I Helseundersøkelsene

Statistisk sentralbyrå har samlet inn data om den norske befolkningens helse regelmessig siden 1968 - siste gang i 1998. Undersøkelsene er bredt anlagt, og gir blant annet kunnskap om helseforhold, bruk av helsetjenester og konsekvenser av nedsatt helse for aktivitetsmuligheter og livskvalitet. Formålet med denne publikasjonen er å belyse ulike problemstillinger med utgangspunkt i helseundersøkelsene. Dataene er basert på egenrapporterte helseopplysninger samlet inn ved intervjuer med et utvalg av den norske befolkningen. Hovedvekt blir lagt på tema knyttet til

- egenvurdering av helse
- sykdom og symptomer
- funksjonsevne
- mestring
- levevaner
- bruk av helsetjenester.

Publikasjonen tar i første rekke sikte på å presentere de nyeste resultatene. I den grad det er mulig og hensiktsmessig vil tidligere helseundersøkelser trekkes med for å belyse trender og utvikling i enkeltfenomener. I fremstillingen blir det lagt vekt på bredde, aktualitet og sammenligning over tid. Referanser vil bli gitt til relevante publikasjoner og oppslag.

Hovedformålet er med andre ord å samle og å oppsummere den utvalgsbaserte statistikken om helseforhold i én publikasjon.

Regelmessighet i datainnsamling og undersøkelsenes generelle preg gjør det mulig å overvåke helsetilstanden over tid og å identifisere særlige satsingsområder. Dataene benyttes blant annet som dokumentasjon innen forvaltningen, både sentralt og lokalt. Den kunnskap dette gir og de problemstillinger det reiser, inngår videre i arbeidet med å planlegge ulike reformer og tiltak, og danner grunnlag for helsepolitiske beslutninger. Utenfor forvaltningen gir dataene nyttig informasjon til ulike støttegrupper og interesseorganisasjoner bl.a. for kartlegging av målgrupper i helsepolitisk øyemed.

I utdanningssammenheng, primært i undervisning av helsepersonell, utgjør opplysninger fra helseundersøkelsene en del av kunnskapsgrunnlaget som dagens teorier og hypoteser bygger på. Innenfor forskning generelt danner datamaterialet referanse for lokale undersøkelser eller fylkesvise helseprofiler. Innen samfunnsmedisinsk og epidemiologisk forskning representerer dataene en særlig viktig kilde til å kartlegge ulike sykdommers forekomst og utbredelse, samt endringer over tid. Ofte knytter det seg interesse til

hvordan sykdommer er fordelt i normalbefolkningen sammenlignet med mer avgrensete grupper.

Fra politisk hold understrekes betydningen av å nå frem til allmennheten med kunnskap om helsesituasjonen og utviklingen i folkehelsen[1]. Elektroniske data fra helseundersøkelsene er tilgjengelige for alle. Denne publikasjonens primære mål er å formidle dataene og gjøre dem tilgjengelige for allmennheten i analysert form. Helseundersøkelsene er en av flere innfallsporter til beskrivelse av helsetilstanden.

[1] Jf. Helseministerens redegjørelse om folkehelsen i Stortinget 10. mai 1999. Folkehelserapporten, Sosial- og helsedepartementet, 1999.

1 Innledning

1.1 Kilder til data om helseforhold

Det finnes ulike kilder til data om helseforhold og flere tilnærminger til feltet. De fleste kilder baserer seg på rapporteringer fra helsetjenesten. Det finnes registre for blant annet infeksjonssykdommer, kreftsykdommer og skader. Registrene gir opplysninger om sykdommer i vekst og tilbakegang. Kreftsykdom registreres i Kreftregisteret, infeksjonssykdom og skader meldes av lege til sentrale registre på Statens Institutt for Folkehelse (MSIS; meldesystemet for infeksjonssykdommer), og medfødte lidelser registreres i Medisinsk fødselsregister (MFR). Opplysninger om hvilke sykdommer og plager folk blir uføretrygdet av, systematiseres i regi av Rikstrygdeverket. Videre innhenter Statistisk sentralbyrå opplysninger om hva slags sykdommer som fører til sykehusopphold fra landets sykehus via oppgaver fra det enkelte sykehus (jf. Norsk Pasientregister), og registrerer dødsfall og årsaker til død i Dødsårsaksregisteret. Oversikten er ikke fullstendig. Alle disse datakildene er registreringer som skjer gjennom helsetjenesten. I mange tilfeller blir dette en registrering av enkeltepisoder som i liten grad kan erstatte oversikter over helseproblemer i befolkningen som helhet. Plager og sykdommer som "folk flest" har og lever med, uavhengig av kontakt med helsevesenet, har vi ikke tilstrekkelig kunnskap om. Det finnes ikke systematiske registreringer eller tellinger av hvor mange som har ulike sykdommer og plager, eller hva slags innvirkning dette har på folks dagligliv. Intervjuundersøkelser og utvalgsbaserte befolkningsundersøkelser som helseundersøkelsene er andre kilder til opplysninger om helsetilstanden.

1.2 Helseundersøkelser

Data fra helseundersøkelser belyser et felt som ikke dekkes av annen helsestatistikk. I de fleste av disse undersøkelsene er det legfolks vurderinger som er satt i fokus, og ikke uttalelser fra helsepersonell eller andre registreringer. Det gjennomføres per i dag flere typer helseundersøkelser i regi av ulike institusjoner. Enkelte av dem er kombinasjonsundersøkelser av klinisk/medisinske undersøkelser med spørreskjema, mens andre kun er basert på spørreskjemaer. Noen helseundersøkelser tar for seg avgrensete aldersgrupper eller er innskrenket til å gjelde spesifikke geografiske områder. I tillegg til fylkesvise helseundersøkelser, såkalte "fylkesprofiler" som er gjort i bl.a. Østfold og Akershus, gjennomføres det en større helseundersøkelse i Nord-Trøndelag (HUNT), og blant annet 40-årskontroller i regi av Statens Helseundersøkelser (SHUS).

Statistisk sentralbyrås helseundersøkelser

Statistisk sentralbyrås helseundersøkelser gir representative helsedata for hele landet. Alle aldersgrupper er representert, også barn (ikke i 1998). Dataene fra undersøkelsene beskriver en subjektiv virkelighet der vanlige folk, innenfor et strukturert opplegg, forteller om helseproblemer og opplevelse av egen helse. De gir et bilde av sykdom og plager folk lever med, begrensninger som skyldes helsesvikt, og kontakter med ulike behandlere som følge av sykdom.

I tillegg til å gi mange og gode opplysninger om individuelt betingete forhold som påvirker den enkeltes livskvalitet, gir undersøkelsene anledning til å kartlegge utbredelse og forekomst av en del snevre sykdomsgrupper. Sykdomsbeskrivelser og diagnoseangivelser fra undersøkelsene blir systematisert og klassifisert i henhold til medisinske kriterier. Ved fortolkning og koding av sykdomsopplysninger benyttes det medisinske klassifikasjonssystemet for sykdom, dødsårsaker eller skader (ICD). Denne måten å behandle sykdomsopplysningene på har både muligheter og begrensninger. Kodepraksisen harmonerer med det medisinske begrepsapparat og gjør dataene attraktive for helsearbeidere generelt. Begrensningen består i at det medisinske kodeverket, til tross for jevnlig revisjon, ikke er fleksibelt nok til å fange opp eventuelle "nye" epidemiske sykdomstilstander i befolkningen.

Sammenligninger med tidligere gjennomførte helseundersøkelser gir mulighet til å lage tidsserier og således følge utviklingen i folkehelsen over tid. Fordi undersøkelsene gjennomføres regelmessig gir de informasjon om forskjeller på ulike måletidspunkt, men gir ikke reelle trender ettersom det ikke finnes sammenlignbar informasjon fra de mellomliggende årene.

Fordi helseundersøkelsen er generell og favner vidt, gir ulike konstellasjoner av informasjonsbiter betydelig informasjon om den enkeltes helsesituasjon. Det gjør det mulig å vurdere flere aspekter ved den enkeltes situasjon i sammenheng. Sammenstilling av f.eks. sykdom og symptomer med levevaner gir innsikt i forhold som forårsaker helseproblemer. Videre kan økonomiske opplysninger kombinert med helsedata gi verdifull informasjon om utsatte grupper som i levekårsperspektiv kommer skjevere ut enn andre. Intervjudataene blir koblet sammen med opplysninger fra offentlige registre om blant annet inntekts- og formuesforhold, utdanning, samt trygder og stønader. Spesifikke helseproblemer kan identifiseres og særlig utsatte grupper sirkles inn. I tillegg til problemfokuserende beskrivelser av sykelighet og funksjonsproblemer åpner datagrunnlaget for nyanserte og positive beskrivelser av sider ved folks sykdomsmestring.

Tilbakeblikk på ulike årganger av helseundersøkelsen

Vekslende helseproblemer og endret oppfatning av hva som omfattes av helsebegrepet over tid er dels fanget opp og reflektert i opplegget for helseundersøkelsene. Hovedformålet med alle undersøkelsene har vært å gi en generell og bred oversikt over helseproblemer i den norske befolkningen som helhet.

Den første helseundersøkelsen i 1968 var i hovedsak epidemiologisk orientert. Formålet med undersøkelsen ble formulert som å skaffe "*oversikt over utbredelsen av sykdommer og skader og deres virkning på personenes fysiske aktivitet*". Den ble

ansett som en primærkilde for anslag av syketilfeller, sengedager og legekontakt. Forekomst og utbredelse av sykdommer, skader og funksjonshemminger ble behørig registrert. Det ble lagt stor vekt på at diagnoser eller syketilfeller skulle registreres så presist som mulig ut fra medisinske kriterier. I tilknytning til undersøkelsen i 1968 ble det også utført en tilleggsundersøkelse der et utvalg av intervjupersonenes egenrapporterte syketilfeller ble sjekket mot opplysninger gitt av behandlende lege. Sett i lys av hva som var dominerende helseproblemer på 1960-tallet, inneholdt undersøkelsen i 1968 spørsmål om vaksiner mot infeksjonssykdommer som tuberkulose, polio og kopper. Videre var tilgjengelighet til primære helsetjenester som lege og apotek tema for denne undersøkelsen.

Livsstilsrelaterte sykdommer som hjerte- og karsykdommer, kreft, ulykker og selvmord hadde stor utbredelse på 1970-tallet. Dette er alvorlige tilstander som med stor sikkerhet medfører legekontakt. Ved den neste helseundersøkelsen ti år senere ble dette forsøkt fanget opp, og det het blant annet at "*et videre siktemål denne gang er å kartlegge befolkningens kontakt med helsevesenet og bruken av helsetjenester*". I tillegg til å registrere syketilfeller, var man også opptatt av å kartlegge hvordan sykdom og skade påvirket den syke selv og hans eller hennes omgivelser. Fokus ble rettet mot konsekvenser av sykdom, slik som redusert aktivitet, fravær fra arbeid, behov for hjelp i det daglige, samt behov for helsetjenester. Nye tema i 1975 omfattet spørsmål om psykisk helse og bruk av beroligende medisiner, samt tannhelse.

Undersøkelsen i 1985 konsentrerte seg særlig om å avdekke ulikheter i helsetilstand. Tema knyttet til grader av funksjonshemming og praktiske og sosiale konsekvenser (utover nedsatt aktivitet og kontakter med helsevesenet) av sykdom ble fokusert. Likeledes ble spørsmål som dreier seg om symptomer av fysisk og psykisk karakter tatt inn. Undersøkelsen i 1985 tok i større grad opp i seg behovet for å forstå og avklare forhold som har sammenheng med eller som forårsaker helseproblemer. Man ønsket å frembringe opplysninger om risikofaktorer for sykdom som kunne danne utgangspunkt for planlegging av helsefremmende og forebyggende tiltak.

Undersøkelsen i 1995 var særlig rettet inn mot å kartlegge konsekvenser av sykelighet og mestring av helseproblemer. Man ønsket å fremheve hvordan folk flest lever med sykdom. Levevaners betydning for utvikling av sykdom eller generell eksponering for helseplager medførte at livsstilsrelaterte forhold ble trukket sterkere med i undersøkelsene. Det ble samlet inn data om blant annet røykevaner, alkoholbruk, kosthold, mosjon mv. Hensynet til et økende behov for internasjonal standardisert statistikk på helsefeltet medførte visse endringer i denne årgangen av undersøkelsen. Felles rapporteringsgrunnlag var nødvendig for å evaluere fremgangen mot felles europeiske mål innenfor "Helse for alle"-strategien.

De nyeste helsedataene stammer fra *Samordnet levekårsundersøkelse om helse, omsorg og sosial kontakt,* (omtalt som Helseundersøkelsen 1998 i denne publikasjonen). Denne undersøkelsen er tematisk sett forsøkt holdt så lik 1995-undersøkelsen som mulig. Enkelte tema er imidlertid tatt ut eller redusert. Det gjelder blant annet spørsmål om tannhelse og enkelte spørsmål om livsstil (kosthold, spisevaner mv.). Ett felt som imidlertid er styrket sammenlignet med undersøkelsen

i 1995 er forhold knyttet opp mot tilstander med diffuse og uklare sykdomstrekk. Det blir gjort forsøk på å fange opp symptomer, eller lidelser og plager som ikke har en klar diagnose. I tillegg har Sosial- og helsedepartementet finansiert en spørsmålssekvens på 36 spørsmål om psykisk og fysisk helse, samt mestring og trivsel (MOS-SF-36)[1] som inngår i denne siste undersøkelsen fra 1998.

1.3 Rapportens innhold

Rapporten omfatter ulike tema knyttet til helse og sykdom, helse og hverdagsliv, samt helse og behandling. Innledningsvis presenteres ulike innfallsvinkler til helse. Her understrekes det at trivsel og positiv livsholdning er viktige elementer i helsebevarende og helseforebyggende atferd. Det er åpenbart at helsetilstanden påvirkes av hvordan man vurderer egen livskvalitet i dag og utsiktene fremover. I mylderet av ulike helsemål er spørsmålet om hvordan man vurderer helsen sin "sånn i alminnelighet" kanskje det som best fanger inn enkeltpersonens grunnstemninger. Slik sett er målet på egenvurdert helse et beskrivende mål på hvordan den enkelte har det alt i alt. Denne og beslektede problemstillinger blir nærmere belyst i *kapittel 2*.

I *kapittel 3* om sykdom og helseplager ser vi på en del utvalgte sykdomsgrupper slik de blir registrert i helseundersøkelsene, og på endring i sykdomsgruppenes størrelse over tid. Det reises spørsmål om vi er blitt sykere, og om ulike sykdomsgrupper har økt i forekomst eller utbredelse. Helseundersøkelsene viser at omfanget av kronisk eller langvarig sykdom har økt. Økningen er delvis et resultat av en høyere forekomst og hyppigere diagnostisering av allergiske og astmatiske lidelser. Det knytter seg også interesse til utbredelse av andre sykdomsgrupper som kronisk lungesykdom, muskelplager, smerter mv.

Den psykiske helsen påvirker vår evne til å tåle påkjenninger. Følelsesmessige vansker virker inn på hverdagen på ulike vis. *Kapittel 4*, som omhandler psykisk helse, viser at lettere psykiske lidelser er så utbredt at de kan regnes som en av de store folkesykdommene. Siden midten av 1980-tallet ser det ut til å ha vært en økning i rapporteringen av denne typen lidelser. Økningen skyldes nok delvis en større åpenhet omkring psykisk sykdom og økt synliggjøring og alminneliggjøring av det å ha psykiske vansker. Det har vært en økende erkjennelse av at psykisk sykdom ikke nødvendigvis er en livsvarig diagnose, men tvert imot kan gi de fleste av oss en nedtur en eller annen gang i livsløpet. Helseundersøkelsene viser at kvinner er mer plaget av lettere former for angst og depresjon sammenlignet med menn, og andre kilder viser at mer alvorlige psykiske lidelser er mer jevnt fordelt mellom henholdsvis kvinner og menn.

Vi spiser mindre frukt og grønnsaker enn for ti år siden, men samtidig har vi et mindre fettrikt kosthold. Lettere og større tilgjengelighet til magre produkter eller lettprodukter, samt holdningsskapende arbeid over lang tid har mye av æren for at det brukes mindre fett i maten, særlig blant yngre voksne. Helseundersøkelsene viser imidlertid at hver tredje voksne nordmann er overvektig. Dobbelt så mange menn som kvinner over 45 år er overvektige eller har fedme. *Kapittel 5* om livsstil gir en gjennomgang av ulike sider ved våre levevaner som har eller kan ha betydning for helsen.

Det er store variasjoner i hvilken grad ulike sykdommer og plager preger hver-

dagen og hvordan helseproblemene mestres. Nærmere en tredel av befolkningen har sykdom eller plager som begrenser dem i daglige gjøremål. *Kapittel 6* om funksjonsvansker og hverdagsmestring gir en oversikt over forekomst av ulike symptomer og plager i befolkningen som oppleves som hemmende; det kan være konsentrasjonsvansker, søvnproblemer og tretthet. Fysisk funksjonsbegrensning som nedsatt syn eller hørsel, samt bevegelsesproblemer opptrer hyppigst i eldre aldersgrupper. Helseundersøkelsene viser at det har vært en bedring i eldres bevegelsesevne over tid, særlig i perioden etter 1985. Ulike tiltak og midler kan dempe effekten av sykdom og funksjonssvikt. Mange benytter ulike hjelpemidler for å avhjelpe hemninger og vansker.

Begrensninger i forhold til daglige gjøremål enten på grunn av sykdom, funksjonshemming eller aldersbetinget svekkelse fører til behov for hjelp og omsorg. Blant spørsmålene som reises i *kapittel 7* er hvor mange hjemmeboende eldre som trenger hjelp i det daglige, hvilke kilder til hjelp de har og om de mener de mottar tilstrekkelig med hjelp. Levealderen har økt, og de store fødselskullene etter krigen nærmer seg pensjonsalderen. Over tid har det vært en utvikling mot et større antall eldre (80 år og over). Det er naturlig å tenke seg at med et økt antall eldre, vil også andelen med aldersbetingede helseproblemer øke. Helseundersøkelsene viser imidlertid at andelen hjelpetrengende 80 år og over er redusert sammenlignet med nivået på midten av 1970- og 1980-tallet. Aner vi konturene av en større, men mer selvhjulpen eldrebefolkning?

Svekket helse har konsekvenser for aktiviteten på flere levekårsområder. *Kapittel 8* tar for seg hvilke konsekvenser sykdom har for aktivitet og deltakelse på ulike samfunnsarenaer. En del opplever at helsen setter begrensninger for aktivitetsnivået hjemme, på fritiden eller i jobb- og utdanningssammenheng. En av seks voksne har varige problemer i forhold til aktiviteter på disse arenaene. Flest opplever begrensninger i forhold til fritidsaktiviteter. Videre har nærmere en av ti yrkesaktive problemer med å opprettholde aktiviteten i jobben på grunn av helseproblemer.

Det selges mer og dyrere medisiner enn tidligere. En av tre bruker medisiner daglig, og i snitt bruker vi 2 400 kroner i året på legemidler. Det er hjertemedisiner, fordøyelsesmidler og nervemedisiner (bl.a. antidepressiva) som brukes av flest. De fylkesvise forskjellene i medisinbruken er store. For eksempel er forbruket av beroligende midler og sovemidler i Finnmark bare en tredel av forbruket i Østfold. Det er selvfølgelig flere årsaker til slike skjevheter og dette er blant temaene som blir belyst i *kapittel 9*.

Vi har spurt brukerne av legetjenesten om hvor ofte de går til legen, om de har en fast lege og hvor fornøyd de er med legene de har vært i kontakt med når de har vært syke. I *kapittel 10* om legetjenester presenteres data som er samlet inn om hvilke tjenester som benyttes av hvem, hvor hyppig de benyttes og hvor stabile relasjonene er. To av tre har fast legetilknytning eller bruker fast legesenter i dag. Mange har fast relasjon til en spesialist, og dette er delvis en konsekvens av at flere har kronisk sykdom og delvis at spesialisthelsetjenesten er blitt mer tilgjengelig for folk flest. Mye tyder på at konsultasjonsmønsteret for allmennleger og spesialister er i endring. Allmennlegenes rolle består i større grad av å være "veiviser" i et voksende

mangfold av spesialiserte behandlingstilbud.

Vel 40 prosent tar selv initiativ til å bytte lege eller *må* bytte lege av andre årsaker en eller flere ganger i løpet av et år. Vi spør hvor "fast" en fast lege er eller kan være? Trenger egentlig alle en fast lege? Og hva vil dette medføre av bindinger både for bruker og lege? Dette og relaterte problemstillinger blir belyst i *kapittel 10*.

Helseundersøkelsene viser at det har vært en økning i andelen av befolkningen som har oppsøkt fysioterapeut eller alternative behandlere. Fysioterapiprofesjonen er i vekst. Fysioterapeutene utgjør nå en like stor yrkesgruppe i kommunehelsetjenesten som legene. Vi har indikasjoner på at man orienterer seg annerledes i tilbudet av helsetjenester enn tidligere, og at lege ikke nødvendigvis er førstevalg ved plager og lidelser.

Den vanskelige grenseoppgangen mellom fysiske symptomer fra muskler og skjelett og psykiske eller stressbetingede sykdommer har bidratt til at fysioterapeut- og psykologtjenester i større grad enn før er komplementære tjenester. At noen fysioterapeuter og psykologer har valgt å samlokalisere sine tjenester peker også mot at det finnes felles berøringspunkter mellom yrkesgruppene. I *kapittel 11* om fysioterapeut- og psykologtjenester drøftes denne og andre relaterte problemstillinger.

Det har vært en økning i andelen av befolkningen som har oppsøkt alternative behandlere. Bruken av denne typen tjenester er fremdeles marginal sammenlignet med helsetjenester i offentlig sektor. I 1995 hadde for eksempel nær 3 prosent vært hos akupunktør, og de fleste av dem var kvinner mellom 30 og 50 år. Mønsteret for bruk av alternative helsetjenester belyses nærmere i *kapittel 12*.

1.4 Datagrunnlaget

Helseundersøkelsene er landsdekkende tverrsnittsundersøkelser og gir data om personer som lever i privathusholdninger. Institusjonsbeboere, dvs. personer på sykehus, pleie-/sykehjem mv. er ikke med. Undersøkelsene omfatter med andre ord det som må antas å være den friskeste delen av befolkningen.
I utvalgsbaserte intervjuundersøkelser skal informasjon om en del av befolkningen være representativ for hele befolkningen. Kvaliteten på data fra slike undersøkelser er prisgitt høy deltakelse. Personer som i utgangspunktet er trukket ut for intervju og som av ulike grunner ikke deltar omtales gjerne som "frafall". Manglende deltakelse eller frafall skaper usikkerhet i dataenes representativitet og svekker materialets kvalitet. Selv om viktige kjennetegn ved frafallet kan korrigeres for, og er kjent gjennom opplysninger fra offentlige registre, kan skjevheter oppstå. Helseundersøkelsene har imidlertid store utvalg som gir gode analysemuligheter. Videre er egenrapporterte opplysninger ikke verifiserbare. Det er med andre ord vanskelig å gjøre en kritisk vurdering av opplysningene som blir gitt. I intervjusituasjonen er det er en viss fare for over- eller underrapportering av sykdom og helseproblemer. Vi vil imidlertid anta at de aller fleste i utgangspunktet ønsker å fremstille seg selv i et riktigst mulig lys.

Sammenlignbarhet mellom undersøkelsene - metodiske endringer

Alle helseundersøkelsene er gjennomført om høsten. Målpopulasjonen for samtlige undersøkelser er den hjemmeboende

befolkningen. Personer bosatt i ulike institusjoner er ikke regnet med.

Utvalg
Metoden for undersøkelsene er beskrevet i Statistisk sentralbyrås utvalgsplan (Statistisk sentralbyrå 1977). Utvalgene som ble trukket til de ulike undersøkelsene var, med unntak av den sist gjennomførte, husholdsutvalg. I tillegg til trekkepersonen (som skulle være en person 16 år og over), ble tilhørende husholdsmedlemmer også intervjuet. Slik sett fikk vi data fra hele husholdet, også om barn. Det var foreldre eller andre pårørende som ga opplysninger om barnas helse. Helseundersøkelsen i 1998 har personutvalg, og omfatter kun personer 16 år og over. Barn er ikke med i denne undersøkelsen. En analyse av utvalgene i henholdsvis 1995- og 1998-undersøkelsene viser at overgangen fra husholdsutvalg til personutvalg ikke medfører endringer av betydning for dataene (se for øvrig Statistisk sentralbyrås Notater 2000/55: *Helseundersøkelsene 1968, 1975, 1985, 1995, 1998*). Alle undersøkelsene er spørreskjemabasert og det er gjennomført besøksintervju med i overkant av 10 000 personer. Den siste undersøkelsen hadde imidlertid et mindre utvalg, men er supplert med et ekstrautvalg for telefonintervju for et begrenset antall spørsmål.

Datainnsamlingsmetode
Fra 1995 ble det foretatt en vesentlig endring i forhold til tidligere undersøkelser med hensyn til datainnsamlingen. Undersøkelsene som er gjennomført før 1995 er foretatt med tradisjonelle penn- og papirintervjuer (Pen And Paper Interviews - PAPI). I forbindelse med Helseundersøkelsen 1995 ble det foretatt en omlegging til pc-basert personlig intervjuing (Computer-Assisted Personal Interviewing - CAPI). Dette er en kostnadsbesparende metode som bidrar til å effektivisere selve intervjuet, samt å øke kvaliteten på dataene. Omleggingen har sannsynligvis påvirket rapporteringen av helseproblemer, men det er vanskelig å få et klart bilde av hvilke konkrete utslag endringen har medført. Dataene er samlet inn av intervjuerkorpset ved Statistisk sentralbyrå. Dette er kvalifiserte intervjuere, men de er ikke spesielt trenet i å registrere helseopplysninger. Ved undersøkelsen i 1995 ble det imidlertid lagt ned en del arbeid i opplæring av intervjuerne. Det ble blant annet utarbeidet en instruksjonsvideo.

Svarprosent/frafall
Over tid har det vært en reduksjon i svarprosenten i de ulike undersøkelsene. (Se Statistisk sentralbyrås Notater 98/3: *Frafallsanalyse av helseundersøkelsen 1995*.) Vekter er konstruert og brukt i de statistiske analysene for å justere for skjevheter som kan ha oppstått. Vektene er beregnet med utgangspunkt i målpopulasjonen og korrigerer for skjevheter i fordelinger med hensyn på kjønn, alder og region.

Samordnede levekårsundersøkelser
Fra og med 1996 er helseundersøkelsen, i likhet med en rekke andre større tverrsnittsundersøkelser (om boforhold, arbeidsmiljø, tidsnytting mv.), innlemmet i det som i dag heter Samordnete levekårsundersøkelser. Undersøkelsene gjennomføres årlig med en fast rotasjon av hovedtema. Dette har medført endringer som berører innsamlingshyppighet og utvalgsstørrelse. Endringene fører blant annet til at vi får inn tverrsnittsdata om helseforhold hvert tredje eller fjerde år, i motsetning til hvert tiende år som tidligere.

Samordnet levekårsundersøkelse om helse, omsorg og sosial kontakt 1998,

eller Helseundersøkelsen 1998 som den blir omtalt som her, består av intervjuer med vel 7 000 personer. Intervjuopplysningene er koblet sammen med opplysninger fra sentrale registre. Det gjelder i hovedsak opplysninger om inntekt, formue, trygder, stønader, yrkesopplysninger og utdanning.

Til undersøkelsen i 1998 ble det trukket 10 000 personer 16 år og over. Personer på institusjoner inngikk ikke i trekkeutvalget. Det ble trukket et hovedutvalg (5 000 personer) etter Statistisk sentralbyrås utvalgsplan for personlig intervjuing, og et tilleggsutvalg (5 000 personer) for intervjuing på telefon. For tilleggsutvalget ble ikke utvalgsplanen benyttet. Alle som ble trukket ut enten til hovedutvalget eller til tilleggsutvalget fikk tilsendt et postalt spørreskjema om helse. Intervjuene ble i hovedsak gjennomført i perioden 7. september til 27. november 1998. Hovedutvalget og tilleggsutvalget sett under ett hadde et frafall på 27,3 prosent. Se for øvrig dokumentasjon av undersøkelsen som finnes i Statistisk sentralbyrås Notater 99/40: *Samordnet levekårsundersøkelse 1998 - tverrsnittsundersøkelsen. Dokumentasjonsrapport* og i Notater 2000/55: *Helseundersøkelsene 1968, 1975, 1985, 1995, 1998 - dokumentasjon og spørreskjema.*

[1] Medical Outcome Study - Short-Form 36.

Referanser

Belsby, Liv og Anne Vedø (1998): *Frafallsanalyse av Helseundersøkelsen 1995*, Notater 98/3, Statistisk sentralbyrå.

Bjørnøy, Harald (1987): *Helseundersøkelsen 1985. Dokumentasjon og frekvensfordelinger*, Rapport nr. 69, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Hoel, Thomas, Jenny-Anne S. Lie, Stein Opdahl (1994): *Revisjon av SSBs utvalgsplan*, Dokumentasjonsrapport, Statistisk sentralbyrå.

Statistisk sentralbyrå (1970): *Helseundersøkelse 1968*, NOS A321.

Statistisk sentralbyrå (1977): *Helseundersøkelse 1975*, NOS A894.

Statistisk sentralbyrå (1977): *Prinsipper og metoder for Statistisk sentralbyrås utvalgsundersøkelser*, Samfunnsøkonomiske studier 33.

Statistisk sentralbyrå (1985): Brukerseminar om Helseundersøkelsen 1985, 27. september 1984, Interne notater 85/5.

Statistisk sentralbyrå (1987): Helseundersøkelse 1985, NOS B692.

Statistisk sentralbyrå (1995) Brukerseminar for Helseundersøkelsen 1995 (19-20 mai 1994), Notater 95/1.

Statistisk sentralbyrå (1996): Mot et nytt system for undersøkelser av levekår. Innstilling fra en prosjektgruppe, Notater 94/4.

Statistisk sentralbyrå (1998): *Helseundersøkelsen 1995*, NOS C516.

Statistisk sentralbyrå (1999): Samordnede levekårsundersøkelser. Rapport fra brukerseminar 22. april 1996 og høringsuttalelser, Notater 99/5.

Ramm, Jorun (2000): Helseundersøkelsene 1968, 1975, 1985, 1995, 1998 - dokumentasjon og spørreskjema, Notater 2000/55.

Roll-Hansen, Dag (1999): Samordnet levekårsundersøkelse 1998 - tverrsnittsundersøkelsen. Dokumentasjonsrapport. Notater 99/40, Statistisk sentralbyrå.

Thomsen, Ib. (1977): *Prinsipper og metoder for Statistisk sentralbyrås utvalgsundersøkelser*, Samfunnsøkonomiske studier, 33, Statistisk sentralbyrå.

Wikholm, Stine og Astrid Hildrum (1997): *Helseundersøkelsen 1995. Dokumentasjon og frekvensfordelinger*, Rapport nr. 111, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.