

«FASIT» PÅ STIKKORDS FORM

Oppgave 1

- a. Kosovo har mye yngre befolkning enn Norge. De eldste aldersgruppene, der dødeligheten er sterkest, veier derfor mye mer for Norge enn for Kosovo. Forventet levealder tar høyde for omfang av aldersgrupper.
- b. Norske rater & norsk befolkning: 8,4. Norske rater & Kosovo befolkning: 3,1. Aldersstruktur har en effekt på $8,4 - 3,1 = 5,3$ promillepoeng. Med samme aldersstruktur som Kosovo hadde Norge hatt 5,3 promillepoeng lavere SDR.
- c. SDR: grov, lett å beregne. Standardisert SDR: tar høyde for aldersstruktur, enklere å beregne enn e_0 , men konklusjon er avhengig av valg av standard. e_0 : større beregning (dødelighetstabell).

Oppgave 2

- a. Rett fra pensum.
- b. $NRT \approx (1 - 0,03) * 0,968 = 0,939$ døtre/kvinne. Marginalt lavere enn eksakt verdi. Godt anslag.

Oppgave 3:

Dødeligheten har falt særlig pga bedre sanitærforhold, boforhold, personlig hygiene, ernæring, vaksiner. Bakenforliggende forhold: industrialisering/urbanisering (som riktig nok også bidrar negativt), høyere utdannings/kunnskapsnivå, høyere inntekter, politiske tiltak. Noen av disse bakenforliggende forhold senker også barnetallsønsker (kan kort nevne grunner). Dessuten bidrar den lavere dødeligheten i seg selv til lavere barnetallsønsker. Det tar tid før folk tar inn over seg at det har skjedd et dødelighetsfall. Dessuten: for å få fruktbarhetsfall må også reguleringskostnadene falle, dvs bedre kunnskap om/tilgang til prevensjon og mer aksept for å gripe inn på denne måten (uenighet i litteraturen om hvor ny ideen om at det er greit å regulere faktisk er, men kan ikke vente noen diskusjon av dette). Dette er en flaskehals. Et høyere utdanningsnivå bidrar, men sekularisering er trolig også en veldig viktig faktor.

Oppgave 4

Bruk av prevensjon avspeiler at man er fekund, har forholdvis lave barnetallsønsker, og at prevensjon er tilgjengelig/akseptert. FPPES indikerer særlig 1) befolkningspolitikken, 2) hvorvidt det er satt i verk tiltak (nærmiljøbasert, sosial markedsføring, etter-fødsels-program) og 3) faktisk tilgang til prevensjon. Alle disse faktorene virker i retning av å senke reguleringskostnadene, men særlig 1 og delvis 2 har også andre elementer i seg. (Det detaljerte innholdet i 1+2+3 er nevnt på forelesning og i en pensumartikkel, men er ikke veldig sentralt i den sistnevnte, så vi må ikke vente mye om det.) Samme pensumartikkel viser effekt av FPPES gitt en bredere sosioøkonomisk indikator. (FPPES kan også fange opp

bakenforliggende forhold utover utdanning som kan påvirke prevensjonsbruken – som diskutert på forelesning - men vi bør ikke vente noen diskusjon av dette.)

Det er mye utdanning (og evt forhold knyttet til utdanning slik som industrialisering/urbansiering) kan virke gjennom. Kan ha effekt ut over FPP på reguleringskostnader og påvirker dessuten barnetallsønsker gjennom flere kanaler (bl.a. kjøpekraft – riktignok med mulig positiv effekt - barn mer kostbare av flere grunner, kanskje endrede preferanser). Utdanning kan til dels virke gjennom å styrke kvinners autonomi på diverse områder definert hos Jejeebhoy; mulige effekter av autonomi på fruktbarhet beskrevet av Mason. I Afrika kan man tenke seg at utdanning svekker betydningen av tradisjonell religion og fremmer overgang til kjernefamilie. Høyere utdanningsnivå kan for øvrig øke naturlig ekteskapeleg fruktbarhet (tilbudet av barn) særlig gjennom kortere ammeperiode og kortere avholdenhetsperiode, som også kan øke bruken av prevensjon (og i fravær av prevensjon skape høyere fruktbarhet).

Både utdanning (dels gjennom autonomi) og faktorer som fanges opp gjennom FPPEs kan virke på sannsynligheten for å være gift, men dette ligger egentlig utenfor oppgaven, siden den er begrenset til gifte kvinner.

Oppgave 5

Mange mente at tidligere program var uakseptable fra et menneskerettsperspektiv (f eks tvang/press ang sterilisering) uansett hva som måtte være konsekvensen av høy befolkningsvekst. Spesielt urimelige ville det være å legge mye press på folk hvis høy befolkningsvekst ikke har negative konsekvenser (for bl a økonomisk vekst, miljø) – dvs at det å få mange barn ikke medfører betydelige ulemper for andre enn evt familien selv. Etter flere år med forskning angående slike makro-konsekvenser var ikke negative virkninger overbevisende dokumentert. Samtidig ble det mer bevissthet om vedvarende reproduktiv-helseproblemer, spesielt høy sykkelighet/dødelighet i forbindelse med svangerskap/fødsel. Ved å knytte sammen kan det oppstå positive synergieffekter, og man får bedre synliggjort at prevensjonsbruk skal være frivillig.