

Enslige har oftere helseproblemer enn andre

Helsetilstanden har endret seg forholdsvis lite de siste 15 årene for befolkningen under ett. Derimot er det en klar tendens til at de eldre stadig blir sprekere. Enslige har oftere problemer med helse enn de som lever i parforhold. Forskjellene er særlig store mellom enslige forsørgerne og andre barnefamilier.

Kirsti Huserbråten

Når levekårene i en befolkning skal undersøkes, hører en kartlegging av helsetilstanden med. Helse får ofte en høy plassering når folk blir bedt om å rangere ulike velferdsgoder. En vanlig helsedefinisjon er den som brukes av Verdens Helseorganisasjon (WHO), der god helse nærmest er en samlebetegnelse på det gode liv. WHO inkluderer både fysisk, psykisk og sosialt velvære i sitt helsebegrep. Helse kan også defineres som evne til å fungere under skiftende forutsetninger, eller som mestring og overskudd i forhold til dagliglivets krav. Det er det sistnevnte perspektiv som ligger bak to sentrale mål på helsetilstanden som vil bli brukt i den følgende presentasjonen: Andelen i befolkningen med *nedsatt funksjonsevne* (herunder nedsatt arbeidsevne) og andelen med langvarige sykdommer med *betydelige konsekvenser* for hverdagen. Vi ser også på forekomsten av spesifikke lidelser, særlig *muskel- og skjelettlidelser* og *psykiske lidelser*.

Helsetilstanden: Små endringer, store forskjeller

Beskrivelsen av helsetilstanden innebærer gjerne to ambisjoner: For det første å gi et bilde av helsetilstandens utvikling over tid, for det andre å kartlegge fordelingen av helseproblemer mellom bestemte befolkningsgrupper, på et gitt tidspunkt og over tid.

Når det gjelder det første - utviklingstrekk i befolkningens helsetilstand - er hovedinntrykket at det har vært små endringer. Helsetilstanden er sjelden noe som endrer seg raskt når en betrakter en hel befolkning, det skal som regel lange tidsperioder til for å kunne identifisere varige endringer i folkehelsen. Når vi tar for oss enkelte befolkningsgrupper, kan vi se større endringer, for eksempel gruppen av eldre hvor det har vært en

klar bedring av funksjonsevnen i de 15 årene fra 1980 til 1995.

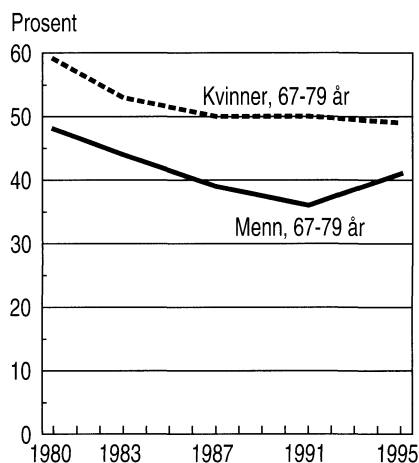
Ulikheter i helse er det derimot relativt enkelt å kunne påpeke. Med utgangspunkt i dagens situasjon (1995), spør vi: Er det noen systematiske forskjeller når det gjelder fordelingen av helseproblemer mellom kvinner og menn, ulike aldersgrupper, enslige og par, ulike landsdeler og sosioøkonomiske grupper? Peker noen grupper seg spesielt ut når det gjelder å ha dårlig helse?

Stadig sprekere eldre

Hver femte innbygger mellom 16 og 79 år hadde i 1995 *nedsatt funksjonsevne*. Å ha nedsatt funksjonsevne er ikke synonymt med å være funksjonshemmet, slik dette begrepet vanligvis brukes. Nedsatt funksjonsevne er et samlebegrep for ulike funksjonsproblemer en person kan ha ett eller flere av (nedsatt arbeidsevne, bevegelsesevne, bæreevne, syn og hørsel). Halvparten av de som tilhørte denne gruppen, var såpass hardt rammet at de anså sin arbeidsevne som sterkt redusert, dvs. at de hadde vanskelig for å utføre inntektsgivende arbeid, drive med hjemmearbeid eller ta utdanning (11 prosent av befolkningen).

Stort sett er de endringene som kan spores når vi ser befolkningen i ulike aldersgrupper ubetydelige. Fra 1980 til 1991 ble imidlertid andelen med nedsatt funksjonsevne blant menn mellom 67 og 79 år redusert fra 48 prosent til 36 prosent. Andelen har gått jevnt nedover, men steg igjen noe (til 41 prosent) fra 1991 til 1995 (se figur 1). (Økningen på 1990-tallet er imidlertid ikke statistisk sikker.) Vi ser en enda større reduksjon - fra 28 til 16 prosent - i andelen *hjelpetrenge* menn i samme aldersgruppe fra 1980 til 1995. Hjelpetrenge er de som ikke klarer daglig vareinnkjøp eller rengjøring av boligen uten hjelp.

Figur 1: Andelen med nedsatt funksjonsevne hos menn og kvinner 67-79 år. Prosent. 1980, 1983, 1987, 1991 og 1995



Kilde: Levekårsundersøkelsene

Det har også vært en jevn nedgang i andel med nedsatt funksjonsevne blant de eldre kvinnene i samme alder - fra 59 til 49 prosent i løpet av 15 år. Eldre er en sentral gruppe i helseundersøkelser - blant annet fordi eldre tilhører den mest ressurskrevende gruppen i befolkningen. For eksempel er halvparten av alle liggedager i sykehusene knyttet til pasienter over 65 år (Statistisk sentralbyrå 1995a).

Også når det gjelder psykiske lidelser har utviklingen blant de eldre mennene vært positiv. Psykiske lidelser innebærer at personen ofte har vært plaget av hjertebank, nervøsitet/angst eller depresjon i løpet av det siste halve året. Eldre menn har langt bedre psykisk helse enn kvinner i samme alder (se tabell 1). I hele perioden har eldre kvinner over dobbelt så høye andeler med hyppige symptomer på nervøse lidelser. En årsak til dette kan være at det er langt færre enkemenn enn enker slik at sannsynligheten for å bli boende alene på sine eldre dager er mye større for kvin-

ner enn for menn. Mangelfulle sosiale relasjoner er en viktig årsak til psykiske lidelser. Eldre kvinner er den gruppen i befolkningen som oftest gir uttrykk for ensomhet (se Barstads artikkel i dette nummeret av Samfunnsspeilet).

Har utbredelsen av muskel- og skjelettlidelser blant kvinner stabilisert seg?

Muskel- og skjelettlidelser angår mange og er den mest utbredte gruppen av kroniske helseproblemer. Hver fjerde kvinne (24 prosent) og nær hver femte mann (18 prosent) oppgir at de har en muskel- og skjelettlidelse. Mens andelen blant menn var den samme i 1995 som i 1980, har den for kvinner økt med 5 prosentpoeng i løpet av perioden¹. Denne typen lidelser (f.eks. ryggsykdommer, leddgikt og revmatisme) har lenge vært den vanligste grunnen til at kvinner blir uføretrygd her i landet (39 prosent av alle uføretrygdde kvinner har denne diagnosen). For uføretrygdde menn utgjør derimot psykiske lidelser den største diagnosegruppen (30 prosent) (Rikstrygdeverket 1995). Gjennom 1980-årene og et stykke inn i 1990-årene ble det registrert en stigende andel uføretrygdde som følge av muskel- og skjelettlidelser for begge kjønn. Særlig kraftig var økningen for kvinner.

Både levekårsundersøkelsene fra 1991 til 1995 og trygdestatistikken for samme tidsrom gir grunn til å tro at denne utviklingen er i ferd med å stabilisere seg. I motsetning til utviklingen på 1980-tallet, var det ingen økning i andelen kvinner med muskel- og skjelettlidelser fra 1991 til 1995. Hva de siste årenes skjerpede politikk for tildeling av uføretrygd har hatt å si for folks vurdering av egen helse er uvisst, men det er nærliggende å tro at den har virket inn på diagnosefordelingen blant uføretrygdde. Kvinner får oftere enn

menn avslått søknader om uførepensjon, og avslagshyppigheten har økt mer for kvinner enn for menn. I de siste årene har den vært særlig høy for "diffuse" muskel- og skjelettplager (Sosial- og helsedepartementet 1995). Resultatene fra levekårsundersøkelsene kan tyde på at utbredelsen av disse plagene i den kvinnelige delen av befolkningen har stabilisert seg, og at endringer i antallet uførepensjonerte kvinner med muskel- og skjelettlidelser ikke bare skyldes endrede trygderegler.

Hjerte- og karlidelser på retrett for middelaldrende menn

Kroniske hjerte- og karlidelser (herunder også høyt blodtrykk og åreknuter) rammer kvinner oftere enn menn. For de akutte hjerte- og karlidelsene kan det stille seg annerledes. Hyppigheten av akutt hjerteinfarkt som årsak til sykehusinnleggelser, viser for eksempel en klar overhyppighet blant menn (Statistisk sentralbyrå 1995a).

Når det gjelder utviklingen av hjerte- og karlidelser over tid, har middelaldrende menn (45-66 år) opplevd en reduksjon på 8 prosentpoeng fra 1987 til 1995 (fra 23 til 15 prosent), en tendens som også understøttes av andre undersøkelser. Dødeligheten av hjerte- og karsykdommer for menn i 50-årene ble redusert med 40 prosent i perioden fra første halvdel av 1980-årene til 1993 (Øverås 1995).

Kvinner har dårligst helse

Det er en vanlig oppfatning at menn underrapporterer eventuell dårlig helse i langt større grad enn kvinner. Hvorvidt den subjektive dimensjonen spiller noen stor rolle, er det vanskelig å gi noe entydig svar på. Holder vi oss til de faktisk oppgitte andelenene, er imidlertid kvinnene "sykere" enn menn uansett hvilke aldersgrupper eller helse mål vi ser på. Denne over-

Tabell 1: Andel med ulike helseproblemer blant kvinner og menn i ulike aldersgrupper. Prosent. 1995

	Langvarig sykdom med betydelige konsekvenser	Muskel- og skjelettlidelser	Psykiske lidelser	Nedsatt funksjonsevne
Alle	22	21	6	20
Menn, alle	18	18	5	16
16-24 år	8	5	3	3
25-44 år	12	16	4	8
45-66 år	22	24	6	21
67-79 år	38	30	5	41
80- år	41	18	5	57
Kvinner, alle	25	24	7	23
16-24 år	12	9	5	9
25-44 år	18	18	6	13
45-66 år	30	32	8	24
67-79 år	40	39	12	49
80- år	48	41	20	77

hyppigheten er konstant over tid. Knappt en fjerdedel (23 prosent) av alle kvinner oppgir nedsatt funksjonsevne i 1995, mot 16 prosent av alle menn (tabell 1).

De eldste kvinnene har dårligst helse. Blant eldre mellom 67 og 79 år hadde annenhver kvinne og over 40 prosent av mennene minst et av de nevnte tegn på funksjonssvikt. Til sammenligning gjaldt dette bare hver tyvende 16-24-åring og nesten hver fjerde 45-66-åring.

Hver femte middelaldrende mann (45-66 år) og nesten hver tredje

middelaldrende kvinne hadde en langvarig sykdom som virket inn på hverdagen i betydelig grad, for eksempel på grunn av smerte, angst eller generelt nedsatt funksjonsevne. Disse andelene har holdt seg svært stabile siden første gang spørsmålet ble stilt i levekårsundersøkelsene i 1987.

Dårligere helse blant enslige enn blant par

Er det noen forskjeller i helsetilstand mellom mennesker i ulike familiefaser og familietyper? Er det for eksempel ulikheter av betydning mellom enslige og de som lever i parforhold -

med eller uten barn? På det siste spørsmålet er svaret et entydig ja - og da i de ensliges disfavør (se tabell 2). Ulikhetene har holdt seg relativt stabile over tid.

Blant par i alderen 45-66 år har nesten hver fjerde person nedsatt funksjonsevne, mot hver tredje enslig i samme alder.

Enslige forsørgere har, til tross for sin forholdsvis unge alder, en relativt høy andel med nedsatt funksjonsevne. Mens rundt 1 av 10 samboende/gifte foreldre til barn under nitten år har nedsatt funksjonsevne, er tilsvarende andel med nedsatt funksjonsevne for enslige foreldre dobbelt så høy.

Også enslige eldre har oftere nedsatt funksjonsevne enn eldre som bor sammen med en partner. Enslige kommer også dårligere ut enn par på de andre av våre utvalgte helsemål.

Skiller vi mellom eldre kvinner og eldre menn, finner vi at blant de enslige, eldre mennene er det langt mer vanlig å ha psykiske lidelser enn blant menn som lever i parforhold (13 og 3 prosent). Tilsvarende tall for eldre kvinner er 13 og 10 prosent. Dette kan tyde på at eldre menn ikke mestrer tapet av ektefellen like godt som deres kvinnelige jevnaldrende gjør.

Alle kvinner, enslige eller ikke, har stort sett et høyere sykkelighetsnivå enn menn. At noen av våre utvalgte grupper, for eksempel eldre eller enslige forsørgere, har større innslag av kvinner enn menn, ser ikke ut til å ha vesentlig innvirkning på tallene.

Mye tyder på at det å være enslig både er en viktig årsak til og en følge av dårlig helse: Enslige med nedsatt helse blir eller forblir enslige nettopp på grunn av sin helsetilstand, og mange-

Tabell 2: Andelen med ulike helseproblemer blant enslige og par. Prosent. 1995

	Nedsatt funksjonsevne	Sterkt nedsatt arbeidsevne	Sykdommer med betydelige konsekvenser	Psykiske lidelser	Muskel- og skjelettlidelser
Enslige forsørgere	20	13	26	11	30
Par med barn, 0-6 år	9	5	12	2	15
Enslige 45-66 år	33	25	37	11	32
Par uten barn, 45-66 år	24	18	28	7	30
Eldre enslige 67-79 år	54	28	46	13	40
Eldre par uten barn 67-79 år	40	21	36	6	32

len på nære fellesskap med andre bidrar til at helsetilstanden svekkes. Som vi viser i dette nummeret av Samfunnsspeilet, har dårlige levekår en tendens til å hope seg opp i enkelte grupper, blant annet hos enslige. En omfattende litteratur fra flere land viser at enslige kommer dårligere ut enn gifte når det gjelder psykisk og fysisk helse (Mastekaasa 1994).

Enslige forsørgere særlig utsatt

Ulikheten i helse er særlig stor når enslige forsørgere sammenlignes med småbarnsforeldre i parforhold. Det ser ikke ut til at barn nødvendigvis gir noen beskyttelse i seg selv. Imidlertid er rundt ni av ti enslige forsørgere kvinner. Som vi har vist over, rapporterer kvinner oftere sykdom og svekket funksjonsnivå enn menn. Når enslige mødre sammenlig-

nes med småbarnsmødre i parforhold, er forskjellene i helsetilstand omtrent de samme som tidligere vist (figur 2). For eksempel er andelen blant enslige mødre med psykiske lidelser klart større enn blant gifte/samboende småbarnsmødre (henholdsvis 11 og 2 prosent). Når det er sagt, må det også bemerkes at psykiske lidelser gjelder en liten del av befolkningen, slik at det ikke skal mye til før de relative ulikhetene blir svært store.

Bosted: Mest psykiske lidelser i tettbygde strøk

Helseproblemene ser ut til å fordele seg relativt jevnt over landsdelene. Vi kan likevel spore enkelte forskjeller som har holdt seg over tid. Et eksempel er psykiske lidelser. Andelen med denne typen plager er noe høyere i tettbygde enn i spredtbygde strøk (henholdsvis 7 og 4 prosent i 1995). Forskjellene har blitt større med tiden - i tettbygde strøk sliter relativt flere med psykiske lidelser nå enn for 15 år siden. Noe av forskjellene kan muligens skyldes at folk på landsbygda i større grad underrapporterer slike problemer enn folk i byer. Dette kan igjen ha sammenheng med mindre åpenhet om psykiske plager i oversiktige lokalsamfunn der muligheten for å være anonym er mindre.

Best helse i vest

Vestlendinger lever lengst og har de laveste andeler med uførepensjonister i landet (Statistisk sentralbyrå 1994 og Rikstrygdeverket 1995). Vestlandets innbyggere kommer også godt ut når det gjelder flere mål på sykkelighet. På spørsmålet om den enkelte hadde en sykdom som virker inn på hverdagen i betydelig grad, svarte 17 prosent av vestlendingene bekreftende på dette i 1995, sammenlignet med et landsgjennomsnitt på 22 prosent. Den høyeste andelen hadde Nord-Norge med 24 prosent. Vestlandet har også ligget lavest når

det gjelder andel med kroniske sykdommer helt siden 1980.

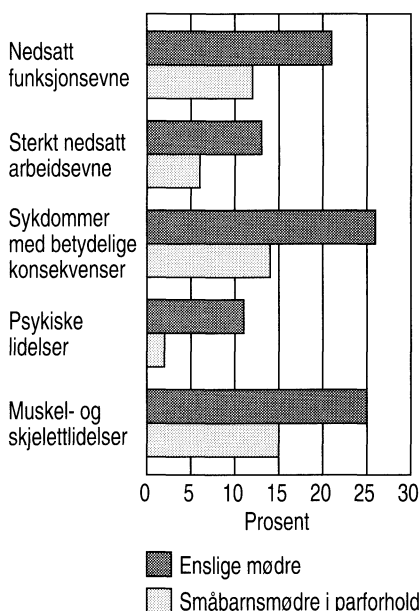
Ser vi på funksjonsnivå (generell funksjonsevne og sterkt nedsatt arbeidsevne), peker Nord-Norge seg ut ved å ligge over landsgjennomsnittet og Agder/Rogaland ved å ligge under landsgjennomsnittet. Mønsteret har holdt seg stabilt i hele perioden fra 1980 til 1995. Vestlandet ligger også her for det meste under landsgjennomsnittet, mens Østlandet utenom Oslo og Akershus for det meste ligger over gjennomsnittet.

Sosioøkonomisk skjevfordeling av helse

Det er godt dokumentert at de sosiale og økonomiske forhold man lever under virker inn på helsetilstanden. Dette bekreftes blant annet i studier av sammenhengen mellom yrke og dødelighet (Borgan og Kristoffersen 1986, Huserbråten 1993). Mannlige ingeniører, leger, pedagoger, prester, bønder og jurister er både gjennom 1970- og 1980-årene blitt registrert med en lavere dødelighet enn både laste-, losse- og lagerarbeidere og ansatte i restaurantbransjen. Blant kvinnene er dødeligheten størst blant ansatte i næringsmiddel-, jern- og metallindustrien, og lavest for pedagoger. I tillegg viser arbeidsmiljøundersøkelsene stadig at arbeidere og lavere funksjonærer har et langt mer belastende fysisk arbeidsmiljø enn andre ansatte (Statistisk sentralbyrå 1992, Statistisk sentralbyrå 1995b). Sykefraværet i NHO-bedrifter er dobbelt så høyt for arbeidere som for funksjonærer (Næringslivets hovedorganisasjon 1994).

Levekårsundersøkelsen 1995 støtter på flere punkter oppfatningen om at det eksisterer en sosial skjevfordeling av helse. Spesielt ser vi en skjevhet når det gjelder funksjonsnivå. Nedsatt funksjonsevne er mest vanlig blant ufaglærte arbeidere og jordbru-

Figur 2: Andelen med ulike helseproblemer blant kvinner som er enslige forsørgere, sammenlignet med gifte/samboende mødre med yngste barn 0-6 år. Prosent. 1995



Kilde: Levekårsundersøkelsen

kere/fiskere. 7 prosent av de ufaglærte arbeiderne og jordbrukerne/fiskerne hadde sterkt nedsatt arbeidsevne i 1995, mot mellom 2 og 4 prosent blant funksjonærer og selvstendige utenom primærnæringene.

Også når det gjelder muskel- og skjelettlidelser, hører ufaglærte arbeidere og jordbrukere/fiskere til de som er mest plaget. Henholdsvis 21 og 23 prosent i disse gruppene hadde en slik lidelse i 1995. Til sammenligning hadde 15 prosent i gruppen selvstendige utenom primærnæringene muskel- og skjelettlidelser samme år. Andelen blant funksjonærene var om lag 17 prosent, med ubetydelige forskjeller mellom lavere og høyere funksjonærer.

Når det gjelder psykiske lidelser er disse noenlunde like vanlige i de ulike yrkesgruppene.

Et problem med de sammenligningene som er gjort her, er at det ikke er tatt hensyn til de store forskjellene i kjønns- og alderssammensetning mellom gruppene. I noen tilfeller er forskjellene mindre enn det de ville vært om en hadde tatt hensyn til dette. For eksempel består en av de mest utsatte gruppene, ufaglærte arbeidere, i stor grad av menn, og en relativt stor andel er under 45 år. Ut i fra dette ville vi forvente at andelen med helseproblemer blant ufaglærte arbeidere var lavere enn for gjennomsnittet. Som vi har sett, er det motsatte tilfellet. Også de fleste jordbrukere og fiskere er menn, men denne gruppen har den største andelen eldre, snaut halvparten er over 44 år. En finner omtrent like mange eldre blant de høyere funksjonærene, men her er kjønnsfordelingen mer jevn, med en liten overvekt av menn.

Også når en tar hensyn til forskjellene i kjønns- og alderssammensetning, finner en i de fleste tilfeller klare for-

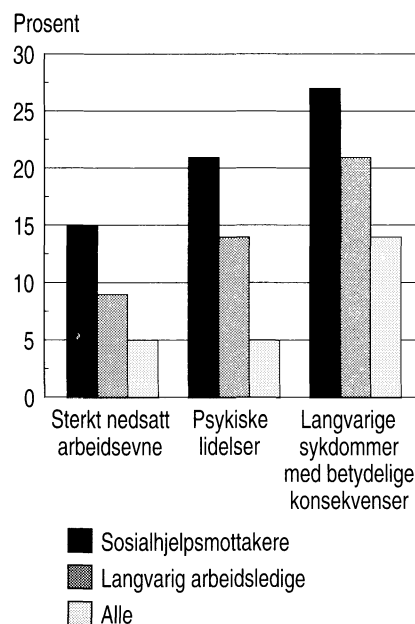
skjeller mellom de sosioøkonomiske gruppene. At ufaglærte arbeidere har en viss overhyppighet av helseproblemer, kan som nevnt ikke forklares ved at denne gruppen består av mange eldre eller av mange kvinner. Ved å slå sammen flere av de sosioøkonomiske gruppene, er det mulig å gjøre en grov kontroll for betydningen av kjønn og alder. Blant menn i alderen 25-44 år hadde dobbelt så mange arbeidere/lavere funksjonærer som funksjonærer på mellomnivå og høyere nivå, nedsatt funksjonsevne (henholdsvis 5 og 10 prosent). Blant de litt eldre (45-66 år) er ulikheten ubetydelig (henholdsvis 9 og 11 prosent). Mønsteret er ganske likt for kvinner, men her er den sosiale ulikheten størst blant de som er i alderen 45-66 år.

Sosialhjelpsmottakere og langtidsarbeidsledige har oftere dårlig helse enn andre

I en velferdssammenheng regnes en person gjerne som spesielt utsatt dersom vedkommende opplever svikt på sentrale levekårsområder som utdanning, arbeid eller økonomi. Grupper det er vanlig å regne som spesielt utsatte, er blant annet sosialhjelpsmottakere, lavlønte, langtidsarbeidsledige og unge med lav utdanning. Er disse gruppene også mest utsatt når det gjelder helseproblemer, slik at man kan si at det er en sammenheng mellom generelt dårlige levekår og helsetilstand?

Sosialhjelpsmottakere² har langt oftere dårlig helse enn andre - de har også dårligere helse enn andre utsatte grupper. Langtidsarbeidsledige er også særlig utsatt for helseproblemer. For å unngå at aldersforskjellene mellom utsatte grupper og befolkningen for øvrig påvirker resultatene i for stor grad, presenterer vi her tall bare for den delen av befolkningen som er mellom 16 og 44 år (bortsett fra for unge med lav utdanning).

Figur 3: Ulike helseproblemer for sosialhjelpsmottakere og langtidsarbeidsledige¹ 16-44 år sammenlignet med hele befolkningen 16-44 år. Prosent. 1995



¹ Arbeidsledig i minst 3 måneder på intervju-tidspunktet

Kilde: Levekårsundersøkelsen

Sammenlignet med hele befolkningen i denne alderen, har sosialhjelpsmottakere innen samme alderskategori dobbelt så mange med langvarige sykdommer som har betydning for hverdagen, tre ganger så mange med sterkt nedsatt arbeidsevne og fire ganger så mange med psykiske lidelser (figur 3).

Arbeidsledighet betyr også økt sannsynlighet for helseproblemer; særlig stor er forskjellen når det gjelder psykiske lidelser. Mens 5 prosent av alle i aldersgruppen 16-44 år har en psykisk lidelse, har hele 14 prosent blant de langvarig arbeidsledige samme problem.

Vi viste foran at enkelte sosioøkonomiske grupper har bedre helse enn

andre. Det ser imidlertid ikke ut til at lønnen i seg selv virker differensierende på helsetilstanden. Lavlønte har ikke dårligere helse enn befolkningen ellers. Mer enn seks av ti lavlønte er kvinner. En grunn til at lavlønte kommer såpass godt ut, kan være at mange lavlønte kvinner bor sammen med menn med bedre inntekt. Dessuten er det svært mange unge, særlig unge under 25 år, som er lavlønte (se Barstad, Roalsø og Ryens artikkel i dette nummeret av Samfunnsspeilet).

Unge 16-29 år med lav utdanning er ikke spesielt utsatt sammenlignet med andre utsatte grupper, noe som blant annet skyldes at de er klart yngre enn de andre gruppene. Når unge med lav utdanning sammenlignes med andre unge, viser det seg at unge med lav utdanning har dårligere helse enn andre unge, et mønster som en også har sett i de tidligere levekårsundersøkelsene.

Som vi har vært inne på tidligere: Grunnen til at disse utsatte gruppene oftere har dårlig helse enn gjennomsnittsbefolkningen, ligger ikke nødvendigvis i deres spesielle livssituasjon, for eksempel som sosialhjelpsklient eller som ung med lav utdanning. Det er like stor grunn til å tro at vi har med en seleksjon å gjøre, det vil si at folk med dårlig helse rekrutteres til disse posisjonene, slik at dårlig helse like ofte blir en bakgrunn for som en følge av det å falle utenfor.

1. Registreringen av sykdommer i levekårsundersøkelsene har gjennomgått visse endringer over tid, som gjør det vanskelig å avgjøre i hvilken grad bestemte sykdommer er blitt mer eller mindre hyppige i befolkningen. For å redusere underreporteringen av sykdommer blir de intervjuede i levekårsundersøkelsen presentert for en liste over ulike sykdommer, og bedt om å angi om de har en eller flere av sykdommene på listen. I 1987 ble undersøkelsesopplegget endret, slik at en fikk en mer effektiv bruk av denne sjekklisten. Dette resulterte i en økning av

oppgitte syketilfeller. Sannsynligvis er det de mindre alvorlige lidelsene som i større grad blir husket.

2. Som sosialhjelpsmottakere regnes personer i husholdninger som har mottatt sosialhjelp i 1994.

Litteratur

Borgan, Jens Kristian og Lars Kristoffersen, (1986): *Dødelighet i yrker og sosioøkonomiske grupper 1970-1980*, Statistiske analyser 56, Statistisk sentralbyrå.

Huserbråten, Kirsti (1993): "Helse", *Sosialt utsyn 1993*, Statistiske analyser nr. 1, Statistisk sentralbyrå.

Mastekaasa, Arne (1994): *Familie og ekteskap som beskyttelse*, Universitetsforlaget.

Næringslivets hovedorganisasjon (1994): *Lønns- og fraværstatistikk 1994*.

Rikstrygdeverket (1995): *Trygdestatistisk årbok 1995*.

Sosial- og helsedepartementet (1995): *Velferdsmeldingen*. St. meld. nr. 35 (1994-95).

Statistisk sentralbyrå (1992): *Arbeidsmiljø 1989*, NOS C 9.

Statistisk sentralbyrå (1994): *Befolkningsstatistikk 1994. Hefte III*, NOS C 244.

Statistisk sentralbyrå (1995a): *Pasientstatistikk 1993*, NOS C 231.

Statistisk sentralbyrå (1995b): *Arbeidsmiljø 1993*.

Øverås, Siv (1995): *Helseboka 1995. Hovedtrekk ved helsetilstand og helsetjeneste i Norge*, Statistiske analyser nr. 5, Statistisk sentralbyrå.

Kirsti Huserbråten er førstekonsulent i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for levekårsstatistikk.