

Helsetjenester for et bedre liv

- Vekst i antall leger
- Innvandrernes helse
- Arbeidstid blant helsepersonell
- Hva vi dør av – i Norge og Europa
- Hvem tar kosmetiske operasjoner?
- Vanskelig å måle mødredødelighet
- Utgifter til pleie og omsorg – mer til yngre?

Statistics Norway



Statistisk sentralbyrå

Sannfunnsspeilet

Samfunnsspeilet



90 000

skader

inntreffer årlig på norske arbeidsplasser. Det er flest skader blant unge menn og i yrker innenfor bygge- og anleggsnæringen og primærnæringene. Aller størst skaderisiko har tømrere og anleggsarbeidere. Vi finner flest med arbeidsrelaterte helseproblemer i helse- og sosialyrker, og det er muskel- og skjelettsmerter som dominerer. Halvparten av dem som oppgir å ha hatt et arbeidsrelatert helseproblem det siste året, har vært sykmeldt på grunn av dette. Slikt sykefravær ses hyppigst blant sykepleiere, mens andelen er lavest blant administrerende ledere/politikere.

Les mer om skader og helseproblemer på arbeidsplassen i Hans Magne Gravseths artikkel, side 7.



15 prosent

flere mottar

hjemmetjenester i 2008 sammenlignet med det som var tilfelle for 13 år siden. Samtidig har antall personer som bor i institusjoner, gått ned. Det er fra myndighetenes side blitt satset på en såkalt boliggygging og hjemliggygging av eldreomsorgen, med en hovedmålsetting om at eldre skal kunne bo i eget hjem så lenge som mulig. Men det er hjemmetjenester til yngre (under 67 år) med nedsatt funksjonsevne som har økt. Det har ikke blitt flere eldre som mottar hjemmetjenester.

Berit Otnes skriver mer om eldreomsorgen her til lands, se side 12.



8,5

tvangsinnleggelser

per 10 000 innbyggere gjør Helse Førde til det helseforetaket som har færrest innleggelser på tvang i 2009. Flest finner vi i Troms og Finnmark, med 35 per 10 000 innbyggere. Det er generelt store forskjeller mellom de ulike helseforetakene i antall tvangsinnleggelser. Forklaringen på ulikhetene kan blant annet ligge i ulik praksis og lovfortolkning mellom helseforetakene, og ulik befolknings sammensetning i helseforetakene. Et godt datagrunnlag er en forutsetning for å få en best mulig oversikt over tvangsinnleggelser. På dette området gjenstår det fremdeles store utfordringer.

Les mer om tvang i det psykiske helsevernet i artikkelen til Geir Hjemås, side 69.

2/2011

Samfunnsspeilet 2/2011 – 25. årgang

Samfunnsspeilet presenterer aktuelle analyser om levekår og livsstil. Samfunnsspeilet kommer ut fem ganger i året, med årets siste utgave som dobbeltnummer om sosiale indikatorer. Tidsskriftet 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.), Toril Sandnes (fung. red.), Natasza P. Sandbu, Even Høydahl, Julie Kjølvik, Ingrid Melby, Elisabeth Nørgaard, Jorun Ramm, Ole Sandvik og Kenneth Aarskaug Wiik.

Redigering: Gunn Bredevang, Liv Hansen og Helga Nordermoen (layout).

Foto: Siri Boquist, Siv Irene Pedersen, Dag Roll-Hansen, Hanne Marit Svensrud, Colourbox, Crestock, Scanpix, Studio Vest.

Design: Siri E. Boquist

Trykk: Møklegaards Trykkeri AS

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

Neste nummer av Samfunnsspeilet kommer ut 20. juni 2011.

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

E-post: ssb@ssb.no

ISBN 978-82-537-8081-8 Trykt versjon

ISBN 978-82-537-8082-5 Elektronisk versjon

ISSN 0801-7603 Trykt versjon

ISSN 0809-4713 Elektronisk versjon

© Statistisk sentralbyrå, mai 2011.

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>Julie Kjølvik og Toril Sandnes</i> Helse: God helse og flere leveår	2
<i>Hans Magne Gravseth</i> Arbeidsskader og arbeidsrelaterte helseproblemer: Unge menn skader seg oftest på jobb	7
<i>Berit Otnes</i> Eldreomsorg: Mindre kommunal hjemmehjelp til eldre	12
<i>Bjørn Gabrielsen</i> Pleie- og omsorgstjenester til personer med nedsatt funksjonsevne: Flere med brukerstyrt personlig assistent	18
<i>Julie Kjølvik</i> Kommunale driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester: Mindre del av utgiftene går til eldre	23
<i>Anders Barstad</i> Utenfor allfarvei: Helse, kontakt og berøring	30
<i>Bjørn Theodor Halle og Andreas Hedum</i> Private institusjoner i spesialisthelsetjenesten: Høyest vekst for ideelle sykehus	32
<i>Jorun Ramm og Tilmann von Soest</i> Kosmetisk kirurgi: 5 prosent har lagt seg under kniven	37
<i>Anne Mundal</i> Leger i kommune- og spesialisthelsetjenesten: Vekst i antall leger	43
<i>Borgny Vold</i> Fastleger som er innvandrere: En av fem fastleger er innvanderer	51
<i>Tonje Køber og Åsne Vigran</i> Arbeidstid blant helsepersonell: Stort omfang av deltidsarbeid	58
<i>Svein Blom</i> Innvandrerens helse: Dårligere helse blant innvanderne	63
<i>Geir Hjemås</i> Tvang i psykisk helsevern: Geografiske forskjeller i tvangsinnleggelser	69
<i>Susie Jentoft, Vibeke Oestreich Nielsen og Dag Roll-Hansen</i> Mødredødelighet i et internasjonalt perspektiv: Hvor mange kvinner dør i svangerskap?	74
<i>Anne Gro Pedersen</i> Sammenligninger av dødsårsaker i Norge og Europa: Hva dør man av i EU – og i Norge?	82
Siden sist	88

God helse og flere leveår

De fleste av oss sier at helsa er god, og slik har det vært lenge, selv om mange lever med varige sykdommer. Likevel har helsetjenesten blitt tilført flere leger de siste årene, og tallet på innbyggere per lege synker. Vi lever stadig lenger, men med økt forekomst av kroniske sykdommer er det et spørsmål om de ekstra årene er gode år.

Julie Kjelvik og
Toril Sandnes

Vi lever stadig lenger, og de fleste sier også at helsa er god. Men til tross for dette lever mange med varige sykdommer. Et spørsmål i denne sammenheng blir da hvor mange av leveårene vi kan forvente å tilbringe i god helse og uten nedsatt funksjonsevne? Dette belyser vi kort før vi går over til å oppsummere noen hovedfunn fra artiklene i dette nummeret, som alle omhandler temaet helse.

Den egenvurderte helsa til befolkningen har vært tilnærmet uforandret over lang tid. I Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelser om helse svarer fire av fem at de har meget god eller god helse. Blant innvandrerne svarer tre av fem det samme (se artikkelen om innvandreres helse).

Det er få unge som vurderer sin egen helse som dårlig. Blant de yngste, 18-24 år, er det bare 1 prosent som svarer at de har dårlig eller meget dårlig helse, men andelen stiger med alder. 11 prosent av dem som er 67 år eller eldre, oppgir å ha dårlig eller meget dårlig helse.

Skader og sykdommer vi lever med

Mange opplever sin helse som god, allikevel er det mange som har en eller flere sykdommer de lever med. Utbredelsen av varig sykdom og skade økte i følge levekårsundersøkelsene fra 1995 til 1998, mens det fra 1998 til 2008 har vært relativt uforandret. Kvinner oppgir i større grad enn menn varige, kroniske sykdommer. Mens 60 prosent av kvinnene har en eller flere varige sykdommer, gjelder dette 54 prosent av mennene.

Andelen med varig sykdom øker med alder. Blant eldre (67 år og over) lever 79 prosent med varige sykdommer, også her er andelen høyere for kvinner enn for menn.

Hvert år skader titusenvis av norske arbeidstakere seg på arbeidsplassen. Dette gjelder i størst grad unge menn som jobber innenfor bygge- og anleggsnæringen eller i primærnæringene, som tømrere og anleggsarbeidere (se artikkelen om arbeidsskader og arbeidsrelaterte helseproblemer).

Psykiske plager i arbeidslivet og ellers

Hvis vi ser nærmere på arbeidsrelaterte helseproblemer som ikke er skader, forekommer dette oftere blant kvinner enn menn. Helse- og sosialyrker og manuelle yrker er de mest utsatte yrkene, og det er muskel- og skjelettplager som dominerer. Men en del sliter også med mentale lidelser som angst, depresjon og så videre på grunn av arbeidet.

Psykiske plager er også utbredt i befolkningen som helhet. Hver tiende voksne har vært betydelig plaget av symptomer på angst og depresjon de siste to ukene. Dette er tall fra 2008, og nivået har ligget på 9-10 prosent siden 1998.



Julie Kjelvik (t.v.) er samfunnsøkonom og prosjektleder i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk. (julie.kjelvik@ssb.no)

Toril Sandnes er fungerende redaktør for Samfunnsspeilet og seniorrådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for levekårsstatistikk. (toril.sandnes@ssb.no)



8 prosent har søkt helsehjelp det siste året på grunn av psykiske plager. Kvinner har grunnet psykiske helseplager søkt mer hjelp i helsevesenet enn menn, henholdsvis 9 og 5 prosent (Bang Nes og Clench-Aas 2011).

Forventede leveår i god helse

Forventet levealder er et mye brukt mål for helsetilstanden i en befolkning. I 2010 kunne nyfødte jenter forvente å leve i vel 83 år og nyfødte gutter nesten i 79 år. Levealderen har økt nesten uavbrutt i omtrent 200 år, og har økt relativt mye de siste 20 årene, spesielt for menn.

Levealderen blir stadig lengre, men med økt forekomst av kroniske sykdommer er det et spørsmål om de ekstra årene er gode år. Indikatoren HLY (Healthy Life Years) gir en pekepinn om hvor mange av de forventede leveårene vi kan regne med å tilbringe i god helse eller uten nedsatt funksjonsevne (Lillegård og Ramm 2010).

En 65-årig kvinne kan forvente å ha mer enn 20 år igjen å leve, og halvparten av de gjenværende leveårene vil være leveår med god helse. For en mann på samme alder vil forventede gjestående leveår være noe lavere – i gjennomsnitt 18 år. Men antallet friske gjenværende år er det samme som for kvinnene; menn har i overkant av ti friske leveår igjen når de er 65 år (Brunvoll og Smith 2010).

Eldre, i denne sammenhengen de som er 67 år og over, har på flere måter fått sunnere levevaner og bedre helse i løpet av tiårsperioden 1998-2008. Andelen som røyker daglig, er nesten halvert, og stadig flere mosjonerer minst én gang per uke. Færre eldre viser symptomer på psykiske problemer som angst og depresjon, og flere vurderer sin egen helse som god eller meget god, ifølge levekårsundersøkelsene (se artikkelen om eldreomsorg).

Pleie og omsorg – flere yngre brukere

Kommunene brukte til sammen nær 75 milliarder kroner på tjenester til pleie- og omsorgstrengende i 2009. Siden sammensetningen av typen tjenester og alderssammensetningen av brukerne er endret i retning av flere yngre mottakere, brukes en stadig mindre del av kommunenes driftsutgifter på eldre mottakere. I 2009 gikk 60 prosent av driftsutgiftene til mottakere over 67 år (se artikkelen om kommunale driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester).



I løpet av 1980- og 1990-tallet er pleie- og omsorgstjenestene i kommunene endret. Det er blitt satset på en såkalt boliggygjøring og hjemliggjøring av eldreomsorgen. Hovedmålsettingen i handlingsplanen innenfor den offentlige eldreomsorgen er at flere skal kunne bo i eget hjem så lenge som mulig, noe som har krevd utbygging av kapasiteten i hjemmetjenesten og flere omsorgsboliger. Som et resultat av dette har antallet eldre og personer med nedsatt funksjonsevne som bor i pleie- og omsorgsinstitusjoner, gått ned fra 1994 til 2006, men har deretter økt noe.

Samtidig har antallet personer som mottar hjemmetjenester, gått opp fra 1995 til 2008. Det har imidlertid ikke blitt flere eldre som mottar tjenesten, mens økningen har vært stor blant yngre (under 67 år) med nedsatt funksjonsevne.

Hjelp til et aktivt liv

Det har vært en stor økning i antall brukere av brukerstyrt personlig assistent sammenlignet med for ti år siden. Dette er en tjeneste som stort sett gis utenfor institusjon, og som skal gi personer med nedsatt funksjonsevne et mest mulig aktivt og uavhengig liv. Det er flest yngre brukere av denne tjenesten. Nesten tre av fem brukere er under 50 år. Antall timer i uken som tildeles, er relativt høyt, mer enn 30 timer i uken for dem som benytter seg av tilbudet (se artikkelen om pleie- og omsorgstjenester til personer med nedsatt funksjonsevne).

Private foretak i spesialisthelsetjenesten

Mens kommunene brukte til sammen 75 milliarder kroner på tjenester til pleie- og omsorgstrengende i 2009, ble det brukt 99 milliarder kroner av helseforetakene og private virksomheter i spesialisthelsetjenesten. De statlige helseforetakene stod for 91 prosent og private tjenesteprodusenter for 9 pro-

sent av utgiftene. Private produsenter kan være både ideelle organisasjoner som driver sykehus og annen virksomhet, og det kan være privateide foretak av mer kommersiell karakter.

Ideelle organisasjoner i spesialisthelsetjenesten har økt i omfang de siste årene, både målt i antall organisasjoner og i samlede driftskostnader. Antallet privateide foretak har imidlertid gått ned, men de totale kostnadene har økt i perioden 2005 til 2009 (se artikkelen om private institusjoner i spesialisthelsetjenesten).

Tvangsinnleggelser

Spesialisthelsetjenesten tilbyr tjenester innenfor psykisk helsevern av ideelle organisasjoner og av statlige helseforetak. Dersom en pasient utgjør en fare for eget eller andres liv og helse, har helsevesenet lovfestet rett til bruk av tvang.

I Norge er det geografiske forskjeller i bruken av tvangsinnleggelser. Én forklaring kan være ulik befolkningssammensetning i regionene, mens en annen forklaring kan være ulik lovfortolkning – både i kommunehelsetjenesten som henviser pasientene, og i sykehusene som sørger for innleggelse (se artikkelen om tvang i psykisk helsevern).

Flere leger

Fra 1990 til 2009 har helsetjenesten blitt tilført over 7 000 flere legeårverk, og økningen har vært størst ved sykehusene. Noe av årsaken til legeøkningen er at utdanningskapasiteten ved medisinerstudiet nesten er blitt fordoblet de siste 20 årene. Mange nordmenn studerer medisin i utlandet, og vi har fått mange utenlandske leger til Norge (se artikkelen om leger i kommune- og spesialisthelsetjenesten).

Fra 2003 til 2009 har antallet leger som har spesialisert seg innenfor plastisk kirurgi, økt fra 73 til 120, noe som tilsvarer en økning på mer enn 60 prosent. Dette utgjør imidlertid ikke hele bildet siden kosmetisk plastisk kirurgi også praktiseres av leger som ikke er spesialister i plastikkirurgi, men som har en annen spesialistkompetanse (se artikkelen om kosmetisk kirurgi).

Fastleger som er innvandrere

Ved utgangen av 2009 var det rundt 4 000 fastleger i Norge. Hver femte av disse var innvandrere, og nesten halvparten av fastlegene som var innvandrere, var fra Norden eller Vest-Europa. Kvinneandelen er høyere blant fastleger som er innvandrere, enn blant fastleger ellers. De kvinnelige fastlegene som har innvandret til Norge, er forholdsvis unge, kun en av fem er over 55 år (se artikkelen om fastleger som er innvandrere).

En av tre av dem som jobber innenfor næringen helse- og sosialtjenester er leger, sykepleiere eller helsefagarbeidere. Blant helsefagarbeiderne jobber over 60 prosent deltid. Blant leger er deltidsarbeid lite vanlig, mens det gjelder 45 prosent av sykepleierne (se artikkelen om arbeidstid blant helsepersonell).



Vanskelig å måle mødredødelighet

Arbeidet med å få ned antall dødsfall blant mødre har fått mer oppmerksomhet de siste årene fordi det er definert som et av FNs tusenårsmål. Dermed har også behovet for gode data økt. Det er svært vanskelig å måle mødredødelighet, og anslagene viser seg å variere mye. Ifølge Verdens helseorganisasjon er vi bare halvveis til målet, men for mange land med høy dødelighet finnes det svært lite data, og det er derfor stor usikkerhet knyttet til anslagene (se artikkelen om mødredødelighet i et internasjonalt perspektiv).

Mødredødeligheten i den rike del av verden er lav, men i mange utviklingsland er det stor risiko forbundet med svangerskap og fødsel. Mødredødeligheten i Norge er blant de laveste i verden, og i 2008 døde kun 7 mødre per 100 000 levendefødte, et nivå vi har ligget på de siste 30 årene. I antall tilsvarende dette om lag fire dødsfall per år. Men det har ikke alltid vært slik; for litt over 100 år siden var mødredødeligheten i Norge på nesten 900 per 100 000 levendefødte. Dette nivået ligger nærmere situasjonen slik den er i deler av Afrika i dag.

Hvilke sykdommer vi dør av

Hjerte- og karsykdommer og kreft er de sykdommene flest dør av i Norge. Hvert tredje dødsfall skyldes hjerte- og karsykdommer, og kreft er årsaken til hvert fjerde dødsfall. Mens det er om lag like mange kvinner og menn som dør av hjerte- og karsykdommer, er det flere krefttilfeller blant menn enn blant kvinner her til lands (se artikkelen om sammenligninger av dødsårsaker i Norge og Europa).

Imidlertid har dødeligheten av hjerte- og karsykdommer i Norge hatt en klar nedgang de siste 20 årene. Spesielt er nedgangen stor for menn. Med dødelighet mener vi hvor stor andel av befolkningen som dør i en periode, vanligvis et år. Kreftdødeligheten har siden 1980-tallet vist en mindre nedgang.

Nivået for dødelighet varierer mellom land i Europa, mens endringene i dødsårsaksmønsteret er det samme i alle land. At det har vært en nedgang i forekomsten av infeksjonssykdommer, medfører at færre dør i ung alder. Hjerte- og karsykdommer og kreft er nå de største enkeltårsakene til død. Land i Øst-Europa har den høyeste dødeligheten av hjerte- og karsykdommer, mens landene rundt Middelhavet har den laveste. Kostholdet har fått mye av æren for den lave hjerte- og kardødeligheten i midelhavslandene.



Referanser

Bang Nes, Ragnhild og Jocelyne Clench-Aas (2011): Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger, rapport 2011,2, Folkehelseintituttet (FHI).

Brunvoll og Smith (2010): *På rett vei? Bærekraftig utvikling 2010*, Statistiske analyser 114, Statistisk sentralbyrå.

Lillegård og Ramm (2010): Forventet antall leveår i god helse (HLY), Notater 32/2010, Statistisk sentralbyrå.

Unge menn skader seg oftest på jobb

Hvert år skader titusenvis av nordmenn seg på arbeidsplassen. Skaderisikoen er størst hos unge menn, og yrkene med høyest risiko befinner seg i bygge- og anleggsnæringen eller blant primærnæringene. Skiftarbeid og lange arbeidsuker øker risikoen for å bli skadet. Arbeidsrelaterte helseproblemer utenom skader ses hyppigst hos kvinner, og muskel- og skjelettplager dominerer. Yrker i helse- og sosialsektoren og manuelle yrker er mest utsatt.

Hvert år skader titusenvis av norske yrkesaktive seg på arbeidsplassen, og arbeidsskader utgjør om lag 12 prosent av alle skadetilfeller i Norge. Dette er en så stor andel at feltet fortjener mer oppmerksomhet. Ved hjelp av tall fra tilleggssundersøkelsen til den årlige arbeidskraftundersøkelsen (AKU), videre kalt AKU-tillegget, som Statistisk sentralbyrå gjennomførte i 2007, skal vi se nærmere på arbeidsskader og arbeidsrelaterte helseproblemer på norske arbeidsplasser (se tekstboks).

90 000 arbeidsskader årlig

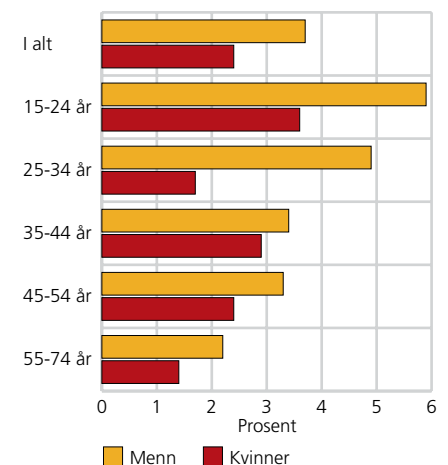
I overkant av 3 prosent av de spurte oppgir at de i løpet av det siste året har blitt skadet som følge av arbeidsulykke. Dette tilsvarer ca 79 000 personer på landsbasis i løpet av et år. Noen av dem oppgir at de har vært utsatt for minst to skadetilfeller i løpet av det siste året. Tar man hensyn til dette, kan man beregne at det årlig inntreffer omlag 90 000 arbeidsskader i Norge.

Skaderisikoen er høyest blant unge personer, og da særlig unge menn. Menn i alderen 15-24 år har en skaderisiko som er omtrent dobbelt så høy som menn over 45 år (se figur 1). Også hos kvinner er det høyest skaderisiko i den yngste aldersgruppen. Kjønnsforskjellene kan delvis skyldes at menn jobber i mer risikoutsatte yrker. Samtidig er det jo kjent at især unge menn har en tendens til å ta sjanser og «leve farlig».

Når det gjelder aldersforskjellene, er nok forklaringen nokså sammensatt. De yngste arbeiderne har mindre rutine, og har samtidig kanskje også de mest

Hans Magne Gravseth

Figur 1. Årlig risiko for arbeidsskade, etter kjønn og aldersgruppe. 15-74 år. 2007. Prosent



Kilde: Arbeidskraftundersøkelsen 2007, Statistisk sentralbyrå.

Om datagrunnlaget

Statistisk sentralbyrås arbeidskraftundersøkelse ble gjennomført med en tilleggssundersøkelse i 2007 («AKU-tillegget») for å kartlegge forekomsten av arbeidsskader og arbeidsrelatert sykdom. Et landsomfattende representativt utvalg på om lag 16 000 sysselsatte og tidligere sysselsatte personer i alderen 15-74 år deltok i undersøkelsen.

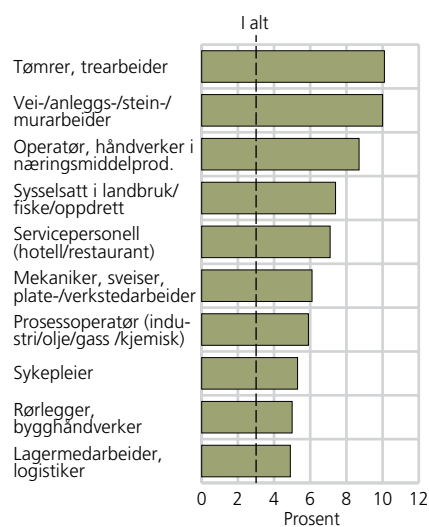
Hovedspørsmålet i forbindelse med arbeidsskader var: «Har du i løpet av de siste tolv månedene blitt skadet som følge av en eller flere ulykker på arbeidsplassen eller i forbindelse med arbeidet?» Dette spørsmålet gikk til sysselsatte og til personer som hadde vært i arbeid det siste året.

Hovedspørsmålet i forbindelse med arbeidsrelaterte helseproblemer var: «Har du i løpet av de siste tolv månedene hatt noen form for fysiske eller psykiske helseproblemer eller uførhet forårsaket av eller forverret av arbeidet ditt? Her skal du ikke ta med skader forårsaket av arbeidsulykke.» Dette spørsmålet gikk også til tidligere sysselsatte personer.



Hans Magne Gravseth er overlege ved Statens arbeidsmiljøinstitutt. (hans.m.gravseth@stami.no)

Figur 2. Årlig risiko for arbeidsskade i de ti mest skadeutsatte yrkene¹. 15-74 år. 2007. Prosent



¹ Kun yrker med minst fire skadetilfeller i undersøkelsen er inkludert.

Kilde: Arbeidskraftundersøkelsen 2007, Statistisk sentralbyrå.

ulykkesbelastede jobbene. I noen yrker kommer man gjerne over i mer beskyttede jobber først når man blir litt eldre.

Hvis vi ser nærmere på de ti yrkene med høyest årlig skaderisiko, ser vi at de fleste av disse befinner seg i bygge- og anleggsnæringen eller blant primærnæringene (jordbruk, skogbruk og fiske) (se figur 2). Tømrere og anleggsarbeidere er yrkesgruppene med aller høyest skadeforekomst, og årlig risiko for å få en arbeidsskade i disse yrkene ligger på om lag 10 prosent. Vi husker at gjennomsnittet lå på rundt 3 prosent.

Flest skader blant dem som jobber skift eller turnus

Det er en klar overhyppighet av skader blant dem som jobber skift eller turnus. Dette gjelder særlig for kvinner, hvor risikoen er mer enn doblet. Det passer godt med at sykepleiere er et relativt skadeutsatt yrke; det er også yrkesfeltet med høyest andel skift-/turnusarbeidere (69 prosent). Men sammenhengen mellom skiftarbeid og arbeidsskader varierer også med andre forhold enn yrke. Vi gjorde noen tilleggsanalyser for å undersøke dette nærmere. Det viste seg at forskjellene mellom skiftarbeidere og andre fortsatt var stor, selv om vi tok hensyn til yrkesfordelingen. Dette tyder på at skiftarbeid kan være en selvstendig risikofaktor for arbeidsskade.

Lange arbeidsuker er en godt dokumentert risikofaktor for ulykker (Wagstaff og Lie 2011), og i vårt materiale finner vi også tegn til økt skaderisiko hos personer med lange arbeidsuker. Dette er ikke uventet, da denne gruppen rimeligvis er eksponert over lengre tid enn de øvrige. Sammenhengen er imidlertid ikke lineær; de med aller lengst arbeidsuke (over 45 timer) ser ut til å ha uforholdsmessig stor økning i skaderisikoen (se figur 3). Dette indikerer en reelt økt skaderisiko per arbeidstime ved så lange arbeidsuker.

Flest skader av typen slag eller støt

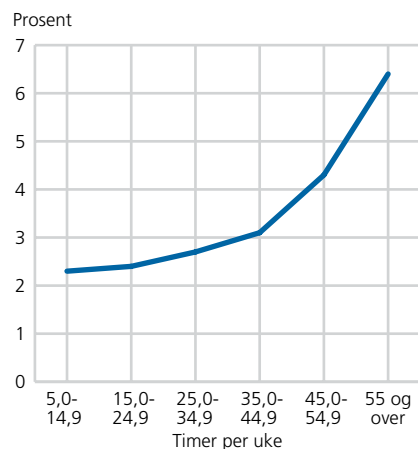
De hyppigste skadetyper på arbeidsplassen er slag eller støt på grunn av fall eller kontakt med gjenstander, mennesker eller dyr. Sammen med kutt, bitt, stikk og skudd utgjør disse skadetyper til sammen nærmere 60 prosent av alle skader. Skadetype varierer også med yrke og næring. I bygge- og anleggsbransjen dominerer fallskader og kutt-/stikkskader, mens innenfor jordbruk, skogbruk og fiske er «klemmt/fanget/knust» hyppigste skadetype.

Om lag halvparten av skadene fører til sykefravær, og i overkant av 25 prosent av de skadde rapporterer større eller mindre grad av funksjonsnedsettelse (på jobb og/eller fritid) etter skaden. Ut fra dette kan man beregne at det til enhver tid vil være om lag 20 000 mennesker som har nedsatt funksjon som følge av en arbeidsskade.

Nedgang i forekomst av arbeidsskader?

Også i Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse (LKU) spørres det om forekomst av arbeidsskader. Her er imidlertid spørsmålsstillingen annerledes enn i AKU-tillegget. Tallene er derfor ikke direkte sammenlignbare. I LKU kan man imidlertid studere utvikling over tid, siden det samme spørsmålet har blitt stilt siden 1989. I hele denne perioden har tallet for årlig skaderisiko ligget på rundt 3 prosent (NOA 2007). LKU 2009 viser imidlertid en nedgang til 2,1 prosent. Med visse forbehold om usikkerhetsmarginer er dette en svak indikasjon på at forekomsten av arbeidsskader er synkende. Tall fra Direktoratet for arbeidstilsynet og fra forsikringsbransjens register DAYSYS (data

Figur 3. Risiko for å ha blitt skadet som følge av ulykke på arbeidsplassen de siste tolv månedene, etter arbeidstid i timer per uke. 15-74 år. 2007. Prosent



Kilde: Arbeidskraftundersøkelsen 2007, Statistisk sentralbyrå.

om yrkesskade og yrkessykdom) antyder også en nedgang i forekomsten av arbeidsskader.

På grunn av forskjellige definisjoner er det ikke uproblematisk å sammenligne forekomsten av arbeidsskader med andre studier eller med andre land. Det kan imidlertid nevnes at vår beregnede årlige forekomst på 3 prosent er sammenlignbar med USA, som oppgir et tall på 2,5 prosent, hvor riktignok en liten andel er arbeidssykdom (MMWR 2007). Italia, på sin side, oppgir 4 prosent (Mastrangelo mfl. 2010). En studie med tall fra Oslo oppgav 2 prosent (Gravseth mfl. 2003). Tallene for Oslo er imidlertid ikke representative for landet, med en overvekt av personer i lite skadeutsatte tjenesteytende næringer.

En av hundre skader seg på vei til eller fra jobb

I underkant av 1 prosent oppgir å ha skadet seg som følge av en trafikkulykke på vei til eller fra jobb. Dette tilsvarer snaut 20 000 personer på landsbasis. Slike skader blir vanligvis ikke definert som arbeidsskader, men de kan ha sammenheng med arbeidsforhold. Blant annet er det nærliggende å tenke seg en økt risiko forbundet med skiftarbeid og lange arbeidsdager.

Vi finner ikke i våre data tegn til at lang arbeidstid eller skift-/turnusarbeid øker risikoen for arbeidsreiseskader. Det er ingen ytterligere informasjon om arbeidsreiseskaden i materialet, for eksempel om type kjøretøy involvert, alvorlighetsgrad og så videre. Det er heller ikke informasjon om lengden på reiseveien.

Det er verdt å merke seg at estimatet på i underkant av 20 000 arbeidsreiseskader utgjør en relativt stor andel av samtlige veitrafikkskader som inntreffer i landet. Lereim (2008) har på grunnlag av tall fra helsevesenet estimert at totalt antall personer årlig med skade etter trafikkulykke er omkring 41 200.

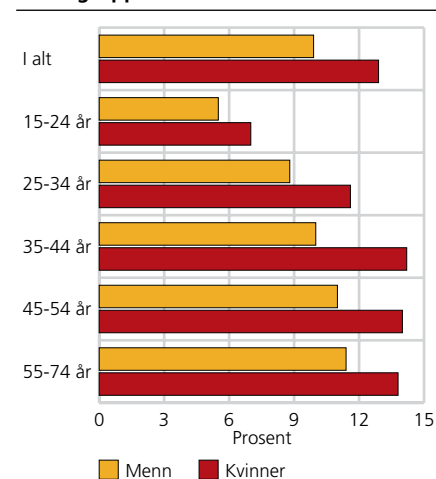
En av ti har arbeidsrelaterte helseproblemer

11,5 prosent av de spurte oppgir arbeidsrelaterte fysiske eller psykiske helseproblemer det siste året (se tekstboks om datagrunnlaget), noe som tilsvarer om lag 342 000 personer på landsbasis. Vi ser en nokså jevnt økende forekomst med alderen hos menn, mens forekomsten hos kvinner ser ut til å nå et tak i aldersgruppen 35-44 år uten å stige ytterligere etter dette (se figur 4).

Ser vi nærmere på de ti yrkene med høyest forekomst av arbeidsrelaterte helseproblemer, domineres toppen av listen i hovedsak av ulike helse- og sosialyrker og manuelle yrker (se figur 5). Det er også verdt å merke seg at forekomsten av slike helseproblemer er høy hos tidligere sysselsatte personer, det vil si personer som ikke har vært i yrkesaktivitet siste år (yrke er dessverre ikke oppgitt hos disse).

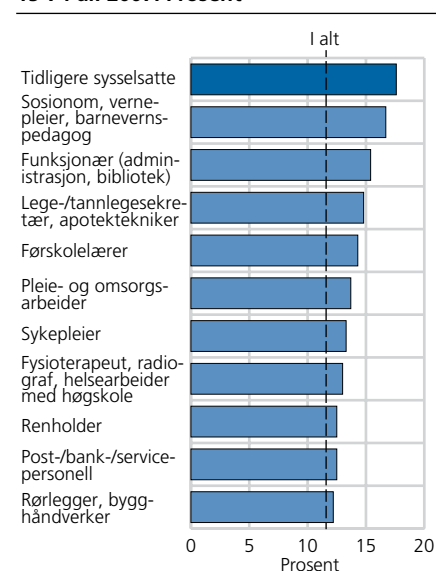
Det er interessant at så mange av de tidligere sysselsatte oppgir arbeidsrelaterte helseproblemer. De utgjør faktisk over en fjerdedel av alle som oppgir slike problemer, eller noe i underkant av 100 000 personer på landsbasis. Bare rundt en fjerdedel av disse igjen oppgir at de regner med å komme tilbake til arbeidslivet. Det går ikke eksplisitt fram av undersøkelsen at det er dette helseproblemet som er årsaken til at de ikke er i arbeid, men det er nærliggende å tenke seg at det er tilfelle for mange av dem.

Figur 4. Årlig risiko for arbeidsrelaterte helseproblemer, etter kjønn og aldersgruppe. 15-74 år. 2007. Prosent



Kilde: Arbeidskraftundersøkelsen 2007, Statistisk sentralbyrå.

Figur 5. Årlig risiko for arbeidsrelaterte helseproblemer i de ti mest utsatte yrkene, samt for tidligere sysselsatte. 15-74 år. 2007. Prosent



Kilde: Arbeidskraftundersøkelsen 2007, Statistisk sentralbyrå.

Flest med muskel- og skjelettsmerter

De spurte har også oppgitt hva slags type arbeidsrelatert helseproblem det dreier seg om. Noen oppgir at de har minst to ulike helseproblemer. Man måtte da velge det mest alvorlige problemet fra en liste, som ble presentert som gjensidig utelukkende kategorier (se tabell 1).

Muskel- og skjelettsmerter utgjør til sammen om lag 68 prosent av alle arbeidsrelaterte helseproblemer, og andelen er større blant kvinner enn blant menn. Rundt 9 prosent av alle kvinner rapporterer arbeidsrelaterte muskel- eller skjelettsmerter.

Mentale lidelser sett under ett (nervøsitet/angst/rastløshet, nedtrykthet/depresjon samt søvnproblemer) er nest største gruppe og utgjør i overkant av 9 prosent av alle helseproblemer. Omtrent 1 prosent av alle spurte (tilsvarende rundt 31 000 personer på landsbasis) oppgir å ha et arbeidsrelatert mentalt problem. Deretter følger hjerte-/karproblemer og pusteproblemer/lungesykdom, som til sammen utgjør nær 5 prosent av alle helseproblemene; begge har høyest forekomst blant menn.

Halvparten blir sykmeldt av helseproblem

Litt over halvparten av dem som oppgir å ha hatt et arbeidsrelatert helseproblem det siste året, har vært sykmeldt på grunn av dette helseproblem. Hos nesten halvparten av dem med sykefravær varte fraværet mer enn én måned.

Blant samtlige spurte sysselsatte i undersøkelsen er andelen som har hatt sykefravær med et arbeidsrelatert helseproblem det siste året, i underkant av 7 prosent (vel 5 prosent for menn og i overkant av 8 prosent for kvinner). På landsbasis tilsvarer dette omkring 170 000 personer. Tilsvarende tall (7 prosent av sysselsatte) ble også funnet i Levekårsundersøkelsen 2006, med bruk av litt andre spørsmål (Tynes mfl. 2008).

Denne sykmeldingsandelen varierer noe mellom de ulike yrkene. Sykepleiere er yrkesfeltet med den høyeste andelen arbeidsrelatert fravær det siste året (i underkant av 11 prosent), fulgt av yrker uten krav til utdanning (9 prosent). Andelen er lavest for administrative ledere/politikere (4 prosent).

Spørsmålsstillingens betydning

En forekomst av arbeidsrelaterte helseproblemer på 11,5 prosent er langt lavere enn hva som tidligere er funnet i HUBRO (helseundersøkelsen i Oslo) og LKU (levetårundersøkelsen fra Statistisk sentralbyrå). I HUBRO er forekomsten rapportert å være nær 60 prosent (Mehlum mfl. 2006), mens upubliserte tall fra LKU 2006 viser en forekomst på rundt 66 prosent. Dette til tross for at disse undersøkelsene spør om forekomst siste måned (og ikke siste år) og således heller burde ha lavere forekomst.

Tabell 1. Type helseproblem blant personer med arbeidsrelaterte helseproblemer. 15-74 år. 2007. Prosent

	Menn	Kvinner
I alt	100	100
Nakke- eller skuldersmerter	19,4	28,7
Smerter i albue, underarm eller hender	10,3	10,1
Knesmerter	4,5	2,7
Smerter i hofte, ben eller føtter	5,8	6,9
Ryggsmerter	27,1	20,2
Hodepine eller migrene	1,3	3,2
Pusteproblemer eller lungesykdom	3,9	1,1
Eksem, hudkløe eller utslett	1,3	0,5
Nervøsitet, angst eller rastløshet	1,9	3,2
Nedtrykthet, depresjon	5,2	5,9
Søvnproblemer	1,3	1,1
Øye- eller øreplager	0,6	0,5
Hjerte- og karsykdommer	3,2	1,6
Infeksjonssykdom	0,6	0,5
Annet/uoppgitt	13,5	13,8

Kilde: Arbeidskraftundersøkelsen, Statistisk sentralbyrå.

Hovedforklaringen på det store avviket ligger imidlertid i at spørsmålsformuleringen er noe forskjellig. I AKU-tillegget inngår som nevnt begrepet «uførhet» i spørsmålet, mens de øvrige undersøkelsene bare spør om man har hatt (et minimum av) smerte i nakke/skuldre og så videre den siste måneden, og om dette i så fall helt eller delvis skyldes jobben.

Disse undersøkelsene åpner også for å rapportere om mer enn én type arbeidsrelatert helseproblem. Dessuten inkluderer HUBRO plager forårsaket av arbeidsulykke, mens dette behandles separat i AKU-tillegget. Legges ulykker til, blir forekomsten av arbeidsrelaterte helseplager her totalt om lag 13,5 prosent.

Behov for forebygging

Arbeidsskader og arbeidsrelaterte helseproblemer rammer hvert år en rekke sysselsatte personer. Skadene rammer ofte unge personer og kan derfor føre til en forholdsvis stor nedgang i antall yrkesaktive år. Kostnadene er høye, både de økonomiske og de i form av menneskelige lidelser. Feltet synes derfor å fortjene mer oppmerksomhet enn det nå får. Det er også mangler ved registreringssystemene.

Systematisk forebygging vil kreve kvalitetsforbedring og samordning av eksisterende registre. Regelverk og lovgivning gjør arbeidslivet til en velegnet arena for forebygging av skade og sykdom, man kan gjennom arbeidsmiljøloven iverksette reguleringer på en langt mer effektiv måte enn på områder som hjem og fritid. Gjennom medvirkning også fra partene i arbeidslivet og bedriftshelsetjenesten vil det være gode muligheter for systematisk og effektivt skade- og sykdomsforebyggende arbeid i arbeidslivet.

Artikkelen bygger på rapporten Arbeidsskader og arbeidsrelaterte helseproblemer, utgitt av NOA i 2010. Rapporten kan lastes ned fra STAMIs hjemmesider: <http://www.stami.no/?nid=62758&lcid=1044>

Referanser

- Gravseth, H.M., J. Lund, E. Wergeland (2003): Arbeidsskader behandlet ved Legevakten i Oslo og Ambulansetjenesten, Tidsskrift for Den norske Lægeforening 2003 Aug. 14;123(15):2060-206.
- Lereim I. (2008): <http://www.17juli2007.com/front/moter/stavanger-2008/innlegg/Trafikkmedisin%20og%20trafikkmedisinsk%20forskning%20m.pdf> (2.3.2011).
- Mastrangelo, G., R. Rylander, A. Buja, G. Marangi, E. Fadda, U. Fedeli, L. Cegolon (2010): Work related injuries: estimating the incidence among illegally employed immigrants, BMC Research Notes 2010;3(1):33.
- Mehlum, I.S., H. Kjuus, K.B. Veiersted, og E. Wergeland (2006): Self-reported work-related health problems from the Oslo Health Study. Occupational Medicine, 56(6), 371-379.
- NOA (2007): Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2007. Status og utviklingstrekk, NOA – Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og -helse; 2007.
- MMWR (2007): Nonfatal Occupational Injuries and Illnesses - United States 2004. MMWR (Morbidity and Mortality Weekly Report) 2007;56(16):393-39
- Tynes, T., T. Eiken, T.K. Grimsrud, T. Sterud, S. Aasnæss (2008): Arbeidsmiljø og helse – slik norske yrkesaktive opplever det, STAMI-rapport nr. 16/2008.
- Wagstaff, A.S., J.A.S. Lie (2011): Shift and night work and long working hours – a systematic review of safety implications. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health 2011, doi: 10.5271/sjweh.3146.

Mindre kommunal hjemmehjelp til eldre

Mange eldre lever med sykdom som påvirker hverdagen. Selv om mye tyder på at eldres helse er blitt bedre med årene, ser det ikke ut til at det er blitt færre som trenger hjelp. Det kommunale tjenestetilbudet når imidlertid fram til færre eldre enn før. Dette gjelder særlig praktisk bistand, som hjelp til dagliglivets gjøremål, egenomsorg og personlig stell, eller hjemmehjelp som det het tidligere. De aller eldste er imidlertid blitt prioritert. For 90-åringene har tilbudet av hjemmetjenester samlet økt, slik at det oppveier den dårligere dekningen av institusjonsplasser.

Berit Otnes

Eldre, i denne sammenhengen de som er 67 år eller over, har på flere måter fått sunnere levevaner og bedre helse i løpet av tiårsperioden 1998-2008. Andelen som røyker daglig, er nesten halvert, og stadig flere mosjonerer minst en gang per uke. Færre viser symptomer på psykiske problemer som angst og depresjon, og flere vurderer sin egen helse som god eller meget god.

På den annen side er det omtrent like mange som før blant de eldre som lever med en varig sykdom, og i hele perioden har fire av ti levd med en sykdom som påvirker hverdagen deres. Andelen som er pleietrengende, det vil si som må ha hjelp til av- og påkledning eller daglig personlig hygiene, har vært omtrent uendret i perioden 1998-2008. Dette viser Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelser om helse (se tekstboks).

Flere får hjelp i eget hjem enn i institusjon

Sykdom, svekket helse og nedsatt funksjonsevne kan føre til ulike behov for hjelp. Enkelte har så store hjelpebehov at det må vurderes om de kan bo for seg selv. Av den grunn består en del av hjelpetilbudet av å gi omsorg i institusjoner for eldre og personer med nedsatt funksjonsevne.

Statistisk sentralbyrås helse- og levekårsundersøkelser

Analysene om hjemmeboende eldre i denne artikkelen er hovedsakelig basert på tall hentet fra Lavekårsundersøkelsen 2008, og der sammenligning er mulig, fra tidligere helse- og levekårsundersøkelser. Dette er intervjubaserte undersøkelser hvor de som intervjues, selv rapporterer om sykdom, funksjonshemninger og ulike forhold ved helsetilstanden.

Helse- og levekårsundersøkelsene har den hjemmeboende befolkningen som målgruppe. Eldre som bor på sykehjem, blir ikke intervjuet. Det er således de friskeste av de eldre, de som bor i eget hjem, som deltar.

Svarprosentene i helse- og levekårsundersøkelsene er relativt høye, som regel rundt 70 prosent. Imidlertid er frafallet høyere blant eldre ([Belsby og Vedø 1998](#); [Hougen og Gløbøden 2004](#); [Wilhelmsen 2009](#)). I 2008 var for eksempel svarprosenten 66 i aldersgruppen 67-79 år og 55 prosent i aldersgruppen 80 år eller eldre. At mange eldre har dårlig helse og derfor forhindres fra å delta, fører til at utvalget av eldre blir noe skjevt. Dette kompenseres delvis ved bruk av frafallsvekter.

Utvalget ble trukket på husholdsnivå i 1985 og 1995, og på personnivå i 1998, 2002, 2005 og 2008. I alt inngår det opplysninger om rundt 1 000 personer på 67 år eller eldre.



Berit Otnes er sosiolog og seniorrådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk. (berit.otnes@ssb.no)

I løpet av 1980- og 1990-tallet har pleie- og omsorgstjenestene i kommunene blitt endret. Gjennom handlingsplan for eldreomsorgen (St.meld. nr. 50:1996-1997) ble det satset på en såkalt boliggygjøring og hjemliggjøring av eldreomsorgen. Hovedmålsettingen i handlingsplanen var at eldre skulle kunne bo i eget hjem så lenge som mulig. Dette krevde utbygging av kapasiteten i hjemmetjenesten og flere omsorgsboliger. Antallet eldre og personer med nedsatt funksjonsevne som bor i pleie- og omsorgsinstitusjoner, har gått ned 7 prosent fra 1994 til 2006, til 40 500, men har deretter økt noe.

I 2008 bodde vel 42 100 i pleie- og omsorgsinstitusjon. Samtidig har antallet personer som mottar hjemmetjenester (se tekstboks), gått opp med 15 prosent fra 1995 til 2008. I 2008 mottok vel 167 400 personer i alle aldre slike tjenester. Det er imidlertid hjemmetjenester til yngre (under 67 år) med nedsatt funksjonsevne som har økt. Det har ikke blitt flere eldre som mottar hjemmetjenester.

Hjemmetjenester er en samlebetegnelse for kommunale pleie- og omsorgstjenester som mottas av brukere som ikke bor på institusjon, men i egen bolig eller i bolig til pleie- og omsorgsformål. Den enkelte mottar hjemmetjenester, enten i form av hjemmesykepleie eller praktisk bistand, eller i form av både hjemmesykepleie og praktisk bistand.

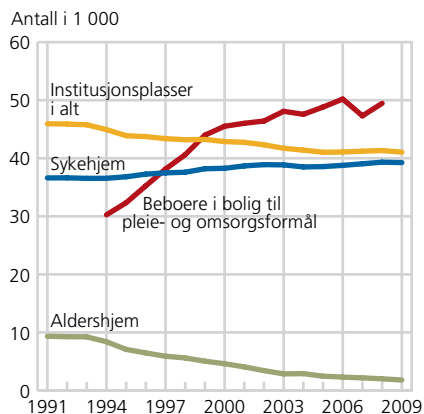
Pleie- og omsorgstjenesten tilbyr også en del andre tjenester til hjemmeboende, som for eksempel støttekontakt, trygghetsalarm, matombringning og avlastning.

Færre i institusjon ...

For dem som er hjelpe- eller pleietrengende, vil hverdagen være vanskelig uten uformell hjelp fra familie, eller venner, eller formelle offentlige eller private hjelpetjenester. Den formelle hjelpen har i stor grad vært dominert av det offentlige, som står for 90 prosent av institusjonsplassene og 95 prosent av driften av hjemmetjenestene. I tillegg til et stort offentlig omsorgstilbud, som sykehjem og kommunale hjemmetjenester, eksisterer det et begrenset privat tilbud. Det private tilbudet består stort sett av sykehjem, men de fleste kommuner kjøper også en del hjemmetjenester fra private, selv om dette bare unntaksvis utgjør mer enn 10 prosent av kommunens utgifter til hjemmetjenester.



Figur 1. Antall plasser i ulike typer institusjoner og antall i omsorgsboliger¹. 1991-2008



¹ På grunn av omlegging av statistikken er det et brudd i tallene for omsorgsboliger mellom 2000 og 2001.

Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

I Oslo velger over 20 prosent av brukerne å få tjenestene utført av private leverandører, etter at hjelpebehovet er vurdert av pleie- og omsorgstjenesten. Et alternativ til hjelp på grunnlag av kommunal behovsprøving kan være å bruke privat betalt hjelp. I underkant av 10 prosent av de eldre 67 år og over hadde privat betalt hjelp til personlig stell, innkjøp, rengjøring eller annet husarbeid i 2008. Andelen var den samme også i 1998 og 2005.

Siden 1988 har kommunene hatt eneansvar for pleie- og omsorgssektoren. Institusjonsomsorgen er gradvis blitt bygget ned. Det har vært en radikal endring i hvilke typer institusjoner kommunene har satset på (se figur 1). I 1991 var det om lag fire ganger så mange plasser i sykehjem som i aldershjem. I tiden etter har antall plasser i sykehjem økt relativt beskjedent, med 8 prosent, samtidig som antallet plasser i aldershjem har gått ned fra om lag 9 000 til om lag 2 000. I 2008 var det derfor nesten 20 ganger så mange plasser i sykehjem som i aldershjem (se tekstboks).

... flere i omsorgsboliger

Pleie- og omsorgspolitikken, og målsetningene for denne, har vært preget av en strategi om såkalt boliggygging. Institusjonene, særlig aldershjem, er bygget ned, mens hjemmehjelpstjenestene og tilrettelegging av boliger (omsorgsboliger og andre boliger som kommunen disponerer til pleie- og omsorgsformål) har blitt trappet opp. Under ligger en tanke om at mennesker med nedsatt funksjonsevne får et bedre liv ved å bo i egne boliger istedenfor i institusjon.

Hver enkelt skal kunne leve et selvstendig, normalt liv, uten mer oppfølging enn det som følger av hjelpebehov ved helsesvikt. Institusjonene er vanligvis et tilbud til de mest pleietrengende, mens andre mindre hjelpetrengende i større grad får tilbud om tilpassede boliger og/eller tjenester i sitt eget hjem.



Siden 1994 har tilskudd fra Husbanken til kommunene, og andre tiltak i Handlingsplan for eldreomsorgen (St.meld. nr. 50:1996-1997), medvirket til

Pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS)

Fram til og med 2006 ble statistikk fra pleie- og omsorgstjenestene innhentet årlig via skjema fra alle landets kommuner. Fra og med 2007 er statistikken over brukere av pleie- og omsorgstjenester hentet fra IPLOS (individbasert pleie- og omsorgsstatistikk). Noen opplysninger om tjenestene hentes fortsatt inn via skjema fra kommunene. Innføringen av IPLOS medfører et brudd i tidsseriene, blant annet en tilsynelatende nedgang i tjenestemottakere, som skyldes at det forekom en del dobbeltregistreringer i statistikken før 2007.

at antallet omsorgsboliger har økt kraftig. Disse omsorgsboligene er beboernes egne hjem, og er vanligvis ikke fast bemannet. I stedet tildeles tjenester etter behov gjennom hjemmetjenestene, på samme måte som blant dem som bor i en opprinnelig privat bolig.

Antall beboere i boliger som kommunene disponerer til pleie- og omsorgsformål, er nesten doblet fra 1994 til 2008, og i 2008 var det om lag 51 500 beboere i slike boliger. Noen av de kommunale boligene til pleie- og omsorgsformål er omsorgsboliger etter Husbankens definisjon. De andre kan være alt fra botilbud (trygdeboliger) til serviceboliger med hel døgnservice. Disse er i ulik grad tilpasset pleietrengende.

Mange yngre får hjelp fra pleie- og omsorgstjenesten

Det er imidlertid ikke bare eldre som bor i institusjoner og boliger til pleie- og omsorgsformål. Blant annet har PU-reformen flyttet ansvaret for mange yngre personer med psykisk utviklingshemming fra fylkeskommunale sentralinstitusjoner til pleie- og omsorgstjenestene i den enkelte kommune. I 1992 var 4 prosent av beboerne i institusjoner for eldre og funksjonshemmede under 67 år, og så sent som i 2006 var en omtrent like stor andel, 5 prosent, yngre enn 67 år. Etter statistikkomleggingen i 2007, der individuell registrering ble innført (IPLoS), økte imidlertid registreringen av yngre beboere, slik at andelen i 2008 var oppe i nesten 10 prosent.

Andelen eldre som bor i boliger som kommunen disponerer til pleie- og omsorgsformål, økte fram til rundt 2000. Mens svært få av alle under 67 år bor i slike boliger, bor en høy andel av de aller eldste i boliger som kommunen disponerer til pleie- og omsorgsformål. Blant eldre over 90 år har andelen som bor i slike boliger, økt kraftig. I 2008 bodde over 20 prosent av dem i kommunale boliger, det vil si dobbelt så mange sammenlignet med midt på 1990-tallet (se figur 2).

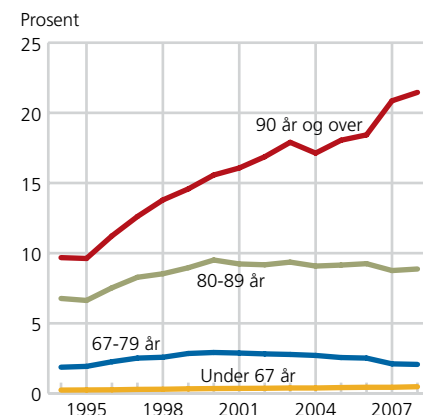
Selv om andelen av dem under 67 år som bor i boliger til pleie- og omsorgsformål, er liten, er dette i absolutte tall en stor og økende gruppe blant beboerne i slike boliger. En liten andel av en befolkning på over 4 millioner blir et betydelig antall personer (se tabell 1). En økning i dekningsgrad for omsorgsboliger for aldersgruppen under 67 år, fra 0,2 prosent midt på 1990-tallet til 0,5 prosent i 2008, tilsvarer en økning i antall personer fra 9 000 til 19 000. I 2008 var 40 prosent av beboerne i boliger til pleie- og omsorgsformål under 67 år. Halvparten av tilveksten i slike boliger fra 1994 til 2008 tilfalt denne aldersgruppen.

Nesten alle 90-åringene får hjelp

Vel 260 000 personer mottok hjelp fra de kommunale pleie- og omsorgstjenestene ved utgangen av 2008. Hjelpen mottas i form av tjenester i hjemmet, eller i form av en institusjonsplass over kortere eller lengre tid.

Det er blitt stadig flere yngre brukere av pleie- og omsorgstjenestene. Dette er en følge av at kommunene fra tidlig på 1990-tallet har fått ansvar for nye grupper av brukere, først i forbindelse med PU-reformen og deretter

Figur 2. Andel som bor i boliger som kommunen disponerer til pleie- og omsorgsformål, etter alder. 1994-2008. Prosent



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

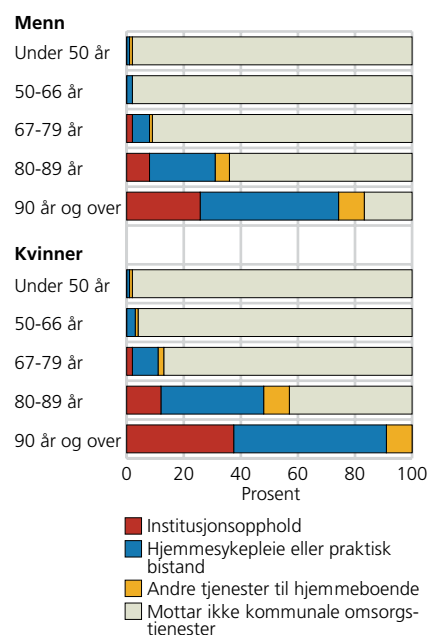
Tabell 1. Folketall i ulike aldersgrupper. 1. januar 2009

I alt	4 799 252
0-66 år	4 182 638
67-79 år	396 983
80-89 år	184 972
90 år og over	34 659

Kilde: Befolkningsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

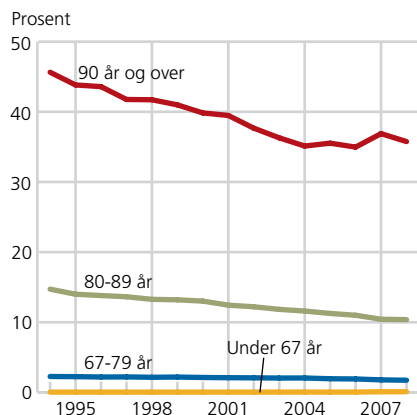


Figur 3. **Bruk av kommunale omsorgstjenester, etter kjønn og alder. 2008.**
Prosent



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Figur 4. **Andel eldre som bor på institusjon, etter alder. 1994-2008.**
Prosent



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

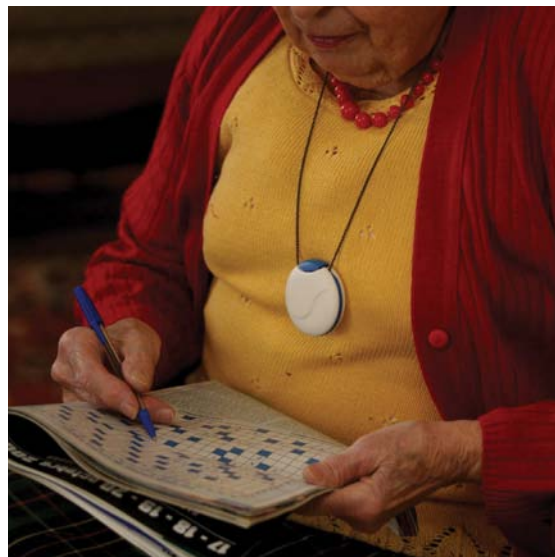
med endringer i førstelinjetilbudet til personer med psykiske lidelser og rusproblemer. I 2008 var nesten en av fire brukere under 50 år. Men fortsatt er nesten halvparten av dem som mottar kommunale omsorgstjenester, 80 år eller eldre. Over 95 prosent av dem som er i alderen 90 år og over, mottar kommunale omsorgstjenester i en eller annen form (se figur 3). I tillegg til at bruken henger sammen med alder, bruker kvinner tjenestene i større grad enn menn. Sju av ti brukere av pleie- og omsorgstjenester 67 år eller eldre, er kvinner.

Færre eldre bor i institusjoner ...

Alt i alt bodde i underkant av 38 000 eldre 67 år og over, eller om lag 6 prosent av den eldre befolkningen, på institusjoner innenfor pleie- og omsorgstjenesten ved utgangen av 2008. Av dem hadde vel 32 000 langtidsopphold i institusjon. Flere kvinner enn menn bor på institusjon. Det gjelder i alle aldersgrupper.

Kvinner 80 år eller eldre utgjør over halvparten av alle som bor på institusjon, noe de har gjort i flere år. Mens over 23 300 kvinner i alderen 80 år eller eldre bodde på institusjon i 2008, gjaldt det i overkant av 7 700 menn i samme alder. Dette er nesten nøyaktig samme antall som seks år tidligere, i 2002. I samme periode ble det vel 17 000 flere personer i befolkningen i aldersgruppen 80 år og eldre, det vil si at dekningsgraden er gått noe ned.

Om lag 14 prosent av befolkningen over 80 år bor på institusjon. Blant 90-åringene bor 37 prosent av kvinnene på institusjon, mens det gjelder 26 prosent av menn i samme aldersgruppe.



Andelen eldre som bor på institusjon, er gått ned i alle aldersgrupper de senere årene. Blant personer 90 år eller eldre bodde 46 prosent på institusjon i 1994, i 2008 gjaldt dette 36 prosent. I aldersgruppen 80-89 år har andelen gått ned fra 15 prosent i 1994 til 10 prosent i 2008 (se figur 4). Selv de eldste eldre bor dermed i større grad enn tidligere utenfor institusjon. Det er derfor grunn til å anta at institusjonsplassene i økende grad er et tilbud til de sykeste og mest pleietrengende eldre, samtidig som tilbudet om tjenester i hjemmet er endret.

Mens færre eldre bor i institusjon, har tilbudet av boliger til pleie- og omsorgsformål økt, slik at om lag 25 prosent i aldersgruppen 80 år og over har bodd enten i institusjon eller kommunal bolig til pleie- og omsorgsformål i hele perioden 1994-2008.

... og færre mottar praktisk hjelp

Aldersfordelingen blant brukerne av hjemmetjenester har endret seg de senere årene. Antallet personer 67 år eller eldre som mottar hjemmetjenester, har totalt sett gått ned med 7 prosent, eller i underkant av 8 000 personer, fra 1994 til 2008. Antallet personer under 67 år med hjemmetjenester har økt kraftig, det er mer enn fordoblet fra 1994 til 2008. Dette har sammenheng med nye brukergrupper som er kommet inn under pleie- og omsorgstjenestens ansvarsområde.

Over syv av ti brukere av de kommunale hjemmetjenestene er kvinner, og det er flertall av kvinnelige mottakere i alle aldersgrupper blant eldre. Mens 6 prosent av menn i alderen 67-79 år mottar hjemmetjenester, gjelder det 9 prosent av kvinnene i samme alder. Forskjellen er mindre i aldersgruppen 90 år eller eldre, hvor nesten like stor andel kvinner som menn mottar dette tilbudet (53 prosent av kvinnene og 49 prosent av mennene). I aldersgruppen 80-89 år mottar 23 prosent av alle menn og 36 prosent av alle kvinner hjemmesykepleie eller praktisk bistand.

Andelen eldre som kun mottar ulike former for praktisk bistand, har gått ned med 36 prosent fra 2000 til 2006. Mens hjemmesykepleie og de mest nødvendige formene for praktisk bistand er gratis for mottaker, kan kommunene ta seg betalt for ikke-lovpålagt praktisk bistand som rengjøring, matombringing og trygghetsalarm. Dette kan ha medvirket til at færre mottar praktisk hjelp.

Mange mottar hjemmesykepleie

Antall personer 67 år eller eldre som mottar hjemmesykepleie, eller hjemmesykepleie kombinert med ulike former for praktisk bistand, gikk opp med 13 prosent fra 2000 til 2006. I den perioden var det en liten nedgang i tallet på personer i befolkningen i aldersgruppen 67 år og over. Veksten i hjemmesykepleie kan være en indikasjon på at det har blitt flere tyngre brukere som bor hjemme, en følge av nedbyggingen av institusjonene.

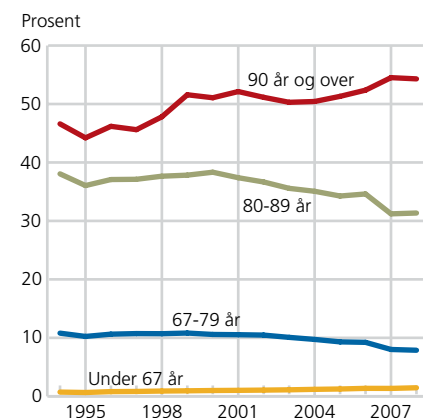
Til sammen er det i perioden 2000-2006 blitt flere eldre som får medisinsk basert pleie, enten i institusjon eller i form av hjemmesykepleie. Dekningsgraden for slike tjenester økte også noe, fra å dekke 18 prosent av de eldre 67 år og over i 2000, til 20 prosent i 2006. For sykepleietjenester har med andre ord nedgangen i institusjonsplasser blitt kompensert med økning i hjemmesykepleie.

Mer enn en av tre blant dem som er 80 år eller eldre er brukere av hjemmetjenester. Andelen brukere blant personer som er 90 år eller eldre har gått noe opp de senere årene (se figur 5). Det henger sannsynligvis sammen med at flere bor hjemme lenger.

Lavere dekning av pleie- og omsorgstjenester for eldre nå enn før

Selv om flere eldre får hjemmesykepleie, er totalbildet at færre eldre får pleie- og omsorgstjenester i 2008 enn i 1994, da omleggingen til satsing på hjemmetjenester og boliger framfor institusjonsplasser startet. Dette framgår om vi ser figurene 4 og 5 i sammenheng. Det er den praktiske bistanden (hjemmehjelp) som dekker færre enn før, mens økt bruk av hjemmesykepleie har kompensert for nedgang i institusjonsplasser for eldre. De aller eldste er blitt prioritert. For 90-åringene har tilbudet av hjemmetjenester samlet økt, slik at det oppveier den dårligere dekningen av institusjonsplasser.

Figur 5. Andel eldre som er brukere av hjemmetjenester, etter alder. 1992- 2008. Prosent



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Artikkelen bygger på kapitlet *Hjelpebehov og tjenestetilbud* i *Seniorer i Norge 2010*, Statistiske analyser 120, Statistisk sentralbyrå.

Referanser

Belsby, Liv og Anne Vedø (1998): Frafallsanalyse av Helseundersøkelsen 1995, Notater 1998/03, Statistisk sentralbyrå.

Hougen, Hanne Cecilie og Mary Anne Gløbøden (2004): Samordnet levekårsundersøkelse 2002 – tverrsnittundersøkelsen. Dokumentasjonsrapport, Notater 2004/22, Statistisk sentralbyrå.

Wilhelmsen, Marit (2009): Samordnet levekårsundersøkelse 2008 – Tverrsnittundersøkelsen. Dokumentasjonsrapport, Notater 2009/40, Statistisk sentralbyrå.

St.meld. nr. 50 (1996-1997): Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet – respekt – kvalitet. Oslo, Sosial- og helsedepartementet.

Flere med brukerstyrt personlig assistent

Brukerstyrt personlig assistanse er en tjeneste til personer med nedsatt funksjonsevne hvor tjenestemottaker i stor grad selv bestemmer hvordan hjelpen skal ytes. Målsettingen er at brukeren skal få et mest mulig aktivt og uavhengig liv. Tallene fra 2009 viser at det har vært en sterk økning i antall brukere. De siste ti årene er antallet nesten firedoblet. Yngre brukere dominerer. Selv om en relativt liten andel av brukere av kommunens pleie- og omsorgstjenester mottar brukerstyrt personlig assistanse, er antall timer i uken som tildeles, relativt stort for dem som benytter seg av tilbudet.

Bjørn Gabrielsen

Tabell 1. Antall mottakere av brukerstyrt personlig assistanse, etter alder. 2000-2009

	I alt	0-66 år	67 år og over
2000	680	..	..
2001	816	..	..
2002	1 022	..	..
2003	1 142	..	..
2004	1 357	..	..
2005	1 833	1 706	127
2006	2 045	1 886	159
2007 ¹	2 023	1 886	137
2008	2 280	2 111	169
2009 ²	2 535	2 340	195

¹ Brudd i tidsserie.

² Foreløpige tall.

Kilde: KOSTRA (2000-2006), IPLOS (2007-2009).

Ved utgangen av 2009 var det mer enn 265 000 mottakere av pleie- og omsorgstjenester. Bare i underkant av 1 prosent av disse hadde brukerstyrt personlig assistanse (se tekstboks om BPA). Tjenesten ytes normalt utenfor institusjon og fungerer i stedet for tradisjonell praktisk bistand som en del av hjemmetjenestene i kommunen.

Selv om det relativt sett er få brukere av brukerstyrt personlig assistanse, er tjenesten svært viktig for de brukerne som mottar den, og fremstår ofte som en forutsetning for at disse kan leve et mest mulig aktivt og uavhengig liv. I artikkelen ser vi nærmere på brukere av tjenesten brukerstyrt personlig assistanse, deres behov for bistand og hvor mye av tjenesten som tildeles.

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er en alternativ organisering av praktisk og personlig bistand for sterkt funksjonshemmede med behov for assistanse i dagliglivet. Hjelpen kan ytes både i og utenfor brukers hjem. Vanligvis opptre han eller hun som mottar assistansen som arbeidsleder, og de har selv ansvaret for å ivareta organisering og innhold for best mulig å tilpasse tjenesten i forhold til egne behov.

Målsettingen med tjenesten er at brukeren skal få et mest mulig aktivt og uavhengig liv til tross for sterk funksjonshemming. Etter hvert er kravet om at bruker må kunne opptre som arbeidsleder, tonet ned (St.prp. nr. 60), og det åpnes for at ordningen også kan anvendes for personer som ikke kan ivareta brukerstyringen selv.

Den enkelte kommune har ansvaret for tildeling av tjenesten og fatter enkeltvedtak om hvor mye assistanse vedkommende trenger. Tjenesten brukerstyrt personlig assistanse er særskilt nevnt i sosialtjenesteloven, og dette innebærer at den enkelte kommune plikter å tilby ordningen.

Mer informasjon:

Rundskriv I-20/2000 Brukerstyrt personlig assistanse (Helse- og omsorgsdepartementet)
Rundskriv I-15/2005 Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) – Utvidelse av målgruppen (Helse- og omsorgsdepartementet)

Datagrunnlag

Fra 2007 er datakilden IPLOS (individbasert register over søkere/mottakere av pleie- og omsorgstjenester). Før dette ble statistikkgrunnlaget innhentet som summariske skjema via KOSTRA. Nedgang i tallene mellom 2006 og 2007 har sammenheng med endring i kilde for statistikken over brukere av pleie- og omsorgstjenestene ([Gabrielsen mfl, 2008](#)).



Bjørn Gabrielsen er samfunnsøkonom og prosjektleder i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk. (bjorn.gabrielsen@ssb.no)

Sterk vekst i tallet på mottakere

I de ti siste årene har det vært en kontinuerlig vekst i mottakere av brukerstyrt personlig assistanse, fra nær 700 i 2000 til mer enn 2 500 i 2009 (se tabell 1). Samtidig som antallet mottakere av tradisjonell praktisk hjelp fra kommunen går ned, øker dermed mottakere av brukerstyrt personlig assistanse. Sammenlignet med antall mottakere av praktisk bistand øker andelen av disse som mottar brukerstyrt personlig assistanse, fra omkring 0,5 prosent i 2000 til 2,4 prosent i 2009.

Det var først fra og med 2005 at Statistisk sentralbyrå (SSB) begynte å hente inn oppgaver over brukere av brukerstyrt personlig assistanse etter alder. Andelen yngre brukere, personer under 67 år, har holdt seg relativt konstant de siste fem årene. Tjenesten har i dag form av først og fremst å være et tilbud til yngre brukere – bare hver tiende mottaker er over 67 år, og nesten tre av fem brukere er under 50 år.

Andelen av brukerne som er under 18 år, er også noe høyere for denne tjenesten sammenlignet med alle landets mottakere av pleie- og omsorgstjenester. Det er en større andel kvinner (60 prosent) enn menn (40 prosent) blant brukerne. Kvinneandelen øker med stigende alder. Blant brukere under 18 år er imidlertid andelen menn høyest. Forholdet mellom alder og kjønn er det samme som for andre brukere av kommunenes pleie- og omsorgstjenester (se tabell 2).

Mange av mottakerne har stort hjelpebehov

Brugerstyrt personlig assistanse er en tjeneste der brukeren selv har kontroll med tjenestene som gis. Det er en målsetting at brukeren aktivt går inn og styrer hvordan tjenesten ytes. Dette forutsetter langt på vei at mottaker av tjenesten klarer å administrere og styre tjenesten på egne vegne. For at tjenesten skal kunne utnyttes best mulig, blir det viktig at mottakeren klarer å formidle egne behov til assistenten. En ville derfor forvente at personer som er sterkt funksjonshemmet, men som likevel har ressurser til å styre egen hverdag, utgjør en vesentlig del av mottakerne av disse tjenestene. Dette gjenspeiler seg i registreringer av bistandsbehov for brukergruppen.

Brugerstyrt personlig assistanse er en omfattende tjeneste der antallet timer som tildeles den enkelte bruker, er relativt stort. Siden tjenester innenfor sektoren i utgangspunktet tildeles etter brukernes behov for hjelp, vil det forventes at personer som mottar BPA-tjenester, har et større behov for hjelp enn en gjennomsnittlig bruker av hjemmetjenester for øvrig. Statistikken over bistandsbehov gjenspeiler dette. Mens 45 prosent av mottakerne av hjemmetjenester klassifiseres med noe/avgrenset bistandsbehov, gjelder dette kun 21 prosent av mottakerne av BPA (se figur 1).

Brugerstyrt personlig assistanse var opprinnelig tiltenkt sterkt fysisk funksjonshemmede brukere som samtidig også har ressurser til å styre innholdet i tjenesten i forhold til egne behov. En vil dermed forvente at disse tjenestebru-

Bistandsbehov

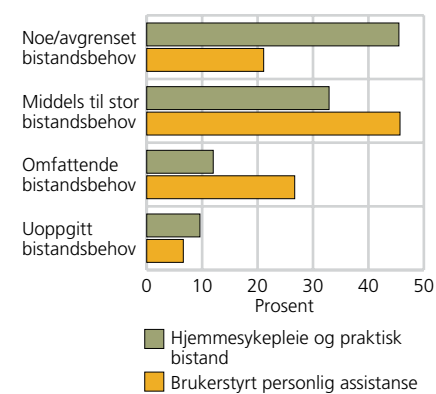
I IPLOS måles brukerens behov for personbistand for 17 ulike aktiviteter i dagliglivet. For å kunne gjøre resultater mulige å tolke beregnes gjennomsnitt, gruppevis og totalt, basert på 15 av disse aktivitetene. Modell og metode for disse beregningene er nærmere drøftet i egen ([Gabrielsen mfl, 2010](#)).

Tabell 2. Antall mottakere av brukerstyrt personlig assistanse, etter alder og kjønn. 2009. Foreløpige tall

	I alt	Kvinner	Menn
I alt	2 535	1 485	1 050
0-17 år	196	73	123
18-49 år	1 303	765	538
50-66 år	841	521	320
67-74 år	128	78	50
75-79 år	37	24	13
80 år og eldre	30	24	6

Kilde: IPLOS.

Figur 1. Mottakere av brukerstyrt personlig assistanse og hjemmesykepleie/ praktisk bistand etter bistandsbehov. 2009. Prosent. Foreløpige tall



Kilde: IPLOS.

kerne skårer med omfattende behov for bistand på fysiske funksjoner samtidig som de ikke har store behov for bistand knyttet til mål for kognitiv svikt. Tallene bekrefter dette ved at mindre enn 7 prosent av disse brukerne havner i «omfattende bistandsbehov» når det gjelder kognitiv svikt. Tilsvarende tall for «sosial fungering» er 12 prosent (se tabell 3).

Dersom en sammenligner med alle brukere av hjemmesykepleie og praktisk bistand, som er tildelt tilnærmet samme tjenesteomfang som mottakere av BPA, er andelen personer med nedsatt kognitiv og sosial fungering langt høyere. Dette bekrefter langt på vei at brukere av brukerstyrt personlig assistanse i hovedsak er en ung gruppe mennesker hvor relativt sterke fysiske funksjonshemninger er den dominerende faktoren bak tjenestene som mottas.

Tabell 3. Mottakere av brukerstyrt personlig assistanse, etter grupper av bistandsbehov. 2009. Foreløpige tall

	I alt	Noe/avgrenset bistandsbehov	Middels til stort bistandsbehov	Omfattende bistandsbehov	Uoppgitt bistandsbehov
<i>Prosent</i>					
Husholdsfunksjoner	2 535	13,1	26,8	52,9	7,2
Ivareta egen helsetilstand	2 535	37,2	28,8	26,8	7,2
Egenomsorg	2 535	37,9	22,5	32,9	6,7
Sosial fungering	2 535	66,4	15,1	11,7	6,8
Kognitiv svikt	2 535	74,2	12,2	6,7	6,9

Kilde: IPLOS.

Tabell 4. Gjennomsnittlig antall timer i uken til brukerstyrt personlig assistanse, etter bistandsbehov og alder på bruker. Direkte tid til bruker ifølge vedtak. 2009. Foreløpige tall

	I alt	Noe/avgrenset bistandsbehov	Middels til stort bistandsbehov	Omfattende bistandsbehov	Uoppgitt bistandsbehov
I alt	32	14,7	30,7	48,9	29,2
0-17 år	29,9	20,5	24,8	37	19,8
18-49 år	37,5	15,4	36,3	63,5	33,6
50-66 år	26,3	13,2	26,3	38,2	24,4
67-79 år	23,6	12,3	19	37	:
80 år og eldre	12,8	:	12,9	14,8	:

Kilde: IPLOS.

Tabell 5. Mottakere av brukerstyrt personlig assistanse som mottar andre tjenester til hjemmeboende, etter type tjeneste. 2009. Antall og prosent. Foreløpige tall

	Antall	Prosent av alle mottakere av brukerstyrt personlig assistanse
Hjemmesykepleie	1 153	45,5
Trygghetsalarm	754	29,7
Praktisk bistand, daglige gjøremål	634	25
Rehabilitering utenfor institusjon	335	13,2
Omsorgslønn	316	12,5
Støttekontakt	308	12,1
Avlastning utenfor institusjon	127	5
Dagsenter	119	4,7
Matombrining	99	3,9
Praktisk bistand, opplæring daglige gjøremål	83	3,3
Dagopphold i institusjon	16	0,6
Nattopphold i institusjon	:	:

Kilde: IPLOS.

Mer enn 30 timer i uken

En gjennomsnittsbruker ble i 2009 tildelt om lag 32 timer uken i brukerstyrt personlig assistanse (se tabell 4). Tjenesteomfanget måles som den tiden brukeren har en eller flere tjenesteytere til stede. Som forventet er det en klar sammenheng mellom hjelpebehovet den enkelte har, og hvor mange timer som tildeles brukerne. De som har et omfattende hjelpebehov, tildeles i gjennomsnitt tilsvarende nesten 50 timer i uken. Dette er mer enn tre ganger så mye som brukere i gruppen med lavest bistandsbehov får.

Brukere i aldersgruppen 18-49 år tildeles mer tjenester enn andre aldersgrupper. Dette gjelder for alle som har et eller annet bistandsbehov. Dette henger trolig sammen med at ulike aldersgrupper har ulike behov knyttet til livsutfoldelse, og at aktivitetene en ønsker å delta på, er forskjellige på ulike alderstrinn.

Trolig er det også en sammenheng med at ulike tjenester brukes forskjellig avhengig av alder. For de eldste brukerne vil for eksempel innskriving på institusjon være et viktig alternativ i tjenesteytingen til brukere med omfattende behov for hjelp. Dette er normalt ikke regnet som et egnet alternativ for yngre brukergrupper.

Tallene viser at barn i alderen 0-17 år med noe/avgrenset bistandsbehov mottar mer brukerstyrt personlig assistanse enn andre grupper med tilsvarende skår på bistandsbehov. Dette



kan ha sammenheng med generelle problemer knyttet til registrering av bistandsbehov for de yngste brukerne. At spredningen i tildelte timer i uken er mindre for barn enn for aldersgruppen 18-49 år, må også sees i sammenheng med at barnets foreldre og skole ofte vil være viktige bidragsytere i bistanden som gis til brukere i denne aldersgruppen. Dette kan være med på å begrense tidsrommet brukeren har behov for brukerstyrt personlig assistanse. Den relativt høye andelen av brukere i denne aldersgruppen, som også har pårørende som mottar omsorgslønn, kan være med på å styrke denne antakelsen.

Mange brukere mottar tilleggstjenester

Mange mottakere har sammensatte behov og vil derfor måtte ha hjelp utover det den enkelte assistent kan bidra med. Tabell 5 viser i hvilken utstrekning det gis supplerende tjenester i tillegg til brukerstyrt personlig assistanse.

Brukerstyrt personlig assistanse er definert som praktisk bistand, og mange mottakere har i tillegg behov for helsefaglig behandling og oppfølging. Det er ikke noe krav om at assistenten som yter brukerstyrt personlig assistanse, skal være helsefaglig utdannet. 45 prosent av mottakerne av BPA mottar hjemmesykepleie i tillegg, og hjemmesykepleie er dermed den tjenesten flest brukere får som et supplement til brukerstyrt assistanse.

Fordi brukerstyrt personlig assistanse ikke er en døgnkontinuerlig tjeneste, tilbys trygghetsalarm. Nærmere 30 prosent av BPA-brukere har trygghetsalarm. I tillegg gis det også ordinær praktisk bistand til om lag 25 prosent av brukerne. Trolig dreier dette seg ofte om hjelp knyttet til huslige aktiviteter som renhold av bolig og lignende. Mange kommuner har organisert dette som egne tjenester. Da kan det være mest effektivt at dette organiseres som et ledd i kommunenes øvrige tjenestetilbud. Særlig vil dette være naturlig dersom brukere er tilknyttet kommunale boliger hvor renhold inngår som en del av tjenestene knyttet til boligene.

Tildeling av praktisk bistand til mottakere av brukerstyrt personlig assistanse reiser ofte spørsmål om dette ytes fordi det ikke er tildelt tilstrekkelig mengde brukerstyrt personlig assistanse. Analyse av slike problemstillinger krever mer utredning, og det er nødvendig med informasjon hentet direkte fra brukere og tjenesteytere i tillegg til IPLOS.

Det er store forskjeller i hvordan tilleggstjenestene fordeler seg mellom ulike aldersgrupper. For barn i alderen 0-18 år er avlastning og omsorgslønn vanlige tilleggstjenester. Barn som mottar flere tjenester enn brukerstyrt personlig assistanse, utgjør mindre enn en tiendedel av disse, men likevel utgjør de mer enn halvparten av alle som samtidig også mottar avlastning. Tilsvarende utgjør de mer enn en fjerdedel av dem som også mottar omsorgslønn. Trygghetsalarm, annen praktisk bistand og hjemmesykepleie ser derimot ut til å bli viktigere tjenester jo eldre brukeren er.



Referanser

Gabrielsen mfl. (2008): Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene (IPLOS). Foreløpige resultater fra arbeidet med IPLOS-data for 2008, Notater 42/2008, Statistisk sentralbyrå.

Gabrielsen mfl (2010): Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene (IPLOS). Foreløpige resultater fra arbeidet med IPLOS-data for 2009, Rapporter 50/2010, Statistisk sentralbyrå.

St.prp. nr. 60 (2004-2005): Om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2006 (kommuneproposisjonen).

Mindre del av utgiftene går til eldre

Kommunene brukte til sammen nær 75 milliarder kroner på tjenester til pleie- og omsorgstrengende i 2009. Det har skjedd en vridning innenfor pleie og omsorg de siste årene. Hjemmebaserte tjenester har økt kraftig, det har blitt flere yngre brukere av tjenestene, og «yngreomsorg» kan være et mer passende begrep enn «eldreomsorg» for deler av tjenestene. En stadig mindre del av utgiftene til pleie- og omsorgstjenestene brukes på personer over 67 år. I Norge utgjør pleie- og omsorgssektoren 2,2 prosent av BNP, mens gjennomsnittet for OECD ligger på 1,2 prosent.

Målt som andel av kommunenes samlede brutto driftsutgifter er pleie og omsorg det største tjenesteområdet i kommunal sektor – mer enn hver fjerde krone som kommunene bruker, går til pleie- og omsorgstjenester. Vi skal her se på utviklingen av kommunale driftsutgifter til denne tjenesten de siste årene. Mottakerne av tjenestene finnes i alle aldersgrupper, og vi belyser hvor mye av de totale driftsutgiftene som faktisk går til eldre. Vi definerer her yngre og eldre som henholdsvis 0-66 år og 67 år og eldre.

Aldersuavhengig lovgrunnlag

Dagens pleie- og omsorgstjenester er kommunenes ansvarsområde. Tjenestene reguleres etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven som gir kommunene pålegg om å sørge for nødvendig helsehjelp og å yte sosiale tjenester til alle som bor i kommunen eller har midlertidig opphold der. Alder er imidlertid ikke et lovfestet kriterium for retten til å motta tjenester.

Lovgrunnlaget definerer relativt vidt hva som kan ligge til grunn for retten til å motta pleie- og omsorgstjenester. Sosialtjenestelovens § 4-2 nevner alder som en av flere årsaker til å ha særlige hjelpebehov og dermed rett på sosiale tjenester som praktisk bistand, avlastningstiltak, støttekontakt eller plass i institusjon eller bolig. Andre årsaker som nevnes, er sykdom, funksjonshemming og sosiale problemer, og loven åpner også for muligheten til at andre forhold kan ligge til grunn for behovet.

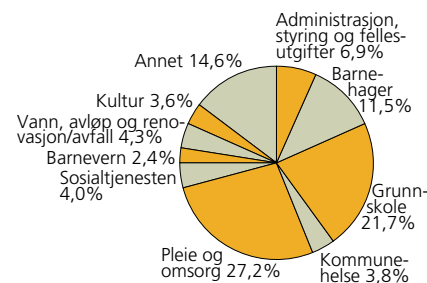
I alle tilfeller skal det ligge en individuell vurdering til grunn for å avgjøre om den enkelte har et behov for hjelp. Generelt sett har mottakere av pleie- og omsorgstjenester store bistandsbehov. Tre av fire med langtidsopphold på institusjon har omfattende bistandsbehov, uavhengig av alder. Når det gjelder mottakere av hjemmesykepleie og praktisk bistand, er det høyere andeler av de yngre enn av de eldre mottakerne som har omfattende bistandsbehov ([Gabrielsen mfl. 2010](#)).

Pleie og omsorg – en betydelig kommunal sektor

Kommunene brukte til sammen nær 75 milliarder kroner på tjenester til pleie- og omsorgstrengende i 2009, en vekst på 60 prosent siden 2002. For kommunene er dette den største sektoren (se figur 1) – 27 prosent av de kommunale brutto driftsutgiftene knyttes opp mot tjenester innenfor sykehjem, aldershjem, hjemmesykepleie, praktisk bistand, støttekontakt, avlastning, aktiviseringstilbud og en rekke andre tjenester som ligger innenfor sektorens ansvarsområde. Sektoren har ikke vokst mer enn andre kommunale sektorer de siste årene – andelen utgifter som kommunene bruker på pleie og omsorg,

Julie Kjelvik

Figur 1. **Brutto driftsutgifter til kommunale tjenesteområder. 2009.**
Prosent av totale brutto driftsutgifter¹



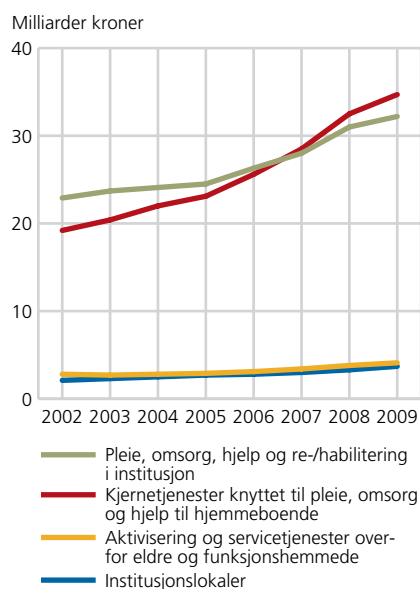
¹ Tall for hele landet uten Oslo.

Kilde: Kommunal regnskapsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.



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

Figur 2. **Brutto driftsutgifter til pleie og omsorg. 2002-2009. Milliarder kroner**



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

har siden 2003 vært på mellom 26 og 28 prosent av de totale brutto driftsutgiftene på landsnivå. Oslo er ikke medregnet i andelen siden kommunen også er et fylke med fylkeskommunale oppgaver.

Hvor mye av de enkelte kommunenes totale driftsutgifter som går til pleie og omsorg, varierer en del, fra 17 til 49 prosent. I de fleste kommuner ligger andelen nært opp til landsgjennomsnittet – nesten fire av fem kommuner bruker mellom 22 og 32 prosent av sine totale utgifter på pleie og omsorg. Det vil være mange faktorer som gjør at kommuner kommer ulikt ut når vi sammenligner. I denne sammenhengen har blant annet andel eldre innbyggere betydning.

Mer til hjemmebaserte tjenester

Historisk sett har utgifter til institusjonsomsorgen vært større enn utgifter til hjemmebaserte tjenester i kommunene. En vridning av sammensetningen av tjenester i retning mer vekt på hjemmebaserte tjenester har imidlertid skjedd de siste årene. Av de nær 75 milliarder kronene kommunene brukte på pleie og omsorg i 2009 gikk nær 35 milliarder kroner til hjemmetjenester, mens utgifter til institusjonstjenester var på drøye 32 milliarder kroner (se figur 2). I tillegg kommer utgifter til institusjonslokaler og utgifter til aktivisering/servicetjenester, til sammen rundt 4 milliarder kroner.

I 2002 brukte kommunene mer på institusjonstjenester enn tjenester knyttet til hjemmeboende, men i årene etter 2002 har utgiftsveksten i institusjon vært lavere enn til hjemmetjenester. Satsingen på at flere kan bo hjemme lenger, var en politikk som ble fremmet gjennom Handlingsplan for eldreomsorgen (St.meld. nr. 50:1996-1997). Planen gjaldt fram til 2001, men hadde trolig virkninger også etter 2001. Videre har også Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) hatt betydning for veksten i de hjemmebaserte tjenestene. Planen skulle styrke tilbudene til personer med psykiske lidelser, blant annet gjennom flere årsverk innenfor hjemmetjenesten.

Flere yngre mottakere

En stadig mindre andel av kommunenes brutto driftsutgifter til pleie og omsorg går til brukere over 67 år (se figur 3). I 2007 var andelen av utgiftene som gikk til denne aldersgruppen, på 63,5 prosent, men andelen falt i begge de påfølgende årene og var i 2009 på 60 prosent av kommunenes nær 75 milliarder kroner på pleie- og omsorgstjenester. Sammenlignet med tilsvarende beregninger fra 1998 ([Brathaug mfl. 2001](#)) har andelen utgifter til aldergruppen 67 år og over sunket med 14 prosentpoeng.

Veksten i yngre mottakeres andel av kommunenes utgifter til pleie og omsorg er knyttet til store endringer i tjenesteytingen i hjemmet. Tallet på mottakere av hjemmetjenester under 67 år er nær doblet sammenlignet med nivået i 1998. I samme periode har antallet av de yngste eldre, de i alderen 67-80 år som mottar hjemmetjenester, gått ned med 30 prosent, mens noen flere av dem over 80 år får hjelp i hjemmet. Se også artikkel i dette nummeret om omsorgstjenester til seniorer ([Otnes 2011](#)).

To av tre kroner av kommunenes utgifter i 2009 til hjemmebasert pleie og omsorg brukes på mottakere under 67 år. I 1998 var bildet noe annerledes; Da gikk mindre enn halvparten av kommunenes hjemmetjenesteutgifter til gruppen under 67 år. Ser vi på økningen fra 2007 til 2009 har utgifter til yngre hjemmeboende økt med 32 prosent, mens kommunale utgifter til eldre



hjemmetjenestemottakere har økt med bare 7 prosent (se tabell 1). Og veksten i kommunenes utgifter er ikke korrigert for pris- og lønnsvekst.

I 2009 var det dobbelt så mange yngre mottakere av hjemmebasert pleie og omsorg som det var blant dem over 67 år. De yngre brukerne av hjemmetjenester får vedtak om flere timer i uka enn de eldre. Mens brukere over 67 år får tildelt 4,3 timer i uka i gjennomsnitt, får de yngre mottakerne tre ganger så mange timer i uka. Institusjon er i mange tilfeller ikke et alternativ for de yngre, og dermed gis mer hjelp i hjemmet for denne gruppen.

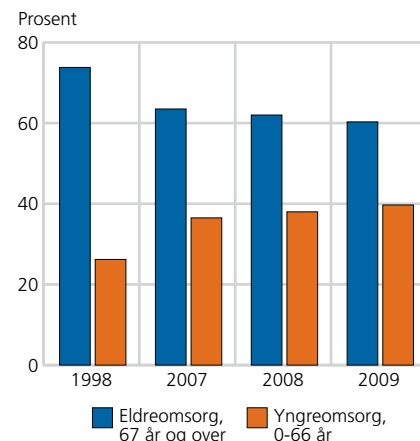
Institusjon = eldreomsorg

Institusjonsbasert omsorg kan i stor grad sies å være tjenester for de eldre – ni av ti personer i institusjon er over 67 år. Og selv om det er forskjeller i hvor mye ressurser hver enkelt trenger, og selv om lengden på oppholdene kan variere, er det andelen beboere over og under 67 år i institusjon som er lagt til grunn for fordelingen av utgifter på alder. Kommunenes samlede utgifter til institusjoner med pleie- og omsorgsformål var på 36 milliarder i 2009, og herav gikk 32 milliarder til institusjonstjenester for eldre.

Av de totale institusjonsutgiftene på 17,7 milliarder i 1998 var 96 prosent relatert til beboere fra 67 år og oppover (Brathaug mfl. 2001). Etter 1998 har både KOSTRA og IPLOS blitt innført som nye rapporteringssystem, noe som vanskeliggjør sammenligninger tilbake til 1998 (se tekstboks om datagrunnlaget). Blant annet inkluderes i dag yngre institusjonsbeboere i barneboliger og avlastningsinstitusjoner, som ikke tidligere var med i registreringen.

Kommunene brukte til sammen 4 milliarder på aktivisering i 2009 – noe som utgjør 5 prosent av pleie- og omsorgsutgiftene totalt. Utgifter til aktivisering inkluderer blant annet drift av aktiviserings- og dagsentra. Her kan det finnes tilbud som spill, trim og dans eller tjenester av mer arbeidsforberedende karakter.

Figur 3. **Brutto driftsutgifter til pleie og omsorgstjenester, etter alder. 1998, 2007, 2008 og 2009. Prosent**



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk og Brathaug mfl. 2001, Statistisk sentralbyrå.

Tabell 1. **Brutto driftsutgifter til pleie og omsorgstjenester, etter alder og formål. 1998, 2007-2009**

	1998	2007	2008	2009	Endring 2007-2009
Pleie- og omsorg, i alt, millioner kroner	35 456	62 938	70 594	74 781	19
Herav					
Gruppen 0-66 år, millioner kroner	9 285	22 985	26 859	29 655	29
Gruppen 67 år og eldre, millioner kroner	26 171	39 953	43 735	45 126	13
Hjemmeboende 0-66 år, millioner kroner	8 610	17 049	20 266	22 507	32
Hjemmeboende 67 år og eldre, millioner kroner	9 118	11 458	12 193	12 218	7
Institusjonsboere 0-66 år, millioner kroner	675	3 012	3 350	3 684	22
Institusjonsboere 67 år og eldre, millioner kroner	17 053	27 979	30 969	32 296	15
Aktivisering 0-66 år, millioner kroner	..	2 924	3 244	3 464	18
Aktivisering 67 år og eldre, millioner kroner	..	516	572	611	18
Pleie- og omsorg, kroner per innbygger 0-66 år	2 446	5 646	6 514	7 090	26
Pleie- og omsorg, kroner per innbygger 67 år og over	42 150	65 524	71 261	73 183	12

Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Brathaug mfl. (2001), Statistisk sentralbyrå.

Om lovgrunnlag og reformer

Retten til å motta tjenester er forankret i kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, mens forskriften om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene beskriver tjenestenes oppgaver og innhold. Forskriften er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven.

Noen sentrale organisatoriske endringer og reformer:

HVPU-reformen (1991-1995): Hovedhensikten var å avvikle alle institusjoner for psykisk utviklingshemmede og overføre personene til egen bolig (NOU 2001:22).

Handlingsplan for eldreomsorgen (St. meld. nr. 50:1996-97): Planen gjaldt fram til 2001. Et hovedmål var at eldre skal kunne bo i sine egne hjem så lenge som mulig.

Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008): Målet var generelt å styrke tilbudet til personer med psykiske lidelser. Mer spesifikt innebar de kommunale tiltakene blant annet flere omsorgsboliger for mennesker med psykiske lidelser, flere årsverk i hjemmetjenesten, flere brukere av dagsentra og at flere skulle få tilbud om støttekontakt (St.prp. nr. 63:1997-1998).

Omsorgsplan 2015: Regjeringen hadde en målsetning om 10 000 nye årsverk innen utgangen av 2009. Fram mot 2015 spesifiserer planen blant annet ulike tiltak for å skaffe tilstrekkelig personell og nødvendig fagkompetanse, kalt Kompetanseløftet 2015. Planen inkluderer også en styrking av demensomsorgen fram mot 2015 (St.meld. nr. 25:2005-2006).

De nye omsorgstjenestene har unge brukere

Kommunale tilbud som trygghetsalarm, omsorgslønn, støttekontakt og avlastning er tjenester som Helsedirektoratet omtaler som «de nye omsorgstjenestene» – nye i form av at det er ordninger som er etablert de siste tiårene (Helsedirektoratet 2011). Med unntak av trygghetsalarm, som oftest gis til eldre hjemmeboende, er tjenestene i hovedsak rettet mot yngre brukere.

Mer enn fire av fem brukere av omsorgslønn og støttekontakt i 2009 var under 67 år. Når det gjelder mottakere av avlastning i og utenfor institusjon, var henholdsvis 74 og 98 prosent av mottakerne under 67 år. Til sammen fikk mer enn 45 000 personer kommunalt vedtak om tildelte timer av omsorgslønn, støttekontakt og avlastning i 2009. Og i alt 73 400 personer hadde trygghetsalarm.

Brukerstyrt personlig assistent er en annen type tjeneste som har flest unge brukere. Kommunene gir vedtak om tildeling av brukerstyrt personlig assistent og antall timer i uken. Mottakeren fungerer som arbeidsleder og styrer bruken av assistenten selv, alternativt med hjelp fra foreldre eller hjelpeverge. I 2009 var det i overkant av 2 500 brukere av brukerstyrt personlig assistent – en økning på 1 500 mottakere siden 2002 – og 92 prosent av mottakerne var under 67 år i 2009. Se også artikkel om brukerstyrt personlig assistent i dette nummer av Samfunnsspeilet ([Gabrielsen 2011](#)).

Friskere eldre og usikkert framtidig behov

Alderssammensetningen i befolkningen har endret seg de siste tiårene og vil endres kraftig de neste tiårene. Mens det i dag er i overkant av 600 000 personer over 67 år, vil det i 2060 være mer enn 1,5 millioner personer i denne aldersgruppen. Dette under forutsetning av mellomnivået for fruktbarhet, levealder, innenlandsflytting og nettoinnvandring ([SSB 2011](#)). Å anslå befolkningsutviklingen har flere usikkerhetsmomenter, og å anslå behovet for tjenester til de eldre i framtiden er enda vanskeligere.

Helsetilstanden til framtidens eldre er én faktor. I dag trener pensjonister som aldri før; nesten to av tre over 67 år mosjonerte ukentlig eller oftere i 2008, mens ti år tidligere var det bare under halvparten som mosjonerte like ofte ([SSB 2009](#)). Vil trenden fortsette, og vil de eldre bli friskere og ha mindre behov for helsetjenester? Eller er det slik at bedre livsstil øker livslengden, men at livets siste fase likevel vil inneholde like mange år med dårligere helse og behov for pleie og hjelp?

Krav og forventninger til kvalitet og nivå på tjenestene er også en faktor som har betydning for etterspørselen etter tjenester til eldre framover. I dag er for eksempel både enerom og legedekning kvalitetsmål i sykehjem, og det er krav til både bemanningsnivået og kompetansen til personellet.

Hvor stort ansvar pårørende tar, vil også påvirke det offentlige tjenestetilbud. Omtrent hver syvende voksne har i dag regelmessig ulønnet omsorgsarbeid i form av praktisk hjelp til eller tilsyn med syke, funksjonshemmede eller eldre, og de fleste er kvinner ([Rønning 2010](#)). Kan det forventes at omsorg for foreldre er et ansvar som i større grad skal ligge på familien? Behovet for familiær omsorg vil kunne komme i konflikt med behovet for arbeidskraft i framtida.

160 000 nye årsverk mot 2060

For pleie- og omsorgssektoren er det anslått at sysselsettingsbehovet for pleie og omsorg må økes med nær to og en halv gang fram mot 2060, gitt uendret levealder, helse, standard med mer ([Nilsen 2009](#)). Dette utgjør nær 160 000 nye årsverk mer enn dagens nivå, og vil kreve planlagt utdanning og rekruttering av personell.

Når det gjelder tiltak for å møte behovet for personell i framtiden, blir det fremhevet av helsemyndighetene at eksisterende arbeidskraft innenfor helse og omsorg i Norge kan utnyttes bedre. Det er ønskelig å redusere avgangen fra sektoren, forbedre organiseringen og gjennomføre kvalifiseringstiltak for ufaglærte (Sosial- og helsedirektoratet 2006, 2007).

Helse- og omsorgssektoren er i dag preget av stor andel deltidsstillinger, og etablering av flere fulltidsstillinger drøftes som én potensiell kilde til rekruttering. Begrepet undersyssetting betegner fenomenet med deltidsansatte som ønsker lengre arbeidstid. Undersyssetting er mest vanlig blant kvinner og nesten halvparten av de undersyssettsatte arbeider innenfor helse og sosial. Se også artikkel om arbeidstid blant helsepersonell i dette nummer av Samfunnsspeilet ([Køber og Vigran 2011](#)).

En annen rekrutteringskilde kan være innvandring – i 2007 hadde 8,5 prosent av sysselsatte i pleie- og omsorgssektoren innvandrerbakgrunn, det vil si de var enten innvandrere selv eller norskfødte med innvandrerforeldre. I et globalt aspekt



Om datagrunnlaget

Utgiftene til pleie og omsorg for perioden 2007-2009 er beregnet fra kommuneregnskapene som rapporteres til Statistisk sentralbyrå. Følgende regnskapsfunksjoner viser utgifter til pleie og omsorg:

- aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og funksjonshemmede (F234)
- bistand, pleie, omsorg, i institusjoner for eldre og funksjonshemmede (F253)
- bistand, pleie og omsorg til hjemmeboende (254)
- institusjonslokaler (F261)

For å fordele utgiftene på alder er data fra IPLOS-registeret (individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) og pleie- og omsorgsstatistikk i KOSTRA (kommune-stat-rapportering) benyttet. IPLOS er et individbasert register over brukere og søkere av pleie- og omsorgstjenester, og har siden 2007 vært hovedkilden for pleie- og omsorgsstatistikk.

Aldersfordelte utgifter til *hjemmeboende* er beregnet ved å bruke informasjon om antall mottakere av hjemmetjenester samt gjennomsnittlig antall timer i uka med hjemmetjenester. Hjemmetjenester er her hjemmesykepleie og praktisk bistand. Dermed måles det totale antallet timer av hjemmetjenester i løpet av en uke fordelt på brukere over og under 67 år. Time-

fordelingen brukes som fordelingsnøkkel på brutto driftsutgifter fra funksjon 254 i kommuneregnskapene.

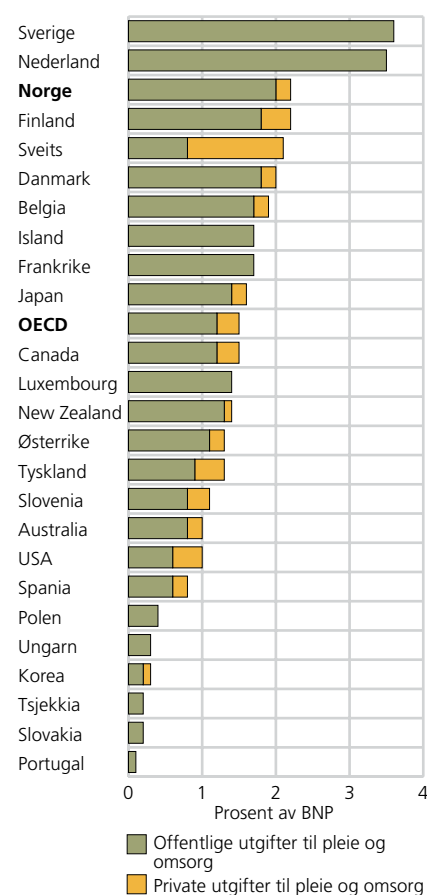
Aldersfordelte utgifter til *institusjonsbeboere* er beregnet ved å bruke andelen beboere i institusjon. Andelen beboere i aldersgruppene 0-66 år og 67 år og over brukes som fordelingsnøkkel på brutto driftsutgifter fra funksjon 253 og 261.

Utgifter til *aktivisering og servicetjenester* utgjør en liten andel av utgiftene totalt. Her er tall på antall ansatte ved henholdsvis eldresentre og dagsentre brukt til å fordele utgiftene på aldersgruppene 0-66 år og 67 år og over.

Å fordele utgiftene på denne måten er på mange måter en forenkling av virkeligheten. Mange tjenestetyper er ikke inkludert i fordelingsnøkklene, for eksempel støttekontakt, omsorgslønn, avlastningsopphold, trygghetsalarm og brukerstyrt personlig assistent. Tall på aldersfordelte utgifter bør dermed sees på som estimater.

Tall for 2007-2009 sammenholdes med aldersfordelte pleie- og omsorgsutgifter fra 1998 ([Brathaug mfl. 2001](#)). For 1998-data er Gerix, det daværende registreringssystemet for opplysninger om mottakere av pleie- og omsorgstjenester, brukt til å fordele utgifter på alder. Siden ulike datakilder er brukt, er det noe usikkert hvorvidt periodene er direkte sammenlignbare.

Figur 4. Offentlige og private utgifter til pleie og omsorg¹ (long term care) i OECD. 2008 ². Prosent av BNP



¹ Data for Norge, Sveits, Danmark, Belgia, Island, Canada, Østerrike, USA, Ungarn, Tsjekkia og Portugal inkluderer bare helse relaterte pleie- og omsorgsutgifter. For de andre landene inkluderer utgiftene både helse relaterte utgifter og utgifter knyttet til omsorg.

² Data for Luxembourg og Australia er fra 2005, data for Portugal og Slovakia fra 2006 og data for Danmark og Sveits fra 2007.

Kilde: OECD Health Data 2010.

vil man stille spørsmål til om det er riktig at Norge skal tappe kompetanse fra andre land som trenger det selv. Derfor har Norge også forpliktet seg til en ansvarlig rekruttering når det gjelder helsepersonell – i praksis betyr dette å begrense rekruttering av utdannet helsepersonell fra fattige land og å bekoste utdanningen til ikke-utdannet personell fra fattige land. «Som et rikt land må Norge ta et globalt ansvar. Det skjer hele tiden en netto migrasjon av helsepersonell fra de fattigste landene i verden til industrialiserte land», har helsedirektøren uttalt (Sosial- og helsedirektoratet 2006).

Økt etterspørsel kan gi bedre lønn for omsorgsyrker ...

Høyere etterspørsel etter arbeidskraft i framtiden kan bidra til økt lønnspress i sektoren, som igjen genererer økte kostnader for kommunene. Den gjennomsnittlige månedslønna for ansatte i kommunale sosial- og omsorgstjenester var av på 32 000 kroner i 2010, mens månedslønna for kommunalt ansatte innenfor helse var på 35 100 ([SSB, lønnsstatistikk](#)). Gjennomsnittet for alle ansatte i kommunal virksomhet var på 35 400 kroner i 2010.

På kortere sikt, fram mot 2025, blir det antatt at den samlede etterspørselen etter universitets- og høyskoleutdannede vil øke kraftig i Norge, og at gapet mellom tilbud og etterspørsel vil øke for enkelte sektorer. Imidlertid vil det være forskjell på høyskole-/universitetsutdannede på høyt og lavt nivå. Størst gap mellom tilbud og etterspørsel etter arbeidskraft vil det være for arbeidstakere med lavere utdanningsnivå fra universitet og høyskole. Dette gjelder også innenfor helse, pleie og omsorg ([Bjørnstad mfl. 2008](#)).

I dag er sykepleiere den største høyskoleutdannede gruppen innenfor pleie- og omsorgssektoren. Nær 19 000 årsverk av sykepleiere uten spesialitet var det i pleie- og omsorgssektoren i 2009. I tillegg kommer mer enn 4 500 sykepleiere med spesialitet eller videreutdanning. Behovet for sykepleiere vil vokse fram mot 2025, og dersom utdanningskapasiteten ikke endres, vil man ikke ha nok sykepleiere. En motsatt utvikling skisseres for utdanningsgruppen vernepleiere – det vil bli utdannet flere vernepleiere enn det er behov for, og overskuddet av vernepleiere i 2025 vil være betydelig ([Texmon og Stølen 2009](#)).

... men hvem skal betale?

En økning av ansatte i pleie- og omsorgssektoren vil føre med seg kraftig økning i utgiftene i kommunene siden kommunenes driftsutgifter i sektoren består i hovedsak av lønnsutgifter. I dag er tjenestene i hovedsak offentlig finansiert. Størstedelen av utgiftene innenfor pleie- og omsorgssektoren finansieres av kommunene gjennom frie inntekter, mens egenandeler fra pasientene selv utgjør en mindre andel.

Om vederlag for opphold i institusjon

Langtidsopphold: Av inntekter inntil folketrygdens grunnbeløp, fratrukket et friebeløp på 6 400 kroner per år, kan 75 prosent kreves betalt årlig. Betalingen skal begrenses slik at enhver har i behold til eget bruk minst 25 prosent av folketrygdens grunnbeløp i tillegg til fordelene av friebeløpet. Av inntekter utover folketrygdens grunnbeløp betales inntil 85 prosent.

Korttidsopphold: Kommunen kan ta betaling med inntil 125 kroner per døgn for korttidsopphold og inntil 66 kroner for det enkelte dag- eller nattopphold.

Kilde: Forskrift om vederlag for opphold i institusjon mv.

I 2009 betalte beboere ved sykehjem og andre institusjoner mer enn 4,7 milliarder kroner for opphold, noe som dekker 13 prosent av de kommunale brutto driftsutgiftene. For hjemmebaserte tjenester er tilsvarende andel på litt over 1 prosent. Andelene har vært stabile de siste årene, men det er kommunale forskjeller. For institusjonstjenester har noen kommuner opp mot 20 prosent finansiering fra brukerbetaling, mens i 54 kommuner utgjorde egenbetalingen mindre enn 10 prosent. Vederlag for opphold i institusjon reguleres i dag i egen forskrift (se tekstboks).

Framtidens finansieringsstruktur er ikke åpenbar, og diskuteres under ulike forutsetninger. På grunn av de forventede demografiske endringene regner man med at det offentliges utgifter vil overstige inntektene i framtiden. Men dette vil først skje etter 2020. Fram mot 2020 vil det være rom for å videreføre de velferdsordninger vi har i dag uten å endre på bruken av oljepenger eller å endre på skattenivået. Etter 2020 forventes det imidlertid at det gjennomføres tiltak som demper utgiftsveksten eller øker inntektene, for å kunne videreføre omfanget og standarden på velferdstjenestene som gis (St.meld. nr. 9:2008-2009). I disse beregningene ligger også forutsetningen om at reglene for privat finansiering gjennom for eksempel egenandeler er uendret.

Pleie og omsorg i et internasjonalt perspektiv

Framtidens utfordringer knyttet til en aldrende befolkning er ikke et særnorsk fenomen. Også i mange andre land og i internasjonale fora rettes oppmerksomheten mot planlegging av framtidens velferdstjenester. Ikke overraskende bruker Norge mer enn gjennomsnittlig på pleie- og omsorgstjenester, long-term care, sammenlignet med andre land. OECD-land brukte i snitt 1,5 prosent av bruttonasjonalproduktet (BNP) til pleie og omsorg i 2008, mens for Norge lå andelen på 2,2 prosent (se figur 4). For noen land, deriblant Norge, inkluderer tallene vist i figuren kun de helserelaterte utgiftene av pleie- og omsorgstjenestene. Legger vi utgiftene for hele den kommunale pleie og omsorgssektoren til grunn, ligger andelen på opp mot 3 prosent av BNP.

Det ligger også andre vesentlige forskjeller mellom landene bak tallene. Det er for eksempel forskjeller i hvor mye av omsorgen som ytes av familie. De nordiske land har i etterkrigstiden bygd opp en sterk offentlig velferdsmodell, mens i sørlige Europa er det mer vanlig at familien tar vare på sine eldste. Det er også store forskjeller på hvilke aldersgrupper som mottar pleie- og omsorgstjenestene. I Danmark er 89 prosent av tjenestemottakerne over 67 år, mens i Norge er 69 prosent av mottakerne i den aldersgruppen. Polen har enda flere yngre mottakere enn Norge – bare drøyt halvparten av mottakerne er over 67 år. I tillegg kommer ulike organisatoriske løsninger landene imellom samt at lovgrunnlaget og praksis for tildeling av tjenester vil variere.

Som vi har sett i artikkelen, gir ikke dagens fordeling av tjenestene i Norge grunn til å bruke begrepet «eldreomsorg» om pleie- og omsorgssektoren som helhet, siden mange av tjenestene rettes mot yngre, og en stor del av driftsutgiftene brukes på mottakere under 67 år. Hvorvidt denne fordelingen på yngre og eldre brukere kommer til å holde seg i de framtidige årene, er uvisst. Det blir flere eldre, og vi lever lenger. Folk flest blir mer og mer opptatt av å holde seg i form, spesielt de eldre, men flere rammes av kroniske sykdommer som skyldes livsstil. Flere overlever alvorlig sykdom, men vil kanskje ha behov for langvarig hjelp etter sykdom.

Referanser

- Bjørnstad mfl (2008): *Tilbud og etterspørsel etter arbeidskraft etter utdanning, 1986-2025*, Rapporter 2008/29, Statistisk sentralbyrå.
- Brathaug mfl. (2001): *Utviklingen av aldersrelaterte helse- pleie- og omsorgsutgifter*, Rapporter 2001/4, Statistisk sentralbyrå.
- Gabrielsen mfl. (2010): *Individbasert statistikk for pleie og omsorgstjenesten i kommunene*, Rapporter 50/2010, Statistisk sentralbyrå.
- Gabrielsen, Bjørn (2011): Flere med brukerstyrt personlig assistent, *Samfunnsspeilet* 2, 2011, Statistisk sentralbyrå.
- Helsedirektoratet (2011): Nøkkeltall for helsesektoren 2010, Helsedirektoratet, IS 1874.
- Huseby og Paulsen (2009): Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig – eller best i verden?, SINTEF Rapport A11522.
- Køber og Vigran (2011): Stort omfang av deltidsarbeid, *Samfunnsspeilet* 2, 2011, Statistisk sentralbyrå.
- Nilsen, Vibeke Oestreich (2009): Utviklingen i offentlige utgifter til velferdstjenester mot 2060, *Økonomiske analyser* 2, 2008, Statistisk sentralbyrå.
- NOU (2001): Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer, NOU 2001:22, Arbeidsdepartementet
- Otnes, Berit (2011): Mindre kommunal hjemmehjelp til eldre, *Samfunnsspeilet* 2, 2011, Statistisk sentralbyrå.
- Rønning, Elisabeth (2010): Dobbeltarbeidende seniorer, *Samfunnsspeilet* 2, 2010, Statistisk sentralbyrå.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006): Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren, notat av helsedirektør Bjørn-Inge Larsen.
- Sosial- og helsedirektoratet (2007): En solidarisk politikk for rekruttering av helsepersonell, IS-1490.
- SSB (2009): Levekårsundersøkelsen, Statistisk sentralbyrå: <http://www.ssb.no/helseforhold/>
- SSB (2011): Befolkningsframskrivninger, Statistisk sentralbyrå: <http://www.ssb.no/befolkning/>
- St.meld. nr. 50:1996-97: Handlingsplan for eldreomsorgen
- St.meld. nr. 25:2005-2006: Mestring, muligheter og mening. Framtidens omsorgsutfordringer.
- St.prp. nr. 63:1997-1998: Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006
- Texmon og Stølen (2009): *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2030*, Rapporter 2009/9, Statistisk sentralbyrå.

Anders Barstad



Anders Barstad er sosiolog og forsker i Statistisk sentralbyrå, Gruppe for demografi og levekårsforskning.

Han har blant annet publisert: Doktorgrad (Ph. D) 2008 med avhandlingen «Changing Welfare, Living Conditions and Social Integration».

«På vei mot det gode samfunn?», Statistiske analyser 64 (sammen med Ottar Hellevik).

(anders.barstad@ssb.no)

Helse, kontakt og berøring

Et nært og godt forhold til andre mennesker betyr mye for helsetilstanden. Sosialt isolerte og ensomme har dårligere helse og risikerer en tidligere død enn sosialt integrerte. Men hvorfor er det slik? Har berøring og kroppskontakt noe å si?

Kjærlighetsforholdet viktigst

Den viktigste formen for sosial integrasjon, ved siden av arbeidstilknytningen, er det romantiske kjærlighetsforholdet, og mye av forskningen på feltet har da også fokusert på denne relasjonen. Et gjennomgående funn er at gifte lever lenger enn ugifte.

Spørsmålet er så om dette skyldes seleksjon, altså at individer med god helse i større grad enn andre blir og forblir gift, eller om forklaringen er ekteskapet som sådan. Det er mye som tyder på at både seleksjons- og årsaksforklaringer bidrar til dette, bokstavelig talt, livsviktige fenomenet.

Tre forklaringer

Det er gjerne tre faktorer som trekkes fram som årsaker til hvorfor ekteskapet er et godt sted å være hvis en vil ta vare på helsa. Den første er at ekteskapet gir tilgang til økonomiske ressurser. Den andre er at ekteskapet innebærer sosial kontroll. Ektefellene overvåker og reagerer på hverandres livsstil. For eksempel vil de som røyker og drikker mye, sannsynligvis få sterkere negative reaksjoner på en slik livsstil innenfor ekteskapet enn hvis de hadde fortsatt å leve som enslige.

Den tredje forklaringen er den «psykososiale», det vil si at gifte får mer støtte og bekreftelse, og derfor også føler seg mindre ensomme enn de som lever alene. Ensomhet er blant annet forbundet med høyere blodtrykk og større risiko for søvnproblemer.

Det er en viss støtte for alle disse forklaringene i forskningslitteraturen. Et forholdsvis nytt funn er imidlertid betydningen av ekteskapets kvalitet. Konflikter og negativ atferd innenfor ekteskapet øker risikoen for hjertesykdom og dødsfall. Noen undersøkelser har funnet at personer som oppløser vanskelige ekteskap, bedrer sin egenvurderte helse etter skilsmissen. Konfliktfylte ekteskap ser ut til å forsterke den gradvise forverringen av helsetilstanden som gjerne følger av at folk blir eldre.

Betydningen av konflikter innenfor parforholdet har blitt studert i laboratorieeksperimenter. Disse har vist at konflikter har negative konsekvenser for kroppslig helse, slik som svekket immunforsvar og forsinket sårheling. Dette er eksempler på hvordan parforholdets kvalitet så å si kryper under huden på partene.

Betydningen av berøring

Hva med den sosiale støtten som uttrykkes gjennom berøring? Forelskede par gir hverandre mye bekreftelse gjennom fysisk berøring – hyppige kyss, mange klemmer og langvarig håndfletting. Bidrar slike handlinger til å forklare hvorfor parforhold av høy kvalitet også er bra for helsa?

En rekke laboratorieeksperimenter har tatt for seg aspekter av denne problemstillingen. I ett eksperiment ble de deltagende kvinnene tilfeldig fordelt på tre grupper. I den første gruppen fikk de ikke ha noen kontakt med sin partner i en periode på ti minutter før de ble utsatt for en stressende hendelse. I den andre gruppen fikk kvinnene motta verbal støtte fra partneren. I den siste gruppen fikk deltakerne nakke- og skuldermassasje av sin partner. Det viste seg at kvinnene i den sistnevnte gruppen hadde lavere

hjerterefrekvens og mindre utskillelse av kortisol (et stresshormon) enn de andre kvinnene.

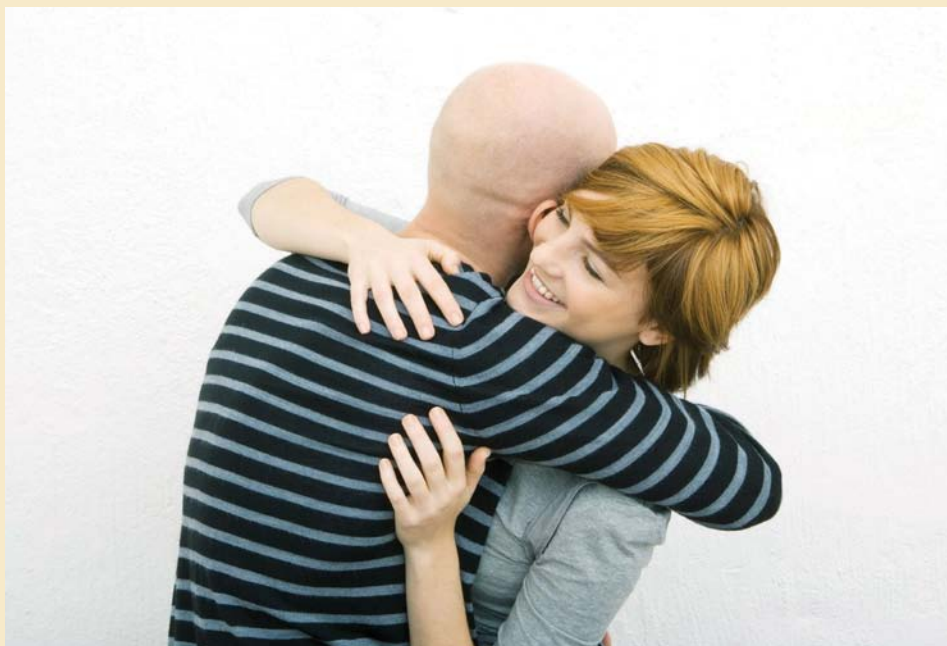
Andre funn peker i samme retning. Kvinner som oppgir at de vanligvis får mange klemmer fra partneren, har lavere blodtrykk enn dem som vanligvis ikke får så mange klemmer. I en undersøkelse der forsøkspersonene ble utsatt for elektriske sjokk, var stressreaksjonen svakere når de fikk holde hånden til ektefellen, enn når de ikke fikk gjøre det. Den stressdempende effekten var sterkest blant dem som levde i ekteskap av høy kvalitet.

Tolkning av kontakten

Tolkningen av den kroppslige kontakten, og i hvilken sammenheng den skjer, er helt avgjørende. Sosiologen Randall Collins peker på at holding av hender blant par får sin symbolske betydning gjennom kontrasten til hverdagslivet. Med unntak av de romantiske parforholdene er kroppskontakten i hverdagslivet nok så begrenset. Hvis den skjer mellom fremmede, ber vi ofte om unnskyldning.

Dermed blir også holding av hender et sterkt symbol, både utad i offentligheten og innad for paret. Her er det imidlertid store kulturelle variasjoner. En undersøkelse fra 1960-tallet sammenlignet par som oppholdt seg i kafeer i London og Puerto Rico, og fant at London-parene i gjennomsnitt berørte hverandre 0 ganger i timen. I Puerto Rico var berøringsfrekvensen 180 ganger per time!

Utenfor parforholdet, mellom venner og mellom fremmede, er det som regel større barrierer mot kroppskontakt. Det er relativt lite forskning på de negative konsekvensene av berøring. Det er imidlertid åpenbart at visse former for kontakt, når den ikke er frivillig, oppleves som et overgrep. I en undersøkelse ble for eksempel det å bli tatt på i ansiktet av kolleger ansett som svært upassende og plagsomt. Uønskede seksuelle tilnærmelser vil naturligvis også komme i denne kategorien.



Samle på klemmer?

Hva skal så den som savner fysisk kontakt, og ikke er så heldig å være i et romantisk forhold, gjøre?

Det er langt fra slik at parforholdet er den eneste saliggjørende formen for sosial kontakt. Venner og slektninger gir hverandre klemmer, og den jevnlige «innhøstingen» av gode klemmer kan tenkes å ha en helsemessig betydning.

I boka «The how of happiness» (2007) gjengir lykkeforskeren Sonja Lyubomirsky resultatene av en undersøkelse hvor to grupper av studenter ble sammenlignet. Den ene gruppen fikk i oppgave å gi eller motta minst fem klemmer hver dag, i en periode på fire uker, og fra så mange forskjellige mennesker som mulig. Detaljene rundt klemmene skulle skrives ned.

Den andre gruppen, kontrollgruppen, skulle kort og godt skrive ned hvor mange timer de leste hver dag. Lykkenivået i «klemmegruppen» ble mye høyere i løpet av de fire ukene, mens det ikke var noen forandring i kontrollgruppen. Lykke er riktignok ikke det samme som helse, men mye tyder på at lykke bidrar til å bevare god helse.

Høyest vekst for ideelle sykehus

Ansvar for spesialisthelsetjenestene er gitt til de regionale helseforetakene, fire i alt. De regionale helseforetakene kan velge å bruke ideelle organisasjoner og privateide foretak til å sørge for spesialisthelsetjenester til innbyggerne i sin region. Tall fra 2005 og 2009 viser at antall ideelle organisasjoner innenfor spesialisthelsetjenesten øker, mens antallet privateide foretak går ned. Kostnader og inntekter øker både for de ideelle organisasjonene og de privateide foretakene.

Bjørn Theodor Halle og
Andreas Hedum

Hva er spesialisthelsetjenesten?

Spesialisthelsetjenesten inkluderer sykehus (både somatiske og psykiatriske), poliklinikker og behandlingssentre, opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner samt institusjoner for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk i spesialisthelsetjenesten.

I denne artikkelen holdes ambulanse-tjenester, privatpraktiserende spesialister og laboratorie- og røntgenvirksomhet utenfor.

Ansvar for spesialisthelsetjenester er i lov om spesialisthelsetjenesten (av 16. juni 1999) gitt til statlige regionale helseforetak (RHF). Norge har fire, disse er Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord. Disse regionale helseforetakene sørger for at befolkningen gis nødvendige spesialisthelsetjenester gjennom behandling og oppfølging i sine egne eller andre offentlig eide helseforetak.

De regionale helseforetakene kan også velge å bruke ideelle organisasjoner og privateide foretak til å sørge for spesialisthelsetjenester til innbyggerne i sin region (se tekstboks om skillet mellom ideelle organisasjoner og privateide foretak). I denne artikkelen skal vi sammenligne utvikling i struktur, inntekter og kostnader for ideelle organisasjoner og privateide foretak.

Det har vært mye oppmerksomhet rundt bruken av ideelle organisasjoner og privateide foretak innenfor helsetjenester. I Soria Moria-erklæringen går regjeringen inn for at «sykehus eid og drevet av frivillige organisasjoner skal sikres gode vilkår gjennom avtaler med det offentlige». Derimot vil regjeringen at «omfang av avtaler mellom regionale helseforetak og private kommersielle sykehus må begrenses» (Regjeringen 2005).

Antall ideelle organisasjoner har økt

Statistikk for spesialisthelsetjenesten (se tekstboks) for 2009 viser at antallet ideelle organisasjoner innenfor spesialisthelsetjenesten har økt fra 33 i 2005

Skillet mellom ideelle organisasjoner og privateide foretak

I prinsippet benyttes begrepet ideelle organisasjoner om enheter som ikke drives markedsrettet, og som heller ikke kontrolleres av offentlige myndigheter. Dette innebærer at formålet med driften er ideell, og at det er ikke en hensikt å oppnå profitt. Privateide foretak drives markedsrettet.

I virkeligheten er imidlertid ikke skillet mellom ideelle organisasjoner og privateide foretak alltid like opplagt. I offisiell statistikk for spesialisthelsetjenesten brukes per i dag *driftsavtale* med et (regionalt) helseforetak som et pragmatisk kriterium for å skille mellom *ideelle* organisasjoner og *privateide* foretak. I denne statistikken er en virksomhet som har en slik *driftsavtale* definert som en ideell eller frivillig organisasjon, mens en virksomhet som *ikke har driftsavtale*, kan sies å være et privateid foretak.

En driftsavtale med et regionalt helseforetak (RHF) eller helseforetak (HF) innebærer langsiktige, forpliktende rammeavtaler om drift som en del av helseregionenes «sørge for»-ansvar i lov om spesialisthelsetjenester. Driftsavtalene antas å være av en slik karakter at virksomheten kan sies å inngå i regionens regulære helsevesen. (Statistisk sentralbyrå, [2011a](#) og [2011b](#)).



Bjørn Theodor Halle (t.v.) er samfunnsøkonom og seniorrådgiver. Inntil nylig jobbet han i Statistisk sentralbyrå. (BThoddo@gmail.com)

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

til 38 i 2009 (se tabell 1). Antallet privateide foretak har imidlertid gått ned, fra 93 til 81 i den samme perioden. En grunn til at antallet privateide foretak har gått ned kan være sammenslåinger og oppkjøp av foretak i perioden.

Ideelle organisasjoner og privateide foretak produserer flere typer spesialisthelsetjenester. Somatiske sykehus er det både ideelle organisasjoner og privateide foretak som produserer. Psykisk helsevern finner vi kun i ideelle organisasjoner, mens både opptrening og rehabilitering samt rusbehandling er typer tjenester som i hovedsak er levert av privateide foretak.

Store forskjeller i størrelsen

To store ideelle organisasjoner, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus, skiller seg markert fra de andre med over 1 milliard kroner hver i driftskostnader i 2009. Begge organisasjonene har driftsavtale med Helse Sør-Øst. Lovisenberg og Diakonhjemmet har virksomhet innenfor somatiske sykehus, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk.

Ni ideelle organisasjoner og syv privateide foretak kan karakteriseres som mellomstore med driftskostnader mellom 100 millioner og 550 millioner kroner. Blant de mellomstore ideelle organisasjonene og privateide foretakene finner vi 8 somatiske sykehus, 4 rusinstitusjoner og 3 institusjoner i psykisk helsevern for voksne. En av de ideelle organisasjonene har virksomhet innenfor psykisk helsevern for voksne, barn og unge og rusbehandling.

27 ideelle organisasjoner og 74 privateide foretak var forholdsvis små, med driftskostnader under 100 millioner kroner i 2009. Her finner vi 46 foretak og organisasjoner som

Tabell 1. Antall ideelle organisasjoner og privateide foretak, etter type tjeneste. 2005 og 2009

	Ideelle organisasjoner		Privateide foretak		I alt	
	2005	2009	2005	2009	2005	2009
I alt	33	38	93	81	124	119
Somatiske sykehus	4	5	25	19	29	24
Psykisk helsevern for voksne	12	8	7	0	12	8
Psykisk helsevern for barn og unge	0	7	0	0	0	7
Rusbehandling	11	7	25	23	36	30
Opptrening og rehabilitering	5	7	38	39	43	46
Flere typer tjenester	1	4	5	0	6	4

Spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.





driver spesialisert opptrening og rehabilitering, 26 innenfor rusbehandling, 16 somatiske sykehus, 7 institusjoner innenfor psykisk helsevern for voksne, 5 institusjoner innenfor psykisk helsevern for barn og unge og et foretak innenfor både psykisk helsevern for barn og unge og rehabilitering og opptrening.

Økte kostnader

Hva koster spesialisthelsetjenester produsert av ideelle organisasjoner og privateide foretak? Lønnskostnader, kostnader ved forbruk av medisiner og kostnader ved bruk av medisinsk-teknisk utstyr er blant de viktigste kostnadstypene innenfor spesialisthelsetjenesten. Avskrivninger, kostnader knyttet til at verdien på bygg og anlegg vil avta over tid, regnes også som en viktig kostnadstype. Her brukes driftskostnader eksklusive avskrivninger. Ideelle organisasjoner sett under ett hadde tilnærmet like høye driftskostnader i 2005 som privateide foretak sett under ett, men kostnadene har de senere årene økt mest for de ideelle organisasjonene. 58 prosent av de totale driftskostnadene var knyttet til de ideelle organisasjonene i 2009.

Driftskostnader eksklusive avskrivninger for ideelle organisasjoner og privateide foretak i spesialisthelsetjenesten beløp seg til 8,5 milliarder kroner i 2009 (se tabell 2). Somatiske sykehus var det største tjenesteområdet målt i driftskostnader. 46 prosent av driftskostnadene tilhørte somatiske sykehus i 2009. Deretter kommer områdene psykisk helsevern for voksne, opptrening og rehabilitering samt rusbehandling. Disse områdene var nesten like store, hver med rundt 1,5 milliarder kroner i driftskostnader. Psykisk helsevern for barn og unge var det minste området med snaut 2 prosent av de totale driftskostnadene.

For ideelle organisasjoner og privateide foretak har driftskostnader eksklusive avskrivninger økt med 37 prosent fra 2005 til 2009. Kostnadene har økt innenfor alle tjenesteområder i perioden 2005-2009. Sterkest prosentvis vekst har det vært innenfor psykisk helsevern for barn og unge med 78 prosent, men siden dette området også er det minste, har den absolutte kostnadsveksten målt i kroner vært lavere her enn for de andre områdene.

Høyere lønnskostnader i ideelle organisasjoner

Størstedelen av driftskostnadene for ideelle organisasjoner og privateide foretak er knyttet til lønn. Lønnskostnader inkluderer ikke bare lønnsutbetalinger til de ansatte, men alle personalkostnader som for eksempel feriepenger, arbeidsgiveravgift, reisegodtgjørelser og pensjon. Lønnskostnader har utgjort mellom 67 og 70 prosent av de totale driftskostnadene for ideelle

organisasjoner og privateide foretak i spesialisthelsetjenesten i perioden 2005-2009. Totalt beløper lønnskostnadene seg til 5,9 milliarder kroner i 2009.

Lønnskostnader som andel av totale driftskostnader var høyere blant ideelle organisasjoner, med 75 prosent, enn blant privateide foretak, med 61 prosent i 2009. Spesielt stor forskjell var det innenfor somatiske sykehus, der lønnskostnadene utgjorde 72

Tabell 2. Driftskostnader for ideelle organisasjoner og privateide foretak, etter type tjeneste. 2005 og 2009. Millioner kroner

	Ideelle organisasjoner		Privateide foretak		I alt	
	2005	2009	2005	2009	2005	2009
I alt	3 123	4 975	3 127	3 567	6 249	8 542
Somatiske sykehus	1 860	2 545	1 144	1 398	3 003	3 944
Psykisk helsevern for voksne	1 088	1 610	99	0	1 088	1 610
Psykisk helsevern for barn og unge	88	156	0	0	88	156
Rusbehandling	0	466	957	1 259	957	1 455
Opptrening og rehabilitering	87	197	927	910	1 014	1 377

Spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

prosent av de totale driftskostnadene i ideelle organisasjoner, og 49 prosent i privateide foretak.

Ulike inntektskilder

Ideelle organisasjoner og privateide foretak har flere ulike inntektskilder. Overføringer fra regionale helseforetak og helseforetak er den viktigste, og kan komme som rammetilskudd. Med et rammetilskudd kan helseforetaket kjøpe spesialisthelsetjenester som ikke nødvendigvis er spesifisert i antall behandlinger eller døgnopphold. På den annen side kan overføringene være knyttet til kjøp av et bestemt antall behandlinger eller døgnopphold. Herunder hører aktivitetsbasert finansiering. Inntektene kan også komme fra pasientenes egenbetaling og fra forsikringsselskaper.

Ideelle organisasjoner og privateide foretak hadde til sammen nesten 9 milliarder kroner i inntekter i 2009 (se tabell 3). Inntektene har fra 2005 til 2009 økt med 58 prosent i ideelle organisasjoner og 12 prosent i privateide foretak. Privateide foretak hadde i 2005 høyere inntekter enn ideelle organisasjoner, mens i 2009 hadde ideelle organisasjoner de høyeste inntektene.

De høyeste inntektene, 4,1 milliarder kroner, var innenfor somatiske sykehus. Deretter kom rehabilitering og opptrening, rusbehandling og psykisk helsevern for voksne, alle med inntekter på rundt 1,5 milliarder kroner hver. 159 millioner kroner av de totale inntektene var til psykisk helsevern for barn og unge. Inntektene har økt innenfor alle områder i perioden 2005-2009.

Mye i overføringer

Totalt mottok de overføringer fra helseforetakene for 7,6 milliarder kroner. Dette utgjorde 84 prosent av de totale inntektene (se tabell 4). De ideelle organisasjonene hadde overføringer som tilsvarte 94 prosent av de totale inntektene. For privateide foretak var denne andelen lavere, 71 prosent.

Overføringer som andel av inntekter har økt med 9 prosentpoeng fra 2005 til 2009. Andelen overføringer har holdt seg stabil for ideelle organisasjoner, mens andelen økte med 11 prosentpoeng for privateide foretak. Spesielt stor økning har det vært for privateide foretak innenfor rehabilitering og opptrening, der andelen overføringer i forhold til inntekter gikk fra 35 prosent i 2005 til 81 prosent i 2009. Den høyeste andelen overføringer i forhold til inntekter var innenfor psykisk helsevern i 2009. Overføringene her utgjorde 94 prosent av foretakenes totale inntekter.

Tabell 3. Inntekter for ideelle organisasjoner og privateide foretak, etter type tjeneste. 2005 og 2009. Millioner kroner

	Ideelle organisasjoner		Privateide foretak		I alt	
	2005	2009	2005	2009	2005	2009
I alt	3 255	5 136	3 416	3 846	6 671	8 982
Somatiske sykehus	1 995	2 656	1 291	1 488	3 286	4 144
Psykisk helsevern for voksne	1 078	1 639	101	0	1 179	1 639
Psykisk helsevern for barn og unge	91	159	0	0	91	159
Rusbehandling	91	207	980	1 360	1 072	1 567
Opptrening og rehabilitering	0	475	1 043	998	1 043	1 472

Spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

Tabell 4. Overføringer fra helseforetak og regionale helseforetak i prosent av totale salgs- og driftsinntekter i ideelle organisasjoner og privateide foretak, etter type tjeneste. 2005 og 2009

	Ideelle organisasjoner		Privateide foretak		I alt	
	2005	2009	2005	2009	2005	2009
I alt	90	94	60	71	75	84
Somatiske sykehus	88	95	66	57	79	82
Psykisk helsevern for voksne	94	94	10	:	87	94
Psykisk helsevern for barn og unge	80	95	80	:		95
Rusbehandling	:	89	82	79	82	82
Opptrening og rehabilitering	95	89	35	81	40	82

Spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

Datagrunnlag

I denne artikkelen er det brukt SSBs resultatregnskapsdata for private institusjoner innen spesialisthelsetjenesten.

Vekst i gjestepasientinntekter for privateide foretak

En del av overføringene fra helseforetak og regionale helseforetak er gjestepasientinntekter. En gjestepasient er en pasient som er henvist til behandling utenfor hjemmehørende helseregion. For en ideell organisasjon eller et privat eid foretak i Helse Sør-Øst vil for eksempel inntektene fra en gjestepasient komme fra et helseforetak i Helse Vest, Helse Midt-Norge eller Helse Nord.

For ideelle organisasjoner og privateide foretak utgjorde gjestepasientinntekter 514 millioner kroner i 2009. 38 prosent av gjestepasientinntektene gikk til ideelle organisasjoner. I perioden 2005-2009 har gjestepasientinntekter for ideelle organisasjoner gått ned med 4 prosent. Gjestepasientinntekter for privateide foretak har økt med nesten 60 prosent i den samme perioden.

34 prosent av gjestepasientinntektene gikk til henholdsvis rusbehandling og opptrening/rehabilitering. 15 prosent av gjestepasientinntektene hører til somatiske sykehus, mens 9 prosent av gjestepasientinntektene hører til psykisk helsevern for voksne.

Referanser

Regjeringen (2005): «Plattform for regjerings-samarbeidet mellom Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet 2005-2009.» www.regjeringen.no/upload/SMK/Vedlegg/2005/regjeringsplattform_SoriaMoria.pdf (uttak: 30.3.2011)

Statistisk sentralbyrå (2011a): «Privat virksomhet med driftsavtale». www.ssb.no/sykehus/om_privat_virksomhet.html (uttak: 30.3.2011)

Statistisk sentralbyrå (2011b): «Privat virksomhet uten driftsavtale». www.ssb.no/sykehus/om_privat_virkuten.html (uttak: 30.3.2011)

Oppsummering

I denne artikkelen har vi sett nærmere på ideelle organisasjoner og privateide foretak i spesialisthelsetjenesten. Statistikk for spesialisthelsetjenesten viser at ideelle organisasjoner øker hvis man ser på antall organisasjoner og samlede inntekter og kostnader. Statistikken viser dessuten at ideelle organisasjoner øker i forhold til privateide foretak, slik Regjeringen (2005) legger opp til i sin erklæring.



5 prosent har lagt seg under kniven

Kosmetisk kirurgi er et hyppig omtalt tema i media, men vi vet lite om hvor mange og hvem som blir operert. Tall fra levekårsundersøkelsen om helse i 2008 viser at nærmere 5 prosent i alderen 18-65 år, 7 prosent kvinner og 3 prosent menn, har fått utført en kosmetisk operasjon som de har betalt for selv. 6 prosent av inngrepene ble gjort i utlandet. Menn som legger seg under kniven, ser ut til å være en helsemessig ressurssterk gruppe. Kvinnene, derimot, har dårligere fysisk og psykisk helse.

Fokusering på helse i vid forstand, bedre personlig økonomi og større tilbud gjør kosmetisk kirurgi til et aktuelt spørsmål for stadig flere. Tv-programmer som Extreme Makeover, Svanen og Plastic Fantastic sender bilder rett fra operasjonssalen, inn i folks hjem. Kroppslige avvik og hvordan de kan korrigeres gjennom kirurgi, blir tema, og vi følger enkeltmennesker gjennom opp- og nedturer knyttet til inngrepene. Kjente personer står åpent frem i media og forteller om kosmetiske inngrep de har fått utført. I tillegg formidler dags- og ukepressen intervjuer med plastikkirurger som beskriver virksomheten ved sin klinikk.

Også reklame og markedsføring tematiserer det å bruke medisinske metoder for å forbedre utseendet. I 2005 ble det imidlertid innført restriksjoner for hvordan kosmetiske inngrep kan bli omtalt i salgsøyemed. I dag er det mest reklame og annonsering for såkalte kosmetiske light-behandlinger. Det er behandlinger som ikke medfører kirurgi (se tekstbokser om ulike behandlinger og om restriksjoner på markedsføring for kosmetisk kirurgi).

Mange vurderer kosmetiske inngrep

Markedsføring og informasjon gjennom artikler i pressen og tv-programmer skaper en forestilling om at kosmetisk kirurgi er utbredt. Bare i løpet av noen tiår er synet på denne typen inngrep gått fra å være en ekstremhandling som omfattet noen få, til å bli en mulighet langt flere vurderer. En undersøkelse

Ulike typer kosmetiske behandlinger

Plastikkirurgi er en rekonstruktiv kirurgisk spesialitet som omfatter undersøkelse, vurdering og behandling av medfødte og ervervede deformiteter i hud, underhud og underliggende muskelskjelettsystem. *Kosmetisk kirurgi* brukes ofte som betegnelse for plastikkirurgi i tilfeller hvor formålet er å oppnå en kosmetisk gevinst uten at det foreligger noen medisinsk begrunnelse for operasjonen. I Norge må slike operasjoner betales av pasienten selv og blir ikke dekket av det offentlige. De utføres på private klinikker, og man blir ikke sykemeldt på grunn av operasjonen.

Avgrensningen mellom inngrep utført på en såkalt kosmetisk indikasjon og en medisinsk indikasjon er langt fra skarp. Grenseoppgangen vil avhenge av legens vurdering. *Kosmetisk kirurgi* utføres av kirurger med godkjent spesialitet i plastikkirurgi eller annen relevant spesialitet. *Kosmetiske inngrep som ikke medfører kirurgi* (kosmetiske light-behandlinger) omfatter blant annet behandlinger med botox, en nervegift som lammer ansiktsmuskler for å glatte ut rynker, behandlinger med fyllstoffer som restylane, som gir fyldigere lepper og glatter ut rynker, og kjemisk peeling hvor det øverste hudlaget etses bort og ny hud dannes. Det stilles ikke krav til spesialisering for helsepersonell som utfører kosmetiske light-behandlinger.

Kilder: Norsk plastikkirurgisk forening, og von Soest mfl. (2010).

Jorun Ramm og
Tilman von Soest



Jorun Ramm er sosiolog og seniorrådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk. (jorun.ramm@ssb.no)

Tilman von Soest er psykolog og forsker ved Folkehelseinstituttet, Divisjon for psykisk helse, og NOVA. (tvs@nova.no)

Restriksjoner på markedsføring for kosmetisk kirurgi

I forskrift om markedsføring av kosmetiske inngrep, fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 1. juli 2005, heter det under § 4 Krav til markedsføringen at « ... formålet med forskriften er å bidra til at markedsføringen av kosmetiske inngrep skjer på en forsvarlig, nøktern og saklig måte. At markedsføringen ikke må være egnet til å virke støtende, krenkende eller spille på folks lyter eller fordommer mot normale kroppsvariasjoner ... ».

Eksempler på markedsføring som etter dette leddet vil kunne være forbudt, er bruk av verdiladede ord og uttrykk som «ridebukselår», «kalkunhals» og «ørnenese». Andre eksempler er bruk av sitater som: «tunge øyelokk og/eller poser under øynene vil lett kunne ødelegge inntrykket av et ellers friskt og opplagt ansikt», «med ører som fanger folks oppmerksomhet kan en ørekorreksjon være løsningen», «minnene forsvinner ikke selv om sporene gjør det» om fjerning av rynker og «alle kvinner er ikke likt utrustet» om kvinners bryster.

Datagrunnlag

Levekårsundersøkelsen om helse i 2008 er en årlig intervjuundersøkelse som gjennomføres av Statistisk sentralbyrå. Om lag 10 000 personer ble trukket ut til å være med i 2008, knapt 6 500 personer i alderen 16 år og over deltok. Svarprosenten på undersøkelsen var 67.

Intervjupersonene ble spurt om de noen gang har fått utført en kosmetisk operasjon som ikke ble dekket av folketrygden, typer kosmetiske operasjoner, om de har hatt ettervirkninger eller komplikasjoner etter operasjonen(e), så som smerter eller annet ubehag, og om inngrepet eller noen av inngrepene ble utført i utlandet.

For mer informasjon om undersøkelsen, se [Wilhelmsen \(2009\)](#). I denne sammenhengen omfatter analysene personer mellom 18 og 65 år, nesten 5 200 personer. Fordi spørsmål om kosmetisk kirurgi kan oppleves følsomt av enkelte, kan det forekomme underrapportering. Det er imidlertid ikke høyere frafall på disse spørsmålene sammenlignet med andre spørsmål i undersøkelsen.

gjennomført ved Universitetet i Oslo viser at over halvparten av norske kvinner kjenner minst én person som har fått utført et kosmetisk inngrep (von Soest mfl. 2004). Til tross for at virksomheten er hyppig omtalt, har vi lite kunnskap om hvor mange og hvem som faktisk kjøper kosmetiske operasjoner.

Mens operasjoner som er finansiert av det offentlige, blir registrert i Norsk pasientregister (NPR, Helsedirektoratet), er det ikke krav om at pasientfinansierte operasjoner som blir utført på private klinikker, blir meldt inn til registeret. Selv om enkelte private sykehus sender inn oppgaver til NPR, egner disse sporadiske registreringene seg ikke til statistikk om virksomheten. Det finnes derfor ingen kilder til offisiell statistikk som kan utnyttes for å få oversikt over hvor mange og hva slags kosmetiske operasjoner som utføres i Norge i dag.

Hvem tar kosmetiske operasjoner?

Over tid er det gjort enkeltstående intervju- og spørreskjemaundersøkelser i befolkningen for blant annet å kartlegge hvor mange og hvem som benytter kosmetisk kirurgi, og holdninger til virksomheten. En landsrepresentativ postskjemaundersøkelse fra 2003 blant kvinner i alderen 22-55 år viste at knapt 8 prosent hadde gjennomgått en eller flere kosmetiske operasjoner, og knapt 23 prosent av kvinnene sa at de kunne tenke seg å gjøre et slikt inngrep (von Soest mfl. 2004).

En undersøkelse som ble gjennomført i 2006 blant kvinner i alderen 18-35 år i Troms og Finnmark viste at 3 prosent hadde fått utført et kosmetisk kirurgisk inngrep, og nesten halvparten av kvinnene kunne være interessert i å ta kosmetisk kirurgi i fremtiden (Javo og Sørli 2009). I begge undersøkelsene ble kosmetisk kirurgi definert som operasjoner som er motivert ut fra et ønske om å forbedre utseendet.

Levekårsundersøkelsen i 2008 viser at 5 prosent av kvinner og menn mellom 18 og 65 år har gjort et kosmetisk inngrep (se tekstboks om datagrunnlag). Fram til nå har vi visst lite om hvor mange menn som tar kosmetiske operasjoner. Levekårsundersøkelsen viser at 3 prosent av menn i alderen 18-65 år har gjort et kosmetisk kirurgisk inngrep.





Menn oppgir i hovedsak inngrep i ansiktsregionen som fjerning av føflekker, vorter, kuler og lignende (se tabell 1). I tillegg sier en del at de har foretatt fettsuging, samt øyelokk- og nesekirurgi. Blant kvinner i samme alder oppga 7 prosent å ha hatt et kosmetisk kirurgisk inngrep. De vanligste inngrepene blant kvinner var brystkirurgi (forstørrelse/forminskning), fettsuging av mage, rumpe og lår, og øyelokksplastikk.

Rundt 10 prosent av dem som har gjort et kosmetisk kirurgisk inngrep, har fått utført mer enn ett inngrep, 8 prosent menn og 11 prosent kvinner. Kun svært få ble registrert med flere enn to inngrep. I Levekårsundersøkelsen 2008 ble det spurt etter kosmetiske operasjoner som de hadde betalt selv, mens det i de to andre nevnte undersøkelsene, fra 2003 og 2006, ikke ble satt som betingelse at operasjonen var egenfinansiert.

En av ti menn som kjøper plastiske operasjoner, gjør det i utlandet

Et spørsmål vi vet lite om er hvor vanlig det er å reise utenlands for å få utført kosmetiske inngrep. Det kan tenkes at folk kjøper operasjoner i land hvor slike inngrep er billigere, og legingsprosessen kan legges til ferier. Et oppslag på nrk.no 17. november 2009 viser at Asia er det raskest voksende markedet for helseturister generelt. Tyskland, Thailand og India er store, mens Japan, Singapore, Filippinene og Kina er voksende markeder (Hole 2008). Levekårsundersøkelsen 2008 viste at 6 prosent av inngrepene ble utført utenfor Norges grenser (17 av 286 inngrep). 11 prosent av menn og 3 prosent av kvinner som har fått utført et kosmetisk inngrep, sier at inngrepet ble gjort i utlandet.

Når vi ser nærmere på hvem som tar kosmetiske operasjoner, øker andelen som har fått utført inngrep, med økt alder blant kvinner, mens det ikke er noen statistisk sikker sammenheng mellom alder og inngrep blant menn (se figur 1).

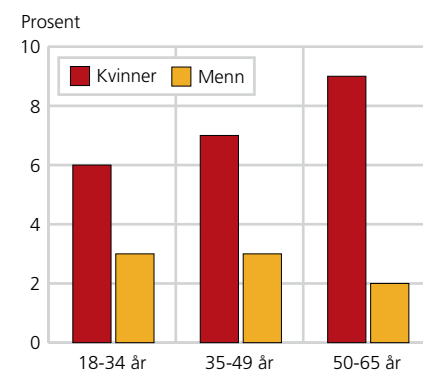
Kosmetisk kirurgiske inngrep blir som hovedregel ikke finansiert via folketrygden, men betales av pasienten selv (se tekstboks). Mange kosmetiske inngrep, som fettsuging, brystforstørrelser og bukplastikk, koster som regel fra 15-20 000 kroner og oppover. For mange er dette en betydelig utgift. Sett i sammenheng med den type inngrep kvinner og menn oppgir å ha gjort, er

Tabell 1. Kosmetiske inngrep, etter type. 2008. Menn og kvinner. Antall og prosent

	Antall	Prosent
Menn i alt	72	100
Fettsuging	14	19
Fjernet arr/kul/vorte	12	17
Øyelokkplastikk	7	10
Nesekirurgi	7	10
Øreoperasjon	5	7
Annet	27	36
Kvinner i alt	214	100
Øyelokkplastikk	37	17
Fettsuging	34	16
Brystforstørrelse	21	10
Brystreduksjon	22	10
Brystkirurgi, uspesifisert	17	8
Mage-/bukplastikk	17	8
Nesekirurgi	11	5
Fjernet arr/kul/vorte	8	4
Ansiktsløftning	5	2
Annet	42	20

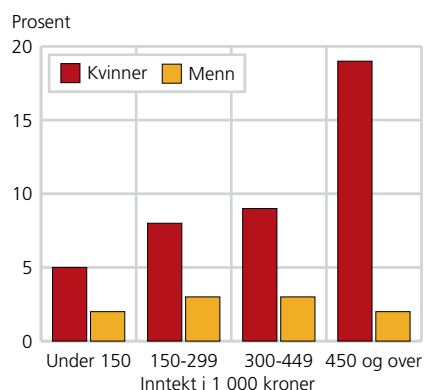
Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse 2008, Statistisk sentralbyrå.

Figur 1. Kvinner og menn som noen gang har fått utført kosmetiske inngrep som de har betalt for selv. Aldersgrupper. 18-65 år. 2008. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse 2008, Statistisk sentralbyrå.

Figur 2. Andel kvinner og menn som noen gang har fått utført kosmetiske inngrep som de har betalt for selv. 18-65 år. Inntekt etter skatt. 2008. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse 2008, Statistisk sentralbyrå.

det kvinner som kjøper de dyreste operasjonene. Ikke uventet øker andelen kvinner som har fått utført et kosmetisk kirurgisk inngrep, med økt inntekt. 19 prosent av kvinner med inntekt over 450 000 kroner etter skatt har gjort et kosmetisk inngrep, mens andelen kun er 5 prosent blant kvinner med inntekt under 150 000 kroner (se figur 2). Blant menn er det ikke noen sammenheng mellom inntekt og kosmetiske inngrep.

Marked i vekst – flere tilbydere på få år

Kosmetisk kirurgi har beveget seg fra å være en marginal virksomhet på femtitallet, til å bli et viktig medisinsk felt i dag (om forholdene i USA, se Sullivan 2001). Tall fra USA viser at det ble utført rundt 1,5 millioner kosmetiske inngrep som innebærer kirurgi i 2009. Antallet inngrep er gått ned med 20 prosent siden 2000. I samme periode har det vært nesten en fordobling av kosmetiske inngrep som ikke medfører kirurgi. Det ble gjennomført over 10 millioner såkalte kosmetiske light-behandlinger i 2009 (American Society of Plastic Surgeons 2010).

Også i Europa har kosmetisk kirurgi fått godt fotfeste, og bransjen har vokst betydelig i løpet av de siste 20 årene. En oppstilling i forbindelse med en undersøkelse fra Helsetilsynet viste at det var minst 49 private aktører som tilbød kosmetisk kirurgi på det norske markedet i 2003 (Helsetilsynet 2004). En liste generert etter en lignende metode som i Helsetilsynets rapport viser at det anslagsvis er 76 private sykehus eller klinikker som driver med kosmetisk kirurgi i Norge i 2011. Aktørene i dag er både klinikker som er eid av store kommersielle internasjonale selskap, og mindre klinikker og enmannsforetak med kosmetiske operasjoner som spesialitet.

Siden 2003 har antallet leger som har spesialisert seg innenfor plastisk kirurgi, økt fra 73 til 120 i 2009, noe som tilsvarer en økning på mer enn 60 prosent ([Helse- og sosialpersonell, SSB](#)). Dette utgjør imidlertid ikke hele bildet siden kosmetisk plastisk kirurgi også praktiseres av leger som ikke er spesialister i plastikkirurgi, men som har en annen spesialistkompetanse (Amland mfl. 2003).

Økt salg av Botox

Bruk av preparater for kosmetiske light-behandlinger kan antyde hvordan markedet for ikke-kirurgiske inngrep har utviklet seg over tid. Botox er et preparat som brukes blant annet for å glatte ut rynker i ansiktet. Salget av Botox har økt kraftig. Tall fra Apotekforeningen viser at det ble rekvirert over dobbelt så mange pakninger med Botox av leger ved private helseinstitusjoner eller privatpersoner i 2010 sammenlignet med 2006 (se tabell 2 – omfatter ikke salg fra sykehusapotek).

Sammenheng mellom psykisk helse og kosmetisk kirurgi

Innenfor internasjonal forskning har man vært opptatt av sammenhengen mellom psykisk helse og kosmetisk kirurgi. Det er spesielt to problemstillinger som har vært av interesse: Er det slik at personer som tar et kosmetisk inngrep har mer psykiske helseproblemer enn folk flest, og er det slik at kosmetisk kirurgi har en positiv effekt på den psykiske helsen? Til nå har man ikke funnet noen klare svar på disse spørsmålene. Det er også blitt pekt på metodiske begrensninger i studier som har sett på dette (Cook mfl. 2006).

Forskningen er imidlertid entydig når det gjelder kvinner med brystimplan-tater. Denne gruppen har en forhøyet risiko for selvmord (Sarwer mfl. 2007).

Tabell 2. Antall pakninger av Botox solgt fra apotek til privatkunder eller rekvirert av leger ved private sykehus/klinikker. 2006, 2008 og 2010

	2006	2008	2010
I alt	3 000	3 863	6 248
Omsetning etter hvit resept ¹	753	983	1 457
Omsetning etter rekvisjon ²	2 234	2 862	4 750

¹ Med omsetning etter hvit resept menes normalresept som betales av apotekkunden.

² Med omsetning etter rekvisjon menes lege som rekvirerer til bruk i egen praksis, til bruk på en helseklinikk, eller lignende.

Kilde: Apotekforeningen, 2011.

Det er imidlertid uklart om dette skyldes at de allerede før operasjonen hadde mer psykiske vansker, eller om økt forekomst av selvmord på en eller annen måte hadde sammenheng med inngrepet.

Levekårsundersøkelsen viser at en høyere andel kvinner som har fått utført en kosmetisk operasjon, sier at de har følt seg nedstemt eller deprimert de siste tre månedene før intervjuet (se tabell 3). Siden spørsmålet om psykisk helse er stilt etter at de har fått utført kosmetisk kirurgi, vet vi ikke om den psykiske tilstanden er en effekt av inngrepet, eller om de som har gjort et inngrep, var forskjellig fra andre allerede før inngrepet.



Også når det gjelder egenvurdert fysisk helse sliter kvinner som har fått utført kosmetiske inngrep mer. Det er dobbelt så høy andel som vurderer egen helse som dårlig i denne gruppen, sammenlignet med kvinner generelt. Det ser også ut til at de som har gjort et inngrep, er en mer sårbar gruppe. Andelen kvinner som føler seg diskriminert eller forskjellsbehandlet av ulike årsaker, er høyere i denne gruppen.

Tabell 3. **Egenvurdert helse blant menn og kvinner. Aldersgruppe 18-65 år. 2008. Prosent**

	Alle menn	Menn som har fått utført kosmetiske inngrep	Alle kvinner	Kvinner som har fått utført kosmetiske inngrep
Dårlig egenvurdert helse	5	1	6	12
Følt seg nedstemt / deprimert siste 3 md.	8	6	12	18
Følt seg diskriminert / forskjellsbehandlet	5	1	10	15
Antall	2 571	67	2 625	189

Kilde: Lavekårsundersøkelsen om helse 2008, Statistisk sentralbyrå.

For menn er det et omvendt mønster. Menn som har tatt kosmetisk kirurgi, rapporterer i mindre grad depressivt stemningsleie, sier at de har bedre helse, og føler seg i mindre grad diskriminert enn menn generelt. Dataene viser med dette klare kjønnsforskjeller: Mens menn som har tatt et kosmetisk inngrep, ser ut til å være en helsemessig ressurssterk gruppe, er kosmetisk kirurgi blant kvinner forbundet med høy inntekt, men dårligere fysisk og psykisk helse.

Alvorlige ettervirkninger etter inngrepet

Alle kirurgiske inngrep, også kosmetiske operasjoner, medfører risiko. Kirurgi medfører som regel smerter, hovenhet, bloduttredelser med videre, men operasjoner kan også avstedkomme alvorlige og mer varige plager, så som infeksjoner eller smerter over tid. 6 prosent av dem som hadde fått utført et kosmetisk inngrep, 2 prosent menn og 7 prosent kvinner i alderen 18-65 år, sa at de har opplevd alvorlige ettervirkninger etter inngrepet ([Levekårsundersøkelsen 2008](#)). Det dreier seg om ettervirkninger i form av smerter eller store ubehag. De fleste av disse tilfellene er knyttet til brystkirurgi eller fjerning av overflødig hud.

I 2009 ble det åpnet opp for at pasienter som hadde fått utført plastiske operasjoner ved private klinikker, kunne søke om erstatning gjennom pasi-

Referanser

American Society of Plastic Surgeons (2010): *2010 report of the 2009 statistics National Clearinghouse of plastic surgery statistics*, Arlington Heights, IL: American Society of Plastic Surgeons.

Amland, Petter F.; Kjell Andenæs; Marius Barstad; Gorm Bretteville; Einar Gjessing; Helge E. Roald; Frode Samdal; Knut Skolleborg; Kjell Aass (2003): Plastikkirurger og yrkesetikk, *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2003; 123:3086-7.

Cook, Sharon A.; Robert Rosser; Peter Salmon (2006): Is cosmetic surgery an effective psychotherapeutic intervention? A systematic review of the evidence, *Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*, 59, 1133-1151.

Førde, Reidun; Anne Kjersti Befring (2001): Sterkere regulering av legers markedsføring, *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 2001, 121:2746-7.

Helse- og sosialpersonell – registerbasert, Statistisk sentralbyrå. <http://www.ssb.no/hesospers/>

Helsetilsynet (2004): *Kosmetisk kirurgiske inngrep i Norge*, Rapport 8/2004.

Hole, Silje Aspholm (2008): Hva er en reise til Beijing når livet står på spill?, *Arbeidsgiverforeningen Spekter* nr. 1, 2008.

Javo, Iná M.; Tore Sørli (2009): Psychosocial predictors of an interest in cosmetic surgery among young Norwegian women: a population-based study, *Plastic and Reconstructive Surgery*, 124, 2142-2148.

Norsk plastikkirurgisk forening, Den norske legeforening. <http://www.legeforeningen.no/id/5456.0>

Sarwer, David B., Gregory K. Brown; Dwight L. Evans (2007): Cosmetic breast augmentation and suicide, *American Journal of Psychiatry*, 164, 1006-1013.

Sullivan, Deborah A. (2001): *Cosmetic surgery: cutting edge of commercial medicine in America*, New Jersey: Rutgers University Press, 2001.

von Soest, Tilmann; Ingela L. Kvalem; Helge E. Roald; Knut C. Skolleborg (2005): Kosmetisk kirurgi – ut av kontroll? *Dagbladet*, 22. mai, 2005.

von Soest, Tilmann; Ingela L. Kvalem; Helge E. Roald; Knut C. Skolleborg (2004): Kosmetisk kirurgi blant norske kvinner, *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 2004; 124:1776-8.

von Soest, Tilmann; Ingela L. Kvalem; Helge E. Roald; Knut C. Skolleborg (2010): *Løse tilstander*, VG, 27. mars 2010.

Wilhelmsen, Marit (2009): *Samordnet levekårsundersøkelse. Tverrsnitt. 2008*, Dokumentasjonsrapport, Statistisk sentralbyrå. http://www.ssb.no/emner/00/90/notat_200940/notat_200940.pdf

entskadeordningen. Antallet klager til Norsk pasientskadeerstatning (NPE) er lavt, sett i forhold til det antatte omfanget av kosmetiske inngrep. Mens 20 klager vedrørende kosmetiske kirurgiske inngrep ble behandlet av NPE i 2009, doblet klageantallet seg til 41 i 2010 (NPE, pers. med. Willumstad Thomsen).

Ifølge NPE forklarer økende kjennskap til ordningen med pasientskadeerstatning mye av veksten i antallet klagesaker. Dette gir imidlertid et mangelfullt bilde av hvor mange pasienter som opplever alvorlige bivirkninger av kosmetiske inngrep. I de aller fleste tilfellene blir sannsynligvis pasient og klinikk enige uten at saken blir klaget inn for offentlige myndigheter ved Pasientombudet eller Helsetilsynet.

En virksomhet vi vet lite om

Kosmetisk kirurgi er et marked som har vokst mye de siste tiårene, og vi vet lite om virksomheten. Denne aktiviteten er begrenset sett i forhold til den offentlig finansierte virksomheten, men det er likevel om lag 5 prosent av befolkningen 18-65 år som har kjøpt kosmetiske operasjoner. Det har fra flere hold blitt pekt på mangelen på kunnskap, både om omfanget og om typen kosmetiske inngrep som gjøres. I tillegg til å utnytte eksisterende kilder til data om plastisk kirurgi vil opplysninger om privat betalende pasienter kunne gi en komplett statistikk over aktiviteten i spesialisthelsetjenesten. En slik statistikk vil gi en pålitelig registrering av omfanget av kosmetisk kirurgi og medvirke til større kontroll og kvalitetssikring av virksomheten (von Soest mfl. 2005).



Vekst i antall leger

Fra 1990 til 2009 har helsetjenesten blitt tilført omtrent 7 400 flere legeårsverk. Antall legeårsverk ved sykehusene har økt mest, med om lag 4 700 årsverk. Tilsvarende har veksten i årsverk for kommunehelsetjenesten og psykisk helsevern vært henholdsvis 1 400 og 800. Det er blitt flere leger fordi utdanningskapasiteten ved medisinerstudiet er forboblet de siste 20 årene. Samtidig studerer mange norske medisiner i utlandet, og vi har fått flere utenlandske leger til Norge.

Helsesektoren omtales ofte i media som en sektor i krise på grunn av manglende ressurser. Nedleggelse av sykehus og sykehusavdelinger er hyppig referert. En kan noen ganger lure på om denne sektoren bygges opp eller ned. Tall fra Statistisk sentralbyrå kan vise til en betydelig vekst når det gjelder legeårsverk (se tekstboks om datagrunnlag og tabell 1).

Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten har til sammen blitt tilført nesten 400 nye årsverk i snitt hvert år siden 1990 (se tekstboks om definisjon av årsverk). Av disse har om lag 250 av årsverkene gått til somatiske sykehus, knapt 80 årsverk til kommunehelsetjenesten og vel 50 årsverk til institusjoner innenfor psykisk helsevern. De resterende har gått til private spesialister med driftsavtale med et helseforetak eller andre somatiske institusjoner.

Definisjon av årsverk

Årsverk i kommunehelsetjenesten er avtalte årsverk eksklusive ansatte som har permisjon eller sykefravær i mer enn fire måneder.

For spesialisthelsetjenesten er årsverk fra 2008 definert som avtalte årsverk eksklusive permisjoner og legemeldt sykefravær. Dette er et brudd fra tidligere da opplysninger ble innhentet via skjema. Definisjonen på årsverk var da avtalte årsverk eksklusive svangerskapspermisjoner. Årsverk for vikarer i forbindelse med sykdom ble ikke telt med. For legespesialister med driftsavtale er definisjonen av årsverk kun avtalte årsverk.

Helsetjenestens inndeling i kommunehelsetjeneste (primærhelsetjeneste) og spesialisthelsetjeneste

Kommunehelsetjenesten er allmennlegens faglige ansvarsområde og omfatter ordinær legepraksis i kommunehelsetjenesten, helsestasjoner og skolehelsetjenesten, pleie- og omsorgstjenesten og annet (miljørettet helsevern, annet forebyggende arbeid, administrasjon). Kommunene har ansvar for å tilby disse tjenestene.

Spesialisthelsetjenesten omfatter somatiske sykehus, andre somatiske institusjoner (rehabilitering og opptreningsinstitusjoner), institusjoner innenfor psykisk helsevern, privatpraktiserende legespesialister med og uten driftsavtale og ambulansetjenester. Tjenesten ledes faglig av lege som i tillegg til medisinsk embetseksamen også har spesialistutdanning.

Staten har ansvar for å tilby spesialisthelsetjenester. Spesialisthelsetjenesten er organisert i fire regionale helseforetak som igjen er organisert i helseforetak.

Fra 2004 ble spesialisert rusbehandling inkludert i spesialisthelsetjenesten. På grunn av kort tidsserie er ambulansetjenesten og rusbehandling ikke inkludert i tabell 1, men er inkludert i tall som gjelder alle sysselsatte leger (tabell 2 og tabell 3).

I tillegg til kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har vi bedriftshelsetjeneste og frittstående laboratorievirksomhet.

Anne Mundal

Datagrunnlag

Vi bruker i hovedsak Statistisk sentralbyrås statistikk for spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Tall for spesialisthelsetjenesten er fra 2008, og er basert på register for Helse- og sosialpersonell. Dette registeret er igjen basert på flere offentlige registre <http://www.ssb.no/hesospers/>.

Overgangen til registerstatistikk har gjort det vanskeligere å skille ut leger som jobber innen psykisk helsevern. Det betyr at leger som skulle vært med under psykisk helsevern kan komme med under somatiske sykehus.

Statistikk for kommunehelsetjenesten er fra 2008, og er basert på opplysninger fra kommunene.

Andre kilder fra SSB er utdanningsstatistikk, eksamener ved universiteter og høyskoler samt historisk statistikk.

Det er også benyttet andre kilder som det blir referert til i artikkelen.



Anne Mundal er sosialøkonom og rådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk. (anne.mundal@ssb.no)



Tabell 1. Antall årsverk for leger i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. 1990-2009

	1990	1995	2000	2005	2007	2009
I alt	8 898	10 200	12 813	14 644	15 395	16 335
Leger i spesialisthelsetjenesten i alt	5 680	6 700	9 004	10 425	10 999	11 698
Somatiske sykehus ¹	4 576	5 402	7 073	8 199	8 640	9 290
Andre somatiske institusjoner	21	79	74	84	89	71
Privatpraktiserende legespesialister ²	285	277	546	558	561	572
Institusjoner innenfor psykisk helsevern	742	886	1 141	1 411	1 532	1 581
Privatpraktiserende legespesialister, psykiatri ²	56	56	170	173	177	184
Leger i kommunehelsetjenesten i alt	3 218	3 500	3 809	4 219	4 396	4 637
Ordinær legepraksis i kommunehelsetjenesten		2 816	3 102	3 502	3 645	3 817
Pleie- og omsorgstjenesten	..	201	230	275	320	383
Helsestasjoner og skolehelsetjenesten	..	213	228	214	207	210
Annen kommunalt lønnet virksomhet	..	271	250	230	224	226

¹ Private sykehus som ikke inngår i en offentlig helseplan, er inkludert fra 1995.

² Omfatter private spesialister som har driftsavtale med et helseforetak. Fra 1998 ble finansieringen av privatpraktiserende spesialister endret, slik at flere inngikk avtale om driftstilskudd fra fylkeskommunene og dermed kom med i statistikkgrunnlaget.

Kilde: Kommunehelsetjenesten, og Spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

Denne store økningen i antall leger gjør at blir det stadig færre innbyggere å betjene for hver lege, selv om folketallet også har økt. I 1981 var det om lag 456 innbyggere per lege, mens antallet var sunket til 383 i 1991 og har ytterligere gått ned til 213 i 2009 (se tabell 2). Utviklingen er noe større enn tallene viser, i og med at man før 1991 også inkluderte pensjonerte leger i statistikkgrunnlaget.

Det at antall leger har økt, førte til at Norge i 2008 hadde høyest legedekning per innbygger av de nordiske landene, og er blant OECD-land med høyest legedekning.

Legens nøkkelrolle

Den sterke veksten i antall leger skyldes at det er stor etterspørsel etter denne profesjonens tjenester.

Profesjon kommer av det latinske ordet professio, bekjennelse eller erklæring. Legene bekjenner seg til verdien helse. God helse er svært viktig for folk, og den medisinske-tekniske utviklingen skaper stadig nye helsetilbud (Berg 1979).

Kostnadene for den enkelte pasient ved bruk av helsetjenester i Norge er lave fordi utgiftene til helsetjenester i hovedsak blir betalt kollektivt i form av skatter og avgifter, og en mindre del betales av pasienten selv i form av egenandeler.

Legene har fremdeles en nøkkelrolle innenfor helsetjenesten, selv om det har kommet til en rekke andre yrkesgrupper som arbeider med helsetjenester, som sykepleiere, hjelpepleiere, fysioterapeuter, radiografer, fysiokjemikere, ergoterapeuter og så videre. I sykehusene er det legene som har hovedansvaret for pasienten og beslutter hvilken behandling som skal gis.

Legenes nøkkelrolle skyldes at de i stor grad bygger sin kunnskap på

egen empirisk forskning, selv om utviklingen i det medisinske faget er nært knyttet til den tekniske utviklingen og til ingeniørene. De andre yrkesgruppene innenfor helsetjenesten må i høy grad fungere på faglige premisser som kommer fra legene (Berg 1979).

Hvor jobber legene?

I alt var det 22 489 sysselsatte leger i Norge ved utgangen av 2009 (se tabell 3). Legene har høy yrkesdeltagelse, så dette utgjorde 21 616 avtalte årsverk fratrasket permisjoner. I underkant av 5 prosent av legene var 67 år eller eldre.

De aller fleste legeårsverkene var knyttet til arbeid med å tilby helsetjenester, 86 prosent. Litt under 5 prosent av årsverkene var knyttet til undervisning, om lag 4 prosent til annen tjenesteyting som aktiviteter i medlemsorganisasjoner, herunder arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner og så videre.

En rekke leger arbeider innenfor forskning, men det er vanskelig på en god måte å få skilt ut antall årsverk som er knyttet kun til forskning, fordi mange leger har kombinerte stillinger hvor både forskning og behandling av pasienter inngår.

Større utdanningskapasitet for leger

Økningen i antall leger de senere årene har vært mulig på grunn av utvidet utdanningskapasitet av medisiner ved norske universiteter, at flere nordmenn studerer medisin ved utenlandske universiteter, og at mange utenlandske leger har kommet til Norge.

Av bekymring for at det skulle bli for mange leger og dermed ledighet blant legene, gikk antall studieplasser for leger ned på midten av 1980-tallet, og det samme gjaldt antallet norske studenter i utlandet. Det ble antatt at det i årene som kom ikke ville være økonomisk grunnlag til å lønne det antallet leger som ble utdannet (Willumsen mfl. 1982). Den økonomiske veksten ble imidlertid bedre enn først antatt, og vi fikk i stedet mangel på leger.

Tabell 2. **Antall leger og antall innbyggere per lege. 1900-2009¹**

År	Antall leger	Antall innbyggere per lege
1900	890	2 519
1910	1 188	2 012
1920	1 346	1 969
1930	1 770	1 591
1940	2 357	1 265
1950	3 330	985
1960	4 066	884
1970	5 665	686
1981	8 981	456
1991	11 089	383
2000	15 451	290
2005	19 197	240
2008	21 471	221
2009	22 489	213

¹ Fra 1900-1981 omfatter statistikken både yrkesaktive og ikke yrkesaktive leger. For 1991 gjelder tallet kun yrkesaktive medlemmer av Legeforeningen til og med 69 år. Fra 2000 gjelder tallene alle sysselsatte leger.

Kilde: Historisk statistikk, og Helse- og sosialpersonell, Statistisk sentralbyrå, Den norske legeforening.

Tabell 3. **Antall sysselsatte leger, antall årsverk eksklusive permisjoner og prosentandel av avtalte årsverk eksklusive permisjoner, etter næring. 2009. Antall og prosent**

	Antall sysselsatte leger	Avtalte årsverk ekskl. permisjoner	Prosentandel av avtalte årsverk ekskl. permisjoner
I alt	22 489	21 616	100,0
1 Helse	19 521	18 605	86,1
3 Sosiale tjenester ¹	85	73	0,3
4 Offentlig administrasjon	652	622	2,9
5 Undervisning	939	1 021	4,7
6 Utleie av arbeidskraft	65	56	0,3
7 Tjenesteyting ellers	849	770	3,6
8 Primær- og sekundærtjenester	230	230	1,1
9 Annet	148	234	1,1

¹ I sosiale tjenester inngår barnehager, barnepark, skolefritidsordninger, fritidsklubber for barn og ungdom, arbeidstrening for ordinært arbeidsmarked, sosiale velferdsorganisasjoner og varig vernet arbeid.

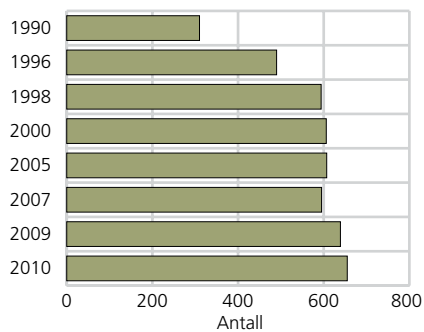
Kilde: Helse- og sosialpersonell, Statistisk sentralbyrå.

Regulering av legestillinger

Mangelen på leger var særlig merkbar på 1990-tallet. Kommunene og fylkeskommunene etterspurte flere leger enn tilbudet, og antall ubesatte stillinger økte, særlig i distriktene.

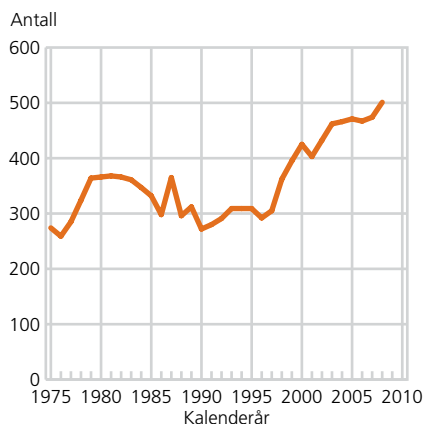
Helsemyndighetene har prøvd å styre utviklingen av nye legestillinger gjennom lover og avtaler. Nye legestillinger i helsevesenet er i prinsippet styrt av sentrale helsemyndigheter som setter årlige rammer for hvor mange stillinger som kan opprettes i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Figur 1. **Opptak til medisinerstudiet ved norske universiteter. 1990-2010. Antall**



Kilde: Kirke-, undervisnings- og forskningsdepartementet og Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD).

Figur 2. **Kandidater som har fullført medisinerstudiet ved norske universitet, etter kalenderår. 1975-2008. Antall**



Kilde: Eksamen ved universiteter og høyskoler, Statistisk sentralbyrå.

I løpet av 1990-tallet ble studiekapasiteten for leger derfor økt betydelig. I 1990 var det 310 studieplasser for medisinerstudenter ved norske universiteter, mens antallet var økt til nær 600 i 1998. Studentopptaket holdt seg på dette nivået fram til 2009, da vi igjen fikk en mindre økning i opptaket (se figur 1).

Resultater av økt utdanningskapasitet for leger i Norge ser en først mot slutten av 1990-tallet. Dette er fordi medisinerstudiet er et seksårig studium, og det tar tid før økt utdanningskapasitet resulterer i ferdig utdannede kandidater. I perioden 1990-1998 var antall ferdig utdannede medisinerstudenter om lag 300. Antallet var økt til omkring 360 i 1998, og veksten har fortsatt fram til om lag 500 kandidater i 2008 (se figur 2).

Antall norske medisinerstudenter som studerer i utlandet, har også økt. I skoleåret 1994/1995 hadde totalt 579 studenter støtte fra Statens lånekasse for utdanning for å studere medisin i utlandet. Dette antallet var økt til 1 185 i skoleåret 1997/1998 og ytterligere til 2 750 i 2010/2011. Nå er medisinerstudiet seksårig i land som Lånekassen gir støtte til, så dette betyr om lag 460 studenter per skoleår.

Både kvinnelige og mannlige medisinerere har høy yrkesdeltagelse, ved at de fleste deltar i arbeidslivet (94 prosent) og har høy stillingsprosent. Det har også kommet flere utenlandske leger til Norge. I 2009 var 3 639 leger med utenlandsk statsborgerskap sysselsatt i Norge. Det utgjør 16 prosent av totalt antall sysselsatte leger.

Færrest ledige legestillinger i kommunehelsetjenesten

Helsetjenesten er som før nevnt organisert i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Å tilby primærhelsetjenester er lagt inn under kommunenes ansvarsområde, og allmennlegen har det faglige ansvaret.

Allmennlegen er som regel pasientens første kontakt. Han diagnostiserer, behandler, rehabiliterer og driver forebyggende helsearbeid. Hoveddelen av pasientene mottar all behandling hos allmennlegen, om lag 90 prosent (Norges forskningsråd 2006). Allmennlegen er også «portvakt» til resten av helsetjenesten. Han skal ha bred og generell kunnskap om medisinske tilbud i hele helsetjenesten og kunne sortere ut pasienter som kan ha nytte av å bli henvist til medisinsk spesialist, fysioterapeut, kiropraktor, psykolog og så videre.

Veksten i legeårsverk i kommunene siden 1990 har særlig bedret bemannings-situasjonen i primærhelsetjenesten. I 1999 ble det rapportert 222 ubesatte legeårsverk (kommunehelsetjenesten) Etter innføringen av fastlegeordningen (se tekstboks) ble ubesatte stillinger beregnet på bakgrunn av ledige lister. I 2008 var det 85 ledige lister for fastleger beregnet til 32 årsverk (NAV). Samtidig var flere lister åpne for ny pasienter. Ledige lister er beregnet til å utgjøre 228,5 årsverk.

Fastlegeordningen

En fastlege skal normalt ikke ha flere enn 2 500 pasienter på sin liste. På den måten sikrer en seg at legen har tid til å ivareta pasientene. Det er anslått at et fullt kurativt årsverk kan behandle om lag 1 500 pasienter. Dersom legen utfører annet kommunalt arbeid, kan legen kreve å få avkortet listen.

I 2009 var i alt 4 637 legeårsverk knyttet til kommunehelsetjenesten. De fleste av disse årsverkene var knyttet til ordinær legepraksis i kommunene (82 prosent). Resten var fordelt på pleie- og omsorgstjenesten (383 årsverk), arbeid ved helsestasjoner og skolehelsetjenesten (210 årsverk) og annen kommunal virksomhet som miljørettet helsevern, administrasjon og annet forebyggende helsearbeid (226 årsverk).



Regulering av allmennlegepraksis

Før 1992 kunne leger fritt etablere praksis som allmennlege selv om de ikke hadde avtale med kommunene om driftstilskudd. Legepraksisen ble finansiert ved refusjon fra Rikstrygdeverket og pasientbetaling.

På grunn av overetablering i folkerike kommuner og mangel på leger i distriktene ble denne ordningen endret fra oktober 1992. Den som etablerte seg i privat legepraksis etter dette tidspunktet, uten driftsavtale med kommunen, ville ikke få rett til trygderefusjon. Vedtaket kan i noen grad sees på som et forsøk på å begrense veksten i helt privat legevirksomhet.

Innføring av fastlegeordningen

I forbindelse med innføringen av fastlegeordningen i 2001 fikk kommunehelsetjenesten et løft og ble tilført rundt 300 nye legeårsverk i løpet av årene 2001 og 2002.

Med fastlegeordningen skulle forholdet mellom lege og pasient være fast, knyttet sammen i et kontraktfestet forhold. Hver innbygger ble knyttet til en lege, og legen fikk en fast liste med pasienter å betjene. Fastlegeordningens intensjon er å bidra til forpliktelse og kontinuitet og bedre tilgjengelighet til legen (Berg 2005).

Pasienten fikk reduserte valgmuligheter og kan kun skifte lege to ganger i året, noe som reduserer mulighetene for «doktorshopping». Samtidig er det vanskeligere for pasienter å få tilgang til en lege som har full liste. Fastlegen skal prioritere sine egne pasienter, og «fremmede» vil oftere bli avvist.

Allmennlegene – ofte selvstendig næringsdrivende

Allmennlegens tilknytning til kommunene varierer. I 2009 var de fleste fastlegene selvstendig næringsdrivende med driftsavtale (74 prosent). Resten var fastlønnet (14 prosent) og midlertidig ansatte som turnuskandidater (9 prosent), og 3 prosent av allmennlegene var selvstendig næringsdrivende uten tilknytning til en kommune (se tabell 4).

Til sammenligning var 51 prosent av legene i kommunehelsetjenesten selvstendig næringsdrivende med driftsavtale og 38 prosent fastlønnet i 1990. Utviklingen viser at ordningen med fast engasjerte leger etter hvert forvitrer. Kommunene inngår i stedet kontrakter med selvstendig næringsdrivende leger.

Tabell 4. Tilknytningsform for allmennlegene i kommunene. 1986-2009¹. Prosentandeler

	Leger med fast lønn	Private leger med driftsavtale	Helt private leger	Turnuskandidater
1986	35	53	4	7
1990	38	51	5	6
1995	29	58	6	6
2000	18	68	7	7
2005	13	76	2	9
2009	14	74	3	9

¹ Fra 2002 er også leger ved sykehjem inkludert i statistikken.

Kilde: Kommunehelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

Tabell 5. Antall sysselsatte lege-spesialister¹. 2009

I alt	9 444
Anestesiologi	773
Arbeidsmedisin	219
Barne- og ungdomspsykiatri	215
Barnesykdommer	511
Fysikalsk medisin og rehabilitering	139
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	593
Generell kirurgi	229
Barnekirurgi	16
Gastroenterologisk kirurgi	212
Karkirurgi	90
Thoraxkirurgi	57
Urologi	143
Bryst- og endokrinkirurgi	19
Hud- og veneriske sykdommer	150
Immunologi og transfusjonsmedisin	46
Indremedisin	365
Blodsykdommer	72
Endokrinologi	75
Fordøyelsessykdommer	185
Geriatrici	98
Hjertesykdommer	324
Infeksjonssykdommer	91
Lungesykdommer	163
Nyresykdommer	106
Kjevekirurgi og munnhulesykdommer	15
Klinisk farmakologi	39
Klinisk nevrofysiologi	30
Medisinsk biokjemi	56
Medisinsk genetikk	34
Medisinsk mikrobiologi	90
Nevrokirurgi	63
Nevrologi	282
Nukleærmedisin	48
Onkologi	169
Ortopedisk kirurgi	461
Patologi	194
Plastikkirurgi	86
Psykiatri	1198
Radiologi	586
Revmatologi	122
Samfunnsmedisin	394
Øre-nese-halssykdommer	305
Øyesykdommer	379
Utgåtte spesialiteter	2

¹ En lege kan ha flere spesialiteter. Her er den nyeste spesialistutdanningen tatt med. Allmennmedisinere er ikke inkludert fordi de anses som generalister og ikke spesialister.

Kilde: Register for helse- og sosialpersonell, Statistisk sentralbyrå.

Spesialisthelsetjenesten i vekst

Medisinske spesialister har det faglige ansvaret for spesialisthelsetjenesten, mens allmennlegen har ansvaret for primærhelsetjenesten (kommunehelsetjenesten). For å bli spesialist kreves det i tillegg til medisinsk embetseksamen også spesialistutdanning.

Antall sysselsatte legespesialister har økt fra 6 858 i 2000 til 9 444 i 2009 (se tabell 5), en økning på nesten 38 prosent. I 2009 var 42 prosent av legene spesialister. Om lag 65 prosent av spesialistene var knyttet til institusjoner innenfor spesialisthelsetjenesten, somatiske sykehus, rehabiliterings- og opp-
trening sinstitusjoner og institusjoner innenfor psykisk helsevern. Nesten 16 prosent av spesialistene var personlig næringsdrivende eller i private foretak. Resten av spesialistene var knyttet til offentlig administrasjon og undervisning (7 prosent), fastleger i kommunene (3 prosent), annen helsetjeneste (4 prosent) og annet (5 prosent).

Den sterke økningen i antall spesialister har ført til færre ledige legestillinger i spesialisthelsetjenesten. Ved utgangen av 1999 var det 361 helt ledige stillinger i spesialisthelsetjenesten (NR). I januar 2010 oppgav de regionale helseforetakene 87 ledige stillinger til Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling (NR). Definisjonen av ledige stillinger er stillinger som har vært helt ledige i minst seks måneder. De fleste ledige legestillingene er innenfor psykiatri (50 prosent). I somatikk er det få ledige stillinger innenfor hver spesialitet, unntaket er radiologi med åtte ubesatte stillinger.

Det medisinske faget er spesialisert

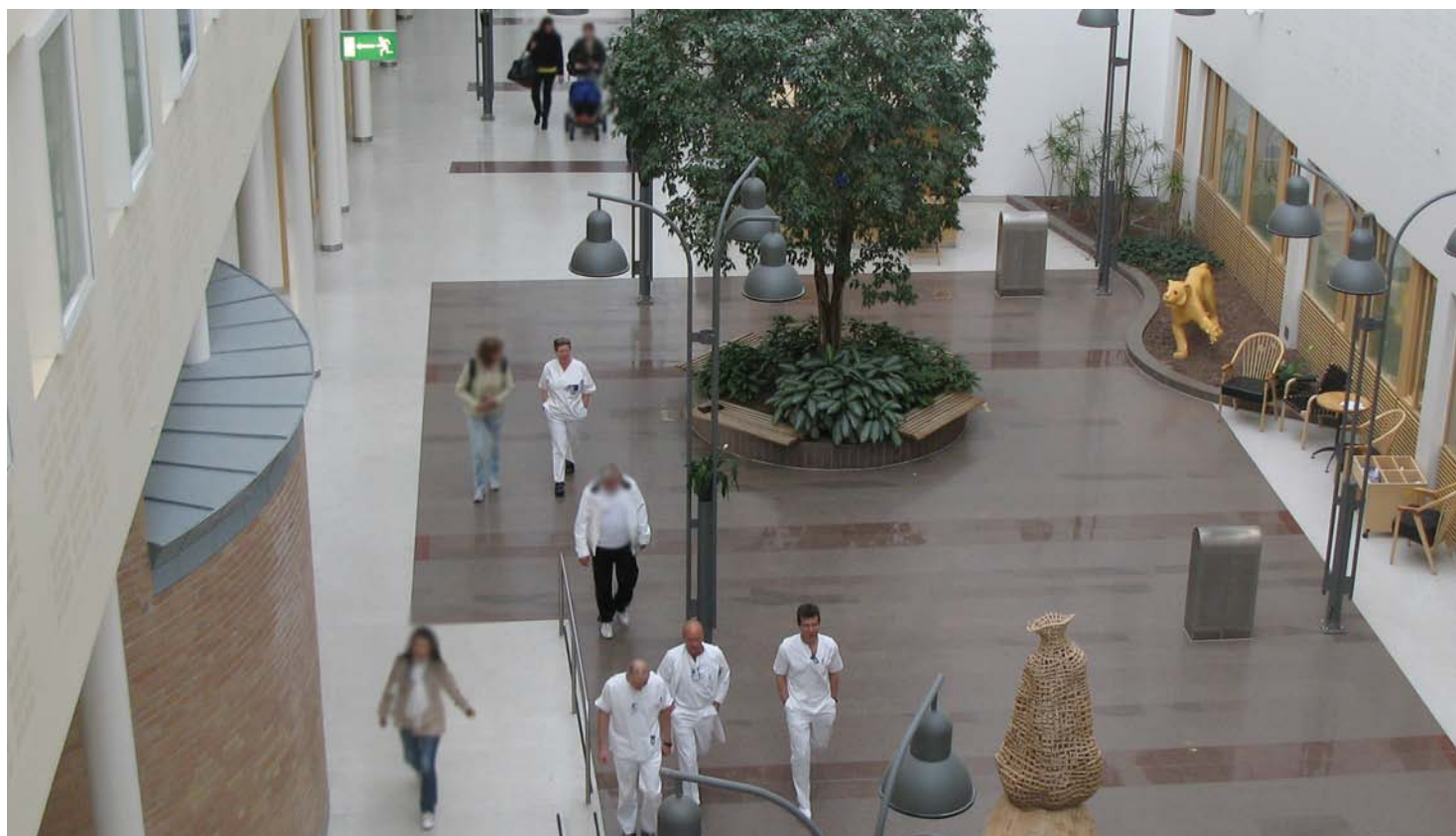
Vi har her til lands 44 spesialistutdanninger fordelt på hovedspesialiteter (30) og grenspesialiteter (14) (se tekstboks). En medisinsk spesialistutdanning er knyttet til en avgrenset del av det medisinske fagområdet. Oppsplittingen av det medisinske faget følger av den store kunnskapsutviklingen som har vært innenfor dette faget. Det er i tillegg også mer uformell spesialisering i form subspesialisering og etablering av kompetanseområder hvor det ikke kreves formell utdanning (Den norske legeforening).

De fleste spesialistutdanningene er rettet mot et avgrenset område innenfor somatisk spesialisthelsetjeneste. Til arbeid i psykisk helsevern er det to spesialistutdanninger, psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri. Det er også opprettet spesialistutdanning for allmennmedisinere. En spesialist i allmennmedisin er ikke spesialist i vanlig forstand, ved at en fordyper seg i en avgrenset del av de medisinske fagene, men kan sees på som en høyt kvalifisert generalist. Denne spesialistutdanningen er heller ikke godkjent i EU. Allmennmedisineren vil fremdeles være pasientens første kontakt, og vil eventuelt henvise pasienten videre til spesialisthelsetjenesten.

Helsereformer i spesialisthelsetjenesten

Et problem med spesialisthelsetjenesten har vært for lav behandlingskapasitet i forhold til etterspørselen. Dette har ført til køer av pasienter som må vente til dels lenge for å få behandling. I tillegg til å tilføre helsepersonell har helsemyndighetene også gjennomført flere reformer for å øke antall behandlinger som utføres.

Reformene går blant annet i retning av å innføre mer markedsliknende forhold i sektoren. Med innføringen av innsatsstyrt finansiering (ISF) i 1997



ble finansieringen av sykehusene endret fra hovedsakelig ramme-finansiering (fast beløp) til en kombinasjon av stykkpris- og ramme-finansiering. De økonomiske virkemidlene som her benyttes, er å knytte finansieringen til antall behandlinger som utføres. Dette skal gi incentiver til økt behandling.

I 2001 ble «retten til fritt sykehusvalg» innført. Pasientene kan velge sykehus med ledig behandlingsskapasitet og slippe unødig ventetid, samtidig blir ledig behandlingsskapasitet bedre utnyttet.

For å få bedre styring av somatiske sykehus og institusjoner innenfor psykisk helsevern ble det i 2002 gjennomført organisatoriske endringer. Driftsansvaret for spesialisthelsetjenesten ble overført fra fylkekommunen til staten i 2002. Spesialisthelsetjenesten ble så organisert i helseforetak med profesjonell ledelse.

27. april 2010 ble samhandlingsreformen vedtatt med den hensikt å gi bedre arbeidsfordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, kommunene får medfinansieringsansvar for spesialisthelsetjenesten. Reformen skal også styrke det forebyggende helsearbeidet. Det skal satses mer på kommunal helsetjeneste og bedre samarbeid mellom kommunene.

Spesialister

En medisinsk spesialitet er en avgrenset del av det medisinske fagområdet. Avgrensningen

er gjort fordi det ansees nødvendig for å oppnå en tilstrekkelig forebygging, diagnostikk og behandling av en gitt sykdomsgruppe. Spesialistutdanningen tar sju–åtte år for hovedspesialitet og ytterligere to år for grenspesialitet (Den norske legeforening).

For hovedspesialiteter er en vesentlig del av utdanningen er uavhengig av andre spesialiteter.

Når det gjelder grenspesialiteter er en vesentlig del av utdanningen avhengig av utdanning i en hovedspesialitet (Den norske legeforening).

De fleste spesialistutdanningene er rettet mot et avgrenset område innenfor somatisk spesialisthelsetjeneste. Til arbeid i psykisk helsevern er det to spesialistutdanninger, psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri. Spesialitetene samfunnsmedisin og arbeidsmedisin er mer rettet mot grupper av pasienter.

Blir det ledighet blant legene?

Med den sterke veksten i antall leger som vi har hatt de siste årene og færre ledige stillinger i både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, kan en lure på om vi vil komme til å oppleve en tid med ledighet blant legene.

Statistisk sentralbyrå har arbeidet med framskrivninger av tilbud og etterspørsel etter helse- og sosialpersonell fram mot 2030 ([Texmoen og Stølen 2009](#)). I dette arbeidet har de benyttet modellen (HELSEMOD) hvor det presenteres flere alternativer for hvordan utviklingen på arbeidsmarkedet vil bli. Framskrivningen som det legges mest vekt på i rapporten når det gjelder leger, det såkalte «referansealternativet», vil gi noe overskudd av leger i første del av framskrivningsperioden og en svak underdekning av leger mot 2030.

Dette alternativet vil gi en etterspørselsvekst av leger på om lag 49 prosent. I framskrivningen tar man hensyn til demografiske endringer som følge av eldrebølgen. Det forutsetter en årlig personellvekst (0,5 prosent) som følge av standardheving i sektoren og i opptaket av studenter ved universiteter i inn- og utland, og at fullføringsgrad er forutsatt konstant på nivået som i 2007.

Referanser

Berg, Ole (1979): Medisinens deprofesjonalisering? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, nr. 1, 37-41. 1979.

Berg, Ole (2005): Fra politikk til økonomikk, Den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel, *Tidsskrift for Den norske lægeforening*.

Den norske lægeforening (2007): Utredning om spesialistutdanning av leger.

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording (1999): Årsmelding 1999.

Nasjonalt Råd for spesialistutdanning av leger og legefording (NR): http://www.helsedirektoratet.no/nasjonalt_rad

NAV (Norsk Arbeid og velferd) http://www.nav.no/Om+NAV/Tall+og+analyse/Annen+statistikk/Helsetjenester/Fastlegeordningen/_attachment/184202?true&_ts=11f37d80d40

Norges forskningsråd (2006): Evaluering av fastlegereformen 2001-2005.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, Database for statistikk om høyere utdanning (DBH). <http://dbh.nsd.uib.no/statistikk/>

Statens lånekasse for utdanning. <http://www.lanekassen.no/>

Texmoen I, Stølen NM (2009): *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2030. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2008*, Rapport nr. 9, 2009, Statistisk sentralbyrå.

Willunmsen E, Grundt J, Kjeldberg A, Sletner LJ, Syrrist O-P, Haugeb Ø. (1982): Utdanningskapasiteten for leger og fysioterapeuter. Sosialdepartementet. 1982.

Litteratur

Berg, Ole (1987): Medisinens logikk, studier i medisins sosiologi og politikk, Universitetsforlaget.

Sosial- og helsedepartementet (1999): *Handlingsplan for helse- og sosialpersonell 1998-2001: Rett person på rett plass*, 3. utgave.

Den norske legeforening (1973): Retningslinjer for opprettelse av nye spesialiteter og grenspesialiteter, *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, Nr. 9, 1973.

Skoglund, E. og A. Taraldset (2000): Legemarkedet i Norden 1980-2000, *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, Nr. 17, 2000.

Skoglund E. (2002b): Legers spesialistutdanning: et historisk tilbakeblikk, *Ylforum*, 2002; nr. 10: 14-7.



En av fem fastleger er innvandrere

Ved utgangen av 2009 var det rundt 4 000 fastleger i Norge. Hver femte av disse var innvandrere, og nesten halvparten er fra et land i Norden eller i Vest-Europa. Kvinneandelen er høyere blant fastleger som er innvandrere, enn blant fastleger ellers. Bare en av fem kvinnelige fastleger er over 55 år, mens dette gjelder nesten halvparten av alle mannlige fastleger som ikke er innvandrere. Få fastleger som har innvandret, har sin utdanning fra Norge, kun 3 prosent. Innvandrere utgjør en større andel av fastlegene i de minst sentrale kommunene her til lands.

Møtet mellom fastlege og pasient, konsultasjonen, er viktig for å få hjelp med så vel helseplager og sykdom som for å få tilgang til andre deler av helse- og sosialtjenestene. I denne situasjonen er både legens fagkompetanse og evne til kommunikasjon viktig.

Vi skal se nærmere på kjennetegn ved fastleger som er innvandrere, og ved fastleger ellers (se tekstboks om definisjoner). Er det flest kvinner eller menn, og hvor gamle er de? I hvilken alder innvandret de til Norge, og hvor kommer de fra? Er de utdannet i Norge eller i et annet land? I tillegg vil vi se på om det er forskjeller mellom fastleger i sentrale og ikke-sentrale kommuner.

To av fem fastleger blant innvandrerne er kvinner

Ved utgangen av 2009 var det om lag 4 050 fastleger i Norge, og hver femte fastlege var innvandrere ([Vold 2009](#) og [2010](#)). Siden 2002, som var det første

Definisjoner

Innvandrere er en betegnelse for personer som er født i utlandet av utenlandsfødte foreldre, og er én av gruppene som inngår i klassifiseringen *innvandringskategori* (se *Innvandringskategori* 2008). Her klassifiseres befolkningen i seks grupper som viser ulike kombinasjoner av eget og foreldrenes fødeland.

Begrepet *fastleger ellers* omfatter fem av seks kategorier i klassifiseringen *innvandringskategori*: personer født i Norge med to norskfødte foreldre, norskfødte med innvandrerforeldre, utenlandskfødte med én norskfødt forelder, norskfødte med én utenlandsfødt forelder og utenlandsfødte med to norskfødte foreldre.

Fastleger som er innvandrere er fastleger født i utlandet av utenlandskfødte foreldre. I den offisielle statistikken (se [Helse- og sosialpersonell, Statistikkbanken](#)) blir også *ikke bosatte* inkludert. Dette gjaldt 23 fastleger i 2009, og om disse mangler vi opplysninger om blant annet fødeland og utdanning.

I denne artikkelen blir *ikke-bosatte* fastleger inkludert i kategorien *fastleger som er innvandrere* i generelle fremstillinger. Med denne avgrensningen omfattes 796 fastleger i denne kategorien, og totalt 4 049 fastleger i 2009. I en del av analysene som er gjennomført særskilt for denne artikkelen, hvor fastleger som er innvandrere, sammenlignes med fastleger ellers, er kun bosatte fastleger tatt med. Avgrensningen gir 773 fastleger som er innvandrere, og 3 253 fastleger ellers, til sammen 4 026 fastleger i 2009. Det fremgår i tekst og figurer hvilken avgrensning som er brukt i hvert enkelt tilfelle.

Når fastlegene grupperes etter fødeland, har vi i denne sammenheng benyttet klassifikasjonen *Verdensregioner 2008*. Her inndeles Europa i Vest-Europa ellers, som omfatter de opprinnelige EU-landene, samt Sveits og mindre stater i Sentral-Europa som ikke er del av EU. Øst-Europa defineres som de land som tidligere var under kommunismen, og inkluderer både land som nå er innlemmet i EU, og land som står utenfor EU.

Borgny Vold

Datagrunnlag

Analysen er basert på data fra *Fastlegeregisteret* som eies av Helsedirektoratet og forvaltes av NAV. I registeret identifiseres fastlegene ved fødselsnummer, som gir mulighet for å koble mot andre datakilder.

Fastlegeregisteret er supplert med demografiske kjennetegn ved fastlegene, som innvandringskategori, fødeland og innvandringsdato, hentet fra SSBs *befolkningsstatistikk*.

Opplysninger om fastlegenes utdanning er hentet fra SSBs register over *befolkningens utdanningsnivå*. Data på personnivå er supplert med opplysninger om praksiskommunene, etter standard klassifikasjonsvariabler.



Borgny Vold er sosiolog og rådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk. (borgny.vold@ssb.no)

Fastlegeordningen

Ordningen ble innført 1. juni 2001. Alle innbyggere i Norge har rett til å stå på liste hos en fast allmennlege. Ordningen er basert på at kommunene selv inngår avtale med et tilstrekkelig antall næringsdrivende fastleger for å sikre befolkningen et faglig forsvarlig tilbud, eller eventuelt ansetter leger.

Den kommunen en lege har inngått fastlegeavtale med, omtales gjerne som *praksiskommune*. I de tilfellene en lege har fastlegeavtaler med flere kommuner, har vi valgt å bruke den kommunen hvor legen har lengst pasientliste som praksiskommune (hovedpraksis). Det er denne kommunen fastlegene er knyttet til i de gjennomførte analysene.

Hvis en fastlege har like mange pasienter i flere kommuner, er den kommunen hvor avtalen strekker seg lengst frem i tid, valgt som praksiskommune.

hele året fastlegeordningen var i drift (se tekstboks), har det blitt nesten 350 flere fastleger. Andelen fastleger som er innvandrere, har holdt seg stabil i perioden. De fylkene som hadde høyest andel fastleger som er innvandrere i 2009, er Hedmark (30 prosent), Sogn og Fjordane (28 prosent) og Finnmark (27 prosent), mens andelen er lav i Vest-Agder (9 prosent), Sør-Trøndelag (11 prosent) og Aust-Agder (13 prosent).

Blant dem som praktiserte som fastleger i 2009, var 65 prosent menn og 35 prosent kvinner. Kvinneandelen var noe høyere blant fastleger som er innvandrere (39 prosent), enn blant fastleger ellers (34 prosent).

Blant mannlige fastleger som er innvandrere, er 23 prosent 55 år og eldre, mens dette gjelder hele 46 prosent av mannlige fastleger ellers. Blant kvinnelige fastleger som har innvandret, gjelder dette 17 prosent, mens 20 prosent av de kvinnelige fastlegene ellers er 55 år og eldre (se figur 1).

Når det gjelder fastleger som er under 40 år, er andelen høyest blant kvinnelige fastleger som ikke er innvandrere (35 prosent), mens den blant kvinnelige fastleger som er innvandrere, ligger på 29 prosent. For de mannlige fastlegene under 40 år gjelder dette henholdsvis 20 og 22 prosent. I alle grupper, bortsett fra mannlige fastleger ellers, er den største andelen fastleger i alderen 40-55 år.

Halvparten har innvandret fra Vest-Europa

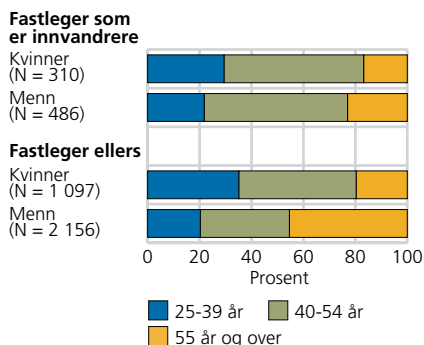
Når vi snakker om «fastleger som er innvandrere», er det viktig å huske på at dette er en heterogen gruppe som omfatter personer med svært ulike livsløp og ulike tilpasninger.

For det første har vi personer som innvandret i barndom eller tidlig ungdom. Disse har hele eller store deler av sin skolegang fra Norge. I tillegg kommer arbeidsinnvandrere, altså ferdig utdannede leger som søker jobb i Norge, motivert dels fra forhold i Norge, for eksempel behov for leger, og dels fra forhold i hjemlandet, for eksempel vanskeligheter med å få arbeid. I dette tilfellet vil både «pull-faktorer», som trekker mot Norge, og «push-faktorer», som støter legene bort fra hjemlandet, gjøre seg gjeldende. I tillegg kan enkelte ha et ønske om å oppleve andre land og kulturer, som avgjør deres valg om å praktisere som lege i et annet land.

Som en tredje hovedtype kan vi regne voksne personer som kommer til Norge primært av andre årsaker enn å søke arbeid, og som tilfeldigvis også er utdannet leger. I denne siste gruppen finner vi både flyktninger og personer som innvandrer på grunn av kjærlighet, ekteskapsinngåelse med norsk statsborger eller familiegjengenforening. Her er det ikke forhold knyttet til legemarkedet, men snarere samfunnsforholdene generelt eller personlige forhold som kan fungere som pull- og push-faktorer.

Vi har ikke kjennskap til hvorfor hver enkelt fastlege kom til Norge, eller hvor mange som er arbeidsinnvandrere, og hvor mange som har innvandret av andre årsaker. For å prøve å skape et bilde av hvilke årsaker som ligger bak innvandringen har vi valgt å se på hvor gamle de som nå jobber som fastleger, var da de innvandret til Norge. Ut fra forutsetningen at det ikke er praktisk mulig å være ferdig utdannet lege ved innvandringstidspunktet dersom man var yngre enn 25 år (innvandringsalder 0-24 år), slutter vi at ingen av disse unge innvandrerne kan regnes som arbeidsinnvandrere.

Figur 1. Andel fastleger¹, etter innvandringskategori, kjønn og alder. 2009. Prosent



¹ Ikke-bosatte fastleger er inkludert.
Kilde: Helse- og sosialpersonell, Statistisk sentralbyrå.

De 773 fastlegene som var innvandrere i 2009, kom fra 85 ulike fødeland. Nesten halvparten av fastlegene som er innvandrere, 379 personer, kom fra et nordisk land eller annet land i Vest-Europa (se figur 2). Landene med flest fastleger er Tyskland, Danmark og Sverige. Til sammen 245 personer kom fra Asia (inkludert Tyrkia), Afrika, Sør- eller Mellom-Amerika. Blant disse har flest Iran og Irak som fødeland. 134 hadde sitt fødeland i Øst-Europa, flest fra Polen og Russland, mens bare 15 har fødeland i Nord-Amerika og Oseania.

Åtte av ti innvandret etter fylte 25 år

Hvor gamle var så fastlegene da de kom til Norge? Vi setter 25 år som grense, og omtaler dem som innvandret i alderen 0-24 år som «unge innvandrere» og dem som var 25 år og eldre som «voksne innvandrere». Til sammen 135 av fastlegene hadde registrert første oppholdsdato i Norge før de fylte 25 år. Unge innvandrere utgjør dermed 17 prosent av fastlegene som var innvandrere. Bare 8 prosent var barn da de kom til Norge. Barn er i FNs barnekonvensjon definert som personer under 18 år.

De resterende 638 fastlegene som var innvandrere i 2009, var 25 år eller eldre ved innvandring, og utgjør med det 83 prosent av alle fastlegene som var innvandrere. Hele 512 (66 prosent) var i alderen 25-39 år da de innvandret, mens 15 prosent var i alderen 40-54 år, og bare 1 prosent var 55 år og eldre ved innvandring.

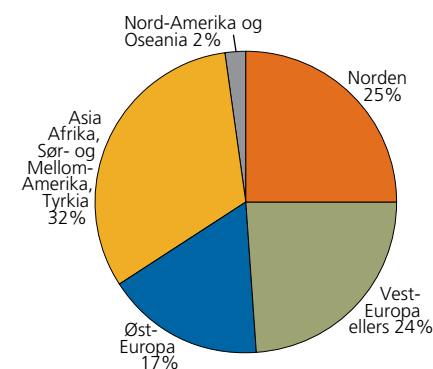
Det er stor forskjell mellom unge innvandrere (innvandringsalder 0-24 år) og voksne innvandrere (innvandringsalder 25 år og eldre) når vi ser på fødeland. Blant de unge innvandrerne er to av tre fra land i Asia, Afrika eller Sør-/Mellom-Amerika. En av fem fra nordiske land og øvrige vesteuropeiske land, mens en av ti var fra Øst-Europa. Til sammenligning kom en av tre av dem som innvandret etter fylte 25 år, fra Norden, og like mange kom fra Vest-Europa ellers. Rundt en av fem av fastlegene som innvandret etter 25-års alder, kommer fra land i Øst-Europa, og like mange kom fra Asia, Afrika eller Sør-/Mellom-Amerika.

De fleste fastleger som er innvandrere, er utdannet i utlandet

For å få vite mer om fastlegene som er innvandrere, har vi sett på hvor mange som har sin medisinske grunnutdanning fra Norge i forhold til fra andre land. Dette kan bidra til å belyse hvor mange som er arbeidsinnvandrere, og hvor mange som har innvandret av annen årsak. Her må vi ta hensyn til at mange, både blant innvandrere og i befolkningen ellers, av ulike årsaker velger å studere i utlandet. Begrenset antall studieplasser og høye karakterkrav i Norge bidrar sammen med generell globalisering til at flere velger å gjennomføre utdanning i utlandet ([Holseter 2006](#)). Vi vil se på hvorvidt utdanningen er avlagt i Norge eller i et annet land, både for fastleger som er innvandrere, og for fastleger ellers.

Av de 1 504 fastlegene som ikke har sin medisinske grunnutdanning fra Norge, mangler vi opplysninger om i hvilket land grunnutdanningen er gjennomført for til sammen 503 fastleger, det vil si hele 33 prosent (se tekstboks om bruk av Nasjonal utdanningsdatabase, NUDB). Det er særlig for eldre fastleger uten innvandringsbakgrunn at denne opplysningen ikke er registrert. Blant fastleger som er innvandrere og er utdannet utenfor Norge, kjenner vi fullføringsland for deres medisinske grunnutdanning for til sammen 84 prosent, mens tilsvarende andel for fastleger ellers er 53 prosent.

Figur 2. Fastleger som er innvandrere, etter gruppert fødeland. 2009. Prosent



Kilde: Helse- og sosialpersonell, Statistisk sentralbyrå.

Regelverk for utenlandske leger

For å praktisere som lege over tid i Norge kreves autorisasjon som gis fra Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH). For autorisasjon gjelder generelle regler om egnethet nedfelt i helsepersonelloven (se § 48). For leger som er statsborger i annet EØS-land, og har utdanning og rett til yrkesutøvelse i et EØS-land, er EØS-avtalen gjeldende. Disse legene har rett til autorisasjon i Norge.

I tillegg finnes en særskilt arbeidsmarkedsavtale mellom de nordiske landene, som dekker en del situasjoner som ikke er omfattet av EØS-avtalen. For leger med statsborgerskap i land utenfor EØS-området er kravet foruten turnustjeneste, at søker har en «utenlandsk eksamen som anerkjennes som jevn god med tilsvarende norsk eksamen». Universitetet i Oslo gir slik anerkjennelse på grunnlag av tilleggsutdanning i nasjonale fag.

Når det gjelder språkkunnskaper, er det arbeidsgivers ansvar å sikre at utenlandske leger som tilsettes, behersker norsk godt nok. Se Helse-tilsynet 2001 for gjeldende regelverk.



Bruk av Nasjonal utdanningsdatabase (NUDB)

I SSBs Nasjonal utdanningsdatabase finnes opplysninger om hva slags utdanning befolkningen har, identifisert med unik identifikasjon.

For fastlegene henter vi ut nærmere opplysninger om gjennomførte utdanninger innenfor utdanningskategori 763 *Medisin*, sortert som universitets- og høgskoleutdanning på høyere nivå i Norsk standard for utdanningsgruppering (NUS2000). Vi ser på spesifisert utdanningskode (viktigst her er kode 7633101 cand.med.-utdanning) samt fullføringsland og fullføringsår for denne utdanningen.

Basert på opplysninger fra databasen har vi konstruert variabelen *norsk grunnutdanning* med verdiene *ja*, *nei* og *ukjent*. Verdien *ja* er gitt til fastleger som i NUDB har Norge som fullføringsland for cand.med.-utdanning (kode 763101). Dette gjelder til sammen 2 522 fastleger i 2009. Verdien *nei* er tilordnet utdanninger med annet fullføringsland enn Norge, og/eller legen har registrert utdanning med kode 763102 (utenlandsleger, tilleggskurs). Her er 1 229 av fastlegene i 2009 klassifisert.

Verdien *ukjent* er tilordnet fastleger hvis utdanning som lege ikke finnes i NUDB, eller det mangler opplysninger om når og i hvilket land slik utdanning er gjennomført. Dette gjelder 275 fastleger i 2009. I den videre analysen antar vi at verdien *ukjent* gjelder fastleger med grunnutdanning fra utlandet.

Av totalt 4 026 fastleger i 2009 hadde 63 prosent sin grunnutdanning fra Norge og 37 prosent fra utlandet (inkludert de 275 med verdi «ukjent», se tekstboks om bruk av Nasjonal utdanningsdatabase (NUDB)).

Vi ser at 16 prosent av fastlegene er innvandrere med utdanning fra utlandet (651 personer) (se figur 3), og bare 3 prosent er innvandrere med norsk grunnutdanning (122). 60 prosent er fastleger ellers med utdanning fra Norge (2 400), og 21 prosent er fastleger ellers med utdanning fra utlandet (853).

Flest eldre fastleger i sentrale kommuner

Det er vanskelig for nyutdannede leger som ønsker å arbeide som fastlege, å etablere fastlegepraksis i sentrale strøk. Årsaker til dette kan være både høyere etableringskostnader og mindre kommunal regulering i sentrale strøk (Nyborg 2007). Resultatet blir færre unge fastleger i byer og øvrige sentrale deler av landet.

Som vi har sett, er fastleger som er innvandrere, yngre enn fastleger ellers (se figur 1), og alder kan i seg selv bidra til at de oftere har praksis i ikke-sentrale kommuner, ved at praksis her for mange kan være et skritt på veien til å etablere seg i mer sentrale strøk. Uansett hva årsakene er, bekrefter vårt datamateriale at alderssammensetningen blant fastleger varierer etter kommunens sentralitet (se tekstboks om kommuners sentralitet).

På landsbasis er 25 prosent av fastlegene under 40 år, og 34 prosent er 55 år og eldre. Vi ser at mens 34 prosent av fastlegene i ikke-sentrale kommuner er under 40 år, gjelder dette bare 23 prosent av fastlegene i sentrale kommuner. Tilsvarende utgjør fastleger over 55 år henholdsvis 28 og 35 prosent av fastlegene i de to kommunetypene (se figur 4).

Kommuners sentralitet

Landets kommuner inndeles etter standard for sentralitet i fire grupper (se Sentralitet 2008). Sentralitet uttrykker i all hovedsak reisetid til et tettsted, klassifisert etter tettstedets innbyggertall og tilbud av funksjoner.

Sentrale kommuner

Kommuner som omfatter et tettsted på nivå 3 (landsdelssenter), eller som ligger innenfor 75 minutters (for Oslo: 90 minutters) reisetid fra et slikt tettsteds sentrum. Gjelder 150 kommuner med 67 prosent av landets samlede befolkning per 1. januar 2010.

Noe sentrale kommuner

Kommuner som omfatter et tettsted på nivå 2, eller som ligger innenfor 60 minutters reisetid fra et slikt tettsteds sentrum. Omfatter 79 kommuner og 18 prosent av befolkningen.

Mindre sentrale kommuner

Kommuner som omfatter et tettsted på nivå 1, eller som ligger innenfor 45 minutters reisetid fra et slikt tettsteds sentrum. Her inngår 52 kommuner, og 6 prosent av befolkningen.

Minst sentrale kommuner

Kommuner som ikke fyller kravene til reisetid fra tettstedene. Gjelder 149 kommuner og 9 prosent av befolkningen.

I denne artikkelen har vi valgt å omdefinere variabelen sentralitet til en variabel med to verdier: Vi skiller mellom *ikke-sentrale kommuner* som omfatter minst sentrale kommuner og mindre sentrale kommuner, og *sentrale kommuner* som omfatter noe sentrale og sentrale kommuner.

Flere fastleger fra Asia og Afrika i sentrale kommuner

I 2009 var det 205 fastleger som var innvandrere i ikke-sentrale kommuner (se tabell 1). Dette utgjør 27 prosent av fastlegene i alt i disse kommunene. Totalt var 42 fødeland representert blant fastleger her. Til sammen 63 prosent av fastlegene som var innvandrere i disse kommunene, kom fra Norden og Vest-Europa ellers. 17 prosent var fra land i Øst-Europa, mens 19 prosent fra var fra land i Asia (inkludert Tyrkia), Afrika, Sør- og Mellom-Amerika.

I sentrale kommuner var det 568, eller 17 prosent, av fastlegene i alt som var innvandrere i 2009, og de kom fra 78 ulike fødeland. I disse kommunene utgjorde innvandrere fra Asia (inkludert Tyrkia), Afrika, Sør- og Mellom-Amerika den største andelen, med 36 prosent. Dette er relativt langt flere enn i ikke-sentrale kommuner, noe som for øvrig samsvarer med den generelle bosettingen av innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre med landbakgrunn fra Asia og Afrika.

Samtidig ser vi at prosentandelen fra Norden og Vest-Europa ellers lå lavere her enn i ikke-sentrale kommuner, med til sammen 44 prosent av fastlegene som var innvandrere. Andelen fastleger med fødeland i Øst-Europa var den samme i begge kommunegrupper, og svært få fastleger kommer fra Nord-Amerika og Oseania.

Sentrale kommuner har færre utenlandsk utdannede innvandrere

Er det forskjell mellom ikke-sentrale og sentrale kommuner når vi beholder samme firedeling av fastleger etter innvandringskategori og norsk versus utenlandsk grunnutdanning som i figur 3?

Andelen fastleger som er innvandrere med utdanning fra utlandet, er betraktelig høyere i ikke-sentrale kommuner enn i sentrale kommuner (se figur 5). Av de 758 fastlegene med praksis i ikke-sentrale kommuner i 2009 var 24 prosent innvandrere med utdanning fra utlandet. Blant de 3 268 fastlegene i sentrale kommuner hadde imidlertid bare 14 prosent denne kombinasjonen av innvandringskategori og utdanning.

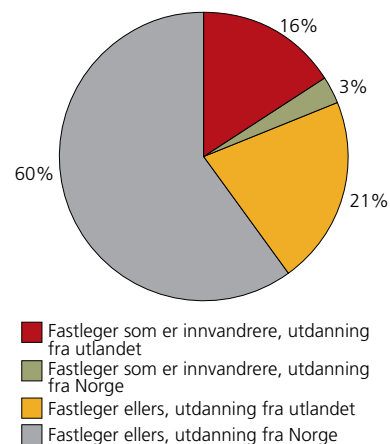
Andelen fastleger uten innvandrerbakgrunn og med utdanning fra Norge var henholdsvis 55 og 61 prosent i ikke-sentrale og sentrale kommuner. I sentrale kommuner er det også relativt flere fastleger som ikke er innvandrere og som har utdanning fra utlandet, enn i ikke-sentrale kommuner. Andelen fastleger som er innvandrere med utdanning fra Norge, er på 3 prosent uavhengig av sentralitet.

Tabell 1. Fastleger som er innvandrere, etter fødeland sortert etter verdensregion og praksiskommunens sentralitet. 2009. Antall og prosent

	Ikke-sentrale kommuner		Sentrale kommuner	
	Antall	Andel	Antall	Andel
I alt	205	100	568	100
Norden	68	33	125	22
Vest-Europa ellers	62	30	125	22
Øst-Europa	34	17	99	17
Nord-Amerika og Oseania	:	:	13	2
Asia, Afrika, Sør- og Mellom-Amerika, Tyrkia	39	19	206	36

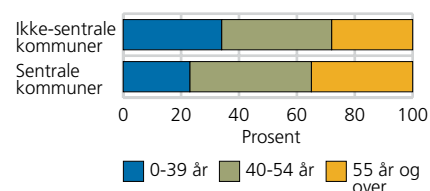
Kilde: Helse- og sosialpersonell, Statistisk sentralbyrå.

Figur 3. Andel fastleger, etter innvandringskategori og om de har norsk eller utenlandsk grunnutdanning. 2009. Prosent



Kilde: Helse- og sosialpersonell og Befolkningens utdanningsnivå, Statistisk sentralbyrå.

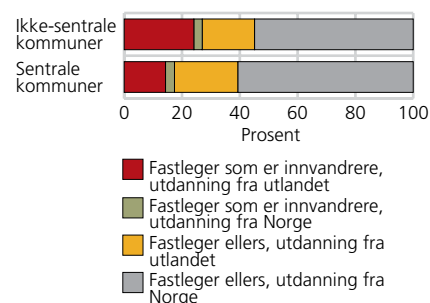
Figur 4. Andel fastleger¹, etter alder og kommunens sentralitet. 2009. Prosent



¹ Ikke-bosatte fastleger er inkludert.

Kilde: Helse- og sosialpersonell, Statistisk sentralbyrå.

Figur 5. Andel fastleger, etter innvandringskategori, om de har norsk eller utenlandsk grunnutdanning og etter praksiskommunens sentralitet. 2009. Prosent



Kilde: Helse- og sosialpersonell og Befolkningens utdanningsnivå, Statistisk sentralbyrå.

For mange av fastlegene som er utdannet i utlandet, mangler opplysninger om i hvilket land de er utdannet. Dette gjelder 74 fastleger i ikke-sentrale kommuner, tilsvarende 23 prosent av de utenlandsutdannede i disse kommunene. I sentrale kommuner mangler vi opplysninger om utdanningsland for hele 429 fastleger, eller 36 prosent av de utenlandsutdannede. Det er flest fastleger uten innvandringsbakgrunn blant disse. Registreringen av utenlandsutdanning var tidligere ikke så god som den er i dag. Det er grunn til å tro at de fleste fastleger uten registrert fullføringsland, har sin utdanning fra Norden og Vest-Europa ellers.

De 320 fastlegene i ikke-sentrale kommuner som ikke har norsk grunnutdanning, har sin medisinske grunnutdanning fra til sammen 34 ulike land. 24 prosent av fastlegene i disse kommunene er utdannet i et annet nordisk land, 30 prosent i Vest-Europa ellers og 18 prosent i Øst-Europa. For 23 prosent er altså fullføringsland ikke registrert.

I sentrale kommuner finnes 1 184 fastleger uten norsk grunnutdanning. Vi finner 52 ulike fullføringsland for grunnutdanning medisin representert i disse kommunene. 18 prosent har sin utdanning fra Norden, 27 prosent fra



Vest-Europa ellers, 14 prosent fra Øst-Europa og altså 36 prosent hvor fullføringsland ikke er kjent.

Blir fastleger som er innvandrere, værende i Norge?

I denne artikkelen har vi sett at de fleste fastleger som er innvandrere, innvandret til Norge etter 25-års alder, at det store flertallet av fastleger som er innvandrere, kommer fra Vest-Europa og er utdannet i utlandet. Ut fra tilgjengelig datamateriale er det ikke mulig å fastslå årsaker til at leger kommer fra utlandet til Norge, men vi har sett at de langt fleste har innvandret som voksne, og at de var ferdig utdannede leger ved innvandringstidspunktet. Når vi ser på hvordan fastleger som er innvandrere fordeler seg på ulike fødeland og innvandringsalder, er det grunn til å tro at arbeidsinnvandring er den vanligste årsaken til innvandring.

Det ville være interessant å belyse hvorvidt fastleger som er innvandrere, blir værende i landet, eller om mange flytter tilbake til opprinnelseslandet eller til et annet land. Arbeidsinnvandrere, også blant fastleger, kan ha en lite stabil tilknytning til Norge, som kan bidra til at mange velger å forlate landet etter noen år. Samtidig vil mange som i utgangspunktet ønsket å være her i en begrenset periode, likevel bli værende. Dette kan det være interessant å undersøke nærmere.

Det vil også være interessant å se på innenlandske flyttemønstre og karriereendringer. Ønsker mange å flytte sin praksis fra ikke-sentrale til sentrale kommuner etter noen år, og er det forskjeller på fastleger som er innvandrere, og fastleger ellers, i så måte? Finner vi kjønnsforskjeller? Hvor mange slutter som fastleger og begynner i andre typer legestillinger?

Flere større lovendringer er underveis, og Samhandlingsreformen, hvor Regjeringen legger opp til at mer behandling flyttes ut fra sykehusene og til kommunene, vil påvirke rammebetingelsene for fastlegene. Hvorvidt mer samarbeid mellom kommuner og mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste som det legges opp til i reformen, vil bidra til å redusere forskjellene mellom ikke-sentrale og sentrale kommuner som vi i denne artikkelen har påvist at finnes i dag, vil det også være spennende å følge opp om noen år.

Referanser

Helse- og sosialpersonell, Statistikkbanken, Statistisk sentralbyrå: http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selecttable/hovedtabellHjem.asp&KortnavnWeb=hesopersp

Helsepersonelloven (Lov om helsepersonell mv.) av 2. juli 1999, nr 64 (Helse- og omsorgsdepartementet). http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-064.html&emne=helsepersonellov*&

Helsetilsynet (2001): Rundskriv IK-19/2001. http://www.helsetilsynet.no/upload/regelverk/rundskriv/htil_gamle_rundskriv/IK-19-2001.pdf

Holseter, Anne Marie Rustad (2006): «Antall studenter i Europa øker», i SSBmagasinet 25. januar 2006, <http://www.ssb.no/vis/magasinet/analyse/art-2006-01-25-01.html>

Nyborg, Gunhild (2007): «En fastleges erfaringer», i Michael 4/2007 (Det norske medisinske Selskab), ss.162-73.

Vold, Borgny (2009): «Hver femte fastlege er innvandrer», SSBmagasinet 14. oktober 2009, <http://www.ssb.no/magasinet/analyse/ego.html>

Vold, Borgny (2010): «To av fem fastleger i de minste kommunene er innvandrere», i SSBmagasinet 27. september 2010. <http://www.ssb.no/vis/magasinet/analyse/art-2010-09-27-01.html>

Standard klassifikasjoner

Innvandringskategori 2008: <http://www3.ssb.no/stabas/ItemsFrames.asp?ID=5536158&Language=nb&VersionLevel=ClassVersion>

Norsk standard for utdanningsgruppering (NUS2000): <http://www3.ssb.no/stabas/ItemsFrames.asp?ID=7401201&Language=nb&VersionLevel=ClassVersion>

Sentralitet 2008: <http://www3.ssb.no/stabas/ItemsFrames.asp?ID=5285601&Language=nb>

Verdensregion 2008: <http://www4.ssb.no/stabas/ItemsFrames.asp?ID=5589883&Language=nb>

Litteratur

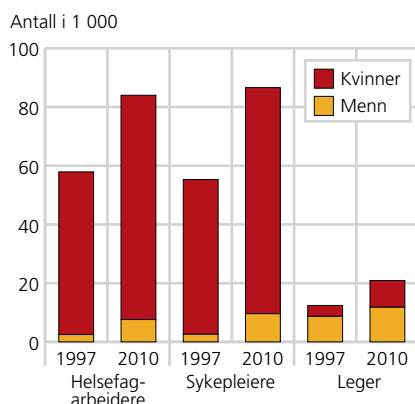
Henriksen, Kristin, Lars Østby, Dag Ellingsen (2010): Innvandring og innvandrere 2010, Statistiske Analyser 119, Statistisk sentralbyrå. (http://www.ssb.no/vis/emner/02/sa_innvand/sa119/main.html)

Stort omfang av deltidsarbeid

En av tre som jobber innenfor helse og sosialtjenester, er leger, sykepleiere eller helsefagarbeidere. Næringen er kvinndominert. Både blant sykepleiere og helsefagarbeidere utgjør kvinner om lag 90 prosent av de sysselsatte. Det er omtrent like mange kvinner som menn blant legene. Mange jobber deltid, og flest finner vi blant helsefagarbeiderne, med en andel på over 60 prosent. Mange deltidsarbeidende er fornøyde med arbeidstiden sin, men helsefagarbeidere i mindre grad enn sykepleiere.

Tonje Køber og
Åsne Vigran

Figur 1. Antall sysselsatte helsefagarbeidere, sykepleiere og leger i helse- og sosialtjenester, etter kjønn. 1997 og 2010



Kilde: Arbeidskraftundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

Vi skal se nærmere på utviklingen i arbeidstid og andelen som jobber deltid, i de tre største gruppene innenfor næringen helse- og sosialtjenester: helsefagarbeidere, sykepleiere og leger (se tekstboks om yrker) i perioden 1997-2010. Det er en utstrakt bruk av deltidsarbeid innenfor helse- og sosialtjenester, men dette gjelder ikke for alle yrkesgruppene i denne næringen. Videre kartlegger vi omfanget av misforhold mellom avtalt og ønsket arbeidstid for disse yrkesgruppene, og om de kunne tenke seg å jobbe mer eller mindre. Tallene i artikkelen er hentet fra arbeidskraftundersøkelsene (se tekstboks).

Ni av ti sykepleiere er kvinner

Det var i alt 529 000 sysselsatte i helse- og sosialnæringen i 2010. Helsefagarbeidere, sykepleiere og leger utgjorde til sammen vel 190 000 av disse, tilsvarende 36 prosent av alle sysselsatte i næringen. I 1997 var det til sammenligning 125 000 sysselsatte i disse yrkene, som da utgjorde nesten 33 prosent av alle sysselsatte i næringen.

Helse- og sosialtjenester er en kvinndominert næring. Både blant sykepleiere og helsefagarbeidere utgjør kvinner om lag 90 prosent av de sysselsatte (se figur 1). Andelen menn er likevel fordoblet siden 1997. Blant leger er kjønns-

Yrker

- Lege – person med yrke som lege
- Sykepleier – person med yrke som sykepleier eller spesialsykepleier inkludert helsesøster og jordmor
- Helsefagarbeider – person med yrke som hjelpepleier, omsorgsarbeider eller helsefagarbeider. Helsefagarbeider er en nylig innført utdanning som erstatter hjelpepleier og omsorgsarbeiderutdanningene. Yrkesmessig klassifiseres de sammen med hjelpepleier og omsorgsarbeider. I artikkelen brukes begrepet helsefagarbeider, selv om de utdannede helsefagarbeiderne ennå er i mindretall sammenlignet med de to øvrige gruppene.

Arbeidskraftundersøkelsen (AKU)

AKU er en utvalgsundersøkelse som utføres av Statistisk sentralbyrå. Undersøkelsen utføres på nasjonalt nivå og dekker alle personer i alderen 15-74 år registrert bosatt i Norge. På grunnlag av Det sentrale folkeregisteret trekkes det tilfeldig ut et antall familieenheter bestående av til sammen 24 000 personer (per kvartal) i den aktuelle aldersgruppen.

Hvert familiemedlem i denne alderen intervjues om sin tilknytning til arbeidsmarkedet i en nærmere spesifisert referanseuke. Intervjuobjektene deltar i alt åtte ganger i løpet av åtte påfølgende kvartaler, slik at utvalget fornyes med en åttedel hvert kvartal. Svarprosenten er om lag 85 prosent. Tallene i artikkelen er basert på årsgjennomsnitt.



Tonje Køber (t.v.) er samfunnsøkonom og seniorrådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for arbeidsmarkedsstatistikk. (tonje.kober@ssb.no)

Åsne Vigran er sosiolog og seniorrådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for arbeidsmarkedsstatistikk. (asne.vigran@ssb.no)



forskjellen i ferd med å bli utvasket. Menn er fortsatt i svakt flertall, med en andel på 54 prosent blant leger som arbeider innenfor helse- og sosialtjenester. Til sammenligning var 70 prosent av legene i 1997 menn.

To av tre helsefagarbeidere arbeider deltid

I 2010 arbeidet to av tre helsefagarbeidere deltid (se tekstboks om definisjoner). Den høye andelen med avtalt deltid i dette yrket har vært nærmest uendret de siste årene. Sykepleiere arbeider oftere heltid enn helsefagarbeiderne, men deltidsandelen er likevel 45 prosent. Blant leger, derimot, er deltidsarbeid uvanlig (se tabell 1).

Omfanget av deltidsjobber er høyere enn det som framkommer i statistikken, fordi en del deltidssysselsatte har mer enn én jobb. I AKU defineres deltid med

Definisjoner

Deltidsarbeidende er sysselsatte med avtalt arbeidstid på under 37 timer i uken, med unntak av dem med arbeidstid 32-36 timer som oppgir at dette utgjør heltid. Kort deltid er 1-19 timer, og lang deltid er 20-36 timer.

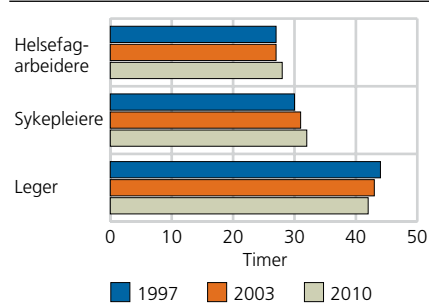
Undersysselsatte er deltidssysselsatte som har forsøkt å få lengre arbeidstid, og som kan starte med økt arbeidstid innen en måned.

Tabell 1. **Antall sysselsatte, deltidssysselsatte og antall deltidsjobber for helsefagarbeidere og sykepleiere. 2010**

	Helsefagarbeidere	Sykepleiere
Sysselsatte i alt	84 000	87 000
Deltidssysselsatte	55 000	39 000
Bijobber blant deltidssysselsatte	5 000	4 000
Bijobber for personer hvor summen av deltidsjobbene gjør at de regnes som heltidssysselsatte	2 000	2 000
Bijobber for sysselsatte hvor hovedjobben er heltidsjobb	2 000	3 000
Antall deltidsjobber	64 000	48 000

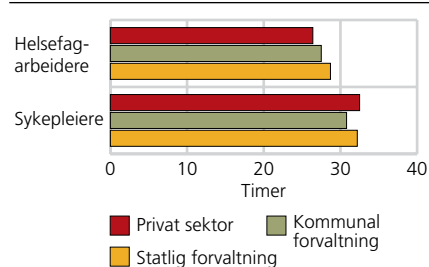
Kilde: Arbeidskraftundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

Figur 2. Gjennomsnittlig avtalt arbeidstid for helsefagarbeidere, sykepleiere og leger. 1997, 2003, 2010. Timer



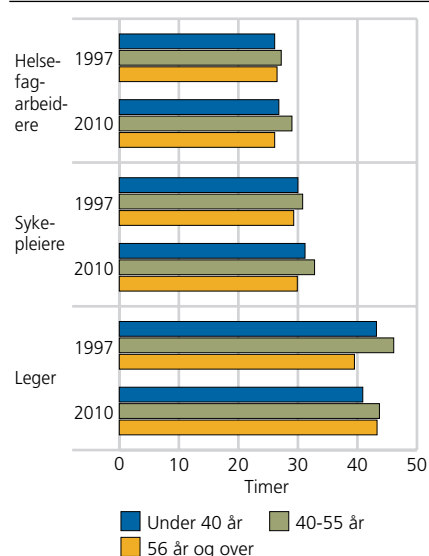
Kilde: Arbeidskraftundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

Figur 3. Gjennomsnittlig avtalt arbeidstid for helsefagarbeidere og sykepleiere, etter sektor. 2010. Timer



Kilde: Arbeidskraftundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

Figur 4. Gjennomsnittlig avtalt arbeidstid for helsefagarbeidere, sykepleiere og leger, etter aldersgrupper. 1997 og 2010. Timer



Kilde: Arbeidskraftundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

utgangspunkt i personens totale arbeidssituasjon, det vil si hva man har som avtalt arbeidstid samlet sett.

For det første vil en del personer ha blitt definert som heltidsarbeidende fordi de har flere deltidsjobber som samlet tilsvarer heltid. I tillegg finnes det også en del personer med heltidsjobb og en deltidsjobb ved siden av. Alt i alt innebærer dette at det er 64 000 deltidsjobber for helsefagarbeidere, men bare 55 000 personer som defineres som deltidsarbeidende i dette yrket (se tabell 1). Vi vil videre i denne artikkelen kun se på dem som samlet sett er sysselsatt på deltid, og ikke på det totale antall deltidsjobber.

Leger jobber mye, men noe mindre enn før

I 2010 jobbet sykepleiere i gjennomsnitt 32 timer i uken, og helsefagarbeidere 28 timer i snitt. Legene arbeidet mest, med 42 timer pr uke i 2010 (se figur 2). Hvis vi ser utviklingen over tid, jobbet leger i gjennomsnitt om lag to timer mindre i 2010 enn i 1997. Dette kan ha sammenheng med at det nå er flere kvinner i legeryrket, og at disse oftere velger å jobbe mindre, blant annet på grunn av omsorg for barn. Helsefagarbeidernes gjennomsnittlige arbeidstid er så å si uendret i samme periode, mens sykepleierne har økt sin arbeidstid med om lag to timer.

Sykepleiere i helse- og sosialtjenester i privat sektor arbeider i gjennomsnitt noe mer enn sykepleiere i kommunale og statlige helse- og sosialtjenester. Forskjellen i gjennomsnittlig avtalt arbeidstid er størst når man sammenligner private og kommunale helse- og sosialtjenester (se figur 3).

Blant helsefagarbeiderne er den gjennomsnittlige arbeidstiden høyere i offentlige helse- og sosialtjenester enn i de private. Dette må ses i sammenheng med at nesten 85 prosent av helsefagarbeiderne jobber i det offentlige.

Leger i privat sektor arbeider i gjennomsnitt noe mer enn sine kolleger i offentlig forvaltning. Det kan ha sammenheng med at ansatte spørres om sin avtalte arbeidstid, mens selvstendig næringsdrivende spørres om sin gjennomsnittlige (faktiske) arbeidstid. Om lag 35 prosent av legene arbeider i privat sektor – de øvrige i offentlig forvaltning.

Arbeidstiden varierer med kjønn og alder

Kvinnelige leger jobbet i gjennomsnitt fire timer mindre per uke enn sine mannlige kolleger i 2010. Tendensen var den samme i 1997. Dette kan ha sammenheng med hvor leger velger å arbeide. Mer enn to av tre kvinnelige leger arbeider i det offentlige, mens de mannlige legene fordeler seg jevnere mellom offentlig og privat virksomhet.

Alder ser også ut til å ha innvirkning på antall timer man arbeider. Leger i alderen 40-55 år hadde lengst gjennomsnittlig arbeidstid i 1997, med i overkant av 46 timer (se figur 4). Situasjonen ser ut til å være den samme i 2010, selv om de arbeidet noe færre timer. Legene under 40 år har redusert sin gjennomsnittlige arbeidstid med en time i den samme perioden. For de eldste legene har arbeidstiden økt med om lag tre timer siden 1997.

Blant sykepleierne og helsefagarbeiderne er det også de i aldersgruppen 40-55 år som arbeider flest timer. Tendensen ser ut til å være stabil over tid, også for disse gruppene.

Hvorfor deltid?

Det kan være flere grunner til at helsefagarbeidere og sykepleiere ikke jobber heltid. Tre av ti helsefagarbeidere som arbeider deltid, gjør dette fordi de ikke kunne få heltidsarbeid, mens 14 prosent oppgir egen sykdom og 11 prosent omsorg for egne barn/andre pleietrengende som årsak til deltidsarbeid (se figur 5).

Blant sykepleierne oppgir omtrent like mange (20 prosent) omsorgsoppgaver og at de ikke kunne få heltidsarbeid, som årsak til deltidsarbeid. 11 prosent av sykepleierne oppgir at arbeidet er for krevende, mens nesten like mange (9 prosent) oppgir egen sykdom som årsak til deltidsarbeid. Det er rimelig å anta at de som oppgir at de ønsker lengre arbeidstid, også oppgir manglende tilbud om heltidstilting som en viktig årsak til at de arbeider deltid, mens deltidssysselsatte som er fornøyd med sin arbeidstid, begrunner deltid ut fra andre årsaker.

Flest helsefagarbeidere som ønsker lengre arbeidstid

De fleste helsefagarbeidere, sykepleiere og leger er fornøyd med sin avtalte arbeidstid. Det gjelder i større grad heltidsansatte (om lag 90 prosent) enn deltidssansatte (om lag 80 prosent). Blant dem som ikke er fornøyd med arbeidstiden sin, er andelen som foretrekker lengre arbeidstid, høyere enn andelen som foretrekker kortere arbeidstid ([Kitterød, R.H. og M. Rønsen 2009](#)).

Undersysselsatte er sysselsatte på deltid som har forsøkt å få mer arbeid, og som kan starte med økt arbeidstid innen en måned (se tekstboks om definisjoner). 18 prosent av de deltidssysselsatte helsefagarbeiderne er undersyssel-satte (se figur 6). Andelen undersysselsatte helsefagarbeidere og sykepleiere har svingt i perioden 1997-2010, men følger det samme mønsteret som for øvrige deltidssysselsatte. Det har vært en økning i andelen undersysselsatte fra 2009 til 2010, med unntak for sykepleierne.

I 2010 var det i alt 67 000 undersysselsatte, noe som tilsvarte 10 prosent av de deltidssysselsatte. Nesten halvparten av de undersysselsatte jobber innenfor helse- og sosialtjenester. Kvinnene utgjør det store flertallet, 51 000 av i alt 67 000 undersysselsatte, og dette henger sammen med at deltidsarbeid er mye vanligere blant kvinner enn blant menn.

Ved å sammenligne avtalt og ønsket arbeidstid kan vi finne ut om den syssel-satte ønsker kortere eller lengre arbeidstid. De fleste deltidssysselsatte som ønsker en annen arbeidstid, ønsker lengre arbeidstid (se tabell 2). I de yrkes-gruppene vi ser på her, er det flest helsefagarbeidere som arbeider deltid,

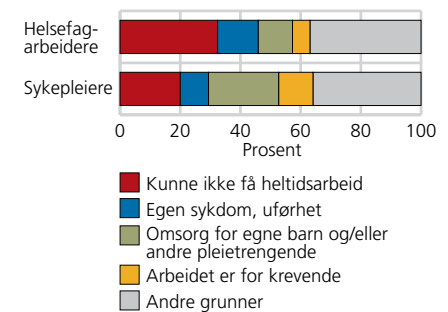
Tabell 2. Deltidssysselsatte, etter ønske om arbeidstid. 2010. Prosent

	Ønsker annen arbeidstid	Ønsker lengre arbeidstid	Fornøyd	Ønsker kortere arbeidstid
Helsefagarbeidere	28,2	27,4	71,8	0,8
Sykepleiere	18	16	82	2
Leger	0	0	100	0

Kilde: Arbeidskraftundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

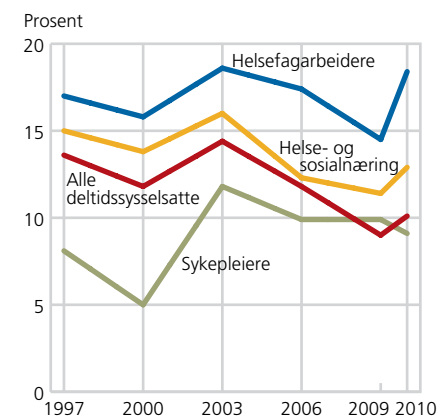
Faktisk arbeidstid er den tiden arbeidstakeren har vært på jobb, det vil si fratrasket feriedager, avspasering, sykdom og lignende, og tillagt eventuell overtid. Ved å bruke *avtalte timer* får man et bilde på normalsituasjonen for den enkelte.

Figur 5. Deltidssysselsatte, etter årsak til deltidsarbeid. 2010. Prosent



Kilde: Arbeidskraftundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

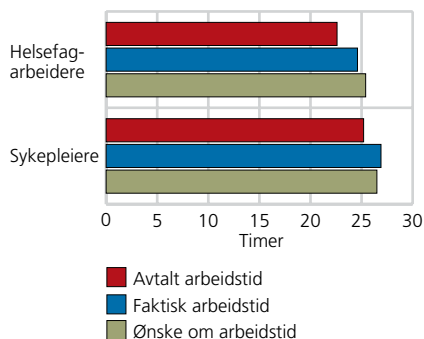
Figur 6. Undersysselsatte i prosent av deltidssysselsatte. 15-74 år. 1997-2010



Kilde: Arbeidskraftundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.



Figur 7. Deltidssysselsatte helsefagarbeidere og sykepleiere, etter avtalt, faktisk og ønske om arbeidstid. 2010. Timer



Kilde: Arbeidskraftundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

Referanser

Kitterød, R.H. og M. Rønsen (2009): Er kvinner fornøyd med arbeidstiden sin? *Samfunnsspeilet* 4, 2009, Statistisk sentralbyrå. <http://www.ssb.no/ssp/utg/200904/ssp.pdf>

Nergaard, K. (2010): Avtalt arbeidstid og arbeidstid-sønsker blant deltidsansatte, Fafo-notat 2010:17.

som ønsker lengre arbeidstid (27 prosent). Dette er flere enn de 18 prosent undersysselsatte, fordi vi holder utenfor kravet at de også har forsøkt å få lengre arbeidstid. Det er også flere sykepleiere som ønsker lengre arbeidstid (16 prosent). Alle de deltidsansatte legene er fornøyd med sin arbeidstid (Nergaard, K. 2010).

De fleste heltidssysselsatte er fornøyd med sin avtalte arbeidstid (se tabell 3). Av dem som ønsker en annen arbeidstid, ønsker de fleste kortere arbeidstid. 9 prosent av de heltidssysselsatte legene ønsker kortere arbeidstid, og 5 prosent av sykepleierne ønsker kortere tid.

Tabell 3. Heltidssysselsatte, etter ønske om arbeidstid. 2010. Prosent

	Ønsker annen arbeidstid	Ønsker lengre arbeidstid	Fornøyd	Ønsker kortere arbeidstid
Helsefagarbeidere	9,5	1,6	90,5	7,9
Sykepleiere	7,8	2,5	92,2	5,3
Leger	13,9	5,2	86,1	8,7

Kilde: Arbeidskraftundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

Er det noen arbeidskraftreserve?

Arbeidsinnsatsen blant helsefagarbeidere og sykepleiere er allerede større enn det statistikken basert på avtalt arbeidstid gir inntrykk av. En del arbeider mer enn avtalt uten at dette ligger i selve arbeidsavtalen. Det kan for eksempel gjelde innenfor helsevesenet, hvor personer som arbeider deltid, ofte tar ekstravakter. Dette kan være etter ønske fra arbeidsgiver for å bøte på manglende bemanning ved sykdom, ferie eller ubesatte stillinger. Det må understrekes at slik arbeidsinnsats utover det avtalte kan være nokså sporadisk og tilfeldig, og at det derfor kan være et viktig poeng for de ansatte å få økt sin avtalte arbeidstid.

Figur 7 viser at deltidssysselsatte helsefagarbeidere ønsker mer arbeidstid, og at faktisk arbeidstid i gjennomsnitt ligger høyere enn avtalt arbeidstid. Deltidssysselsatte helsefagarbeidere ønsker en ukentlig arbeidstid på om lag 25 timer i gjennomsnitt. Det betyr at de ønsker i snitt 2,8 timer mer per uke, men arbeider allerede 2 timer mer per uke enn avtalt (se figur 7). Det betyr at mange helsefagarbeidere mer eller mindre regelmessig får ønsket om flere timer oppfylt gjennom ekstravakter, vikartimer eller lignende, men mange ønsker likevel disse timene som en økning i den avtalte arbeidstiden.

De deltidssysselsatte sykepleierne ønsker en ukentlig arbeidstid på 26,5 timer i gjennomsnitt, som er 1,3 timer mer enn avtalt arbeidstid. Sykepleierne, i motsetning til helsefagarbeiderne, har en faktisk arbeidstid som er høyere enn det de ønsker per uke.

Siden helsefagarbeiderne sammenlignet med sykepleierne i større grad arbeider mer enn avtalt arbeidstid, innebærer det at forskjellen mellom disse to gruppene er mindre når vi ser på faktisk enn på avtalt arbeidstid.

Hvis vi definerer arbeidskraftreserven som differansen mellom avtalt arbeidstid og ønsket arbeidstid, finnes det noe ledig kapasitet, men hvis arbeidskraftreserven er lik differansen mellom faktisk arbeidstid og ønsket arbeidstid, er det mindre ledig kapasitet blant sysselsatte helsefagarbeidere.

Dårligere helse blant innvandrerne

I levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2005/2006 framstår innvandrere som sykere enn befolkningen sett under ett. En lavere andel blant innvandrerne vurderer helsen sin som god eller meget god. En større andel betrakter helseproblemene som alvorlige, og de rapporterer mer psykiske problemer enn befolkningen som helhet. Kvinnene rammes hardere enn menn, og helsen svekkes relativt mer med alderen blant innvandrerne. Innvandrere med gode sosiale og materielle ressurser er imidlertid mindre utsatt for helseproblemer.

I den nyeste levekårsundersøkelsen blant innvandrere fra Statistisk sentralbyrå (se tekstboks) blir intervjupersonene bedt om å vurdere sin helsetilstand. Er den god eller dårlig, eller kanskje noe midt imellom? 66 prosent av innvandrerne svarer at helsen er god eller meget god, mens andelen i hele befolkningen som svarer det samme, er 87 prosent. Tidligere studier har vist at dette enkle spørsmålet om egenvurdert helse er en treffsikker helseindikator. Det har vist seg velegnet både til å forutsi dødelighet (Idler og Benyamini 1997) og uførepensjonering (Holthe, Krokstad og Magnus 2000). Sammen med fire andre helseindikatorer som presenteres i denne artikkelen, vil spørsmålet bli benyttet til å forme en generell helseindeks.

Likhet i antall sykdommer

I levekårsundersøkelsen blant innvandrere var det også med et spørsmål som siktet mot å kartlegge hvilke somatiske («kroppslige») sykdommer innvandrerne hadde. Navnet på 16 forskjellige sykdommer eller diagnoser ble lest opp for intervjupersonene, og for hver enkelt av dem ble de bedt om å angi om de hadde eller hadde hatt sykdommen. En liknende framgangsmåte ble benyttet i den ordinære levekårsundersøkelsen i 2002. Vi har således resultater å sammenlikne med for 15 av de 16 diagnosene som ble presentert for innvandrerne i 2005-2006. Fordelen ved denne måten å spørre om sykdom-

Levekår blant innvandrere 2005/2006

I undersøkelsen [Levekår blant innvandrere 2005/2006](#) er innvandrere og deres norskfødte barn fra ti landgrupper intervjuet om levekårstemaer, deriblant helse. Intervjupersonene hadde bakgrunn fra Bosnia-Hercegovina, Serbia-Montenegro, Tyrkia, Irak, Iran, Pakistan, Vietnam, Sri Lanka, Somalia og Chile, var i alderen 16-70 år og hadde bodd i Norge minst to år. Intervjuene fant sted på innvandrernes morsmål dersom intervjupersonene ønsket det. Svarprosenten var 64,2 etter at fraflytete og døde var trukket fra.

For enkelhets skyld betegnes alle respondentene her som innvandrere, selv om 9 prosent av nettoutvalget er norskfødte med to utenlandsfødte foreldre. For spørreskjema og informasjon om gjennomføringen av undersøkelsen, se [Gulløy \(2008\)](#). Resultater for landgruppene samlet er veid slik at de største landgruppene i befolkningen påvirker tallene mer enn de minste gruppene. For en gjennomgang av resultatene fra undersøkelsen, se [Blom og Henriksen \(2008\)](#) og [Blom \(2008\)](#).

Data fra *Levekårsundersøkelsen 2002* (tverrsnitt) presenteres for hele befolkningen (inkludert innvandrere) for sammenlikningens skyld. Svarprosenten var her på 70,4 ([Hougen og Gløbøden 2004](#)). Dataene er veid slik at fordelingen etter alder, bosted og kjønn er den samme for hele befolkningen som for de ti innvandrergruppene samlet.

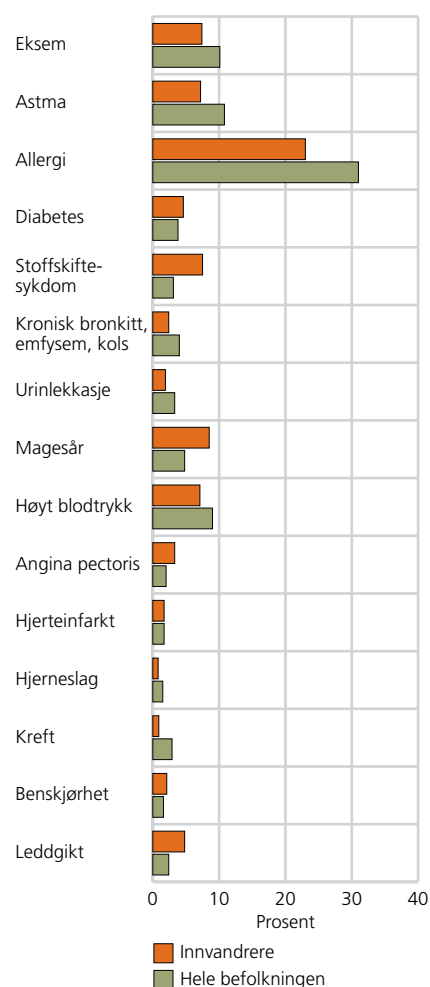
Svein Blom

Artikkelen bygger på Rapporter 47/2010, Statistisk sentralbyrå, *Sosiale forskjeller i innvanderers helse*, som ble publisert i 2010 (Blom 2010).



Svein Blom er sosiolog og forsker i Statistisk sentralbyrå, Gruppe for demografi og levekår. (svein.blom@ssb.no)

Figur 1. Andel som har eller har hatt forskjellige oppgitte sykdommer. Innvandrere¹ (2005-2006) og hele befolkningen (2002). Prosent



¹ Ti landgrupper. 9 prosent av utvalget er norskfødte med innvandrerforeldre.

Kilde: Levekår blant innvandrere 2005/2006 og Levekårsundersøkelsen 2002, Statistisk sentralbyrå.

mer på er at den er fast strukturert og enkel å forholde seg til. Ulempen er selvfølgelig at vi ikke får vite om andre sykdommer enn dem vi spør om.

Resultatet av kartleggingen ble at innvandrere og hele befolkningen framstår som ganske likestilte med hensyn til somatisk sykdom. 48 prosent av innvandrerne rapporterer å ha eller ha hatt minst én av de 15 oppgitte sykdommene, mens det samme gjelder 49 prosent av hele befolkningen. Antall sykdommer per person (medregnet dem som ikke rapporterer om sykdom) er 0,8 i gjennomsnitt blant innvandrerne og 0,9 i hele befolkningen.

Figur 1 viser hvilke sykdommer det ble spurt om og hvor stor del av innvandrerne og hele befolkningen som nevnte den enkelte sykdom. Diabetes, stoffskiftesykdom, magesår, angina (hjertekramper), benskjørhet og leddgikt er mest utbredt blant innvandrerne, mens eksem, astma, allergi, kols, urinlekkasje, høyt blodtrykk og kreft forekommer hyppigst i befolkningen.

Unge innvandrere rapporterer mindre somatisk sykdom enn unge i hele befolkningen, mens forholdet er omvendt i høyere aldre. Med utgangspunkt i en firedeling av alder er andelen som oppgir minst én sykdom, henholdsvis 37 og 40 prosent blant innvandrere i de to yngste aldersgruppene (16-24 og 25-39 år), mot 45 og 46 prosent i hele befolkningen. I de to eldste aldersgruppene (40-54 og 55-70 år) er andelen med minst én sykdom henholdsvis 57 og 78 prosent blant innvandrerne og 49 og 66 prosent i befolkningen.

Åpent spørsmål om varige sykdommer

I levekårsundersøkelsen blant innvandrere som SSB gjennomførte i 1996 ([Blom og Ramm 1997](#) og [Blom 1998](#)) kartla vi innvandrernes helse ved hjelp av et «åpent» spørsmål der respondentene ble bedt om å liste opp eventuelle varige sykdommer, skader eller funksjonshemninger som de led av. Deretter ble det vist fram et kort med flere titalls sykdomsdiagnoser for eventuelt å hjelpe på hukommelsen. 38 prosent av innvandrerne oppgav å ha minst én varig sykdom, skade eller funksjonshemning, mens tilsvarende andel blant personer uten innvandrerbakgrunn var 48 prosent.

Dette spørsmålet utgjorde den gang hovedspørsmålet i kartleggingen av helse, og vi konkluderte med at innvandrerne framstod som friskere enn ikke-innvandrerne. Etter alder var både de yngste (16-24 år) og den midterste aldersgruppen (25-44 år) blant innvandrerne mer uberørt av sykdom enn tilsvarende grupper uten innvandrerbakgrunn, men dette gjaldt ikke de eldste. Blant de eldste (45-66 år) var andelen som meldte om sykdom, høyest blant innvandrerne.

Da Levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2005/2006 ble planlagt, fant vi å ville gjennomføre kartleggingen av somatisk sykdom på en annen måte enn i 1996. Blant annet var vi kritiske til framgangsmåten med å vise fram kortet med navn på så mange sykdommer overfor personer med begrensede eller manglende leseferdigheter. Det viste seg senere at utvalget som ble intervjuet, omfattet ikke rent få personer med liten eller ingen utdanning.

Sykdommenes virkning på hverdagen

Graden av «alvor» ved den enkelte sykdom vil kunne variere. Noen sykdommer reduserer bevegelsesfriheten, arbeidsførheten og livsutsiktene mer enn andre. Det kan også være forskjeller i hvordan samme sykdom rammer den enkelte. Noen vil ha større evne til å leve et «normalt liv» på tross av sykdom-

men. Alle som oppgav at helsen var dårligere enn meget god eller god (34 prosent av utvalget), fikk derfor et spørsmål om i hvilken grad problemer med helsen påvirker «hverdagen». Av dem som fikk spørsmålet, svarte 44 prosent at helseproblemene påvirker hverdagen «i høy grad». Dette tilsvarer 15 prosent av alle innvandrerne i 2005/2006-undersøkelsen.

Et liknende spørsmål om sykdommenes «alvor» ble stilt i den ordinære Levekårsundersøkelsen 2002 til alle i befolkningen som på et åpent spørsmål oppgav å ha minst én sykdom (51 prosent av utvalget). Her svarte 17 prosent av dem som fikk spørsmålet, at sykdommen påvirket hverdagen i «høy grad». Dette tilsvarer 9 prosent av befolkningen.

Samme tendens ble observert i innvandrerundersøkelsen fra 1996. 33 prosent av innvandrerne betraktet den gang sykdommen(e) de hadde opplyst om, som i høy grad begrensende for arbeidsevnen, mens det samme gjaldt 13 prosent av ikke-innvandrerne.

Større psykiske problemer blant innvandrere

Den fjerde helseindikatoren tok utgangspunkt i en liste med åtte forskjellige plager av dels psykisk, dels kroppslig, art. Intervjupersonene ble bedt om å angi om de hadde hatt noen av disse plagene i løpet av de siste tre månedene. På den ene side var det snakk om psykisk pregede plager som konsentrasjonsvansker, søvnproblemer, irritabilitet og aggressivitet – på den annen side mer fysiske ubehag som smerter i kroppen, migrene, fordøyelsesbesvær og hoste.

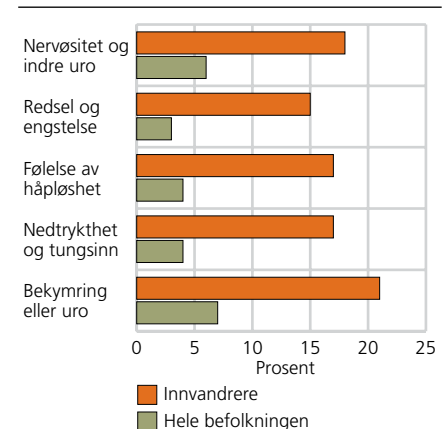
Undersøkelsene viste at 71 prosent av innvandrerne oppgav å ha hatt minst én av de nevnte plagene i løpet av de siste tre månedene, mot 49 prosent av hele befolkningen. Opphopingen av flere plager var også større blant innvandrerne; 23 prosent rapporterte fire eller flere plager, mot 10 prosent i befolkningen.

Den femte og siste indikatoren presenterte fem forskjellige utsagn om psykisk helse av typen engstelse eller depresjon, og intervjupersonene ble bedt om å oppgi i hvilken grad de hadde vært plaget av noen av disse tilstandene i løpet av de siste fjorten dagene. Skalaen er kjent under betegnelsen Hopkins Symptoms Checklist-5 (Strand mfl. 2003). Svaralternativene omfatter fire forskjellige grader av å være plaget fra «svært plaget» til «ikke plaget».

Figur 2 viser at vel 15 prosent av innvandrerne hadde vært svært eller ganske plaget av de beskrevne tilstandene i løpet av de siste 14 dagene, mot rundt 5 prosent av befolkningen som helhet. Bekymring eller uro var den tilstanden som flest innvandrere gjenkjente.

Det beregnes en gjennomsnittsverdi per person for utsagnene samlet, etter tallet på plager og graden av ubehag. Skårer over en viss terskelverdi indikerer at personen har symptomer på psykiske helseproblemer. Andelen som faller i denne gruppen, er 27

Figur 2. Andel svært eller ganske plaget i løpet av de siste 14 dagene. Innvandrere¹ (2005-2006) og hele befolkningen (2002). Prosent

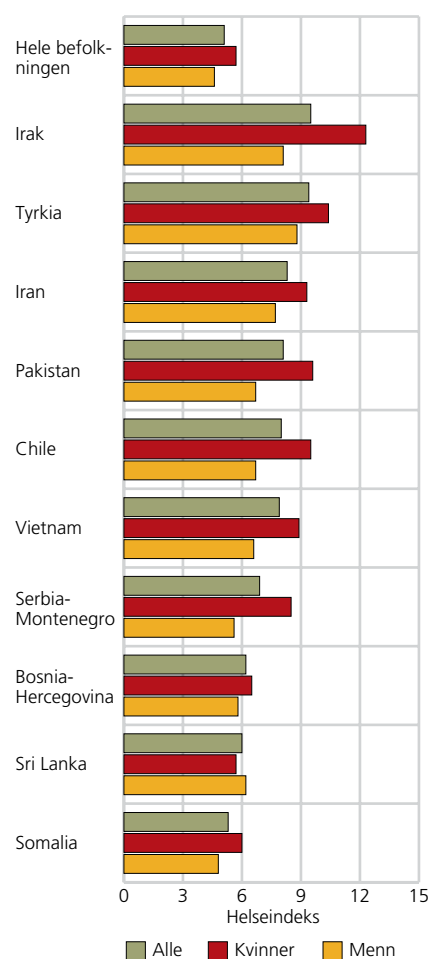


¹ Ti landgrupper. 9 prosent av utvalget er norskfødte med innvandrerforeldre.

Kilde: Levekår blant innvandrere 2005/2006 og Levekårsundersøkelsen 2002, Statistisk sentralbyrå.



Figur 3. Dårlig helse, etter landbakgrunn og kjønn. Aldersstandardisert gjennomsnitt på additiv helseindeks. Innvandrere¹ (2005-2006) og hele befolkningen (2002)



¹ 9 prosent av utvalget er norskfødte med innvandrerforeldre.
Kilde: Levekår blant innvandrere 2005/2006, Statistisk sentralbyrå.

prosent blant innvandrerne og 9 prosent i befolkningen. Også undersøkelsen i 1996 inneholdt noen utsagn egnet til å fange opp indikasjoner på psykiske problemer. Der fant vi òg at tilbøyeligheten til å rapportere psykiske problemer var om lag tre ganger så stor blant innvandrerne som i befolkningen for øvrig.

Helseforskjeller mellom landgruppene

Vi har således fem indikatorer som hver for seg sier noe om innvandrernes og befolkningens helse. Det viser seg å være stor sammenheng mellom indikatorene innbyrdes innenfor hver av populasjonene, og det er derfor legitimt å summere dem til en felles sykdomsindeks. Indeksen løper fra 0 til 26 poeng i hvert av utvalgene (vist kun opp til 15 poeng i figur 3) og har et gjennomsnitt på 7,6 blant innvandrere og 5,1 i befolkningen. Jo høyere verdier, desto dårligere er helsen.

Figur 3 viser helsen til de enkelte landgruppene blant innvandrere og hele befolkningen slik den avtegner seg på helseindeksen. For hver landgruppe presenteres resultatene for kjønnene samlet og hver for seg. Virkningen av at noen innvandrergrupper i utgangspunktet er yngre enn andre og dermed antatt friskere, er her eliminert.

Innvandrere med bakgrunn fra *Irak* og *Tyrkia* er de to landgruppene med størst helseproblemer. Irakere har kortest botid i vårt materiale og er hovedsakelig kommet som flyktninger og familieinnvandrere, mens tyrkiske innvandrere har bakgrunn både som arbeidsinnvandrere, familieinnvandrere og flyktninger (kurdere). På plassene etter Irak og Tyrkia følger innvandrere fra Iran, Pakistan og Chile. Minst sykkelighet rapporteres av innvandrere fra Somalia, Sri Lanka og Bosnia-Hercegovina i tillegg til befolkningen som helhet.

Kvinner sykere enn menn

Menn rapporterer gjennomgående mindre helseproblemer enn kvinner (se figur 3). Innvandrere med bakgrunn fra Sri Lanka (de fleste tamiler) utgjør imidlertid et unntak idet kvinner fra dette landet rapporterer omtrent samme eller bedre helse enn srilankiske menn.

Kjønnsforskjellen i helse er for øvrig størst blant innvandrere fra Irak. Blant menn er det innvandrere fra Tyrkia som har dårligst helse. Derneft følger menn fra Irak og Iran. Blant kvinner er det innvandrere fra Irak som har dårligst helse, etterfulgt av kvinner fra Tyrkia, Pakistan og Chile. Menn fra Somalia og kvinner fra Sri Lanka framstår som de friskeste. Srilankiske kvinner er helsemessig på nivå med kvinner i hele befolkningen.

Alder betyr mer blant innvandrere

Helsetilstanden blir selvfølgelig dårligere med årene. Helsen svekkes imidlertid langt mer med alderen blant innvandrere enn i hele befolkningen (se figur 4). Blant menn i befolkningen øker forekomsten av erkjente helseproblemer først ved overgangen fra aldersgruppen 40-54 år til aldersgruppen 55-70 år. Blant kvinner i befolkningen øker helseproblemerkjenningen gjennom hele aldersforløpet, men ikke særlig sterkt.

Menn og kvinner i befolkningen og innvandrerne er omtrent like friske i den yngste aldersgruppen (16-24 år). Innvandrerne helseproblemer øker siden markert med økende alder, mens innvandrerkvinner har en enda brattere stigning i omfanget av helseproblemer. Innvandrerkvinner rapporterer

litt dårligere helse enn de øvrige gruppene allerede i ung alder og ender på et langt høyere nivå enn innvandrer menn i eldste aldersgruppe (se figur 4).

Sosioøkonomiske forskjeller i innvandrerhelse

Et stort tema i den epidemiologiske (samfunnsmedisinske) litteraturen er i hvilken grad helsen varierer etter sosioøkonomiske skillelinjer som for eksempel utdanning og inntekt. Mange studier viser at slike forskjeller eksisterer (for en oversikt, se NOU 2009:10). Gjennomgående er det de mest ressurssterke gruppene som har den beste helsen (jf. Næss, Rognerud og Strand 2007).

Mulige årsaker til dette diskuteres, og forklaringene spriker (Elstad 2005, Sund og Krogstad 2005). På den ene side finnes de som tror at de høye posisjonene i den sosiale lagdelingen erobres av de friskeste individene, slik at det er helsetilstanden som påvirker hvilken sosial posisjon som nås. På den annen side står de som mener at det er godene eller ulempene forbundet med de sosiale posisjonene som påvirker helsen. Noen vektlegger også livsstilen som gjør seg gjeldende i de ulike sosiale lagene.

Vårt datamateriale gir ikke mulighet til å teste teoriene mot hverandre. I stedet kan vi undersøke om forskjeller i helse etter sosioøkonomiske egenskaper faktisk lar seg påvise blant innvandrerne. Vi finner at slike forskjeller eksisterer i rikt monn. Foruten kjønn, alder og landbakgrunn, som vi allerede har vist betydningen av, spiller intellektuelle eller kognitive ressurser en rolle. Med høyere utdanningsnivå og gode norskkunnskaper følger bedre helse. En liknende rolle spiller sosial kapital i form av venner og ekteskapelig samliv.

Materielle ressurser har også betydning

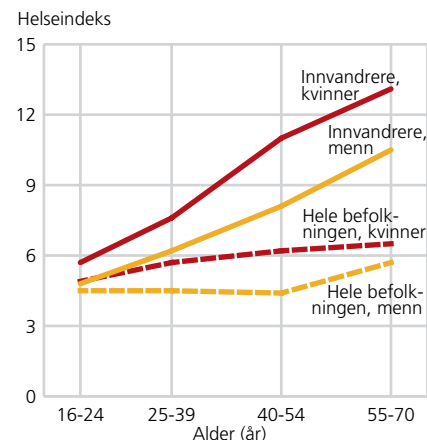
Materielle ressurser har, ikke uventet, også betydning. Personer som er sysselsatte, som har god økonomi og god boligstandard, rapporterer mindre helseplager. De som har opplevd diskriminering og vært utsatt for vold og trusler, gir på den annen side uttrykk for større helseproblemer. Det samme gjelder personer som røyker, er fete (kroppsmasseindeks $>=30$) og som unnlater å mosjonere.

Disse sammenhengene framstår som statistisk utsagnskraftige i modeller med de nevnte forklaringsfaktorene som bakgrunnsvariabler, i tillegg til kjønn, alder og landbakgrunn. En slik modell forklarer 37 prosent av variasjonen i innvandrernes helse. Vi ser også en svak tendens til at personer med flyktningbakgrunn framstår som noe dårligere helsemessig enn personer med opphold på andre grunnlag. Sterk religiøsitet og preferanse for sosial omgang med egne landsmenn tenderer likeledes til å være assosiert med svakere helse.

En annen norsk helseundersøkelse

Folkehelseinstituttet (2003a, 2003b) gjennomførte tidlig på 2000-tallet to epidemiologiske undersøkelser blant bosatte i Oslo, de såkalte HUBRO-undersøkelsene. En rapport fra disse undersøkelsene sammenlikner helsen til fem innvandrergrupper (født i Tyrkia, Iran, Pakistan, Sri Lanka og Vietnam) med helsen til norskfødte fra majoritetsbefolkningen (Kumar mfl. 2008). Rapporten viser at en mindre andel av innvandrerne karakteriserer sin helse som god eller meget god, og en større andel rapporterer kroniske sykdommer og symptomer på psykiske problemer enn hva som er tilfelle blant de norskfødte. Innvandrere er videre mindre fysisk aktive, men til gjengjeld mer restriktive i

Figur 4. Dårlig helse, etter kjønn og alder (16-70 år). Gjennomsnitt på additiv helseindeks. Innvandrere¹ (2005-2006) og hele befolkningen (2002)



¹ Ti landgrupper. 9 prosent av utvalget er norskfødte med innvandrerforeldre.

Kilde: Levekår blant innvandrere 2005/2006 og Levekårsundersøkelsen 2002, Statistisk sentralbyrå.



Referanser

- Blom, S. (1998): *Levekår blant ikke-vestlige innvandrere i Norge*, Rapporter 98/16, Statistisk sentralbyrå. http://www.ssb.no/emner/00/02/rapp_199816/
- Blom, S. (2008): *Innvandrerers helse 2005/2006*, Rapporter 2008/35, Statistisk sentralbyrå. http://www.ssb.no/emner/00/02/rapp_200835/
- Blom, S. (2010): *Sosiale forskjeller i innvanderers helse. Funn fra undersøkelsen Levekår blant innvandrere 2005/2006*, Rapporter 47/2010, Statistisk sentralbyrå. http://www.ssb.no/emner/03/01/rapp_201047/
- Blom, S. og K. Henriksen red. (2008): *Levekår blant innvandrere i Norge 2005/2006*, Statistisk sentralbyrå. http://www.ssb.no/emner/00/02/rapp_200805/
- Blom, S. og J. Ramm (1998): Ikke-vestlige innvanderers helse: Ikke flere syke, men når de først blir syke... *Samfunnsspeilet* 3/98, 12. årgang, s. 6-15. <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/9803/2.shtml>
- Bratsberg, B., K. Røed og O. Raaum (2011): *Yrkesdeltaking på lang sikt blant ulike innvandrergupper i Norge*, Rapport 1/2011, Frischsenteret. http://www.frisch.uio.no/pdf/rapp11_01.pdf
- Elstad, J. I. (2005): *Sosioøkonomiske ulikheter i helse - teorier og forklaringer*, Sosial- og helsedirektoratet, utgitt 07/2005, IS-1282. http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00004/IS-1282_4102a.pdf
- Folkehelseinstituttet (2003a): Helseprofil for Oslo - ungdom, voksne og eldre, Publisert på Internett 27.10.2003, oppdatert 29. 1.2008, Separate rapporter for barn og unge, voksne og eldre. http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,4386:1:0:0::0:0
- Folkehelseinstituttet (2003b): *Innvandrer-HUBRO (Helseundersøkelsen i Oslo 2002)*, Publisert på Internett 27.10.2003, oppdatert 31. 5.2010. http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5670:0:15,1866:1:0:0::0:0
- Gulløy, E. (2008): *Levekår blant innvandrere 2005/2006*, Notater 2008/5, Statistisk sentralbyrå. http://www.ssb.no/emner/00/90/notat_200805/notat_200805.pdf
- Holthe, H., Krokstad, S. og Magnus, P. (2000): *Årsaker til uførepensjonering*, Rapport 2000:5, Statens institutt for folkehelse. <http://www.fhi.no/dokumenter/917FF32ECC374C34AC962E10246480B2.pdf>
- Hougen, H. C. og M. A. Gløbøden (2004): *Samordnet levekårsundersøkelse 2002 - tverrsnittsundersøkelsen*. Dokumentasjonsrapport, Notater 2004/22, Statistisk sentralbyrå. http://www.ssb.no/emner/00/90/notat_200422/notat_200422.pdf
- Idler, E.L. og Y. Benyamini (1997): Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour* 1997, Vol. 38:21-37.
- Kumar, B. N. mfl. (2008): *The Oslo Immigrant Health Profile*, Folkehelseinstituttet, Rapport 2008:7. <http://www.fhi.no/dokumenter/920ab22ad5.pdf>
- NOU 2009:10 (2009): *Fordelingsutvalget*, Norges offentlige utredninger, Finansdepartementet. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/fin/dok/nouer/2009/nou-2009-10.html?id=558836>
- Næss, Ø., M. Rognerud og B.H. Strand red. (2007): *Sosial ulikhet i helse. En faktarapport*, Folkehelseinstituttet, Rapport 2007:1. <http://folk.uio.no/oyvindn/Egne%20artikler/sosial%20ulikhet%20i%20helse%20en%20faktarapport.pdf>
- Strand, B.H., O.S. Dalgard, K. Tambs og M. Rognerud (2003): Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36), *Nordic Journal of Psychiatry*, Vol. 57, s. 113-118.
- Sund, E.R. og S. Krogstad (2005): *Sosiale ulikheter i Norge - en kunnskapsoversikt*, Sosial- og helsedirektoratet, utgitt 10/2005, IS-1304. http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00006/IS-1304_6242a.pdf

omgangen med alkohol. Dessverre var svarprosenten i de to undersøkelsene lav (46 og 40 prosent).

Forklarer redusert sysselsetting

Innvandrere fra de ti landene vi har utvalgt, evaluerer sin helse mindre positivt enn befolkningen under ett gjør. De betrakter sine helseproblemer som mer belastende i hverdagen enn befolkningen og rapporterer også mer psykiske vansker. Likevel er det gjennomsnittlige tallet på sykdommer som innvandrere og befolkningen rapporterer, ikke avgjørende forskjellig.

Sykeligheten øker sterkere med alderen blant innvandrere enn i hele befolkningen. Dette kan bidra til å forklare hvorfor sysselsettingen tenderer til å synke etter 10-15 års botid i Norge blant de største innvandrerguppene fra lavinntektsland som Tyrkia og Pakistan samtidig som andelen på uføretrygd eller rehabiliteringsytelser øker, slik en nylig utkommet rapport fra Frischsenteret viser (Bratsberg, Røed og Raaum 2011).

Forskjellen i helse mellom kvinner og menn er også større blant innvandrere enn i hele befolkningen, og forskjellen øker med alderen. Kvinnene rapporterer dårligst helse. Dertil er det markante helseforskjeller mellom innvanderne etter landbakgrunn. I vårt materiale er det irakere og tyrkere som synes å ha størst helseproblemer, somaliere og srilankere minst.

Undersøkelsen Levekår blant innvandrere 2005/2006 viser også at innvanderers helse varierer etter sosioøkonomiske faktorer. De mest ressurssterke – hva enten det gjelder kognitive, sosiale eller materielle ressurser – oppviser gjennomgående den beste helsen.

Geografiske forskjeller i tvangsinnleggelser

Det er store forskjeller mellom helseforetakene i antall tvangsinnleggelser. Det var et mål i opptrappingsplanen for psykisk helsevern å redusere bruk av tvang, men dette målet har vært vanskelig å nå. Sammenlignet med andre land ligger Norge høyt i bruk av tvangsinnleggelser i forhold til innbyggertall. Innad i Norge finner vi færrest innleggelser på tvang i Førde og flest i Troms/Finnmark.

Et av hovedmålene i Opptrappingsplanen for psykisk helsevern (1999-2008) var mest mulig bruk av frivillighet – behandlingen skulle gis i mest mulig åpne, normaliserte og frivillige former. Men fram til 2004 var det ingen indikasjon på lavere bruk av tvang, snarere tvert i mot. Fra 2004 har antall tvangsinnleggelser per 10 000 innbyggere, senere i artikkelen kalt tvangs-rater, holdt seg relativt stabilt (se tekstboks).

Brukerorganisasjonene Mental Helse Norge og Landsforening for Pårørende innen Psykiatri satte søkelys på den høye tvangsbruken på begynnelsen av 2000-tallet, noe som blant annet medvirket til at Sosial- og helsedirektoratet i 2006 publiserte en tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern. Tiltaksplanen hadde fire hovedmålsettinger: økt frivillighet, kvalitetssikret bruk av tvang, økt kunnskap og bedre dokumentasjon av tvangsbruk (Helsedirektoratet 2006).

Sammenligninger på tvers av land

Sammenlignet med andre land ligger Norge høyt i bruk av tvangsinnleggelser for voksne i forhold til innbyggertall. Sammenligninger på tvers av landegrenser er imidlertid ofte problematiske fordi forskjeller i lovverk, kvalitet på statistikk, fordeling av oppgaver mellom tjenester og så videre kan påvirke tal-

Lovgrunnlag

Bruk av tvang i psykisk helsevern er regulert i lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, psykisk helsevernloven (lov 2. juli 1999 nr. 62) med forskrifter. Tvang i psykisk helsevern (kapittel 3, psykisk-helsevern-loven) kan deles i tre: tvangsinnleggelser, tvangsbehandling (for eksempel medikamentell behandling) og bruk av tvangsmidler (for eksempel beltelegging).

Forutsetningen for en tvangsinnleggelse er at pasienten har en alvorlig sinnslidelse, og etablering av tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen enten

a) får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret (behandlingskriteriet), eller

b) utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse (farekriteriet).

I tillegg må frivillighet ha vært forsøkt, og tvangsinnleggelsen må etter en helhetsvurdering være den beste løsningen. En tvangsinnleggelse kan enten skje som tvangsinnleggelse i institusjon til «tvungent psykisk helsevern», eller som «tvungen observasjon» i inntil ti dager, før ny vurdering blir gjort.

I denne artikkelen er det kun fokusert på tvangsinnleggelser. Det er ulik praksis mellom helseforetakene i bruk av tvungent psykisk helsevern og tvungen observasjon. Derfor har vi valgt å slå disse tallene sammen.

Geir Hjemås



Geir Hjemås er sosiolog og rådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk. (geir.hjemas@ssb.no)



Inndeling i opptaksområder for helseforetakene

Norge var i 2009 delt opp i 20 offentlige soner for psykisk helsevern, i tillegg kommer de private sykehusene Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus, som alene har ansvaret for seks bydeler i Oslo.

Fra og med 2009 ble Ullevål universitetssykehus, Aker universitetssykehus og Rikshospitalet slått sammen til Oslo universitetssykehus. Vi har valgt å se på Ullevål og Aker hver for seg. Rikshospitalet er ikke relevant i denne sammenheng fordi de kun behandler somatiske lidelser. For å se på Oslo totalt må man også inkludere de private sykehusene Lovisenberg/Diakonhjemmet.

I 2009 ble Sykehuset Buskerud, Blefjell sykehus, Ringerike sykehus og Sykehuset Asker og Bærum slått sammen til Vestre Viken. Også her er det valgt å se på opptaksområdene hver for seg. Vi har i artikkelen valgt å dele Blefjell sykehus mellom Sykehuset Buskerud og Sykehuset Telemark.

For Nord-Norge er Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset slått sammen. Sistnevnte har ingen institusjoner godkjent for tvangsinnleggelser, og henviser sine tvangspasienter til Nordlandssykehuset. Det samme gjelder for Helse Finnmark som henviser sine tvangspasienter til Universitetssykehuset i Nord-Norge (Troms).

Hålogalandssykehuset ble i 2007 nedlagt og delt mellom Nordlandssykehuset og Universitetssykehuset i Nord-Norge. For enkelhets skyld har vi valgt å fordele Hålogaland på Nordlandssykehuset og Universitetssykehuset i Nord-Norge også for perioden før delingen i 2007. Det kan føre til at enkelte tvangsinnleggelser har blitt plassert i feil opptaksområder, men Hålogaland hadde i perioden 2003-2006 veldig få tvangsinnleggelser.

lene. Norge er et av få land som anvender tvungen observasjon. De fleste land har kun tvungent psykisk helsevern. Tvungen observasjon blir som regel brukt når man er i tvil om tvungent helsevern er nødvendig. Det kan være med på å forklare at Norge har en høyere tvangsrate enn andre land (Hatling 2002). Kvaliteten på statistikken over tvangsinnleggelser i mange land i Europa er svært dårlig. Man bør derfor være forsiktig med å legge for mye i rangeringer mellom land (Mulder 2005).

Det er store forskjeller innad i Norge i bruk av tvangsinnleggelser. Fra 8,5 tvangsinnleggelser per 10 000 innbyggere i Helse Førdes område (se figur 1) til 35 i området til Universitetssykehuset i Nord-Norge (Troms og Finnmark) (se tekstboks). På grunn av problemer med datakvalitet hos Helse Midt-Norge er ikke dette helseforetaket med, og det er derfor ikke mulig å gi tall for hele landet. Flere helseforetak har også problemer med datakvaliteten bakover i tid, noe som også vanskeligjør tidsserier.

Ulik tolkning av loven ...

Det finnes mange faktorer som kan bidra til å forklare hvorfor det er regionale forskjeller i antall tvangsinnleggelser. I grove trekk kan man peke på to hovedårsaker: ulik lovfortolkning (se tekstboks om lovgrunnlag) og ulik befolkningssammensetning.

Det er vanskelig å måle i hvilken grad helseforetakene tolker loven forskjellig eller har ulik praksis. Helseforetakene er ikke den eneste aktøren som påvirker tvangsratene. Kommunehelsetjenesten (legevakten, fastlegen og så videre) er instansene som henviser pasientene til en tvangsinnleggelse. Uten denne henvisningen kan ikke pasientene tvangsinnlegges av helseforetakene.

En undersøkelse fra Psykiatrisk legevakst i Oslo viste at sannsynligheten for å bli henvist til en tvangsinnleggelse i stor grad var avhengig av hvilken psykiater som mottok pasienten. En psykiater henviste 60 prosent av sine pasienter til tvang, mens en annen henviste kun 15 prosent (Psykisk helse nr. 2, 2009). Dette kan være eksempel på ulik lovfortolkning mellom enkeltpersoner, og det er sannsynlig at slike forskjeller også vil kunne vise seg mellom helseforetak.

... og ulik befolkningssammensetning

Pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern skårer dårligere på sosiodemografiske variabler som inntekt, utdanning og boforhold enn de pasientene som behandles frivillig. En stor del av pasientene som blir tvangsinnlagt, er bostedsløse, om lag 40 prosent. Det kan tyde på at ressursvake personer har en større sjanse til å bli tvangsinnlagt enn de mer ressurssterke. De som var tvangsinnlagt, var stort sett uføretrygdde, enslige og med lite utdanning etter grunnskolen, og mange var i tillegg bostedsløse. Fattigdom kan altså virke inn på evne og mulighet til å mestre psykiske lidelser (Helsetilsynet 2006).

Men psykiske problemer kan også virke inn på sosiodemografiske variabler. Psykiske lidelser bidrar negativt når det gjelder utdanning og yrkesliv, men også overfor etablering og opprettholdelse av sosiale relasjoner og sosialt nettverk, inklusive ekteskap og familie (Helsetilsynet 2006).

Over halvparten av Norges sprøytenarkomane oppholder seg i Oslo. Sprøytenarkomane, andre rusavhengige og bostedsløse er svært utsatt for psykiske problemer. Ikke-vestlige innvandrere kan også være spesielt utsatt for psy-

kiske plager og lidelser, blant annet på grunn av dårligere inntekt, høyere arbeidsledighet, språklige og kulturelle tilpasningsvansker og traumatiske opplevelser (Rognerud og Holte 2004). Denne gruppen er også overrepresentert i Oslo.

Etter trikkedrapet i Oslo i 2004 utførte Ullevål universitetssykehus en revisjon av organisasjonsstrukturen for akuttpsykiatrisk avdeling, holdningsendring og kompetanseløft. Det kan være én av årsakene til at Oslo har såpass lave tvangsrate på tross av at Oslo har en stor andel av risikogrupper. Det er imidlertid vanskelig å dokumentere nedgangen i tvangsinnleggelser for Ullevål da tallene fram til 2008 ikke er av god nok kvalitet.

Endring av opptaksområde ...

Opptaksområdet for Oslo og Akershus (Helse Sør-Øst) endret seg i 2005. Bydelene Grorud og Stovner ble overført til Akershus universitetssykehus fra Aker universitetssykehus. Disse bydelene skårer dårlig på sosiodemografiske variabler som inntekt, utdanning og boforhold. Samtidig ble Follo-kommunene (Nesodden, Frogn, Oppegård, Ski, Vestby og Ås) overført fra Sykehuset Asker og Bærum til Aker universitetssykehus. Disse kommunene skårer høyt på disse variablene.

Endringen i opptaksområde ga store utslag i tvangsratene for de tre helseforetakene. Som figur 2 viser, går tvangsraten for Aker universitetssykehus markant ned fra 2004 til 2005, samtidig som den går opp for de to sykehusene Akershus universitetssykehus og Sykehuset Asker og Bærum. Spekulativt kan man forklare Akers nedgang med at de mistet to bydeler som skårer lavt på sosiodemografiske variabler, og i retur fikk kommuner som skårer høyt. Akershus universitetssykehus som overtok bydelene Grorud og Stovner, fikk samtidig en økning i sine tvangsrate.

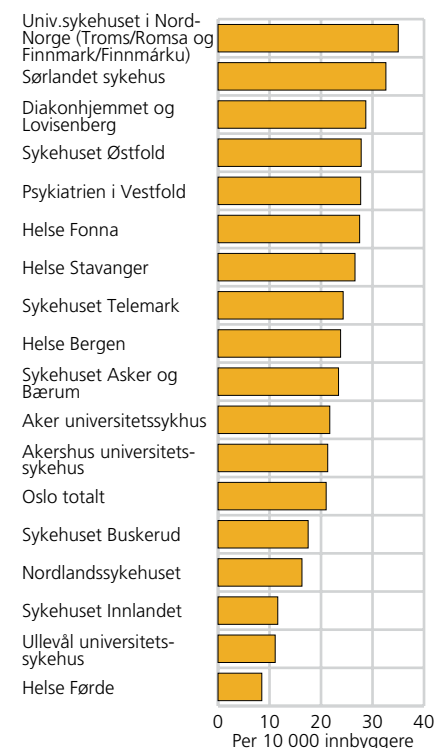
Noe mer overraskende er det at tvangsraten økte for Sykehuset Asker og Bærum etter at de mistet Follo-kommunene. Det er ingen åpenbare årsaker til at Asker og Bærum skal ha en høyere andel med tvangsinnleggelser enn Follo-kommunene. Alle disse kommunene skårer relativt likt på variablene inntekt, utdanning og boforhold. Det kan være mange faktorer som spiller inn. En mulig forklaring kan være ulikheter i tilbudet fra kommunehelsetjenesten.

... men relativt stabil tvangsrate

I etterkant av endringen har tvangsraten for de tre helseforetakene vært relativt stabil. Ser man på de tre opptaksområdene samlet, var det ingen vesentlig endring i det totale antallet tvangsinnleggelser mellom 2004 og 2005. Dette kan være en indikasjon på at regionale forskjeller i tvangsrate delvis kan forklares med ulik sosiodemografisk sammensetning i opptaksområdene. Tallene som rapporteres inn til Statistisk sentralbyrå, er summariske og gir ingen informasjon om hvilken bostedsadresse pasienten har. Det er derfor vanskelig å si om endringene i tvangsratene for disse sykehusene henger sammen med endringene av opptaksområde.

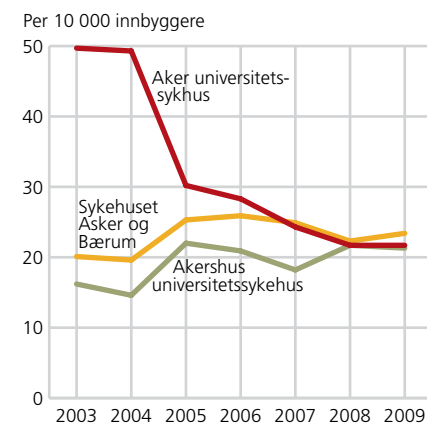
Fra og med 2011 overtar Akershus universitetssykehus ansvaret for bydelen Alna og Follo-kommunene (tilhører i dag Aker). Med utgangspunkt i resultatet av endringen i opptaksområdet Oslo og Akershus i 2005 er det ikke usannsynlig at tvangsratene for Akershus og Aker på nytt vil endres som en konsekvens av at Follo-kommunene blir inkludert i opptaksområdet i 2011.

Figur 1. **Tvangsinnleggelser¹ per 10 000 innbyggere over 18 år, etter helseforetak. 2009**



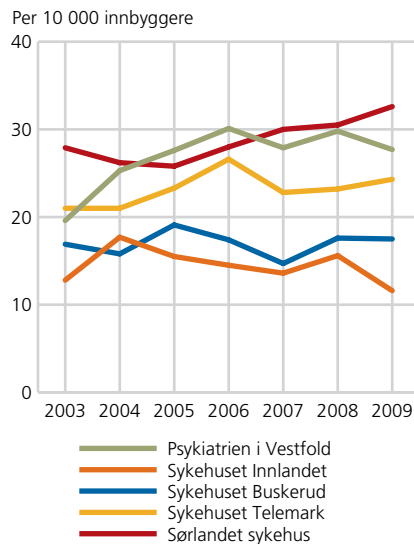
¹ Inkluderer tvungen psykisk helsevern og tvungen observasjon.
Kilde: Spesialisthelsetjenestestatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Figur 2. **Tvangsinnleggelser¹ per 10 000 innbyggere over 18 år for Akershus og Aker universitetssykehus og Sykehuset Asker og Bærum. 2003-2009**



¹ Inkluderer tvungen psykisk helsevern og tvungen observasjon.
Kilde: Spesialisthelsetjenestestatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Figur 3. Tvangsinnleggelser¹ per 10 000 innbyggere 18 år og eldre, etter helseforetak. Helse Sør-Øst med unntak av Oslo og Akershus. 2003-2009



¹ Inkluderer tvungen psykisk helsevern og tvungen observasjon.
Kilde: Spesialisthelsetjenestestatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Store forskjeller mellom helseforetakene

Tvangsraten har vært relativt stabil for de resterende opptaksområdene i Helse Sør-Øst fra 2003 til 2009 (se figur 3). Forskjellene mellom områdene er likevel store. Tvangsraten for Sykehuset Sørlandet er blant de høyeste i Norge, mens Sykehuset Buskerud og Sykehuset Innlandet har lave tvangsrate. Sørlandet (Aust- og Vest-Agder) har blant de høyeste andelen av uførepensjonister under 50 år i Norge. I denne gruppen er det mange med psykiske lidelser (Mykletun og Knudsen 2009). På den annen side har også Hedmark, som sammen med Oppland utgjør Sykehuset Innlandet, en høy andel uførepensjonister under 50 år, men de har altså likevel en lav tvangsrate.

Helse Vest har fra 2003 til 2009 hatt store variasjoner i tvangsrate (se figur 4). Helse Stavanger har redusert antall tvangsinnleggelser med 10 prosent, mens i Helse Bergen har antall tvangsinnleggelser gått ned med 17 prosent. For Bergen skjedde den største nedgangen fra 2003 til 2004. Helse Fonna har derimot hatt en økning i tvang på nesten 40 prosent. Hele økningen kom mellom 2006 og 2007.

For både Helse Bergen og Helse Fonna er det vanskelig å peke på noen klar årsak til de store endringene fra det ene året til det andre, de kan like gjerne skyldes varierende datakvalitet som reelle endringer. Helse Førde har i perioden 2003-2009 hatt den laveste tvangsrate i hele Norge. I 2009 var den på 8,5 tvangsinnleggelser per 10 000 innbyggere.



Flest tvangsinnleggelser i Troms og Finnmark

I Helse Nord er det stor forskjell i tvangsraten mellom Nordlandssykehuset og Universitetssykehuset i Nord-Norge (Troms/Finnmark) (se figur 4). Nordland har vesentlig færre tvangsinnleggelser enn Troms/Finnmark som hadde flest tvangsinnleggelser per 10 000 innbyggere i 2008 og 2009.

Store geografiske avstander til nærmeste institusjon godkjent for tvangsinnleggelser kan være en forklaring på hvorfor tvangsraten i Nordland er lav. Det er kun Nordlandssykehuset i Bodø som er godkjent for tvang for hele opptaksområdet, noe som innebærer stor avstand til nærmeste institusjon for befolkningen i for eksempel Mosjøen og Mo i Rana. Den samme situasjonen har man også for Universitetssykehuset i Nord-Norge. For befolkningen i Finnmark ligger nærmeste institusjon i Tromsø.

Universitetssykehuset i Nord-Norge har likevel vesentlig flere tvangsinnleggelser enn Nordlandssykehuset og er det helseforetaket som har høyest tvangsrate, noe som svekker antakelsen om at geografisk avstand alene kan forklare nivået på tvangsraten. Her vil nok ulike lovfortolkning og sosiodemografiske variabler spille inn. Andelen som mottar sosialstønad i Finnmark, er blant de høyeste i Norge (KOSTRA, Statistisk sentralbyrå).

Kommunehelsetjenesten har en viktig rolle

Det er ikke realistisk å se for seg null tvangsinnleggelser, men hva som er et akseptabelt nivå, vil være åpent for diskusjon. Ansvaret for å få ned antallet ligger ikke hos helseforetakene alene. Kommunehelsetjenesten har et like stort ansvar. Helseforetakene kan ikke tvangsinnlegge pasienter med mindre de er henvist etter tvang fra kommunehelsetjenesten.

Mange av tvangsinnleggelsene innenfor psykisk helsevern er relatert til rus. I forbindelse med opptrappingsplanen i rus og utbygging av rustilbudet kan antall tvangsinnleggelser innenfor psykisk helsevern gå ned på bekostning av en økt tvangsbruk innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det vil derfor bli viktig å se på de to tjenestene samlet når man skal vurdere utviklingen for tvangsratene framover.

Datagrunnlag

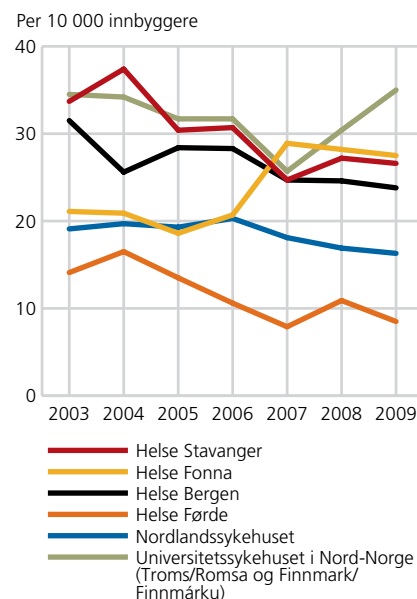
Opplysningene om tvangsinnleggelser for voksne er hentet fra SSBs årlige innsamling av data fra spesialisthelsetjenesten. Dataene samles inn ved hjelp av skjema. Det er spesialistvedtak ved innleggelsen på institusjonen som skal telles, men noen institusjoner har oppgitt antall tvangshenvisninger istedenfor tvangsinnleggelser, noe som gir for høye tall. I de tilfellene man vet at dette har skjedd, er de disse tallene ikke benyttet.

Pasienter som er blitt tvangsinnlagt ved et akuttinntak og senere overført til en annen institusjon/avdeling, er i enkelte tilfeller blitt registrert flere ganger. Der dette er oppdaget, er tallene korrigert.

Tall fra Helse Midt-Norge er ikke med på grunn av mangelfull datakvalitet. Det er derfor ikke mulig å vise tvangsreter på landsnivå.

Enkelte helseforetak har fått estimert én årgang med tvangstall grunnet dårlig kvalitet, basert på tall fra året før og etter, og tilbakemeldinger fra helseforetaket. Det er ikke brukt estimerte tall for 2009.

Figur 4. Tvangsinnleggelser¹ per 10 000 innbyggere over 18 år, etter helseforetak. Helse Vest og Helse Nord. 2003-2009



¹ Inkluderer tvungen psykisk helsevern og tvungen observasjon.
Kilde: Spesialisthelsetjenestestatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Referanser

- Hatling, Trond (2002): «Bruk av tvang innenfor psykisk helsevern», i Norvoll, Reidun (red.), Samfunn og psykiske lidelser: samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon, Gyldendal Akademisk Forlag AS.
- Helsedirektoratet (2006): Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern, (IS 1370), Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsetilsynet (2006): Bruk av tvang i psykisk helsevern, Rapport 4/2006, Oslo: Statens helsetilsyn, 2006.
- Mulder, C. L. (2005): Variations in involuntary commitment in the European Union, The British Journal of Psychiatry (2005) 187:91-92.
- Mykletun, A, Knudsen, A.K. (2009): Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser: en analyse basert på FD-trygd, Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2009. rapport nr.: 2009:4.
- Psykisk helse nr. 2. (2009): Tvangsinnleggelser: Stort sprik fra lege til lege, Psykisk helse nr. 2, 2009.
- Rognerud, M. og A. Holte (2004): Hva vet vi om forskjeller i psykiatrisk sykkelighet? Med spesiell vekt på forskjeller innen Oslo og forskjeller mellom Oslo, Helse øst og resten av landet, Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Hvor mange kvinner dør i svangerskap?

Mødredødeligheten i den rike del av verden er lav, men i mange utviklingsland er det stor risiko forbundet med svangerskap og fødsel. Arbeidet med å få ned antall dødsfall blant mødre har fått mer oppmerksomhet de siste årene fordi det er definert som et av FNs tusenårsmål. Dermed har også behovet for gode data økt. Det er svært vanskelig å måle mødredødelighet, og anslagene viser seg å variere mye. Ifølge Verdens helseorganisasjon er vi bare halvveis til målet, men for mange land med høy dødelighet finnes det svært lite data, og det er derfor stor usikkerhet knyttet til anslagene.

Susie Jentoft,
Vibeke Oestreich Nielsen
og Dag Roll-Hansen

FNs tusenårsmål

Alle målene er rettet mot å redusere fattigdommen og bedre kårene for de dårligst stilte i verden. De åtte målene er til sammen delt inn i 60 ulike indikatorer som i praksis er statistikk over blant annet helsesituasjon, tilgang på rent drikkevann og inntekt.

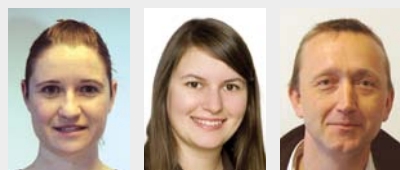
FNs tusenårsmål nummer fem er å bedre mødres helse. Et av to delmål er å redusere sannsynligheten for å dø som en følge av svangerskap og fødsel med tre fjerdedeler fra 1990 til 2015.

FN definerte i år 2000 åtte målsettinger for verdens utvikling fram mot 2015, de såkalte tusenårsmålene (se tekstboks). Mødres helse er et av temaene FN fokuserer på. Det omfatter både en målsetting om at alle mødre skal ha et tilfredsstillende helsetilbud, og å redusere andelen mødre som dør. I denne artikkelen ser vi på hvorfor det er vanskelig å måle dødeligheten, og hva som kan gjøres for å forbedre anslagene.

Mødredødelighet før og nå

Mødredødeligheten i Norge er blant de laveste i verden, og i 2008 var det kun sju mødre som døde per 100 000 levendefødte (WHO 2010). Mødredødeligheten har ligget jevnt på dette nivået i Norge de siste 30 årene (se figur 1). I antall blir dette om lag fire døde mødre årlig. Men det har ikke alltid vært slik; for litt over 100 år siden var mødredødeligheten i Norge på nesten 900 per 100 000 levendefødte (Wangensteen mfl. 2003). Det er ikke ulikt situasjonen i Øst-Afrika i dag.

Det er store forskjeller i hvor mange mødre som dør i ulike deler av verden. Flest dødsfall per fødsel finner vi i Afrika (se figur 2). Situasjonen er best i Europa. Den største nedgangen i mødredødelighet finner vi i Sørøst-Asia. Kina gir et viktig bidrag til nedgangen av mødredødelighet i Asia. Der har dødeligheten gått ned med hele 66 prosent fra 1990 til 2008 (WHO 2010).

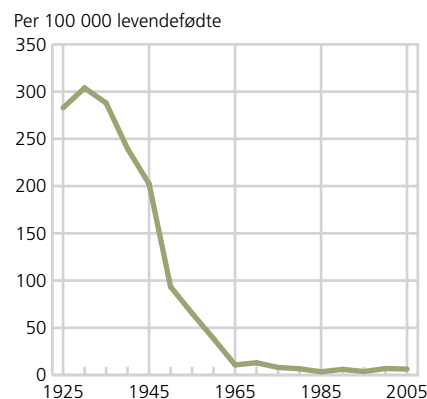


Susie Jentoft (t.v.) er statistiker, biolog og førstetekonsulent i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for statistiske metoder og standarder. (susie.jentoft@ssb.no)

Vibeke Oestreich Nielsen er samfunnsøkonom og seniorrådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for internasjonalt utviklingssamarbeid. (vibeke.nielsen@ssb.no)

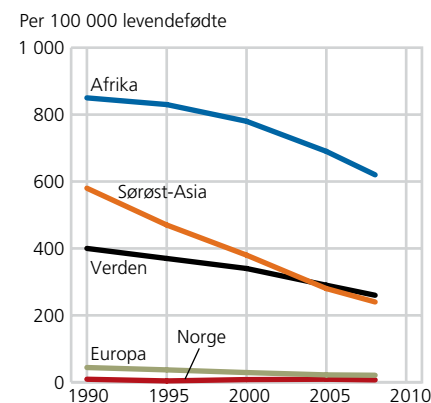
Dag Roll-Hansen er sosiolog og seniorrådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for internasjonalt utviklingssamarbeid. (dag.roll-hansen@ssb.no)

Figur 1. Antall mødredødsfall i Norge per 100 000 levendefødte (MMR). 1925-2005



Kilde: Dødsårsaksstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Figur 2. Internasjonale estimater på antall mødredødsfall per 100 000 levendefødte (MMR). 1990-2008



Kilde: WHO 2010.

Ser vi på dødeligheten i enkeltland, er Afghanistan det landet i verden der kvinner har størst sannsynlighet for å dø av forhold knyttet til svangerskap og fødsel. Blant unge afghanske kvinner kan en forvente at en av elleve vil dø av slike årsaker. I det sørlige Afrika vil en av 31 dø, mens den tilsvarende sannsynligheten i den utviklede del av verden kun er en av 4 300 (WHO 2010).

FN har estimert at 358 000 mødre døde i forbindelse med svangerskap og fødsel i 2008. Hele 99 av 100 dødsfall skjedde i utviklingsland. Det viser at mødredødelighet først og fremst er et fattigdomsproblem (WHO 2010). De fleste dødsfall og skader kan unngås ved relativt enkle virkemidler som økt kunnskap om svangerskap og tilgang på kvalifisert helsepersonell.

FNs tall på mødredødelighet

Det er svært vanskelig å måle mødredødelighet, og i flere land der dødeligheten er høy, er det svært lite data tilgjengelig. FN baserer derfor anslagene sine i stor grad på statistiske modeller (se tekstboks om modellen for beregning av mødredødelighet). Ofte er ikke metodene som brukes, kjent, men i september 2010 publiserte Verdens helseorganisasjon (WHO) for første gang tall på mødredødelighet der beregningsgrunnlaget også ble offentliggjort.

Å bruke modeller til å beregne mødredødelighet fører med seg både muligheter og utfordringer. En viktig fordel med en modellbasert tilnærming er muligheten til å gi tall som er lettere å sammenligne over landegrenser, over tid og mellom ulike måter å samle inn data på.

En viktig utfordring ligger i å ikke fjerne seg for mye fra innsamlede data. Hvis en modell ikke er basert på gode data, kan den legge for stor vekt på forhold som ikke direkte har noe med mødredødelighet å gjøre. Et eksempel på det er at mødredødelighet i WHOs delvis forklares ved utviklingen i bruttonasjonalprodukt (BNP). Vi vil komme tilbake til det.

Kvaliteten på data som ligger til grunn for beregninger av mødredødelighet, er følgende viktig også når de går inn som del av en statistisk modell. Et annet problem med modeller av denne typen er at ikke bare nåtidige tall endrer seg når nye data legges inn i modellen. Hele tidsserien tilbake til 1990 vil kunne endres av at nye data legges til.

Offentliggjorte tall fra WHO

Tallene som ble offentliggjort av WHO i september 2010, gir seg ut som å være sammenlignbare mellom 172 land fra 1990 til 2008. For 24 av landene er det likevel ikke brukt en eneste observasjon som grunnlag for beskrivelsen av utviklingen (WHO 2010).

En annen utfordring som følger av utstrakt bruk av modellering, er at det for mange land ikke vil ha noen hensikt å samle inn egne data. Uavhengig av om de samler inn data eller ikke, vil modellerte data fra internasjonale institusjoner bli lagt til grunn i alle sammenhenger som betyr noe. Bruk av modeller kan derfor bidra til at det samles inn færre data til kunnskapsbasert samfunnsplanlegging.

WHO baserer ikke alle tallene sine på modellering. For de landene som har administrative systemer som fanger opp minst 80 prosent av dødsfallene, velger WHO å ha tillit til systemene framfor å modellere utviklingen. Begrun-

Modellen for beregning av mødredødelighet

Modellene som brukes, er vanligvis hierarkiske regresjonsmodeller. I tillegg til å bruke tilgjengelige anslag på andelen mødredødsfall av totalt antall døde kvinner i reproduktiv alder (PMDF), er modellen basert på andre variabler som kan forklare utviklingen i mødredødelighet i de ulike landene.

WHOs estimerer er basert på en modell som inneholder tre nøkkelforklari-
ngsvariabler: *brutto nasjonalprodukt per capita* (BNP), *fruktbarhetsrate* og *andelen mødre med kvalifisert helsepersonell til stede ved fødsel*.

Disse tre variablene speiler ulike sider i samfunnet som har vist seg å påvirke mødredødeligheten. I tillegg inkluderer WHOs modell tilfeldige effekter av land, region og en andel av hiv/aidsdødsfallene blant gravide kvinner.

Hittil har Health Metrics and Evaluation (IHME) brukt andre forklaringsvariabler slik som kvinnelig utdanningsnivå og spedbarnsdødelighet i sine beregninger.

WHOs modell brukes til å beregne PMDF til forskjellige tidspunkter. Etterpå blir PMDF forandret tilbake til en justert MMR. I justeringene brukes internasjonale tall – kvinners dødelighet fra WHOs egne databaser og antall levendefødte fra FNs befolkningsfond.

Statistisk sentralbyrås bidrag til arbeidet mot mødredødelighet

Statistisk sentralbyrå bistår i arbeidet med å forbedre FNs tall på mødredødelighet, og har blitt invitert til å sitte i en teknisk arbeidsgruppe som samarbeider om beregningene med Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group (MMEIG). Den består av representanter fra Verdens helseorganisasjon (WHO), FNs barnefond (UNICEF), FNs befolkningsfond (UNFPA) og Verdensbanken.

Definisjoner av mødredødelighet

Det er viktig å definere betingelser på en tydelig måte for sammenligninger. WHO definerer mødredødelighet som en kvinnes dødsfall i forbindelse med graviditet eller inntil 42 dager etter avsluttet svangerskap, uavhengig av varighet av graviditeten, men med unntak av ulykker og tilfældige hendelser. Noen land inkluderer også dødsfall mellom 42 dager og ett år etter fødsel. Det er ikke alltid mulig å bestemme om årsaken til et dødsfall skyldes svangerskap, særlig når dødsattester er ufullstendige.

Metoder å måle mødredødelighet på

Mødredødelighet er vanligvis målt som andelen mødredødsfall per 100 000 levende-fødsler (MMR). Dette er hovedindikatoren som brukes av WHO. For et bestemt år:

$$MMR = \frac{\text{Antall mødredødsfall}}{\text{Antall levendefødsler}} \times 100\,000$$

Alternative målemetoder inkluderer:

- mødredødelighetsrate per 100 000 kvinner i reproduktiv alder (MMRate)
- andelen mødredødsfall av totalt antall døde kvinner i reproduktiv alder (PMDF)

$$PMDF = \frac{\text{Antall mødredødsfall}}{\text{Antall dødsfall blant kvinner i alderen 15-49 år}}$$

- Sannsynligheten for kvinner i reproduktiv alder for å dø som følge av graviditet eller fødsel.

Men mødredødsfall kan være vanskelige å definere. Svangerskap øker risikoen for dødsfall forårsaket av mange sykdommer, for eksempel hiv/aids, og det kan da være vanskelig å avgjøre hva som er faktisk dødsårsak. Om en kvinne dør på grunn av komplikasjoner ved fødsel, men mange måneder etterpå, kan det også være vanskelig å bestemme dødsårsak.

nelsen for det er at en ønsker å gi resultater som er nær de opprinnelige dataene når det oppfattes som mulig.

Konkurrerende tall

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) publiserte i april 2010 en artikkel (Hogan mfl. 2010) med estimerer på mødredødelighet basert på modellberegninger. Artikkelen ble publisert i det anerkjente medisinske tidsskriftet The Lancet. Det ga støtet til en diskusjon om metoder for beregninger av mødredødelighet, som i sin tur førte til at også WHO reviderte sine modeller og begynte å publisere metodene de bruker for å gi tall på mødredødelighet.

Offentliggjøringen gjør det mulig å diskutere, kritisere og foreslå bedre metoder for å beregne hvor mange mødre som dør på grunn av svangerskap og fødsel. Dessverre gjør ikke IHME forutsetningene

som ligger til grunn for deres beregninger tilgjengelig for andre. Vi vet for eksempel ikke om de regner med dødsfall som skyldes hiv/aids blant mødredødsfallene.

Tidligere publiserte ulike FN-organer forskjellige tall på mødredødelighet, basert på ulike metoder. Nå er WHO utpekt til å estimere FNs tall på mødredødelighet. Alle FN-institusjoner skal følgelig legge WHO's tall for mødredødelighet til grunn.

Hvorfor er det så vanskelig å måle mødredødelighet?

Mødredødelighet beregnes som regel ut fra tre tall. For det første må en kunne si hvor stor andel av dødsfallene blant kvinner i fertil alder som skyldes svangerskap eller fødsel (se om PMDF i tekstboks om definisjoner på mødredødelighet). Det forutsetter at en er i stand til å skille dødsfall som skyldes svangerskap og fødsel, fra andre dødsfall. For det andre må en ha et tall på hvor mange kvinner i fertil alder som dør. For det tredje må en vite hvor mange barn som blir født levende. Det er usikkerhet knyttet til alle disse målene.

Når en lager en indikator som er basert på flere usikre tall, blir usikkerheten til indikatoren svært stor. At målene knytter seg til antall levendefødte og ikke antall svangerskap, er nok et resultat av at fødsler er lettere å måle. Ideelt sett burde vi ha målt antall svangerskap. Forskjeller i definisjoner, målemetoder, modeller, datakilder og datakvalitet der data er tilgjengelig, gjør det videre vanskelig å sammenligne dødeligheten mellom regioner, land og over tid (se tekstboks).



I forsøk på å gjøre informasjonen mer forståelig og tilgjengelig har WHO, sammen med andre internasjonale organisasjoner, utviklet og harmonisert prosedyren for mødredødelighetsindikatorne (WHO 2010).

Mens mange land i den rike delen av verden har gode registerdata, har de aller fleste land ikke fullstendig data om dødsfall med de underliggende årsakene. Derfor har WHO beskrevet seks ulike hovedkilder for data som kan brukes til å beregne dødelighetsratene (MMR) (se tekstboks). Hvis registerdata er tilgjengelig og komplett, skal de brukes. I land hvor de ikke er tilgjengelige eller er ufullstendige, brukes andre kilder, som for eksempel spørreundersøkelser. Alle datakildene har ulike fordeler og ulemper. Det kan bidra til skjevheter som vanskeliggjør måling og sammenligning av mødredødelighet.

For få registreres

Registerdata er ikke av like god kvalitet i alle land. Det blir brukt ulike definisjoner og metoder for å registrere dødsfall. Blant annet er det slik at svangerskapsstatus ofte ikke blir registrert på dødsattesten. I mange land der aborter er ulovlig eller er sosialt uakseptert, foregår inngrepet i hemmelighet og kommer derfor heller ikke med som dødsårsak i registrene. Dette bidrar til usikkerhet i registerdata.

Mange undersøkelser har funnet en underrapportering av mødredødsfall i registrene. En utredning i Finland viste blant annet at informasjon hentet fra dødsårsaksregisteret gir betydelig underrapportering av mødredødeligheten (Gissler mfl. 2004). En viktig grunn til dette er at graviditet ikke vidererapporteres innad i helse-systemet. Selv om helsesystemet har registrert at kvinnen er gravid,



Seks datakilder for WHO's MMR-estimer

Registerdata: Rutinemessig registrering av fødsler og dødsfall

Husholdningsundersøkelser: Spørreundersøkelser til husholdninger, med spørsmål om blant annet fødsler og dødsfall

Søskenstudier: Kartlegger om voksne søstre til et representativt utvalg er i live. Dødsårsak kartlegges for dem som ikke lenger er i live.

Spesielle studier (Reproduktive-alders-dødelighets-studier RAMOS): Undersøker flere datakilder for å finne dødsårsaken til et mindre utvalg kvinner i reproduktiv alder.

Verbale obduksjoner: Dødsårsak etableres ved hjelp av intervjuer av familie eller medlemmer av lokalsamfunnet.

Folketelling: Ved hjelp av et mindre antall tilleggsspørsmål vil de fleste folketellinger kunne gi tall på mødredødelighet på små geografiske områder.

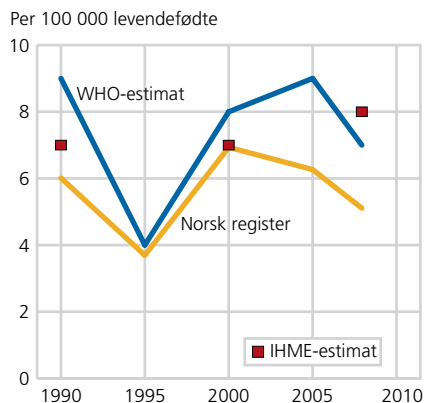
Kilde: WHO (2010).

Skjev registrering

I mange land fokuseres det mye på arbeid mot mødredødelighet. Noen steder gir det seg utslag i at mødredødsfall alltid blir etterprøvd. Hvis det er grunnlag for å klandre en lege som kan knyttes til dødsfallet, kan vedkommende miste retten til å praktisere som lege. Det gjør at leger ofte vil velge å dekke over mødredødsfall, og i stedet rapporterer andre dødsårsaker.

Videre oppover i rapporteringskjeden er det også sanksjoner forbundet med å rapportere høye tall på mødredødelighet. Samlet vil det kunne føre til en vesentlig underrapportering av mødredødelighet. Det samme vil kunne gjelde andre emner som er gjenstand for stor politisk oppmerksomhet.

Figur 3. Antall mødredødsfall per 100 000 levendefødte (MMR) i Norge, etter tre ulike metoder. 1980-2008



Kilde: Dødsårsaksstatistikk, Statistisk sentralbyrå, WHO 2010 og Hogan mfl. (IHME), 2010.



er det altså ikke gitt at denne informasjonen er tilgjengelig for helsepersonell når dødsårsak registreres.

Resultatene fra flere tilsvarende studier viste at den reelle mødredødeligheten er gjennomsnittlig 1,5 ganger høyere enn registertallene. Derfor bruker WHO denne faktoren for å beregne mødredødeligheten i land som ikke har gjennomført studier av underdekning i registre. Norge er blant disse landene.

I Norge har vi en lang tradisjon for bruk av registerdata. Dødsfall på grunn svangerskap, fødsel og barseltid har vært dokumentert hvert år i over 100 år. På tross av dette har estimatene til Norge blitt oppjustert av WHO på grunn av mulig underrapportering i registeret (se figur 3). I antall dreier det seg imidlertid om en oppjustering på ett eller to dødsfall i året.

Modellering av mødredødelighet

WHO bruker en modell til å beregne estimater for mødredødelighet i land hvor registerdata ikke er fullstendige nok til å stole på, eller ikke eksisterer i det hele tatt. Dette er tilfellet for 109 av de 172 landene som WHO har med i sine analyser. I flere av disse landene finnes kun få data tilgjengelig. De er ofte basert på husholdsundersøkelser eller lignende studier som er basert på et utvalg av befolkningen. WHO har lagt strenge kriterier til grunn når de anser de ulike datakildene som gode nok. I databasen WHO bruker, er det derfor 24 land som ikke har noen data på mødredødelighet i det hele tatt, blant disse er Angola, Ekvatorial-Guinea, Malaysia, Somalia og Vietnam.

I landene der en bruker informasjon fra husholdsundersøkelser, antas det ofte at dødelighetsratene (MMR) som er rapportert, er for lave. Dette er basert på at kvinnene som blir spurt i disse undersøkelsene, ikke alltid husker eller vet hva som har skjedd med alle søstre. Det kan dessuten være tilfellet at alle søstre i søskenflokkene er døde, da vil ingen kunne spørres. WHO bruker derfor andelen mødredødsfall av totalt antall døde kvinner i reproduktiv alder (PMDF) i modellene i stedet for MMR. Andelen er mer stabil ettersom også totalt antall døde kvinner sannsynligvis er underrapportert.

Hvor mye betyr forklaringsvariablene?

Forklaringsvariablene som WHO har falt ned på (BNP, fruktbarhet (levendefødte per 1 000 kvinner), og andelen mødre med kvalifisert helsepersonell til stede ved fødsel) har også sine svake sider. Spesielt BNP kan sies å være en problematisk variabel å bruke. For mange utviklingsland er det ikke nødvendigvis noen klar sammenheng mellom økt BNP og at de fattige får det bedre. Brouwere mfl. (1998) viser også at sammenhengen mellom dødelighetsratene og BNP er ganske svak.

I tillegg er verdien på BNP avhengig av hvilken nasjonalregnskapsdefinisjon som brukes, noe som ytterligere øker usikkerheten. Vi har for eksempel sett at overgangen til et nytt sett av definisjoner i mange tilfeller har ført til en vesentlig økning i BNP, om enn bare på papiret. Økningen har ingen ting med økonomiske realiteter å gjøre og kan heller ikke forventes å ha noen faktisk sammenheng med mødredødelighet.

WHO har foreslått Human Development Index (HDI) som en bedre variabel til å forklare økonomisk utvikling enn BNP. Indeksen tar hensyn til levealder og utdanningsnivå, i tillegg til BNP per capita. Da det ikke finnes data for

denne indeksen for alle land, har WHO valgt å ikke bruke den i modellen (Wilmoth mfl. 2010).

Valget av forklaringsvariabler blir spesielt viktig for å anslå mødredødeligheten i landene som ikke har data for mødredødelighet som WHO aksepterer som gode nok. Ekvatorial-Guinea er et eksempel på et land der ingen undersøkelser eller registerdata blir brukt. Anslagene baserer seg derfor kun på WHOs modell og forklaringsvariabler. I det siste har BNP økt mye i landet; som vi kan se av figur 4, faller mødredødeligheten i omtrent samme tidsrom. Veksten i BNP skyldes oljefunn i landet, og vi har ingen klar indikasjon på at dette fører til redusert dødelighet.

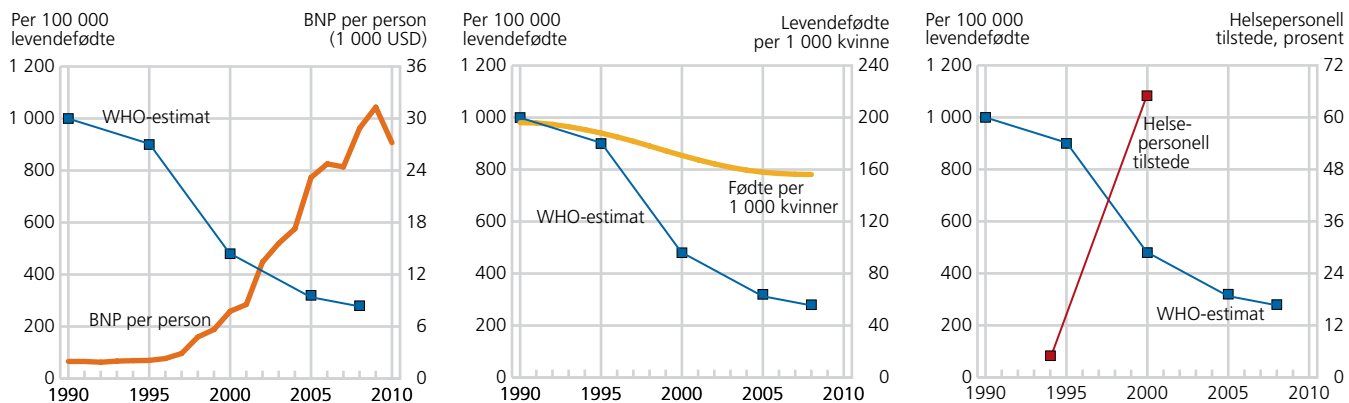
Det er imidlertid slik at også andelen mødre som hadde kvalifisert helsepersonell til stede ved fødsel, økte fra 5 prosent i 1994 til 65 prosent i 2000. Det virker sannsynlig at denne kraftige økningen kan ha bidratt til en omfattende reduksjon i mødredødeligheten. Nedgangen i fruktbarhet (se figur 4) kan også ha påvirket fallet i mødredødelighet. Modellen synes derfor totalt sett å gi et troverdig bilde på utviklingen i mødredødelighet i Ekvatorial-Guinea. Samtidig foreligger det kun data for om kvalifisert helsepersonell var til stede ved fødsel for to tidspunkt. Uten mer og bedre data kan vi ikke med sikkerhet si om anslagene stemmer overens med virkeligheten.

For Eritrea bruker WHO kun data på mødredødelighet fra ett tidspunkt (1995), noe som heller ikke alene er nok til å bestemme utviklingen. Interessant er det derfor at Eritrea tross minimal utvikling i BNP er blant landene med størst nedgang i mødredødeligheten i WHOs beregninger. Basert på annen informasjon vi har om Eritrea, vet vi at landet er i ferd med å oppnå nesten alle tusenårsmålene innenfor helse. WHOs modell treffer derfor med all sannsynlighet ganske riktig også for dette landet.

Vi kan likevel ikke basert på dette si at modellen treffer godt generelt. Uansett er det fremdeles behov for å bedre datagrunnlaget i utviklingsland. Da kan WHO-estimatene i større grad baseres på informasjon som kommer direkte fra kilden.

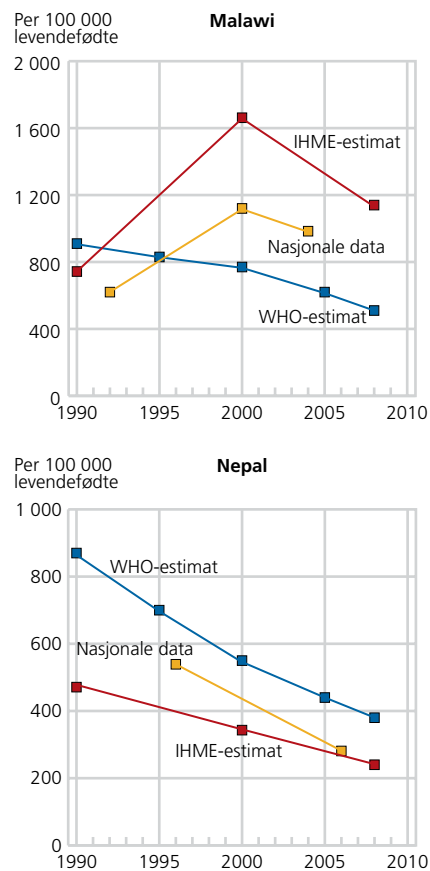


Figur 4. Estimert av mødredødelighet per 100 000 levendefødte (WHO estimat) i Ekvatorial-Guinea basert på modellen som inkluderer BNP per person (venstre), Levendefødte per 1 000 kvinne (midten) og kvalifisert helsepersonell til stede ved fødsel (høyre)



Kilde: WHO 2010 og WHOs database.

Figur 5. Antall mødredødsfall per 100 000 levendefødte (MMR) i Malawi og Nepal. Husholdundersøkelser (nasjonale data), WHO- og IHME-estimat



Kilde: WHO 2010, National Statistical Office Malawi, Central Bureau of Statistics Nepal og Hogan mfl. (IHME), 2010.

Hvor gode er estimatene?

Vi må anta at estimatene for land med registerinformasjon er relativt god. Men det er fremdeles usikkerhet rundt omfanget av underrapportering og feilklassifisering. Flere utredninger kan bidra til en bedre forståelse på dette området. I tillegg er tendensen i land med registerinformasjon som har en liten befolkning, vanskelig å vise. Ett eller to dødsfall har en stor påvirkning i land med få fødsler. Norge har en liten befolkning med et relativt lavt antall fødsler hvert år, og det er derfor store utslag i raten fra år til år (se figur 3).

Det er naturligvis langt vanskeligere å lage gode estimater når en har få eller ingen data å forholde seg til. Spørsmålet blir derfor mer om estimatene er gode nok, gitt forutsetningene, eller om det finnes rom for forbedringer. Om man ser på variasjonen i anslagene for de ulike landene, er det tydelig at det fremdeles er en del arbeid som gjenstår før vi er i mål.

Vi har valgt ut Malawi og Nepal (se figur 5) for å illustrere hvor ulike anslagene er. WHO har inkludert tre datapunkter for Malawi og to for Nepal i sin analyse. Disse er hentet fra nasjonale husholdsundersøkelser. I begge landene ligger de nasjonale tallene omtrent midt mellom WHO og IHMEs anslag. I Malawi har IHME anslått en dødelighetsrate som ligger langt over de andre anslagene, mens WHOs modellbaserte anslag er relativt lave. For Nepal er det omvendt. Hvis IHME inkluderer alle hiv-/aidsrelaterte dødsfall, kan det i noen grad forklare forskjellene i Malawi. Det kan likevel ikke forklare hvorfor IHMEs estimater er lavest i Nepal.

Et annet poeng vi kan vise basert på tall fra disse to landene, er at ikke bare nivåene er ulike, men at også utviklingen over tid er forskjellig. I Malawi har WHO anslått en fallende trend i mødredødeligheten. Tallene fra husholdsundersøkelsene tilsier derimot økning fram mot 2000 og et moderat fall deretter. Ser vi kun på disse tallene, har mødredødeligheten i Malawi økt fra 1990 til i dag. For Nepal viser både dataene og modellestimatene fall i mødredødeligheten, men det er knyttet mer usikkerhet til hvor mye den har falt over tid.

Litt om hva mødrene faktisk dør av

De viktigste årsakene til mødredødelighet i utviklingsland er blødning og høyt blodtrykk, som til sammen står for halvparten av alle dødsfall blant vordende eller nybakte mødre. Indirekte årsaker, som malaria, hiv/aids og hjertesykdom, forårsaker 18 prosent av mødredødeligheten (UN 2010). Andre direkte årsaker, som blokkering ved fødsel, komplikasjoner ved bedøvelse eller keisersnitt og svangerskap utenfor livmoren, fører til 11 prosent av alle dødsfall under graviditet eller fødsel (UN 2010). Anslag viser at 358 000 mødre døde som en følge av svangerskap eller fødsel i 2008 (WHO 2010). De aller fleste av dødsfallene kunne vært unngått.

Hiv/aids er et stort og alvorlig problem i mange land i dag. Det bidrar til svekket immunforsvar, redusert allmenntilstand og komplikasjoner i svangerskapet. Det finnes ikke noe entydig svar på om dødsfall som skyldes hiv/aids knyttet til svangerskap og fødsel, skal regnes som et mødredødsfall eller ikke. Men vi er nødt til å bestemme oss for hvordan vi skal behandle hiv og aids når vi skal anslå hvor mange mødre som dør. Ideelt sett burde en være i stand til å si hvor mange kvinner som dør i forbindelse med svangerskap, som ikke ville ha dødd hvis de ikke hadde vært syke av aids.

Kvinner og barns helse

FN har etablert en «Accountability Commission on Women's and Children's Health». Den arbeider med å identifisere fire eller fem indikatorer som kan vise hva som er viktigst ved kvinner og barns helse. 40 milliarder dollar skal fordeles til forbedring av kvinner og barns helse. Det politiske fokuset på feltet vil bli betydelig høyere enn før.

I mangel av noe bedre anslag, regner WHO inn halvparten av alle dødsfall blant aidssyke gravide og fødende som mødredødsfall. Det er verken basert på erfaring eller statistikk. Tallet er valgt ut fra en visshet om at det reelle tallet er større enn null og lavere enn en. WHO har kontaktet UNAIDS, med tanke på å kunne etablere et bedre estimat på mødredødsfall blant aidssyke.

WHO har bestemt seg for å behandle aidsrelaterte mødredødsfall ved siden av de vanlige estimatene. Derfor har de skilt ut alle mødredødsfall som kan skyldes hivinfeksjoner. De har analysert dem separat og kombinert estimatene med de ordinære mødredødsfallene etterpå.

Veien videre

For å oppnå målet om å få ned mødredødeligheten med 75 prosent fra 1990 til 2015 må dødeligheten reduseres med 5,5 prosent per år. Det er så langt svært få land som har klart å oppfylle dette. I gjennomsnitt har den årlige nedgangen ligget på 2,3 prosent, om vi bruker WHO's estimater som grunnlag.

Det er kun en region som har klart å holde en gjennomsnittlig utvikling på 5,5 prosent fra 1990 til 2008, og det er det østlige Asia. Dette skyldes i stor grad Kina som har hatt en årlig estimert nedgang på 6 prosent. I tillegg til Kina er det ytterligere 13 land som har oppnådd en nedgang i mødredødelighet på minst 5,5 prosent (WHO 2010, s. 22). Blant disse er Ekvatorial-Guinea, Eritrea, Iran, Polen og Vietnam.

Basert på erfaring fra mange land i vesten og i Asia er det ofte relativt enkle tiltak som fører til at mødredødeligheten faller. Og når den først begynner å falle, går det relativt raskt mot et langt lavere nivå. Enkle virkemidler som medisiner mot infeksjoner og økt kunnskap om komplikasjoner ved svangerskap kan ha stor betydning. Utfordringen er å sette i gang en god sirkel i Afrika sør for Sahara. Der er det mest som er ugjort.

Studier fra Eritrea viser at økt tilgang på helsepersonell, kombinert med en engasjert befolkning og en regjering som ønsker å satse på helse, fører fram (Pose and Samuels 2010). I mangel av helsestasjoner og utdannet helsepersonell har man opprettet mobile sykehus og lært opp lokale landsbyoverhoder og lærere til enkelt helsearbeid. Regjeringen i landet er dessuten sterkt engasjert i arbeidet med å forbedre helsesituasjonen og har eierskap til utviklingsarbeidet som pågår. På denne måten får man en aktør som tenker langsiktig, og reduserer dermed usikkerheten forbundet med prioriteringer til finansielle støttespillere (donorer) og de enkelte hjelpeorganisasjonenes tilgang på midler. Dette kan være nyttig lærdom å ta med seg til andre land.

Mye arbeid gjenstår, men økt fokusering på problemet har nok i alle fall til en viss grad bidratt til at færre mødre dør nå enn tidligere. Om vi fortsetter å fokusere på dette, og også får bedre tilgang til data slik at vi vet mot hvilke grupper vi bør rette spesiell oppmerksomhet, er håpet at enda færre kvinner vil dø i framtiden.



Referanser

Brouwere, V. De, R. Tonglet og W. Van Lerberghe (1998): Strategies for reducing maternal mortality in developing countries: what can we learn from the history of the industrialized West? *Tropical Medicine and International Health*, 3, 771-782.

Gissler, M., C. Berg, M. Bouvier-Colle og P. Buekens (2004): Methods for identifying pregnancy-associated deaths: population-based data from Finland 1987-2000, *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 18, 448-455.

Hogan, M. C., K. Foreman, M. Naghavi, S. Y. Ahn, M. Wang, S. M. Makela, A. D. Lopez, R. Lozano og C. J. L. Murray (2010): Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards millennium Development Goal 5, *Lancet*, 375, 1609-1623.

Pose, R.R. and F. Samuels (2010): Eritrea's Story: Progress in health in Eritrea, Cost-effective intersectoral interventions in a long-term perspective. Overseas Development Progress 2010. http://www.developmentprogress.org/sites/default/files/eritrea_health.pdf

UN (2010): The Millennium Development Goals Report, New York: United Nations.

Wangensteen, T., G. Nordal, E. Hem og P. E. Børdahl (2003): Et tidsskille i norsk fødselshjelp, *Tidsskrift for den norske legeforening*, 24, 3549-3552.

WHO (2010): *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008*, Geneva: WHO Press.

Wilmouth, J., S. Zureick, N. Mizoguchi, M. Inoue og M. Oestergaard (2010): Levels and Trends of Maternal Mortality in the World: The Development of New Estimates by the United Nations, Technical Report.

Hva dør man av i EU – og i Norge?

Dødelighet er et mål på hvor stor andel av befolkningen som dør i en gitt periode, vanligvis ett år. Nivået for dødelighet varierer fra land til land i Europa, både når det gjelder alder, kjønn og type dødsårsak. Hjerne- og karsykdommer og kreft tar flest liv. Land rundt Middelhavet har den laveste dødeligheten av hjerne- og karsykdommer, Øst-Europa den høyeste. Det er også høy dødelighet av kreft i Øst-Europa og i store deler av Frankrike. Det er i tillegg store forskjeller i hvilke krefttyper som er vanligst i ulike land.

Anne Gro Pedersen

EU15 og EU12

Det er 27 suverene nasjonalstater som har tilsluttet seg EU siden dens opprinnelse med 6 medlemsland i 1951. EU har gjennomgått flere utvidelser, og den mest omfattende ble gjennomført 1. mai 2004 da ti nye land ble innlemmet. Bulgaria og Romania kom til 1. januar 2007 som de foreløpig nyeste medlemmene.

Ut fra tidspunktet for tilslutning til EU snakker vi om *EU15* (de 15 første medlemsstatene, det vil si Belgia, Danmark, Finland, Frankrike, Hellas, Irland, Italia, Luxemburg, Nederland, Portugal, Spania, Storbritannia, Sverige, Tyskland og Østerrike) og *EU12* (de 12 siste medlemsstatene, det vil si Bulgaria, Estland, Kypros, Latvia, Litauen, Malta, Polen, Romania, Slovakia, Slovenia, Tsjekkia og Ungarn).



Anne Gro Pedersen er cand.mag. i statsvitenskap og seniorrådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk. (anne.gro.pedersen@ssb.no)

Hvis vi sammenligner dødelighet i Norge med andre land i Europa, her EU15 og EU12 (se tekstboks), ser vi store forskjeller mellom landene. Med dødelighet mener vi hvor stor andel av befolkningen som dør i en periode, vanligvis ett år, også kalt dødelighetsrate. Dødsårsaker som blir omtalt i artikkelen, er hjerne- og karsykdommer, kreft, infeksjonssykdommer og voldsomme dødsfall som transportulykker og fall. Infeksjonssykdommer forårsaker ikke stor dødelighet i Europa, men det er klare regionale forskjeller i utbredelsen av noen av dem. Dette gjelder særlig tuberkulose.

Forskjell i dødelighet mellom nye og gamle EU-land

Dødeligheten har sunket i alle europeiske land det siste århundret, og endringen i dødsårsaksmonstret er den samme i alle land; den store nedgangen i forekomsten av infeksjonssykdommer medfører at færre dør i ung alder. Hjerne- og karsykdommer og kreft er nå de største enkeltårsakene til død. I Norge dør seks av ti av hjerne- og karsykdommer og kreft, dette gjelder begge kjønn. 80 prosent av alle hjerne- og karsykdommer skjer i aldersgruppen over 75 år, mens tallet for kreft er nær 55 prosent.

Det er høyere dødelighet i de 12 nye EU-landene enn i de 15 gamle (se figur 1). Nedgangen i dødelighet, som inntraff i EU15 i 1970-årene, fant ikke sted i de sentral- og østeuropeiske landene. Dette, samt at det allerede var høy dødelighetsrate i de nye medlemslandene, medfører at det er en relativt stor forskjell i dødelighet mellom gamle og nye medlemsland.

Imidlertid er det også forskjeller innad i EU15. For eksempel er dødelighetsnivået for menn ved ulykker 2,5 ganger høyere i Irland enn i Portugal. Det er også forskjeller i regioner innenfor de samme landene. Disse ulikhetene kan tenkes forklart ved forskjeller i økonomisk utviklingsnivå som gir ulikheter i livsstil og ulik tilgang til helsetjenester. I tillegg har et tradisjonelt næringsliv med hovedvekt på industri og primærnæringer hatt en høyere dødelighet enn samfunn med større andel av tertiærnæringer. Næringslivet i EU15 er i større grad rettet inn mot tertiærnæringer. Norge følger samme mønster som EU15 når det gjelder dødelighet.

Høyest dødelighet for de under 65 år i de nye medlemslandene

Ser man på dødsfall under 65 år, dør omtrent én av fem før fylte 65 år i EU-landene totalt (20 prosent) og én av seks i Norge (16 prosent). Dominerende dødsårsaker i denne aldersgruppen er iskemisk hjertesykdom som hjerteinfarkt og angina pectoris, lungekreft, brystkreft, ulykker og selvmord.

Dødelighetsratene for menn og kvinner under 65 år er høyest i de nye medlemslandene, og særlig i de baltiske landene og Romania. For menn er raten også ganske høy i Frankrike, Portugal og Finland, mens den for kvinner er høy i Danmark og Skottland.

Fire av fem dødsfall i medlemslandene totalt skjer etter fylte 65 år; i Norge er det tilsvarende forholdet fem av seks. Det er markerte kjønnsforskjeller også i denne aldersgruppen. For eksempel er dødelighetsnivået i provinsen Autonoma Trento i Italia fire ganger så høyt for menn som for kvinner. Nesten halvparten av alle dødsfall etter fylte 65 år i EU er forårsaket av hjerte- og karsykdommer, med unntak av land rundt Middelhavet (blant annet Spania, Frankrike og Italia) som har lav dødelighet av denne sykdommen.

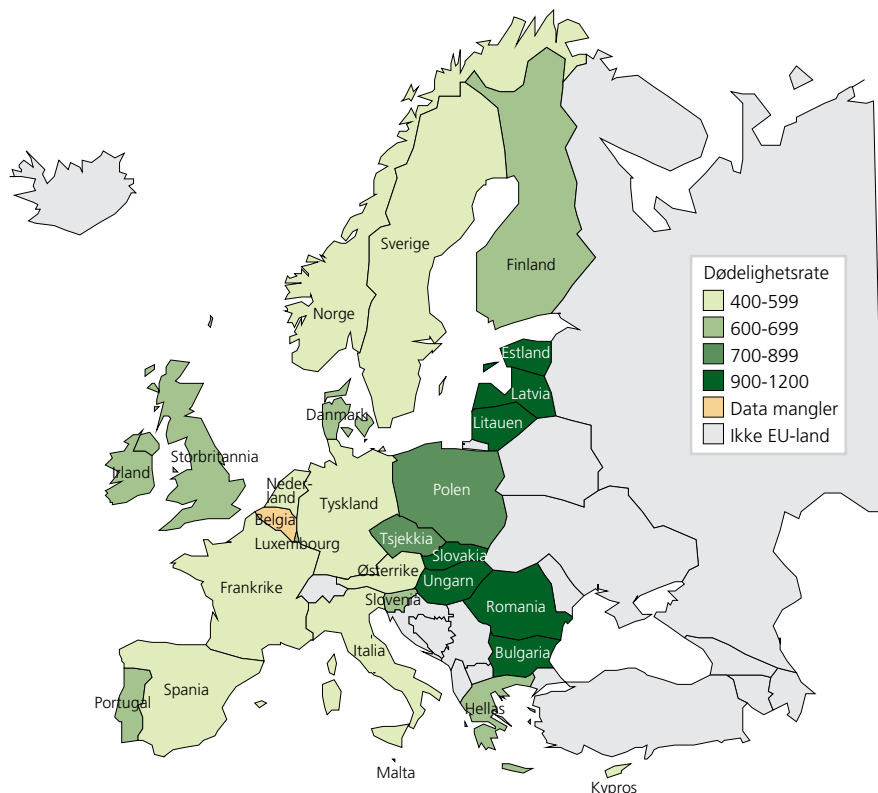
Store forskjeller i hjerte- og kardødelighet i Europa

Sykdommer i sirkulasjonssystemet som angina pectoris og hjerteinfarkt er årsak til over 40 prosent av alle dødsfall i EU, og det er aldersgruppen over 65 år som er mest utsatt. Dette gjelder begge kjønn. Det er vanlig å regne med at livsstil er hovedårsak til sykdommer i sirkulasjonssystemet; spesielt vil usunn mat og lite fysisk utfoldelse føre til arteriosklerose i årene, som igjen gir sykdommer som tette hjerte- og hjerneårer. En studie av endring i risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer blant menn i Oslo gjennom 28 år viser nettopp dette. Kroppsvekten har økt mye, og da spesielt i de yngre aldersklassene. I tillegg drives det mindre fysisk aktivitet på fritiden i alle aldersgrupper (Tidsskrift for Den norske lægeforening 2006).

Menn dør tidligere enn kvinner av hjerte- og karsykdommer, og hyppigheten av sykdom stiger brått med høyere alder. Regionalt i Europa er det store forskjeller i dødelighet av denne sykdommen. Til tross for at livsstil har gitt økt hyppighet av hjerte- og karsykdom, har iskemisk hjertesykdom sunket betraktelig i EU15 etter annen verdenskrig, men mye mindre i de nye medlemslandene.

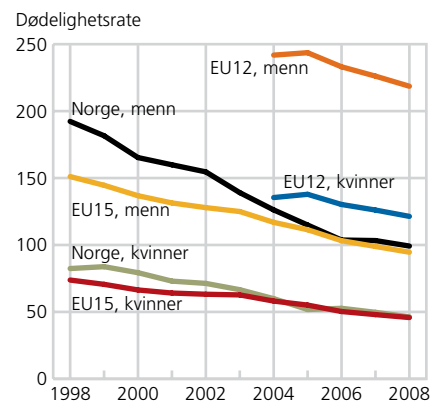
De østlige medlemsstatene (inklusive Finland) har meget høy dødelighet av iskemisk hjertesykdom, spesielt i forhold til land i sør (Hellas, Italia og Spania). De nye medlemslandene har for menn i 2008 en standardisert dødelighetsrate på over 219 pr 100 000 innbyggere for iskemisk hjertesykdom, mens de gamle medlemslandenes rate for samme år er 95 (se figur 2). Også landene i nord har en høyere dødelighet av hjertesykdommer enn landene i sør, noe Middelhavsdietten har fått æren for.

Figur 1. Aldersstandardisert dødelighet. Norge, EU12 og EU15. 2008



Kilde: Eurostat.

Figur 2. Aldersstandardisert dødelighet for iskemisk hjertesykdom, etter kjønn. EU12, EU15 og Norge. 1998-2008



Kilde: Eurostat.

Alderstandardiserte tall

Den alderstandardiserte dødelighetsraten beregnes ved at de aldersbestemte dødelighetsratene (antall dødsfall i en aldersgruppe i et år, dividert med middelfolkemengden i samme aldersgruppe i samme år) multipliseres med vektene definert av Eurostat, og produktene summeres over alle aldre. Summen deles så med 100.

Den alderstandardiserte dødelighetsraten i et år vil være lik dødelighetsraten i dette året (uavhengig av alder) hvis befolkningen dette året hadde en relativ aldersfordeling lik fordelingen i standardbefolkningen.

Nedgang i hjerte- og kardødeligheten i Norge

Dødeligheten av hjerneslag og andre karsykdommer er den tredje største dødsårsaken totalt i EU etter iskemisk hjertesykdom og kreft. Hjerneslag gir ofte også større konsekvenser i sykkelighet enn hjertesykdom, for eksempel med lammelser etter slag. Risikofaktorer er blant annet høyt blodtrykk, røyking, diabetes, fedme, dårlig kosthold og lite fysisk aktivitet.

I de gamle EU-landene har dødeligheten av hjerneslag og andre karsykdommer sunket med 55 prosent fra 1965 til 1995, mens det for de nye medlemslandene fortsatt er en markert høy dødelighet av disse sykdommene. Også i Portugal er det registrert en høy dødelighet av hjerneslag og andre karsykdommer.

Dødeligheten av hjerte- og karsykdommer i Norge har hatt en klar nedgang de siste 25 årene. Spesielt er nedgangen stor for menn. Aldersstandardiserte tall (se tekstboks) fra 1991 viser at det den gang døde 430 menn og 240 kvinner per 100 000 innbyggere, mens tilsvarende tall i 2009 er henholdsvis 194 og 129. Dødeligheten av hjerte- og karsykdommer økte i takt med velstandsutviklingen i Norge etter den annen verdenskrig. Det er rimelig å anta at det er en sammenheng mellom denne økningen og bedret tilgang på mat kombinert med mindre og lettere fysisk arbeid. Endringer i livsstil de siste 25 årene samt nye behandlingsformer har igjen snudd denne utviklingen

Lungekreft mest utbredt av krefttypene

Omtrent 30 prosent av alle tilfeller av kreft er forårsaket av røyking (JNCI 2004). Likeledes kan fedme forårsake kreft; det hevdes at i USA er det estimert at 10 prosent av krefttilfellene er forårsaket av fedme (Renehan 2008). For menn øker hyppigheten av kreft i spiserør, tykktarm, endetarm og nyrer proporsjonalt med fedme. Den samme tendensen gjelder for kvinner, i tillegg til at hyppigheten også øker for underlivs- og brystkreft. Det er i alle land betydelig mer kreft blant menn enn blant kvinner (se figur 3). Imidlertid er tendensen at forskjellen mellom kjønnene blir mindre fordi hyppigheten av lungekreft øker hos kvinner.

En femtedel av alle kreftdødsfall i Norge og EU totalt er forårsaket av lungekreft (strupe, bronkie, luftrør og lunge). Det er sjelden at lungekreft forekommer hos personer som ikke har røykt. Det er store regionale forskjeller samt forskjeller mellom kjønnene. Kjønnsforskjellene gjenspeiler de forskjellige røykemønstrene for menn og kvinner; menn startet lenge før den annen verdenskrig, mens kvinners røykestart først var i 1950-årene.

Resultatet er at antallet som dør av lungekreft, stiger blant kvinner, mens dødelighet av lungekreft for menn synker. Blant menn i EU-landene er det de nye medlemslandene i øst samt deler av Spania og Nord-Frankrike som har høyest dødelighet av lungekreft. For kvinnene er bildet et helt annet; Skandinavia, Nederland, England og Irland har høyest dødelighet av lungekreft, mens de sørlige landene i EU har meget lav dødelighetsrate. Dette er et resultat av kvinners røykemønster, og i noen land tar lungekreft flere liv enn brystkreft. I Norge døde det 35 personer per 100 000 innbyggere av lungekreft i 2009, mens tallet for brystkreft var 28.



Prostatakreft en hyppig dødsårsak i Norge

Totalt i EU er brystkreft gjennomgående den største kreftdødsårsaken hos kvinner. Regionalt er det store variasjoner. I et belte fra Irland og Storbritannia i vest til Romania og Bulgaria i øst er dødeligheten av brystkreft høyest, mens den er lavere i landene i nord og sør i Europa. I følge tidsskriftet The Lancet er det estimert at mer enn halvparten av alle tilfeller av brystkreft er forårsaket av at færre barn fødes, samt at færre mødre ammer, flere velger ikke å ha barn overhodet, eller at man velger å få barn senere i livet.

En av ti dør av prostatakreft i EU totalt. Halvparten av alle som får prostatakreft, er 80 år og eldre. Den største risikofaktoren for å få denne type kreft er dermed alder. Eldre har ofte flere diagnoser i sykdomsbildet, noe som gjør det vanskelig både å oppdage og å behandle kreften i rett tid. Regionalt er det Norden og de baltiske land som har den høyeste dødelighetsraten i EU når det gjelder prostatakreft. Årsaken til sykdommen er ukjent. I Norge er prostatakreft den hyppigste dødsårsaken etter lungekreft når man ser på krefttyper blant menn.

Tarmkreft er årsak til ett av åtte kreftdødsfall. Dette er en krefttype som helst rammer i aldersgruppen over 60-70 år. Det er stadig flere som får denne sykdommen, fordi befolkningen blir eldre. De høyeste dødelighetsratene finner vi i Sentral- og Øst-Europa. Nasjonale matretter med mye kjøtt og lite grønnsaker og frukt kan være en medvirkende årsak til sykdommen. Imidlertid er det markerte forskjeller i de nordiske land – i Norge og Danmark er det relativt høy dødelighet av denne type kreft, mens det er betraktelig lavere rater i Sverige og Finland. Hva vi spiser, kan derfor ikke være hele årsaken til sykdommen.

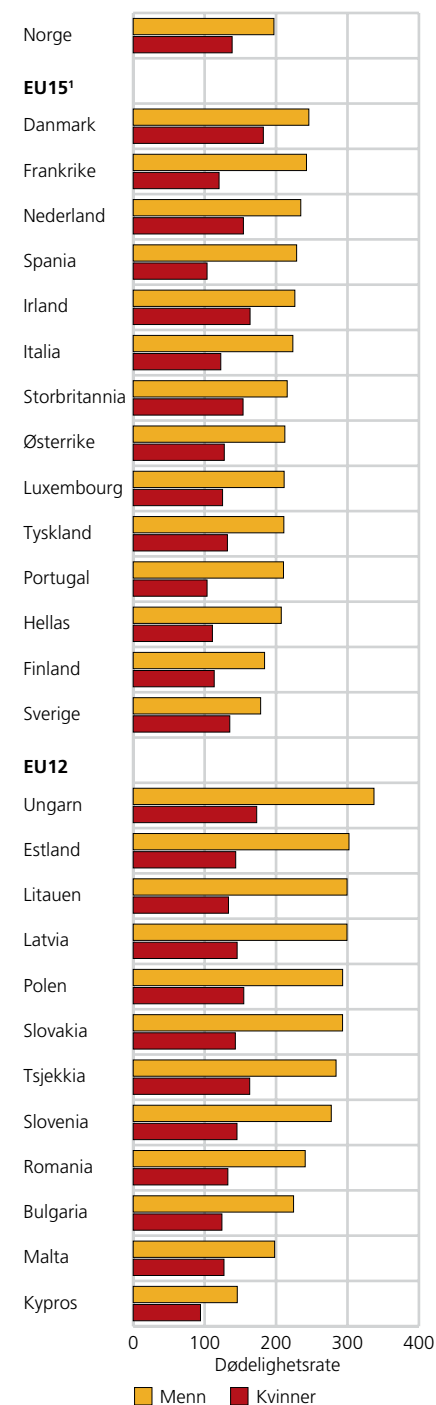
Få dør av AIDS i Norge ...

I juni 1981 rapporterer amerikanske helsemyndigheter om de første tilfellene av aids (acquired immune deficiency syndrome). Det første norske aidsofferet døde i 1983. Fra og med 1986 ble sykdommen registrert i dødsårsaksregisteret i Statistisk sentralbyrå. Totalt har ikke dødsfall forårsaket av hiv/aids vært mange i Norge. Flest døde i årene 1990-1996, med en topp i 1993 da 69 døde. I 2008 døde det tolv personer av hiv/aids her til lands, noe som utgjør 0,3 per 100 000 innbyggere. Det er flest menn som dør av denne sykdommen.

Hiv/aids smitter via seksuell kontakt og ved infiserte nåler, spesielt utsatt er sprøytenarkomane. Smitte kunne også tidligere bli infisert via blodoverføring. Etter holdningskampanjer og nye medikamenter (antiretrovirale medikamenter) har dødeligheten av hiv/aids sunket betraktelig i hele EU, selv om det er estimert mellom 500 000 og 600 000 med hiv/aids-sykdom i EU i dag.

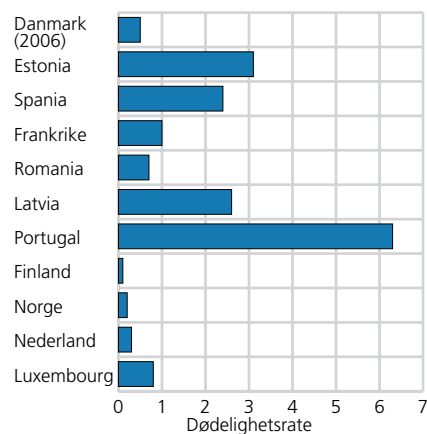


Figur 3. Aldersstandardisert dødelighet for kreft. EU12, EU15 og Norge. 2006



¹ Data for Belgia mangler.
Kilde: Eurostat.

Figur 4. **Aldersstandardisert dødelighet for aids. Land fra EU12, EU15 og Norge. 2006 (Danmark) og 2008**



Kilde: Eurostat.

I Sør- og Vest-Europa er det hovedsakelig sprøytenarkomane som blir syke av hiv/aids. Samtidig kommer det immigranter fra sør, der det er en stor hyppighet av hiv/aids. Spania, Portugal, Frankrike, Sveits, Italia og Estland har den høyeste raten av hiv/aids i EU (se figur 4).

... og få dør av tuberkulose

Dødsfall av tuberkulose er lavest i industriland og altså i de gamle EU landene; der synker dødeligheten stadig for denne sykdommen. Tuberkulose er mest utbredt i sentrale og østeuropeiske medlemsland, hovedsakelig forårsaket av økningen i hiv/aids. Hiv-/aids-syke har ofte et dårlig immunforsvar og får dermed lettere infeksjoner. I tillegg er det slik at immigranter kan ha med seg infeksjoner fra hjemlandet sitt, så de er mindre motstandsdyktige og dermed lettere får tuberkulose.

Det er også en økning av dødelighet av tuberkulose i Portugal og deler av Frankrike som tilskrives immigranter fra sør med hiv/aids, rusmisbrukere og hjemløse (Health statistics 2009). I 2009 døde totalt 28 av tuberkulose i Norge. Tallet inneholder dødsfall både fra nye tilfeller og fra følgestilstander av sykdommen.

Norden har færrest dødsulykker blant 1-14 åringer

Ytre årsaker, som blant annet transportulykker, drukning og fall, utgjør nær 7 prosent av alle dødsfall for menn og over 3 prosent for kvinner. To av tre dødsfall av ytre årsaker er ulykker, mens ett av tre er selvmord. For menn finner vi den høyeste dødeligheten av ulykker i sentral- og østeuropeiske medlemsland, spesielt Finland, alle de tre baltiske landene, Polen, Tsjekkia, Romania og Bulgaria. Deler av Sverige, Norge og Frankrike har også relativt høy dødelighet av ulykker. Med unntak av Polen og sørøstlige deler av Norge har kvinner en lav dødelighet av ulykker.

En stor del av ulykkene er transportulykker, og da særlig trafikkulykker. Av dem som var involvert i trafikkulykker, var tre av fire menn. Spesielt i aldersgruppen 15-29 år er menn overrepresentert. Denne typen ulykker er den tredje største dødsårsaken for personer under 25 år. En bekymring er også alle de ulykkene som ikke medfører død, men invaliditet. Statistikk viser at omtrent 12 prosent av EUs befolkning blir behandlet for skader hvert år, for Norge er tallet rundt 10 prosent (Folkehelseinstituttet 2004). Når det gjelder aldersgruppen under 24 år, har Litauen, Latvia, Portugal og Hellas den høyeste dødelighetsraten for veitrafikkulykker (Health in the European Union, trends and analysis 2009).

Norden har lavest dødelighet av ulykker hos 1-14 åringer, med Sverige som lavest – 4 av 100 000 dør hvert år. Høyest dødelighet er det i de baltiske land: I Latvia er dødeligheten 24 per 100 000 innbyggere. Når det gjelder den eldre befolkningen (over 65 år) i hele EU, er det fallulykker som dominerer, 35 av 100 000 dør av fall (Health in the European Union, trends and analysis 2009). Eldre mennesker kan være mer utsatt blant annet på grunn av nedsatt syn, hørsel, og dårligere balanse.

Dødelighet av ulykker som skjer i eller rundt hjemmet, er dobbelt så stor som dødelighet av transportulykker. Hjemmeulykker står for 63 prosent av alle ulykker totalt i EU og det er stor variasjon i dødelighet mellom landene. Særlig i de baltiske land er dødeligheten betydelig. Irland har den laveste raten med 12 pr 100 000 innbyggere, mens Estland har 72.

Få selvmord i Hellas, England og Spania

Finland, Frankrike og Østerrike har sammen med de baltiske landene, deler av Polen og Tsjekkia høy selvmordsrate. Spania, England og Hellas har lav rate. Ifølge en studie utført i Hellas (Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1998) er årsaken de sterke familiebandene. Årsakene til selvmord er mange og komplekse, men de er ofte psykologiske eller sosiale.

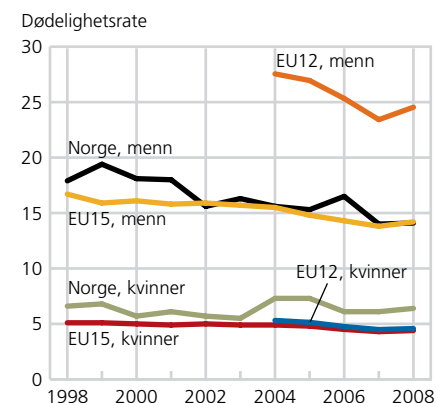
I tillegg kan et alvorlig sykdomsbilde være utslagsgivende. Historisk sett stiger dødeligheten av selvmord under økonomiske kriser og arbeidsløshet, noe som kan være årsaken til at dødeligheten av selvmord stiger spesielt i østeuropeiske land. Kvinner følger det samme regionale mønsteret som menn, men har alltid hatt en betydelig lavere rate av selvmord (se figur 5).

Forskjeller i dødelighet mellom EU15 og Norge

De nye medlemslandene i EU, blant annet Romania, Ungarn og Bulgaria, skiller seg fra de gamle EU-landene når det gjelder dødelighet, både totalt sett og innenfor ulike dødsårsaker som hjerte- og kardødelighet, ulykker og kreft. De nye medlemslandene er nok finansielt mer sårbare og kan dermed ikke dra nytte av den samme medisinske utviklingen som land med bedre økonomi. Infeksjonssykdommer forårsaker ikke stor dødelighet i Europa, men det er klare regionale forskjeller i utbredelsen av noen av dem. Dette gjelder særlig tuberkulose.

Norge har på samme måte som EU15 hatt en velstandsutvikling etter den annen verdenskrig. Det er naturlig å sammenligne dødeligheten i Norge med EU15 fordi vi har hatt den samme utviklingen. Men det er likevel forskjeller – for eksempel er det slik at dødeligheten av iskemisk hjertesykdom i Norge det siste tiåret har vært høyere enn i de gamle medlemslandene. Når det gjelder kreft, derimot, er bildet annerledes; i hele det siste tiåret har den totale kreftdødeligheten i Norge vært lavere enn i EU15 og i EU12.

Figur 5. Aldersstandardiserte rater for dødelighet av selvmord. EU12, EU15 og Norge, etter kjønn. 1998-2008



Kilde: Eurostat.

Datagrunnlag

Datagrunnlaget i artikkelen er data hentet fra Eurostat. Eurostat innhenter årlig data fra alle EU-landene samt data fra EØS-land (Norge, Island, Liechtenstein). Statistisk sentralbyrå leverer tall årlig fra dødsårsaksregisteret til Eurostat.

Referanser

- Collaborative Group of Hormonal Factors in Breast cancer and breastfeeding (2002): The Lancet 360, 187-195.
- Eurostat: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/themes>.
- Folkehelseinstituttet (2004). Skader og ulykker – faktaark.
- Health statistics (2009): Atlas on mortality in the European Union, 2009 edition.
- Health in the European Union, trends and analysis (2009): http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/98391/E93348.pdf
- JNCI (Journal of the national cancer institute) Tobacco and Cancer (2004): Recent Epidemiological Evidence Volume 96, Issue 2 Pp. 99-106.
- Renahan A.G. (2008): The Lancet 371, 569-578.
- Statistisk sentralbyrå: Dødsårsaksstatistikk: <http://www.ssb.no/dodsarsak/>
- Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology (1998): 33: 471-476. Suicide in Greece 1080-1995: Patterns and social factors.
- Tidsskrift for Den norske lægeforening (2006): Endring i risikofaktorer for hjerte- og karsykdom blant menn i Oslo gjennom 28 år, 2006:126:2240-5.



Siden sist

All ny statistikk publiseres som artikler på ssb.no. Vi presenterer nedenfor et utvalg av disse artiklene, som er gitt ut etter forrige utgave av Samfunnsspeilet.

22.3.2011

Sykefravær, egen- og legemeldt, 4. kvartal 2010

Nedgang i sykefraværet

Sykefraværet gikk ned fra 7,6 til 7 prosent fra 4. kvartal 2009 til 4. kvartal 2010. Dette er en nedgang på 7,5 prosent.

Årsaken til nedgangen i 4. kvartal 2010 er blant annet det høye sykefraværet på grunn av svineinfluensa i 2009. Men hvis vi i stedet sammenligner med 2008, hvor det ikke var svineinfluensa, er sykefraværet tilnærmet uendret.

Det legemeldte sykefraværet gikk ned fra 6,4 prosent i 4. kvartal 2009 til 6 prosent i 4. kvartal 2010. Dette tilsvarer en nedgang på 6,6 prosent. Egenmeldt sykefravær gikk ned fra 1,2 til 1,1 prosent, som er en nedgang på 12,2 prosent.

Siden 4. kvartal 2001, som var året den første IA-avtalen ble inngått, har sykefraværet gått ned med 6,4 prosent.

Svineinfluensaen forklarer mye av nedgangen

Nedgangen i diagnosegruppen «Sykdommer i luftveiene», som blant annet omfatter influensa, synes å forklare nesten 65 prosent av nedgangen i de legemeldte sykefraværsdagsverkene sist år. Det finnes ikke informasjon om diagnose for egenmeldt sykefravær, men hvis vi antar at nedgangen i sin helhet skyldes influensa, kan om lag 75 prosent av nedgangen i de totale sykefraværsdagsverkene skyldes influensaen.

Størst nedgang for menn

For menn gikk sykefraværet ned fra 6,1 prosent i 4. kvartal 2009 til 5,5 prosent i 4. kvartal 2010, mens det for kvinner falt fra 9,4 til 8,8 prosent. Dette tilsvarer en nedgang på henholdsvis 9,1 og 6,3 prosent.

Stor nedgang i overnatting og servering

Samtlige næringer hadde en nedgang i sykefraværet fra 4. kvartal 2009 til 4. kvartal 2010. Blant de større næringene var nedgangen sterkest innenfor overnattings- og serveringsvirksomhet og informasjon og kommunikasjon, med henholdsvis 14,9 og 14,3 prosent. Helse- og sosialtjenester hadde den minste nedgangen med 3,5 prosent.

Størst nedgang i Oslo og Finnmark

Fordelt etter arbeidssted gikk sykefraværet ned i alle fylker siste år. Sykefraværet gikk mest ned i Oslo med 11,2 prosent og Finnmark med 10,5 prosent. Troms hadde minst nedgang med 0,7 prosent. Nivået på sykefraværet var høyest i Troms, med 8,5 prosent, og lavest i Rogaland, med 5,8 prosent.

De lengste sykefraværene ble færre

Andelen av totalfraværet som varte hele kvartalet gikk ned fra 32,3 prosent i 4. kvartal 2009 til 31,7 prosent i 4. kvartal 2010. Det egenmeldte sykefraværets andel av alle tapte dagsverk ble redusert fra 15,5 til 14,7 prosent i samme tidsrom.

Privat sektor mest ned

Sykefraværet i privat sektor hadde sterkest nedgang, med 8,2 prosent. Kommunal og statlig forvaltning, inkludert helseforetakene, hadde en nedgang på henholdsvis 6,3 og 6,4 prosent.

Nivået på sykefraværet var lavest i statlig forvaltning og privat sektor (6,6 prosent) og høyest i kommunal forvaltning (8,7 prosent).

Kraftig nedgang for de yngste

Det legemeldte sykefraværet har gått ned i samtlige aldersgrupper det siste året. For kvinner var nedgangen størst blant de under 25 år, med 12,4 prosent. Menn hadde størst nedgang for de under 29 år og blant 35-39-åringene.

For menn stiger sykefraværet med alder. For kvinner øker sykefraværet også med alder, med unntak av aldersgruppen 25-44 år som har et høyere sykefravær enn de etterfølgende aldersgruppene. Vi har ikke data om egenmeldt sykefravær etter alder.

21.3.2011

Anmeldte lovbrudd, 2010

Færre tyveri og flere narkotikalovbrudd

I 2010 ble 394 000 lovbrudd anmeldt, hvorav nesten 271 000 er forbrytelser. Vinningskriminalitet og skadeverk hadde en betydelig nedgang fra 2009. Narkotikalovbrudd økte imidlertid med 15,6 prosent, og er i antall på samme høye nivå som i årene 2001 og 2002.

Politi og påtalemyndigheten registrerte 2,3 prosent færre forbrytelser og 2,5 prosent flere forseelser enn i 2009. Sammenliknet med året før er det 10 800 færre vinningslovbrudd og 3 200 færre skadeverk. Tar vi høyde for befolkningsutviklingen er antall anmeldte lovbrudd, hvis vi ser lovbruddskategoriene forbrytelser og forseelser samlet, nå det laveste på 16 år.

Flere av alle typer narkotikalovbrudd

I løpet av 2010 ble 45 400 narkotikalovbrudd anmeldt. Sammenliknet med nivået de foregående syv-åtte årene ble det registrert betydelig flere tilfeller i andre halvår 2009 og i 2010. Samlet sett er det 6 100 flere anmeldte narkotikalovbrudd i 2010 enn året før, hvor Oslo og Rogaland er fylkene med størst økning – henholdsvis 1 900 og 1 400 flere tilfeller. Etter denne økningen er Oslo det fylket med flest registrerte narkotikalovbrudd, også sett i forhold til befolkningsmengden.

Det er flere narkotikalovbrudd både mot straffeloven og legemiddeloven i 2010 enn året før. Antall narkotikaforbrytelser mot straffeloven er flere enn noen gang, men antall brudd på legemiddelovens bestemmelser om besittelse av mindre mengder narkotika er fremdeles lavere enn i 2001-2002.

Færre tyveri i nesten alle fylker

Det ble anmeldt 177 000 tyveri og andre vinningslovbrudd i 2010, en nedgang på 5,8 prosent sammenliknet med året før. Det totale omfanget av vinningskriminalitet er dermed nesten tilbake på det lave nivået i 2008. Alle fylker hadde en nedgang – med unntak av Sør-Trøndelag, som hadde en økning på 9 prosent. I antall er reduksjonen størst i Oslo og Hordaland, med henholdsvis 2 000 og 1 800 færre tilfeller. Av alle anmeldte vinningslovbrudd begått i Norge skjedde 29,2 prosent i Oslo.

Nedgang i tyveri fra boliger

Samlet sett ble 19 000 simple og grove tyveri fra bolig og fritidsbolig anmeldt i løpet av 2010. For simple tyveri fra bolig og fritidsbolig fortsatte nedgangen i 2010, med 8 prosent, til 5 200 registrerte tilfeller. Antall anmeldte grove tyveri fra bolig og fritidsbolig økte i 2008 og 2009, og brøt dermed en lang nedadgående trend. I 2010 er det igjen en reduksjon sammenliknet med året før, på mer enn 19 prosent, og de 7 300 tilfellene er om lag 60 prosent færre enn på første halvdel av 1990-tallet.

Motorkjøretøy mindre utsatt

De 10 900 brukstyveriene av motorkjøretøy og de 10 000 tilfellene av grovt tyveri fra bil og andre befordringsmidler er henholdsvis nesten 10 og 9 prosent færre i 2010 enn i 2009. Samlet sett er anmeldelsene av disse typene lovbrudd halvert siden 2003. I tillegg til at den klare nedadgående trenden for de grove tyveriene fortsetter, er antallet simple tyveri fra befordringsmidler hele 15 prosent færre i 2010 enn året før.

Stabilitet i anmeldt voldskriminalitet

I 2010 ble 25 900 voldslovbrudd anmeldt, hvorav 7 000 er trusler og 18 300 er tilfeller av fysisk vold. Dette er på nivå med de foregående tre-fire årene. Når vi tar hensyn til befolkningsøkningen har det totale omfanget av anmeldt voldskri-

minalitet holdt seg relativt stabilt siden tusenårsskiftet, på rundt 5,5 per 1 000 innbyggere.

Fordelingen av de ulike typene fysisk vold har imidlertid endret seg noe de siste årene. Antall anmeldte tilfeller av mishandling i familieforhold og vold mot offentlig tjenestemann øker, samtidig med en nedgang i legemsfor nærmelser og legemsbeskadigelser. Endringene i registreringene av voldslovbrudd ser ut til å fortsette, og etter ikraftsettelsen av de nye bestemmelsene om mishandling i familieforhold (i 2006) øker denne typen mest. I 2010 ble totalt i overkant av 2 400 tilfeller av mishandling i familieforhold anmeldt.

Store regionale forskjeller

Finnmark og Oslo er de gjerningsfylkene, relativt til folkemengden, som i alle år har mest registrert voldskriminalitet – henholdsvis 9,8 og 7,8 per 1 000 innbyggere i 2010. Grupperer vi gjerningskommunene etter befolkningsmengde, øker den anmeldte voldskriminaliteten med kommunestørrelsen. I kommuner med mer enn 50 000 innbyggere, det vil si de 13 største kommunene i landet, registreres det dobbelt så mange voldslovbrudd som i de minst befolkede kommunene.

Færre anmeldte skadeverk

Antall anmeldte skadeverk økte med om lag en firedel i perioden 2004-2009. For 2010 er det imidlertid registrert 13 prosent færre enn året før – og samlet sett nesten 21 400 skadeverk, hvorav 17 200 er simple skadeverk og 760 er grove skadeverk. Hvert fjerde skadeverk skjedde i Oslo, ifølge anmeldelsene i perioden 2004-2010, og statistikken over Ofre for anmeldte lovbrudd viser at nesten halvparten av alle skadeverkene er begått mot foretak.

11.3.2011

Inntektsstatistikk for husholdninger, inntektsfordeling, 2009

Jevnere inntektsfordeling

Husholdningene i toppen av inntektsfordelingen hadde nedgang i inntektene i 2009. Dette ga en jevnere inntektsfordeling enn året før. Reduserte kapitalinntekter og næringsinntekter bidro mest til dette.

For andre året på rad ble inntektsfordelingen noe jevnere. Det er først og fremst en reduksjon i inntektene i toppen av fordelingen som forklarer denne utviklingen. Både husholdningenes kapitalinntekter og næringsinntekter ble redusert i 2009. Dette er inntekter som tradisjonelt har størst inntektsmessig betydning for husholdningene i toppen av fordelingen.

De med høyest inntekt disponerer 20 prosent av inntektene

Rangerer en befolkningen i ti like store grupper, etter størrelsen på husholdningens inntekt, disponerte tidelen med høyest inntekt 20,2 prosent av all inntekt i 2009. Dette var en noe mindre andel enn 20,8 prosent året før. Til sammenlikning disponerte den tidelen av befolkningen som hadde lavest inntekt, 4 prosent av all inntekt. Dette var samme andel som året før.

Det er likevel personene nederst i inntektsfordelingen som prosentvis økte husholdningsinntektene mest i 2009. Mens den laveste inntektsklassen (10. persentil) økte inntektene med 1 prosent fra året før, omregnet i faste priser, var realveksten lik null eller negativ for inntektsklassene høyere oppe i fordelingen. Størst var nedgangen i toppen av fordelingen. Den høyeste inntektsklassen (90. persentil) hadde en realinntektsnedgang på 1,6 prosent fra 2008 til 2009.

Inntektsnedgangen i toppen av fordelingen skyldes blant annet mindre kapitalinntekter og næringsinntekter. For tidelen av befolkningen med høyest inntekt falt andelen som disse inntektene utgjorde av samlet husholdningsinntekt, fra 27 prosent i 2008 til 20 prosent i 2009.

Økte stønader

Lønnsinntekt er den dominerende inntektskilden for personer i den midterste delen av fordelingen. Andelen som lønnsinntekt utgjør av samlet husholdningsinntekt, ble likevel redusert for denne gruppen fra 2008 til 2009, mens overføringene økte. Dette må ses på bakgrunn av økningen i arbeidsledigheten i 2009. Blant annet ble utbetalingene av dagpenger mer enn doblet fra 2008 til 2009. Utviklingen i arbeidsmarkedet er

en viktig forklaring på realinntektsnedgangen i medianinntektene i 2009.

Personer aller nederst i inntektsfordelingen har i utgangspunktet en svakere tilknytning til arbeidsmarkedet enn andre grupper, og mange er trygdemottakere. Disse ble i mindre grad påvirket av svekkede konjunkturer i 2009.

Lik utvikling over tid

I et noe lengre perspektiv har inntektsutviklingen vært noenlunde lik i de ulike delene av inntektsfordelingen. I perioden 2004-2009 økte inntektene med om lag 18 prosent i faste priser for alle inntektsklasser, med unntak for den laveste inntektsklassen (10. persentil) der tilsvarende realvekst var på knapt 17 prosent.

21.2.2011

Indeks for kjønnslikestilling i kommunene, 2010

Sør- og Vestlandet fortsatt minst likestilte

71 av landets 100 minst likestilte kommuner finner vi i Agder-fylkene, Rogaland, Hordaland og Møre og Romsdal. De mest likestilte kommunene finner vi i østlandsområdet og i Troms og Finnmark.

Sogn og Fjordane skiller seg fra vestlandsregionen for øvrig ved at vi finner mange av de mest likestilte kommunene her.

Minst likestilte i sør og vest, mest likestilte i øst og nord

Når vi grupperer landets kommuner i fire like store grupper, kommer det frem noen regionale mønstre. Sør- og vestlandsregionen skiller seg markant fra resten av landet ved å være den regionen med flest kommuner som skårer lavt på likestilling. I Vest-Agder finner vi hele 13 av fylkets 15 kommuner i gruppen «lav grad av likestilling». Dette gjelder også flertallet av kommunene i Aust-Agder, Rogaland, Hordaland og Møre og Romsdal. Vi finner noen flere Aust-Agder og Hordalandskommuner i de midtre gruppene for likestilling enn i gruppen med lavest skår, som var tilfelle i forrige indeks for 2009.

De mest likestilte kommunene befinner seg hovedsakelig i det sentrale østlandsområdet: i Oslo, Akershus, Buskerud og Hedmark samt i Sogn og Fjordane, Troms og Finnmark. 17 av 22 kommuner i Akershus finner vi i gruppen «høy grad av likestilling», og dette gjelder også flertallet av kommunene i Sogn og Fjordane, Buskerud, Troms og Finnmark.

Mange kvinner jobber deltid på Sør- og Vestlandet

Det mest fremtredende for de kommunene som skårer lavest på indeksen, og som havner i gruppen «lav grad av likestilling», er at verdiene på indikatorene for fordeling av henholdsvis inntekt, deltidsarbeid, ledere i kommunen og kommunestyrerepresentanter er vesentlig lavere enn for landsgjennomsnittet. De minst likestilte kommunene skiller seg også ut ved å ha en skjevare fordeling av kvinner og menn i offentlig og privat sektor enn gjennomsnittet for landet som helhet.

I Sør- og Nord-Trøndelag, Vestfold, Østfold og Telemark er det mange kommuner som havner i gruppen «middels lav grad av likestilling». I Sør-Trøndelag er tendensen at mange kommuner skårer lavere enn landsgjennomsnittet når det gjelder balanse i utdanningsnivå. Dette kommer av at det i alle kommunene i fylket er en høyere andel kvinner enn menn som har høyere utdanning. Samtidig er menns uttak av fedrekvote lavere enn for landet som helhet. Kommunene i Telemark, der også mange befinner seg i mellomstadiet, skårer derimot jevnt over lavere enn landsgjennomsnittet på de fleste indikatorene.

Mange kvinner i privat sektor i Akershus

Blant de 107 kommunene i gruppen «høy grad av likestilling» skårer kommunene forskjellig på de ulike indikatorene, selv om indeksen samlet sett plasserer dem i den mest likestilte gruppen. Akershus skiller seg ut ved at mange av kommunene har en kjønnsbalansert næringsstruktur. Det vil si at relativt mange sysselsatte jobber i en næring som er verken manns- eller kvinne-dominert. Varehandel, finans og forsikring er eksempler på slike næringer.

I tillegg bidrar en jevn fordeling av kvinner og menn i privat sektor til at

Akershus skårer høyt på indeksen. Også Buskerud skiller seg ut ved at det er en jevn kjønnsfordeling i privat sektor, sammen med jevnt utdanningsnivå, som er særtrekk for både Buskerud og Akershus. Spesielt for Akershus er også at Vestby, Ås, Oppegård og Nesodden er blant de ti kommunene i landet med jevnest fordeling av kommunestyrerepresentanter.

Jevn inntektsfordeling i nord og i Hedmark

I Finnmark og Troms er det den relativt store andelen menn i offentlig sektor og jevn fordeling av inntekt som gjør at kommuner i disse fylkene skårer høyt på likestilling. Seks av de ti kommunene i landet med jevnest inntektsfordeling befinner seg i Finnmark: Karasjok, Kautokeino, Tana, Lebesby, Nesseby og Vadsø. Vi finner også det samme mønsteret for inntekt i mange kommuner i Hedmark.

At det er et balansert inntektsnivå i disse kommunene, skyldes i stor grad at menns og kvinners inntekter nærmer seg hverandre ved at menn generelt har en lavere inntekt enn landsgjennomsnittet. I tillegg har kvinnene noe høyere inntekt. Dette henger blant annet sammen med at mange kommuner i denne regionen har en lav andel kvinner i deltidsarbeid.

Mange tar fedrekvote eller mer i Sogn og Fjordane

Sammenlignet med de likstilte kommunene i Nord-Norge skiller Sogn og Fjordane seg ut ved at mange kommuner har en høy andel fedre som tar ut fedrekvote eller mer av foreldrepengereperioden. Fem av de ti kommunene i landet der fedre tar ut lengst permisjon – Aurdal, Leikanger, Gaular, Luster og Årdal – ligger i Sogn og Fjordane.

Likestilling i de største byene

Alle de seks største byene – Tromsø, Trondheim, Bergen, Stavanger, Kristiansand og Oslo – er blant de mest likestilte kommunene i landet. Byene skårer jevnt over høyt på de fleste indikatorene selv om det er noe variasjon. Når det gjelder andel barn i barnehage og inntektsfordeling mellom kvinner og menn finner vi at flertallet av byene ligger noe under gjennomsnittet for landet for øvrig. Oslo skiller seg ut ved at mange er sysselsatte i kjønnsbalanserte næringer og vi ser en

jevnere fordeling av menn og kvinner i privat sektor sammenlignet med de andre store byene og landet som helhet. Også Bergen har jevn kjønnsbalanse i privat sektor. Oslo skiller seg ut ved at færre tar ut fedrekvoten.

Kristiansand og Stavanger ligger begge noe under gjennomsnittet på indikatorene deltidsarbeid, inntekt og fordeling av ledere. Dette stemmer med tendensene for regionen de ligger i. I Kristiansand, Stavanger, Bergen og Trondheim er det en lavere andel av lederne som er kvinner, sammenlignet med majoriteten av andre kommuner. Oslo og Tromsø skårer derimot relativt høyt på denne indikatoren. Tromsø skiller seg i tillegg ut ved at inntektsfordelingen er jevnere enn for landet for øvrig. Dette stemmer også med tendensen for denne landsdelen.

Både for byene, og for landet som helhet bidrar særlig høy grad av deltidsarbeid blant kvinner, skjev inntektsfordeling og sektorplassering til lav skår på indeksen, mens barnehagedekning og fordelingen av kvinner og menn i arbeidsstyrken jevnt over bidrar til høy skår på indeksen for de fleste kommuner.

18.2.2011

Røykevaner 2010

Færre enn hver femte røykte daglig

Det var i fjor under 20 prosent av befolkningen i aldersgruppen 16-74 år som røykte daglig. Det er laveste andel siden målingene begynte i 1973. Andelen som røykte av og til, var 10 prosent. Finnmark hadde høyest innslag av røykere, mens snusbruk var mest utbredt i Nord-Trøndelag.

19 prosent i aldersgruppen 16-74 år svarte at de røykte daglig i 2010. Andelen var lik for kvinner og menn. Endringen siste år fører seg inn i et mønster vi har sett over lengre tid, med jevn nedgang i andel dagligrøykere. Menns og kvinners røykevaner var ulike frem mot årtusenskiftet, men har deretter hatt en felles fallende kurve. Om lag en tredel av kvinnene røykte daglig i de siste tiårene før år 2000. Blant mennene har det derimot vært en nedadgående trend gjennom hele perioden siden 1973, da over halvparten røykte daglig.

Mindre røyk og mer snus blant de unge

Tendensen til at unge i aldersgruppen 16-24 år røyker mindre, fortsatte i 2010. 10 prosent av unge menn og 14 prosent av unge kvinner røykte daglig, mens røyking av og til var vanligst blant unge menn. Til gjengjeld økte snusbruken blant unge. Hver fjerde unge mann brukte snus daglig, mot 8 prosent av unge kvinner.

Ser man på hele aldersgruppen 16-74 år, var nivået på snusbruken noenlunde stabilt. 7 prosent brukte snus daglig – 12 prosent for menn og 2 for kvinner. Andelen av dem som brukte snus av og til, var uendret på 4 prosent.

Størst andel røykere i Finnmark

Andelen røykere var klart høyest i Finnmark i perioden 2006-2010. Der svarte 31 prosent i aldersgruppen 16-74 år at de røykte daglig, og 9 prosent av og til. Nord-Trøndelag hadde den nest laveste andelen dagligrøykere, med 18 prosent, og Oslo lå lavest, med 16 prosent. Til gjengjeld hadde hovedstaden den høyeste andelen av dem som røykte av og til, med 12 prosent. Til sammenligning var snittet for hele landet 10 prosent, mens det for dagligrøyking var 21 prosent i perioden.

Snusbruk mest utbredt i Trøndelag

Snusbruk var klart mest utbredt i Trøndelagsfylkene, Nordland og Hedmark i perioden 2008-2010. Rundt 14 prosent av innbyggerne i alderen 16-74 år brukte snus daglig eller av og til, og andelen var høyest i Nord-Trøndelag. Dersom vi bare ser på daglig snusbruk, omfattet dette nesten hver tiende i Sør-Trøndelag, og Nordland fulgte hakk i hæl. I den andre enden av skalaen er Aust-Agder med 3 prosent. Inkluderer man også de som brukte snus av og til, kommer man likevel bare opp i 7 prosent i Aust-Agder og Telemark.

16.2.2011

Familievern. Endelige tall, 2009

Større pågang hos familievernkontorene

Familievernet jobbet med flere saker i 2009 enn året før. De fleste henvendelsene gjaldt hjelp til å styrke parfor-

holdet. Flere tok kontakt for informasjon, og det ble brukt mindre tid på kurs og annen utadrettet virksomhet enn året før. Ventetiden for å få time økte i 2009.

Familievernet arbeidet med nær 30 500 saker i 2009. Dette er en økning på vel 5 prosent fra året før. Størst økning i antall saker var det i Region Midt-Norge med en økning på 9 prosent, til 6,1 saker per 1 000 innbyggere. Region Øst hadde som tidligere år flest familievernsaker, nær 11 900, noe som tilsvarer 6,7 saker per 1 000 innbyggere. Region Nord hadde med 7,9 saker, fortsatt flest saker per 1 000 innbyggere. Region Vest lå, som årene før, lavest med i overkant av 5 saker per 1 000 innbyggere.

Kvinner tar oftest kontakt, men de kommer sjelden alene

Nesten syv av ti som tar kontakt med et familievernkontor for å be om hjelp er kvinner. Både for kvinner og menn er det flest i alderen 35-44 år som tar kontakt. Denne aldersgruppen stod for 43 prosent av alle sakene i 2009. 26 prosent av dem som henvendte seg var i alderen 25-34 år, og nesten like mange var over 45 år.

Det er ofte en eller flere andre som møter til samtale sammen med den som først tok kontakt. Partneren deltok i 44 prosent av de nær 90 000 behandlingssamtalene som ble gjennomført på kontorene i 2009. Ekspartnere deltok i 13 prosent av samtalene. Barn under 18 år var representert i 4 prosent av samtalene, mens barn over 18 år deltok i under 1 prosent av samtalene. Det var i gjennomsnitt tre samtaler per sak i løpet av 2009, og dette er på nivå med året før.

Individuelle samtaler var hovedtiltaket i behandlingen for en tredel av de totalt 30 500 sakene familievernet arbeidet med i 2009. Andre samtalepartnere var involvert i to av tre saker.

Flest vil styrke parforholdet

Det var nær 24 500 nye saker i 2009. I 30 prosent av sakene var det å styrke parforholdet viktigste motivasjon for å ta kontakt med familievernkontoret. Om lag 26 prosent av de nye sakene gjaldt å bedre samarbeid om barn med tidligere partner. 11 prosent gjaldt primært hjelp til å avklare om forholdet skulle fortsette

eller ikke. Av dem som tok kontakt med familievernnet ønsket 6 prosent å styrke foreldrekompetansen. Det å komme videre etter en alvorlig hendelse eller utfordring var det viktigste ønsket for nær 4 prosent. Dette er en økning på 11 prosent fra året før. Bare 2 prosent av de nye henvendelsene gjaldt hjelp til å avslutte forholdet på best mulig måte.

Størst økning for informasjon og rådgivning

Størst prosentvis økning finner man imidlertid for henvendelser som gjelder informasjon, rådgivning og veiledning. 2 200 nye henvendelser, det vil si 9 prosent av alle henvendelser i 2009 hadde dette som viktigste årsak. Dette er en økning på 29 prosent fra året før.

Det er liten forskjell mellom kvinner og menn når det gjelder årsaken til henvendelsen. Men det var noe vanligere for kvinner å ta kontakt for å styrke foreldrekompetansen. 7 prosent kvinner mot 4 prosent menn oppga dette som hovedårsak.

De aller fleste, 67 prosent, henvendte seg til familievernkontoret på grunn av et gjentakende problem, 22 prosent på grunn av en akutt krise, mens 12 prosent av de nye sakene omhandlet forebygging.

Økende ventetid og varighet

Av de nye sakene i familievernnet i 2009, hadde 61 prosent første samtale innen én måned etter at klienten for første gang tok kontakt, mot 67 prosent i året før. Den gjennomsnittlige ventetiden per ny sak i antall dager økte dermed med tre dager fra 2008.

Det var i underkant av 22 900 avsluttede saker i familievernnet i 2009. For 42 prosent av disse gikk det under to måneder fra saken startet til den ble avsluttet. Gjennomsnittlig varighet var 132 dager, og dette er 5 dager mer enn året før.

Det var også store regionale og fylkesvise forskjeller i den gjennomsnittlige varigheten på familievernssakene i 2009. Region Vest hadde den lengste varigheten, med gjennomsnittlig 145 dager for sine avsluttede behandlingssaker. Region Nord hadde også i 2009 den korteste saksbehandlingstiden med i

snitt 106 dager per sak. Samtidig er det her vi finner den største økningen på 13 dager i gjennomsnittlig varighet per sak fra året før.

De fleste av de ferdigbehandlede sakene, 71 prosent, ble avsluttet ved enighet mellom klienten og kontoret i 2009. 29 prosent av sakene ble avsluttet ved at klienten uteble fra samtale, på nivå med året før.

Flest sosionomer blant de ansatte

Det var om lag 432 årsverk, og 13 ubesatte stillinger, i familievernnet ved utgangen av 2009. Når det gjelder antall årsverk per 10 000 innbyggere, er det nesten ikke endringer fra 2008. Det er heller ikke store variasjoner i regionene fra 2008 til 2009. Region Nord ligger fremdeles på topp, som de tre foregående årene, med 1,3 årsverk per 10 000 innbyggere.

Drøyt 37 prosent av de ansatte på familievernkontorene var sosionomer, 26 prosent psykologer, 18 prosent hadde annen faglig utdanning og 18 prosent hadde merkantil stilling. Dette er på nivå med året før.

Færre timer til utadrettet virksomhet

I gjennomsnitt arbeidet familievernets ansatte med 71 saker hver i løpet av 2009, en økning fra 68 saker de to foregående årene. Familievernssakene utgjør bare en av mange oppgaver familievernnet arbeider med. I tillegg kommer kurs og veiledning for studenter, hjelpeapparat og publikum for øvrig. Antall timer brukt til denne delen av arbeidet var i underkant av 18 500 i 2009, som er en reduksjon på 15 prosent fra året før. Det er sterkest reduksjon i tid brukt på grupper for publikum, og timer brukt på andre tiltak mot publikum (møter, foredrag, selvhjelpsgrupper m.m.). Det eneste som her har gått noe opp, er timer brukt på veiledning/konsultasjon av hjelpeapparatet.

Det statlige barne- og familievernnet brukte nærmere 309 millioner kroner på familievernnet i 2009, en økning på over 7 prosent fra 2008. Tilskuddet til kirkens familievern tjeneste var utgiftene som økte mest. Dette inngår i brutto driftsutgifter, men ikke i korrigerte brutto driftsutgifter. Dermed blir den lille forskjellen

i vekst mellom brutto driftsutgifter og korrigerte brutto driftsutgifter som forventet.



Nytt hefte om helsestatistikk på engelsk.

Heftet kan fås ved å kontakte SSBs bibliotek:
biblioteket@ssb.no



Statistisk sentralbyrå
Statistics Norway



Returadresse:
Statistisk sentralbyrå
NO-2225 Kongsvinger

Statistisk sentralbyrå

Oslo:

Postboks 8131 Dep
NO-0033 Oslo
Telefon: 21 09 00 00
Telefaks: 21 09 49 73

Kongsvinger:

NO-2225 Kongsvinger
Telefon: 62 88 50 00
Telefaks: 62 88 50 30

E-post: ssb@ssb.no
Internett: www.ssb.no

ISBN 978-82-537-8081-8 Trykt versjon
ISBN 978-82-537-8082-5 Elektronisk versjon
ISSN 0801-7603

Pris:

Institusjonsabonnement kr 330,- per år
Privatabonnement kr 220,- per år
Enkeltnummer kr 65,-

ISBN 978-82-537-8081-8



Statistisk sentralbyrå
Statistics Norway