

3/2007

Samfunnsspeilet 3/2007– 21. årgang

Samfunnsspeilet presenterer aktuelle analyser om levekår og livsstil. Samfunnsspeilet kommer ut seks ganger i året og gir viktig informasjon om sosiale, demografiske, økonomiske og kulturelle endringer i samfunnet. Samfunnsspeilet henvender seg til deg som er samfunnsengasjert, og til deg som har bruk for å kjenne det norske samfunnet i jobben din. For studenter og skoleelever er tidsskriftet en nyttig kilde som fyller tomrommet mellom lærebøker og dagspressen.

Redaksjon:

Johan-Kristian Tønder (ansv. red.),
Dag Ellingsen (red.) Berit Otnes (red. dette nr.),
Kristin Henriksen, Mads Ivar Kirkeberg, Trude
Lappegård, Tor Morten Normann, Elisabeth
Nørgaard, Jorun Ramm, Toril Sandnes og
Frøy Lode Wiig.

Redigering:

Gunn Bredevang, Liv Hansen, Anne
Skarateppen og Kirsten Aanerud.

Design: Siri E. Boquist.

Trykk: Lobo Media.

Omslag: Crestock.com

Priser: Per år kr 330,- (institusjoner),
kr 220,- (private). Enkeltnr. kr 65,-.

Neste nummer kommer ut 20. september med artikler bl.a. om lavinntekt, familieetablering og innvandrere.

Internett: <http://www.ssb.no/>

ISSN 0801-7603.

ISBN 978-82-537-7199-1 Trykt versjon.

ISBN 978-82-537-7200-4 Elektronisk versjon.

Artikler i tidsskriftet kan ikke uten videre tas som uttrykk for Statistisk sentralbyrås oppfatning. Ved bruk av stoff fra tidsskriftet, oppgi kilde: Samfunnsspeilet/Statistisk sentralbyrå.

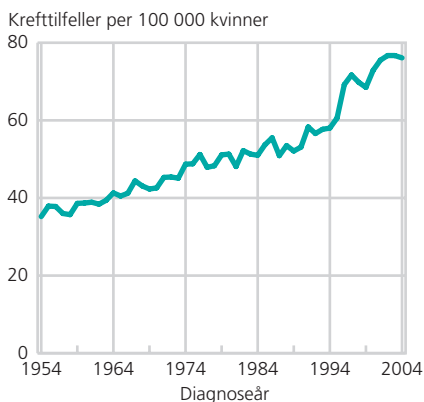
<i>Mammografiscreeningen: Mest til skade?</i> Jan Mæhlen og Per-Henrik Zahl	2
<i>Sosioøkonomisk status og dødelighet 1960-2000: Høyest dødelighet blant ufaglærte menn</i> Jens-Kristian Borgan	7
Kvinner og menns helse – flere likheter enn ulikheter? Arne Jensen	14
Hvorfor data fra allmennlegetjenesten? Nina Brøyn	22
Hva slags problemer går vi til fastlegen med? Elin Skretting Lunde	26
<i>Helsestasjons- og skolehelsetjeneste:</i> Bare halvveis i satsingen på barns psykiske helse Julie Kjelvik	34
<i>Private og offentlige tannhelsetjenester:</i> Forbruk av private tannhelsetjenester øker mest Andreas Hedum	39
<i>Helsedata for kommunene: Stange kommune tar pulsen</i> Hanna Hånes	44
Tett med hytter i Trysil Edvard Andersen	51
Kvinner i Norge blant Europas mest fruktbare Edvard Andersen	53
Siden sist	55

Mest til skade?

I Sverige og Norge har mammografiscreeningen ført til at hyppigheten av brystkreft har økt sterkt i de screenede aldersgruppene, men screeningen har ikke redusert brystkrefthyppigheten i høyere alder og har ikke hatt effekt på brystkreftdødeligheten i befolkningen.

*Jan Mæhlen og
Per-Henrik Zahl*

Figur 1. Brystkrefthyppighet i Norge 1954-2004



Kilde: Kreft i Norge 2004, Kreftregisteret.

Brystkreft er den vanligste kreftformen hos kvinner. I 2004 ble det påvist om lag 2 800 nye tilfeller, og rundt 700 døde av sykdommen. Tall fra Kreftregisteret viser at brystkrefthyppigheten eller insidensen (se definisjon i tekstdoks) har vært jevnt stigende fra 1954. Insidensen øker med alder. Tidlig menstruasjonsstart er forbundet med økt insidens, mens tidlig graviditet og mer enn en graviditet er forbundet med lavere insidens.

Dødelig sykdomsforløp ved kreftsykdom skyldes ofte at det oppstår dattersvulster (metastaser) i vitale organer som lunger, lever og hjerne. Sannsynligheten for å finne dattersvulster øker med størrelsen på morsvulsten. Av kvinner som fikk diagnostisert kreft uten spredning (stadium 1) i perioden 1995-1999, var 93 prosent fortsatt i live fem år etter at de fikk diagnosen. Av dem som fikk diagnostisert sykdommen med spredning til vitale organer (stadium 4), var bare 15 prosent i live fem år etter. Målet med tidligdiagnostikk av kreftsykdom er derfor å behandle svulsten før den har spredt seg.

Helt fra 1950-tallet har man anbefalt selvundersøkelse som metode for å kunne oppdage svulster tidlig, men slike anbefalinger har manglet et godt vitenskapelig grunnlag. To store randomiserte studier fra Russland og Kina viser klart at selvundersøkelse ikke reduserer risikoen for å dø av brystkreft. I stedet fører selvundersøkelse til overbehandling i form av en markant økning i antall brystoperasjoner (Koesters og Gøtzsche 2003).

Ved røntgenundersøkelse av brystene (mammografi) kan man påvise svulster før de kan oppdages ved manuell undersøkelse. På 1970- og 1980-tallet kom syv randomiserte (se definisjon i tekstdoks) studier som til sammen tydet på at regelmessige undersøkelser med mammografi reduserer brystkreftdødeligheten. Dette førte til at mange land innførte mammo-

Kreftregisteret

Siden 1953 er alle krefttilfelle som oppdages blitt rapportert inn til Kreftregisteret av lege, laboratorium eller helseinstitusjon. Formålet er å framskaffe oversikt over sykdomsutbredelse, levesteikter og helsetjenester for helsepersonell, pasienter, forskere og samfunnet. Les mer på <http://www.kreftregisteret.no>.

Dødsårsaksregisteret

Leger har plikt til å rapportere om dødsårsak ved alle dødsfall til Dødsårsaksregisteret som drives av Statistisk sentralbyrå. Dødsårsaken blir kodet etter et internasjonalt system. Alle kreftdødsfall blir rapportert videre til Kreftregisteret. Formålet for Dødsårsaksregisteret er å følge utviklingen i levealder og i dødeligheten av blant annet kreft, hjerteinfarkt, ulykker og selvmord. Les mer på <http://www.fhi.no> eller <http://www.ssb.no>

Jan Mæhlen er overlege og professor 2 ved Patologisk-anatomisk avdeling Ullevål universitetssykehus. Han er tilknyttet Dødsårsaksregisteret som medisinsk konsulent. (jan.mahlen@medisin.uio.no).

Per-Henrik Zahl er dr. med og seniorstatistiker ved Nasjonalt folkehelseinstitutt (Per-Henrik.Zahl@fhi.no).

Definisjoner

Insidens vil si antall nye tilfelle av en sykdom oppdaget i en periode, for eksempel et år, i forhold til antall personer i den aktuelle gruppen ved begynnelsen av perioden.

Prevalens vil si antall personer som har en sykdom i befolkningen på et gitt tidspunkt i forhold til totalbefolkningen. For langvarige sykdommer som kreft vil prevalensen gjerne være høyere enn insidensen.

At en studie er *randomisert* betyr at man bruker loddtrekning for å dele inn pasientene i grupper. Gruppene gis ulik behandling; for eksempel mammografi eller ikke mammografi. Når gruppene er store, vil loddtrekningen eliminere gruppeforskjeller som ikke er knyttet til selve behandlingen, for eksempel familieforhold, utdanningsnivå, fødselshistorie og så videre.

Evne til invasiv vekst er et karakteristisk trekk hos kreftceller, det betyr at kreftcellene forlater sin normale lokalisasjon (for eksempel melkegangene) og vokser inn i (invaderer) det omkringliggende vevet.

Duktalt carcinoma in situ er et forstadium til brystkreft, karakterisert ved at de unormale cellene er til stede i melkegangene (ducts), men ikke har vokst inn i det omkringliggende vevet.

grafiscreening. Sverige startet i 1986 og screeningen var landsdekkende fra tidlig på 1990-tallet. Norge startet i 1996 og screeningen her var landsdekkende fra 2004.

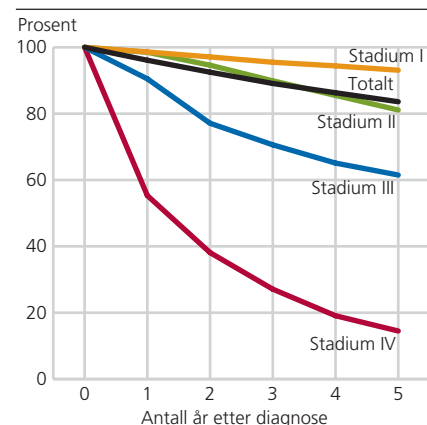
Gøtzsche og Nielsen har nylig oppdatert en oversikt over de randomiserte mammografistudiene. De konkluderte med at selv om det ser ut til at screening kan gi en moderat dødelighetsreduksjon (15-20 prosent), så er dette usikkert, fordi det meste av reduksjonen ville ha forsvunnet om man hadde valgt å se bort fra de dårligste studiene. Dessuten viste alle studiene at screening fører til betydelig overdiagnostikk, det vil si påvisning av svulster som i fravær av screening ikke ville ha blitt diagnostisert i kvinnes levetid. Disse kvinnene er altså friske og får kreftbehandling uten å trenge det. Gøtzsche og Nielsen hevder at for hver kvinne som reddes fra å dø av brystkreft vil ti friske kvinner få kreftdiagnose og kreftbehandling uten at de har reell kreftsykdom (Gøtzsche og Nielsen 2006). Nedenfor diskuterer vi om resultatene fra de nasjonale screeningprogrammene har gitt støtte for disse alvorlige konklusjonene.

Screeningen påviser brystkrefttilfeller, som enten må være tidligdiagnostikk eller overdiagnostikk

Ved oppstart av organisert mammografiscreening forventer man en økning i antall diagnostiserte brystkrefttilfeller, blant annet fordi mammografi kan oppdage svulster før de kan påvises ved klinisk undersøkelse. I de aller fleste screeningprogrammene ser det ut til at hyppigheten av brystkreft øker med om lag 50 prosent i populasjonen som inviteres til screening. Hvis hele denne økningen skyldes tidligdiagnostikk, skulle man forvente et tilsvarende fall i brystkreft hyppigheten når kvinnene passerer øvre aldersgrense for innkalling (Boer med flere 1994).

I Norge startet den organiserte mammografiscreeningen i 1996 som et prøveprosjekt i Akershus, Hordaland, Oslo og Rogaland (40 prosent av landets befolkning) og er senere gradvis utvidet til å bli landsomfattende. Kvinnene innkalles hvert annet år fra de er 50 til de er 69 år. Figur 3 viser brystkreft hyppigheten i prøvefylkene og resten av Norge i perioden 1990-2004. Gjennomsnittlig hyppighet av brystkreft i de fire fylkene i perioden 1991-1995 var 200 per 100 000.

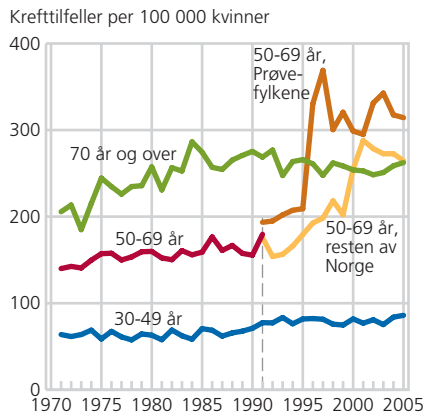
Figur 2. Stadiespesifikk¹ relativ overlevelse etter brystkreft oppdaget på ulike stadier i Norge 1995-1999



¹ Stadium I: Svulsten er begrenset til brystkjertelen og er mindre enn fem centimeter.
 Stadium II: Svulsten er begrenset til brystkjertelen og nærliggende lymfekjertel.
 Stadium III: Svulsten er større enn fem centimeter.
 Stadium IV: Svulsten har spredt seg til andre organer.

Kilde: Kreft i Norge 2004, Kreftregisteret.

Figur 3. Hyppighet av brystkreft i ulike aldersgrupper. 1970-2005



¹ Fra 1991 er insidensen i aldersgruppen 50-59 år splittet for prøvefylkene (Akershus, Oslo, Rogaland og Hordaland) som startet med screening i 1996, og de øvrige 15 fylkene som startet i perioden 1999-2005.

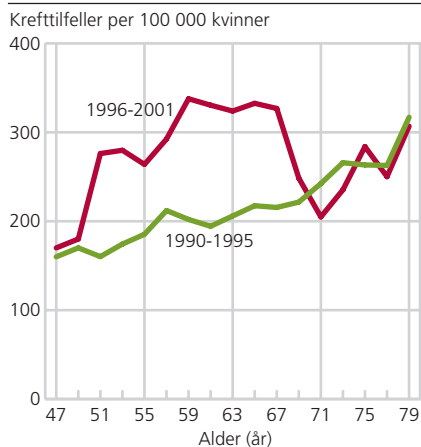
Kilde: Krefregisteret.

Frammøte i første screeningrunde var om lag 80 prosent av de inviterte, og andelen har i senere runder ligget mellom 70 og 80 prosent. Brystkrefthyppigheten (ikke medregnet forstadier, eller ductalt carcinoma in situ, se tekstboks) i første screeningrunde var 364 per 100 000. I andre, tredje og fjerde screeningrunde var brystkrefthyppigheten henholdsvis 308 per 100 000, 304 per 100 000 og 315 per 100 000. Hvis ductalt carcinoma in situ inkluderes, var brystkrefthyppigheten over 350 per 100 000 i andre, tredje og fjerde screeningrunde. Brystkrefthyppigheten er altså stabil fra og med andre screeningrunde. Etter første screeningrunde (prevalensscreeningen, den som fanger opp både gamle og nye svulster) har dermed brystkrefthyppigheten ligget over 50 prosent høyere enn i perioden før screeningen startet.

Vi fant at hos kvinner som velger å ikke møte til screening, var brystkrefthyppigheten nesten identisk med det den var i hele populasjonen i perioden 1990-1995 (200 per 100 000) (Zahl og Mæhlen 2004). Det tyder på at all økning i brystkrefthyppighet sees hos kvinnene som møter til screening. Med andre ord, i fravær av screening ville brystkrefthyppigheten antagelig ha vært tilnærmet stabil og uforandret i perioden 1996-2001. Når vi inkluderer ductalt carcinoma in situ, som nesten bare oppdages ved screening, er hyppigheten av brystkreft tilnærmet fordoblet hos dem som møter til screening (394 per 100 000) i forhold til hele populasjonen i femårsperioden før screening.

Halvparten av den forventede kreftforekomsten (200 per 100 000) utgjøres av intervallkreft (kreft som blir oppdaget mellom to screeningrunder), 100 per 100 000. Den andre halvparten inngår i insidensen av invasiv kreft påvist ved screening.

Figur 4. Brystkrefthyppighet i ulike aldersgrupper i prøvefylkene før (1990-1995) og etter (1996-2001) oppstart av mammografiscreeningen



Kilde: Krefregisteret.

Fordi det bare er en kortvarig og moderat reduksjonen i kreftforekomsten når kvinnene ikke lenger innkalles fordi de passerer aldersgrensen ved fylte 70 år, kan hele hyppighetsøkningen fra og med andre screeningrunde betraktes som overdiagnostikk (Zahl, Strand og Mæhlen 2004). Det betyr at de 394 krefttilfellene per 100 000 (forstadiene er inkludert) fordeler seg slik: 200 er reell kreft og av disse vil 100 påvises ved screening mens de øvrige 100 vokser så raskt at de dukker opp i toårsperioden mellom to screeningundersøkelser. De øvrige 194 oppdages ved screening og er overdiagnostiserte tilfeller. Med andre ord: omtrent 2 av 3 diagnoser (194 av 294) som stilles ved screening, er overdiagnoser. Og når en kvinne velger å møte til screening fordobler hun sin risiko for å få brystkreftdiagnose (hyppigheten øker fra 200 per 100 000 til 394 per 100 000).

At brystkrefthyppigheten holder seg på et høyt nivå screeningrunde for screeningrunde, må bety at det stadig nydannes langt flere svulster enn det som gir seg til kjenne klinisk i fravær av screening. Svulster som ikke gir seg til kjenne klinisk, må enten hope seg opp hos kvinnene eller forsvinne av seg selv. Hvis de hopper seg opp, betyr det at det skulle være et skjult reservoar av ikke-symtomgivende (subklinisk) brystkreft hos eldre kvinner som ikke har gått til screening. Men førstegangsscreening med mammografi av eldre kvinner, har vist at det ikke eksisterer et slikt subklinisk kreftreservoar. Det må bety at disse svulstene i fravær av screening, tilbakedannes av seg selv. Tallmaterialet som denne slutningen er basert på, er stort og omfattende, men likevel er det vanskelig å få aksept for ideen om kreft som forsvinner av seg selv. Vi kan se to åpenbare årsaker til det. For det første

bryter ideen med det dominerende synet på hva kreft er. De fleste vil hevde at kreftsykdom som er bekreftet ved patologisk undersøkelse, er en irreversibel tilstand som gjenspeiler irreversible mutasjoner i kreftcellenes gener. For det andre betyr det å akseptere denne ideen at man samtidig aksepterer at insidensøkningen i screeningprogrammet er overdiagnostikk i stedet for tidligdiagnostikk. Dermed har man erkjent at det ikke er grunnlag for å tro at screening medfører tidligere behandling av reell kreft. Og at man ikke kan forvente at screening vil gi dødelighetsreduksjon.

Brystkreftdødeligheten er redusert, men screening har ikke bidratt

Fra 1990 har dødeligheten av brystkreft falt i mange land (Levi F med flere 2005). Dette fallet kan ikke alene skyldes screening, fordi dødelighetsreduksjonen kom i land både med og uten mammografiscreening. Dessuten har dødelighetsreduksjonen vært mest markant i aldersgruppen under 50 år, som i de fleste nasjonale screeningprogrammene ikke innkalles. Det er i stedet sannsynlig at dødelighetsreduksjonen skyldes introduksjon av moderne hormonblokkere og mer effektiv cellegiftbehandling.

Sverige og Norge har historisk hatt nesten identiske dødelighetsrater for de fleste sykdommer inkludert brystkreft i over 50 år. Det er dermed logisk å sammenligne trender i dødelighetsutviklingen for brystkreft i de to landene. I de randomiserte mammografistudiene som til sammen inkluderte noen få hundre tusen kvinner, var dødelighetsreduksjonen klart synlig 5-7 år etter screeningstart. Hvis screeningen har medført en reduksjon som er større enn 10 prosent i dødeligheten, burde dette være klart synlig i det langt større datamaterialet fra Sverige og Norge.

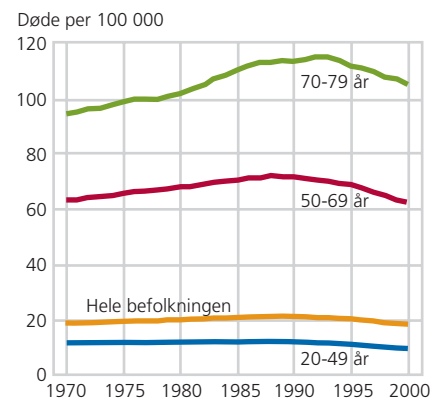
Analysene av de tidligere studiene viser at mammografi antagelig ikke reduserer dødeligheten med mer enn 15-20 prosent (Gøtzsche og Nielsen 2006). Vi har undersøkt om det har vært forskjellige dødelighetstrender mellom Sverige, som startet screening fra 1986, og Norge som startet mammografiscreening fra 1996. Det var bare små forskjeller i dødelighetsutviklingen i de to landene og forskjellene har neppe sammenheng med mammografiscreeningen. Det var for eksempel ikke slik at dødelighetsreduksjonen kom tidligere i de svenske fylkene som var tidligst ute med screening. Ved å undersøke dødelighetsutviklingen fylkesvis fra screeningstart fant vi heller ikke tegn til et felles knekkpunkt i dødelighetsutviklingen 5-7 år etter screeningstart, slik det så ut til å være i noen av de randomiserte studiene. Endelig fant vi ingen tegn til redusert dødelighet av brystkreft i Akershus, Hordaland, Oslo og Rogaland sammenlignet med resten av Norge i perioden 1996-2004.

Konklusjoner

Tall fra krefregistrene i Norge og Sverige viser at mammografiscreening fører til overdiagnostisering av brystkreft i langt større grad enn det analysene av de randomiserte studiene tydet på.

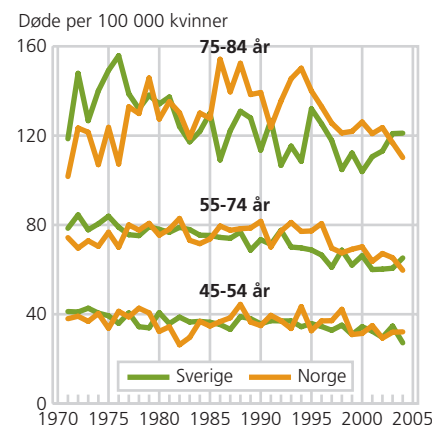
I forhold til tidligere medfører landsdekkende mammografiscreening at nesten 1 000 flere norske kvinner årlig behandles for invasiv brystkreft og kreftforstadier. Det meste av dette er overdiagnostikk. At nivået av overdiagnostiseringen er på samme nivå i andre og tredje screeningrunde synes å indikere at slike lesjoner stadig oppstår for deretter å tilbakedannes av seg selv.

Figur 5. Dødelighet av brystkreft i ulike aldersgrupper i EU-landene. 1965-2000



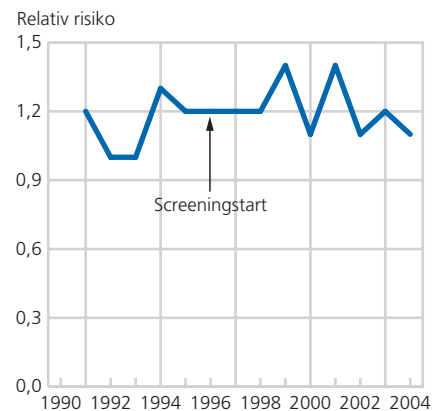
Kilde: Levi et al. 2005.

Figur 6. Dødelighet av brystkreft i Norge og Sverige i ulike aldersgrupper. 1971-2004



Kilde: Dødsårsaksregisteret, Statistisk sentralbyrå.

Figur 7. Utvikling av forholdstallet mellom dødelighet av brystkreft i prøvefylkene og andre fylker i Norge i perioden 1990-2004



Kilde: Dødsårsaksregisteret, Statistisk sentralbyrå.

Referanser

Kosters JP og PC Gøtzsche (2003): *Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer*. Cochrane Database System Review. 2003;(2):CD003373. Review.

Gøtzsche, PC og M. Nielsen (2006): *Screening for breast cancer with mammography*.

Cochrane Database System Review. 2006 Oct 18;(4):CD001877. Review.

Boer R, P. Mamerdam, H. de Koning og G. van Oortmarssen (1994): Extra incidence caused by mammographic screening. *Lancet* 1994;**343**: 979.

Levi, F C. Bosetti, F. Lucchini, E. Negri og C. La Vecchia (2005): *European Journal of Cancer Prevention* 2005;**14**:497-502.

Zahl P.H. og J. Mæhlen (2004): Overdiagnostisering ved mammografiscreening. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 2004; 124: 2238-9.

Zahl PH, B.H. Strand og J. Mæhlen (2004): Breast cancer incidence in Norway and Sweden during introduction of nation-wide screening: prospective cohort study. *British Medical Journal* 2004; 328: 921-4.



Til tross for landsdekkende screening i Sverige i over 15 år er de aldersjusterte dødelighetsratene av brystkreft i aldersgruppen 55-74 år og andre aldersgrupper tilnærmet identisk med ratene i Norge.

Det er heller ikke tegn til redusert dødelighet i de fire norske fylkene som startet screening i 1996.

Dette tyder på at screening ikke gir noen reduksjon i risikoen for å dø av brystkreft.

Høyest dødelighet blant ufaglærte menn

Mens dødeligheten blant ufaglærte menn ikke var spesielt høy i 1960 og 1970-årene, er det denne gruppen som har hatt den mest ugunstige utviklingen i dødelighet i perioden 1980 til 2000. Dette er en gruppe som har lav utdanning, og som har tungt arbeid i industri- og transportnæringene.

Mange undersøkelser, både i Norge og internasjonalt, viser sosial ulikhet i helse og dødelighet, enten ulikhet måles ved utdanning, inntekt eller yrke. Et eksempel på dette er (Borgan, 1997). Slike ulikheter kan oppleves urettferdige, og de sentrale myndigheter arbeider med strategier for å utjevne sosiale helseforskjeller (St.meld. nr. 20, 2006-2007). Forskjeller i dødelighet er en viktig del av dette bildet. I Norge har vi gode data om yrke og sosioøkonomisk status fra folketellingene i 1960, 1970 og 1980. Vi har også registrert dødsfall for de samme personene, slik at vi kan følge befolkningen gjennom en lang periode for å studere sammenhengen mellom status og dødelighet.

I denne artikkelen vil vi studere sosiale ulikheter i dødelighet i Norge over en lang periode etter 1960. Som mål for sosial status vil vi bruke sosioøkonomisk status blant yrkesaktive, som i hovedsak bygger på yrke.

Når vi studerer utviklingen i dødelighet for ulike yrkesgrupper, må vi ta hensyn til at det skjer en seleksjon (utvelgelse) til ulike yrker. Det er ikke tilfeldig hvem som rekrutteres til de ulike yrkene, og risikoen for å bli utstøtt fra arbeidslivet på grunn av helsesvikt er heller ikke lik i alle yrker. I fysisk eller psykisk hardt belastende yrker blir derfor dødeligheten blant yrkesaktive undervurdert i forhold til i mindre belastende yrker, hvis personer som har sluttet i yrket også var tatt med i beregningene. Dette forholdet er gitt betegnelsen Den sunne arbeidereffekten (Healthy Worker Effect). Den sunne arbeidereffekten er omtalt nærmere nedenfor.

Færre arbeidere og bønder, flere funksjonærer

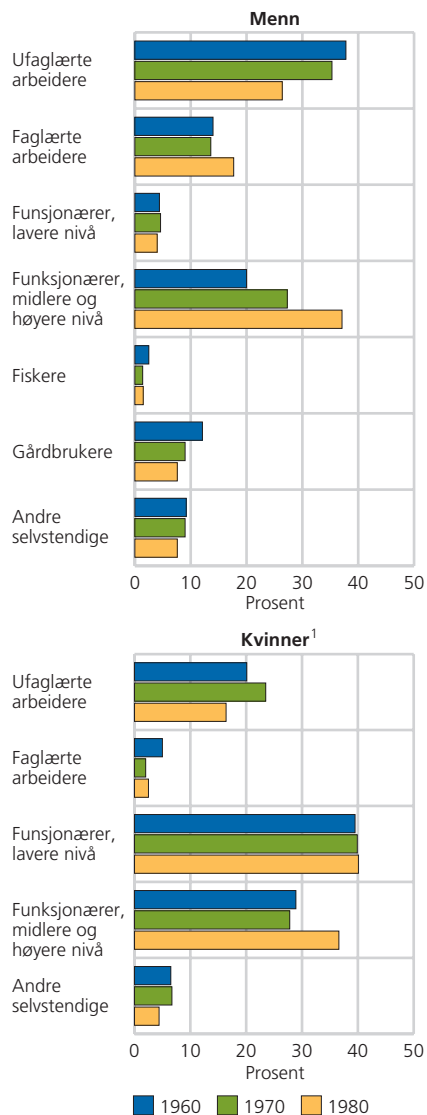
De som var med i folketellingene i 1960, 1970 og 1980, kan grupperes etter sosioøkonomisk status (Statistisk sentralbyrå, 1984). Dette er dessverre ikke gjort for 1990. Ufaglærte arbeidere var den klart største gruppen blant yrkesaktive menn i 1960, da om lag 38 prosent av de yrkesaktive mennene tilhørte denne gruppen. I 1980 var fortsatt ufaglærte arbeidere den største enkeltgruppen blant yrkesaktive menn, men andelen av de yrkesaktive var nå sunket til 26 prosent. Andre grupper med sterk reduksjon i andelen var sysselsatte i primærnæringene (jordbruk og fiske). Denne gruppen ble halvert i andel fra knapt 15 til vel 7 prosent av de yrkesaktive mennene. På den annen side økte andelen av funksjonærer på mellomnivå og høyere nivå fra 20 til 37 prosent av de yrkesaktive. Selv om det ikke finnes tall for inndeling av de yrkesaktive etter sosioøkonomisk status etter 1980, viser yrkesstatistikk at de ovennevnte trendene har fortsatt.

Mens lavere funksjonærer alltid har utgjort en liten andel av yrkesaktive menn, er det den klart største gruppen blant kvinner. I alle tre folketellinger

Jens-Kristian Borgan

Jens-Kristian Borgan er seniorrådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk (jens-kristian.borgan@ssb.no).

Figur 1. Yrkesaktive menn og kvinner, etter sosioøkonomisk status 1960-1980



¹ Unntatt gårdbrukere.

Kilde: Folke- og boligtellingerne 1960, 1970 og 1980, Statistisk sentralbyrå.

mellom 1960 og 1980 utgjorde denne gruppen i underkant av 40 prosent av de yrkesaktive kvinnene. Funksjonærer på mellomnivå og ufaglærte arbeidere var også relativt store grupper. Mens funksjonærgruppen på mellomnivå økte sin andel fra 1960 til 1980, var trenden motsatt for ufaglærte arbeidere. Faglærte arbeidere var en ikke uvesentlig gruppe blant menn, men liten blant yrkesaktive kvinner. Også for kvinner har trendene i fordelingen av de yrkesaktive etter sosioøkonomisk status i hovedsak fortsatt etter 1980. Fordi stadig flere kvinner tar høyere utdanning, har det imidlertid blitt flere funksjonærer på mellomnivå og høyere nivå på bekostning av funksjonærer på lavere nivå.

Høy dødelighet blant menn som var lavere funksjonærer

Lavere funksjonærer var den sosioøkonomiske gruppen som hadde den høyeste dødeligheten i den første femårsperioden etter hver av folketellingene i 1960 (i 1961-65), 1970 (i 1971-75) og 1980 (i 1981-85). Gårdbrukere hadde lavest dødelighet i alle periodene.

Trenden i dødelighetsutviklingen fra 1960 til 1980-tallet viser en relativ forverring for ufaglærte arbeidere, fiskere og gårdbrukere, mens trenden var motsatt for faglærte arbeidere og funksjonærer på mellom- og høyere nivå. Det er altså gruppene som vokser i andel som har positiv trend i dødelighetsutviklingen, mens grupper med redusert andel får en høyere dødelighet. Disse trendene medfører en lavere dødelighet blant alle yrkesaktive selv om nivået i de enkelte gruppene ikke endres.

Faglærte arbeidere og høyere funksjonærer har relativt høyest dødelighet blant kvinner

Blant kvinner hadde faglærte arbeidere og høyere funksjonærer høyere dødelighet enn andre grupper i alle de tre femårsperiodene rett etter folketellingene. Lavest dødelighet ble observert blant gårdbrukere og funksjonærer på mellomnivå. Det ble ikke funnet like klare trender i dødelighetsutviklingen for kvinner som for menn, men også blant kvinner var det en negativ trend for ufaglærte arbeidere.

Den sunne arbeidereffekten

Yrkesmobilitet og mobilitet inn og ut av arbeidsmarkedet relatert til helse og sykdom, gjør at dødelighetsberegningene for yrkesaktive blir litt vilkårlige og sannsynligvis systematisk skjeve. «Den sunne arbeidereffekten» bidrar til dette. Dette begrepet, som først ble tatt i bruk av yrkesmedisinere i England tidlig på 1980-tallet, viser til at det i noen yrker eller yrkeskategorier med høy dødsrisiko, skjer en avskalling. Etter en tid er det derfor bare igjen personer med ekstraordinært god helse, som derfor tåler belastningene og helserisikoen som yrket påfører dem. Effekten av slike prosesser blir at de gjenværende i denne typen yrker har spesielt god helse og dermed lav dødelighet. De som har forlatt yrket, finnes ofte igjen i lettere funksjonæryrker eller blant dem som ikke er yrkesaktive. Den samlede effekten av slike bevegelser blir at den høye helserisikoen i bestemte yrkeskategorier – som ufaglærte arbeidere – systematisk undervurderes, mens den lavere helserisikoen ved lettere og mindre belastende yrker overvurderes (Dahl, 1993 og Dahl og Midtsundstad, 2000).

Siden det har gått relativt lang tid siden folketellingene der yrke og dermed sosioøkonomisk status ble registrert, er dødsfallene observert i relativt lange oppfølgingsperioder etter tellingene. De lange periodene gir anledning til

å studere konsekvenser av den sunne arbeidereffekten. En oppfølging med hensyn på død de første årene etter tidspunktet for registrering av sosioøkonomisk status vil tilnærmet registrere aktuell status ved død. Dødsfall registrert lenger ut i oppfølgingsperioden vil også inneholde personer som har forlatt yrkeslivet eller skiftet til et mindre belastende arbeid. At flere av dem med svakest helse er døde i grupper med høy dødelighet har også betydning, da de gjenlevende i større grad blir en selektert gruppe med sterke individer enn hva som er tilfelle i grupper med lavere dødelighet.

Studien av den «sunne arbeidereffekten» kan gjøres ved å se på dødeligheten for kohorter (fødselskull) som var 25-64 år ved folketellingen. Siden de blir fem år eldre for hver ny oppfølgingsperiode, kan alle kohorter som var med i den siste folketellingen vi har sosioøkonomisk status fra (1980) følges i 20 år til 2000. Alle kohorter som fikk registrert sosioøkonomisk status i en

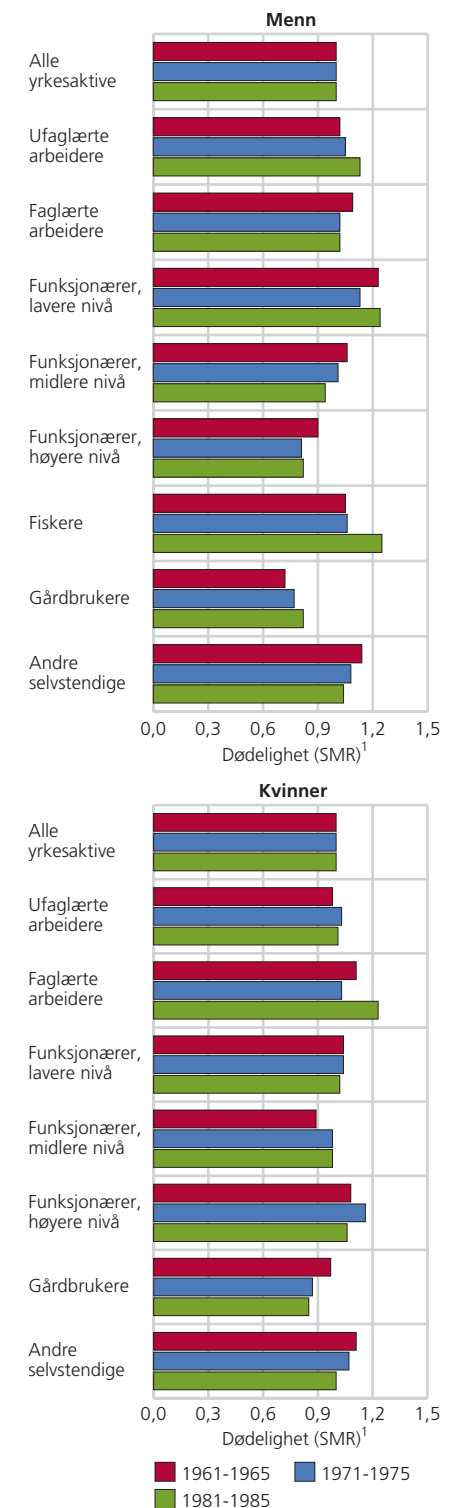
Tabell 1. Relativ dødelighetsutvikling¹ blant yrkesaktive menn og kvinner, etter sosioøkonomisk status ved en folketelling gjennom en oppfølgingsperiode på 20 år etter tellingen

Sosioøkonomisk status/ Folketellingsår	Menn				Kvinner			
	Oppfølgingsperiode ²				Oppfølgingsperiode ²			
Ufaglærte arbeidere	1	2	3	4	1	2	3	4
1960	1,02	1,04	1,06	1,08	0,98	1,03	1,07	1,06
1970	1,05	1,07	1,08	1,10	1,03	1,09	1,11	1,14
1980	1,13	1,15	1,15	1,17	1,01	1,11	1,14	1,13
Faglærte arbeidere	1	2	3	4	1	2	3	4
1960	1,09	1,12	1,09	1,10	1,11	1,18	1,14	1,10
1970	1,02	1,07	1,07	1,05	1,04	1,01	1,03	1,01
1980	1,02	1,02	1,05	1,03	1,23	1,20	1,06	1,21
Funksjonærer, lavere nivå	1	2	3	4	1	2	3	4
1960	1,23	1,08	1,12	1,03	1,04	1,02	1,02	1,03
1970	1,13	1,12	1,07	1,08	0,98	0,93	0,91	0,90
1980	1,24	1,23	1,20	1,15	1,02	0,98	1,00	1,02
Funksjonærer, mellomnivå	1	2	3	4	1	2	3	4
1960	1,06	1,03	1,00	0,96	0,89	0,89	0,87	0,89
1970	1,01	0,95	0,93	0,90	0,98	0,93	0,91	0,90
1980	0,94	0,92	0,90	0,90	0,98	0,97	0,94	0,89
Funksjonærer, høyere nivå	1	2	3	4	1	2	3	4
1960	0,90	0,87	0,84	0,82	1,08	0,79	0,77	0,89
1970	0,81	0,77	0,75	0,72	1,16	1,00	0,89	0,86
1980	0,82	0,80	0,78	0,78	1,06	0,90	0,95	0,85
Fiskere	1	2	3	4	1	2	3	4
1960	1,05	1,08	1,03	1,05	..	..	..	..
1970	1,06	1,10	1,11	1,09	..	..	..	..
1980	1,25	1,17	1,11	1,13	..	..	..	..
Gårdbrukere	1	2	3	4	1	2	3	4
1960	0,72	0,75	0,79	0,82	0,97	1,04	1,04	0,97
1970	0,77	0,78	0,81	0,87	0,87	0,88	0,90	0,90
1980	0,82	0,86	0,88	0,94	0,85	0,86	0,86	0,92
Andre selvstendige	1	2	3	4	1	2	3	4
1960	1,14	1,08	1,04	1,02	1,11	1,05	1,05	1,03
1970	1,08	1,06	1,06	1,02	1,07	1,13	0,98	1,06
1980	1,04	1,02	1,03	1,02	1,00	1,06	0,95	1,03

¹ Dødeligheten måles med SMR (Standardized Mortality Ratio) hvor SMR = 1,00 for alle yrkesaktive for vedkommende kjønn i vedkommende periode.

² Første oppfølgingsperiode går fra null til fem år etter folketellingen, andre periode fra fem til ti år etter tellingen, osv.

Figur 2. Relativ dødelighetsutvikling 1961-1985, etter sosioøkonomisk status for menn og kvinner



¹ SMR = 1,00 for alle yrkesaktive hver periode.

Kilde: Folke- og boligtellingsene 1960, 1970 og 1980 samt Dødsårsaksregisteret, Statistisk sentralbyrå.



Foto: Colorbox.com

eller flere av folketellingene 1960-1980, kan derfor følges opp i minst fire femårsperioder. Kohorten som var 25-64 år ved begynnelsen av den første oppfølgingsperioden etter tellingen, vil da være 40-79 år ved inngangen til den fjerde femårsperioden. Tabell 1 viser den relative dødelighetsutviklingen over fire femårsperioder for kohorter som var 25-64 år ved en av folketellingene 1960-1980.

Ufaglærte arbeidere har høy dødelighet

Forskjellen i dødelighet mellom ufaglærte og alle yrkesaktive er dessuten økende over tid. Som vist over gjør «den sunne arbeidereffekten» at dødeligheten blant de yrkesaktive ofte blir undervurdert i denne gruppen. Blant kvinner har denne gruppen en gjennomsnittlig dødelighet som for alle yrkesaktive, men også her skjer det en seleksjon som gjør at gruppen vil ha høyere dødelighet enn gjennomsnittet hvis det tas hensyn til helsemessig avgang fra yrket.

Ufaglærte arbeidere har lav utdanning. Mange undersøkelser viser at dødeligheten synker med økende utdanning. Blant menn er dødeligheten av de store dødsårsaksgruppene hjerte- og kar sykdom samt kreft sammenfallende med den totale dødeligheten. I forhold til menn har kvinner lavere kreftdødelighet, men høyere hjerte- og kardødelighet. Ufaglærte menn er i høy grad utsatt for ulykker og selvmord, mens dette skjer i mindre grad blant kvinner. Særlig innenfor gruppen av ufaglærte har kvinner og menn nokså ulike yrker. Blant menn er de fleste ufaglærte arbeidere i industri- og transportnæringene. Blant kvinner er rengjøringsarbeid dominerende, og mange arbeider deltid. Dette er en gruppe med lav selvmords- og ulykkesdødelighet. Sannsynligvis knytter ufaglærte kvinnelige arbeidere i mindre grad sin identitet og livsstil til arbeidet enn det ufaglærte menn og kvinner med høyere utdanning gjør.

Også faglærte arbeidere har høyere dødelighet

De største gruppene her er jern- og metallarbeid og elektroarbeid. Det er få kvinnelige faglærte arbeidere, men fordelingen på yrke mellom kjønnene er ikke så markant forskjellig som blant de ufaglærte. Den «sunne arbeidereffekten» virker ikke slik som blant de ufaglærte, da den relative dødeligheten endrer seg lite over tid. Også i denne gruppen er det mindre avvik fra totaldødeligheten av hjerte- og karsykdommer samt kreft, mens blant kvinner er det relativt høy hjerte- og kardødelighet. I motsetning til de ufaglærte hadde mannlige faglærte arbeidere lav ulykkes- og selvmordsdødelighet. Blant

kvinner var det heller motsatt, men da det er få kvinnelige faglærte arbeidere, kan resultatene være noe usikre.

Blant kvinner har lavere funksjonærer samme dødelighet som gjennomsnittet

Funksjonærer på lavere nivå er en stor gruppe blant kvinner, men liten blant menn. Menn i denne gruppen har den høyeste dødeligheten som yrkesaktive umiddelbart etter folketellingen, men har en trend med relativt lavere dødelighet etter alle folketellingene. Dette skyldes i hovedsak et motsatt bilde av hva som er observert for ufaglærte arbeidere. Ved folketellingen er dette en svakere gruppe, både ved at det har vært et en tilgang av helsemessig svakere individer fra andre yrker, og fordi det er lettere å stå i slike yrker selv om helsen svikter. Denne motsatte «sunne arbeidereffekten» viser seg å være enda sterkere for hjerte- og karsykdommer. Dette kan tyde på at det har vært lettere å fortsette i disse yrkene med en hjerte- og karsykdom, eller at personer i mer fysisk belastende yrker har skiftet til slike yrker ved sviktende helse. Mannlige lavere funksjonærer har også lav ulykkesdødelighet. Lavere kvinnelige funksjonærer, som det er flere av enn blant menn, hadde en trend som falt sammen med trenden for alle yrkesaktive sett under ett. Dødelighetsnivået er også nær gjennomsnittet. Dette taler for at gruppen ikke har vært utsatt for noen spesiell seleksjon.

Kvinnelige høyere funksjonærer har relativt høy dødelighet

Funksjonærer på mellom- og høyere nivå har relativt høyere dødelighet blant kvinner enn blant menn. Menn har totalt sett høyere dødelighet enn kvinner, derfor betyr dette at kjønnsforskjellene i dødelighet er minst i disse gruppene, og aller minst blant funksjonærer på høyeste nivå. Mens selvmordsdødeligheten gjennomgående var mellom tre og fire ganger så høy blant mannlige ufaglærte arbeidere som kvinner i samme gruppe, var det liten eller ingen forskjell mellom kjønnene blant høyere funksjonærer. Dette bekrefter antakelsen om at kvinner og menn er mer likestilte i disse yrkene enn i andre yrker.

Kvinnelige høyere funksjonærer har relativt høy dødelighet som yrkesaktive, men dødeligheten faller sterkt utover i periodene etter de folketellingene der yrket er registrert. Denne trenden finnes for begge de to store dødsårsaksgruppene, hjerte- og karsykdommer og kreft, men trenden er klart sterkere for kreftdødeligheten. Det er ikke umiddelbart lett å finne årsaken til dette.

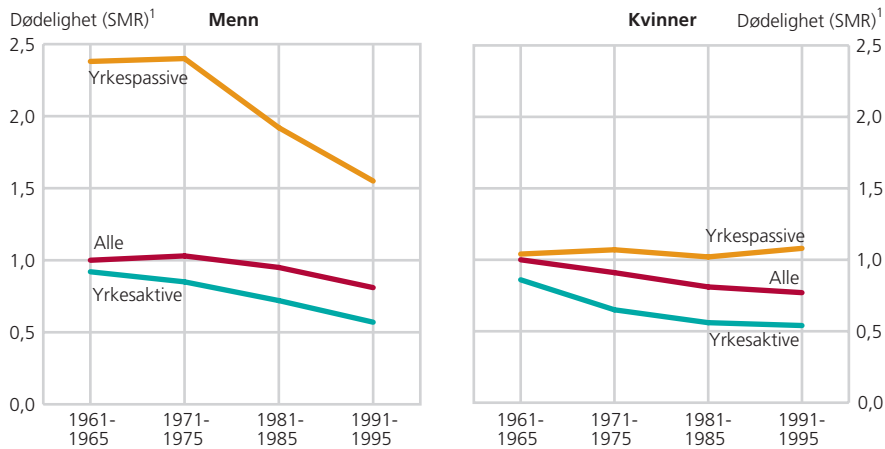
Mange selvmord blant gårdbrukere, mange dødsulykker blant fiskere

Mannlige gårdbrukere og fiskere har ulikt dødelighetsmønster. Gårdbrukere er blant gruppene med den laveste dødeligheten, mens fiskere hadde en dødelighet over gjennomsnittet. I de store dødsårsaksgruppene hjerte- og karsykdommer og kreft finnes ingen påfallende avvik fra det totale dødelighetsmønsteret. For voldsomme dødsfall er det imidlertid store forskjeller: Mens fiskere hadde en ulykkesdødelighet som var opp mot tre ganger så

Foto: Colorbox.com



Figur 3. Dødelighet, etter yrkesaktivitet og kjønn 1961-1995



¹ SMR = 1,00 for alle menn/kvinner 1961-1965.

Kilde: Folke- og boligtellingerne 1960, 1970, 1980 og 1990 samt Dødsårsaksregisteret, Statistisk sentralbyrå.

høy som for alle yrkesaktive, hadde gårdbrukere en ulykkesdødelighet nær gjennomsnittet. For selvmord var bildet imidlertid helt motsatt. Fiskere er sammen med høyere funksjonærer den gruppen som har den laveste selvmordsdødeligheten blant menn, mens gårdbrukere og ufaglærte arbeidere har det høyeste nivået. Den høye ulykkesdødeligheten blant fiskere henger mye sammen med at det er et risikofylt yrke. Kanskje rekrutterer de også personer med en mer risikopreget livsstil enn for eksempel gårdbrukere? Den høyere selvmordsdødeligheten blant mannlige gårdbrukere henger kanskje sammen med at det kan være et «ensomt» yrke. At selvmordsdødeligheten ikke var spesielt høy på 1960-tallet underbygger denne hypotesen, da yrket var mindre «ensomt» på den tiden.

ten ikke var spesielt høy på 1960-tallet underbygger denne hypotesen, da yrket var mindre «ensomt» på den tiden.

1960-1990: Lavere yrkesdeltaking for menn, høyere for kvinner

Folketellingene mellom 1960 og 1990 viser en trend med lavere yrkesdeltaking for menn og høyere for kvinner. Den viktigste årsaken til den reduserte yrkesdeltakingen blant menn er tidligere avgang fra yrkeslivet, mens økningen blant kvinner skyldes at det ble færre hjemmearbeidende husmødre. Denne andelen ble sterkt redusert etter 1970. Blant de yngste har yrkesaktiviteten gått ned, fordi flere tar utdanning som varer utover 20-årsalderen.

Det er ikke tilfeldig hvem som avslutter sitt yrkesliv før oppnådd pensjonsalder. Det er særlig personer med sviktende helse som slutter i arbeidslivet før tiden. Som en konsekvens av dette er det observert en klart sterkere nedgang i dødeligheten blant yrkesaktive menn enn i dødeligheten for alle menn i yrkesaktiv alder (det vil si 25-64 år). Samtidig ble det også observert sterkere dødelighetsfall blant de yrkespassive enn i hele befolkningen. At både yrkesaktive og yrkespassive har et sterkere fall i dødeligheten enn gjennomsnittet, skyldes at yrkespassive menn har en mye høyere dødelighet enn yrkesaktive, samtidig som de yrkespassives andel av befolkningen mellom 25 og 64 år økte sterkt i perioden. Årsaken til at flere menn avslutter yrkeslivet tidligere kan både skyldes at en raskere omstilling i arbeidslivet kan ha bidratt til at flere har blitt utstøtt av arbeidet på grunn av sviktende helse, samt at bedre trygdeordninger har gjort det økonomisk mulig å slutte tidligere i arbeidslivet. Slik yrkesaktivitet er definert i denne artikkelen, ble andelen yrkesaktive i befolkningen i aldersgruppen 25-64 år redusert fra 96 til 84 prosent fra 1960 til 1990. Blant kvinner i den samme aldersgruppen økte derimot yrkesdeltakelsen fra 22 til 67 prosent i perioden.

Dødelighetsberegningene i denne artikkelen bygger på yrkesopplysningene for personer i alder 25-64 år ved folketellingene i 1960, 1970 og 1980 samkjørt med dødsårsaksregisteret for perioden fram til 2000. På grunnlag av opplysning om yrke, arbeidstid med videre er sosioøkonomisk status beregnet for hver person (Statistisk sentralbyrå 1984 og Borgan og Kristofersen, 1986). For fire 5-årsperioder etter hver folketelling er det beregnet en relativ dødelighet ved hjelp av dødelighetsmålet SMR (Standardized Mortality Ratio). SMR er i figur 2 og tabell 1 beregnet som forholdstallet mellom antall dødsfall som ble observert i en sosioøkonomisk gruppe i en gitt periode, og tallet på dødsfall vi ville få i den samme gruppen hvis gruppen hadde hatt de samme aldersbestemte dødsansynligheter som alle yrkesaktive personer. I figur 3 er dødeligheten blant yrkesaktive og yrkespassive sammenliknet med den totale dødeligheten i perioden 1961-1965.

Det er noen mindre avik i beregningen av sosioøkonomisk status. Gifte kvinners arbeid som familiemedlem er regnet som inntektsgivende arbeid i 1970- og 1980-tellingene, men ikke i 1960-tellingen. Dette fører til en noe lavere yrkesprosent for kvinner i 1960-tellingen. Dette gir sterkest utslag blant kvinnelige gårdbrukere. Grensen mellom funksjonærer på midlere og høyere nivå er sannsynligvis satt noe lavere i 1980-tellingen enn i 1970-tellingen. Dette fører til at forskjellen mellom dødeligheten mellom disse to gruppene blir noe lavere etter 1980-tellingen enn den ellers ville ha vært. Trendene er imidlertid så klare at det ikke forstyrrer hovedkonklusjonene.

Tidligere avgang fra yrkeslivet slik det er observert blant menn, gjelder nok i noen grad også blant kvinner. Dette blir imidlertid overskygget av den sterke økningen i kvinnelig yrkesaktivitet siden 1960, da det var en stor andel hjemmearbeidende husmødre i yrkesaktiv alder. Etter 1970 har dette bildet endret seg, slik at det i dag ikke er noen stor forskjell i yrkesaktivitet mellom kvinner og menn. De hjemmearbeidende husmødrene var i liten grad yrkespassive av helsemessige grunner. Deres dødelighet var mer på linje med yrkesaktive enn andre yrkespassive. Da andelen husmødre blant de yrkespassive falt, medførte dette naturlig nok at de yrkespassive kvinnene fikk en dårligere utvikling i dødeligheten sammenliknet med alle kvinner i yrkesaktiv alder.

En drøfting av dødelighet blant yrkespassive og yrkesaktive basert på de tre første av de fire nevnte folketellingene, er tidligere publisert av Borgan (1997).

Har bildet forandret seg til i dag?

Registrering av yrke (og dermed sosioøkonomisk status) i denne artikkelen bygger på yrkesregistrering fra mer enn et kvart- og nesten opp til et halvt århundre siden. Mange yrker som var vanlige på den tiden, er sjeldne nå, og omvendt har mange nye yrker kommet til. Dødelighetsberegningene som er gjort, går imidlertid helt opp til tusenårsskiftet, så for populasjonen som var yrkesaktiv i 1980 og tidligere, er det nok små endringer fra hovedtrekkene i denne artikkelen. Om den nåværende yrkesbefolkningen vil gjennomgå et annet dødelighetsmønster gjenstår selvsagt fortsatt å se.

Referanser

Borgan, J-K og L.B. Kristofersen (1986): *Dødelighet i yrker og sosioøkonomiske grupper*, Statistiske analyser 1986/56, Statistisk sentralbyrå.

Borgan, J-K (1997): Utstøting gir lavere dødelighet hos yrkesaktive, *Samfunnspeilet 1*, 1997, Statistisk sentralbyrå.

Dahl, E. (1993): Social Inequality in health - The Role of the Healthy Worker Effect, *Social Science of Medicine Vol 36*.

Dahl, E og T. Midtsundstad (2000): *Yrke og forventet levealder*, Fafo-notat 2000:20.

Helse- og omsorgsdepartementet (2007): St.meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller

Statistisk sentralbyrå (1984): Standard for inndeling etter sosioøkonomisk status. Standarder for norsk statistikk 5.

Kvinnens og menns helse – flere likheter enn ulikheter?

Kvinner rapporterer flere symptomer på sykdom og bruker flere helsetjenester enn det menn gjør. Men er det sykdommer og symptomer som leder til den høyere bruken av helsetjenester blant kvinner? Helse- og levekårsundersøkelsen og pasientstatistikken viser at bildet er mer nyansert enn som så, og at forskjellene mellom kvinnens og menns helse i realiteten ikke er så store. Like fullt viser det seg at det er flere kvinner enn menn som helt eller delvis står utenfor arbeidslivet på grunn av «sykdom, skade eller lyte», og at det er noen ulikheter mellom kvinner og menn når det gjelder de helsemessige årsakene til at de ikke kan jobbe.

Arne Jensen

Kjønn og helse er et område som favner om mange temaer som kan belyses med forskjellige opplysninger fra ulike helsestatistikker. I denne artikkelen er det valgt ut noen temaer som kan bidra til å belyse helselikheter og -ulikheter mellom norske kvinner og menn. De utvalgte temaene er *helsetilstanden, bruk av helsetjenester, levevaner og uførhet*. Når det gjelder temaene helsetilstanden og levevaner, er for øvrig noen resultater fra levekårsundersøkelsen som gjennomføres i Sverige, tatt med for å belyse de norske forholdene.

Hver for seg er de utvalgte temaene omfangsrike. For eksempel kan begrepet om helsetilstanden romme alt fra dødelighet og levealder til konkrete forekomster av sykdommer og egenvurdert helse. Bruk av helsetjenester kan på sin side omhandle alle de ulike helsetjenestene som utføres i primær- og spesialisthelsetjenesten. I denne sammenhengen er formålet å belyse noen sider ved de fire temaene uten å foreta noe dypdykk.

Vi kan bare bevare en god helse ved å spise det vi ikke har lyst på, drikke det vi ikke liker og gjøre det vi helst vil slippe (Mark Twain).

Vi er fornøyd med egen helse ...

Helsetilstanden i den norske befolkningen er generelt god. Helse- og levekårsundersøkelsen fra 2005 viser at fire av fem personer i alderen 16 år og eldre vurderer egen helse som meget god eller god. Undersøkelsen viser også at det er én av tjue som vurderer egen helse som meget dårlig eller dårlig¹. I Sverige er det til sammenligning tre av fire i alderen 16 år og eldre som vurderer egen helse som meget god eller god, mens andelen som vurderer egen helse som meget dårlig eller dårlig er på om lag samme nivå som i Norge.

... og det er liten forskjell i egenvurdert helse mellom kvinner og menn

Det er ytterst få, om noen, forskjeller i egenvurdert helse i den norske befolkningen som kan tilskrives kjønnsdimensjonen direkte. Det er omtrent like store andeler av både kvinner og menn som vurderer egen helse som henholdsvis meget god eller god – og meget dårlig eller dårlig. Ulikheter i

Arne Jensen er seniorrådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk (arne.jensen@ssb.no).

Helse- og levekårsundersøkelsen og undersøkningarna av levnadsförhållanden

I Norge gjennomføres helse- og levekårsundersøkelsen hvert tredje år. Undersøkelsen ble sist gjennomført i 2005 og inngår i Statistisk sentralbyrås samordnet levekårsundersøkelse, en temaroterende undersøkelse (tverrsnittundersøkelse) som har som hovedmål at den over tid skal dekke alle viktige levekårsområder. Det ble i alt oppnådd intervju med 6 766 personer i alderen 16 år og eldre i Helse- og levekårsundersøkelsen 2005. Av disse var det 3 365 kvinner og 3 401 menn (Hougen, 2006).

I Sverige gjennomføres det en tilsvarende levekårsundersøkelse gjennom undersøkningarna av levnadsförhållanden (ULF) i regi av Statistiska Centralbyrån (SCB). Undersøkelsen gjennomføres årlig, og de nyeste resultatene som er publisert, er fra 2005. Det ble i alt oppnådd intervju med 4 429 personer i alderen 16 år og eldre i ULF i 2005. Av disse var det 2 303 kvinner og 2 126 menn².

den egenvurderte helsen forklares bedre med for eksempel alder, bostedstrøk, landsdel og sosioøkonomisk status³.

Til sammenligning er det en tendens til mer kjønnsrelaterte forskjeller i egenvurdert helse i Sverige. I den svenske befolkningen er det en lavere andel blant kvinnene som vurderer egen helse som meget god eller god, enn det er blant mennene. Samtidig er det noen flere av kvinnene som vurderer egen helse som meget dårlig eller dårlig. Med svensk terminologi kan det sies å være en tendens til mer *ohälsa* (dårlig helse) blant kvinner enn det er blant menn i Sverige⁴.

Kvinner lever lenger enn menn, men dødsårsakene er i all hovedsak de samme

Den gjennomsnittlige levealderen i Norge var 82,7 år for kvinner og 78,1 år for menn i 2006. Kvinner lever altså lenger enn menn. Samtidig viser utviklingen over tid at menn nærmer seg kvinner i levealder. Siden 1970 har den gjennomsnittlige levealderen for kvinner og menn økt med henholdsvis 5,7 år og 7 år. Økningen i levealder kan blant annet tilskrives redusert dødelighet av hjerte- og karsykdommer gjennom flere år og en lav spedbarnsdødelighet.

De aller fleste registrerte dødsfall blant bosatte i Norge i 2004 var forårsaket av sykdom. I alt 94 prosent av dødsfallene var sykdomsrelatert. Restende dødsfall skyldtes ulykker eller andre voldsomme dødsfall. Statistikken over dødsårsaker viser at dødsårsakene er forholdsvis jevnt fordelt mellom kjønnene. Kvinner og menn dør med andre ord hovedsakelig av de samme årsakene. Samtidig eksisterer det blant de 41 257 registrerte dødsfallene i 2004 noen forskjeller som kan relateres til kjønn.

De fleste dødsfall skyldes sykdommer i sirkulasjonsorganene, og svulster. Av alle dødsfall i 2004 var det 38 prosent som skyldtes sykdommer i sirkulasjonsorganene og i overkant av 26 prosent som ble forårsaket av svulster. Når det gjelder sykdommer i sirkulasjonsorganene, var dette årsak til om lag 40 prosent av dødsfallene blant kvinner og rundt 36 prosent av dødsfallene blant menn i 2004. Videre var det om lag 24 prosent av døds-

Tabell 1. Egenvurdert helse i Norge og Sverige, etter kjønn. 2005. Prosent

Egenvurdert helse	Norge			Sverige		
	Begge kjønn	Kvinner	Menn	Begge kjønn	Kvinner	Menn
Meget god eller god ...	81	80	82	75	72	78
Meget dårlig eller dårlig	6	6	6	6	7	5

Kilde: Helse- og levekårsundersøkelsen 2005, Statistisk sentralbyrå. Undersøkningarna av levnadsförhållanden 2005, Statistiska centralbyrån.

fallene blant kvinner som skyldtes svulster, mens den tilsvarende andelen blant menn var 28 prosent. Det må imidlertid nevnes at det er flere yngre kvinner enn menn som dør av kreft. Dette skyldes primært forekomsten av brystkreft blant kvinner.

Statistikken over dødsårsaker viser at det i alt var om lag 6 prosent av dødsfallene i 2004 som kunne kategoriseres som voldsomme dødsfall. Voldsomme dødsfall, som for eksempel dødsfall på grunn av ulykker, er mindre utbredt blant kvinner enn blant menn. I 2004 var tre av fem av de som døde voldsomme dødsfall menn, og blant registrerte selvmord var det to av tre som var menn.

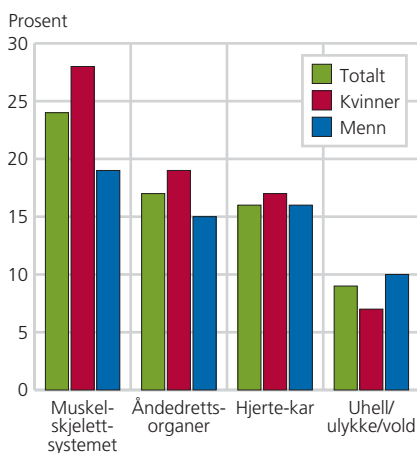
Kvinner rapporterer flere sykdommer og symptomer enn menn

I Helse- og levekårsundersøkelsen 2005 rapporterer kvinner og menn et litt forskjellig sykdomsbilde. Kvinner rapporterer generelt flere sykdommer enn menn. Forskjellene er størst når det gjelder sykdommer i muskel-/skjelettsystemet. Videre rapporterer kvinner noen flere symptomer på helseproblemer/sykdom enn det

menn gjør. Ett eksempel er at kvinner, og da spesielt i den yngste aldersgruppen 16-24 år, rapporterer om flere symptomer på psykiske lidelser.

Figur 1 viser de tre sykdommene som er rapportert mest i Helse- og levekårsundersøkelsen 2005. Sykdomsbegrepet inkluderer i denne sammenhengen all langvarig sykdom. Langvarig sykdom er i Helse- og levekårsundersøkelsen 2005 definert som sykdom eller lidelse som har vart i minst seks måneder, eller nyere sykdom eller lidelse som den enkelte regner med vil bli varig. Figuren viser også rapporteringen av skader som skyldtes uhell/ulykke, vold, overfall eller håndgemeng samme år. Referanserammen for skader er siste 12 måneder.

Figur 1. Utvalgte langvarige sykdommer og årsak til skade, etter kjønn. 2005. Prosent



Kilde: Helse- og levekårsundersøkelsen 2005, Statistisk sentralbyrå.

Det er flere kvinner enn menn som rapporterer «de vanligste» sykdommene, og den største forskjellen er å finne i rapporteringen av sykdommer i muskel-/skjelettsystemet. Helse- og levekårsundersøkelsene viser at forskjellene mellom kvinner og menn i rapportering av sykdommer har holdt seg stabile fra 1998 til 2005. Det er særlig kvinner over 45 år som lider av sykdommer i muskel-/skjelettsystemet.

Med hensyn til skader er det flere menn enn kvinner som rapporterer skader som skyldes uhell/ulykke, vold, overfall eller håndgemeng. De største forskjellene mellom menn og kvinner er å finne blant de som rapporterer skader som følge av vold og håndgemeng, og det er særlig de yngste mennene i aldersgruppen 16-24 år som skiller seg ut.

Kvinner bruker flere helsetjenester enn menn, og mye av bruken er svangerskapsrelatert

Helse- og levekårsundersøkelsen 2005 viser at det er forskjeller mellom kvinner og menn i bruk av helsetjenester. Forskjellene kommer til syne både i rapporteringen av bruk av primærhelsetjenester (for eksempel konsul-

tasjoner hos allmennlege) og bruk av spesialisthelsetjenester (for eksempel konsultasjoner hos legespesialist på sykehus og psykolog).

Det er flere kvinner enn menn som konsulterer allmennlege. Sentrale data fra allmennlegetjenesten (SEDA) viser at det blant pasientene som var i kontakt med fastlegen i løpet av de tre første månedene i 2005, var 60 prosent kvinner og 40 prosent menn (Brøyn, Skretting Lunde og Kvalstad, 2007).

Resultatene fra Helse- og levekårsundersøkelsen 2005 viser at de største forskjellene i bruk av helsetjenester i 2005 var å finne i de yngste aldersgruppene. I aldersgruppen 16-24 år var det 71 prosent av kvinnene og 58 prosent av mennene som oppga at de hadde konsultert allmennlege de siste tolv månedene. I aldersgruppen 25-44 år var tilsvarende andeler 71 prosent blant kvinnene og 60 prosent blant mennene. Opplysninger om konsultasjoner og diagnoser i SEDA viser at noe av denne forskjellen kan tilskrives svangerskapsrelatert bruk av allmennlege blant kvinner.

Videre viser resultatene fra Helse- og levekårsundersøkelsen 2005 at det var flere kvinner enn menn som rapporterte å ha konsultert legespesialist på sykehus de siste tolv månedene. Dette gjaldt både for konsultasjoner hos legespesialister på offentlig sykehus og andre steder. Forskjellene mellom kvinner og menn var i størrelsesorden 5-6 prosentpoeng i alle aldersgrupper. På spørsmål om psykolog er konsultert de siste tolv månedene, skilte spesielt kvinner i de to yngste aldersgruppene 16-24 år og 25-44 år seg ut. Dette sammenfaller med at det særlig er kvinner i disse gruppene som rapporterer om psykiske helseproblemer.

Flere døgnopphold på somatiske sykehus blant kvinner

Pasientstatistikken viser at det i 2006 var om lag 70 000 flere døgnopphold på somatiske sykehus blant kvinner enn blant menn. Forskjellen var størst i aldersgruppen 20-39 år, en forskjell som først og fremst skyldtes svangerskapsrelatert bruk av helsetjenester. Flere døgnopphold blant kvinner over 80 år kan på sin side tilskrives høyere levealder blant kvinner. På grunn av høyere levealder er det flere kvinner enn menn i aldersgruppen over 80 år, og det er derfor naturlig at det er flere døgnopphold blant kvinner. I andre aldersgrupper var det en jevnere fordeling, og til og med en overvekt, av døgnopphold blant menn i 2006. Dette gjaldt særlig aldersgruppen 0-9 år.

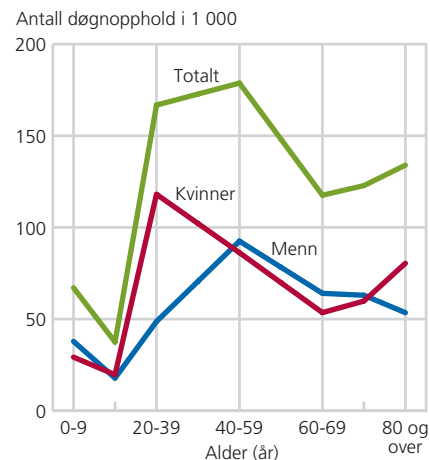
Figur 2 viser at det er i aldersgruppene 20-39 år og 80 år og eldre det er størst forskjeller mellom kvinner og menn. Den store forskjellen i aldersgruppen 20-39 år forklares langt på vei med døgnopphold som skyldes svangerskap. I alt er om lag 67 000 av de rundt 118 000 døgnoppholdene blant kvinner i alderen 20-39 år svangerskapsrelaterte.

Det er ikke tatt hensyn til hvor mange kvinner og menn som er i de ulike aldersgruppene. Dette slår særlig ut for aldersgruppen 80 år og eldre, hvor det er flere kvinner enn menn. Tendensen i den eldste gruppen er at kvinner har størst antall døgnopphold totalt, mens menn har flere døgnopphold relativt sett.

Sykehusopphold

Et sykehusopphold registreres som døgnopphold når pasienten er skrevet inn, har fått tildelt en seng og skal tilbringe minst én natt på sykehuset. Ett døgnopphold kan strekke seg over flere netter/døgn. Et sykehusopphold registreres som dagopphold når det er en planlagt innleggelse hvor pasienten ikke overnatter.

Figur 2. Døgnopphold ved somatiske sykehus, etter kjønn og alder. 2006. Antall



Kilde: Pasientstatistikk 2006, Statistisk sentralbyrå.

Flest døgnopphold på somatiske sykehus og flest polikliniske konsultasjoner ved offentlige sykehus i aldersgruppen 40-59 år

Fordelt etter alder er det flest døgnopphold i aldersgruppen 40-59 år. Selv om forskjellen mellom kvinner og menn i denne aldersgruppen er liten med hensyn til antall døgnopphold, viser pasientstatistikken at det er forskjeller mellom kjønnene når det gjelder årsakene til sykehusoppholdet. Grunnlagsmaterialet viser at svulster er den viktigste enkeltårsaken til døgnopphold for kvinner i aldersgruppen 40-59 år, mens sykdommer i sirkulasjonssystemet (spesielt hjerte-relaterte sykdommer) er den viktigste enkeltårsaken for menn i denne aldersgruppen.

Pasientstatistikken viser at i 2006 var kvinner til flere polikliniske konsultasjoner på offentlige sykehus enn menn. Mye av det samme bildet som gjaldt med hensyn til døgnopphold, gjør seg også gjeldende for polikliniske konsultasjoner. I aldersgruppen 20-39 år var kvinner til flest polikliniske konsultasjoner, mens menn var til flest konsultasjoner i aldersgruppen 0-9 år. I

de øvrige gruppene var polikliniske konsultasjoner jevnt fordelt mellom kjønnene. I likhet med døgnopphold var det i 2006 størst forekomst av polikliniske konsultasjoner i aldersgruppen 40-59 år. Sykdommer i muskel-/skjelettsystemet og bindevev var den dominerende årsaken til de polikliniske konsultasjonene blant både kvinner og menn.

Levevaner er helsevaner ...

Levevaner er en dimensjon som har vært inkludert i helse- og levekårsundersøkelsen i mange år. Dimensjonen er viktig for å kunne si noe mer generelt om helseatferden og forebygging av helseproblemer i befolkningen.

I medisinsk faglig litteratur brukes gjerne begrepet *helsevaner* om helse- og levekårsundersøkelsens begrep *levevaner*. Røyking, kosthold og fysisk aktivitet er blant de helsevanene som oftest blir drøftet. Det har blitt påvist at røyking forkorter levetiden og gir omfattende helseskader, mens kosthold og fysisk aktivitet har en klar sammenheng med total dødelighet og død forårsaket av hjerte- og karsykdom. Videre har studier vist at sannsynligheten for å unngå hjerte- og karsykdom og diabetes øker hos menn som driver fysisk aktivitet, har moderat alkoholkonsum, lav kroppsmasseindeks og avstår fra røyking, mens sunne levevaner kan være asso-

Foto: Colorbox.com



siert med blant annet bed-re psykisk helse (Holme, Søgaard, Lund-Larsen, Tonstad og Håheim, 2006).

I Helse- og levekårsundersøkelsen 2005 blir både dagligrøyking og av-og-til-røyking målt. Undersøkelsen viser at andelen dagligrøykere i befolkningen har gått ned fra 31 prosent i 1998 til 25 prosent i 2005, mens andelen som røyker av og til, har holdt seg rundt 10 prosent i den samme perioden. Det er ingen store forskjeller mellom kjønnene. Det er likevel noen flere kvinner enn menn som røyker daglig og av og til, i den yngste aldersgruppen 16-24 år, og noen færre kvinner enn menn som røyker av og til i aldersgruppen 25-44 år.

Undersökningarna av levnadförhållanden (ULF) viser at andelen dagligrøykere var om lag 16 prosent i Sverige i 2005. Blant kvinner var det totalt i underkant av 18 prosent dagligrøykere mens den tilsvarende andelen blant menn var om lag 14 prosent. Undersökelsen viser videre at andelen dagligrøykere var størst blant kvinner i alle aldersgrupper. For øvrig bør det nevnes at det blant svenske menn i alle aldersgrupper er langt vanligere å bruke snus enn å røyke daglig.

... og helsevanene er noe bedre hos kvinner enn hos menn

Helse- og levekårsundersøkelsen viser videre at menn er mer overvektige og har noe mer fedme, at kvinner spiser mer frukt og grønt, og at det er flere kvinner enn menn som jevnlig spiser frokost. Når det gjelder fysisk aktivitet, viser Helse- og levekårsundersøkelsen 2005 at vi blir en stadig mer mosjonerende befolkning, og at kvinner mosjonerer mer enn menn i de fleste aldersgrupper. Det var en større andel av kvinnene som rapporterte å mosjonere ukentlig eller oftere i 2005. Unntaket var den eldste gruppen, fra 67 år og eldre. Det er også verdt å merke seg at den største aktivitetsøkningen fra 1998 til 2005 har skjedd i midlere og eldre aldersgrupper, og at mye av økningen skyldtes mer mosjoning blant kvinner.

Til sammenligning er det også flere overvektige og større forekomster av fedme blant menn enn blant kvinner i Sverige. Videre viser Undersökningarna av levnadförhållanden 2005 (ULF) at det i 2005 var om lag 45 prosent som rapporterte at de mosjonerer minst to ganger i uken. Dette er med andre ord et litt «strengere» mål på fysisk aktivitet og mosjon enn det som brukes i den norske helse- og levekårsundersøkelsen. Forskjellene mellom svenske kvinner og menn når det gjelder fysisk aktivitet målt som mosjoning minst to ganger i uken, er for øvrig relativt små.

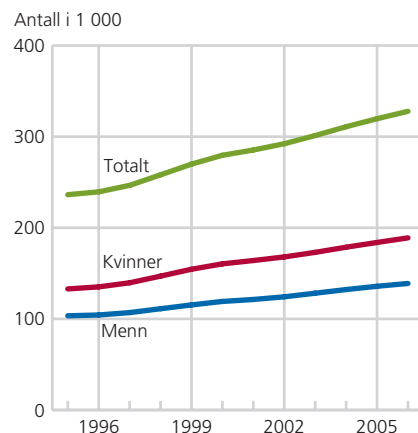
Tabell 3 viser at det har vært en økning i fysisk aktivitet i alle aldersgrupper over tid. Økningen i fysisk aktivitet er såpass stor i alle aldersgrupper at det er en reell stigning i aktivitetsnivået. Samtidig er det betimelig å reise spørsmålet om det stadig større fokuset på trening og mosjon i media er med på å påvirke respondentene til å svare det de anser er sosialt akseptabelt. Dette er en utfordring for enhver intervjuundersøkelse, og noe av økningen i fy-

Tabell 3. Mosjonerer ukentlig eller oftere, etter kjønn og alder. 1998, 2002 og 2005. Prosent

Alder	1998		2002		2005	
	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
16-24 år	72	66	77	73	78	78
25-44 år	63	57	67	63	75	66
45-66 år	58	54	67	59	76	67
67 år og over	43	52	48	57	59	66
Alder i alt	59	57	65	62	73	68

Kilde: Helse- og levekårsundersøkelsen 1998, 2002 og 2005, Statistisk sentralbyrå.

Figur 3. Mottakere av uføreytelser, etter kjønn. 1995-2006. Antall



Kilde: www.nav.no (Tall og analyse), Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV); og Statistisk årbok 2006, Statistisk sentralbyrå.

Uføreytelser er hjemlet i folketrygdloven og kan innvilges personer som er mellom 18 og 67 år, har vært medlem av folketrygden de siste tre årene og har nedsatt inntektsevne på grunn av langvarig sykdom, skade eller lyte. Inntektsevnen må være nedsatt med minst 50 prosent.

Uføreytelser omfatter folketrygdtytelsene uførepensjon og tidsbegrenset uførestønad. Uførepensjon kan gis dersom det ikke er utsikt til bedring av inntektsevnen/arbeidsevnen og er derfor en varig ytelse. Tidsbegrenset uførestønad kan gis dersom det etter en helhetsvurdering er sannsynlig at inntektsevnen kan bedres. Tidsbegrenset uførestønad ble innført fra og med 1. januar 2004. NAV forvalter uføreytelsene.

sisk aktivitet kan nok tilskrives en slik effekt. På bakgrunn av Helse- og levekårsundersøkelsen 2005 er det uansett en klar tendens til at kvinner lever et sunnere liv med hensyn til ulike laster, kosthold og fysisk aktivitet.

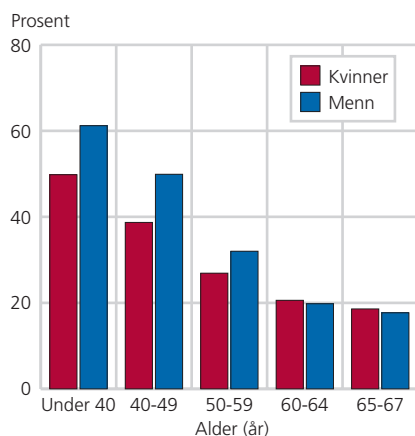
Det er stadig flere som mottar uføreytelser

Trygdestatistikk viser at det blir stadig flere som står utenfor arbeidslivet av helsemessige årsaker, og som mottar uføreytelser i form av uførepensjon eller tidsbegrenset uførestønad. Det har riktignok vært en liten reduksjon i antallet som mottok uførepensjon i perioden fra 2004 til 2006, men denne reduksjonen fant sted samtidig med at ordningen med tidsbegrenset uførestønad ble innført. Trygdestatistikken viser at det totale antallet mottakere av uføreytelser fortsetter å stige⁵.

Kvinner er i flertall blant mottakere av uføreytelser ...

Opplysninger fra 2005 viser at om lag 12 prosent av kvinner i yrkesaktiv alder (18-67 år) mottok uførepensjon, mens den tilsvarende andelen for menn var i underkant av 9 prosent. Av alle som mottok uførepensjon i 2006, var om lag 57 prosent kvinner. Av alle som mottok tidsbegrenset uførestønad det samme året, var om lag 64 prosent kvinner. Blant de som mottok uførepensjon, var det flest kvinner i alle aldersgrupper, med unntak av gruppen under 30 år. Blant de som mottok tidsbegrenset uførestønad, var det flest kvinner i alle aldersgruppene.

Figur 4. Andel uførepensjonister med psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som uføreårsak, etter kjønn og alder. 2005. Prosent



¹ Under 40: N=14 227 (kvinner) og 14 084 (menn), 40-49: N=27 860 (kvinner) og 20 957 (menn), 50-59: N=64 332 (kvinner) og 44 177 (menn), 60-64: N=46 002 (kvinner) og 34 548 (menn), 65-67: N=19 269 (kvinner) og 15 421 (menn).

Kilde: www.nav.no (Tall og analyse), Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV).

... har litt andre uføreårsaker ...

Den viktigste uføreårsaken blant kvinner som mottok en av de to uføreytelsene i 2005, var sykdommer i muskel-/skjelettsystemet og bindevev. På samme måte som Helse- og levekårsundersøkelsen 2005 viser at sykdommer i muskel-/skjelettsystemet blant kvinner særlig forekommer blant middelaldrende og eldre, viser trygdestatistikken at dette er en uføreårsak som særlig gjorde seg gjeldende for kvinner over 40 år i 2005. Blant kvinner under 40 år var psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser den viktigste årsaken.

Blant menn var psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser den viktigste årsaken til uførhet i 2005. Denne årsaken var særlig utbredt blant menn under 40 år. Blant uføre menn over 40 år varierte uføreårsaken mer, men de viktigste årsakene ved siden av psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser var sykdommer i muskel-/skjelettsystemet og bindevev samt sykdommer i sirkulasjonssystemet.

... og har mer gradert uførhet enn menn

Trygdestatistikken viser videre at det er en lavere andel blant uføre kvinner enn blant uføre menn som har en uføregrad på 100 prosent. Blant kvinner blir gradert uførhet benyttet i større utstrekning. I 2006 var det 77 prosent av uføre kvinner som hadde en uføregrad på 100 prosent mens den tilsvarende andelen blant menn var over 86 prosent. Andelen med 100 prosent uføregrad synker for øvrig med stigende alder både blant kvinner og menn.

Likheter og ulikheter mellom kvinners og menns helse

Gjennomgangen av kvinners og menns helse viser at det eksisterer både likheter og ulikheter mellom kjønnene. Norske kvinner og menn vurderer egen helse ganske likt og dør stort sett av de samme årsakene. Samtidig viser blant annet forekomsten av sykdommer og symptomer samt bruken av helsetjenester at kvinner er mer syke og har behov for flere helsetjenester. Og selv om en stor del av kvinners kontakter med helsevesenet kan sies å være svangerskapsrelatert, tegner trygdestatistikken et bilde av flere ulikheter enn likheter mellom kjønnene. Det er flere kvinner enn menn som mottar ytelse på grunn av sykdom, skade eller lyte, og den viktigste årsaken er sykdommer i muskel-/skjelettsystemet.

På den annen side kan det se ut til at kvinner i større utstrekning enn menn forsøker å forebygge helseproblemer gjennom sunn livsførsel og bedre helsevaner. Medisinsk forskning har dokumentert at dette har en helsegevinst, og det er grunn til å tro at kvinners noe lengre levealder blant annet skyldes helsevaner. Dessuten viser trygdestatistikken at gradert uførhet er mer utbredt blant kvinner, og at tidsbegrenset uførestønad er en ordning som omfatter kvinner i større grad enn menn. Til tross for at det er flere kvinner enn menn som mottar uføreytelser, tyder disse forholdene på at det relativt sett er flere uføre kvinner enn menn som opprettholder sin tilknytning til arbeidsmarkedet. I praksis kan det bety at helseproblemer hos uføre kvinner er mindre enn hos menn, og at det er større sannsynlighet for at kvinner kan rehabilitere arbeids- og inntektsevnen.

Det er viktig å understreke at det kan eksistere mer strukturelle forhold som kan bidra til å belyse likheter og ulikheter i kvinners og menns helse, enn de som har vært berørt i denne artikkelen. I omtalen av egenvurdert helse ble det blant annet nevnt at andre faktorer enn kjønn, som for eksempel sosioøkonomisk status (utdanning og yrke), bidrar til og forklarer forskjeller bedre. På samme måte kan for eksempel kvinners og menns tradisjonelle utdannings- og yrkesvalg ha betydning for framtidig nedsatt arbeids- og inntektsevne på grunn av yrkesrelatert belastning. I denne sammenhengen har det imidlertid vært et poeng å ta utgangspunkt i eksisterende helsestatistikk og kun fokusere på deler av denne i et kjønnsperspektiv.

¹ Se www.ssb.no for mer informasjon om resultater fra Helse- og levekårsundersøkelsen i 2005 og tidligere år.

² Se www.scb.se for mer informasjon om resultater og dokumentasjon av undersøkningarna av levnadsförhållanden (ULF).

³ I denne artikkelen er det ikke kontrollert for eventuelle sammenhenger mellom kjønn og andre faktorer som for eksempel alder, bostedsstrøk, landsdel og sosioøkonomisk status. Det er følgelig heller ikke kontrollert for om eventuelle sammenhenger mellom kjønn og andre faktorer har betydning for egenvurdert helse.

⁴ Undersøkningarna om levnadsförhållanden (ULF) er én av fire statistikker som inngår i Statistiska centralbyråns produksjon av statistikk over ohälsa (dårlig helse), og spørsmålet om egenvurdert helse er et viktig mål på ohälsa i ULF (SCB Samlad statistikk från SCB avseende ohälsa).

⁵ Informasjonen om trygdeordningene uførepensjon og tidsbegrenset uførestønad er innhentet fra Arbeids- og velferdsforvaltningens (NAV's) publikasjoner Trygdestatistisk årbok og Folketrygden Nøkkeltall. Trygdestatistisk årbok ble publisert for siste gang i 2005. Denne inneholder opplysninger til og med 31. desember 2004. På samme måte er Folketrygden Nøkkeltall 1. halvår 2005 den siste nøkkeltallpublikasjonen fra Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV). Opplysninger fra perioden som ikke dekkes av disse publikasjonene, er hentet fra www.nav.no – Tall og analyse.

Referanser

Brøyn, Nina, Elin Skretting Lunde og Inge Kvalstad (2007): *SEDA - Sentrale data fra allmenneitetjenesten 2004-2006*, Rapport 2007/15, Statistisk sentralbyrå.

Holme, Ingar, Anne Johanne Søgaard, Per G. Lund-Larsen, Serena Tonstad og Lise Lund Håheim (2006): «Lønner det seg å leve sunt?» i *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 126: 2246-9. Nr. 17 2006.

Hougen, Hanne Cecilie (2006): Samordnet levekårsundersøkelse 2005 – tverrsnittundersøkelsen, Dokumentasjonsrapport, Notater 2006/39, Statistisk sentralbyrå.

Hvorfor data fra allmennlegetjenesten?

Nina Brøyn



Til nå har det vært lite kunnskap om allmennlegene/fastlegene

På begynnelsen av 90-tallet var det flere fagmiljøer som arbeidet for å få samlet data fra allmennlegene via pasientjournalene. Det ble blant annet etablert et prosjekt «Helsedataprojektet» i Rikstrygdeverket med Den norske legeforening og helsemyndighetene som sentrale deltakere. Prosjektet ble imidlertid lagt på is. Mange leger var skeptiske til å gi fra seg data til Rikstrygdeverket, siden Rikstrygdeverket har kontrollmyndighet overfor legene. Legene ønsket ikke ytterligere kontroll av sin virksomhet og var derfor skeptiske til en datainnsamling i regi av helsemyndighetene.

Fastlegereformen

Da Fastlegereformen ble etablert i 2000, ønsket Sosial- og helsedepartementet på nytt å prøve å etablere et prosjekt for å se om det lot seg gjennomføre å samle inn data fra fastlegenes pasientjournaler. Hensikten denne gangen var at datainnsamlingen skulle bidra til evalueringen av den nyetablerte Fastelegereformen. Hovedmålsettingen var fortsatt å få mer kunnskap om pasientbehandlingen i allmennpraksis.

Denne gangen var det enighet mellom helsemyndigheter og fagmiljøet om at datainnsamlingen måtte forankres i et «nøytralt» miljø. Departementet besluttet i samarbeid med Legeforeningen at Statistisk sentralbyrå (SSB) skulle gjennomføre datainnsamlingen.

Nina Brøyn er seniorrådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk (nina.broyn@ssb.no).

Datainnsamling i SSB har vist at dataene fra pasientjournalen er gode nok for statistikk

I 2001 ble det etablert et forprosjekt der elektroniske data fra pasientjournalene til et begrenset utvalg leger skulle samles inn. Forprosjektet skulle først og fremst se på metoder for innsamling av dataene, det vil si om det var mulig å få samlet inn dataene fra fastlegene til ett mottak (SSB). Prosjektet skulle også avklare hvorvidt dataene egnet seg for statistikk.

Forprosjekt

I forprosjektet «*SEDA – Sentrale data fra allmennlegetjenesten*» ble det gjennomført en datainnsamling fra pasientjournalene til 49 frivillige leger som deltok ved å avgi data fra pasientjournalene registrert i en måned (Sundvoll og Kvalstad, 2002). Resultatet fra forprosjektet viste at det var praktisk mulig å samle inn dataene fra fastlegene. I tillegg ble det også vist hvilke deler av pasientjournalene det var mulig å lage statistikk fra. En utfordring i prosjektet var at legene benyttet ulike pasientjournalssystemer. Det ble pekt på at en videreutvikling av datainnsamlingen måtte skje gradvis. Pasientjournalssystemene er i utvikling, og over tid vil de samordnes bedre i retning av en felles mal. En av konklusjonene fra forprosjektet i 2002 var at man i en videreutvikling av datainnsamling burde øke utvalget fra 49 til 100 leger, og at det ble lagt opp til å innhente landsrepresentative data.

Nytt og utvidet prosjekt

I 2004 ble det etablert et nytt og utvidet prosjekt med samme navn «*SEDA – Sentrale data fra allmennlegetjenesten*» for å følge opp forprosjektets anbefalinger (Brøyn, Lunde og Kvalstad, 2007). I det nye prosjektet ble utvalget økt fra 49 leger til 100 leger. I tillegg ble data samlet inn fra pasientjournalene for tre måneder i stedet for en måned. IT-løsninger for uttrekk av dataene ble videreutviklet, og det ble utviklet en løsning for å kunne sende dataene elektronisk fra fastlegene via det nyetablerte elektroniske kommunikasjonsnettet «Norsk helsenett». Målsettingen var å lage ny offisiell statistikk fra allmennlegene. Dette var statistikk over:

- legekontakter (telefon, enkel kontakt eller konsultasjon)
- diagnoser
- medikamenter
- henvisninger
- sykemeldinger
- laboratorieprøver

SSB publiserte ny statistikk fra allmennlegene i oktober 2006. Datainnsamlingen ga gode nok data til å kunne lage statistikk over en del områder av allmennlegenes praksis, men det var også informasjon i pasientjournalene som var registrert på en slik måte at det ikke var mulig å utvikle statistikk. Med økt standardisering av opplysningene i pasientjournalene vil en eventuelt senere innsamling gi data av bedre kvalitet.

Kvalitetsheving i den enkelte fastleges praksis

Statistikken vil kunne bidra til at legene får mer informasjon om egen praksis. Fastlegene som bidrar med data til statistikken, vil kunne få tilsendt data fra egen praksis som de kan sammenligne med andres praksis. Dette vil gi verdifull kunnskap om forbedringspotensialer i egen virksomhet. Det kan gjelde den medisinske behandlingen av pasienter, men også administrasjon og praktisk tilrettelegging.



Colorbox.com

Et eksempel på informasjon som legen kan få om pasientbehandlingen, er at en lege kan oppdage at vedkommende sjelden henviser pasienter til spesialister, mens andre leger henviser oftere. Et annet eksempel kan være at legen får informasjon om at vedkommende har mange flere eldre pasienter med kroniske lidelser som trenger hyppig tilsyn, enn det som er vanlig for andre leger. Et tredje eksempel kan være at legen får informasjon om at det er enkelte typer medisiner som denne legen skriver ut oftere enn det andre leger gjør. Dette er noen eksempler på informasjon om pasientbehandlingen som statistikken kan gi legene.

Dataene kan også gi legen mer administrativ informasjon, for eksempel om forholdet mellom bruk av tid til administrasjon, tverrfaglig samarbeid og pasientbehandling. Legen får oversikt over antall pasienter som behandles per dag, om type kontakt (som telefon, enkelt oppmøte eller konsultasjon) og andre forhold som kan ha betydning for planlegging og organisering av den enkelte praksis.

Gjennom statistikk og kunnskap om fastlegene vil man også kunne motivere til dialog om pasientbehandling mellom leger internt på legekontoret ved «fler-lege-kontorer» samt mellom legekontorene. Dette vil kunne stimulere den enkelte lege til å utbedre og videreutvikle pasientkontakten og den medisinske behandlingen. Bevissthetsnivået om kvalitet i praksisen vil øke, og på sikt vil dette komme den enkelte pasient til gode.

Bedre samhandling mellom nivåene i helsetjenesten

SSB har samlet inn statistikk fra spesialisthelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten i flere år, men det har ikke vært systematiske innsamlinger av data fra allmennlegetjenesten. For å kunne se helsetjenesten i et helhetlig perspektiv er det viktig å ha data fra alle nivåer i helsetjenesten. Bedre samhandling mellom nivåene i helsetjenesten har vært et sentralt område for helsemyndighetene de senere årene, jamfør Wisløffutvalgets innstilling «Utvalget for bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten» (NOU 2005:3). Mer koordinert og bedre samhandling i helsetjenesten vil kunne gi bedre oppfølging og behandling av pasientene på alle nivå i helsetjenesten. Dette er spesielt viktig for pasienter med kroniske lidelser som går inn og ut av helsetjenesten. Det gjelder for eksempel pasienter med kreft, hjertesykdommer og muskel- og skjelettlidelser.

Mer kunnskap til helsemyndighetene om fastlegeordningen

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for allmennlegetjenesten og fastlegene. Kunnskap om dette nivået i helsetjenesten og om hvordan allmennlegene utøver sin praksis er mangelfull. Data om allmennlegenes praksis er nyttig både i styringsøyemed og for å målrette tiltak. I tillegg gir data om både allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten anledning til å se behandlingstilbudene i sammenheng.

Forskning

Både leger og forskere har ventet lenge på statistikk fra allmennlegetjenesten. Statistikken gir forskere tilgang på data som ikke har vært tilgjengelig tidligere. Noen eksempler på data som forskere kan ha interesse av:

- Pasientdata: Hvem går til legen?
- Pasientbehandling: Hvilken behandling får pasientene?
- Diagnoser: Hvilke diagnoser brukes – og hvor ofte?
- Legemidler: praksis for utskrivning av ulike medikamenter, for eksempel bruk av blå og hvit resept.
- Sykemeldinger: hyppighet og varighet.
- Henvisninger: Hvor ofte henviser legen videre?
- Geografiske forskjeller: Er det forskjell på behandlingen i større og mindre kommuner, eller mellom landsdeler?
- Hvem fastlegene er: kjønn, alder, år i allmennpraksis og spesialitet.

Listen ovenfor gir noen eksempler på anvendelsen av dataene. En videreføring og videreutvikling av datainnsamlingen fra allmennlegene vil kunne bli en viktig og verdifull kilde til informasjon.

Helsemyndighetene bestemmer om det skal bli en permanent datainnsamling

Det tar tid å etablere et velfungerende system for innsamling av data. Ennå er det problemer som må løses. Men med arbeidet som allerede lagt ned i prosjektet, er fundamentet lagt. Dataene vil gradvis bli bedre etter hvert som pasientjournalene som er i bruk standardiseres og flere leger blir tilknyttet helsenettet for elektronisk rapportering av data.

Arbeidet fra datainnsamlingen i 2006 er dokumentert i Rapporten 2007/15: «SEDA – Sentrale data fra allmennlegetjenesten 2004-2006, Ny statistikk fra allmennlegetjenesten?» og oversendt Sosial- og helsedirektoratet, som er oppdragsgiver for prosjektet. I anbefalingene i rapporten er det vektlagt at erfaringene fra prosjektet viser at dataene er av god kvalitet og egnet for en permanent datainnsamling. SSB avventer en avklaring i Sosial- og helsedirektoratet og er spent på om prosjektet blir anbefalt videreført.

Referanser

Brøyn, Nina, E. S. Lunde og I. Kvalstad (2007): *SEDA – Sentrale data fra allmennlegetjenesten 2004-2006, Ny statistikk fra Allmennlegetjenesten?* Rapporten 2007/15, Statistisk sentralbyrå.

Sundvoll, Anne og I. Kvalstad (2002): *SEDA – Sentrale data fra allmennlegetjenesten*, Rapporten 2002/13, Statistisk sentralbyrå.

NOU 2005:3: *Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste*, Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo.

Hva slags problemer går vi til fastlegen med?

Ulike faser i livet gir opphav til ulike typer sykdommer og plager. Psykiske lidelser er den hyppigste grunnen til å besøke legen for både unge og voksne, mens eldre har plager som høyt blodtrykk og hjertesykdom. Barn er spesielt utsatt for luftveisinfeksjoner, astma og eksem. Diagnosene som blir presentert i denne artikkelen, er sykdommer vi lever med og sjelden dør av. Fastlegen skal være den vi henvender oss til først, og som henviser videre til spesialist eller sykehus når det trengs.

Elin Skretting Lunde

Definisjon av fastlege

Allmennlege som driver en praksis der det foreligger en formell avtale om et varig lege-pasientforhold som gir pasienten rett til tjenester hos denne legen.

I desember 2005 var det 3 757 fastleger i Norge, i desember 2006 hadde tallet økt til 3 841 (NAV, 2006).

Listepasienter og legekontakter

Ved utgangen av 2005 var mer enn 98 prosent av befolkningen oppført på en liste hos en fastlege.

De 82 fastlegene som har deltatt i prosjektet, har til sammen ansvaret for en listepopulasjon på drøyt 100 000. Det er omtrent like mange menn og kvinner på listene. Hovedtyngden av disse personene er i aldersgruppen 25 til 64 år. I løpet av perioden januar- mars 2005 var 37 prosent av disse personene i kontakt med fastlegen sin (heretter omtalt som listepasienter). Vel 30 prosent av mennene og 43 prosent av kvinnene i utvalget hadde vært i kontakt med allmennlege i løpet av måleperioden, og det ble registrert 95 200 kontakter med listepasientene.

I tillegg til listepasientene blir legene også oppsøkt av andre pasienter. Totalt er det 52 200 pasienter som har hatt en eller flere kontakter med allmennlegene i utvalget i tremånedersperioden, 21 800 menn og 30 400 kvinner. Det er flest pasienter som har tatt kontakt med lege i aldersgruppen 25 til 64 år, i denne gruppen befinner over halvparten av alle pasientene seg. Om lag 60 prosent av pasientene som har oppsøkt lege i perioden, er kvinner.

Om datagrunnlaget

SEDA – SEntrale Data fra Allmennlegetjenesten er et prosjekt finansiert av Sosial- og helsedirektoratet. I 2001 gjennomførte SSB en pilotundersøkelse der formålet var å utrede det metodiske grunnlaget for en allmennlegestatistikk. I 2004 ble prosjektet videreført, og det var ønskelig å teste ut muligheten for å lage offisiell statistikk om allmennlegene på landsnivå.

100 leger fra hele landet ble rekruttert til prosjektet, men ikke alle leverte data. Enkelte leger falt ut på grunn av stort arbeidspress, mens andre støtte på data-tekniske problemer. Totalt 82 leger leverte datasett som kunne benyttes til statistikk. Dataene er samlet inn i perioden januar, februar og mars 2005. Et spesialutviklet dataprogram laget av IT-leverandøren Mediata AS, ble tilsendt hver lege for å hente ut spesifiserte medisinske og administrative data. Alle data som ble hentet ut, var aidentifisert (det vil si uten navn, adresse og personnummer), og de ble sendt til SSB i kryptert form, hvor de ble lastet inn på et passordbeskyttet område. Hos SSB ble data vasket og bearbeidet samt analysert. Kun anonymiserte data blir langtidslagret.

På grunn av frafall blant legene ble det bestemt ikke å lage statistikk med legene som enhet, det vil si at vi ikke publiserer tabeller som viser for eksempel forskjeller mellom mannlige og kvinnelige leger, eller yngre og eldre leger og så videre. Derimot er pasientmassen stor og normalfordelt sammenlignet med kjønns- og aldersfordeling i befolkningen. Alle tall som presenteres i artikkelen, er på landsnivå og beskriver enten andel legekontakter, konsultasjoner eller pasienter.

Elin Skretting Lunde er rådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk (elin.skretting.lunde@ssb.no).

Pasientene i utvalget har totalt hatt 119 000 kontakter med lege. En legekontakt omfatter her alle former for kontakt, både telefonkontakt, oppmøte for henting av resepter/sykmelding, konsultasjon, hjemmebesøk og administrative kontakter. For de yngste aldersgruppene er det flere legekontakter blant guttene enn blant jentene. Men etter 14 års alder er det flere kontakter blant kvinnene enn blant mennene. Kvinneandelen i aldersgruppen 25 til 44 år er høy, og dette er i stor grad kontakter knyttet til prevensjon, familieplanlegging og svangerskapskontroller. Den største forskjellen mellom kvinners og menns kontaktmønster finner vi i den eldste aldersgruppen. Eldre kvinner har langt flere kontakter med legen enn mennene. Siden kvinner lever lenger enn menn, finnes det flere kvinner enn menn i de eldste aldersgruppene og dermed også flere kvinner som trenger legebehandling.

En av fire går til en annen lege enn fastlegen

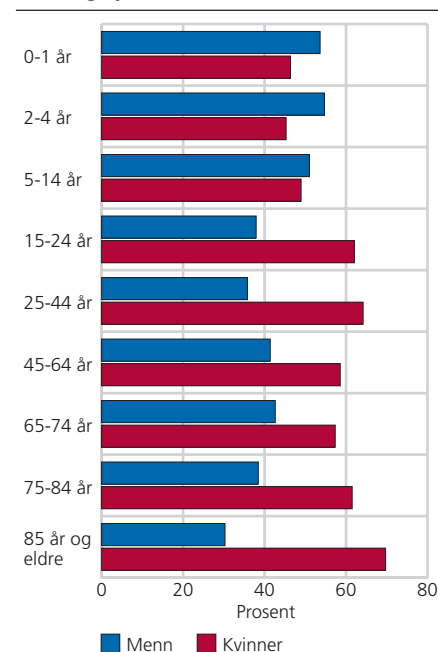
28 prosent av pasientene i utvalget er eksterne pasienter, det vil si at de ikke har oppsøkt sin egen fastlege, men har vært hos en annen lege på samme legekantor eller hos en lege de ikke har noen tilknytning til¹. Det kan være flere grunner til dette. Pasientene kan ha blitt syke langt unna egen lege, eller legen de er tilknyttet til kan ha vært fraværende på grunn av ferie eller sykdom. Andre grunner kan være lang ventetid hos egen lege eller ønsket om å konsultere en annen lege.

Kontakttype – konsultasjon eller hente resept?

Pasientene har ulike former for kontakt med legen sin. Vi skal se nærmere på hva slags typer kontakter pasientene har hatt. Kontakttypene er inndelt i grupper, se faktaboks.

Den klassiske konsultasjonen står for om lag halvparten av alle kontaktene, mens enkel kontakt, som innebærer kontakt via telefon eller oppmøte på legekantoret, er den nest vanligste kontaktformen mellom pasient og lege.

Figur 1. Andel legekontakter, fordelt etter alder og kjønn. Prosent



Kilde: Statistikk for allmennlegetjenesten (SEDA) 2005, Statistisk sentralbyrå.

Kontakttyper

Enkel kontakt

Konsultasjon

Sykebesøk

Administrativ og forebyggende kontakt

Tverrfaglig samarbeid

Annen uspesifisert kontakt

Definisjoner

Enkel legekontakt *med og uten frammøte*, forespørsel, rådgiving ved brev eller telefon, utskrivning av resept, sykemelding, henvisning, opplysning om laboratoriesvar og så videre.

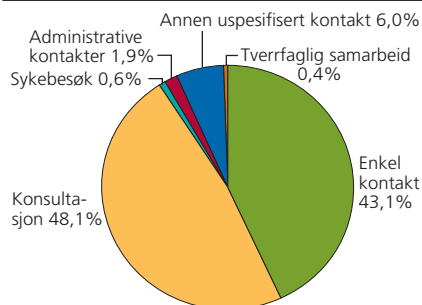
Henvendelse, forespørsel ved *personlig frammøte* på legens oppholdssted, vanligvis legens faste arbeidssted/kontor. En konsultasjon forutsetter en direkte kontakt mellom lege og pasient og at legen foretar en utredning.

Henvendelse, forespørsel ved at legen *opsøker pasienten hjemme* eller på et avtalt møtested. Et sykebesøk forutsetter direkte kontakt mellom lege og pasient og at legen minst foretar en utredning.

Henvendelser ved *personlig frammøte* der formålet er av administrativ karakter, som utsendelse av helseattest, førerkort, og lignende. Henvendelse ved personlig frammøte på legens oppholdssted der hensikten er å oppnå forebyggende behandling som vaksine, generell helsekontroll eller bedriftslegekontroll.

Her vises det til samarbeid mellom legen og for eksempel hjemmesykepleien eller andre kommunale etater om behandling av pasient.

Her har det vært en kontakt mellom lege og pasient, men på grunn av enten feilkoding eller manglende koding i journalen vet vi ikke hva slags type kontakt det er snakk om.

Figur 2. Legekontakter, etter kontakttyper. Prosent

Kilde: Statistikk for allmennlegetjenesten (SEDA) 2005, Statistisk sentralbyrå.

Det er små forskjeller mellom menn og kvinner med hensyn til type legekontakt. Barn under 15 år har oftest konsultasjon som kontaktform (64 prosent), mens enkel kontakt via møte eller telefon er den hyppigste formen for legekontakt blant eldre (53 prosent). At eldre har hyppigere enkle kontakter enn andre, kan blant annet skyldes fornying av resepter og svar på prøver, noe som godt kan gjøres uten konsultasjon. Mange av de eldste er dårlige til bens, og da kan telefonkontakt med legen, ved for eksempel fornying av en resept, være gunstig.

Eldre har flest legekontakter

Halvparten av alle pasientene som var i kontakt med lege (26 440), hadde en kontakt i perioden, 21 prosent (10 959) hadde to kontakter, 11 prosent (5846) hadde tre kontakter, mens 17 prosent har hatt fire legekontakter eller mer. Antall kontakter øker med alderen. Sju av ti barn og fire av ti eldre hadde én kontakt. Blant eldre 75 år og over har 17 prosent hatt fem eller flere kontakter i løpet av en tremånedersperiode. Antall kontakter er knyttet til hvilke problemstillinger pasienten går til legen med. Det er mange sykdomstilstander som krever tett oppfølging fra legen, slik som enkelte kroniske lidelser og svangerskapsomsorg.

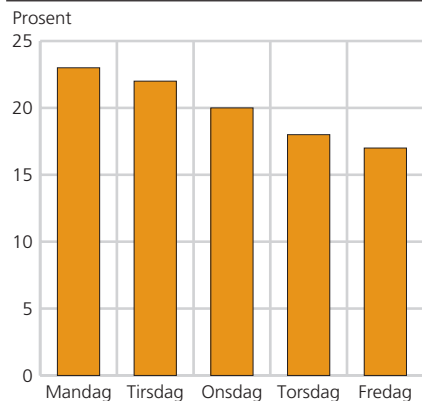
Tabell 1. Pasienter, etter kontaktfrekvens og aldersgrupper. Antall og prosent

Kontaktrate	Antall	I alt	0-14 år	15-74 år	75 år og eldre
Sum	52 325	100	100	100	100
En kontakt	26 440	51	71	49	41
To kontakter	10 959	21	19	21	21
Tre kontakter	5 846	11	6	12	13
Fire kontakter	3 301	6	2	7	8
Fem kontakter eller flere	5 779	11	2	12	17

Kilde: Statistikk fra allmennlegetjenesten (SEDA), Statistisk sentralbyrå.

Hver person i Norge har i gjennomsnitt kontakt med legen 4,6 ganger i året. Kvinner har i gjennomsnitt 5,4 kontakter med legen. Dette varierer svært med alder. Barn i aldersgruppen 5-14 år har bare 1,5 kontakter i året, mens de eldste (85 år og eldre) har nesten 11 legekontakter i snitt.

Gjennomsnittet er regnet ut ved å dele antall legekontakter/konsultasjoner på antall pasienter på listen til legene i utvalget, og resultatet er dernest ganget med fire for å få tall for hele året. Det kan imidlertid være variasjoner i løpet av året. Utrengningen her er basert på første kvartal.

Figur 3. Pasientkontakter, etter ukedager. Prosent

Kilde: Statistikk for allmennlegetjenesten (SEDA) 2005, Statistisk sentralbyrå.

10,2 millioner konsultasjoner hos fastlegen

Om lag halvparten av kontaktene er konsultasjoner (en direkte kontakt mellom lege/pasient der legen foretar en utredning). I likhet med mønstret for kontakter med legen er det også slik at kvinner og eldre har flere konsultasjoner sammenlignet med menn og barn. Gjennomsnittet er drøyt to konsultasjoner per person i løpet av et år. Dette utgjør til sammen om lag 10,2² millioner konsultasjoner årlig hos fastlegen. Til sammenligning har Finland 11,6 millioner, Sverige 11,9 og Danmark nesten 20³ millioner konsultasjoner i året. Tallene er hentet fra NOMESKO rapporten (NOMESKO, 2006). Tidligere undersøkelser viser at antall ganger vi er i kontakt med legen nesten er uendret de siste 20 år (Rutle, 1983).

Fastlegene har 23 pasientkontakter per dag

Det er flest personer som tar kontakt med legekontoret i begynnelsen av uken, deretter synker kontaktfrekvensen noe utover i uken. Siden legekontor vanligvis holder stengt i helgene, er det naturlig med en viss opphopning av kontakter på ukens første dag. Gjennomsnittlig antall pasientkontakter per hverdag ligger på 23 for legene i undersøkelsen.

Hvilke plager går vi til legen med?

Når vi velger å ta kontakt med fastlegen, er det ofte på grunn av et problem eller en plage. Det kan være en akutt lidelse, en kronisk sykdom, problemer på jobben eller i samlivet som det er vanskelig å takle på egenhånd. Fastlegen er førstelinjetjenesten og den pasienten først skal kontakte. Fastlegen kan enten selv stille diagnose for sine pasienter, eller henvise videre til utredning hos spesialist eller på sykehus. Fastlegen bruker et klassifikasjonsverktøy i diagnostiseringen som føres inn i pasientjournalen, kodeverket ICPC-2 (se faktaboks).

I den videre framstillingen vil vi se på årsaken til *konsultasjoner* hos fastlegen, ikke øvrige legekontakter. Også legevakt og sykebesøk blir holdt utenfor. I tabellene blir hyppigheten av ulike diagnoser som legen har brukt i forbindelse med konsultasjonen, vist. Det er tatt utgangspunkt i hoveddiagnosen, som er den diagnosen legen setter først i journalen. Legen kan ha notert inntil 5 diagnoser i journalen i forbindelse med en konsultasjon, i snitt satte legene i utvalget 1,3 diagnoser per pasientkonsultasjon.

Blant diagnosene som er registrert i forbindelse med pasientkonsultasjonene, er det to store diagnosegrupper som peker seg ut: luftveisinfeksjoner og psykiske lidelser, med henholdsvis 12 og 10 prosent. Det høye antallet luftveisinfeksjoner må ses i sammenheng med at dataene er samlet inn vintertid, i perioden januar til mars. Det er små forskjeller i diagnosemønsteret mellom kjønnene.

Psykiske lidelser en vanlig grunn til å oppsøke lege

En av ti konsultasjoner hos fastlegen gjelder ulike former for psykiske lidelser. Psykiske eller mentale problemer defineres gjennom symptomer, tegn og funksjonsforstyrrelser. Det kan være at man har vansker i forhold til visse rutiner eller daglige aktiviteter, som å opprettholde egen hygiene, gjøre husarbeid eller gå på jobb. Psykiske lidelser ser ut til å være en av de store folkesykdommene i Norge, og de rammer særlig yngre mennesker. Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) er det på verdensbasis 450 millioner mennesker som til en hver tid har atferdsproblemer, psykiske problemer og nevrologiske problemer. WHO forventer også at antallet vil øke. Forskning viser at det er flere kvinner enn menn som har psykiske lidelser (NOU 1999:13). Selv om kvinner og menn

ICPC står for Den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten (*International classification of primary care*). En ICPC-kode angis i hovedsak i tilfeller der legekontakten utløser kontakttakst⁴ samt for utsendelse av sykemeldinger. Ved bruk av ICPC-2 skal det være mulig å kode både symptomer, ulike lidelser/sykdommer og sosiale problemer. Det ligger likevel et validitetsproblem i selve prosessen med å omsette en pasients ofte sammensatte helseproblemer, til minimum én ICPC-kode. Dette fordi kodene ikke alltid vil avspeile en slik kompleksitet. NOMESKO (Nordisk Medisinalstatistisk Komite) har utviklet en standard for diagnosegrupper, og denne er benyttet i de fleste av tabellene, men med et par norske tilpasninger. Dette er en grov og relativt robust diagnosegruppering som er mye brukt i de nordiske landene.

Tabell 2. Hoveddiagnose gitt under konsultasjon¹, etter diagnosegrupper (iht. ICPC-2) og pasientens kjønn. Antall og prosent

	Antall	Alle	Menn	Kvinner
Sum prosent		100	100	100
01 Luftveisinfeksjoner, inkl. ørebetennelse	6 875	12	13	12
02 Lokale smerter og betennelser	4 264	8	8	7
03 Ryggproblemer	2 318	4	5	4
04 Generelle smerter og muskelplager ..	865	2	1	2
05 Ledd- og gikt sykdommer	1 409	3	2	3
06 Psykisk sykdom eller lidelse	5 765	10	10	11
07 Atopi, astma, allergi eller eksem	1 399	3	3	2
08 Høyt blodtrykk	3 127	6	6	5
09 Hjertesykdom	2 922	5	7	4
10 Diabetes	1 105	2	3	2
11 Kreft	637	1	2	1
12 Underlivsplager hos kvinner	762	1	-	2
13 Funksjonelle mage- og tarmplager	1 890	3	4	3
14 Hudinfeksjoner	982	2	2	1
15 Ulykker og skader	1 710	3	4	2
16 Medfødt sykdom eller feil	103	0	0	0
17 Svangerskap, fødsel, prevensjon	2 736	5	0	8
18 Frykt for sykdom	314	1	1	1
19 Administrativ el. forebyggende kontakt	998	2	1	2
20 Andre diagnoser	15 778	28	30	27
N	55 959		22 536	33 370

¹ 53 av konsultasjonene ble registrert uten diagnose.

Kilde: Statistikk fra allmennlegetjenesten (SEDA), Statistisk sentralbyrå.

andelsmessig får denne diagnosen i nesten like stor grad i SEDA-materialet, vil det dreie seg om flere kvinner antallsmessig, siden det er flere kvinner som oppsøker allmennlegen.

Det er høyest andel pasienter i alderen 25 til 44 år som har fått en psykisk diagnose av allmennlegen (17 prosent menn og 14 prosent kvinner). Også blant barn og unge er det litt flere gutter enn jenter som har fått en slik diagnose.

Psykiske lidelser blir i denne artikkelen brukt som et samlebegrep for en rekke ulike symptomer og lidelser som alle kjennetegnes ved at de er definert av legen til å ha sitt utspring i sinnet vårt (det vil si en såkalt P- kode i ICPC-2 kodeverket). Psykiske symptomer, plager og sykdommer kan også gi somatiske (kroppslige) utslag, slik som hodepine, mageknip og muskelverk. Samlebetegnelsen psykiske lidelser dreier seg om alt fra depresjoner, angst, søvnproblemer, spiseforstyrrelser, rusmiddelbruk, sengevæting og dysleksi med videre. Det som er felles for alle disse ulike psykiske symptomene/lidelsene, er at pasienten har gått til legen og lagt det fram som et problem for ham/henne og bedt om hjelp.

I kodeverket skilles det mellom psykiske symptomer og lidelser av mer alvorlig art. Et eksempel på psykisk symptom kan være koden P03 «Depresjonsfølelse»: *Følelser som pasienten formidler som en emosjonell eller psykologisk opplevelse og som ikke tilskrives forekomsten av en mental lidelse. Det er en gradvis overgang fra uønskede, men normale, følelser – til følelser som er så vanskelige at pasienten søker profesjonell hjelp.* En tilsvarende lidelse av mer alvorlig art kan for eksempel være koden P76 «Depressiv lidelse»: *Grunnleggende forstyrrelse i affekt og stemningsleie mot depresjon. Stemningsleie, energi og aktivitetsnivå er samtidig senket, sammen med nedsatt evne til å glede seg, føle interesse og konsentrere seg. Søvn og matlyst er vanligvis forstyrret, og selvfølelse og selvtillit er svekket.* Legen setter i løpet av konsultasjonen en slik «merkelapp» på lidelsen, en kode, og disse kan det lages statistikk av. Fordi det finnes så mange ulike koder, har vi for enkelthets skyld valgt å benytte samlebetegnelsen «psykiske lidelser». Også «redsel for å ha en psykisk sykdom» er en egen kode i kodeverket. Kodeverket er utviklet for å si noe om kontaktårsaken når en pasient oppsøker legen, eller beskrive en sykdomsepisode. De tunge psykiske lidelsene som schizofreni og andre alvorlige psykoser, er også innbakt i tallene som presenteres her. Dette er lidelser som rammer langt færre, omtrent 1-2 prosent av befolkningen (lommelegen.no).

Hva slags type psykisk lidelse man har er også til en viss grad forbundet med alder. For barn er de vanligste psykiske kontaktårsakene atferdsforstyrrelser, hyperaktivitet og sengevæting, mens eldre søker hjelp på grunn av blant annet demens, depresjon og søvnforstyrrelser. For den voksne delen av befolkningen kan et samlivsbrudd eller mistriivsel på jobben medføre en situasjonsbetinget psykisk ubalanse. Andre vanlige lidelser i denne aldersgruppen (25 til 64 år) er ulike grader av depresjon, angst og søvnforstyrrelser.

Spørsmålet er om statistikken klarer å fange opp de riktige diagnosene. I denne artikkelen baserer vi oss på hoveddiagnosen, og i snitt setter legen 1,3 diagnoser per konsultasjon. For å sjekke om dette endrer resultatene, er det kjørt ut tabeller hvor alle diagnosene teller med, og dette endrer ikke de

prosentvise fordelingene nevneverdig. Om legen alltid klarer å stille rett diagnose, er et annet spørsmål som denne typen data ikke kan belyse. En ny doktorgradsavhandling av Ingrid Olsson baserer seg på tverrsnittsundersøkelser av pasienter og leger. Hun hevder at angst og depresjoner underdiagnostiseres hos fastlegen. Olsson finner at det er en stor grad av underdiagnostisering, selv om norske fastlegers diagnostiske treffsikkerhet i forhold til psykiske lidelser er relativt god. Dette tror Olsson skyldes at pasientene ofte presenterer ganske vage somatiske symptomer, og at disse mistolkes av legen (Olsson, 2007).

Behandlingen av psykiske plager og sykdommer varierer med type lidelse og alvorlighetsgrad. Den vanligste behandlingsformen er ulike former for samtalerterapi og medikamenter. Salget av psykofarmaka har økt i åresvis, mens salget av undergruppen antidepressiva har flatet ut og viste en liten nedgang i 2005 (Folkehelseinstituttet 2006). Kvinner benytter antidepressiva oftere enn menn. Omtrent hver 20. mann og hver 10. kvinne i alderen 20 til 69 år fikk i 2004 foreskrevet en resept på antidepressiva (Bramness, 2006).

Legemidler mot lidelser i sentralnervesystemet – det vil blant annet si psykiske lidelser, demens og migrene – representerer nesten en femtedel av den totale legemiddelomsætningen i Norge (Legemiddelindustriforeningen, 2007). Ifølge data fra SEDA-prosjektet utgjør medisiner til bruk ved lidelser i nervesystemet den største legemiddelgruppen, med 28 prosent av de forskrevne legemidlene.

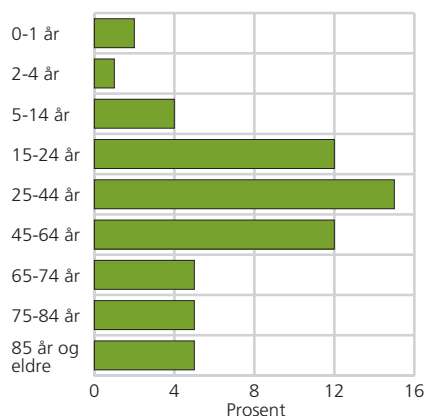
Det er til dels store variasjoner etter alder i andel konsultasjoner hvor det er oppgitt en psykisk lidelse som hoveddiagnose i journalen. Denne typen lidelser er ikke så vanlig blant de minste barna, mens unge og middelaldrende voksne har de største plagene. I gruppen 15 til 24 år gjelder 12 prosent av konsultasjonene problemer som legen registrerer som en «psykisk lidelse», mens for gruppen 25 til 44 år utgjør dette 15 prosent av konsultasjonene. Deretter synker forekomsten til 5 prosent i de tre eldste aldersgruppene.

Alder og ulike sykdommer

Blant barn opp til 15 års alder er luftveisinfeksjoner, inkludert ørebetennelser, den hyppigste grunnen til legebeseøk (konsultasjon). Dette gjelder særlig de minste barna. Om lag to av fem barn under ett år og en tilsvarende andel av barn i alderen to til fire år kommer til legen med luftveisinfeksjoner. En annen viktig grunn til at barna blir tatt med til legen, er problemstillinger knyttet til astma, allergi og eksem. For denne aldersgruppen bruker legen i liten grad diagnosen psykiske lidelser. Bare 4 prosent av barna i alderen 5 til 14 år registreres med psykiske plager i pasientjournalen til fastlegen.

For unge i alderen 15 til 24 år er psykiske lidelser imidlertid den hyppigste diagnosen (12 prosent), fulgt av luftveisinfeksjoner og svangerskap/prevensjon. For voksne i aldersgruppen 25 til 44 år er også psykiske lidelser den vanligste diagnosegruppen og utgjør 15 prosent av alle diagnosene. I tillegg dreier mange konsultasjoner seg om lokale smerter og betennelser. Prevensjon, svangerskap og fødsel er vanlige årsaker til legekonsultasjon for kvinner i fruktbar alder. Disse utgjør 16 prosent av konsultasjonene for kvinner i alderen 15 til 24 år og 21 prosent av alle konsultasjonene for kvinner i alderen 25 til 44 år.

Figur 4. Diagnosegruppen psykiske lidelser, satt ved konsultasjon hos legen, etter alder. Prosent



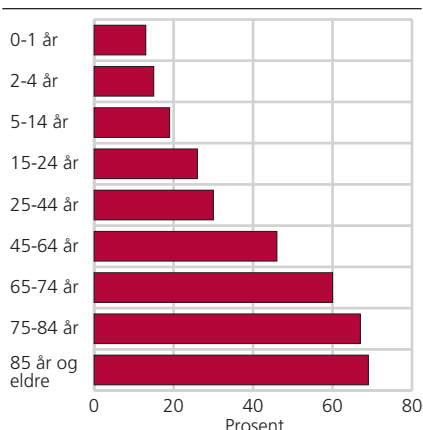
Kilde: Statistikk for allmennlegetjenesten (SEDA) 2005, Statistisk sentralbyrå.

Tabell 3. Konsultasjoner hos fastlegen, etter type henvendelse (akutt, kronisk sykdom eller andre henvendelser) og pasientens kjønn¹. Antall og prosent

Konsultasjoner	Antall	Alle	Menn	Kvinner
Sum prosent		100	100	100
Akutte lidelser	29 043	52	54	50
Kroniske lidelser	22 948	41	43	40
Andre henvendelser	3 721	7	2	10
Uoppgitt	245	0	1	0
N	55 957	55 957	22 536	33 368

¹ Ukjent kjønn 53.

Kilde: Statistikk fra allmennlegetjenesten (SEDA), Statistisk sentralbyrå.

Figur 5. Andel som har vært hos fastlegen pga. en kronisk lidelse. Aldersgrupper. Prosent

Kilde: Statistikk for allmennlegetjenesten (SEDA) 2005, Statistisk sentralbyrå.

Tabell 4. Liste over 20 viktige kroniske sykdommer i allmennpraksis. Listen består kun av lidelser som alltid er kroniske. Sortert etter hyppigste forekomst

Diagnoser
Høyt blodtrykk
Hjerterytmeforstyrrelse
Diabetes mellitus (sukkersyke)
Slitasjegikt (inkl. hofte og kne)
Leddgikt/andre reumatiske sykdommer
Hjertesvikt
Angina pectoris
Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)
Hypotyreose (Lavt stoffskifte)
Høyt kolesterol
Migrene
Psoriasis
Demens
Hørselsvekkelse
Epilepsi
Beinskjørhet
Multipel sklerose
Parkinsonisme
Psykisk utviklingshemming
Glaukom (Grønn stær)

Kilde: Statistikk fra allmennlegetjenesten (SEDA), Statistisk sentralbyrå.

For de eldste aldersgruppene er det, ikke uventet, hjertesykdom og høyt blodtrykk som er den vanligste grunnen til legetime. Her utgjør de psykiske plagene om lag 5 prosent av konsultasjonene. Er det slik at konsultasjonene gir et annet bilde av hvorfor vi søker lege, enn den større og mer omfattende gruppen «legekontakter»⁵ gjør? En oversikt over ulike årsaker til at vi har tatt kontakt med legen, etter alder, samsvarer

med det vi har sett for konsultasjonene. Diagnosemønsteret er likt for begge gruppene.

Akutt eller kronisk sykdom?

Akutte lidelser er årsak til over halvparten av alle legekonsultasjonene hos fastlegen. Dette gjelder gjerne vanlige lidelser som influensa, bihulebetennelse, øreverk og mindre skader. Mens om lag 40 prosent av konsultasjonene skyldes kroniske (langvarige) sykdommer, som for eksempel høyt blodtrykk og kolesterol.

Det er flere kvinner enn menn som oppsøker lege, men det er bare mindre kjønnsforskjeller i fordelingen mellom akutt og kronisk sykdom. Det er flere kvinner enn menn som tar kontakt for forebyggende legeundersøkelser, det vil si henvendelser som ikke skyldes sykdom. Dette kan ha sammenheng med at kvinner blir innkalt regelmessig til underlivsundersøkelser for livmorhalskreftscreening. Kvinner som ikke omfattes av mammografi-screeningsprogrammet, men som ønsker oppfølging, må også ta særskilt kontakt med fastlegen for henvisning.

Det er særlig mange akutt-henvendelser blant barn og unge. I eldre aldersgrupper er det høy forekomst av kroniske lidelser som medfører behov for mer langvarig behandling. Blant de eldste (85 år +) har 70 prosent oppsøkt fastlegen med en kronisk lidelse og 30 prosent med akutt sykdom. Dette er også årsaken til hyppige legekontakter i denne aldersgruppen.

En liste over lidelser som per definisjon alltid er kroniske, er presentert i tabell 4. Her vises noen viktige kroniske sykdommer som pasientene går til fastlegen med. Blant disse lidelsene er det flest konsultasjoner på grunn av høyt blodtrykk (5 prosent), deretter følger hjerterytmeforstyrrelser, diabetes og slitasjegikt. Det er flere menn enn kvinner som får diagnoser knyttet til forstyrrelser i hjerterytmen og diabetes, mens det er flere kvinner enn menn som går til legen med slitasjegikt, leddgikt og lavt stoffskifte. Migrene og beinskjørhet er også kroniske lidelser som rammer flest kvinner.

Vanlige diagnoser hos allmennlegen

Oversikten over hvilke enkeltkoder (diagnoser) fastlegen benytter oftest i møte med kvinnelige og mannlige pasienter, viser at en rekke koder går igjen hos begge kjønn. Dette gjelder for eksempel akutt øvre luftveisinfeksjon, hoste, «ryggsyndrom uten smerteutstråling», søvnforstyrrelser, angstlidelse og influensa. Den hyppigst brukte koden i møte med kvinnelige pasienter er koden for depressiv lidelse (3,5 prosent), fulgt av høyt blodtrykk og svangerskapskontroll. Andre typiske kvinnekoder er fibromyalgi,

Tabell 5. Et utvalg enkeltdiagnoser (koder) som registreres ofte hos allmennlegen, sortert for hhv. menn og kvinner

Menn	Kvinner
IPCP- kode	IPCP-Diagnose kode
K86 Hypertensjon ukomplisert	P76 Depressiv lidelse
P76 Depressiv lidelse	K86 Hypertensjon ukomplisert
K78 Atrieflimmer/flutter	W781 Svangerskapskontroll
T90 Diabetes, ikke-insulinavhengig	A29 Generelle symptomer/plager IKA
A97 Administrativ kontakt/undersøkelse	U71 Cystitt/urinveisinfeksjon IKA
R74 Akutt øvre luftveisinfeksjon	R74 Akutt øvre luftveisinfeksjon
L86 Ryggsyndrom med smerteutstråling	A97 Administrativ kontakt/undersøkelse
A29 Generelle symptomer/plager IKA	L18 Utbredte muskelsmerter/fibromyalgi
L84 Ryggsyndrom uten smerteutstråling	R05 Hoste
R05 Hoste	T90 Diabetes, ikke-insulinavhengig
K76 Iskemisk hjertesykdom, kronisk IKA	K78 Atrieflimmer/flutter
P19 Stoffmisbruk	L92 Skulderyndrom
R80 Influensa	A04 Slapphet/tretthet
L92 Skulderyndrom	L86 Ryggsyndrom med smerteutstråling
R96 Astma	P74 Angstlidelse
L02 Rygg symptomer/plager	L88 Reumatoid artritt/reumatisk sykdom
P06 Søvnforstyrrelse	P06 Søvnforstyrrelse
R83 Luftveisinfeksjon IKA	R80 Influensa
K90 Hjerneslag	R75 Bihulebetennelse
P74 Angstlidelse	L84 Ryggsyndrom uten smerteutstråling

Kilde: Statistikk fra allmennlegetjenesten (SEDA), Statistisk sentralbyrå.

slapphet/tretthet og urinveisinfeksjoner. Den hyppigst brukte koden for menn er høyt blodtrykk (3,8 prosent), deretter følger depressiv lidelse, atrieflimmer og diabetes type 2. Mennene diagnostiseres også med iskemisk hjertesykdom, stoffmisbruk og hjerneslag på denne listen. Tabell 5 er en oppsummering av de 20 vanligste kodene i utvalget, her vil det selvsagt være store individuelle forskjeller fra lege til lege, etter hva slags pasientmasse de har.

Avslutning

Artikkelen har satt fokus på de ulike diagnosene legen setter, og som vist varierer disse med både alder og kjønn. Barn har andre plager enn eldre, og kvinner har andre plager enn menn, selv om det også finnes likehetstrekk. SEDA-prosjektet har bidratt med nye data om pasientenes grunner til å oppsøke legen. Dette prosjektet ble avsluttet i 2006, og en rapport ble ferdigstilt i februar 2007. Rapporten gir mer utdypende informasjon om datainnsamling, bearbeiding og bruk av data, og den finnes tilgjengelig på SSBs hjemmeside. Artikkelen til Nina Brøyn i denne utgaven av Samfunnsspeilet gir også utfyllende informasjon om dataene fra allmennlegetjenesten.

¹ Det finnes informasjon i datasystemet om hvilken tilknytning pasienten har til legen, om vedkommende står på legens liste, eller tilhører listen til en annen lege på samme legekort eller ikke har noen form for tilknytning til legekortet.

² Tallet er oppgitt uten sykebesøk, legevakt og telefonkontakt med pasient.

³ I Danmark er et legebisøk helt gratis, det kan ha innvirkning på hvor ofte man oppsøker legen.

⁴ En kontakttakst er en takstkode som settes av legen selv, og som sier noe om innholdet i pasientkontakten. Kodene benyttes på regningskortene som sendes til NAV, og det er knyttet refusjoner til takstene. Det finnes en rekke takster for både dag og kveldstid (legevakt).

⁵ En legekontakt består av både konsultasjonene og alle andre former for kontakt, som telefon, oppmøte, sykebesøk med mer.

Referanser

Bramness, Jørgen (2006): Intervjuet i artikkelen «Færre bruker lykkepiller» i Aftenposten, 02.02.06. (<http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/article1212292.ece>)

Folkhelseinstituttet (2006): «Nedgang i salget av medisiner mot depresjoner for første gang». (se: Forside > Statistikk og registre > Grossistbasert legemiddelstatistikk).

Legemiddelindustriforeningen (2007): *Tall og fakta 2007*, Legemidler og helsetjeneste.

Lommelegen; Psykoser. (<http://www.lommelegen.no/php/art.php?id=322719>)

NAV (2006): Tall fra Fastlegeregisteret (<http://www.nav.no/page?id=1073743257>)

NOMESKO (2006): *Helsestatistikk for de nordiske lande 2004*, NOMESKO 75:2006.

NOU (1999:13): «Kvinnens helse i Norge».

Olsson, Ingrid (2007): «Angst og depresjon underdiagnostiseres», *Tidsskrift for den norske lægeforening*, nr. 4, 2007.

Rutle, Olav (1983): *Pasienten frem i lyset, analyse av legekontakter i primærhelsetjenesten*, Rapport nr. 1, Statens institutt for Folkehelse. 1983.

Bare halvveis i satsingen på barns psykiske helse

I opptrappingsplanen for psykisk helse er målsettingen 800 flere årsverk til psykisk helsearbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten i løpet av tiårsperioden 1999-2008. Kommunene ser ikke ut til å nå målet innen 2008. Fram til 2006 har de kommet bare halvveis med en økning på drøyt 400 årsverk. Det er flere helsesøstre enn før i tjenesten, men det har vært en reduksjon i antall legeårsverk de siste årene.

Helsestasjons- og skolehelsetjeneste er en lovpålagt oppgave. Målgruppen er alle barn og unge i alderen 0–20 år samt gravide som ønsker svangerskapskontroll ved helsestasjon. Kommunene har ansvar og frihet til å organisere virksomheten på en hensiktsmessig måte, tilpasset lokale behov, så lenge gjeldende lover og forskrifter følges. Tjenesten skal bidra til å forebygge sykdom og fremme god fysisk og psykisk helse. Det skal være et lavterskeltilbud, lett tilgjengelig for brukerne (SHdir 2003).

Opptrappingsplanen ikke i mål

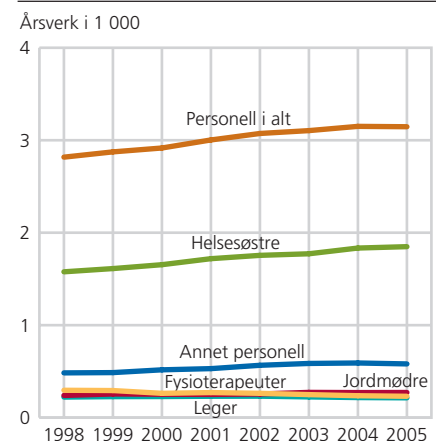
Opptrappingsplanen for psykisk helse har som målsetting å styrke det psykiske helsearbeidet både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten (St.meld. nr. 63 1997-1998). Planlagt økning for perioden 1999–2008 var på 800 flere årsverk innen helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Nå er planperioden ennå ikke over, men kommunene er langt unna å nå målsettingen. Foreløpige tall for 2006 viser at drøyt 400 flere årsverk har kommet til siden 1998, altså kun halvparten av målsettingen for planen. For å nå målet må tjenesten styrkes med 400 årsverk i løpet av 2007 og 2008, og man kan allerede nå fastslå at målet for opptrappingsplanen innenfor helsestasjons- og skolehelsetjenesten ikke nås.

Psykologer utgjør en forsvinnende liten andel av de totale antall årsverk innen helsestasjons- og skolehelsetjenesten, kun 1 prosent av alle årsverk i 2005, eller 42 psykologårsverk for hele landet. Relativt sett har psykologene hatt den største økningen de siste årene, med en tredobling av antall årsverk i perioden 2002–2005. Det er også noen flere psykiatriske sykepleiere enn før, men de utgjør bare en liten andel av totalen. For 2005 var det til sammen 52 årsverk.

Leger inngår, sammen med helsesøster, jordmor og fysioterapeut, i helsestasjons- og skolehelsetjenestens grunnbemanning. På 1990-tallet økte antallet legeårsverk og nådde en topp på 232 årsverk i 2002. I årene etter 2002 har

Julie Kjelvik

Figur 1. Årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. 1998-2005



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå.

Julie Kjelvik er rådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk (julie.kjelvik@ssb.no).

Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2008

Opptrappingsplanen ble iverksatt for å styrke psykisk helsevern. Planen innebærer konkrete tiltak og en forpliktende økonomisk plan. Et av planens overordnede prinsipper er forebygging der dette er mulig, og å søke å påvirke forløp, alvorlighetsgrad og konsekvenser. For helsestasjons- og skolehelsetjenesten er det viktig å forebygge psykososiale problemer, spiseforstyrrelser med videre, og styrking av helsestasjonsvirksomhet for ungdom er nevnt spesielt. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal med planen styrkes med omtrent 800 årsverk fordelt på ulike faggrupper (St.prp. nr. 1.1997-1998, St.prp. nr. 1. 2006-2007).

antallet gått noe ned, og i 2005 var det 214 legeårsverk totalt i kommunene. Det er forskriftsfestet at tjenesten skal ha rutiner for samarbeid med andre kommunale tjenester, deriblant fastlegene. Imidlertid blir det understreket at legetjenestene skal utføres fra helsestasjon eller skole, og ikke fastlegenes kontor. Dette for å oppfylle intensjonen om en helhetlig og lett tilgjengelig tjeneste.

Færre enn før tar kommunale fødselsforberedende kurs

Målsetningen med helsestasjonens fødselsforberedende kurs er å styrke foreldrenes kunnskap og trygghet om graviditet, fødsel og barseltid. Antall gravide som har tatt kurs i kommunal regi, har gått ned de siste årene. Til sammen gjennomførte mer enn 7 400 gravide kurs i kommunene i 2005. Det finnes ikke tall for totalt antall gravide, men dersom vi regner antall gravide lik antallet fødte¹, betyr det at 13 prosent av de gravide fullførte fødselsforberedende kurs. I 2001 var tilsvarende antall nesten 8 600 gravide, en andel på 15 prosent.

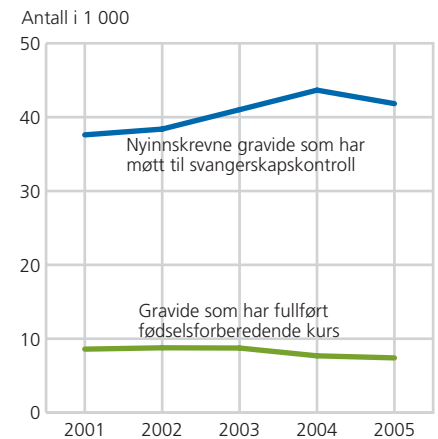
Det finnes også private og andre aktører enn helsestasjoner som tilbyr fødselsforberedende kurs, for eksempel i spesialisthelsetjenesten. Disse finnes det ikke tall på, og vi kan dermed ikke vite om det er en reell nedgang i antallet gravide på kurs, eller om nedgangen skyldes at flere velger kurs som er organisert av andre enn kommunene. Det er naturlig å tro at denne typen kurs foretrekkes av førstegangsfødende samt kvinner som tidligere har hatt kompliserte eller traumatiske fødsler, men i statistikken har vi ikke grunnlag for å kunne si noe mer om hvilken type kvinner som går på kurs. Vi kan heller ikke si noe om menns deltakelse på kursene.

Valgfrihet har betydning for gravide

Gravides bruk av helsestasjonen varierer mellom kommunene. Små kommuner har en høyere andel nyinnskrevne gravide til kontroll enn de store kommunene. Grunnen til forskjellene mellom små og store kommuner kan være tilbudet av alternativer utenom det kommunale tilbudet. Større kommuner som har høyere befolkningstetthet og ligger i mer sentrale strøk, kan ha større tilbud av private leger og klinikker som tilbyr svangerskapskurs eller kontroller. Sannsynligheten er også større for at den gravide finner og velger en spesialisert lege innenfor svangerskap og kvinnesykdommer. I sentrale strøk hvor sykehus ikke er langt unna, kan fødselskurs arrangeres ved sykehuset, mens det i små kommuner kan være lengre til nærmeste sykehus, og helsestasjonens rolle blir derfor mer sentral i svangerskapsomsorgen.

De siste årene har det vært en økning i antall nyinnskrevne gravide til kontroll ved helsestasjonene. Helsestasjonene utførte svangerskapskontroll på flere i 2005 enn de gjorde i 2001. Mens helsestasjonene fulgte opp 37 600 gravide i 2001, hadde antallet økt til 41 800 i 2005. Det har ikke vært store endringer i antallet fødte per år i samme periode. Økningen må derfor skyldes andre forhold. Én årsak kan være at gravide i større

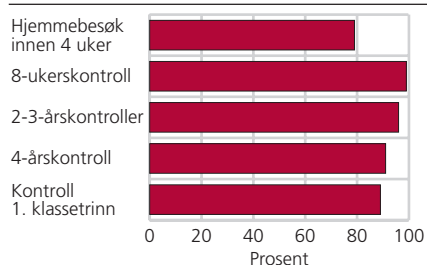
Figur 2. Svangerskapsomsorg. 2001-2005



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå.

Helsestasjonens historikk

Som følge av høy spedbarnsdødelighet kom de første tiltakene for å bedre barns helse i 1890-årene. I Norge var det to forløpere til dagens helsestasjoner; barnepleiestasjoner og spedbarnsklinikker. Ulike menigheter drev barnepleiestasjonene, som oppmuntret til amming og formidlet kontakt med helseråd eller boligkontor. Spedbarnsklinikkene var drevet av Norske kvinners sanitetsforening (NKS) og var rettet mot kvinner som ikke ga bryst. I 1935 hadde NKS 40 kontrollstasjoner spredt rundt om i landet. Etter hvert ble det gitt offentlig støtte til arbeidet, og i begynnelsen av 1950-tallet var det totalt rundt 500 helsestasjoner i Norge. Først i 1972 ble det offentlige ansvar for helsestasjonsvirksomheten lovfestet, og da fantes om lag 1 400 helsestasjoner, men kun 180 var eid og drevet av det offentlige. Med lov om helsestasjonstjenesten i kommunene fra 1982, og kommuneloven fra 1992, gis kommunene plikt og myndighet til å overvåke helsesituasjonen i egen kommune og utforme tjenester. (Statens Helsetilsyn 1998).

Figur 3. Fullførte kontroller 0-6 år. 2005

Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå.

grad foretrekker kontroller hos jordmor ved helsestasjonen enn kontroller hos fastlegen.

Antallet gravide til kontroll nådde en topp i 2004, for så å gå noe ned i 2005. I 2004 ble også folketrygdloven utvidet til å omfatte svangerskapskontroller både hos privatpraktiserende jordmor med kommunal driftsavtale og kommunalt ansatt jordmor i tilknytning til helsestasjon. Det ble også endringer i refusjonsordningene for kontroller utført av leger og jordmor i helsestasjon (SHdir 2003). Om endringene i regelverket har sammenheng med endringene i kontroll av gravide er usikkert.

Nesten alle spedbarn blir undersøkt ved helsestasjonene

De fleste barn gjennomgår kontroller ved helsestasjon fra de er nyfødte til skolestart, men andelen barn med fullført helseundersøkelse synker med barnas alder. Mens nesten alle spedbarn gjennomgikk helseundersøkelse innen åttende leveuke i 2005, hadde en av ti seksåringer ikke gjennomført den rutinemessige helseundersøkelsen ved utgangen av første skoletrinn. For hjemmebesøk etter fødselen var andelen på 79 prosent. Alle foreldre skal få tilbudet, men enkelte kan oppleve hjemmebesøk som for privat. Det er også en del som faller fra fordi de ikke er førstegangsfødende og ikke føler behovet så sterkt. Dekningsgrad beregnes ved å ta antall fullførte kontroller ved en gitt alder og dividere med antall barn i samme aldersgruppe.

Flesteparten av barna blir fullvaksinert mot de vanligste sykdommene. Ved seksårsalderen var 93 prosent vaksinert mot kikhoste, mens 94 prosent var vaksinert mot difteri, stivkrampe, MMR² og polio. Vaksinasjonsdata innhentes via system for vaksinasjonskontroll, SYSVAK, ved Nasjonalt Folkehelseinstitutt (FHI 2006).

Få kommuner bryter loven

I forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten fremgår det at kommunens ansvar er å tilby helsestasjons- og skolehelsetjeneste til barn og ungdom 0–20 år. Alle kommuner, med unntak av én, hadde skolehelsetjeneste ved alle grunnskoler i 2005. Kommunen uten tilbud oppgir redusert budsjett og begrensede tilgjengelige ressurser som årsaken til at skolehelsetjenesten ikke tilbys til grunnskolene.

De aller fleste kommunene hadde skolehelsetjeneste ved alle videregående skoler i 2005. Enkelte mindre kommuner har ikke videregående skole. Av de kommunene som hadde videregående skoler, svarte ni kommuner og to bydeler i Oslo at de ikke tilbyr skolehelsetjeneste. Årsakene som oppgis er kapasitetsproblemer, manglende stillingshjemmel, økonomiske forhold eller at ordinær helsestasjon og helsestasjon for ungdom dekker tilbudet.

Ni av ti unge har tilbud om helsestasjon for ungdom

Styrking av helsestasjon for ungdom er nevnt spesielt i opptrappingsplanen for psykisk helse. Til sammen hadde 309 kommuner tilbud om helsestasjon for ungdom i 2005. Sammenlignet med tidligere år er det i dag flere kommuner enn noen gang som tilbyr helsestasjon for ungdom. Mens kun 40 prosent av kommunene hadde slike tjenester i 2000, var det i 2002 litt over halvparten av kommunene som hadde opprettet tilbudet, og for 2005 var altså andelen på over 70 prosent.

I 124 kommuner eksisterte ikke dette spesialiserte tilbudet rettet mot ungdom. Til tross for at mange kommuner ikke har tilbud, gir helsestasjon for ungdom et tilbud til 91 prosent av ungdommene på landsbasis. Kommunene uten tilbud kjennetegnes av lave innbyggertall, og dermed få personer i målgruppen. Andelen er beregnet ut fra innbyggertallet for ungdom 13–20 år i kommunene og sier således ikke noe om tilgjengeligheten til helsestasjon for ungdom innad i kommunene.

Mulige årsaker til at små kommuner ikke tilbyr helsestasjon for ungdom kan være at det ofte er få ansatte tilknyttet helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Disse skal utføre kommunens pålagte oppgaver som for eksempel den obligatoriske skolehelsetjenesten. Siden kommunene kan velge å organisere tilbudet til ungdom som en del av skolehelsetjenesten, kan dette være en grunn til at kommunene ikke prioriterer å etablere helsestasjon for ungdom som et eget tilbud.

Åpningstiden ved helsestasjon for ungdom varierer fra kommune til kommune. Foreløpige 2006-tall viser at kommunene i gjennomsnitt har åpningstid på i underkant av fire timer per uke. Også her er det slik at tilgjengeligheten for brukerne er størst i de store kommunene – store kommuner har åpent flere timer i uka enn mindre kommuner.

Små kommuner har høyest utgifter

I 2005 brukte kommunene 7,9 milliarder kroner på kommunehelse³, herav gikk hver femte krone til helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Utgiftene utgjør kun en liten andel av kommunenes totale utgifter. Av kommunenes brutto driftsutgifter i alt, som var på 206 milliarder kroner i 2005, var andelen som ble brukt på helsestasjons- og skolehelsetjeneste, under 1 prosent.

Samlet ble det i 2005 brukt 1,5 milliarder kroner på helsestasjons- og skolehelsetjeneste i kommunene, målt i brutto driftsutgifter. Det er imidlertid variasjoner mellom kommunene i hvor mye de bruker på tjenesten, og tendensen er at små kommuner bruker mer per innbygger enn store kommuner. Mens de minste kommunene bruker gjennomsnittlig mer enn 1 500 kroner per innbygger i aldersgruppen 0–20 år, bruker de største kommunene rundt 1 100 kroner. På tilsvarende måte varierer utgiftene med sentralitet og kommunenes beliggenhet. Kommuner i mer sentrale strøk bruker mindre per innbygger på helsestasjons- og skolehelsetjeneste enn de minst sentrale kommunene.

Lønnskostnader utgjør den største utgiftsposten av driftsutgiftene til helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Årsverk og driftsutgifter viser dermed samme mønster i forskjeller mellom kommunene. Små kommuner har flere årsverk i tjenesten enn store kommuner, målt i årsverk per 1 000 innbyggere i alderen 0–20 år. Mens kommunene med de laveste innbyggertallene hadde 3,9 årsverk per 1 000 barn og unge, var dekningsgraden i de folkerike kommunene på 2,3 årsverk.



Helsestasjon for ungdom

Helsestasjon for ungdom omfatter rådgivning, veiledning, undersøkelser og behandling som er tilpasset ungdommens behov og gis på deres premisser. Ungdomshelsestasjon skal være et supplement til, og ikke en erstatning for, skolehelsetjenesten. Tilbudet retter seg mot ungdom opp til 20 år. Ungdom som ikke går på skole, har også en forskriftsfestet rett til helsestasjonstjeneste. (SHdir 2003)

Tabell 1. Utgifter og årsverk per innbygger 0-20 år. Kommunestørrelse. 2005¹

Innbyggere	Gjennomsnittlig bruttodriftsutgifter per innbygger 0-20 år i kroner n=432	Årsverk per 1 000 innbyggere per innbygger 0-20 år n=421
Totalt	1 329	3,0
1- 1 999	1 547	3,9
2 000- 4 999	1 375	3,1
5 000- 9 999	1 287	2,6
10 000- 19 999	1 115	2,4
20 000- 29 999	1 044	2,2
30 000- 49 999	1 094	2,4
>50 000	1 148	2,3

¹Eksklusive Torsken kommune.
Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå.

¹ På grunn av flerbarnsfødsler og andre forhold blir ikke dette helt korrekt, men en tilnærming.

² MMR: Samlevaksine mot meslinger, kusma og røde hunder.

³ Funksjon 232 Forebygging, skole- og helsestasjons-tjeneste, 233 Forebyggende arbeid, helse og 241 Diagnose, behandling og rehabilitering.

Referanser

SHdir (2003): *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*, Veileder til forskrift av 2003-04-03 nr. 450, IS-1154, Sosial- og helsedirektoratet.

Statens helsetilsyn (1998): *Undersøkelser i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*, Utredningsserie 4-98, IK 2618, Statens helsetilsyn.

St.meld. nr. 63 (1997-1998): *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006*.

St.meld. nr. 20 (2006-2007): *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*.

St.prp. nr .1 (1997-1998)

St.prp. nr .1 (2006-2007)

FHI (2006): *Nasjonalt Folkehelseinstitutt: <http://www.fhi.no/tema/vaksine/dekning/>*

Sagt på en annen måte; i en gjennomsnittlig kommune dekker et årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten 330 barn og ungdom. I de minste kommunene dekker hvert årsverk færre i målgruppen, 260 innbyggere per årsverk, mens i de største kommunene skal hvert årsverk dekke i overkant av 400 barn og ungdom.

Det kan være ulike årsaker til at små kommuner, sett i forhold til innbyggertallet, har flere årsverk enn store kommuner. I store kom-

muner kan stordriftsfordeler medføre potensial til å organisere og drive tjenester mer effektivt. I motsatt fall kan små kommuner bli nødt til å ha en overskuddsdekning av personell, slik at dekningen ikke står i forhold til reelt behov. Selv om kommunene ofte bare har behov for deltidsstillinger for å kunne tilby tjenester til målgruppene, må stillingene bli lyst ut som heltid for at det skal være attraktivt for arbeidssøkere å ta stillingene.

Regjeringen varsler styrking av tjenesten

I stortingsmeldingen om sosiale ulikheter (St.meld. nr. 20, 2006-2007) er hovedmålet følgende: Alle barn skal ha like muligheter til utvikling uavhengig av foreldrenes økonomi, utdanning samt etniske og geografiske tilhørighet. For å nå dette målet settes ulike delmål. For helsestasjons- og skolehelsetjenesten har regjeringen følgende mål:

- Tidlig identifisering og god oppfølging av barn i risikogrupper
- Økt tilgjengelighet til skolehelsetjenesten

Meldingen fastslår at i mange kommuner er skolehelsetjenesten for dårlig utbygd, og at kapasiteten må utvides ved at det ansettes mer personell. For å bidra til å redusere sosiale forskjeller i helsetjenestebruk, vil regjeringen videreutvikle og styrke skolehelsetjenesten. Det skal gjøres en vurdering av dagens situasjon og tjenestens framtidige kapasitet og innhold.

Statistikken viser at små kommuner har flest årsverk per innbygger, og at en høyere andel av de gravide i disse kommunene går til kontroll ved helsestasjonen. Derimot har de små kommunene sjeldnere egen helsestasjon for ungdom. Data som finnes per i dag gir imidlertid ikke et fullstendig bilde av tjenesten og brukerne. Statistikken sier ikke noe om hvem som er brukerne av tjenesten, og ikke minst, hvem det er som ikke bruker tjenestene. Det bør også innhentes informasjon rundt skolehelsetjenestetilbudet i kommunene, for eksempel om organisering og tilgjengelighet. Vi vet heller ikke hvor mange barn i risikogruppene som får oppfølging per i dag. Med tanke på regjeringens mål for tjenesten er det behov for et bredere informasjonsgrunnlag for å kunne følge opp de politiske målsettingene i praksis.

Forbruk av private tannhelsetjenester øker mest

Private tannhelsetjenester har blitt mer dominerende de siste 20 årene. I 1984 ble 62 prosent av alle tannhelsetjenester produsert i privat sektor. I 2004 hadde markedsprosenten steget til 80 prosent. I denne artikkelen presenteres tall fra Nasjonalregnskapet for konsum av tannhelsetjenester fra 1984 til 2004.

Tannhelse for barn og noen utsatte grupper er offentlige oppgaver

I Norge er den offentlige tannhelsetjenesten tiltenkt prioriterte grupper i befolkningen. Ungdom opp til 18 år har rett til gratis tannbehandling. Ungdom mellom 19 og 20 år har også rett til tannbehandling, og de betaler 25 prosent av definerte takster på tannhelsetjenester. Eldre, langtidssyke og funksjonshemmede som mottar pleie- og omsorgstjenester, har sammen med psykisk utviklingshemmede lenge hatt rett til gratis behandling, og de senere årene har også fengselsinnsatte hatt den samme rettigheten. Ifølge lov om tannhelsetjenesten skal fylkeskommunen prioritere tannbehandling til de nevnte gruppene. Den øvrige voksne befolkning kan undersøkes og behandles hvis det er ledig kapasitet. Fylkeskommunen skal prioritere behandling til de enkelte gruppene i befolkningen, og den øvrige voksne befolkning må la seg behandle for egen regning, fortrinnsvis ved private tannlegekontor. Folketrygden gir rett til refusjon på en liten del av oppgavene som utføres på et tannlegekontor.

Tannhelse står i sterk kontrast til resten av helsesektoren når det gjelder forholdet til trygden. Som det vises i analysen, blir en marginal del av tannhelsetjenester dekket over folketrygden, mens for helse generelt er dette en overveiende del. Blant annet derfor har enkelte spurt seg om tannhelse er et helsepolitisk stebarn (Den norske Tannlegeforenings Tidende, 2000).

Årsaken til at tannhelsetjenesten er organisert på denne måten, er ikke helt klar. Tidligere helseminister Høybråten (1998) trekker fram at det ikke finnes noen logisk forklaring. I Holst (2004) er det gjengitt flere eksempler på begrunnelser av slik «historisk» karakter. Selv vurderer Holst trygdespørsmålet i lys av sosial ulikhet, etterspørselsvirkninger og fordelings- og leveringseffektivitet. I gjennomsnitt er utgiftene til tannhelse lave, og det er få som har spesielt høye utgifter til tannbehandling. Det er en svært høy andel av den voksne befolkning, tre firedeler, som har vært til tannbehandling i løpet av året. Holst mener også at inntektselastisiteten i tannhelse er lav, det vil si at dersom inntekten faller, påvirker ikke dette konsumet av tannhelse spesielt. Disse og flere andre argumenter fører til at Holst konkluderer med at en generell trygdeordning vil «forverre dagens overetablering og være en trussel mot både teknisk og fordelingsmessig effektivitet» (Holst, 2004).

I en rapport om utviklingstrekk i helse- og sosialtjenesten (Sosial- og helsedirektoratet, 2007) vises til både sosiale og kulturelle forskjeller i tannhelse. Barn av mødre med høy utdanning har bedre tannhelse enn barn av mødre med lavere utdanning. Det er gjort undersøkelser som viser at barn med

Andreas Hedum

Andreas Hedum er rådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk (andreas.hedum@ssb.no).

ikke-vestlig bakgrunn har tre ganger så høyt innslag av karies som barn med norsk bakgrunn.

Tidligere sosialminister Leif Arne Heløe (Aftenposten, 2007) tar til orde for en tannreform, men påpeker enkelte bivirkninger ved trygdefinansiering. Han konkluderer med at «la oss for all del unngå et system som fremmer reparasjoner på bekostning av forebygging».

Konsum og nasjonalregnskap

Nasjonalregnskapet er delt inn etter internasjonale standarder for produktklassifisering (CPA) og næringsgruppering (NACE). På den måten kan man skille konsum (forbruk) av tannhelsetjenester fra annet konsum.

Konsumtallene kan deles inn etter hvem som produserer, og hvem som consumerer tjenestene. Det finnes private og offentlige produsenter av tannhelse. I det offentlige er det stort sett fylkeskommunen som står for produksjonen. I realiteten er det bare husholdningene som lar seg behandle av tannlege, men regningen kan dekkes av staten, (fylkes)kommunen eller husholdningene. I denne artikkelen regner vi konsumentene som den betalende part. Når det gjelder tannhelse, er det statlige konsumet det samme som ytelse i folketrygden.

Konsum er for øvrig en av hovedstørrelsene i utregning av bruttonasjonalproduktet. Bruttonasjonalprodukt kan beregnes ved å legge sammen konsum i alt, bruttoinvestering i fast realkapital, lagerendring og nettoeksport (Temaside – Nasjonalregnskap, <http://www.ssb.no/regnskap/>).

Tallene for konsum av tannhelsetjenester kan presenteres både i løpende og faste priser. Tall i løpende priser er nyttig for å se hva tjenesten faktisk koster og kan brukes til sammenligning med konsumtall for hele helsesektoren og totalt konsum for hele landet. Konsumtall i løpende priser kan derimot ikke brukes hvis man har behov for å skille mellom pris- og volumendringer. Regner man konsum i faste priser, er det tatt hensyn til prisstigning. Det publiseres kostnadstall i faste priser i tannhelse i helseregnskapet. Helseregnskapet er et satellittregnskap hvor det presenteres hovedstørrelser for helsesektoren etter de samme prinsippene som brukes i Nasjonalregnskapet. Det finnes helseregnskap og dermed fastprisberegninger av tannhelsekostnader, som strekker seg tilbake til 1997. Problemet med fastprisberegninger i offentlig sektor er at man ikke har full oversikt over priser og produkter, og det er dermed vanskelig å lage prisindekser.

Konsum av private tannhelsetjenester har økt langt mer enn konsum av offentlige tannhelsetjenester

Fra 1984 til 2004 økte konsumet av tannhelsetjenester fra 1,8 milliarder kroner til drøyt 8 milliarder i løpende kroner. Konsumet har økt mer i privat sektor enn i offentlig sektor. Figur 1 gir et bilde på konsumutviklingen.

I 1984 ble det konsumert offentlige tannhelsetjenester for 674 millioner kroner. Dette økte med 133 prosent til 1 572 millioner kroner i 2004. Konsumet har økt hvert år med to unntak. Fra 1987 til 1988 ser vi et fall på 98 millioner kroner, mens mellom 1999 og 2000 falt konsumet med 132 millioner kroner. Hva disse fallene kan skyldes er uklart. Det er (fylkes)kommunal sektor som dekker mesteparten av utgiftene til den offentlige tannhelsetjenesten. I 1984 dekket (fylkes)kommunal sektor 83 prosent, sta-



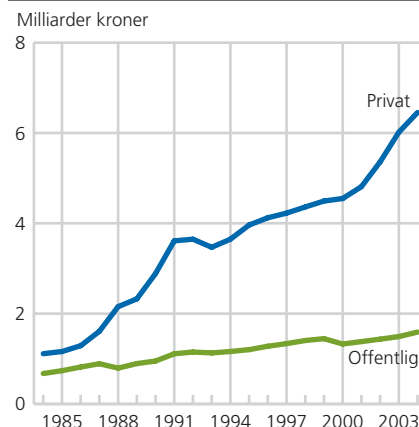
Colorbox.com

ten betalte ingenting, mens husholdningene betalte 17 prosent av tannhelsetgiftene. Etter hvert har husholdningene tatt over en større del av kostnadene. I 2004 dekket husholdningene 26 prosent, 73 prosent ble dekket av kommunal sektor, mens en forsvinnende liten del av konsumet ble dekket av staten.

Noe av veksten i det private konsumet av offentlig tannhelse kan komme av voksent klientell som fylkeskommunen kan behandle mot betaling hvis det finnes ledig kapasitet. Det kan tenkes at den offentlige tannhelsetjenesten har hatt større kapasitet til å behandle betalende klientell.

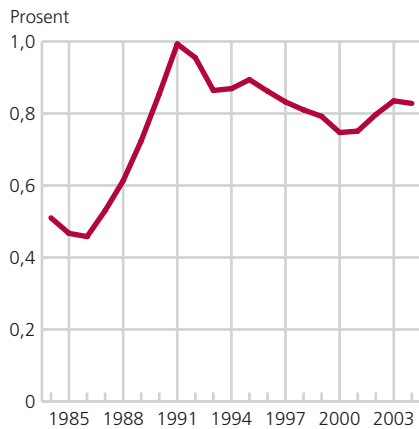
I privat sektor ble det produsert tannhelsetjenester for 1,1 milliarder kroner i 1984. Dette har økt til 6,5 milliarder kroner i 2004. Fra 1992 til 1993 falt produksjonen med 179 millioner kroner. Ellers har produksjonen økt hvert år. De prioriterte gruppene blir først og fremst behandlet i den offentlige tannhelsetjenesten. Innenfor folketrygden ytes refusjon til personer som på grunn av sjelden medisinsk sykdom har nedsatt tannhelse, barn under 18 år som har behov for tannregulering og personer som trenger operasjon eller rens av tannkjøtt. Dette utgjør en mindre del av utgiftene til private tannhelsetjenester. I 1984 ble 90 prosent av den private tannhelsetjenesten finansiert av husholdningene. I perioden 1989 til 2002 økte dette til rundt 93 prosent. I 2004 er det private konsumet tilbake på 90 prosent. Staten dekker mer av private tannhelsetjenester enn offentlige tannhelsetjenester. I 1984 ble omtrent 8 prosent av tannhelsetjenestene dekket av staten. I mes-

Figur 1. Konsum av private og offentlige tannhelsetjenester 1984-2004. Milliarder kroner. Løpende priser



Kilde: Nasjonalregnskapet, Statistisk sentralbyrå.

Figur 2. Husholdningenes konsum av tannhelsetjenester i prosent av husholdningenes totale konsum. 1984-2004



Kilde: Nasjonalregnskapet, Statistisk sentralbyrå.

teparten av perioden har den statlige andelen ligget rundt 4 og 5 prosent. I 2004 dekket staten snaut 9 prosent av utgiftene. Kommunal sektor står for en liten del av konsumet av private tannhelsetjenester. Det kan være at enkelte fylkeskommuner har måttet betale private tannleger for behandling av personer i de prioriterte gruppene. Dette kan skyldes mangel på tannleger i fylkeskommunen.

Det som kanskje kommer tydeligst fram i figuren, er utviklingen i privat tannhelsetjeneste i forhold til offentlig tannhelsetjeneste. I 1984 ble 60 prosent av alle tannhelsetjenester produsert i privat sektor. I 2004 har dette vokst med 20 prosentpoeng til drøyt 80 prosent. Hva kan dette skyldes? Det er få konklusjoner som kan trekkes ut fra tallgrunnlaget, men det er mulig å trekke fram noen mulige årsaker.

Har etterspørselen etter private tannhelsetjenester økt i forhold til offentlige tannhelsetjenester? Etterspørselen etter tannhelsetjenester bestemmes i stor grad av tannlegen. Tannlegen har som regel bedre kjennskap klientens tannhelse enn klienten selv, og klienten blir nødt til å stole på tannlegens anbefalinger om undersøkelse og behandling. Iversen (2004) analyserer det samme fenomenet i møte med fastlege og omtaler dette som physician-induced demand.

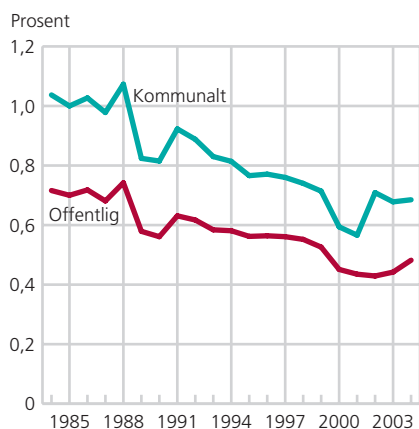
I den offentlige tannhelsetjenesten har tannlegene incentiv til å erstatte dyre behandlinger med forebygging. For det første vektlegger lov om tannhelsetjenesten forebygging fremfor behandling, og for det andre har ikke tannlegene i det offentlige inntekt som er knyttet til antall behandlinger. Fluor ble lansert i skolene, og budskapet var at barn skulle ta vare på egne tenner. Tannhelsetjenesten har turt å øke innkallingsintervallet, det vil si perioden mellom hver gang en klient er inne til undersøkelse (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Nå har man dessuten sluttet å behandle tenner med små tegn til karies, fordi dette heller kan bekjempes ved god tannhygiene. Det kan tenkes at privat sektor henger etter når det gjelder å øke innkallingsintervallet fordi det vil påvirke inntjening.

En annen mulig årsak til veksten i privat tannhelse i forhold til offentlig tannhelse er lønnsvekst i privat sektor. Det er lett å tenke seg at befolkningens vilje til å betale for tannbehandling ikke er så prisfølsom. Det kan tenkes at produktene som tilbys på et privat tannlegekontor har utviklet seg. I 1984 hadde man kanskje anledning til å tilby enkel behandling av hull hos pasienten, mens nå har man helt andre muligheter. Klientene er muligens villige til å betale for en dyrere behandling hvis denne er mer smertefri, eller hvis resultatet blir bedre. Dessuten har kanskje kosmetiske hensyn kommet til som et alternativ, og det er større muligheter for å betale for behandling som fører til et finere tannsett.

Konsum av tannhelsetjenester redusert i forhold til totalt konsum ...

Figur 2 viser husholdningenes konsum av tannhelsetjenester som andel av husholdningenes totale konsum. I perioden 1984-1991 hadde husholdningene en større vekst i konsumet av tannhelse enn i det øvrige konsum, mens for årene etter 1991 var det motsatt. 1991 var året da husholdningenes konsumandel av tannhelsetjenester var på sitt høyeste. Da var tannhelsetjenester 1 prosent av husholdningenes totale konsum. Det er uklart hva som er årsaken til det spesielt høye nivået i 1991.

Figur 3. Offentlig og kommunalt konsum av tannhelsetjenester i prosent av totalt offentlig og kommunalt konsum. 1984-2004



Kilde: Nasjonalregnskapet, Statistisk sentralbyrå.

Offentlig sektors konsum av tannhelsetjenester viser også en topp i 1991, men det var ikke i 1991 at konsumandelen var på sitt høyeste. Konsumandelene for henholdsvis offentlig forvaltning og (fylkes)kommuneforvaltningen er presentert i figur 3. Med offentlig forvaltning menes både staten og (fylkes)kommunene. På midten av 80-tallet utgjorde tannhelsetjenester drøyt 1 prosent av det totale konsumet i kommuneforvaltningen. Siden har det vært en nedadgående trend, og i den siste delen av perioden har andelen ligget rundt 0,07. Veksten i tannhelsekonsum som vist i figur 1, er ikke spesiell. Det har vært en sterkere konsumvekst generelt, i hvert fall de siste 10-15 årene.

.... og i forhold til helse generelt

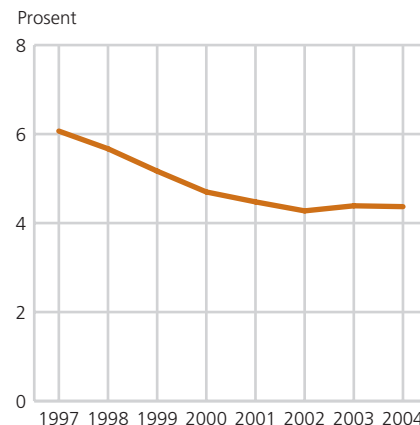
I prosent viser figurene 1 til 3 store endringer i løpet av perioden. For eksempel i figur 1 ser man at tannhelsekonsumet mangedobler seg i løpet av perioden 1984 til 2004. Figur 4 viser utviklingen i kostnader ved tannhelse i forhold til helse. Helseregnskapet strekker seg tilbake til 1997. Tannhelsekostnadene har falt som andel av totale helsekostnader. I 1997 besto omtrent 6 prosent av helsekostnadene av tannhelse. Dette har falt til 4,4 prosent i 2004. Sammenlignet med figur 1-3 ser man at konsumveksten i tannhelse ikke er spesiell. Både det generelle konsumet og konsumet av helsetjenester viser sterkere vekst.

Avslutning

Denne artikkelen presenterer tall for konsum av tannhelsetjenester fra Nasjonalregnskapet. Konsum av tannhelsetjenester har økt, særlig i privat sektor. Konsumveksten av tannhelse er ikke sterkere enn for andre varer og tjenester. Forbruk av tannhelsetjenester har blitt mindre i forhold til konsum i alt og i forhold til konsum av helsetjenester.

Det mest overraskende funnet er kanskje at private tannhelsetjenester har vokst i forhold til offentlige tannhelsetjenester. Private tannleger skal i utgangspunktet behandle dem som er minst utsatt for tannsykdom.

Figur 4. Tannhelsekostnader i prosent av helsekostnader generelt. 1997-2004



Kilde: Nasjonalregnskapet, Statistisk sentralbyrå.

Referanser

- Heløe, L. (2007): Tannreform for utsatte, Aftenposten 19. mars 2007.
- Holst, D. (2004): *Trygd og tannbehandling. Aktuelt hvert 100. år?* Den norske Tannlegeforenings tidende 2004:114.
- Interpellasjon i Stortinget 18. mai 1998 fra representanten Ballo til helseministeren. Høybråtens svar samme dag.
- Iversen, T. (2004): *The effects of a patient shortage on general practitioners' future income and list of patients*, Journal of Health Economics, 23.
- Skou, Marianne (2000): *Tannhelsetjenesten: Helsepolitisk stebarn*, Den norske Tannlegeforenings Tidende, 2000:12.
- Sosial- og helsedirektoratet (2007): *Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren*, Rapport 2007, IS-1443.
- Temaside – Nasjonalregnskap. (<http://www.ssb.no/regnskap/>).

Stange kommune tar pulsen

Nye nettportaler gjør det langt lettere å samle inn lokale helse- og levekårsdata. Stange kommune i Hedmark er godt i gang med å lage sin egen kommunehelseprofil og delplan for folkehelse.

Hanna Hånes

Det siste året har Stange kommune startet arbeidet med å utvikle kommunens første folkehelseplan. Den skal inneholde tiltak for å bedre folkehelsen. Som grunnlagsdokument måtte kommuneoverlege Hege Raastad Basmo lage kommunens første kommunehelseprofil – et dokument spekket med helse- og levekårsstatistikk.

Da trengte hun data om mye mer enn helsetjenester, dødelighet og sykdom. Her måtte det inn data om befolkningens levekår, utdanning og arbeid, næringsstruktur, befolkningsstruktur og beskyttende faktorer som for eksempel fullført videregående skole, nettverk, trivsel, tilhørighet og selvfølelse.

Slapp å være detektiv

Slike data finnes i dag spredt hos mange ulike leverandører, og Basmo så for seg et omfattende detektivarbeid for å samle inn de opplysningene hun trengte. Tidlig i innsamlingsprosessen hørte hun tilfeldigvis et foredrag av Michael Kaurin, Sosial- og helsedirektoratet. Han presenterte arbeidet med nettstedet Kommunehelseprofiler (se definisjon i faktaboks). Her skulle mange ulike data samles for nettopp å lette kommunenes arbeid med innsamling av helse- og levekårsdata.

Dermed var et samarbeid innledet. Gjennom Basmo kunne Kaurin lodde stemningen hos en testbruker og spørre – hvilke data trenger du? Og han kunne dernest gå tilbake til samarbeidspartnerne i Statistisk sentralbyrå, Folkehelseinstituttet og andre leverandører og spørre – hvilke data kan vi levere på kort og lang sikt?

Eksemplet Stange ble dermed en første prøvestein for Kommunehelseprofiler. Skal nettstedet ha livets rett, må det ha et godt utvalg nyttige kommunedata å tilby både for Stange og resten av Norges kommuner.

Helse, levekår og ny E6

Sykdommer og tidlige dødsfall rammer ikke tilfeldig. Ny forskning viser at helse har nær sammenheng med levekår.

– Vi antar at dette er tilfelle også på kommuneplan. Derfor er opplysninger om utdanning, inntekt og andre data om sammenhengen mellom levekår og helse bærebjelker i kommunehelseprofilen vår, sier Basmo i en samtale med «Samfunnsspeilet».

Stange har 18 600 innbyggere. Kommunen er vidstrakt. I nord gror kommunen sammen med Hamar by, mens grender sør i kommunen står midt oppe i spørsmål om sentralisering og store utbyggingsprosjekter.

Hanna Hånes er seniorrådgiver ved Folkehelseinstituttet, Avdeling for helsestatistikk (www.fhi.no). E-postadresse: hanna.hanes@fhi.no.

Utbyggingen av nye E6 var en utløsende faktor da arbeidet med en kommunal folkehelseplan ble satt i gang. E6 skal utvides til en firefeltsvei, og jernbanen utvides til dobbeltspor. De to trafikkårene går tvers gjennom kommunen og vil bli en enda større barriere for lokal kommunikasjon enn de er i dag.

I kjølvannet av nye rapporter og en stortingsmelding om helse og levekår (Folkehelseinstituttet, 2007, og St.meld. nr. 20, 2006-2007) opplever alle norske kommuner at det er mye oppmerksomhet rundt helse, med økende krav om at helsekonsekvenser blir utredet når kommuneplaner revideres og utbyggingsprosjekter planlegges.

Helseproblemene skal helsetjenesten ta seg av. Men mange forebyggende tiltak hører under andre sektors ansvarsområder. I det forebyggende hel-sesarbeidet må derfor samarbeidet gå på tvers av sektorer.

– I den framtidige kommunedelplanen for folkehelse må vi inspirere til konkrete tiltak – se på hva vi kan gjøre mer av, og hva som er bra allerede. Vi skal lage en «infrastruktur» for hvordan helse kan bli et lodd på vekstskåla i alt planarbeid i kommunen, sier Basmo.

Tall og statistikk er bærebjelkene

Helse- og levekårsdataene som inngår i Stanges kommunehelseprofil, skal bli grunnmuren for folkehelseplanen og et verktøy som kommunen kan bruke i forbindelse med alle typer framtidig kommunal planlegging og utredning.

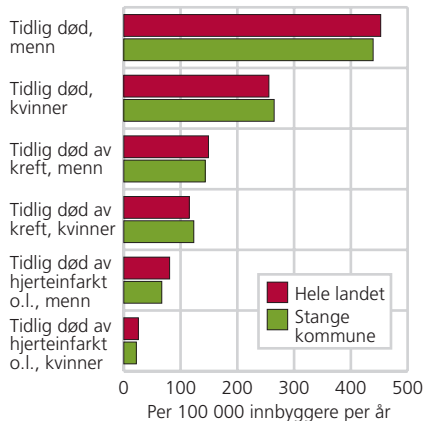
Basmo regner med at helseprofilen vil bli revidert, og utvidet etter hvert som en får data som kan gi enda bedre opplysninger om folkehelsesituasjonen.

I arbeidet med å skape Stanges første kommunehelseprofil plukket Basmo og Kaurin blant annet ut følgende data fra nettstedet Kommunehelseprofiler:

- Demografi
- Utdanning
- Inntekt
- Innvandring
- Andelen med lav inntekt – det vil si med brutto inntekt under kr 100 000,- per år
- Tidlig død – andel døde før 75 år
- Andelen som dør av to hyppigste dødsårsakene: hjerte- og karsykdommer og kreft

0417 Stange kommune	2002	2004	2006
Antall 0-åringer	192	187	164
Antall 0-5 år	1 314	1 262	1 233
Antall 6-15 år	2 356	2 476	2 439
Antall 16-18 år	650	636	744
Antall 19-24 år	1 156	1 238	1 238
Antall 25-66 år	9 723	9 896	10 146
Antall 67-79 år	2 022	1 912	1 852
Antall 80 år og over	809	868	939
Folkemengde i alt	18 030	18 288	18 591
Innvandrerbefolkning	670	723	824
Innvandrerbefolkning 0-5 år	57	51	59
Innvandrerbefolkning 0-16 år	167	194	188
Andel med grunnskole som høyeste fullførte utdanning	10,9	9,8	-
Aldersgruppe: 30-39 år			
Andel med 1-2 år videregående skole som høyeste fullførte utdanning	27,5	25,5	-
Aldersgruppe: 30-39 år			
Andel med inntekt under kr 100 000,-. Prosent	18,7	15,8	-
Kilde: www.shdir.no/kommunehelseprofiler.			

Figur 1. Døde før 75 år av utvalgte dødsårsaker. Stange og Norge



Kilde: www.shdir.no/kommunehelseprofiler.

I figuren er Stange sammenliknet med hele Norge. Tabelldata fra www.shdir.no/kommunehelseprofiler er her overført til Excel og behandlet der.

På mange områder finnes det ikke data som kommunen trenger til sitt nye helsestatistikkdokument. Her må kommunen i stedet bruke fylkesdata eller data for Norge som helhet. En rekke data finnes på nettstedet som Folkehelseinstituttet driver – www.norgesghelsa.no. Data er her bygget opp etter samme lest som Kommunehelseprofiler, se faktaboks.

Legemidler, radon og psykisk helse

– Er det data du trenger som verken fins i Kommunehelseprofiler eller Norgesghelsa?

– Vi har ikke kommunale data for sykdommer og psykiske lidelser. Vi kan få indirekte opplysninger gjennom statistikken for legemiddelforbruk. Folkehelseinstituttet laget for noen år siden en sammenstilling av helsedata for Elverum kommune. Vi kan skjele noe til denne, og vi kan ta for oss helseundersøkelsene av 40-45-åringene og ungdomshelseundersøkelsene i Hedmark som ble gjennomført i 2001 og 2004.

Stange er en «radon-kommune». Det er viktig å synliggjøre dette temaet, dokumentere situasjonen og følge opp med tiltak. Her hentes det inn data fra Statens institutt for strålevern og Kreftregisteret.

For opplysninger om helse hos barn og unge, kan Basmo få informasjon fra helsesøstrenes årlige kartlegginger, fra elevundersøkelser (www.skoleporten.no) og fra enkeltskoler. Om psykisk helse kan hun få opplysninger og vurderinger fra barne- og ungdomspsykiatrien, og tannhelsetjenesten kan hjelpe med data om tannhelsetilstanden.

– Vi må ta høyde for at enkelte opplysninger kan vi bare finne ved å sette i gang egne, kommunale undersøkelser. Men for noen områder tror jeg det er tilstrekkelig å dokumentere *mekanismer*, for eksempel forholdet mellom utdanningsnivå og helse, sier Basmo.

Datainnsamlingen er en god øvelse også for å avkrefte eller bekrefte myter og oppfatninger. I tillegg kan kommunen sammenlikne seg med andre kommuner, Hedmark fylke og Norge som helhet.

Må ikke stigmatisere

Når kommunehelseprofilen og folkehelseplanen etter hvert skal presenteres, må riktige ord velges. Presentasjonen må ikke stigmatisere innbyggerne og skape nye problemer. Et eksempel er at hjemmesykepleierne og sosialtjenesten møter ulike problemstillinger i kommunens ulike distrikter. Ulikhetene skyldes flere faktorer – som ulike levekår og at beboere noen steder er innflyttere uten lokalt nettverk, mens de i andre områder har bodd på samme sted hele livet.

Norgeshelsa. Utvalgt statistikk for landet og fylkene

På dette nettstedet viser Folkehelseinstituttet utvalgt helsestatistikk for Norge som helhet og for fylkene.

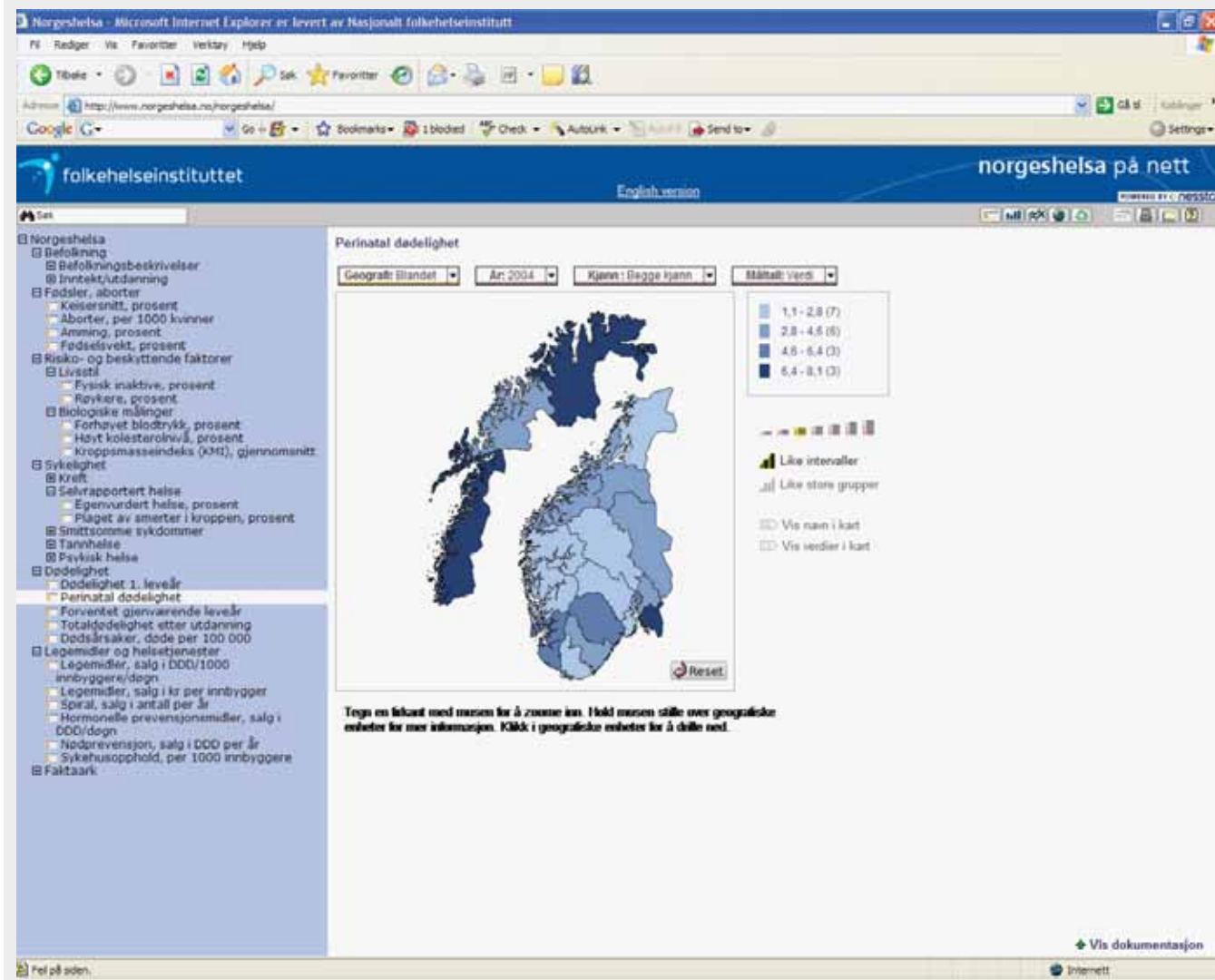
Data til Norgeshelsa er hentet fra Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre og fylkeshelseundersøkelser. Norgeshelsa er koblet med Folkehelseinstituttets faktaarkserie.

Tallene kan tas ut i tabeller, søyle- og linjediagrammer. I tillegg kan du lage kart og få fram variasjon mellom fylkene. Norgeshelsa er under stadig utbygging, nye statistikker tas inn og tallene oppdateres etter hvert som nye årsstatistikker klargjøres hos samarbeidspartnerne.

Du finner data innen seks grupper:

- Befolkning – befolkning, inntekt, utdanning
- Fødsler, aborter – inkluderer også amming, andel med keisersnitt
- Risikofaktorer og beskyttende faktorer – fysisk aktivitet, røyking, kolesterol, blodtrykk, kroppsmasseindeks
- Sykkelighet – kreft, selvrapportert helse, smittsomme sykdommer, tannhelse, psykisk helse
- Dødelighet – inkluderer totaldødelighet, etter utdanning
- Legemidler og helsetjenester – legemiddelsalg, sykehusopphold

Nettadresse: www.norgeshelsa.no



Nettstedet Kommnehelseprofiler

Kommnehelseprofiler er et nytt nettsted som presenterer fakta og tall om folkehelsen i norske kommuner. Formålet er å gi alle kommunene tilgang til de samme data på en enkel måte.

I all areal- og samfunnsplanlegging skal kommunene nå ta hensyn til konsekvenser for folkehelsen. Målgruppen er ledere og planleggere som arbeider med folkehelse, samfunnsplanlegging, arealplanlegging og konsekvensutredning.

Lag diagrammer og tabeller

På nettstedet Kommnehelseprofiler kan du lage diagrammer og tabeller. Som bruker kan du:

- Presentere statistikk i tidsserier for din kommune
- Sammenlikne tall mellom kommuner eller kommunegrupper
- Sammenstille ulike variabler i samme bilde
- Vise tabeller, linjediagrammer og geografiske kart
- Eksporere statistikken til regneark eller til PDF-filer

I første versjon av Kommnehelseprofiler finner du 42 folkehelsevariabler. Disse er delt inn i fire hovedområder:

- Geografiske og sosioøkonomiske data
- Risikofaktorer og beskyttende faktorer
- Helsetilstand
- Helsetjenester

Tidsseriene går i hovedsak tilbake til år 2000. Profilene vil bli bygget ut med nye indikatorer og mer faglig informasjon.

Faktaark

Til hver variabel hører det et faktaark. Dette gir faglig bakgrunnsstoff om indikatoren og kan være relevant kunnskap for en planlegger. Det vil også være henvisninger til ytterligere litteratur og linker til andre nettsteder og dokumenter.

Samarbeidsprosjekt

Kommnehelseprofiler er et samarbeidsprosjekt over tre år, finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet. Prosjektgruppen ledes av Sosial- og helsedirektoratet og har deltakere fra direktoratet, Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet.

Nettadresse: www.shdir.no/kommnehelseprofiler

– Du må «selge inn» folkehelsebudskapet til både ingeniører, kommuneplanleggere, skolefolk og helsepersonell. Hvordan kan du skape entusiasme hos så ulike etater?

– Vi må bruke begreper som gjør at alle sektorer opplever det som relevant. Samtidig må vi sørge for at vi ikke bidrar til stigmatisering og «uthenging» av steder og grupper. Et av de viktigste folkehelseiltakene vil for eksempel være å sørge for at flest mulig unge kommer seg gjennom videregående skole.

Det er tallene som rår

– Vi sier ofte at «det er penga som rår», men min erfaring er at det er tallene som rår! Med det mener jeg at dokumentert kunnskap og erfaring som kan synliggjøres med tall, er veldig effektive og nyttige verktøy, sier Basmo.

– I den videre prosessen vil vi være tydelige på hvilke sammenhenger mellom levkår og helse som kan dokumenteres, og som også gjelder i en kommune som Stange. Alle problemstillingene må synliggjøres slik at de ulike kommunale sektorene kan ta gode valg, og slik at kommunens ressurser kan fordeles på en hensiktsmessig måte. Vi må hele tiden tenke på at folkehelseplanen og dataene vi nå samler inn, skal bidra til at Stange blir et bedre sted å bo, understreker hun.

Må skape tilhørighet

UNICEF ga nylig ut en rapport om barns helse og levkår i rike land (UNICEF, 2007). Her heter det at det virkelige målet for et lands posisjon er hvordan landet tar seg av sine barn – deres helse, sikkerhet, materielle leve-

kår, utdanning og sosialisering, og om barna føler seg elsket, verdsatt og inkludert av sin familie og sitt fødeland.

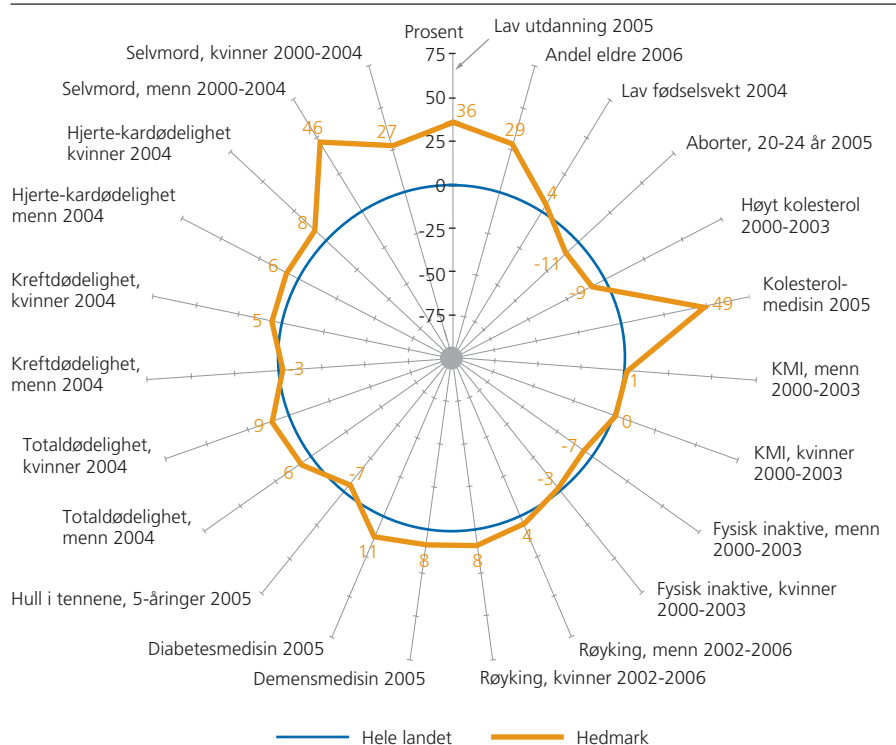
Hvis vi bytter ut «land» med «kommune» og «barn» med «mennesker», er vi ikke langt fra de visjonene Basmo har for Stanges befolkning.

– Folkehelsas «grunnstoff» er at menneskene har et nettverk, tilhørighet, at de blir sett. Særlig er det viktig for barn at noen bekrefter deres egenverdi og ikke bare hva de presterer. De kommunale tjenestene må ivareta og bygge opp under dette. Vi må nære selvbildet, for eksempel gjennom å forebygge mobbing.

– Vil dere gjennom statistikk, tall og planer klare å styrke selvfølelsen og nære selvbildet til innbyggerne i Stange?

– Jeg vet ikke hvordan folkehelseplanen til slutt vil se ut, vi er midt inne i prosessen. Men vi skal i alle fall kunne synliggjøre innsatsen, ikke bare ressursene. Og vi skal kunne følge opp og se om innsatsen gir resultater, sier Basmo, som vil ha seg frabedt lange tiltakslistene uten at noe skjer. Her skal det bli innsats og aktivitet på begge sider av nye E6.

Figur 2. Fylkesbarometer for Hedmark . Eksempel på figur fra Norgeshelsa.



Kilde: www.norgeshelsa.no.

Avvik mellom fylket (gul strek) og Norge (blå strek). For eksempel er andelen barn med lav fødselsvekt fire prosent høyere i Hedmark fylke enn det som er gjennomsnittet for Norge – 5,3 mot 5,1 prosent. Eksakte tall finner man i Norgeshelsas tabellverk.

Referanser

Folkehelseinstituttet (2007): *Sosial ulikhet i helse. En faktarapport*, Rapport 2007:1.

St. meld. nr. 20 (2006-2007): *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*, Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo, Akademika.

St.meld. nr. 16 (2002-2003): *Resept for et sunnere Norge*. Folkehelsepolitikken, Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo, Akademika.

UNICEF (2007): *Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries*, Innocenti report Card 7, 2007, UNICEF Innocenti Research Centre, Florence. www.unicef.org/irc

«Helse i plan». Helsehensyn inn i kommunalt planarbeid

Boligforhold, arbeid og inntekt, skole, sosial tilhørighet, ytre miljø, levevaner og helsetilbud vil påvirke levekårene, og levekårene har igjen betydning for folkehelsen i kommunen. Det er ikke den lokale helsetjenesten som har ansvar for folkehelsen, men helsetjenesten merker trykket når folkehelsen belastes.

«Helse i plan» er et samarbeidsprosjekt mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Miljøverndepartementet og Sosial- og helsedirektoratet. Utviklingsprosjektet «Helse i plan» ble satt i gang for å utrede hvordan plan- og bygningsloven kan brukes til å styrke folkehelsearbeidet i kommuner og fylker. Dette er den sentrale loven for kommunenes samordnede samfunns- og arealplanlegging. Dersom en tar folkehelsehensyn i planarbeidet, kan folkehelsearbeidet og forebyggingsperspektivet få en sterkere forankring i alle kommunale plan- og beslutningsprosesser.

Les mer

http://www.shdir.no/kommunehelseprofiler/informasjon_om_tiltakspakker/helse_i_plan_48884

I noen fylker har kommunene etablert Partnerskap for folkehelse. Dette er et formalisert samarbeid mellom fylkeskommune, fylkesmann, kommuner og frivillige organisasjoner. Samarbeidsmodellen er nærmere beskrevet i St.meld. nr. 16, 2002-2003: *Resept for et sunnere Norge* (Folkehelsemeldingen).

Les mer

http://www.shdir.no/kommunehelseprofiler/gode_eksempler/helse_i_plan__ndash__veileder_i_elektronisk_utgave_64214

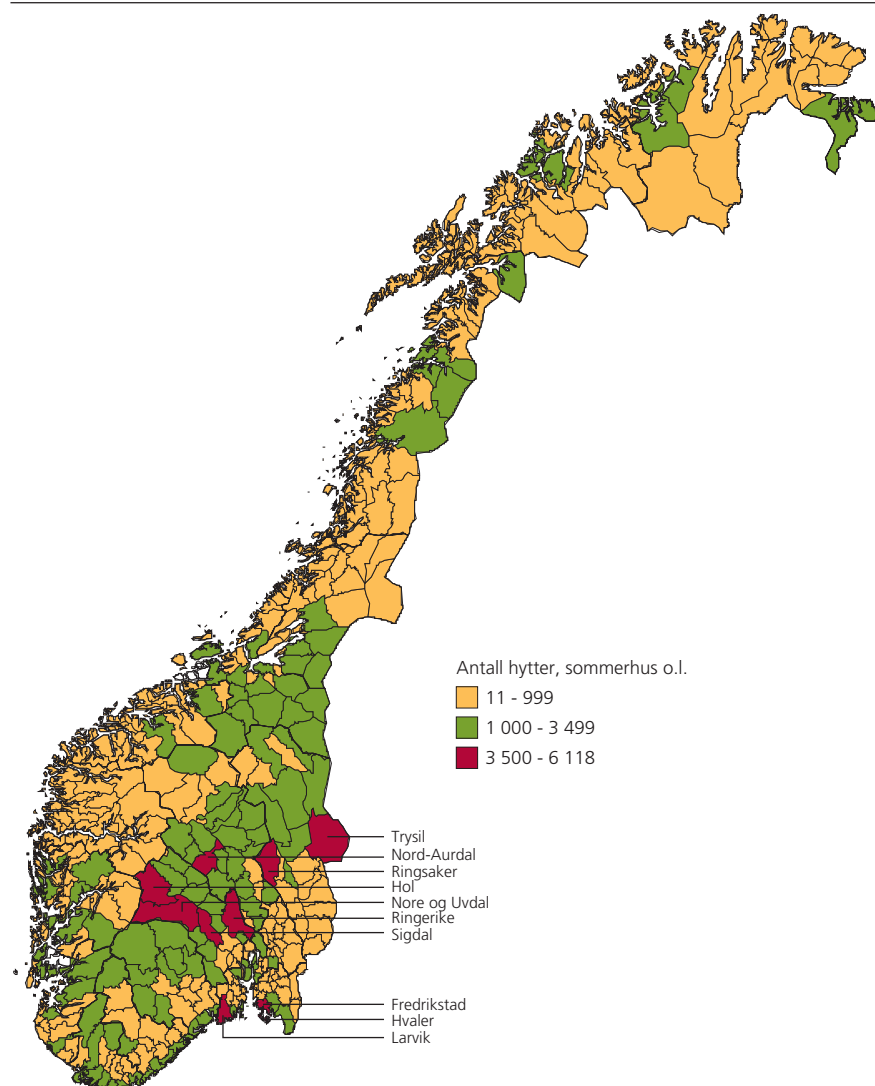
Tett med hytter i Trysil

Trysil er ikke bare blant kommunene med flest hytter her i landet. Der bygges det også flere hytter enn i noen annen kommune. I Norge stiger tallet på igangsatte fritidsbygninger for hvert år, og det gjennomsnittlige arealet på disse er om lag 60 prosent større enn for 20 år siden.

Alle de ti kommunene med flest hytter ligger i Sør-Norge. Hedmarks kommunene Ringsaker og Trysil har flest med henholdsvis 6 118 og 5 560 hytter. De fem andre innlandskommunene er fordelt på Buskerud (Hol, Ringerike, Nore og Uvdal og Sigdal) og Oppland (Nord-Aurdal), og i alle disse finnes det mer enn 3 500 hytter. Det samme er for øvrig tilfellet for tre kommuner langs Oslofjorden, nærmere bestemt Fredrikstad og Hvaler i Østfold og Larvik i Vestfold.

Edvard Andersen

Figur 1. Antall hytter, sommerhus o.l. per kommune. Januar 2007



Kilde: Statistikk over eksisterende bygningsmasse 2007, Statistisk sentralbyrå.

Edvard Andersen er journalist i Statistisk sentralbyrå, Formidlingsavdelingen (edvard.andersen@ssb.no).

Lite nybygging langs kysten

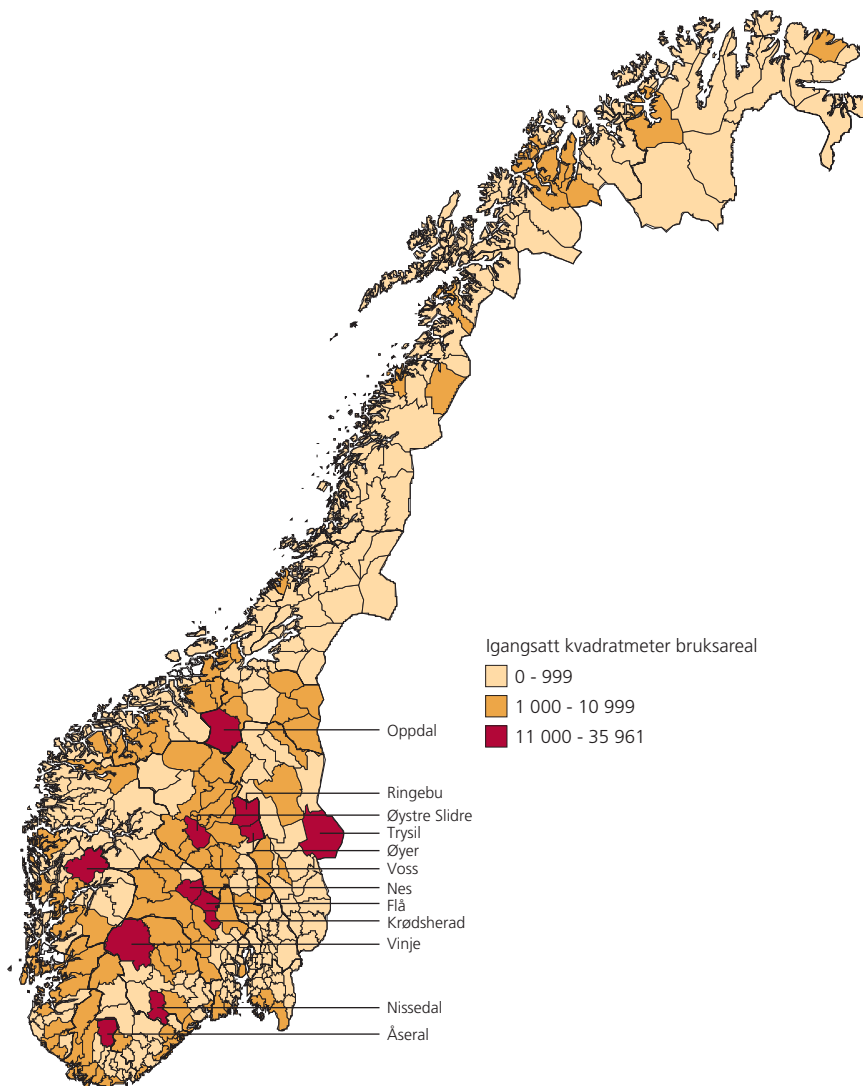
Også byggeaktiviteten er størst i innlandskommunene i Sør-Norge. I en del av kommunene med flest hytter bygges det også mye. Trysil topper lista med et igangsatt bruksareal på 35 961 kvadratmeter. Nore og Uvdal, Hol, Nord-Aurdal og Ringsaker er også blant de 30 øverste plassene, alle med over 6 000 kvadratmeter igangsatt bruksareal i 2006, men som figur 2 viser, er det bare Trysil som er på topp ti.

I hyttkommunene langs kysten er aktiviteten mindre. Fredrikstad ligger på 50. plass med 3 003, Hvaler 92. plass med 1 412 og Larvik på 96. plass med 1 339 kvadratmeter igangsatt bruksareal til fritidsformål. Alle disse er blant de 25 kommunene i landet med flest hytter per kvadratkilometer landareal.

Flere og større fritidsbygninger

På landsbasis er antall fritidsbygninger som igangsettes årlig, mer en doblet fra 1986 til 2006. I 1986 var tallet 3 036, mens det ble startet bygging av 6 402 fritidsbygninger i 2006. I den samme perioden har også disse hyttenes gjennomsnittlige bruksareal økt betraktelig, med nesten 60 prosent. I 1986 var dette arealet på 61,9 kvadratmeter, mens gjennomsnittet i 2006 var 98,8 kvadratmeter.

Figur 2. Igangsatt bruksareal til fritidsbygning i 2006



Kilde: Byggearealstatistikk 2006, Statistisk sentralbyrå.

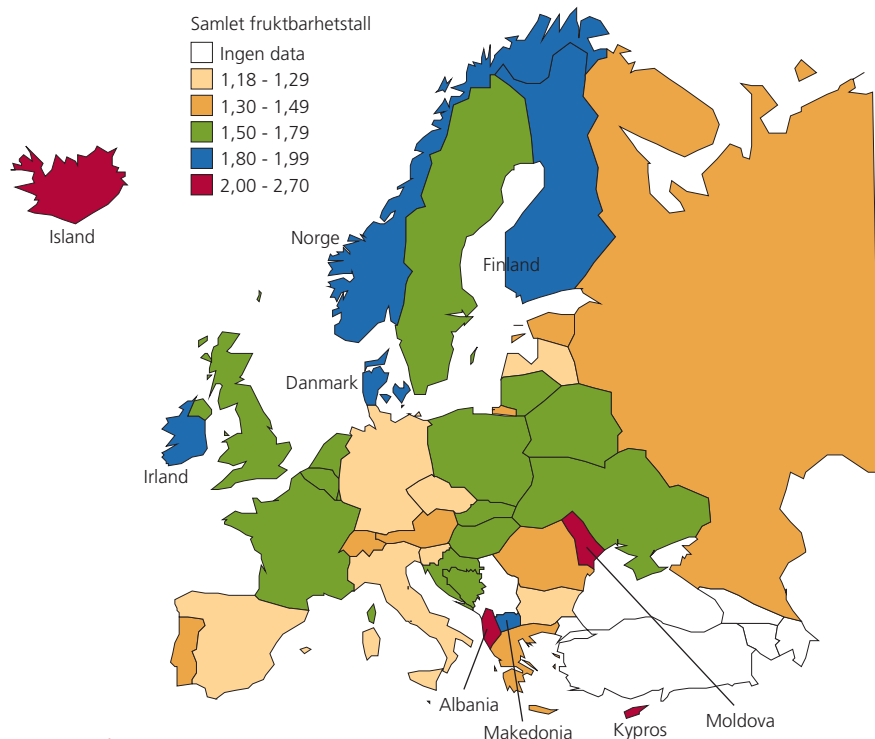
Kvinner i Norge blant Europas mest fruktbare

Sammen med de andre nordiske landene har Norge høy fruktbarhet i europeisk sammenheng. Det har skjedd store endringer i fruktbarheten i Europa de siste ti årene.

I tre av de fem nordiske landene var fruktbarheten relativt høy i 2005, og på Island var den veldig høy. For Nordens del var fruktbarheten høy i 2005, og slik var bildet i 1995 også.

Edvard Andersen

Figur 1. Samlet fruktbarhetstall for europeiske land. 2005



Kilde: Unicef og Eurostat.

Et delt Europa

Lenger ned i Europa er ikke bildet like klart. Ikke minst i Nordøst-Europa var fruktbarheten lav i 2005 sammenliknet med Norge. Polen, Ukraina, Hviterussland og Litauen illustrerer dette. Sammenliknet med 1995 var det en nedgang i fruktbarhet i mange østeuropeiske land, og Moldova skiller seg spesielt ut her. Det finnes derimot land med høy fruktbarhet i den mer sørøstlige delen av verdensdelen, og Albania og Tyrkia befinner seg på det høyeste nivået.

I Vest-Europa var fruktbarhetstallene generelt høyere i 2005 sammenliknet med de østeuropeiske landene. Frankrike, Storbritannia og Irland var på samme nivå som Norge. Ellers lå de sør- og mellomeuropeiske landene under de nordiske. Sammenliknet med 1995 økte fruktbarheten i de vesteuropeiske landene frem til 2005, altså en motsatt tendens av hva som var tilfellet i Øst-Europa.

Samlet fruktbarhetstall (SFT) beskriver gjennomsnittlig antall levendefødte barn hver kvinne kommer til å føde i hele kvinnens fødedyktige periode (15-49 år), under forutsetning av at fruktbarhetsmønsteret i perioden vedvarer, og at dødsfall ikke forekommer.

Edvard Andersen er journalist i Statistisk sentralbyrå, Formidlingsavdelingen (edvard.andersen@ssb.no).

Kilder til kart

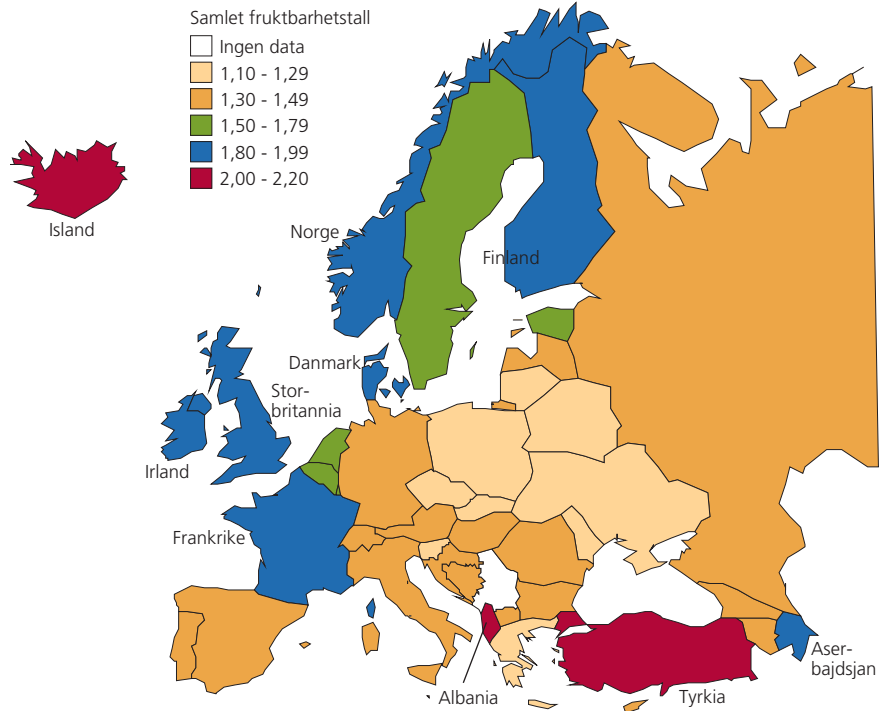
Tallene for Bosnia og Herzegovina, Albania, Ukraina, Moldova, Russland, Belarus, Georgia, Armenia og Azerbajdsjan er hentet fra <http://www.unicef.org/infobycountry/>

De øvrige tallene er hentet fra Eurostat http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1073,46870091&_dad=portal&_schema=PORTAL&p_product_code=CAB12048_

Øvrig kilde

«Women and men in OECD countries» <http://www.oecd.org/dataoecd/44/34/37962718.pdf>.

Figur 2. Samlet fruktbarhetstall for europeiske land. 1995



Kilde: Unicef og Eurostat.

Familiepolitikk viktig

Det er mange grunner til nedgangen i fruktbarheten i Europa. Nedgangen blir gjerne satt i sammenheng med fremveksten av mer individualistiske holdninger, økt likestilling, høyere utdanningsnivå, økt inntekspotensiale og enkle og effektive prevensjonsmetoder.

Det finnes ingen entydige svar på hvorfor de nordiske landene ligger på et høyere fruktbarhetsnivå enn land lenger sør og øst i Europa. I Norden står normen om en selvstendig forsørgerrolle for kvinnene sterkt, noe som innebærer en forventning om at kvinner forsetter å jobbe etter at de har fått barn, og at hverdagen består av en kombinasjon av barneomsorg og yrkesdeltakelse. For nordiske kvinner er dette mulig gjort gjennom at samfunnet langt på vei har tilrettelagt for en slik kombinasjon, blant annet gjennom ulike familiepolitiske tiltak som svangerskaps- og omsorgspermisjoner, barnehager, barnetrygd og kontantstøtte samt gode muligheter for deltidsarbeid. I mange av de søreuropeiske landene er ikke en slik kombinasjon like selvfølgelig, og mange må gi opp sin jobbkarriere når de får barn. Det vil derfor være rimelig at flere velger yrkesdeltakelse på bekostning av barneomsorg, når spørsmålet om å få barn er et enten-eller-spørsmål enn når det er et både-og-spørsmål.

7.6.2007

Befolkningsstatistikk. Befolkning og areal i tettstader, 1. januar 2007

Stor innflytting til tettstadene

I 2006 flytta det om lag 21 500 fleire personar til tettstadene enn kva det flytta ut. I same periode hadde tettstadene eit fødselsoverskott på om lag 15 000 personar. I tillegg kom om lag 11 000 personar til på grunn av utviding av tettstadene.

Talet på busette i tettstader auka dermed med 47 500 i løpet av 2006, og enda med at 3 655 391 av oss var busette i til saman 917 tettstader i Noreg per 1. januar 2007. 78,3 prosent av oss bur no i tettstader.

Stort fødselsoverskott i tettstader

Heile 86 prosent av fødselsoverskottet i landet er knytt til i tettstader. Tettstadene i Akershus, Oslo, Rogaland, Hordaland og Sør-Trøndelag hadde alle eit fødselsoverskott på meir enn 1 000. Oslo låg på topp med nær 5 000.

I Hedmark, Oppland, Telemark og Nord-Trøndelag døydde det fleire enn det vart fødte i tettstadene. Alle fylka, med unntak av Nordland, hadde fødselsoverskott i spreiddbygde strok, men ingen over 500.

Flyttestraumane går til tettbygde strok

I 2006 var nettoinnflyttinga i landet på om lag 24 000. Heile 90 prosent, 21 500, av nettoinnflyttinga har kome i tettstadene. Akershus, Oslo og Rogaland hadde ei nettoinnflytting på meir enn 3 000, og Oslo kom på topp med ei nettoinnflytting på om lag 6 000. I fylka Sogn og Fjordane, Nordland, Troms og Finnmark flytta det fleire ut av tett-

stadene enn det flytta inn. Når det gjeld spreiddbygde strok, hadde åtte av fylka nettoutflytting, medan dei resterande 11 hadde nettoinnflytting.

Færre innbyggjarar i spreiddbygde strok

Trass i både fødselsoverskott og nettoinnflytting i spreiddbygde strok, gjekk folketalet ned med bortimot 5 000 i 2006. Grunnen til dette er at 9 000 personar gjekk over frå å bu i spreiddbygde strok til å bu i ein tettstad på grunn av endringar i tettstadgrenser. Nær 2 000 personar har i tillegg gått over frå tidlegare uplassert på tettbygd og spreiddbygd strok til busett i tettstader.

Sterkast vekst i dei største tettstadene

Veksten i dei 19 tettstadene med 20 000 innbyggjarar og over var i 2006 på om lag 37 000. Det tilsvarar 77 prosent av den totale busetteveksten i tettstader. Arealet auka på same tid med om lag 12 kvadratkilometer, eller i underkant av 40 prosent av den totale endringa i tettstadarealet.

Talet på tettstader har auka med 12 i 2006. 15 nye tettstader er kome til, 2 tettstader har utgått og ein tettstad er blitt innlemma i ein anna tettstad.

Den store veksten i tettstadarealet held fram

Det totale arealet av tettstader i Noreg utgjør no 2 294 kvadratkilometer. Aukinga i areal frå 2006 til 2007 var på om lag 30 kvadratkilometer, eller 1,4 prosent.

Busettetettleiken i norske tettstader var i snitt 1 593 busette per kvadratkilometer per 1. januar 2007. Tettleiken har gått noko opp sett i høve til tal for januar 2000 da det var 1 588 busette per kvadratkilometer tettstad.

Viss ein bryt tala ned etter storleiken til tettstadene, syner det seg forskjellar. Dei aller minste tettstadene har hatt mest nedgang i busette slik at busettetettleiken har gått svakt ned. Dei litt større tettstadene har hatt auke i busette og areal, men auken har vore størst i areal slik at tettleiken har gått noko ned. Dei aller største tettstadene har hatt størst auke i busette slik at tettleiken og har gått opp. Endringane i tettleik har alt i alt vore små.

Endring i areal og busette frå eit år til eit anna kan og i nokon grad skuldast etter-slep og endra rutinar i registra, dette gjeld spesielt for mindre tettstader og kommunar. Endringar etter storleik skuldast og endringar i talet på tettstader. Mellom anna kan mindre tette tettstader få fleire busette og kome over i intervallet over, eller tettstader kan verte borte.

5.6.2007

Arveavgiftsstatistikk, 2005

Flere får forskudd på arv

11 800 personer mottok avgiftspliktige gaver eller forskudd på arv i 2005. Dette var 4 000 flere enn året før. 2 300 personer mottok gaver med en verdi på 1 million kroner eller mer, mot 1 300 personer i 2004.

Noe av økningen i antall avgiftspliktige gaver skyldes nok tilpasning til nye regler ved beskatning av aksjer og andeler i aksjefond fra og med 2006. Ved å gi gaven i 2005 kunne de gamle reglene benyttes.

5,2 milliarder mer i avgiftsgrunnlag

Samlet arveavgiftsgrunnlag utgjorde 22,6 milliarder kroner i 2005, en økning på 5,2 milliarder fra året før. Avgiftsplik-

tig arv utgjorde 13,2 milliarder kroner og avgiftspliktige gaver 9,3 milliarder. Av de som mottok arv eller gave fikk 20 prosent verdier på over 1 million kroner, og nær 1 400 personer mottok verdier på 2 millioner kroner eller mer. Nesten 40 prosent mottok arv eller gaver til en verdi av mellom 250 000 og 550 000 kroner.

Over 2 milliarder i avgift på arv og gave

Til sammen 29 700 personer mottok avgiftspliktig arv og gaver i 2005. Gjennomsnittsarven var på 741 600 kroner, mens gjennomsnittsgaven var på 790 900 kroner. Dette førte til avgifter på til sammen 2,2 milliarder kroner, en økning på 36 prosent fra året før.

5.6.2007

Reiseundersøkelsen, 1. kvartal 2007

Vi reiser mer til utlandet

Nesten 1,9 millioner nordmenn var på reise med minst en overnatting i første kvartal 2007. Feriereisene til utlandet økte aller mest. Fortsatt er det Sverige vi nordmenn oftest reiser til.

Aldersgruppen 16-79 år hadde i alt 4,2 millioner reiser. Dette gir 2,2 reiser per person for de som reiste, og 1,2 reiser i snitt for alle. Reiseaktiviteten var noe lavere enn i første kvartal 2006. Antall personer på reise gikk ned med 1,4 prosent, mens antallet reiser gikk ned med 6,3 prosent.

Flere utenlandsreiser

Én av tre reiser går til reisemål i utlandet, og det var feriereisene til utlandet som økte mest med 22 prosent. Også yrkesreisene til utlandet økte sammenlignet med første kvartal 2006.

Sverige er det mest vanlige landet å reise til, med 20 prosent av alle utenlandsreisene. Spania kommer på annen plass, tett fulgt av Danmark. Når det gjelder feriereiser til utlandet, er derimot Spania på topp med Sverige på annen plass.

Flere overnattinger

Vi overnattet i alt 16,8 millioner ganger i første kvartal 2007 på reisene våre. I

motsetning til tallet på reiser økte tallet på overnattinger med nesten 4 prosent sammenlignet med første kvartal i 2006. Denne økningen har sammenheng med at flere feriereiser går til utlandet, da disse vanligvis har lengre varighet.

Lavere forbruk

Forbruket på reisene var på 19,3 milliarder kroner i første kvartal 2007, en nedgang på 2 prosent sammenlignet med første kvartal 2006. Forbruket per reise var i gjennomsnitt på 4 600 kroner.

1.6.2007

Utdanningsstatistikk. Fullførte utdanninger ved universiteter og høyskoler, 2005/06

Fortsatt flest menn på realfag

Kvinneandelen på fullførte realfagsutdanninger økte med 2 prosentpoeng forrige studieår, men menn er fremdeles i klar overvekt. Tre av fire realfagsutdanninger med en varighet på inntil fire år ble fullført av menn. På utdanninger over fire år var andelen to av tre.

Det ble fullført om lag 1 400 flere utdanninger ved landets universiteter og høyskoler i studieåret 2005/06 enn året før. Dette utgjør en økning på 5 prosent. Kvinner fullførte 62 prosent av alle utdanningene. Kvinneandelen har dermed holdt seg konstant de siste par årene, etter å ha økt i flere år. Av 32 700 fullførte utdanninger fullførte kvinner 20 300 utdanninger, mens menn sto for 12 500. 65 prosent av utdanningene på lavere nivå ble fullført av kvinner, mens den tilsvarende andelen for utdanning på høyere nivå var 54.

Til tross for at flere kvinner enn menn fullførte utdanninger ved universiteter og høyskoler og er i flertall på de fleste fagfelt, er mennene ennå i flertall på avlagte utdanninger innen realfag. Realfag er her utdanninger tatt på fagfeltet naturvitenskapelige fag, håndverksfag og tekniske fag. Det ble fullført 5 200 utdanninger innen realfag i studieåret 2005/06. På lavere nivå ble det fullført 2 900, og på høyere nivå ble det fullført 2 300 utdanninger. Kvinneandelene øk-

te med 2 prosentpoeng for fullførte utdanninger på begge nivåer fra året før, fra 23 til 25 prosent på lavere nivå og fra 34 til 36 prosent på høyere nivå.

Markant økning på høyere nivå

Økningen i fullførte utdanninger som fant sted i tiårsperioden fra 1995/06 til 2005/06, skjedde for det meste på lang høyere utdanning. Det ble fullført om lag 1 400 flere utdanninger av en varighet på fire år eller mer i 2005/06 enn ti år tidligere. Økningen i antall fullførte utdanninger av inntil fire års varighet økte bare med i underkant av 300.

Flere ferdige med samfunnsfag og juridiske fag

Innen fagfeltet samfunnsfag og juridiske fag gjorde 50 prosent flere seg ferdige med en utdanning på lavere nivå siste studieår sammenlignet med året før. I løpet av studieåret 2005/06 ble det avsluttet om lag 1 600 utdanninger innen dette fagfeltet, mens det året før ble avsluttet om lag 1 100 utdanninger.

Nest færrest doktorgrader i Norden

Om lag 530 menn og 360 kvinner avla en doktorgrad i studieåret 2005/06. 40 prosent av dem avlegges innen naturvitenskapelige fag, håndverksfag og tekniske fag. Sammenligner vi med de andre nordiske landene, er det bare på Island det avlegges færre doktorgrader enn i Norge. I Sverige hvor det blir tatt flest doktorgrader av de nordiske landene, avlegges det tre ganger flere enn i Norge. I 2005 ble det avlagt 2 737 doktorgrader i Sverige.

30.5.2007

Overgang til norsk statsborgerskap

12 000 ble innvilget norsk statsborgerskap

Det var 11 955 personer som fikk norsk statsborgerskap i 2006. Det var færre enn året før, men fremdeles mange i forhold til tidligere år. Det var bare i årene 1996, 1997 og 2005 det var flere overganger.

Det var flest personer, i alt 2 100, med tidligere statsborgerskap fra Irak som fikk norsk statsborgerskap i 2006, slik det var i 2005. Tidligere somaliske stats-

borgere utgjorde den nest største gruppen, med nær 1 300 overganger. Deretter var det personer med tidligere statsborgerskap fra Serbia og Montenegro som utgjorde den tredje største gruppen, med 1 100 overganger.

Ni av ti fra ikke-vestlige land

Av de som fikk norsk statsborgerskap hadde 90 prosent tidligere statsborgerskap fra et ikke-vestlig land. Fra midten av 1980-årene har det vært stor overvekt av ikke-vestlige statsborgere som har fått norsk statsborgerskap. Tidligere var det flest med vestlig statsborgerskap.

Blant russiske, filippinske og thailandske statsborgere som ble innvilget norske statsborgerskap, var om lag tre av fire kvinner. Blant tidligere irakiske statsborgere var det flest menn.

Statsborgere fra Serbia og Montenegro økte mest

Den største økningen fra 2005 til 2006 sto statsborgere fra Serbia og Montenegro for, med 250 flere overganger. Antallet tidligere svenske statsborgere økte med 100 personer. Det var nedgang i tallet på overganger til norsk statsborgerskap blant de med statsborgerskap fra Kroatia, Iran og Bosnia-Hercegovina, med henholdsvis 305, 300 og 190 personer.

De fleste var bosatt i Oslo og Akershus

Av de nærmere 12 000 som fikk norsk statsborgerskap i 2006 var 29 prosent bosatt i Oslo. Deretter fulgte Akershus og Østfold med henholdsvis 11 og 8 prosent. Sogn og Fjordane var det fylket som hadde den laveste andelen av overgangene til norsk statsborgerskap, med 0,7 prosent.

30.5.2007

Arbeidskraftundersøkinga. Sesongjusterte månedsvise tal, mars 2007

Arbeidsløysa på same nivå

Arbeidsløysa og sysselsetjinga endra seg lite frå desember 2006 til mars 2007, syner sesongjusterte tal frå arbeidskraftundersøkinga (AKU). Arbeidsløysa var i mars på 2,7 prosent.

Justert for sesongvariasjonar syner AKU ein vekst i sysselsetjinga på 13 000 personar frå desember (målt som gjennomsnitt for tremånadersperioden november til januar) til mars (gjennomsnitt for tremånadersperioden februar-april). Denne auken i sysselsetjinga er lågare enn veksten dei føregåande månadene og ligg nå innanfor feilmarginen.

Arbeidsløysa nesten uendra

Arbeidsløysa, sesongjustert, utgjorde 2,7 prosent av arbeidsstyrken i mars (målt som gjennomsnitt for tremånadersperioden februar-april), mot 2,8 prosent i desember (gjennomsnitt for tremånadersperioden november- januar). Nedgangen på 0,1 prosentpoeng (eller 2 000 personar) er innanfor feilmarginen. Arbeidsløysa hadde ein topp sommaren 2005, då 4,9 prosent av arbeidsstyrken var utan arbeid, og har sidan gått jamt nedover. Ho er no på same nivå som ved førre botn, som var i byrjinga av 1999.

Talet på registrerte arbeidslause ved NAV gjekk ned med 3 000 personar frå desember 2006 til mars 2007, justert for sesongvariasjonar.

Utførte vekeverk

Talet på utførte vekeverk (à 37,5 timer) minka med 11 000 frå desember (målt som gjennomsnitt for tremånadersperioden november- januar) til mars (gjennomsnitt for tremånadersperioden februar-april), justert for sesongvariasjonar. Nedgangen ligg innanfor feilmarginen.

Lågare arbeidsløysa i Tyskland og Frankrike

I mars var arbeidsløysa i Tyskland 7 prosent, ein nedgang med 0,8 prosentpoeng sidan desember. I Frankrike minka arbeidsløysa frå 9 prosent til 8,7 prosent i den same perioden. I EU-15 landa sett under eitt, gjekk arbeidsløysa ned frå 7,1 til 6,9 prosent. I Sverige og Danmark var arbeidsløysa stabil i perioden frå desember til mars. Også i USA heldt arbeidsløysa seg stabil i denne perioden. (Alle tala er sesongjusterte og henta frå Eurostat.)

Sysselsetjing og arbeidsløysa berre blant busette

AKU dekkjer berre dei som er registrerte som busett i Folkeregisteret. Personar som til dømes arbeider i Noreg utan å

vera busett her eller som reknar med å vera busett mindre enn seks månader, er difor ikkje med i talet på sysselsette i AKU. SSB gjev ut ein eigen statistikk for desse gruppene ein gong i året. Sjå Sysselsette og arbeidslause på korttidsopphald.

29.5.2007

Bøndenes inntekt og formue, 2005

Stor variasjon i jordbruksinntektene

Skatteoppgjøret 2005 viser en gjennomsnittlig næringsinntekt fra jordbruket på 147 000 kroner for gårdbrukerne. Det var store variasjoner i jordbruksinntektene; én av fire gårdbrukere var uten positiv jordbruksinntekt, mens 6 prosent hadde jordbruksinntekt på 400 000 kroner eller mer.

Jordbruksbedriftene varierer mye i størrelse, her inngår alt fra hobbypreget produksjon til bedrifter med millionomsætning. Dette er den viktigste årsaken til variasjonene i jordbruksinntektene.

Melkeproduksjon på storfe viktigst

I 2005 hadde 2 900 av 50 300 gårdbrukere næringsinntekt fra jordbruket på 400 000 kroner eller mer. Melkeproduksjon på storfe er den viktigste produksjonen i norsk jordbruk, og 12 800 gårdbrukere hadde dette som hovedproduksjon i 2005. Blant disse hadde 7 prosent 400 000 kroner eller mer i jordbruksinntekt, 22 prosent hadde mellom 250 000 og 400 000 kroner, og 45 prosent hadde mellom 100 000 og 250 000 kroner. I 2005 var gjennomsnittlig næringsinntekt fra jordbruket for gårdbrukerne med driftsformen melkeproduksjon 215 000 kroner.

Gårdbrukere med driftsformen svin/fjørfe hadde den høyeste gjennomsnittsinntekta fra jordbruket med 279 000 kroner. 20 prosent av gårdbrukerne med denne produksjonen hadde næringsinntekt fra jordbruket på 400 000 kroner eller mer i 2005. I alt 1 500 gårdbrukere hadde svin/fjørfe som driftsform.

Gårdbrukere uten jordbruksinntekt

16 prosent av gårdbrukerne hadde negativ næringsinntekt (underskudd) fra jordbruket i 2005. Dette kan gjelde gårdbrukere med liten produksjon, men også gårdbrukere som var i en oppstarts- eller utvidingsfase av virksomheten. 8 prosent av gårdbrukerne var uten næringsinntekt fra jordbruket. De fleste av disse antas å drive hobbypreget jordbruk som ikke oppfyller skattemyndighetenes krav til næringsvirksomhet. En annen årsak kan være at jordbruksinntekta er ført på ektefellen. Gårdsdrift uten positiv næringsinntekt var mest vanlig blant gårdbrukere med driftsformen korn og oljevekster, sau eller øvrige grovføretende dyr (geit og kombinasjoner av storfe/sau/geit). Blant disse var hver tredje gårdbruker uten positiv jordbruksinntekt.

Gjennomsnittlig næringsinntekt fra jordbruket for alle gårdbrukere økte fra 112 000 kroner i 2004 til 147 000 kroner i 2005. Mye av veksten skyldes antakelig tilpasning til nye skatteregler gjeldende fra og med 2006. Også blant personlig næringsdrivende i andre næringer er det en betydelig økning i næringsinntektene fra 2004 til 2005, se <http://www.ssb.no/emner/05/01/ifpn/>.

Lønnsinntekta like stor som jordbruksinntekta

I 2005 utgjorde næringsinntekta fra jordbruket i gjennomsnitt 32 prosent av gårdbrukernes samlede bruttoinntekt på 465 000 kroner. Lønnsinntekt utgjorde også 32 prosent, mens kapitalinntekter, andre næringsinntekter og pensjoner utgjorde henholdsvis 19, 13 og 4 prosent av bruttoinntekta.

Ektefeller eller partnere som driver næring sammen, kan skattemessig dele næringsinntekta. I 2005 var det i alt 10 800 ektefeller/partnere med positiv næringsinntekt fra jordbruk, og gjennomsnittlig jordbruksinntekt for disse var 132 700 kroner.

Statistikken bygger på opplysninger fra selvangivelsen og omfatter alle jordbruksbedrifter drevet av enkeltperson. Av i alt 53 000 bedrifter med jordbruksdrift i 2005 ble 50 500 drevet av enkeltperson, fordelt på 87 prosent menn og 13 prosent kvinner.

Gårdbruker/bruker: Den personen som er hovedansvarlig for drifta av en jordbruksbedrift.

Jordbruksbedrift: Virksomhet med jordbruksdrift, inkludert hagebruk og husdyrhold.

Næringsinntekt fra jordbruk: Positiv næringsinntekt fra jordbruket, hentet fra næringsoppgaven. I tillegg inngår sjukepenger til selvstendig næringsdrivende i jordbruk, skogbruk og fiske. Fradrag som blant annet kontingent til næringsorganisasjon, årets og tidligere års underskudd i næringa, gjeldsrenter og jordbruksfradrag, er ikke trukket fra.

24.5.2007

Befolkningsstatistikk. Innvandrerbefolkningen, 1. januar 2007

Rekordstor vekst i innvandrerbe-folkningen

I løpet av 2006 økte innvandrerbefolkningen i Norge med 28 600 personer. Dette er den største veksten i innvandrerbefolkningen som er målt. Til sammen har nå 415 300 personer innvandrerbakgrunn, noe som tilsvarer 8,9 prosent av Norges befolkning.

1. januar 2007 besto innvandrerbefolkningen i Norge av 341 800 førstegenerasjonsinnvandrere og 73 500 personer født i Norge av to utenlandsfødte foreldre.

Innvandrerbefolkningen omfatter personer med to utenlandsfødte foreldre, eller mer presist; personer som verken har foreldre eller besteforeldre som er født i Norge.

Innvandrerbefolkningen inkluderer førstegenerasjonsinnvandrere, som selv har innvandret, og personer født i Norge av to utenlandsfødte foreldre.

Sterk økning i den polske innvandrerbefolkningen

Antall personer med polsk bakgrunn økte mest med en vekst på 7 000 personer. Deretter følger personer med bakgrunn fra Tyskland (1600), Somalia (1 500) og Sverige (1 100). Innvandrerbefolknin-

gen fra Polen har de to siste årene økt med 8 900 og er nå den sjette største innvandrergruppen i Norge. Det er særlig blant førstegenerasjonsinnvandrere at antallet polakker har steget, og de utgjør nå den nest største gruppen av førstegenerasjonsinnvandrere i Norge. Mens polakkene nesten bare består av personer som selv har innvandret til Norge, er fire av ti med innvandrerbakgrunn fra Pakistan født i Norge av to utenlandsfødte foreldre.

Antallet innvandrere med innvandrerbakgrunn fra Øst-Europa økte med til sammen 11 400 personer, noe som er på samme nivå som samlet økning i innvandrerbefolkningen fra Asia og Afrika (12 000).

Personer med ikke-vestlig opprinnelse dominerer

Veksten i innvandrerbefolkningen skyldes i hovedsak innvandring fra ikke-vestlige land. I dag er om lag tre av fire i innvandrerbefolkningen personer som har sin bakgrunn fra ikke-vestlige land, og utgjør dermed 6,6 prosent av befolkningen. I 1986 var 1,1 prosent av Norges befolkning fra denne gruppen. De tre største innvandrergruppene i Norge har bakgrunn fra Pakistan, Sverige og Irak.

Jevn kjønnsfordeling

Ved inngangen til 2007 var innvandrerbefolkningen sammensatt av omtrent like mange kvinner og menn (208 500 kvinner og 206 800 menn). Kjønnsfordelingen varierer imidlertid mye for enkelte land. Det er klart flest menn med opprinnelse fra Polen (60 prosent), Storbritannia (59 prosent) og Irak (57 prosent), mens det er et stort kvinneoverskudd blant personer med bakgrunn fra Thailand (84 prosent), Filippinene (77 prosent) og Russland (66 prosent).

Innvandrerbefolkningens geografiske fordeling

Det bor personer med innvandrerbakgrunn i alle landets kommuner. 31,5 prosent av innvandrerbefolkningen bor i Oslo og 12,7 i Akershus. Hver fjerde Oslo-borger har innvandrerbakgrunn (131 000 personer).

Flest ikke-vestlige innvandrere som andel av folketallet, har Oslo (19,6), Drammen (15,9) og Lørenskog (12,9). To kommuner, Beiarn og Osen, er de eneste kommunene uten ikke-vestlige innvandrere.

18.5.2007

Ofre for lovbrudd, anmeldt, 2006

Flere mannlige voldsofre

3,7 prosent av befolkningen ble registrert som offer for lovbrudd i 2006. Anmeldelsene viser at 174 000 personer ble utsatt for 189 000 lovbrudd – om lag 2 prosent flere personer og lovbrudd enn året før. Unge menn er overrepresentert både blant vinnings- og voldsofrene.

Av de drøyt 400 000 anmeldte lovbruddene i 2006 var 47 prosent registrert med et personoffer og 16 prosent begått mot et foretak eller annen juridisk enhet. 62 prosent av alle anmeldte forbrytelser er registrert med en person som fornærmet, mot kun 15 prosent av alle anmeldte forseelser. Foretak og andre juridiske enheter anmeldte samlet sett å ha bli utsatt for 65 000 lovbrudd, 6 prosent færre enn i 2005. Tyverier og andre vinningslovbrudd utgjorde om lag 70 prosent av alle lovbrudd som både foretak og personer anmeldte å ha vært utsatt for.

Flere lovbrudd uten offer – og færre vinningslovbrudd mot foretak

Andelen anmeldte lovbrudd uten et registrert offer fortsetter å øke, og var 36 prosent i 2006. Veksten har sammenheng med det økte antallet anmeldte narkotika- og trafikklovbrudd (se Anmeldte lovbrudd). Dette er lovbrudd som ikke nødvendigvis har påført andre en direkte offeropplevelse, og to tredeler (97 000) av alle lovbrudd uten registrert offer finner vi i disse to lovbruddsgruppene. Vinningskriminalitet utgjorde 47 prosent av alle anmeldte lovbrudd i 2006, og antallet var 2,6 prosent færre enn i 2005. Offerstatistikken viser imidlertid at det var like mange vinningslovbrudd mot personer, og at nedgangen i forhold til året før skyldtes en nesten 10 prosent reduksjon i antall anmeldte vin-

ningslovbrudd mot foretak og andre juridiske enheter. Ut fra hovedlovbruddet ble 6 500 personer offer for trafikklovbrudd og 9 600 for skadeverk – henholdsvis 8 og 7 prosent flere enn året før. 91 prosent av alle personofre som anmeldte lovbrudd til politiet var utsatt for minst en forbrytelse.

Osloboeiere aller mest utsatt for tyveri

Som tidligere er det en langt større andel av befolkningen i Oslo enn i noe annet fylke, som utsettes for vinningskriminalitet. I løpet av 2006 anmeldte 4,8 prosent av oslobefolkningen å ha vært utsatt for tyveri og andre vinningslovbrudd, mens den tilsvarende andelen var 1,3 prosent i Sogn og Fjordane. I ti fylker var andelen personofre for vinningskriminalitet høyere enn i året før, men kun to fylker (Østfold og Sogn og Fjordane) hadde en høyere andel enn i 2004. I den siste treårsperioden har de bosatte i åtte fylker hatt en trinnvis nedadgående andel personofre for vinningskriminalitet.

Ulike aldersgrupper har ulike type lovbruddsproblemer

Hvor mange som blir utsatt, og hvilke type lovbrudd man blir utsatt for, varierer også med kjønn – og i enda større grad med alder. Av alle personofre i anmeldelsene til politiet er 59 prosent menn, og unge voksne har en langt høyere risiko for å bli registrert som offer for lovbrudd enn de aller yngste og eldste i befolkningen. I og med at ofrene for vinningskriminalitet utgjør så stor andel av totalen, er det alders- og kjønnsfordelingen til ofrene for disse lovbruddene som dominerer den registrerte offerstatistikken i Norge.

Ser vi på fordelingen av lovbruddsgrupper innenfor aldersgruppene, finner vi imidlertid relativt klare mønstre og ulikheter: Hele 70 prosent av ofrene i aldersgruppen 0-9 år har seksual- eller voldslovbrudd som hovedlovbruddsgruppe. Den tilsvarende andelen for ofrene i de andre aldersgruppene er systematisk nedadgående med økende alder. For eksempel har 27 prosent av ofre i aldersgruppen 10-19 år volds- eller seksualkriminalitet som hovedlovbrudd, mens den tilsvarende andelen er 2 prosent blant ofre for lovbrudd i alderen 80 år eller

eldre. Det motsatte mønsteret ser vi i forhold til økonomisk kriminalitet og annen vinningskriminalitet, og til en viss grad skadeverk og trafikkriminalitet.

21 300 ofre for 22 000 tilfeller av vold og trusler

Sammenliknet med året før økte antall personofre for volds-kriminalitet med 3 prosent, i hovedsak på grunn av de 5 prosent flere mannlige ofre. Antall personofre med trusler som hovedlovbrudd, som også inngår i lovbruddsgruppen volds-kriminalitet, var imidlertid nesten 5 prosent færre i 2006 enn i 2005. Økningen av ofre for volds-kriminalitet har med andre ord sammenheng med en større økning i antall ofre for fysisk vold. Finnmarkinger, både kvinnelige og mannlige, er som i tidligere anmeldelsesstatistikker mest utsatt for vold og trusler. Statistikken over ofre anmeldt i 2006 viser også at andelen ofre for voldslovbrudd er like stor blant de bosatte i Telemark som i Oslo.

Ut fra anmeldelsene til politiet er risikoen for å bli utsatt for volds-kriminalitet klart høyest i løpet av de aller første årene etter oppnådd myndighetsalder. Dette gjelder for både menn og kvinner – men i aldertrinnene 18-21 år ble mer enn 2 prosent av alle menn, og om lag 1 prosent av alle kvinner, registrert som offer for vold eller trusler i løpet av 2006. For begge kjønn reduseres deretter utsattheten for voldslovbrudd systematisk med stigende alder (se figurer).

Ut fra hovedlovbruddet er det større kjønnsforskjell i utsatthet for legemsbeskadigelse (84 prosent menn) enn de mindre grove legemsfornærmelsene (63 prosent menn) og truslene (55 prosent menn). Kvinner er på den annen side svært overrepresentert blant ofrene for seksualforbrytelser (88 prosent kvinner) og mishandling i familieforhold (85 prosent kvinner, se figur og tekstboks). I 2006 ble det anmeldt 33 drap. Sammenliknet med tidligere år var det få mannlige, og over gjennomsnittlig antall kvinnelige ofre. 2006 ble derfor uvanlig, i og med at mer enn 60 prosent av draps-ofrene var kvinner.

Flere ofre for seksualforbrytelser

I løpet av 2006 ble det registrert 3 000 ofre for seksualkriminalitet – ut fra

hovedlovbruddet 12 prosent flere enn i 2005. Av alle utsatte for seksualforbrytelser har om lag en tredel voldtekt eller voldtektsforsøk som hovedlovbrudd, og 85 prosent var under 30 år. En femdel av barna som er registrert utsatt for seksuell omgang er gutter.

Nye straffebestemmelser og type lovbrudd

Løsgjengerloven ble opphevet 1.1.2006, med unntak av § 11 om betleri (tigging) som ble opphevet 1.7.2006. Straffeloven kapittel 35, Forseelser mod den almindelige Orden og Fred, § 350 ble samtidig utvidet til å omfatte «den som i selvforstyldt rus forulemper eller voldet fare for andre.» (2. ledd). Straffeloven kapittel 20, Forbrydelser med Hensyn til Familieforhold, § 219 om mishandling i familieforhold trådte i kraft 1.1.2006. Den nye bestemmelsen erstatter til en viss grad andre liknende bestemmelser om vold og trusler i straffelovens kapittel 21 og 22. I politiets straffesaksregister kunne registreringer av anmeldelser ut fra disse endringene gjøres fra og med 11.5.2006 (med mulighet for tilbake registreringer av saker begått forut for dette). De nye straffebestemmelsene har medført enkelte endringer i SSBs standard for Type lovbrudd, men har i mindre grad betydning for innholdet i standarden Lovbruddsgruppe.