

## **Helse i Norge**

Helsetilstand og behandlingstilbud  
belyst ved befolkningsundersøkelser

---

**Statistiske analyser**

I denne serien publiseres analyser av statistikk om sosiale, demografiske og økonomiske forhold til en bredere leserkrets. Fremstillingsformen er slik at publikasjonene kan leses også av personer uten spesialkunnskaper om statistikk eller bearbeidingsmetoder.

**Statistical Analyses**

In this series, Statistics Norway publishes analyses of social, demographic and economic statistics, aimed at a wider circle of readers. These publications can be read without any special knowledge of statistics and statistical methods.

© Statistisk sentralbyrå, mars 2001  
Ved bruk av materiale fra denne publikasjonen, vennligst oppgi Statistisk sentralbyrå som kilde.

ISBN 82-537-4912-0  
ISSN 0804-3221

**Emnegruppe**

03.00 Helse og sosiale forhold

Omslag: Siri Boquist  
Trykk: Lobo Media as

<b>Standardtegn i tabeller</b>	<b>Symbol</b>
Tall kan ikke forekomme	.
Oppgave mangler	..
Oppgave mangler foreløpig	...
Tall kan ikke offentliggjøres	:
Null	-
Mindre enn 0,5 av den brukte enheten	0
Mindre enn 0,05 av den brukte enheten	0,0
Foreløpige tall	*
Brudd i den loddrette serien	—
Brudd i den vannrette serien	
Rettet siden forrige utgave	r

# Forord

*Helse i Norge* er en samling artikler om befolkningens helsetilstand og bruk av helsetjenester. Statistikkgrunnlaget som boka bygger på, er i hovedsak Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt, heretter omtalt som Helseundersøkelsen 1998. Sammenligningene for de fleste presentasjonene er undersøkelsene i 1995, 1985, og i noen grad undersøkelsen i 1975. Primærkildene for data om helse og behandling er Helseundersøkelsen 1995 og Levekårspanelet 2000.

Statistisk sentralbyrå har samlet inn data om helsetilstanden regelmessig i over 30 år. Den første helseundersøkelsen ble gjennomført i 1968. Fra og med 1975 ble undersøkelsene gjennomført med tiårsintervaller. Etter 1995 blir intervjudata om helse samlet inn innenfor rammen av Samordnet levekårsundersøkelse. Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt blir gjennomført hvert tredje år.

Boka er satt sammen av fire temadeler. Del I er en introduksjon til undersøkelsene og en gjennomgang av formålet med publikasjonen. Her gis det også en kortfattet introduksjon til kapitlene. Del II drøfter helse og sykdom, del III helse og hverdagsliv og del IV helse og behandling. I tabellvedlegget til rapporten følger tallgrunnlaget for figurene, i tillegg blir enkelte tabeller med flere bakgrunnskjennetegn presentert.

Publikasjonen er utarbeidet av medarbeidere ved Seksjon for helsestatistikk, Statistisk sentralbyrå. Elin Skretting Lunde har skrevet kapittel 2 om egenvurdert helse, kapittel 4 om psykisk helse, samt kapittel 9 om bruk av legemidler i den norske befolkningen. Jorun Ramm har skrevet kapittel 3 om sykdom og helseplager, samt kapitlene 6, 7 og 8 om funksjonsvansker, eldres hjelpebehov og konsekvenser av sykdom for aktivitet og utfoldelse. Jens-Kristian Borgan har skrevet kapittel 5 om levevaner. Jon Erik Finnvold har skrevet kapitlene 10, 11 og 12 om kontinuitet i kontakter med legetjenesten, bruk av fysioterapitjenester, psykologtjenester og alternative behandlingstilbud. Publikasjonen er utarbeidet under ledelse av Jorun Ramm. Liv G. Hansen, Kirsten Aanerud og Anne Skarateppen har stått for figurer og tekstbehandling.

Statistisk sentralbyrå,  
Oslo/Kongsvinger, 4. november 2000

Svein Longva



# Innhold

<b>Figurregister .....</b>	<b>7</b>
<b>Tabellregister .....</b>	<b>9</b>
<b>I Helseundersøkelsene .....</b>	<b>11</b>
<b>1 Innledning .....</b>	<b>13</b>
1.1 Kilder til data om helseforhold .....	13
1.2 Helseundersøkelser .....	13
1.3 Rapportens innhold .....	16
1.4 Datagrunnlaget .....	18
<b>II Helse og sykdom .....</b>	<b>23</b>
<b>2 God helse – langt mer enn fravær av sykdom .....</b>	<b>25</b>
2.1 Hva er helse? .....	25
2.2 Få oppgir dårlig helse .....	26
2.3 Folk flest er glade og tilfredse .....	29
2.4 Ensomme har dårligere helse enn andre .....	32
2.5 Endringer i helsen siste år .....	33
2.6 Varig sykdoms innvirkning på helsen .....	34
2.7 Oppsummering .....	37
<b>3 Sykdom og helseplager .....</b>	<b>39</b>
3.1 Flere lever med kronisk sykdom .....	39
3.2 Livsstilssykdommer .....	40
3.3 Fysiske og psykososiale belastningslidelser .....	44
3.4 Psykososiale problemer og mental sykdom .....	46
<b>4 Større åpenhet om psykiske lidelser .....</b>	<b>49</b>
4.1 Hvordan måle psykisk helse .....	50
4.2 Ulike symptomer .....	53
4.3 Flere rapporterer om psykiske symptomer .....	53
4.4 Vurderingen av egen helse .....	58
4.4 Gjennomsnittsverdier på psykisk sykdom .....	60
4.5 Oppsummering .....	61
<b>III Helse og hverdagsliv .....</b>	<b>63</b>
<b>5 Sosial ulikhet i levevaner og livsstil .....</b>	<b>65</b>
5.1 Kvinner spiser mest frukt og grønt .....	65
5.2 De eldste bruker mest fete melkeprodukter og hard margarin .....	66
5.3 Flest menn mosjonerer mye, men flere menn enn kvinner er også inaktive .....	67
5.4 Nordmenn røyker fortsatt mye .....	68
5.5 Ungdom drikker sjeldnere, men mer når de drikker .....	68
5.6 Flest overvektige menn og flest undervektige kvinner .....	69
<b>6 Funksjonsvansker og hverdagsmestring .....</b>	<b>71</b>
6.1 Begrensninger i dagliglivet .....	71
6.2 Funksjonshemming = nedsatt fungering i hverdagen .....	71
6.3 Fysiske funksjonsvansker .....	73

6.4	Lavere andel med bevegelsvansker .....	76
6.5	Å leve med sykdom, skade eller lidelse (funksjonshemming) .....	76
6.6	Oppsummering .....	78
<b>7</b>	<b>Eldres hjelpebehov og kilder til hjelp – hva sier de eldre selv? .....</b>	<b>81</b>
7.1	Hvordan klarer syke og funksjonshemmede eldre seg hjemme? .....	81
7.2	Konstant andel hjelpetrequende eldre, men flere i antall .....	82
7.3	Behov for hjelp eller mer hjelp? .....	83
7.4	Ulike kilder til hjelp .....	83
7.5	Flere hjelpetrequende eldre bor hjemme lenger .....	86
7.6	Tilstrekkelig med hjelp til trengende eldre? .....	88
7.7	Udekket hjelpebehov .....	89
7.8	Oppsummering .....	90
<b>8</b>	<b>Konsekvenser av sykdom for aktivitet og deltakelse .....</b>	<b>93</b>
8.1	Begrensninger i vanlig aktivitetsutfoldelse .....	93
8.2	Arbeidsevne – vansker med ulike oppgaver og yrkesarbeid .....	96
8.3	Konsekvenser av helsesvikt for yrkesarbeid .....	97
8.4	Liten endring over tid .....	99
8.5	Oppsummering .....	100
<b>IV</b>	<b>Helse og behandling .....</b>	<b>103</b>
<b>9</b>	<b>Økt forbruk av legemidler .....</b>	<b>105</b>
9.1	Kraftig økning i medisinførbruket .....	105
9.2	De mest brukte medisinene .....	107
9.3	Tre av ti benytter medisin daglig .....	112
9.4	Oppsummering .....	116
<b>10</b>	<b>Kontinuitet, kontakthypighet og tilfredshet med legetjenesten .....</b>	<b>119</b>
10.1	En samlet oversikt over legeressursene .....	119
10.2	Kontinuitet: Trenger egentlig alle en fast lege? .....	119
10.3	Hvem bruker spesialist-helsetjenesten? .....	122
10.4	Hvor "fast" er en fast lege? .....	123
10.5	Hvem mangler fast lege? .....	124
10.6	Hvor ofte oppsøker vi legen? .....	125
10.7	Er folk fornøyd med legene? .....	127
10.8	Vi bruken av legetjenestene endre seg? .....	129
<b>11</b>	<b>Befolkningens bruk av psykolog- og fysioterapitjenester .....</b>	<b>131</b>
11.1	Hva forteller helseundersøkelsene om bruk av helsetjenester? .....	132
11.2	Hvem har kontakt med psykolog? .....	135
11.3	Oppsummering .....	138
<b>12</b>	<b>Befolkningens bruk av alternative behandlere .....</b>	<b>141</b>
12.1	Hva er egentlig "alternativ medisin"? .....	141
12.2	En av tolv hadde hatt kontakt .....	141
12.3	Alder og sosial bakgrunn liten betydning .....	142
12.4	Alternativ medisin: definitivt en dameting .....	143
12.5	Alternativ medisin som distriktspolitikk? .....	143
12.6	Ja takk, begge deler... .....	144
<b>Vedleggstabeller .....</b>	<b>145</b>	
<b>De sist utgitte publikasjoner utgitt i serien Statistiske analyser .....</b>	<b>158</b>	

# Figurregister

2.1	Egenvurdert helse i 1985-, 1995- og 1998-undersøkelsene. Prosent .....	27
2.2	Andel personer som mener helsen er bedre, omtrent den samme eller dårligere enn i fjor, etter alder. 1998. Prosent .....	33
2.3	Andel personer med sykdom inndelt etter sykdommens innvirkning på hverdagen, sett i forhold til selvpoplevd helse. 1998. Prosent .....	35
3.1	Andel med hjerte- og karsykdom blant menn og kvinner 45 år og over i ulike aldersgrupper. 1975, 1985, 1995 og 1998. Prosent .....	42
3.2	Andel med kronisk obstruktiv lungesykdom <sup>1</sup> blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper. 1975, 1985, 1995 og 1998. Prosent .....	43
3.3	Andel med allergi blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper. 1975, 1985, 1995 og 1998. Prosent .....	44
3.4	Andel med muskel-/skjelettlidelser blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper. 1975, 1985, 1995 og 1998. ....	46
3.5	Andel med nervøse lidelser blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper. 1975, 1985, 1995 og 1998. Prosent .....	47
4.1	Andelen personer mellom 16 og 79 år som har ett eller flere symptomer på psykiske helseplager, etter alder. 1998. Prosent .....	55
4.2	Andelen unge (16-24 år), etter antall symptomer på psykiske lidelser. Tall fra 1995 og 1998. Prosent .....	57
4.3	Andel menn og kvinner som er plaget med mange symptomer på psykiske lidelser, etter hvor ofte de føler seg ensomme. 1998. Prosent .....	59
5.1	Andel kvinner og menn som spiser både frukt og grønnsaker minst 5 ganger i uka, etter alder. 1995. Prosent .....	66
5.2	Andel som mosjonerer minst 3 timer i uka, etter kjønn og alder. 1995. Prosent .....	67
5.3	Andel kvinner som drikker alkohol minst en gang hver måned og andel kvinner som er beruset minst en gang hver måned. 1998. Prosent .....	68
5.4	Andel menn som drikker alkohol minst en gang hver måned og andel menn som er beruset minst en gang hver måned. 1998. Prosent .....	69
6.1	Andel menn og kvinner 16 år og over med helseproblemer som påvirker hverdagen i høy grad. 1998. Prosent .....	72
6.2	Andel personer 16 år og over med varige eller tilbakevendende plager i hverdagen og andel som har plager og som er hemmet i høy grad. 1998. Prosent .....	73
6.3	Andel menn og kvinner 45 år og over med nedsatt bevegelsesevne. 1998. Prosent .....	75
6.4	Andel personer 45 år og over med nedsatt bevegelsesevne (se boks 6.1). 1975, 1985 og 1998. Prosent .....	76
6.5	Andel menn og kvinner over 66 år som benytter ulike hjelpemidler i hverdagen. 1998. Prosent .....	77
7.1	Andel eldre over 66 år med store vansker med ulike daglige gjøremål. 1998. Prosent ..	82
7.2	Andel eldre over 66 år som på grunn av sykdom mottar hjelp fra ulike kilder utenfor husholdet. 1998. Prosent .....	84
8.1	Andel menn og kvinner som har store eller noe vansker med å delta i fritidsaktiviteter på grunn av helseproblemer. 1998. Prosent .....	95
8.2	Andel yrkesaktive menn og kvinner som har store eller noe vansker med å klare jobben. Prosent. 1998 .....	96

8.3	Andel menn og kvinner med sykdom eller skade som er en følge av arbeid. 1998. Prosent	99
9.1	Andel personer som har brukt beroligende midler, midler mot depresjon og sovemidler de siste 14 dager, etter alder. 1995. Prosent .....	109
9.2	Andel menn og kvinner som har brukt beroligende midler, midler mot depresjon eller sovemidler de siste 14 dager, etter alder. 1995. Prosent .....	110
9.3	De ti mest solgte reseptfrie legemidlene i Norge i verdi (millioner kroner) .....	110
9.4	Andel personer som har brukt medisiner daglig eller nesten daglig de siste fire uker, etter alder. 1995. Prosent .....	113
9.5	Andel personer som har brukt ulike medisiner i løpet av 14-dagersperioden og andel personer som har brukt medisiner daglig eller nesten daglig i en fireukersperiode. 1995. Prosent .....	114
9.6	Fylkesvis salg av beroligende midler og sovemidler i 1999. Prosent .....	115
10.1	Andel som var uten fast lege, etter alder, kjønn, egenvurdert sykkelighet og organisering av allmennlegetjenesten, Prosent .....	125
10.2.	Gjennomsnittlig antall kontakter med lege siste 12 måneder for egen sykdom, etter alder, kjønn, egenvurdert sykkelighet og kontinuitet i lege-relasjonen. Prosent. (N)	127
11.1	Gjennomsnittlig antall kontakter med fysioterapeut i løpet av året, etter alder, kjønn og varig sykdom. 1995 .....	134



# Tabellregister

2.1	Egenvurdert helse, etter kjønn. 1985, 1995 og 1998. Prosent .....	27
2.2	Andel personer i ulike aldersgrupper, etter utdanning og vurdering av egen helse. 1998. Prosent .....	28
2.3	Andel personer som har vært opplagte/hatt overskudd i de to siste ukene, etter kjønn og alder. 1995. Prosent .....	30
2.4	Andel personer som har vært glade og tilfredse i de siste to ukene, etter egenvurdert helse. 1995. Prosent .....	32
2.5	Andel personer som er ensomme, etter egenvurdert helse. 1998. Prosent .....	32
2.6	Personer i ulike aldersgrupper med og uten varig sykdom, etter vurdering av egen helse. 1998. Prosent .....	34
2.7.	Andel personer som har sykdom som påvirker hverdagen, etter graden av konsekvenser. 1998. Prosent .....	35
2.8	Andel personer med/uten varig sykdom og andel personer med/uten nedsatt funksjonsevne, som vurderer helsa som god eller meget god, etter alder. 1995. Prosent .....	36
3.1	Andel med hjerte-/karsykdom blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper. 1998. Prosent	41
3.2	Andel med kronisk obstruktiv lungesykdom blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper. 1998. Prosent .....	42
3.3	Andel med allergi blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper. 1998. Prosent .....	44
3.4	Andel med muskel-/skjelettsykdom blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper. 1998. Prosent .....	45
4.1	Opplevelse av psykiske plager siste 14 dager. Prosent av voksne i alderen 16-79 år. Veid utvalg. 1998 .....	52
4.2	Andel personer med 13 eller flere symptomer på nedsatt psykisk helse, etter alder og sosioøkonomisk status. 1995. Prosent .....	57
4.3	Andel personer 16-79 år som har vurdert egen helse, etter antall symptomer på redusert psykisk helse og etter alder. 1998. Prosent .....	58
4.4	Andel personer 16-79 år, etter gjennomsnittsverdi på psykisk helse og alder. 1998. Prosent .....	60
6.1	Gjennomsnittlig antall syketilfeller og plager blant personer med sykdom og blant personer med sykdom som påvirker hverdagen i høy grad. 1998. Prosent .....	74
6.2	Andel menn og kvinner 45 år og over med nedsatt sanseevne (syn eller hørsel). 1998. Prosent .....	74
6.3	Andel menn og kvinner 45 år og over med nedsatt bevegelsesevne. 1975, 1985 og 1998. Prosent .....	76
7.1	Andel eldre over 66 år med store vansker i forhold til tre av fire gjøremål. 1975, 1985, 1995 og 1998. Prosent .....	83
7.2	Andel hjelpetrengende eldre over 66 år – med ulike gjøremål. 1998. Prosent .....	83
7.3	Andel eldre over 66 år som trenger hjelp eller mer hjelp i hverdagen på grunn av sykdom. 1998. Prosent .....	84
7.4	Andel eldre som pga. sykdom får hjelp fra ulike kilder, etter kjønn, alder, husholdstype, inntekt og hjelpebehov. 1998. Prosent .....	85
7.5	Andel eldre over 66 år som på grunn av sykdom mottar hjelp fra ulike kilder. 1985, 1995 og 1998. Prosent .....	87

7.6	Andel hjelpetrequende menn og kvinner over 66 år som mottar hjemmetjenester. 1998. Prosent .....	89
8.1	Andel personer i yrkesaktiv alder (16-66 år) som opplevde ulike konsekvenser av sykdom i hverdagen. 1998. Prosent .....	94
8.2	Andel menn og kvinner med sykdom eller sykdom som begrenser dem i dagliglivet, som har store eller noen vansker med å snakke med andre, eller som har svært sjelden kontakt med andre enn familien. 1998. Prosent .....	96
8.3	Andel personer med sosiale og praktiske vansker i hverdagen. 1985, 1995 og 1998. Prosent. ....	99
9.1	Andel personer som har brukt ulike typer medisiner de siste 14 dagene, etter alder. 1995. Prosent .....	107
10.1.	Bruk av fast lege. Prosent .....	121
10.2	Bruk av fast lege. Personer med legekontakt for egen sykdom siste år, etter bosted og utdanningslengde. Prosent .....	122
10.3	Kontakt med flere ulike allmennleger. Respons på spørsmålet: Vi er interessert i å høre hvorfor du har hatt kontakt med flere allmennleger i løpet av de siste 12 måneder? Var det fordi..... .....	123
10.4.	Kontakter med lege for egen sykdom siste 12 måneder. Antall kontakter. Prosent .....	125
10.5	Subjektiv tilfredshet med ulike aspekter ved legekontakten .....	128
10.6	Tilfredshet med legetjenesten, etter fastlegetilknytning. Andel som svarte "helt enig" på utsagnet "legen tok meg og mine problemer på alvor." Prosent .....	128
11.1	Andel personer 16 år og over som har hatt kontakt med fysioterapeut, etter alder, kjønn, husholdstype, høyeste utdanningsnivå, høyeste inntekt, sentralitet og smerteområde. 1995. Prosent .....	133
11.2	Andel personer 16 år og over som har hatt kontakt med psykolog, etter alder, kjønn, husholdstype, høyeste utdanningsnivå, høyeste inntekt, sentralitet og helseproblemer. Prosent. 1995 .....	137
12.1.	Andel personer 16 år og over som har hatt kontakt med alternative behandlere, etter alder, kjønn, husholdstype, høyeste utdanningsnivå, høyeste inntekt og sentralitet. Prosent .....	142

# 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 avgrensede grupper.

Fra politisk hold understrekes betydningen av å nå frem til allmennheten med kunnskap om helsesituasjonen og utviklingen i folkehelsen<sup>1</sup>. 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.

---

<sup>1</sup> Jf. Helseministerens redegjørelse om folkehelsen i Stortinget 10. mai 1999. Folkehelse rapporten, Sosial- og helsedepartementet, 1999.

# 1 Innledning

## 1.1 Kilder til data om helseforhold

Det finnes ulike kilder til data om helseforhold og flere tilnæringer 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 enkelt-episoder 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 fin-

nes 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 avgrensede 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 skjeve 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 sykkelighet 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 funk-

sjonshemming 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 sykkelighet 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)<sup>1</sup> 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 fettriakt 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 selvhjulpne 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 utdanningsammenheng. 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 alternativ behandler. 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 behandler. 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 helse-tjenester belyses nærmere i *kapittel 12*.

#### **1.4 Datagrunnlaget**

Helseundersøkelsene er landsdekkende tverrsnittundersøkelser 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 "fracfall". Manglende deltakelse eller fracfall skaper usikkerhet i dataenes representativitet og svekker materialets kvalitet. Selv om viktige kjennetegn ved fracfallet 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 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 undersøkelser - 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 kost-

nadsbesparende 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 trent 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 - tverrsnittundersøkelsen. Dokumentasjonsrapport* og i Notater 2000/55: *Helseundersøkelsene 1968, 1975, 1985, 1995, 1998 - dokumentasjon og spørreskjema*.

<sup>1</sup> 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.



## 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 liv<sup>1</sup>, 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 alminnelighet<sup>2</sup>. 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

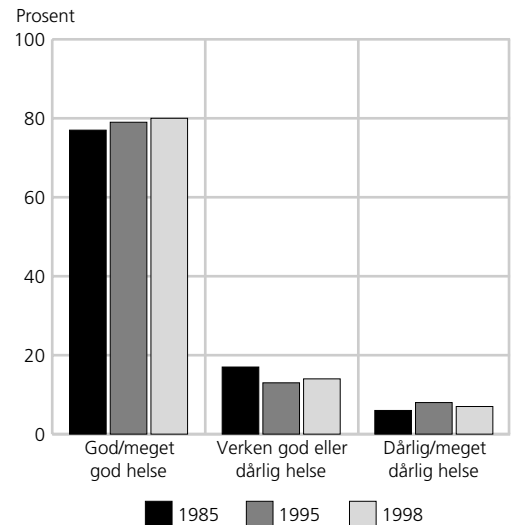
### Boks 2.1

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)<sup>3</sup> 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, mestringsproblemer<sup>4</sup> 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
<b>Grunnskolen</b>					
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
<b>Videregående skole</b>					
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
<b>Høyere utdanning I</b>					
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
<b>Høyere utdanning II</b>					
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 1995<sup>5</sup> 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
<b>Alle</b>					
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
<b>Menn</b>					
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
<b>Kvinner</b>					
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
<b>Glade og tilfredse</b>				
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 tilfredshet<sup>6</sup>.

## 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
<b>Ensom</b>			
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**

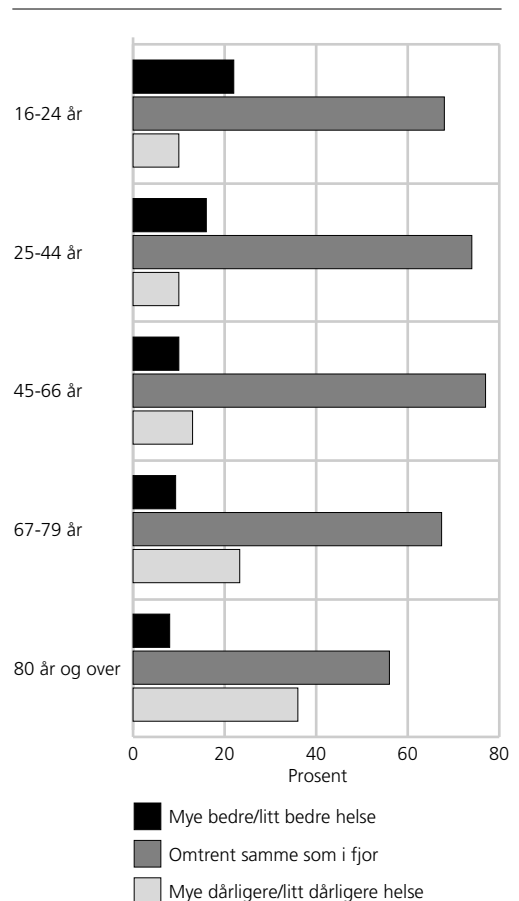
Selv om seks av ti rapporterer om varig sykdom eller lidelse, så betyr ikke det at en stor del av befolkningen har problemer med å pleie omgang med venner og familie. På spørsmålet: "I løpet av de siste fire ukene, i hvilken grad har din fysiske helse eller følelsesmessige problemer hatt innvirkning 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 paneldelen<sup>7</sup> 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 helse-tilstanden, 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"*<sup>8</sup>

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
<b>Uten varig sykdom</b>						
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
<b>Med varig sykdom</b>						
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
<b>Konsekvenser av sykdom</b>						
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.

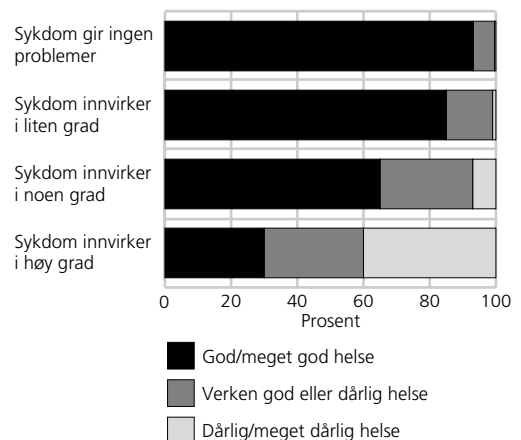
helsen var god på tross av sykdom. Dette synker til 57 prosent for de eldre over 67 år. De samme tallene finnes igjen både i 1985- og 1995-undersøkelsen. I 1985 var det 92 prosent og i 1995 96 prosent uten varig sykdom som anså helsen som god. Blant dem som lever med varig sykdom eller skade var det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

Blant personer med varig sykdom<sup>9</sup> 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.

- <sup>1</sup> 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."
- <sup>2</sup> 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.
- <sup>3</sup> Undersøkelsen baserer seg på tall hentet fra Helseundersøkelsen 1995.
- <sup>4</sup> Variabelen "mestringsproblemer" er gradert 1 - 4 (sjelden eller aldri, av og til, ofte og alltid).
- <sup>5</sup> Disse to spørsmålene er kun stilt i 1995-undersøkelsen.
- <sup>6</sup> Siden disse spørsmålene bare er stilt i 1995, har vi dessverre ingen mulighet til å se utviklingen over tid.
- <sup>7</sup> Panelundersøkelsen gjennomføres årlig med tilnærmet samme utvalg.
- <sup>8</sup> Sitatet er hentet fra et leserinnlegg i Aftenposten og gjengitt i Tidsskrift for den Norske Lægeforening (nr 30 1997).
- <sup>9</sup> 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, tidspres 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 Norge*, 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 sykdommen 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 hørsnue), 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 opphold<sup>1</sup> 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

**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".

**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
<b>Alle ....</b>	<b>15</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>19</b>	<b>44</b>	<b>45</b>
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.

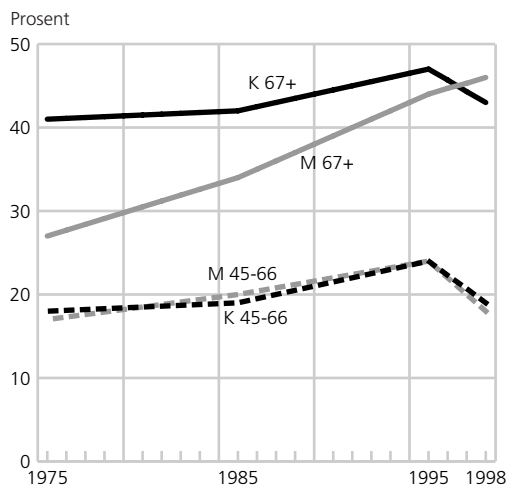
man ser bort fra høyt blodtrykk, som gjerne betraktes som en risikofaktor for å utvikle hjerte- og karsykdommer, var andelen med hjerte- og karsykdom 10 prosent i 1998. Alvorligere lidelser som hjertekrampe (angina pectoris), hjerteinfarkt, hjerneslag mv. utgjorde vel én av fire hjerte- og kardiagnoser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

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

**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 sykehusinnleggelser 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 innleggelser ved norske sykehus, og 3 av 4 hjertepasienter var 60 år eller eldre. Antallet innleggelser 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 innleggelser med hjerteinfarkt, mens antallet innleggelser 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 sykehusinnleggelser, ikke reflekteres i statistikken over uføretrygdte. Denne statistikken omfatter befolkning i yrkesaktiv alder. Hjerte- og karsykdommens 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 lungesykdom<sup>1</sup> blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper. 1998. Prosent

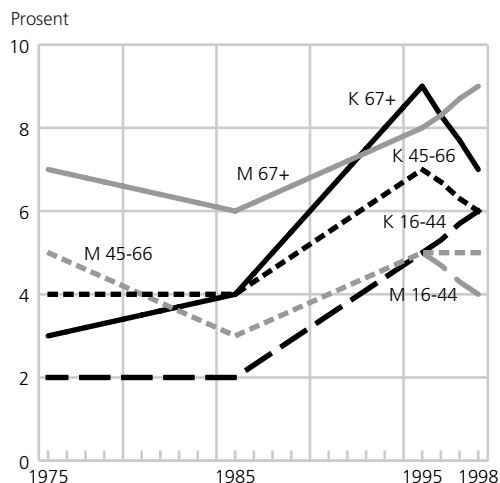
	Alle	16-24 år	25-44 år	45-66 år	67-79 år	80 år og over
<b>Alle .....</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>4</b>
Menn ...	5	6	3	5	10	6
Kvinner	6	6	5	6	9	3
N .....	7 125	1 003	2 801	2 217	816	288

<sup>1</sup> 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-sykdom<sup>1</sup> blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper. 1975, 1985, 1995 og 1998. Prosent



<sup>1</sup> 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 allergi<sup>1</sup> blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper. 1998. Prosent**

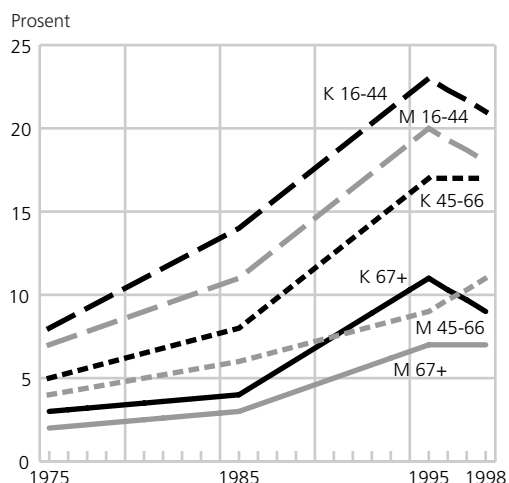
	Alle	16-24 år	25-44 år	45-66 år	67-79 år	80 år og over
<b>Alle ....</b>	<b>16</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>14</b>	<b>9</b>	<b>7</b>
Menn ..	14	21	17	12	8	4
Kvinner	18	23	21	17	10	8
N .....	7 125	1 003	2 801	2 217	816	288

<sup>1</sup>Omfatter 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 allergi<sup>1</sup> blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper. 1975, 1985, 1995 og 1998. Prosent**

<sup>1</sup>Omfatter 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
<b>Alle ....</b>	<b>26</b>	<b>10</b>	<b>17</b>	<b>34</b>	<b>43</b>	<b>45</b>
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.

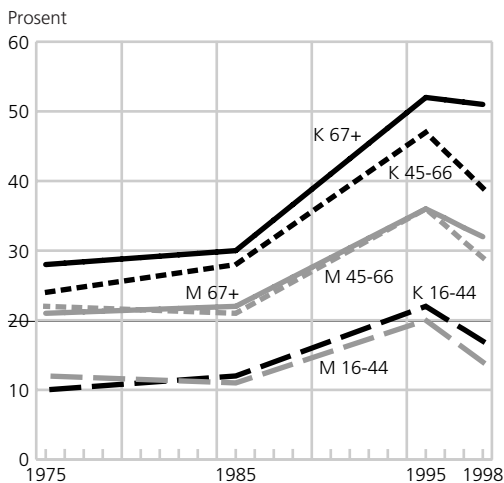
#### *Flere er uføre med muskel-/skjelettsykdom og belastningslidelser*

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 intervju sammenheng. 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



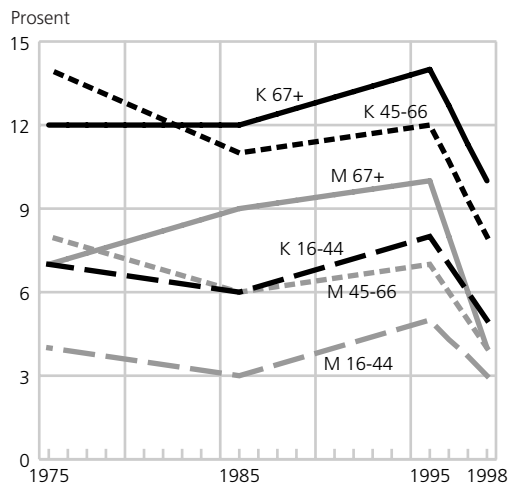
Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

**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.

<sup>1</sup> 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 lidelser<sup>1</sup>, 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 utskrivninger<sup>2</sup> 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 1997<sup>3</sup> 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 elektro-sjokk 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"<sup>4</sup>. 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 symptomer<sup>5</sup> 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 lurert 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 skjelvninger. 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 1991<sup>6</sup>. 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 deprimerede, og at dette er en sykdom på linje med influensa*" (Cullberg 2000).

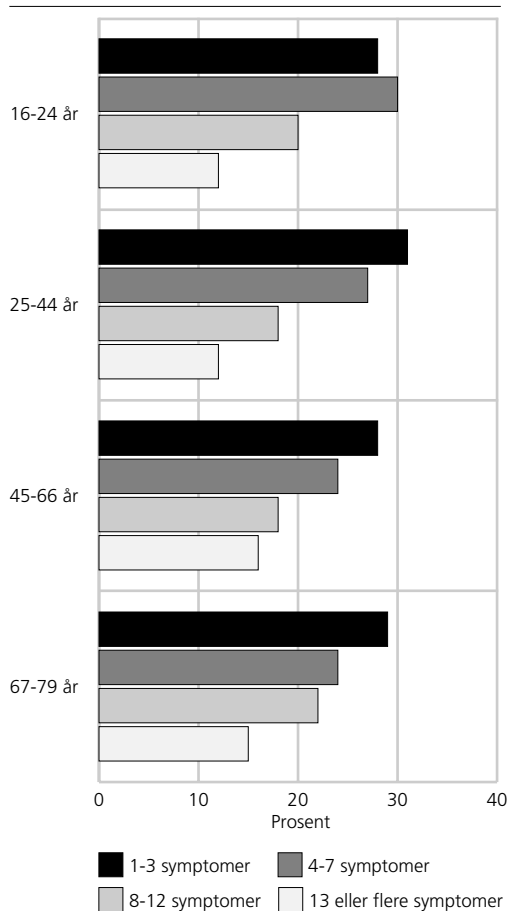
Ifølge VG (2000) er det å ta en "Kjell Magne" den nye betegnelsen på sykemeldinger på grunn av stress i arbeidslivet. Forsker Asbjørn Grimsmo ved Arbeidsforskningsinstituttet forteller at dette har blitt en fellesbetegnelse på det å være psykisk nedkjørt. Han mener at det norske folk har mye å takke 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 (Fønnebø 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 utdanning<sup>7</sup> (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



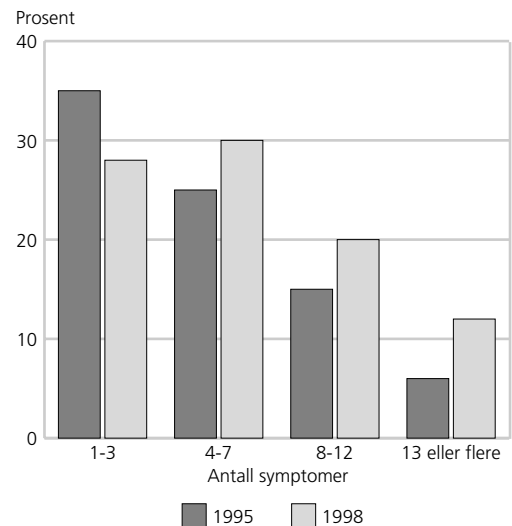
**Tabell 4.2 Andel personer med 13 eller flere symptomer på nedsatt psykisk helse, etter alder og sosioøkonomisk status. 1995. Prosent**

	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
<b>God/meget god helse</b>					
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
<b>Verken god eller dårlig</b>					
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
<b>Dårlig/meget dårlig helse</b>					
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

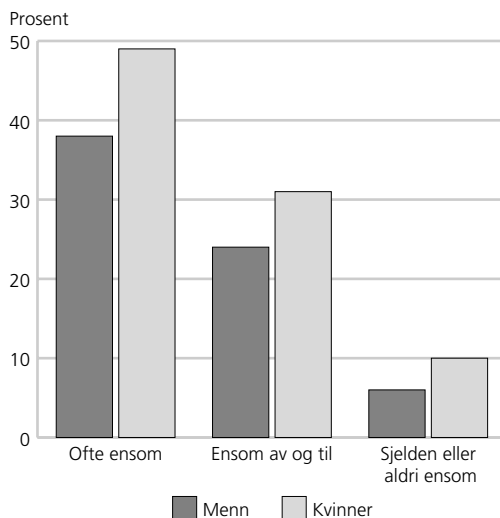
13 prosent av alle i undersøkelsen har svart bekreftende på at de har måttet redusere tiden brukt på arbeid eller fritidsaktiviteter. 22 prosent forteller at de har fått utrettet mindre enn de ønsket, mens 15 prosent har gjennomført eventuelle oppgaver mindre grundig enn vanlig. Det er dermed en del 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
<b>Menn og kvinner</b>						
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.

- <sup>1</sup> Somatoforme lidelser er langvarige og forskjellige fysiske symptomer som ikke kan forklares av kroppslig (somatisk) sykdom.
- <sup>2</sup> 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.
- <sup>3</sup> 1997 er det siste året vi har tall fra i dødsårsaksregisteret, 1998 tallene er under arbeid.
- <sup>4</sup> Hopkins Symptom Check List (HSCL)
- <sup>5</sup> 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.
- <sup>6</sup> 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.
- <sup>7</sup> 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): "Psykosser", i *Helsenytt for alle*, (<http://helsenytt.no/artikler/psykosser.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.

## III Helse og hverdagsliv

### **Dagens levevaner - morgendagens helsetilstand**

Mange nordmenn har et kosthold som inneholder mye fett, sukker, salt og lite fiber. Når livsstilen samtidig preges av lav fysisk aktivitet, øker risikoen for sykdom og død. Levevanene varierer mellom generasjoner, i ulike livsfaser og livssituasjoner, og etter sosioøkonomiske skillelinjer. Helseundersøkelsene viser blant annet at grupper med lav utdanning og inntekt er mer utsatt for faktorer som virker uheldig inn på helsen. Bildet er nyansert, men det er likevel slik at langt flere i lavere sosioøkonomiske grupper har et fettrikt kosthold, spiser frukt og grønnsaker sjelden, røyker og utvikler fedme, sammenlignet med dem som utfra inntekt og utdanning tilhører høyere sosioøkonomiske grupper.

### **Når helsa setter begrensninger ...**

Mange som har sykdom, skade eller funksjonshemming opplever at handlingsmulighetene innskrenkes. I noen tilfeller er helseproblemene av en slik karakter at de har konsekvenser for konkrete aktiviteter og gjøremål. Hver femte voksne nordmann har et helseproblem som griper inn i hvordan de mestrer hverdagen i stor grad. Dette gjelder flere kvinner enn menn og flere eldre enn yngre. Årsakene til problemene som gir nedsatt fungering, er forskjellige og ofte sammensatte. Noen har synlige lyter og vansker mens andre har begrensninger som ikke umiddelbart

er synlige for andre. Studier viser imidlertid at langt de fleste tilpasser seg og tenker positivt til tross for at de har vansker. Dette reflekteres i at et stort flertall sier at helsen er god, til tross for vanskeligheter som skyldes sykdom, funksjonsbegrensninger og plager.

Når helsen svikter, søker man etter midler som kan lindre, lette eller kompensere for manglende funksjoner. Både medisiner, tekniske hjelpemidler og fysisk tilrettelegging bidrar til en lettere hverdag i så måte. De fleste eldre som ikke selv klarer å gjøre hverdagslige gjøremål på grunn av sykdom, funksjonsbegrensninger eller generell svekkelse, får hjelp og omsorg fra andre. De kommunale hjemmetjenestene gjør en viktig jobb for hjemmeboende eldre. Mange eldre får hjelp fra egen familie, venner eller naboer, ofte i tillegg til kommunens tilbud.

### **... for hva du kan gjøre eller delta i**

Helseproblemer kan påvirke ens evne til å bevege seg fritt, ens arbeidsevne, muligheten for å delta på sportslige eller kulturelle arrangementer, eller med å etablere og opprettholde kontakter med andre. Hver tiende nordmann mellom 16-66 år opplever varig konsekvens av sykdom som knytter seg til reduserte muligheter for sosial kontakt, nedsatt fysisk mobilitet eller vansker med deltakelse i ulike fritidsaktiviteter.





Jens-Kristian Borgan

## 5 Sosial ulikhet i levevaner og livsstil

Et kosthold med for mye fett, særlig hardt fett (mettede fettsyrer og transfettsyrer), mye sukker, salt og alkohol, samt for lite stivelse, kostfibre og enkelte vitaminer og mineraler medvirker til utvikling av flere alvorlige sykdommer, blant annet hjerte- og karsykdommer og kreft. Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (tidligere Statens ernæringsråd) oppgir disse svakhetene ved dagens norske kosthold. En annen viktig svakhet ved dagens livsstil som bidrar til helseproblemer, er mangelen på mosjon. For lite mosjon kan igjen føre til overvekt, noe som kan føre til øket risiko for sykdom og død.



### 5.1 Kvinner spiser mest frukt og grønt

Frukt og grønnsaker er anbefalt kost. Norske helsemyndigheter har anbefalt et inntak på minst fem porsjoner poteter, grønnsaker, frukt og bær, tilsvarende et totalt inntak på minst 750 gram per dag (Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, 1999). Undersøkelser fra 1993-1994 viser at bare 6 prosent av mennene, men mer enn dobbelt så mange kvinner hadde et slikt daglig forbruk. Ifølge Statistisk sentralbyrås helseundersøkelse i 1995 oppga 36 prosent av befolkningen mellom 16 og 80 år at de spiste frisk frukt minst 5 dager per uke, mens det var 41 prosent som spiste rå eller kokte grønnsaker like ofte. Det var 50 prosent flere kvinner enn menn som spiste frukt og grønnsaker ofte.

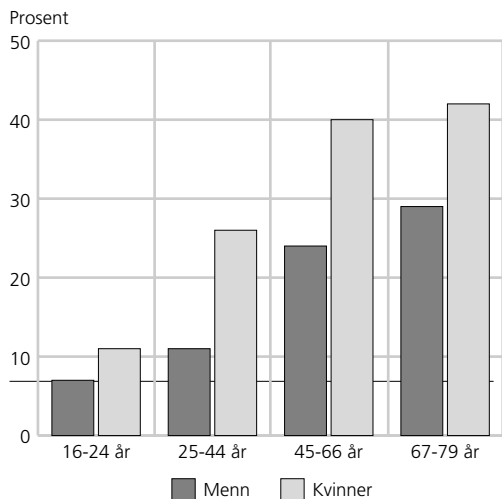
Hver fjerde person mellom 16 og 80 år i Helseundersøkelsen 1995 spiste både frukt og grønnsaker ofte. Nesten hver

tredje kvinne, men bare hver sjettede mann hadde et slikt forbruk. Personer under 35 år spiste frukt og grønnsaker langt sjeldnere enn de høyere aldersgruppene. Hvis de yngste aldersgruppene beholder sine vaner også når de når høyere alder, kan dette gi grunn til bekymring på lengre sikt. Sannsynligvis skyldes dette forholdet mer at livsstilen som er vanlig blant yngre "uetablerte" mennesker, sjeldnere gir rom for et kosthold med mye frukt og grønt.



Frukt og grønnsaker er anbefalt kost.

**Figur 5.1** Andel kvinner og menn som spiser både frukt og grønnsaker minst 5 ganger i uka, etter alder. 1995. Prosent



Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

Det er observert en økning i forbruket av frukt og grønnsaker når tidligere generasjoner er blitt eldre. Det er håp om at dette også vil gjelde dem som er unge i dag.

Funksjonærer spiser mer frukt og grønnsaker enn arbeidere. Hvis vi imidlertid tar hensyn til kjønnsforskjellene, har lavere funksjonærer et forbruk på linje med arbeidere. Høyere funksjonærer og folk i primærnæringene spiser oftest frukt og grønnsaker.

Personer i husholdninger hvor høyeste utdanning er på videregående-skole-nivå eller lavere, spiste frukt og grønnsaker sjeldnere enn i husholdninger hvor minst en person hadde utdanning på universitets- eller høgskolenivå. Høyere inntekt gir også et høyere forbruk av frukt og grønt. Inndelt etter landsdel var det et

lavere forbruk i Trøndelag og Nord-Norge enn i de andre landsdelene.

I Helseundersøkelsen 1985 ble spørsmålet om konsum av frukt og grønnsaker stilt noe annerledes. Resultatene tyder imidlertid på at det har vært en nedgang i denne bruken i tiårsperioden mellom disse to undersøkelsene. Mønsteret med at kvinner spiser mer frukt og grønnsaker enn menn, og at konsumet er høyere blant folk med høyere utdanning, har imidlertid holdt seg stabilt.

## 5.2 De eldste bruker mest fete melkeprodukter og hard margarin

Norsk kosthold inneholder for mye fett, særlig mettede fettsyrer og transfettsyrer. Viktigste kilder for slike fettsyrer er kjøtt, melkefett og hard margarin. Både i helseundersøkelsene i 1985 og i 1995 ble det spurt om hvilken type melk/melkeprodukt som vanligst ble brukt til drikke eller i maten og hvilken type smør eller margarin som oftest ble brukt på brødskiva. Selv om dette ikke dekker alle kilder for mettede fettsyrer, kan vi anta at personer som bruker fet melk til eller i maten og meierismør eller hard margarin på maten, jevnt over har større inntak av mettede fettsyrer enn dem som bruker produkter med mindre fett.

Bruken av slikt fett som beskrevet over ble sterkt redusert i 10-årsperioden fra 1985 til 1995. Mens i alt 7 prosent av personer mellom 16 og 80 år brukte fete melkeprodukter og smør eller hard margarin på brødskiva, var det tre ganger så mange som gjorde dette ti år tidligere. Det var liten forskjell på kvinner og menn, men det var langt flere eldre enn yngre som brukte fete produkter i 1995. I 1985 var det også flest eldre som brukte fete melkeprodukter, men

aldersforskjellene var den gang ikke så store. Mens 4 prosent av befolkningen under 45 år brukte mye fett i 1995, var det tilsvarende tallet 13 prosent for aldersgruppen 65-74 år og 19 prosent for 75-79-åringene. Da bruken av disse fettkildene har vært avtagende en årrekke, er det god grunn til å anta at vi her ser et generasjonsfenomen, det vil si at de yngre aldersgruppene vil fortsette med sitt magrere kosthold, også når de blir eldre. På dette området kan vi derfor vente en ytterligere helsegevinst i framtida.

Det var i 1995 hele 29 prosent av personer i primærnæringene som rapporterte den omtalte bruken av fett i kosten. Dette er vesentlig over alle andre grupper av sosioøkonomisk status. På den andre siden var det tilsvarende tallet for funksjonærer på høyere nivå bare 3 prosent.

Personer med høyere utdanning og høyere inntekt spiser mindre av slikt fett enn personer med lavere utdanning og inntekt. Det er færrest i Oslo og Akershus som spiser fet mat (5 prosent) og flest på Vestlandet (9 prosent).

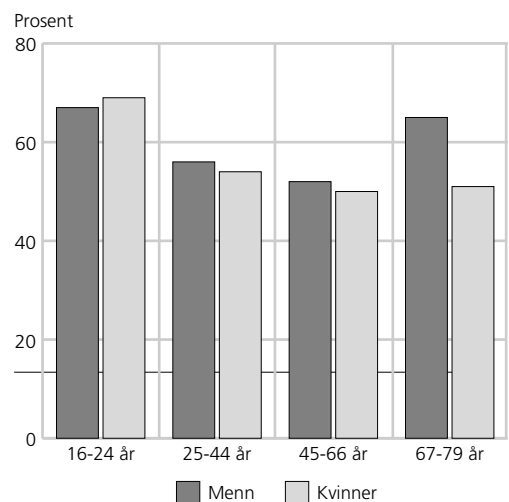
### 5.3 Flest menn mosjonerer mye, men flere menn enn kvinner er også inaktive

Fysisk aktivitet reduserer risikoen for å få og å dø av hjerte- og karsykdommer. Sannsynligvis har fysisk aktivitet gunstig virkning på sykkelighet og dødelighet generelt. Mer mosjon er vanligvis mer gunstig enn mindre mosjon, men den største helsegevinsten oppnås ved å gå fra å være inaktiv til å mosjonere noe. Helsemyndighetene anbefaler en halv times lett mosjon daglig.

I Helseundersøkelsen 1995 oppga halvparten av de spurte at de mosjonerte lett minst tre timer ukentlig. Det var liten forskjell mellom kjønnene, bortsett fra at menn ser ut til å få bedre tid til å mosjonere når de blir alderspensjonert. Hard mosjon ser ut til å være de yngre menns domene. Halvparten av menn i alderen 16-24 år opplyste at de mosjonerte hardt (ble svett eller andpusten) minst tre timer per uke. Hver femte mann over 35 år oppga å mosjonere hardt minst tre timer per uke, mens det tilsvarende tallet for kvinner var om lag 15 prosent.

Det var om lag like mange (15 prosent) som oppga at de mosjonerte regelmessig minst fire ganger per uke som dem som oppga at de ikke mosjonerte regelmessig i det hele tatt. Det var en mindre overvekt av menn både blant dem som mosjonerte mye og blant dem som var inaktive. Unntaket er at eldre kvinner er mer inaktive enn eldre menn.

Figur 5.2 Andel som mosjonerer minst 3 timer i uka, etter kjønn og alder. 1995. Prosent



Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

Ufaglærte arbeidere og folk i primærnæringene er oftere inaktive på fritida. Noe av dette kompenseres sannsynligvis ved at disse gruppene har et mindre stillesittende arbeid enn andre grupper. Folk med universitets- eller høgskoleutdanning er oftere aktive enn folk med lavere utdanning. Høyere inntekt gir også flere aktive enn lavere inntekt.

I Helseundersøkelsen i 1985 var spørsmålsstillingen om mosjon noe annerledes. Blant annet ble det ikke skilt mellom hard og lettere mosjon. Hovedfunnene fra 1985 ble imidlertid bekreftet i 1995 der det har vært mulig å sammenlikne.

#### 5.4 Nordmenn røyker fortsatt mye

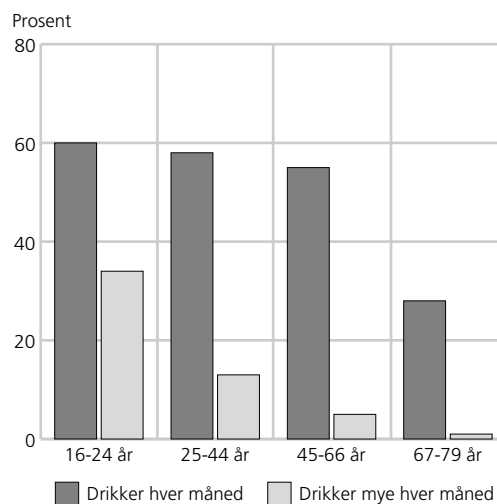
Røyking er den enkeltfaktoren som har størst negativ betydning for hjerte- og karsykdommer, kreft og lungesykdommer. Helsemyndighetene har derfor satt igang en rekke tiltak for å begrense røykingen, særlig blant de unge. Tiltakene har gitt noen resultater, men på langt nær så gode som ønsket. De årlige undersøkelsene som Statistisk sentralbyrå gjennomfører for Tobakkskaderådet viser at fortsatt røyker nær hver tredje voksen person i Norge daglig (Statistisk sentralbyrå 2000). Til sammenlikning røyker bare hver femte svenske daglig, mens danskene, som tradisjonelt har hatt et høyt tobakksforbruk, bare røyker marginalt mer enn nordmenn (NOMESKO 2000). At svenske menn kan forvente å leve om lag 1,5 år lenger enn norske, kan nok i stor grad relateres til de ulike røykevanene. Selv om de ønskede resultater om røykeslutt i Norge ikke er oppnådd, er det likevel et godt tegn at røykingen blant de unge (16-24 år) har avtatt. På en generasjon har andelen dagligrøykere i denne aldersgruppen blitt redusert med en tredjedel, fra vel 40 til knapt 30 prosent.

Ifølge helseundersøkelsen i 1995 røykte 30 prosent daglig. Dette tallet er litt lavere enn det som ble registrert i de løpende røykevaneundersøkelsene. Denne forskjellen kan skyldes at det var et større frafall i helseundersøkelsen på disse spørsmålene enn i røykevaneundersøkelsen. I helseundersøkelsen oppga 45 prosent av de ufaglærte arbeiderne at de røykte daglig, mot bare halvparten så stor andel blant høyere funksjonærer. Personer med universitets- eller høgskoleutdanning røykte daglig bare halvparten så ofte som personer med lavere utdanning. Folk med høy inntekt røyker sjeldnere enn folk med lavere inntekt, men forskjellene er langt mindre enn mellom utdanningsgruppene.

#### 5.5 Ungdom drikker sjeldnere, men mer når de drikker

Selv om et moderat alkoholforbruk kan ha gunstige innvirkninger på hjerte- og

**Figur 5.3** Andel kvinner som drikker alkohol minst en gang hver måned og andel kvinner som er beruset minst en gang hver måned. 1998. Prosent



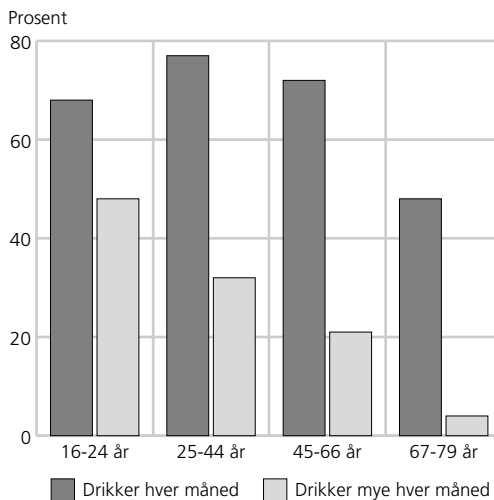
Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

karsykdommer, er skadevirkningene forbundet med alkoholbruk så store at helsemyndighetene lenge har arbeidet for å begrense inntaket av alkoholholdige drikker. Hva som er et moderat alkoholforbruk er i denne sammenheng også uklart.

I Helseundersøkelsene 1985 og 1995 ble det spurt om både hvor mye og ofte det ble drukket alkohol. I 1985 hadde hver sjettede mann og 30 prosent av kvinnene over 16 år ikke smakt alkohol siste året. Ti år seinere var denne andelen redusert til hver åttende mann og hver femte kvinne.

Det er flest blant de eldste som ikke drikker alkohol, 30 prosent av mennene og mer enn halvparten av kvinnene mellom 67 og 79 år hadde ikke drukket siste år i 1995. Dette er bare en mindre endring fra 1985. Blant dem som drikker alkohol, var det personer i aldersgruppen

**Figur 5.4** Andel menn som drikker alkohol minst en gang hver måned og andel menn som er beruset minst en gang hver måned. 1998. Prosent



Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

45-66 år som i 1995 drakk oftest mer enn en gang i uka.

Ungdom under 25 år drakk alkohol sjeldnere. Bare 7 prosent av ungdommen drakk alkohol så ofte. I 1985 var dette tallet imidlertid bare 4 prosent.

Selv om ungdom drikker alkohol sjeldnere enn andre, drikker de mye mer når de først drikker. Nær halvparten av mennene og hver tredje kvinne mellom 16 og 25 år oppga i 1995 at de hadde drukket så mye at de hadde blitt beruset minst en gang i løpet av en vanlig måned siste år. I hele befolkningen mellom 16 og 80 år sett under ett, hadde hver fjerde mann og hver tiende kvinne drukket så mye at de var beruset minst en gang i en vanlig måned.

## 5.6 Flest overvektige menn og flest undervektige kvinner

Det er funnet sammenheng mellom overvekt og undervekt og risikoen for sykdom og død, selv om det ikke er klarlagt at det er endret kroppsvekt som førte til sykdom, eller sykdommen som har forårsaket den endrede kroppsvekten. Kroppsmasseindeksen (eller Body Mass Index, BMI) er et mål for overvekt. Denne er regnet ut som personens vekt i kilogram delt på kvadratet av personens høyde i meter. En svakhet med dette målet er at det ikke skiller mellom fett- og muskelmasse. Dessuten tyder undersøkelser på at bukfedme (oppbygning av fett rundt magen) er en selvstendig risikofaktor for mange sykdommer (Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet 2000). Til tross for slike svakheter er det anbefalt å bruke BMI som et mål for over- og undervekt. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer personer med BMI på under 18,5 som undervektige, mellom 18,5 og 24,9 som normalvektige og BMI på 25 og over som



Hver tredje nordmann er overvektig.

overvektige. Personer med fedme har en BMI på minst 30. I Norge er grensen for undervekt ofte satt til BMI lik 20.

Etter definisjonene nevnt over, viser helseundersøkelsen at hver tredje person mellom 16 og 80 år var overvektig i 1995. Disse dataene bygger på egenrapportering av høyde og vekt. Undersøkelser hvor høyde og vekt blir målt fører vanligvis til noe flere overvektige. I aldersgruppene under 45 år var det dobbelt så mange overvektige menn som kvinner. Blant de eldste over 70 år er det imidlertid en større andel overvektige kvinner. Personer med høyere utdanning har sjeldnere overvekt enn personer med lavere utdanning. Oslo og Akershus har

færrest overvektige mens Nord-Norge og Trøndelag har flest.

5 prosent av både kvinner og menn mellom 16 og 80 år hadde fedme ifølge Helseundersøkelsen 1995. Det var flest middelaldrende menn med fedme, mens det var flest eldre kvinner. Folk med høyere utdanning og folk med høy inntekt har sjeldnere fedme enn dem med lav utdanning og lav inntekt

Det er flest undervektige kvinner. Etter WHO's definisjon var 6 prosent av kvinnene og 1 prosent av mennene undervektige. Hvis vi setter grensen til BMI under 20, var hver sjette kvinne, men bare 4 prosent av mennene undervektige. I likhet med hva som ble funnet for overvekt og fedme, var det flere undervektige blant personer med lav utdanning og lavere inntekt i forhold til høyere utdanning og inntekt.

Det var færrest overvektige blant de yngste og flest blant de middelaldrende. Mer enn halvparten av mennene og hver tredje kvinne 45-66 år var overvektige mens hver femte mann og hver tiende kvinne 16-24 år var dette.

### Referanser

Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (1999): *Utviklingen i norsk kosthold*, 1999, Oslo.

Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (2000): *Vekt - helse*, Rapport nr. 1/2000, Oslo.

NOMESKO (2000): *Helsestatistik for de nordiske lande 1998*, København.

Statistisk sentralbyrå (2000): *Statistisk årbok 2000*, Norges offisielle statistikk.

Jorun Ramm

## 6 Funksjonsvansker og hverdagsmestring

Det er store variasjoner i hvilken grad ulike sykdommer og plager preger hverdagen og hvordan helseproblemene mestres. Helseundersøkelsen 1998 viser at nærmere en tredel av befolkningen har fysisk funksjonshemming, sykdom eller andre plager som begrenser dem i daglige gjøremål. Dette gjelder flere kvinner enn menn og flere eldre enn yngre. Periodevise plager som hodepine/migrene, nedstemthet, søvnproblemer, konsentrasjonsvansker eller mangel på overskudd er ganske utbredt i befolkningen. I noen tilfeller er imidlertid plagene av en tilbakevendende karakter og så alvorlige at det er tale om en funksjonshemming.



### 6.1 Begrensninger i dagliglivet

I dette kapitlet ser vi nærmere på mennesker som bor hjemme og som har helseplager av en slik art at det har konsekvenser for dem i hverdagen. Vi går i liten grad inn på medisinske årsaker til problemene, men fokuserer på plager og funksjonsbegrensninger som sykdom, skade eller lidelse medfører, og hvordan den enkelte kompenserer for funksjonstapet.

Funksjonsvansker kan ses som en egenskap ved individet, eller som en relasjonell egenskap ved "individet i samfunnet". Like viktig som å ha en begrensning som følge av sykdom, skade eller lidelse, er individets opplevelse av begrensningen i forhold til aktivitetsmuligheter og deltakelse. Det er også det samfunnsmessige og deltakelsesorienterte som fremheves i definisjonen av funksjonshemming som "manglende samsvar mellom individets forutsetninger og krav til funksjon på områder som er vesentlige for å etablere og opprettholde en selvstendig og sosial til-

værelse" (St.meld. nr. 8 1998-1999). Det er gjerne store individuelle forskjeller i hvilke utslag sykdom eller funksjonstap får for deltakelse i nærmiljø eller samfunn. Vanskene kan gjøre store utslag og være svært begrensende for enkelte i noen sammenhenger, og i utfoldelse av enkeltaktiviteter, og gjøre mindre utslag i andre. Hvilke konkrete eller praktiske konsekvenser funksjonshemmingen har f.eks. på fritiden, i sosiale sammenhenger, eller i forhold til skole- eller yrkesdeltakelse blir belyst i kapittel 7.

### 6.2 Funksjonshemming = nedsatt fungering i hverdagen

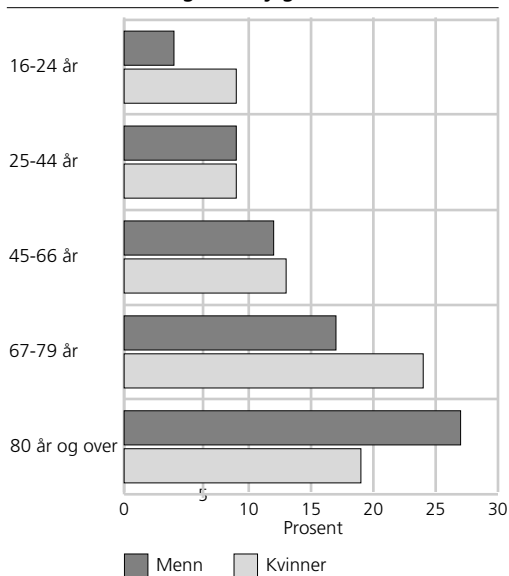
Gruppen av "funksjonshemmede" er stor og forskjelligartet. Noen har synlige lyter og vansker som f.eks. bevegelseshemmede, hørselshemmede, synshemmede eller psykisk utviklingshemmede. Andre har skjulte eller mindre tydelige funksjonshemninger som psykisk sykdom, hjertesykdom, allergi, revmatisme mv. eller sosial funksjonshemming.

Den internasjonale klassifikasjonen for sykdom, skade og dødsårsaker<sup>1</sup> (Statistisk sentralbyrå 1990), som benyttes i helsevesenet og trygdesystemet, er et viktig verktøy når grupper av funksjonshemmede skal defineres og avgrenses. Dette til tross for at en diagnose alene ikke er noen indikasjon på verken objektiv eller subjektiv fungering. I helseundersøkelsene benyttes det samme verktøyet for å klassifisere intervjupersonenes utsagn<sup>2</sup> om egen sykdom, skade eller lidelse. I undersøkelsene fra 1995 og 1998 differensierer man mellom sykdom, skade eller funksjonshemming som har konsekvenser i hverdagen, og annen sykdom. Med utgangspunkt i diagnoseangivelsene ble intervjupersonene stilt spørsmål om i hvilken grad disse påvirker hverdagen i form av begrensninger i hva man kan gjøre eller som gir smerter, angst, søvnproblemer eller en følelse av tretthet. Styrken, og kanskje svakheten, ved vanlige folks vurderinger av sykdom, helseplager og funksjonsproblemer er at de ser flere forhold i sammenheng. Helseproblemet som angis, dimensjoneres i forhold til hvordan det påvirker livssituasjonen man er i, og hvordan man takler tilværelsen med funksjonsbegrensning. Funksjonsevnen, slik den måles i helseundersøkelsene, blir en syntese av medisinsk vurderte helseproblemer, og det subjektive aspektet ved egenopplevelsen av funksjonshemmingen. "Funksjonshemmet" i denne sammenheng er opplevelsen av å ha store problemer i forhold til dagliglivets praktiske gjøremål.

### Konsekvenser av svekket helse

I 1998 hadde 19 prosent av den voksne hjemmeboende befolkningen sykdom, skade eller funksjonshemming som i noen grad virket inn på hverdagen, mens 12 prosent hadde sykdom som i høy grad virket inn på hverdagen. Om lag 2/3 av

**Figur 6.1** Andel menn og kvinner 16 år og over med helseproblemer som påvirker hverdagen i høy grad. 1998. Prosent



Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

dem som har store vansker i dagliglivet pga. helseproblemer, er 45 år eller eldre.

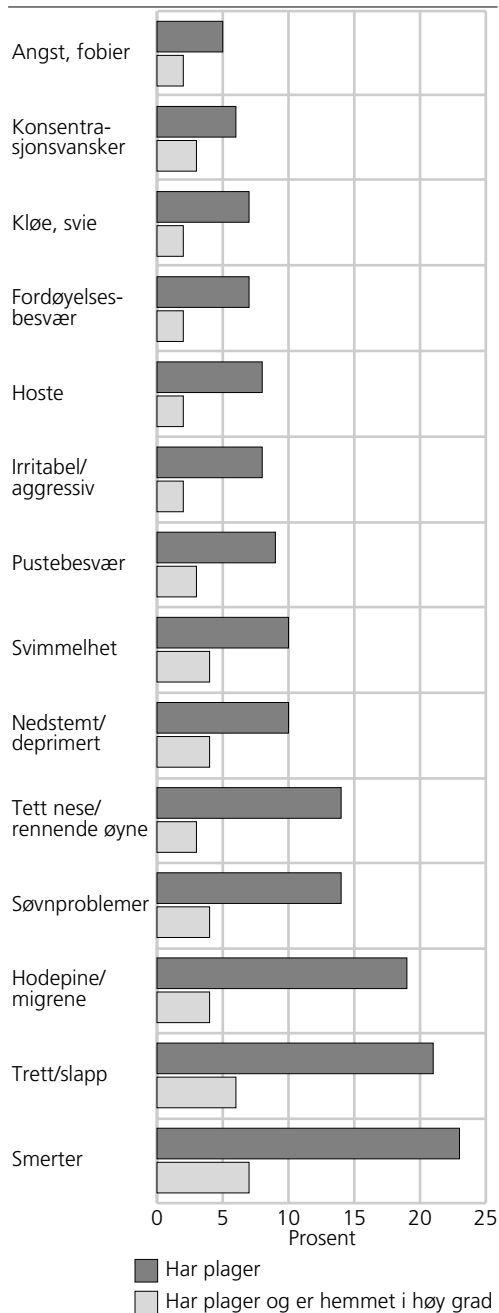
Andelen med store vansker i hverdagen varierer fra om lag 5 prosent blant unge til om lag 23 prosent blant eldre. Det er høyere andeler av helt unge kvinner og kvinner i alderen 67-79 år, enn blant menn i de samme aldersgruppene. For eldre 80 år og over er imidlertid andelen menn med store helseproblemer betydelig høyere enn for kvinner.

### En av to voksne har tilbakevendende plager i hverdagen

Sykdom, plager, eller symptomer legger begrensninger på den enkeltes yteevne, og innskrenker aktivitetsmulighetene. En del plager er til å leve med og har mindre innvirkning på utfoldelse, mens andre kan være svært plagsomme. Vel halvparten av den voksne befolkningen har varige eller tilbakevendende plager i



**Figur 6.2** Andel personer 16 år og over med varige eller tilbakevendende plager i hverdagen og andel som har plager og som er hemmet i høy grad. 1998. Prosent



Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

hverdagen. Figur 6.2 angir en del plager som intervjupersonene har hatt i tremånedersperioden før intervjuet.

Det er særlig mange som i løpet av en nærmere angitt tremånedersperiode har vært plaget av tilbakevendende smerter i kroppen, hodepine/migræne eller følt seg trette og slappe. En del plager er aldersavhengige og opptrer hyppigere i noen aldersgrupper. Yngre mennesker er mest plaget av hodepine og migræne og allergiske symptomer som tett nese eller rennende øyne og mange har følt seg trette og slappe. Eldre rapporterer oftere om tungpustethet, svimmelhet, dårlig balanse, eller søvnproblemer. Dette gjelder særlig personer over 66 år. Fra 45-årsalderen er det også en høy andel som stadig har smerter i kroppen. Blant yngre kvinner er andelen med smerter høyere enn blant menn. Følelsen av å være trett og slapp er like utbredt i alle aldersgrupper, vel 20 prosent.

### Sammensatte helseproblemer

De som har sykdom som påvirker hverdagen i høy grad (12 prosent) har flere sykdommer og flere plager i gjennomsnitt, enn andre med sykdom (se tabell 6.1).

Kvinner har flere syketilfeller og plager enn menn, uavhengig av alder. Gjennomsnittlig antall syketilfeller for kvinner og menn øker med alder. Alder har mindre betydning for i hvilken grad man har tilbakevendende plager. For dem som har sykdom som påvirker hverdagen i høy grad, er det liten forskjell i gjennomsnittlig antall plager blant de helt unge og de eldste.

### 6.3 Fysiske funksjonsvansker

Fysiske funksjonsvansker som svekket syn og hørsel eller nedsatt førlighet er mest utbredt i eldre aldersgrupper. Delvis

**Tabell 6.1 Gjennomsnittlig antall syketilfeller og plager blant personer med sykdom og blant personer med sykdom som påvirker hverdagen i høy grad. 1998. Prosent**

	16-24 år	25-44 år	45-66 år	67-79 år	>80 år	N
<b>Gjennomsnittlig antall syketilfeller</b>						
Blant personer med sykdom						
Menn .....	1,5	1,9	2,4	3,2	3,6	1 694
Kvinner .....	1,9	2,1	2,8	3,7	3,8	2 268
Blant personer med sykdom som virker inn på hverdagen i høy grad						
Menn .....	2,1	2,8	3,3	4,0	4,7	294
Kvinner .....	2,3	3,3	3,9	4,9	4,9	449
<b>Gjennomsnittlig antall plager</b>						
Blant personer med sykdom .....						
Menn .....	1,9	1,9	2,0	1,8	2,2	1 694
Kvinner .....	2,2	2,4	2,5	2,8	2,8	2 268
Blant personer med sykdom som påvirker hverdagen i høy grad .....						
Menn .....	3,1	3,5	3,0	2,3	3,4	294
Kvinner .....	3,9	3,9	3,5	3,6	4,0	449

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

skyldes dette en akkumulert risiko for å rammes av en ulykke eller lidelse som henger sammen med tiden man har vært eksponert for ulike farer, og delvis henger dette sammen med gangen i et normalt livsløp (Elstad 1998). Det er imidlertid en vanskelig grenseoppgang mellom naturlig eller forventet aldersbettinget svekkelse og funksjonstap som resultat av sykdom, skade mv. Etter 45-årsalder øker risikoen for funksjonssvikt. Fra pensjonsalder er det en markant økning i andelen med fysiske funksjonsproblemer, og flest er det blant de eldste. Etter 80-årsalder øker andelen med fysiske funksjonsproblemer dramatisk.

### Sansetap

Nedsatt syn eller hørsel vanskeliggjør nødvendige gjøremål i hverdagen. I tillegg skaper dårlig syn/hørsel utrygghet, og begrenser sosial omgang med andre. Vansker med å lese aviser,

tidsskrifter eller bøker eller vansker med å følge med i en samtale med flere personer, kan for mange representere et vesentlig tap.

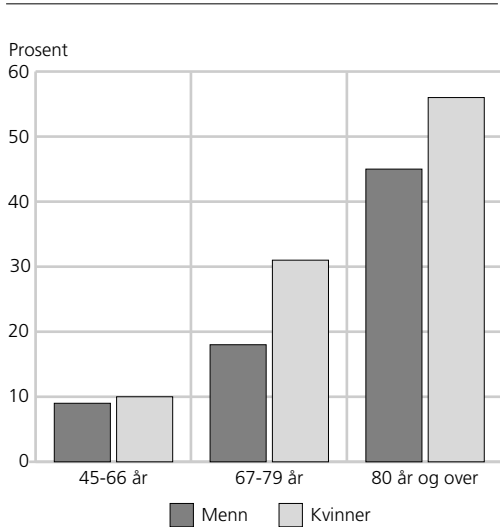
**Tabell 6.2 Andel menn og kvinner 45 år og over med nedsatt sansevne (syn eller hørsel), 1998. Prosent**

	Nedsatt sansevne	Nedsatt hørsel <sup>1</sup>	Nedsatt syn <sup>2</sup>	N
<b>Alle .....</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>3 317</b>
Menn .....	11	8	4	3 317
45-66 år ...	7	5	3	1 123
67-79 år ...	14	11	5	359
80 år og over	27	18	13	101
Kvinner ....	11	7	7	1 733
45-66 år ...	6	4	3	1 093
67-79 år ...	14	9	9	455
80 år og over	27	15	16	185

<sup>1</sup> Selv med bruk av høreapparat. <sup>2</sup> Selv med bruk av briller.

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

**Figur 6.3 Andel menn og kvinner 45 år og over med nedsatt bevegelsesevne. 1998. Prosent**



Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

Om lag 7 prosent i alderen 67-79 år og 15 prosent 80 år og over har så dårlig syn at de ikke kan lese vanlig tekst i aviser selv med bruk av briller. Tilsvarende kan om lag 10 prosent mellom 67-79 år og 16 prosent 80 år og over ikke følge med i en samtale med minst to andre, selv med bruk av høreapparat. Hørselsproblemer er noe mer utbredt blant eldre menn, mens redusert syn er mer utbredt blant eldre kvinner.

### **Nedsatt førlighet**

I 1998 var vel en fjerdedel av personer i alderen 67-79 år bevegelseshemmet, det vil si hadde store problemer med å gå i trapper, eller med å gå en tur på to km eller mer.

Blant de eldste var vel halvparten bevegelseshemmet i denne betydningen. Andelen med bevegelsevansker blant personer over 66 år var høyere blant

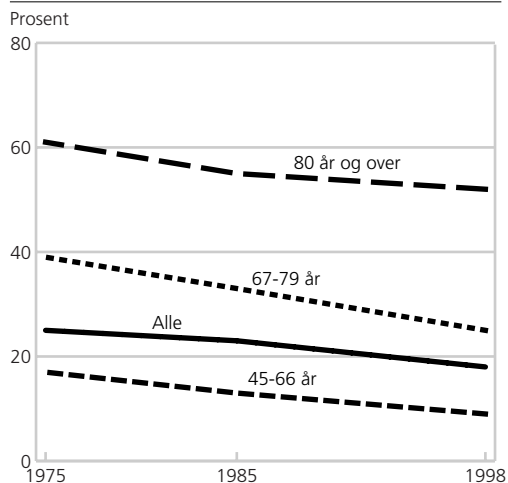
kvinner enn blant menn. I befolkningen 66 år og over er totalt 17 prosent avhengig av hjelpemidler for egen fremkommelighet. Om lag 14 prosent menn og 19 prosent kvinner over 66 år er avhengig av stokk, krykke, gåstol eller rullestol i hverdagen (se tabell 6.4).

### **Boks 6.1 Mål på bevegelsesevne**

I helseundersøkelsene har målene på funksjonsevne endret seg noe fra årgang til årgang. Det er dermed vanskelig å fremstille tidsserier tilbake til 1975 eller 1985. Vi har valgt to mål som indikerer nivået på bevegelsesevne hos intervjupersonene. Det ene målet fanger inn bevegelse dvs. om man klarer å bevege seg i trapper. Det andre målet retter seg i større grad mot utholdenhet og bevegelsesradius; om man klarer å gå en tur av noe varighet. I 1975 ble intervjupersonene spurt om de kan gå i trapper uten vanskelighet eller om de kan gå en 15 minutters tur i noenlunde raskt tempo. De samme spørsmålene ble gjentatt i 1985, men denne gang om man klarer å gå en 5 minutters tur i noenlunde raskt tempo. Spørsmålet om tur ble ikke stilt ved undersøkelsen i 1995.

I 1998 er ikke spørsmålene om funksjonsevne stilt i en intervjusituasjon, som i de øvrige årgangene, men på postskjema. Det postale skjemaet ble sendt alle personer i bruttoutvalget, uavhengig av om de hadde gjennomført besøksintervju. Opplysningene om funksjon har i tidligere undersøkelser begrenset seg til å omfatte varige vansker. I 1998 spørres det mer generelt om begrensninger man opplever nå som å gå trappen opp en etasje eller å gå mer enn to kilometer (begrenser mye, begrenser litt, eller begrenser ikke i det hele tatt). Spørsmålene om bevegelsesevne i 1998-årgangen er en del av et større hele; Medical Outcome Survey-Short Form-36.

**Figur 6.4** Andel personer 45 år og over med nedsatt bevegelsesevne (se boks 6.1). 1975, 1985 og 1998. Prosent



Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

#### 6.4 Lavere andel med bevegelsevansker

Tall fra helseundersøkelsene tyder på at andelen i befolkningen med bevegelsevansker er redusert i perioden 1975 til 1998, særlig blant eldre kvinner. Også andre analyser av helse- og levekårsundersøkelsene ser ut til å trekke i samme retning. Ulike mål for funksjonshemming eller nedsatt funksjonsevne antyder at færre eldre har vansker på 1990-tallet enn tidligere (Daatland 1997:10, Elstad 1998, blant andre).

**Tabell 6.3** Andel menn og kvinner 45 år og over med nedsatt bevegelsesevne. 1975, 1985 og 1998. Prosent

	45-66 år		67-79 år		80 år og over		N
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	
1975	15	20	32	45	50	67	3 835
1985	10	16	27	39	44	62	3 698
1998	9	9	17	29	39	54	3 406

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

I aldersgruppen 45-66 år er bevegeligheten bedret for både menn og kvinner i perioden 1975 til 1985. For denne gruppen har det vært liten endring i menns funksjonsevne etter 1985, mens kvinnene er blitt sprekere. I 1998 er andelen med bevegelsevansker i denne aldersgruppen omtrent like stor både for menn og kvinner (9 prosent).

I begge de eldste aldersgruppene har det vært en vesentlig forbedring av bevegelseevnen sammenlignet med nivået i 1975. Særlig har det vært en positiv utvikling siste tiårsperiode.

#### 6.5 Å leve med sykdom, skade eller lidelse (funksjonshemming)

Vel en av tre 16 år og over har sykdommer eller plager som de opplever har konsekvenser for aktiviteter i hverdagen, og en av ti har vansker med å bevege seg i trapper eller med å gå lengre avstander. Det betyr at et relativt stort antall mennesker må tilpasse seg et liv med begrensninger.

##### *Andres holdninger og egen innstilling*

Det er verdt å merke seg at en tredel av de som opplever at helseproblemet de har i høy grad virker inn på dagliglivet, likevel sier at de har god helse. Det å ha nedsatt funksjon i hverdagen eller være funksjonshemmet betyr ikke nødvendigvis at man har kronisk dårlig helse. Om begrensningen er medfødt, har fulgt personen over lang tid, eller er ervervet senere, vil også være av betydning for hvordan den preger dagliglivet. Gjennom tilpasning og justering finner en del frem til måter de kan leve med begrensningen på.

Det forventes en viss svekkelse i fysisk funksjon med økende alder. I eldres omgivelser og i samfunnet generelt er det



Foto: xxxx

En av fire eldre bruker hjelpemidler i hverdagen.

aksept og forståelse for at eldre ikke alltid hører eller ser like godt som andre eller at de kan ha vansker med å bevege seg. En slik aksept vil trolig også påvirke den enkeltes opplevelse av begrensningen. Yngre funksjonshemmede, med tydelige eller mindre tydelige funksjonsproblemer, blir gjerne møtt med andre forventninger. Mange ønsker et aktivt liv og deltar gjerne på flere samfunnsarenaer. Politisk blir det satset på tilrettelegging av omgivelser og holdningsskapende arbeid for å endre krav og forventninger som rettes mot funksjonshemmede jf. Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede 1998-2001 (St.meld. nr. 8 1998-1999). Måten funksjonshemmede blir mottatt på i skolesammenheng, på arbeidsplassen mv., er av vesentlig betyd-

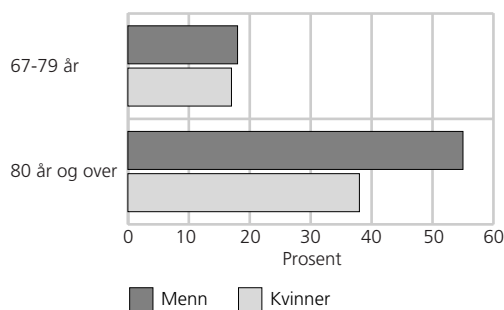
ning for hvordan de selv opplever og lever med sitt handikap.

### Tilrettelegging og hjelpemidler

I tillegg til å fremheve betydningen av en positiv holdning og innstilling, er det en rekke praktiske tiltak som kan bidra til å redusere konsekvenser eller virkning av sykdom eller funksjonshemming. En del funksjonshemminger vil, i tillegg til sterk egeninnsats for å akseptere eller overvinne vanskene, kunne avhjelpes eller dempes ved tilrettelegging av omgivelsene, med medikamenter eller gjennom bruk av hjelpemidler. Ulike legemidler som bidrar til å dempe symptomer og plager er utvilsomt til stor hjelp for mange i hverdagen. Helseundersøkelsen 1995 viste at knapt seks av ti voksne benyttet en eller annen form for medisin i en nærmere angitt 14-dagersperiode før intervjuet, mens knapt tre av ti benyttet medisiner daglig (se kapittel 9). Blant syke mennesker som sier at sykdommen, skaden eller lidelsen de har påvirker hverdagen i høy grad, brukte 62 prosent medisiner daglig i 1995.

Fysisk tilrettelegging er viktig. En del har hjelpemidler eller tekniske innretninger

**Figur 6.5** Andel menn og kvinner over 66 år som benytter ulike hjelpemidler i hverdagen. 1998. Prosent



Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

hjemme for å kompensere for redusert eller tapt funksjon. Hjelpemiddelsentralene i kommunene er en kilde til hjelp for personer med funksjonelle vansker. Det finnes en rekke tekniske hjelpemidler som kan bidra til å lette hverdagen, og som er tilgjengelige for alle, uavhengig av inntekt. Dette tilbudet har stor betydning for den enkeltes selvstendighet og livskvalitet. Om lag 7 prosent av den voksne befolkningen (16 år og over) og 26 prosent av eldre over 66 år, benyttet ett eller annet hjelpemiddel i hverdagen i 1998.

Knappt en av fem i alderen 67-79 år og snaut halvparten av personer 80 år og eldre hadde hjelpemidler for å kompensere for en redusert eller tapt funksjon i 1998. Det er tilnærmet ingen forskjell i andelen som benytter ulike hjelpemidler mellom menn og kvinner i aldersgruppen 67-79 år. I den eldste aldersgruppen er det en markert kjønnsforskjell. Forskjellen skyldes for en stor del overvekt av menn som bruker høreapparat, og en relativt høyere andel eldre menn i rullestol. Blant mennesker som har store problemer i hverdagen grunnet sykdom, hadde halvparten av eldre 67-79 år og tre av fire av eldre 80 år og over hjelpemidler.

## 6.6 Oppsummering

Helseundersøkelsen 1998 viser at vel en av tre voksne hadde et helseproblem som de opplever at påvirker hverdagen. Dette gjelder flere kvinner enn menn og flere eldre enn yngre. Årsaken til problemene som gir nedsatt funksjon, er forskjellige og ofte sammensatt. I mange tilfeller gir plagene seg utslag som smerter i kroppen, hodepine/migrene, nedstemthet og depresjoner, søvnproblemer eller mangel på overskudd som tretthet eller slapphet. I alle aldersgrupper er det store grupper

som har tilbakevendende plager og symptomer i hverdagen. Typen symptomer varierer imidlertid med alder. Blant yngre er hodepine/migrene og tretthet mest utbredt, mens blant eldre er svimmelhet, tungpustethet, dårlig balanse og søvnproblemer mer vanlig.

Etter 45-årsalder øker risikoen for funksjonssvikt på grunn av sykdom eller skade, og fra pensjonsalder er det en klar økning i andelen med fysiske funksjonsproblemer. Over en 25-årsperiode har det vært en markert forbedring i Eldres bevegelsesevne, særlig etter 1985. Tilpasning og tilrettelegging bidrar til å dempe plager og avhjelpe funksjonshemminger. Mange benytter medikamenter eller andre hjelpemidler for å mestre hverdagen.

<sup>1</sup> Standarder for norsk statistikk nr. 6 1990. Klassifikasjon av sykdommer, skader og dødsårsaker (ICD-9). Andre statistikkområder som omfatter pasientdata, dødsårsaksdata og tryggedata baserer seg nå på den tiende revisjonen av klassifikasjonen (ICD-10).

<sup>2</sup> Det er i denne sammenhengen viktig å være oppmerksom på at det er lekfolks angivelser, og ikke profesjonelle vurderinger, som blir klassifisert i henhold til ICD-kodeverket i helseundersøkelsene.

## Referanser

Daatland, Svein Olav (1997): *Social protection for the elderly in Norway*, Skriftserie 97:4, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, NOVA, Oslo.

Elstad, Jon Ivar (1998): *Funksjonshemmede og psykisk helse*, Rapport 3/98, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, NOVA, Oslo.

NOU (1993:17): *Levekår i Norge. Er graset grønt for alle?*, Finans- og tolldepartementet.

Statistisk sentralbyrå (1990): *Klassifisering av sykdommer, skader og dødsårsaker. Norsk utgave av ICD-9, Standarder for norsk statistikk nr. 6.*

St.meld. nr. 34 (1996-1997): *Resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede og veien videre*, Sosial- og helsedepartementet.

St.meld. nr. 8 (1998-1999): *Om handlingsplan for funksjonshemma 1998-2001*, Sosial og helsedepartementet.

St.meld. nr. 21 (1998-1999): *Ansvar og meistring*, Sosial- og helsedepartementet.

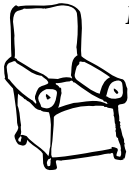
St.meld. nr. 50 (1998-1999): *Utjæmningsmeldinga. Om fordeling av inntekt og levekår i Noreg*, Sosial- og helsedepartementet.





Jorun Ramm

## 7 Eldres hjelpebehov og kilder til hjelp – hva sier de eldre selv?



*De fleste eldre klarer seg bra i hverdagen. Mange har en aktiv tilværelse og gode nettverk. En del opplever imidlertid at helsen svikter og at hverdagslige gjøremål blir vanskelige. I helseundersøkelsene blir det stilt spørsmål som kan gi en indikasjon på utbredelse og omfang av hjelpebehov på den ene siden, og hvor mye hjelp den enkelte får og hvor hjelpen kommer fra på den annen side. Er det slik at flertallet av eldre opplever at de får tilstrekkelig med hjelp til å klare seg i egen bolig, eller er det mange som ikke får hjelp tross opplevd behov.*

### 7.1 Hvordan klarer syke og funksjonshemmede eldre seg hjemme?

Som vist i kapitlet om funksjonsvansker, har 33 prosent av eldre nedsatt bevegelsessevne, mens 17 prosent opplever begrensninger som følge av sansetap. I

tillegg er utbredelsen av psykiske problemer og aldersdemens stor i eldrebefolkningen. Sykdom og funksjonstap skaper problemer i forhold til å klare seg i det daglige på egenhånd. Mestringsevnen blir redusert og hjelpebehovet øker. Selv enkle gjøremål blir vanskelige.

#### Boks 7.1 Eldre som målgruppe i intervjuundersøkelser

Eldre mennesker er en gruppe som kan være vanskelig å nå gjennom utvalgsbaserte intervjuundersøkelser. Det er de friskeste og sprekkeste som stiller opp for intervju. I helseundersøkelsene er frafallet blant eldre høyt, særlig blant personer over 80 år. En frafallsanalyse foretatt av undersøkelsen i 1995 viste en klart avtagende svarsannsynlighet etter 70-årsalder (se for øvrig Belsby og Vedø 1998).

En tredel av personer i alderen 67-79 år og snaut halvparten (46 prosent) av eldre 80 år og over som ble trukket ut til å delta i undersøkelsen i 1998, ble ikke intervjuet (fracfall). I frafallsgruppen var det større andel med lav inntekt og utdanning, sammenlignet med det øvrige utvalget. For øvrig var det små forskjeller mellom gruppene både i fordeling på menn og kvinner og etter husholdsstørrelse. En av tre som opprinnelig ble trukket ut til å være med i undersøkelsen, og som ikke har gjennomført besøksintervju, har imidlertid besvart et postalt skjema med spørsmål om helse og velferd. Vi kan derfor si noe om helsen til en del av frafallsgruppen. Både i forhold til egenvurdert helse og bevegelse skårer denne gruppen lavere enn gruppen som har gjennomført både intervju og sendt inn postskjema. Det virker derfor sannsynlig at eldre med hjelpebehov er overrepresentert i frafallsgruppen.

### Hjelpetrengende: vansker med daglige gjøremål

Vi måler hjelpebehov ved å registrere om intervjupersonen har vansker med personlig stell eller huslige gjøremål som gjerne utføres daglig. Det å være hjelpe-trengende er definert som å ha store vansker eller ikke være i stand til ett av følgende gjøremål: å gjøre innkjøp eller rengjøre bolig, å kle av eller på seg selv, eller å ivareta personlig hygiene. En av tre eldre over 66 år er hjelpetrengende etter denne definisjonen. Nær en av fire i aldersgruppen 67 til 79 år og halvparten av personer i gruppen 80 år og over trengte hjelp til gjøremål i tilknytning til hus og hjem eller til personlig pleie i 1998. Statistisk sett er sannsynligheten for å være hjelpetrengende høyest for eldre i høy alder (80 år og over), de som bor alene, samt eldre i lavere inntektssjikt (tilsvarende nivået på minstepensjon + ev. tilleggspensjon).

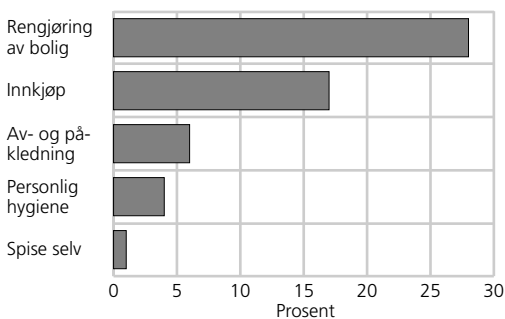
### Gjøremål og sysler som skaper problemer i hverdagen

Flest har vansker med tyngre huslige gjøremål som rengjøring av egen bolig (28 prosent). Om lag 17 prosent av eldre har vansker med å gjøre nødvendige

#### Boks 7.2 Hjelp eller omsorg?

Vi bruker begrepene hjelp, hjelpebehov og hjelpetrengende fremfor omsorg, omsorgsbehov og omsorgstrengende. Hjelpebegrepet favner videre enn omsorgsbegrepet. Begrepet understreker selve handlingen og sier lite om intensjon, kvalitet eller relasjon. Omsorgsbegrepet skaper, på den annen side, forventning om en tanke, en følelse, en relasjon og kontekst (Thorsen og Wærness 1999, Thorsen 1998). Det er handlingene helseundersøkelsene gir informasjon om, ikke kvaliteten på handlingen eller innholdet i relasjonen mellom den som gir og den som mottar hjelp.

Figur 7.1 Andel eldre over 66 år med store vansker med ulike daglige gjøremål. 1998. Prosent



Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

innkjøp selv, og 6 prosent har vansker med av/påkledning. Bare en mindre andel har grunnleggende hjelpebehov knyttet til egenpleie.

### 7.2 Konstant andel hjelpetrengende eldre, men flere i antall

Hjelpebehov kan måles og avgrenses på flere måter, og andelen hjelpetrengende vil variere med den valgte fremgangsmåten. Helseundersøkelsene er sammenlignbare tilbake til 1975 for tre av fire gjøremål som inngår i definisjonen av hjelpetrengende: å ha store vansker eller ikke være i stand til å foreta nødvendige innkjøp, av/påkledning eller å ivareta personlig hygiene selv. Om lag 20 prosent av eldrebefolkningen hadde vansker med disse gjøremålene i 1998, og andelen har vært stabil siden midten av 1970-tallet. Omregnet i antall personer i den hjemmeboende eldrebefolkningen hadde anslagsvis 90 000 slike vansker i 1975, mens 115 000 eldre over 66 år hadde det i 1998.

Mange trenger hjelp til rengjøring av bolig. Dette er et av de gjøremålene der hjelpebehovet melder seg først (Lingsom

**Tabell 7.1 Andel eldre over 66 år med store vansker i forhold til tre<sup>1</sup> av fire gjøremål. 1975, 1985, 1995 og 1998. Prosent**

	1975	1985	1995	1998
<b>Alle .....</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>20</b>	<b>20</b>
67-79 år .....	15	17	14	15
80 år og over .....	41	39	34	30
N .....	1 266	1 415	1 601	512

<sup>1</sup>Vansker med innkjøp, av-/påkledning eller personlig hygiene.  
Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

1991). Tabell 7.2 viser at andelen hjelpe-trengende eldre øker fra 20 til 32 prosent i 1998 når rengjøring av egen bolig omfattes av målet.

Uavhengig av hvordan hjelpebehovet avgrenses, har andelen med vansker vært relativt stabil i perioden fra 1975 til 1998 for yngre eldre, mens det har vært en nedgang i andelen med behov for hjelp til ulike gjøremål for eldre 80 år og over. Registreringer av bevegelsesvansker blant eldre viser at det også har vært en bedring i funksjonsevnen i denne eldste aldersgruppen (se for øvrig kapittel 6 om funksjonsvansker). En del av denne positive utviklingen både i nivået på hjelpebehov og funksjonsevne skyldes blant annet bedre oppvekstvilkår og høyere levestandard både gjennom livsløpet og i alderdommen for nye generasjoner eldre.

### 7.3 Behov for hjelp eller mer hjelp?

I Helseundersøkelsen 1998 ble intervju-personene stilt følgende spørsmål: *Synes du selv at det er noen daglige gjøremål du har behov for hjelp til, og som du gjerne skulle hatt hjelp til/mer hjelp til enn du har i dag?* Vurderinger av hjelpebehov har et stort innslag av skjønn. Den enkeltes opplevelse av eget hjelpebehov, mestringsevne og tilbudet vedkommende har per i dag vil være sentrale elementer i en

**Tabell 7.2 Andel hjelpetrengende eldre over 66 år – med ulike gjøremål. 1998. Prosent**

	Tre gjøremål <sup>1</sup>	Fire gjøremål <sup>2</sup>
<b>Alle over 66 år ...</b>	<b>20</b>	<b>32</b>
Alle 67-79 år .....	15	24
Menn .....	11	19
Kvinner .....	19	28
Alle 80 år og over .	30	49
Menn .....	21	46
Kvinner .....	35	51
N .....	512	512

<sup>1</sup>Vansker med tre gjøremål: innkjøp, av-/påkledning eller personlig hygiene.

<sup>2</sup>Vansker med fire gjøremål: innkjøp, av-/påkledning, personlig hygiene eller renhold av bolig.

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

slik vurdering. En femdel av eldre over 66 år svarer bekræftende på dette spørsmålet. Dobbelt så høy andel av eldste eldre som yngre eldre opplever at de trenger hjelp/mer hjelp til daglige gjøremål. Det er særlig eldre som bor alene som gir uttrykk for udekkede hjelpebehov. Statistisk sett øker sannsynligheten for at man gjerne skulle ha hatt hjelp/mer hjelp dersom man har vansker med grunnleggende daglige gjøremål, er enslig og kvinne.

Det er de mest hjelpetrengende som ønsker seg mer hjelp, selv om de har et tilbud per i dag. En tredel av de som allerede har hjelp, trenger mer hjelp, blant annet til innkjøp. Andelen er dobbelt så høy som blant eldre som ikke har hjelp på intervjudispunktet.

### 7.4 Ulike kilder til hjelp

En av tre eldre over 66 år fikk hjelp til daglige gjøremål fra ulike kilder i 1998: 25 prosent i alderen 67-79 år og 58 prosent i aldersgruppen 80 år og over. Den dominerende kilden til hjelp for

**Tabell 7.3 Andel eldre over 66 år som trenger hjelp eller mer hjelp i hverdagen på grunn av sykdom. 1998. Prosent**

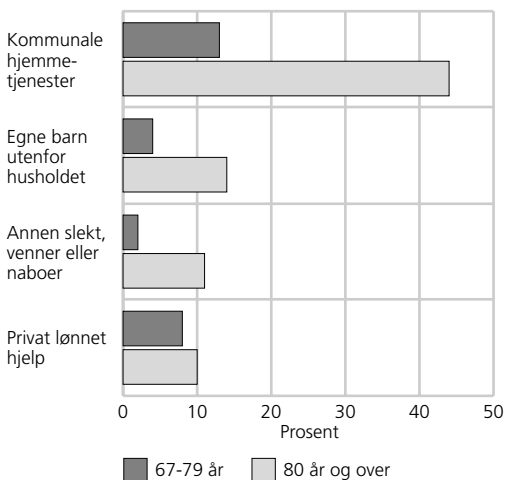
	Alle	Eldre uten hjelp i dag	Eldre med hjelp i dag
<b>Alle .....</b>	<b>21</b>	<b>15</b>	<b>32</b>
<b>Kjønn</b>			
Menn .....	13	11	16
Kvinner .....	27	18	42
<b>Aldersgruppe</b>			
67-79 år .....	19	13	35
80 år og over .....	27	23	29
<b>Husholdstype</b>			
Enslige .....	30	23	37
Par .....	12	10	21
<b>N .....</b>	<b>512</b>	<b>341</b>	<b>171</b>

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

eldre mennesker som har problemer med å klare seg i det daglige, er hjemmetjenesten. En av åtte i aldersgruppen 66-79 år og noe under halvparten av eldre 80 år og over mottar hjemmebaserte hjelpetjenester fra kommunen de bor i. Om lag 12 prosent får hjelp av slekt, venner eller naboer i nærmiljøet. I mer enn halvparten av disse tilfellene er det voksne barn bosatt utenfor husholdet som hjelper til. En av ti eldre kjøper seg private hjelpetjenester.

### Offentlig omsorg - primært til enslige eldre

Behovet for kommunale hjemmetjenester er størst for de eldste som bor alene, og som ikke har pårørende i nærheten av bostedet. Det er flest brukere i de laveste inntektsklassene. Om lag 36 prosent av enslige over 66 år og 10 prosent av par over 66 år hadde hjemmehjelp eller hjemmesykepleie i 1998. Med økende alder og tiltakende helseproblemer øker andelen som mottar hjemmetjenester. Om lag 57 prosent av eldre over 66 år som har store vansker med nødvendige

**Figur 7.2 Andel eldre over 66 år som på grunn av sykdom mottar hjelp fra ulike kilder utenfor husholdet. 1998. Prosent**

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

daglige gjøremål, hadde offentlig hjelp i 1998.

### Familie og ektefelle - viktige hjelpere i hverdagen

Studier har vist at for syke eldre som trenger hjelp og omsorg, er deres familier og ektefellen viktige hjelpere (Wærness og Ringen 1987). Ofte er det ektefelle eller partner som bistår med hjelp til gjøremål den eldre ikke klarer selv. I mange tilfeller er partners fysiske tilstedeværelse av vesentlig betydning, både for trygghet og visshet om at hjelpen finnes der hvis det er behov. Intervjupersonene i Helseundersøkelsen 1998 ble spurt om det er noen i husholdet som utfører ekstra omsorgsarbeid for dem, slik som hjelp til daglige gjøremål, stell eller tilsyn. En av ti eldre over 66 år som trenger hjelp på grunn av sykdom og som bor sammen med andre, mottok hjelp fra partner eller andre pårørende i husholdet.

**Uformell hjelp mellom husholdninger**

Mange eldre bor alene, og har derfor ikke denne kanskje viktigste kilden trygghet og hjelp. For enslige blir derfor personer utenfor husholdet "viktige andre". Om lag 12 prosent av eldre over 66 år sier at husholdet mottar uformelle ulønnede tjenester fra omgivelsene på regelmessig basis på grunn av sykdom. Andelen blant de eldste (25 prosent) er nær tre ganger så høy som blant yngre eldre. Høy alder

og hjelpebehov øker sannsynligheten for at man mottar ulønnet hjelp regelmessig. Hvis man i tillegg er godt etablert med nære relasjoner der man bor, øker sannsynligheten ytterligere. De fleste får hjelp til rengjøring og innkjøp. Det er noe mindre vanlig å få hjelp til egenpleie fra for eksempel venner og naboer. Mange får også hjelp av egne barn som har flyttet ut av husholdet. Det er særlig de

**Tabell 7.4 Andel eldre som pga. sykdom får hjelp fra ulike kilder, etter kjønn, alder, husholdstype, inntekt og hjelpebehov. 1998. Prosent**

	Ulike hjelpekilder				Får hjelp fra ulike hold	Ønsker seg mer hjelp
	Kommunal hjemmetjeneste	Andre i husholdet <sup>1</sup>	Venner, slekt, nabo	Privat lønnet hjelp		
<b>Alle</b> .....	<b>23</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>36</b>	<b>21</b>
<b>Kjønn</b>						
Menn .....	18	8	9	9	32	13
Kvinner .....	27	11	14	9	38	27
<b>Aldersgrupper</b>						
67-79 år .....	13	9	6	8	25	19
80 og over .....	48	11	24	10	58	27
<b>Husholdstype</b>						
Enslig .....	36	-	20	12	51	32
Par .....	10	9	3	5	20	12
<b>Personlig inntekt etter skatt<sup>2</sup></b>						
Under 85 000 kroner .....	26	11	14	9	41	25
85-150 000 kroner .....	23	10	12	7	34	21
150-200 000 kroner .....	16	9	8	10	27	12
Over 200 000 kroner .....	8	0	0	14	22	3
<b>Funksjonsvansker</b> .....	36	21	17	11	53	30
Nedsatt førighet .....	44	31	21	11	63	35
Nedsatt hørsel .....	26	11	16	13	40	24
Svekket syn .....	22	9	18	9	52	21
<b>Hjelpetrengende</b> .....	57	34	25	12	75	33
Vansker med innkjøp .....	52	35	28	12	70	37
Vansker med renhold .....	65	35	26	13	82	32
Vansker med av-/påkledning ...	62	72	20	12	90	36
Vansker med hygiene .....	57	72	19	9	87	33
<b>N</b> .....	<b>512</b>	<b>248</b>	<b>511</b>	<b>512</b>	<b>512</b>	<b>512</b>

<sup>1</sup>Kun flerpersonshushold. <sup>2</sup>Ifølge inntektsregisteret 1996.

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

eldste (80 år og over) som får hjelp av barna sine (14 prosent).

### **Eldre med god økonomi har oftere leid hjelp i huset**

En av ti eldre over 66 år, en like stor andel menn som kvinner, har privat lønnet hjelp til personlig stell, rengjøring, innkjøp, matlaging eller annet husarbeid. 'Privat lønnet hjelp' omfatter alle typer betalt hjelp, også hjelp fra pårørende som mottar omsorgslønn, samt betalte tjenester fra frivillige organisasjoner. Det er eldre i de lavere inntektssjikt som mottar mest ulønnet hjelp, mens tendensen er motsatt for privat innleid hjelp som betales til markedspris. Andelen eldre som kjøper hjelp på det private markedet, øker med økende inntekt. En høyere andel enslige har betalt hjelp i hjemmet sammenlignet med hushold der det bor flere voksne.

### **Brukere av kommunale hjemmetjenester har også hjelp fra andre kilder**

En del mottar hjelp fra flere kilder, men flertallet har likevel hjelp fra kun én kilde. 11 prosent av eldre over 66 år har flere enn én kilde til hjelp. Det er kun en mindre andel som har flere enn to hjelpere. Nærmere 40 prosent av brukere av kommunale tjenester hadde hjelp fra andre kilder i tillegg. En del eldre som har hjemmetjenester får også hjelp fra familie og venner. Ser man kun på eldre som har store vansker i hverdagen (hjelpetrengende), hadde 30 prosent av disse flere enn én kilde til hjelp.

## **7.5 Flere hjelpetrengende eldre bor hjemme lenger**

Færre eldre bor i institusjon i dag sammenlignet med tidligere. På 1970- og 1980-tallet fikk en del av de eldste med moderat hjelpebehov institusjonsplass



I 1999 kom boka som handler om eldrebefolkningen: *Eldre i Norge*, Statistisk sentralbyrå.

fordi tilbudet av hjemmetjenester ikke var tilstrekkelig utbygd. Over tid har innskrenkning i antallet institusjonsplasser<sup>1</sup> for eldre medført at relativt flere skrøpelige og hjelpetrengende eldre bor i eget hjem (St.meld. nr. 50, 1996-97) og er avhengig av offentlig såvel som privat hjelp og omsorg.

### **En større andel hjemmeboende eldre får hjelp, ...**

Sammenlignet med nivået på 1970-tallet har det vært en klar økning i antall brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester. I 1965 mottok om lag 5 prosent av befolkningen (alle aldre) praktisk hjelp i hjemmet, mens i 1981 mottok 20 prosent (alle aldre) slik hjelp (Daatland 1994). I 1998 var 23 prosent av hjemmeboende eldre over 66 år brukere av kommunale

hjemmetjenester (Helseundersøkelsen 1998).

Daatland (1994) skriver i en rapport *Hva skjer i eldresektoren* at det har vært en dreining i hjemmetjenesten i retning av sterkere vekt på pleietjenester og mindre vekt på husholdstjenester. Han mener at hjemmetjenestene i økende grad har preg av å være et tilbud til syke eldre, og at innsatsen blir konsentrert om sykepleietjenester til særlig hjelpetrequende og de eldste (op. cit.). Pleie- og omsorgsstatistikken viser at antallet brukere av sykepleietjenester økte på 1980-tallet, men at det har vært liten endring i fordelingen mellom hjemmehjelpstjenester og sykepleietjenester etter 1990. I 1998 hadde halvparten av brukerne av hjemmetjenester kun hjelp til stell av hjemmet (hjemmehjelp), en av seks hadde kun sykepleietjenester, mens en tredel mottok begge tjenestetypene. Helseundersøkelsene (tabell 7.5) viser at det i perioden 1985 til 1998 har vært en økning i andelen eldre som mottar begge tjenestetypene, og

**Tabell 7.5 Andel eldre over 66 år som på grunn av sykdom mottar hjelp fra ulike kilder. 1985, 1995 og 1998. Prosent**

	1985	1995	1998
<b>Alle typer hjelp<sup>1</sup> .....</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>31</b>
Husholdsomsorg <sup>2</sup> .....	15	15	10
Slekting, venn, nabo .....	6	9	11
Kommunal hjelp <sup>3</sup> .....	13	12	23
Hjemmehjelp .....	12	11	20
Hjemmesykepleie .....	3	3	8
N .....	1 415	1 501	512

<sup>1</sup> Omfatter ikke privat lønnet hjelp

<sup>2</sup> Som andel av flerpersonhusholdninger; 1985 N=762, 1995 N=867, 1998 N=248.

<sup>3</sup> Andelen eldre over 66 år som sier de har mottatt kommunale hjelpetjenester er høyere i helseundersøkelsene enn hva tjenesten selv rapporterer gjennom pleie- og omsorgsstatistikken. I henhold til denne er 19 prosent av eldre over 66 år brukere av hjemmetjenestene i kommunene i 1998. Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

### **Boks 7.3 Endring i spørsmålsformulering og måleperiode**

Tall fra 1975 er ikke tatt med i tabell 7.5 fordi spørsmålsformuleringene avviker vesentlig fra de øvrige årgangene av helseundersøkelsene. I 1985- og 1995-undersøkelsene er spørsmålsformuleringene tilnærmet identiske. I 1998-undersøkelsen er det foretatt enkelte justeringer.

Spørsmålet om husholdsomsorg er likelydende i alle årgangene av helseundersøkelsene; *Fører din sykdom, skade eller funksjonshemming til at andre i husholdningen vanligvis har ekstra omsorgsarbeid for deg som hjelp til daglige gjøremål, stell eller tilsyn?* Spørsmålene om hjelp fra slekt, venner eller naboer er likelydende i 1985 og 1995: *Fikk husholdet hjelp av slekt, nabo, venn i 14-dagersperioden i forbindelse med din sykdom?* Ved undersøkelsen i 1998 ble ikke referanseperiode angitt, i stedet vinkles spørsmålet mot hjelpens regelmessighet. Spørsmålet retter seg generelt mot husholdet, og begrenses ikke til å gjelde hjelp som er mottatt på grunn av intervjupersonen sykdom; *Får husholdet regelmessig noe ulønnet hjelp fra slekt, venner eller naboer? Vi tenker på praktisk hjelp til eller tilsyn med syke, funksjonshemmede eller eldre.* Spørsmålene om kommunal hjelp er likelydende i 1985 og 1995: *Fikk husholdningen hjelp av hjemmehjelp/hjemmesykepleie i 14-dagersperioden i forbindelse med din sykdom?* Ved undersøkelsen i 1998 ble referanseperioden utvidet fra 14 dager til en måned; *Har husholdet i løpet av siste måneden hatt hjelp eller besøk av hjemmehjelp/hjemmesykepleier.* Ulik referanseperiode for registrering av hjemmetjenester kan påvirke tallene.

at det relativt sett har vært en større økning innenfor sykepleietjenestene.

Helseundersøkelsene viser at det siden midten av 1980-tallet har vært en økning i andelen som mottar ulønnet hjelp fra slekt, venner eller naboer. Dette til tross

for at spørsmålet som måler omfanget av uformell ulønnet hjelp i 1998-undersøkelsen ble avgrenset til å gjelde hjelp som gis på regelmessig basis (se boks 7.3). Levekårsundersøkelsene viser også at det gis mer hjelp mellom hushold. I henhold til disse undersøkelsene har andelen som gir regelmessig ulønnet hjelp til syke, funksjonshemmede eller eldre utenfor husholdningen, økt fra 8 prosent i 1980 til 17 prosent i 1995. I samme periode er hjelp som gis mellom husholdsmedlemmer redusert. Også andre studier har vist at omfanget av uformell omsorg som kommer fra kilder utenfor husholdet øker, og at andelen som får hjelp fra medlemmer av eget hushold går ned (Kitterød 1993).

### ... men får hver enkelt mer hjelp?

Ifølge Daatland (1994) har den tiden hjemmehjelp/hjemmesykepleier bruker per besøk gått ned, samtidig som det utføres flere besøk per bruker. Helseundersøkelsen 1995 viste at gjennomsnittlig antall timer hjelp per måned for hjemmetjenestene under ett er redusert sammenlignet med nivået i 1985 (se vedleggstabeller for varighet av hjelpetjenester). Datagrunnlaget gir oss ikke anledning til å skille mellom enkeltbesøkets varighet og hyppighet av hjemmetjenestens besøk, men mye tyder på at det har vært en nedgang i varigheten av hjemmehjelpstjenester og en liten oppgang i varigheten av sykepleietjenester siden midten av 1980-tallet.

En mindre andel får hjelp fra medlemmer av samme hushold, og hjelpen er redusert i varighet. I tid er hjelpen tilnærmet halvert sammenlignet med nivået i 1985 (se boks 7.4 om usikkerhet i tidsangivelser for hjelpens varighet). Til tross for dette har hjelpen ennå stort omfang og er

### Boks 7.4 Usikkerhet i anslagene for hjelpens varighet

I de siste tre årgangene av helseundersøkelsen varierer referanseperioden som intervju-personene får oppgitt når de bes om å anslå hvor mange timer de har mottatt hjelp fra ulike kilder. Ved 1985-undersøkelsen ble 14 dager benyttet på alle anslag unntatt hjelp mottatt fra andre i samme hushold. Dette ble gjentatt ved undersøkelsen i 1995. Ved undersøkelsen i 1998 ble hjelp fra andre i husholdet samt hjelp fra slekt, venner eller naboer målt per uke, mens varighet av hjemmetjenestens besøk ble målt per måned. Hjemmesykepleietjenester ble målt i antall besøk, ikke i varighet av besøkene.

For å konstruere sammenlignbare mål, blir siste måned før intervjuet benyttet som referanse. Der kortere perioder er angitt, multipliseres anslaget for hjelpens varighet slik at samtlige hjelpetjenester blir gjengitt på månedsbasis. Dette vil nødvendigvis føre til et stort element av usikkerhet i anslagene for hjelpens varighet.

av vesentlig betydning for mottakeren. Det gis sannsynligvis også mer hjelp mellom hushold enn tidligere.

### 7.6 Tilstrekkelig med hjelp til trengende eldre?

Figur 7.1 ga en oversikt over vansker eldre opplever i hverdagen, og hva slags gjøremål de trenger hjelp til. Er det slik at grupper av eldre med store vansker i hverdagen får tilstrekkelig med hjelp til å klare seg i egen bolig, og hvordan stemmer behov med faktisk mottak av tjenester? En tredel (32 prosent) av eldre over 66 år anses som hjelpetrengende fordi de etter eget utsagn har store vansker med ulike gjøremål som gjerne utføres daglig. Nærmere  $\frac{3}{4}$  av disse mottar hjelp fra ulike kilder tilsvarende vel 12 timer i snitt per måned (se vedleggstabell 7.3).



### **En av tre hjelpetrequende eldre over 80 år får regelmessig hjelp fra egne barn**

57 prosent av hjelpetrequende eldre over 66 år hadde hatt besøk av hjemmetjenesten den siste måneden før intervjuet tilsvarende tre timer i snitt (beregnet med utgangspunkt i gruppen som mottar slik hjelp). Nærmere 53 prosent har hatt besøk av hjemmehjelp, og 18 prosent har hatt besøk av hjemmesykepleier. Videre sa en av fire hjelpetrequende at de mottok regelmessige hjelpetjenester fra slekt, venner eller naboer, tilsvarende fire timer per måned i gjennomsnitt i 1998. 10 prosent av hjelpetrequende eldre får hjelp av personer i nærmiljøet, og om lag 16 prosent får hjelp av voksne barn bosatt utenfor husholdet. De eldste (80 år og over) får mer hjelp målt i tid fra egen familie. I tillegg får en av tre regelmessig hjelp av voksne barn som er flyttet hjemmefra.

### **Tilnærmet full dekning i hjelp til hjelpetrequende enslige**

Intensiteten av den uformelle omsorgen fra kilder utenfor husholdet er avhengig av om personen bor alene eller sammen med noen. Tilnærmet 90 prosent av syke eldre som bor alene mottar månedlig hjelp fra ulike kilder. Om lag 74 prosent av enslige eldre med hjelpebehov mottar kommunal hjelp. Til sammenligning mottar vel halvparten av flerpersonshushold med hjelpetrequende eldre hjelp fra ulike kilder. De får imidlertid sjeldnere kommunal hjelp enn enslige med hjelpebehov. Om lag 28 prosent av eldre over 66 år som bor sammen med andre voksne, har hjemmetjenester. Den hjelpen syke eldre får fra andre medlemmer av samme hushold er imidlertid omfattende. Om lag 31 prosent av hjelpetrequende eldre som bor sammen med andre voksne, sier at de har mottatt hjelp fra ektefelle eller samlivspartner.

**Tabell 7.6 Andel hjelpetrequende menn og kvinner over 66 år som mottar hjemmetjenester. 1998. Prosent**

	Kommunale hjemmetjenester	Hjemme-hjelp	Hjemme-sykepleie	N
<b>Alle .....</b>	<b>57</b>	<b>53</b>	<b>18</b>	<b>155</b>
Menn .....	45	38	25	58
Kvinner ..	63	60	14	100

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

### **Større intensitet i offentlig hjelp til eldre menn**

Det er en større andel kvinner enn menn som mottar hjelp fra kommunen de bor i, mens det er en høyere andel menn enn kvinner som mottar hjemmesykepleie.

Praktisk hjelp (hjemmehjelp) som gis til menn i den eldste aldersgruppen er også av lengre varighet sammenlignet med hjelpen kvinnelige mottakere i samme aldersgruppe får (ikke vist). Trolig henger dette sammen med at kvinner og menn har ulik trening i å mestre husholdsrelaterte gjøremål. Sannsynligvis er hovedandelen av de mannlige mottakerne menn som ikke lenger har partner/ektefelle i live.

### **7.7 Udekket hjelpebehov**

I gruppen av hjelpetrequende eldre (en tredel av alle eldre over 66 år) får 75 prosent hjelp av et eller annet slag. Av de resterende 25 prosent som ikke har hjelp, sa 22 prosent at de kunne tenke seg hjelp til nødvendige hverdagsgjøremål. Blant de 75 prosent hjelpetrequende som har et tilbud enten fra kommunen eller fra private, sa 36 prosent at de gjerne vil ha mer hjelp. Av dette følger at 6 prosent av hjelpetrequende eldre ønsker hjelp uten å få det, mens 27 prosent ønsker mer hjelp enn det de har.

### **11 000 hjelpetrequende eldre ønsker seg hjelp, men står uten tilbud**

Enkelte grupper av eldre mottar ikke hjelp, verken fra hjemkommunen eller fra private kilder, til tross for at de har store vanskeligheter med å utføre nødvendige gjøremål i hverdagen. Dette gjelder hver fjerde hjelpetrequende eller 8 prosent av eldre over 66 år. Vi vet lite om hvorfor de ikke mottar hjelp. Det vi vet, er at tre ganger så mange i denne gruppen har nedsatt funksjonsevne sammenlignet med andre eldre, at de fleste bor i husholdninger med flere personer, og at det er flere 'yngre eldre', enn 'eldre eldre'. Det er kun en av fem i denne gruppen av eldre som ikke mottar hjelp og som er hjelpetrequende (dvs. har vansker med ulike daglige gjøremål) som selv sier at de har behov for hjelp. Gruppen som er hjelpebehov utgjør om lag 2 prosent av alle hjemmeboende eldre, tilsvarende vel 11 000 personer. Av hjelpetrequende som får hjelp sier 27 prosent at de har behov for mer hjelp. Dette tilsvarer 9 prosent av alle eldre eller om lag 50 000 personer. Det er særlig kvinner og enslige som gir uttrykk for ytterligere hjelpebehov. Om det er fordi de har behov for annen hjelp enn den de har, eller om de ønsker mer av den samme hjelpen, fanges ikke opp i denne sammenhengen.

### **7.8 Oppsummering**

Færre eldre bor i institusjon, og relativt flere skrøpelige og hjelpetrequende eldre bor i eget hjem eller tilpassede boliger enn tidligere. Dette gir økt behov for hjemmebasert omsorg og hjelp i hverdagen. Siden midten av 1980-tallet har det vært en økning i andelen eldre som bor hjemme, og som mottar hjelp fra ulike kilder. Flere er brukere av kommunale hjemmehjelps- eller hjemmesykepleietjenester, men varigheten av hjemmetjenestene

som tilbys eldre ser ut til å være redusert. Det har også vært en økning i andelen som får hjelp fra slekt og venner utenfor husholdet, mens andelen som får hjelp fra medlemmer av samme hushold er gått noe ned. Varigheten av hjelp fra medlemmer av samme hushold er tilnærmet halvert i perioden.

Tre av fire eldre med store vansker i forhold til huslige gjøremål og egenpleie (hjelpetrequende) hadde privat eller offentlig hjelp i 1998, og en av tre hadde flere kilder til hjelp. Når hjelpebehov veies mot mottatt hjelp er det tilnærmet 75 prosents dekning. Ikke alle eldre ønsker hjelp tross vansker i hverdagen, og en del ønsker mer hjelp enn det de har. Det er imidlertid en gruppe eldre som er hjelpetrequende, det vil si som har store problemer med hverdagslige gjøremål, som ikke har noe tilbud, og som gir uttrykk for at de gjerne skulle hatt hjelp. Selv om gruppen ikke er stor relativt sett, dreier det seg om omkring 11 000 personer.

Andelen eldre med store vansker i dagliglivet har vært relativt stabil blant yngre eldre, mens det har vært en nedgang i andelen med behov for hjelp til huslige gjøremål og egenpleie blant eldre 80 år og over siden midten av 1970-tallet. Det har også vært en bedring i funksjonsevnen i denne gruppen. En del av den positive utviklingen både i nivået på hjelpebehov og i funksjonsevnen kan trolig tilskrives bedre levekår for nye generasjoner eldre. Scenarier om en voksende eldrebeholdning, økt press på eldreomsorgen, større utbredelse av kronisk sykdom og en sannsynlig lengre fase med nedsatt helse og medfølgende pleiebehov på grunn av høyere levealder, bør også ta opp i seg disse positive utviklingstrekkene blant dagens eldre.

<sup>1</sup> Nedbygging av institusjonstjenester er i tråd med Gjærevoll-utvalgets innstilling (NOU 1992:1). Institusjonene skulle bygges ned til fordel for økt satsing på omsorg i hjemmet og gjerne i bedre tilrettelagte boliger (såkalt "boliggjøring" av eldreomsorgen). Målet var at eldre skulle bo hjemme lengst mulig (Thorsen og Wærness 1999).

St.meld. 50 (1996-97): *Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet - respekt - kvalitet*, Sosial- og helsedepartementet.

## Referanser

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

Birkeland, Eva, Elin Skretting Lunde, Berit Otnes og Åsne Vigran (1999): *Eldre i Norge*, Statistiske analyser 32, Statistisk sentralbyrå.

Daatland, Svein Olav (1994): *Hva skjer i eldresektoren?* NGI-rapport nr. 1/1994, Norsk gerontologisk institutt, Oslo.

Kitterød, Ragni Hege (1993): "Uformell omsorg for eldre og funksjonshemmede" i *Sosialt utsyn 1993*, Statistiske analyser 1, Statistisk sentralbyrå.

Lingsom, Susan (1991): *Hjelp etter behov: offentlig og privat omsorg for hjemmeboende eldre*, INAS-rapport 1991:5, Institutt for sosialforskning, Oslo.

Lingsom, Susan (1997): *The Substitution Issue. Care policies and their consequences for family care*, NOVA-rapport nr. 6 1997, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, Oslo.

Olsen, Bjørn (1995): "Hjemliggjøring" av eldreomsorgen på 1990-tallet? *Samfunns-speilet* 1995, 4, Statistisk sentralbyrå, 19-23.

NOU (1992:1): *Trygghet - Verdighet - Omsorg*, Sosialdepartementet, Oslo: Akademika.



Jorun Ramm

## 8 Konsekvenser av sykdom for aktivitet og deltakelse



*Sykdom og funksjonshemming har konsekvenser for praktiske gjøremål i hverdagen samtidig som det kan hemme deltakelse i samfunnslivet i vid forstand. Aktivitetsnivået varierer gjennom ulike faser av livet. I kapittel 6 om funksjonsvansker konsentrerte vi oppmerksomheten om middelaldrende og eldre. I dette kapitlet legger vi hovedvekten på personer i yrkesaktiv alder og ser på hvilke konsekvenser sykdom og funksjonshemming har for fysiske og sosiale aktiviteter. Personer i alderen 16 til 66 år, fra avsluttet obligatorisk skolegang til pensjonsalder, møtes med forventninger og krav om samfunnsmessig deltakelse og ytelse. Det er en periode av livet preget av rollekompleksitet og aktivitet på flere områder.*

### 8.1 Begrensninger i vanlig aktivitetsutfoldelse

I 1998 hadde 11 prosent av alle nordmenn (ikke institusjonsbeboere) mellom 16 og 66 år en eller annen varig praktisk eller sosial konsekvens av sykdom, for øvrig en like stor andel som på midten av 1980-tallet. Om lag 6 prosent i gruppen 16-24 år, 8 prosent i gruppen 25-44 år, og 16 prosent i gruppen 45-66 år opplevde minst én konsekvens av sykdom i 1998. Konsekvensene knytter seg til reduserte muligheter for sosial kontakt, nedsatt fysisk mobilitet eller vansker med deltakelse i ulike fritidsaktiviteter. 9 prosent hadde vansker med å delta i fritidsaktiviteter, 2 prosent hadde vansker med å komme i kontakt med andre og 5 prosent av yrkesaktive hadde problemer med å klare jobben på grunn av helseproblemer.

#### **Praktiske vansker**

Å ha vansker med å bevege seg ut av egen bolig eller benytte offentlig trans-

port utgjør åpenbare hindringer i hverdagen. Om lag 2 prosent av befolkningen i yrkesaktiv alder (16-66 år) sa at de hadde svært vanskelig eller noe vanskelig for å bevege seg ut av boligen på egenhånd eller med å benytte offentlig transport. Det betyr at livsnødvendige gjøremål som f.eks. innkjøp av dagligvarer blir en barriere. Viktigste hindring er nedsatt bevegelighet, men psykiske vansker er også en vesentlig faktor. En av fem med nedsatt bevegelsesevne og en av femten med psykiske vansker hadde problemer med å bruke offentlige transportmidler eller med å bevege seg ut av boligen i 1998. Statistisk sett er psykisk helse en signifikant større barriere for å bevege seg ut av boligen enn for å benytte offentlig transport.

#### **Deltakelse i fritidsaktiviteter**

Fritiden fylles gjerne med lystbetonte aktiviteter og er for mange en vesentlig kilde til mentalt påfyll. Arenaer for idrett,

**Tabell 8.1 Andel personer i yrkesaktiv alder (16-66 år) som opplevde ulike konsekvenser av sykdom i hverdagen. 1998. Prosent**

	Minst én konsekvens	Konsekvenser av sykdom for				N
		Fritids- aktiviteter	Sosial kontakt	Offentlig transport	Å bevege seg ut av bolig	
<b>Alle</b> .....	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>6 021</b>
Kjønn						
Menn .....	8	7	1	2	2	2 994
Kvinner .....	13	12	2	3	3	3 022
Alder						
16-24 år .....	6	5	1	1	1	1 003
25-44 år .....	8	7	1	2	2	2 801
45-66 år .....	16	14	2	4	4	2 217
Husholdstype						
Enslig <25 år .....	5	4	1	1	0	378
Enslig > 25 år .....	15	11	5	4	3	440
Enslig med barn .....	9	8	4	2	2	126
Par uten barn under 45 år .....	9	7	1	2	2	288
Par uten barn over 45 år .....	16	15	3	4	4	608
Par med yngste barn 0-6 år .....	8	7	1	1	2	581
Par med yngste barn 7-19 år .....	9	8	1	2	3	516
Utdanningsnivå						
Grunnskole .....	19	16	4	5	5	871
Videregående skole .....	11	9	1	2	2	3 325
Universitets-/høgskolenivå I .....	6	6	1	1	2	1 286
Universitets-/høgskolenivå II .....	2	2	0	0	1	289
Ingen eller uoppgitt utdanning .....	9	7	2	1	2	250
Yrkesstatus						
I lønnet arbeid .....	7	6	1	1	1	4 545
Ikke i lønnet arbeid .....	23	20	4	6	7	1 476
Helseproblemer						
Store helseproblemer .....	32	29	5	8	8	6 021
Nedsatt førighet .....	53	47	8	20	22	5 018
Psykiske vansker <sup>1</sup> .....	24	21	6	6	7	4 962

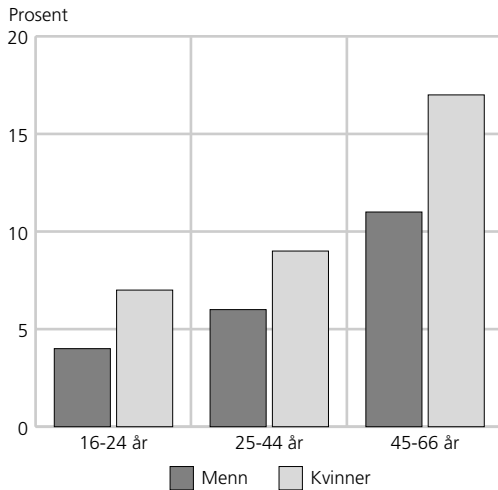
<sup>1</sup> Indeks for psykiske vansker: Fem spørsmål om angst og nervøsitet er satt sammen til en indeks for psykisk betingede helseproblemer (Tambos og Moum 1993). Intervjupersonene ble spurt om de hadde vært litt plaget, ganske mye plaget eller veldig mye plaget av nervøsitet, indre uro, vært stadig redd eller engstelig, hatt en følelse av håpløshet med tanke på fremtiden, vært nedtrykt, tungsindig, eller mye bekymret og urolig i løpet av 14-dagersperioden før intervjuet. Svaralternativene ble tilordnet en verdi fra 1-4. Verdien på hvert enkelt spørsmål ble summert til en skala eller indeks for psykisk helse (5-20). Personer med relativt hyppige symptomer på psykiske lidelser hadde verdien 9 eller høyere på indeksen - se for øvrig kapittel 10 for ytterligere omtale av indeksen.

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

mosjon, kunst og kultur er også viktige møteplasser mellom mennesker. I 1998 hadde 9 prosent i aldersgruppen 16-66 år problemer med å delta i fritidsaktiviteter

av helsemessige årsaker. Andelen med vansker øker med økende alder. 5 prosent av ungdom (16-24 år), 7 prosent av 25-44-åringene og 14 prosent mellom

**Figur 8.1** Andel menn og kvinner som har store eller noe vansker med å delta i fritidsaktiviteter på grunn av helseproblemer. 1998. Prosent



Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

45 og 66 år var hemmet av sykdom på denne måten. Innenfor alle aldersgrupper var det en høyere andel kvinner enn menn som hadde problemer.

Funksjonshemming og varige helseproblemer går i første omgang ut over deltakelse i fritidsaktiviteter. Nesten halvparten av dem som har bevegelsesvansker (vansker med å gå i trapper eller en tur av noe varighet) og om lag 21 prosent mellom 16 og 66 år med psykiske vansker (se note 1 i tabell 8.1) har svært vanskelig eller noe vanskelig for å delta i fritidsaktiviteter. Personer med nedsatt bevegelsessevne som opplever begrensninger i vanlig livsutfoldelse, har i noen grad også psykiske vansker. Elstad (1998) hevder at det å ha en kronisk lidelse kan være en form for vedvarende stress i seg selv, som i neste omgang gjør en mer utsatt for andre helseproblemer, for eksempel psykiske plager.

### Sosial kontakt

Samkvem med andre styrker følelsen av tilhørighet. Kontakt med familie, naboer og venner minker risikoen for helseproblemer og gjør den enkelte bedre i stand til å takle problemene når de oppstår. Sykdom kan oppleves som et sosialt handikap. I tillegg til sykdommer og funksjonsbegrensninger som er direkte hemmende, vil også mindre alvorlige plager som f.eks. inkontinens, føre til situasjoner som oppleves som ubehagelige, og som over tid fører til at man trekker seg unna, eller unngår sosiale sammenhenger. Når fysisk eller psykisk sykdom vedvarer, skaper det vansker med å fungere sammen med andre og med å utvikle nære relasjoner. Om lag 2 prosent av alle mellom 16 og 66 år, og 5 prosent av dem med store helseproblemer opplever at de har vansker med å få kontakt eller snakke med andre på grunn av helseproblemer.

Helseundersøkelsene viser at personer med helseproblemer har mindre kontakt med slekt og venner enn andre. De som har sykdom, skade eller annen funksjonshemming som begrenser dem i hverdagen, har også i mindre grad enn andre en fortrolig i omgangskretsen utenom familien (ikke vist). Dette gjelder flere menn enn kvinner. Flere analyser har vist at forskjellige sider ved sosial integrering som familieforhold, husholdstype, arbeidslivstilknytning, fortrolighet og vennekontakt har positiv innvirkning på den psykiske helsen. Blant annet har personer som bor sammen med andre, gifte og samboere, bedre psykisk helse enn de som bor alene (Moum 1991, Barstad mfl.1997).

**Tabell 8.2 Andel menn og kvinner med sykdom eller sykdom som begrenser dem i dagliglivet, som har store eller noen vansker med å snakke med andre, eller som har svært sjelden kontakt med andre enn familien. 1998.**

	Vansker med kontakt		Har svært sjelden sosial kontakt med andre enn familien <sup>1</sup>	
	Alle	Med helseproblemer <sup>2</sup>	Alle	Med helseproblemer
<b>Alle .....</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>8</b>
Menn .....	2	5	5	9
16-24 .....	0	1	0	0
25-44 .....	1	3	4	8
45-66 .....	2	7	9	12
Kvinner ...	2	4	4	7
16-24 .....	1	3	2	6
25-44 .....	2	5	3	4
45-66 .....	2	4	7	9
N .....	6 021	1 644	2 891	727

<sup>1</sup> Har svært sjelden kontakt med andre enn familien, dvs. har kontakt noen ganger i året, men ikke hver måned.

<sup>2</sup> Har sykdom, skade eller funksjonshemming som påvirker hverdagen i noen eller stor grad.

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

## 8.2 Arbeidsevne – vansker med ulike oppgaver og yrkesarbeid

Sykdom og funksjonshemming medfører ulike problemer i forhold til arbeidsevne og arbeidskapasitet. Handlingsdyktigheten betyr svært mye for tilgangen til livsgoder som utdanning, yrkesarbeid og sosial støtte. Levekårsundersøkelsen 1995 viste at hver tiende norske kvinne eller mann hadde så dårlig helse at det i høy grad gikk utover deres muligheter til å utføre arbeid hjemme, på skolen eller i arbeidslivet.

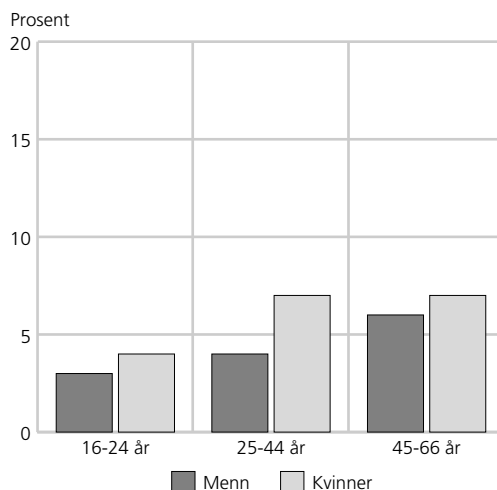
### Deltakelse i utdanning eller arbeidsliv

At man har et arbeid og at man mestrer arbeidet, gir økonomisk trygghet og opplevelse av mening. Ens evne til å

beholde og utføre arbeidet forutsetter en tilfredsstillende helse. Sykdom og helseproblemer fører til sykefravær, uførepensjonering og avgang fra arbeidslivet. I 1995 hadde en av ti vansker med å finne en jobb, begynne eller gjennomføre ønsket utdanning eller opplæring på grunn av helseproblemer.

Helseundersøkelsene viser at andelen som har vansker med å finne en jobb, starte eller gjennomføre utdanning eller opplæring har økt innenfor alle aldersgrupper siden midten av 1980-tallet. Ved Helseundersøkelsen 1985 hadde 7 prosent mellom 16 og 66 år slike vansker; 3 prosent av de yngste, 5 prosent mellom 25-44 år og 12 prosent mellom 45 og 66 år. Ved undersøkelsen i 1995 hadde nærmere 10 prosent i yrkesaktiv alder vansker med å finne en jobb, eller begynne eller fullføre utdanning. Det har vært en økning innenfor alle aldersgrupper i perioden.

**Figur 8.2 Andel yrkesaktive<sup>1</sup> menn og kvinner som har store eller noe vansker med å klare jobben. Prosent. 1998**



<sup>1</sup> Personer som arbeidet ti timer eller mer sist uke.

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.



### Yrkestilknytning

Yrkestilknytningen har betydning utover rent inntektsmessige forhold. For mange er egenverd, selvfølelse og innhold i tilværelsen knyttet tett opp mot ens rolle eller funksjon i yrkeslivet. For de som trives på jobben og liker å være i virksomhet, er det en ekstra belastning når helsen setter begrensninger for yrkesmessig utfoldelse. I andre tilfeller er det arbeidsoppgavene eller arbeidsmiljøet som er årsaken til helseproblemene. I 1998 hadde nærmere 5 prosent av yrkesaktive i alderen 16-66 år vansker med å klare jobben sin på grunn av varige helseproblemer, 7 prosent kvinner og 4 prosent menn.

Det er en markert forskjell mellom ulike yrkesgrupper i andelen som opplever at det er vanskelig å klare jobben. Ofte henger dette sammen med hvor fysisk krevende, belastende og ensidig yrket er. Blant personer som arbeider innenfor primærnæringene jordbruk og fiske, og blant kvinner som arbeider som faglærte arbeidere (blant andre sykepleiere i pleie- og omsorgssektoren), er det høye andeler som har vansker med å klare jobben (henholdsvis 18 og 16 prosent). Innen de øvrige yrkesgruppene har mellom 6 og 7 prosent slike vansker. Den gruppen som kommer best ut er funksjonærer på mellomnivå eller høyere nivå.

### 8.3 Konsekvenser av helsesvikt for yrkesarbeid

Antallet som opplever problemer i forhold til jobbmessing, følger konjunkturmessige variasjoner i markedet. I tider med høy etterspørsel etter arbeidskraft er arbeidsmarkedet inkluderende. Dette medfører at mange eldre arbeidstakere er i arbeid, og at mange som ellers ville vært utenfor arbeidsmarkedet, er innenfor. Med lav arbeidsledighet vil de fleste som



Sykefraværet innenfor transportsektoren har økt.

ønsker det, ha jobb, også personer som helsemessig er dårligere stilt enn gjennomsnittet. Når helseproblemene blir store og man ikke lenger ser seg i stand til å utføre arbeidet, fører det til fravær fra jobben, og dersom problemene er varige, til langvarig fravær og uførhet.

### Høyere sykefravær på norske arbeidsplasser

I henhold til NHOs fraværstatistikk (1999)<sup>1</sup> falt 2,9 prosent av alle dagsverk bort på grunn av sykdom blant mannlige ansatte og 5,3 prosent på grunn av sykdom blant kvinnelige ansatte i 1999. Arbeidstakere hadde i 1996 et gjennomsnittlig totalt sykefravær på anslagsvis 6,3 dager og 10,9 dager pr. år for menn og kvinner respektivt. I 1999 hadde det gjennomsnittlige totale antall fraværddager pr. år økt til 7,1 dager for menn og 12,5 dager for kvinner. Nesten 60 prosent

av økningen i sykefraværet fra 1996 til 1999 skyldtes såkalte "gjengangertilfeller", det vil si sykefravær hos personer som har vært sykemeldt tidligere innenfor en seksmånedersperiode, personer som har avsluttet en periode på rehabiliteringspenger eller attføringspenger, eller personer som mottar gradert uførepensjon (Evang 1999).

### **Flest kvinner og ufaglærte**

Det høyere sykefraværet blant kvinnelige arbeidstakere gjelder uavhengig av yrkestilknytning, alder og arbeidsplassstilknytning (Mastekaasa 1998). Både for kvinner og menn er det høyest sykefravær blant ufaglærte arbeidere og lavest blant høyere funksjonærer (NOU 1999:13). Det er særlig innenfor kommuneadministrasjon, renovasjon og sosiale tjenester/velferdsarbeid økningen har vært sterk. Sterkest økning er det i transportsektoren og innenfor kommunikasjon (Evang 1999).

### **Ikke flere fraværstilfeller, men det enkelte fraværet har lengre varighet**

På slutten av 1980-tallet og begynnelsen av 1990-tallet var det en nedgang i sykefraværet. Fra og med 1994 har det imidlertid vært en betydelig økning. Det ser også ut til at det skjer en forskyvning fra kortere til lenger sykefravær<sup>2</sup>. Langtidsfraværet utgjør 85 prosent av alle sykepengedagene i 1998. Antallet tilfeller av langvarig sykefravær pr. sysselsatt har riktignok ikke økt, men den gjennomsnittlige varigheten av hvert sykepengetilfelle har økt, noe mer for kvinner enn for menn (NOU 1993:17). At langtidsfraværet begynte å øke igjen, var delvis et resultat av en forverring av forholdene på arbeidsmarkedet, samt økende arbeidsledighet, og delvis et resultat av kvinnes økte yrkesfrekvens (NOU 1993:17).

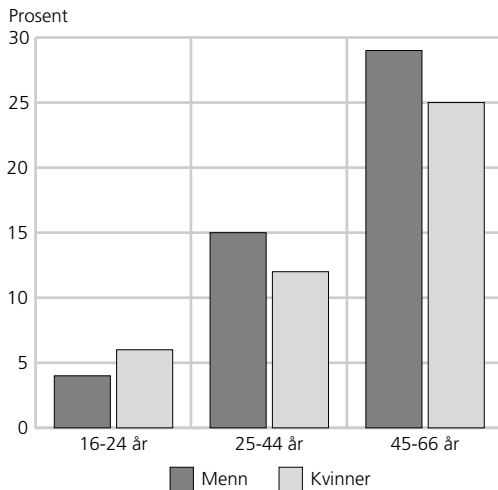
### **Flere unge uførepensjonister**

Uførhet i trygdellovgivningens forstand er en tilstand av langvarig og alvorlig nedsettelse av funksjonsevnen på grunn av sykdom, skade eller medfødt misdannelse. I 1980 var vel 6 prosent av befolkningen uførepensjonert. I 1991 var andelen steget til 8,4 prosent, mens i 1999 var 9,6 prosent av befolkningen i yrkesaktiv alder (16-66 år)<sup>3</sup> uføretrygdet på medisinsk grunnlag. Psykiske lidelser er sammen med muskel- og skjelettplager de vanligste årsakene til uførhet blant personer i yrkesaktiv alder (St.meld. nr. 21 1998-1999). Yngre aldersgrupper utgjør en økede andel av uførepensjonistene. Antallet nye uførepensjonister i aldersgruppene 20-24 år og 25-29 år er nærmest doblet i 1998 sammenlignet med antallet i 1992. Blant unge er flest uføre med psykiske lidelser (mental retardasjon, nevrososer og personlighetsforstyrrelser) eller sykdommer i nervesystemet (bl.a. cerebral parese og epilepsi).

### **Mange har arbeidsrelaterte skader eller sykdommer**

Om lag 30 prosent av arbeidstakere eller tidligere arbeidstakere med sykdom, skade eller funksjonshemming har en oppfatning om at helseproblemet, er en følge av arbeid eller tidligere arbeid (17 prosent av alle mellom 16-66 år). Med økende alder er det en større andel menn enn kvinner som sier dette. Det er relativt mange gårdbrukere og fiskere som mener at sykdommen *de har* skyldes nåværende eller tidligere arbeid (58 prosent av de med sykdom, og 34 prosent av alle gårdbrukere og fiskere). Blant ufaglærte og faglærte arbeidere er andelen 37 og 38 prosent, og blant funksjonærer på lavere, midlere og høyere nivå 29, 23 og 25 prosent av de med sykdom respektivt.

**Figur 8.3** Andel menn og kvinner med sykdom eller skade som er en følge av arbeid. 1998. Prosent



Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

Plager i tilknytning til skjelett-/og muskelsystemet, blant annet revmatiske muskelsmerter, rygg-/nakkesmerter og artrose, er klart dominerende årsaker til lidelser som er en følge av yrkesarbeid. Mange kvinneyrker medfører store ergonomiske belastninger. Arbeidsmiljøundersøkelsen fra 1996 viste at vel seks av ti sysselsatte kvinner må stå og gå mye, og vel tre av ti arbeider med gjentatte og ensidige bevegelser. Blant kvinner skyldes nær 60 prosent og blant menn om lag 40 prosent av de arbeidsrelaterte sykdommene muskel- eller skjelettsykdom. Fysisk arbeidsmiljø som støy, støv, damp, løsemidler og stor ulykkesrisiko er fortsatt mest utbredt på arbeidsteder der det er flest menn. Åndedrettsrelaterte lidelser, sykdom i øye/øre, samt skader er en vanligere årsak blant menn, mens sykdommer i hud og underhud samt nervøse lidelser er mer vanlige årsaker blant kvinner.

## 8.4 Liten endring over tid

For befolkningen som helhet har det vært liten endring i andel personer som opplever praktiske og sosiale konsekvenser av sykdom i perioden 1985 til 1998. Det har imidlertid vært en nedgang i andelen som har vansker med ulike aktiviteter for aldersgruppen 45 til 66 år. Andelen som opplever begrensninger i forhold til fritidsaktiviteter har gått ned fra 17 prosent i 1985 til 14 prosent i 1998. Det er også noen færre som har vansker med å få kontakt eller prate med andre mennesker i 1998 enn i 1985 hvis vi kun betrakter denne aldersgruppen. Andelen

**Tabell 8.3** Andel personer med sosiale og praktiske vansker i hverdagen. 1985, 1995 og 1998. Prosent.

	1985	1995	1998
Ulike konsekvenser av sykdom for hverdagslig utfoldelse			
Alle 16-66 år .....	11	11	11
16-24 år .....	5	6	6
25-44 år .....	7	9	8
45-66 år .....	19	17	16
Vansker med å delta i fritidsaktiviteter			
Alle 16-66 år .....	9	10	9
16-24 år .....	4	6	5
25-44 år .....	6	8	7
45-66 år .....	17	15	14
Vansker med å få kontakt med andre			
Alle 16-66 år .....	1	1	2
16-24 år .....	1	1	1
25-44 år .....	2	2	1
45-66 år .....	4	2	2
Vansker med å klare jobben			
Alle yrkesaktive <sup>1</sup> .....	5	8	5
16-24 år .....	3	4	3
25-44 år .....	4	7	5
44-66 år .....	8	11	6
N (yrkesaktive) .....	4 703	4 737	4 545
N (alle 16-66 år) .....	6 681	6 502	6 021

<sup>1</sup> Gjelder personer (16-66 år) som har jobbet 10 timer eller mer sist uke.

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

**Boks 8.2 Spørsmål om jobb-mestring**

Spørsmålet om man har vansker med å klare jobben er stilt på samme måte i alle undersøkelsene siden 1985. Det har imidlertid vært en endring i antall svarkategorier og variasjon i målgruppen for spørsmålet i de tre årgangene. I 1985 ble spørsmålet stilt til alle personer i inntektsgivende arbeid og hadde svarkategoriene: ja, svært vanskelig, ja, noe vanskelig og nei. I 1995 ble spørsmålet stilt til alle personer i alderen 16-79 år, uavhengig av jobbtilknytning, og hadde svarkategoriene: har ingen jobb, ja, ikke mulig, ja, svært vanskelig, ja, noe vanskelig og nei. Ved undersøkelsen i 1998 ble spørsmålet kun stilt til personer i inntektsgivende arbeid i alderen 16-66 år med følgende svarkategorier: ikke mulig, svært vanskelig, noe vanskelig og ikke vanskelig.

som på grunn av helsesvikt har problemer med å mestre jobben, har vært relativt stabil siden midten av 1980-tallet innenfor alle aldersgrupper.

**8.5 Oppsummering**

Helseundersøkelsen 1998 viser at en av ti i alderen 16-66 år opplevde ulike varige konsekvenser av sykdom som f.eks. vansker med sosial kontakt og deltakelse i fritidsaktiviteter. En mindre andel hadde grunnleggende vansker knyttet til å bevege seg ut av egen bolig eller med å benytte offentlig transport. Flere kvinner enn menn rapporterte om vansker i hverdagen grunnet sykdom innenfor alle aldersgrupper. Vanskene knytter seg i første rekke til deltakelse i aktiviteter på fritiden. Undersøkelsen viser videre at snaut halvparten av dem som har varig sykdom som gir reduserte bevegelsesmuligheter, og knapt en firedel av personer som har psykiske vansker, opplever hindringer i forhold til deltakelse i aktiviteter på fritiden og i sosiale sammenhenger. De faller på mange måter utenfor viktige arenaer der relasjoner bygges og vedlike-

holdes, og der mennesker søker bekreftelse på seg selv.

Tilknytning til arbeidslivet gir økonomisk trygghet og gir tilværelsen innhold. Helseproblemer skaper vansker i forhold til denne viktige arenaen, og gir utslag som sykefravær eller uførepensjonering. Siden midten av 1980-tallet har det vært en økning i andelen i yrkesaktiv alder (16-66 år) som har vansker med å starte eller gjennomføre en påbegynt utdanning. Av de som er i jobb, har om lag 5 prosent vanskeligheter med å klare arbeidet sitt. Andelen har vært tilnærmet uforandret i siste tiårsperiode. Personer i fysisk belastende yrker er mest utsatt. Siden midten av 1990-tallet har sykefraværet blant yrkesaktive regnet i antall fraværsdager økt. Hver sykefraværsperiode er lenger. I samme tidsperiode har det også vært en økning i andelen uførepensjonister. Alderen på arbeidstakere som har blitt uføre i de senere år, har gått ned. Medisinske årsaker til uførhet er primært knyttet til muskel- og skjelettsykdom og psykiske lidelser.

Helseundersøkelsen 1998 viste at snaut en av seks har en sykdom, skade e.l. som de mener er en følge av nåværende eller tidligere yrkesarbeid. Muskel- og skjelettlidelser er den klart dominerende årsaken, mer for kvinner enn for menn. Skader, sykdom i øye/øre og åndedrett blir også nevnt blant helseproblemer relatert til arbeid.

<sup>1</sup> NHOs fraværstatistikk er utarbeidet på grunnlag av kvartalsvise oppgaver for et identisk utvalg av bedrifter. Fraværprosentene angir fraværsdager i prosent av mulige dagsverk.

<sup>2</sup> Forskning på tryggedata om utviklingen i sykefraværet viser at fraværsmønsteret er svært sensitivt for endringer i sykepengeordningen. Når ordningene utvides, øker korttidsfraværet,

mens når de strammes inn, minker korttidsfraværet, samtidig viser noen studier en overgang fra kortere til lengre fravær (NOU 1998:18).

- <sup>3</sup> Nedre aldersgrense for uførepensjonister ble hevet fra 16 til 18 år fra 1.1.1998. Det var derfor ingen 16-åringer i bestanden pr. 31.12.1998 og ingen 16- eller 17-åringer pr. 31.12.1999.

## Referanser

Barstad, Anders (1997): Fortrolighet forebygger? *Samfunnsspeilet* 1997, 2, Statistisk sentralbyrå, 22-31.

Elstad, Jon Ivar (1998): *Funksjonshemmede og psykisk helse*, NOVA rapport 3/1 1998.

Mastekaasa, Arne (1998): *Sykefraværet i Norge 1990-1997: Hva vet vi om utvikling, kjønnsforskjeller og effekter av tiltak?* ISF-rapport 98:10, Institutt for samfunnsforskning, Oslo.

Moum, Torbjørn, Erik Falkum, Kristian Tambs og P. Vaglum (1991): Sosiale bakgrunnsfaktorer for psykisk helse, i Torbjørn Moum (red.): *Helse i Norge*, Oslo: Gyldendal, 42-62.

St.meld. nr. 21 (1998-1999): *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*, Sosial- og helsedepartementet.

NOU (1993:17): *Levekår i Norge. Er graset grønt for alle?*, Finans- og tolldepartementet.

NOU (1998:18): *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*, Sosial- og helsedepartementet.

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

Evang, Jon (1999): Trolig flere årsaker til at sykefraværet stiger igjen, *Trygd og Pensjon* nr. 6, 1999.

NHOs Fraværstatistikk. Året 1999.

Tambs, Kristian og Thorbjørn Moum (1993): How well can a few questionnaire items indicate anxiety and depression? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 87. pp. 364-367.



## IV Helse og behandling

Annenhver nordmann har plager, enten som følge av sykdom eller som smerter, hodepine, søvnproblemer eller lignende. Tre av ti voksne tar medisiner daglig, mens seks av ti voksne sier de bruker legemidler av og til. Forbruket øker med alderen og kvinner bruker jevnt over mer medisiner enn menn. I tillegg er det store forskjeller etter hvor i landet en bor. Oversikter over legemiddelbruken viser at de fylkesvise forskjellene er store. Noe av forskjellen skyldes imidlertid ulikheter i tilbud og tilgjengelighet både av apotekervarer og legetjenester.

Tre av fire nordmenn har vært hos lege siste år, og knapt en av fire hadde hatt fem eller flere legekontakter. Vel halvparten av befolkningen sier de har en fast allmennlege, mens 12 prosent har spesialist som sin faste lege. Videre har to av tre fast tilknytning til allmennlege, spesialist eller bruker et fast legesenter. Forbruket av legetjenester viser store geografiske variasjoner og avhenger av tilbudet av og tilgjengeligheten til legetjenester der man bor.

Helseundersøkelsene viser at det har vært en økning i andelen av befolkningen som har oppsøkt fysioterapeut eller alternativt behandlere. Fysioterapeutene utgjør nå en like stor yrkesgruppe i kommunehelsetjenesten som legene. Mange har

muskel- og skjelettsykdom som gir smerter og plager, og stadig flere har psykiske vansker som kan gi fysiske symptomer fra muskler og skjelett. Den vanskelige grenseoppgangen mellom fysiske plager fra muskler og skjelett og psykiske eller stressbetingede sykdommer har trolig gitt fysioterapeuter og psykologer flere felles berøringsflater i behandling av ulike pasientgrupper.

Det har vært en økning i andel av befolkningen som har oppsøkt alternative behandlere. Bruken av denne typen tjenester er fremdeles marginal sammenlignet andre 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.





Elin Skretting Lunde

## 9 Økt forbruk av legemidler



*En rekke mennesker er avhengige av legemidler for å holde sykdommen i sjakk eller for å mestre hverdagen. For mange medfører sykdom eller skader plager og smerter. En av fire rapporterte i Helseundersøkelsen 1995 at de var plaget av ganske mye eller veldig mye smerter. I den tilsvarende undersøkelsen fra 1998 var det 23 prosent som led av smerter i kroppen, 19 prosent slet med hodepine eller migrene og 14 prosent hadde søvnproblemer.*

*Dette er tilstander som i hvert fall i en viss grad kan behandles med medikamenter.*

### 9.1 Kraftig økning i medisinforbruket

Det har vært en sterk økning i legemiddelomsætningen de senere årene, både i Norge og i andre europeiske land. Tall fra apotekene viser oss at omsætningen har økt fra 4,6 milliarder kroner i 1990, til 10,7 milliarder kroner i 1999. Det vil si at vi bruker legemidler for i overkant av 2 400 kroner per person på årsbasis. Økningen skyldes generell prisøkning, økt forbruk og ikke minst overgangen til nye og dyrere preparater. Det er medisiner innenfor områdene hjerte og kar, nevrologi, psykiatri, magesår og astma som står bak veksten. En del pasienter som tidligere ikke hadde mulighet til adekvat medikamentell behandling, har nå fått tilgang på nye medisiner (Norsk medisinaldepot 1999 og 2000). Det kom 34 nye legemidler på markedet i 1999 og det markedsføres nå totalt 2 843 legemidler i Norge (Legemiddelindustriforeningen 2000). Halvparten av samlet legemiddelsalg dekkes av Folketrygden, totalt dekkes to tredeler av utgiftene til medisiner av det

offentlige, mens brukeren selv betaler en tredel (NOU 1997:6).

Tyder de økte salgstallene på at vi bruker for mye legemidler? Det er vanskelig å svare på om vi alltid bør ty til medisiner ved sykdom. For eksempel kan hyppig bruk av antibiotika medføre resistens. Og det er fortsatt slik at mange plager går over av seg selv, også uten bruk av medikamenter. Det er heller ikke primært medisiner som gjør at vi er friskere enn før. Vaksiner, ernæring, boforhold og livsstil er de viktigste forklaringsfaktorene. Likevel gjør nye medikamenter hverdagen levelig for veldig mange mennesker. Legemiddelindustrien har nådd langt i sin streben etter bedre legemidler. Dette har medført at stadig flere sykdommer og plager kan behandles, og at smertenivået er redusert og funksjonsnivået økt for mange mennesker (Steen 2000). Vi kan nesten snakke om en revolusjon i utviklingen av legemidler de siste 60 årene. Blant annet har moderne medisiner vært med på å gi mange med redusert mental

helse en mulighet til et normalt liv eller i hvert fall lindring av symptomer. Det var først på 1950-tallet at *klorpromazin* ble syntetisk fremstilt første gang, og det ble mulig å lindre symptomene ved de alvorligste psykiske lidelsene som psykoser og schizofreni (St.meld. nr. 25 1996/97). Bruk av moderne medikamenter redder ikke bare liv, men kan også være gunstig i et samfunnsøkonomisk perspektiv: "*Viktige samfunnsmessige gevinster knyttet til bruken av legemidler kan være lavere behandlingskostnader sammenlignet med annen behandling. Bruk av legemidler kan også føre til færre sykehusinnleggelses og redusert sykefravær i arbeidslivet. Riktig legemiddelbruk vil ofte kunne ha positive virkninger på andre personer enn pasienten, såkalt eksterne (indirekte) virkninger i forbruk av legemidler*" (NOU 1997:6).

### **For kraftig økning?**

Det er to sider ved dagens medisinbruk, på den ene siden kan vi se en rivende utvikling av nye og bedre preparater, som gir muligheten til å forenkle og forlenge folks liv. På den annen side har vi problemene med overmedisinering, feilmedisinering og bivirkninger. Kanskje er det slik at enkelte tyr til medisiner istedenfor trim og diett. Ofte vil en livsstilsendring være å foretrekke fremfor piller. Det har blitt langt vanligere å behandle symptomfrie risikotilstander slik, som for eksempel mildt forhøyet blodtrykk og høyt kolesterolnivå. Bruken av medikamenter kan medføre at andre måter å redusere risikoen på, slik som livsstilsomlegging, ikke blir prioritert av legen eller pasienten (Holmen, Hetlevik og Krüger 1998). Vi må ikke bli ukritiske i vår omgang med legemidler, det er ikke bare positive sider ved dagens høye medisinforbruk.

### **Boks 9.1**

Spørsmålene om medisinbruk er kun stilt i Statistisk sentralbyrås helseundersøkelse fra 1995. Intervjuobjektene har besvart to spørsmål om bruk av medisin: *bruk av medisin de siste 14 dagene og daglig eller nesten daglig bruk i løpet av de siste fire ukene*. Prosenttallene presentert i teksten nedenfor er fra 1995 når ikke annet er nevnt. Aldersinndelingen er som følger: unge 16-24 år, voksne 25-44 år, middelaldrende 45-66 år, eldre 67-79 år og eldste eldre 80 år og over. Innimellom benyttes termen *eldre* for alle over 67 år, det er da spesifisert.

Som salgstallene fra Norsk medisinaldepot (NMD) har vist oss, kjøper vi store mengder legemidler. Men bruker vi dem? Undersøkelser viser at rundt 10 prosent av medisinene som skrives ut av legen, aldri blir benyttet (Thormodsen, Fonne-løp, Rytter og Tørisen 1997). Nesten seks av ti har brukt en eller annen form for medisin de siste 14 dagene ifølge helseundersøkelsen. Det er en stor andel av befolkningen, også når vi ser det i lys av at 61 prosent oppga varig sykdom. Men dette tallet viser periodisk bruk, daglig bruk er lavere. Medisinbruken øker kraftig med alderen, blant eldre over 80 år er det åtte av ti som benytter legemidler. Men det er også de eldste som sliter med flest sykdommer.

Kvinner bruker jevnt over mer medisiner enn menn. Mens 65 prosent av kvinnene har tatt medisiner i løpet av de siste 14 dagene, gjelder dette for 48 prosent av mennene. Mønsteret gjenfinnes også blant de unge, hvor 36 prosent av mennene og 54 prosent av kvinnene har tatt medisiner. Det er forskjeller mellom kjønnene i alle aldersgrupper. Men de fleste benytter ikke medisiner hver dag. Antallet dagligbrukere er betydelig

**Tabell 9.1 Andel personer som har brukt ulike typer medisiner de siste 14 dagene, etter alder. 1995. Prosent**

Medisinbruk	Alle	16-24 år	25-44 år	45-66 år	67-79 år	80 år og over
<b>I alt .....</b>	<b>57</b>	<b>45</b>	<b>50</b>	<b>60</b>	<b>73</b>	<b>81</b>
Smertestillende midler uten resept .....	28	33	31	27	20	18
Smertestillende midler på resept .....	11	4	8	14	17	23
Hjertemedisin .....	6	0	1	6	18	29
Blodtrykksmedisin .....	8	0	1	11	24	23
Medisin mot sure oppstøt, halsbrann, magesår uten resept .....	8	3	6	10	13	8
Medisin mot sure oppstøt, halsbrann, magesår på resept .....	2	0	1	2	3	4
Medisin mot revmatisme .....	4	1	2	6	8	7
Astmamedisin .....	4	5	3	4	7	7
Allergimedisin .....	6	6	6	6	5	3
Beroligende midler .....	5	1	2	6	11	13
Midler mot depresjon .....	3	0	2	3	5	4
Sovemedler .....	7	1	2	7	17	25
Andre medisiner .....	13	5	10	15	20	28
Homøopatmedisin .....	1	1	1	2	2	2
N .....	7 890	1 111	2 804	2 376	827	772

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

lavere. Tre av ti har brukt medisiner på daglig basis de siste fire ukene, 25 prosent av mennene og 32 prosent av kvinnene.

Når 57 prosent oppgir å ha brukt en eller annen form for medisiner siste 14 dager er det antagelig et minimumstall. Vi må regne med en viss underrapportering av legemiddelbruk i personlige intervjuundersøkelser. Dette fordi det kan oppleves som stigmatiserende å oppgi hyppig bruk av medisiner eller et høyt forbruk av forskjellige typer legemidler.

## 9.2 De mest brukte medisinerne

Enkelte medisiner fås kun på resept, og disse er generelt dyrere enn de reseptfrie medisinerne. I 1998 utgjorde reseptfrie legemidler 23 prosent av antall solgte doser (definert døgndose - DDD), mens reseptbelagte legemidler sto for de resterende 77 prosentene, og for 88 prosent av kostnadene (NMD 1999).



Tre av ti bruker medisin daglig.

### **Flest benytter hjerte- og karmedisiner**

Legemidler til behandling av hjerte- og karsykdommer, som for eksempel høyt blodtrykk og hjertekrampe (angina

pectoris), samt kolesterolsenkende midler, utgjør den største medisingruppen både i antall solgte doser og beløpsmessig. Salget av medisiner mot høyt blodtrykk økte med 11 prosent i 1999 målt i antall doser. Helseundersøkelsen viser at 19 prosent av den voksne befolkningen lever med hjerte- og karsykdommer. Vi kan derfor forvente et visst forbruk av denne typen legemidler i befolkningen. Totalt er det 6 prosent som går på hjertemedisiner og 8 prosent som går på blodtrykksmedisiner (tabell 9.1). Det er blant de middelaldrende og eldre vi finner størsteparten av brukerne. 21 prosent av de eldre over 67 år benytter hjertemedisiner, mens 24 prosent går på blodtrykksmedisiner. Totalt er det 32 prosent av de eldre som benytter hjerte- eller blodtrykksmedisiner. Dette må ses i sammenheng med at nesten halvparten av alle over 67 år lider av hjerte- og karsykdommer. Det er dermed naturlig å finne de fleste brukerne av denne typen medisiner her. Salget av disse legemidlene har vært jevnt stigende de siste årene ifølge Norsk medisinaldepot (1999).

Andelen menn og kvinner som går på hjerte- og blodtrykksmedisin er forholdsvis lik i aldersgruppen 67 til 79 år. Mens blant de aller eldste (80 år og over) er det en noe høyere andel menn enn kvinner som benytter hjertemedisiner. Både hjerte- og blodtrykksmedisiner brukes hyppigere av personer med lav utdanning. 39 prosent av alle menn og 37 prosent av alle kvinner som oppgir hjerte- og karsykdommer, benytter hjerte- og/eller blodtrykksmedisin.

### **Mange går på medisiner på grunn av fordøyelsen og stoffskiftet**

Legemidler med virkning på fordøyelsesorganene og stoffskiftet (herunder faller syrenøytraliserende midler,

avføringsmidler og midler til behandling av sukkersyke) utgjør den nest største medisingruppen i antall solgte døgndoser og den fjerde største kostnadmessig. Ifølge helseundersøkelsen blir medisin mot sure oppstøt, halsbrann og magesår uten resept benyttet av 8 prosent av befolkningen over 16 år, mens 2 prosent bruker denne typen medisiner på resept. De fleste brukerne finner vi i aldersgruppen 45 til 79 år for de reseptfrie midlene. Det er omtrent like mange menn som kvinner som bruker disse legemidlene, både med og uten resept. Det er heller ingen nevneverdige forskjeller mellom lavt og høyt utdannede innen denne medisingruppen.

### **Økt bruk av medisiner mot psykiske lidelser**

Legemidler med virkning på nervesystemet utgjør den tredje største legemiddelgruppen når vi måler salg av medisdoser, og den nest største beløpsmessig. Inn under denne gruppen faller for eksempel smertestillende medikamenter, sovemedisiner og midler til behandling av psykiske lidelser, uro og angst. Det er et skille mellom *nervesykdommer*, som for eksempel epilepsi, parkinsons og multipel sklerose, og *psykiske lidelser* som for eksempel schizofreni og manisk depressiv lidelse<sup>1</sup>. Men disse sykdommene behandles med medisiner som det er praktisk å presentere sammen.

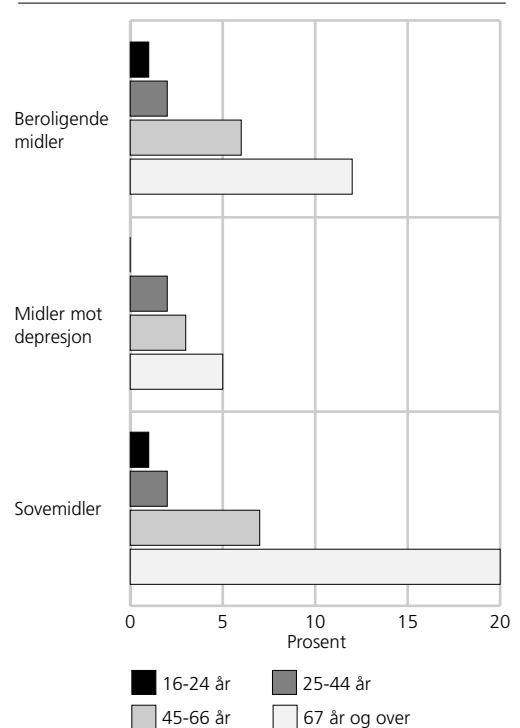
Salget av antidepressiva har økt kraftig de senere år. Forbruket ble fordoblet fra 1993 til 1996. En medvirkende årsak til denne utviklingen er at en rekke nye midler mot depresjon kom på markedet i den samme perioden, blant annet fikk vi de mye omtalte "lykkepillene". Etter en stagnasjon i salget av denne typen piller i 1997 og 1998, er forbruket igjen stigende. I 1999 kunne vi se en økning i salget

av antidepressiva (målt i doser) på drøye 13 prosent.

Det har vært en gradvis nedgang i forbruket av sovemidler og beroligende midler i perioden 1988 til 1996, men de siste tre årene har det vært en økning på 3 prosent per år. Salgstallene til Norsk medisinaldepot tilsier at 4,9 prosent av befolkningen benyttet sovemedisin og beroligende midler daglig i 1999. I helseundersøkelsen oppgir 5 prosent av den voksne delen av befolkningen at de har benyttet beroligende midler i 14-dagersperioden, mens 3 prosent oppgir å ha brukt slike medisiner på daglig basis. Flest brukere av beroligende midler finner vi blant de eldre (12 prosent). Disse forbrukstallene kan ses i sammenheng med at det er 8 prosent som rapporterer om psykiske lidelser og 7 prosent som lider av ulike sykdommer i nervesystemet.

Ifølge helseundersøkelsen benyttes sove- og medisiner av rundt 7 prosent. Blant de unge er 1 prosent brukere, mens blant eldre er det en av fem som går på slike medisiner. Helseundersøkelsen viser videre at midler mot depresjon benyttes av ca. 3 prosent av den voksne befolkningen. Også her øker forbruket med alderen. Blant eldre over 67 år er det 5 prosent som har benyttet midler mot depresjon de siste 14 dagene. Hver tredje hjemmeboende person over 80 år oppgir å ha brukt beroligende midler, midler mot depresjon eller sovemidler. Det er dobbelt så mange kvinner som menn som benytter denne typen medisiner. Her er det forskjeller etter utdanning også. Det viser seg at personer med lavere utdanning har et markert høyere forbruk av disse legemidlene, men dette jevner seg ut med økende alder.

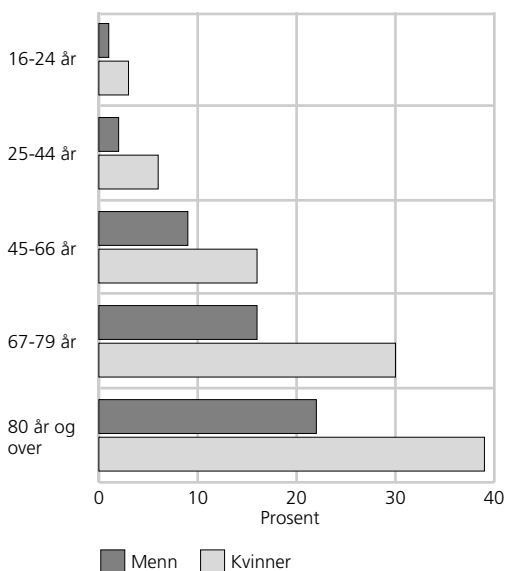
**Figur 9.1** Andel personer som har brukt beroligende midler, midler mot depresjon og sovemidler de siste 14 dager, etter alder. 1995. Prosent



Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

Det er vanskelig å danne seg et bilde av medisinbruken lenger bakover i tid, fordi ulike målemetoder gir ulike resultater. Ifølge levekårsundersøkelsen fra 1973 hadde 8 prosent av den voksne befolkningen benyttet sovemidler og 13 prosent beroligende midler i løpet av det siste året. I helseundersøkelsen fra 1975 var det 24 prosent som bekreftet at de *noen gang* hadde brukt beroligende midler eller medisiner for nervene. Andelen som hadde brukt beroligende midler de siste 14 dager var på 7 prosent, mot 5 prosent i 1995.

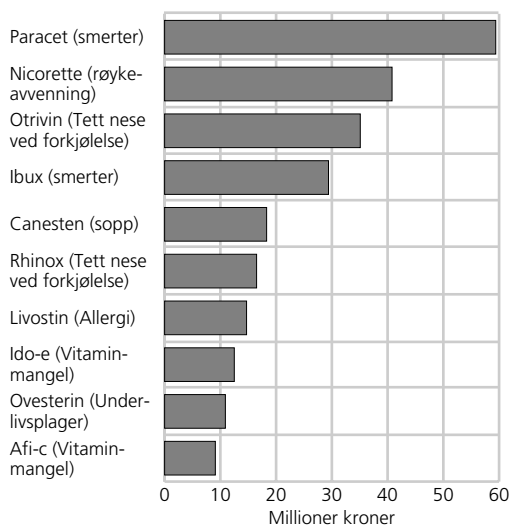
**Figur 9.2** Andel menn og kvinner som har brukt beroligende midler, midler mot depresjon eller sovemidler de siste 14 dager, etter alder. 1995. Prosent



Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

Bjørndal mfl. (1983) mener intervju- og spørreskjemaundersøkelser vanligvis gir for lave estimater av psykofarmakaforbruket i Norge. Han viser til en egen undersøkelse som viser at en firedel av befolkningen i Østfold og en femdel av befolkningen i Rogaland fikk resept på psykofarmaka en eller flere ganger i året. En annen undersøkelse utført av Fugelli i Værøy og Røst viste at 17 prosent av kvinnene og 10 prosent av mennene benyttet denne typen legemidler i løpet av et år (Bjørndal mfl. 1983). Men siden ulike resultater kan skyldes ulike målemetoder, er det vanskelig å trekke noen sikker konklusjon om forbruket. Tallene fra helseundersøkelsen stemmer likevel bra overens med tallene fra Norsk medisinaldepot.

**Figur 9.3** De ti mest solgte reseptfrie legemidlene i Norge i verdi (millioner kroner)



Kilde: FARMASTAT.

### ***Kvinner bruker mye smertestillende***

Det er mulig å få kjøpt reseptfrie legemidler mot en rekke ulike plager. De mest solgte reseptfrie legemidlene er paracetamoltabletter mot smerte. Andre midler som topper statistikken er produkter brukt ved røykeavvenning, forkjølelse, allergi, og sure oppstøt/halsbrann (Legemiddelindustriforeningen 2000).

De ti mest solgte preparatene står for til sammen 247 millioner kroner, noe som tilsvarer nærmere 40 prosent av det totale markedet for reseptfrie legemidler (Legemiddelindustriforeningen 2000).

Ifølge helseundersøkelsen bruker yngre mennesker mye smertestillende midler uten resept, 33 prosent av de unge mellom 16 og 24 år bruker slike medisiner, mens det gjelder 20 prosent av de eldre over 67 år. Dette mønsteret forandrer seg når vi ser på smertestillende midler gitt av lege. Her er det 4 prosent blant de

Yngste og 19 prosent blant de eldre som benytter reseptbelagte smertestillende medisiner. Vi finner et markert kjønnskil- le blant de unge, hvor 42 prosent av kvinnene og 25 prosent av mennene benytter reseptfrie smertestillende midler, og henholdsvis 7 og 1 prosent bruker smertestillende midler på resept. En mulig forklaring på det høye forbruket blant unge kvinner kan være at smerte- stillende midler som Paracet, Ibux og Paracetamol hyppig benyttes mot men- struasjonsmerter. Undersøkelser viser også at hodepine rammer kvinner dob- belt så hyppig som menn (NOU 1999:13). Ifølge NOU-en *Kvinnens helse i Norge* har kvinner generelt et noe høyere forbruk av medisiner enn menn i mange av legemiddelgruppene. Nærmere 70 prosent av alle legemidler mot psykiske lidelser og smerter brukes av kvinner. Ifølge Tromsø-studien hadde 30 prosent av alle kvinner benyttet smertestillende midler mot menstruasjonsplager og for- bruket var størst blant 15-19-åringene (NOU 1999:13). Også blant voksne og eldre i helseundersøkelsen er andelen kvinner som bruker smertestillende mid- ler (uten resept) nesten det dobbelte av andelen menn.

Muskel- og skjelettlidelser gir mye smer- ter i muskler og ledd. 32 prosent lever med denne typen lidelser. Mennesker som har slike sykdommer er hyppige brukere av smertestillende midler på resept. 15 prosent av mennene og 26 prosent av kvinnene som oppgir muskel- og skjelett- lidelser benytter denne typen legemidler. Blant de unge er det en litt høyere andel med videregående og lavere grads høg- skole-/universitetsutdanning som benyt- ter smertestillende midler uten resept. Bruken av smertestillende midler på resept viser en annen trend. Her er bru- ken betydelig høyere blant voksne og

eldre med lav utdanning enn blant dem med høyere utdanning.

### **Astma og allergimedisin er kostbare**

Denne medisinsgruppen omfatter legemid- ler til behandling av sykdommer i respira- sjonsorganene, for eksempel forkjølel- sesmidler og midler til behandling av astma og allergi. Gruppen havner på en fjerde- plass i forhold til mengde solgte doser, mens den ligger på en tredje plass målt i kroner. Antallet solgte doser er nær doblet siden 1987. En del av økningen forklares ved endring i anbefalt terapi når det gjelder behandling av astma.

Helseundersøkelsen 1995 viser at 4 pro- sent bruker astmamedisin, og 6 prosent benytter allergimedisin. Bruken av denne typen medisiner er forholdsvis jevnt spredd i befolkningen. Astmamedis- in benyttes av 5 prosent av de unge, 3 prosent av de voksne, 4 prosent av de middelaldrende og 7 prosent av de eldre over 67 år. I aldersgruppen 16-66 år er det 6 prosent som tar allergimedisin, mens andelen synker til 3 prosent blant de aller eldste. Det er en noe høyere andel kvinner enn menn som bruker medisin mot astma og allergi. Andelen personer som benytter astmamedisin synker med økende utdanning, mens bruken av allergimedisin er mer jevnt fordelt etter utdanning.

### **Liten bruk av homøopatmidler**

4 prosent bruker medisiner mot revmatis- me. Bruken øker med alderen, blant de eldste over 67 år er det 8 prosent som benytter denne typen medikamenter. Det er en større andel kvinner enn menn som bruker disse medisinene, og det er en noe høyere bruk blant de lavt utdannede enn blant høyere utdannede.



*En høyere andel eldre og en generell befolkningstilvekst er medvirkende årsaker til økt legemiddelbruk.*

Homøopatmedisiner er ennå lite utbredt. Bare 1 prosent hadde brukt det de siste 14 dagene. Kapitlet som omhandler alternativ medisin, bekrefter inntrykket av at bruken av homøopater i Norge ennå er beskjeden: 2 prosent av befolkningen hadde hatt kontakt med en homøopat i løpet av det siste året. Bruken av denne typen medisiner er jevnt fordelt etter alder. Andre medisiner (ikke nærmere spesifisert i helseundersøkelsen) ble benyttet av 13 prosent av befolkningen over 16 år. Også når det gjelder homøopatmedisiner og andre medisiner er brukerandelen litt høyere blant kvinner enn blant menn.

### **9.3 Tre av ti benytter medisin daglig**

En del personer er avhengige av å ta medisiner hver dag og ikke bare av og til. Tre av ti opplyser at de har brukt medisin daglig eller nesten daglig de siste fire ukene. Jo eldre vi blir, jo flere sykdommer og lidelser må vi leve med. Det er derfor ikke uventet at det er i denne gruppen vi finner de største forbrukerne av legemidler (fig. 9.4). Blant de eldste (over 80 år) var det 66 prosent som var avhengig av å ta medisiner hver dag.

Hjertemedisin brukes daglig av rundt 5 prosent av befolkningen over 16 år, mens

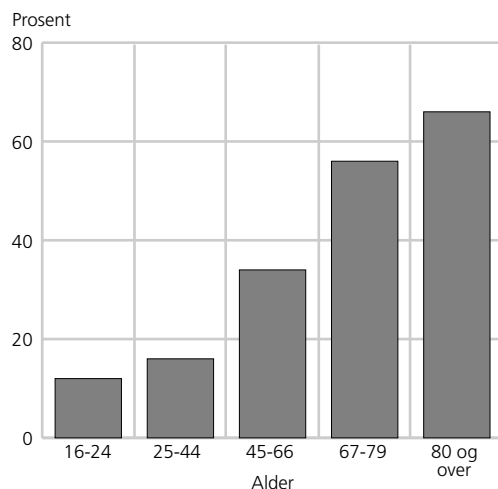


forbruket øker til en av fire i aldersgruppen 80 år og over. Blodtrykksmedisin brukes totalt av 7 prosent. Dette øker til 10 prosent blant de middelaldrende og 21 prosent blant de eldre over 67 år. Det er få som benytter smertestillende midler uten resept på en daglig basis, bare 2 prosent. Andelen personer som tar smertestillende midler på resept utgjør 4 prosent. Forbruket er størst blant de aller eldste, hvor 11 prosent har brukt slike midler daglig i en periode på fire uker eller mer.

De unge bruker lite medisiner på daglig basis. Bare 2 prosent har brukt smertestillende midler, mens 1 prosent har brukt hjertemedisiner. Forbruket er størst av medisiner for luftveisplager: 3 prosent har brukt astma- og allergimedisiner og 3 prosent har brukt ulike andre medisiner daglig i løpet av de siste fire ukene. Blant de aller eldste (80 år og over) er det 8 prosent som har brukt beroligende midler på en daglig basis, og 15 prosent som har tatt sovemedisin daglig. 22 prosent går på andre medisiner som ikke er nærmere spesifisert i datamaterialet.

Det er flere kvinner enn menn som bruker medisin daglig, 32 mot 25 prosent. Blant unge menn og kvinner er andelen omtrent like store, men forskjellene øker med alderen. I aldersgruppen 67-79 år var brukerandelen økt til 52 prosent blant menn og 60 prosent blant kvinner. Mens det blant de eldste over 80 år var 58 prosent menn og 70 prosent kvinner som hadde tatt medisiner daglig i referanseperioden. Når vi vet at det er en større andel kvinner enn menn som rapporterer om smerter i kroppen, og som oppgir at de har varige sykdommer, er det kanskje ikke så uventet at flere kvinner enn menn går på ulike medikamenter.

**Figur 9.4** Andel personer som har brukt medisiner daglig eller nesten daglig de siste fire uker, etter alder. 1995. Prosent



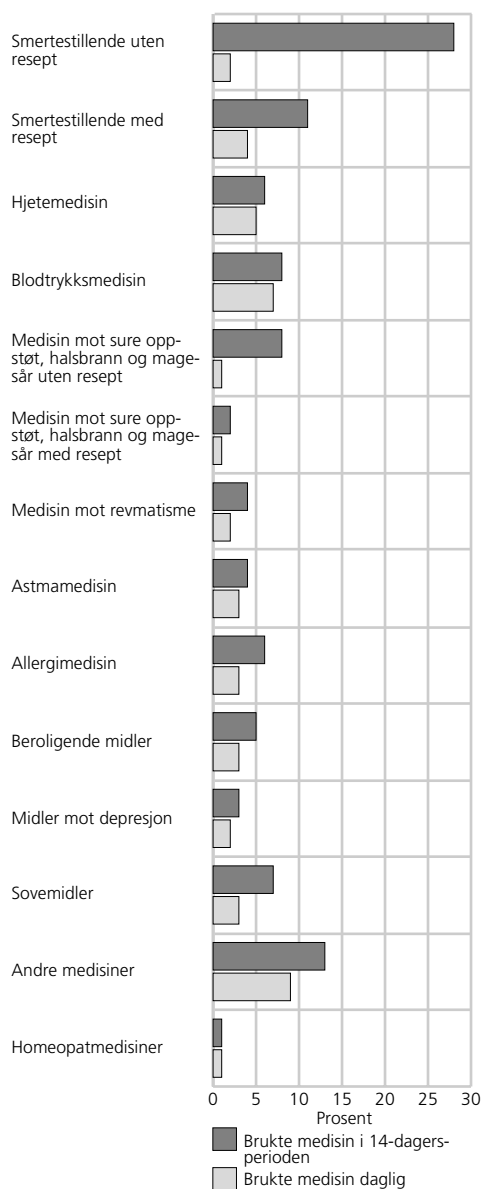
Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

Det er langt færre som benytter medisiner daglig enn av og til, spesielt blant unge og voksne. Som figur 9.5 viser, varierer forskjellene også med medisin-typene. Blant brukere av blodtrykksmedisiner er mesteparten av bruken basert på daglig basis. Tilsvarende er det også med hjertemedisiner. Smertestillende midler har et annet mønster, langt flere benytter disse periodisk enn hver dag, spesielt de reseptfrie midlene. Det samme gjelder også i en viss grad bruken av sovemidler og beroligende midler, mens det er mindre forskjeller mellom periodisk og daglig bruk når det gjelder midler mot depresjon. Her bruker de fleste medikamentene på daglig basis.

### **Store geografiske forskjeller i medisinbruk**

Norsk medisinaldepots statistikk viser oss at de fylkesvise forskjellene i medisinforbruk kan være store. Nå er det *salg* av medisiner som registreres av NMD, tallene må derfor anses som maksimumstall,

**Figur 9.5** Andel personer som har brukt ulike medisiner i løpet av 14-dagersperioden og andel personer som har brukt medisiner daglig eller nesten daglig i en fireukersperiode. 1995. Prosent



Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

det reelle legemiddelforbruket vil sannsynligvis ligge noe lavere. Forbruket av beroligende midler og sovemidler i Finnmark er bare en tredel av forbruket i Østfold. Faktorer som befolkningsstruktur (spesielt aldersfordeling), apotekdekning, antall leger per innbygger, sykehusdekning og tilgjengelighet av helsetjenester generelt kan sannsynligvis forklare noe av fylkesforskjellen. En annen forklaringsfaktor, ifølge NMD (2000), kan være at fylkesvariasjonen kan skyldes ulike terapitradisjoner og holdninger til bruk av legemidler.

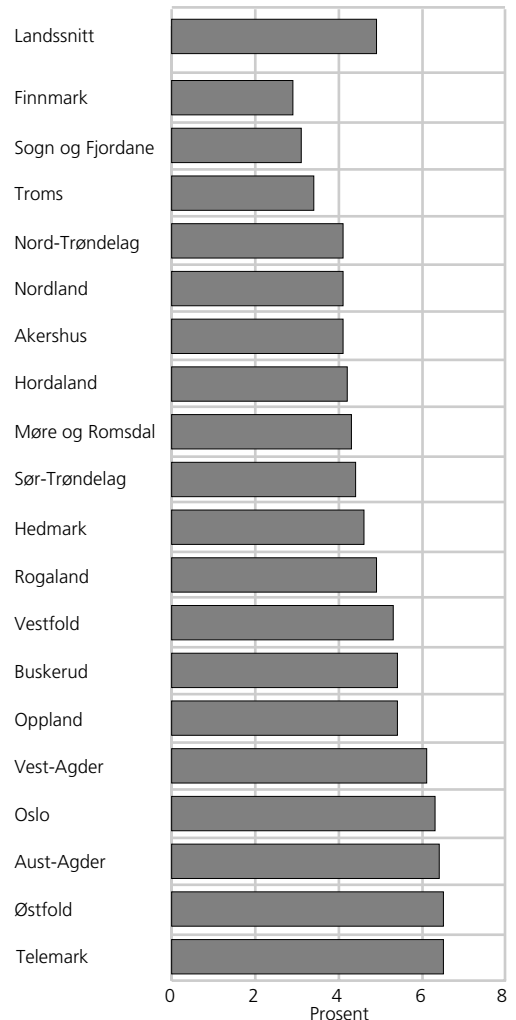
Som nevnt tidligere, viser statistikken at 4,9 prosent av den norske befolkningen bruker sovemedisiner og beroligende midler. Figur 9.6 viser at det er Østfold og Telemark fylke som har høyest andel brukere, mens Finnmark har lavest andel. Ifølge tall fra Norsk medisinaldepot holder de fylkesvise forskjellene seg relativt konstante fra år til år. I en analyse av NMD-data fra 1982 viser Bjørndal mfl. (1983) at de store ulikhetene i det fylkesvise forbruket av denne typen legemidler ikke er noe nytt. Også den gangen brukte Østfold dobbelt så mye beroligende midler som resten av landet, mens Finnmark hadde det laveste forbruket. Bjørndal mfl. fant ingen forklaring på dette fenomenet, men bemerker at forskjellene i psykofarmakabruken kan ha sammenheng med ulikheter i egenomsorgsevne, sosialt og terapeutisk nettverk i nærmiljøet, sykdomsoppfatning eller legesøkningsatferd. Hvis vi ser på den samlede medisinbruken i de ulike landsdelene ifølge helseundersøkelsen, viser det seg at forbruket er noe større i Trøndelag, hvor 61 prosent har brukt legemidler i løpet av 14-dagersperioden, enn på Vestlandet, hvor bruken er lavere (52 prosent). Oslo og Akershus havner i et midtsjikt med 58 prosent brukere i perioden. Forbruket av

sovemidler og beroligende midler er på landsdelsnivå lavest i Nord-Norge og høyest i Agder og Rogaland og Østlandet ellers. Forskjellen er ikke like markert i helseundersøkelsen, selv om vi finner liknende resultater som NMD. På fylkesnivå er det Telemark som har høyest andel brukere med 16 prosent i toukersperioden, mens Østfold hadde 11 og Finnmark 5 prosent brukere av sovemedisin og beroligende midler. Hvis vi, for sammenlikningens skyld, ser på dem som i helseundersøkelsen oppgir at de drikker nok til at de føler seg beruset syv ganger eller flere i løpet av en måned, så er det 1 prosent i Østfold, 2 prosent i Telemark og 6 prosent av beboerne i Finnmark. Her ligger Østfold og Telemark på samme nivå som landsgjennomsnittet, mens Finnmark skårer høyest av fylkene. Bruk av alkohol kan være en av mange mulige forklaringer på et lavere forbruk av denne typen legemidler. Men siden fylkestallene er spesielt usikre fordi det er få som har blitt intervjuet i hvert fylke, kan vi ikke trekke noen endelig konklusjon på dette grunnlaget.

### **Eldre bruker flere medisiner**

I perioden 1987-1998 økte legemiddelsalget med 190 prosent. Antallet solgte doser har økt med 5,8 prosent fra 1997 til 1998. Norge har hatt en volumvekst på 40 prosent i perioden 1987-1998 målt i antall definerte døgndoser. Generelt har Norge et lavt legemiddelforbruk sammenliknet med andre europeiske land. Som nevnt ovenfor, er økningen over tid et resultat av en stor tilgang på nye og moderne legemidler. En høyere andel eldre i befolkningen og en generell befolkningstilvekst er også medvirkende årsaker til økt legemiddelforbruk (Norsk medisinaldepot 1999).

**Figur 9.6 Fylkesvis salg av beroligende midler og sovemidler i 1999. Prosent**



Kilde: Norsk medisinaldepot.

6 av 10 eldre over 67 år brukte medisiner *daglig* i 1995. Legemidler må i det store og hele anses som et gode, men det er viktig å ikke bruke flere medisiner enn nødvendig. Eldre bruker mye medisiner, spesielt gjelder dette sove- og avføringsmidler, beroligende og smertestillende midler. Erfaring viser at det er lettere å

begynne med slike medisiner enn å slutte med dem. Enkelte kan kanskje føle at et legebesøk er "mislykket" om de ikke går derfra med en resept. Ifølge Norsk reseptstatistikk 1995 medfører 80 prosent av alle konsultasjoner hos allmennlege en reseptforeskrivning (NOU 1999:13).

Psykofarmaka kan gjøre hverdagen enklere for mange av dem som lever med lettere psykiske lidelser. Samtidig må vi være forsiktige med å sykeliggjøre personlige problemer. Enkelte problemer bør heller løses med terapi eller en endring av levekårene enn via medisinering. Midler mot angst og søvnløshet brukes mye hyppigere av de eldre i befolkningen enn de yngre, se figur 9.1. Mange eldre lever alene, eventuell ensomhet og isolasjon kan bidra til angst og søvnløse netter. Forebyggende tiltak som bedrer de eldre livssituasjon vil kunne redusere behovet for denne typen medikamenter, ifølge Bjørndal mfl. (1983).

Helseundersøkelsen viser oss at 11 prosent av de eldre (over 67 år) benytter to eller flere av følgende medisiner: sove-medisin, beroligende medisiner, antidepressiva, reseptpliktige smertestillende midler, midler mot sure oppstøt, halsbrann og magesår. Det er en dobbelt så høy andel kvinner som menn som bruker to eller flere av disse legemidlene, henholdsvis 14 og 7 prosent. Forskjellene mellom kvinner og menn øker med alderen, fra 11 prosent i gruppen 67-79 år og til 19 prosent blant de eldste eldre (over 80 år).

#### 9.4 Oppsummering

Det selges flere og dyrere medisiner enn tidligere, og antallet solgte doser har steget. Det tas mye medisiner blant voksne. I Helseundersøkelsen 1995 hadde nesten seks av ti benyttet medisiner i

løpet av de siste 14 dagene og forbruket øker med alderen. Andelen som benytter medisiner hver dag er lavere, og gjelder tre av ti. Flere kvinner enn menn bruker legemidler. Det er hjertemedisiner, medisiner til bruk for fordøyelsen og nervemedisiner som brukes av flest. Medisinbruken varierer også mellom de ulike fylkene. Dette kan ha flere årsaker, blant annet i ulik legesøkningsatferd og i ulike måter å forholde seg til sykdom på.

<sup>1</sup> Dette er tyngre psykiske lidelser i motsetning til depresjon og angst som regnes som lettere psykiske lidelser, men begge deler faller inn under samme sykdomskategori.

#### Referanser

Bjørndal, Arild mfl. (1983): *Gagn eller ugagn? Forbruket av psykofarmaka i Norge*. Rapport nr. 4, Statens institutt for folkehelse.

Holmen, Hetlevik og Krüger (1998): Legemidler ved symptomfrie risikotilstander - dokumentasjonskravene bør skjerpes, *Tidsskrift for den norske lægeforening* 25.

Legemiddelindustriforeningen (2000): Tall og fakta 2000 - Legemidler og helsevesen.

Norsk medisinaldepot (1999): Legemiddelforbruket i Norge 1994 til 1998.

Norsk medisinaldepot (01.02.2000): "Nøkkeltall og utviklingstrekk ved legemiddelomsetningen i 1999". Pressemelding.

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

NOU (1997:6): *Rammevilkår for omsetning av legemidler*, Sosial- og helsedepartementet.

Statistisk sentralbyrå (1999): *Helseundersøkelsen 1995*, Norges offisielle statistikk.

St.meld. nr. 25 (1996-97): *Åpenhet og helhet, psykiske lidelser og tjenestetilbudene*, Sosial- og helsedepartementet.

Steen, Vidar M. (2000): Skreddersøm av legemidler i et nytt millennium, *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 1.

Thormodsen, Fønneløp, Rytter og Tørisen (1997): Medisinretur som kvalitetsindikator for farmakoterapi - hva blir til overs? og Brukes etter avtale med legen - årsaker til at pasienten får medisin til overs, begge i *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 24.



Jon Erik Finnvold

## 10 Kontinuitet, kontakthypighet og tilfredshet med legetjenesten



*Gjennom representative undersøkelser har vi undersøkt ulike aspekter ved befolkningens bruk av legetjenester. Hvor ofte folk bruker legetjenester, hvor fornøyd de er med kvaliteten på tilbudet, om de har fast lege, og hvor ofte de eventuelt bytter fast lege. Resultatene viser blant annet at et flertall er svært godt fornøyd med legen, og andelen tilfredse er større for de som har fast lege. Blant de som brukte fast allmennlege, svarte fire av ti at de hadde byttet sin faste lege minst en gang det siste året. Resultatene viste også at et stort flertall av legebyttene skjedde uten at pasientene selv ønsket det. Omfanget av ufrivillige bytter av lege var mindre for de som brukte spesialist. Til sammen 8 prosent av disse hadde ufrivillig måttet bytte sin faste legespesialist det siste året.*

### 10.1 En samlet oversikt over legeressursene

Å gå til legen blir av mange oppfattet som det samme som kontakt med allmennpraktiserende lege. Mye tyder imidlertid på at det å gå til lege i dag innebærer kontakt med mer spesialiserte legetjenester enn tidligere. Løpende statistikker over personellutvikling og behandlingsskapasitet innenfor spesialisthelsetjenestene forteller at tallet på polikliniske kontakter ved sykehusene er økende, og at det blir stadig flere leger ved sykehusene (Statistisk sentralbyrå 2000). Den mest vanlige måten å samle inn informasjon om legetilbudet på, er å kontakte helsetjenesten selv, oftest ved å sende ut spørreskjema til sykehus, kommuner og andre administrative enheter som har ansvaret for å organisere legetjenestene. En slik strategi gir mye informasjon om virksomheten og ressursbruken i helsetjenesten, men kan komme til kort dersom vi f.eks. ønsker et mer samlet

bilde av legetjenesten og dens betydning for folk flest. I dette kapitlet er formålet å belyse ulike aspekter ved befolkningens samlede bruk av legeressursen. Vårt utgangspunkt er å gå direkte til de som bruker legetjenestene. Hvor ofte bruker folk ulike legetilbud, hvor mange har en fast relasjon til en lege, og hvor fornøyd er folk med legene de har hatt kontakt med når de har vært syke? Disse og andre spørsmål vil bli belyst med utgangspunkt i en undersøkelse blant et nettoutvalg på 5 000 personer som ble intervjuet ved årsskiftet 1999/2000 (se boks 10.1). Resultatene som er gjengitt bygger på foreløpige data fra dette utvalget.

### 10.2 Kontinuitet: Trenger egentlig alle en fast lege?

Det er en utbredt oppfatning at det å ha en fast lege er en fordel, og det er flere gode grunner til dette. Å forholde seg til de samme pasientene over tid, vil gi en bedre oversikt over tidligere syketilfeller

**Boks 10.1 Informasjon om legetjenestene i panel 2000**

Informasjonsgrunnlaget om befolkningens samlede bruk av legetjenester i Statistisk sentralbyrås utvalgsundersøkelser er relativt begrenset. I panel 2000 har vi forsøkt å samle inn informasjon om et representativt utvalg av befolkningens bruksfrekvens og kontinuitet med ulike legetilbud. Hovedformålene med dette er et ønske om å følge med på utviklingen over tid når det gjelder ulike aspekter ved bruken av legetjenestene. Det er to hovedgrunner til dette. For det første hevdes det at befolkningens bruk av legetjenester har vært økende. Man har konstatert en vekst i folketrygdens utbetalinger til refusjoner, men dokumentasjon på individnivå har vært begrenset. For det andre er det planlagt en ordning som innebærer at hele befolkningen i utgangspunktet skal ha sin egen faste lege. Dette er en betydelig helsepolitisk reform, og det vil være av stor interesse å forsøke å spore endringer i befolkningens relasjon til legen i tiden før, under og etter reformen.

Panelet besto i utgangspunktet av et nettoutvalg på 5 000 personer. Det var til sammen 734 personer som intervjuerne av ulike grunner ikke fikk stilt noen spørsmål. Mange av disse ønsket rett og slett ikke å delta. Andre var midlertidig fraværende på grunn av ferie, skolegang eller arbeid. Vi forutsetter at de som deltok i undersøkelsen er representative for befolkningen for øvrig. Av spesiell interesse er frafall på grunn av helsemessige årsaker. Undersøkelsen ga opplysninger om frafallsårsak, og viste at 31 personer ikke deltok på grunn av langvarig sykdom eller svekkelse. Det er dermed ikke grunn til å tro at vi har med et utvalg å gjøre som skiller seg vesentlig fra befolkningen for øvrig når det gjelder helse og behov for helsetjenester. For nærmere dokumentasjon av utvalget, se Sundvoll 1999.

og helsetilstanden i pasientens øvrige familie. Dette kan gjøre det lettere å erkjenne både nye og skjulte lidelser. Spesielt for kronisk syke mennesker er det viktig med en fast lege som kjenner det tidligere sykdomsforløpet, og lettere kan se endringer i sykdomsbildet, og vurdere eventuelle endringer i behandling eller medisiner. Det er altså god grunn til å tro at legene får mer kunnskap om sine faste pasienter. Det er også vist at de faktisk får mer interesse for og innlevelse i sine faste pasienter (Hjortdahl 1992). Sett fra pasientenes side er det slik at det store flertallet faktisk ønsker en fast lege. Fortrolighet bygges over tid, dessuten er det en åpenbar fordel å slippe å fortelle om sine tidligere helseproblemer ved hver ny konsultasjon. Likevel er ikke idealet om en fast lege entydig positivt. Noen mener at kontinuitet kan skape for sterke bånd, som kan svekke legens evne til å foreta medisinskfaglige vurderinger. En konsekvens av

kontinuitet kan også være at det skapes lojalitet som hindrer pasienter i å ta kontakt med andre leger for å nyvurdere helseproblemet.

**Allmennlege eller spesialist?**

De helsepolitiske myndigheter har besluttet å innføre en fastlegeordning, slik flere andre land tidligere har gjort. Blant andre har Danmark og Storbritannia en slik ordning. Oftest omfatter ordningen allmennpraktiserende leger. Tidligere undersøkelser av kontinuitet i legetjenesten har som regel handlet om allmennpraksis. I denne sammenhengen ønsker vi å inkludere også spesialisthelsetjenestene i og utenfor sykehus. Ettersom helsetjenesten er blitt stadig mer spesialisert, er det grunn til å tro at vi har fått en betydelig pasientgruppe som har en fast relasjon til privatpraktiserende spesialister, eller har leger tilknyttet en sykehusavdeling. Dette betyr ikke at allmennlegenes betydning er blitt mindre, men kan



innebære at allmennlegenes funksjon er under endring. I større grad vil allmennlegene fungere som en "veiviser" eller "advokat" som kan hjelpe pasienten i et voksende mangfold av spesialiserte behandlingstilbud. I panel 2000 har vi definert tre hovedkategorier leger som befolkningen faktisk kan benytte som sin faste lege: Allmennpraktiserende leger, leger tilknyttet sykehus, og privatpraktiserende spesialister utenfor sykehus. Samtlige i utvalget ble stilt spørsmålet "Har du en fast allmennpraktiserende lege eller et fast legesenter som du bruker når du trenger legehjelp? Regn ikke med legespesialist, sykehuslege o.l." Det var 51 prosent som hadde en fast allmennpraktiserende lege. Til sammen 19 prosent svarte at de brukte et fast legesenter. Det var 16 prosent som ikke hadde noen fast allmennpraktiserende lege, og som heller ikke brukte et fast legesenter.

**Tabell 10.1 Bruk av fast lege. Prosent**

	Hele utvalget (N=3 729)	Alle <sup>1</sup> med legekontakt for egen sykdom siste år (N=2 864)
<b>I alt</b> .....	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Fast lege</b>		
Allmennpraktiker og spesialist utenfor sykehus .....	5	6
Allmennpraktiker og spesialist ved sykehus .....	4	5
Spesialist utenfor sykehus .....	2	3
Spesialist ved sykehus .....	2	2
Allmennlege .....	50	54
Bedrifts-/skole-/student- helsetjeneste .....	3	2
<b>Uten fast lege</b>		
Fast legesenter .....	18	18
Uten fast lege eller legesenter	16	10

<sup>1</sup> Det var 4 personer som ikke ville besvare spørsmålet.  
Kilde: Levekårsundersøkelsene Panel 2000, Statistisk sentralbyrå.



*Idealet om fast tilknytning til samme lege er ikke entydig positivt.*

Det ble også spurt om de intervjuede hadde hatt kontakt med legespesialister ved eller utenfor sykehus på grunn av egen sykdom, og om disse regnet spesialister som sin faste lege. I tabell 10.1 har vi brukt opplysningene til å gi en oversikt over kontinuiteten som befolkningen har med hele legetjenesten. Spørsmålet om bruk av fast allmennpraktiserende lege ble stilt samtlige, mens spørsmålene om bruken av spesialister kun ble stilt til de som hadde hatt kontakt med slike leger på grunn av egen sykdom siste år. Dette betyr at vi ikke ville fange opp de som hadde en spesialist som sin faste lege, men som ikke hadde hatt kontakt det siste året.

### **13 prosent med spesialist som fast lege**

Ser vi på hele befolkningen, viser tabellen at 13 prosent av befolkningen oppga at de hadde en spesialist som sin faste lege. Et flertall av disse oppga også at de hadde en fast allmennpraktiserende lege, og hadde dermed en fast relasjon til både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det var 4 prosent som oppga at de utelukkende regnet spesialister som sin faste lege. Det mest vanlige er å ha en allmennlege som sin faste lege, denne gruppen utgjør halvparten av befolkningen.

**Tabell 10.2 Bruk av fast lege. Personer med legekontakt for egen sykdom siste år, etter bosted og utdanningslengde. 2000. Prosent**

	Alle (N=2 864)	Personer med høy utdanning (N=126)	Bosatte i Oslo (N=332)	Bosatte i Akershus (N=332)
<b>I alt .....</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
Fast lege				
Allmennpraktiker og spesialist utenfor sykehus .....	6	6	6	10
Allmennpraktiker og spesialist ved sykehus .....	5	1	3	5
Spesialist utenfor sykehus .....	3	6	5	4
Spesialist ved sykehus .....	2	3	2	2
Allmennlege .....	53	44	39	52
Bedrifts-/skole-/studenthelsetjeneste	2	4	4	4
Uten fast lege				
Fast legesenter .....	18	21	24	13
Uten fast lege eller legesenter .....	10	14	15	11

Kilde: Levekårsundersøkelsene Panel 2000, Statistisk sentralbyrå.

### **En av tre uten fast lege**

Imidlertid står 35 prosent av befolkningen uten en fast legekontakt. Dersom vi holder utenfor de som ikke hadde hatt kontakt med noen lege for egen sykdom siste år, var det 28 prosent som var uten en fast lege. Godt over halvparten av disse oppga at de brukte et fast legesenter. Denne gruppen brukte altså samme sted for sine legebeseøk, uten å ha en fast lege på legesenteret.

### **10.3 Hvem bruker spesialisthelsetjenesten?**

Vi kan betrakte spesialisthelsetjenesten som en begrenset ressurs, og er interessert i hvem som får tilgang til denne ressursen. Hvem er det som etablerer en fast relasjon til en spesialist? Spesialisthelsetjenesten skal naturlig nok forbeholdes pasienter med de mest alvorlige sykdomstilstandene, slik at ressursene i helsetjenesten utnyttes på en måte som gir den beste velferdsvirkningen for befolkningen. Om det virkelig forholder seg slik er ikke mulig å avgjøre med utgangspunkt i de foreliggende data. Det

er imidlertid mulig å tenke seg at enkelte grupper i befolkningen har bedre forutsetninger enn andre for å skaffe seg tilgang til spesialiserte helsetjenester. Dette gjelder for eksempel bosatte i det sentrale østlandsområdet, der konsentrasjonen av privatpraktiserende spesialister er høyere enn i landet for øvrig. Det kan også tenkes at akademikere eller andre grupper med lang utdanning lettere kan få tilgang til spesialiserte helsetjenester. For eksempel kan det tenkes at slike grupper i større grad har en lege i sitt sosiale nettverk, og dermed lettere kan bli klar over sine rettigheter og muligheter vis-à-vis helsevesenet. Det er i mange tilfeller også mulig å få tilgang til privatpraktiserende spesialister uten henvisning fra annen lege, men da må pasienten selv betale en større del av kostnadene enn tilfellet ville vært dersom han eller hun var henvist av annen lege.

I tabell 10.2 har vi forsøkt å belyse noen av disse spørsmålene. I denne undersøkelsen er det ikke slik at høyt utdannede bruker et mer spesialisert helsetilbud.

Imidlertid er det mer vanlig blant personer med høy utdanning å bruke spesialist alene, og da fortrinnsvis privatpraktiserende spesialist. Som tabellen viser, var det 6 prosent blant de med høy utdanning som hadde spesialist utenfor sykehus som sin faste lege. På grunn av utvalgets størrelse er mulighetene til å belyse geografiske forskjeller begrensede. Oslo og Akershus har imidlertid store fylker, og resultatene viser at det å ha spesialist som fast lege ikke er spesielt vanlig i Oslo, mens det er en noe høyere andel med spesialist som fast lege i Akershus.

#### 10.4 Hvor "fast" er en fast lege?

Et flertall har altså en fast lege. De som svarte at de hadde en fast allmennpraktiserende lege, ble spurt om de hadde byttet sin faste lege det siste året. Resultatene viste at 4 av 10 bytter sin faste allmennlege minst en gang om året. I alt 34 prosent svarte at de hadde byttet sin faste lege en gang, mens ytterligere 4 prosent hadde byttet sin faste lege flere ganger i løpet av de siste 12 måneder. Et spørsmål er om et år er nok til å realisere de positive virkningene det å ha fast lege innebærer. Hvis ikke, antyder resultatene at kontinuiteten i befolkningens relasjoner til allmennpraksis er mindre enn det vi kan få inntrykk av i tabell 10.1. Vi kan i alle fall stille spørsmål om kontinuiteten er tilfredsstillende dersom nesten 40 prosent bytter sin faste lege i løpet av et år. Men er disse byttene av fast lege noe pasienten selv velger å gjøre? Resultatene viser at det i større grad dreier seg om ufrivillige bytter av fast lege. Nesten 75 prosent av de som hadde byttet sin faste lege svarte at dette hadde skjedd uten at de ønsket det. Dette betyr at den populasjonen som bruker en fast allmennpraktiker, i betydelig grad utsettes for ufrivillige bytter av fast lege. Hva så med de som bruker spesialister som fast lege? Omfan-

**Tabell 10.3** Kontakt med flere ulike allmennleger. Respons på spørsmålet: *Vi er interessert i å høre hvorfor du har hatt kontakt med flere allmennleger i løpet av de siste 12 måneder? Var det fordi.....*

Svarkategorier	Prosent
<i>Din faste lege sluttet .....</i>	11
<i>Din faste lege var på ferie, syk eller midlertidig fraværende .....</i>	40
<i>Du ikke var tilfreds med din faste lege .....</i>	6
<i>Du ønsket en ny vurdering av sykdommen din .....</i>	9
<i>Du fikk en annen lege på et legesenter .....</i>	38
<i>Annen grunn .....</i>	33

<sup>1</sup> Spørsmålet ble stilt til personer som hadde hatt kontakt med mer enn én allmennlege, og som benyttet enten fast lege eller bedrifts-/skole-/studenthelsetjeneste (N=276). Svarkategoriene er ikke gjensidig utelukkende.

Kilde: Levekårsundersøkelsene Panel 2000, Statistisk sentralbyrå.

get av ufrivillige legebytter var mindre for denne gruppen, til sammen 8 prosent svarte at de hadde byttet sin faste legespesialist det siste året uten at de selv ønsket det.

#### **Brukes alltid den samme legen?**

Å ha en fast lege innebærer ikke nødvendigvis at det er denne legen som benyttes hver gang. En oversikt over hvor mange ulike allmennleger de som ble intervjuet hadde hatt kontakt med, viste at en tredjedel hadde hatt kontakt med to eller flere forskjellige leger, uten at legevaksleger var regnet med. En oversikt over bakgrunnen for å bruke flere forskjellige leger viste at det var mindre vanlig å selv ta initiativ til å få en annen lege: 6 og 9 prosent oppga misnøye eller behov for ny vurdering som årsak til å ha brukt flere leger. Fravær av fast lege var en viktig årsak (40 prosent), mange oppga også at de hadde fått en annen lege på legesenteret (38 prosent).

### 10.5 Hvem mangler fast lege?

Tidligere undersøkelser blant kronikere og småbarnsfamilier (Finnvold 1996, 1997) har vist at manglende kontinuitet er betinget av bosted. Gjelder dette også for gjennomsnittsbefolkningen? Det har også vært hevdet at problemet med mangel på fast legekontakt er størst i byene, mens de tynnere befolkede områdene av landet i realiteten alt har en fastlegeordning (Sosialdepartementet 1990:73). Tabell 10.2 mer enn antyder at bosatte i Oslo sjeldnere enn andre har en fast lege. Likevel er det ingen generell sammenheng med urbanitet, fordi Akershus har en større grad av kontinuitet enn landsgjennomsnittet. Når det gjelder de mindre sentrale kommunene, har tidligere undersøkelser slått fast at mindre sentrale kommuner har større problemer enn andre med å skaffe et kontinuerlig legetilbud, og at dette har sammenheng med hvordan legetilbudet er organisert (Finnvold 1996, 1997).

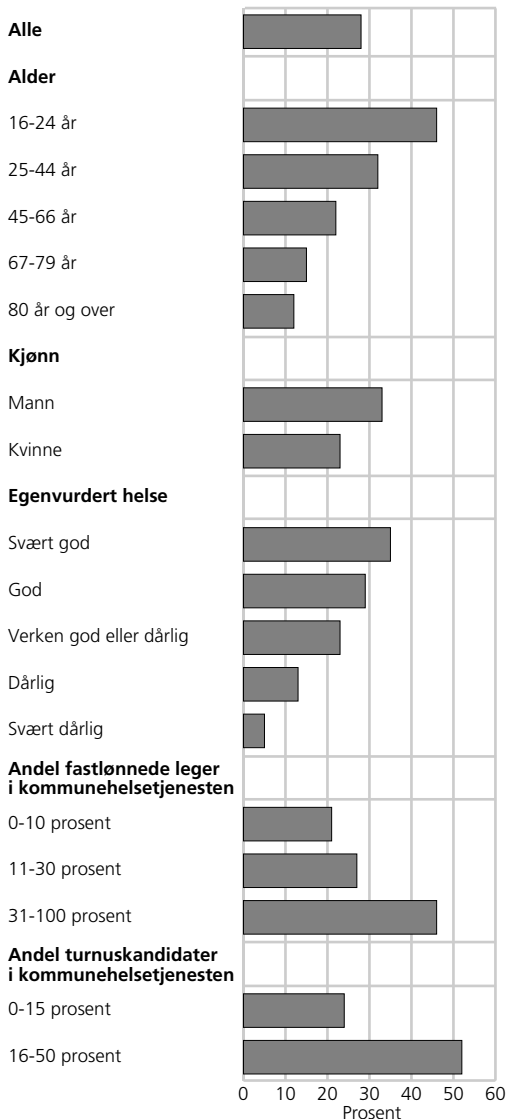
Det er fire grupper allmennpraktiserende leger, inkludert turnuskandidater, som arbeider i allmennlegetjenesten i kommunene. Turnuskandidatene er ennå ikke godkjente leger, men må regnes som en del av legetilbudet fordi disse i hovedsak utfører legepraksis på linje med ferdig utdannede leger. I mange mindre kommuner utgjør turnuskandidatene en vesentlig del av legetilbudet, og står for opptil 50 prosent av årsverksinnsatsen i allmennpraksis. De tre øvrige kategorier av leger skiller seg fra hverandre ved sine ansettelsesforhold til kommunen. Leger med fast lønn er ansatt som kommunale arbeidstakere lønnet av de kommunale budsjetter. Innholdet i arbeidet til fastlønnede leger er for en stor del er fastsatt gjennom kommunale instruksjer. Å ansette fastlønnede leger er mest vanlig i mindre sentrale kommuner, som ofte ikke

har et befolkningsgrunnlag for privatpraktiserende leger. Leger med kommunal avtale er privatpraktiserende leger som gjennom en avtale med kommunen blir en del av den kommunalt organiserte helsetjenesten. Disse får et kommunalt driftstilskudd, men er i hovedsak finansiert av trygdebudsjettet via refusjoner for den enkelte konsultasjon og behandling, samt egenandeler fra pasientene. Inntektene til disse legene er altså betinget av hvor mange pasienter som behandles. Det er også mulig å drive allmennpraksis som leger uten kommunal avtale, men dette er mindre vanlig.

Siden turnuskandidater i stor grad brukes som et virkemiddel til å skaffe leger til kommuner med en ellers ustabil legedekning, og ordningen i seg selv innebærer skifte av lege, er det åpenbart at bosatte i kommuner der turnuskandidater utgjør en vesentlig del av legetilbudet kan ha vanskeligere for å etablere en fast relasjon til en lege.

De siste årene har det pågått en diskusjon om lønns- og arbeidsbetingelsene til fastlønnede leger vis-à-vis leger med kommunal avtale. Andelen fastlønnede leger har avtatt etter 1993. Mye tyder på at det er relativt stor gjennomtrekk i denne type legestillinger. Privatpraktiserende leger investerer i større grad i sin egen praksis gjennom å etablere f.eks. kontorlokaler og utstyr. Spørsmålet er hvordan faktorer som fastlønnsandel og andel turnuskandidater påvirker sannsynligheten for å mangle en fast legetilknytning. Resultatene er entydige, jo høyere fastlønnsandel, og jo høyere andel turnuskandidater, jo større er sannsynligheten for å mangle en fast legetilknytning (tabell 10.2). Slike organisatoriske forhold har en relativt stor betydning, men også andre forhold virket inn. En analyse

**Figur 10.1** Andel som var uten fast lege, etter alder, kjønn, egenvurdert sykkelighet og organisering av allmennlegetjenesten. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsene, panel 2000, Statistisk sentralbyrå.

**Tabell 10.4** Kontakter med leger for egen sykdom siste 12 måneder. Antall kontakter. Prosent (N=3 729)

Kategori	Prosent
I alt .....	100,0
Ingen kontakt .....	23,2
1 kontakt .....	17,6
2 kontakter .....	14,3
3 kontakter .....	9,8
4 kontakter .....	8,5
5 kontakter .....	5,8
6-7 kontakter .....	5,5
8 eller flere .....	13,3

Kilde: Levekårsundersøkelsene Panel 2000, Statistisk sentralbyrå.

som inkluderer faktorer som alder, kjønn, utdanningslengde, sykkelighet, og bosted (Oslo og Akershus) viser at de fleste av disse faktorene har betydning for det å ha fast lege. Denne analysen bekrefter også det som tabell 10.2 antyder, nemlig at kontinuiteten er lavere i Oslo, og høyere i Akershus. Dessuten viser den at jo mer negativt folk vurderer sin egen helsetilstand, jo mer sannsynlig er det at de har fast lege. Når det tas hensyn til at høyt utdannede er mer friske enn gjennomsnittet, er det ikke lenger noe som tyder på at høyt utdannede i mindre grad enn andre knytter seg til en fast lege, slik tabell 10.2 også kan gi inntrykk av. Både kjønn og alder gir tydelige indikasjoner på fastlegetilknytning. Også når det tas hensyn til forskjeller i egenvurdert sykkelighet, viser det seg at kvinner og eldre mennesker oftere enn andre har en fast lege.

### 10.6 Hvor ofte oppsøker vi legen?

Ved hjelp av spørsmålene i panel 2000 er det for første gang mulig å generere et tall for konsultasjonsfrekvens for befolkningens bruk av den samlede legeressursen. Paneldeltakerne ble spurt om hvor mange ganger siste år de hadde hatt kontakt med leger for egen sykdom. Det ble skilt mellom kontakter med

allmennlege, legevaktslege og spesialister i og utenfor sykehus. I utvalget var det nesten en av fire som ikke hadde hatt noen kontakt med lege siste år (23 prosent, tabell 10.4). Variasjonen er imidlertid betydelig, en like stor gruppe (24 prosent) hadde hatt fem eller flere kontakter siste år. En gruppe på vel 13 prosent hadde hatt åtte eller flere kontakter.

De som ble intervjuet ble altså spurt om de hadde hatt kontakt med ulike typer leger de siste 12 måneder. Resultatene viste at det var ...

- 27 prosent som hadde hatt kontakt med legevaktslege
- 67 prosent som hadde hatt kontakt med allmennlege
- 15 prosent som hadde hatt kontakt med lege på sykehus (poliklinisk konsultasjon)
- 13 prosent som hadde hatt kontakt med privatpraktiserende spesialist utenfor sykehus.

Nesten 2 900 av et antall spurte på 3 700 hadde altså hatt kontakt med en av de nevnte typene leger. I løpet av de siste 12 måneder oppga disse over 14 500 kontakter, og kontaktene fordelte seg mellom de ulike typene leger med ...

- 15 prosent på legevaktslege
- 62 prosent på allmennlege
- 12 prosent ved lege på sykehus (poliklinisk konsultasjon)
- 11 prosent med privatpraktiserende spesialist utenfor sykehus.

I alt 62 prosent av kontaktene var med allmennlege. Denne andelen er noe overvurdert, siden også telefonkontakter er regnet med. Oversikten viser også at

nesten en av fire kontakter med legen er kontakter med spesialister, enten på eller utenfor sykehus.

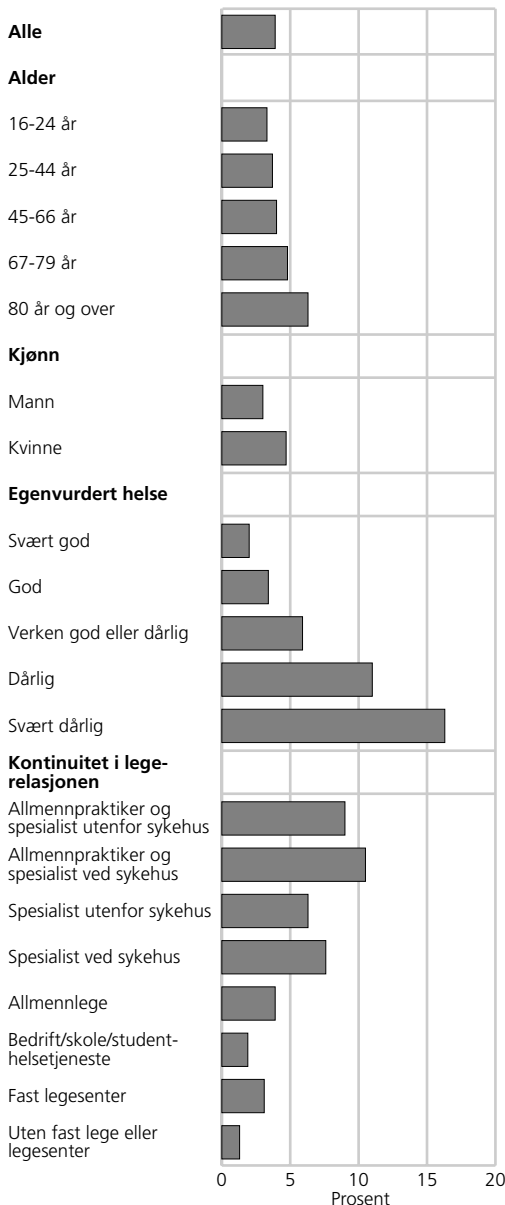
### **Hvem er ofte hos legen?**

I gjennomsnitt har en person over 16 år 3,9 kontakter med legen i året for egen sykdom. Som antydning over er dette tallet høyere dersom den det gjelder har en fast relasjon til en spesialist. De som hadde en fast allmennpraktiserende lege, og i tillegg en fast spesialist ved et sykehus, hadde i gjennomsnitt 10,5 kontakter med lege siste 12 måneder. I figur 10.2 ser vi at tallet på kontakter naturlig nok øker med alder, og ikke minst med egenvurdert sykkelighet. Mens personer som vurderer sin egen helse som svært god eller god har to til tre kontakter i året, har personer som vurderer sin egen helse som dårlig eller svært dårlig 11 til 16 kontakter i året i gjennomsnitt.

Undersøkelsen viser at de som var uten fast lege hadde et gjennomsnitt på 1,3 kontakter. Et interessant spørsmål er da om manglende kontinuitet påvirker omfanget av bruken av legetjenester. Spørsmålet blir om de som ikke har fast lege i mindre grad bruker legetjenester, når det tas hensyn til faktorer som egenvurdert helsetilstand, alder og kjønn? I tidligere avsnitt har vi sett at det å mangle en fast legekontakt til dels avhenger av lokale organisatoriske forhold (figur 10.1). Vi har vist at dette ofte er en ufri-villig situasjon for de som mangler en fast lege, og ikke nødvendigvis en konsekvens av at behovet for en fast legekontakt ikke er der.

Resultatet av en analyse som tar hensyn til faktorene i figur 10.2 viser at både sykkelighet, kontinuitet, alder og kjønn har betydning for bruken av legetjenester uavhengig av hverandre. Med andre ord,

**Figur 10.2 Gjennomsnittlig antall kontakter med lege siste 12 måneder for egen sykdom, etter alder, kjønn, egenvurdert sykkelighet og kontinuitet i lege-relasjonen. Prosent**



Kilde: Levekårsundersøkelsene, panel 2000, Statistisk sentralbyrå.

for mennesker med samme behov for legetjenester, vil de som ikke har en fast legekontakt ha færre legekontakter enn andre. Dersom idealet er at behovene og sykkelighet alene skal bestemme bruksfrekvensen, kan denne situasjonen innebære et avvik fra et slikt ideal, og at det eksisterer et underforbruk av legetjenester. Dette er imidlertid en fortolkning. Det kan også tenkes at legene påvirker etterspørselen etter sine egne tjenester, og at de som er i en fast relasjon til en lege får et utvidet tilbud, uten at de nødvendigvis selv alltid tar initiativ. I det hele tatt er mekanismene som styrer disse variasjonene vanskelige å vurdere med denne type data.

### 10.7 Er folk fornøyd med legene?

Å øke den subjektive tilfredsheten er et viktig mål, fordi tilfredse brukere har en større tilbøyelighet til å følge helsepersonnellets råd og anvisninger (Hall og Dornan 1990). Tilfredshetsundersøkelser har en rekke metodiske begrensninger. Et hovedproblem er at det er vanskelig å få folk til å fortelle om sine negative erfaringer (Wilson 1993). Det er også slik at de som svarer har en tendens til å erklære seg enig i de utsagn de får presentert. Dersom utsagnet er formulert positivt, vil dette ofte resultere i en positiv vurdering av legetjenesten, mens det er lettere å uttrykke misnøye dersom man blir presentert for et negativt utsagn. Tabellen under viser svarene på to negative utsagn og to positive. Få har gitt en negativ vurdering, dvs. erklært seg litt eller helt uenig i de to positive utsagnene (hvv. 6 og 8 prosent). Andelen misfornøyd var klart høyere for de to negative utsagnene, 25 prosent mente at legen ikke ga dem nok tid, mens 30 prosent mente at det hadde tatt altfor lang tid å få time hos legen.

**Tabell 10.5** Subjektiv tilfredshet med ulike aspekter ved legekonsultasjonen<sup>1</sup> (N=2 698)

	Svaralternativer					
	I alt	Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig	Vet ikke
Legen tok meg og mine problemer på alvor .....	100	83	11	4	2	0
Jeg har full tillit til den behandlingen legen ga .....	100	79	12	5	3	0
Legen ga meg ikke nok tid .....	100	15	11	9	65	0
Det tok alt for lang tid å få time hos legen .....	100	18	12	7	63	0

<sup>1</sup> Personene i utvalget ble bedt om å ta stilling til ulike utsagn, om hvor godt disse utsagnene passet til siste gangene de var hos legen på grunn av egen sykdom. De som hadde fast lege ble bedt om å ta utgangspunkt i erfaringene fra de siste kontaktene med den faste legen. Kun personer som hadde hatt kontakt med lege siste år på grunn av egen sykdom ble stilt spørsmålene.

Kilde: Levekårsundersøkelsene Panel 2000, Statistisk sentralbyrå.

Det er også slik at tidligere studier av pasienttilfredshet ofte har funnet at personer med relativt alvorlige helseproblemer i større grad gir uttrykk for misnøye (Hall og Dornan 1990), og at tendensen til å være fornøyd med helse-tjenesten øker med alder. Nærmere undersøkelser av materialet fra panel 2000 bekrefter dette. Personer med negativ vurdering av egen helse har en større tendens til å være misfornøyd, akkurat som vi finner en høyere andel misfornøyd blant de yngre aldersgruppene.

Det følger av dette at pasienttilfredshet ikke uten videre kan betraktes som et uttrykk for kvaliteten i tjenestetilbudet (Finnvold 1998), eller at legenes kompetanse direkte kan leses ut av analyser av denne typen studier. Men det er i alle fall enighet om at misfornøyde pasienter ikke følger legens råd og anvisninger i samme grad som andre. Derfor vil det uansett være av interesse å belyse graden av tilfredshet med legetjenesten. Av spesiell interesse vil det være å følge utviklingen over tid. Siden dette er en panelundersøkelse, vil de samme menneskene svare på ulike tidspunkt. Vi har dermed muligheter for å følge disse pasientene over tid. Et interessant spørsmål er: Vil flere være fornøyd med legen

sin etter at fastlegeordningen har trådt i kraft?

Et konsistent funn i de fleste pasienttilfredshetsundersøkelser er at pasienter med fast lege er mer fornøyd enn andre (Hall og Dornan 1990). Dette er også et tydelig funn i andre undersøkelser gjennomført av Statistisk sentralbyrå (Finnvold 1998). Denne sammenhengen gjør seg også gjeldende i dette materialet. Mens andelen som svarte "helt enig" på utsagnet "legen tok meg og mine problemer på alvor" var 75 prosent for personer som ikke hadde fast lege, var denne

**Tabell 10.6** Tilfredshet med legetjenesten, etter fastlegetilknypning. Andel som svarte "helt enig" på utsagnet "legen tok meg og mine problemer på alvor". Prosent (N)

<b>Alle</b> .....	<b>83</b>	<b>(2 698)</b>
Allmennpraktiker og spesialist utenfor sykehus .....	85	(184)
Allmennpraktiker og spesialist ved sykehus .....	87	(134)
Spesialist utenfor sykehus .....	90	(82)
Spesialist ved sykehus .....	88	(59)
Allmennlege .....	86	(1 478)
Bedrifts-/skole-/studenthelsetjeneste	84	(61)
Fast legesenter .....	75	(465)
Uten fast lege eller legesenter .....	76	(235)

Kilde: Levekårsundersøkelsene Panel 2000, Statistisk sentralbyrå.



andelen mellom 85 og 90 prosent for de som hadde en fast lege (tabell 10.5). Tilfredsheten var høyest blant de som hadde en fast spesialist utenfor sykehus. Av disse var det 90 prosent som var helt enig i nevnte utsagn.

### 10.8 Vi bruken av legetjenestene andre seg?

Spørsmålet om endring over tid er kanskje vel så interessant når det gjelder andre aspekter ved befolkningens relasjoner til legetjenesten:

- Vil tallet på konsultasjoner og presset på legetjenestene øke når flere får fast lege? Våre funn kan tyde på at dette vil skje.
- Vil andelen som mangler kontinuitet i Oslo gå ned etter at en fastlegeordning er innført?
- Vil problemene med å etablere en kontinuerlig relasjon bli bedre for de som per i dag bor i mindre sentrale strøk med ustabil legedekning?
- Vil færre måtte bytte sin faste lege uten at de selv ønsker det etter innføringen av en fastlegeordning?

### Referanser

Finnvold, Jon Erik (1996): *Kommunale helsetilbud: Organisering, ulikhet og kontinuitet*, Rapporter 96/6, Statistisk sentralbyrå.

Finnvold, Jon Erik (1997): Fastlegetilknytning blant kronisk syke: Legene flytter fra pasientene. *Samfunnspeilet* 1997, 2, Statistisk sentralbyrå.

Finnvold, Jon Erik (1998): Kan misfornøyde pasienter gi oss bedre helsetjenester? *Samfunnspeilet* 1998, 3, Statistisk sentralbyrå.

Hall J. A. og M. C. Dornan (1990): Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis, *Social Science Medical Journal* 1990; 24: 811-817.

Hjortdahl, Per (1992): Continuity of care: General practitioners knowledge about, and sense of responsibility toward their patients, *Family practice* vol. 9 no.1, 1992.

Sosialdepartementet (1990): *Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane*. St.meld. nr. 36 1989-90.

Statistisk sentralbyrå (2000): *Spesialisthelsetjenesten, somatikk. Foreløpige tall*, 1999.

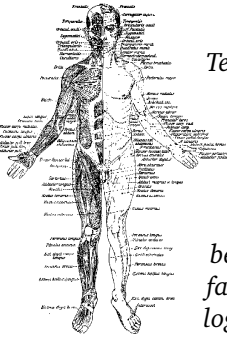
Sundvoll, Anne (1990): Samordnet levekårsundersøkelse 1999 - panelundersøkelsen. Dokumentasjonsrapport, Notater 1999/66, Statistisk sentralbyrå.

Wilson G. (1993): Users and providers. Different perspectives on community care services, *Journal of Social Policy* 1993; 22: 507-52.



Jon Erik Finnvold

## 11 Befolkningens bruk av psykolog- og fysioterapitjenester



*Temaet for dette kapitlet er bruken av psykolog- og fysioterapitjenester. To tjenester som retter seg mot tilsynelatende svært ulike helsemessige problemer. Imidlertid er det ikke uvanlig at tema av mer psykososial karakter dukker opp i fysioterapeutenes konsultasjoner. Stadig tilbakevendende muskelplager kan i mange tilfeller knyttes til perioder med angst og nervøsitet. Enkelte får behandling hos psykolog parallelt med behandling hos fysioterapeut, og det hender også at fysioterapeuter anbefaler sine pasienter å oppsøke psykolog. At noen fysioterapeuter og psykologer har valgt å samlokalisere sine tjenester peker også mot at det finnes felles berøringspunkter mellom de to yrkesgruppene.*

Et av spørsmålene vi stiller er i hvilken grad mer psykisk betingede plager påvirker omfanget av kontakten befolkningen har med psykologer og fysioterapeuter. Mer generelt vil vi forsøke å belyse hvilke følger variasjoner i befolkningens sykelighet har for bruken av de to yrkesgruppene: I hvilken grad bestemmer omfanget av helseproblemer som belastningsslidelser, muskel-skjelettsykdommer og symptomer på angst og nervøsitet bruken av fysioterapeuter og psykologer? Vi forventer at det finnes sammenhenger mellom bruksfrekvens og sykelighet. Det er jo et bærende prinsipp - i hvert fall for den delen av helsetjenesten som er finansiert av det offentlige - at mennesker med samme sykdomsbilde og alvorlighetsgrad skal få samme behandling. Det er behovene, eller sykelighet i en eller annen forstand, som ifølge både profesjonelle normer og helsepolitiske målsettinger

skal bestemme omfanget av det medisinske tilbudet som tilfaller den enkelte.

Det er også en helsepolitisk målsetting at det skal arbeides for at pasientens bosted, sosiale bakgrunn eller betalingsevne ikke skal ha betydning for omfanget eller kvaliteten av den helsehjelp som gis. Formulert på en litt annen måte: Når mennesker med samme behov for helse-tjenester sammenlignes, skal det ikke finnes systematiske forskjeller i bruken av fysioterapi- og psykologtjenester langs sosiale eller geografiske skillelinjer. Helseundersøkelsen materiale gir visse muligheter til å dokumentere avvik fra idealet om at behovene skal styre bruken av tjenestene. Er det for eksempel slik at pasienter som bor i mindre sentrale kommuner bruker fysioterapeuter og psykologer like ofte som bosatte i de mest sentrale kommunene? Det er påpekt flere steder i denne boken at sosial

bakgrunn har betydning for sykkelighet, for eksempel at enslige er mer utsatt for helseproblemer. Et spørsmål er derfor om disse sammenhengene også reflekteres i bruken av helsetjenester.

Når velstandsnivået øker, er det en tendens til at en større del av samfunnets ressurser går til helseformål. Også på individnivå vil det være slik at ved økende inntekt vil etterspørselen etter helse-relaterte goder øke relativt mer enn andre goder. Dette skaper grunnlag for et betydelig marked for helsegoder og helsetjenester. Hvis det er slik at fysioterapi- og psykologtjenester omsettes i et marked, er dette en grunn til å ta med inntekt i analysen av bruken av tjenestene.

### **11.1 Hva forteller helseundersøkelsene om bruk av helsetjenester?**

Bruken av fysioterapi- og psykologtjenester er målt ved å stille spørsmål til intervjupersonene om de har hatt kontakt det siste året på grunn av egen sykdom eller skade, og hvor mange kontakter de eventuelt har hatt. Denne informasjonen forteller ikke noe om innholdet i kontakten eller kvaliteten på den behandlingen som gis. Som indikatorer på bruken av tjenestene har målene også begrensninger. For to personer som har hatt like mange kontakter, kan varigheten av kontaktene likevel variere. Undersøkelser fra andre land har blant annet vist at personer med høy utdanning bruker lengre tid hos legen enn pasienter med lav utdanning (Wiggers og Sanson-Fisher 1997). Slike funn er ikke nødvendigvis overførbare til andre land eller andre velferdstjenester, men illustrerer en av begrensningene ved å anvende nevnte mål for kontakthypighet. Innenfor psykologi og fysioterapi finnes det også yrkesutøvere med spesialisert kunnskap og kompetanse på ulike områder. I hvil-

ken grad pasientene benytter mer eller mindre spesialiserte tilbud fanges heller ikke opp av registreringene av antall kontakter i løpet av året.

#### **Fysioterapitjenesten**

I en utredning fra slutten av 1980-tallet beskrives fysioterapitjenesten som en relativt diffus og tilbaketrukket del av det samlede tilbud av helsetjenester (Paulsen 1989). Det er ikke fysioterapeuten som redder liv, eller er til stede ved livsavslutning eller fødsel. Mange vil gjennom livsløpet ikke ha hatt kontakt med fysioterapeut i det hele tatt. Spørsmål om fysioterapidekning og ubesatte stillinger har ikke i samme grad vært gjenstand for debatt og helsepolitisk bekymring som tilfellet har vært for legetjenesten. Likevel har fysioterapitjenesten vokst betydelig i omfang siden den ble en del av kommunenes obligatoriske helsetilbud. Ved utgangen av 1998 ble det utført over 3 700 årsverk av fysioterapeuter i kommunene. Mange er kanskje ikke klar over at fysioterapeutene nå utgjør en like stor yrkesgruppe som legene i kommunehelsetjenesten. Men hva gjør fysioterapeutene, og hvilke pasientgrupper og sykdomstyper er dominerende i deres praksis? Nevnte utredning gir noen svar på disse spørsmålene. Blant annet at barn utgjør under 1 prosent av pasientmassen, og at de som bruker tjenesten mest er kvinner i alderen 50-69 år som har rygg- og nakkeplager. Basert på data fra 33 fysioterapi-praksiser konkluderer utredningen at kvinner og menn oppsøker fysioterapeuten for svært ulike problemer: *Den mannlige pasientens plager knytter seg nokså entydig til problemer med kroppslige ytelser. For kvinnene, særlig de yngre, nevnes i tillegg ofte plager av sosialmedisinsk og psykologisk karakter - ofte som en skisse av en vanskelig livssituasjon* (Paulsen 1989).

**Tabell 11.1 Andel personer 16 år og over som har hatt kontakt med fysioterapeut, etter alder, kjønn, husholdstype, høyeste utdanningsnivå, høyeste inntekt, sentralitet og smerteområde. 1995. Prosent**

	Alle	16-24 år	25-44 år	45-66 år	67-79 år	N
<b>Alle</b> .....	<b>14</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>17</b>	<b>15</b>	<b>7 330</b>
<b>Kjønn</b>						
Menn .....	11	9	11	12	11	3 648
Kvinner .....	16	8	15	21	18	3 682
<b>Husholdstype</b>						
Enslig .....	14	10	13	18	16	672
Par uten hjemmeboende barn .....	15	10	13	17	15	2 046
Par med hjemmeboende barn .....	13	8	14	14	13	3 945
Enslig med hjemmeboende barn .....	13	8	13	21	6	390
Flerfamiliehushold .....	14	8	14	21	12	277
<b>Høyeste utdanningsnivå</b>						
Ingen eller uoppgitt utdanning .....	7	7	4	9	24	242
Grunnskole .....	16	15	20	19	12	1 117
Videregående skole .....	13	7	13	17	14	3 554
Universitets-/høgskolenivå I .....	14	9	14	15	21	1 858
Universitets-/høgskolenivå II .....	14	7	13	13	32	559
<b>Høyeste inntekt</b>						
Under 160 000 kroner .....	13	9	10	20	13	1 958
160 000-199 999 kroner .....	14	8	13	19	16	1 360
200 000-299 999 kroner .....	14	8	15	15	19	2 633
300 000 kroner og over .....	13	8	13	14	21	1 379
<b>Sentralitet<sup>1</sup></b>						
Uoppgitt .....	40	-	-	33	50	4
Minst sentrale .....	12	7	12	16	10	1 183
Mindre sentrale .....	14	9	11	16	17	571
Sentrale .....	15	9	14	18	14	2 116
Mest sentrale .....	14	9	13	16	16	3 456
<b>Angst og nervøsitet<sup>2</sup></b>						
Uoppgitt .....	13	6	13	16	13	1 692
Ikke plaget .....	13	9	13	16	14	5 236
Plaget .....	25	16	20	29	43	402
<b>Smarter i armene</b>						
Ikke plaget .....	12	8	12	14	13	6 845
Plaget .....	37	36	41	36	35	485
<b>Smarter i nakken</b>						
Ikke plaget .....	12	7	12	13	14	6 713
Plaget .....	36	35	33	41	24	617
<b>Smarter i ryggen</b>						
Ikke plaget .....	13	7	12	15	14	7 005
Plaget .....	38	37	37	45	27	325
<b>Smarter i korsryggen</b>						
Ikke plaget .....	11	7	11	14	11	6 563
Plaget .....	33	26	32	33	39	767
<b>Smarter i knærne</b>						
Ikke plaget .....	13	8	13	16	13	6 938
Plaget .....	29	32	26	30	31	392
<b>Smarter i føttene</b>						
Ikke plaget .....	13	8	13	15	13	6 989
Plaget .....	30	18	27	33	30	341
<b>Smarter i skuldrene</b>						
Ikke plaget .....	11	7	11	14	12	6 697
Plaget .....	38	35	40	38	39	633

<sup>1</sup> Se "Standard for kommuneklassifisering", NOS C 192.<sup>2</sup> Svarpersoner som var plaget av angst og nervøsitet hadde verdien 9 eller høyere på indeks for psykisk helse, jf. avsnitt 11.2.

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

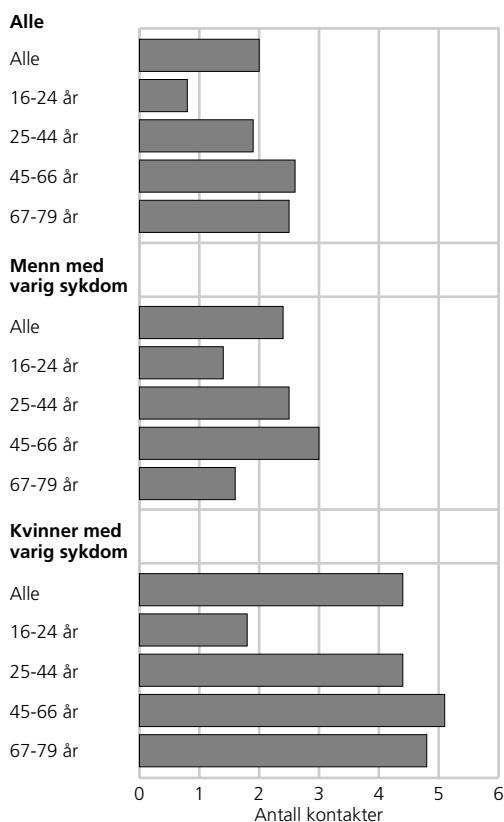
*Fysioterapi også til distriktene?*

Tjenesten har tidligere vært preget av en skjev geografisk fordeling: Mest i store og sentrale kommuner, minst i små distriktskommuner. Fortsatt er det slik at en del mindre kommuner har problemer med å skaffe et stabilt tilbud om fysikalsk behandling til sine innbyggere. Utviklingen har likevel vært positiv, det er blitt stadig færre kommuner som ikke har tilsatt fysioterapeut, og veksten i årsverk har vært størst i de minst sentrale kommunene. Sammenligner vi kontaktmønsteret til folk bosatt i kommuner av ulik sentralitet, er det små forskjeller når det gjelder andelen personer som har hatt kontakt med fysioterapi (tabell 11.1). Det ser altså ut til at den positive utviklingen når det gjelder veksten i ressursinnsats i noen grad også reflekteres i bruken av tjenesten. Men ser vi på antallet kontakter, ser det ut til at bosatte i de minst sentrale kommunene fortsatt har færre kontakter med fysioterapeuter enn andre. Mens det i totalbefolkningen i gjennomsnitt var 2 kontakter med fysioterapeut i løpet av året, var det i de minst sentrale kommunene 1,3 kontakter i året.

**Nesten dobbelt så mange kvinner som menn...**

Ifølge Helseundersøkelsen 1995 besøkte 14 prosent mellom 16 og 79 år fysioterapeut i løpet av det siste året på grunn av egen sykdom, skade eller funksjonshemming (tabell 11.1). Det er fortsatt slik at kvinner over 44 år har størst sannsynlighet for å ha vært hos fysioterapeut. I disse aldersgruppene er det en nesten dobbelt så høy andel kvinner som menn som har hatt kontakt det siste året. Også når vi sammenligner menn og kvinner med kroniske sykdommer, er kjønnsforskjellene tydelige. Mest markert blir forskjellen når det gjelder tallet på kontakter i løpet av året (figur 11.1). Kvinner

**Figur 11.1** Gjennomsnittlig antall kontakter med fysioterapeut i løpet av året, etter alder, kjønn og varig sykdom. 1995



Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

med varige sykdommer rapporterte i gjennomsnitt 4,4 kontakter i året, mens menn med varige sykdommer oppga 2,4 kontakter i gjennomsnitt. For kvinner øker denne kontaktfrekvensen med alder, og er høyest i alderen 45 til 66 år, med 5,1 kontakter, mens aldersgruppen 67 til 79 år hadde 4,8 kontakter i gjennomsnitt.

For menn øker også kontaktfrekvensen med alder, men faller til 1,6 for aldersgruppen 67 til 79 år, faktisk lavere enn for gjennomsnittsbefolkningen. Nedgangen i bruken av fysioterapitjenester kan

nok dels forklares med at omgivelsenes krav til fysisk rørlighet avtar etter at pensjonsalderen inntreffer. Hvorfor kontrasten mellom kjønnene er så stor er mer uklart.

### **Flere barn får fysioterapi**

Mye tyder imidlertid på at barn har blitt en viktigere bruker av fysioterapitjenester. Utviklingen når det gjelder fordeling på virksomhetsområder i kommunehelsetjenesten (Statistisk sentralbyrå 1999) viser at en økende andel av årsverksinnsatsen foregår innenfor skole- og helsestasjonsvirksomheten. Oversikten over tallet på konsultasjoner med fysioterapeut siste året for befolkningen under 80 år viste at vel 5 prosent gjaldt barn under 17 år.

### **Fysioterapi for somatiske problemer**

Som tabell 11.1 viser, finner vi ikke uventet en overrepresentasjon av intervjupersoner med smerter i ulike ledd og deler av kroppen. Mellom 30 og 40 prosent av de som oppgir å ha slike smerter, har vært hos fysioterapeut siste år. For eksempel oppga nesten 10 prosent av utvalget at de hadde smerter i skuldrene. Av disse hadde 38 prosent vært hos fysioterapeut siste år, mens andelen var 11 prosent blant de som ikke hadde slike smerter. Tabellen viser også at vel 7 prosent hadde hyppige symptomer på angst og nervøsitet ( $N = 402$ ). I denne gruppen hadde hver fjerde person hatt kontakt med psykolog siste år, mot et gjennomsnitt på 13 prosent. Som nevnt, er det vist at problemstillinger av psykisk eller psykososial karakter også dukker opp i den behandling som ytes av fysioterapeuten, slik den refererte praksisundersøkelsen fant. Tabellen viser at det er ikke tvil om at mennesker med lettere psykiske plager er overrepresentert blant brukerne av fysioterapitjenester. Imidlertid er det slik

at dersom man tar utgangspunkt i den gruppen som har smerter i ulike kroppsdelar, og sammenligner de som har symptomer på lettere psykiske problemer med de som ikke har slike problemer, finner vi ubetydelige forskjeller i bruken av fysioterapitjenester. Dette kan tyde på at psykisk betingede lidelser neppe alene er årsaken til at folk blir henvist til fysioterapeut. Det er blant mennesker med relativt hyppige symptomer på både psykiske og fysiske plager vi finner en større bruk av fysioterapiressursen.

Det er ikke noe i vårt materiale som tyder på at inntektsnivå, utdanning eller husholdstype er særlig viktig for å forstå variasjoner i bruken av fysioterapeuter. I tabell 11.1 finner vi små variasjoner. Også når vi tar hensyn til at omfanget av sykdom varierer mellom gruppene, er det lite som tyder på at det er forskjeller i bruken av fysioterapeuter.

## **11.2 Hvem har kontakt med psykolog?**

Psykiatrien beskrives ofte som en av de mest forsømte deler av norsk helsetjeneste. Terskelen for kontakt oppfattes som meget høy. Ventetiden er lang, og mulighetene for å bli henvist av lege begrenset. Resultatene fra helseundersøkelsen i 1995 viser at 2 prosent av alle menn mellom 16 og 79 år hadde hatt kontakt med psykolog det siste året på grunn av egne helseproblemer, mens 3 prosent av alle kvinner hadde hatt tilsvarende kontakt (tabell 11.2).

### **800 000 kontakter med psykolog**

Ser vi på antallet kontakter intervjupersonene har hatt i løpet av året, impliserer dette at det i befolkningen mellom 16 og 79 år skjer 800 000 møter mellom yrkesutøver og pasient. Hva forteller egentlig dette oss om den kontaktflaten befolkning

gen har med psykologtjenestene? Utvalgsundersøkelser basert på spørreskjema og personlige intervjuer representerer en betydelig begrensning når det gjelder å fange opp personer med behov for hjelp fra psykiatrien. Statistisk sentralbyrås intervjuundersøkelser inkluderer normalt ikke institusjonsbeboere, hvor mange tunge brukere av psykologtjenester finnes. Og det er usikkert hvordan mennesker med mer alvorlige psykiske lidelser vil forholde seg til en intervjusituasjon eller et spørreskjema. Det er likevel mulig å fange opp symptomer på lettere psykiske plager i spørreundersøkelser. Gjennom å stille spørsmål om temaer som for eksempel manglende framtidstro, ensomhet og livsglede, er det mulig å skille ut grupper av personer som ut fra en helsemessig vurdering har hyppige symptomer på angst og nervøsitet. Vi kan dermed få en del informasjon om denne gruppens kontakt med psykologtjenesten.

### **Psykologtjenester: et målrettet tilbud?**

Hvordan går man fram for å velge ut de som har særlige behov for hjelp fra psykolog blant de som deltok i helseundersøkelsen? En tidligere undersøkelse har vist at man ved å sette sammen svaralternativene på fem spørsmål som handler om angst og nervøsitet, kan konstruere et relativt treffsikkert mål på graden av psykisk betingede helseproblemer (Tambs og Moum 1993). De samme spørsmålene ble brukt i Helseundersøkelsen 1995. De som deltok i undersøkelsen ble bedt om å angi hvor mye hvert enkelt problem de hadde vært plaget av, eller som hadde vært til besvær siste 14 dager. Problemerkene var

- Nervøsitet, indre uro
- Stadig redd eller engstelig
- Følelse av håpløshet med tanke på fremtiden

- Nedtrykt, tungsindig
- Mye bekymret eller urolig

Svarpersonene ble gitt fire svaralternativer, *ikke plaget, litt plaget, ganske mye plaget, og veldig mye plaget*. Svaralternativene ble så tildelt en tallverdi fra 1 til 4. Verdien på hvert enkelt spørsmål ble summert til en skala, eller indeks, et mer sammensatt mål på psykisk helse. Den minste verdien som kunne oppnås var 5, dette er de som oppga at de ikke var plaget av noen av problemene nevnt i spørsmålene. Maksimumsverdien var 20, og omfattet de som var veldig mye plaget av samtlige problemer. Utbredelsen av denne type problemer i befolkningen er slik at det store flertall ikke har noen, eller svært få problemer av denne typen: Hele 65 prosent fikk verdien 5, mens 93 prosent hadde verdien 8 eller mindre. Omtrent 7 prosent hadde fått verdien 9 eller høyere, og vil i det følgende omtales som personer med relativt hyppige symptomer på psykiske lidelser.

På spørsmålet om kontakt med psykolog siste år, hadde 14 prosent av de som hadde hyppige symptomer på angst og nervøsitet hatt slik kontakt med psykolog. Om denne kontakten var tilfredsstillende i forhold til gruppens behov vet vi ikke. Vi vet heller ikke om problemene til de resterende 86 prosentene var av en slik karakter at kontakt med psykolog var påkrevet. Men sammenlignet med fysioterapitjenesten, er det en mer tydelig sammenheng mellom bruk og behov. Tabell 11.2 viser også fordelingen for et av indeksens spørsmål (nervøsitet, indre uro), og gradienten er tydelig. En ubetydelig andel (1 prosent) av de som ikke var plaget hadde hatt kontakt, mens 22 prosent av de som oppga at de var veldig mye plaget, hadde hatt kontakt.



**Tabell 11.2 Andel personer 16 år og over som har hatt kontakt med psykolog, etter alder, kjønn, husholdstype, høyeste utdanningsnivå, høyeste inntekt, sentralitet og helseproblemer. Prosent. 1995**

	Alle	16-24 år	25-44 år	45-66 år	67-79 år	N
<b>Alle</b> .....	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>7 330</b>
<b>Kjønn</b>						
Menn .....	2	2	2	1	1	3 648
Kvinner .....	3	2	4	4	1	3 682
<b>Husholdstype</b>						
Enslig .....	4	3	5	5	1	672
Par uten hjemmeboende barn .....	2	0	4	2	1	2 046
Par med hjemmeboende barn .....	2	2	2	1	0	3 945
Enslig med hjemmeboende barn .....	5	3	6	7	0	390
Flerfamiliehushold .....	3	3	4	5	0	277
<b>Høyeste utdanningsnivå</b>						
Ingen eller uoppgitt utdanning .....	2	1	4	1	0	242
Grunnskole .....	3	8	3	4	1	1
Videregående skole .....	2	1	3	2	1	3 554
Universitets-/høgskolenivå I .....	2	2	3	2	0	1 858
Universitets-/høgskolenivå II .....	3	2	4	3	4	559
<b>Høyeste inntekt</b>						
Under 160 000 kroner .....	3	3	5	4	1	1 958
160 000-199 999 kroner .....	2	2	3	2	2	1 360
200 000-299 999 kroner .....	2	2	3	2	0	2 633
300 000 kroner og over .....	2	2	3	2	0	1 379
<b>Sentralitet<sup>1</sup></b>						
Uoppgitt .....	0	-	-	0	0	4
Minst sentrale .....	2	3	3	2	1	1 183
Mindre sentrale .....	1	0	3	1	1	571
Sentrale .....	2	2	3	3	1	2 116
Mest sentrale .....	3	2	4	3	1	3 456
<b>Angst og nervøsitet<sup>2</sup></b>						
Uoppgitt .....	2	4	2	3	1	1 692
Andre .....	2	1	2	1	1	5 236
Hyppige symptomer .....	14	7	20	12	5	402
<b>Plaget av nervøsitet/indre uro siste 14 dager<sup>3</sup></b>						
Uoppgitt .....	2	3	2	3	1	1 369
Ikke plaget .....	1	1	1	0	0	4 548
Litt plaget .....	6	2	9	6	2	1 140
Ganske mye plaget .....	11	4	16	12	3	207
Veldig mye plaget .....	22	15	34	21	0	66

<sup>1</sup> Se "Standard for kommuneklassifisering", NOS C 192.

<sup>2</sup> Svarpersoner som var plaget av angst og nervøsitet hadde verdien 9 eller høyere på indeks for psykisk helse, jf. avsnitt 11.2.

<sup>3</sup> Se avsnitt 11.2 for nærmere presisering av spørsmålsformuleringen.

Sammenhengen mellom psykisk helse og omfanget av kontakt med psykolog bekräftes av nærmere analyse av antall kontakter. Omfanget av kontakt økte systematisk med verdiene på indeksen for psykiske helseproblemer.

### **Enslige oftere til psykolog**

Andelen som har vært til psykolog er noe høyere blant de som er enslige, 4-5 prosent av de som bodde alene eller var alene om omsorgen for barn, hadde vært hos psykolog siste år. Det er kjent at enslige i større grad enn andre strever med psykiske problemer (se kapittel 4), og dette er en viktig delforklaring til at enslige oftere har kontakt.

### **Menn har sjeldnere kontakt**

Som for mange sykdomsgrupper, rapporterer menn i mindre grad om symptomer på lettere psykiske problemer. Er dette bakgrunnen for at de sjeldnere synes å ha kontakt med psykolog? Det er imidlertid slik at selv når det tas hensyn til at omfanget av psykiske helseproblemer kan være skjevt fordelt mellom kjønnene, er det likevel en statistisk sikker forskjell. Denne forskjellen kan anskueliggjøres ved å sammenligne menn og kvinner blant de som ble definert som svarpersoner med hyppige symptomer på nervøse lidelser. I denne gruppen hadde 9 prosent av mennene hatt kontakt med psykolog, mens 16 prosent av kvinnene hadde hatt kontakt.

### **Inntekt ingen betydning for bruken av psykologtjenester**

Psykologprofesjonen er ikke på samme måte som fysioterapitjenesten regulert av det offentlige. Henvisning fra lege er fortsatt en sentral henvisningskanal, som i stor grad styrer hvordan vesentlige deler av psykologenes ressurser anvendes innenfor en offentlig sfære, med refusjo-

ner fra folketrygden. Likevel finnes det særlig innenfor større byer psykologer som tilbyr sine tjenester på siden av et offentlig tilbud. Hvem som helst kan ta direkte kontakt, henvisning fra lege er ikke nødvendig. Forutsetningen er imidlertid at man har kunnskap om at tilbudet finnes, at det finnes innenfor en rimelig avstand til bostedet, og at man kan betale for tjenesten. Dette er momenter som peker mot at inntekt kan ha betydning for bruken av tjenester. Materialet fra helseundersøkelsen tyder ikke på at utdanningslengde eller inntekt hadde betydning for bruken av psykologtjenester. En rekke andre studier fra andre land har gitt andre resultater. Lavinntektsgrupper er gjennomgående underrepresentert i behandlingstilbud rettet mot mental helse (Unutzer mfl. 1999:237). Heller ikke bostedets sentralitet synes å ha særlig betydning for bruken av psykologtjenester.

### **11.3 Oppsummering**

Lite i vårt materiale tyder på at det finnes systematiske forskjeller i bruken av fysioterapi- og psykologtjenester langs andre dimensjoner enn sykkelighet. Kontakten med tjenestene, målt som andel som hadde hatt kontakt siste år, og antall kontakter siste år, viste klare sammenhenger med brukernes sykkelighet. Til en viss grad hadde bostedets sentralitet betydning for hvor mange kontakter brukerne hadde hatt med fysioterapitjenester, et funn som ikke er overraskende ut fra det vi vet om lokaliseringen av fysioterapitjenestene. Denne tjenesten avviker altså i noen grad fra idealet om et likeverdig helsetilbud.

Sykkelighet bestemmer bruken av tjenesten, men det er likevel et unntak fra denne regelen: Flere kvinner enn menn har kontakt, og har flere kontakter i løpet

av året. Dette faktum står fast, også når det er tatt hensyn til variasjoner i egen-vurdert sykkelighet mellom de to kjønn. Det er veldokumentert i flere ulike undersøkelser at kvinner bruker legetjenester mer enn menn (Vabø 1998). Siden bruken av fysioterapeuter og psykologer i stor grad er betinget av henvisninger fra lege, er kjønnsforskjellene delvis en indirekte konsekvens av legenes portvokterfunksjon. Kjønnsforskjellen i bruken av legetjenester er i noen grad knyttet til kvinners reproduktive funksjoner. Men når det tas hensyn til den merbruk av helsetjenester som f.eks. følger av svangerskap og fødsel, gjenstår likevel klare kjønnsforskjeller. Våre tabeller viser at kjønnsforskjellene er tydelige også blant eldre. For fysioterapien er det nesten snakk om kontraster mellom kjønnene i de eldre aldersgrupper. Kjønnsforskjellene kan videre tilbakeføres til både biologiske og sosiale forhold. Bruker kvinner mer helsetjenester fordi de rett og slett er sykere enn menn? Eller skal det mindre til før kvinner oppfatter sine egne helsemessige problemer som sykdom som krever behandling fra helsevesenet? Eller er det slik at terskelen for å ta kontakt med helsevesenet er lavere for kvinner enn for menn, at kvinner har lettere for å erkjenne at de faktisk trenger hjelp? Resultatene fra undersøkelser om egen-vurdert helse gir ikke grunnlag for å trekke konklusjoner i denne sammenhengen. Men dersom vi forutsetter at de kjønnsmessige forskjellene i sykkelighet som helseundersøkelsene dokumenterer, også har en rent biologisk bakgrunn, er det mer sannsynlig at forskjellene skyldes en lavere terskel for å søke hjelp hos kvinner. I så fall kan dette bety at når kvinner lever lenger enn menn, kan noe av forklaringen ligge i at kvinner er mer

tilbøyelige til å søke profesjonell hjelp når problemer oppstår?

### Referanser

- Paulsen, Bård (1989): Hva dreier det seg om? En analyse av møtet mellom pasienter og behandlere i kommunale fysioterapitjenester, NIS-Rapport 4/89.
- Tambs K. og Moum T. (1993): How well can a few questionnaire items indicate anxiety and depression? *Acta Psychiatr Scand* 1993: 87 364-367.
- Unutzer, Jurgen, Wayne Katon, Mark Sullivan og Jeanne Miranda (1999): Treating depressed older adults in primary care: Narrowing the gap between efficacy and effectiveness. *The Milbank Quarterly*, Vol. 77, No. 2.
- Wiggers, J. H. og R. Sanson-Fisher (1997): Duration of general practice consultations: Association with patient occupational and educational status. *Social science and medicine* vol 44 No. 7 925-934.
- Vabø, Mia (1998): Kvinners måte med helsetjenesten: en kunnskapsoversikt. Nova-rapport 26/1998.



Jon Erik Finnvoll

## 12 Befolkningens bruk av alternative behandlere



*Ifølge Helseundersøkelsen 1995 hadde bruken av alternative behandlere et visst omfang i befolkningen. Kiropraktorer var mest innarbeidet. Vel 4 prosent hadde hatt kontakt det siste året. Nesten 3 prosent hadde hatt kontakt med akupunktør, mens 2 prosent hadde benyttet fotsoneterapeut eller homøopat. I hele befolkningen hadde vel 10 prosent benyttet en eller flere av disse fire mest vanlige formene for alternativ behandling.*

### 12.1 Hva er egentlig "alternativ medisin"?

De fleste av oss er kjent med yrkesbetegnelser som kiropraktor, homøopat, fotsoneterapeut, eller akupunktør. Tidligere har kiropraktikk vært regnet som alternativ medisin. I en nylig fremlagt utredning om alternativ medisin er imidlertid denne yrkesgruppen holdt utenfor (NOU 1998:21 Alternativ medisin). Dette kan stå som en illustrasjon på at oppfatninger om hva som er alternativ medisin endrer seg over tid, og at grensene mellom alternativ medisin og skolemedisin ikke er entydige.

I tillegg til de fire nevnte yrkesgruppene, ble svarpersonene også spurt om de hadde vært hos "andre alternative behandlere". Nesten 2 prosent hadde oppsøkt personer de oppfattet som "andre alternative behandlere". Dette var en åpen svarkategori, der svarpersonene kunne fortelle hva slags alternative behandlere de hadde oppsøkt. Resultatene gir inntrykk av et betydelig mangfold.

Fire hovedgrupper av behandlingsformer peker seg likevel ut som de mest vanlige: Naturmedisin, kinesiologi, healing og aromaterapi. Disse omfatter noe over halvparten av de som hadde brukt "andre alternative behandlere". *Naturmedisin* er ofte anvendt som en generell fellesbetegnelse på alternativ behandling, og kan inneholde mange forskjellige behandlingsformer. *Healing* handler som regel om å overføre helberedende krefter fra utøveren til pasienten via håndspåleggelse. I *aromaterapi* behandles pasienten med eteriske oljer for å påvirke hud, muskler og blodomløp, men også mental tilstand. *Kinesiologi* er en behandlingsform som blant annet har som formål å redusere stress og lærevansker.

### 12.2 En av tolv hadde hatt kontakt

Kategorien "andre alternative behandlere" - sammen med homøopati, fotsoneterapi og akupunktur - er det som i det følgende omtales som alternativ medisin. I helseundersøkelsens utvalg hadde vel 8 prosent erfaring med en eller flere av

**Tabell 12.1 Andel personer 16 år og over som har hatt kontakt med alternative behandlere, etter alder, kjønn, husholdstype, høyeste utdanningsnivå, høyeste inntekt og sentralitet. Prosent**

	Alle	16-24 år	25-44 år	45-66 år	67-79 år	N
<b>Alle</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>7 330</b>
<b>Kjønn</b>						
Menn .....	5	4	5	6	8	3 648
Kvinner .....	11	6	13	12	10	3 682
<b>Husholdstype</b>						
Enslig .....	9	6	10	8	9	672
Par uten hj.boende barn .....	9	7	10	9	9	2 046
Par med hj.boende barn .....	8	4	8	9	10	3 945
Enslig med hj.boende barn .....	11	5	14	11	10	390
Flerfamiliehushold .....	7	5	10	9	0	277
<b>Varig sykdom</b>						
Ikke varig sykdom .....	6	4	6	6	8	3 990
Varig sykdom .....	11	8	13	11	9	3 339
<b>Egenvurdert sykdom</b>						
Meget god .....	7	4	8	7	7	6 006
Middels .....	12	10	11	12	13	853
Dårlig/meget dårlig .....	16	41	20	17	10	471
<b>Høyeste utdanningsnivå</b>						
Ingen eller uoppgitt utdanning .....	9	7	11	9	4	242
Grunnskole .....	8	10	11	8	7	1 117
Videregående skole .....	8	4	8	9	11	3 554
Universitets-/høgskolenivå I .....	10	6	10	11	11	1 858
Universitets-/høgskolenivå II .....	7	4	8	6	6	559
<b>Høyeste inntekt</b>						
Under 160 000 kroner .....	8	6	10	8	9	1 958
160 000-199 999 kroner .....	8	6	9	8	11	1 360
200 000-299 999 kroner .....	8	3	8	8	9	2 633
300 000 kroner og over .....	10	6	9	11	7	1 379
<b>Sentralitet<sup>1</sup></b>						
Minst sentrale .....	7	4	7	6	10	1 183
Mindre sentrale .....	6	3	4	8	9	571
Sentrale .....	9	5	10	9	8	2 116
Mest sentrale .....	9	6	10	9	9	3 456

1 Se "Standard for kommuneklassifisering" NOS C 192.

disse behandlingene det siste året (1995). Hva er så typisk for de som bruker alternativ medisin? Dreier dette seg i hovedsak om svært syke mennesker som har "prøvd alt", og som vender seg mot alternativ medisin som siste utvei? Eller handler det om mennesker som er skeptisk til skolemedisinen, og som velger alternative behandlingsformer i stedet?

### 12.3 Alder og sosial bakgrunn liten betydning

Det er ingen tvil om at alternativ medisin har fått voksende oppmerksomhet, og trolig er bruken av den økende. Det kan være mange grunner til dette, og et offentlig utvalg har reflektert over noen av dem (NOU 1999:21): En grunn kan være at den moderne skolemedisinen vellykkethet også skaper økt etterspørsel etter andre helse relaterte goder og tjenester. Dette er fordi tiltroen til medisin-

ens muligheter til å behandle og forebygge sykdom er betydelig i moderne samfunn. I stadig større grad blir dermed avvik fra lykke oppfattet som sykdom som krever tiltak. Tidligere tiders innstilling var mer fatalistisk. Sykdom var i stor grad sett på som skjebnebestemt. Lidelse og død rammet tilfeldig, det var ikke så mye man kunne gjøre med det.

På den annen side har også den moderne medisins spesialisering og vektlegging på teknologi ført til mindre tid til samtale og kommunikasjon mellom lege og pasient. Den alternative medisinen kan dermed ha tatt opp i seg den gamle huslegens interesse for andre aspekter ved pasienten enn de rent medisinske og diagnostiske.

På grunn av manglende sammenlignbarhet, kan vi ikke ut fra helseundersøkelsen materiale slutte om det er flere nå enn før som benytter alternativ medisin. Det vi kan si, er at det er brukere av alternativ medisin i alle aldersgrupper, og at det ikke ser ut til at noen sosiale grupper utmerker seg med spesielt liten eller stor bruk av alternativ medisin.

#### **12.4 Alternativ medisin: definitivt en dameting**

Som ventet, er det også for alternativ medisin forskjeller i bruk mellom kjønnene. I alt 11 prosent av kvinnene har hatt alternativ behandling, mot 5 prosent av mennene (tabell 12.1). Kjønnforskjellene betyr faktisk mer enn sykkelighet når det gjelder å forstå bakgrunnen for individuelle variasjoner. Statistisk sett er kjønn den variabelen som alene best skiller mellom brukere og ikke-brukere av alternativ medisin. Dette skiller seg klart fra bruk av fysioterapeuter og psykologer, der det er langt mindre kjønnforskjeller. Sykelighet legger også føringer på bruken



*Alternative behandlingsformer får økende oppmerksomhet og trolig er bruken av dem økende.*

av alternativ medisin. 11 prosent av de som oppga at de hadde varige sykdommer, og 16 prosent av de som oppfattet sin egen helse som dårlig eller meget dårlig, hadde brukt alternativ medisin. Likevel hadde så mange som 7 prosent av de som oppfattet sin egen helse som meget god hatt kontakt, og 6 prosent av de som ikke hadde varige sykdommer hatt kontakt.

#### **12.5 Alternativ medisin som distriktspolitikk?**

Alternativ medisin har tidligere blitt oppfattet som et urbant fenomen. Ifølge den tidligere siterte utredning, ...*finner man i dag homøopater, soneterapeuter og lignende i nært sagt hvert utkantstrøk i landet vårt* (NOU 1999:21, s. 39). Det pekes på at alternativmedisinsk utdanning kan være et attraktivt alternativ til arbeidsløshet, kortvarig som den ofte er. Ifølge vårt materiale har også bruken av

alternativ medisin god geografisk spredning (tabell 12.1). Kanskje ser vi en løsning på problemene med vedvarende legemangel i mindre sentrale strøk?

### **12.6 Ja takk, begge deler...**

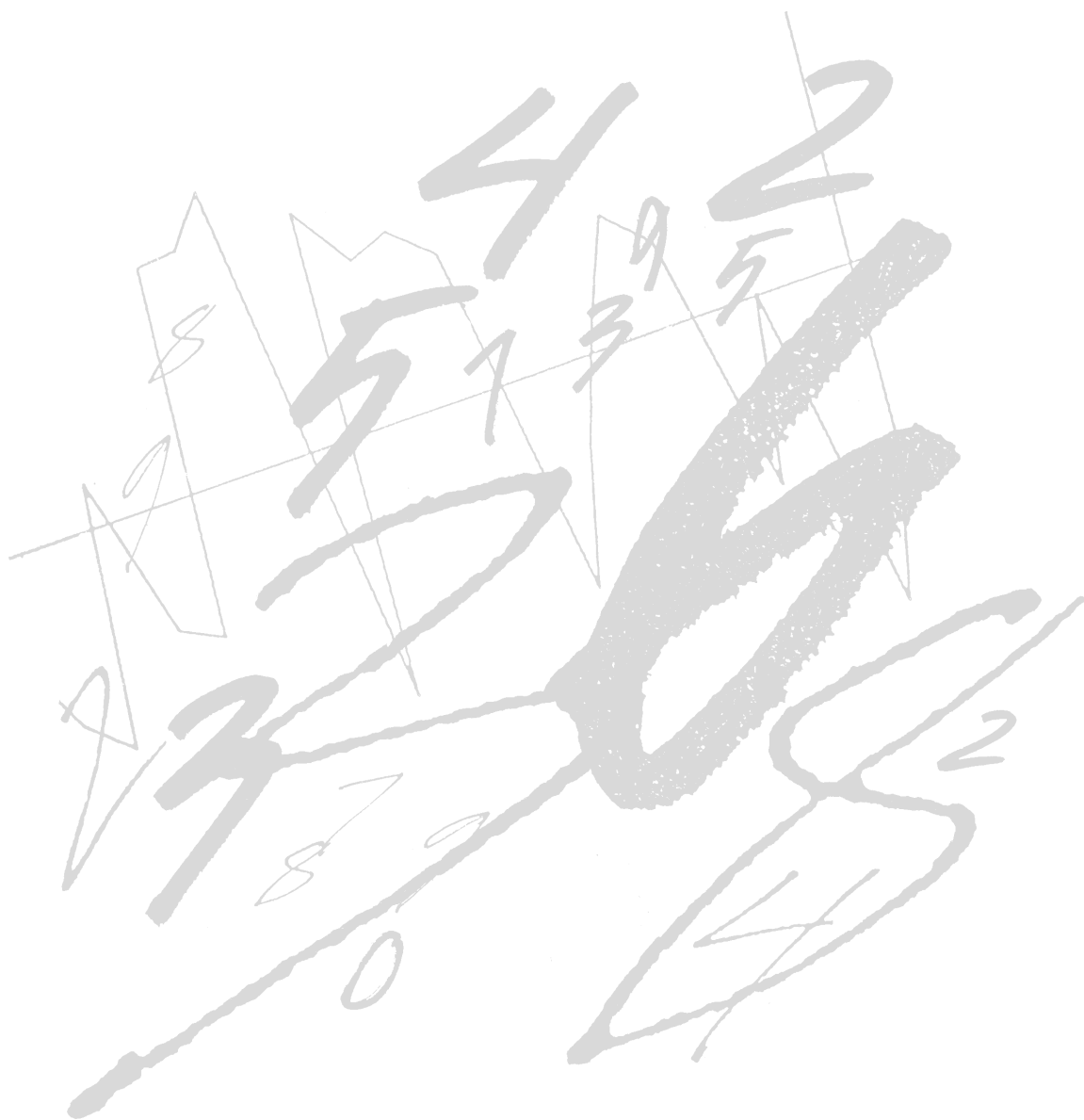
Vi har tatt utgangspunkt i de som hadde en kronisk sykdom, og sammenlignet bruken av lege blant brukere og ikke brukere av alternativ medisin. Det var 89 prosent som hadde hatt kontakt med lege blant brukere av alternativ medisin, mens 82 prosent av de øvrige svarpersonene med varig sykdom hadde hatt kontakt med lege. Dette resultatet tyder på at alternativ medisin er et tilskudd til skolemedisinen, og ikke noe "alternativ" til den.

### **Referanser**

NOU 1998:21 Alternativ medisin.



# Vedleggstabeller



**Tabell 2.1 Andel personer, etter kjønn, alder og utdanning, krysset med egenvurdert helse. 1998. Prosent**

	God/meget god helse	Verken god eller dårlig helse	Dårlig/meget dårlig helse	N
<b>Alle</b> .....	<b>80</b>	<b>14</b>	<b>7</b>	<b>3 448</b>
Kjønn .....				
Mann .....	81	13	6	1 668
Kvinne .....	78	15	7	1 780
Alder				
16-24 år .....	91	7	1	465
25-44 år .....	87	9	4	1 391
45-66 år .....	75	17	8	1 080
67-79 år .....	63	21	15	380
80 år og over .....	59	28	14	132
Utdanning				
Grunnskolen .....	63	24	13	655
Videregående .....	83	12	5	1 806
Universitet/høgskole nivå I .....	88	8	3	707
Universitet/høgskole nivå II .....	92	6	2	149
Ingen eller uoppgitt utdanning .....	81	12	7	131

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

**Tabell 2.2 Egenvurdert helse i 1985-, 1995- og 1998-undersøkelsene. Prosent**

	1985	1995	1998
God/meget god helse .....	77	79	80 <sup>1</sup>
Verken god eller dårlig helse	17	13	14
Dårlig/meget dårlig helse .	6	8	7
N .....	8 059	8 102	3 448

<sup>1</sup> Pga. avrundingen summerer tallene i kolonnen seg til 101 prosent.

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

**Tabell 2.3 Andel personer som mener helsen er bedre, omtrent den samme eller dårligere enn i fjor, etter alder. 1998. Prosent**

	16-24 år	25-44 år	45-66 år	67-79 år	80+ år
Mye bedre/litt bedre helse .....	22	16	10	9 <sup>1</sup>	8
Omtrent samme som i fjor .....	68	74	77	67	56
Mye dårligere/litt dårligere helse .	10	10	13	23	36
N .....	881	2 713	2 231	850	295

<sup>1</sup> Pga. avrundingen summerer tallene i kolonnen seg til 99 prosent.

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

**Tabell 2.4 Andel personer med sykdom inndelt etter sykdommens innvirkning på hverdagen, sett i forhold til selvopplevd helse. 1998. Prosent**

	Sykdom gir ingen problemer	Sykdom innvirker i liten grad	Sykdom innvirker i noen grad	Sykdom innvirker i høy grad
God/meget god helse .....	93 <sup>1</sup>	85	65	30
Verken god eller dårlig helse	6	14	28	30
Dårlig/meget dårlig helse .....	0	1	7	40
N .....	328	702	688	379

<sup>1</sup> Pga. avrundingen summerer tallene i kolonnen seg til 99 prosent.

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

**Tabell 3.1 Forekomst av hjerte-/karsykdom. 1975, 1985, 1995 og 1998. Prosent**

	1975	1985	1995	1998
<b>Alle .....</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>19</b>	<b>15</b>
16-44 år .....	2	3	6	4
45-66 år .....	17	20	24	19
67 år og over	35	39	46	44
<b>Menn .....</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>17</b>	<b>14</b>
16-44 år .....	2	3	5	3
45-66 år .....	17	20	24	18
67 år og over	27	34	44	46
<b>Kvinner .....</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>20</b>	<b>17</b>
16-44 år .....	2	3	7	4
45-66 år .....	18	19	24	19
67 år og over	41	42	47	43
<b>N .....</b>	<b>8 172</b>	<b>8 096</b>	<b>8 103</b>	<b>7 125</b>

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

**Tabell 3.2 Forekomst av kronisk lungesykdom<sup>1</sup>. 1975, 1985, 1995 og 1998. Prosent**

	1975	1985	1995	1998
<b>Alle .....</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>5</b>
16-44 år .....	2	2	5	5
45-66 år .....	4	4	7	5
67 år og over	5	5	8	7
<b>Menn .....</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
16-44 år .....	2	2	5	4
45-66 år .....	5	4	6	5
67 år og over	7	6	7	9
<b>Kvinner .....</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>6</b>
16-44 år .....	2	2	5	6
45-66 år .....	4	3	7	6
67 år og over	3	4	8	7
<b>N .....</b>	<b>8 172</b>	<b>8 096</b>	<b>8 103</b>	<b>7 125</b>

<sup>1</sup> Omfatter tilstander som (kronisk) bronkitt, emfysem, bronkial astma og annen kronisk lungesykdom.

Koder benyttet i 1975 og 1985; ICD-8: 491-493, 518.

Koder benyttet i 1995 og 1998; ICD-9: 490-494, 496.

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

**Tabell 3.3 Forekomst av allergier og allergisk eksem<sup>1</sup>. 1975, 1985, 1995 og 1998. Prosent**

	1975	1985	1995	1998
<b>Alle .....</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>17</b>	<b>16</b>
16-44 år .....	7	12	22	20
45-66 år .....	5	7	14	14
67 år og over	3	4	9	9
<b>Menn .....</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>15</b>	<b>14</b>
16-44 år .....	7	11	20	18
45-66 år .....	4	6	9	12
67 år og over	2	4	7	7
<b>Kvinner .....</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>19</b>	<b>18</b>
16-44 år .....	8	13	23	21
45-66 år .....	5	8	18	17
67 år og over	4	5	11	10
<b>N .....</b>	<b>8 172</b>	<b>8 096</b>	<b>8 103</b>	<b>7 125</b>

<sup>1</sup> Omfatter tilstander som allergisk hudseksem, pollenallergi, høysnue mv.

Koder benyttet i 1975 og 1985; ICD-8: 507, 692.

Koder benyttet i 1995 og 1998; ICD-9: 477, 692, 693.

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

**Tabell 3.4 Forekomst av muskel- og skjelettlidelser. 1975, 1985, 1995 og 1998. Prosent**

	1975	1985	1995	1998
<b>Alle .....</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>32</b>	<b>26</b>
16-44 år .....	11	12	21	15
45-66 år .....	23	24	42	34
67 år og over	25	26	46	44
<b>Menn .....</b>	<b>17</b>	<b>16</b>	<b>28</b>	<b>21</b>
16-44 år .....	12	11	20	14
45-66 år .....	22	21	36	29
67 år og over	21	22	36	32
<b>Kvinner .....</b>	<b>18</b>	<b>20</b>	<b>35</b>	<b>30</b>
16-44 år .....	10	12	22	17
45-66 år .....	24	28	47	39
67 år og over	28	30	52	51
<b>N .....</b>	<b>8 172</b>	<b>8 096</b>	<b>8 103</b>	<b>7 125</b>

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

**Tabell 3.5 Forekomst av nervøse lidelser. 1975, 1985, 1995 og 1998. Prosent**

	1975	1985	1995	1998
<b>Alle .....</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>5</b>
16-44 år .....	5	4	6	4
45-66 år .....	11	8	9	6
67 år og over	10	11	12	7
<b>Menn .....</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>4</b>
16-44 år .....	3	3	5	3
45-66 år .....	8	6	7	5
67 år og over	7	9	10	4
<b>Kvinner .....</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>7</b>
16-44 år .....	6	6	8	5
45-66 år .....	13	11	11	8
67 år og over	12	12	14	10
<b>N .....</b>	<b>8 172</b>	<b>8 096</b>	<b>8 103</b>	<b>7 125</b>

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

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

	16-24 år	25-44 år	45-66 år	67-79 år
1-3 symptomer .....	28	31	28	29
4-7 symptomer .....	30	27	24	24
8-12 symptomer ....	20	18	18	22
13 eller flere symptomer .....	12	12	16	15
N .....	882	2 716	2 243	864

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

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

	1995	1998
1-3 symptomer .....	35	28
4-7 symptomer .....	25	30
8-12 symptomer .....	15	20
13 eller flere symptomer .....	6	12
N .....	991	882

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

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

	Menn	Kvinner
Ofte ensom .....	38	49
Ensom av og til .....	24	31
Sjelden eller aldri ensom .....	6	10
N .....	1 344	1 494

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

**Tabell 5.1 Andel kvinner og menn som spiser både frukt og grønnsaker minst fem ganger i uka, etter alder. 1995. Prosent (N=5 953)**

	16-24 år	25-44 år	45-66 år	67-79 år
Menn .....	7	11	24	29
Kvinner ....	11	26	40	42

**Tabell 5.2 Andel som mosjonerer minst tre timer i uka, etter kjønn og alder. 1995. Prosent (N=6 138)**

	16-24 år	25-44 år	45-66 år	67-79 år
Menn .....	67	56	52	65
Kvinner ...	69	54	50	51

**Tabell 5.3 Andel kvinner som drikker alkohol minst en gang hver måned og andel kvinner som er beruset minst en gang hver måned. 1998. Prosent (N=3 134)**

	16-24 år	25-44 år	45-66 år	67-79 år
Drikker hver måned .....	60	58	55	28
Drikker mye hver måned .....	34	13	5	1

**Tabell 5.4 Andel menn som drikker alkohol minst en gang hver måned og andel menn som er beruset minst en gang hver måned. 1998. Prosent (N=3 028)**

	16-24 år	25-44 år	45-66 år	67-79 år
Drikker hver måned .....	68	77	72	48
Drikker mye hver måned .....	48	32	21	4

**Tabell 6.1 Andel menn og kvinner med helseproblemer som påvirker hverdagen i høy grad, etter alder. 1998. Prosent**

	Alle	16-24 år	25-44 år	45-66 år	67-79 år	80 år og over
<b>Alle .....</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>15</b>	<b>19</b>	<b>23</b>
Menn ....	11	4	9	12	17	27
Kvinner .	13	9	9	13	24	19
N .....	7 125	1 003	2 801	2 217	816	288

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

**Tabell 6.2 Andel menn og kvinner 16 år og over med varige eller stadig tilbakevendende plager i hverdagen, etter alder. 1998. Prosent**

	16-24 år	25-44 år	45-66 år	67-79 år	80 år og over
<b>Alle .....</b>	<b>55</b>	<b>51</b>	<b>54</b>	<b>67</b>	<b>66</b>
Menn .....	50	45	47	62	73
Kvinner ..	61	56	62	70	63
N .....	1 003	2 801	2 217	816	288

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

**Tabell 6.3 Andel personer med varige eller stadig tilbakevendende plager i hverdagen. 1998. Prosent**

	Har plager	Har plager og er hemmet i stor grad
<b>Varige eller tilbakevendende plager .....</b>	<b>55</b>	<b>11</b>
Angst, fobier .....	5	2
Konsentrasjonsvansker .....	6	3
Kvalme, fordøyelsesbesvær	7	2
Kløe/svie .....	7	2
Irritabel, aggressiv .....	8	2
Hoste .....	8	2
Pustebevisvær, kortpustethet,		
Tungpust .....	9	3
Nedstemt, depriment .....	10	4
Svimmelhet, dårlig balanse	10	4
Tett nese/rennende øyne ...	14	3
Søvnproblemer .....	14	4
Hodepine/migrene .....	19	4
Trett og slapp .....	21	6
Smerter i kroppen .....	23	7
N .....	7 125	743

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

**Tabell 6.4 Andel menn og kvinner 16 år og over med varige eller stadig tilbakevendende plager i hverdagen, etter alder. 1998. Prosent**

	Menn					Kvinner				
	16-24 år	25-44 år	45-66 år	67-79 år	80 år og over	16-24 år	25-44 år	45-66 år	67-79 år	80 år og over
<b>Varige plager .....</b>	<b>49</b>	<b>45</b>	<b>47</b>	<b>62</b>	<b>73</b>	<b>61</b>	<b>56</b>	<b>62</b>	<b>70</b>	<b>63</b>
Smerter i kroppen .....	11	17	20	24	25	12	24	33	32	32
Trett og slapp .....	16	15	14	13	14	25	25	20	24	24
Hodepine/migrene .....	16	15	10	7	7	30	27	21	17	12
Søvnproblemer .....	5	9	11	11	24	9	11	20	28	24
Nedstemt, depriment .....	5	5	8	7	16	11	11	13	16	13
Svimmelhet, dårlig balanse	5	3	5	16	23	7	7	12	24	29
Tett nese/rennende øyne ...	17	10	9	9	14	18	12	11	18	19
Pustebevisvær, kortpustet ...	4	4	8	15	17	7	7	10	20	14
Konsentrasjonsvansker .....	8	5	3	3	13	9	6	7	3	6
Irritabel, aggressiv .....	5	6	7	2	0	10	12	6	6	4
Kvalme, fordøyelsesbesvær	2	5	4	5	8	8	7	8	11	11
Kløe/svie .....	3	5	2	9	10	7	6	6	12	11
Angst, fobier .....	1	2	5	2	4	4	3	7	7	6
Hoste .....	13	6	8	8	4	11	7	8	12	7
N .....	505	1 366	1 123	360	102	498	1 435	1 094	456	186

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

**Tabell 6.5 Andel menn og kvinner, 45 år og over, i ulike aldersgrupper med nedsatt bevegelsesevne. 1998. Prosent**

	Nedsatt bevegelsesevne	N
<b>Alle .....</b>	<b>18</b>	<b>2890</b>
45-66 år .....	9	1949
67-79 år .....	25	716
80 år og over .....	52	225
<b>Menn .....</b>	<b>14</b>	<b>1391</b>
45-66 år .....	9	981
67-79 år .....	18	326
80 år og over .....	45	84
<b>Kvinner .....</b>	<b>22</b>	<b>1499</b>
45-66 år .....	10	968
67-79 år .....	31	390
80 år og over .....	56	141

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

**Tabell 6.6 Andel personer 45 år og over med nedsatt bevegelsesevne, etter alder. 1975, 1985 og 1998. Prosent**

	1975	1985	1998
<b>Alle .....</b>	<b>25</b>	<b>23</b>	<b>18</b>
45-66 år .....	17	13	9
67-79 år .....	39	33	25
80 år og over .....	61	55	52
N .....	4 207	3 698	2 890

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

**Tabell 6.7 Andel menn og kvinner over 66 år i ulike aldersgrupper som benytter ulike hjelpemidler i hverdagen. 1998. Prosent**

	Hjelpemiddel	Korsett, protese	Stokk, gåstol	Manuell/elektrisk rullestol	Høreapparat	N
<b>Alle .....</b>	<b>26</b>	<b>2</b>	<b>16</b>	<b>2</b>	<b>13</b>	<b>1 104</b>
<b>Menn</b>						
67-79 år .....	18	0	7	1	12	360
80 år og over .....	55	0	29	6	30	102
<b>Kvinner</b>						
67-79 år .....	17	3	11	1	7	472
80 år og over .....	38	1	32	0	17	170

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.



**Tabell 7.1 Andel eldre over 66 år som er hjelpetrequende eller som har store vansker med huslige gjøremål eller egenpleie. 1998. Prosent**

	Hjelpe- trengende	Huslige gjøremål		Egenpleie			N
		Inn- kjøp	Ren- hold	Av-/på- kledning	Hygiene	Spise selv	
<b>Alle .....</b>	<b>32</b>	<b>17</b>	<b>28</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>512</b>
Kjønn							
Menn .....	27	11	26	5	4	1	222
Kvinner .....	37	22	29	7	5	1	290
Aldersgrupper							
67-79 år .....	24	14	21	4	3	1	380
80 år og over .....	49	21	34	7	6	1	132
Husholdstype							
Par .....	24	12	22	6	4	1	266
Enslige .....	40	27	41	6	5	2	246
Personlig inntekt etter skatt (inntektsregisteret 1996)							
Under 85 000 .....	40	26	34	6	5	0	193
85 000-150 000 .....	30	13	27	7	5	2	233
Over 150 000 .....	16	6	15	3	2	0	84

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

**Tabell 7.2 Andel eldre over 66 år som på grunn av sykdom mottar hjelp fra ulike kilder. 1998. Prosent**

	Alle	67-79 år	80 år og over
<b>Hjelp fra ulike hold</b>	<b>36</b>	<b>25</b>	<b>58</b>
Kommunale hjemmetjenester .....	23	13	44
Hjelp fra andre i husholdet <sup>1</sup> .....	10	9	11
Hjelp fra egne barn utenfor husholdet ...	7	4	14
Annen slekt, venner, naboer .....	5	2	11
Privat lønnet hjelp ...	9	8	10
N .....	512	380	132

<sup>1</sup> Kun flerpersonshushold (N=248).

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

**Tabell 7.3 Andel hjelpetrequende eldre over 66 år som mottar hjelpetjenester fra ulike kilder og som gjennomsnittlig antall timer mottatt hjelp per måned. 1998**

	Andel som mottar hjelp	Gjennom- snittlig antall timer per måned
<b>Hjelp fra alle hold .....</b>	<b>75</b>	<b>12,6</b>
Kommunale hjemmetjenester	53	3,0
Hjelp fra slekt, venner, naboer Av dette	25	4,0
Fra egne barn .....	16	2,4
Fra annen slekt, nabo, venner .....	10	1,7
Hjelp fra andre i husholdet <sup>1</sup> ...	14	18,0
Privat lønnet hjelp .....	12	4,9
N .....	155	155

<sup>1</sup> Omfatter kun flerpersonshushold.

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

**Tabell 8.1 Andel menn og kvinner som har store eller noe vansker med å delta i fritidsaktiviteter på grunn av helseproblemer, etter alder. 1998. Prosent**

	Alle	16-24 år	25-44 år	45-66 år
<b>Alle .....</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>13</b>
Menn .....	7	3	7	11
Kvinner .....	11	6	8	16
N .....	6 021	1 003	2 801	2 217

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

**Tabell 8.2 Andel yrkesaktive menn og kvinner<sup>1</sup> som har svært eller noe vanskelig for å klare jobben, etter alder. 1998. Prosent**

	Alle	16-24 år	25-44 år	45-66 år
<b>Alle .....</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Menn .....	4	3	4	6
Kvinner .....	7	4	7	7
N .....	2 262	201	1 223	823

<sup>1</sup> Gjelder kun yrkesaktive personer som har arbeidet 10 timer eller mer sist uke.

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

**Tabell 8.3 Andel menn og kvinner med varig sykdom som er en følge av arbeid, etter alder. 1998. Prosent**

	Alle	16-24 år	25-44 år	45-66 år
<b>Alle .....</b>	<b>30</b>	<b>11</b>	<b>25</b>	<b>40</b>
Menn .....	18	10	31	46
Kvinner .....	16	11	21	35
N .....	1 662	216	731	715

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

**Tabell 9.1 Andel personer som har brukt beroligende midler, midler mot depresjon og sovemidler de siste 14 dagene, etter alder. 1995. Prosent**

	16-24 år	25-44 år	45-66 år	67+ år
Beroligende midler ...	1	2	6	12
Midler mot depresjon	0	2	3	5
Sovemidler .....	1	2	7	20
N .....	1 111	2 804	2 376	1 599

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

**Tabell 9.2 Andel menn og kvinner som har brukt beroligende midler, midler mot depresjon eller sovemidler de siste 14 dagene, etter alder og kjønn. 1995 Prosent**

	16-24 år	25-44 år	45-66 år	67+ år	80+ år
Menn .....	1	2	9	16	22
Kvinner .....	3	6	16	30	39
N .....	1 111	2804	2376	827	772

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

**Tabell 9.3 De ti mest solgte legemidlene i Norge i verdi. 1999. Millioner kroner**

Paracet (smerter) .....	59,4
Nicorette (røykeavvenning) .....	40,8
Otrivin (Tett nese v. forkjølelse) .....	35,1
Ibux (smerter) .....	29,4
Canesten (sopp) .....	18,3
Rhinox (Tett nese v. forkjølelse) .....	16,5
Livostin (Allergi) .....	14,7
Ido-e (Vitaminmangel) .....	12,5
Ovesterin (Underlivsplager) .....	10,9
Afi-c (Vitaminmangel) .....	9,1

Kilde: FARMASTAT.

**Tabell 9.4 Andel personer som har brukt medisiner daglig eller nesten daglig i de siste fire uker, etter alder. 1995. Prosent**

	16-24 år	25-44 år	45-66 år	67-79 år	80 + år
Daglig medisinbruk	12	16	34	56	66
N .....	1 297	2 823	2 382	829	772

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

**Tabell 9.5 Andel personer som har brukt ulike medisiner i løpet av 14-dagersperioden og andel personer som har brukt medisiner daglig eller nesten daglig i en fireukersperiode. 1995. Prosent**

	Brukt medisin i 14 -dagers- perioden	Brukt medisin daglig
Smertestillende uten resept .....	28	2
Smertestillende med resept .....	11	4
Hjertemedisin .....	6	5
Blodtrykksmedisin .....	8	7
Medisin mot sure oppstøt, halsbrann og magesår uten resept	8	1
Medisin mot sure oppstøt, halsbrann og magesår med resept	2	1
Medisin mot revmatisme .....	4	2
Astmamedisin .....	4	3
Allergimedisin .....	6	3
Beroligende midler .....	5	3
Midler mot depresjon .....	3	2
Sovemidler .....	7	3
Andre medisiner .....	13	9
Homeopatmedisiner .....	1	1
N .....	7 890	8 103

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

**Tabell 9.6 Fylkesvis salg av beroligende midler og sovemidler. Rangert. 1999. Prosent**

Landsgjennomsnitt .....	4,9
Østfold .....	6,5
Telemark .....	6,5
Aust-Agder .....	6,4
Oslo .....	6,3
Vest-Agder .....	6,1
Buskerud .....	5,4
Oppland .....	5,4
Vestfold .....	5,3
Rogaland .....	4,9
Hedmark .....	4,6
Sør-Trøndelag .....	4,4
Møre og Romsdal .....	4,3
Hordaland .....	4,2
Nord-Trøndelag .....	4,1
Nordland .....	4,1
Akershus .....	4,1
Troms .....	3,4
Sogn og Fjordane .....	3,1
Finmark .....	2,9

Kilde: Norsk Medisinaldepot.

**Tabell10.1 Andel som var uten fast lege, etter alder, kjønn, egenvurdert sykkelighet og organisering av allmennlegetjenesten. 2000. Prosent**

	Prosent	N
Alder		
16-24 år .....	46	(367)
25-44 år .....	32	(1 103)
45-66 år .....	22	(984)
67-79 år .....	15	(358)
80 år og over .....	12	(52)
Kjønn		
Mann .....	33	(1 255)
Kvinne .....	23	(1 609)
Egenvurdert helse		
Svært god .....	35	(367)
God .....	29	(1 103)
Verken god eller dårlig .....	23	(984)
Dårlig .....	13	(358)
Andel fastlønnede leger i kommunehelsetjenesten .....		
0-10 prosent .....	21	(1 127)
11-30 prosent .....	27	(1 272)
31-100 prosent .....	46	(465)
Andel turnuskandidater i kommunehelsetjenesten .....		
0-15 prosent .....	24	(2 472)
16-50 prosent .....	52	(392)

Kilde: Levekårsundersøkelsene Panel 2000, Statistisk sentralbyrå.

**Figur 10.2 Gjennomsnittlig antall kontakter med lege siste 12 måneder for egen sykdom, etter alder, kjønn, egenvurdert sykkelighet og kontinuitet i legerelasjonen. 2000. Prosent**

	Prosent	N
<b>Alle .....</b>	<b>3,9</b>	<b>(3 729)</b>
Alder		
16-24 år .....	3,3	(501)
25-44 år .....	3,7	(1 517)
45-66 år .....	4,0	(1 244)
67-79 år .....	4,8	(408)
80 år og over .....	6,3	(59)
Kjønn		
Mann .....	3,0	(1 797)
Kvinne .....	4,7	(1 932)
Egenvurdert helse		
Svært god .....	2,0	(1 042)
God .....	3,4	(1 871)
Verken god eller dårlig .....	5,9	(578)
Dårlig .....	11,0	(202)
Svært dårlig .....	16,3	(36)
Kontinuitet i legerelasjonen		
Allmennpraktiker og spesialist utenfor sykehus .....	9,0	(184)
Allmennpraktiker og spesialist ved sykehus .....	10,5	(134)
Spesialist utenfor sykehus .....	6,3	(82)
Spesialist ved sykehus .....	7,6	(59)
Allmennlege .....	3,9	(1 889)
Bedrift-/skole-/studenthelsetjeneste .....	1,9	(100)
Fast legesenter .....	3,1	(691)
Uten fast lege eller legesenter .....	1,3	(590)

Kilde: Levekårsundersøkelsene Panel 2000, Statistisk sentralbyrå.

**Tabell 11.1 Gjennomsnittlig antall kontakter med fysioterapeut i løpet av året, etter alder, kjønn og varig sykdom. 1995**

	Gjennomsnittlig antall kontakter	N
<b>Alle .....</b>	<b>2,0</b>	<b>7 330</b>
16 - 24 år .....	0,8	1 297
25 - 44 år .....	1,9	2 823
45 - 66 år .....	2,6	2 381
67 - 79 år .....	2,5	829
<b>Alle menn med varig sykdom .</b>	<b>2,4</b>	<b>1 672</b>
16 - 24 år .....	1,4	238
25 - 44 år .....	2,5	546
45 - 66 år .....	3,0	629
67 - 79 år .....	1,6	259
<b>Alle kvinner med varig sykdom</b>	<b>4,4</b>	<b>1 666</b>
16 - 24 år .....	1,8	198
25 - 44 år .....	4,4	566
45 - 66 år .....	5,1	609
67 - 79 år .....	4,8	293

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

## De sist utgitte publikasjonene i serien Statistiske analyser

### *Recent publications in the series Statistical Analyses*

- 19 T. Jørgensen (red.): Utdanning i Norge. 1997. 134s. 150 kr inkl. mva. ISBN 82-537-4408-0
- 20 K. Vassenden (red.): Innvandrere i Norge. 1997. 269s. 240 kr inkl. mva. ISBN 82-537-4412-9
- 21 Kriminalitet og rettsvesen. 3. utgave 1997. 1997. 69s. 120 kr inkl. mva. ISBN 82-537-4414-5
- 22 Sosialt utsyn 1998. 1998. 245s. 255 kr inkl. mva. ISBN 82-537-4497-8
- 23 Naturressurser og miljø 1998. 1998. 209s. 250 kr inkl. mva. ISBN 82-537-4522-2
- 24 O.F. Vaage: Norsk mediebarometer 1997. 1998. 80s. 135 kr inkl. mva. ISBN 82-537-4528-1
- 25 O.F. Vaage: Norsk kulturbarometer 1997. 1998. 97s. 155 kr inkl. mva. ISBN 82-537-4538-9
- 26 Natural Resources and the Environment 1998. 1998. 224s. 250 kr inkl. mva. ISBN 82-537-4544-3
- 27 E. Lofthus (ed.): Immigrants in Norway. A summary of findings. 1998. 63s. 130 kr inkl. mva. ISBN 82-537-4545-1
- 28 I. Aslaksen, E. Fjærli, J. Epland og E. Kirkpatrick: Inntekt, skatt og overføringer 1999. 1999. 115s. 170 kr inkl. mva. ISBN 82-537-4593-1
- 29 Naturressurser og miljø 1999. 1999. 245s. 250 kr inkl. mva. ISBN 82-537-4635-0
- 30 Natural Resources and the Environment 1999. 1999. 260s. 250 kr inkl. mva. ISBN 82-537-4651-2
- 31 O.F. Vaage: Norsk mediebarometer 1998. 1999. 79s. 135 kr inkl. mva. ISBN 82-537-4652-0
- 32 E. Birkeland, E.S. Lunde, B. Otnes og Å. Vigran: Eldre i Norge. 1999. 87s. 140 kr inkl. mva. ISBN 82-537-4718-7
- 33 M.K. Bjertnæs: Innvandring og innvandrere 2000. 2000. 69s. 155 kr inkl. mva. ISBN 82-537-4775-6
- 34 Naturressurser og miljø 2000. 2000. 282s. 265 kr inkl. mva. ISBN 82-537-4788-8
- 35 Sosialt utsyn 2000. 2000. 256s. 265 kr inkl. mva. ISBN 82-537-4789-6
- 36 O.F. Vaage: Norsk mediebarometer 1999. 2000. 79s. 155 kr inkl. mva. ISBN 82-537-4794-2
- 37 Natural Resources and the Environment 2000. 2000. 298s. 265 kr inkl. mva. ISBN 82-537-4832-9
- 38 O. Vaage: Kultur- og fritidsaktiviteter. 2000. 122s. 180 kr inkl. mva. ISBN 82-537-4841-8
- 39 E. Søybye: Statistikk og historie. 2000. 145s. 180 kr inkl. mva. ISBN 82-537-4860-4