som gjerne kalles Matteuseffekten etter følgende tekst i Matteusevangeliet: «For den som har, han skal få, og det i overflod. Men den som intet har, skal bli fratatt selv det han har.»

3) Vi har kartlagt en del problemer de eldre har med å bo slik de gjør på intervjutidspunktet. Vi finner at *halvparten* av de eldre har minst ett av de angitte problemene med boligen. De problemene som rapporteres hyppigst, er vedlikehold av hus/hage og at butikker og servicesentre er for langt unna. Ikke uventet er det først og fremst funksjonsevnen som avgjør hvorvidt de eldre opplever disse problemene. I tillegg henger problemene til en viss grad sammen med hvor bymessig eller landlig strøk de eldre bor i.

Selv om en del eldre opplever problemer med å bo slik de gjør nå, er det ikke dermed sagt at de ønsker en bedre tilpasset boform. Knappt halvparten av dem som har problemer og dermed et potensielt behov, har ønsker om en bedre tilpasset boform. De fleste med problemer og som uttrykker ønske om en annen boform, ønsker seg omsorgs- eller servicebolig, og et lite mindretall ønsker seg plass på syke- og aldershjem. Blant annet fordi spørsmål om alternativ boform er av hypotetisk karakter, vil vi ikke legge stor vekt på de eksakte tallene.

4) Et stort flertall (60 prosent og over) av de eldre oppgir forholdsvis høy livskvalitet, det vil si høyt subjektivt velvære og generell tilfredshet.¹ Både velvære og tilfredshet varierer med helse og sosial forankring: jo bedre stilt på disse levekårsområdene, jo høyere er livskvaliteten. I tillegg er sosioøkonomiske forhold viktig, spesielt for velvære. Likevel er mesteparten av forskjellen i livskvalitet uforklart, og sambandet mellom livskvalitet og ulike levekårskomponenter er moderat. Dette bekrefter at livskvalitet i høy grad er en egen velferdsdimensjon som eksisterer uavhengig av tradisjonelle «objektive» levekårsressurser (Allhardt 1975, Erikson 1992).

¹ Siden velvære og tilfredshet er ikke-observerbare størrelser som er vanskelige å måle, har vi brukt noe plass til en diskusjon av målenes reliabilitet og validitet. Konklusjonen er at begge målene på livskvalitet har tilfredsstillende reliabilitet og validitet: De er rimelig sikre, og de måler det de er ment å måle (se metodevedlegget til kapittel 8).

Som nevnt foran fant vi tegn til hopning av levekårsgoder. Hvor sterk denne hopningstendensen er, varierer fra område til område. Særlig svak er sammenhengen mellom inntekt og sosial forankring, og den er svakere enn for eksempel sammenhengen mellom livskvalitet og sosial forankring. Med andre ord, ikke bare er eldres livskvalitet og levekår atskilte velferdsdimensjoner, også økonomi og sosial forankring framstår som to atskilte velferdsområder.

Enten vi tar utgangspunkt i materiell velstand, helse, sosial forankring eller livskvalitet, så viser denne undersøkelsen at det store flertallet av hjemmeboende eldre har det bra, mens varierende mindretall har velferdsproblemer. I samfunnsdebatten har det de siste åra vært mye snakk om to-tredels-samfunnet. Uttrykket henspeler først og fremst på at en tredel blir støtt ut av samfunnet og marginaliseres. Et slikt samfunn vil blant annet gi seg til kjenne ved at et stort mindretall utmerker seg med dårlige levekår. Tidligere levekårsforskning finner imidlertid ikke å kunne slutte seg til denne diagnosen av det norske samfunnet. Hvis ulikheten i samfunnet først skal tallfestes, synes fordelingen å være nærmere en tiendedel enn to tredeler (Lødemel og Flaa 1993). For eldrebefolkningen sett under ett er en tiendedel-fordelingen ganske treffende. Vi må muligens gjøre et unntak for helseproblemer som rammer en større andel eldre. Likevel er et stort flertall (70 prosent) av eldre i stand til å kle på seg selv, gjøre rent og handle.

Vi innledet denne rapporten med å bringe noen avisoppslag som ga et motsetningsfylt og forvirrende inntrykk av eldres velferd. Vi introduserte også to perspektiver på eldre hentet fra internasjonal aldersforskning. Det ene perspektivet oppfatter eldre som en sosialt homogen befolkningsgruppe. Det andre perspektivet framholder at eldrebefolkningen kjennetegnes av sosial ulikhet: Viktige levekårsressurser er ulikt fordelt mellom sosiale grupper.

Hvilket perspektiv gir den mest dekkende beskrivelsen av eldres velferd i Norge på midten av 1990-tallet? Vi vil svare på dette spørsmålet ved å ta en avstikker til det store utland.

I USA og i England har det i lengre tid pågått en faglig debatt om aldersfordommer, på engelsk «ageism». Begrepet betegner en systematisk stereotypisering, nedvurdering og diskriminering av eldre som gruppe fordi de er eldre. Den opprinnelige definisjonen betoner de *negative* holdninger som rettes mot eldre. Eldre som gruppe tilskrives egenskaper som er lavt sosialt vurdert. Enkelte amerikanske gerontologer peker imidlertid på at stereotypiseringen har begynt å anta nye former (Cook 1992:292–295). Det hevdes at det er en tendens til at negative holdninger erstattes av positive, men likefullt ensporete og unyanserte oppfatninger. Amerikanske fjernsynsserier trekkes fram som et eksempel. Det påstås at noen slike serier skaper et bilde av eldre som vellykkete, friske, vakre, kjekke, spreke og aktive. Dette synet på eldre har en positiv vølør, men er likefullt stereotyp, hevder kritikerne. Det kan derfor virke diskriminerende overfor eldre som ikke klarer å leve opp til de idealene som her

framelskes. Denne formen for «ageism» er derfor ikke bedre enn den opprinnelige, selv om den har motsatt fortegn (Cook 1992). Denne kritikken er ikke blitt stående uimotsagt. Noen mener at «ageism»-begrepet bør reserveres for negativ stereotypisering. Å inkludere også en positiv variant fører til utvanning, er argumentet.

I Norge er det tegn til at bildet av den rike eldre er den nye stereotypien som er i ferd med å spre seg, og erstatte bildet av den eldre som ensom, fattig og skrøpelig. Poenget er at dette nye bildet er like unyansert som det gamle. Den lærdom vi kan trekke av debatten om aldersfordommer er at det avgjørende trekket ved en eldrestereotypi, er den oppfatning at eldre er en ensartet gruppe. Dette gjelder uavhengig av om fortegnet er negativt eller positivt (Arber og Ginn 1991:33).

Svaret på debatten om aldersfordommer, og på den forvirring som hersker om hvordan eldre har det, er å holde fast ved at eldre er ingen ensartet sosial gruppe, like lite som barn, ungdom og voksne er det. Det er til dels store sosiale forskjeller i velferd innad i eldrebefolkningen. Ved å innta dette grunnsynet blir også det bildet massemedia tegner av Eldres velferd meningsfullt. I og med at eldre er forskjellige, er alle avisoppslagene referert i kapittel 1 litt sanne. De beskriver alle en flik av virkeligheten. Noen eldre er rike, andre er fattige; noen eldre er friske, andre er svært syke; noen har høyt velvære og er tilfredse, andre er ulykkelige og misfornøyd. Bare å si at de eldre er rike, overser det faktum at det er store forskjeller innad i eldrebefolkningen, forskjeller som er sosialt strukturert. Gjennomsnittsbetraktninger gir et ensidig og fortegnet bilde.

Det kritiske perspektivet i aldersforskningen med sin understreking av sosial ulikhet, som vi gjorde rede for i kapittel 2, ser ut til å passe bedre på den norske eldrebefolkningen enn det tradisjonelle perspektivet i aldersforskningen, som i stor grad ser bort fra sosiale og institusjonelle forhold.

9.2 Konsekvenser for velferdsforskningen

Vanlige sosiologiske variable gjør en forholdsvis dårlig jobb med å forklare forskjeller i velvære og tilfredshet. For samfunnsforskere er det et tankekors at vi ikke er i stand til å forklare mer av subjektiv livskvalitet ved hjelp av levekårsressurser enn det som er tilfellet. Ytterligere forbedring kan vi kanskje oppnå ved å anvende psykologiske teorier om personlighetsutvikling. For samfunnsvitene er imidlertid en teoretisk utvikling i en slik «innadvendt» retning utilfredsstillende. Velferdspolitisk er det antakelig også et skritt i gal retning. Den velferdspolitiske relevansen vil avta i takt med reduksjonen mot personlighetspsykologi. Det blir tungt å skape mer velvære med sosialpolitiske virkemidler hvis det er personlighetstypen som må endres.

Det har større velferdspolitisk relevans å skape innsikt i de sosiale mekanismer som virker på folks opplevelse av livskvalitet. Sosialpsykologiske tilnærminger som balanseteori og teori om tilpasning mellom personer og omgivelser (se kapittel 8), kan antakelig hjelpe oss et stykke på vei. Et nøkkelord i disse teoriene er forventninger.

Forventninger spiller en viktig rolle for å forklare velvære og tilfredshet blant folk flest. Mye tyder på at lave forventninger blant eldre bidrar noe til å forklare hvorfor de ofte rapporterer forholdsvis høy livskvalitet. Derfor bør framtidige undersøkelser forsøke å bygge inn spørsmål som måler forventninger (Moum 1983, Campbell m.fl. 1976). Hvordan forventninger i sin tur dannes, er også et viktig forskningsspørsmål. Hvilke sosiale grupper og verdi-standarder er det eldre bruker som grunnlag når de vurderer sin tilværelse og sosiale situasjon? Sammenlikner de seg med dårligere stilte eldre, eldre i tidligere tider, egen situasjon da de vokste opp eller en forventet framtidig situasjon? Vi tror informasjon om eldres forventningsnivå og hvordan forventninger dannes, vil kunne føre livskvalitetsforskningen noen skritt videre i Norge. Som vi diskuterte i kapittel 3, er mange skeptiske til livskvalitetsforskningens resultater, fordi de mener folks rapporterte livskvalitet i høy grad bestemmes av deres forventninger. For eventuelt å ta brodden av denne kritikken, synes det nødvendig å ta folks, og særlig eldres, forventninger på alvor i utforskningen av livskvalitet i framtida.

9.3 Konsekvenser for velferdspolitikken

Våre resultater viser at de fire velferdsdimensjonene økonomi, helse, sosial forankring og livskvalitet opptrer forholdsvis uavhengig av hverandre. Men hva så? Er ikke den norske velferdspolitikken primære ambisjon å sørge for økonomisk og sosial trygghet? Er det ikke alt for pretensiøst å kreve at velferdsstaten også skal sørge for høyere subjektiv livskvalitet?

Svaret er at også livskvalitet synes å være et sentralt politisk anliggende. Ser vi på partiprogrammene, er det i første rekke Arbeiderpartiet som er opptatt av livskvalitet, og som drøfter forholdet mellom levekår og livskvalitet. I Arbeiderpartiets program for 90-åra er høyere livskvalitet gjort til målsetting av første prioritet sammen med arbeid til alle: «I Norge er Arbeiderpartiets mål arbeid for alle og høyere livskvalitet» (DNA 1992:6, 8, 39). Som vi har argumentert for i kapittel 3, er én tolkning at Arbeiderpartiet har som ambisjon å fremme enkeltindividers subjektive lykke og tilfredshet ved å legge de økonomiske, sosiale og samfunnsmessige kår til rette for det.

Selv om vi finner tendenser til hopning av velferd i eldrebefolkningen, er disse sjelden svært sterke. Derfor er det neppe slik at manipulasjon av én levekårsfaktor, for eksempel inntekt, sterkt og umiddelbart påvirker en livskvali-

tetsfaktor som for eksempel tilfredshet. Ressursstyrke på et velferdsområde kan bare i begrenset utstrekning omdannes til goder på et annet. Spesielt synes dette å gjelde forholdet mellom økonomi og sosial forankring, og økonomi og livskvalitet. De moderate sammenhengene vi finner mellom enkelte velferdsområder legger noen viktige begrensninger på moderne velferdspolitikkk. Det er nok mulig å fremme velferd på et område ved å øke ressursene på et annet, men det er neppe den mest effektive velferdspolitikken som kan føres. La oss bruke et eksempel fra kapittel 8. I gjennomsnitt bidrar en heving av disponibel inntekt med 10 000 kroner til en økning av subjektivt velvære med 0,02 poeng på en skala som går fra 1 til 9. Vi oppnår altså kun en bagatellmessig forbedring i «lykken» til en forholdsvis høy økonomisk kostnad. Den mest effektive velferdspolitikken er sannsynligvis den som retter seg direkte mot det aspektet av velferden som en ønsker å prioritere.

Dette betyr at hvis målet er å heve velferden på alle tre områder, det økonomiske, det sosiale og det psykologiske, fordres tre ulike typer velferdspolitikkk: En økonomisk politikk for å heve pensjoner og avskaffe økonomiske vansker, en genuin sosialpolitikk for å bedre sosiale relasjoner, og en livskvalitetspolitikk for å utvikle lykke og tilfredshet.

Moderne velferdsstater som den norske har ambisjoner om å drive politikk på alle disse tre områdene. Utvilsomt er politikken rettet mot økonomisk velstand og utjevning den som er mest utviklet og som i prinsippet er minst problematisk. La oss derfor si litt mer om en velferdspolitikkk for sosiale relasjoner og livskvalitet. Begge typer politikk byr på problemer.

Ved å omfordele penger kan velferdsstaten medvirke til at mennesker som ikke kan forsørge seg gjennom produktivt lønnsarbeid også får et anstendig økonomisk utkomme. Dette skillet mellom produksjon og fordeling, mellom marked og politikk, ble formulert av John Stuart Mill på 1800-tallet. Hans ide var at økonomiske verdier produseres mest effektivt under markedsbetingelser. Men markedet skaper uakseptabelt stor ulikhet. Etter at verdiene er produsert, er det opp til det politiske systemet å omfordele dem i tråd med politiske prioriteringer.

Når det gjelder delbare og overførbare materielle verdier som penger, er nok ideen god og må vel sies å ha fungert i praksis. Men en slik tradisjonell omfordelingsmodell er langt mindre anvendelig for sosiale og udelelige goder som for eksempel vennskap, kjærlighet og livskvalitet (Ringén 1981). Når det gjelder goder som langt på vei er udelelige, er omfordeling problematisk, for ikke å si umulig. Her står vi overfor den tradisjonelle velferds- og omfordelingspolitikkens yttergrense. Vennskap og livskvalitet er ikke goder som staten kan beskatte og deretter dele ut til dem som har lite av det. Når de først er skapt, er de nesten umulig å omfordele.

Hvis det er et offentlig ansvar å kontrollere og styre fordelingen av slike goder, må det offentlige gripe direkte inn i *produksjonsprosessen* og ikke nøye

seg med å påvirke *fordelingsprosessen*. Men her står en temmelig opprødd for politiske og administrative virkemidler. Det er vanskelig, med politiske og administrative midler, å bedre sosiale relasjoner, for eksempel å øke giftemålsraten for eldre kvinner eller å heve andelen med fortrolig venn. Det er derfor litt for lettvinnt å anklage velferdsstaten for ikke å sørge for at folk har gode nok sosiale relasjoner. Hvordan skal det være praktisk mulig å bygge sosiale nettverk og vennsapsrelasjoner med vanlige administrative virkemidler? Slik sosial ingeniørkunst finnes i dag ikke, og vil heller ikke bli utviklet i overskuelig framtid. Og om vi rådde over denne ingeniørkunsten, ville det ikke være etisk betenkelig om offentlig ansatte byråkrater, kanskje helsepersonell, bevisst og målrettet skulle begynne å intervenere aktivt i folks privatliv for å skape vennskap eller kjærlighetsforhold? Mange vil mene at staten og det offentlige allerede blander seg for mye inn i den private sfære.

Heller ikke markedet kan løse slike produksjonsproblemer. Selvsagt kan «kjærlighet» kjøpes på det åpne markedet, men da endrer den karakter. Goder som kjærlighet og vennskap kan ikke omsettes på markedet uten at de taper sine iboende kvaliteter. Det er en grunnleggende motsetning mellom omsorgslogikk og økonomisk logikk.

En annen sak er at det går an å manipulere ytre sosiale og materielle betingelser for å legge forholdene til rette for utvikling av nære sosiale relasjoner og høyere livskvalitet. Dette er noe annet enn å gripe direkte inn i relasjonen mellom to eller flere mennesker. I levekårsforskningens vokabular innebærer en slik politikk å skape *arenaer* for sosial deltakelse. Flere sosiale treffsteder i det offentlige rom som eldresentre og pensjonistklubber og så videre er eksempler på slik arenabygging. Som vi var inne på i kapittel 5, er det ikke utenkelig at framveksten av slike arenaer på 1990-tallet er en årsak til bedringen av eldres sosiale integrasjon. Arenabygging er imidlertid en indirekte strategi som nettopp kjennetegnes av å legge forholdene til rette for høyere velferd. En slik politikk skaper i seg selv ikke høyere velferd. Antakelig må to andre betingelser oppfylles for at arenabygging skal ha de tilsiktete velferdsvirkninger. De eldre må ha ressurser til å delta, og de må ha vilje til å delta. Vilje og motivasjon er det vanskelig å gjøre noe med, men ressurser er jo nær sagt levekårspolitikkenes spesialie. Avrundingen på dette avsnittet blir dermed noe triviell: En velferdspolitik for eldre må stå på to bein: det må bygges arenaer som muliggjør sosial deltakelse, og eldre må rå over de nødvendige ressurser.

Livskvalitetsforskerne framhever det fordelaktige i at den velferdspolitikken som tar utgangspunkt i folks egne vurderinger, hviler på et individualistisk, eller ikke-diktatorisk, prinsipp. Dette prinsippet bygger på den innsikt at den som har skoen på, vet best hvor den trykker. Folk skal ha anledning til å gi til beste sin egen vurdering av tilværelsen, noe som i neste omgang kan være retningsgivende for politikkkutforming. Levekårsforskere vil peke på det problematiske i at subjektive vurderinger, som lykke, også påvirkes av forvent-

ninger, ikke bare av den faktiske situasjonen. Folks forventninger, ønsker og håp er foranderlige og påvirkbare. Samme materielle levestandard som for noen kan gi opphav til dyp misnøye, kan for andre skape euforisk lykke, helt avhengig av forventningene (jf kapittel 3). Dersom vi mener at livskvalitet skal overordnes ressurser i velferdspolitikken, innebærer det en fare for at politikerne og byråkraters rolle kan endres. Enkelte beslutningstakere vil falle for fristelsen til å arbeide for å dempe folks forventninger og å styre folks preferanser i ønsket retning. Ved å innrette institusjonene slik at de reduserer forventningene, kan det skapes mer lykke uten at å ta bryet med å produsere mer materiell og sosial velstand (NOU 1976:28). Velferdspolitikken kan bli redusert til forventningspolitikk, eller vil kunne degenerere til reklame. Samfunnsplanlegging kan bli avløst av pedagogikk, eller enda verre, av demagogi.

Selvsagt er forventningspolitikk allerede i dag en integrert del av den politiske agitasjon og debatt. Vi kjenner alle igjen politikerutsagn som: Det er ikke realistisk at ... Eller: Dette har intet med virkelighetens verden å gjøre ... Slike uttalelser har selvsagt som ett viktig formål å påvirke folks forventninger, preferanser og krav. Et viktig poeng er imidlertid at i dag kan tilløp til ren forventningspolitikk korrigeres ved å vise til hvorledes de objektive levekårene er. Og kunnskap om det vil tjene som politisk korrektiv nettopp fordi materielle levekår tillegges betydelig vekt i den politiske kulturen. Dersom livskvalitet hadde førsteprioritet, ville kunnskap om materielle kår være uten appell. Kort sagt, en gjennomført livskvalitetspolitikk møter store problemer.

Vi vil likevel ikke avskrive tanken om en direkte livskvalitetspolitikk fullstendig. Kanskje har den framtida for seg når det gjelder å evaluere sosialpolitiske tiltak, på samme måte som medisinerne evaluerer effektene av medisinsk behandling. I medisinen har en anvendt livskvalitetstilnærmingen for å måle de velferdskonsekvensene ulike likeverdige behandlingsformer har. Hvis det er kjent at ulike behandlingsformer er like effektive, eller ineffektive, kan kunnskap om hvordan de ulike behandlingsformene påvirker pasientens livskvalitet, brukes til å bestemme valget av behandlingsform. Blant annet i kreftbehandlingen har en forsøkt slike tilnærminger. Denne modellen kan også overføres til velferdspolitikken. Det vil for eksempel være mulig å vurdere alternative, men likeverdige, boformer for eldre ved hjelp av de eldres tilfredshet. Den samme modellen kan anvendes for ulike typer tjenester, og en lang rekke andre tiltak for eldre.

Vår kritiske omtale av livskvalitetstradisjonen betyr imidlertid ikke at levekårstradisjonen er uten problemer. Som vi var inne på i kapittel 3, er levekårsteoriens tro på valgfriheten svært enkel, noen vil si for enkel. Den bygger på flere tvilsomme forutsetninger som for eksempel at mennesker opptrer fornuftig, de kjenner valgalternativene, har klargjort sine mål, har oversikt over midlene og vet hvilke arenaer de skal handle på. De har óg kunnskap om konsekvensene både på kort og lang sikt. En annen beskyldning som er rettet

mot levekårstradisjonen er at den er paternalistisk. Det er forskeren eller beslutningstakeren som bestemmer hva levekår er, og hva som er gode og hva som er dårlige levekår for deg. Et eksempel: Trangboddhet er en mye brukt indikator på dårlige boforhold. For unge mennesker er «trangboddhet» først og fremst et livsfasekjennetegn og oppleves sjelden som problematisk. For eldre mennesker er trangboddhet et lite utbredt problem. Et mer omfattende problem er at eldre synes de har for store boliger som er upraktiske og tunge å stelle. Ingen av delene fanger levekårsstilnærmingen opp.

Velferdspolitikken basert både på livskvalitet og på levekår har således sine problemer. Det kan være vanskelig å finne den riktige balansen mellom objektive levekår og subjektiv livskvalitet. Spørsmålet er hvordan vi som Odyssevs skal klare å seile støtt mellom Skylla og Karybdis. Med andre ord: hvordan skal vi ta tilbørlig hensyn til folks objektive levekår og samtidig til deres subjektive velferd, uten å havne i de problemer objektivismen medfører, eller i de problemer subjektivismen fører med seg. Det er ingen enkel løsning på dette dilemmaet, og det er heller ikke et spørsmål som forskning alene kan gi svar på. Spørsmålet er i første rekke politisk, og det er politikernes jobb å navigere i dette urene farvannet. Demokratiske samfunn er også utstyrt med en sikkerhetsventil som garanterer at dersom tilstrekkelig mange mener at sittende politikere legger for stor vekt på enten levekår eller livskvalitet, så kan de skiftes ut ved neste valg.

Litteratur

- Album, D. (1984), «Standard for inndeling etter sosioøkonomisk status. Standarder for norsk statistikk.» Oslo: Statistisk sentralbyrå
- Allhardt, E. (1975), *Att ha, att älska, att vara*, Lund: Argos Förlag
- Andrews, F.M. og J.P. Robinson (1991), «Measures of subjectiv well-being». I: Robinson, J.P., P.R. Shaver, og L.S. Wrightsman, red., *Measures of personality and social psychological attitudes*. London: Academic Press
- Arbeids- og administrasjonsdepartementet (1991), *Arbeidsrapport om pensjonistenes inntektsituasjon/levestandard*. Oslo: Arbeids- og administrasjonsdepartementet
- Arber, Sara (1989), «Class and the elderly.» *Social studies review*, 4:90–95
- Arber, Sara (1993), «Class, caring and the life course». I: Arber, S. og M. Evandrou, red., *Ageing, independence and the life course*. London: Kingsley in association with the British Society of Gerontology
- Arber, Sara og Jay Ginn (1991a), *Gender and later life. A sociological analysis of resources and constraints*. London: Sage Publications
- Arber, Sara og Jay Ginn (1991b), «Gender, class and inequalities in later life.» *British journal of sociology*, 42:369–395
- Arber, Sara og Jay Ginn (1991c), «The invisibility of age: gender and class in later life.» *Sociological review*, 39:260–291
- Arber, Sara og Jay Ginn (1992), «Class and caring: a neglected dimension.» *The journal of British sociological association*, 26:619–634
- Arber, Sara og Jay Ginn (1993a), «Gender and inequalities in health in later life.» *Social Science & Medicine*, 36:33–46
- Arber, Sara og Jay Ginn (1993b), «The gendered resource triangle: Health and resources in later life». I: Platt, S. mfl, red., *Locating health – Sociological and historical explorations*. Aldershot: Avebury
- Arber, Sara og Maria Evandro (1993), *Ageing, independence and the life course*. London: Kingsley in association with the British Society of Gerontology
- Aristoteles i Wetlesen, Jon (1971), *Praktisk argumentasjon. Etiske avgjørelses- og begrunnelsesmetoder*. Oslo: Universitetsforlaget
- Atkinson, T. (1982), «The stability and validity of quality of life measures.» *Social indicators research*, 10:113–132

- Barker D., red. (1992), *The fetal and infant origins of adult disease*. London: British Medical Journal Publications
- Barlindhaug, Rolf (1995), *Kan eldres boligformue redde velferdsstaten?* Upublisert rapport. Oslo: Norges byggforskningsinstitutt
- Barstad, Anders (1992), «Utviklingen i helsetilstanden: Bedre helse for eldre.» *Samfunnsspeilet*, 6:20–29
- Bay, Ann Hélen (1991) «Oppfatninger om eldres økonomi». I: Hatland, A., red., *Trygd som fortjent? En antologi om trygd og velferdsstat*. Oslo: Ad Notam
- Bay, Ann Hélen (1993), *Pensjon eller omsorg? Et eldrepolitisk dilemma*. INAS-rapport 93:2. Oslo: Institutt for sosialforskning
- Bergh, Trond mfl (1983), *Norge fra U-land til I-land*. Oslo: Gyldendal
- Beverfeldt, Eva (1982), «Om Norsk gerontologisk institutt. Et aldersforskningsinstitutt blir til». I: *Norsk gerontologisk institutt 25 år, 1957–1982*. Oslo: Norsk gerontologisk institutt
- Bjelland, A.K. (1992), *Livsløp og livshistorier. Flere bidrag til en livsløpsforståelse av alderdommen*. NGI-rapport 4:92. Oslo: Norsk gerontologisk institutt
- Bond, John (1986), «Political economy as a perspective in the analysis of old age». I: Phillipson C., M. Bernard og P. Strang, *Dependency and interdependency in old age. Theoretical perspectives and policy alternatives*. London: Croom Helm
- Bradburn, N.M. (1969), *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine Publishing Company
- Brevik, I. (1993), Hjelpebehov og tilgang på omsorg til eldre i storby 1991. Utkast til rapport. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning
- Brody, J.A. (1985), «Prospects for an ageing population.» *Nature*, 315:463
- Brunborg, Helge (1992), «Hva skjer med verdens befolkning?» *Samfunnsspeilet*, 6:44–48
- Bury, M. (1988), «Arguments about Ageing: Long life and its consequences». I: Wells, N. og C. Freer, *The ageing population – Burden or Challenge?* London: Macmillan
- Campbell, A., P.E. Converse, W.L. Rodgers (1976), *The quality of American life: perceptions, evaluations, and satisfactions*. New York: Russell Sage Foundation
- Carp, F.M. (1989), «Maximizing data quality in community studies of older people». I: Lawton, M.P. og A.R. Herzog, red., *Special research methods for gerontology*, New York: Baywood Publishing Company
- Chamberlain, K. (1988), «On the structure of subjective well-being.» *Social Indicators Research*, 20:581–604

- Clausen, Sten-Erik (1993), *Privat eldreomsorg i storby*. NIBR-rapport 1993:19. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning
- Clausen, Sten-Erik (1995), *De eldres levkår i Oslo indre vest*. NIBR-rapport 1995:5. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning
- Cohen, J. og P. Cohen (1983), *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum
- Cook, F.L. (1992), «Ageism: Rhetoric and reality.» *The gerontologist*, 32:292–293
- Cumming, E. og W. Henry (1961), *Growing old*. New York: Basic Books
- Dahl, E. mfl (1994), *Velferdssignaler. En analyse av offentlige utredninger om velferdsstatens framtid*, Fafo-rapport 174, Oslo: Fafo
- Dahl, Espen og Gunn Elisabeth Birkelund (1995), *Health inequalities in later life in a socialdemocratic welfare state*. Under publisering i *Social Science & Medicine*
- Dahl, Grete (1989), *De eldres inntekter – nivå og ulikhet*. SSB-rapport 1989/12. Oslo: Statistisk sentralbyrå
- Danielsen, Kirsten og Åsmund Langsether (1987), *Gammel i storby. Boforhold, nærmiljø og aktivitetsmønstre*. INAS-rapport 1987:4. Oslo: Institutt for sosialforskning
- Danielsen, Kirsten (1991), *Aldring, livsløp og livsform. En begrepsdiskusjon*. GerArt nr. 8/91. Oslo: Norsk gerontologisk institutt
- Det Norske Arbeiderparti (1992), *Mer fellesskap. Sosialdemokratisk program for 90-åra*
- Dex, Shirley, red. (1991), *Life and work history analyses: Qualitative and quantitative developments*. London: Routledge
- Diener, E. (1994), «Assessing subjective well-being: Progress and opportunities». *Social indicators research*, 31:2
- Diener, E. mfl (1985), «The satisfaction with life scale.» *Journal of personality Assessment*, 49:71–75
- Daatland, Svein Olav (1994a), *Hva skjer i eldresektoren?* NGI-rapport 1/1994. Oslo: Norsk gerontologisk institutt
- Daatland, Svein Olav (1994b), *Hjemmehjelper i eldreomsorgen*. NGI-rapport 2/1994. Oslo: Norsk gerontologisk institutt
- Daatland, Svein Olav (1994c), «Gerontologisk forskning frisk, men truet». I: *Norsk selskap for aldersforskning gjennom 40 år 1954–1994*, s. 33–44. Oslo: Norsk gerontologisk institutt
- Daatland, Svein Olav (1995), «Aldersforskning og sosialpolitikk: Dominerende paradigmer og kritiske alternativer». I : Daatland, Svein Olav og Per Erik Solem, *Aldersforskning i kritisk lys*. NGI-rapport 2:95. Oslo: Norsk gerontologisk institutt

- Elstad, Jon Ivar (1983), *Sosial-indikator-bevegelsen. Oversikt og vurdering*. INAS-rapport 83:6. Oslo: Institutt for sosialforskning
- Elstad, Jon Ivar (1984), *Levekår – sammenheng og helhet*. INAS-rapport 84:1. Oslo: Institutt for sosialforskning
- Elstad, Jon Ivar (1987), «Kommentar til innledningen om levekårsbegrepet i samfunnsvitenskapen». I: *Levekårsforskning. Konferanserapport*. RSE, Helse-, miljø- og levekårsforskning, rapport nr. 3. Oslo: Rådet for samfunnsvitenskapelig forskning
- Elstad, Jon Ivar (1995), *Inequalities in health related to women's marital, parental, and employment status – a comparison between the early 70s and the late 80s, Norway*. Manuskript til vurdering
- Elster, Jon (1989), *Nuts and bolts for the social sciences*. Cambridge: Cambridge University Press
- Engelstad, Fredrik (1994), «Levekårsforskning i Norge. Noen momenter til videre forskning». I: Engelstad, F., red., *Levekår og fordelingsproblemer*. Rapport 94:17. Oslo: Institutt for samfunnsforskning
- Engedal, K. og P.K. Haugen (1991), *Aldersdemens. Fakta og utfordringer*. Sem: INFO-banken
- Erikson, E. (1977), *Childhood and society*. London: Triad Paladin
- Erikson, R. og H. Uusitalo (1987), «The scandinavian approach to welfare research». I: Erikson, R. mfl, red., *The scandinavian model – welfare states and welfare research*. New York: Sharpe
- Erikson, R. (1994), «Description of inequality: The Swedish approach to welfare research». I: Nussbaum, M.C. og A.K. Sen, red., *The Quality of Life*. Oxford: Clarendon Press
- Erstad, Terje (1995), «Pensjoner utenfor folketrygden stadig viktigere.» *Samfunnsspeilet*, 1/95
- Estes, C. (1986), «The politics of ageing in America.» *Ageing and society*, 6:121–134
- Fennell, Graham (1986), «Structured dependency». I: Phillipson C., M. Bernard og P. Strang, *Dependency and interdependency in old age. Theoretical perspectives and policy alternatives*. London: Croom Helm
- French, S.L., W.L. Gekoski, og V.J. Knox (1995), «Gender differences in relating life events and well-being in elderly individuals.» *Social indicators research*, 35:1–25
- Fries, J.F. (1980), «Aging, natural death and the compression of morbidity.» *New England Journal of Medicine*, 303:130
- Fordyce, M.W. (1988), «A review of research on the happiness measures: A sixty second index of happiness and mental health.» *Social Indicators Research*, 20:355–381

- Furre, Berge (1982), *Norsk historie 1905–1940*. Oslo: Det Norske Samlaget
- Furre, Berge (1992), *Norsk historie 1905–1990*. Oslo: Det Norske Samlaget
- Føllesdal, A. (1994), *Velferd, ressurser eller muligheter? Grunntrekk i normative teorier om fordeling: Hvilke krav stiller de til måling av levekår?* Innlegg på seminar om levekår og fordelingsproblemer, Institutt for samfunnsforskning 14. juni 1994
- Gautun, Heidi (1993), *Gammel, barnløs og alene? En sammenligning av omsorg til eldre med og uten barn*. INAS-rapport 5:93. Oslo: Institutt for sosialforskning
- Gautun, Heidi (1996), *Oslo-ungdoms erfaringer med og holdninger til vold*. Fafo-rapport under publisering
- Gravningsmyhr, H.A. (1995), «Pensjonister, pensjon og skattelegging. Fremskrivning av antallet pensjonister og pensjonsinntekt frem til 2030.» *Økonomiske analyser* 3:95. Oslo: Statistisk sentralbyrå
- Gulbrandsen, Ole (1990), *Husholdninger med eldre funksjonshemmede i framtida*. Oslo: Norges byggeforskningsinstitutt
- Hagestad, Gunhild O. (1990), «Social perspectives of the life course». I: Binstock, R.H. og L.K. George, red., *Handbook of aging and the social sciences*. New York: Van Nostrand Reinholdt Company
- Hatland, A. (1994), «Alderspensjonene». I: Hatland, A., S. Kuhnle og T.I. Romøren, *Den norske Velferdsstaten*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Hays, R.D., T. Hayashi, og A. L. Stewart (1989), «A five-item measure of socially desirable response set.» *Educational and psychological measurement*, 49:629–636
- Heclo, Hugh (1981), «Towards a new welfare state». I: Flora, Peter og Arnold J. Heidenheimer, red., *The development of the welfare states in Europe and America*. New Jersey: Transaction
- Helset, A. (1991), *Gamle kvinner i Norden. Deres liv i tekst og tall*. NGI-rapport 6:91. Oslo: Norsk gerontologisk institutt
- Hernes, G., red. (1978), *Forhandlingsøkonomi og blandingsadministrasjon*. Oslo: Universitetsforlaget
- Herzog, A.R og R.A. Kulka (1989), «Telephone and mail surveys with older populations. A methodological overview». I: Lawton, M.P. og A.R. Herzog, red., *Special research methods for gerontology*. New York: Baywood Publishing Company
- Hirsch, Fred (1978), *Social limits to growth*. London: Routledge & Kegan Paul
- Hjort P.E. og H.Th. Waaler (1995), «Eldres helse». I: Hurlen, P. og R. Nordhagen, red., *Den norsk folkehelse*. Oslo: Universitetsforlaget
- Hodne, Fritz og Ola Honningdal Grytten (1992), *Norsk økonomi 1900–1990*. Oslo: TANO

- Holter, Harriet (1974), *Kvinnens liv og arbeid*. Oslo: Universitetsforlaget
- Hosmer, D.W. og S. Lemeshow (1989), *Applied logistic regression*. New York: John Wiley and Sons
- INAS (1993), *Årsrapport 1992*. Oslo: Institutt for sosialforskning
- INAS (1994), *Årsrapport 1993*. Oslo: Institutt for sosialforskning
- INAS (1995), *Årsrapport 1994*. Oslo: Institutt for sosialforskning
- Johansson, S. (1993), *Om begrepp og metodproblem i velfærdsforskningen*. Notat av 2.12.93 til NOU 93:17, Levekår i Norge
- Iversen, G. mfl (1987), «Levekår i Norge: Ulikhet, stabilitet og helhet.» *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 28:229–245
- Kart, C.K. (1987), «Review Essay: The end of conventional gerontology?» *Sociology of health & illness*, 9:76–87
- Kjeldstad, Randi (1988), *Inntekt over livsløpet: Pensjonsgivende inntekt og alderspensjon. Forskjeller mellom kvinner og menn i fire fødselskohorter*. INAS-rapport 1988. Oslo: Institutt for sosialforskning
- Koren, Charlotte (1989), *Trygdemeldingen og kvinners trygderettigheter. Økonomiske analyser 8*. Oslo: Statistisk sentralbyrå
- Koren, Charlotte (1994), *De gamle enkene og folketrygden*. INAS-notat 1994:6 Oslo: Institutt for sosialforskning
- Koren, Charlotte (1994), *Pensjonistenes økonomi*. Foredrag holdt på Lillehammer, september 1994. Oslo: Institutt for samfunnsforskning
- Koren, Charlotte (1995), *Skatt på pensjon – Skattlegging av pensjonister i perioden 1980 til 1993*. INAS-notat 1995:2. Oslo: Institutt for sosialforskning
- Kuhnle, Stein og Liv Solheim (1985), *Velferdsstaten – vekst og omstilling*. Oslo: TANO
- Kuhnle, S. (1994), «Velferdsstatens politiske grunnlag». I: Hatland, A., S. Kuhnle og T.I. Romøren, *Den norske Velferdsstaten*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Kymlicka, Will (1990), *Contemporary political philosophy*. Oxford: Clarendon Press
- Larsen, R.J., E. Diener og R.A. Emmons (1985), «An evaluating of subjective well-being measures.» *Social indicators research*, 17:1–18
- Latten, J.J. (1988), «Life-course and satisfaction, equal for every-one?» *Social indicators research*, 21:599–610
- Lauvli, M. (1991), *Utbygging av serviceboliger i Norge*. NGI-rapport 2:91. Oslo: Norsk gerontologisk institutt
- Lauvli, M (1992), *Servicebolig. Selvstendighet og trygghet under samme tak?* NGI-rapport 5:92. Oslo: Norsk gerontologisk institutt

- Lian, Rolv (1990), *Tilgjengelighet i norske boliger*. Upublisert notat. Oslo: Norges byggforskningsinstitutt
- Lingsom, Susan (1987), *I eget hjem med andres hjelp. Offentlig og privat omsorg i eldres hverdag*. INAS-rapport 1987:3. Oslo: Institutt for sosialforskning
- Lingsom, Susan (1989), *Gammel og sprek. Om endringer i eldres hjelpebehov*. INAS-rapport 1989:8. Oslo: Institutt for sosialforskning
- Lingsom, Susan (1991), *Hjelp etter behov? Offentlig og privat omsorg for hjemmeboende eldre*. INAS-rapport 1991:5. Oslo: Institutt for sosialforskning
- Lundberg, O. og M. Thorslund (1993), *Att göra levnadsnivåundersökningar om de äldsta*. Särtrycksserie nr 407. Stockholm: Institutet för socialforskning
- Lødemel, I. og J. Flaa (1993), *Sosial puls. Myter og fakta om velferd*. Fafo-rapport 156. Oslo: Fafo
- Løchen, Y. (1990), «Den sosiale forvitring». I: Løchen Y. red., *Formål og fellesskap*. Oslo: Prosjekt alternativ framtid
- Manton, K.G. og B.J. Soldo (1985), «Dynamics of health changes in the oldest old: New perspectives and evidence.» *Health and society*, 63:206–285
- Manton, K.G. og B.J. Soldo (1992), «Disability and mortality among the oldest old: Implication for current and future health and long-term-care service needs». I: Suzman, R.M., D.P. Willis og K.G. Manton, red., *The oldest old*. New York: Oxford University Press
- Mastekaasa, Arne (1993), *The relationship between marital status and subjective well-being: Consistency, variation, and causal explanations*. ISO-rapport 38:93. Oslo: Universitetet i Oslo
- Mastekaasa, Arne og Torbjørn Moum (1984), «The perceived quality of life in Norway: Regional variations and contextual effects.» *Social indicators research*, 14:385–419
- Mastekaasa, Arne mfl (1988), *Livskvalitetsforskning*. Rapport 1988:6. Oslo: Institutt for samfunnsforskning
- Merton, R.K.(1957), *Social theory and social structure*. Illinois: Glencoe
- Michalos, A.C. (1987), «What makes people happy? Social indicators and quality». I : *Levekårsforskning. Konferanserapport*. RSF, Helse-, miljø- og levekårsforskning, rapport nr. 3. Oslo: Rådet for samfunnsvitenskapelig forskning
- Moum, Knut (1991), «Formue og sparing over livsløpet». I: Moum, red., *Husholdningenes sparing*, SSB-rapport 1991:16. Oslo: Statistisk sentralbyrå
- Moum, T. (1983), *Resignation and quality of life*. Paper på 1983 Conference of systems, Caracas. Oslo: Institutt for samfunnsforskning

- Moum, T. (1987), «Levekårsforskning og subjektivt velvære». I: *Levekårsforskning. Konferanserapport*. RSE, Helse-, miljø- og levekårsforskning, rapport nr. 3. Oslo: Rådet for samfunnsvitenskapelig forskning
- Moum, T. (1991), «Egenvurdert helse. Medisinske og sosiologiske forklaringsmodeller». I: Moum, T., red., *Helse i Norge. Sykdom, livsstil og bruk av helsetjenester*. Oslo: Gyldendal
- Moum, T. (1995), *Mode of administration and interviewer effect in self-reported symptoms of anxiety and depression*. Manuskript til vurdering
- Negård, B. og M.K. Holst (1994), *Bedre livskvalitet i eldre år. Vi kan om vi vil*. Stensil. Verdal
- Norsk gerontologisk institutt (1995), *Årsmelding 1994, arbeidsplan 1995*. Oslo: Norsk gerontologisk institutt
- NOU 1976:28, *Levekårsundersøkelsen: sluttrapport*
- NOU 1992:1, *Trygghet – Verdighet – Omsorg*
- NOU 1993:17, *Levekårsutredningen*
- NOU 1994:2, *Fra arbeid til pensjon* (Lundutvalget)
- Norges byggforskningsinstitutt (1993), *Prosjekter og kunnskapsformidling 1993*. Oslo: Norges byggforskningsinstitutt
- Norges byggforskningsinstitutt (1990), *Boligforskning i Norge – Kartlegging av samlet aktivitet på området*. Foreløpig rapport. Oslo: Norges byggforskningsinstitutt
- Næss, Siri (1986), *Yrkeskvinnen – husmor? Gifte kvinners livskvalitet*. INAS-rapport. Oslo: Institutt for sosialforskning
- Næss, Siri, (1991), «Ensomhet, livssituasjon og alder.» *Aldring & Eldre*, 4:91
- Næss, Siri, (1992), «Alder og livskvalitet.» *Aldring & Eldre*, 2:91
- Nøhr, Øyvind (1995), *Opp ei trapp og inn ei dør... Om hjemmeboende brukere og boligen i Bygdøy-Frogner bydel*. Dokument 1/1995 Oslo: Bygdøy-Frogner bydel
- Paulhus, D.L. (1991), «Measurement and control of response bias». I: Robinson, J.P., P.R. Shaver og L.S. Wrightsman, red., *Measures of personality and social psychological attitudes*. London: Academic Press
- Pavot, W. og E. Diener (1993), «The affective and cognitive context of self-reported measures of subjective well-being.» *Social indicators research*, 28:1–20
- Phillipson, C. (1982), *Capitalism and the construction of old age*. London: Macmillan
- Phillipson, C. og A. Walker, red. (1986), *Ageing and social policy. A critical assessment*. Gower: Aldershot

- Phillipson, C., M. Bernard og P. Strang, red. (1986), *Dependency and inter-dependency in old age – Theoretical perspectives and policy alternatives*. British society of gerontology. London: Croom Helm
- Platz, Merete (1986), *Lengst mulig i eget hjem*. Rapport 157. København: Socialforskningsinstituttet
- Platz, Merete (1989), *Gamle i eget hjem. En undersøkelse blant eldre i Odense*. Rapport 89:12. København: Socialforskningsinstituttet
- Rawls, John (1971), *A theory of justice*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press
- Rawls, John (1982), «Social unity and primary goods». I: Sen, A.K. og B. Williams, red., *Utilitarianism and beyond*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press
- Ringen, Stein (1981), *Hvor går velferdsstaten? Fordelingspolitikkenes opprinnelse og fremtid*. Oslo: Gyldendal
- Ringen, Stein (1995), «Well-being, measurement, and preferences.» *Acta Sociologica*, 38 Nr 1:3–15
- Robinson, J.P., P.R. Shaver, og L.S. Wrightsman (1991), «Criteria for scale selection and evaluation». I: Robinson, J.P., P.R. Shaver, og L.S. Wrightsman, red., *Measures of personality and social psychological attitudes*. London: Academic Press
- Roos, J.P. (1987), «Välfärdsforskningen, den livshistoriska analysen och levnadsättet». I: *Levekårsforskning. Konferanserapport*. RSF, Helse-, miljø- og levekårsforskning, rapport nr. 3. Oslo: Rådet for samfunnsvitenskapelig forskning
- Seim, S. (1988), *Tenåringer blir voksne og eldre. Intelligens og personlighet fra 13 til 30 til 60 år*. NGI-rapport 8:88. Oslo: Norsk gerontologisk institutt
- Sen, Amartya (1982), *Choice, welfare, and measurement*. Mass.: MIT Press
- Sen, Amartya (1992), «Functionings and capability». I: Sen, Amartya, *Inequality reexamined*. Oxford: Clarendon Press
- Seip, Anne-Lise (1994), *Veiene til velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal
- Sherbourne C.D. og L. S. Meredith (1992), «Quality of self-report data: A comparison of older and younger chronically ill patients.» *Journal of gerontology*, 42:204–211
- Skrede K. og K. Tornes, red. (1986), *Den norske kvinnerevolusjonen*. Oslo: Universitetsforlaget
- Slagsvold, Britt (1977), *Om hvorfor man trives når man ikke har det godt. Noen synspunkter på sammenhengen mellom eldres trivsel og deres livsbetingelser*. Stensil. Oslo: Norsk gerontologisk institutt
- Slagsvold, Britt (1995), *Mål eller mening. Om å måle kvalitet i aldersinstitusjoner*. NGI-rapport 1:95. Oslo: Norsk gerontologisk institutt

- Solem, Per Erik (1990), *Aldring, mestring og trivsel*. GerArt nr. 5/90. Oslo: Norsk gerontologisk institutt
- Solem, Per Erik (1995), «Aktivitet eller gerotranscendens? Et kritisk lys på sosialgerontologens teori». I: Daatland, Svein Olav og Per Erik Solem, *Aldersforskning i kritisk lys*. NGI-rapport 2:95. Oslo: Norsk gerontologisk institutt
- Sosialdepartementet (1992), *Rapport fra arbeidsgruppe som har kartlagt ytelser til pensjonistene utenom pensjonene*.
- Sosialdepartementet (1994), *Kvalitet i eldreomsorgen*. Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og helsedepartementet (Strengenhagenutvalget)
- Sosialdepartementet (1994), *Trygg og aktiv i eldre år*. (I-0713/1)
- Sosialistisk Venstreparti (1993), *Solidarisk Vegvalg, Arbeidsprogram for Sosialistisk Venstreparti (1993–97)*
- Statistisk sentralbyrå (1992), *Levekårsundersøkelsen 1991*
- Statistisk sentralbyrå (1993), *Inntekts- og formuesstatistikk 1982, 1984–1990*
- Statistisk sentralbyrå (1993), *Sosialt utsyn*
- Statistisk sentralbyrå (1993), *Ukens statistikk 20/93*
- Statistisk sentralbyrå (1993), *Ukens statistikk 36/93*
- Statistisk sentralbyrå (1994), *Statistisk årbok*
- Statistisk sentralbyrå (1995), *Historisk statistikk 1994*
- Statistisk sentralbyrå (1995), «Inntekts- og formuesundersøkelsen 1993». *Ukens statistikk 35/95*
- Statistisk sentralbyrå (1995), «Inntekts- og formuesundersøkelsen 1993». *Ukens statistikk 42/95*
- Statistisk sentralbyrå (1995), *Levekår blant eldre 1995*. Dokumentasjonsrapport
- St.meld. 4 1992–93, Regjeringens langtidsprogram
- St.meld. 35 1995, *Velferdsmeldingen*
- St.meld. 50 1993–94, *Samarbeid og styring*
- St.prp. nr. 60 (1995), *Om trygdeoppjøret*
- Thomsen, K.M. (1994), *Det gode liv etter 66. – Hva mener pensjonister i Halden om sin egen situasjon?* OR. 28/94. Halden: Stiftelsen Østfoldforskning
- Thorsen, Kirsten (1988), *Ensomhet, som opplevelse og utfordring. En studie av ensomhet blant eldre*. NGI-rapport 9:1988. Oslo: Norsk gerontologisk institutt

- Thorsen, Kirsten (1990), *Alene og ensom, sammen og lykkelig? Ensomhet i ulike aldersgrupper*. NGI-rapport 2:1990. Oslo: Norsk gerontologisk institutt
- Thorsen, Kirsten (1992), *Livslop og alderdom*. NGI-rapport 6:92. Oslo: Norsk gerontologisk institutt
- Thorslund, M. og O. Lundberg (1994), «Health and inequalities among the oldest old.» *Journal of Aging and Health*, 6:1–69
- Titmuss, R. (1958), *Essays on the welfare state*. London: Allen and Unwin
- Tornes, Kristin (1986), «Kvinnerens plass i offentlig arbeidsmarkedspolitikk». I: Skrede, Kari og Kristin Tornes, red., *Den norske kvinnerevolusjonen*. Oslo: Universitetsforlaget
- Tornstam, L. (1989), «Gero-transcendence: A reformulation of the disengagement theory.» *Aging*, 1:55–63
- Tornstam, L. (1994), *Aldrandets sosialpsykologi*. Stockholm: Rabén Prisma
- Townsend, P. (1979), *Poverty in the United Kingdom*. London: Penguin
- Townsend, P. (1981), «The structured dependency of the elderly: A creation of social policy in the twentieth century.» *Ageing and Society*, 1:5–28
- Townsend, P. (1986), «Ageisme and social policy.» I: Phillipson, C. og A. Walker, red., *Ageing and social policy. A critical assessment*. Gower: Aldershot
- Verbrugge, L.M. (1989), «Gender, ageing and health». I: Markides, K.S., red., *Ageing and health; Perspectives on gender, race, ethnicity, and class*. London: Sage Publications
- Victor, C.R. (1989), «Inequalities in health in later life.» *Age and Ageing*, 18:387–391
- Victor, C.R. (1991), «Continuity or change: Inequalities in health in later life.» *Ageing and Society*, 11:23–29
- Walker, A. (1981), «Towards a political economy of old age.» *Ageing and Society*, 1:73–94
- Walker, A. og C. Phillipson (1986), «Introduction». I: Phillipson, C. og A. Walker, red., *Ageing and social policy. A critical assessment*. Gower: Aldershot
- Wallace, R.B., F.J. Kohout, og P. L. Colsher (1992), «Observation on interview surveys of the oldest old». I: Suzman, R.M., D.P. Willis, og K.G. Manton, *The oldest old*. Oxford: Oxford University Press
- Wells, N. og C. Frær, red. (1988), *The ageing population: Burden or challenge?* London: Macmillan

Wærness, K., J-E. Lund og L. Tornstam, red. (1993), *Livsløp blant gamle i Norden*. Rapport 93:2. Oslo: Norsk gerontologisk institutt

Ås, Dagfinn (1990), *Minstepensjonister: Hvem er de, hvordan bor de og hva med deres boliggifter?* Upublisert delanalyse fra Norges byggforskningsinstitutt

Vedlegg 1 Tabeller

Vedleggstabell 5.1 Andel av befolkningen over 16 år i 1991 som har ulike levekårsulemper, etter alder og kjønn. Prosent

	16-24 år		25-44 år		45-66 år		67-79 år		Alle
	M	K	M	K	M	K	M	K	
Utsatt for vold eller trusler	12	9	7	5	3	2	0	2	5
Frykt for vold	3	18	2	16	3	16	6	24	10
Trangbodd	11	12	11	12	3	2	3	2	8
Bor dårlig	14	14	10	10	6	6	13	12	10
Bor alene	12	12	17	9	13	14	18	53	16
Uten fortrolig venn	12	5	21	8	30	14	38	25	18
Sjelden kontakt med familie	5	8	16	17	10	8	12	11	12
Hjelpetrengende	0	2	1	2	3	9	13	30	5
Med langvarig sykdom	32	42	41	44	54	65	71	75	50
Har ikke fritidshus	76	79	81	84	62	64	69	77	75
Problemer med løpende utgifter	12	20	15	17	5	7	3	5	12
Problemer med uforutsett utgift på 2000 kroner	13	21	14	17	9	12	6	15	14
Antall (N)	342	319	715	748	550	505	219	246	3644

Kilde: Levekårsundersøkelsen 1991, SSB 1992

Vedleggstabell 6.1a Inntekt etter sosial bakgrunn, kontrollerte sammenhenger

	B	T	Sign
Kjønn	-24468	-3,37	0,0008
Sivilstand	-57420	-8,72	0,0000
Alder	-3300	-6,72	0,0000
Lavere funksjonær	25275	2,74	0,0062
Høyere funksjonær	62865	7,73	0,0000
Andre selvstendige	26877	2,33	0,0200
Andre	21778	2,13	0,0334
Bosted	7272	3,43	0,0006

Vedleggstabell 6.1b Nettoformue etter sosial bakgrunn, kontrollerte sammenhenger

	B	T	Sign
Kjønn	-101735	-2,21	0,0274
Sivilstand	-182842	-4,38	0,0000
Alder	-4638	-1,49	0,1370
Lavere funksjonær	149809	2,56	0,0106
Høyere funksjonær	288736	5,59	0,0000
Andre selvstendige	305241	4,17	0,0000
Andre	184342	2,85	0,0046
Bosted	11130	0,83	0,4086

Vedleggstabell 6.2a Betalingsvansker etter sosial bakgrunn, kontrollerte sammenhenger

	Oddsratio	Sig
Kjønn	0,57	0,0139
Sivilstand	0,55	0,0014
Alder	0,95	0,0443
Ufaglært arbeider	2,16	0,0294
Faglært arbeider	0,69	0,6879
Lavere funksjonær	0,82	0,6363
Midlere funksjonær	0,60	0,3312
Høyere funksjonær	0,67	0,6692
Bønder/fiskere	0,53	0,4892
Andre selvstendige	3,15	0,1098
Bosted	0,99	0,9056

Vedleggstabell 6.2b Eieforhold til boligen etter sosial bakgrunn, kontrollerte sammenhenger

	Oddsratio	Sig
Kjønn	0,90	0,3632
Sivilstand	0,72	0,0005
Alder	1,09	0,0000
Ufaglært arbeider	1,08	0,6675
Faglært arbeider	1,11	0,7562
Lavere funksjonær	0,88	0,5363
Midlere funksjonær	0,47	0,0028
Høyere funksjonær	0,62	0,2337
Bønder/fiskere	1,67	0,0792
Andre selvstendige	1,66	0,2074
Bosted	1,01	0,9075

Vedleggstabell 6.2c Utdanning etter sosial bakgrunn, kontrollerte sammenhenger

	Beta	T	Sig
Kjønn	0,127167	3,69	0,0002
Sivilstand	-0,004391	-0,14	0,8901
Alder	-0,071147	-2,31	0,0214
Lavere funksjonær	0,175751	4,67	0,0000
Høyere funksjonær	0,597392	17,24	0,0000
Andre selvstendige	0,144523	4,76	0,0000
Andre	0,121725	3,50	0,0005
Bosted	0,122488	4,11	0,0000

Vedleggstabell 6.2d Trangboddhet etter sosial bakgrunn, kontrollerte sammenhenger

	Oddsratio	Sig
Kjønn	1,19	0,6431
Sivilstand	4,05	0,0088
Alder	0,99	0,7307
Klasse	-----	0,9304
Bosted	0,62	0,0256

Vedleggstabell 6.3a Uten fortrolig venn etter sosial bakgrunn, kontrollerte sammenhenger

	Oddsratio	Sig
Kjønn	0,99	0,9105
Sivilstand	1,06	0,4797
Alder	1,03	0,0223
Klasse	---	0,1686
Bosted	1,24	0,0002

Vedleggstabell 6.3b Følelse av å være ensom og forlatt etter sosial bakgrunn kontrollerte sammenhenger.

	Oddsratio	Sig
Kjønn	1,15	0,3847
Sivilstand	2,26	0,0000
Alder	1,06	0,0019
Klasse	-----	0,2962
Bosted	0,99	0,8880

Vedleggstabell 6.3c Ekteskapelig status etter sosial bakgrunn, kontrollerte sammenhenger

	Oddsratio	Sig
Kjønn	0,54	0,0000
Alder	0,91	0,0000
Ufaglært arbeider	1,30	0,1079
Faglært arbeider	1,03	0,9186
Lavere funksjonær	1,24	0,2216
Midlere funksjonær	1,27	0,1632
Høyere funksjonær	1,64	0,1020
Bønder/fiskere	0,57	0,0397
Andre selvstendige	0,63	0,1983
Bosted	0,96	0,4226

Vedleggstabell 6.3d Kontakthypighet med barn etter sosial bakgrunn, kontrollerte sammenhenger

	B	T	Sign
Kjønn	0,02	0,53	0,5957
Sivilstand	0,04	1,01	0,3124
Alder	-0,02	-0,51	0,2532
Lavere funksjonær	0,11	2,15	0,0323
Høyere funksjonær	0,12	2,67	0,0077
Andre selvstendige	0,04	1,14	0,2532
Andre	0,03	0,65	0,5192
Bosted	-0,01	-0,29	0,7702

Vedleggstabell 6.4a Plaget av sykdom etter sosial bakgrunn, kontrollerte sammenhenger

	Oddsratio	Sig
Kjønn	0,96	0,6680
Sivilstand	0,96	0,5685
Alder	0,98	0,1518
Ufaglært arbeider	1,53	0,0043
Faglært arbeider	0,83	0,4901
Lavere funksjonær	1,52	0,0154
Midlere funksjonær	1,12	0,4990
Høyere funksjonær	0,66	0,1673
Bønder/fiskere	0,88	0,6266
Andre selvstendige	0,88	0,7269
Bosted	0,93	0,1653
Inntekt	1,00	0,0005

Vedleggstabell 6.4b Psykisk helse etter sosial bakgrunn, kontrollerte sammenhenger

	Beta	T	Sig
Kjønn	-0,11	-2,72	0,0066
Sivilstand	-0,09	-2,27	0,0235
Alder	0,03	0,90	0,3710
Lavere funksjonær	0,00	0,07	0,9437
Høyere funksjonær	0,08	1,89	0,0596
Selvstendige	-0,03	-0,36	0,7229
Andre	0,07	1,54	0,1243
Bosted	-0,01	-0,16	0,8718
Inntekt	0,15	3,69	0,0002

Vedleggstabell 6.4c Funksjonsevne etter sosial bakgrunn, kontrollerte sammenhenger

	Beta	T	Sig
Kjønn	0,10	2,32	0,0207
Sivilstand	0,05	1,35	0,1769
Alder	0,33	8,70	0,0000
Lavere funksjonær	-0,02	-0,47	0,6409
Høyere funksjonær	-0,06	-1,54	0,1243
Selvstendige	-0,01	-0,32	0,7486
Andre	-0,03	-0,66	0,5130
Bosted	-0,01	-0,28	0,7835
Inntekt	-0,01	-0,19	0,8513

Vedleggstabell 6.4d Problemer med synet etter sosial bakgrunn, kontrollerte sammenhenger

	Oddsratio	Sig
Kjønn	0,91	0,6617
Sivilstand	0,91	0,6095
Alder	1,11	0,0000
Ufaglært arbeider	0,59	0,1923
Faglært arbeider	0,75	0,6700
Lavere funksjonær	1,19	0,6370
Midlere funksjonær	1,27	0,5360
Høyere funksjonær	0,56	0,5374
Bønder/fiskere	1,98	0,1778
Andre selvstendige	1,55	0,5462
Bosted	1,22	0,0744
Inntekt	1,00	0,1477

Vedleggstabell 6.4e Problemer med hørselen etter sosial bakgrunn, kontrollerte sammenhenger

	Oddsratio	Sig
Kjønn	0,81	0,1609
Sivilstand	1,04	0,7782
Alder	1,09	0,0000
Ufaglært arbeider	1,34	0,2505
Faglært arbeider	0,84	0,7207
Lavere funksjonær	1,36	0,3151
Midlere funksjonær	0,63	0,1731
Høyere funksjonær	0,92	0,8628
Bønder/fiskere	1,20	0,6621
Andre selvstendige	0,73	0,6404
Bosted	0,93	0,4234
Inntekt	1,00	0,9268

Tabell 6.5a Frykt for vold etter sosial bakgrunn, kontrollerte sammenhenger

	Oddsratio	Sig
Kjønn	0,41	0,0000
Sivilstand	0,74	0,0040
Alder	0,98	0,1430
Klasse	-----	0,3922
Bosted	1,39	0,0000

Tabell 6.5b Redd for å være alene om natta etter sosial bakgrunn og funksjonsevne, kontrollerte sammenhenger

	Oddsratio	Sig
Kjønn	3,83	0,0000
Sivilstand	1,09	0,5999
Alder	1,03	0,2879
Klasse	-----	0,7215
Bosted	1,08	0,4436
Funksjonsevne	0,43	0,0000

Tabell 6.5c Redd for å falle i hjemmet etter sosial bakgrunn og funksjonsevne, kontrollerte sammenhenger

	Oddsratio	Sig
Kjønn	1,54	0,0002
Sivilstand	1,28	0,0105
Alder	0,98	0,1661
Klasse	-----	0,2339
Bosted	1,04	0,4950
Funksjonsevne	0,57	0,0000

Tabell 6.6a Bivariate korrelasjoner mellom tre levekårsområder. Menn

	Helse	Sosial forankring
Inntekt	0,21	0,08
Helse		0,21

Tabell 6.6b Bivariate korrelasjoner mellom tre levekårsområder. Kvinner

	Helse	Sosial forankring
Inntekt	0,20	0,14
Helse		0,21

Tabell 6.6c Bivariate korrelasjoner mellom tre levekårsområder. 65-74 år

	Helse	Sosial forankring
Inntekt	0,21	0,09
Helse		0,16

Tabell 6.6d Bivariate korrelasjoner mellom tre levekårsområder. 75 år+

	Helse	Sosial forankring
Inntekt	0,18	0,11
Helse		0,24

Tabell 6.6e Bivariate korrelasjoner mellom tre levekårsområder. Spredtbygde strøk

	Helse	Sosial forankring
Inntekt	0,21	0,06
Helse		0,14

Tabell 6.6f Bivariate korrelasjoner mellom tre levekårsområder. Tettbygde strøk

	Helse	Sosial forankring
Inntekt	0,22	0,19
Helse		0,29

Vedleggstabell 7.1a Ytre tilgjengelighet etter sosial bakgrunn og funksjonsevne, kontrollerte sammenhenger

	Oddsratio	Sig
Kjønn	0,92	0,4749
Sivilstand	0,92	0,4187
Alder	0,91	0,2575
Klasse	-----	0,4403
Bosted	1,20	0,0072
Funksjonsevne	2,34	0,0000

Vedleggstabell 7.1b Indre tilgjengelighet etter sosial bakgrunn og funksjonsevne, kontrollerte sammenhenger

	Oddsratio	Sig
Kjønn	0,90	0,4588
Sivilstand	0,83	0,1092
Alder	0,97	0,1146
Klasse	-----	0,1282
Bosted	0,93	0,3499
Funksjonsevne	2,30	0,0000

Vedleggstabell 7.1c Boligkvalitet etter sosial bakgrunn og funksjonsevne, kontrollerte sammenhenger

	Oddsratio	Sig
Kjønn	1,12	0,4048
Sivilstand	0,83	0,1244
Alder	1,01	0,6905
Klasse	-----	0,5902
Bosted	0,82	0,0132
Funksjonsevne	1,25	0,1055

*Vedleggstabell 7.1d Tilgang til servicetilbud etter sosial bakgrunn og funksjons-
evne, kontrollerte sammenhenger*

	Oddsratio	Sig
Kjønn	0,85	0,2086
Sivilstand	0,86	0,1464
Alder	1,01	0,6462
Klasse	-----	0,4360
Bosted	0,67	0,0000
Funksjonsevne	2,54	0,0000

Vedlegg 2

Livskvalitetsmålenes reliabilitet og validitet

Livskvalitetsforskerne har lagt ned et omfattende arbeid for å finne ut hvorvidt de empiriske indikatorene på livskvalitet er reliable og valide. I og med at livskvalitet – velvære og tilfredshet – er diffuse, uhåndgripelige, ikke-observerbare størrelser, er det ytterst viktig for denne forskningstradisjonen å ha en velbegrunnet oppfatning om dette. At livskvaliteten er ikke-observerbar er ikke unikt for denne forskningstradisjonen. Ikke minst i psykologien og i sosialpsykologien vrir det av denne typen indikatorer, som for eksempel intelligens og ulike personlighetstypologier (Robinson m.fl. 1991). Som kjent måles intelligens med antall riktige svar på en intelligenstest. Ikke-observerbare variable er heller ikke ukjente i naturvitenskapen. Temperaturen er i seg selv ikke-observerbar, men måles med kvikksølvhøyde (Moum 1992).

Reliabilitet vedrører hvor sikre målene er, mens spørsmålet om validitet henspiller på om vi måler det vi pretenderer å måle. Reliabiliteten påvirkes av tilfeldige målefeil. Mens validiteten avhenger av systematiske målefeil. La oss med Moum (1992) systematisere forholdet mellom den målte verdi (x), den sanne verdi (t), og tilfeldige (e) og systematiske målefeil (s) ved hjelp av følgende likning:

$$x = t + e + s$$

Skåren (variansen) på en observert variabel x er summen av sann livskvalitet, pluss tilfeldige målefeil, pluss systematiske målefeil. Likningen anskueliggjør at jo bedre kontroll vi får over de tilfeldige og systematiske målefeilene, jo nærmere den sanne verdi vil vårt empiriske mål på livskvalitet være. Datas validitet kan etter dette defineres som den målte variasjonen x fratrasket e og s . Vi må derfor finne mål på de tilfeldige målefeilene, reliabiliteten, og de systematiske målefeilene, validiteten.

Det er to viktige måter å sjekke reliabiliteten på: måling av intern konsistens, og test-retestmåling. Måling av intern konsistens innebærer å undersøke sammenhengen mellom de spørsmål som inngår i instrumentet. Test-retestmålinger innebærer å stille de samme intervjupersonene de samme spørsmålene på minst to tidspunkter, for så å sammenholde skårene.

Likeledes er det to viktige måter å sjekke validiteten på: å anvende ulike metodiske framgangsmåter og å kontrollere statistisk for ulike systematiske feilkilder.

Michalos oppsummerer resultatene fra en lang rekke valideringsstudier av livskvalitetsmål i følgende sats: «Kort sagt (. . .) de av oss som forsøker å måle tilfredshet og lykke måler sannsynligvis en betydelig del av akkurat det» (Michalos 1987:22).

I det følgende skal vi referere de resultater andre har kommet fram til etter å ha vurdert de to instrumentene vi har brukt her, og rapportere våre egne resultater.

Reliabilitet

La oss først si at bare det å bruke skalaer som består av flere spørsmål, øker reliabiliteten fordi tilfeldige målefeil på hvert spørsmål vil oppheve hverandre. Diener m.fl. (1985:13) har vist at livskvalitetsmål som baserer seg på ett spørsmål, er mindre stabile enn mål som inneholder flere spørsmål. Opphavs mannen til følelsesbalanseskalaen, Bradburn (1969), har selv undersøkt sammenhengen mellom spørsmålene i henholdsvis den positive og negative følelsesskalaen. Han finner en tilfredsstillende sammenheng, med korrelasjoner over .50, mellom spørsmålene innbyrdes på henholdsvis den positive og den negative skalaen. I et seinere arbeid har Larsen m.fl. (1984) kommet til liknende resultater. De fant også inter-item-korrelasjoner over .50, men demonstrerte likevel at Bradburn-skalaene hadde lavere verdier enn en rekke andre sammenliknbare måleinstrumenter.

Tilfredshetsskalaen vi bruker i dette arbeidet viser svært god inter-item-reliabilitet. Det er demonstrert koeffisienter i størrelsesordenen .85-.93, og en faktoranalyse gir én faktor med faktorladninger som varierer fra .61 til .84 (Larsen m.fl. 1984, Diener m.fl. 1985, Pavot og Diener 1993).

Vi har beregnet gjennomsnittlige inter-item-korrelasjoner (pearsons r), for alle våre tre livskvalitetsskalaer. Gjennomsnittlig inter-item-korrelasjon for tilfredshetsskalaen er .36, for den negative følelsesskalaen .25, og for den positive følelsesskalaen .19. En faktoranalyse gir en faktor for spørsmålene som inngår i henholdsvis tilfredshetsinstrumentet og i den negative følelsesskalaen. Imidlertid gir faktoranalysen to faktorer for spørsmålene i den positive følelsesskalaen. Spørsmålene 23 a, c, e danner en faktor, og spørsmålene 23 g og i danner en annen.

For at reliabiliteten skal få karakteren «eksemplarisk», kreves at den gjennomsnittlige korrelasjonen mellom de spørsmål som inngår i instrumentet er .30 eller høyere (Robinson m.fl. 1991:12). I tillegg kreves at en faktoranalyse estimerer kun en faktor og således bekrefter at enkeltspørsmålene tilhører en og samme dimensjon. Tilfredshetsskalaen vår innfrir disse kravene med til dels med god margin, mens følelsesbalanseskalaen ikke har fullt så god reliabilitet.

Vi har ikke hatt anledning til sjekke test-retest-reliabiliteten til våre livskvalitetsmål. Hvilke resultater har andre kommet til?

Bradburn (1969) finner høye test-retest-korrelasjoner for sin affektbalanseskala (.76) målt over tre dager. Andre har undersøkt stabiliteten til følelsesbalanseskalaen over et lengre tidsrom. Larsen m.fl. (1984) finner test-retest-korrelasjoner på .41, .52 og .57 for henholdsvis de positive, den negative og

hele følelsesbalanseskalaen. I denne studien var tidsintervallet en måned. Med dette resultatet befinner Bradburn-skalaene seg omtrent midt i mengden av over ti mål på livskvalitet. Over et tidsrom på to år finner Atkinson (1982) en korrelasjon på .39. Han studerte i alt fire globale livskvalitetsmål. Test-retest-korrelasjonen for affektbalanseskalaen er på samme nivå som to av de tre øvrige, mens en av skalaene har betydelig høyere stabilitet. Atkinson (1982) beregnet også test-retest-korrelasjoner for to grupper: en gruppe med endret sosial situasjon, og en gruppe med stabil sosial situasjon. Vi ville vente at korrelasjonen mellom skårene på de to tidspunktene skulle være lavere i gruppa som har opplevd endring enn for de stabile. Dette er også utfallet for tre av fire globale livskvalitetsmål, men ikke for affektbalanseskalaen. For den er det omvendt (endring: .41, stabilitet: 0.34). Forskjellen mellom de to skårene er imidlertid ikke signifikant.

Test-retest-korrelasjoner for vår tilfredshetsskala er høyere enn for mange andre livskvalitetsmål, affektbalanseskalaen inkludert. Diener m.fl. (1985) og Larsen m.fl. (1984) rapporterer test-retest-korrelasjoner på over .80 over et tidsrom på to måneder.

For å oppsummere: Vår tilfredshetsskala har høy reliabilitet. Følelsesbalanseskalaen kan ikke vise like gode testresultater, men er likevel akseptabel.

Validitet

Livskvalitetsforskere har blant annet anvendt følgende framgangsmåter for å vurdere validiteten til sine instrumenter (Diener 1994):

- a) Nærståendes vurderinger
- b) Intervjuervurderinger
- c) Kliniske vurderinger
- d) Fysiologiske målinger, for eksempel av hormoner og hjerterytme
- e) Atferdsmål, for eksempel gester, tonefall, mimikk, gråt, latter osv.

Her skal vi ta for oss vurderinger gjort av nærstående og av intervjuere. Larsen og medarbeidere (1984) undersøkte venners og slektningers vurderinger av intervjupersonenes globale velvære. Affektbalanseskalaen kom ut med en korrelasjon på over .50, og var dermed blant de tre beste av ti livskvalitetsmål. I denne studien kom tilfredshetsinstrumentet ut med den nest laveste korrelasjonen (.25) av samtlige mål.

Diener og medarbeidere (1985) har seinere også testet validiteten til vår tilfredshetsskala på samme måte i et utvalg av eldre mennesker (gjennomsnittsalder 75 år). To erfarne intervjuere foretok uavhengige vurderinger av tilfredsheten til intervjupersonene. Korrelasjonen mellom skårene for de to intervju-

erne var høy (.73). De summerte intervjuerskårene korrelerte også forholdsvis høyt med skårene til intervjupersonene (.43).

Det er grunn til å tillegge resultater fra slike uavhengige livskvalitetsvurderinger ganske stor vekt, fordi egenrapportering og andres rapportering ikke er påvirket av de samme systematiske feilkildene (Mastekaasa m.fl. 1988).

I den foreliggende undersøkelsen har ikke intervjuerne fra Statistisk sentralbyrå foretatt uavhengige vurderinger av respondentenes livskvalitet. Intervjuerne hadde imidlertid instruks om å krysse av dersom det hadde vært problemer med å foreta intervjuet som hadde å gjøre med at respondenten var en eldre person. I bekreftende fall skulle intervjueren notere hva problemet besto i. En gjennomgang av disse anmerkningene avdekker at nær sagt uten unntak skyldtes problemene svakhet, skrøpeligheit, langt framskreden alderdom, sterkt svekket helse, og ofte nedsatt hørsel. Kort sagt, det er å forvente at disse personene har lavere livskvalitet enn andre. Derfor har vi sammenliknet gjennomsnittsskårene for disse skrøpelige gamle med skårene for de øvrige. Resultatene er vist i tabell v.1.

Tabell V.1 Gjennomsnittsskårer for velvære og tilfredshet etter intervjuers vurdering av problemer under intervjuet

	Velvære	Tilfredshet
Problemer	4,9	12,4
Ikke problemer	6,3	13,9

Tabell V.1 viser det forventete mønsteret. Forskjellene mellom gruppen er ikke dramatiske, men er likefullt signifikante på .0000 nivå. I det minste finner vi at det er overensstemmelse mellom respondentenes egenrapportering av livskvalitet og intervjuernes, slik også andre har dokumentert.

Det er særlig tre kilder til systematiske feil som er diskutert i livskvalitetslitteraturen (Moum 1987):

a) Trekkønskelighet: Enkelte aspekter ved spørsmål om livskvalitet kan oppfattes som spesielt ønskelig å skåre høyt på. For eksempel vil en del eldre synes det er lite sosialt akseptabelt å gi uttrykk for ensomhet, mens svekket helse kanskje oppfattes som mindre stigmatiserende.

b) Enighetsbias viser til at svarene uttrykker en overdreven enighet til de spørsmål som stilles uavhengig av hva innholdet i spørsmålene er (Paulhus 1991:17, Moum 1987). Dette kalles gjerne ja-siing. Eldre mennesker antas spesielt å ligge under for en slik tilbøyelighet. En vanlig antakelse er at ved å stille spørsmål med varierende positivt og negativt innhold, vil en mulig tendens til ja-siing oppveies. I flere arbeider har imidlertid Moum (1992:19) vist at ja-siere har en tendens til å oppgi høyere livskvalitet enn andre selv om

spørsmålene som stilles er både positivt og negativt ladde. Dette kan i seg selv bidra til at eldre oppgir høyere livskvalitet enn yngre.

c) Her skal vi konsentrere oss om såkalt idealisering, også kalt polyanna-effekten: Intervjupersonene kan systematisk avgi svar som anses som sosialt ønskelige. Intervjupersoner med en slik tilbøyelighet rapporterer høy livskvalitet for å framstille seg i et fordelaktig lys overfor intervjueren, såkalt inntrykksmanipulasjon. Det er antatt at eldre har en sterkere tendens til å avgi idealiserte svar enn yngre (Campbell m.fl. 1976). En måte å kontrollere dette på er å bruke selvutfyllingsskjema i stedet for personlig intervju. Moum (1995) har vist at ved bruk av selvutfyllingsskjema rapporteres mellom to og tre ganger så høy forekomst av psykiske lidelser som ved personlig intervju. Sosial ønskelighet vil kunne føre til at sammenhengene mellom for eksempel livskvalitet og alder, utdanning, inntekt eller mental helse blir kunstig undervurdert fordi de dårligst stilte vil være mer tilbøyelige til å svare sosialt ønskelig enn de bedre stilte. Campbell m.fl. (1976) har vist at dette synes å være tilfellet for folk med lav utdanning og høy alder, men at denne tendensen bare influerer på de opprinnelige sammenhengene i ubetydelig grad (se også Moum 1992).

Det synes å være to typer av sosialt ønskelig svargivning. Den første typen kalles selvbedragsk positivitet og betegner en ærlig, men overdreven selvpresentasjon. Positivt selvbedrag synes å være nært forbundet med individuelle personlighetstrekk som optimisme og selvfølelse (Paulhus 1991:21–22). Den andre typen kalles inntrykksmanipulasjon; i intervjusituasjonen søker intervjupersonen bevisst å skape et positivt bilde av seg selv overfor intervjueren. Et instrument som er ment å måle inntrykksmanipulasjon og sosialt ønskelig svargivning bør derfor tappe dette og ikke personlighetstrekket selvbedragsk positivitet. Det måleinstrumentet vi har brukt i vår undersøkelse, en kortversjon av den såkalte Crowne-Marlowe-skalaen (Hays m.fl. 1989), er ikke perfekt i så måte – det er ingen slike instrumenter – men det tapper likevel langt mer av inntrykksmanipulasjon enn av selvbedrag, og kommer i så måte bedre ut enn andre tilsvarende instrumenter (Paulhus 1991:22). Som tabellene foran viser, gjør dette instrumentet lite til eller fra i regresjonsanalysene.

Her skal vi illustrere hvilken (marginale) betydning sosial ønskelighet har for sammenhengene mellom velvære/tilfredshet og alder, utdanning, inntekt og mental helse. Tabell V.2 viser standardiserte regresjonskoeffisienter før og etter kontroll for sosial ønskelighet. Vi forventer at beta skal øke når vi «trekker ut» tendensen til å svare sosialt ønskelig fra den bivariate sammenhengen.

Vi ser av tabell V.2 at beta øker marginalt i annen desimal når vi kontrollerer for sosial ønskelighet. Tendensen til å avgi sosialt ønskelige svar, slik vi har målt den her, er med andre ord uten substansiell betydning for fortolk-

ningen av sammenhengene mellom disse viktige bakgrunnsvariablene og livskvaliteten. Dette resultatet er i samsvar med funnene til Campbell m.fl. (1976).

Tabell V.2 Standardiserte regresjonskoeffisienter, Beta før og etter kontroll (Beta kontr) for sosialt ønskelig svargivning mellom henholdsvis velvære og tilfredshet og alder, utdanning, inntekt og mental helse

	Velvære		Tilfredshet	
	Beta	Beta kontr	Beta	Beta kontr
Alder	-.14	-.15	-.04	-.05
Utdanning	.16	.17	.10	.11
Inntekt	.23	.24	.13	.14
Mental helse	.44	.45	.36	.36

Vi har nå drøftet noen metodiske knep som er brukt for å få grep om systematiske feilkilder. I tillegg til disse teknikkene finnes to andre vanlige former for validitet, konvergensvaliditet og begrepsvaliditet. Konvergensvaliditet angår sammenhengen mellom flere ulike mål på livskvalitet. Begrepsvaliditet refererer til sammenhengen mellom et mål på livskvalitet og et mål på et annet fenomen som en antar henger sammen med livskvalitet.

Bradburn (1969) finner en konsistent og klart positiv sammenheng mellom affektbalanseskalaen og ett generelt spørsmål om hvor lykkelige folk er. Liknende funn er rapportert av Larsen m.fl. (1984). Larsen m.fl. korrelerer alle tre Bradburn-skalaene med en rekke andre skalaer i tre separate utvalg. Korrelasjonskoeffisientene til affektbalanseskalaen varierte mellom .41 og .63. Dette resultatet plasserte affektbalanseskalaen i samme klasse som de fleste andre skalaene, mens et par hadde bedre resultater. En faktoranalyse av alle skalaene ga to faktorer som resultat. Den første favner 60 prosent av variansen. Den første faktoren inkluderte både den negative og den positive følelsesskalaen, hvilket er en indikasjon på at den tilhører samme dimensjon som de øvrige skalaene. Fordyce (1987) rapporterer liknende resultater. Hele affektbalanseskalaen samt den positive følelsesskalaen korrelerer høyt (over .50) med et annet kjent lykkeinstrument. Den negative skalaen har derimot lavere korrelasjon.

Tilfredshetsmålet inngikk også i Larsen og medarbeideres (1984) studie og kom ut med høyere korrelasjoner enn Bradburn-skalaene. Også tilfredshets-skalaen inngikk i første faktor i faktoranalysen.

I vårt materiale er korrelasjonen mellom tilfredshet og affektbalanse .44, noe som antyder at konvergensvaliditeten til våre livskvalitetsmål er akseptabel.

Larsen m.fl. (1984) har også målt begrepsvaliditeten til begge våre mål på livskvalitet og finner ganske like og oppløftende resultater. Både tilfredshets-

målet og affektbalanseskalaen viser forholdsvis høye korrelasjoner i forventet retning med andre forhold som for eksempel aktivitet, selvfølelse, mental helse og utadvendthet.

Som vi har vist foran, er våre egne funn i overensstemmelse med dette. Våre livskvalitetsmål er positivt korrelert med sosial forankring, helse og økonomi.

Oppsummering og diskusjon

Det tilfredshetsinstrumentet vi har brukt i denne undersøkelsen kommer stort sett svært godt ut. Det viser gjennomgående god reliabilitet og validitet – bedre enn mange andre livskvalitetsmål.

Følelsesbalanseskalaen har imidlertid noen problemer med reliabiliteten. Egne og andres undersøkelser av intern konsistens for den negative og positive følelsesskalaen gir ikke helt overbevisende resultater. I vårt eget materiale finner vi for eksempel at gjennomsnittlig inter-item-korrelasjon for den positive skalaen er forholdsvis lav (knappt .20), og faktoranalysen estimerer to faktorer. Imidlertid, slått sammen til en skala for affektbalanse, fungerer den langt bedre. På ulike validitetstester ligger den ikke noe tilbake for andre sammenliknbare skalaer. Egne analyser understøtter dette.

Det andre problemet er at stabiliteten målt over lengre tidsrom, fra noen måneder til to år, ikke er så høy som for andre instrumenter. Det kan imidlertid diskuteres hvor høye test-retest-korrelasjonene bør være. Som Moum (1992) har påpekt, bør test-retest-korrelasjoner være *passe høye*. De bør ikke være for høye, i så fall kan velvære representere et stabilt personlighetstrekk. Men de bør heller ikke være for lave, i så fall kan velvære mistenkes for å svinge tilfeldig med dagsformen og været. I begge tilfellene vil den velferdspolitiske relevansen av livskvalitetsmålene svekkes. Det finnes intet fasitsvar på dette dilemmaet som i livskvalitetsforskningen går under betegnelsen «trait/state»-kontroversen.

Denne diskusjonen angår også forholdet mellom skalaer som måler følelsesmessige reaksjoner, og skalaer som måler kognitive vurderinger. Det kan argumenteres for at affektbalanseskalaen ikke bør gi så høye test-retest-korrelasjoner som tilfredshetsskalaene. Dette følger av den teori som ligger til grunn for skillet mellom livskvalitetens følelsesmessige og kognitive side, et skille som også avspeiles i spørsmålsformuleringene. Hos Bradburn (1969) er tidsreferansen «i løpet av de siste ukene». I tilfredshetsinstrumentet er det ingen uttalt tidsreferanse. Ordlyden er «hvordan du ser på livet ditt». At følelsesbalanseskalaen har lavere test-retest-korrelasjoner enn det tilfredshetsinstrumentet vi bruker og andre, er derfor som det skal være ifølge teorien. Lavere stabilitet i affektbalanseskalaen enn i tilfredshetsinstrumentet er derfor en styrke, ikke en svakhet.



Statistisk sentralbyrå
Statistics Norway

Seksjon for intervjuundersøkelser

Kongens gt. 6
P.b. 8131 Dep
N-00 3 Oslo
Tel: 22 86 46 67
Fax: 22 86 49 89

LEVEKÅR FOR ELDRE 1995

HOVEDDEL

Uedergitt tushetsplikt

<u>TELEFONOPPLYSNING</u> 1 ☐ IO kan nåes på telefon: _____ 2 ☐ IO nåes ikke på telefon (180 kontaktet) 3 ☐ Vet ikke, finner ikke ut	Produkt nr <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>5</td><td>1</td><td>1</td></tr></table> IO nr <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Kommune nr <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Utvalgsnr. nr <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> IOs fødselsår <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> IOs kjønn (1=M, 2=K) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Intervjuer nr <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Intervjuers navn: _____	5	1	1																																		
5	1	1																																				
*A. <u>BUSTELSTRØK (IO S FASTE BOLIGADRESSE):</u> 1 ☐ Spredtbygd strøk 2 ☐ Tettbygd strøk med: 3 ☐ 200 - 1 999 bosatte 4 ☐ 2 000 - 19 999 " 5 ☐ 20 000 - 99 999 " 6 ☐ 100 000 eller flere bosatte	*B. <u>DER SOM IO ER KONTAKTET PÅ ANNEN ADRESSE ENN I IO-LISTE</u> 1 ☐ IO er kontaktet på midlertidig adresse 2 ☐ IO er kontaktet på ny fast adresse *Adresse: _____ Kommune: _____ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																					
C. <u>KONTAKT OG FORSØK PÅ KONTAKT MED IO:</u> ☐ Ganger kontaktet/forsøkt kontakt over telefon ☐ Ganger oppsøkt/forsøkt oppsøkt på adresse Dato for første kontaktforsøk: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Dag Mnd.							*D. <u>KRYSS AV FOR DET SOM PASSER:</u> Arbeid med tildelt IO: 1 ☐ Utført av lokal intervjuer → E 2 ☐ Utført av intervjuer ved kontoret → E Oppfølging av frafall: 1 ☐ Utført lokalt 2 ☐ Utført av kontoret } av <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> → F Intervjuernr.																															
E. <u>RESULTAT AV ARBEID MED TILDELTE IO:</u> 1 ☐ Telefonintervju } → G 2 ☐ Besøksintervju } → G 3 ☐ Frafall/avgang → REGISTRER PÅ NESTE SIDE	*F. <u>RESULTAT AV OPPFØLGINGSARBEID:</u> 1 ☐ Telefonintervju } → G 2 ☐ Besøksintervju } → G 3 ☐ Fortsatt frafall → REGISTRER PÅ NESTE SIDE																																					
G. <u>REGISTRERING VED OPPNÅDD INTERVJU:</u> Dato intervjuet ble foretatt <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Dag Mnd. Ble det avtalt tid for intervjuet på forhånd? 1 ☐ Ja, over telefon 2 ☐ Ja, ved besøk på adresse 3 ☐ Nei, avtalte ikke tid på forhånd							Time Min. Intervjuet startet kl. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> og varte til kl. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> dvs. i alt <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Minutter																															

DEL A: REGISTRERING AV 1. GANGS FRAFALL/AVGANG

DAG MND.

VED FRAFALL BÆPØRES FØDSELSDATO FRA IO-LISTE:

ÅRSAKER TIL
FRAFALL

- 00 ☐ IO ØNSKER IKKE Å DELTA
 01 ☐ IO ØNSKER IKKE Å DELTA AV PERSONVERNHEMSYN
 02 ☐ ANDRE NEKTER FOR IO
 10 ☐ IO ER KORTVARIG SYK
 11 ☐ IO ER LANGVARIG SYK
 20 ☐ SYKDOM/DØDSFALL I IO'S FAMILIE
 30 ☐ IO ER BORTREIST, PÅ FERIE O.L.
 31 ☐ IO ER BORTE PÅ ARBEID, SKOLE O.L.
 33 ☐ ANDRE ÅRSAKER TIL AT IO IKKE ER Å TREFFE
 34 ☐ IO KAN IKKE INTERVJES PGA SPRÅKPROBLEMER
 40 ☐ IO'S BOLIG/ADRESSE IKKE FUNNET
 50 ☐ IO HAR IKKE TELEFON/FOR LANGT Å REISE
 70 ☐ ANNET, SPESIFISER: _____

UTDYPING AV FRA-
FALLSÅRSAK I
MERKNADSFELTETANGI EVT. NÅR IO
ER Å TREFFE I
MERKNADSFELTETÅRSAKER TIL
AVGANG

- 80 ☐ IO ER DØD
 90 ☐ IO ER FLYTTET TIL UTlandet (FAST)
 94 ☐ IO ER FORPLEID I INSTITUSJON
 95 ☐ ANNET, SPESIFISER: _____

FOR
KONTORET

- 60 ☐ MANGLER OPPLYSNINGER FRA INTERVJUER
 65 ☐ KOSTNADER, MANGLER INTERVJUERE O.L.

MERKNADSFELT:

 ☐ FOR
KONTORET

HVEM HAR GITT OPPLYSNINGENE TIL REGISTRERING AV FRAFALLS-/AVGANGSGRUNN?

- 1 ☐ IO SELV
 2 ☐ ANDRE ENN IO: _____

DEL B: REGISTRERING AV FRAFALL/AVGANG VED OPPFØLGING

DATO:
DAG MND.ÅRSAK TIL FRAFALL/AVGANG: 1 ☐ SAMME ÅRSAK SOM TIDLIGERE
2 ☐ NY ÅRSAK, ÅRSAKSKODE

HVEM HAR GITT OPPLYSNINGENE TIL REGISTRERING AV FRAFALLS-/AVGANGSGRUNN?

- 1 ☐ IO SELV
 2 ☐ ANDRE ENN IO: _____

Jeg heter og er intervjuer i Statistisk sentralbyrå. Kan jeg få snakke med (IO).

Det gjelder en undersøkelse vi nå er i ferd med å gjennomføre om levekår blant eldre i Norge. Vi har nylig sendt deg et brev om dette. Der står det hvorfor vi ønsker å intervju nettopp deg, og hvordan vi ivaretar personvernet i slike undersøkelser.

INFORMER EVT OM INNHOLDET I IO-BREV OG BROSJYRE OM PERSONVERN

VED TELEFONKONTAKT: Intervjuet bør helst skje ved besøk. Hvis det er i orden for deg, vil jeg gjerne avtale et tidspunkt som passer.

VED BESØKSKONTAKT: Hvis det er i orden, kan vi gjennomføre intervjuet nå, eller skal vi avtale et tidspunkt hvor det passer bedre?

BOFORHOLD

Først noen spørsmål om bolig og boforhold.

* 1. Hva slags hustype bor du/dere i?

KAN AVMERKES AV INTERVJUER.

- | | | |
|----|--------------------------|---|
| 1 | ☐ | VÅNINGSHUS I TILKNYTNING TIL GÅRDSDRIFT (HOVEDBYGNING/KÅR/FORPAKTERBOLIG EL) |
| 2 | ☐ | FRITTLIGGENDE ENEBOLIG (ENEBOLIG M/MINST 0,5 METERS AVSTAND TIL NÆRMESTE HUS) |
| 3 | ☐ | HUS I REKKE, KJEDE, ATRIUM, TERRASSE |
| 4 | ☐ | VERTIKALTDELT TOMANNSBOLIG |
| 5 | ☐ | HORISONTALTDELT TOMANNSBOLIG |
| 6 | ☐ | ANNET BYGG MED MINDRE ENN 3 ETASJER |
| 7 | ☐ | FRITTLIGGENDE BLOKK, OGSÅ PUNKTHUS, MED 3 ETASJER ELLER MER |
| 8 | ☐ | SAMMENBYGDE STORE HUS, BYGÅRDER O.L, ELLER ANNET STORT BOLIGHUS |
| 9 | ☐ | FORRETNINGSBYGG, KONTORBYGG, VERKSTEDBYGG E.L. |
| 10 | ☐ | HOTELL, PENSJONAT, ALDERSHJEM, BARNEHJEM, SYKEHUS, MILITÆRFORLEGNING ELLER ANNET BYGG FOR FELLESHUSHOLDNING |

* 2. På hvilken måte disponerer du/dere over boligen/leiligheten?

VIS KORT 1. VED TELEFONINTERVJU: LES FRA KORT 1.

- | | | | |
|----|--------------------------|--|-----|
| 1 | ☐ | Husholdningen eier boligen selv | → 3 |
| 2 | ☐ | Husholdningen eier boligen gjennom borettslag, aksjeselskap e.l. | → 3 |
| 3 | ☐ | Leieboer med innskudd (ikke borettslag) | → 3 |
| 4 | ☐ | Leieboer uten innskudd | |
| 5 | ☐ | Tjenestebolig, forpakterbolig, vaktmesterbolig o.l. | |
| *6 | ☐ | Trygdebolig, service bolig, aldersbolig o.l. | → 4 |
| 7 | ☐ | Framleie eller lån av bolig | |
| 8 | ☐ | Annet, spesifiser: | |

- * 3. Kan du anslå hvilken pris du/dere ville få for boligen dersom den ble solgt nå?

HVIS IO IKKE KAN OPPGI VERDI:

Vi ber likevel om at du anslår en verdi. Slike anslag må nødvendigvis bli svært grove.

HVIS IO FORTSATT IKKE KAN OPPGI EN VERDI:

Vi er fornøyd om du anslår beløpet i nærmeste hundretusen kroner.

MARKEDSVERDI . . 0 0 0 KRONER

- 1 ☐ KRYSS AV HER HVIS ANSLAGET ER SVÆRT USIKKERT
2 ☐ KAN IKKE ANSLÅ VERDI
3 ☐ NEKTER Å OPPGI VERDI

- * 4. Hvor mange rom i boligen/leiligheten disponerer husholdningen til eget bruk? Ta ikke med kjøkken, bad, entre eller små rom under 6 m²?

ANTALL ROM

HVIS IO ER HYBELBOER SETT KRYSS HER 1 ☐

5. Hvilket år flyttet du til denne delen av kommunen?

HVIS IO HAR BODD DER FLERE GANGER, NÅR FLYTTET IO HIT SISTE GANGEN

19 ÅRSTALL 1 FØDT HER OG BODD HER HELE LIVET

6. Er du gift?

- 1 ☐ JA → 8
2 ☐ NEI → 7

7. Er du samboende?

- 1 ☐ JA
2 ☐ NEI

HUSHOLDNINGSSAMMENSETNING

- * 8. Vi vil gjerne ha en oversikt over de personer som tilhører husholdningen. Til husholdningen regner vi alle personer som er fast bosatt i boligen og som vanligvis har minst ett daglig måltid felles. Personer som er fast bosatt i boligen, men som er borte fra hjemmet, f.eks. på grunn av arbeid skal regnes med. Vi ber deg starte med navnene på de som tilhører husholdningen i tillegg til deg.

KOLONNEN FOR EKETEPAR/SAMBOERE: HVIS DET ER FLERE PAR I HUSHOLDNINGEN, SKRIV 1 FOR FØRSTE PAR, 2 FOR PAR NR 2. HVIS BARE ETT PAR SKRIV 1.

HUSHOLD- NINGS- MEDLEMS- NR.	Navn	Merk ekte- par/ sam- boere	Fødselsdato	PERSONNUMMER FRA IO-LISTEN	Slektskap til IO (SE KODE- LISTE NEDENFOR)
01	IO:	☐			0 1
02		☐			
03		☐			
04		☐			
05		☐			
06		☐			
07		☐			
08		☐			
09		☐			
10		☐			
SLEKTSSKAPSKODE		08	SVIGERSØNN/-DATTER		
02 EKTEFELLE		09	BESTEFØRELDRE		
03 SAMBOER		10	BARNEBARN		
04 SØNN/DATTER		11	ANNEN SLEKTNING		
05 STEBARN		12	LOSJERENDE/HYBELBOER		
06 SØSKEN		13	ARBEIDSHJELP		
07 FØRELDRE/SVIGERFØRELDRE		14	ANNEN IKKE-SLEKTNING		

8a Har du noen barn som er fylt 16 år og som er flyttet hjemmefra?

- 1 ☐ JA → Hvor mange barn har flyttet hjemmefra? ANTALL BARN → 8b
 2 ☐ NEI → 10

8b. Er dette døtre eller sønner, og hvor bor de? Bor de i nabohuset, i kommunen eller andre steder?

HVIS FLERE ENN TRE BARN, SPØR OM DE TRE SOM BOR NÆRMEST.

BARNETS KJØNN

1 SØNN 2 DATTER

BOSTED

BARN 1		☐		1	☐	I NABOHUSET/LEILIGHET		
				2	☐	I SAMME KOMMUNE	→	Omtrent hvor
				3	☐	ANDRE STEDER	→	mange km unna? KM
				4	☐	I UTLANDET		VET IKKE AVSTANDEN ☐
BARN 2		☐		1	☐	I NABOHUSET/LEILIGHET		
				2	☐	I SAMME KOMMUNE	→	Omtrent hvor
				3	☐	ANDRE STEDER	→	mange km unna? KM
				4	☐	I UTLANDET		VET IKKE AVSTANDEN ☐
BARN 3		☐		1	☐	I NABOHUSET/LEILIGHET		
				2	☐	I SAMME KOMMUNE	→	Omtrent hvor
				3	☐	ANDRE STEDER	→	mange km unna? KM
				4	☐	I UTLANDET		VET IKKE AVSTANDEN ☐

* 9. Omtrent hvor ofte treffer du noen av dem?

- 1 ☐ OMTRENT DAGLIG
 2 ☐ OMTRENT HVER UKE, MEN IKKE DAGLIG
 3 ☐ OMTRENT HVER MÅNED, MEN IKKE HVER UKE
 4 ☐ NOEN GANGER I ÅRET, MEN IKKE HVER MÅNED
 5 ☐ SJELDNERE ENN HVERT ÅR

10. Bortsett fra medlemmer av din egen familie, har du noen som står deg nær, og som du kan snakke fortrolig med?

- 1 ☐ JA
 2 ☐ NEI
 3 ☐ VET IKKE

11. Hender det ofte, av og til, sjelden eller aldri at du føler deg ensom?

- 1 ☐ OFTE
 2 ☐ AV OG TIL
 3 ☐ SJELDEN
 4 ☐ ALDRI

12. Hva var din fars hovedyrke under mesteparten av tiden før du fylte 14 år?

Yrke: YRKESKODE → 13

1 ☐ VET IKKE → 13

2 ☐ SPØRSMÅLET PASSER IKKE, FAR DØDE TIDLIG E.L. → 14

3 ☐ FAR HADDE IKKE NOE YRKE → 14

13. Arbeidet din far i dette yrket som selvstendig, som ansatt, eller som familiemedlem uten fast avtalt lønn?

1 ☐ SELVSTENDIG

2 ☐ ANSATT

3 ☐ FAMILIEMEDLEM

4 ☐ VET IKKE

- *14. Forekom det under din oppvekst alvorlige motsetninger i ditt hjem?

1 ☐ JA

2 ☐ NEI

HELSE

- *15. Kan du uten hjelp av andre klare følgende daglige gjøremål?

	KLARER 1	KLARER IKKE 2
Dagligvareinnkjøp?	☐	☐
Vask og rengjøring av boligen/leiligheten?	☐	☐
Av- og påkledning?	☐	☐
Besøke slekt og venner her på stedet?	☐	☐

KLARER KLARER
IKKE IKKE

16. Kan du uten vansker lese vanlig tekst i aviser, evt. med briller?

☐ ☐

KLARER KLARER
IKKE IKKE

17. Kan du uten vansker høre hva som blir sagt i en normal samtale med minst 2 andre, evt. med høreapparat?

☐ ☐

- *18. Har du noen sykdom eller lidelse av mer varig natur, noen virkning av skade eller noen funksjonshemming? Ta med alle slike tilfeller, også de som du betrakter som forholdsvis bagatellmessige.

1 ☐ JA
2 ☐ NEI

19. Vi vil gjerne vite hvordan du vurderer den/de sykdommene/funksjonshemmningene du har. Er det noen du vil si virker inn på din hverdag i betydelig grad? Vi tenker på alle slags virkninger: smerter, angst, begrensninger i hva du kan gjøre mv.

1 ☐ JA
2 ☐ NEI
3 ☐ HAR INGEN SYKDOMMER

- *20. Vi skal nå stille noen spørsmål om du har hatt bestemte plager i løpet av de siste 6 måneder. Har du i løpet av de siste 6 måneder ofte, av og til eller aldri...

		I LØPET AV DE SISTE 6 MÅNEDENE		
		OFTE	AV OG TIL	ALDRI
		1	2	3
a.	vært plaget av svært kraftig hjertebank uten at du på forhånd har anstrengt deg?	☐	☐	☐
b.	vært plaget av nervøsitet, angst eller rastløshet?	☐	☐	☐
c.	følt deg deprimert og nedfor, slik at du ikke orket noen ting?	☐	☐	☐

*21. Nå følger spørsmål om bruk av kommunale tjenester.

A: Har din husholdning i løpet av den siste måneden hatt hjelp eller besøk av

B: Hvor mange timer/ganger siste måned?

C: Hvor mye betalte du/dere selv siste måned for dette?

			TIMER/GANGER SISTE MÅNED		UTGIFTER I ALT SISTE MÅNED	VET IKKE UTGIFTEN	INNGÅR I ABON- NEMENT
a)	- hjemmehjelp?	1 ☐ JA →B 2 ☐ NEI →b	TIMER	→C	KR		
b)	- hjemmesykepleier?	1 ☐ JA →B 2 ☐ NEI →c	GANGER	→C	KR		
c)	STILLES HVIS JA PÅ 21a OG/ELLER 21b Hvor mange ganger av dette var om natten dvs mellom kl 21 og 06?			GANGER			

HVIS HUSHOLDNINGEN HAR ABONNEMENTSORDNING FOR HJEMMEHJELP/HJEMMESYKEPLEIE/

KORTTIDSOPPHOLD KRYSS AV HER: 1 ☐FØR OPP ABONNEMENTSBETALING SISTE MÅNED: KRONER

*22. A: Har noen i din husholdning i løpet av den siste måneden

B: Hvilken sats betaler du/dere for denne tjenesten?

C: Hvor mye betalte dere selv siste måned for dette?

KODE FOR BETALINGSFORM

1 GRATIS	2 PR GANG
3 PR TIME	4 PR DAG
5 PR MND	6 ANNET
9 VET IKKE	

			SATS	BETALINGS- FORM		UTGIFT I ALT SISTE MÅNED	VET IKKE UTGIFTEN
a)	hatt støttekontakt/ avlaster?	☐ JA →B ☐ NEI →b			→C		
b)	vært tilkoblet vakt-/alarmsentral?	☐ JA →B ☐ NEI →c			→C		
c)	hatt korttidsopphold i sykehjem, dag- institusjon mv	☐ JA →B ☐ NEI →d			→C		
d)	benyttet transporttjeneste? (ikke dekket av folketrygden)	☐ JA →B ☐ NEI →e			→C		
e)	benyttet andre kommunale tjenester?	☐ JA →B ☐ NEI			→C		

↓
Evt. spesifiser:

- *23. Får husholdningen regelmessig noe ulønnet hjelp fra slekt, venner eller naboer? Vi tenker her på praktisk hjelp til, eller tilsyn med syke, funksjonshemmede eller eldre.

1

☐	INGEN REGELMESSIG HJELP	_____	→ 25
☐	HJELP/TILSYN FRA SLEKTNINGER	}	→ 24
☐	HJELP/TILSYN FRA NABOER/VENNER (IKKE SLEKT)		

- *24a. Omtrent hvor mange timer pr. uke får husholdningen slik hjelp?

ANTALL TIMER HJELP/TILSYN

STILLES HVIS IO MOTTAR HJELP/TILSYN FRA SLEKTNINGER:

- *24b. Hvor mange timer av dette er eventuelt tilsyn eller hjelp fra dine barn?

ANTALL TIMER HJELP/TILSYN FRA BARN

SYSSELSETTING, ARBEIDSFORHOLD

Vi går så over til noen spørsmål om arbeid.

- *25. Utførte du inntektsgivende arbeid av minst 1 times varighet i forrige uke? Regn også med arbeid som familiemedlem uten fast avtalt lønn på gårdsbruk, i forretning og i familiebedrift ellers.

1	☐	JA	→	26
2	☐	NEI	→	28

- *26. Hva er ditt hovedyrke i denne bedriften?

HOVEDYRKE: _____ YRKESKODE

DERSOM DET TRENGS FOR YRKESKODING:

- b Kan du kort beskrive dine arbeidsoppgaver:

27. Arbeider du i ditt hovedyrke som selvstendig, som ansatt eller som familiemedlem uten fast avtalt lønn?

- 1 ☐ SELVSTENDIG
2 ☐ ANSATT
3 ☐ FAMILIEMEDLEM

28. Har du tidligere hatt arbeid av minst 6 måneders varighet på en (annen) arbeidsplass?

- 1 ☐ JA → 29
2 ☐ NEI → 30

- *29. Hva var ditt hovedyrke på din forrige arbeidsplass?

HOVEDYRKE: _____ YRKESKODE

DERSOM DET TRENGS FOR YRKESKODING:

- b Kan du kort beskrive dine arbeidsoppgaver:

EKTEFELLES ARBEID

30. TIL IO SOM ER GIFT ELLER SAMBOENDE (SPM 6/7) FOR ANDRE GÅ TIL SPM 33
Har din ektefelle/samboer for tiden inntektsgivende arbeid av minst en times varighet pr. uke? Regn også med arbeid som familiemedlem uten fast avtalt lønn på gårdsbruk, i forretning og i familiebedrift ellers.

- 1 ☐ JA → 31
2 ☐ NEI → 33

- *31. Hva er hans/hennes hovedyrke?

HOVEDYRKE: _____ YRKESKODE

DERSOM DET TRENGS FOR YRKESKODING

- b. Kan du kort beskrive arbeidsoppgavene:

32. Arbeider din ektefelle i sitt hovedyrke som selvstendig, som ansatt eller som familiemedlem uten fast lønn?

☐	SELVSTENDIG
☐	ANSATT
☐	FAMILIEMEDLEM

33. Har det i løpet av det siste året hendt at husholdningen har hatt vansker med å klare de løpende utgifter til mat, transport, bolig og liknende? Hendte det ofte, av og til, en sjelden gang eller aldri?

1	☐	J A, OFTE
2	☐	J A, AV OG TIL
3	☐	J A, EN SJELDEN GANG
4	☐	N E I, A L D R I

VOLD OG UTRYGGHET

- *34. Med de neste spørsmålene ønsker vi å finne ut hvor vanlig det er at folk blir utsatt for vold eller trusler om vold.

Har du i løpet av det siste året - 1994 - blitt utsatt for ...

- a) Vold som førte til synlige merker eller kroppsskade? 1 ☐ J A → ANTALL:
 2 ☐ N E I → b
- b) Vold som ikke førte til synlige merker eller kroppsskade? 1 ☐ J A → ANTALL:
 2 ☐ N E I → c
- c) Trussel som var så alvorlig at du ble redd? 1 ☐ J A → ANTALL:
 2 ☐ N E I

- *35. Har du den siste tiden vært urolig for å bli utsatt for vold eller trusler når du går ute alene her på stedet? Vil du si svært urolig, noe urolig eller ikke urolig?

1	☐	SVÆRT UROLIG
2	☐	NOE UROLIG
3	☐	IKKE UROLIG

LEVEKÅR FOR ELDRE 1995

TILLEGG

A. B O F O R H O L D

* 1. Har du noen problemer med å bo slik du bor nå?

Har du problemer med følgende ...

	JA 1	NEI 2
a Trapper eller bratt lende utenfor boligen	☐	☐
b For mye vedlikehold av hus/hage	☐	☐
c For langt unna butikker/servicetilbud/bussholdeplass ol.	☐	☐
d Mangler heis	☐	☐
e Trapper inne i boligen	☐	☐
f Bad/toalett er for lite/vanskelig plassert/mangler.....	☐	☐
g Boligen er umoderne/ikke lettstelt	☐	☐
h Boligen er kald og trekkfull	☐	☐
i Boligen er for stor	☐	☐
j Boligen er for liten	☐	☐
k Boligen er for dyr	☐	☐

2. Har du andre problemer med å bo slik du gjør nå? Er du ...

	JA 1	NEI 2
a redd for å sove alene om natten?	☐	☐
b redd for å falle eller bli syk og bli liggende hjelpeløs?	☐	☐

3. Føler du deg ...

	JA 1	NEI 2
a for skreppelig til å bo slik du gjør nå?	☐	☐
b ensom og forlatt store deler av dagen?	☐	☐

* 4 Hvis du ikke ønsker å bo videre slik du gjør nå, hvordan ønsker du da å bo?

	JA 1	NEI 2
* a I en bedre tilpasset privat bolig	☐	☐
* b I en omsorgs- eller servicebolig	☐	☐
c Varig opphold på syke-/aldershjem	☐	☐
d Kortvarig opphold på syke-/aldershjem	☐	☐
e Annet, spesifiser: _____		

B. FAMILIE OG SOSIALE RELASJONER

5 STILLES TIL ALLE SOM IKKE ER GIFT. ANDRE GÅR TIL 6

Hva er din sivilstatus?

- 1 ☐ UGIFT
 2 ☐ ENKE/-MANN → Hvilket år ble du enke/-mann?
 3 ☐ SEPARERT → Hvilket år ble du separert?
 4 ☐ SKILT → Hvilket år ble du skilt?
- ÅR

6 Har du, eller har du hatt, egne barn?

- 1 ☐ JA
 2 ☐ NEI

7 Kan du ringe til noen du kjenner døgnet rundt hvis du virkelig trenger hjelp?

- 1 ☐ JA
 2 ☐ NEI
 3 ☐ HAR IKKE TELEFON
 9 ☐ VET IKKE

C. OPPVEKST OG KRIGSOPPLEVELSER

8 Hadde du noen langvarig sykdom eller lidelse før du fylte 14 år? (LANGVARIG BETYR MINST ETT ÅR).

- 1 ☐ JA
 2 ☐ NEI
 3 ☐ HUSKER IKKE

9 Forekom det under din oppvekst økonomiske vansker i ditt hjem?

- 1 ☐ JA, OFTE
 2 ☐ JA, AV OG TIL
 3 ☐ NEI, SJELDEN ELLER ALDRI

10 Opplevde du under 2. verdenskrig noe av det følgende?

- | JA | NEI | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| 1 | 2 | |
| ☐ | ☐ | Seilte til sjøs? |
| ☐ | ☐ | Deltok i illegalt arbeid? |
| ☐ | ☐ | Satt i fengsel, fangeleir eller konsentrasjonsleir? |
| ☐ | ☐ | Ble torturert eller svært hardt behandlet? |
| ☐ | ☐ | Flyktet ut av landet? |
| ☐ | ☐ | Tvangsevakuert fra Nord-Norge? |
| ☐ | ☐ | Deltok i direkte krigshandlinger? |
| ☐ | ☐ | Annet, spesifiser: _____ |

E. BRUK AV KOMMUNALE TJENESTER

DERSOM **IO HAR** SVART JA PÅ 21a I HOVEDDELEN. **ANDRE GÅR** TIL 12.

*11a Får din husholdning **nok** kommunal hjemmehjelp, eller trenger du/dere mer hjelp?
GJELDE ANTAL TIDR.

- 1 ☐ **JA**, NOK
2 ☐ **NEI**, TRENGER MER

11b Er du/dere stort sett forøyd med den hjemmehjelpen du/dere får?

- 1 ☐ **JA** ☐ → 13
2 ☐ **NEI**

*12 Trenger din husholdning hjemmehjelp?

- 1 ☐ **JA**
2 ☐ **NEI**

DERSOM **IO HAR** SVART JA PÅ 21b I HOVEDDELEN. **ANDRE GÅR** TIL 14.

*13a Får din husholdning **nok** kommunal hjemmesykepleie, eller trenger du/dere mer pleie? GJELDER ANTAL TIDR

- 1 ☐ **JA**, NOK
2 ☐ **NEI**, TRENGER MER

13b Er du/dere stort sett forøyd med den hjemmesykepleien du/dere får?

- 1 ☐ **JA** ☐ → 15
2 ☐ **NEI**

*14 Trenger din husholdning hjemmesykepleie?

- 1 ☐ **JA**
2 ☐ **NEI**

F. ARBEID

DERSOM **IO HAR** SVART JA PÅ SPØRSMÅL 28 I HOVEDDELEN. **ANDRE GÅR** TIL 16.

15 Arbeidet du i ditt hovedyrke den gang som selvstendig, som ansatt eller som familiemedlem uten fast avtalt lønn?

- 1 ☐ SELVSTENDIG
2 ☐ ANSAT
3 ☐ FAMILIEMEDLEM

*16 Hvor mange **år** i alt har du **vært** i inntektsgivende arbeid?

Antall år

DERSOM IO HAR SVART NEI PÅ SPØRSMÅL 25 I HOVEDDELEN. ANDRE GÅR TIL 18

*17 Hva slags pensjon eller ytelse begynte du å heve da du forlot inntektsgivende arbeid for godt?

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 1 | ☐ | ALDERSPENSJON FRA FOLKETRYGDEN |
| 2 | ☐ | AVTALEFESTET PENSJON (AFP) |
| 3 | ☐ | TJENESTEPENSJON ELLER BEDRIFTSBASERT FØRTIDSPENSJON |
| 4 | ☐ | SYKEMELDING, ATTØRING ELLER UFØREPENSJON EVT. MED GAVEPENSJON |
| 5 | ☐ | ARBEIDSLEDIGHETSTRYG, EVT. MED GAVEPENSJON |
| 6 | ☐ | ANNEN PENSJON/YTELSE, SPESIFISER: _____ |

TIL NÅVÆRENDE OG TIDLIGERE GIFTE DERSOM EKTEFELLEN/SAMBOEREN IKKE HAR ARBEID NÅ.
ANDRE GÅR TIL 21.

*18 Hadde din ektefelle tidligere et inntektsgivende arbeid av minst 6 måneders varighet?

- | | | |
|---|--------------------------|----------|
| 1 | ☐ | JA → 19a |
| 2 | ☐ | NEI → 21 |

19a Hva var hans/hennes hovedyrke da han/hun var yrkesaktiv?

HOVEDYRKE: _____

YRKESKODE:

DERSOM DET TRENGS FOR YRKESKODING:

19b Kan du kort beskrive ektefellens arbeidsoppgaver?

- 20 Arbeidet din ektefelle i sitt hovedyrke den gang som selvstendig, som ansatt eller familiemedlem uten fast lønn?

- 1 ☐ SELVSTENDIG
2 ☐ ANSATT
3 ☐ FAMILIEMEDLEM

G. UTRYGGHET OG VOLD

- *21 Hender det at du unngår å bevege deg utendørs alene her på stedet fordi du føler deg urolig for å bli utsatt for vold eller trusler?

- 1 ☐ JA
2 ☐ NEI

H. LIVSKVALITET

- 22 Her følger noen utsagn om hvordan du ser på livet i dag sammenlignet med tidligere. Kan du svare ut i fra en skala fra 1 til 3 hvor godt hver av disse utsagnene stemmer. 1 står for stemmer helt, 2 står for stemmer delvis, og 3 står for stemmer ikke.

	STEMMER HELT	STEMMER DELVIS	STEMMER IKKE	VET IKKE
	1	2	3	9
a I dag tar jeg meg selv mindre høytidelig enn tidligere ..	☐	☐	☐	☐
b I dag betyr materielle ting mindre for meg enn da jeg var 50 år gammel	☐	☐	☐	☐
c I dag er jeg mindre interessert i å omgås mennesker utover mine nærmeste venner og familie enn tidligere	☐	☐	☐	☐
d I dag har jeg større glede av å tenke og fundere sammenlignet med da jeg var 50 år gammel	☐	☐	☐	☐
e I dag har jeg mindre glede av å engasjere meg aktivt i samfunnslivet enn tidligere	☐	☐	☐	☐

23 Har du i løpet av de siste ukene ...

		JA	NEI
		1	2
a	vært spesielt oppglødd over eller interessert i noe?	☐	☐
b	vært så rastløs at du ikke klarte å sitte rolig i en stol?	☐	☐
c	følt stolthet fordi noen ga deg ros for noe du hadde gjort?	☐	☐
d	følt deg ensom eller fjern fra andre mennesker?	☐	☐
e	glad for å ha oppnådd noe?	☐	☐
f	følt at dagene falt lange?	☐	☐
g	følt deg kjekk og ovenpå?	☐	☐
h	følt deg nedfor og lei deg?	☐	☐
i	følt at alt ordner seg?	☐	☐
j	følt deg opprørt fordi noen kritiserte deg?	☐	☐

VIS KORT A

*24 Jeg vil lese opp noen påstander om hvordan du ser på livet ditt. Er du helt enig, litt enig, verken enig eller uenig, litt uenig eller svært uenig i følgende påstander?

		HELT ENIG	LITT ENIG	VERKEN ENIG ELLER UENIG	LITT UENIG	HELT UENIG
		1	2	3	4	5
a	Livsvilkårene mine er gode	☐	☐	☐	☐	☐
b	Jeg er tilfreds med livet mitt	☐	☐	☐	☐	☐
c	Så langt har jeg fått det viktigste jeg har ønsket meg i livet	☐	☐	☐	☐	☐
d	Hvis jeg kunne leve livet om igjen, var det nesten ingenting jeg ville gjøre annerledes ..	☐	☐	☐	☐	☐

25 Har du noen religiøs tro eller livssyn som du synes hjelper deg i livet?

- 1 ☐ JA
2 ☐ NEI

VIS KORT B

*26 Jeg vil nå lese opp noen påstander. I hvilken grad gir disse påstandene en sann eller usann beskrivelse av deg? Svar ut i fra en skala fra 1 til 5, der 1 står for en helt sann og 5 står for en helt usann beskrivelse av deg.

HELT	G A S K	V E T	G S K	HELT
S A N	S A N	I K K	U S I N	U S N N
1	2	3	4	5

- a Jeg er alltid høflig, selv overfor mennesker
som er ubehagelige ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- b Det har hendt at jeg har utnyttet andre
mennesker ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- c Noen ganger prøver jeg å ta igjen i stedet
for å tilgi ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- d Noen ganger blir jeg forrømt når jeg ikke
får det som jeg ønsker ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- e Uansett hvem jeg snakker med, er jeg en god
lytter L -
- f Når jeg ikke får det som jeg vil, pleier jeg
å si i fra ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- 27 Har du noen bekymringer for de neste tre årene? Er du svært bekymret, noe bekymret eller ikke bekymret for de forhold jeg nå skal lese opp?

Hvor bekymret er du for:

		SVÆRT BEKYMRET	NOE BEKYMRET	IKKE BEKYMRET
		1	2	3
a	Din egen helse	☐	☐	☐
b	Husholdningens økonomi	☐	☐	☐
c	Å måtte flytte fra denne boligen	☐	☐	☐
d	Å ikke få hjelp eller pleie i hjemmet hvis du trenger det	☐	☐	☐
e	Å ikke få plass på syke/aldershjem hvis du trenger det	☐	☐	☐
f	Andre bekymringer, oppgi den viktigste:			
g	Ingen spesielle bekymringer (KRYSS AV) ☐			

VIS KORT C

- *28 Hvor fornøyd er du med en del viktige forhold i livet ditt?

Svar ut i fra en skala fra 1 til 5, der 1 står for veldig bra og 5 står for veldig dårlig.

Hvor fornøyd er du med ...

		VERKEN				
		VELDIG BRA	GANSKE BRA	BRA ELLER DÅRLIG	GANSKE DÅRLIG	VELDIG DÅRLIG
		1	2	3	4	5
a	økonomien?	☐	☐	☐	☐	☐
b	helsen?	☐	☐	☐	☐	☐
c	kontakt med familien?	☐	☐	☐	☐	☐
d	dine gjøremål i hverdagen?	☐	☐	☐	☐	☐
e	det å bli eldre?	☐	☐	☐	☐	☐
f	tilværelsen alt i alt?	☐	☐	☐	☐	☐

*TIL INTERVJUER:

1. VAR DET NOEN PROBLEMER MED GJENNOMFØRINGEN AV DETTE INTERVJUET SOM HADDE
Å GJØRE MED AT IO VAR EN ELDRE PERSON?

1 ☐ JA → GÅ TIL NESTE
2 ☐ NEI → GÅ TIL 3

-
2. HVA SLAGS PROBLEMER VAR DETTE? VI TENKER SPESIELT PÅ OM IO VISTE TEGN PÅ SVAK HUKOMMELSE,
VIRKET FORVIRRET ELLER UKONSENTRERT, HADDE VANSKER MED Å FØLGE MED, ELLER BLE SVÆRT SLITEN.

SVAR: _____

-
3. BLE HELE ELLER DELER AV INTERVJUET GJORT MED EN PÅRØRENDE, ELLER MED MYE HJELP FRA EN
PÅRØRENDE?

1 ☐ JA
2 ☐ NEI

Ensom og ulykkelig?

Rapporten bringer resultatene fra en spørreundersøkelse blant 960 hjemmeboende eldre om deres levekår og livskvalitet. Den gunstige utviklingen på flere levekårsområder blant eldre på 1980-tallet har fortsatt eller stabilisert seg i løpet av første halvdel av 1990-tallet.

Likevel, eldre i Norge er fremdeles dårligere stilt enn yngre på flere viktige levekårsområder som inntekt, helse og sosial forankring. Samtidig er det stor sosial ulikhet i eldrebefolkningen. Levekårene varierer betydelig etter kjønn, alder, ekteskapelig status og klasse, mens bostedsvariasjonene stort sett er mindre.

Det er kvinner, det er de eldste, det er de ugifte og det er de eldre med lav sosial status som gjennomgående har minst av viktige levekårsressurser som materielle goder og helse. Blant eldre, som i befolkningen for øvrig, er det en tydelig, men ikke spesielt sterk tendens til hopning av gode levekår. Et stort flertall av de eldre oppgir forholdsvis høy livskvalitet, det vil si høyt subjektivt velvære og generell tilfredshet. Selv om det er en tendens til at høy livskvalitet avhenger av gode levekår, er hovedtrekket at livskvalitet og levekår er atskilte velferdsdimensjoner.