

Jorun Ramm*

2. Helse



Flere gode leveår for alle

Dårlig helse har store konsekvenser både for den enkelte og for samfunnet. For den enkelte og de nærmeste betyr svekket helse redusert livskvalitet, og reduserte muligheter for inntekt, arbeid og opplevelser. For samfunnet betyr det tap av ressurser, og utgifter til behandling og trygd. Helsen oppfattes som en av de viktigste sidene ved levekårene, og som et av de viktigste områdene for politikken i samfunnet. En nylig gjennomført undersøkelse om det gode liv i befolkningen viser at mer fritid, bedre økonomi, og bedre helse rangeres høyest når folk vurderer hva som skal til for å få et bedre liv. Blant personer med sviktende helse har "bedre helse" høyeste prioritet (Barstad 1999).

Målet for norsk helsepolitikk er flere og bedre leveår for alle mennesker (St.meld. nr. 50, 1998-99). En slik politisk målsetting krever tiltak på de fleste samfunnsområdene, både lokalt og sentralt. Innsatsen konsentreres om helsefremmende og helseforebyggende tiltak rettet mot levevaner og helseatferd spesielt. Antallet handlingsplaner som er utarbeidet de senere årene, viser at økt kunnskap ses

som viktig for økt forståelse av sammenhengen mellom blant annet helse og livsstil, helse og kultur, helse og levekår mv.

De definerte hovedsatsningsområdene for nittiårene (referert i St.meld. nr. 37, 1992-93) er forbygging av psykososiale problemer, belastningslidelser, ulykker og skader, samt astma, allergi og inneklimesykdommer. Dette er viktige områder også inn i dette årtusen. I tillegg settes mye ressurser inn på å redusere sykkelighet som skyldes "livsstilssykdommer" som hjerte- og karsykdommer, kreft, overvekt, diabetes-2, kroniske lungesykdommer, samt benskjørhet (NOU 1998:18).

En viktig del av målet er lengre levetid. Menn forventes å leve i vel 75 år, og kvinner forventes å leve rundt 81 år i gjennomsnitt. Gjennomsnittlig levealder i befolkningen har økt med henholdsvis 2,7 år for menn og 1,7 år for kvinner i løpet av perioden fra 1986 til 1998 (se kapittel 1.3). Men fortsatt lever kvinner i underkant av seks år lenger enn menn. Det har vært en nedgang i flere av årsakene som fører til "tidlig" død, blant annet spedbarnsdødelighet, dødsulykker og selvmord. Dødeligheten i de eldre alders-

* Kapitlet er skrevet i samarbeid med Merete Thonstad og Borgny Vold. Teksten bygger delvis på samme kapittel i Sosialt utsyn 1998, der også Finn Gjertsen, Jon Erik Finnvoll og Anne Mundal medvirket.

gruppene er også redusert. I 1998 inntraff tre firedeler av dødsfallene etter 70-årsalder, mens 1 prosent av dødsfallene var blant personer under 20 år. Halvparten av disse var blant barn under ett år.

Stabil og lav spedbarnsdødelighet

Redusert spedbarnsdødelighet har tidligere betydd mye for økende levealder. Det har vært en betydelig nedgang i spedbarnsdødeligheten i første halvdel av 1990-årene, fra 7 til 4 døde per 1 000 levendefødte i perioden 1990-1996 (se kapittel 1.3). Etter 1994 har spedbarnsdødeligheten holdt seg på et stabilt lavt nivå. I Europa var det bare Sverige (3,6) og Finland (3,9) som hadde lavere spedbarnsdødelighet enn Norge i 1997 (Council of Europe 1999).

De fleste dødsfall i det første leveåret skjer i de fire første ukene etter fødselen, nyfødtperioden. Reduksjonen i dødeligheten er størst etter de fire første leveukene. Medfødte misdannelser, sykdomstilstander med begynnelse i den perinatale perioden (like før og etter fødselen) og krybbedød er de hyppigste årsakene til dødsfall i første leveår. Krybbedødsfall omfatter tilfeller hvor man ikke har kunnet påvise noen sykdom eller skade som kan forklare dødsfallet. På 1970- og 1980-tallet økte antall krybbedødsfall betydelig blant barn fra 4-ukersalder til fylte 1 år. I 1989 ble det registrert 140 krybbedødsfall. Deretter gikk antallet ned til 29 krybbedødsfall i 1996. Antakelig ble noen tilfeller av krybbedødsfall i 1960- og 1970-årene registrert som kvelningsulykker.

Ulykker og selvmord er andre viktige årsaker til for tidlig død. Det har vært en nedgang i dødsulykker og andre voldsomme dødsfall. Vel 5 prosent av dødsfallene skyldes voldsom død.

2.1. Sykelighet og dødelighet

Helse og sykdom

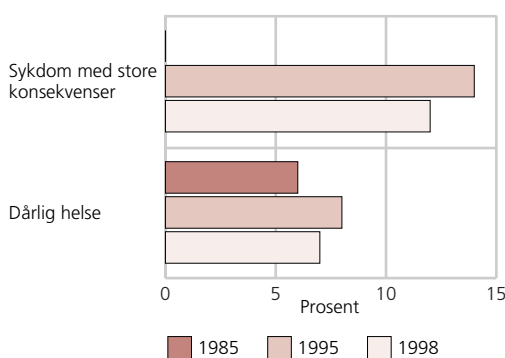
Helsebegrepet er svært sammensatt, og det benyttes gjerne flere mål for å beskrive helsetilstanden. Utviklingen siden syttitallet har gått i retning av redusert dødelighet og økt levealder både for menn og kvinner. Intervjuundersøkelser viser imidlertid at stadig flere har langvarige eller kroniske sykdommer.

Det finnes ikke ett mål eller én indikator som kan sammenfatte helsetilstanden på grunnlag av opplysninger om den levende befolkningen. Ulike tilnærminger gir ulike svar. Figuren viser tre ulike måter å sammenfatte eller avgrense sykeligheten i befolkningen (se figur 2.1).

Vel 60 prosent fortalte om ett eller flere syketilfeller i Levekårsundersøkelsen om helse i 1998. Det gjelder befolkningen 16 år og eldre som bor hjemme. Vel fire av fem pensjonister og knapt to av tre voksne 16 år og over ble registrert med varig sykdom eller funksjonshemming. Også hvert tredje barn hadde varige syketilfeller av varierende alvorlighetsgrad, viser tall fra 1995.

Et "syketilfelle" er ikke nødvendigvis ensbetydende med en sykdom som gir redusert helse eller begrensninger i hverdagen. 12 prosent av befolkningen 16 år og over, 14 prosent kvinner og 10 prosent menn, mente at de hadde syketilfelle som i betydelig grad virker inn på deres hverdag. Det dreier seg om syketilfeller som medfører aktivitetsbegrensninger, smerter eller angst. De færreste barn (4 prosent) har sykdom med betydelige konsekvenser, mens én av fem hjemmeboende eldre opplever store begrensninger på grunn av sykdom.

Figur 2.1. Andel av befolkningen 16 år og over, som har sykdom med store konsekvenser i hverdagen, eller som har dårlig helse. 1985, 1995 og 1998. Prosent



Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

Helse favner flere sider ved folks velferd. Dette reflekteres i at nærmere 80 prosent av befolkningen sier de har god helse til tross for eventuell sykdom, funksjonsproblemer, eller begrensede aktivitetsmuligheter. Om lag 7 prosent sier de har dårlig helse. Andelen med dårlig helse øker med alder. Vel 15 prosent av pensjonist- og eldrebefolkningen vurderte helsen sin som dårlig i 1998. En firedel av pensjonistene syntes for øvrig at helsen hadde forverret seg sammenlignet med fjoråret, mens 8 prosent mente den var blitt bedre (tall fra 1995).

Ikke-vestlige innvandreres helse

Unge innvandrere er mindre plaget av sykdom enn norske jevnaldrende, mens flere middelaldrende og eldre innvandrere er svekket sammenlignet med nordmenn i de samme aldersgruppene. Forskjellen i sykkelighet mellom kvinner og menn er større for ikke-vestlige innvandrere (8 prosentenheter), enn for nordmenn (2 prosentenheter - se ramme 2.1).

Det ser også ut til at helseplagene innvandrere sliter med rammer hardt og har store konsekvenser for dagliglivet. Annenhver innvandrer i alderen 45-66 år med sykdom sier at sykdommen deres begrenser arbeidsevnen (evne til inntektsgivende arbeid, husarbeid, og skolegang/studier) i høy grad. Andelen er dobbelt så høy som blant nordmenn i samme aldersgruppe. Dette kan ses i sammenheng med ulike aspekter ved innvandrerlivsværelsen, bl.a. omstilling til annen kultur, fysisk krevende arbeid, trangboddhet, ensomhet mv.

Undersøkelsen viste at innvandrerbefolkningen har et noe annet sykdomsmønster enn den norske befolkningen. Andelen med nervøse lidelser (se ramme) er tre ganger så høy som blant nordmenn. Andelen varierer imidlertid betydelig etter hvilket land innvandrerne kommer fra. Innvandrere fra Iran, Somalia og Chile fortalte oftest om hyppige nervøse

2.1. Levekårsundersøkelse blant ikke-vestlige innvandrere i 1996

I 1996 ble det gjort en større levekårsundersøkelse av innvandrere i alderen 16-70 år fra åtte ikke-vestlige land, med minst to års botid i Norge. I denne undersøkelsen omtales personer som innvandrere dersom de har to utenlandsfødte foreldre. 95 prosent av de intervjuede er førstegenerasjonsinnvandrere, og født i ett av følgende land; det tidligere Jugoslavia, Tyrkia, Iran, Pakistan, Vietnam, Sri Lanka, Somalia eller Chile.

Utvalget av nordmenn, som vi sammenligner innvandrergruppen med, er basert på Levekårsundersøkelsen 1995. Nordmenn blir definert som personer med minst en norskfødt forelder. Fordi det i målgruppen av innvandrere er relativt flere yngre personer, menn og byboere enn i utvalget av nordmenn, er verdiene veiet opp for disse kategoriene nordmenn. Derfor er forskjellene i f.eks. sykkelighet mellom norske kvinner og menn høyere i den tilpassede eller veide befolkningen, enn i "normal"-befolkningen.

2.2. Registrering av nervøse lidelser

Har du i løpet av de siste seks månedene vært plaget av svært kraftig hjertebank uten på forhånd å ha anstrengt deg, vært plaget av nervøsitet, angst eller rastløshet eller følt deg deprimert og nedfor slik at du ikke orket noen ting. Svaralternativene var "ofte", "av og til" eller "aldri". Personer som svarte "ofte" på minst ett av utsagnene, blir registrert med hyppige symptomer på nervøse lidelser.

symptomer under intervjuet, mens innvandrere fra Pakistan, Vietnam og Sri Lanka var minst tilbøyelige til å rapportere slike symptomer (Blom og Ramm 1998).

Det er omtrent like stor utbredelse av muskel- og skjelettlidelser i innvandrerbefolkningen, som i den norske befolkningen 16-66 år (om lag 15 prosent). Mens det er en påfallende lav forekomst av allergiske lidelser (f.eks. høysnue, astma og eksem) blant innvandrere, er det høyere hyppighet av mage- og tarmlidelser og diabetes. I aldersgruppen 45-66 år oppgir 9 prosent av innvandrere og 1 prosent av nordmenn å lide av diabetes. Det ble også registrert en høyere andel med hjerte- og karsykdom blant innvandrerkvinner sammenlignet med menn med innvandrerbakgrunn og norske kvinner.

Vi lever lengre, men er helsen bedre?

Det er vanskelig å svare på om leveårene har en høyere eller lavere helsemessig standard enn tidligere. Ulike sammenfattende mål på sykkelighet og ulike undersøkelser gir til dels forskjellige svar. Undersøkelser som er gjort de senere årene viser at en større andel av befolkningen i alle aldre har syketilfeller enn tidligere. I likhet med tidligere år rapporterer kvinner oftere syketilfeller enn menn. Økningen omfatter for en stor del sykdommer og plager som bidrar til redusert livskvalitet og som kan medføre plager og ulemper i levetiden, men som sjelden er livstruende.

Både helseundersøkelsene og levekårsundersøkelsene viser en økning i andelen med langvarig sykdom i befolkningen siden syttitallet. Det er imidlertid en viss

2.3. Registrering av syketilfeller

Årsaken til den høye sykkelighetsrapporteringen i Helseundersøkelsen 1995, sammenlignet med levekårsundersøkelsen som ble gjennomført samme år, skyldes delvis at intervjuene ble gjennomført med ny teknologi (CAPI: Computer Assisted Personal Interviewing). Tidligere ble det benyttet spørreskjema på papir. Nå ligger spørsmålene på en PC, og intervjueren taster svarene direkte inn på denne. Endringene i innsamlingsmetode medførte at intervjuerne i forkant av denne helseundersøkelsen fikk grundig opplæring i hvordan de skulle bruke PC-ene under intervjuene, og i hvordan de skulle intervjuer om helse spesielt. En annen årsak kan være at helseundersøkelsen er ensidig helsefokusert. Både i Levekårsundersøkelsen 1995 og i Helseundersøkelsen 1995 blir intervjupersonene forelagt en "huskeliste" av diagnoser. Denne listen var mer omfattende i helseundersøkelsen. En del av diagnosene som inngår i helseundersøkelsen, men ikke i levekårsundersøkelsen, blir da også registrert hyppigere i helseundersøkelsen enn i levekårsundersøkelsen.

Den sist gjennomførte undersøkelsen, Levekårsundersøkelsen om helse 1998, viste at om lag 60 prosent av befolkningen hadde varig sykdom, skade eller funksjonshemming. Denne undersøkelsen er, i likhet med Helseundersøkelsen 1995, gjennomført med CAPI. Spørsmålssekvensen om sykdom, skade eller funksjonshemming og "huskelisten" med sykdommer er de samme som i Helseundersøkelsen 1995.

usikkerhet knyttet til hvor stor økningen er. I levekårsundersøkelsen om helse fra 1998, ble vel 60 prosent av den voksne befolkningen utenfor institusjon registrert med langvarig sykdom, virkning av skade eller funksjonshemming. Andelen med sykdom og syketilfeller som påvirker den enkeltes evne til å utføre daglige gjøremål, og som gir seg uttrykk som smerter, angst, søvnproblemer og aktivitetsbegrensning, ser imidlertid ikke ut til å ha økt. Knappt en tredel (31 prosent) av den voksne befolkningen hadde i 1998 sykdom som påvirket hverdagen deres i noen eller i høy grad.

Helseundersøkelsene viser en klar økning i sykkelighet fra 1985 til 1998. Ved undersøkelsen i 1975 hadde 53 prosent av den voksne befolkningen varig sykdom. Det var tilnærmet ingen endring i sykkeligheten frem til 1985, mens i 1995 var andelen økt til 66 prosent (60 prosent i 1998 - se ramme 2.3). Levekårsundersøkelsene tegner et bilde av en mer moderat økning i perioden. Andel voksne (16 år og over) med langvarig sykdom økte fra 47 prosent i 1980 til 52 prosent i 1987 og til 55 prosent i 1995.

Kvinner lever lenger enn menn, men er mer syke

At kvinner lever lenger enn menn, at de er mer syke, og at de har høyere forbruk av legemidler og helsetjenester, blir referert i en offentlig utredning om kvinners helse (NOU 1999:13). Tema for utredningen er kjønnsforskjeller i helse. Den viser at sykdom og plager har ulik utbredelse, virkning og konsekvenser for kvinner og for menn. Utredningen viser til forskjeller mellom kvinner og menn i både sykdomsmønster og sykdomsuttrykk. Kvinner har til dels andre sykdommer enn menn.

Mange kvinner har f.eks. slitasjesykdommer eller andre lidelser som gir belastning over tid, og som det ikke er noen umiddelbar kur eller behandling for. I tillegg til forskjeller i sykdomsmønster, vises det til ulik helseatferd som utslag av en kvinne- eller mannskultur; forskjeller i hvordan de lever sine liv, og i muligheter og utfordringer de møter. Budskapet er at kjønns spesifikke helseproblemstillinger må møtes og håndteres forskjellig.

Sykdomsbildet i endring

Hjerte- og karsykdommer, kreft og smittsomme sykdommer preger i hovedtrekk dagens sykdomsbilde. Lidelser som setter sitt preg på levetiden, som muskel- og skjelettsykdommer, astma og allergi, samt psykiske lidelser, får stadig større utbredelse. Oppmerksomhet blir særlig rettet mot livsstilssykdommene, som er et satsningsområde i dagens folkehelsepolitikk (Sosial- og helsedepartementet 1999).

Økning i muskel- og skjelettlidelser

Mange har sykdom og plager i tilknytning til muskel- og skjelettsystemet. Nærmere 26 prosent hadde denne typen plager i 1995¹, mens 15 prosent hadde det i 1985.

Tabell 2.1. **Andel med muskel- og skjelettlidelser, etter kjønn og alder. 1985 og 1995. Prosent**

	1985			1995		
	Alle	Menn	Kvinner	Alle	Menn	Kvinner
Alle	15	13	16	26	22	29
0-15	3	2	4	4	3	5
16-24	8	8	9	13	11	16
25-44	13	13	14	24	24	24
45-66	24	21	28	42	36	47
67-79	26	21	30	48	39	55
80-	28	25	29	40	31	46

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

¹ For sykdomsspesifikke opplysninger blir Helseundersøkelsen 1995 benyttet. Sykdomsdiagnosene i den sist gjennomførte Levekårsundersøkelsen om helse 1998 er ikke ferdig bearbeidet (kodet).

Det er vanskelig å si i hvilken grad denne økningen er et resultat av at registreringen av syketilfellene var bedre i Helseundersøkelsen 1995- enn i 1985-undersøkelsen (se ramme 2.3). Kvinner er mer utsatt for denne typen lidelser enn menn. Det er også flere kvinner enn menn som er uføretrygdet med muskel- og skjelettlidelser. I 1998 var én av tre uføretrygdete trygdet med årsak i diagnoser knyttet til muskel- og skjelettsystemet og bindevevet (en av fire i 1983)² (Rikstrygdeverket 1999). I de senere årene har det vært en økning i nye uførepensjonister med sykdom i muskel- og skjelettsystemet, særlig blant middelaldrende kvinner.

Muskel- og skjelettlidelser utvikles over tid, og har i mange tilfeller sammenheng med stress, overbelastning eller ensidig fysisk belastning. Lidelsene gir ofte smerter i muskler og ledd. Ifølge Helseundersøkelsen 1995 var om lag 14 prosent av den voksne befolkningen (16 år og over), nesten dobbelt så mange kvinner som menn (henholdsvis 18 og 10 prosent), plaget av smerter i nakke, armer eller skuldre. Én av åtte voksne hadde mye ryggsmarter, og én av ti hadde mye smerter i knær eller føtter.

Flere unge med nervøse lidelser

Psykisk helse har nær sammenheng med levekår og sosiale forhold. Utvalgsundersøkelser er best egnet til å avdekke lettere psykiske lidelser. Helseundersøkelsen viser at nærmere 7 prosent av befolkningen (tilnærmet 300 000 personer), og flere kvinner enn menn, hadde en nervøs lidelse eller nervøse symptomer i 1995. Omfanget har endret seg lite de siste ti årene. Tallene tyder på at det har vært en svak økning blant unge, og blant eldre kvinner.

Tabell 2.2. **Andel med nervøse lidelser eller symptomer, etter kjønn og alder. 1985 og 1995. Prosent**

	1985			1995		
	Alle	Menn	Kvinner	Alle	Menn	Kvinner
Alle	5	4	7	7	5	8
0-15	1	1	1	2	3	1
16-24	2	2	3	5	3	6
25-44	5	3	7	7	5	8
45-66	8	6	11	9	7	11
67-79	12	9	13	13	10	16
80-	8	9	8	10	9	10

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

I 1998 var nærmere 29 prosent av de uføretrygdete, omtrent like mange som i 1983, trygdet med "psykoser og nevroser" som diagnose (Rikstrygdeverket 1999). Andelen nye uføretifeller med psykiske lidelser har steget, og stadig flere unge blir uføretrygdet med psykiske plager og lidelser.

Stadig flere nye krefttilfeller ...

Over 10 000 personer døde som følge av kreftsykdommer i 1996, mens nesten 20 000 nye krefttilfeller ble meldt til Kreftregisteret samme år. Det har vært en økning i nye tilfeller av kreft både i antall og i aldersjustert rate over flere tiår. Antallet nye krefttilfeller (aldersjustert rate) var i 1997 21 prosent høyere enn i 1980 for menn, og 20 prosent høyere for kvinner. I perioden 1990-1997 var økningen 11 prosent både for menn og kvinner.

Kreftregisterets oversikt gjelder nye krefttilfeller fordelt etter hvor den første svulsten oppstod (primærsete). Prostatakreft er den hyppigste kreftformen blant menn, mens kvinner rammes hyppigst av

² I registrering av uføre i 1998 er diagnoser klassifisert etter ICD-10. Det innebærer at fullstendig sammenlignbarhet blir vanskelig mellom statistikk før 1998 og fra og med 1998.

Tabell 2.3. Nye tilfeller av kreft. Meldte tilfeller, etter primærsete¹ og kjønn. 1989, 1993 og 1997

	1989		1993		1997	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
I alt	9 403	8 605	10 186	9 246	10 812	10 169
Munnhulen og svelget	269	102	259	115	262	106
Fordøyelsesorganene og bukhinnen	2 364	2 099	2 434	2 276	2 465	2 334
Åndedretsorganene	1 315	508	1 427	594	1 408	689
Brystkjertelen og kjønnsorganene	2 126	3 097	2 530	3 415	2 852	3 844
Urinorganene	1 083	479	1 108	443	1 152	538
Andre organer eller uoppgitt sete	1 418	1 669	1 587	1 725	1 960	2 030
Lymfatiske og bloddannende organer ..	657	583	1 091	571	713	628

¹ Hvor den første svulsten oppstod.

Kilde: Kreftregisteret.

brystkreft. Kreft i tykk- og endetarm og lungekreft er også vanlige kreftsykdommer. Om lag 70 prosent av de registrerte krefttilfellene hos menn, og 60 prosent av tilfellene hos kvinner finner vi i aldersgruppen over 64 år. Hvert år registreres det omtrent 150 nye krefttilfeller blant barn under 15 år. Barn rammes oftest av kreft i hjernen og av leukemi.

... men liten endring i kreftdødeligheten på 1990-tallet

Nærmere ett av fire dødsfall i 1996 (24 prosent) skyldtes kreft. Når en tar hensyn til endringer i befolkningens alderssammensetning (standardisert dødelighet), har det vært ganske små endringer i dødeligheten av kreft siden begynnelsen av 1980-tallet. Den standardiserte kreft-

dødeligheten var et par prosent høyere i 1996 enn i 1989.

Omtrent en tredel av alle kreftdødsfall skyldes svulster i fordøyelsesorganene og bukhinnen. Blant menn var svulst i lunge, prostata, tykktarm og magesekk de vanligste årsakene til kreftdødsfall, mens det blant kvinner var ondartet svulst i brystkjertelen, tykktarm, lunge og bukspyttkjertelen. Kreft var årsak til mer enn halvparten av alle dødsfall blant kvinner i aldersgruppen 40-60 år, og først etter 70-årsalderen utgjør hjerte- og karsykdommer hyppigste dødsårsak blant kvinner. Første halvdel av 1990-årene var dødeligheten av kreft høyest i fylker på Sør- og Østlandet.

Flere menn har alvorlig hjerte- og karsykdom

Nærmere 15 prosent av befolkningen hadde hjerte- og karsykdommer eller lidelser i sirkulasjonsorganene i 1995. Flertallet av hjerte- og karlidelser som registreres i helseundersøkelsene er lettere diagnoser som høyt blodtrykk, åreknuter og lignende lidelser. Alvorligere lidelser som ischemisk hjertesykdom (blant annet hjerteinfarkt) utgjorde vel én av syv hjerte- og kardiagnoser i

2.4. Dødsårsaksstatistikken

Dødsårsaksstatistikken omfatter alle personer som var bosatt i Norge på dødstidspunktet, uavhengig av om dødsfallet fant sted innen eller utenfor landets grenser. Statistikken viser den underliggende årsaken til død, det vil si den sykdommen som startet forløpet som ledet fram til død, eller den ytre årsaken til skade. Ved kreftdødsfall med spredning registreres primær kreft som underliggende dødsårsak.

Tabell 2.4. **Andel personer med hjerte- og karsykdommer, etter kjønn og alder. 1985 og 1995. Prosent**

	1985			1995		
	Alle	Menn	Kvinner	Alle	Menn	Kvinner
Alle	11	10	12	15	13	16
0-24	1	1	1	1	1	1
25-44 ...	4	4	4	8	6	9
45-66 ...	20	20	19	24	24	24
67-79 ...	39	35	42	44	42	45
80-	39	32	43	51	49	52

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

Helseundersøkelsen 1995. Det er denne diagnosegruppen som er mest fremtredende i trygde- og dødsårsaksstatistikken. Totalt er 8 prosent av de uføretrygdede trygdet med sykdom i sirkulasjonsorganene som primærdiagnose. De fleste av disse er menn. Det er flest kvinner som lever med problemer i tilknytning til sirkulasjonssystemet, og problemene øker i omfang med økende alder.

Redusert dødelighet av hjerte- og karsykdommer

Hjerte- og karsykdommer er den vanligste dødsårsaken i Norge. Siden 1950-årene har slike sykdommer forårsaket omtrent halvparten av alle dødsfall. I løpet av de seneste årene har andelen blitt redusert til omtrent 44 prosent. Vel halvparten av hjerte- og kardødsfallene skyldtes iskemisk hjertesykdom, for eksempel hjerteinfarkt. Omtrent en firedel av hjerte- og kardødsfallene skyldtes cerebrovaskulære sykdommer, det vil si sykdommer i hjernens blodkar, for eksempel hjerneslag.

Dødeligheten av hjerte- og karsykdommer er kraftig redusert i løpet av de siste tiårene, både blant menn og kvinner. Blant menn over 40 år økte andelen som døde av hjerte- og karsykdommer frem til begynnelsen av 1970-årene. Etter denne

tid er det registrert en klar nedgang. I 1996 var dødeligheten lavere enn i begynnelsen av 1950-årene. Blant menn i alderen 60-69 år døde 1 315 per 100 000 innbyggere av hjerte- og karsykdommer i årene 1971-1975, mens 753 per 100 000 hadde hjerte- og karsykdommer som dødsårsak i 1996. Blant kvinner nådde dødeligheten av hjerte- og karsykdommer det høyeste nivået på begynnelsen av 1960-tallet. 255 kvinner i alderen 60-69 år per 100 000 innbyggere døde av hjerte- og karsykdommer i 1996, mot 688 i 1961-1965.

Det er store geografiske forskjeller i hjerte- og kardødelighet. På begynnelsen av 1990-tallet var den klart høyest i Finnmark og lavest i Sogn og Fjordane, både for kvinner og menn. Det er større forskjell mellom byregioner i Oslo enn mellom fylkene. Indre Oslo øst (bydelene Sagene-Torshov, Grünerløkka-Sofienberg og Gamle Oslo) hadde bortimot dobbelt så høy hjerte- og kardødelighet som ytre Oslo vest/nord (Ullern, Røa, Vinderen, Sogn og Grefsen-Kjelsås).

Økende allergi blant barn og unge

18 prosent av befolkningen hadde lidelser i luftveier og åndedretsorganer i 1995.

Tabell 2.5. **Andel personer med astma og allergi, etter alder. 1985 og 1995. Prosent**

	Astma		Allergi/høysnue/eksem	
	1985	1995	1985	1995
Alle	2	5	10	17
0-6	2	4	10	13
7-15	2	6	11	18
16-24	2	6	14	26
25-44	2	4	11	20
45-	3	5	6	12

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

Det har vært en markert økning i rapporteringen av denne typen lidelser i helseundersøkelsene siden 1985. Ved undersøkelsen i 1985 hadde vel 2 prosent av befolkningen astma og 10 prosent allergi. I 1995 hadde henholdsvis 5 prosent astmaplager og 17 prosent rapporterte om allergiske plager. Den økte rapporteringen i siste tiårsperioden, fra 1985 til 1995, kan spores innenfor alle aldersgruppene.

Det er mye allergiske plager hos barn, og særlig blant unge. I 1985 hadde 13 prosent av barna (0-15 år) astma eller allergi (høysnue, pollenallergi eller allergisk eksem), mens 19 prosent hadde slike plager i 1995.

Færre ulykker og selvmord

Nærmere 300 000 personer (7 prosent av befolkningen) har noen gang vært involvert i en ulykke som har gitt dem varige skader og mén (Borgan 1997). Det er trafikkulykker som i størst grad invalidiserer, mens fallulykker er den vanligste årsaken til dødsfall på grunn av ulykker. 85 prosent av fallulykkene rammet eldre (75 år og over). Selv om slike ulykker ofte fører til sengeleie med etterfølgende komplikasjoner, blir de registrert som ulykker.

Dødsårsaksstatistikken gir oversikt over den ytre årsaken til skade. Disse dødsårsakene inndeles i hovedgruppene ulykker, selvmord, drap og andre ytre årsaker. På første halvdel av 1990-tallet gikk antallet dødsfall forårsaket av ulykker og selvmord ned. Det er særlig i yngre aldersgrupper at skader er årsak til en stor andel av dødsfallene. At unge menn har større dødelighet enn unge kvinner, skyldes vesentlig ulykker og andre typer skader.

Dødeligheten av ulykker har gått ned for både menn og kvinner siden 1980. Menn

har omtrent dobbelt så høy ulykkesdødelighet som kvinner. I 1996 døde 1 673 personer som følge av ulykkeskader. Skader som følge av fall utgjør den hyppigste årsak til dødsulykker for både menn og kvinner. Andre viktige årsaker til dødsulykker er trafikkulykker og drukning.

Blant barn under 15 år har det vært en markert nedgang i antall dødsulykker. I årene 1956-1960 døde bortimot 250 barn hvert år som følge av ulykker, mens antallet i 1996 var 41.

Færre selvmord blant unge menn på nittitallet

I 1950- og 1960-årene holdt selvmordsraten seg konstant mellom 7 og 8 per 100 000 innbyggere. Dette svarer til om lag 250 selvmord per år. På slutten av 1960-tallet økte selvmordshyppigheten, og i siste halvdel av 1980-årene var hyppigheten fordoblet til 16 per 100 000 innbyggere (Gjertsen 1995). Selvmordsraten blant menn var 3,1 ganger høyere sammenlignet med kvinner i 1996, mens forskjellen mellom kjønnene i snitt var noe lavere i 1980-årene (2,8).

Etter 1988 har den registrerte selvmordsraten gått nedover. I 1996 var det 30 prosent færre selvmord enn i toppåret 1988. Det ble registrert 518 selvmord, 389 menn og 128 kvinner i 1996. Man må tilbake til 1979 og 1980 for å finne lavere selvmordsrate enn i 1995 og 1996, henholdsvis 12,6 og 11,8 per 100 000. I nordisk sammenheng ligger Norge (og Island) lavt på selvmordsstatistikken. Finnene har 2,5-3,0 ganger så høy selvmordsrate. Både i Sverige og Danmark er selvmordsraten på vei nedover.

Selvmord forekommer sjelden blant barn. I perioden 1970-1996 varierte det årlige antall selvmord mellom null og ni blant

barn under 15 år. De seneste årene har det vært færre selvmord blant unge. I 1996 ble det registrert 68 selvmord blant menn under 25 år, mens tilsvarende tall i 1988 var 112.

Ulykker er den viktigste dødsårsaken blant 15-24-åringene. I 1973 stod ulykker for 56 prosent av dødsfallene, mens andelen var redusert til 38 prosent i 1992. I 1973 var 7 prosent av alle dødsfall blant 15-24-åringene selvmord, i 1992 var tallet økt til 26 prosent, og i 1996 var andelen 29 prosent. Økningen i selvmordsandelen blant unge på nittitallet som andel av alle dødsfall, skyldes delvis redusert dødelighet, og dessuten en sterk nedgang i antall dødsulykker. Samtidig ble dødeligheten av selvmord mer enn fordoblet i perioden 1973-1992 i denne aldersgruppen (Hytten mfl. 1995).

2.2. Livsstil og risikoatferd

Vårt forhold til tobakk, kosthold, alkohol og fysisk aktivitet er satt under lupen og definert som sentrale satsningsområder i årene som kommer (Sosial- og helsedepartementet 1999). Med bakgrunn i at livsstilssykdommene i økende grad dominerer helsebildet blir kunnskap om levevaner og helseatferd viktig.

Vi blir utsatt for ulike fysiske og psykososiale påvirkninger, og vi utsetter oss selv for ulike påvirkninger i arbeidet, på skolen, hjemme og i nærmiljøet som bidrar til å styrke eller svekke helsen. For en rekke forhold eller påvirkninger er virkningene på helsen godt kartlagt. For en del av disse, for eksempel røyking og alkoholbruk, finnes gode systemer som overvåker befolkningens eksponering for slike faktorer over tid. For andre faktorer knyttet til helserisiko mangler en gode overvåkningssystemer. Det gjelder for eksempel for fysisk aktivitet og mosjonsatferd.

En av tre ungdommer røyker daglig

Høyt alkoholkonsum og daglig sigarett-røyking er blant de best dokumenterte risikofaktorene for utvikling av helseproblemer og tidlig død. Vel en tredel av den voksne befolkningen (16-74 år) var dagligrøykere i 1998, mens nærmere 12 prosent røykte "av og til". På kort sikt har folks røykevaner endret seg lite. I løpet av de siste 20 år er det imidlertid blitt vesentlig færre menn som røyker hver dag, mens det er omtrent like mange kvinner som røyker i dag som for 20 år siden (se indikator 2.8 i tabellvedlegget). Vel 30 prosent av ungdom mellom 16 og 24 år røykte daglig i 1998. Etter en nedgang tidlig på nittitallet, har andelen dagligrøykende ungdom steget til omtrent samme nivå som på midten av åttitallet.

Unge jenter drikker mye – oftere enn før

Alkoholkonsumet i befolkningen knyttes vanligvis opp mot alvorlige helseskader og sosial nød. Det er imidlertid vanskelig å trekke grensen for når konsumet blir en trussel mot helsa. Det blir antydning at alkohol i moderate mengder kan ha en gunstig helsemessig virkning for enkelte grupper, f.eks. eldre med risiko for hjerte- og karsykdommer (Skovenborg mfl. 1997). Andre kilder fremhever imidlertid at eventuelle helsegevinster drukner i skadevirkninger (WHO 1999).

Levekårsundersøkelsen om helse 1998 viser at en andel på 6 prosent av befolkningen (16 år og over) har drukket så mye alkohol at de følte seg beruset minst en gang i uken eller oftere i løpet av det siste året (4 prosent i 1985). Henholdsvis 12 prosent gutter og 10 prosent jenter i alderen 16-24 år hadde vært beruset ukentlig eller oftere. I løpet av en drøy tiårsperiode har jentene økt konsumet

betydelig. I 1985 drakk 2 prosent av jentene mye alkohol ofte, mens 10 prosent gjorde det i 1998. Mye eller høyt alkoholkonsum tilsvarer 5 halvflasker øl, 1 helflaske svakvin, ½ flaske sterkvin eller ¼ flaske brennevin. Etter 25-årsalder er det betydelig flere menn (8 prosent), enn kvinner (2 prosent) som har drukket så mye alkohol at de hadde følt seg beruset ukentlig eller oftere. I denne aldersgruppen er det først og fremst menn som har økt alkoholkonsumet i løpet av perioden.

Etter 1993 har det vært en økning i alkoholforbruket målt i liter ren alkohol per innbygger. Det er særlig konsumet av øl og vin som har steget. Brennevinskonsument er nærmest halvert siden 1981. Vin- og ølkonsumet har økt i alle de nordiske landene (Lohiniva 1999). I nordisk sammenheng er vi (sammen med Island) "lillebror" når det gjelder størrelsen på gjennomsnittlig alkoholinntak (tall fra 1997).

Mosjon og fysisk aktivitet

Det å være i aktivitet er helsebringende og reduserer risikoen for utvikling av sykdom. I Norge mosjonerer vel halvparten av den norske befolkningen (16-79 år) regelmessig (en gang per måned eller mer). En andel på 7 prosent trener daglig. En av fire sier imidlertid at de aldri mosjonerer (Vaage 1999). Den fysiske aktiviteten i form av mosjon og trening avtar med økende alder. Halvparten av pensjo-

nistene trener svært sjelden eller aldri, 56 prosent kvinner og 45 prosent menn.

Mye fysisk aktivitet faller utenfor det som omtales som trening og mosjon, f.eks. det å gå kortere spaserturer eller turer i skog og mark. Levekårsundersøkelsen 1997 viser at ni av ti har vært på fottur i skog og mark og mer enn tre av fire har vært på spasertur siste år. Fotturer omfatter både kortere turer på under tre timer, lengre dagsturer og flerdagsturer. I gjennomsnitt går nordmenn 42 fotturer og 31 spaserturer i løpet av et år. I gruppen 25-66 år har i overkant av 80 prosent vært aktive på denne måten. Blant de eldre (66-79 år) hadde 56 prosent vært på tur. I denne aldersgruppen er menn mer aktive enn kvinner. Siden 1973 ser det ut til at det har vært en nedgang i andelen som går fotturer/skiturer i skogen og i antall turer, særlig blant unge, men også i aldersgruppene opp til midten av 60-årene (Vaage 1999).

2.3. Konsekvenser av sykdom

Færre eldre med bevegelsesproblemer

Det er vanskelig å gi tall for hvor stor del av befolkningen som er funksjonshemmet. Anslaget for antall "funksjonshemmede" vil variere etter hvor strenge kriterier som legges til grunn for definisjonen. Når funksjonsevne blir

2.5. Bevegelsesevne

I 1985 ble bevegelsesevne målt ved om man er i stand til å gå en trapp opp eller ned uten å hvile, eller om man er i stand til å gå en fem minutters tur. Spørsmålene ble stilt til personer med varig sykdom, skade eller funksjonshemming. Opplysningene ble samlet inn ved personlig intervju.

I 1998 er bevegelsesevne målt ved om man er i stand til å gå en trapp opp eller ned uten å hvile eller om man er i stand til å gå en to km lang tur. Spørsmålene er stilt til alle uavhengig av sykdom. Opplysningene er samlet inn ved postalt spørreskjema som var en oppfølging av et person- eller telefonintervju. Målet er basert på formuleringer som inngår i SF-36, en spørresekvens som har til hensikt å kartlegge helse og livskvalitet i befolkningen. Sekvensen er utformet for å måle en nå-tilstand, og kortvarige vansker blir dermed også registrert.

avgrenset som "fysisk" funksjonshemming, nedsatt bevegelsesevne, syn eller hørsel, hadde nærmere 11 prosent av befolkningen i alderen 16-79 år nedsatt funksjonsevne i 1998 (13 prosent i 1985).

Bevegelsesevnen i eldrebefolkningen er bedret i perioden fra 1985 til 1998. Andelen 67-79-åringene med nedsatt bevegelsesevne (problemer med å gå i trapper eller gå en tur av noe varighet) ble redusert fra 33 prosent i 1985 til 26 prosent i 1998. Flere kvinner enn menn hadde nedsatt bevegelsesevne. Om lag halvparten av eldre (80 år og over) er funksjonshemmet i denne betydningen, langt flere kvinner enn menn (se figur 2.2).

Sykdom som årsak til redusert hverdagsmestring

Sykdom eller funksjonshemming er årsak til ulike praktiske og sosiale problemer for mange. Om lag 13 prosent i alderen 16-79 år hadde i 1998 vansker med én eller flere aktiviteter på grunn av helse-

problemer (15 prosent i 1985): bevege seg rundt i egen bolig, benytte offentlig transport, delta i foreningsliv/fritidsaktiviteter eller med å få kontakt med andre mennesker. 6 prosent hadde svært store vansker med en eller flere av disse aktivitetene.

Problemene tiltar med økende alder. En av ti pensjonister (67-79 år) hadde store problemer med å benytte seg av offentlige transportmidler eller bevege seg ut av boligen på egen hånd på grunn av sykdom eller funksjonshemming. Det har vært liten endring siden 1985. Noe færre kvinner (45-66 år) hadde i 1998 problemer med å bevege seg ut av boligen eller benytte offentlig transport, sammenlignet med 1985.

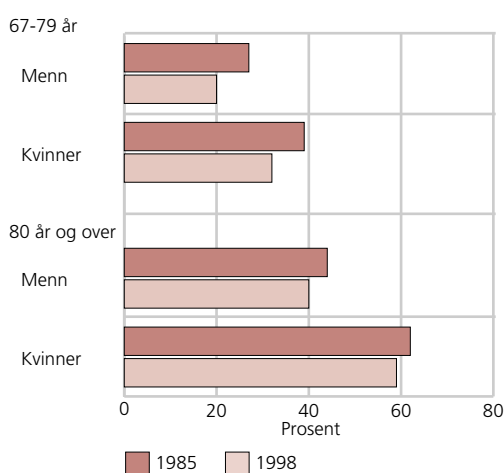
Eldre kvinner mer hjelpetrengende enn menn

Omfanget av funksjonsnedsettelse eller sykdom, som fører til behov for hjelp i hverdagen, antyder noe om etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester i hjemmet. Om lag en tredel av eldrebefolkningen, snaut én av fire i alderen 67-79 år og nærmere halvparten av "eldste eldre" (80 år og over), trengte daglig hjelp på grunn av varig sykdom eller funksjonshemming i 1998. Flere kvinner enn menn hadde behov for hjelp til vask av hus, samt nødvendige innkjøp.

Det er færre hjemmeboende eldre som opplever at de har behov for hjelp i hverdagen sett i forhold til nivået i 1985. Av eldre som allerede har omsorgshjelp sier en av åtte at de har behov for mer hjelp.

Til tross for mindre variasjoner i tallene ser pleiebehovet i eldrebefolkningen ut til å ha vært tilnærmet konstant i perioden 1985-1998. Blant eldre (67 år og over) utenfor institusjon hadde 6 prosent vansker med å kle av/på seg selv eller med å

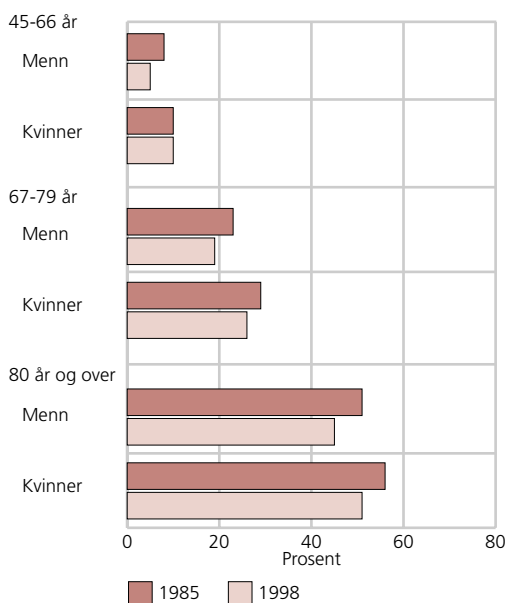
Figur 2.2. Andel kvinner og menn med bevegelsesvansker¹ i ulike aldersgrupper. 1985 og 1998. Prosent



¹ Se ramme 2.5.

Kilde: Helseundersøkelsen 1985 og Levekårsundersøkelsen om helse 1998, Statistisk sentralbyrå.

Figur 2.3. **Andel hjelpetrequende menn og kvinner i ulike aldersgrupper 1985 og 1998. Prosent**



Kilde: Helseundersøkelsen 1985 og Levekårsundersøkelsen om helse 1998, Statistisk sentralbyrå.

ivareta personlig hygiene i 1998. Generelt har flere eldre kvinner enn menn behov for pleie. Behovet må ses på bakgrunn av at flere eldre kvinner bor alene.

80-åringene får mer omsorgshjelp i eget hjem

Tall fra henholdsvis helseundersøkelsen i 1985 og levekårsundersøkelsen om helse i 1998 viser at flere av de aller eldste får ulønnet hjelp fra naboer, slekt og venner ved sykdom på regelmessig basis. I 1998 mottok én av fire 80 år og over hjelp, mens 14 prosent mottok slik uformell hjelp i 1985. Samtidig har det vært en økning i andelen som har mottatt tjenester fra hjemmehjelp i perioden. En andel på 41 prosent av de eldste mottok hjemmehjelpstjenester, og 12 prosent mottok hjemmesykepleie i 1998. Dette er

en økning på 16 prosentenheter for hjemmehjelpstjenester siden 1985. Pleie- og omsorgsstatistikken viser at de fleste mottakere av hjemmetjenester er over 80 år, og at langt de fleste av disse er kvinner (se for øvrig kapitlet om omsorg).

2.4. Helsetjenester

Mer til helse

Offentlige utgifter til helseformål har økt jevnt siden 1980. De utgjorde i 1996 vel 6 prosent av brutto nasjonalprodukt. Utgiftene regnet i 1996-kroner økte fra 9 300 per innbygger i 1980 til 14 200 kroner i 1996. Utgiftene økte gjennom det meste av perioden.

Statistikken over helsetjenester belyser først og fremst ressursinnsatsen og aktivitetene i helsetjenesten. Antall årsverk har økt betydelig, både innenfor kommune- og fylkeshelsetjenesten. Antallet sengeplasser er redusert, samtidig som antallet polikliniske konsultasjoner har økt, både i somatiske og psykiatriske helseinstitusjoner. Ressursinnsatsen i kommunal sektor har økt betydelig. Særlig er de forebyggende tjenestene (skole- og helsestasjons-tjenestene) rustet opp.

Strukturendringer i sykehussektoren

Antallet sykehus på offentlige helseplaner ble redusert med 20 prosent fra 1980 til 1998. Flere lokalsykehus er nedlagt eller innlemmet i større sentraliserte sykehusenheter (region- og sentralsykehus), og enkelte avdelinger er slått sammen til større enheter. Kompetanse og spesialisering på særlige medisinske problemstillinger blir i økende grad samlet på sykehus sentralt i regionene.

Somatiske sykehus: sterk økning i årsverk ...

Antallet årsverk ved somatiske sykehus økte med 36 prosent fra 1980 til 1998. I samme periode økte antallet lege-, sykepleier- og fysioterapeutårsverk med henholdsvis 83, 78 og 40 prosent. Antallet hjelpepleierårsverk ble imidlertid redusert med 31 prosent.

Antallet legeårsverk i somatiske sykehus økte fra snaut 9 årsverk per 10 000 innbyggere i 1980 til snaut 15 årsverk i 1998. Veksten var særlig stor på 1990-tallet (knappt 11 årsverk per 10 000 innbyggere i 1990). Også antallet sykepleierårsverk i sykehusene har økt, fra nær 28 til vel 45 årsverk per 10 000 innbyggere fra 1980 til 1998.

I tillegg til private sykehus som inngår i fylkenes helsetilbud, kom det på 1980-tallet et kommersielt sykehustilbud i det sentrale østlandsområdet. Det er nå fem

små private sykehus som gir tilbud om behandling mot betaling. Ved utgangen av 1998 hadde det kommersielle tilbudet 0,40 prosent av sengekapasiteten og 0,75 prosent av legeårsverkene, samt 0,66 prosent av sykepleierårsverkene i sykehusene.

... svakere økning i antall behandlede pasienter ...

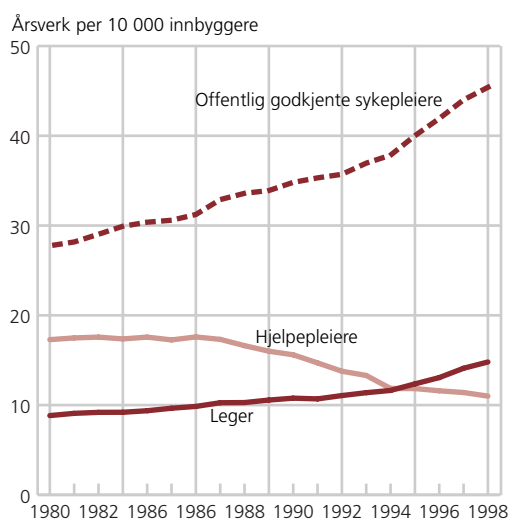
Flere behandles på sykehus enn før, men liggetiden er kortet ned. Sengekapasiteten er redusert fra vel 21 000 plasser til vel 14 000 i perioden 1980 til 1998. Stadig færre sykehussenger utnyttes med andre ord til flere behandlinger. Dette gir seg utslag i at gjennomsnittlig liggetid per sykehusopphold har gått jevnt nedover fra 7,5 dager i 1989 til 6,2 dager i 1998. Antall sykehusopphold har økt jevnt på nittitallet.

I 1998 ble 682 000 heldøgns pasienter utskrevet fra somatiske sykehus. Det var en økning på 11 prosent fra 1990. Antallet sykehusopphold økte fra 1997 til 1998 med 3 prosent, og har de siste fem årene steget med nesten 10 prosent (Rønningen 1999). Antallet sykehusopphold har ligget på 142-145 per 1 000 innbyggere i hele perioden 1989-1994. Fra 1995 økte antallet opphold årlig til snaut 154 per 1 000 innbyggere i 1998. Forbruket av sykehustjenester er altså økende, særlig blant eldre. Eldre (70 år og over) stod for over 30 prosent av sykehusoppholdene og vel 40 prosent av liggedagene i 1998.

... og den polikliniske aktiviteten øker

Nye behandlingsmetoder gjør at flere medisinske inngrep gjøres poliklinisk. Den polikliniske aktiviteten var i 1998 på 3,3 millioner konsultasjoner. Per 1 000 innbyggere ble det utført 610 konsultasjoner i 1989, mens dette var økt med 23 prosent til 749 i 1998.

Figur 2.4. Antall årsverk av leger, sykepleiere og hjelpepleiere i somatiske sykehus per 10 000 innbyggere. 1980-1998



Kilde: Statistikk for fylkeshelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

2.6. Begrepsdefinisjoner

Heldøgns plass: overnatting ved institusjonen inngår i oppholdet

Oppholdsdøgn: Antall hele døgn eller liggedøgn (kun heldøgns pasienter)

Utskrivninger: Avslutning av døgn- og dagopphold i sengeavdeling eller dagavdeling.

Hjerte- og karsykdommer – årsak til flest sykehusopphold

Ved hvert sykehusopphold i somatiske sykehus registreres heldøgns pasienter med en hoveddiagnose som årsak til oppholdet. Den vanligste årsaken til at vi ligger på sykehus er hjerte- og karsykdommer. Over 15 prosent av oppholdene sett under ett skyldes sykdom knyttet til hjerte- og karsykdommer. Kreftsykdom og noen godartede svulster er den nest hyppigste årsaken til sykehusopphold med nesten 12 prosent av oppholdene. Snaut 11 prosent av oppholdene skyldes skader og forgiftninger, mens 8 prosent skyldes sykdom i lunger og luftveier.

Om lag hvert tiende opphold skyldes fødsler, samt komplikasjoner og sykdommer under svangerskap og i barselseng. Dette er også hovedårsaken til at kvinner har langt flere sykehusopphold enn menn. I 1998 hadde kvinner 380 000 opphold mens menn hadde 302 000.

Hjerte- og karsykdommer er årsak til mer enn hvert fjerde sykehusopphold blant eldre 70 år og over, og svulster til hvert syvende. Over tid har det vært en nedgang i andel opphold som skyldes hjerteinfarkt, mens opphold som skyldes hjerneslag er økende både for kvinner og menn.

Psykiatriske institusjoner: svak vekst i ressursinnsatsen

Antallet heldøgns plasser i psykiatriske institusjoner har gått markert ned. Likevel har antall årsverk økt jevnt. Ved utgangen

av 1997 var det ansatt personell tilsvarende 3,5 årsverk per 1 000 innbyggere, en økning fra 3,0 årsverk i 1980.

Fortsatt nedbygging av heldøgns plasser

Tradisjonelle døgntilbud innenfor psykiatrien blir i økende grad erstattet med poliklinisk og annen dagvirksomhet. Gjennom 1980- og 1990-årene er antallet heldøgns plasser i psykiatriske institusjoner kraftig redusert. Antallet oppholdsdøgn i psykiatriske institusjoner har gått ned fra 971 døgn per 1 000 innbyggere i 1980, til 614 i 1990 og 468 døgn i 1997. Dette skyldes færre tilgjengelige heldøgns plasser og kortere oppholdstid. Gjennomsnittlig oppholdstid er redusert med nærmere to tredeler (64 prosent) i perioden 1980-1997, fra 191 døgn i 1980 til 69 døgn i 1997. Samtidig har antallet utskrivninger fra psykiatriske institusjoner økt. På begynnelsen av 1980-tallet gikk antallet utskrivninger etter døgnopphold ned, men fra 1987 har det vært en klar økning, fra 4,2 per 1 000 innbyggere til 6,6 i 1997, en økning på nærmere 60 prosent.

Psykiatri – flere unge enn eldre behandles poliklinisk

Polikliniske konsultasjoner blir stadig vanligere som behandlingsform innen psykiatrien. Slike konsultasjoner ble første gang registrert i 1990. Da ble det gjennomført 92 polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbyggere, mens det i 1997 ble gjennomført 131 konsultasjoner per 1 000 innbyggere. Aldersfordelingen på pasienter ved psykiatriske institusjoner har endret seg lite over tid. De fleste pasientene er under 40 år. Aldersgruppen 25-39 år stod for 38 prosent av døgnoppholdene i 1996. Også ved poliklinikkene er det en forholdsvis ung pasientpopulasjon (Halsteinli 1997).

Flere innleggelser for tvungen observasjon

I 1980 ble 34 prosent av innleggelsene av heldøgns pasienter i psykiatriske sykehus, psykiatriske klinikker og psykiatriske avdelinger ved somatiske sykehus hjemlet i en tvangsparagraf (paragraf 3 eller 5). Paragraf 3 gir grunnlag for tvungen innleggelse for observasjon i inntil 3 uker, mens paragraf 5 medfører tvungen innleggelse uten tidsbegrensning. På 1990-tallet har andelen innleggelser hjemlet i disse paragrafene vært stigende, fra 34 prosent i 1990 til 38 prosent i 1995 og 42 prosent i 1997 (Vold, under utgivelse). Det har vært en tendens til økt anvendelse av paragraf 3 istedenfor paragraf 5 i perioden.

Det er store geografiske forskjeller med hensyn til tvangsinnleggelser. Dette henger blant annet sammen med ulik tilgjengelighet til institusjonsplass. Kortere gjennomsnittlig oppholdstid i institusjonene gir flere reinnleggelser av pasienter.

Flere leger og fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten

Antall årsverk utført av leger, fysioterapeuter, helsesøstre og jordmødre i kommunehelsetjenesten har økt i perioden 1987 til 1998. Det gjelder både *antall* årsverk og årsverk *per innbygger*. I samme periode har kommuneforvaltningen fått nye oppgaver og pasientgrupper å forholde seg til, blant annet psykisk utviklingshemmede som tidligere bodde i institusjon (se kapittel 3.3).

Økende privatisering av legetjenesten

Det mest vanlige er at leger og fysioterapeuter er privatpraktiserende, men inngår en avtale om driftstilskudd med kommunen eller bydelen (67 prosent av årsverk utført av leger og fysioterapeuter i 1998). Det har blitt et større innslag av private

leger i kommunene de siste årene. Såkalte fastlønnsordninger er også relativt vanlige (20 prosent for leger og 28 prosent for fysioterapeuter i 1998). Antallet årsverk av fastlønte leger økte først i perioden, siden stagnerte det, og etter 1993 gikk det klart tilbake. For fysioterapeutene er bildet annerledes. Her er det de fastlønte fysioterapeutene som har stått for en stor del av den samlede veksten i utførte årsverk.

Etter 1. juli 1998 utbetales det ikke lenger trygderefusjoner til helsepersonell som ikke har driftsavtale med kommune eller fylkeskommune. Før fastlegeordningen iverksettes er allmennpraktiserende leger unntatt fra disse endringene. I tillegg er det innført øremerkede tilskudd til kommuner/fylkeskommuner som inngår avtale om driftstilskudd med helsepersonell som hittil har hatt privat praksis uten slik avtale. Til sammen har dette ført til nedgang i antallet årsverk av fysioterapeuter uten avtale. De fleste av disse har trolig gått over til praksis med avtale om driftstilskudd.

Mindre geografiske forskjeller i kommunehelsetjenesten

Veksten i personellressurser har i perioden vært relativt jevnt fordelt på sentrale og mindre sentrale kommuner. Dekningsgraden (det vil si årsverk i forhold til folketall) har økt noe mer i de minst sentrale kommunene i perioden sett under ett.

De små og minst sentrale kommunene har de største personellressursene målt i forhold til innbyggertallet. Dekningsgraden for både lege- og sykepleiertjenester er best i disse kommunene. For fysioterapeutitjenesten gjelder derimot ikke dette. Det er flest fysioterapeuter i sentrale strøk. Foreløpig er det for tidlig å si hvilken effekt de endrede reglene for

Tabell 2.6. **Fastlegetilknytning¹ for kronisk syke, etter bostedets sentralitet og organisering av allmennlegetjenesten. 1995. Prosent**

	I alt	Har fast lege/ bedriftslege	Har fast legesenter	Har verken fast lege/bedriftslege eller fast legesenter
Sentralitet				
Sentralitetsnivå				
Minst sentrale kommuner	100	43	54	3
Mindre sentrale kommuner	100	55	40	5
Sentrale kommuner	100	86	12	2
Mest sentrale kommuner	100	76	20	4
Organisatoriske forhold				
Andel turnuskandidater i kommunehelsetjenesten				
Kommuner uten turnuskandidater	100	78	19	3
1-19 prosent turnuskandidater	100	76	19	5
Over 20 prosent turnuskandidater	100	32	65	3
Andel fastlønte leger i kommunehelsetjenesten				
0-23 prosent med fast lønn	100	78	19	3
24-66 prosent med fast lønn	100	73	23	4
67-100 prosent med fast lønn	100	49	50	2

¹ Som kronisk syke regnes personer som har hatt minst ett sykebesøk på grunn av egen sykdom siste år, har en sykdom eller lidelse av mer varig natur og som lider av astma, diabetes, epilepsi, hjertesykdom eller høyt blodtrykk.

Kilde: Helseundersøkelsen 1995, Statistisk sentralbyrå.

trygderefusjoner vil få for tilbudet av fysioterapi i mindre sentrale deler av landet.

Analysen av kommunale ulikheter i dekningsgrad viser at forskjellene mellom kommunene i betydelig grad faller bort når det tas hensyn til at behovene varierer mellom kommunene (Finnvold 1994, Finnvold og Nordhagen 1996). Unntaket er fysioterapitjenesten, der variasjoner i ressursinnsats er større enn ulikheter i behov mellom kommunene.

Det er betydelige forskjeller mellom kommunene i organiseringen av legetjenesten. I små og usentrale kommuner er det mest vanlig med fastlønte leger og turnuskandidater. I sentrale strøk utgjør turnuskandidatene en ubetydelig del av

lege- og fysioterapitilbudet, mens andelen turnuskandidater kan utgjøre over 20 prosent i enkelte distriktskommuner. Befolkningen i kommuner med mange turnuskandidater og fastlønsleger har i mindre grad enn andre muligheter til å få en fast legekontakt (Finnvold 1997). Dette har konsekvenser også for kvaliteten på helsetilbudet som gis (Finnvold 1995).

De fleste er tilfreds med helse-tjenesten

Legedekningen i en kommune sier noe om innsatsen av ressurser, men ikke om tilgjengeligheten til legetjenester. Tilgjengelighet målt ved hvor lenge man måtte vente for å få legetime viste at 23 prosent måtte vente i 0-2 dager, mens 47 prosent måtte vente i 7 dager eller mer for å få

time hos legen (Finnvold 1998). En undersøkelse blant småbarnsmødre om deres erfaringer i 1994, viser at langt de fleste er fornøyd med tilbudet av helsetjenester. To av tre var fornøyd med helse-tjenesten i hjemkommunen, 32 prosent var middels fornøyd, mens 5 prosent var misfornøyd (ibid).

Litteratur

Barstad, Anders (1999): På vei mot det gode samfunn? Notater 99/23. Statistisk sentralbyrå, 1999.

Blom, Svein, Jorun Ramm, (1998): Ikke-vestlige innvandreres helse: Ikke flere syke, men når de først blir syke....., *Samfunnsspeilet* 1998, 3, Statistisk sentralbyrå, 6-15.

Borgan, Jens-Kristian (1997): Trafikkulykker alvorligst i lengden, *Samfunnsspeilet* 1997, 2, Statistisk sentralbyrå, 42-47.

Council of Europe (1999): Recent demographic developments in Europe 1999, Strasbourg, Council of Europe Press.

Finnvold, Jon Erik (1994): Forebyggende helsearbeid - til de som trenger det mest? *Samfunnsspeilet* 1994, 2, Statistisk sentralbyrå, 40-46.

Finnvold, Jon Erik (1995): Småbarnsfamiliers erfaringer med legetjenesten: Når barna er syke, *Samfunnsspeilet* 1995, 4, Statistisk sentralbyrå, 13-18.

Finnvold, Jon Erik og Rannveig Nordhagen (1996): Helseulikhet i barns første leveår, *Samfunnsspeilet* 1996, 2, Statistisk sentralbyrå, 17-24.

Finnvold, Jon Erik (1997): Brukere av kommunale hjemmetjenester: Får hjelp,

savner sosial kontakt, *Samfunnsspeilet* 1997, 2, Statistisk sentralbyrå, 59-68.

Finnvold, Jon Erik (1998): Kan misfornøyd pasienter gi oss bedre helsetjenester. *Samfunnsspeilet* 1998, 3, Statistisk sentralbyrå, 16-27.

Gjertsen, Finn (1995): Forskjeller i selvmordshyppighet i befolkningen, *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 1, 1995

Hytten, Karsten, Lars Mehlum og Finn Gjertsen (1995): *Rom for unge liv. Selvmord hos barn og ungdom*, Universitetet i Oslo, 1995.

Lohiniva, Reidun Johanne (1999): "Nordic Alcohol Statistics 1993-1997" i *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidsskrift*, NAT, vol. 16, 1999.

NOU (1998:18): *Det er bruk for alle*, Sosial- og helsedepartementet, Oslo: Statens forvaltningstjeneste

NOU (1999:13): *Kvinnens helse i Norge*, Sosial- og helsedepartementet, Oslo: Statens forvaltningstjeneste.

Rikstrygdeverket (1999): *Trygdestatistisk årbok 1999*, Trygdeetaten

Rønningen, Lars (red.) (1999): *Samdata sykehus: Sammenligningsdata for somatisk fylkeshelsetjeneste 1998*, 4, SINTEF Uni-med NIS Helsetjenesteforskning, Trondheim.

Skovenborg, E., A. Hagen, R. Strand (1997): Alkohol som middel mot koronar hjertesykdom - fleip eller faktum? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 1997; 117: 708-12.

Sosial- og helsedepartementet (1999):
*Folkehelse rapporten: Redegjørelse om
folkehelsen*, Oslo

St.meld. nr. 37 (1992-93): *Utfordringer i
helsefremmende og forebyggende arbeid*.
Sosial- og helsedepartementet

St.meld. nr. 50 (1998-99): *Utjammings-
meldinga: Om fordeling av inntekt og
levkår i Norge*, Sosial- og helsedeparte-
mentet

Vold, Borgny (under utgivelse): Arbeids-
tittel: *Tvangsinnleggelse i psykiatriske
institusjoner*, Vil bli publisert i *Samfunns-
speilet* 2/2000.

Vaage, Odd Frank (1999): *Trening og
mosjon: Kvinner og menn like aktive*,
Samfunnsspeilet, 1999, 3, Statistisk
sentralbyrå, 42-51.

WHO (Verdens helseorganisasjon)
(1999): *Health 21. Health for all in the
21st century*, København: WHO regional
office for Europe, 1998.