

# 24

Det 21. århundrets velferdssamfunn

Espen Dahl  
Gunn Elisabeth  
Birkelund



## LEVEKÅR

Syssetsetting, klasse  
og helse 1980–1995



# **Sysselsetting, klasse og helse 1980–1995**

## En analyse av fem norske levekårsundersøkelser

Espen Dahl

Gunn Elisabeth Birkelund

**Fafo**

© **Forskningsstiftelsen Fafo 1999**

**ISBN 82-7422-270-9**

**Omslagsillustrasjon: Jon S. Lahlum**

**Omslagsdesign: Kåre Haugerud**

**Trykk: Centraltrykkeriet AS**

# Innhold

|   |    |
|---|----|
| Forord .....  | 5  |
| 1 Innledning .....  | 7  |
| 2 Teoretiske perspektiver .....                                       | 8  |
| 2.1 Velferdsstatsforskning .....                                      | 8  |
| 2.2 Tesen om det postindustrielle samfunn .....                       | 11 |
| 3 Data og metode .....  | 13 |
| 3.1 Utvalg .....  | 13 |
| 3.2 Variabler .....   | 13 |
| 3.3 Metode .....  | 15 |
| 4 Resultater .....  | 15 |
| 4.1 Yrkesaktivitet og helse .....                                     | 15 |
| 4.2 Yrkesklasse og helse .....  | 16 |
| 4.3 Multivariat analyse av yrkesklasse, yrkesaktivitet og helse ..... | 22 |
| 5 Diskusjon .....   | 25 |
| 6 Konklusjon .....  | 29 |
| Litteratur .....  | 30 |
| Vedlegg .....   | 34 |
| Publikasjoner fra Det 21. århundrets velferdssamfunn .....            | 36 |



## Forord

Denne rapporten er et av sluttproduktene i prosjektet Det 21 århundrets velferds-samfunn. Prosjektet er finansiert av Landsorganisasjonen i Norge og Det norske Arbeiderparti i forbindelse med LOs hundreårsjubileum i 1999. Det er stor tematisk og faglig bredde i prosjektet, det spenner over temaer innenfor økonomi og arbeidsliv, hverdagslivet og det sivile samfunn, velferdsstatens tjenester, trygd og fordeling. I en rekke publikasjoner diskuteres hvordan det norske samfunn har utviklet seg de siste tiårene, og hvilke utfordringer og mulige veivalg vi står overfor på terskelen til et nytt årtusen.

Prosjektet inneholder bidrag fra forskere i Norge og fra utlandet. Det er stor variasjon i rapportenes omfang og dybde. Noen er basert på seminarinnlegg, mens andre resultatet av lengre utredningsarbeid. En fortegnelse over alle publikasjonene i prosjektet – til sammen 44 rapporter og hovedboka *Mellom frihet og felleskap* – finnes bakerst i rapporten.

Arbeidet på Fafo har vært organisert i en prosjektgruppe med Ove Langeland som prosjektleder. Prosjektgruppen har ellers bestått av Torkel Bjørnskau, Hilde Lorentzen, Axel West Pedersen, samt Jardar E. Flaa og senere Reid J. Stene. I arbeidet med prosjektet har vi mottatt nyttige og konstruktive kommentarer fra flere kollegaer på Fafo og fra andre miljøer. Jon S. Lahlum har på en profesjonell måte sørget for at rapportene kommer ut i en presentabel form. Prosjektgruppen takker oppdragsgiver som har gjort dette arbeidet mulig.

Oslo, april 1999

Ove Langeland

**Espen Dahl** er Forskningsleder ved Forskningsstiftelsen Fafo. Dahls forskning er særlig knyttet til felt som ulikhet, levekår, helse, sosialhjelp, forløpsanalyse og sosialpolitisk intervensjon. Han har publisert blant annet: Sosial ulikhet i helse: Artefakter eller seleksjon? Fafo 1994 og Ensom og ulykkelig? Levekår og livskvalitet blant eldre i Norge, Fafo 1996

**Gunn Elisabeth Birkelund** er forsker ved Institutt for samfunnsforskning, hun har særlig forsket på feltene: arbeid, sosial ulikhet og kjønnsforskjeller. Hun har blant annet publisert; *Women's Part-Time Work: A Cross-National Comparison* i *European Sociological Review*, (med Rachel A. Rosenfeld 1995) og *The Latent Structure of Job Characteristics of Men and Women* i *American Journal of Sociology* (med Leo A. Goodman og David Rose 1996).

Levekårsdata fra 1995 tyder på at klasseskillene i selvrapportert helse nå er så godt som utvisket blant yrkesaktive menn og kvinner i alderen 25–66 år i Norge. Dette funnet representerer noe nytt i forhold til etablert kunnskap på feltet. Sosial ulikhet i helse har tradisjonelt fulgt de vanlige sosioøkonomiske skillelinjene i befolkningen; for eksempel har arbeidere vanligvis mer sykelighet og høyere dødelighet enn funksjonærer. Analyser basert på levekårsdata fra 1980–95 tyder på at det foregår en seleksjon av arbeidsstokken etter helse, slik at de som har helseproblemer har større vansker med å få – eller holde på – inntektsgivende arbeid. Denne helsemessige polariseringen er noe sterkere for arbeidere enn for funksjonærer, slik at det i 1995 ikke lengre er klasseskiller i helse blant de yrkesaktive. Dersom tidligere yrkesaktive i alderen 25–66 år inkluderes i analysene sammen med de yrkesaktive, det vil si at vi kontrollerer for seleksjonsprosessen, så er de tradisjonelle klasseskillene i helse fremdeles tilstede i 1995. Sammenhengen mellom sysselsetting og helse samvarierer ikke systematisk med kortsiktige konjunktursvingninger i samfunnsøkonomien. Det reiser spørsmålet om en økende helsepolarisering mellom yrkesaktive og ikke yrkesaktive er et stabilt og vedvarende trekk ved det post-industrielle samfunnet.

Vi vil takke Jon Ivar Elstad (NOVA) Axel West Pedersen og Ivar Lødemel (begge Fafo) Hans Tore Hansen (SNF) for kommentarer.



# 1 Innledning

De siste 10–15 år har det generelle sykkelighetsnivået i den arbeidsføre befolkningen holdt seg noenlunde konstant (se vedleggstabell 1). Samtidig har det skjedd dyptgripende endringer i sysselsetting og yrkesstruktur i det norske arbeidsmarkedet. God helse kan ses som en forutsetning for sosial handling og aktiv deltakelse i samfunnslivet (Parsons 1958) og arbeidsmarkedet er samfunnets viktigste velferdsarena (NOU 1993:17).

Vi skal undersøke sammenhengen mellom helse og tilbøyeligheten til å delta på arbeidsmarkedet, og om dette forholdet varierer over tid med klasses tilhørighet og kjønn. Til dette bruker vi norske levekårsdata for perioden 1980–1995. Vi spør om det over tid har funnet sted en helsemessig polarisering mellom yrkesaktive og ikke yrkesaktive, og dersom så er tilfelle, om denne polariseringen er forskjellig for arbeidere og funksjonærer og for menn og kvinner. Er det de sterkeste og sunneste som får delta i arbeidsstyrken, mens personer med nedsatt helse opplever økende sysselsettingsvansker? Er denne effekten i så fall klassespesifikk? Er det særlig arbeidere som rammes, dvs. står vi ovenfor en såkalt «healthy worker effect» (den sunne arbeider-effekten)? Er dette i så fall et fenomen som svinger i takt med de økonomiske konjunktorene i samfunnet, eller er dette uttrykk for en mer langsiktig og dyptliggende tendens knyttet til strukturelle endringer i arbeidslivet?

Disse spørsmålene har stor forskningsmessig og velferdspolitisk relevans. Det forskningsmessig interessante er knyttet til hvor fruktbart det er å anvende dynamiske og diakrone tilnærminger og data i studier av sosial mobilitet og marginaliseringsprosesser relatert til helse, sysselsetting og sosial stratifisering. Et viktig velferdspolitisk spørsmål er i hvilken grad helseproblemer leder til sosial marginalisering og svakere levekår, og hvorvidt dette rammer grupper som i utgangspunktet har lite, som for eksempel ufaglærte arbeidere. Dette aktualiserer også en sentral makroøkonomisk forutsetning for en velferdsstat av nordisk modell: Dersom samfunnet ikke makter å sysselsette den store majoritet av befolkningen i arbeidsfør alder, settes hele velferdsstatsmodellen på prøve.

## 2 Teoretiske perspektiver

For å utvikle noen mer presise antakelser, vil vi trekke veksler på to teoretiske perspektiver. Det første perspektivet er den institusjonelle tilnærmingen innen velferdsstatsforskningen (Esping-Andersen 1990). Det andre perspektivet er avledet av tesen om det postindustrielle samfunn (Bell 1976).

### 2.1 Velferdsstatsforskning

Esping-Andersen (1990) har lagt fram en innflytelsesrik typologi av velferdsstatsregimer, som er basert på tre nøkkelvariabler: Sysselsettingsnivå, lagdelingssystemet og befolkningens uavhengighet av arbeid som inntektskilde, også kalt dekommodifisering. To sentrale trekk i den nordiske velferdsstatsmodellen er det tradisjonelt høye sysselsettingsnivået og befolkningens økonomiske uavhengighet av arbeidsmarkedet (se også Hagen 1991). De nordiske velferdsstatene gir økonomiske ytelser som er universelle, forholdsvis generøse og lett tilgjengelige. Dermed er det mulig å leve et tilnærmet verdig liv uten arbeidsinntekt i kortere eller lengre perioder (Kolberg og Esping-Andersen 1992).

Denne uavhengigheten av arbeidsmarkedet henger logisk sammen med det høye sysselsettingsnivået i Norden, slik det er dokumentert av komparativ velferdsstatsforskning (Esping-Andersen og Korpi 1987, Esping-Andersen 1990, Kolberg og Esping-Andersen 1992). Det inkluderende arbeidsmarkedet av nordisk modell innebærer blant annet at en uvanlig høy andel kvinner og eldre befinner seg i arbeidsstyrken (Kolberg og Esping-Andersen 1992). Dette er grupper der behovet – eller risikoen – for betalt velferdstid er forholdsvis stort. Den høye sysselsettingen er i tillegg en avgjørende økonomisk forutsetning for å opprettholde et høyt skattenivå som finansierer en i overveiende grad offentlig velferd.

Det er enkelte tegn til at tiden med full sysselsetting er på hell. Den internasjonale førtidspensjoneringsbølgen har også nådd Norge. Sysselsettingsandelen blant eldre menn har vært synkende i Norge og Norden de siste 10–15 år (Kolberg og Esping-Andersen 1992). Dette kan tydelig avleses på sysselsettingsstatistikken for eldre arbeidstakere. Blant menn i alderen 60–66 år har yrkesprosenten gått jevnt og trutt ned fra 73 prosent i 1980 til 54 prosent i 1994. For kvinner i denne aldersgruppen har imidlertid yrkesprosenten ligget temmelig stabilt på rundt 40 prosent i hele perioden (Halvorsen 1996). Gjennomsnittlig avgangsalder i Norge er nå 61 år, ifølge offisielle beregninger (NOU 1994: 2), selv om pensjonsalderen er 67 år –

den nest høyeste i verden etter Island. Tilstrømmingen over på uførepensjon og andre former for førtidspensjon i Norge var særlig omfattende på annen halvdel av 1980-tallet (Rikstrygdeverkets statistiske årbøker). I denne forbindelse har uførepensjoneringen av middelaldrende kvinner med såkalte diffuse lidelser fått mye oppmerksomhet. Kriteriene for tildeling av uførepensjon ble da også strammet til på begynnelsen av 1990-tallet. Antakelig var dette en av grunnene til at rekrutteringen til uførepensjon stanset opp og begynte å falle utover på 1990-tallet. Det er likevel tvilsomt om dette har slått ut i økende yrkesaktivitet. For det første viser oppfølgingsstudier at mange av dem som har søkt uførepensjon og fått avslag likevel faller ut av yrkeslivet (Westin 1994). For det andre illustrerer utvidelsen av såkalt avtalefestet pensjon (AFP) og den kraftige veksten i tjenstepensjonsordninger at eldre, men likevel stadig yngre, arbeidstakere fortsatt har gode muligheter til å gå av før ordinær pensjonsalder. Den utviklingen at arbeidstakere med helseproblemer i økende grad står utenfor arbeidslivet, skyldes at mulighetene for alternativ forsørgelse er blitt bedre utbygd og utnyttet. Dette gjelder dels bruken av offentlige ordninger, dels kollektive ordninger som AFP, og dels privat forsørgelse i familien.

Dessuten ble trolig bedriftenes rekrutteringspolitikk skjerpet under lavkonjunktoren på slutten av 1980-tallet og i begynnelsen av 1990-tallet ved at helse-tilstand og arbeidsevne ble tillagt større vekt (Dahl 1990). Høy og stigende arbeidsledighet medførte at arbeidsgiverne kunne velge å ansette først og fremst velkvalifiserte og (antatt) produktive arbeidssøkere med god helse. De skjerpede ansettelsesvilkårene og prestasjonskravene kan vanskelig ses uavhengig av mer generelle makroøkonomiske forhold, hvor kanskje særlig økt internasjonalisering av økonomien og tilpasning i forhold til EU og EØS innebærer økte krav om omstrukturering, omstilling og økt produktivitet i næringslivet. I den norske trygdeforskningstradisjonen inngår lignende resonnementer i utstøtingsmodellen (Halvorsen 1977).<sup>1</sup>

Det er således mye som tyder på at det de siste 10–15 årene har funnet sted en utstrakt sanering av eldre arbeidstakere, og av arbeidstakere med svekket helse og nedsatt yteevne. De voksende arbeidsmarkedsvanskene for eldre og syke fører til

<sup>1</sup> Ustøtingsmodellen er blitt kritisert av både empiriske og teoretiske grunner. Dens empiriske støtte er ikke alltid like overbevisende (Kolberg 1991, Dahl og Midtsundstad 1994), og det er innvendt at modellen kan implisere strukturell determinisme (Colbjørnsen 1982). I denne artikkelen tar vi imidlertid ikke stilling til om «helserelatert seleksjon», som er ment som en nøytral term, skyldes eksklusjon eller attraksjon.

at den norske arbeidsstokken blir friskere, både sammenlignet med tidligere og sammenlignet med ikke yrkesaktive. Vi får en økende helsemessig polarisering i befolkningen mellom yrkesaktive og ikke yrkesaktive. Spredte empiriske undersøkelser bekrefter dette. Elstad (1996) har dokumentert at helseforskjellen mellom yrkesaktive og ikke yrkesaktive kvinner økte på 1980-tallet. En tilsvarende polarisering er funnet for endringene i dødeligheten. Borgan (1997) har påvist at i perioden 1960–1980 sank dødeligheten for yrkesaktive menn med hele 22 prosent, mens nedgangen for ikke yrkesaktive menn var på kun 9 prosent. Tendensen er enda sterkere for kvinner. Nedgangen i dødelighet for yrkesaktive kvinner er på 35 prosent mot 3 prosent for ikke yrkesaktive. At tendensen er sterkere for kvinner enn for menn skyldes antakelig at både rekrutteringen av kvinner til arbeidslivet og marginalisering av kvinner ut av arbeidslivet var helsesrelatert. En studie av arbeidsledige i Grønlandsområdet viste at særlig langtidsledige har svakere helse enn de yrkesaktive (Claussen 1994). Bakgrunnen for dette er dels at arbeidstakere med helseproblemer har høyere risiko for å miste jobben, og dels at de oftere blir vraket når de søker nytt arbeid.

Et vanskeligere arbeidsmarked for eldre og syke er blitt kompensert av en mer intensivt utnyttelse av alternative forsørgelseskilder. Det gjenstår imidlertid å belyse hvordan disse seleksjonsprosessene har influert på sammenhengen mellom yrkesaktivitet og helse over de siste 15 åra.

Utviklingen i de sykkelighetsindikatorerne vi ser på her er enten tilnærmet konstant, eller uten noen entydig og sterk lineær trend (se vedleggstabell 1). I en teoretisk modell med konstant sykkelighet i hele populasjonen og en tiltakende strøm av syke mennesker ut av arbeidsmarkedet, vil andelen syke stige blant de utenfor og synke blant de som er innenfor arbeidslivet. En slik seleksjonsmodell passer empirisk godt på utviklingen for menn, som har opplevd et svakt fall i sysselsettingen i perioden 1980–95 (egne analyser). For kvinner må vi også ta hensyn til at det har vært en sterkt voksende yrkesaktivitet i samme periode; fra 54 prosent i 1980 til 72 prosent i 1995 (i henhold til de levekårsdata vi benytter). Denne tiltakende strømmen av kvinner fra status som ikke-yrkesaktiv til status som yrkesaktiv, tilsier at *potensialet* for helseseleksjon vil være betydelig også i rekrutteringsprosessen. Dersom det er korrekt at arbeidsgiverne er blitt mer opptatt av helse og arbeidsførhet når de vurderer arbeidssøkere, vil vi vente at helsepolariseringen blant kvinner vil være større enn blant menn. Utviklingslinjene for helseindikatorerne for kvinner i og utenfor arbeidslivet vil få en mer markert trompetform

enn for menn. Dette resonnementet finner empirisk belegg i dødelighetsdataene til Borgan (1997) som vi refererte ovenfor.

Vi antar at disse to helserelaterte seleksjonsprosessene, både rekrutterings- og marginaliseringsprosessen, førte til at det gjennom 1980-tallet og inn på første halvdel av 1990-tallet ble etablert en arbeidsstokk med bedre helse og arbeids-  
evne, og mindre sykkelighet enn før.

## 2.2 Tesen om det postindustrielle samfunn

Framveksten av det postindustrielle samfunn kjennetegnes av omfattende og vari-  
ge endringer av økonomi og klassestruktur (Bell 1976). Produksjonsstrukturen  
karakteriseres ved tilbakegang i tradisjonell og manuell industriproduksjon og  
framvekst av tjenesteyting. En slik utvikling medfører også økt fleksibilisering og  
en oppgradering av arbeidsstyrkens kvalifikasjoner (Bell 1976, Esping-Andersen  
1993). Som en generell utlegning av noen tunge utviklingstendenser i vestlige  
samfunn, har tesen bred støtte (se Ellingsæter 1995 for en oversikt). Selv om in-  
dustriproduksjonen langt fra er lagt ned i de vestlige land, er det liten tvil om at  
utviklingen i den vestlige verden har gått i den retningen Bell spådde. Det utvi-  
klingsoptimistiske synet til Bell og andre er likevel blitt utfordret og nyansert på  
minst tre områder (Esping-Andersen 1993).

For det første er det tegn til utvikling av et tjenesteytende proletariat som pri-  
mært består av kvinner. Denne nye arbeiderklassen opplever en degradering av  
kvalifikasjoner og forringelse av jobbinnhold (jf. Braverman 1974). Mange av dis-  
se jobbene er ofte dårlig betalt, og arbeidet kan være stresspreget og tungt både  
fysisk og psykisk. Eksempler på slike jobber, kan være butikkarbeid (privat ansat-  
te), og hjemmehjelp (offentlig ansatte).

Dessuten ser vi i enkelte land konturene av en polarisering i arbeidsmarkedet,  
med et stort privilegert segment øverst, med høye kvalifikasjoner og lønninger, og  
et enda større underprivilegert segment nederst, med lave kvalifikasjoner og lave  
lønninger.

For det tredje er det tendenser til at «jobless growth» skaper en stor marginalis-  
ert befolkning uten jobb og lønnsinntekt. I Norge har man særlig vært opptatt av  
faren for at ungdom stenges permanent ute fra arbeid og samfunn (NOU 1994:3 og  
St.meld. nr. 35 (1994–95) Velferdsmeldinga).

Selv om det er tendenser til konvergens, viser komparativ forskning at en-  
dringstakten og mønsteret i yrkes- og næringsutviklingen varierer en del mellom

land (Esping-Andersen 1990 og 1993). Ikke minst ser det ut til at velferdsstatsregimet påvirker utviklingen av den økonomiske strukturen og lagdelingen (Western og Wright 1994). I de nordiske land er det først og fremst velferdsstaten som organiserer sosial tjenesteyting, som for eksempel undervisning, sykepleie og sosialt arbeid. Den offentlige sosiale tjenesteytende sektor består av både høyt kvalifiserte profesjoner og semiprofesjoner med høyere sosial status. Samtidig finnes det et betydelig innslag av lavt kvalifisert og underordnet tjenesteytende arbeidskraft (Kolberg og Kolstad 1993). Dette todelte offentlige postindustrielle arbeidsmarkedet er ganske forskjellig fra arbeidsmarkedet i andre land. I USA, for eksempel, er tjenesteyting i langt større grad organisert privat og har relativt sett dårligere betalings- og arbeidsbetingelser. I begge tilfelle, vil imidlertid oftest personlig tjenesteyting, som for eksempel kelnerarbeid og frisørarbeid, utføres på det private markedet. Ett viktig gjennomgående trekk er at kvinner er konsentrert i underordnede postindustrielle jobber, enten de nå er i privat eller offentlig sektor (Esping-Andersen 1993).

Fremveksten av et postindustrielt arbeidsliv medfører en tilbakegang av yrker med høy fysisk arbeidsbelastning og risikofylt arbeidsmiljø, samtidig som yrker som er bedre stilt i så måte vokser fram (Bell 1976, Pape 1993, Grimsmo 1996). Det er imidlertid et åpent spørsmål om helsefaren i mange av de nye yrkene er vesentlig mindre enn de var i de tradisjonelle industriyrkene. Psykiske belastninger og stressfaktorer i arbeidsmiljø er kommet i stedet for mange av de klassiske, fysiske helsefarene (Karasek og Theorell 1990).

Ut i fra yrkespesifikke forskjeller i arbeidsmiljø, jobbkrav og frihet i arbeidet, er det rimelig å anta at det yrkesmedisinerne kaller den sunne arbeider-effekten – den sunne arbeidereffekten – virker ulikt for de ulike yrkesklassene. Denne antakelsen er det empirisk belegg for. En engelsk undersøkelse viser at den sunne arbeidereffekten er blitt sterkere i løpet av de siste tjue åra, samtidig som effekten er blitt mer klassespesifikk (Bartley og Owen 1996). Over tid er det blitt vanskeligere for en ufaglært arbeider med et helseproblem å få eller beholde en jobb, enn det er for en høyere funksjonær. Dette fenomenet er i tillegg ganske uavhengig av de økonomiske konjunkturer; i oppgangstider blir arbeidere med helseproblemer i liten grad absorbert i arbeidsstokken igjen. Helserelatert sosial mobilitet ut av arbeidsmarkedet, spesielt blant ufaglærte arbeidere, er også observert i Norge på 1980-tallet (Dahl 1994, Kolberg og Kolstad 1993), og for menn har tidligere yrkestilhørighet konsekvenser for deres helsetilstand også etter at de er gått av med pensjon (Dahl og Birkelund 1997). Foreliggende studier av sammenhengen mellom

yrkestilhørighet, sykkelighet og seleksjon dekker kun utviklingen fram til midten av 1980-årene. Derfor vet vi lite om hvordan disse forholdene har utviklet seg de siste ti åra.<sup>2</sup>

Vi antar at helsereelatert seleksjon fra yrkeslivet øker mer over tid blant arbeidere og andre underordnede enn blant funksjonærer. Dette medfører at sammenhengen mellom yrkesklasse og helse tilsynelatende vil svekkes over tid.

## 3 Data og metode

### 3.1 Utvalg

Vi bruker data fra Levekårsundersøkelsene (LKU) fra årene 1980, 1983, 1987, 1991 og 1995. Alle fem undersøkelsene er foretatt av Statistisk sentralbyrå og stilt til rådighet av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste. LKU er landsomfattende representative utvalgsundersøkelser med bruttoutvalg på drøyt 5000 personer (16 og 79 år). Frafallet er mellom 20 og 25 prosent (Teigum 1992, Levekårsundersøkelsen 1995). Det er gjennomgående små skjevheter etter alder, kjønn og region mellom netto- og bruttoutvalgene. Vi vil i det følgende avgrense våre utvalg til personer i alderen 25–66 år.

### 3.2 Variabler

LKU inneholder opplysninger om en rekke *sykelighetsindikatorer* som alle er selvrapporterte. Vi har valgt å konsentrere oss om følgende tre indikatorer: *langvarig sykdom*, *muskel- og skjelettlidelser* og *psykiske plager*. Den første indikatoren er standard i helseundersøkelser. De to neste representerer to store diagnosegrupper som forholdsvis ofte fører til kortere eller lengre arbeidsuførhet i form av sykefravær og uførepensjon (Tellnes 1996, RTVs trygdestatistiske årbøker).

Indikatoren *langvarig sykdom* er basert på et direkte spørsmål om respondenter har en langvarig sykdom eller lidelse.

*Muskel- og skjelettlidelser* er kodet av SSB i henhold til den internasjonale sykdomsklassifikasjonen (ICD). For alle LKU unntatt LKU-95 er ICDs 8. revisjon lagt til grunn. Vi har fulgt SSBs praksis og definert kodene 710–738, 754–756 og 787 som muskel- og skjelettsykdom. I 1995 (ICDs 9. versjon) er kodene 710–739 og

<sup>2</sup> Men se Westin (1994), Mastekaasa (1996), Tellnes m.fl. (1996) og West Pedersen (1996).

754–756 brukt. Respondentene er invitert til å oppgi opp til 7 sykdomstilfeller (9 tilfeller i 1991 og 1995). Vår indikator er basert kun på de tre førstnevnte tilfellene for at den skal kunne ha en viss alvorlighetsgrad og dermed potensial for å påvirke arbeidsførheten.

*Psykiske plager* bygger på tre spørsmål: Hadde respondenten i løpet av de siste 6 månedene vært plaget av a) hjertebank uten anstrengelse, b) nervøsitet eller rastløshet, eller c) vært deprimert og nedfor. Alle som har svart bekreftende på minst ett av disse spørsmålene har symptomer på psykiske plager.

*Yrkesaktivitet* er her definert som inntektsgivende arbeid av minst en times varighet utført i forrige uke. Vi har også inkludert som yrkesaktive de som hadde fri eller var fraværende fra inntektsgivende arbeid i forrige uke. Totalt er om lag 73–75 prosent av respondentene i LKU yrkesaktive. Denne definisjonen av yrkesaktivitet innebærer derfor at vi inkluderer personer med kort arbeidstid i tillegg til heltidsansatte i vårt utvalg. I en del tilfelle har vi også undersøkt om hovedresultatene blir annerledes dersom vi fokuserer kun på heltids yrkesaktive, og resultatene av disse stikkprøvene tyder på at det gjør de ikke. De ikke yrkesaktive klassifiseres etter deres tidligere yrke, når slik informasjon foreligger, noe som kun gjelder LKU83 og LKU95.

*Yrkesstatus.* Vi ser kun på ansatte, eller tidligere ansatte. På grunn av selvstendige næringsdrivendes særegne arbeidssituasjon har vi valgt å holde dem utenfor. I 1995 er det imidlertid ikke mulig å skille ut de selvstendig næringsdrivende blant de tidligere yrkesaktive. De selvstendig næringsdrivende som ikkeer yrkesaktive på intervjuutidspunktet er derfor plassert i den yrkesklassen de ville hatt dersom de var ansatt. Formodentlig representerer dette ikke noe stort problem siden det sannsynligvis er svært få det dreier seg om. I LKU83, som er den andre undersøkelsen som inneholder informasjon om de ikke yrkesaktives tidligere yrke, var det kun 18 personer i denne kategorien. Også studenter er fullstendig utelatt.

*Yrke* er basert på et åpent spørsmål om nåværende yrke, og i 1983 og 1995 også om tidligere hovedyrke. Yrke er kodet på tresiffernivå etter Nordisk yrkesklassifisering. (Album 1984). Vi har valgt å benytte SSBs sosioøkonomiske klassifisering av yrkeskoder for å definere den norske klassestrukturen (Album 1984). Dette klassifikasjonsskjemaet gir fem yrkesklasser blant ansatte: ufaglærte arbeidere, faglærte arbeidere, funksjonærer på lavere nivå, funksjonærer på mellomnivå og funksjonærer på høyere nivå.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> For en diskusjon av andre klassebegrep, se Gooderham og Ringdal 1995 og 1996; Birkelund 1996a og 1996b.



### 3.3 Metode

Med unntak av den multivariate analysen (se nedenfor), ser vi på menn og kvinner hver for seg. Det er kjent at sykkelighetsnivået blant kvinner ofte ligger høyere enn blant menn, og at endringer i nærings- og yrkesstrukturen vil kunne ha ulike konsekvenser for kvinner og menn, jamfør diskusjonen foran om det postindustrielle samfunn.

Ettersom levekårsundersøkelsene er utvalgsundersøkelser, må vi regne med svingninger i de statistiske estimatene fra år til år som skyldes utvalgstilfeldigheter og ikke reelle endringer i populasjonen. Mindre variasjoner fra år til år ønsker vi derfor se bort fra. For å få fram de generelle trendene har vi glattet kurvene ved hjelp av den eksponentielle glattingsfunksjonen i SPSS. I denne glattingsprosedyren beregnes hver enkelt verdi som en kombinasjon av gjennomsnittsverdien for tidsserien og verdien på den foregående observasjonen, som på sin side er bestemt av en lineær trendparameter (SPSS 1994 Trends 6.1). I figurene vises disse estimerte trendene som linjer, mens de faktiske empiriske observasjonene er gjengitt som punkter. Alle signifikanstestene er basert på de empiriske observasjonene og beregnet ved hjelp av logistisk regresjon.

I analysen av konsekvensene av helsepolariseringen for målingen av ulikhet i helse mellom yrkesklassene har vi også anvendt logistisk regresjon. I disse analysene rapporterer vi nettoeffekten av yrkesklasse, kontrollert for alder og kjønn.

## 4 Resultater

### 4.1 Yrkesaktivitet og helse

Før vi begynner å se på sammenhengen mellom helse og yrkesaktivitet, la oss notere at utviklingen i Norge går mot en postindustriell yrkesstruktur både for menn og kvinner, hvor andelen av midlere og høyere funksjonærer i yrkesbefolkningen øker i perioden 1980–95 (se Figur A og B i Vedlegg). Det er en klar nedgang i andelen ufaglærte arbeidere, særlig blant menn. I tillegg er det en reduksjon i andelen lavere funksjonærer blant kvinner. Denne reduksjon i lavkvalifisert kvinnelig funksjonærersjikt er imidlertid ikke i overensstemmelse med forventninger ut i fra postindustriell teori.

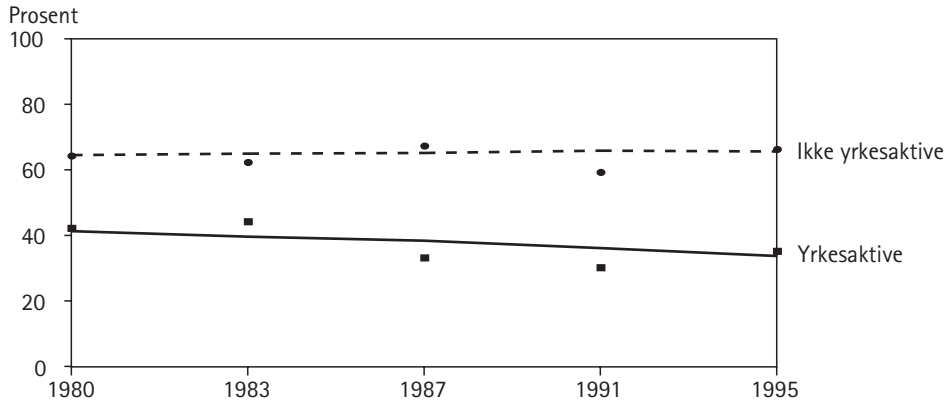
Figur 1 og 2 viser, separat for kvinner og menn, andel med helseproblemer blant de yrkesaktive og de ikke yrkesaktive (de faktiske observasjoner for hvert år), samt de glattede kurvene som indikerer en trendmessig utvikling over tid. Ut i fra en visuell inspeksjon av figurene, kan det se ut som om det er tendenser til økende polarisering over tid i sykkelighet mellom yrkesaktive og ikke yrkesaktive; både med hensyn til langvarig sykdom generelt, muskel- og skjelettlidelser spesielt, og for psykiske plager. Det ser altså ut til å foreligge en tendens som tyder på at andelen med helseproblemer blant de yrkesaktive synker, mens andelen med helseproblemer blant de ikke yrkesaktive stiger over tid. Endringene er temmelig små fra den ene undersøkelsen til den andre, men samlet får vi et bilde av en økende polarisering over tid. Spørsmålet er om denne gradvise polariseringen er signifikant, og om den er relatert til alder. Vi må med andre ord undersøke om det er seleksjon etter alder eller helse vi står overfor. Signifikanstester av interaksjonen mellom sysselsettingsstatus og år (gjengitt i vedleggstabell 2 i Appendiks) viser, med unntak av menn med psykiske plager, at det er god grunn til å anta at økende helsemessig polarisering mellom de innenfor og de som er utenfor arbeidslivet faktisk også har funnet sted i den norske befolkning over denne femtenårs perioden. I disse modellene inngår også alder som kontrollvariabel. Dermed understøttes tesen om at det er en økende helsepolarisering – ikke alderspolarisering – vi er vitne til. Et blick på figurene gir dessuten mistanke om at helsepolariseringen virker sterkere for kvinner enn for menn. En formell statistisk test av treveisinteraksjonen mellom kjønn, sysselsettings-status og år viser at den er signifikant for langvarig sykdom og psykiske plager, men ikke for muskel- og skjelettsykdom (resultater ikke vist). Dette indikerer at for de to førstnevnte helseutfallene er polariseringen over tid kraftigere for kvinner enn for menn.

## 4.2 Yrkesklasse og helse

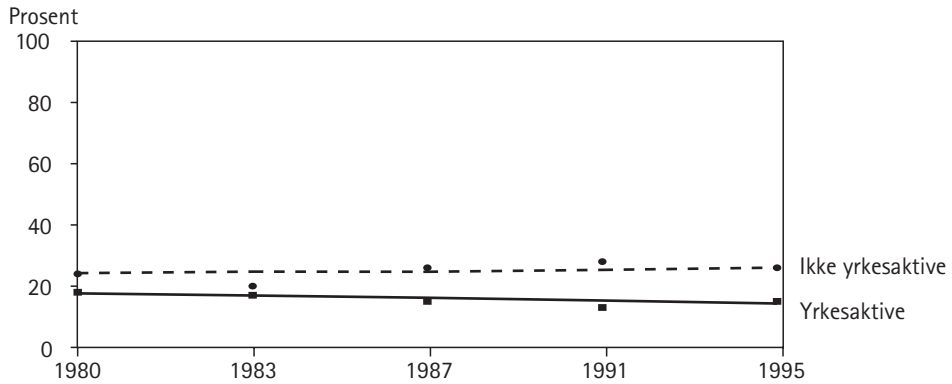
La oss nå se nærmere på hvem det er som rammes. Dersom det finnes en sunn arbeider-effekt antas den i særlig grad å ramme arbeidere framfor funksjonærer. For å undersøke om det faktisk er tendenser til at det er arbeiderne som i størst grad har opplevd å bli skjøvet ut av arbeidsmarkedet på grunn av helseproblemer, må vi ha informasjon om yrke for både de yrkesaktive og de ikke yrkesaktive. Som nevnt over foreligger det kun opplysninger om tidligere yrke(r) til ikke yrkesaktive

**Figur 1 Sykelighet og yrkesaktivitet 1980–1995. Glattete kurver og faktiske obser-  
vasjoner. Menn 25–66 år**

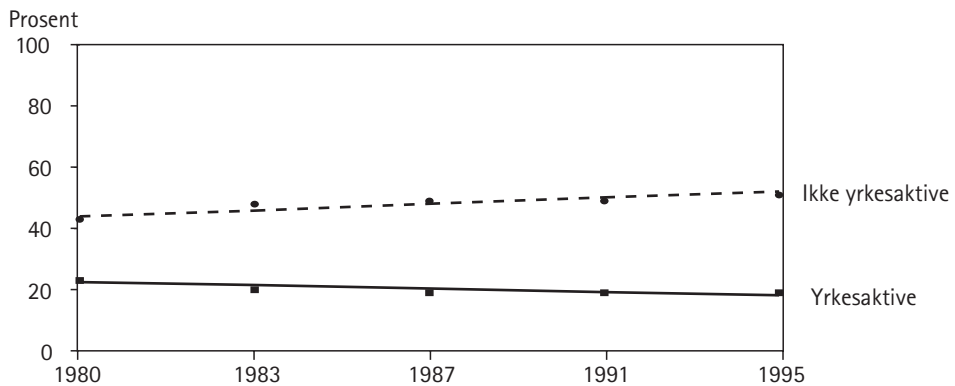
Andel med langvarig sykdom



Andel med muskel-, skjelettsykdom



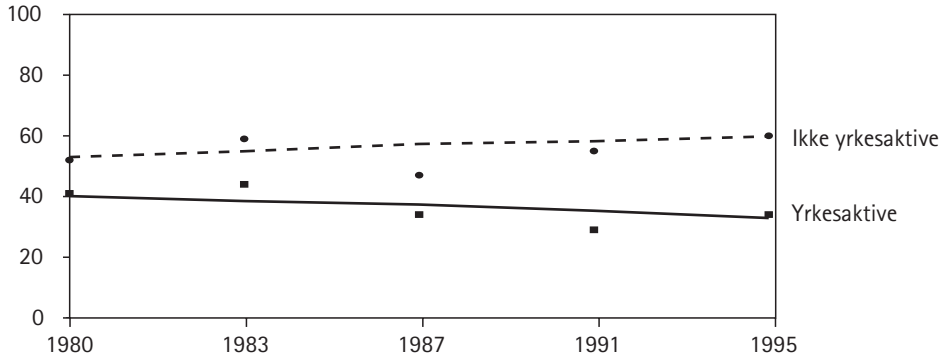
Andel med psykiske lidelser



**Figur 2 Sykelighet og yrkesaktivitet 1980–1995. Glattete kurver og faktiske observasjoner. Kvinner 25–66 år**

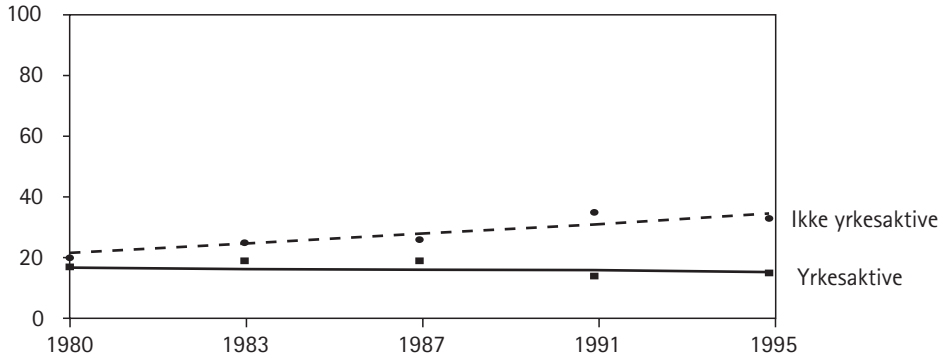
Andel med langvarig sykdom

Prosent



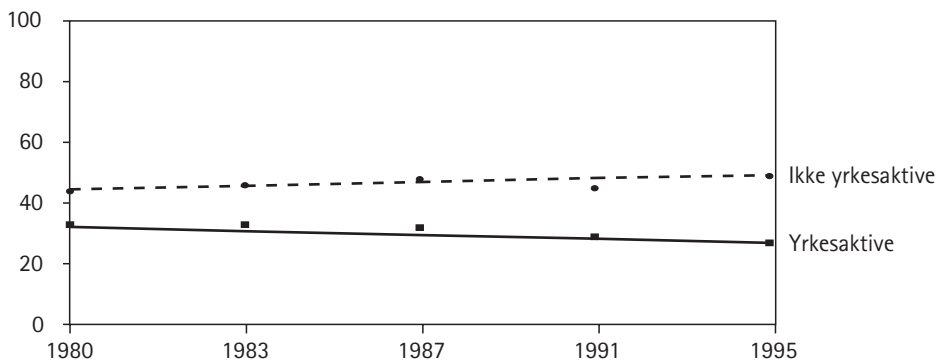
Andel med muskel-, skjelettsykdom

Prosent



Andel med psykiske lidelser

Prosent



i Levekårsundersøkelsene for 1983 og 1995, og de videre analyser begrenser seg derfor til disse to undersøkelsene.<sup>4</sup>

Tabell 1 viser andelen menn og kvinner som var utenfor arbeidslivet innen hver yrkesklasse i 1983 og 1995 (klassifisert ut fra deres tidligere yrke). I 1983 var 17 prosent av ufaglærte mannlige arbeidere utenfor arbeidslivet, mens bare 1 prosent av de (mannlige) høyere funksjonærene var det samme. I 1995 var tilsvarende tall henholdsvis 23 prosent og 3 prosent. Tabell 1 viser at kvinner jevnt over er mer fraværende fra arbeidsmarkedet enn menn i de ulike klasser. Vi ser imidlertid en samlet nedgang i andelen ikke yrkesaktive kvinner (med andre ord: en økning i kvinners yrkesaktivitet) i perioden 1980–1995. Dessuten ser vi en klar klasseprofil, mens svært mange kvinner i arbeiderklassen i 1983 (40 prosent av de ufaglærte og 44 prosent av de faglærte) ikke var yrkesaktive, var nesten alle de høyere kvinnelige funksjonærene i arbeid (7 prosent).<sup>5</sup> Sammenligner vi med tallene for 1995 ser vi at i alle yrkesklasser *unntatt* ufaglærte arbeidere har kvinner høyere yrkesfrekvens i 1995 enn i 1983. Blant kvinnene skiller ufaglærte arbeidere seg i så måte signifikant fra de øvrige yrkesklassene. For menn er det ikke noen signifikant tendens til økende klassespesifikk ikke-yrkesaktivitet. Slår vi sammen menn og kvinner, og kontrollerer for kjønnsforskjellene, blir imidlertid interaksjonen mellom klasse og år signifikant.

Samlet viser Tabell 1 at nesten ingen høyere funksjonærer er utenfor arbeidsmarkedet, hverken i 1983 eller i 1995. Mens en betydelig andel arbeidere er utenfor arbeidsmarkedet – og denne andelen er signifikant større i 1995 enn den var i 1983.

Spørsmålet er om det skjer en forsterkning av den sunne arbeider-effekten over tid, det vil si om helsepolariseringen øker mer for arbeidere enn for høyere funksjonærer? Tabell 2–4 viser andel syke blant yrkesaktive og ikke yrkesaktive etter

<sup>4</sup> De som var yrkesaktive på intervju-tidspunktet er klassifisert ut fra deres hovedyrke på intervju-tidspunktet. De som ikke var yrkesaktive på intervju-tidspunktet men har vært det tidligere, er klassifisert ut fra deres tidligere yrke. Både de yrkesaktive og de ikke yrkesaktive er i alderen 25 til 66 år. Det er færre ikke yrkesaktive med tidligere yrke enn ikke yrkesaktive totalt. Det betyr at tallene over ikke yrkesaktive i denne analysen er forskjellig fra tallene i analysen foran.

<sup>5</sup> Analyser basert på norske data fra 1982 (Arbeid i 80-åra-undersøkelsen) viser at kvinner i arbeiderklassen har en annen motivasjonsprofil i forhold til yrkesaktivitet enn kvinner i funksjonær-gruppene (Birkelund 1987).

**Tabell 1 Menn og kvinner utenfor arbeidslivet etter tidligere yrkesklasse. 1983 og 1995**

|                      | Menn, ikke yrkesaktive |     |      |     | Kvinner, ikke yrkesaktive |     |      |     |
|----------------------|------------------------|-----|------|-----|---------------------------|-----|------|-----|
|                      | 1983                   |     | 1995 |     | 1983                      |     | 1995 |     |
|                      | %                      | N   | %    | N   | %                         | N   | %    | N   |
| Ufaglærte arbeidere  | 17                     | 323 | 23   | 220 | 40                        | 216 | 43   | 124 |
| Faglærte arbeidere   | 10                     | 237 | 16   | 209 | 44                        | 32  | 26   | 35  |
| Lavere funksjonærer  | 12                     | 43  | 15   | 39  | 39                        | 460 | 33   | 311 |
| Midlere funksjonærer | 8                      | 271 | 10   | 389 | 22                        | 322 | 15   | 446 |
| Høyere funksjonærer  | 1                      | 214 | 3    | 205 | 7                         | 54  | 4    | 150 |
| Alle                 | 10                     |     | 13   |     | 33                        |     | 22   |     |

deres yrkesklasse, separat for kvinner og menn.<sup>6</sup> For langvarig sykdom er mønsteret for begge kjønn omtrent som forventet: Polariseringen mellom yrkesaktive og ikke yrkesaktive øker mer for ufaglærte arbeidere enn for midlere og høyere funksjonærer. For psykiske plager er det kun mindre endringer blant menn. Kvinnelige ufaglærte arbeidere opptrer stikk i strid med forventningene, siden sykkeligheten går ned både for yrkesaktive og ikke yrkesaktive. For muskel- og skjelettlidelser er det igjen mindre endringer blant menn, selv om det kan spores en svak tendens til en økende helsepolarisering blant arbeidere og høy grad av stabilitet blant midlere og høyere funksjonærer. Mønsteret blant kvinner samsvarer imidlertid temmelig godt med forventningene. Samlet er det således ingen overbevisende tendenser til at økningen i helsepolariseringen er større i arbeiderkategoriene enn i de to høyeste funksjonærkategoriene slik sunn arbeider-effekt predikerer. Interaksjonsleddet år, klasse og yrkesaktivitet er heller ikke statistisk signifikant, verken for menn eller for kvinner.

Likevel ser vi at klasseforskjellene i helse er så godt som utvisket blant de yrkesaktive i 1995: t funn som kan tyde på at seleksjonsprosesser har funnet sted, og at disse prosessene får konsekvenser for samvariasjonen mellom yrkesklasse og helse. I denne tabellanalysen har vi ikke kontrollert for endret alderssammensetting, og i flere yrkesklasser er det svært få observasjoner, særlig blant de ikke

<sup>6</sup> Blant ikke yrkesaktive er det i enkelte yrkeskategorier svært få observasjoner. Dette gjelder spesielt lavere og høyere funksjonærer blant menn, og faglærte arbeidere og høyere funksjonærer blant kvinner.

**Tabell 2 Langvarig sykdom etter kjønn, yrkesklasse og sysselsettingsstatus. 1983 og 1995. Prosent**

|                      | Yrkesaktive |           | Ikke yrkesaktive |           |
|----------------------|-------------|-----------|------------------|-----------|
|                      | 1983        | 1995      | 1983             | 1995      |
| <b>Menn</b>          |             |           |                  |           |
| Ufaglærte arbeidere  | 51          | 37        | 75               | 80        |
| Faglærte arbeidere   | 45          | 34        | 71               | 71        |
| Lavere funksjonærer  | 32          | 36        | 80               | 67        |
| Midlere funksjonærer | 41          | 34        | 76               | 81        |
| Høyere funksjonærer  | 40          | 34        | 33               | 83        |
| <b>Alle</b>          | <b>44</b>   | <b>35</b> | <b>73</b>        | <b>74</b> |
| <b>Kvinner</b>       |             |           |                  |           |
| Ufaglærte arbeidere  | 48          | 30        | 68               | 77        |
| Faglærte arbeidere   | 61          | 46        | 57               | 78        |
| Lavere funksjonærer  | 40          | 38        | 59               | 65        |
| Midlere funksjonærer | 45          | 30        | 52               | 54        |
| Høyere funksjonærer  | 48          | 35        | 25               | 67        |
| <b>Alle</b>          | <b>44</b>   | <b>34</b> | <b>59</b>        | <b>65</b> |

**Tabell 3 Psykiske plager etter kjønn, yrkesklasse og sysselsettingsstatus. 1983 og 1995. Prosent**

|                      | Yrkesaktive |           | Ikke yrkesaktive |           |
|----------------------|-------------|-----------|------------------|-----------|
|                      | 1983        | 1995      | 1983             | 1995      |
| <b>Menn</b>          |             |           |                  |           |
| Ufaglærte arbeidere  | 23          | 21        | 57               | 58        |
| Faglærte arbeidere   | 22          | 16        | 63               | 53        |
| Lavere funksjonærer  | 16          | 15        | 60               | 67        |
| Midlere funksjonærer | 18          | 20        | 52               | 55        |
| Høyere funksjonærer  | 19          | 20        | 0                | 17        |
| <b>Alle</b>          | <b>20</b>   | <b>19</b> | <b>56</b>        | <b>54</b> |
| <b>Kvinner</b>       |             |           |                  |           |
| Ufaglærte arbeidere  | 47          | 28        | 61               | 47        |
| Faglærte arbeidere   | 28          | 23        | 57               | 67        |
| Lavere funksjonærer  | 31          | 32        | 48               | 52        |
| Midlere funksjonærer | 28          | 25        | 38               | 43        |
| Høyere funksjonærer  | 38          | 26        | 0                | 50        |
| <b>Alle</b>          | <b>33</b>   | <b>27</b> | <b>49</b>        | <b>49</b> |

**Tabell 4 Muskel- og skjelettsykdom etter kjønn, yrkesklasse og sysselsettingsstatus. 1983 og 1995. Prosent**

|                      | Yrkesaktive |           | Ikke yrkesaktive |           |
|----------------------|-------------|-----------|------------------|-----------|
|                      | 1983        | 1995      | 1983             | 1995      |
| <b>Menn</b>          |             |           |                  |           |
| Ufaglærte arbeidere  | 22          | 18        | 32               | 30        |
| Faglærte arbeidere   | 19          | 15        | 33               | 38        |
| Lavere funksjonærer  | 16          | 15        | 60               | 33        |
| Midlere funksjonærer | 12          | 15        | 24               | 25        |
| Høyere funksjonærer  | 14          | 16        | 33               | 33        |
| <b>Alle</b>          | <b>17</b>   | <b>16</b> | <b>32</b>        | <b>31</b> |
| <b>Kvinner</b>       |             |           |                  |           |
| Ufaglærte arbeidere  | 29          | 18        | 29               | 49        |
| Faglærte arbeidere   | 33          | 19        | 29               | 22        |
| Lavere funksjonærer  | 19          | 17        | 29               | 38        |
| Midlere funksjonærer | 14          | 14        | 17               | 35        |
| Høyere funksjonærer  | 18          | 17        | 25               | 33        |
| <b>Alle</b>          | <b>19</b>   | <b>16</b> | <b>26</b>        | <b>39</b> |

yrkesaktive<sup>7</sup>. For å få et bedre bilde av hva klassespesifikk og helse relatert seleksjon har å si for dette resultatet, og hvordan endringen i alderssammensetningen mellom yrkesklassene virker inn, har vi foretatt en multivariat analyse. Problemet med få observasjoner i en del celler har vi løst ved slå sammen kvinner og menn. Lite informasjon går tapt ved dette fordi signifikanstester (ikke vist her) viser at interaksjonsleddene mellom kjønn, klasse og sysselsettingsstatus ikke er sikre i noen av de 12 deltabellene.

### 4.3 Multivariat analyse av yrkesklasse, yrkesaktivitet og helse

Tabell 5 viser sammenhengen mellom helse og yrkesklasse, kontrollert for alder og kjønn, i 1983 og 1995. Analysene er basert på to utvalg; det ene består av menn og kvinner i alderen 25–66 år som var yrkesaktive (ansatte) på intervjudtidspunktet (A-utvalget), mens B-utvalget består av både A-utvalget og de tidligere

<sup>7</sup> Våre data viser at ufaglærte arbeidere – både kvinner og menn, har lavere gjennomsnittsalder i 1995 enn i 1983, hhv. 39 år og 42 år for menn, og 45 og 47 år for kvinner. Blant høyere funksjonærer er det ingen endringer i gjennomsnittsalderen.



**Tabell 5 Helse og yrkesklasse. Oddsratene etter yrkesklasse blant yrkesaktive (A) og tidligere pluss nåværende yrkesaktive (B). 1983 og 1995. Kontrollert for kjønn og alder**

|                                  | 1983  |       | 1995 |       |
|----------------------------------|-------|-------|------|-------|
|                                  | A     | B     | A    | B     |
| <b>Langvarig sykdom</b>          |       |       |      |       |
| Ufaglært arbeider                | 1,23  | 1,30  | 1,00 | 1,29  |
| Faglært arbeider                 | 1,13  | 1,09  | 1,05 | 1,11  |
| Lavere funksjonær                | 0,78  | 0,90  | 1,13 | 1,15  |
| Midlere funksjonær               | 1,02  | 1,01  | 0,89 | 0,81  |
| Høyere funksjonær                | 0,90  | 0,78  | 0,94 | 0,75  |
| <b>Likelihoodratio</b>           |       |       |      |       |
| Kjikkvadrat                      | 9,42  | 14,03 | 2,86 | 20,90 |
| Frihetsgrader.                   | 4     | 4     | 4    | 4     |
| P-verdi                          | 0,05  | 0,01  | 0,58 | 0,00  |
| <b>Muskel- og skjelettsykdom</b> |       |       |      |       |
| Ufaglært arbeider                | 1,45  | 1,38  | 1,17 | 1,32  |
| Faglært arbeider                 | 1,28  | 1,22  | 0,98 | 1,06  |
| Lavere funksjonær                | 0,91  | 1,07  | 1,04 | 1,09  |
| Midlere funksjonær               | 0,71  | 0,71  | 0,88 | 0,83  |
| Høyere funksjonær                | 0,83  | 0,78  | 0,97 | 0,79  |
| <b>Likelihoodratio</b>           |       |       |      |       |
| Kjikkvadrat                      | 18,95 | 23,00 | 2,26 | 11,77 |
| Frihetsgrader                    | 4     | 4     | 4    | 4     |
| P-verdi                          | 0,00  | 0,00  | 0,69 | 0,02  |
| <b>Psykiske plager</b>           |       |       |      |       |
| Ufaglært arbeider                | 1,39  | 1,47  | 1,08 | 1,30  |
| Faglært arbeider                 | 1,11  | 1,15  | 0,79 | 0,92  |
| Lavere funksjonær                | 0,83  | 0,95  | 1,23 | 1,27  |
| Midlere funksjonær               | 0,77  | 0,79  | 0,96 | 0,87  |
| Høyere funksjonær                | 1,00  | 0,79  | 1,00 | 0,75  |
| <b>Likelihoodratio</b>           |       |       |      |       |
| Kjikkvadrat                      | 15,03 | 27,16 | 3,74 | 15,00 |
| Frihetsgrader                    | 4     | 4     | 4    | 4     |
| P-verdi                          | 0,00  | 0,00  | 0,44 | 0,00  |

yrkesaktive. Igjen har vi klassifisert de tidligere yrkesaktive etter deres tidligere yrke, mens de som var yrkesaktive på intervju-tidspunktet er klassifisert etter deres hovedyrke. På denne måten kan vi sammenligne helseulikheter innad i en større gruppe bestående av både dem som er innenfor og dem som av ulike grunner er utenfor arbeidsmarkedet. Dermed kan vi få en indikasjon på i hvilken grad helse-relatert seleksjon innvirker på sammenhengen mellom yrkesklasse og helse.

De logistiske regresjonsanalysene vist i tabell 5 gir grunnlag for to viktige slutninger:

- (i) I 1995 var det ikke signifikante klasseforskjeller blant yrkesaktive (utvalg A) for noen av de sykdomsindikatorer vi har mål på her (langvarig sykdom, muskel- og skjelettsykdom og psykiske plager).<sup>8</sup> Ser vi på utvalg B, som også inkluderer ikke yrkesaktive, noterer vi imidlertid en signifikant modellforbedring når klasse innlemmes i modellen. Dette tyder på at den sunne arbeider-effekten har silt ut de som har helseproblemer, slik at de ikke lengre er yrkesaktive. En sammenligning av utvalg A og B i 1995 tyder på at det særlig er blant arbeidere denne utsilingen har funnet sted.<sup>9</sup> Klasseforskjeller i sykkelighet finnes også i 1995, men disse er bare synlige dersom de som er ute av arbeidsmarkedet inkluderes i analysene på linje med dem som er yrkesaktive.
- (ii) Den sunne arbeider-effekten er mer betydningsfull i 1995 enn i 1983, ettersom det i 1983 også var signifikante klasseforskjeller i helse blant de yrkesaktive i utvalget. Disse analysene tyder derfor på at det har foregått en økt utsiling av arbeidstakere med helseproblemer i perioden mellom 1983 og 1995, og at det særlig er ufaglærte arbeidere som er rammet av denne utsilingen.<sup>10</sup>

<sup>8</sup> Grunnmodellen (modell 1) for begge utvalgene inkluderer konstantleddet, kjønn og alder. Likelihood-ratio, Kjiqvadrat og frihetsgradene knyttet til hver modell gjengitt i Tabell 5 uttrykker derfor modellforbedringen (i forhold til grunnmodellen) ved å inkludere yrkesklasse (fem kategorier) som forklaringsfaktor i tillegg til grunnmodellen. For alle tre sykdomsindikatorer i utvalg A i 1995 viser tabell 1 at den utvidede modellen ikke gir noen signifikant modellforbedring i forhold til grunnmodellen.

<sup>9</sup> Det er høyere odds-rater i utvalg B enn i utvalg A for arbeidere (særlig ufaglærte) både med hensyn til langvarig sykdom, muskel- og skjelettsykdom og psykiske problemer.

<sup>10</sup> Som kjent er odds-raten en relativ størrelse, og avspeiler for eksempel ikke endringer i tallet på medlemmer i yrkesklassene i perioden. Vi har vist at andelen ufaglærte arbeidere har sunket i perioden 1983–95, mens antall midlere og høyere funksjonærer har økt. Den samme relative odds-raten skjuler dermed at det i absolutte tall er blitt færre (syke) ufaglærte arbeidere. Et riktigere mål på (Forts. ...)

## 5 Diskusjon

Vi har undersøkt sammenhengen mellom yrkesaktivitet og helse for norske kvinner og menn i alderen 25–66 år på fem ulike tidspunkt: 1980, 1983, 1987, 1991 og 1995. Vi har sett på tre helseutfall: langvarig sykdom, muskel- og skjelettlidelser og psykiske problemer. Med unntak av psykiske problemer for menn, viser resultatene at det har foregått en tiltakende helsemessig polarisering mellom yrkesaktive og ikke yrkesaktive i denne perioden. For to av tre helseindikatorer er dette utviklingsmønsteret mer markert for kvinner enn for menn. Denne polariseringen har funnet sted selv om sykdomsnivået har holdt seg temmelig stabilt blant folk i yrkesaktiv alder. Dette bildet av en økende helsemessig polarisering mellom yrkesaktive og ikke yrkesaktive er i overensstemmelse med andre norske forskningsresultater: Tilsvarende funn er påvist tidligere for kvinner (Elstad 1996); og en studie har også dokumentert økende polarisering i dødelighet mellom yrkesaktive og ikke yrkesaktive (Borgan 1997). Den helsemessige polariseringen skyldes antakelig både helserelatert rekruttering til, og avgang fra, arbeidsmarkedet.

Klassespesifikke helseforskjeller blant de yrkesaktive har avtatt over tid og er henimot forsvunnet i 1995. Dette funnet står i kontrast til etablert kunnskap om klasseulikhet i helse i andre samfunn (Feinstein 1993, Fox 1989). Det viser seg imidlertid at dersom vi i tillegg til de yrkesaktive også inkluderer ikke yrkesaktive i analysene, så finner vi at klasseskiller i helse også eksisterer i 1995, som i 1983, for alle tre helseindikatorer. Dette innebærer at vi også ser spor av en tiltakende sunn arbeider-effekt i det norske arbeidslivet. I vårt levekårsmateriale virker denne effekten ikke forskjellig for menn og kvinner. Det er en tendens til at arbeidere med helsesvikt i økende grad befinner seg utenfor arbeidsmarkedet, mens det forekommer sjeldnere for midlere funksjonærer, og skjer nesten aldri for høyere funksjonærer – hverken i 1983 eller i 1995. Dette er i samsvar med en studie fra England (Bartley og Owen 1996).

(... forts.)

klasseulikhet i helse kunne vært den såkalte konsentrasjonsindeksen. Denne indeksen reflekterer antallet i hver klasse, i tillegg til å ta hensyn til sykkelighetens fordeling mellom yrkesklassene (Wagstaff mfl. 1991). Vi har imidlertid ikke beregnet dette målet av to grunner. For det første forutsetter konsentrasjonsindeksen, og andre tilsvarende summariske ulikhetsmål, at klassevariabelen er på (minst) ordinalnivå, noe den ikke er. For det andre kan det argumenteres for at hvor viktige eller alvorlige klasseforskjellene er, ikke avhenger av hvor mange medlemmer det er i hver klasse.

Paradoksalt nok ser det altså ut til at klassespesifikke prosesser har frembragt et «klasseløst» resultat, dvs. ingen klasseforskjeller i helse blant de yrkesaktive. I og med at levekårene er dårligere blant ikke yrkesaktive enn blant yrkesaktive, er velferdskonsekvensene av helseproblemer alvorligst for en gruppe yrkesaktive som har lite av ressurser, makt og prestisje fra før. Det er et derfor delvis et tradisjonelt klasseproblem vi står overfor.

Det er ikke uten videre opplagt at den økende helsepolarisering mellom yrkesaktive og ikke yrkesaktive skyldes helseseleksjon. Bedrede arbeidsforhold ville for eksempel kunne gi lignende mønstre – i alle fall med hensyn til bedre helsetilstand blant de yrkesaktive. Vi mener imidlertid det finnes gode argumenter for seleksjonsfortolkningen. Det faktum at sykeligheten blant de ikke yrkesaktive også viser en tendens til å øke, støtter seleksjonstesen. Hvis den økende polariseringen skulle skyldes mindre helsefarlig arbeid blant yrkesaktive, ville vi vente en nedgang i sykeligheten for denne populasjonen, slik vi kan observere, men ikke en tilsvarende oppgang i sykeligheten for de ikke yrkesaktive. Ytterligere holdepunkter for seleksjonsforklaringen er undersøkelser som viser at langvarig arbeidsledige med svak helse har større problemer med å komme tilbake til arbeid enn de som er friske (Claussen 1994), at arbeidstakere som forlater arbeidsmarkedet har dårligere helse enn yrkesaktive (Dahl 1994, Elstad 1996), og at arbeidsmiljøet i ulike yrkesklasser ikke har endret seg vesentlig de siste åra (Grimsmo 1996, Pape 1993).

Mange samfunnsvitenskapelige analyser er basert på kun *yrkesaktive* menn og kvinner. I hvert fall når det gjelder helse, gir resultatene her grunnlag for å mane til større årvåkenhet med hensyn til utvalgsspesifikasjon. Ved kun å fokusere på de yrkesaktive, vil en i dette tilfelle kunne konkludere at klasseforskjeller i helse er utjevnet i perioden 1980–95.<sup>11</sup> Våre analyser tyder imidlertid på at dette skyldes *klassespesifikke seleksjonsprosesser* ut av og inn i arbeidslivet. For å fange opp slike mulige prosesser, er det nødvendig å trekke inn også ikke yrkesaktive menn og kvinner i arbeidsfør alder i analysene. En dansk studie har identifisert det samme fenomenet:

«The prevalence of longstanding illness is slightly higher among the lower occupational groups compared to salaried employees at the highest level. However, the gradient is vague and statistically insignificant. In short, in

<sup>11</sup> I Statistisk Sentralbyrås tabellrapport fra Levekårsundersøkelsen 1995 heter det for eksempel: «Det er forholdsvis små forskjeller mellom de ulike grupper av arbeidere og funksjonærer i de helsemål som er presentert her» (SSB 1996:33).

1994, no systematic health differences are found between groups in the labour market.» (Moss 1996:2).

I motsetning til oss, som holder fast ved å bruke yrkesklasse som sosioøkonomisk indikator, argumenterer Moss for å anvende utdanning. Utdanning følger individene enten man er yrkesaktiv eller ikke, og gjør det mulig å plassere hele befolkningen, både yrkesaktive og ikke yrkesaktive, i lagdelingsstrukturen. Ved å klassifisere hele utvalget (også ikke yrkesaktive) etter utdanningsnivå, finner Moss at sosial ulikhet i helse fortsatt er tilstede i Danmark.<sup>12</sup>

I debatten om ulikhet i helse er fokus skiftet fra direkte helseseleksjon med utgangspunkt i manifest sykdom til indirekte seleksjon relatert til sosiale egenskaper som er korrelert med helsetilstand (West 1991). Den sammenhengen vi finner i våre data gjør det vanskelig å avgjøre hvilken type seleksjon som finner sted. Tilsynelatende er det den direkte helseseleksjonen som virker, men vi kan ikke utelukke at den bare er et overfladisk uttrykk for indirekte, latent seleksjon. Det kan for eksempel tenkes at det er kvalifikasjoner eller utdanning, som igjen er korrelert med helse, som er den seleksjons-faktoren som ligger til grunn for arbeidsmarkedsproblemer for folk med nedsatt helse. Vi vet dessuten at førtidspensjoneringen har vært spesielt omfattende blant ufaglærte arbeidere. Et stykke på vei skyldes dette nedbemanning og nedleggelse av tradisjonelle industriarbeidsplasser. Selv om disse arbeidernes ledighet dermed ikke er direkte begrunnet med svak helse, framstår det ofte som helserelatert. At syke, ufaglærte arbeidere forholdsvis ofte befinner seg utenfor arbeidsmarkedet, behøver derfor ikke direkte skyldes svak helse, men manglende, irrelevant, eller foreldet utdanning på et postindustrielt arbeidsmarked (strukturell ledighet).

Vår analyse antyder at også helse er en viktig komponent i den menneskelige kapital med betydning for folks sosiale integrasjon, velferd og livssjanser. Dette innebærer at helse i tillegg til utdanning bør inngå i framtidens arbeidsmarkedsforskning og i studier av sosial mobilitet.

Et annet uavklart spørsmål i vår undersøkelse er hvilken kausal sammenheng det er mellom helse og yrkesaktivitet. Vi har påvist at personer som tidligere har vært yrkesaktive har høyere sykkelighet enn dem som er yrkesaktive på intervju-tidspunktet. I våre data finnes ikke opplysninger om deres helsetilstand i det

<sup>12</sup> For egen del vil vi imidlertid foretrekke å opprettholde betydningen av yrke som basis for sosioøkonomisk klassifikasjon, med mindre man velger å knytte an til klassifiseringer som ikke er yrkesbaserte (som for eksempel Erik O. Wrights klassebegrep).

øyeblikk de forlot yrkeslivet. Derfor kan vi ikke uten videre avgjøre om de ikke yrkesaktive er blitt syke av å være utenfor arbeidslivet. Likevel er ikke denne tolkningen sannsynlig: Andre studier basert på paneldata har klart demonstrert at yrkesaktive med helseproblemer har langt høyere sannsynlighet for å forlate arbeidsmarkedet enn andre (Elstad 1995, Lundberg 1990).

Økende marginalisering i forhold til arbeidslivet er ikke bare et sosialt problem for dem som rammes; det representerer også et problem for den nordiske velferdsmodellens finansielle grunnlag. Full sysselsetting er en forutsetning for fortsatt offentlig finansiert velferd. Dersom personer som ikke innfrir produksjonskravene i et høyteknologisk og effektivt arbeidsliv marginaliseres, kan det innebære at velferdsstatsmodellen i Norge står overfor en utfordring på lang sikt.<sup>13</sup>

Det siste spørsmålet vi vil drøfte er om tendensen til økt helsepolarisering mellom de yrkesaktive og ikke yrkesaktive er et resultatet av mer stabile utviklings- trekk knyttet til det post-industrielle samfunns produksjons- og arbeidsliv, eller om fenomenet vil svinge i takt med de kortvarige konjunkturbølgene. Dersom sammenhengen mellom sysselsetting og helse er konjunkturavhengig, vil vi forvente at i perioder med høykonjunktur vil flere sysselsettes, også arbeidstakere med helseproblemer. Dermed kan en anta at andelen av de yrkesaktive som rapporterer helseproblemer er større under høykonjunkturer enn under lavkonjunkturer. Tilsvarende kan en i perioder med høy arbeidsledighet anta at arbeidsstokken er friskere, fordi en del av dem med helseproblemer er utenfor arbeidsmarkedet. Kort sagt: konjunkturtesen forutsier at det er i perioder med *lavkonjunktur* vi får en *økt helsemessig polarisering* mellom yrkesaktive og ikke yrkesaktive.

På den andre siden: Dersom helsemessig marginalisering er et stabilt trekk ved dagens samfunn, dvs. knyttet til den postindustrielle samfunnsutviklingen, vil vi forvente at helsepolariseringen mellom yrkesaktive og ikke yrkesaktive utvikles stort sett uavhengig av kortsiktige konjunktursvingninger i arbeidsmarkedet.

<sup>13</sup> Denne utfordringen er på 1990-tallet møtt med arbeidslinjepolitikken. «Arbeidslinja» innebærer som kjent at arbeid skal være førstevalget for alle – også for mennesker med redusert helse og arbeidsevne. Dette anses som sunt for enkeltpersoner så vel som samfunnsøkonomien. Som resultatene i dette arbeidet viser, ser det ikke ut til at arbeidslinja har hatt noen stor suksess fram til 1995. Men, dersom arbeidslinja lykkes, og mange arbeidstakere med helseproblemer går fra inaktivitet til yrkesaktivitet, vil det oppstå en paradoksal situasjon. Et «sunt» arbeidsliv som også har rom for arbeidstakere med nedsatt helse, vil framtre som «usunt» i den forstand at sykefraværnivået blir høyere (Pedersen 1997). Det er en konflikt mellom arbeidslinjas mål om full sysselsetting og målet om å holde et lavt sykefravær i arbeidslivet.

Ved å sammenholde analysene foran med de faktiske variasjoner i arbeidsledighet i perioden 1980–95 (Arbeidsdirektoratets Kvartalrapport Nr. 3/96; Sosialt Utsyn 1993, kap. 5.2), fant vi at samvariasjonen mellom sysselsetting og helse ikke reflekterer konjunktursvingningene i økonomien på noen konsistent og overbevisende måte.<sup>14</sup> Bartley og Owens (1996) trekker den samme konklusjonen for perioden 1973–93 i England. Det er derfor ikke urimelig å tolke tendenser til økende helsepolarisering mellom yrkesaktive og ikke yrkesaktive som knyttet til mer permanente trekk i den postindustrielle samfunnsøkonomiens økte kompetanse-, produktivitets- og ytelseskrav.

## 6 Konklusjon

I denne artikkelen har vi undersøkt to antakelser. For det første antok vi at det har funnet sted en økende helsepolarisering mellom yrkesaktive og ikke yrkesaktive i perioden 1980–1995. Denne antakelsen ble bekreftet for alle de tre helseindikatorne vi har belyst, med ett unntak: Menn med psykiske plager.

For det andre antok vi at denne økende helsepolariseringen over tid ville være sterkere for arbeidere enn for funksjonærer. Vi finner at mens arbeidere i økende

<sup>14</sup> I henhold til Arbeidsdirektoratet var følgende personer registrert som helt ledige (årgjennomsnitt): 1980: 9573 kvinner og 17 439 menn; 1983: 22 674 kvinner og 40 875 menn; 1987: 14 022 kvinner og 18 369 menn; 1991: 37 898 kvinner og 62 828 menn; 1995: 44 466 kvinner og 57 688 menn. I tillegg var følgende personer på ordinære tiltak: 1980: 6996; 1983: 15 337; 1987: 6790; 1991: 44 961; 1995: 44 778. (opplyst av Arbeidsdirektoratet 1997 på forespørsel). I perioden 1980–84 steg altså arbeidsledigheten i Norge. I samme periode ser vi økende helseproblemer blant de yrkesaktive, med en topp i våre data i 1983, noe som ikke stemmer med konjunkturtesen. Blant de ikke yrkesaktive steg imidlertid også andelen som rapporterte helseproblemer i perioden 1980–83. Dette er i overensstemmelse med konjunkturtesen. I perioden 1984–87 gjennomgikk den norske økonomien en høykonjunktur, som kulminerte i 1987. På denne tiden var arbeidsledigheten nede på et lavmål, og sysselsettingsnivået svært høyt. Blant de ikke yrkesaktive mennene var det i denne perioden en svak økning i andelen som rapporterer helseproblemer, noe som kan tyde på at høykonjunktur på arbeidsmarkedet har mobilisert flere med helseproblemer til yrkesaktivitet. I samme periode sank imidlertid andelen av de yrkesaktive som rapporterte helseproblemer, både blant menn og kvinner, en utvikling som heller ikke støtter konjunkturtesen. I de første årene etter 1987, opplevde Norge nærmest en eksponentsiell økning i ledigheten fram til 1991. Etter den tid har situasjonen stabilisert seg noe, selv om ledighetsnivået fortsatte å øke, med en topp i 1994, for så å synke noe i 1995, som er tidspunktet for den siste levekårsundersøkelsen. Helsepolariseringen mellom de yrkesaktive og de ikke yrkesaktive tiltar i perioden 1987–91, som forventet ut fra konjunkturtesen. Men deretter ser vi en økning i helseproblemer blant de yrkesaktive i 1995, noe som ikke harmonerer med konjunkturtesen.

grad befinner seg utenfor det postindustrielle arbeidsmarkedet, er så godt som alle høyere funksjonærer i arbeid. Vi har også vist at klasseforskjeller i helse blant de yrkesaktive er så godt som borte i 1995, noe som bryter med etablert kunnskap på feltet. Ubetydelige klasseforskjeller i helse blant yrkesaktive i 1995 snur imidlertid til klare og signifikante klasseforskjeller i helse når vi inkluderer de ikke yrkesaktive i analysen. Tar vi på denne måten hensyn til helserelaterte seleksjonsprosesser til og fra yrkeslivet i forskjellige yrkesklasser, finner vi at klasseskillene i helse også eksisterer i 1995. Det er derfor viktig å studere endringer i helserelatert og klassebetinget mobilitet inn i, og ut av arbeidslivet.

## Litteratur

- Album, D. (1984) *Standard for inndeling etter sosioøkonomisk status*. Standarder for norsk statistikk 5. Oslo: Statistisk Sentralbyrå.
- Arbeidsdirektoratet (1996) *Kvartalsrapport om arbeidsmarkedet*. Analyser av arbeidsmarkedet 1. halvår 1996. Nr. 3, 1996, Oslo.
- Bartley, M. og C. Owen (1996) «Relation between socioeconomic status, employment, and health during economic change, 1973–93.» *British Medical Journal* 313, 445–449.
- Bell, D.(1976) *The Coming of Post-Industrial Society. A Venture in Social Forecasting*. New York: Basic Books.
- Birkelund, G. E. (1987): «Kvinner og arbeid: Motivasjon og markedsadferd» i O. Nordhaug (red.): *Strategisk personalledelse*. Oslo: Tano A.S.
- Birkelund, G. E. (1996a) «Klassestruktur, lønnsulikhet og klasseidentifikasjon i Norge. En kommentar.» *Tidsskrift for Samfunnsforskning* 37: 406–421.
- Birkelund, G. E. (1996b) «Valg av klassebegrep.» *Tidsskrift for Samfunnsforskning* 37: 425–429.
- Borgan, J. K . (1997) *Utstøting gir lavere dødelighet hos yrkesaktive*. Samfunnspeilet 11 (1): 26–32.
- Braverman, H. (1974) *Labor and Monopoly Capital*. New York: Montly Review Press.



- Claussen, B. (1994) *Deprived of Work and Health?* Research report No F1-1994. Oslo: National Institute of Public Health.
- Colbjørnsen, T. (1982) *Sysselsettingsproblemer. Påtvunget eller selvvalgt?* Bergen: Universitetsforlaget.
- Dahl, E. (1994) *Sosial ulikhet i helse: artefakter eller seleksjon?* Fafo-rapport 170. Oslo: Fafo.
- Dahl, E. og G. E. Birkelund (1997) «Health Inequalities in Later Life in a Social Democratic Welfare State», *Social Science & Medicine*, 44, 871–881.
- Dahl, E. og T. Midtsundstad (1994) «Hvorfor går eldre arbeidstakere av før ordinær pensjonsalder: vil de, eller må de?» Vedlegg V i NOU 1994:2 *Fra arbeid til pensjon*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Dahl, S.Å. (1990) *Dekruttering og trygd*. Bergen: Norges Handelshøgskole, Senter for anvendt forskning.
- Ellingsæther, A.L. (1995) «Ulikhet i det postindustrielle samfunnet: Klasse, kjønn og generasjon.» *Sosiologisk tidsskrift*, 3: 263–284.
- Elstad, J.I. (1995) «Employment status and women's health – exploring the dynamics.» *Acta Sociologica* 38: 231–250.
- Elstad, J.I. (1996) «Inequalities in health related to women's marital, parental, and employment status – a comparison between the early 70s and the late 80s, Norway.» *Social Science & Medicine* 42: 75–89.
- Esping-Andersen, G. (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Esping-Andersen, G. og Korpi, W. (1987) «From poor relief to institutional welfare states: The development of Scandinavian Social Policy.» I Erikson, R. et al. (red): *The Scandinavian Model: Welfare States and Welfare Research*. London: Sharpe Inc.
- Esping-Andersen, G. (red) (1993) *Changing Classes. Stratification and Mobility in Post-Industrial Societies*. London: Sage.
- Feinstein, JS (1993) «The relationship between socioeconomic status and health: a review of the literature». *The Milbank Quarterly* 71: 279–322

- Fox, J. (red.) (1989) *Health inequalities in European countries*. Aldershot: Gover.
- Gooderham, P. og K. Ringdal (1995) «Klassestruktur, lønnsulikhet og klasseidentifikasjon i Norge. En sammenligning av Wrights og Goldthorpes klassemodeller.» *Tidsskrift for Samfunnsforskning* 36: 289–314.
- Gooderham, P. og K. Ringdal (1996) «En kommentar til kommentaren.» *Tidsskrift for Samfunnsforskning* 37: 422–24.
- Grimsmo, A. (1996): *Norsk arbeidsmiljø i en endringstid*. AFIs rapportserie nr.4/1996: Oslo: AFI.
- Hagen, K. (1991) «Linjer i velferdsstatsforskningen. Velferdsstat fra myte til samfunnsformasjon.» *Tidsskrift for Samfunnsforskning* 32: 187–216.
- Halvorsen, K. (1977) *Arbeid eller trygd?* Oslo: Pax.
- Halvorsen, K. (1996) *Grunnbok i helse- og sosialpolitikk – del 1*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Kolberg, J.E. (1991) «Empirisk prøving av utstøttingsmodellen.» I A. Hatland (red) *Trygd som fortjent? En antologi om trygd og velferdsstat*. Oslo: Ad Notam.
- Kolberg, J.E. og G. Esping-Andersen (1992) «Welfare states and employment regimes.» I J.E. Kolberg (red) *Between Work and Social Citizenship*. London: Sharpe Inc.
- Kolberg J.E. og A. Kolstad (1993) «Stratificational order in Norway.» I G. Esping-Andersen (red): *Changing Classes*. London: Sharpe Inc.
- Lundberg, O. (1990) *Den ojämlika ohälsan. Om klass- och könsskilnader i sjuklighet*. Stockholm: Almquist och Wiksell International.
- Mastekaasa, A. (1996) «Unemployment and Health: Selection Effects.» *Journal of Community & Applied Social Research*, 6: 189–205.
- Moss, N. (1996) «Variations in health and mortality between socioeconomic groups in Denmark». Paper presentert på «Nordic Workshop on Health Inequalities», 21–24 November 1996, Stockholm.
- NOU 1993:17 *Levekår i Norge*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- NOU 1994: 2 *Fra arbeid til pensjon*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.

- NOU 1994:3 *Ungdom, lønn og arbeidsledighet*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Pape, T. (1993) *Arbeidsmiljø i Norge*. Fafo-rapport 149. Oslo: Fafo.
- Parsons, T. (1958) «Definitions of health and illness in light of American values and social structure.» I E.G. Jaco (red): *Patients, physicians and illness: A sourcebook in behavioural science and health*. New York: Free Press.
- Pedersen, A. W. (1996) *Sykefraværet og arbeidslinja*. Fafo-notat 1996:4. Oslo: Fafo.
- Pedersen, A. W. (1997) *Fravær i arbeid. Utviklingen i sykefraværet på 90-tallet*. Fafo-rapport 218. Oslo: Fafo.
- Rikstrygdeverket (diverse år) *Trygdestatistisk årbok*.
- SPSS (1994) *Trends 6.1*. Chicago: SPSS inc.
- Statistisk sentralbyrå (1993) *Sosialt Utsyn 1993*. Oslo: SSB.
- Statistisk sentralbyrå (1996) *Levekårsundersøkelsen 1995*. Oslo: SSB.
- St.meld. 35 (1994–95) *Velferdsmeldingen*. Oslo: Statens Forvaltningstjeneste.
- Teigum (1992) *Levekårsundersøkelsene 1980, 1983, 1987 og 1991. Dokumentasjon og frekvenser*. Bergen: Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.
- Tellnes, G. m.fl. (1996) *Insidens av langtidssykemeldinger*. Rapport nr.2/26. Oslo: Rikstrygdeverket.
- Wagstaff, A. mfl. (1991) «On the measurement of inequalities in health.» *Social Science & Medicine* 27, 291–296.
- West, P. (1991) «Rethinking the health selection explanation for health inequalities.» *Social Science & Medicine* 32: 373–384.
- Western, M. og E. O. Wright (1994) «Class Boundaries and Intergenerational Mobility among Men in the United States, Canada, Norway and Sweden.» *American Sociological Review*, 59:606–29.
- Westin, S (1994) «Pasienter i klemme på arbeidsmarkedet.» *Tidsskrift for Norske Lægeforening*, 114:1804–5.

# Vedlegg

**Vedleggstabell 1** Utvikling i utvalgte sykdomsindikatorer over tid. 1980–95. *Menn og kvinner 25–66 år. Yrkesaktive og ikke yrkesaktive*

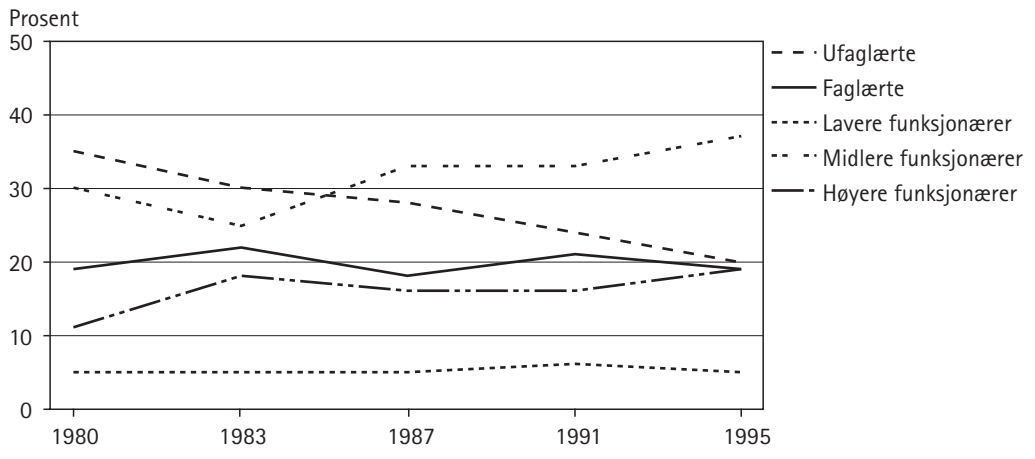
|                                       | Menn | Kvinner |
|---------------------------------------|------|---------|
| Andel med langvarig sykdom            |      |         |
| 1980                                  | 45   | 46      |
| 1983                                  | 47   | 50      |
| 1987                                  | 38   | 39      |
| 1991                                  | 34   | 37      |
| 1995                                  | 41   | 42      |
| Andel med muskel- og skjelettlidelser |      |         |
| 1980                                  | 18   | 19      |
| 1983                                  | 18   | 22      |
| 1987                                  | 17   | 21      |
| 1991                                  | 15   | 21      |
| 1995                                  | 18   | 22      |
| Andel med psykiske plager             |      |         |
| 1980                                  | 26   | 38      |
| 1983                                  | 25   | 39      |
| 1987                                  | 24   | 37      |
| 1991                                  | 23   | 34      |
| 1995                                  | 24   | 33      |

N varierer mellom 1090 og 1139 for menn, og mellom 1198 og 1300 for kvinner.

**Vedleggstabell 2** Signifikanstester av yrkesaktivitet\*år med hensyn på langvarig sykdom, psykiske problemer og muskel- og skjelettsykdom. Forbedring (G) sammenliknet med basismodellen som inneholder alder, yrkesaktivitet og år

|                   | Menn  |    |        | Kvinner |    |        |
|-------------------|-------|----|--------|---------|----|--------|
|                   | G     | df | sig    | G       | df | sig    |
| Langvarig sykdom  | 8,567 | 1  | 0,0034 | 19,751  | 1  | 0,0000 |
| Muskel-, skjelett | 5,932 | 1  | 0,0149 | 30,235  | 1  | 0,0000 |
| Psykiske plager   | 2,262 | 1  | 0,1326 | 6,627   | 1  | 0,0100 |

**Figur A Endringer i klassestrukturen 1980–95. Menn 25–66 år**



**Figur B Endringer i klassestrukturen 1980–95. Kvinner 25–66 år**



# Publikasjoner fra Det 21. århundrets velferdssamfunn

Publikasjonen kan bestilles fra Fafo, Postboks 2947 Tøyen 0608 Oslo.  
Telefon 22 08 86 00, Faks 22 08 87 00. E-post publikasjon@fafo.no

Ove Langeland (red.), Torkel Bjørnskau, Hilde Lorentzen og  
Axel West Pedersen

## Mellom frihet og fellesskap. Det 21. århundrets velferdssamfunn

Fafo-rapport 270. Fafo/Tiden. Kr. 348,-

- 1 Jon Erik Dølvik: Farvel solidaritet?. Internasjonale utfordringer for den norske arbeidslivsmodellen. Fafo-rapport 271. 60 sider. Kr 91,-
- 2 Victor D. Norman: Globalisering Betingelser for lønnsom næringsdrift og sysselsetting i Norge. Fafo-rapport 272. 26 sider. Kr 74,-
- 3 Steinar Holden: Frie kapitalkrefter. Noen konsekvenser for nasjonal økonomisk-politisk styring. Fafo-rapport 273. 30 sider. Kr 79,-
- 4 Alexander Wright Cappelen: Globalisering Utfordringer for norsk skatte- og fordelingspolitikk. Fafo-rapport 274. 30 sider. Kr 77,-
- 5 Morten Bøås: Norsk miljø- og ressurspolitikk mot tusenårsskiftet. Fafo-rapport 275. 48 sider. Kr 86,-
- 6 Keith Smith: Økonomisk vekst og «lavteknologi». Aktuelle spørsmålsstillinger for Norge. Fafo-rapport 276. 28 sider. Kr 75,-
- 7 Knut Arild Larsen: Utdanningsbasert kompetanse i dagens og morgendagens arbeidsmarked. Fafo-rapport 277. 40 sider. Kr 83,-
- 8 Lars-Henrik Johansen: Bak de store ord. Sammenlikninger av etter- og videreutdanning mellom bransjer og internasjonalt. Fafo-rapport 278. 132 sider. Kr 135,-
- 9 Per Kleppe: Solidaritetsalternativet - fortid og framtid. Fafo-rapport 279. 40 sider. Kr 82,-
- 10 Per Kleppe: Arbeidslinjen og de svake gruppene på arbeidsmarkedet. Fafo-rapport 280. 74 sider. Kr 107,-
- 11 Trond Petersen: Kjønnsspørsmålet. Hvor står vi i arbeidslivet. Fafo-rapport 281. 47 sider. Kr 83,-
- 12 Gunn Birkelund: Deltidsarbeid. Fafo-rapport 282. 36 sider. Kr 79,-
- 13 Jean Louis Laville: Arbeidets framtid. Den franske debatten. Fafo-rapport 283. 70 sider. Kr 91,-
- 14 Gerhard Bosch: Differensiering og fleksibilisering av arbeidstiden. På leting etter et nytt arbeidstidsparadigme. Fafo-rapport 284. 48 sider. Kr 83,-
- 15 Ove Langeland og Reid J. Stene: Holdninger til arbeid, lønn og fagbevegelse. Resultater fra en spørreundersøkelse. Fafo-rapport 285. 48 sider. Kr 83,-
- 16 Eli Feiring: Er noen fordelingsprinsipper mer rettferdige enn andre?. Fafo-rapport 286. 36 sider. Kr 77,-
- 17 Eli Feiring: Beskrive for å vurdere?. Om evaluering av fordelingsordningers verdigrunnlag. Fafo-rapport 287. 32 sider. Kr 75,-
- 18 Lars Fjell Hansson: Man skal ikke plage andre.... Om grenser for offentlig maktutøvelse for å redusere skader og død. Fafo-rapport 288. 70 sider. Kr 100,-

- 19 Kristin Hoff: Rettferdig skattlegging. En analyse av det normative grunnlaget for rettferdig fordeling av skattebyrden. Fafo-rapport 289. 112 sider. Kr 126,-
- 20 Kristin Hoff: Rettferdighet og effektivitet i det norske skattesystemet. Fafo-rapport 290. 44 sider. Kr 85,-
- 21 Hilde Lorentzen og Reid J. Stene: Holdninger og deltakelse i nærmiljø og organisasjonsliv. Resultater fra en spørreundersøkelse. Fafo-rapport 291. 47 sider. Kr 83,-
- 22 Espen Dahl: Solidaritet og velferd. Grunnlaget for oppslutning om velferdsstaten. Fafo-rapport 292. 62 sider. Kr 96,-
- 23 Espen Dahl: Hvor går helsevesenet?. Om likhet og effektivitet i norsk helsetjeneste. Fafo-rapport 293. 44 sider. Kr 82,-
- 24 Espen Dahl og Gunn Birkelund: Sysselsetting, klasse og helse 1980–1995. En analyse av fem norske levekårsundersøkelser. Fafo-rapport 294. 44 sider. Kr 79,-
- 25 Kåre Hagen: Den nordiske velferdsstaten. Museumsgjenstand eller bærekraftig samfunnsmodell?. Fafo-rapport 295. 47 sider. Kr 83,-
- 26 Kåre Hagen: Utviklingen i de skandinaviske velferdsstater. Fra krise til konsolidering?. Fafo-rapport 296. 47 sider. Kr 83,-
- 27 Per Kleppe: Bedre tjenesteyting i kommunene?. Fafo-rapport 297. 72 sider. Kr 100,-
- 28 Heidi Gautun: Endringer i familieomsorgen til eldre?. Fafo-rapport 298. 82 sider. Kr 103,-
- 29 Neil Gilbert: Selvhjelpsstaten. Et nytt paradigme for sosial trygghet. Fafo-rapport 299. 36 sider. Kr 75,-
- 30 Torkel Bjørnskau og Reid J. Stene: Holdninger til helse- og omsorgstjenester. Resultater fra en spørreundersøkelse. Fafo-rapport 300. 41 sider. Kr 79,-
- 31 Gunn Birkelund: Marginalisering i en velferdsstat. Fafo-rapport 301. 30 sider. Kr 75,-
- 32 Aksel Hatland: Nordisk alderspensjon under ombygging. Fafo-rapport 302. 32 sider. Kr 74,-
- 33 Tone Fløtten: Fattigdom i Norge. Problem eller bagatell?. Fafo-rapport 303. 114 sider. Kr 125,-
- 34 Anne Britt Djuve: Etniske minoriteter og de nordiske velferdsstatene. Fafo-rapport 304. 46 sider. Kr 86,-
- 35 Jardar E. Flaa og Axel W Pedersen: Holdninger til ulikhet, pensjon og trygd. Resultater fra en spørreundersøkelse. Fafo-rapport 305. 60 sider. Kr 91,-
- 36 Jon Erik Dølvik og Torgeir Stokke: Den norske forhandlingsmodellen. Et tilbakeblikk. Fafo-rapport 306. 46 sider. Kr 88,-
- 37 Keith Smith: Economic growth and "low-tech" industries. Issues for Norway. Fafo-rapport 307. 37 sider. Kr 77,- (Norsk utg. nr. 6)
- 38 Gunn Birkelund: Part-time work in a welfare state. Fafo-rapport 308. 30 sider. Kr 73,- (Norsk utg. nr. 12)
- 39 Jean Louis Laville: The future of work. The debate in France. Fafo-rapport 309. 80 sider. Kr 103,- (Norsk utg. nr. 13)
- 40 Jean Louis Laville: Le futur du travail. Le debat Francais. Fafo-rapport 310. 80 sider. Kr 103,- (Norsk utg. nr. 13)
- 41 Gerhard Bosch: Differenzierung und Flexibilisierung der Arbeitszeit. Die schwierige Suche nach einem neuen Arbeitszeitparadigma. Fafo-rapport 311. 67 sider. Kr 95,- (Norsk utg. nr. 14)
- 42 Neil Gilbert: The Enabling State. An Emerging Paradigm for Social Protection. Fafo-rapport 312. 35 sider. Kr 76,- (Norsk utg. nr. 29)
- 43 Bernard Enjolras: Labour-market regulation and economic performance. A review. Fafo-rapport 313. 44 sider. Kr 82,-
- 44 Bernard Enjolras: Welfare state and disincentives effects. Theoretical perspectives. Fafo-rapport 314. 51 sider. Kr 86,-

Espen Dahlog Gunn Elisabeth Birkelund  
**Sysseisseting, klasse og helse 1980–1995**  
En analyse av fem norske  
levokårsundersøkelser

er en av publikasjonene fra rapportserien i prosjektet Det 21 århundrets velferdssamfunn. Det er en omfattende serie med stor faglig spennvidde og flere bidrag fra forskere i inn- og utland. Sentrale temaer som dekkes i rapportserien er:

**arbeidslivet** med vekt på globalisering, næringsutvikling og sysseisseting; kompetanse, etter- og videreutdanning; forhandlinger og trepartssamarbeid

**hverdagslivet** med vekt på familie, nærmiljø og frivillige organisasjoner; normer, holdninger og verdier

**velferdstjenester** med vekt på helse, omsorg og sosial trygghet; velferdsstat, privatisering og levokår

**velferdsytelser** med vekt på pensjoner, inntektssikring og fordeling; økonomisk ulikhet og fattigdom



**Fafo**  
Forskningstiftelsen Fafo  
Borggata 2B/Postboks 2947 Tøyen  
N-0608 Oslo  
<http://www.fafo.no>

Det 21. århundrets velferdssamfunn 24  
Fafo-rapport 294  
ISBN 82-7422-270-9