

II Helse og sykdom

Et stadig tilbakevendende spørsmål er hva som omfattes av begrepet helse. I vestlige land har god helse tradisjonelt vært definert som fravær av sykdom. Men dette er bare én av flere dimensjoner i oppfatningen av helse. Å ha god helse forbinder vi gjerne med å ha god fysikk og mental styrke. Styrke skal også til for å mestre tilværelsen med eller uten sykdom. I tillegg er trivsel og positiv livsholdning viktige ingredienser i oppfatningen av egen helse.

Gunstig utvikling innenfor flere av indikatorene på helsetilstand ...

Det har vært en positiv utvikling i nordmenns helse når den ses i forhold til redusert dødelighet og økt levealder i befolkningen. Dødeligheten i Norge har gått ned siden midten av 1970-tallet for alle aldersgrupper. Spedbarnsdødeligheten er redusert, spesielt i de senere årene. Dette har medført en økning i forventet levealder for begge kjønn, men kvinner lever fremdeles lenger enn menn. En nyfødt gutt hadde i 1998 en forventet levealder på 75,5 år, mens forventet levealder for en nyfødt jente var 81 år.

... men, utviklingen har også usunne trekk

Til tross for en generell velstandsøkning og høy materiell standard, er det trekk ved samfunnsutviklingen som har en

mindre gunstig virkning for helsen. Vi ser at omfanget av belastningslidelser og psykososiale problemer øker. En del av økningen har imidlertid sammenheng med større aksept for og økt synliggjøring av det å ha følelsesmessige eller stressbetingede vansker. Samtidig øker risikoen for livsstilsrelaterte sykdommer. Enkelte former for kreft, lungelidelser, allergier, diabetes mv. er sykdommer i vekst. Høyere levealder gir også økt forekomst av sykdommer som skyldes alderssvækkelse og slitasje, blant annet beinskjørhet, demens, svekket syn og hørsel mv.

Elin Skretting Lunde

2 God helse – langt mer enn fravær av sykdom



Dette kapitlet skal belyse hvilke faktorer som spiller inn når vi definerer vår egen helsetilstand. Årsakssammenhengen mellom hvem som opplever helsen som god og hvem som opplever helsen som dårlig er komplisert. Det er først når vi blir syke at vi oppdager hva det vil si å være frisk, men sykdom eller funksjonshemming er ikke ensbetydende med dårlig helse. Dette fordi helsebegrepet går utover det å være syk. Helse kan betraktes fra en subjektiv eller en mer "objektiv" vinkel. Mens legestanden er opptatt av sykdom og diagnosesetting, er mannen i gata gjerne mer opptatt av hva han kan mestre i hverdagslivet.

2.1 Hva er helse?

Oppfatningen av helse og sykdom er kulturelt betinget. Fjerne kulturer betrakter gjerne sykdom som utslag av uhell eller som skjebnebestemt (Ingstad 1997, Giddens 1994). I vår del av verden har det vært vanlig å definere helse som fravær av sykdom. Helse er et sammensatt fenomen som kan defineres og avgrensnes på ulike måter. Peter F. Hjort har valgt å definere helse som *evnen til å mestre og tilpasse seg livets mange vanskeligheter*" (Hjort 1995). Denne definisjonen er basert på hans arbeid blant eldre i samfunnet, hvor mange som på tross av fysiske plager likevel har opplevd helsa som god. En studie fra England viser at fravær av sykdom bare var en av flere dimensjoner i oppfatningen av hva god helse er. Andre viktige dimensjoner var styrke og det å være i form" (referert i Ingstad 1997). Norsk medisinsk ordbok (1996) beskriver god helse som: *".. kroppslig og sjelelig velvære og god tilpassing til samfunnet"*. Også WHO's definisjon

av helse er basert på velvære: *"en tilstand av total fysisk, psykisk og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller svakheter"*.

I sin analyse av det gode liv finner Barstad (1999) at mange nordmenn, og spesielt eldre, ønsker seg bedre helse. Når intervjupersonene i undersøkelsen ble bedt om å oppgi hva de anså som viktigst for å få et bedre liv¹, var det fritid, økonomi og helse som ble vektlagt av flest personer. De fleste som nevnte helse, anså det som viktigst. Det er ikke så rart, når man vet at dårlig helse ofte har store konsekvenser i hverdagslivet til den det gjelder (Barstad 1999).

Hva sier vi selv om helsen vår?

Ifølge Statistisk sentralbyrås helseundersøkelser har de aller fleste en *positiv* innstilling til helsen sin, uavhengig av eventuelle lidelser og syketilfeller. Det er ingen sterk sammenheng mellom hvordan folk vurderer egen helse generelt, og

om de har en eller flere lidelser eller funksjonshemninger (Ramm 1997). I 1998 oppgav seks av ti at de led av en eller flere varige lidelser, likevel vurderte åtte av ti egen helse som god. Slik sett vil helsebegrepet som "fravær av sykdom", ikke passe særlig godt for dem som lever med kroniske lidelser og som likevel opplever helsen som god. Samtidig må vi være klar over at sykdommens *alvorlighetsgrad* vil påvirke denne vurderingen. Helse er blant annet trivsel, det å "ha det godt". Det er dermed mulig å oppleve helsen som god på tross av sykdom. I Stortingsmelding nr 34 (1997), som omhandler funksjonshemmede, står det presisert: "*Funksjonshemmede kan være syke som alle andre, men opplever seg vanligvis ikke som syke hele tiden, og kan ha god helse*". Det er opp til enhver å avgjøre om ens egen helse oppleves som god eller dårlig.

Selv om egenvurdert helse er et folkelig og subjektivt mål på helse, viser det seg å kunne gi en god indikasjon på dødelighet. I en studie fra California viser svarene på spørsmålet "*Hvordan er helsen din?*" at dødeligheten var høyere (ni år etter) i den gruppen som oppgav at helsen var dårlig, enn i den gruppen som oppgav at helsen var god, også når det ble kontrollert for objektiv sykdom, kjønn og alder (Kapland og Comaco 1983). Hvordan kan et slikt funn forklares? Forskerne gir to ulike forklaringer på fenomenet. Den ene går ut på at folk har et slags innebygd "helsekompass", som med stor sikkerhet forteller dem om helsen og leveutsiktene. Den andre tolkningen er at egenskaper som livslyst, optimisme, mestring o.l. faktisk reduserer dødeligheten.

Helseundersøkelsene gir et godt mål på sykdomsforekomsten i befolkningen. Men som nevnt er det ikke antall syketilfeller

som avgjør hvordan man oppfatter egen helse. Trivsel i hverdagen, sosialt nettverk og positiv holdning til livet vil også virke inn på hvordan egen helse vurderes, noe vi vil komme tilbake til i løpet av kapitlet. Ofte vil man sammenligne seg med andre i samme situasjon. Slik sett gir egenvurdert helse et kanskje bedre mål på befolkningens helsetilstand enn det antall syketilfeller gir.

2.2 Få oppgir dårlig helse

Alle deltakerne i helseundersøkelsene i 1985, 1995 og 1998 ble spurt om hvordan de vurderte sin egen helse sånn i alminnelighet². På tross av at mange lever med en eller flere sykdommer eller plager i hverdagen, oppfatter de aller fleste egen helse som god. I den voksne befolkningen var det 80 prosent som opplevde egen helse som god eller meget god på slutten av 1990-tallet. Bare en mindre andel, 7 prosent, oppgav dårlig eller meget dårlig helse. Som tabell 2.1 viser, er dette et svært stabilt helsemål. Helt siden 1985 har nesten åtte av ti opplevd egen helse som god. Dette går på tvers av det faktum at andelen som rapporterer om en eller flere kroniske

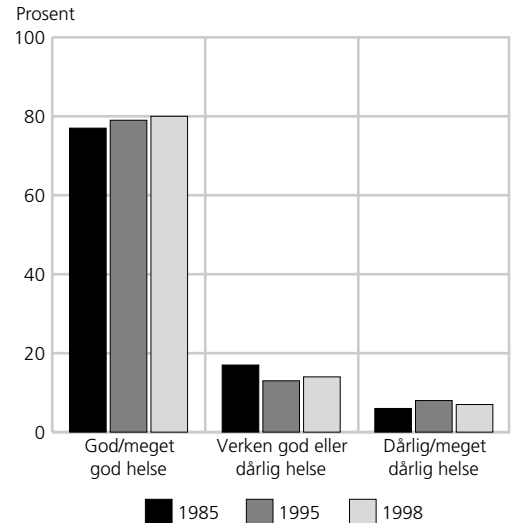
Boks 2.1

Helseundersøkelsene er utformet for å kunne gi en generell og bred oversikt over helseproblemer i den norske befolkningen. I undersøkelsene fokuseres det blant annet på varig sykdom, plager og funksjonshemninger. Intervjuobjektene har muligheten til å rapportere opptil ti sykdommer eller syketilfeller av mer varig art. Dette spørsmålet blir fulgt opp med om *det er noen sykdom, skade eller lidelse du ennå ikke har fortalt om*. Også her er det ti svarmuligheter. Det blir i tillegg benyttet et diagnosekort hvor deltakerne blir spurt om de har noen av sykdommene på kortet. Deltakerne har dermed flere muligheter til å rapportere om eventuelle sykdommer, skader eller funksjonshemninger.

lidelser har økt i samme periode. Hvordan kan det forklares? En analyse av Friestad (1999)³ av personer som lider av astma, allergi eller eksem, viser at mange kronikere er positivt innstilt til egen helse. Noe av forklaringen på at kronisk syke hevder at de har god helse, ligger i at helse har flere dimensjoner enn dem som kan knyttes til konkret sykdom. Dessuten vil forskjellige personer vektlegge ulike sider ved helsen sin. Fylkesnes og Førde (1991) finner at 81 prosent av mennene og 80,6 prosent av kvinnene i Tromsø-undersøkelsen oppgir å ha god eller meget god helse. Dette stemmer godt overens med våre tall. Videre finner Fylkesnes og Førde at nakke- og skuldersmerter, liten arbeidsmengde, mestringsproblemer⁴ og spesielt reumatisk leddgikt henger sammen med dårlig selvopplevd helse, mens fritidsaktiviteter og stor arbeidsmengde virket positivt inn på helseopplevelsen. De mener en mulig forklaring ligger i vår individuelle oppfatning av fysiske prestasjoner og evnen til å føle at man strekker til.

Vurderer kvinner helsen sin som dårligere enn menn? Det er et interessant spørsmål når vi vet at det er flere kvinner enn menn som lider av varig sykdom. Ser vi på befolkningen samlet er kjønnsforskjellene små. I 1998 opplevde 81 prosent av mennene og 78 prosent av kvinnene helsen sin som god eller meget god. Forskjellen øker med alderen. I alders-

Figur 2.1 Egenvurdert helse i 1985-, 1995- og 1998-undersøkelsene. Prosent



Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

gruppen 67 til 79 år er de tilsvarende andelen 67 og 60 prosent. Lignende forskjeller finner vi i de to tidligere helseundersøkelsene. Det er ingen større forskjeller mellom menn og kvinner blant dem som opplever helsen som dårlig i noen av undersøkelsene.

Det er velkjent at helsen blir dårligere med alderen, og det gir seg utslag i hvordan folk vurderer egen helse. Mens ni av ti unge mellom 16 og 24 år oppgir god eller meget god helse, gjelder det

Tabell 2.1 Egenvurdert helse, etter kjønn. 1985, 1995 og 1998. Prosent

	1985			1995			1998		
	Alle	Menn	Kvinner	Alle	Menn	Kvinner	Alle	Menn	Kvinner
God/meget god helse	77	79	75	79	81	77	80	81	78
Verken god eller dårlig helse	17	15	18	13	12	14	14	13	15
Dårlig/meget dårlig helse	6	5	6	8	7	9	7	6	7
N	8 059	3 877	4 182	8 102	3 944	4 158	3 448	1 668	1 780

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

bare seks av ti eldre over 67 år. For de aller eldste er andelen som mener at helsen er dårlig 14 prosent, mens det blant de yngste er kun 1 prosent som oppgir dårlig helse (se vedleggstabell 2.1). Blant unge er det som forventet, men at så mange av de eldste opplever egen helse som god eller meget god kan virke overraskende, spesielt med tanke på at mange av dem lever med sykdom og ulike lidelser. En forklaring på dette kan være at forventningene til eget prestasjonsnivå synker med økende alder. Pensjonister forventer ikke en perfekt helse, og en eventuell manglende kapasitet til å gå langt eller løpe vil ikke oppfattes som like fatalt for en 70-åring som for en 17-åring. Lavere forventninger kan således medføre at flere eldre, alderen tatt i betraktning, opplever egen helse som god eller tilfredsstillende. En annen forklaring er at helseundersøkelsene fokuserer på den hjemmeboende befolkningen. Det betyr at alle som er fast bosatt på

sykehjem eller aldershjem, er utelatt fra undersøkelsen. Det er dermed de friskeste av de eldre som har blitt intervjuet.

"Heller frisk og rik, enn fattig og syk"

Helse er en levekårsindikator som påvirkes av livsstil og sosial status. Hvis vi benytter utdanning som et mål på sosial status, ser vi at det er en høyere andel med høy utdanning enn med lav utdanning som rapporterer om god helse (tabell 2.2). 63 prosent av alle som har utdanning på grunnskolenivå og 92 prosent av dem som har utdanning på høyere universitetsnivå (mer enn 4 år ved universitet eller høyskole) rapporterer om god helse. Blant de yngste er utdanningsforskjellene små, men de øker raskt med alderen. I aldersgruppen over 66 år, mener fortsatt åtte av ti med universitet eller høyskoleutdanning (inntil 4 år) at helsen er god, mens det gjelder bare halvparten av dem med grunnskoleutdanning.

Tabell 2.2 Andel personer i ulike aldersgrupper, etter utdanning og vurdering av egen helse. 1998.
Prosent

	Alle	16-24 år	25-44 år	45-66 år	67 år og over
Grunnskolen					
God/meget god helse	63	89	81	59	53
Verken god eller dårlig helse	24	10	16	27	28
Dårlig/ meget dårlig helse	13	1	3	14	19
Videregående skole					
God/meget god helse	83	92	86	80	69
Verken god eller dårlig helse	12	7	10	14	21
dårlig/ meget dårlig helse	5	1	4	6	10
Høyere utdanning I					
God/meget god helse	88	91	91	85	80
Verken god eller dårlig helse	8	9	6	12	7
Dårlig/meget dårlig helse	3	.	3	3	13
Høyere utdanning II					
God/meget god helse	92	.	97	89	75
Verken god eller dårlig helse	6	.	3	8	13
Dårlig/ meget dårlig helse	2	.	.	3	12
N	3 448	465	1 391	1 080	512

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

Det er velkjent at utdanningsnivå og helse henger sammen, men hvorfor gir utdanning slikt utslag på hvordan man vurderer egen helse? Høy utdanning henger som regel sammen med god jobb og inntekt. Slik sett gir det oss et bilde av helsen til de "bedrestilte" i samfunnet. Livsstilen er også ofte påvirket av utdanningsnivået. Studier viser at risikoen for å få hjerte- og karsykdommer øker når man har et kosthold som inneholder mye animalsk fett, mosjonerer sjelden og røyker regelmessig (NOU 1998:18). Det er en tendens til at høyt utdannede både spiser sunnere, røyker mindre og mosjonerer mer enn de med lavere utdanning (se for øvrig kapittel 5). En rekke sykdommer, slik som hjerte- og karsykdommer og kreft er såkalte "livsstilssykdommer". Også arbeidsmiljøet vil påvirke helsen vår. Det er bedre å jobbe på et kontor enn et sted hvor man for eksempel kan bli utsatt for helsefarlige kjemiske stoffer. Eget utdanningsnivå henger igjen sammen med sosial bakgrunn, slik at jo mer velstående bakgrunn folk har, jo mindre sannsynlig er det at vedkommende vil komme til å få en farlig sykdom (Giddens 1994). I Sverige har undersøkelser vist at dødsratene systematisk følger utdanningsnivået, for alle aldersgrupper og begge kjønn (St. meld. nr. 50 1999). Årsakene til sosiale forskjeller i helse er kompliserte. I NOUen "Det er bruk for alle" presiseres det at både arvelige faktorer og andre faktorer vil spille inn når det gjelder hvem som blir syke og hvem som ikke blir det, også blant dem som ellers har like levevaner (NOU 1998:18).

2.3 Folk flest er glade og tilfredse

Hvordan vi har det i hverdagen kan påvirke vår oppfattelse av helsen. Når en så pass stor del av befolkningen føler at helsen er god, ofte på tross av sykdom,

tyder det på at folk er fornøyde med sin tilværelse. Vi mestrer ulike sider ved livet, uavhengig av eventuelle fysiske eller psykiske plager. Mange som lever med kronisk sykdom er så vant til sykdommen/lidelsen at den ikke helt "teller med" når helsen skal vurderes. Det er snakk om en tilpasning til lavere ytelsesevne. Ofte kan god helse bety at man sjelden er forkjølet, eller at man klarer å gjøre de tingene man setter seg fore, slik som å gjennomføre en utdanning eller klare en jobb.

Hvordan har vi det egentlig, er vi så stresset at vi ikke klarer å holde humøret oppe, eller er vi tilfredse med situasjonen? I Helseundersøkelsen 1995⁵ ble det



De fleste opplever glede og tilfredshet i hverdagen, dette kan også gi en positiv opplevelse av egen helse.

stilt to spørsmål som skulle måle hvordan folk hadde hatt det i de siste to ukene før intervjuet. Første spørsmål som ble stilt tok opp hvor stor del av tiden man hadde følt seg opplagt og hatt overskudd. Her svarte en av fire mellom 16 og 79 år at de hadde følt seg opplagt og hatt overskudd *hele tiden* de siste to ukene. Nærmere halvparten hadde hatt overskudd og vært opplagte mesteparten av tiden. Det var bare 5 prosent som ikke på noe tidspunkt hadde kunnet påberope seg overskudd i løpet av 14-dagersperioden (tabell 2.3).

Andelen som oppgir at de har overskudd varierer noe med alder. Det var en større andel eldre enn unge som var opplagte og hadde overskudd hele tiden. En forklaring på dette kan være at de unge og voksne er i en mer stressende periode av livet enn middelaldrende og eldre. Likevel rapporterer ca. halvparten av de unge at de har følt seg opplagte og hatt overskudd *det meste av tiden*. Det samme gjør

voksne i alderen 25-44 år, dette på tross av at en økende del av den voksne befolkningen sliter med tidspress i forhold til arbeid og familie. Hochschild snakker om en tidsklemme, hvor stadig mer tid forsvinner ut av hjemmet og inn i arbeidslivet (Hochschild 1995). Kitterøds analyser av SSBs tidsnyttingsundersøkelser viser at vi faktisk har mer tid til fritidsaktiviteter på 1990-tallet enn på 1970-tallet. Ikke uventet finner hun at andelen som opplever mest tidspress og tidsmangel, er størst i de gruppene som har flest forpliktelser i arbeids- og familielivet (Kitterød 1999). Kanskje er det slik at fritidsaktivitetene er med på å forsterke opplevelsen av at vi har det travelt, samtidig som det må kunne anses som en form for positivt stress. Det faktum at vi klarer å fylle hverdagen med aktiviteter som engasjerer oss, kan være med på å forklare hvorfor 71 prosent av befolkningen har følt seg opplagt og hatt overskudd hele eller det meste av tiden.

Tabell 2.3 Andel personer som har vært opplagte/hatt overskudd i de to siste ukene, etter kjønn og alder. 1995. Prosent

	Alle	16-24 år	25-44 år	45-66 år	67-79 år
Alle					
Hele tiden	26	23	23	28	32
Det meste av tiden	45	51	49	42	32
Noe av tiden	24	24	24	24	24
Ikke på noe tidspunkt	5	2	3	6	11
Menn					
Hele tiden	31	27	29	31	40
Det meste av tiden	45	50	48	43	33
Noe av tiden	21	22	21	20	20
Ikke på noe tidspunkt	4	2	2	6	8
Kvinner					
Hele tiden	22	19	18	24	26
Det meste av tiden	45	51	50	41	32
Noe av tiden	28	28	27	28	28
Ikke på noe tidspunkt	6	2	4	7	14
N	7 327	1 297	2 822	2 381	827

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

Hva med alle dem som lever med sykdom? Analyser fra Helseundersøkelsen 1995 viser at 93 prosent av dem som oppgav varig sykdom, hadde vært opplagte minst noe av tiden. Av dem som ikke hadde følt seg opplagt det hele tatt i de to siste ukene, var det en større andel eldre enn yngre, 3 prosent i gruppen 16-24 år og 13 prosent i gruppen 67 til 79 år. Blant dem som lever uten varig sykdom, var det 1 prosent av de unge og 3 prosent av de eldre som ikke hadde vært opplagte i perioden. Dette tyder på at kronisk sykdom i liten grad påvirker følelsen av overskudd og opplagthet blant de unge, men at belastningen øker med alderen.

Det er flere menn enn kvinner som sier at de har følt seg opplagte hele eller mesteparten av tiden. Forskjellen øker med alderen, og er spesielt markert i gruppen 67 til 79 år hvor 73 prosent av mennene og 58 prosent av kvinnene hevder å hatt overskudd hele eller mesteparten av perioden. Det er vanskelig å forklare disse kjønnsforskjellene, men vi vet at kvinner er noe mer syke enn menn. Forskjellene blant de voksne (25-45 år) er nok preget av at dette er en alder hvor svært mange kvinner er "dobbeltarbeidende" med ansvar for barn og hjem i tillegg til jobb.

Folk med høy utdanning rapporterer om overskudd oftere enn de med lav utdanning. Blant dem som ikke på noe tidspunkt har vært opplagt eller hatt overskudd, er det 8 prosent med grunnskoleutdanning mot 1 prosent med høyere universitets- og høyskoleutdanning (nivå II). En mulig forklaring vil være at lavt utdannede ofte har mer slitsomme og rutinepregede jobber, som kan tære på eventuelt overskudd. Det er også flere med dårlig helse blant de lavt utdannede.

Denne forskjellen opprettholdes med stigende alder. Blant de eldre er det 12 prosent med lav utdanning mot 6 prosent med høy utdanning, som ikke har hatt overskudd i perioden.

Det andre spørsmålet som ble stilt, tok opp hvor stor del av tiden man hadde følt seg glad og tilfreds. Her svarte 85 prosent at de hadde følt seg glade og tilfredse hele eller mesteparten av tiden de siste to ukene. 14 prosent hadde vært glade noe av tiden, mens bare 1 prosent ikke hadde vært glade eller tilfredse i det hele tatt de siste to ukene. Dette tyder på at folk flest klarer å holde humøret oppe i en ofte travel hverdag. Det sier også noe om en positiv holdning til livet generelt.

Det er litt flere menn enn kvinner som har følt seg fornøyde hele tiden, mens omtrent like mange menn som kvinner har vært fornøyde det meste av tiden. Aldersmønsteret ligner det vi fant ovenfor. Det er noen flere eldre enn yngre som ikke har vært glade og tilfredse i perioden. Mens 55 prosent av de unge har vært glade og tilfredse mesteparten av tiden, gjelder det 43 prosent av de eldre.

Hellevik finner i sin analyse av data fra MMI, en sammenheng mellom lykkefølelse og helsetilstand. Det er langt flere blant dem som vurderer egen helse som god, som oppgir at de føler seg lykkelige, enn blant dem som opplever helsen som dårlig (Hellevik 1999). En slik sammenheng finner vi også i våre data om tilfredshet og overskudd. Blant dem som oppgir å ha vært glade og tilfredse hele tiden siste to uker, er det en tredjedel som oppgir god helse, mens 14 prosent oppgir dårlig helse. En av ti med dårlig helse oppgir at de ikke har vært glade i perioden. Dette mønsteret gjentar seg blant dem som rapporterer om overskudd

Tabell 2.4 Andel personer som har vært glade og tilfredse i de siste to ukene, etter egenvurdert helse. 1995. Prosent

	Alle	God/ meget god helse	Verken god eller dårlig helse	Dårlig/ meget dårlig helse
Glade og tilfredse				
Hele tiden	31	35	20	14
Det meste av tiden	53	56	50	34
Noe av tiden	14	10	27	41
Ikke på noe tidspunkt	1	0	3	10
N	7 326	6 003	853	470

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

hele tiden de siste 14 dagene. Her er det en tredjedel som oppgir god helse, og 2 prosent som oppgir dårlig helse. Hele 33 prosent av dem som føler at helsen er dårlig, har ikke på noe tidspunkt hatt overskudd eller følt seg opplagte. Dette tyder på nær sammenheng mellom velvære og helsetilstand.

Folk har generelt en positiv innstilling til egen helse. De fleste føler seg glade og tilfredse det meste av tiden, og mange har hatt overskudd og følt seg opplagte de siste 14 dagene. Sammenhengen mellom opplevelsen av egen helse og følelsen av glede eller overskudd kan være med på å forklare hvorfor en så stor del av befolkningen opplever helsen som tilfredsstillende. Vår oppfattelse av helsetilstanden avhenger ikke bare av sunnhet og sykdom, men også av overskudd i hverdagen og følelsen av glede og tilfredshet⁶.

2.4 Ensomme har dårligere helse enn andre

Som nevnt avhenger vurderingen av egen helsetilstand av en rekke ulike faktorer. Vi har sett at det er mange som lever med kroniske plager og sykdommer som

Tabell 2.5 Andel personer som er ensomme, etter egenvurdert helse. 1998. Prosent

	God/ meget god helse	Verken god eller dårlig helse	Dårlig/ meget dårlig helse
Ensom			
Ofte	44	30	25
Av og til	73	18	9
Sjelden	84	11	5
Aldri	82	12	6
N	2 791	442	210

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

allikevel vurderer egen helse som god. Opplevelsen av egen helse kan henge sammen med det sosiale nettverket man omgir seg med. Eventuell sykdom, plager eller handikap kan oppleves som tyngre hvis man har et dårlig sosialt nettverk.

På spørsmålet i 1998-undersøkelsen om man føler seg ensom, var det blant dem som oppgav at de ofte følte seg ensomme, nesten halvparten som mente at helsa var god, mens en av fire følte at helsa var dårlig. Hvis vi ser på de personene som svarte at de aldri følte seg ensomme, var det nesten ingen som sa at helsa var dårlig, mens vel åtte av ti hevdet at helsa var god. Nå vet vi ikke om personene som oppgir at de er ensomme, er ensomme på grunn av ulike sykdommer eller om ensomheten gjør dem mer utsatt for sykdom. Det kan også være at sykdom påvirker både relasjonene til andre og oppfattelsen av helsetilstanden.

Lignende resultater finner vi når det gjelder om man har venner i nærheten. Det er relativt sett flere av dem som har gode venner på stedet som oppgir at de har god eller meget god helse, enn det er blant dem som sier at de ikke har gode

venner på hjemstedet. Svake sosiale relasjoner ser altså ut til å bidra til en mer negativ vurdering av egen helse.

Sykdom trenger ikke være noe hinder for sosialt samvær

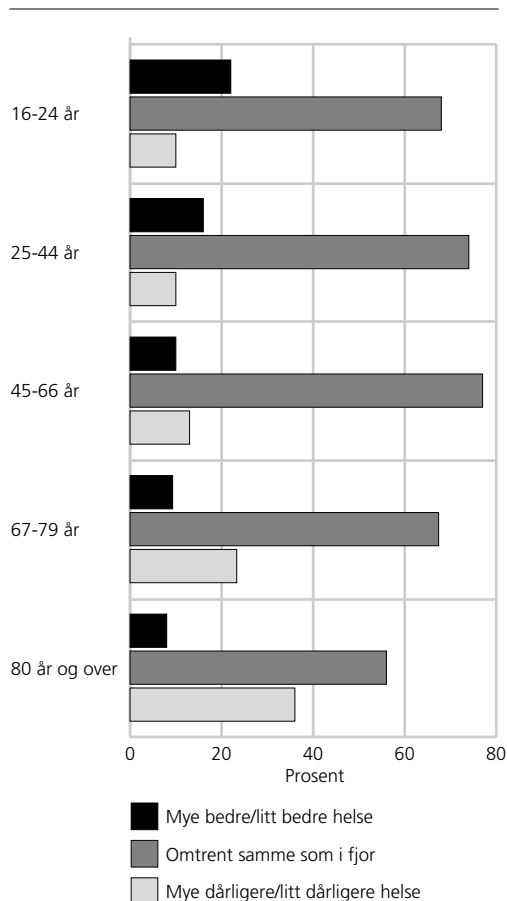
Selv om seks av ti rapporterer om varig sykdom eller lidelse, så betyr ikke det at en stor del av befolkningen har problemer med å pleie omgang med venner og familie. På spørsmålet: "I løpet av de siste fire ukene, i hvilken grad har din fysiske helse eller følelsesmessige problemer hatt innvirkning på din vanlige sosiale omgang med familie, venner, naboer eller foreninger?", svarer nær syv av ti at helsetilstanden ikke har hatt innvirkninger i det hele tatt på deres sosiale omgang med andre. (Gitt at man har noen å være sosial med.) Dette tyder på at sykdom ikke nødvendigvis medfører isolasjon.

Det er bare 4 prosent som føler at helsen er til hinder for kontakten med venner og familie, mens 10 prosent oppgir at helsen har en del innvirkning på denne kontakten. Flesteparten mener at helsen har liten eller ingen innvirkning på deres sosiale liv. Det er flere kvinner enn menn som føler at helsetilstanden utgjør en hindring. Sykdomsinnvirkning på sosialt samvær forandrer seg med alderen. De yngste opplever færrest konsekvenser av sykdom, mens de eldste opplever flest. Blant de over 80 år er det 15 prosent som føler at helsen er til stort hinder og 17 prosent som mener helsetilstanden er til noe hinder når det gjelder sosial omgang med andre mennesker. De eldre blir mer sårbare fordi de mangler fellesskapet i et arbeidsmiljø. Nedsatt bevegelighet eller nedsatt syn gjør det vanskeligere å dra på besøk til venner og familie.

2.5 Endringer i helsen siste år

Få mennesker har like god helse hele livet. De aller fleste opplever en svekkelse i helsetilstanden når de blir eldre. Men sykdom kan opptre når som helst i livet, og gjøre helsen dårligere for en kortere eller lengre periode. I helseundersøkelsene har vi ikke bare spurt folk om hvordan de synes helsen deres er sånn generelt. Vi har også spurt om folk opplever helsen sin som bedre eller dårligere enn i fjor. I 1998 var det 14 prosent som opplevde

Figur 2.2 Andel personer som mener helsen er bedre, omtrent den samme eller dårligere enn i fjor, etter alder. 1998. Prosent



Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

helsen som bedre enn året før, mens tre av fire følte at helsen var omtrent den samme. Bare 14 prosent mente den var blitt dårligere.

Det er flest unge som rapporterer om bedre helse, i aldersgruppen 16-24 år var det om lag to av ti som hadde fått bedret helsen sin, blant de voksne (25-44 år) var det 16 prosent som opplevde det samme. Blant de eldste eldre var det 8 prosent som følte at helsa hadde bedret seg siste året. Ikke uventet var det de eldre som opplevde den største forverringen i helsen; 23 prosent av eldre i alderen 67-79 år og 36 prosent av de eldste eldre (over 80 år) rapporterte om dårligere helse i forhold til året før.

Det er forholdsvis små forskjeller mellom kjønnene. Spørsmålet om endringer i helsen i forhold til året før ble stilt for første gang i 1995. I løpet av de tre årene mellom undersøkelsene var det en svak økning i andelen som følte seg friskere, mens andelen med dårligere helse har holdt seg forholdsvis stabil.

Dette behøver ikke å bety at helsen er varig endret. Ofte kan endringen være midlertidig. En langvarig sykdom man

slet med året før kan ha blitt overvunnet, eller kanskje man har opplevd en lengre tids sykemelding som påvirker hvordan man vurderer sin situasjon. I paneldelen⁷ av levekårsundersøkelsen fra 1998 finnes det spørsmål om hvordan man vurderer helsen sin generelt, om det var noen endringer i helsen i forhold til i fjor og om folk i så fall anså helsen som varig endret. Panelundersøkelsen bekrefter funn fra helseundersøkelsen i forhold til egenvurdert helse og endringer i helsen siste året. Det som er interessant er at av de som hadde opplevd en endring i helsestilstanden, mente en av tre at endringene var varige, mens flesteparten, syv av ti, mente endringene i helsen bare var midlertidige.

2.6 Varig sykdoms innvirkning på helsen

*"Vi må huske at mennesket former sykdommen i like stor grad som sykdommen former mennesket"*⁸

Blant menn og kvinner som lever uten varig sykdom, opplever nesten alle egen helse som god (96 prosent). Så mange som syv av ti blant dem som oppgav varig sykdom, opplevde også egen helse som god. 86 prosent av de unge følte at

Tabell 2.6 Personer i ulike aldersgrupper med og uten varig sykdom, etter vurdering av egen helse. 1998. Prosent

	Alle	16-24 år	25-44 år	45-66 år	67-79 år	80 år og over
Uten varig sykdom						
God /meget god helse	96	96	98	97	92	77
Verken god eller dårlig helse ...	3	4	2	3	7	15
Dårlig /meget dårlig helse	0	.	0	.	2	8
Med varig sykdom						
God /meget god helse	69	86	78	64	57	57
Verken god eller dårlig helse ...	20	12	15	24	24	29
Dårlig /meget dårlig helse	10	2	7	11	18	14
N	3 448	465	1391	1080	380	132

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

Tabell 2.7 Andel personer som har sykdom som påvirker hverdagen, etter graden av konsekvenser. 1998. Prosent

	Alle	16-24 år	25-44 år	45-66 år	67-79 år	80 år og over
Konsekvenser av sykdom						
Sykdom innvirker i høy grad	12	5	9	14	19	23
Sykdom innvirker i noen grad	19	12	16	22	27	27
N	7 125	1 003	2 801	2217	816	288

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

helsen var god på tross av sykdom. Dette synker til 57 prosent for de eldre over 67 år. De samme tallene finnes igjen både i 1985- og 1995-undersøkelsen. I 1985 var det 92 prosent og i 1995 96 prosent uten varig sykdom som anså helsen som god. Blant dem som lever med varig sykdom eller skade var det i 1985 63 prosent som anså egen helse som god og 71 prosent i 1995.

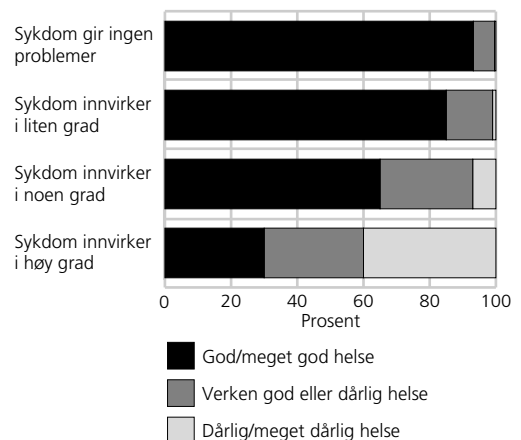
Blant personer med varig sykdom⁹ var det i 1998 en forholdsvis liten andel, 10 prosent, som vurderte helsen sin som dårlig (se tabell 2.6). Spesielt gjelder det unge mennesker, der bare 2 prosent i aldersgruppen 16-24 år oppgav dårlig helse. Andelen øker til 18 prosent blant eldre i alderen 67-79 år, mens 14 prosent av de eldste over 80 år rapporterer om dårlig helse. Dette kan skyldes at de yngre med varig sykdom gjennomgående har færre syketilfeller enn de eldre, og at de yngre også i større grad enn de eldre vurderer sine sykdommer som forholdsvis banale og med små konsekvenser. Vi ser bare små kjønnsforskjeller blant dem som vurderer helsen som dårlig. Det har vært en nedgang i andelen eldre over 80 år som vurderte helsen som dårlig fra 1995 til 1998.

Sykdom med store konsekvenser

Helse er mer enn fravær av sykdom. Også mennesker med kroniske sykdommer

eller funksjonshemninger kan leve et fullverdig liv, og glede seg over egne evner. Syke og funksjonshemmede nyter livet ut i fra sine egne forutsetninger. Dette blir bekreftet når vi ser på andelen som oppgir at de har sykdom som gir betydelige konsekvenser i hverdagen. En av fem har sykdom som i noen grad har konsekvenser, mens 12 prosent lever med sykdom som gir store konsekvenser i hverdagen. 30 prosent av dem som har sykdom som i høy grad innvirker på hverdagslivet oppgir god helse, mens

Figur 2.3 Andel personer med sykdom inndelt etter sykdommens innvirkning på hverdagen, sett i forhold til selvopplevd helse. 1998. Prosent



Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

Tabell 2.8 Andel personer med/uten varig sykdom og andel personer med/uten nedsatt funksjonsevne, som vurderer helse som god eller meget god, etter alder. 1995. Prosent

	Alle	16-24 år	25-44 år	45-66 år	67-79 år	80 år og over
Varig sykdom	71	85	84	64	57	52
Uten varig sykdom	96	96	98	97	89	78
Nedsatt funksjonsevne	39	76	71	33	31	39
Uten funksjonsvansker	84	91	90	76	73	71
N	8 103	1 297	2 823	2 382	829	772

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

40 prosent føler at helse er dårlig. Av dem som oppgir å ha sykdommer som gir innvirkninger i en viss grad på hverdagen oppgir 65 prosent god helse og 7 prosent dårlig helse.

Når vi krysser egenvurdert helse mot sykdom som påvirker hverdagen, ser vi at andelen som oppgir god helse på tross av sykdom med store konsekvenser, er synkende med økende alder frem til pensjonsalderen, og går deretter litt opp igjen (tall ikke vist i tabell). Mens 20 prosent av de middelaldrende oppgir god helse, gjelder det 23 prosent av de eldre og 29 prosent av de eldste eldre. Andelen som vurderer helsen som dårlig følger det samme mønsteret. Mens bare 8 prosent av de unge med sykdom som påvirker hverdagen i høy grad, rapporterer om dårlig helse i 1998, så gjelder det 34 prosent av de voksne i alderen 25 til 44 år. Deretter stiger andelen til 49 prosent for gruppen 67 til 79 år, for så å synke til 37 prosent for de over 80 år.

Som figur 2.3 viser, oppgir fire av ti med sykdom som påvirker hverdagen i høy grad, dårlig helse. Dette tyder på at det er lidelser som medfører ulike former for funksjonstap eller invalidiserende smerter som ligger bak opplevelsen av dårlig helsetilstand. Egenvurdert helse er således et annerledes mål på helsetilstanden. Når åtte av ti oppgir god helse, kan det virke som om målet er for unyansert til å

kunne gi god informasjon. Men slik er det ikke, nettopp fordi det kun er sykdom som vanskeliggjør hverdagen som gir utslag for vår vurdering av helsetilstanden. Det betyr at selv om mange lever med varig sykdom, er det få som har sykdommer som begrenser deres livsutfoldelse så mye at det vurderes negativt i forhold til egen helsetilstand. Allergier, eksem, svakt forhøyet blodtrykk eller åreknuter er alle eksempler på varige lidelser som det er mulig å leve et fullverdig liv med.

Blant dem som lever med sykdom som har store konsekvenser i hverdagslivet, er det en større andel menn (44 prosent) enn kvinner (36 prosent) som opplever helsen som dårlig. Det er videre en større andel kvinner enn menn som opplever helsen som god i denne gruppen. Disse kjønnsforskjellene er mye mindre i gruppen som har sykdom som i noen grad innvirker på hverdagen.

Som tabell 2.8 viser, er det først når vår funksjonsevne svikter at andelen som vurderer sin egen helse som god går drastisk ned. Mens så godt som alle uten sykdom oppgir god helse, gjelder det syv av ti med varig sykdom. Blant dem som har rapportert nedsatt funksjonsevne er det bare fire av ti som opplever helsen som bra. Blant de eldre er det nettopp fritak av varige sykdommer og funksjonsvansker som gir uttelling for opplevelsen

av helsen som god. Det er også interessant at de unge ikke på samme måte som de middelaldrende og eldre, lar sykdom og funksjonsnivå virke inn på denne vurderingen.

2.7 Oppsummering

De aller fleste, åtte av ti, vurderer egen helse som god eller meget god. Kun et fåtall rapporterer om dårlig helse, selv om langt flere har ulike sykdommer og plager. Et interessant spørsmål blir da hva som påvirker vår vurdering av helsen. Det viser seg at kvinner og menn er nokså like i denne sammenhengen, og kjønn er derfor ingen viktig forklaringsfaktor. Alder har større betydning. Det er flere eldre enn yngre som sliter med sykdom og plager, og som også vurderer helsen som dårlig. I tillegg ser vår oppfattelse av helsen ut til å henge sammen med utdanning. Flere med lav enn høy utdanning oppgir at de har dårlig helse.

Mange rapporterer om en generell følelse av glede og overskudd mesteparten av tiden de siste 14 dagene. Dette gjelder også dem som har varig sykdom, noe som viser en forbindelse mellom velvære og helse. Nettverk i form av slekt og venner spiller også en rolle for hvordan vi oppfatter helsetilstanden. Det er flere som oppgir dårlig helse blant dem som føler seg ensomme. Likevel er det mulig å pleie sosial omgang selv om man har en eller flere lidelser. Nær syv av ti mener at helsetilstanden ikke har hatt innvirkninger på deres sosiale omgang med andre. Sykdom gir også utslag på egenvurdert helse. Andelen som vurderer helsen som god, går litt ned, og andelen som oppgir dårlig helse øker blant dem som har varig sykdom. Men det er først blant dem som lider av sykdom som gir store konsekvenser i hverdagen at utslagene blir store. Andelen som vurderer helsen som god i

denne gruppen synker til tre av ti, mens andelen med dårlig helse øker til fire av ti. Det er dermed ikke lidelsene i seg selv som påvirker vår vurdering av egen helse, men konsekvensene de gir. Spesielt ned-satt funksjonsevne vanskeliggjør mange gjøremål, og det gir utslag for vår opplevelse av helsetilstanden.

- ¹ Det var ti ulike alternativer: "bedre helse, flere gode venner, mer fritid, bedre økonomi, et arbeid å gå til, en ektefelle, flere naturopplevelser, mer støtte og forståelse fra familie eller venner, et mer meningsfylt arbeid, eller andre ting."
- ² Det var følgende svarkategorier: Meget god, god, verken god eller dårlig, dårlig eller meget dårlig helse. I det følgende benyttes en tredeling hvor meget god og god helse, og meget dårlig og dårlig helse har blitt slått sammen.
- ³ Undersøkelsen baserer seg på tall hentet fra Helseundersøkelsen 1995.
- ⁴ Variabelen "mestringsproblemer" er gradert 1 - 4 (sjelden eller aldri, av og til, ofte og alltid).
- ⁵ Disse to spørsmålene er kun stilt i 1995-undersøkelsen.
- ⁶ Siden disse spørsmålene bare er stilt i 1995, har vi dessverre ingen mulighet til å se utviklingen over tid.
- ⁷ Panelundersøkelsen gjennomføres årlig med tilnærmet samme utvalg.
- ⁸ Sitatet er hentet fra et leserinnlegg i Aftenposten og gjengitt i Tidsskrift for den Norske Lægeforening (nr 30 1997).
- ⁹ Varig sykdom omfatter diagnoser som ut fra medisinske kriterier anses for å være varige pr. def. og diagnoser som anses som varige dersom de har vart i seks måneder eller mer.

Referanser

Barstad, Anders (1999): Det gode liv: Hva syntes nordmenn de behøver for å få det bedre? *Samfunnsspeilet* 1999, 4, Statistisk sentralbyrå.

- Friestad, Christine(1999): "Å leve med kronisk sykdom", FAFO-notat 13.
- Fylkesnes, Knut og Olav Helge Førde (1991): "Predictors of selfevaluated health, has society adopted the expanded health concept?" Vol of *Social Science of Medicine* 32.
- Giddens, Anthony (1994): *Sociology*, UK, Polity Press.
- Hjort, Peter (1995): Society, community and marginalisation: the countermeasures and health. Culture and health. Report International UNESCO-conference, Oslo, september 1995.
- Hellevik, Ottar (1999): Hvorfor blir vi ikke lykkeligere? *Samfunnsspeilet* 1999, 4, Statistisk sentralbyrå.
- Hochschild, Arlie (1995): *Work, Family and Time as the Locus of Symbolic Interaction*. I anledning Vilhelm Aubert Memorial Lecture, Oslo, 1995.
- Ingstad, Benedicte (1997): Kulturell formgivning av helse og sykdom. Et kulturkomparativt perspektiv, *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 30.
- Kapland og Comaco (1983): Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the Human Population Laboratory cohort. *Am. J. Epidem.* 117, 292-304.
- Kitterød, Ragni Hege (1999): Tidsbruk, tidspress og tidsprioriteringer: Hvor travelt har vi det egentlig? *Samfunnsspeilet* 1999, 4, Statistisk sentralbyrå.
- NOU (1998:18): *Det er bruk for alle*, Sosial- og helsedepartementet.
- Norsk medisinsk ordbok (1996), 4. utgave, Samlaget, Oslo.
- Ramm, Jorun (1997): God helse, flere sykdommer, *Samfunnsspeilet* 1997, 2, Statistisk sentralbyrå.
- St.meld. nr. 34 (1997): *Resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede og veien videre*, Sosial- og helsedepartementet.
- St.meld. nr. 50 (1999): *Utjamningsmeldinga. Om fordeling av inntekt og levekår i Noreg*, Sosial- og helsedepartementet.

Jorun Ramm

3. Sykdom og helseplager



Intervjuundersøkelser om helse viser at stadig flere får kroniske og langvarige helseplager. Helseundersøkelsene viser at andelen med langvarig sykdom har økt betydelig siden midten av 1970-tallet. Økningen har vært mest markert for yngre voksne og i de eldste aldersgruppene. Sykdomsforekomsten svinger imidlertid med befolkningens alderssammensetning. Forekomsten øker når gjennomsnittlig levealder går opp fordi eldre mennesker har mer helseplager enn yngre. Fra 1985 frem til i dag har antallet personer i alderen 45-66 år økt med mer enn 15 prosent, og antallet personer 80 år og over har økt med om lag 28 prosent. Dette faller sammen med økende levealder og lavere fødselstall.

3.1 Flere lever med kronisk sykdom

De kroniske sykdommene som har størst utbredelse i befolkningen, er knyttet til muskel- eller skjelett-, åndedretts- eller hjerte- og karsystemet. Etter 1985 har økningen i sykkeligheten vært mest uttalt for sykdommer i åndedrettet og i muskel-/skjelettsystemet. I 1998 hadde én av fire voksne 16 år og over en sykdom eller lidelse i muskler eller skjelett (blant annet rygglidelser, revmatiske og nevrologiske sykdommer), knapt én av fem hadde åndedrettsrelaterte lidelser (de vanligste er astma og høysnue), mens vel én av syv hadde hjerte- og karsykdom. Blant yngre medlemmer av befolkningen skyldes mye av økningen i kronisk sykdom høy forekomst av astma og allergi. I eldrebefolkningen har omfanget av aldersbetingede problemer, som beinskjørhet, lidelser i øyne eller ører, og ulike former for kreft, økt.

Økt sykkelighet og bedre registrering av sykkelighet

Medisinsk tenkning og praksis, befolkningens holdninger til sykdom og lidelse, velferdsordninger både innenfor og utenfor arbeidslivet, og helsepolitiske prioriteringer endrer seg. I dag kjenner flere til hvilke rettigheter de har i forbindelse med sykdom, og flere benytter dem. For at man skal kvalifisere seg for eller nyte godt av velferdsordningene, må sykdom og helseplager diagnostiseres av lege. Det gir en fokusering på sykdom og helseplager som fremhever og understreker helseproblemene. Samtidig gir fremskritt innen medisinsk forskning bedre diagnostikk på mange områder, noe som har kommet langtidssyke til gode. Blant annet fører det til at flere lever opp med arvelige sykdommer, ettervirkninger av sykdom og skader som tidligere førte til død, og til at flere lever lenger med kroniske sykdommer.

At helse generelt, og etter hvert også den personlige helsen, oppleves som et offentlig ansvar reflekteres både gjennom mediene behandling av temaet og i holdningene til folk flest. Økt åpenhet omkring helseplager, behandlingsoalternativer mv. og økt bevissthet omkring sykdom og helseplager generelt påvirker også registrering av helse- og sykdomsopplysninger i befolkningsbaserte intervjuundersøkelser. Økt rapportering av sykdom og helseplager kan i noen grad være utslag av en slik åpenhet og fokusering. Samtidig skjer det en utvikling innenfor metoder og verktøy for datainnsamling som gir bedre og sikrere registrering av opplysninger (se boks 3.1).

3.2 Livsstilssykdommer

Hjerte-/karsykdom, kroniske lungesykdommer og kreft omtales i mange sammenhenger som livsstilssykdommer. Forskning har vist at dette er sykdommer som har nær sammenheng med levevaner og livsstil. I tillegg spiller både arvelig disposisjon, ulik sårbarhet og andre og ukjente forhold inn.

Kreft – en gruppe sykdommer i vekst

Kreft rammer særlig eldre mennesker. Sykdommen opptrer hyppigst etter 50-årsalder og om lag halvparten av kreftpasientene er 70 år eller eldre når diagnosen stilles (Sosial- og helsedepartementet 2000). Brystkreft er den mest fremtredende kreftformen blant kvinner og prostatakreft blant menn.

Hyppigheten av kreft har økt betydelig siden 1970-tallet. Fra 1988 har antallet nye tilfeller av kreft økt fra vel 17 000 tilfeller til snaut 21 000 i 1997. Justert for befolkningens alderssammensetning tilsvarer økningen om lag 17 prosent (Kreftregisteret). Noen av de vanligste kreftformene (bryst-, prostata- og lungekreft) øker i hyppighet. Hudkreft viser en økning både blant kvinner og menn, mens det relativt sett er flere nye tilfeller av lungekreft hos kvinner enn hos menn. Livsstil, samt en økende andel eldre i befolkningen er viktige forklaringer på utviklingen.

Boks 3.1 Innsamling av data om sykkelighet i ulike årganger av helseundersøkelsen

Sykdomsopplysningene i 1975- og 1985-undersøkelsene ble samlet inn ved såkalte penn og papirintervjuer i intervjupersonenes hjem. I 1995 ble nye metoder tatt i bruk og mye ressurser ble satt inn i forkant av og under selve datainnsamlingen. Penn og papir ble byttet ut med bærbare datamaskiner. PC-registrering av personlige intervjudata (CAPI) er en mer effektiv metode for datainnsamling sammenlignet med penn og papirintervjuer (PAPI). Antallet feilkilder er vesentlig redusert. For å sikre datakvalitet ble opplysningene, som ble registrert under intervjuene, kontrollert mot forhåndsutviklede «standarder» og filtre som ligger i maskinen. PC-registrering av opplysninger under selve intervjuet skapte en annerledes intervjusituasjon, og vi antar at dette kan ha påvirket registreringen av blant annet sykdomsopplysningene. Intervjukorpset som gjennomførte intervjuene, ble godt forberedt på oppgaven. De ble instruert i hvordan de skulle benytte det nye verktøyet, og hvordan de skulle intervju om helse spesielt. Som en del av dette opplegget ble det laget en instruksjonsvideo for å forberede intervjuerne på oppgaven. 1995-undersøkelsen ble svært fokusert og nøye fulgt opp, og dette kan ha medført en høyere rapportering av sykkelighet i denne årgangen. Undersøkelsen i 1998 innebar også omlegging og endringer, men da på et administrativt plan. Den tradisjonelle helseundersøkelsen, som tidligere ble gjennomført hvert tiende år, heter fra 1998 Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt og gjennomføres hyppigere i en noe slankere og mer fleksibel versjon.

Kreft - årsak til flere sykehusopphold

Ondartede kreftsvulster, eller godartede svulster er årsak til om lag 12 prosent av alle heldøgnsoppholdene ved norske sykehus, og det har vært en økning på 11 prosent fra 1992 til 1998. Økningen skyldes blant annet flere opphold¹ på grunn av ondartede svulster i knokler, bindevev, hud og bryst.

Høyere kreftdødelighet blant eldre

Omtrent en firedel av alle dødsfall per år skyldes kreft. Kreftdødeligheten har økt blant eldre menn (60 år og over) i hele etterkrigstiden (Gjertsen 1995). Blant eldre kvinner har dødeligheten av kreft økt etter 1970. Det er flest menn som dør av lungekreft, men andelen kvinner som dør av denne krefttypen er økende. Nær 5 prosent av lungekreftdødsfallene var blant kvinner i 1980. I 1996 hadde andelen økt til 11 prosent.

Hjerte- og karlidelser

Hjerte- og karlidelser har størst utbredelse i eldre aldersgrupper. Helseundersøkelsen 1998 viser at om lag 15 prosent av den voksne befolkningen har en hjerte-/karsykdom, varierende fra noen få prosent blant personer under 45 år til nesten halvparten av pensjonistene over 67 år.

De største undergruppene av hjerte- og karsykdom i helseundersøkelsene er lettere diagnoser som forhøyet blodtrykk, åreknuter og lignende lidelser. Dersom

Tabell 3.1 Andel med hjerte-/karsykdom blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper. 1998. Prosent

	Alle	16-24 år	25-44 år	45-66 år	67-79 år	80 år og over
Alle	15	2	4	19	44	45
Menn ..	14	2	3	18	42	43
Kvinner	17	1	5	19	45	48
N.....	7 125	1 003	2 801	2 217	816	288

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

man ser bort fra høyt blodtrykk, som gjerne betraktes som en risikofaktor for å utvikle hjerte- og karsykdommer, var andelen med hjerte- og karsykdom 10 prosent i 1998. Alvorligere lidelser som hjertekrampe (angina pectoris), hjerteinfarkt, hjerneslag mv. utgjorde vel én av fire hjerte- og kardiagnoser i Helseundersøkelsen 1998.

Liten endring i forekomsten av hjerte- og karsykdommer

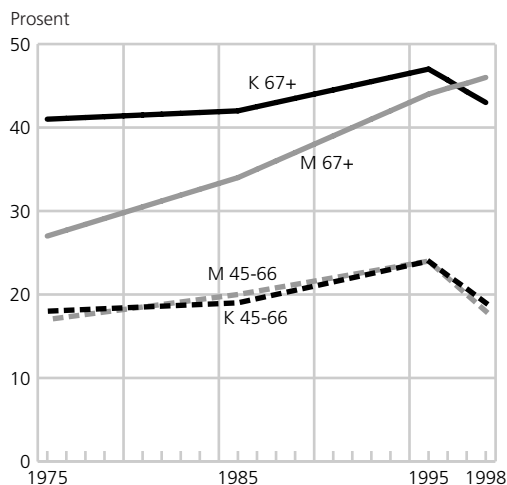
Totaltall for forekomst av hjerte- og karsykdommer i befolkningen viser at forekomsten har vært relativt stabil siden midten av 1970-tallet. Medregnet høyt blodtrykk hadde 13 prosent av den voksne befolkningen 16 år og over hjerte- og karsykdom ved Helseundersøkelsen 1975, 14 prosent i 1985 og 15 prosent ved undersøkelsen i 1998. Det fremgår av figur 3.1 at forekomsten av hjerte- og karsykdommer registrert ved Helseundersøkelsen 1995 ligger en god del høyere enn i de øvrige undersøkelsene. Vi antar at omleggingen av 1995-undersøkelsen, se boks 3.1, kan ha medført en høyere rapportering av sykdom og helseplager i denne årgangen.

Utviklingen i andel med hjerte- og karsykdom har vært stabil for yngre aldersgrupper siden midten av 1970-tallet. Blant menn over 66 år har det vært en jevnt økende forekomst av hjerte- og karsykdom, samtidig som det har vært en

Boks 3.2 Langvarig sykdom

I Helseundersøkelsen 1998 registreres kronisk eller langvarig sykdom (egenrapportert diagnose) ut fra svar på spørsmål om man har "... noen sykdom eller lidelse av mer varig natur, noen medfødt sykdom eller virkning av skade" og om de har "... funksjonshemming som ikke regnes som sykdom, skade eller lidelse".

Figur 3.1 Andel med hjerte- og karsykdom blant menn og kvinner 45 år og over i ulike aldersgrupper. 1975, 1985, 1995 og 1998. Prosent



Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

nedgang i dødelighet av hjerte- og karsykdommer blant middelaldrende menn. Dette kan tyde på at flere (over)lever med sykdommen enn tidligere. Blant eldre kvinner over 66 år har det vært en stabilt høy forekomst siden 1975.

Flere sykehusinnleggelses på grunn av hjerte-/karsykdom

Av hjerte- og karsykdom er det ischemisk hjertesykdom (herunder hjerteinfarkt) og karlesjoner i sentralnervesystemet som dominerer både som dødsårsak og som årsak til sykehusopphold. I 1998 utgjorde hjerte- og karsykdom 15 prosent av alle innleggelses ved norske sykehus, og 3 av 4 hjertepasienter var 60 år eller eldre. Antallet innleggelses på grunn av hjerte- og karlidelser har økt på hele 1990-tallet. Fra 1992 til 1998 var økningen 22 prosent. Det har i perioden vært en nedgang i innleggelses med hjerteinfarkt, mens antallet innleggelses med hjertearytmier, hjertesvikt og hjerneslag øker.

Fordi hjerte- og karsykdom i størst grad rammer eldre mennesker, vil sykkelighetsøkningen som kommer til uttrykk gjennom helseundersøkelsene og statistikk over sykehusinnleggelses, ikke reflekteres i statistikken over uføretrygdte. Denne statistikken omfatter befolkning i yrkesaktiv alder. Hjerte- og karsykdommenes andel av diagnosene ved uføretrygding er redusert fra 12,6 prosent i 1993 til 7,4 prosent i 1999 (Rikstrygdeverket 1994 og 2000). Det vil si at knapt 20 000 personer var uføretrygdet med hjerte- og karsykdom i 1999.

Luftveislidelser

Om lag 5 prosent av den voksne befolkningen over 15 år hadde astma eller annen kronisk obstruktiv lungesykdom i 1998. Kronisk obstruktive lungesykdommer (KOLS) omfatter sykdommer som astma, bronkitt og emfysem. I yngre aldersgrupper domineres sykdomsgruppen av astmatilfellene. Med økende alder er det flere som oppgir andre obstruktive lungesykdommer. Av 9 prosent i aldersgruppen 67-79 år med kronisk obstruktiv lungesykdom, hadde to tredeler astma og en tredel andre lungelidelser.

Tabell 3.2 Andel med kronisk obstruktiv lungesykdom¹ blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper. 1998. Prosent

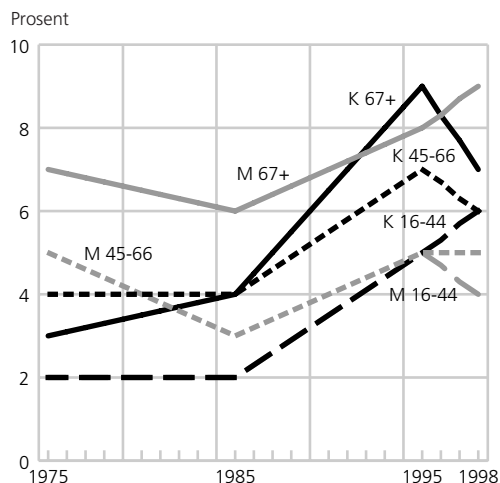
	Alle	16-24 år	25-44 år	45-66 år	67-79 år	80 år og over
Alle	5	6	4	5	9	4
Menn ...	5	6	3	5	10	6
Kvinner	6	6	5	6	9	3
N	7 125	1 003	2 801	2 217	816	288

¹ Omfatter tilstandene (kronisk) bronkitt, emfysem, astma og annen kronisk obstruktiv lungesykdom (ICD-9:490-494, 496). Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

Økning i kronisk obstruktive lunge-sykdommer

Sammenlignet med nivået i henholdsvis 1975 og 1985 har det vært en økning i kroniske luftveislidelser i befolkningen. I 1975 og 1985 hadde om lag 2 prosent av den voksne befolkningen en kronisk obstruktiv lungelidelse eller astma. Forekomsten var høyest blant eldre i alderen 67-79 år. I 1998 sa om lag 5 prosent av intervjupersonene at de hadde slike sykdommer, og det var kun små forskjeller mellom aldersgruppene. Det er vanskelig å skille ut hva som er en reell økning i forekomst, og hva som skyldes hyppigere bruk av diagnosebetegnelsen "astma" blant folk flest og i det medisinske miljøet. Astma-diagnosen har i folkelig tale blitt en samlebetegnelse på plager som gir tetthet og piping i brystet, hoste, anfallsvis tung pust mv.

Figur 3.2 Andel med kronisk obstruktiv lunge-sykdom¹ blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper. 1975, 1985, 1995 og 1998. Prosent



¹ Omfatter tilstandene (kronisk) bronkitt, emfysem, bronkial astma, og annen kronisk lungesykdom (ICD-9: 490-496).

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

Ikke flere uføre på grunn av luftveislidelser på 1990-tallet ...

I befolkningen i yrkesaktiv alder (16-66 år) er om lag 2,7 prosent av de uføre trygdet på grunn av sykdommer i åndedretsorganene. Det tilsvarer om lag 7 000 personer, og om lag halvparten av disse er uføretrygdet med bronkial astma. Andelen uførepensjonister med astma som primærdiagnose har vært mer eller mindre stabil gjennom hele 1990-tallet (Rikstrygdeverket 1994 og 2000).

... men flere innleggelseser

Antallet sykehusinnleggelseser på grunn av luftveislidelser har økt på 1990-tallet. Sykdommer i åndedrettet var årsak til 24 prosent flere innleggelseser i 1998 sammenlignet med 1991. I 1998 ble om lag 16 000 personer utskrevet fra norske sykehus med åndedrettslidelser som hoveddiagnose, og nærmere 60 prosent av disse var 60 år eller eldre. Sykdommer i åndedretsorganene forårsaker ellers 12 prosent av det totale antallet dødsfall i Norge per år. I 1995 døde 1 447 personer av KOLS (Kronisk obstruktive lungesykdommer).

Allergi og allergiske sykdommer

En av seks voksne nordmenn har allergi. Allergi og allergisk betingede lidelser er mest utbredt i yngre aldersgrupper, og avtar med økende alder. Sykdomsgruppen omfatter her allergier som manifesterer seg enten på hud, f.eks. som eksem eller som ubehag og plager i tilknytning til luftveiene og andre slimhinner. Foruten allergisk astma dreier det seg om kontaktdermatitt og andre eksemmer. De fleste allergier retter seg mot pollen, husstøv, dyr, mat og kjemikalier.

Tabell 3.3 Andel med allergi¹ blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper. 1998. Prosent

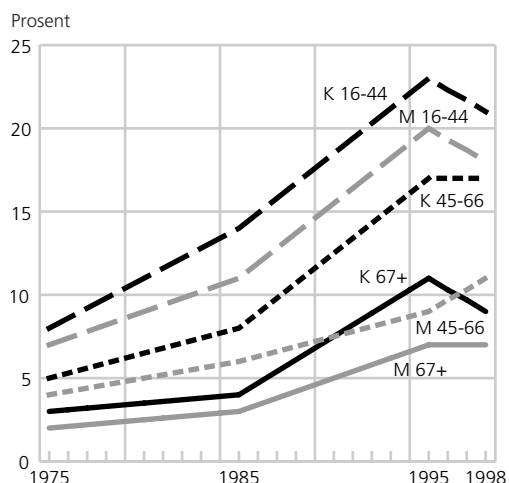
	Alle	16-24 år	25-44 år	45-66 år	67-79 år	80 år og over
Alle	16	22	19	14	9	7
Menn ..	14	21	17	12	8	4
Kvinner	18	23	21	17	10	8
N	7 125	1 003	2 801	2 217	816	288

¹Omfatter tilstander som høysnue, allergier mot pollen, husstøv, kjemikalier, matvarer, kontakteksem og andre allergiske hudsykdommer (ICD-8: 507, 692/ICD-9: 477, 692, 693).

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

Blant personer under 45 år hadde om lag 20 prosent denne typen lidelser, 14 prosent i gruppen 45-66 år og 8 prosent av de over 66 år. Det er en noe høyere forekomst blant kvinner i alle aldersgrupper.

I 1998 hadde nær 14 prosent stadig tilbakevendende tetthet i nesen og rennende øyne. Sammenlignet med forekomst og rapportering av denne

Figur 3.3 Andel med allergi¹ blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper. 1975, 1985, 1995 og 1998. Prosent

¹Omfatter tilstander som høysnue, allergisk astma, kontakteksem, matvareallergi m.v. (ICD-8: 507, 692 og ICD-9: 477, 692, 693).

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

typen plager på midten av 1970- og 1980-tallet har det vært en markert økning innenfor alle aldersgrupper på 1990-tallet.

3.3 Fysiske og psykososiale belastningslidelser

Muskel-/skjelettlidelser, psykososiale vansker og mentale helseproblemer kan knyttes til fysiske eller mentale belastninger over tid. Dette er et problemområde som er lite synlig i statistikk over dødelighet og sykehusinnleggelses, men som utgjør den største diagnosegruppen når man betrakter statistikk over langvarig sykefravær, uføretrygding og folks egne angivelser av helseproblemer (jf. helseundersøkelsene). Mange faller utenfor arbeidsliv og fellesskap. I tillegg fører sykdommene og symptomene til hyppige legebesøk og bruk av medisiner.

Lidelser i muskler og skjelett

Tallmessig er muskel-/skjelettlidelser den viktigste årsaken til sykkelighet og funksjonshemming. Muskel-/skjelettlidelser omfatter lidelser som gir leddverk og muskelsmerter, ryggliidelser, samt deformiteter i brusk eller knokler. Ifølge helseundersøkelsene hadde en av fire nordmenn en slik sykdom i 1998. At muskel/skjelettplager har stort omfang, viser blant annet at vel halvparten av sykemeldingene i løpet av et år er begrunnet i diagnosegruppen. Dette er også den vanligste diagnosen blant nye uførepensjonister.

I Helseundersøkelsen 1998 varierte andelen med muskel-/skjelettlidelser mellom 10 og 20 prosent blant yngre og yngre voksne (16-24 år og 25-44 år) til snaut halvparten av pensjonistene 67 år og eldre. Blant middelaldrende og eldre er det betydelig flere kvinner enn menn som oppgir muskel-/skjelettsykdom.

Tabell 3. 4 Andel med muskel-/skjelettsykdom blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper. 1998. Prosent

	Alle	16-24 år	25-44 år	45-66 år	67-79 år	80 år og over
Alle	26	10	17	34	43	45
Menn ..	21	10	15	29	32	33
Kvinner	30	10	20	39	51	52
N	7 125	1 003	2 801	2 217	816	288

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

Samlebetegnelsen muskel-/skjelettsykdom omfatter blant annet lidelser i ryggen, leddgikt beinskjørhet, fibromyalgi og andre revmatiske og nevrologiske tilstander. Flest har ryggplager. En andel på 6 prosent har rygglidelser som artrose, lumbago, prolaps eller lignende. I yngre aldersgrupper er det dobbelt så mange unge menn som unge kvinner som oppgir å ha rygglidelser. Med økende alder øker andelen kvinner med rygglidelser mer enn andelen menn.

Beinskjørhet er en muskel-/skjelettsykdom som er mest utbredt blant eldre kvinner. Skjelettet blir svakere med årene, og risikoen for brudd øker; lårhalsbrudd, håndleddsbrudd, brudd i virvelsøylen og ribbensbrudd. Ifølge Helseundersøkelsen 1998 hadde om lag 2 prosent av befolkningen 16 år og over beinskjørhet. Få unge har lidelsen, mens 6 prosent av eldre 67 år eller over oppga denne diagnosen. Det er flest eldre kvinner som rammes (nærmere 10 prosent). I norske sykehus har det i perioden fra 1992 til 1998 vært en økning på 3 prosent i antallet opphold grunnet lårhalsbrudd.

Mange er plaget av smerter i kroppen
Svært mange av de som har muskel-/skjelettlidelser, har også smerter. Smerter er lokaliserte eller diffuse, og kan arte seg

som leddverk eller muskelsmerter. Nærmere en firedel av den voksne befolkningen var i 1998 plaget av stadig tilbakevendende smerter innenfor en tremånedersperiode. Det gjaldt 17 prosent av menn og 27 prosent av kvinner. Det er relativt sett høye andeler også i yngre aldersgrupper der 12-19 prosent har vært plaget av smerter i kroppen siste tre måneder. I 1985 hadde 23 prosent av alle 16 år og over vært ganske mye eller svært mye plaget av smerter i rygg, skuldre, nakke, armer eller bein i løpet av en fjortendagersperiode. I 1995 var andelen 25 prosent. Andelene er høyest for personer i alderen 45-66 år (31 prosent) og blant eldre 80 år og over (40 prosent). I alle aldersgrupper er det en høyere andel kvinner enn menn som er mye eller svært mye plaget av smerter, og forskjellen øker med økende alder.

Av personer som selv benyttet betegnelsen "fibromyalgi" for å angi sin sykdom ved Helseundersøkelsen 1998, var andelen høyest blant kvinner i alderen 45-66 år (om lag 4 prosent). Sykdommen omtales som et kronisk smertesyndrom med uklar og omdiskutert årsak (NOU 1999:13). Denne sykdommen har etter hvert fått økt oppmerksomhet og medisinsk anerkjennelse. Fibromyalgi ble for øvrig anerkjent som egen diagnose av Rikstrykdeverket i 1987 (Barstad 1992).

Om lag 6 prosent av nordmenn har leddverk. En av seks kvinner over 67 år hadde leddsmerter eller leddverk i 1998. Også muskelsmerter er mest utbredt blant kvinner og mange har problemer ned i 25-årsalder (7 prosent i alderen 25-44 år). Andelen med leddsmerter stiger med økende alder både for kvinner og menn. Ved Helseundersøkelsen 1998 oppga nærmere 2 prosent av befolkningen 16 år og over diagnosen "leddgikt" på spørsmål

om varig sykdom. Leddgikt eller revmatoid artritt gir smerter og stivhet i ledd. Kvinner ser ut til å rammes i yngre alder enn menn. Høyest andel var det blant personer i alderen 66 til 79 år, 3 prosent menn og 5 prosent kvinner.

Kraftig økning i muskel- og skjelettlidelser siden midten av 1980-tallet

I 1975 og i 1985 hadde om lag 18 prosent av voksne 16 år og over en muskel- eller skjelettlidelse (13 prosent i 1968). Økningen fra undersøkelsen i 1985 (18 prosent) til 1995 (32 prosent) er noe moderert ved undersøkelsen i 1998 (26 prosent), men viser likevel en kraftig økning i denne typen plager og lidelser.

Omfanget av muskel-/skjelettlidelser har siden 1985 økt både blant unge og voksne i yrkesaktiv alder. Kvinner over 45 år ser ut til å være en utsatt gruppe med hensyn til denne typen lidelser. Mye av økningen i sykkelighet i muskler og skje-

lett som kommer til uttrykk i helseundersøkelsene og i uførhetsstatistikken, skyldes sannsynligvis, eller kan skyldes, større samfunnsmessig aksept for denne typen sykdommer. Disse lidelsene er mer synlige ved at de i større grad blir diagnostisert, og ved at de i dag kvalifiserer til sosiale ytelser.

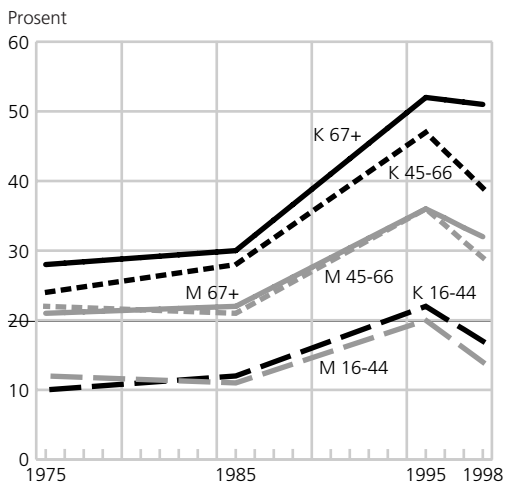
Flere er uføre med muskel-/skjelettsykdom og belastningslidelser

Tre av ti uførepensjonister har muskel-/skjelettsykdom eller bindevevssykdommer i 1999, tilsvarende knapt 90 000 personer, om lag 11 prosent av uføre under 40 år og 42 prosent av uføre 60 år og over. Det har vært en økning i andelen uføre med denne typen lidelser på 1980- og 1990-tallet. Økningen er størst blant kvinner.

3.4 Psykososiale problemer og mental sykdom

Dette er et svært sammensatt område som er vanskelig å kartlegge ved hjelp av utvalgsbaserte intervjuundersøkelser. Til tross for at det er blitt noe vanligere å snakke åpent om psykiske og psykososiale problemer som angst, depresjon, spiseforstyrrelser, og andre, er det fremdeles sensitive tema i en intervjusammenheng. Variasjoner i omfanget av psykiske helseplager i befolkningen mellom ulike undersøkelser demonstrerer at dette er et vanskelig felt, og ulike statistikker og måleinstrumenter gir ulike bilder av omfanget. Med utgangspunkt i opplysninger intervjupersonene selv oppgir ut fra et generelt spørsmål om de har noen varig sykdom, funksjonshemming eller skade i 1998, sa om lag 4 prosent av menn og 7 prosent av kvinner at de hadde psykiske problemer eller symptomer på nervøse lidelser. Mens nær 5 prosent av de intervjuede i Helseundersøkelsen 1998 selv sa at de hadde psykiske

Figur 3.4 Andel med muskel-/skjelettlidelser blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper. 1975, 1985, 1995 og 1998. Prosent



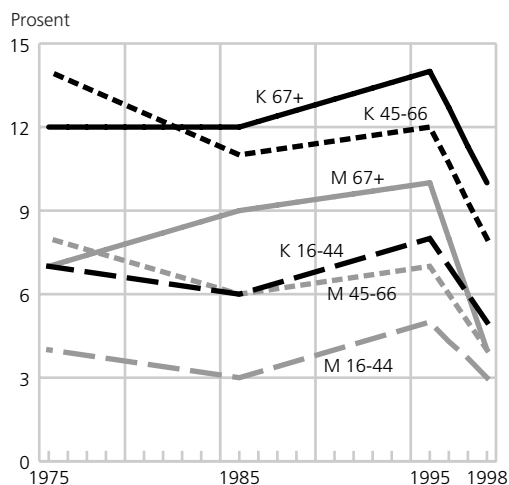
Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

Boks 3.3

"*Lettere psykiske lidelser*" blir fanget opp gjennom bruk av skår på en symptomskala. I helseundersøkelsene ligger Hopkins Symptom Check List (HSCL) til grunn. Dette er en liste med 25 symptomspørsmål. Dersom man har symptomer av en viss alvorlighetsgrad, får man en skår som anses som en indikasjon på sannsynlig psykisk lidelse (Derogatis mfl. 1974).

vansker eller nervøse lidelser, blir flere fanget opp ved bruk av et indirekte mål på psykisk helse. Ved hjelp av en symptomliste (HSCL-25, se boks 3.3) ble det registrert andeler opp mot 10 prosent med psykiske vansker. Det vises for øvrig til kapitlet om psykisk helse. Andre lokale studier som har benyttet samme måleinstrument (HSCL-25) er Østfold-undersøkelsen og Helseundersøkelsen Nord-Trøndelag (HUNT). Disse viser at 15-20 prosent kvinner og 5-10 prosent menn rapporterte om mentale forstyrrelser.

Figur 3.5 Andel med nervøse lidelser blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper. 1975, 1985, 1995 og 1998. Prosent



Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

Omfanget av nervøse lidelser øker noe med alder, relativt sett mer for kvinner enn for menn. Tidsserien referert i figur 3.5 viser vanskelig tolkbare variasjoner og er til dels et utslag av emnets følsomhet som nevnt over.

Flere unge blir uføretrygdet med til dels tunge psykiske lidelser

Psykiske lidelser er nest viktigste årsak til langtidssykefravær i arbeidslivet. Uførestatistikken viser at alvorlige depresjoner i stadig større grad er årsak til tidlig pensjonering. Andelen nye uføretilfeller med psykiske lidelser har steget. Flere unge i alderen 16-24 år faller ut av arbeidslivet på grunn av psykiske vansker. Kvinner rammes dobbelt så ofte som menn, og det er i første rekke yngre kvinner som rammes. Andelen personer under 40 år med psykiske lidelser eller atferdsforstyrrelser, (ikke psykisk utviklingshemming), økte fra 39 prosent av uførepensjonistene i 1993 til 42 prosent i 1999.

¹ Tallmaterialet er hentet fra Pasientstatistikk 1998, Statistisk sentralbyrå. Det finnes også 1999-tall, men disse er basert på en nyere klassifikasjonsstandard (International Classification of Diseases ICD-10) enn årgangen før. Endringen til 10. revisjon av sykdomsklassifikasjonen har gitt brudd i tidsseriene.

Referanser

Barstad, Anders (1992): Arbeidsmarkedet på 1980-tallet: Utjevning mellom kjønnene, økende ulikhet mellom generasjonene, *Samfunnsspeilet* 1992, 1, Statistisk sentralbyrå.

Derogatis L.R., R.S. Lipman, K. Rickels, E.H. Uhlenhuth, og Covi (1974): Hopkins symptom Check List (HSCL): A self report inventory, *Behavioral Science*, 19, 1-15.

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

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

Rikstrygdeverket (1994): *Trygdestatistisk årbok 1994*, Rikstrygdeverket.

Rikstrygdeverket (2000): *Trygdestatistisk årbok 2000*, Utredningsavdelingen, Rikstrygdeverket.

Sosial- og helsedepartementet (2000): *Folkehelse rapporten: Redegjørelse om folkehelsen*, Oslo.

Elin Skretting Lunde

4 Større åpenhet om psykiske lidelser



Psykiske plager er ofte diffuse. Graden av plager varierer fra tunge psykoser, som gjør det vanskelig å leve et liv utenfor psykiatrisk institusjon, til uro, angst eller depresjon som tidvis gjør livet tungt å leve. Følelsesmessige problemer og nedsatt mental helse kan påvirke vår hverdag og våre aktiviteter, noe vi kommer tilbake til senere i kapitlet.

Lettere psykiske lidelser som depresjon og angst er så utbredt at de kan regnes som en av de store folkesykdommene. Tynge psykiske lidelser som psykoser; en tilstand hvor man opplever realitetsbrist, vrangforestillinger eller hallusinasjoner, rammer langt færre. Om lag 30 prosent av befolkningen har i løpet av livet en psykisk lidelse av typen depresjon, angst, fobi eller somatoforme lidelser¹, 40 prosent kvinner og 20 prosent menn (NOU 1999:13). Hvert år blir omtrent 150 000 personer rammet av depresjon, og ca. 15 prosent lider til en hver tid av depressive symptomer. Over 60 prosent av depresjonene blir utløst av kjærlighetssorg, separasjon, skilsmisse, dødsfall, arbeidsledighet eller flytting til nytt sted (Kringlen 1999). Mer alvorlige lidelser som schizofreni, rammer i løpet av livet rundt 1 prosent av befolkningen, det samme gjør manisk depressiv lidelse (NOU 1999:13).

Det er svært vanskelig å tallfeste psykiske lidelser, fordi antallet vil avhenge av hvilke kriterier som legges til grunn. Ulike metoder og ulike tidsrammer vil gi

ulike resultater. Videre kan det være vanskelig å trekke en skillelinje mellom f.eks. en "naturlig" sorgreaksjon og en klinisk depresjon. Med andre ord er grensen mellom psykisk sykdom og mental helse ofte flytende (Nielsen 1996). I forskermiljøene har det lenge vært et diskusjonstema når en person går over til å bli et psykiatrisk "tilfelle". I 1999 ble det foretatt ca. 32 500 utskrivninger² av døgnpasienter fra psykiatriske institusjoner og avdelinger, og det ble utført drøye 673 000 polikliniske konsultasjoner (Statistisk sentralbyrå 2000).

Det er sjelden vi dør av psykiske lidelser, men denne typen lidelser kan medføre spisevegring og alkohol- og narkotikaforgiftning som igjen kan medføre dødsfall. Ulike psykiske lidelser kan også føre til selvmord. Omtrent 10 prosent av alle selvmord skyldes manisk-depressiv sinnslidelse (Nielsen 1996). I 1997³ tok 387 menn og 146 kvinner livet av seg (Statistisk sentralbyrå 2000). Hyppigheten av selvmord ble i perioden 1960 og frem til 1988 mer enn fordoblet, men har

de senere årene sunket noe. Vi må tilbake til 1980 for å finne lavere selvmordsrater enn for årene 1996 og 1997, med henholdsvis 11,8 og 12,1 selvmord per 100 000 innbyggere. Selvmord har blitt benyttet som ett av flere mål for å bedømme utviklingen i omfanget av psykiske problemer.

Det har vært en holdningsrevolusjon i forhold til både tyngre og lettere psykiske lidelser. Det var først på 1800-tallet det ble erkjent at sinnslidende var syke og trengte behandling og ikke straff. Således ble fattighus, straffeanstalter og tvangstrøyer erstattet med legehjelp og spesialiserte institusjoner. Over tid har folks holdninger til psykiske sykdommer forandret seg. Vi kan se en utvikling fra institusjon og avsondring til integrering og innlemmelse (Sosial- og helsedepartementet 1997). Men også moderne psykiatrisk behandling har hatt sin skyggeside, jamfør tvangsbruk av blant annet elektroshokk og lobotomi.

Psykiske lidelser er et satsningsområde politisk og har vært det de siste årene, fordi få tilstander gir så påtrengende

behov for hjelp som psykiske lidelser, både for enkeltpersonen og for familien (Sosial- og helsedepartementet 1997). Videre er nedsatt mental helse en av hovedårsakene til sykelighet og uførhet. Etter skjelett- og muskelsykdommer er psykiske lidelser viktigste årsak til sykemelding ut over 14-dagersperioden (NOU 1999:13). Opptrappingsplanen for psykisk helse følges opp av regjeringen og de samlede øremerkede bevilgningene til psykisk helse var i 2000 på 1 342 millioner kroner (Sosial og helsedepartementet 2000).

4.1 Hvordan måle psykisk helse

Som nevnt, eksisterer det flere mulige måter å "måle" psykisk helse på. En slik metode for å måle utbredelsen av lettere psykiske plager i befolkningen er spørsmålsbatteriet "Hopkins liste"⁴. Denne består av en rekke spørsmål om symptomer på følelsesmessige problemer. For ytterligere beskrivelse av denne metoden, se tekstboks 4.1. Ifølge "Hopkins liste" har 88 prosent av den voksne befolkningen (16-79 år) opplevd å være litt, ganske mye eller veldig mye plaget av ett eller flere av symptomene på denne listen i

Nedenfor ser vi et utdrag fra spørreskjemaet som intervjupersonene har fylt ut.

Sett ett kryss i hver linje	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
	1	2	3	4
*Hodepine?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skjelving?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matthet eller svimmelhet?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervøsit, indre uro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plutselig frykt uten grunn?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Stadig redd eller engstelig?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Hjertebank, hjerteslag som løper avgårde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av å være anspent, oppgjørt?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14-dagersperioden forut for intervjuet. Dette indikerer at folk flest har småplager, ikke bare av somatisk, men også av psykisk art. Dette betyr ikke at de fleste i Norge har nedsatt mental helse. Alle kan vi ha en dårlig dag innimellom. Men når plagene blir mer langvarige og når antallet plager blir mange, så kan dette utvikle seg til å bli et problem, både for personen det gjelder og for familien og venner. Ifølge våre data er det drøyt en av ti som oppgir 13 eller flere symptomer på nedsatt psykisk helse.

Boks 4.1

Befolkningens psykiske helse blir i helseundersøkelsene kartlagt via en samling spørsmål kalt "Hopkins liste". Den omfatter 25 spørsmål om ulike symptomer på psykiske plager. 10 av spørsmålene er utformet for å fange opp angst via spørsmål om for eksempel nervøsitet, opplevelse av plutselig frykt uten grunn og anfall av panikk og angst. Mens de 15 neste spørsmålene er utformet for å fange opp depresjon, ved å stille spørsmål om man lider av en generell mangel på energi, en følelse av ensomhet, håpløshet eller at alt oppleves som et slit. Siden psykiske plager også kan gi kroppslig utslag i form av blant annet hodepine, skjelving og hjertebank, er disse symptomene innarbeidet i spørsmålslisten.

Alle spørsmålene var i 1995 og 1998 plassert på et spørreskjema som den enkelte skulle fylle ut alene etter at hovedintervjuet var avsluttet. I 1985 var spørsmålene en del av hovedintervjuet. Man skulle svare på om de ulike symptomene som var nevnt i skalaen, hadde medført plager eller besvær i løpet av de siste 14 dagene. Det ble gitt fire ulike svaralternativer: "ikke plaget", "litt plaget", "ganske mye plaget" og "veldig mye plaget". Alle som har svart at de har vært plaget litt, mye eller veldig mye er i dette kapitlet gruppert sammen i en kategori.

Vi har her brukt en vid definisjon på psykisk helse ved å vise til antall symptomer oppgitt i et spørreskjema. Det er naturligvis forskjell mellom psykisk sykdom og symptomer på psykisk sykdom, men mange symptomer vil være et tegn på nedsatt mental helse. Nå kan "Hopkins liste" brukes på ulike måter, bildet endrer seg når vi forandrer fremgangsmåten. Hvis vi ser bort fra kategorien "litt plaget" hvor mange havner, er det i 1998 34 prosent som har minst ett symptom, mens 11 prosent oppgir fire eller flere og bare 2 prosent oppgir 13 eller flere symptomer. Det kommer ikke som en overraskelse at de fleste krysser av på "litt plaget" kategorien. Både fordi mange er småplaget med ulike symptomer, men også fordi det vil være noen som kvier seg for å oppgi hvor plaget de føler seg, og som dermed krysser litt plaget fordi det ikke høres så "farlig" ut. Vi kan derfor forvente enn viss underrapportering av styrken på plagene. Men når noen har oppgitt 13 eller flere "litt plaget", "ganske mye plaget" eller "veldig mye plaget" er det klart at vedkommende har sitt å slite med. Det er derfor naturlig å trekke den slutningen, at disse har redusert psykisk helse på intervjudispunktet. Vi har valgt å vektlegge dem som oppgir mange symptomer (med varierende alvorlighetsgrad) i dette kapitlet. Heretter vil 13 eller flere symptomer⁵ være synonymt med *mange symptomer* i teksten.

Noe ulik praksis i de tre siste undersøkelsene gjør det vanskelig å sammenligne resultatene. Det har derfor vært nødvendig med visse justeringer av datamaterialet. I 1985-undersøkelsen ble det stilt 23 spørsmål fra "Hopkins liste", disse spørsmålene ble også stilt i 1995- og 1998-undersøkelsen. I tillegg er det kommet til to nye spørsmål i de to siste undersøkelsene: "tanker om å ta sitt eget liv" og "tap

av seksuell lyst og interesse". Alle fra 16 år og opp til 79 år mottok skjema, med spørsmålsrekken på 25 spørsmål i 1995-undersøkelsen, mens de eldste eldre (80 år og over) bare svarte på 12 av spørsmålene. På grunn av disse ulikhetene er alder avgrenset opp til 79 år og alle undersøkelsene analyseres med 23 variabler, slik som i 1985-utgaven. På denne måten blir det på tross av svakhetene mulig å sammenligne mellom årstallene. (Den største svakheten er ulike metoder for innsamlingen av data i 1985 og ved senere undersøkelser, noe vi kommer tilbake til senere.)

Vi gjør oppmerksom på at frafall kan påvirke tallene. I 1995 var det bare de som deltok i helseundersøkelsen som fikk spørreskjemaet (nettutvalget), mens i

1998 ble skjemaet sendt i posten til hele bruttoutvalget. I 1998 var det et frafall på 2 731 personer (28,1 prosent) for det postale spørreskjemaet. Nettoutvalget var på 7 004 personer (71,9 prosent), mens 5 975 personer hadde både gjennomført intervju og fylt ut postalt skjema (61,4 prosent). Utvalget som benyttes her er alle som har svart på skjemaet i alderen 16-79 år, det utgjør 6 705 personer. En analyse av frafallet i 1995 viser at det kun var små forskjeller mellom de frafallskorrigerede svarene og de ukorrigerede svarene, men at variabler som husholdsinntekt, utdanning, alder og mottaker av sosialbidrag hadde betydning for svar sannsynligheten på skjemadelen (Belsby og Vedø 1995). En sammenligning mellom dem som har svart på spørreskjemaet og dem som ikke har besvart dette

Tabell 4.1 Opplevelse av psykiske plager siste 14 dager. Prosent av voksne i alderen 16-79 år. Veid utvalg. 1998

	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget	N
Hodepine	50,3	38,7	8,0	3,1	6 637
Skjelving	89,0	9,1	1,2	0,6	6 623
Matthet eller svimmelhet	68,4	26,6	4,0	1,0	6 625
Nervøsitet, indre uro	65,2	27,7	5,4	1,7	6 640
Plutselig frykt uten grunn	88,7	8,9	1,6	0,8	6 637
Stadig redd eller engstelig	86,3	10,9	2,0	0,8	6 633
Hjertebank	81,4	15,5	2,4	0,7	6 638
Vært anspent, oppjaget	56,2	36,7	5,7	1,4	6 624
Anfall av angst, panikk	91,2	7,0	1,0	0,7	6 639
Rastløs, vansker med å sitte i ro	75,5	20,6	2,9	1,0	6 636
Mangel på energi, alt går langsomt	52,0	37,3	7,9	2,8	6 638
Lett for å klandre seg selv	61,8	29,8	6,2	2,1	6 610
Lett for å gråte	75,0	19,6	3,8	1,6	6 641
Dårlig matlyst	84,7	12,2	2,4	0,7	6 645
Søvnproblemer	62,3	27,8	6,8	3,1	6 656
Håpløshet med tanke på fremtiden	71,7	21,3	4,3	2,7	6 636
Nedtrykt, tungsindig	73,1	21,8	3,8	1,3	6 614
Følelse av ensomhet	74,4	19,7	4,0	1,9	6 640
Følelsen av å være lur i en felle	90,6	7,2	1,3	0,9	6 611
Mye bekymret eller urolig	64,9	28,3	5,0	1,9	6 639
Uten interesse for noe	84,6	12,6	2,0	0,9	6 630
Følelse av at alt er et slit	63,6	28,9	5,0	2,5	6 641
Følelse av å være unyttig	82,5	12,9	2,7	1,8	6 640

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

skjemaet i 1998, viser at noen flere menn enn kvinner har falt fra, og videre at noen flere blant de yngste og de eldre har unnlatt å svare. Det største frafallet finner vi blant de over 80 år, men de er valgt bort i denne gjennomgangen så det får ingen betydning for tallene i dette kapitlet. En gjennomgang av utdanningsnivået viser at det er en større andel med lav utdanning blant dem som ikke har svart, enn blant dem som svarte. En oversikt over dem som falt fra på veien mellom intervju og skjema, viser liten forskjell i egenvurdert helse når vi sammenlignet med dem som valgte å besvare begge deler. Vi vet dessverre ingen ting om helsen til dem som verken har besvart intervju eller skjema.

4.2 Ulike symptomer

De forskjellige symptomene representerer i ulik grad en plage for dem som har besvart "Hopkins liste". Hvis vi ser på de personene som har svart "ganske mye plaget" eller "svært mye plaget", oppdager vi at svært få i den voksne befolkningen har plager som "anfall av angst og panikk", "følelsen av å være lur i en felle" eller "frykt uten grunn", mens atskillig flere plages av "mangel på energi", søvnproblemer, hodepine og bekymringer.

Det var dobbelt så mange kvinner som menn (ikke vist i tabellen) som opplyste av de var plaget av symptomer av typen: lett for å klandre seg selv, lett for å gråte, hodepine og mye bekymret eller urolig. Mens det er omtrent like mange menn som kvinner som er plaget av tungsinn, ensomhet, rastløshet og følelse av å være anspent eller oppjaget.

Nedsatt psykisk helse kan gi kroppslige smerter eller plager. Av de somatiske plagene er det flest som opplever søvnproblemer og hodepine, mens langt færre

opplever hjertebank eller skjelvinger. Et problem med de somatiske plagene er at vi ikke med sikkerhet kan vite om de er psykisk betinget, de kan være forårsaket av fysisk sykdom. Spesielt er grensene uklare for hodepine (Barstad 1997). I det videre vil symptomene presenteres sammenlagt og ikke hver for seg. Således blir det lettere å danne seg et bilde av omfanget av plager i den voksne befolkningen.

4.3 Flere rapporterer om psykiske symptomer

I St.melding nr. 25 (Sosial- og helsedepartementet 1997) om psykiske lidelser og tjenestetilbudene står følgende presisert: *"Det hevdes ofte at psykiske lidelser øker. For psykiske lidelser generelt er dette ikke dokumentert. Intervjuer i utvalg av befolkningen viser at færre opplever "nervøse plager" nå enn før; og kartlegginger tyder på at de alvorligste lidelsene (psykosene) er stabile. Men det er påvist at visse typer lidelser har økt de siste ti årene, f.eks. spiseforstyrrelser, og det er antakelig blitt flere tilfeller av depresjoner og personlighetsforstyrrelser."* Dette synet bekreftes i en artikkel av Nielsen (1996), hvor han henviser til forskning fra inn- og utland som viser at selvmord, alvorlig rusmiddelbruk, alvorlige personlighetsforstyrrelser og lettere depresjoner har økt de siste 30-40 årene, spesielt blant de yngre, mens det er tendenser som tyder på at de klassiske nevrosene er på retur.

Hvordan har utviklingen vært ifølge helseundersøkelsene de siste årene? Andelen som har rapportert om mange symptomer har økt siden midten av 1980-tallet. I 1985 var det 2 prosent som hadde mange symptomer, i 1995 var det 7 prosent og i 1998 hele 14 prosent. Dette mønsteret holder seg stabilt også når vi ser på dem som er *mye* eller *veldig mye plaget* av fire eller flere symptomer,

det var 3 prosent i 1985, mens i 1998 var det 11 prosent som oppga det samme. Er økningen vi ser i andelen personer som rapporterer psykiske symptomer reell? Problemet med å sammenligne mellom 1985 og senere årganger baserer seg på endringen fra spørsmålene stilt under intervjuet og spørsmålene plassert på et papirskjema som leveres anonymt. Forskning av blant annet Torbjørn Moum viser at et personlig intervju om noe så sensitivt som psykiske problemer medfører en kraftig underrapportering av antallet symptomer. Det er også påvist en viss intervjuereffekt, da unge mannlige intervjuere får innrapportert færre symptomer enn andre (Moum 1998). Økningen fra 1985 til 1995 kan derfor sannsynligvis tilskrives metodeendringer, men endringen fra 1995 til 1998 er mer interessant. Det er selvfølgelig mulige feilkilder her også, som problemet med lav svarprosent på spørreskjemaet.

En "Kjell Magne effekt"?

Mange hevder at dårlig psykiske helse er et økende problem i vårt moderne samfunn. Men Barstad (1993) finner en svak nedgang i andelen med psykiske lidelser i sin gjennomgang av levekårsundersøkelsene fra 1980 til 1991⁶. Videre har, som nevnt, antallet selvmord gått ned de senere årene. Likevel finner vi en økning i selvrapporteringen av psykiske symptomer i helseundersøkelsene. En mulig forklaring er større åpenhet omkring psykiske lidelser. Det er ikke sannsynlig at det reelle antallet med psykiske lidelser har økt så mye i løpet av et så kort tidsrom, men kanskje har disse lidelsene blitt mer synlige. Vi kan se tendensen til økt åpenhet omkring psykiske problemer de senere årene, spesielt i media. Det faktum at kjente personer har stått frem og manet til åpenhet har også betydning. Rett før Helseundersøkelsen 1998 ble



Daværende statsminister Kjell Magne Bondevik valgte å stå åpent frem med sin psykiske reaksjon. Dette kan ha hjulpet andre til å fortelle om sine vansker.

gjennomført, sto for eksempel daværende statsminister Bondevik frem og fortalte om sine psykiske problemer. Dette kan ha påvirket intervjuobjektene til å stå frem med slike lidelser. Professor Cullberg mener at Bondeviks åpenhet om sin "depressive reaksjon" er viktig: "*Det har stor mentalhygienisk betydning at den norske statsministeren våget å gå åpent ut om sine plager. Han viste at mennesker har rett til å være deprimerte, og at dette er en sykdom på linje med influensa*" (Cullberg 2000).

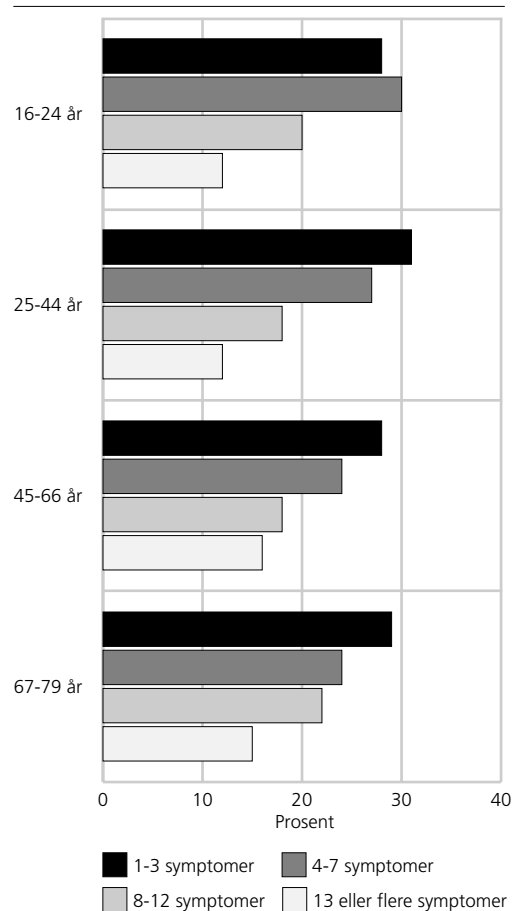
Ifølge VG (2000) er det å ta en "Kjell Magne" den nye betegnelsen på sykemeldinger på grunn av stress i arbeidslivet. Forsker Asbjørn Grimsmo ved Arbeidsforskningsinstituttet forteller at dette har blitt en fellesbetegnelse på det å være psykisk nedkjørt. Han mener at det norske folk har mye å takke Bondevik for,

fordi det nå er lov å diskutere psykiske belastninger på jobben og erkjennelsen om at disse belastningene kan gå på helsa løs.

Økt åpenhet vil gjøre det lettere, både å innrømme at man har et problem, og å oppsøke legehjelp. Som kapittel 9 om medisinbruk viser, kan vi se en økning i bruken av antidepressiva og legemidler mot depresjon. Medias økte fokusering på området gir en normalisering av denne typen lidelser - det er ikke lenger en skam å lide av angst eller depresjonen. Men personer med tunge psykiske lidelser opplever ennå ulike former for diskriminering i dagens samfunn. TV-aksjonen i 1992 var med på å sette psykisk helse på dagsordenen ved å samle inn penger til dette formål. Andelen med en åpen holdning til psykiske lidelser hadde økt signifikant etter aksjonen. Aksjonen klarte dermed å påvirke folks holdninger til psykiske lidelser (Fønnebo og Søgaaard 1996). Det er et eksempel både på medias mulighet til å påvirke våre holdninger og at fokusering på temaet psykisk helse gir resultater.

Tall fra Rikstrygdeverket bekrefter at stadig flere blir sykemeldt som følge av en psykisk lidelse. I 1994 ble det registrert 24 000 sykemeldinger med en psykisk lidelse som diagnose, mens dette økte til 62 000 sykemeldinger i 1999. Det er en økning på 150 prosent over en femårsperiode. Tallgrunnlaget baserer seg kun på sykemeldinger utover arbeidsgiverperioden på 16 dager (Rikstrygdeverket 2000). Rådgiver Ole A. Opdalshei i Rikstrygdeverket opplyser til Aftenposten at økningen sannsynligvis skyldes økt press, både i arbeidslivet og privat. Videre mener han at større åpenhet omkring mentale helseproblemer medvirker til denne veksten (Aftenposten 17.4.2000).

Figur 4.1 Andelen personer mellom 16 og 79 år som har ett eller flere symptomer på psykiske helseplager, etter alder. 1998. Prosent



Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

En annen forklaring på økt antall sykemeldinger med psykiske lidelser som diagnose finner vi i selve arbeidsmarkedet; på grunn av lav arbeidsledighet er det flere og flere som entrer arbeidslivet, også de som kanskje ikke burde vært der. En større andel sårbare individer vil gi en økning i antall sykemeldte med denne typen diagnoser. Det er snakk om en seleksjon, de som kommer sist inn på markedet vil gjerne være de minst ressurssterke.

Kvinner rammes oftere enn menn

Forskning viser at kvinner oftere er plaget av lettere former for angst og depresjon enn menn. Mer alvorlige psykiske lidelser er jevnt spredd mellom kjønnene. Psykiater Eva Albertsen Malt (1999) hevder at det er den moderne kvinnens stressende hverdag og manglende evne til å si nei som må påta seg mye av skylden for de psykiske plagene. Malt mener kvinner må lære seg å sette grenser og bli flinkere til å ta vare på seg selv. I helseundersøkelsen i 1998 er det 17 prosent kvinner mot 11 prosent menn som oppgir mange symptomer på psykiske plager. Dette stemmer bra overens med Malts oppfatning. Blant pasienter med psykiske plager er det svært utbredt å ha en kombinasjon av angst- og depresjonssymptomer (Bjelland og Dahl 1999), slik som vi finner her.

Flere eldre med psykiske plager

Drøye en av ti i alderen 16-79 år oppgir mange symptomer på psykiske helseplager. Andelen som har minst ett symptom er forholdsvis stabilt. Ni av ti 16-24-åringene oppgir en eller flere symptomer, det samme gjør eldre i alderen 67-79 år. Dette er et meget høyt tall, men det betyr ikke at alle disse har psykiske problemer, det er langt færre som sliter med hyppige symptomer på nedsatt psykisk helse. 12 prosent av de unge (16-24 år) har mange symptomer, mens blant de middelaldrende (45-66 år) og eldre (66-79 år) er det henholdsvis 16 og 15 prosent som oppgir det samme. De unge plages oftere av hodepine, rastløshet og følelsen av at alt er et slit, mens de eldre lider av søvnproblemer, mangel på energi og har lett for å klandre seg selv.

Utdanning og sosioøkonomisk status innvirker på rapporteringen av psykiske lidelser

Utdanningsnivået slår ut i forhold til dem som oppgir mange symptomer, her finner vi en større andel med lav utdanning (19 prosent) enn med høy utdanning⁷ (8 prosent). Nå er det slik at mange middelaldrende og eldre har lavere utdanning enn yngre generasjoner, men mønsteret holder seg stabilt også når vi kontrollerer for alder. Blant middelaldrende 45-66 år er det 23 prosent med grunnskoleutdanning mot 5 prosent med høyere utdanning (type II) som oppga mange symptomer. Andelen med ingen symptomer er mer jevn, men øker noe med utdanningsnivået. Vi kan ikke ved hjelp av helseundersøkelsen si noe om de psykiske plagene har vanskeliggjort å gjennomføre en høyere utdanning eller om slike plager generelt rammer flere lavt utdannede. Dalgard (1996) bekrefter med sin analyse av Oslo/Lofoten-undersøkelsen at hyppigheten av psykiske lidelser øker med avtakende utdanningsnivå. Han finner det vanskelig å si noe om årsakssammenhengen i den forbindelse. Dalgard mener at det mest sannsynlig dreier seg om et samspill mellom personlighetsfaktorer og stressfaktorer.

Lavt utdanningsnivå henger sammen med lav sosioøkonomisk status. Forskning har vist at flere arbeidsløse enn yrkesaktive har psykiske problemer. En undersøkelse blant langtidsledige i Lillesand, gjennomført av Ytterdahl og Fugelli (2000), viste en overhyppighet av somatoforme sykdommer, angsttilstander og depresjon blant de ledige. Yrker hvor den yrkesaktive har liten bestemmelsesrett over arbeidssituasjonen og/eller monotone arbeidsoppgaver, eller liten mulighet til å utnytte egne evner og interesser, slår også negativt ut for den psykiske helsen

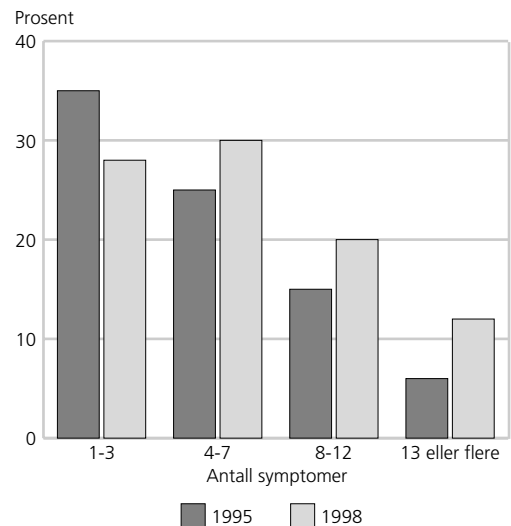
Tabell 4.2 Andel personer med 13 eller flere symptomer på nedsatt psykisk helse, etter alder og sosioøkonomisk status. 1995. Prosent

	Alle	16-24 år	25-44 år	45-66 år	67-79 år
Ufaglærte arbeidere	5	6	4	4	:
Faglærte arbeidere	4	5	3	5	:
Funksjonærer, lavere nivå	6	4	6	6	:
Funksjonærer, mellomnivå	5	5	4	6	:
Funksjonærer, høyere nivå	2	:	2	2	:
Fiskere, gård-/ skogbrukere	5	:	8	4	:
Øvrige selvstendige frie yrker	5	:	3	8	:
Skoleelever/ studenter	4	3	6	:	.
Pensjonister/ trygdede	10	21	18	16	5
Hjemme- arbeidende	10	:	11	10	.
Uklassifiserte	6	3	5	7	:
N	7 330	1 297	2 823	2 381	829

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

(Dalgard 1996). Data fra helseundersøkelsen i 1995 viser at funksjonærer på høyere nivå kommer best ut, i denne gruppen er det bare 2 prosent som har mange symptomer på nedsatt psykisk helse. Mens pensjonister, trygdede og hjemmearbeidende kommer dårligst ut. Blant de trygdede er det 21 prosent av de unge og 18 prosent av de voksne som er plaget av mange symptomer. Det kan oppleves som tyngre å gå på trygd når man er ung, enn når man er eldre. Som Ytterdahl og Fugelli (2000) påviste i sin studie, er det en del arbeidsledige som sliter på grunn av manglende jobb. Det ser ut til at yrkesaktivitet har en positiv innvirkning på mental helse, og aller mest når man jobber i yrker med stor grad av selvstendighet, noe som også

Figur 4.2 Andelen unge (16-24 år), etter antall symptomer på psykiske lidelser. Tall fra 1995 og 1998. Prosent



Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

bekreftes av Barstad (1997). En annen forklaring får vi når vi ser på statistikk fra Rikstrygdeverket (1999), som viser at hele 50 prosent av de uføretrygdde under 40 år er trygd på grunn av en psykisk lidelse eller atferdsforstyrrelser.

Verre for de unge?

I en artikkel i Dagsavisen (3. oktober 1999) kan vi lese at stadig flere trenger psykiatrisk hjelp og at pasienter med depresjoner blir yngre og yngre. Psykiater Inger Sandanger mener det er sannsynlig at antallet psykiske lidelser har økt, men at vi ikke vet om det er sykdommen eller synligheten av den som har økt.

Ifølge ulike studier fra inn- og utland er det ca. 20 prosent barn og unge som lider av ulike psykiske lidelser. Men dette varierer med kjønn, alder og sosiale forhold. Mer alvorlige og behandlingstrende lidelser rammer ca. 5 prosent

av barnebefolkningen. (Sosial- og helse-departementet 1997). Depresjoner er uvanlig blant små barn, men forekomsten øker med alderen og når en topp blant barn i puberteten (Nasjonalforeningen for folkehelsen 1997).

Antall behandlede barn og unge innenfor psykiatrien har økt med 8 prosent fra 1996 til 1998 (SAMDATA psykiatri 1999). Ifølge Statistisk sentralbyrås (2000) tall har antall årsverk innenfor barne- og ungdomspsykiatrien økt med 19 prosent fra 1996 til 1999, mens antallet polikliniske konsultasjoner blant barn og unge har økt med nesten 17 prosent. Brutto

driftsutgifter har økt med 41 prosent i samme periode.

Vi har ikke tall for barn når det gjelder psykisk helse i helseundersøkelsene, men vi har tall for de unge i alderen 16 til 24 år. Her kan vi, som i resten av befolkningen, se en økning over tid i rapporterte antall symptomer. I 1995 var det 19 prosent av de unge som ikke hadde noen symptomer, i 1998 hadde andelen sunket til en av ti. Vi kan også se en endring i andelen unge som sliter med mange symptomer. I 1995 utgjorde den 6 prosent, mens i 1998 hadde andelen økt til 12 prosent (se figur 4.2).

Tabell 4.3 Andel personer 16-79 år som har vurdert egen helse, etter antall symptomer på redusert psykisk helse og etter alder. 1998. Prosent

	Alle	16-24	25-44	45-66	67-79
	år	år	år	år	år
God/meget god helse					
Ingen symptomer	15	14	13	19	15
1-3 symptomer ...	33	30	34	32	37
4-7 symptomer ...	26	25	27	24	29
8-12 symptomer .	17	20	16	16	16
13 eller flere	8	10	9	8	4
Verken god eller dårlig					
Ingen symptomer	4	13	4	3	6
1-3 symptomer ...	17	19	14	16	23
4-7 symptomer ...	24	8	25	24	27
8-12 symptomer .	27	26	22	29	29
13 eller flere	28	35	35	29	15
Dårlig/meget dårlig helse					
Ingen symptomer	2	.	0	0	6
1-3 symptomer ...	9	.	9	10	9
4-7 symptomer ...	20	.	29	15	19
8-12 symptomer .	31	.	40	30	25
13 eller flere	37	.	23	44	41
N.....	2 841	361	1175	966	339

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

4.4 Vurderingen av egen helse

Subjektiv vurdering av helsen vil neppe bare gjelde somatisk (kroppslig) helse, men også den psykiske helsen. Det er derfor interessant å se på alle som opplever helsen som enten god eller dårlig og om dette gir utslag i forhold til antallet symptomer på nedsatt mental helse.

Av dem som oppgir at helsen er god, er det 15 prosent som ikke har noen symptomer på psykiske plager. 8 prosent oppgir mange symptomer, av disse er 6 prosent menn og 11 prosent kvinner. Dette gir utslag også i forhold til alder. Blant de eldre som opplyser om god helse, er det bare 4 prosent som oppgir mange symptomer. Dette forandrer seg radikalt når vi ser på dem som opplever helsen som dårlig. Her er det kun 2 prosent som ikke har noen symptomer, mens en drøy tredel oppgir 13 eller flere. Det er også en større andel kvinner (42 prosent) enn menn (32 prosent) som oppgir mange symptomer på psykiske plager. Dette tyder på at det psykiske, i like stor grad som det fysiske, virker inn på hvordan vi oppfatter vår egen helse. Men det vil være en glidende overgang her siden

symptomer som hodepine f.eks. kan skyldes en fysisk lidelse og ikke nødvendigvis ha psykiske årsaker.

Flere kvinner enn menn får utrettet mindre enn ønsket

Det er rimelig å anta at psykiske problemer kan påvirke både jobb og fritid. I helseundersøkelsen fra 1998 stilles det også et spørsmål om eventuelle psykiske plager virker inn på gjøremål i hverdagslivet. Spørsmålet er plassert på selvutfyllingsskjemaet og lyder som følger: "I løpet av de siste 4 ukene, har du hatt noen av de følgende problemer i ditt arbeid eller i andre av dine daglige gjøremål på grunn av følelsesmessige problemer (som f.eks. å være deprimert eller engstelig)?" Det er tre kategorier å velge mellom og svaralternativene er "ja" og "nei" på alle tre:

- Du har måttet *redusere tiden* du har brukt på arbeid eller på andre gjøremål

- Du har *utrettet mindre* enn du ønsker
- Du har utført arbeidet eller andre gjøremål *mindre grundig* enn vanlig

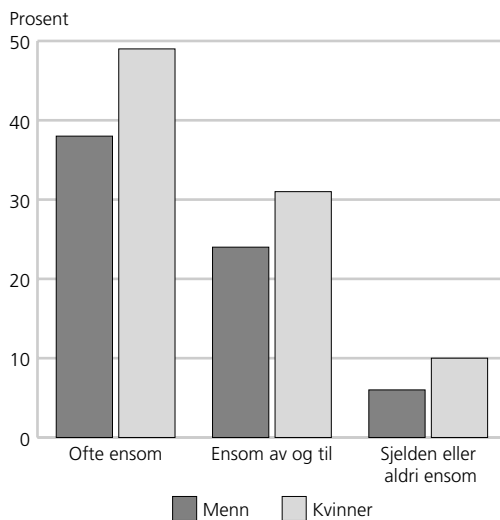
13 prosent av alle i undersøkelsen har svart bekreftende på at de har måttet redusere tiden brukt på arbeid eller fritidsaktiviteter. 22 prosent forteller at de har fått utrettet mindre enn de ønsket, mens 15 prosent har gjennomført eventuelle oppgaver mindre grundig enn vanlig. Det er dermed en del mennesker som ikke får gjort alt det de ønsker i hverdagen pga. følelsesmessige problemer. Hvis vi skal prøve å sammenligne disse resultatene med svarene på "Hopkins liste", så tyder tallene på at det å ha psykiske symptomer ikke nødvendigvis går ut over arbeidskapasiteten.

Det er flere kvinner enn menn som opplever problemer i forbindelse med den psykiske helsen. 11 prosent menn mot 16 prosent kvinner har måttet redusere tid brukt på arbeid, mens henholdsvis 19 prosent menn og 25 prosent kvinner har fått utrettet mindre enn ønsket. Det vil si at så mange som en av fire kvinner rammes som følge av ulike former for følelsesmessige problemer, og således får gjennomført mindre enn ønsket i hverdagen.

De ensomme er mer plaget

Å være ensom er ikke nødvendigvis ensbetydende med å være alene eller enslig. Det er først når du savner sosial kontakt at du er ensom, ifølge psykolog og forsker Kirsten Thorsen (1999). Det er disse som risikerer helsemessige konsekvenser av ensomheten sin. Thorsen uttaler at tendensen til depresjon øker blant dem med mangelfullt sosialt nettverk når kriser eller økte påkjenninger inntreffer.

Figur 4.3 Andel menn og kvinner som er plaget med mange symptomer på psykiske lidelser, etter hvor ofte de føler seg ensomme. 1998. Prosent



Kilde: Helseundersøkelsen, Statistisk sentralbyrå.

En analyse av hvor ofte vi treffer venner viser bare mindre avvik mellom dem som ser vennene ofte og dem som ser dem mer sjelden i forhold til psykiske problemer. Det tyder på at det ikke er hyppigheten på vennetreffene som avgjør om man føler seg ensom eller ikke. Helseundersøkelsen bekrefter at personer som oppgir at de føler seg ensomme oppgir flere symptomer, enn dem som sjelden har denne følelsen. Det er 8 prosent av dem som aldri eller sjelden føler seg ensomme som oppgir mange symptomer, mens dette gjelder nesten halvparten (46 prosent) dem som ofte opplever ensomhet. Er det slik at ensomheten henger sammen med alder? Blant dem som ofte er ensomme og har mange symptomer er det flest i aldersgruppen 25 til 44 år og færrest blant de eldste (67-79 år). Ser vi på dem som sjelden og aldri er ensomme, er forskjellene mellom de ulike aldersgruppene små.

Vi vet ikke om folk er ensomme pga. psykiske plager eller om det er ensomheten som påfører plager av psykisk karakter. Barstad (1997) finner i en analyse av

data fra Helseundersøkelsen 1995 at det var en klar statistisk sammenheng mellom sosial integrasjon og psykisk helse, spesielt for depresjon. Fortrolige relasjoner, venner, ektefelle og et arbeidsfellesskap ser ut til å virke forebyggende mot denne typen lidelse.

4.4 Gjennomsnittsverdier på psykisk sykdom

Som tabell 4.4 viser, er det en av ti som kan antas å ha psykiske problemer, mens åtte av ti kan antas å være uten slike problemer. Sammenligner vi med dataene over antallet symptomer, er det som tidligere nevnt 14 prosent som har mange symptomer. Prosentandelen med mange symptomer (13 eller flere) og andelen som er psykisk plaget (gjennomsnittsverdi på $\leq 1,75$) stemmer bra overens.

Nå er det bare 12 prosent i 1998 som oppgir null symptomer, ergo har hele 88 prosent et eller flere psykiske symptomer, noe som viser at det ikke er noe en-til-en-forhold mellom symptomer og sykdom. Det er fullt mulig å være plaget av en del ulike symptomer uten at du har en psykisk lidelse, fordi enkelte symptomer på depresjon og angst ikke er det samme som å lide av depresjon eller angst. Dessuten kan de somatiske symptomene ha en

Boks 4.2

"Hopkins liste" kan også benyttes til å beregne en fellesverdi basert på alle de 25 spørsmålene, hvor "ikke plaget" gis verdien 1, "litt plaget" verdien 2, "ganske mye plaget" verdien 3 og "veldig mye plaget" verdien 4. Denne fremgangsmåten krever at samtlige spørsmål er besvart, siden man tar gjennomsnittsverdien av tallverdien til alle spørsmålene. Det vil si 6192 personer i 1998-undersøkelsen. Etter utregningen har alle deltakerene en verdi mellom 1 og 4. Personer med verdier over 1,75 anses for å være psykisk plaget. Det er vanlig å dele verdiene inn i tre kategorier, hvor 1-1,54 anses for å være psykisk friske, 1,55-1,74 i faresonen og 1,75-4 er psykisk syke.

Tabell 4.4 Andel personer 16-79 år, etter gjennomsnittsverdi på psykisk helse og alder. 1998. Prosent

	Alle	16-24 år	25-44 år	45-66 år	67-79 år	N
Menn og kvinner						
1,00-1,54	82	82	84	82	79	5 105
1,55-1,74	7	8	7	6	10	448
1,75 og over ...	10	10	9	12	11	639

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

fysisk og ikke nødvendigvis en psykisk årsak.

Blant dem som lider av nedsatt psykisk helse er det kun små forskjeller mellom de ulike aldersgruppene. Forskjellen mellom kjønnene er større, det er flere kvinner enn menn som lider av nedsatt psykisk helse, 13 prosent kvinner mot 8 prosent menn. Det er også flere med lav, enn med høy utdanning som har psykiske problemer, 14 prosent blant dem med grunnskoleutdanning mot 4 prosent med høyere utdanning (nivå II).

4.5 Oppsummering

Lettere psykiske plager er blitt en av de store folkesykdommene. Ni av ti nordmenn har vært plaget av ett eller flere symptomer på nedsatt psykisk helse i løpet av 14-dagersperioden. Det er langt færre som har hatt større plager, drøyt en av ti rapporterer om mange symptomer.

Vi kan se en økning over tid av lettere psykiske plager i befolkningen, men det er vanskelig å si om det er en reell økning eller bare en synliggjøring av problemet via økt åpenhet om psykisk helse. Det har i de senere årene vært en større åpenhet omkring denne typen lidelser. Vi kan således snakke om en normalisering av det å ha nedsatt psykisk helse. Depresjoner i ulik styrke er noe som vil ramme de aller fleste av oss en eller flere ganger i løpet av livet. Også angst, og da spesielt fobier er vanlig i befolkningen.

Som vist i løpet av kapitlet, er det ulike grupper som er spesielt utsatt for redusert psykisk helse. Det er for eksempel langt flere kvinner enn menn som er plaget. Vi finner også en noe høyere andel med psykiske plager blant de med lav utdanning og lav sosioøkonomisk status.

- ¹ Somatoforme lidelser er langvarige og forskjellige fysiske symptomer som ikke kan forklares av kroppslig (somatisk) sykdom.
- ² En person kan skrives ut fra en psykiatrisk institusjon flere ganger i løpet av et år, slik at tallet viser antallet utskrevne pasienter og ikke antallet personer.
- ³ 1997 er det siste året vi har tall fra i dødsårsaksregisteret, 1998 tallene er under arbeid.
- ⁴ Hopkins Symptom Check List (HSCL)
- ⁵ Vi har her valgt oss 13 som grensen for «mange symptomer». Fordelingen av enkelt symptomene viser en klar innsnevring med økende antall. Men selv ved ti symptomer gjelder det nesten en firedel av utvalget, ved 13 symptomer snevres gruppen ytterligere inn og disse har blitt valgt som analysegruppe.
- ⁶ I levekårsundersøkelsen har man ikke benyttet «Hopkins liste», men et annet måleinstrument i forhold til psykiske problemer. Her er referanseperioden siste 6 måneder og ikke siste 14 dager som i helseundersøkelsene, videre er svaralternativene ofte, av og til og aldri. Antallet spørsmål er ikke 25, men 3 spesiallagde spørsmål. Barstad har i sine analyser tatt utgangspunkt i 2 av disse spørsmålene.
- ⁷ Høyere utdanning nivå II, som tilsvarende universitet og høyskole 4 år eller mer.

Referanser

Aftenposten (17 april 2000): "Psykefraværet er fordoblet på fem år".

Barstad, Anders (1993): "Flere psykiske lidelser?" Basert på et paper skrevet til den 17. nordiske sosiologikongressen Gävle 13.-15. august 1993.

Barstad, Anders (1997): "Psykisk helse - fortrolighet forebygger?" Samfunnsspeilet 1997, 2, Statistisk sentralbyrå.

Belsby, Liv og Anne Vedø (1998): "Fallanalyse av Helseundersøkelsen 1995", Notat 98/3, Statistisk sentralbyrå.

- Bjelland og Dahl (1999): "Angst og depresjon - en vanlig blanding", *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 1999, 119: 3277-80.
- Cullberg, Johan (2000): "Mennesker har rett til å være deprimerte". Intervjuet i *Helsenytt for alle*, som utgis av Nasjonalforeningen for folkehelsen, nr. 1, 2000.
- Dagsavisen (3. oktober 1999): "Flere trenger psykiatrisk hjelp".
- Dalgard, Odd Steffen (1996): "Psykisk helse relatert til sosialt miljø" i Hurlen og Nordhagen (red.) *Folkehelse i forandring*, Universitetsforlaget.
- Fønnebø og Søgaard (1996): "Effekter av TV-aksjonen for psykisk helse 1992", *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 1996; 116: 2467-72.
- Malt, Eva Albertsen (1999): "Kvinner og psykiske problemer", Intervjuet i *Helsenytt for alle*, som utgis av Nasjonalforeningen for folkehelsen, nr. 4, 1999.
- Moum, Torbjørn (1998): "*Mode of administration and interviewer effects in self-reported symptoms of anxiety and depression*", Social Indicators Research.
- NOU (1999:13): *Kvinnens helse i Norge*, Sosial- og helsedepartementet.
- Nasjonalforeningen for folkehelsen (1997): "*Psykoser*", i *Helsenytt for alle*, (<http://helsenytt.no/artikler/psykoser.htm>).
- Kringlen, Einar (1999): "Depresjon", Intervjuet i *Helsenytt for alle*, (<http://helsenytt.no/artikler/depresjon.htm>).
- Nielsen, Geir Høstmark (1996): "Psykiske lidelser i befolkningen" i *Folkehelse i forandring*, Hurlen og Nordhagen (red.), Universitetsforlaget.
- Rikstrygdeverket (2000): *Diagnoser og sykefravær 1994-1999*, Rapport 04/2000.
- Rikstrygdeverket (1999): *Trygdestatistisk årbok 1999*.
- SAMDATA psykiatri: *Psykiatritjenesten 1998 - på rett vei?* Sintef Unimed rapport 6/99.
- Sosial- og helsedepartementet (1997): *Åpenhet og helhet - om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*, St.melding nr. 25.
- Sosial- og helsedepartementet (2000): *Statsbudsjettet*
- Statistisk sentralbyrå (2000): *Spesialisthelsetjenesten, psykiatri*.
- Statistisk sentralbyrå (2000): *Dødsårsaksstatistikken*.
- Thorsen, Kirsten (1999): "Ensomhet og helse", Intervjuet i *Helsenytt for alle*, (<http://helsenytt.no/artikler/ensomhet.htm>).
- VG (2000): "Jeg tar en Kjell Magne - Ny stressbetegnelse i norsk arbeidsliv", Publisert 11.9.2000.
- Ytterdahl, Tore og Per Fugelli: "Helse og livskvalitet blant langtidsledige" i *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* nr. 11, 2000.