

Brukerseminar for Helseundersøkelsen 1995

19.-20. mai 1994

Innlegg ved:

Liv Grøtvedt
Jan Fredrik Andresen
Jan Tvedt
Olav Helge Førde
Arne Andersen
Pål Kraft
Egil Arnesen
Erik Falkum
Dorthe Holst
Tor Bjerkedal
Jon Ivar Elstad
Lars Kristofersen
Liv Belsby
Ingeborg Rossow
Niels Rasmussen
Anne Elise Eggen

Forord

Seminarer for Helseundersøkelsen 1995 har gitt oss verdifulle bidrag i arbeidet med planleggingen. Den store interessen for seminarer har også gitt inspirasjon i arbeidet med å prøve å få til en god undersøkelse. Vi har ved flere anledninger gått tilbake og sett hva som ble sagt i de ulike innleggene og i diskusjonene. Likevel greier vi helt sikkert ikke å imøtekomme alle gode ideer og innspill fra disse dagene i mai. Dermed er det viktig å ta vare på informasjonen fra seminarer, slik at både vi og andre kan ha nytte av det ved senere anledninger.

Notatet refererer innleggene på seminarer, som vi stort sett har mottatt på diskett fra foredragsholderne. Diskusjonen er gjengitt etter lydbåndopptak, i hovedsak uforkortet.

BRUKERSEMINAR FOR HELSEUNDERSØKELSEN 1995.

TID: 19-20 MAI. STED: LEANGKOLLEN HOTELL OG KONFERANSESENTER, ASKER.

12.00-13.00: Registrering. Kaffe og rundstykker.

13.00-13.10: Åpning og velkommen

v/ Rådgiver Jens-Kristian Borgan som stedfortreder for fagdirektør Gunvor Iversen, Avdeling for personstatistikk, SSB. 5

Del 1: Hovedformål og ønsker for en ny helseundersøkelse.

Statistisk sentralbyrå og representanter for ulike brukerkategorier får ordet:

13.10 - 13.30:	Liv Grøtvedt, Seksjon for helse, trygd og sosiale forhold, SSB	6
13.30 - 13.50:	Jan Fredrik Andresen, Helsetilsynet, Avdeling for forebyggende arbeid	10
13.50 - 14.10:	Jan Tvedt, Helseavdelingen, Sosial- og helsedepartementet	15
14.10 - 14.30:	Olav Helge Førde, Norges forskningsråd, medisin og helse	17
14.30 - 14.45:	DISKUSJON DEL 1	18

KAFFE

Del 2: Helseundersøkelsen og andre datakilder med helseinformasjon:

15.00 - 15.20:	Arne Andersen, Seksjon for demografi og levekår, SSB	19
15.20 - 15.40:	Pål Kraft, Seksjon for forebyggende helsearbeid, Folkehelse	27
15.40 - 16.00:	Egil Arnesen, Inst. for samfunnsmedisin, UiTromsø	30
16.00 - 16.15:	DISKUSJON DEL 2	32

MIDDAG på Leangkollen

Del 3: Sykdom og helse i SSBs helseundersøkelser. Hva måler vi og hva ønsker vi å måle?

9.00 - 9.20:	Om mål for psykisk helse i helseundersøkelsen. Erik Falkum, Den norske lægeforening	36
9.20 - 9.40:	Egenvurdert helse i helseundersøkelser. Dorthe Holst, Institutt for samfunns- odontologi, UiOslo	43
10.00:	Egenvurdert helse i forhold til funksjon livsroller. Amerikansk modell. Tor Bjerkedal, Institutt for forebyggende medisin, UiOslo	46
10.00 - 10.15:	DISKUSJON DEL 3A	53
10.15 - 10.35:	Bruken av helsetjeneste. Hva måler vi og hva ønsker vi å måle? Jon Ivar Elstad, Institutt for sosialforskning	56
10.35 - 10.50:	DISKUSJON DEL 3B	61
	KAFFEPAUSE	

Del 4: Andre viktige temaer for helseundersøkelsen 1995

11.05 - 11.20:	Kan vi få bedre data om barn?	64
	Lars Kristofersen, Norsk institutt for by og regionsforskning	
11.20 - 11.35:	Avhengighet og gruppe-effekter i data fra helseundersøkelsen (Metodisk kommentar om bl.a. usikkerhet og avhengighet i dataene). Liv Belsby, Seksjon for metoder og standarder, SSB	75
11.35 - 11.50:	Helseatferd i barnefamilier. Ingeborg Rossow, Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning	80
11.50 - 12.05:	Hvad kan og bør man ændre for at gøre helseundersøkelsen bedre sammen- lignbar med andre lande? Niels Rasmussen, DIKE Danmark	83
12.05 - 12.20:	Helseundersøkelsens informasjon om befolkningens legemiddelbruk. Anne Elise Eggen, Institutt for samfunnsmedisin, UiTromsø	88
12.20 - 12.30:	DISKUSJON DEL 4	92
	Deltakerliste	95

Åpning og velkommen

av Jens-Kristian Borgan, SSB

(som stedfortreder for Gunvor Iversen):

På vegne av Statistisk sentralbyrå vil jeg få ønske dere alle velkommen til "Brukerseminar for Helseundersøkelsen 1995".

Som vel alle kjenner her, er det 4. gang at SSB planlegger en helseundersøkelse. De tidligere ble holdt 1968, 75 og 85. Også i forkant av helseundersøkelsen i 1985 hadde vi et brukerseminar. Den gangen hadde vi et endags-seminar i Folkehelsas lokaler. Vi syntes det seminaret var meget vellykket, og vi da gjerne gjenta det. Vi prøver i år med 2-dagers seminar med overnatting. Bakgrunnen for det er at vi skal ha litt bedre tid til uformelle samtaler også, som erfaringsmessig også gir mye nyttig informasjon og mye nyttig innspill til oss. Så vi har store forhåpninger om hva vi kan få til.

Når det gjelder den kommende helseundersøkelsen, vil SSB satse omtrent samme mengde ressurser som sist. Dvs. at spørreskjema må bli omlag av samme lengde som sist. Det er ikke bare et økonomisk spørsmål. Det er grenser hvor mye intervjuobjektene kan belastes med spørsmål også. Det betyr jo at hvis nye ting skal inn, må vi diskutere hva som skal ut.

Når det gjelder utvalget, så var det sist et bruttoutvalg på 5 500 husholdninger. Dvs. at de ressursene vi setter av nå er til omlag samme utvalg. Så hvis det er ønske om større utvalg eller f.eks. spesialutvalg av spesielle grupper, så må det finne sin finansiering utenfor SSB's budsjett.

SSB vil også ha levekårsundersøkelse i 1995. De holdes hvert 4. år, og vi får da noe kollisjon, ved at begge kommer i 1995. Når det gjelder akkurat praktisk intervju så er ikke det så farlig, for levekårsundersøkelsen går på vinteren, men det er litt problem med finansiering og ressurser. For når det gjelder SSB's intervjuorganisasjon har ikke ressurser til egenfinansiering til 2 to så store undersøkelser i samme år. Det betyr at vi har søkt finansdepartementet om en ekstrabevilgning for 1995 for å holde helseundersøkelse. Det har vært gjennom det første nåløyet, nemlig planavdelingen i departementet, som støtter dette. Tilnærmet endelig avgjørelse vil skje i regjeringsskonferanse i juni. Vi håper inderlig at det vil gå i orden. Hvis så galt skulle skje, at alt skjærer seg, kan det i verste fall skje at det blir helseundersøkelse i 1996 i stedet for 1995. Noe verre enn det har vi ikke tro på at det skal bli.

Og til slutt vil jeg få takke alle de som kommer som foredragsholdere og deltagere her, at den veldig positive mottagningen da vi kontaktet dere alle sammen. Det var ikke nei, men ja med en gang og veldig interesse. Den interessen som er vist i forkant av denne undersøkelsen, tegner til at her bør vi få en bra undersøkelse, og igjen få mange gode analyser av resultatene i etterkant. Kanskje enda mer enn det som ble gjort i 1985, for vi finner en god stigning fra 1975 til 1985 i bruk av dataene. Vi håper på en enda bedre stigning i 1995. Også noen trender, så vi kan sammenligne forskjellige perioder. Så velkommen til seminar.

Hovedformål og ønsker for en ny helseundersøkelse.

Liv Grøtvedt, SSB:

Jeg skal altså prøve å uttrykke hva slags målsettinger SSB har for neste helseundersøkelse og hvorfor. Men det er naturlig å først gå tilbake å kikke på tidligere målsettinger for helseundersøkelser i regi av SSB.

I Statistisk sentralbyrås historie har vi hatt tre helseundersøkelser, men målsettingene for undersøkelsene har nok forandret seg gjennom årtiene.

I 1968 ble målsettingen uttrykt som:

* Skaffe en oversikt over utbredelsen av sykdommer og skader og deres virkning på personenes fysiske aktivitet

I 1975 ble målsettingen mer spesifisert og dessuten utvidet:

* Skaffe en oversikt over sykdommer og skader i befolkningen, og å undersøke i hvilken grad sykdom eller skade fører til sengeleie og nedsatt aktivitet

* Kartlegge befolkningens kontakt med helsevesenet og bruken av helsetjenester

* Kartlegge konsekvenser av sykdom og skade for den syke selv og familien i form av:

-fravær fra arbeid

-ekstra husarbeide

-behov for hjelp utenfra

1985- undersøkelsen hadde samme målsetting som 1975, men skulle i tillegg gi et bidrag til det forebyggende helsearbeidet ved å kartlegge kjente risikofaktorer for sykdom:

* Gi opplysninger om helseforhold og kontakter med helsetjenesten som kan sammenholdes med resultater fra helseundersøkelsene i 1968 og 1975

* Gi opplysninger som kan danne utgangspunkt for planlegging av helsefremmende og forebyggende tiltak

(Slik det ble uttrykt av Arbeidsutvalget for Helseundersøkelsen 1985 v/ Tor Bjerkedal).

Faktisk har 1985-undersøkelsen gitt en god del opplysninger om helseforhold som går utover det som kunne sammenlignes med 1975. Andre konsekvenser av sykdom enn fravær fra arbeid og hjelpebehov ble kartlagt. 1985-dataene ga opplysninger om ulike grader av funksjonshemminger og praktiske og sosiale konsekvenser av disse. I tillegg inkluderte 1985-undersøkelsen en lang liste med symptomspørsmål av både fysisk og psykisk karakter. Symptomspørsmålene muliggjorde for eksempel å si noe om hvor stor andel av personer med eller uten skjelett-muskelsykdommer som opplevde å være ganske mye eller svært mye plaget av smerter. De siste årene har det pågått en debatt om diagnoser av typen fibromyalgi eller om vanskelighetene med å diagnostisere opplevde

smertetilstander. Det kan hende at en videreutvikling av symptomspørsmålene fra Helseundersøkelsen 1985 kunne gi litt mer innsikt i denne typen tilstander og problemer.

Vi som sitter med daglig brukerkontakt opplever tydelig behovet for slike data som helseundersøkelsene gir. Vi opplever også mange ønsker om at slike data skulle samles inn oftere. Etterspørselen er stor, både nasjonalt og internasjonalt. Vi har i en del tilfeller brukt 1985-undersøkelsen og, der det var mulig, henvist til levekårsundersøkelsene.

For oss i Statistisk sentralbyrå blir det et eget og overordnet formål å dekke samfunnets behov for statistikk. Vi har idag samlet representanter for helsemyndigheter og forskningsmiljøer for å finne ut mest mulig om disse brukergruppene behov for helseundersøkelser. Vi kan bare håpe at det også finnes en del representanter for utdanningsinstitusjoner og folk flest er her i salen, slik at vi kan få signaler fra dem som anses som våre viktigste brukergrupper.

Helseundersøkelsen 1985 er blitt svært mye brukt i forskningsmiljøene, og vi håper og tror at dette også vil skje med 1995-dataene. Helseundersøkelsene blir også ofte brukt for å sammenholde landsomfattende oversiktsdata med spesielle, mer lokale temaundersøkelser. Det kan være til stor nytte å sammenligne fordelinger fra helseundersøkelsene for enkelte variable med de fordelinger man finner i en spesialundersøkelse. Vi ønsker også selv å være aktive i å bruke 1995-dataene, og håper å kunne legge forholdene til rette for analysevirksomhet også innen SSB.

Brukerseminaret for 1995-undersøkelsen er på et tidligere tidspunkt i planleggingen enn forrige gang. Vi har opprettet et kontaktnett av personer som vi ønsker å rådføre oss med og diskutere med i månedene framover, og regner med å ha et forslag til spørreskjema klart ved årsskiftet 1994/95. Vi vil gjerne ha dette brukerseminaret i ryggen når vi går i gang med den konkrete utformingen av temaer og spørsmål. Kanskje får vi også viktige nye kontakter med kompetanse på spesielle områder.

Når vi nå har hatt helseundersøkelser tre ganger tidligere knytter det seg ganske stor interesse til utviklingen av helseproblemer i befolkningen. Selv om det alltid kan diskuteres om vi måle forandringer i holdninger eller i helseproblemer vil resultater om en utvikling gi viktige indikasjoner på forhold som kanskje bør undersøkes nærmere på annen måte. Helseundersøkelsen kan altså sees som en datakilde for - i grove trekk- å overvåke befolkningens helsetilstand. Dataene fra 1975 og 1985 er i stor grad sammenlignbare, og vi anser det som viktig å opprettholde rekken av målepunkter, i alle fall på en del områder.

Som i tidligere helseundersøkelser vil også den neste ha sin funksjon ved at den fyller et hull i tilgjengelige datakilder som sier noe om helsetilstand: Vi har flere datakilder i Norge som gir opplysninger om helsetilstand fra ulike innfallsvinkler, og som bare samlet kan gi oss muligheten til å følge med i utvikling og forandring av et sykdomspanorama med mer eller mindre alvorlige eller dødelige sykdommer. Vi har dødsårsaksregisteret, utskrivninger fra sykehus, Kreftregisteret, Meldesystemet for infeksjonssykdommer, Statens helseundersøkelser og Medisinsk fødselsregister for medfødte sykdommer. Men alle disse datakildene bygger på registrering fra ulike deler av helsetjenesten. SHUS-datene ligger kanskje i grenseland, - folk

oppsøker ikke SHUS på grunn av sykdom. Pasientdataene sier til en viss grad noe om utbredelsen av sykdommer som er så alvorlige at de fører til sykehusinnleggelse, men mangler personidentifikasjon slik at vi bare kan få antall utskrivninger og ikke antall personer for en spesiell diagnose. Både av ressurs hensyn og personvern hensyn er det vanskelig å bygge opp registre over alle de ulike helseproblemer som befolkningen lider av. Registreringen i helsetjenesten vil derfor ofte bli en registrering av enkelte episoder som i liten grad kan erstatte oversikter over helseproblemer i befolkningen som helhet.

Rapporteringen fra helsetjenesten gir ofte informasjon om fordeling av helseproblemene i forhold til variable som kjønn, alder og bosted, mens en i intervjuundersøkelser får et større utvalg av bakgrunnsvariable (evt. ved å kople mot registre). En helhetlig helsestatistikk for Norge vil vi bare få ved å presentere resultater både fra intervjuundersøkelser og informasjon fra de ulike informasjonssystemene som bygger på registrering i helsetjenesten.

Omfanget av helseproblemer kan vanskelig måles bare ved hjelp av kontakter med helsetjenesten. Det er heller ikke alle helseproblemer som fører til kontakt. SSBs helseundersøkelser gir et bilde av sykdommer og plager som folk lever med og eventuelle konsekvenser av slik sykdom i form av nedsatt funksjonsevne eller hjelpebehov. Helseundersøkelsen har også symptomspørsmål, og dekker en del av helsetilstandsfeltet som andre datakilder ikke gir.

Det har allerede blitt nevnt at ressursene til neste helseundersøkelse er klart begrenset. Det betyr kanskje at vi ikke kan fortsette å utvide antall emner og spørsmål i forhold til forrige undersøkelse, slik det ble gjort i 1975 og 1985. Hensynet til intervjuetid pr. husholdning taler også imot en vesentlig utvidelse.

Det er imidlertid ett nytt område og en ny målsetting som har blitt stadig mer tydelig i løpet av de siste ti årene. Det internasjonale samarbeidet har tiltatt også innen helsestatistikken. For arbeidet med helseundersøkelsene spesielt betyr det at vi er med i et samarbeide i regi av Verdens Helseorganisasjon om metoder i helseundersøkelser. Her kommer man med anbefalinger av spørsmål som brukes som indikatorer for evaluering av Helse For Alle - programmet. Man forsøker også å finne spørsmålsformuleringer som kan aksepteres av så mange land som mulig for å gi bedre sammenligningsgrunnlag. SSB har også involvert seg i to andre former for internasjonalt samarbeid der både helseundersøkelser og dødelighetsdata benyttes. Det ene er et EU-prosjekt om forskjeller i sykkelighet og dødelighet etter utdanning og sosioøkonomiske grupper. Det andre er beregninger av forventet levealder uten sykdom og funksjonshemming (som forøvrig også inngår som et av delmålene i WHO's Helse-For-Alle program).

Det internasjonale aspektet behøver ikke å gi en vesentlig utvidet helseundersøkelse, men kan i noen grad imøtekommes ved å forandre på ordlyden i spørsmål fra tidligere undersøkelser. I en del tilfeller vil vi måtte ta en avgjørelse av om vi vil ha sammenlignbarhet med tidligere undersøkelser eller om vi vil ha sammenlignbarhet med andre land. (Niels Rasmussen skal omtale dette temaet nærmere i morgen).

Det er to andre faktorer som også kan muliggjøre forandringer i forhold til tidligere undersøkelser. Det ene er forholdet til levekårsundersøkelsene og mulighetene for å samordne og evt. flytte spørsmål fra en undersøkelse til en annen. (Vi kommer senere idag tilbake til forholdet mellom helseundersøkelsene og andre datakilder). Det andre er muligheten for å søke ekstern finansiering til spesielle tema som kan være interessante og viktige, men som går utover den rammen som vi nå må jobbe innenfor.

Målsetting for 1995-undersøkelsen kan foreløpig skisseres slik:

- * Imøtekomme ulike brukergruppers behov for helsestatistikk (helsemyndigheter og forvaltning, forskningsmiljøer, utdanningsinstitusjoner og almenheten generelt).
- * Kartlegge ulike grader av funksjonshemminger og konsekvenser av funksjonshemminger for den enkelte (tildels som i 1985, men her kan hensynet til internasjonal sammenlignbarhet føre til forandring)
- * Skaffe data om helsetilstand og om bruk av helsetjenester som er sammenlignbare med undersøkelsene fra 1975 og 1985
- * Gjøre undersøkelsen i noen grad sammenlignbar med lignende undersøkelser i andre land

Hovedformål og ønsker for en ny helseundersøkelse

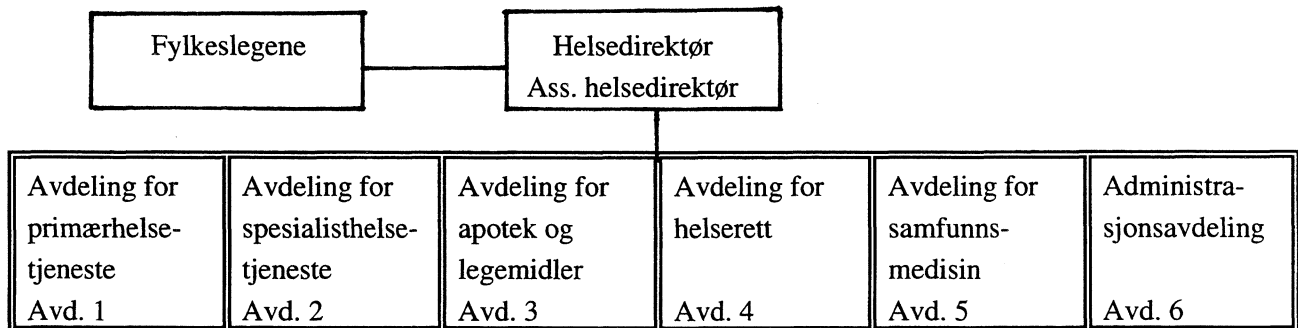
Jan Fredrik Andresen, Statens Helsetilsyn

Disposisjon:

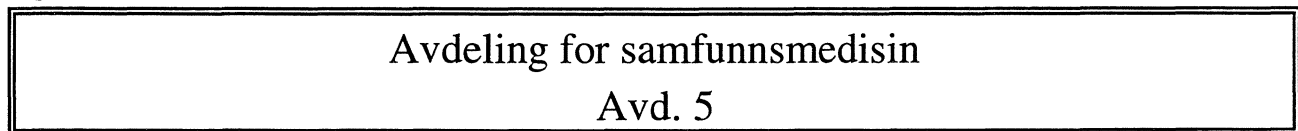
1. HELSETILSYNETS ORGANISASJON
2. SOSIALDEPARTEMENTETS INSTRUKS FOR STATENS HELSESTILSYN
3. HELSETILSYNETS STRATEGISKE PLAN
4. SAMARBEIDET MELLOM DEN SENTRALE HELSEFORVALTNINGEN OG SSB
5. HELSEUNDERSØKELSEN 1985
6. HELSEUNDERSØKELSEN 1995

1. Organogram.

Figur 1.



Figur 2.



Smittevern
Statistikk
Epidemiologi
Informasjonssystemer og EDB
Bibliotek
Idèbank for helsetjenesten
Registre
Informasjon
Trykksaker (produksjon)
Internasjonalt arbeid
Kontinentalsokkelkontoret

Tverrgående prosjekt:
Tilsynsmetode og kvalitetsutvikling

2. Helsetilsynet skal bistå departementet med informasjon om helseforholdene i landet, og kan fremsette forslag om de tiltak som anses nødvendig.

VISJON

TILSYN FOR TRYGG HELSETJENESTE

VIRKSOMHETS- IDÉ

Statens helsetilsyn har det overordnede tilsyn med helsetjenesten i Norge.

Statens helsetilsyn er et uavhengig tilsynsorgan med tverrfaglig kompetanse og helhetlig innsikt i helsemessige forhold.

Sammen med fylkeslegene skal vi fremme kvalitet og rettssikkerhet i helsetjenesten.

Vår kunnskap og innsikt formidles aktivt til våre myndigheter, helsepersonellet og befolkningen for å fremme en etisk og faglig forsvarlig helsetjeneste.

3. Strategisk plan. Strategiske områder:

- Kvalitetsutvikling
- Rettsikkerhet
- Innsamling og analyse av faktagrunnlag
- Erfaringsoverføring

STRATEGISKE OMRÅDER

Statens helsetilsyn har valgt følgende fire områder for å realisere sin virksomhetsidé:

- * Kvalitetsutvikling
- * Rettsikkerhet
- * Innsamling og analyse av faktagrunnlag
- * Erfaringsoverføring

De fire strategiske områdene er bærebjelker i et moderne tilsyn. Statens helsetilsyn legger disse til grunn for vårt samarbeid med helse-tjenesten for å møte de utfordringer helse-tjenesten står overfor.

De fire strategiske områdene er også et grunnlag for intern organisering og fag-utvikling.

Det skal være et tett samarbeid med fylkes-legene slik at de oppsatte mål kan nås.

4. Samarbeidet mellom SSB, Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn. Det må således tilstrebes at ett datasett bare samles inn en gang, og data samles inn på en ensartet måte som i minst mulig grad belaster oppgavegiveren.
5. Helseundersøkelsen 1985.
Hva har vi brukt us. til?
 - mal for beskrivelse av helsetilstanden i ulike sammenhenger.
 - i forbindelse med rapportering til WHO "Helse for alle".
 - som bakgrunnsdokumentasjon til St.m. nr. 37 (1992-93) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid.
6. Helseundersøkelsen 1995
Helse og sykdom er to ulike dimensjoner.
Utfyllende i forhold til løpende statistikk (fyller ut hvite flekker på kartet.)
(Det bør overveies å dra nytte av erfaring fra andre relevante undersøkelser om befolkningens helsetilstand (CONOR).
Viktig kilde for å kartlegge egenopplevd helse og erfaring med helsetjenesten.
Rene produksjonsdata kan vi få fra andre kilder.

Vi vil understreke at dette dreier seg om en helseundersøkelse og at dette bør skilles fra levekårsundersøkelse med vekt på sosiale forhold. Vi mener det er viktig at man i utformingen (lay-out-messig) av skjemaene også bevisst skiller mellom rene sosiale og helsemessige variable. Et slikt skille er viktig for at Helseundersøkelsen skal bli et nyttig redskap i vår tilsynsvirksomhet. For å få en best mulig forståelse for den subjektive opplevelse av egen helse, er det imidlertid en forusettning å ha god kjennskap til de sosioøkonomiske bakgrunnsvariable.

Sosioøkonomiske - sosiodemografiske variable og økumener

Statens kartverk opererer med en sammenstilling av enheter med like kjennetegn når det gjelder sosiodemografiske variable - økumener.

Ved kartlegging av helsetilstanden er det viktig å skaffe seg oversikt over ulikheter.

Sammenstilling av sosioøkonomiske/sosiodemografiske bakgrunnsvariable, jf. økumenebegrepet, kan gi mere informasjon enn rene geografiske sammenstillinger med hensyn på ulikheter i helsetilstanden.

Den kunnskap som framkommer ved helseundersøkelsene kan gi gode bidrag for utforming av indikatorer for helse. Ut fra våre formål kan man vurdere detaljeringsgraden i forhold til spørsmålene som ble stilt i 1985. Det bør kanskje også vurderes om ikke enkelte av spørsmålene kan konkretiseres bedre.

Den subjektive opplevelse av helse har nær relasjon til individets tilgjengelige repertoar av mestringsstrategier. -samhandling handicap-familier. Det bør således være en viktig oppgave å utvikle spørsmål som kan kartlegge/belyse forskjellige mestringsstrategier.

I forbindelse med oppfølging av St.meld. 37, er det viktig at helseundersøkelsen i 1995 kan bidra til bedre innsikt/oversikt over følgende innsatsområder:

- Ulykker
- Psykososiale problemer
- Belastningslidelser
- Astma og allergi.

I tillegg vil vi uttrykke ønske om at helseundersøkelsen 1995 også kan belyse spesielt kvinners subjektive opplevelse av egen helsetilstand - jf. WHO's arbeid for å utarbeide særskilte profiler over kvinners helsetilstand. I tillegg har Helsetilsynet interesse av at barn og ungdoms helsetilstand vies spesiell oppmerksomhet.

Statens helsetilsyn er av den oppfatning at et eget utvalg av institusjonsbeboere blir tatt med i undersøkelsen. Dette vil kunne gi oss verdifull informasjon i tillegg til den løpende statistikk innen pleie- og omsorgssektoren. Pleie- og omsorgssektoren er et viktig innsatsområde i vår tilsynsvirksomhet.

Helseundersøkelsen bør etter Statens helsetilsyns oppfatning bidra til å belyse i hvilken grad helsetjenestens organisering og innhold imøtekommer folks behov for tjenester. Dette er meget viktig for at tilsynet skal kunne utføre de oppgaver vi er pålagt av de politiske myndigheter.

Til slutt vil vi fremme følgende ønsker:

Enten hyppigere helseundersøkelser, f.eks. 3-5 års intervaller, da 10-års intervaller er for lang tid for til enhver tid å ha en oppdatert oversikt over befolkningens egenopplevde helsesituasjon. Dersom dette ikke er mulig å gjennomføre, har vi et ønske om at enkelte sentrale spørsmål i tilknytning til helse - et såkalt kjernebatteri - inkluderes i levekårsundersøkelsene.

Statens helsetilsyn deltar gjerne i det videre arbeidet med forberedelsen til Helseundersøkelsen 1995.

Hovedformål og ønsker for en ny helseundersøkelse

Jan Tvedt, Sosial- Og Helsedepartementet:

Hovedmomenter i forberedt innlegg:

Utgangspunktet for konferansen: Å være en idedugnad, et forum for ønsker og innspill

- 1 Viktig å se helseundersøkelsen (HU) i forhold til andre datakilder, undersøkelser, informasjonssystemer m.v., bør kunne utfylle og støtte opp om hverandre
- 2 Samtidig se det mer spesielle i HU; det subjektive aspektet, folks opplevelser, oppfatninger, egenrapporteringen. Viktig å se i forhold til andre typer data
- 3 Ønske om muligheter for sammenligninger
 - over tid
 - mellom ulike grupper i befolkningen
 - mellom lokale enheter (ideelt sett mellom kommuner, men i hvertfall på lavere nivåer enn i HU 85)
 - ved mer omfattende endringer kan også temaer i HU 95 ses som den første i en ny tidsserie
- 4 Helsebegrepet, problematisering og belysning fra flere synsvinkler
 - subjektivt opplevd helse; fravær av symptomer og plager, funksjonsevne
 - livskvalitet, opplevelse av evne til mestring
 - opplevelse av positive faktorer som opprettholder og styrker helsa
 - opplevelse av negative faktorer som svekker/truer helsa
 - egen livsstil, muligheter/utsikter/ønsker om å endre denne
 - Ulike gruppers opplevelse av egen helse; barn, institusjonsbefolkningen, eldre over 80 år
- 5 Sykdom, sykkelighet
 - den enkeltes opplevelse av status og endring over tid, hyppighet, tilbøyelighet til å bli syk osv
 - antakelser om årsaker ???
 - både generelt , og spesielt for de fire satsingsområdene for forebyggende/helsefremmende arbeid:
 - psykososiale problemer
 - belastningslidelser
 - ulykker, skader
 - astma og allergi og "nye" sykdommer, "diffuse" lidelser osv
- 6 Folks erfaring med og opplevelse av helsetjenesten
 - faktisk kontakt med helsetjenesten
 - opplevelse av resultatet, behandlingen og av selve tjenesten (de ulike aspekter som tilgjengelighet, relevans, kvalitet, omsorg, informasjon osv)
 - antakelser om resultat ved "ikke-behandling" ???

- 7 Alternativ medisin, egenbehandling mv; folks bruk og erfaringer, vurderinger, holdninger
- kjennskap, bruk, hyppighet, forventninger til og antakelser om mulig framtidig bruk osv
- 8 Kritisk gjennomgang av HU 85: Hva kan sløyfes denne gangen
- 9 Presentasjon av resultater
- i tillegg til de mer tradisjonelle publikasjonene: en mer aktiv utsending av materialet; diskett, tilrettede løsninger for fylkeskommuner og kommuner, deler kunne tas inn i SHDs "Styrings- og informasjonshjulet", osv
- 10 Kritisk gjennomgang av HU 85: Hva er mindre vesentlig idag, hvilke opplysninger er ikke blitt brukt, erfaringer
- 11 HU er unik;
 - bør gjentas oftere enn hvert 10. år
 - viktig at sentrale spørsmål kommer med
 - sammenlignbarhet på lavere geografiske nivåer enn i HU 85

Til slutt; Dette er sikkert dyre ønsker i forhold til kostnadsramma på 1-1,5 mill. Framfor "å skjære i kjøttet" bør mulige finansieringskilder være utfordret !

Hovudformål og ønskjer for helseundersøkelsen 1995.

Olav Helge Førde, Norges Forskningsråd:

Olav Helge Førde, Norge Forskningsråd, Medisin og Helse.

Området Medisin og Helse i det nye Forskningsrådet vil vidareføre utviklinga, som det tidlegare Rådet for Medisinsk Forskning starta, med omsyn til å styrke det ein kan kalle den helsefaglege forskningsprofilen. Gjennom dei siste ti åra har det medisinske fagområdet, særleg gjennom hovudinnsatsområdet "Helse, Miljø, Levekår" (HEMIL) med programma "Epidemiologi", "Forebyggande helsearbeid" og "Helsetenesteforskning", fått ein klar helsefagleg profil.

Departementet har avgjort at HEMIL skal vidareførast med omlag same omfang som det hadde ved utgangen av 1992. Samstundes vedtok Rådet ein handlingsplan for langsiktige satsingar som sette dei "nye epidemiane" allergi, mentale lidingar og muskel-skjelettsjukdommar, i fokus.

Helseundersøkingane er i prinsippet epidemiologiske og må finne sin plass mellom, og må samordnast med, andre pågåande og planlagde nasjonale epidemiologiske undersøkingar. Det har til følgje at Helseundersøkelsen bør styrkje sin profil på dei områda der den har komparative fordelar, og tonar ned dei delane som overlappar med dei nasjonale hjarte/karundersøkingane og CONOR.

I mine auge har Helseundersøkingane sin styrke når det gjeld kartlegging av subjektiv sjuklegheit og sjukdomsatferd. Ingen av dei andre norske undersøkingane kan konkurrere med omsyn til omfang og penetrans på dette området.

Sjølv om den i hovudsak vil vere utgangspunkt for deskriptive studier med hovudvekt på prevalens, kan Helseundersøkinga også gje høve til å studere samanhengar i tverrsnittdesign. Denne delen kan styrkjast ytterlegare ved koplingar til andre data som SSB rår over og gjerne også til andre register og befolkningsundersøkingar.

Dersom ein i tillegg i framtida kunne leggje opp til eit longitudinelt design med panel, ville det vitskapelege utbytte ved undersøkinga auke monaleg. Det kunne opne for analyser som kunne gje "etiologisk" kunnskap eller hypotesar på område der vi i dag veit svært lite.

Både våre sentrale helsestyresmakter og Forskningsrådet har etterspurt forskning på område der helseundersøkinga i 1995 kan gje substansielle bidrag. Det skulle vere eit godt utgangspunkt for finansiering. Det har tidlegare ikkje vore lett å få støtte frå Forskningsrådet til grunnlagsinvesteringar utan prosjekt og miljøtilknytning. Med kravet om at rådet i framtida skal fungere meir strategisk, vil eg tru at det blir lettare. Eg vil difor slett ikkje utelukke at Forskningsrådet, særleg dersom det vitskapelege potensialet kunne styrkjast, vil kunne gje stønad til finansieringa av den komande helseundersøkinga.

Innlegget, som er det vi mottok skriftlig fra Førde, gjengir hovudpunktene i det som ble sagt muntlig på seminaret.

Diskusjon del 1

Ordstyrer: Berit Otnes

Olav Aasland:

Mitt spørsmål er primært til byrået. Jeg vet at jeg ikke er alene om det at det idelle ville vært å ikke hatt en levekårs- og en helseundersøkelse. Men en felles undersøkelse, som både omfatter levekår og helse - og gjerne litt oftere enn hvert 10. år. Vi hørte innledningsvis at disse to undersøkelsene faktisk ville konkurrere med hverandre i 1995, og at dette kan føre til at den ene må utsettes p.g.a. den andre. Er ikke det et nederlag i forhold til en langsiktig strategi? Kunne det ikke vært en gylden anledning til å prøve å lage en ny design som kombinerte disse - slanket helseundersøkelsen og utvidet levekårsundersøkelsen, slik at man endte opp med en undersøkelse som kunne gjøres hvert 4. eller 5. år.

Svein Hindal:

Jeg synes det er viktig å ta hensyn til et par forhold når man skal legge opp til ny undersøkelse. Det ene er at en langt større del av våre funksjonshemmede og skrøpelige mennesker nå bor i sine hjem - de er ikke lenger i institusjon - og man må forsøke å fange opp deres situasjon, helsemessige forhold og forhold til helsevesenet, de tilbud de får, få belyst det gjennom denne undersøkelsen. Jeg tror det er en gruppe som man må legge vekt på å fange opp i denne sammenheng. Og derfor må man vurdere grundig hvilke spørsmål som må til for å kartlegge situasjonen for denne økende gruppen.

Liv Grøtvedt:

Arne Andersen kommer tilbake til dette med samordning av utvalgsundersøkelser i et eget innlegg.

Kommentar:

Diskusjonen etter del 1 ble ikke i sin helhet fanget opp på lydbånd. Tor Bjerkedal mente at det ville være større gevinster ved å kople gamle helseundersøkelser mot registerdata enn ved å prøve å få til longitudinell design. Olav Helge Førde mente derimot at 10 år mellom undersøkelsene ikke var til hinder for å bruke panel. Lars Johanson fra Ernæringsrådet var opptatt av å få med risikofaktorer som røyking og kosthold, og tilbød hjelp til utforming av spørsmål på dette feltet fra sin institusjon.

Samordning av levekårsrelatert statistikk

Arne Støttrup Andersen, SSB:

For Statistisk sentralbyrå er det viktig å se helseundersøkelsen som en del av det statistiske system, ikke bare som en del av helsestatistikken, men også som en del av levekårsstatistikken og av person- og husholdningsstatistikken generelt.

Samordning, standardisering og effektiv utnyttelse av statistikkssystemet blir tillagt stor vekt nå. Det er noe av bakgrunnen for at det i februar ble nedsatt en arbeidsgruppe for samordning av levekårsrelatert statistikk.

Et viktig punkt i mandatet for denne arbeidsgruppen er "... å vurdere et fleksibelt opplegg for utvalgsundersøkelser som sikrer bedre samordning innbyrdes og med registre, spesielt med tanke på forenkling og effektivisering".

Jeg skal ta utgangspunkt i arbeidet som er gjort i denne gruppen. Jeg skal vise litt av det som er bakgrunnsmateriale for gruppen, og også skissere noen av de ideer som blir diskutert.

Arbeidsgruppen er ikke ferdig med sitt arbeid. Den har frist til juni. Den diskuterer fortsatt noen ideer uten å ha kommet fram til noe endelig forslag. Etter at arbeidsgruppen har lagt fram sine forslag vil disse bli diskutert videre i SSB og med brukerne.

Tabell 1. Oversikt over primære mikrodatakilder og kildenes informasjonsdekning

Tema	Inntekt, skatt, overf. og formue	Konsum	Arbeid	Fritid, sosial kontakt og krimina- litet	Helse	Utdan- ning	Flytting	Demografi
Primære statistiske kilder								
1. IF	×	×	×		[×]	(×)	[×]	[×]
2. IFN (pers. næringsdriv.)	×	[×]	[×]		[×]	(×)	[×]	[×]
3. Forbruk	×	×	×		[×]			[×]
4. Helse	(×)	×	×	[×]	×	(×)		[×]
5. Levekår	(×)	×	×	×	×	(×)	[×]	[×]
6. AKU			×	[×]		×	(×)	[×]
7. Tidsnytting	[×]	×	×	×	[×]	×		[×]
8. FoB (1990 _t)	(×)	[×]	×			(×)		[×]
9. Fam. og yrke	(×)		×		[×]	×	[×]	×
10. Lønnsstat.	[×]		×			(×)		[×]
11. Boforhold	×	[×]	×	[×]	[×]		×	[×]
12. Arbeidsliv	[×]		×	[×]	×	[×]		[×]
13. Valg	[×]		×	[×]		×		[×]
14. Kultur/Media	[×]	×	×	×		×		[×]
15. Omnibus	[×]	[×]	×	[×]		(×)		[×]
16. ECHP	(×)	×	×	[×]	[×]	(×)	[×]	[×]
Antall originale kilder (utv.und.)	4[6]	7[4]	15[1]	3[7]	4[7]	5[1]	0[6]	1[15]
20. FoB (-1980)		×	×					[×]
21. Utdann.reg.		[×]				×	[×]	[×]
22. RTV	×	[×]	[×]		×		[×]	[×]
23. Bostøtte	×	[×]						[×]
24. Sosialstøtte	[×]							
25. Lånekasse	×							
26. SOFA-søker	[×]		×		[×]			
27. A/A-reg.			×					
28. LTO	×	[×]	(×)					
29. Ligningsreg.	×		[×]				[×]	[×]
30. Selvangivreg.	×	[×]	[×]		[×]			
31. Botareg.	[×]	[×]						
32. Personreg.							×	×
33. Straffereg.				[×]				
34. Dødsårsaksreg.					[×]			[×]
Antall originale kilder (registre)	6[3]	1[6]	3[3]	[1]	1[3]	1	1[2]	1[5]

() - tilkoblede data

[] - bare ett deltema (se tabellene 5-10) eller få opplysninger

Dette er en første grov oversikt over de utvalgsundersøkelser og registre som er relevante. Tabellen må tolkes med forsiktighet, den viser således ikke omfanget av overlapping mellom datakildene. Den viser imidlertid at det finnes biter av helseinformasjon i mange kilder.

Tabell 9. Helse

Stat. kilder	Tema	Sykelighet (diagnose)	Funksjonsevne	Omsorg og pleie	Bruk av helse-tjenester	Risikofaktorer	Uføretrygd	Sykepenger
1. IF							(X)	[X]
2. IFN (pers. næringsdriv.)							(X)	X
3. Forbruk*					[X]			
4. Helse		X	X	X	X	X		
5. Levekår		X	X	X	X	[X]	(X)	[X]
6. AKU								
7. Tidsnytting			[X]	X				
8. FoB (1990-)								
9. Fam. og yrke					[X]			
10. Lønnsstat.								
11. Boforhold			X	[X]				
12. Arbeidsliv		X	X		X	X		
13. Valg								
14. Kultur/Media								
15. Omnibus								
16. ECHP		[X]	[X]		[X]		[X]	
Ant. origin. kilder (urv.und.)		3[1]	4[2]	3[1]	3[3]	2[1]	[1]	1[2]
20. FoB (-1980)								
21. Utdann.reg.								
22. RTV		X	X				X	X
24. Sosialstøtte								
26. SOFA-søker			[X]					
27. A/A-reg.								
28. LTO								
29. Ligningsreg.								
30. Selvangivreg.								[X]
31. Botareg.								
32. Personreg.								
33. Straffereg.								
34. Dødsårsaksreg.		X						
35. Samboerfil								
36. Fødelandsfil								
37. Flytefil								
38. Kvinnefil								
39. Barnefil								
40. Inntektsreg.							(X)	(X)
41. Personregnsk.			[X]				(X)	(X)
Ant. origin. kilder (registre)		2	1[2]	0	0	0	1	1[1]

() - tilkoblede data

[] - få opplysninger

* Paneldelen (ca. 300 hushold) inneholder dessuten tilsvarende informasjon som IF.

Denne figuren viser fortsatt et ganske grovt bilde. Den viser at funksjonsevne er dekket i ganske mange utvalgsundersøkelser, mens risikofaktorer, spesielt de som har å gjøre med livsstil stort sett bare er dekket i helseundersøkelsen.

Som et eksempel på en mer detaljert gjennomgang skal jeg ta for meg opplegget av helseundersøkelsen og levekårsundersøkelsen.

UNDERSØKELSE SOPPLEGG FOR HU85 OG LKU91

LIKHETER OG FORSKJELLER

	HU85	LKU91
POPULASJON	0-100 UTENFOR INSTITUSJON	16-100 UTENFOR INSTITUSJ.
TREKKEENHET	HUSHOLD	PERSON
VIKTIGSTE ANALYSEENHET	PERSON	PERSON
INFORMASJON PÅ HUSHOLDSNIVÅ	MYE	LITE
INNSAMLINGSTIDSPUNKT	HØST (OKT.)	VINTER (FB)
PANEL	NEI	JA, DELVIS
BRUTTOUTVALG PERSONER	6 000 HUSHOLD	5 000
NETTOUTVALG	4 300 HUSHOLD 10 500 PERS.	3 800 PERS
HYPPIGHET	10. ÅR	4. ÅR
TILLEGSUNDERSØKELSER	NEI	JA

De viktigste forskjeller i opplegget er:

Barn, som inngår i utvalget til helseundersøkelsen, men ikke levekårsundersøkelsen

Innsamlingstidspunkt.

Innsamlingen til levekårsundersøkelsen på vinteren som er høysesong for en del sykdommer, mens helseundersøkelsen har innsamling på høsten. For den del helse- eller helsetjenestevariable som viser sesongvariasjon vil resultatene være vanskelige å sammenligne.

Husholdsinformasjon.

Helseundersøkelsen kan gi informasjon både på person- og husholdsnivå og tillater analyse av sammenheng mellom variable for personer i samme husholdning. Lavekårsundersøkelsen tillater ikke det siste, og gir bare informasjon på husholdsnivå for variable som er samlet inn fra den enkelte respondent, ikke for husholdsvariable som konstrueres som aggregater av svar fra alle medlemmer av husholdet.

Utvalgsstørrelsen er forskjellig.

Over tid er imidlertid utvalget til levekårsundersøkelsen like stort som utvalget til helseundersøkelsen, siden levekårsundersøkelsen er hyppigere.

LIKHETER OG ULIKHETER I INNHOLD

	HU85	LKU91
DIAGNOSE LANGVARIGE SYKETILFELLER		
PREVALENS	X	X
INSIDENS	X	
DIAGNOSE 'AKUTTE' SYKETILFELLER		
PREVALENS	X	
INSIDENS	X	
MEDFØDTE SYKETILFELLER	X	
SYKETILFELLER SOM FØRTE TIL:		
NEDSATT AKTIVITET	X	
LEGEKONTAKT	X	
MEDISINBRUK	X	
SKADE/FØLGE AV SKADE	X	
VARIGHET AV SYKETILFELLE (X)	X	
FYSISKE SYMPTOMER OG PLAGER	} 30	
PSYKISKE SYMPTOMER OG PLAGER		3
EGENVURDERING AV HELSE	1	0
EGENVURDERING AV ALVORLIGHETS- GRAD AV SYKETILFELLER	0	1

LIKHETER OG ULIKHETER I INNHOLD

	HU85	LKU91
FUNKSJONEEVNE	21	12
FUNKSJONSVANSKER	9	4
FYSISK FUNKSJONSEVNE	6	7
SYKEFRAVÆR	6	1
OMSORG	5	5
OMSORG, TIMER PR UKE	2	4
BEHOV FOR HJELP UTEFRA	2	0
HJEMMEHJELP, HJEMMESYKEPLEIE	1	1
KONTAKT MED HELSETJENESTEN	4	3
KONTAKT VED SYKDOM	1	3
KONTAKT UTENOM SYKDOM	1	0
KONTAKT MED LEGE, VARIGHET	2	0
TANNHELSE	5	0
RISIKOFAKTORER	18	3
KOSTHOLD	6	0
RØYKING	4	0
ALKOHOL	4	1
MOSJON	4	2
LEVEKÅR	27	72
BOLIG, BOFORHOLD	7	18
ARBEIDSFORHOLD	13	30
SOSIAL DELTAKING	6	24
REISETID TIL LEGE MV.	1	0
IALT	80	95

Noen ideer om et nytt opplegg for utvalgsundersøkelser

Som sagt diskuterer arbeidsgruppen fortsatt ulike modeller for samordning av utvalgsundersøkelser, så jeg kan bare gi ganske grove skisser av et opplegg.

Det opplegget som så langt ser ut til å være det foretrukne kombinerer trekk fra det kanadiske General Social Survey og de svenske Undersøkingar av Levnadsförhållanden.

I hovedtrekk går opplegget ut på å gjennomføre årlige utvalgsundersøkelser, fordelt på minst to datainnsamlinger, mest sannsynlig vinter og høst, og med en fast kjerne og ellers varierende innhold både mellom vinter- og høstundersøkelsen og mellom de ulike årganger. Intervjutiden bør være om lag en time. Hvor stor den faste kjernen skal være og hvordan innholdet skal variere har vi diskutert nokså lite.

For å gi litt mer håndfaste forestillinger skal jeg presentere en mulig modell for helsedelen av den temaroterende undersøkelsen. Det gjennomføres undersøkelser med 2500 personer 16 år og over hver høst i to påfølgende år med en intervjutid på 20 - 30 minutter utover kjernen og med gjentakelse etter 5 år. (I innstillingen fra arbeidsgruppen ble det foreslått et årlig utvalg på 10 000 personer, eller 5 000 i vinter- og 5 000 i høstundersøkelsen).

Noen sannsynlige konsekvenser av opplegget sett fra helseundersøkelsens synspunkt

Noen ulemper:

- Det vil antakelig bli vanskelig å samle inn helseinformasjon for alle i husholdningen (for lang intervjutid i husholdet).
- Barn vil neppe inngå i det ordinære utvalget. Barns helse måtte kartlegges gjennom et tilleggsutvalg til den ordinære undersøkelsen. Det ville gi muligheter for intervju med alle barn i husholdningen.
- En ville ikke få de nåværende store utvalg samlet på et bestemt tidspunkt. Over en tiårsperiode ville imidlertid utvalget bli like stort. (Med 10 000 personer i det årlige utvalget slik som arbeidsgruppen foreslo vil en etter to år ha like stort utvalg som i Helseundersøkelsen 1985. Med en 5-års syklus ville helseinformasjon fra en slik helseundersøkelse komme dobbelt så hyppig).

Noen fordeler når det gjelder helseinformasjon:

- Opplegget er langt mer fleksibelt. Nå samler en inn informasjon nokså sjelden. Det er greit for de langsiktige trendene, men et større problem for forhold som endrer seg raskere. Det nye opplegget vil gi større muligheter for å differensiere hyppigheten av innsamling.
- Det vil gi større muligheter for å kombinere helseinformasjon med informasjon om andre sider ved levekårene.

Helseundersøkelsen og andre datakilder med helseinformasjon.

Pål Kraft, Folkehelsa:

Ja, jeg er her for å snakke om helseadferd, argumentere for helseadferd kanskje - holde foredrag som stand-in for Leif Edvard Aarø. Men å argumentere for helseadferd her vil kanskje være å tale for døve ører, eventuelt kaste perler for svin, jeg vet ikke. Så jeg skal ikke gjøre det. Jeg skal bruke hele innlegget mitt for å argumentere for en gruppe variable som ikke bør være med (ihvertfall ikke i veldig stor grad).

Gjennom 1980 årene var Verdens Helseorganisasjon og medlemslandene opptatt av å definere mål for helse og mål for helse for alle strategien. Disse målene beskriver spesifikke målsetninger for helsetjeneste og for forebyggende helsearbeid. Mål som skal nåes innen et spesifisert antall år. Et eksempel er mål nr. 16 som sier at innen 1995 skal det i alle medlemsland være en betydelig økning i positiv helseadferd, slik som balansert ernæring, andel som ikke røyker, fysisk aktivitet, og stressmestring. Mange av målene er spesifisert med tall som uttrykker mer målbare mål, som for eksempel i Norge i år 2000 skal 80 % av den voksne befolkning være ikke-røykere.

For å vurdere om målene som angår helseadferd i helse for alle-strategien blir nådd, har verdens helseorganisasjon anbefalt at det gjennomføres såkalte Health Promotion Surveys. Slike surveys skiller seg fra ordinære helseundersøkelser, ved at de ikke primært setter fokus på lidelse og sykdom, ei heller på sammenhengen mellom sykdom og dens prediktorer. Helseadferdssurvey'er har som mål å beskrive helserelaterte individuelle og miljømessige forhold, og deres rolle som prediktorer for helseadferd. Videre bør helseadferdsstudier designes slik at de kan gi relevante data for politiske beslutninger og konkrete forebyggende tiltak. Dette er også noe helsemyndighetene for tiden er opptatt av. Både i NOU nr. 10 fra 1991 og i den påfølgende meldingen til Stortinget om det forebyggende arbeidet, står behovet for å utvikle et nasjonalt system av indikatorer relatert til målene i den norske helse for alle strategien omtalt. Også i komiteinnstillingen fra et par uker tilbake, er behovet for et slikt indikatorsystem understreket.

Jeg mener at vi trenger i allefall tre typer av undersøkelser for å kunne ha et slikt datagrunnlag. La meg illustrere dette: Bak hver kategori sykdom finner vi ulike risikofaktorer eller vi finner positive faktorer som er med på å styrke helse. Ofte er det slik at hver risikofaktor kan relateres til mange sykdommer og at hver sykdom kan relateres til mange risikofaktorer. Vi kan også tenke oss faktorer bak risikofaktorene og faktorer bak disse igjen - helt tilbake til grunnleggende karakteristika ved samfunnet. Helsefremmende arbeid betyr å ta kontroll over, å gjøre noe med faktorene i denne mangslungende kausalkjeden. For å foreta fornuftige politiske prioriteringer og legge gode strategier trenger vi data langs hele kausalkjeden. Vi trenger helseundersøkelser som i hovedsak fokuserer somatisk helse, psykosomatiske plager, psykologiske plager, og bruk av helsetjenester. I blant blir også data om leveforhold, livskvalitet og livsstil samlet inn. Miljømessige risikofaktorer, fysiske så vel som sosiale blir sjelden vektlagt. Perspektivet i helseundersøkelsene er i hovedsak epidemiologisk og epidemiologiske, og spørsmål som ikke direkte måler helse er ofte inkludert fordi de er prediktorer for sykdom. I Norge har vi hatt slike undersøkelser i '68, '75, '85 og altså nå i '95 eller '96. En annen kategori av studier er levekårsundersøkelsene som vi i Norge altså har hatt i '73/74, '80, '83, '87 og '91. Disse undersøkelsene er ikke spesielt helserettet, men rettet mot de generelle sosiale og økonomiske kår i samfunnet.

Helseadferdsurveys, eller noe mer dekkende på engelsk, Health Promotion surveys dekker landskapet mellom levekårsundersøkelser og helseundersøkelser. De har til hensikt og dekke adferdsmessige og miljømessige faktorer som er påvist å ha sammenheng med sykdom og slike faktorerers prediktorer. I enkelte land har de etablert slike nasjonale helseadferdsurveys. Finland har hatt dem i mer enn 15 år, CDC i USA har begynt å gjennomføre dem, og i EU er et program som dekker studentpopulasjonen iverksatt. I Norge har vi ingen slik nasjonal omfattende helseadferdsurvey. Dette var bakgrunn for et møte vi avholdt i fjor mellom Sosial- og helsedepartementet, Statistisk sentralbyrå og Folkehelse, hvor det var enighet om behovet for slike surveys og på hvilket grunnlag folkehelse har laget en skisse til en mal for gjennomføring av slike surveys. Et slikt perspektiv er meget klart fulgt opp i stortingsmelding nr. 37 og har blant annet materialisert seg i at departementet har nedsatt en styringsgruppe og en faggruppe for å se på og utvikle dette nærmere. Det er grunn til å tro at de spesielt vil se på indikatorer relatert til de fire satsingsområdene: psykososiale problemer, belastningslidelser, ulykker og astma og allergi. Det siste området ble lagt til i komitéinnstillingen.

Stortingsmeldingen sier imidlertid også uttrykkelig at den vil etablere en ordning, "med regelmessige undersøkelser av helsevaner og beslektede forhold etter mønster fra Statens tobakkskaderåd/Statistisk sentralbyrås røykevaneundersøkelser og Statens ernæringsråds kostholdsundersøkelser. De mest spredte og ukoordinerte undersøkelsene som gjennomføres i dag innenfor feltene alkoholvaner, fysisk aktivitet, munnhygiene og ulykkesrelatert adferd, kan med fordel integreres i en slik helsevanesurvey".

Jeg vil også benytte denne anledningen til å argumentere for at det bør etableres en egen nasjonal helsevanesurvey. Dersom dette skjer vil det bety at disse perspektivene ikke behøver å oppta den plass i Helseundersøkelsen 1995 som ved tidligere anledninger. Dette vil gjelde forhold som helsereelatert adferd, holdningsdannelse, offentlig opinion relatert til forebyggende arbeid, intra- og interpersonlige prediktorer av adferd, intrapersonlige forhold og sosiale nettverk, opplevd helse og livskvalitet. Jeg vil anføre fire typer av argumenter for at det etableres slike nasjonale helsevaneundersøkelser.

De faglige argumentene kan oppsummeres ved at slike undersøkelser vil bidra til: Å identifisere målgrupper for forebyggende helsearbeid, identifisere holdningsmessige og sosiale barrierer i forebyggende arbeid, monitorere endringer i helsereelatert adferd for relevante aspekter ved det fysiske og sosiale miljø, bedre vår forståelse av kausale faktorer og prosesser bak helseadferd, og evaluere nasjonale tiltak og forebyggende helsepolitikk.

En annen type argument er av sosialpolitisk karakter. Det er en opphopning av helsenegative vaner i grupper av personer med lav sosial status. Det gjelder de fleste former for adferd som røyking, kostvaner, fysisk aktivitet, munnhygiene, seksualvaner, bruk av sikringsutstyr osv. med mulig unntak av alkoholvaner. Denne sosiale gradienten i helsevaner, og at det synes å være en dimensjonalitet i forholdet mellom ulike helsevaner gjør at det blir særlig viktig sosialpolitisk at vi ikke studerer de ulike helsevanene separat og fragmentert. Ved å se på disse helsevanene i sammenheng, blir det langt lettere å sette fokus på bakenforliggende samfunnsmessige faktorerens betydning for befolkningens helsevaner. Da vil det også være lettere å fokusere mulige forebyggende tiltak på dette nivået.

Den tredje type argument jeg vil anføre for nasjonale helseundersøkelser er av organisatorisk karakter. Mange av de enkeltstående undersøkelsene foretaes i dag av statlige helseinstitusjoner på nivå 2, eller statlige universitetsmiljøer eller forskningsmiljøer for øvrig. Dersom disse samarbeider og inkluderer relevante universitetsmiljøer og andre, tror jeg vi alle vil få bedre data og finne nye samarbeidsformer. Dersom de institusjonene dette gjelder slår sine ressurser sammen på dette området, mener jeg det ikke vil trenge store nye ressurser. Hovedutfordringen her vil være å samarbeide og koordinere de ressursene som allerede finnes.

Det fjerde argumentet for en egen helsevaneundersøkelse er altså at det vil frigjøre plass i helseundersøkelsen. Selv om det vil ta for lang tid å komme inn på det i denne runden, tror jeg imidlertid det kan være meget fruktbart å planlegge levekårs- helse- og eventuelt helsevaneundersøkelsene i samarbeid med hverandre.

Takk.

Helseundersøkelsen og andre datakilder med helseinformasjon.

Egil Arnesen, Universitetet I Tromsø:

Jeg tar utgangspunkt i hjerte-karundersøkelsene som er blitt gjort i Norge siden 70-årene.

Det hele startet med at en hadde observert store forskjeller i hjerte-kardødelighet mellom norske fylker. SSB viste at dødeligheten i 1959-61 i Finnmark og Oslo var mer enn dobbelt så stor som de fylker som lå lavest, nemlig Oppland og Sogn og Fjordane. Dette var utgangspunktet i de første hjerte-kar-undersøkelsene som startet i 1972 i Oslo, i 1974 i Finnmark og senere i 70-årene Oppland og Sogn og Fjordane. Statens Skjerm-bildeundersøkelse (senere Statens helseundersøkelse, SHUS) utførte undersøkelsene i fylkene utfor Oslo. Universitet i Tromsø gjennomførte i 1974 en tilsvarende undersøkelse i Tromsø kommune. Aldersavsnittene som ble innkalt varierte noe, men første gang dekket en 20-49 år. I Oslo alle menn i alderen 40-49 år og et lite utvalg under 40, i Tromsø alle menn i aldersintervallet, mens SHUS dekket alle mellom 35-49 år og et lite utvalg mellom 20-34 år. Alle disse stedene har en gjennomført minst tre screeningrunder (unntatt Oslo som ikke er rescreenet) hvor den opprinnelig kohort har vært med supplert med et utvalg av nye alderskohorter. I Tromsø er begge kjønn med i de to siste screeninger. Tilsammen har en undersøkt vel 100000 personer.

Foruten disse store enkeltscreeningene gjennomfører SHUS systematisk screening av 40-42 åringer i landets kommuner. Undersøkelsene dekker nå hele landet. Disse startet i 1980-årene. Screening oppleggene har en felles kjerne og har brukt samme us-protokoll og delvis også personell. Over 100000 personer er undersøkt.

I tillegg ble alle personer i Nord-Trøndelag over 20 år undersøkt i 1984-86 etter en noe forskjellig opplegg enn i de andre studiene. Omlag 70000 ble undersøkt.

Opplegget for studiene har stort sett fulgt samme opplegg.

Frammøte har stort sett vært bra. I de store undersøkelsene har frammøte for aldersgruppen over 30 år stort sett vært over 80 %. Personene ble invitert til en undersøkelse som omfattet måling av

Blodtrykk

Høyde/vekt

Det ble også tatt en blodprøve hvor blodets innhold av forskjellige stoffer kunne måles (fettstoffer og f. eks. leverenzym, blodsukker). Dessuten har forskjellige andre biologiske målinger vært gjort ved enkelt av undersøkelsene f. eks EKG (måler hjertets elektriske aktivitet), røntgenbilde av kvinners bryst for å oppdage brystkreft, måling av bentetthet, måling av lungefunksjon mm. Sammen med invitasjon til undersøkelsen fikk den enkelte et spørreskjema (en A-4 side) som skulle besvares og tas med til undersøkelsen. Den ga svar på spørsmål om

- a. tidligere hjerte-karsykdom
- b. symptomer på hjerte-karsykdom
- c. aktivitet i arbeid og fritid
- d. uføretrygd/arbeidsløshet/pensjon
- e. røykevaner/kaffeforbruk/bruk av fett i kostholdet

Den enkelte fikk ved frammøte et nytt spørreskjema som skulle fylles ut hjemme og returneres postalt. Innholdet på dette spørreskjema har variert mye. Spørsmålene på dette skjema trengte ikke å være rettet mot hjerte-karsykdom. Omfanget har variert mellom 4-6 A-4 sider. Generelt dekker spørreskjemaene store emneområdet med relativt få spørsmål, indikatorspørsmål. Vi har oppgitt fullstendighet, til fordel for helheten. Vår erfaring (Tromsø) er at omlag 90% av skjemaene blir returnert.

Hva skiller disse undersøkelsene seg fra SSB's undersøkelser?

- a. Vi samler inn biologiske data.
- b. Formålet med undersøkelsene er tredelt:
 - Det er et helsetilbud
 - Det er basis for prospektive studier som skal gi ny viten om sykdommers etiologi.
 - Kan følge risikofaktorens endringer og fordeling i befolkningen.
- c. Personene møter selv opp til undersøkelse
- d. For tiden koster det 40 kr for den som vil delta (innført i de siste år).

De epidemiologiske miljø i Norge planlegger å etablere en stor kohort på mellom 100-200000 mennesker som skal følges opp over tid (også kalt CONOR). Ved siden av hjerte-karsykdommer og kreft, vil en "angripe" etiologisk astma/allergiske plager, belastnings/psykososiale plager/skader mm. samt å se på konsekvenser av "helserelatert adferd" og ev miljøgifter. Sosialdepartementet er med i planleggingen, og SHUS er tenkt å ha hovedoppgaven ved innsamling av dataene. For å redusere kostnadene vil en ta utgangspunkt i befolkninger som allerede er epidemiologisk beskrevet, nemlig Tromsø kommune, Nord-Trøndelag fylke og Hordaland. Dessuten ønsker en å ha med et Østlandsfylke.

Diskusjon del 2:

Pål Kraft:

Hvis det var mulig å misforstå meg, så argumenterte jeg selvfølgelig ikke for å stjele de etiologiske variablene i epidemiologiske undersøkelser. Mitt poeng var at det også er viktig å studere helseadferd per se, det er veldig mange av indikatorene i helse for alle strategien som går på direkte mål av helseadferd. For å studere helseadferd per se, så vil det å kjempe seg til et relativt lite antall variabler i helseundersøkelsen være nokså utilfredstillende. Dersom epidemiologene gjerne vil ha med helseadferdsvariable i sine problemstillinger i helseundersøkelsen, så vil jeg selvfølgelig ikke argumentere mot det. Helseundersøkelsen vil være relativ uinteressant som datatilfang for å studere helseadferd og prediktorene på helseadferd. Jeg tenker mer på de undersøkelsene som Statens tobakkskaderåd/SSB har gjort siden 1973 (årlige røykevaneundersøkelser), undersøkelsene Statens ernæringsråd gjør, de som SIFA gjør, de som gjøres på en del andre helseadferdsområder. Jeg vil heller samle ressursene i et samarbeid -man trenger ikke mye penger tror jeg - man må legge sine små pjalter sammen, og gjøre en egen helseadferdsundersøkelse. Jeg vil snarere se det som en gest til helseundersøkelsen at vi vil være så beskjedene.

Peter Hjort:

Jeg er vel her som den eneste i en slags dobbel brukerrolle. Både som representant for brukerne av helse-tjenesten, men også faktisk som bruker av helseundersøkelsen. For oss betydde helseundersøkelsen i 1985 en helt avgjørende mulighet for å gå inn og gjøre den til da mest omfattende analysen av forekomsten av funksjonshemming i Norge. Fremdeles tror jeg dette er en av de beste analyser som er gjort, og som vi gjorde i samarbeid med det som den gang het "Gruppe for helsetjenesteforskning" på Folkehelse. For oss blir det jo viktig at muligheten for å gjøre slike analyser med bedre kvalitet opprettholdes. Her har jeg et spørsmål til innlegget til Arne Andersen. Vi opplever i mange sammenhenger at utvalgene blir så små at minoritets-problemer blir vanskelige å analysere og forstå. F.eks. er det slik at Byråets inntektsundersøkelser har så små utvalg, at det er umulig innenfor gruppen uførepensjonister å bryte ned og forstå noe med en viss presisjon, om hvorledes inntektsutviklingen er for mer spesifikke grupper av uførepensjonister. Jeg er redd hvis Arne Andersen tenker seg at helseundersøkelsen skal reduseres til et utvalg på 2 500 mennesker. Da er det fare for at man også sier farvel til muligheten til å kunne gjøre den typen analyser vi gjorde på grunnlag av 1985-undersøkelsen, når det gjaldt forekomsten av funksjonshemminger i det norske samfunnet. Og at i så fall blir helseundersøkelsen i fremtiden uinteressant for oss i forhold til en slik analyse. Med andre ord, jeg prøver vel å melde meg på noe av det samme innlegget som fylkeslegen fra Hordaland, Hindal, hadde i sted, og vi må heller gå motsatte veien, og få en helseundersøkelse som gjør oss i stand til å få enda bedre kunnskap om funksjonshemmedes situasjon i samfunnet enn den for 10 år siden ga oss. Så jeg hadde lyst til å høre din refleksjon rundt akkurat dette i forhold til denne ideen om å gå over til en undersøkelse 2 ganger i året med et utvalg på 2 500 mennesker.

Liv Grøtvedt:

Utvalgsstørrelsen i Helseundersøkelsen 1985 muliggjør deltakelse i et EU-prosjekt om sykklighet og dødlighet i sosøkonomiske grupper. Minimum utvalgsstørrelse var her 10 000 personer. Også i et internasjonalt prosjekt om forventet levealder uten sykdom og funksjonshemming, fant vi ut at levekårsundersøkelsene ville ha for

lite utvalg til å kunne brukes med rimelig sikkerhet. I mange sammenhenger er det kanskje et spørsmål om utvalgstørrelse.

Arne Andersen:

Først til dette med de funksjonshemmede. For det første så tenkte jeg meg vel at man skulle hatt to undersøkelser med 1 år mellomrom så kan man få 5000, hvis man var villig til å slå to årganger sammen. For det andre er det vel en mulighet at man får en registrering av funksjonsvansker i den faste kjernen. Det betyr da at man får opplysninger fra et utvalg på 5000 pr. år. Så det er klart at det vil faktisk øke mulighetene for å se på funksjonshemmedes situasjon. Når det gjelder dette med internasjonale undersøkelser og deres krav til størrelse, så er det vel et større problem. Da måtte man i tilfelle slå sammen utvalg over 5 år etter det opplegg som jeg skisserte så fikk man 2 500 i år t, 2500 år t + 1,...osv, 2 500 år t + 5 og t + 6. Mange av disse helsefenomenene endrer seg forholdsvis langsomt, så jeg synes man skulle se på den muligheten.

Tor Bjerkedal:

Det er selvfølgelig ikke alle funksjonshemmede som får uførepensjon, men en god del av dem og kanskje noen også får grunn- og hjelpestønad til utstyr etc. Og det er ikke noe i veien for å få enten en komplett oppgave over alle uførepensjonerte, eller et utvalg av dem. Så det er mulig å komme inn å få den informasjon som du etterlyser utenom helseundersøkelsen. Og det blir jo med 10 000 personer som man nå kan komme opp i i helseundersøkelsen, veldig lite om enkelte spesifikke sykdommer. Så der må du inn i spesialregistre for å få tak i den type av sykklighet eller funksjonshemming som du er interessert i. Rikstrygdeverkets data er en gullgrube for masse av de tingene som vi snakker om her, og når da Egil Arnesen snakker om å følge opp Finnmarkundersøkelsen med dødlighet, så hvorfor ikke med hensyn på uførepensjonering, m.h.t. sykkelmønstre eller attføring. Dette er konsekvenser av sykklighet, ihvertfall i relasjon til trygdeordningen. Det ligger så mye informasjon der, som jeg håper at folk vil begynne å bruke, selvfølgelig med tillatelse fra Datatilsynet. Men la meg også nevne at i min tid i Rikstrygdeverket har jeg fått samlet inn en kjempefil - det er kanskje noen av dere som har hørt om det før - 3,7 mill. personer er samlet i denne filen, med informasjoner fra folketellingene fra 1960, -70 og -80, med høyeste utdanning pr. 1992, med overlevelse, dødsårsaker, inntektsforhold fra 1967, hvor folketrygden kom inn med sine pensjonspoeng. En fantastisk kilde til å studere også funksjonshemming og uførepensjonistenes situasjon. Det har forresten kommet en rapport fra SSB nylig nettopp om uførepensjonistenes levekår, inntektsforhold og sosiale andre forhold.

Peter Hjort:

Det er klart det finnes mange viktige kilder til data om funksjonshemmede i det norske samfunnet og Rikstrygdeverket er en av de kildene. Men problemet med Rikstrygdeverket som kilde, er at den ikke representerer funksjonshemmede som sådan. Den representerer et spesielt utvalg som f.eks. har grunn- og hjelpestønad, eller har noe annet. Det finnes en rekke funksjonshemmede mennesker i Norge, faktisk kanskje flertallet av dem som aldri har vært i nærheten av Rikstrygdeverket. Og derfor så blir Helseundersøkelsen så forferdelig viktig for oss, fordi den er kanskje den eneste undersøkelsen som gir et komplett bilde, så nær det går an å komme det. Og det er feil, når du sier at helseundersøkelsen ikke gir mulighet for å si noe om spesifikke grupper blant funksjonshemmede. Den gir mulighet for masse gruppeanalyse, nettopp pga at den er så stor. Imidlertid ga den ikke mulighet for å si noe om psykisk utviklingshemmede - av 2 grunner. Den ene var at det var før ansvarsreformen for mennesker med psykisk utviklingshemming, slik at de i stor grad befant

seg i institusjon. Og det andre er at utvalget muligens blir for lite, selv med 10 000. Vi begynner da å nærme oss grensetilfeller. Jeg tilhører dem som vil si at vi bør få mer frekvente undersøkelser enn hvert 10. år. Men stilt foran valget mellom å opprettholde utvalgets størrelse eller å få hyppigere undersøkelser, så ville jeg heller beholde utvalgsstørrelsen. Og skulle man forandret utvalgsstørrelsen, så heller den andre veien, med mer enn 10 000 intervjuer, for å få bedre data for analyse av minoritetsproblemer.

Egil Arnesen:

Jeg hadde bare lyst til å spørre SSB om de har vurdert å prøve å gå over til selvadministrerende spørreskjemaer i større utstrekning, eller til kombinasjoner av selvadministrert og andre skjemaer. Folk kan få skjemaene tilsendt på forhånd og det kan komme en hjem og samle inn og eventuelt hjelpe dem som trenger det med utfylling. Jeg skulle tro at det ville være en ganske betydelig besparelse og man kunne også for omtrent samme sum øke utvalgsfraksjonen betydelig. Det er vel et problem kanskje, at dere er avhengig av å ha et slikt intervjukorps som må sysselsettes med noe. Men det er jo et spørsmål en stiller seg, at dere nesten aldri bruker det selvadministrerende spørreskjema som vi i hvertfall har ganske gode erfaringer med.

Liv Grøtvedt:

Jeg vet ikke hvordan det er med selvadministrerende spørreskjema og opplysninger om barn. Når vi skal ha opplysninger om alle personer i husholdningen, er det da praktisk mulig, eller blir det for trettende? Jeg har mistanke om at man ikke ville ha fått svar fra alle i husholdningen. Men vi har begynt å tenke på at denne intervjuteknikken kan ha fordeler i forhold til spørsmål om psykiske lidelser.

Kristian Tambs:

Først til dette med spørreskjema versus intervju. Ja, det er helt opplagt at det er bedre å spørre folk om psykiske problemer via spørreskjema. Data viser nemlig det, fordi fra 1985 var det kraftig underreportering av symptomer på angst og depresjon i forhold til andre normalutvalg.

Så til noe helt annet; det var til Andersens innlegg. Noe som er ganske spesielt ved helseundersøkelsene til SSB, er at de undersøker barn og ungdom. I praksis er det vel nesten umulig å undersøke barn og ungdoms helse og helserelaterte variable uten å gjøre det i familien, for det er så veldig mye som skjer i familien. Foreldres adferd, foreldres sykdom er veldig viktige risikofaktorer i seg selv. Dessuten må man jo få opplysninger fra et sted, og da er det jo gjerne foreldrene som gir de opplysningene. Så når Andersen sier at det blir vanskelig med dette utkastet til samordning av undersøkelser å undersøke barn i husholdningene, så lurer jeg på hvor man da skal få opplysningene om barna fra. Da må man i tilfelle gå til andre husholdninger og be foreldrene rapportere om sine barn. Da vil det vel være lettere å slå to fluer i en smekk. Jeg skjønnte ikke helt argumentasjonen for at det ikke gikk heller. Men i alle fall er det helt opplagt at vi taper en veldig viktig og verdifull datakilde hvis vi ikke får data fra hele husholdningen.

Liv Grøtvedt:

Etter Egil Arnesens innlegg så satt jeg igjen med spørsmålet; hva har Helseundersøkelsen som ikke Conor har? Jeg lurer litt på alderssammensetningen i Conor. Er alle aldersgrupper representert i Conor? Hva mener du om forholdet mellom disse undersøkelsene og helseundersøkelsen?

Egil Arnesen:

Ja, jeg glemte kanskje å si at aldersdekningen går fra 20 og oppover. I Tromsø har vi planlagt opp til 74 år, men det er mulig det kan bli opp til 99 eller 100. Og i Nord-Trøndelag er det planlagt oppover til ca 100. Hva de andre studiene fra Hordaland og i Østlandsfylket, kommer til å ta av aldersnitt det vet vi ikke. Det er et kostnadsspørsmål, og et spørsmål om hva man klarer å mobilisere av penger. Det er meningen ikke bare å innhente opplysninger ved 1. gangs kontakt. Man skal kunne ha anledning til å ta kontakt med dem senere for oppfølging.

Kristian Tambs:

Bare en saksopplysning til Arnesen. Det blir en ungdomsundersøkelse i Nord-Trøndelag, men den kommer ikke til å dekke de yngste årgangene - kanskje fra 14 til 19 eller noe sånt.

Arne Andersen:

Når det gjelder dette med barneutvalg, så var et moment at det ordinære utvalget vil ikke inneholde barn, så det man måtte gjøre var å lage et tilleggsutvalg. En måte å gjøre det på det ville da være å intervju alle barn til de som i det ordinære utvalg som har barn. Da får man også samtidig husholdningsopplysninger, man får alle barn i husholdningen og man får i hvertfall en av foreldrene. Man får det samme problem man har vært inne på tidligere; man får altså et mindre utvalg.

Om mål for psykisk helse i helseundersøkelsen 1995

Erik Falkum, Den Norske Lægeforening

Helseundersøkelsen inneholdt i 1985 for første gang et instrument som målte befolkningens mentale helse, den såkalte SCL-25. Instrumentet inneholder 25 spørsmål om angst og depresjon.

SCL-25 Angst

Hvor mye har hvert enkelt av problemene nedenfor plaget deg eller vært til besvær de siste to ukene

1. hodepine
2. skjelving
3. matthet eller svimmelhet
4. nervøsitet, indre uro
5. plutselig frykt uten grunn
6. stadig redd eller engstelig
7. hjertebank, hjerteslag som løper avgårde
8. følelse av å være anspent, oppjaget
9. anfall av angst eller panikk
10. så rastløs at det er vanskelig å sitte stille

De 10 første kartlegger respondentens angst. Som dere ser, rommer denne dimensjonen spørsmål som angår både den plutselige opplevelsen av noe livstruende uten at det finnes noen rimelig ytre foranledning, dvs. de dreier seg om angst-betegnelseens ene latinske rot **angere**, og spørsmål som angår **følelsen** av engstelse, eller angstbetegnelseens andre latinske rot **anxietas**. SCL samler med andre ord somatisk og psykisk angst til en dimensjon, mens andre instrumenter splitter dem i to.

SCL-25 Depresjon

11. mangel på energi, alt går langsommere enn vanlig
12. lett for å klandre deg selv
13. lett for å gråte
14. tanker om å ta ditt eget liv
15. dårlig matlyst
16. søvnproblemer
17. følelse av håpløshet med tanke på fremtiden
18. nedtrykt, tungsindig
19. følelse av ensomhet
20. tap av seksuell lyst og interesse
21. følelse av å være lurt i en felle eller fanget
22. mye bekymret eller urolig
23. uten interesse for noe
24. følelse av at alt er et slit
25. følelse av å være unyttig

De 15 siste spørsmålene dreier seg om depresjon: om nedtrykthet, mangel på energi, tungsindighet, følelsen av å være unyttig, osv. To av disse spørsmålene, nr.14 om selvmordstanker og nr.20 om tap av seksuell lyst og interesse, var utelatt i Helseundersøkelsen fordi man var redd for at respondentene skulle føle seg for krenket og eventuelt blokkere i den videre samtalen.

SCL 25 skåres i dag på en femdelt skala hvor 0=ikke i det hele tatt og 4=svært mye. I Helseundersøkelsen 85 ble en eldre tilsvarende firedelt skala benyttet.

Vi fant at 1.8% av mennene og 4.8% av kvinnene i vårt befolkningsrepresentative utvalg skåret over den konvensjonelle case-grensen for patologisk angst ut fra spørsmålene 1-10. For depresjon var tallene 1.5% for menn og 4.5% for kvinner. Når de to skalaene slås sammen til et mål for "emosjonelle problemer", tilfredsstillt 1.1% av mennene og 3.9% av kvinnene case-kriteriene. Det er vanskelig å sammenligne slike undersøkelser over landegrensene, blant annet fordi sammenligningen forutsetter at man har truffet ganske presist med oversettelsen av det aktuelle spørreskjemaet (betyr f.eks "quite a bit" det samme som "ganske mye"?). Med denne reservasjonen kan vi slå fast at våre norske tall ikke er spesielt høye sammenlignet med andre undersøkelser. Men det dreier seg selvsagt om svært mange personer totalt sett. Jeg skal ikke gå i detalj med resultatene av våre forsøk på å forklare varians i dette målet for mental helse eller livskvalitet, bare nevne et par av de viktigste. Faktoranalyser ga grunnlag for tre dimensjoner, nemlig angst, depresjon og somatisering. Og da somatisering ble tatt ut som egen dimensjon, var det ikke lenger noen forskjell mellom menn og kvinner når det gjaldt depresjon. Dette funnet var overraskende fordi litteraturen er ganske klar på at kvinner er mer utsatt for depresjon enn menn. I Helseundersøkelsen 85 kunne det se ut til at forskjellen i antall cases for depresjon skyldtes at målet for depresjon i tillegg til "rene" spørsmål om depresjon også inneholdt spørsmål om energimangel og redusert matlyst, altså spørsmål om somatiske forhold, som vi har skilt ut. Dette funnet reiser mange nye og interessante problemstillinger. Undersøkelsen bekreftet videre en annen hypotese, nemlig at depresjonstallene er betydelig høyere blant skilte/separerte og enker/enkemenn enn de er blant gifte, et funn i tråd med den etterhvert ganske robuste etablerte sammenhengen mellom helse og sosialt støtte. I tillegg til den artikkelen jeg refererer fra, "Sosiale bakgrunnsfaktorer og psykisk helse", inneholder "Helse i Norge" (Moum T,red) også artikler om den relative betydningen av arv og miljø for angst og depresjon og om mosjon fremmer mental helse eller ikke. SCL 25 variablene er sikkert også brukt som mulige forklaringsvariabler i andre studier basert på Helseundersøkelsen.

Siden 1985 ser tiden ut til å ha arbeidet for bruk av inventories som SCL 25 i helseundersøkelser. På et WHO-møte i Nederland i 1992, kalt "Third Consultation to develop common methods and instruments for Health interview surveys", ble "emotional well-being of the population" anbefalt tatt inn som ny indikator i landenes helseundersøkelser. Norge kan altså kanskje sies å ha ligget i forkant på dette området. Konferansen anbefalte også et konkret instrument, det såkalte GHQ 12, som dere ser her.

GHQ-12

Sett ring rundt det tallet som passer best på hvert spørsmål når du tenker på de siste to ukene

1. Vært i stand til å konsentrere deg om alt du har gjort
2. Følt at du er i stand til å ta bestemmelser
3. Vært i stand til å møte dine problemer

4. Vært i stand til å glede deg over daglige gjøremål
5. Følt at du tar del i ting på en nyttig måte
6. Stort sett følt deg tilfreds, alt tatt i betraktning
7. Ligget våken på grunn av bekymringer
8. Stadig følt deg under press
9. Følt deg ute av stand til å mestre dine vanskeligheter
10. Følt deg ulykkelig og nedtrykt (deprimert)
11. Mistet selvtilliten
12. Tenkt på deg selv som en verdiløs person

Stort sett er det SCL 25 og GHQ 12 eller GHQ 20 det er snakk om når man skal velge et rimelig kort instrument som kartlegger emosjonelle problemer eller livskvalitet. De er begge annengenerasjonsskalaer som så dagens lys i henholdsvis 1974 og 1972 og de er begge vidt utbredt. Anbefalingen om GHQ 12 setter dette valget på dagsorden for Helseundersøkelsen 95. Jeg skal derfor gjøre rede for noen av de viktigste likhetene og forskjellene mellom de to instrumentene.

Dere har kanskje allerede sett at GHQ skiller seg fra SCL ved at den i tillegg til å spørre om problemer også spør om positive livskvaliteter, den er ikke utelukkende rettet mot symptomer. Dette har vært sett på som en fordel for instrumentet. GHQ 12 inneholder heller ikke spørsmål om somatiske forhold som vi så var tilstede i SCL 25. GHQ 12 er avledet fra GHQ 30, som har den samme strukturen og item-formuleringen. Den opprinnelige GHQ 60, presentert av Goldberg i 1972, inneholdt både symptomorienterte og såkalte "positive" items. Omtrent samtidig med 30 versjonen ble det lansert en 28 versjon som minner langt mer om SCL enn 30 og 12 versjonene, dvs. den er mer symptomorientert. I motsetning til 30 og 12 versjonene inneholder 28 versjonen ulike **dimensjoner**, nemlig angst, depresjon, somatisering og sosial dysfunksjon. 30 og 12 versjonene brukes som endimensjonale sumskårer, det eneste man får ut er med andre ord mål for emosjonelle problemer eller livskvalitet om man vil.

En annen viktig forskjell mellom SCL og alle de nevnte GHQ versjonene gjelder skåringsmåten. Mens SCL-skalaen er femdelt og går fra 0=ikke i det hele tatt til 4=svært mye plaget, angir GHQ-skalaen symptom eller problemstyrke i forhold til det som er vanlig for personen selv. På spørsmålet om personen har vært i stand til å konsentrere seg om alt hun har gjort, kan hun svare bedre enn vanlig (=0), samme som vanlig (=0), dårligere enn vanlig (=1) eller mye dårligere enn vanlig (=1). Formuleringen av svarkategoriene vil variere litt med item formuleringen, men strukturen er den samme hele tiden: skalaen er dikotom med to 0 og to 1.

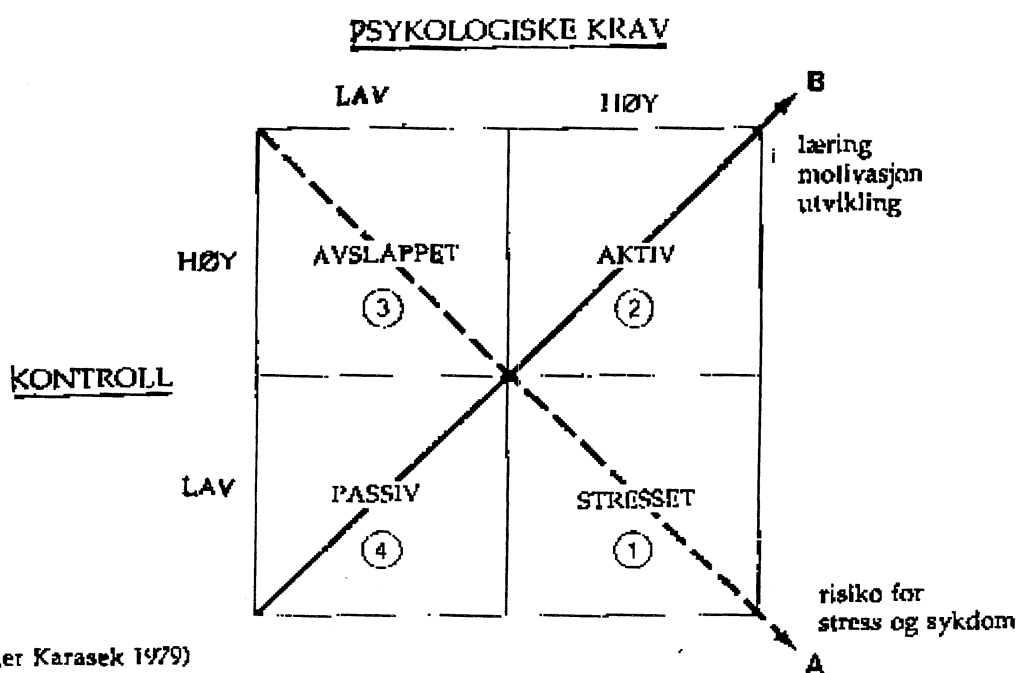
En innvending som umiddelbart melder seg mot denne såkalte GHQ-skåringen er at svaret "samme som vanlig" ikke nødvendigvis betyr at man ikke har problemer. En kronisk søvnløs person som sover si to netter pr måned skal skåres 0 samme som vanlig hvis det ikke er noe spesielt, men har likevel større problemer med søvnen enn de fleste. Allerede i en tidlig sammenligning mellom SCL og GHQ i 1976, utført av Goldberg et al, ble dette problemet understreket: GHQ fanger ikke opp kroniske tilstander så godt som SCL, og dette henger i første rekke sammen med skåringsmåten. Siden har Huppert et al foreslått en alternativ skåringsmåte for GHQ når det er viktig å få tak i de kroniske tilstandene. Endringen består i at svaret "samme som vanlig" skåres 1 dersom item er negativt formulert, altså hvis det beskriver et problem og ikke en positiv mestring.

Goldberg et al konkluderte forøvrig i den samme studien med at GHQ fungerte bedre enn SCL som screeninginstrument på grunn av større spesifisitet. Sensitiviteten og korrelasjonen mellom instrumentskårene og klinisk vurdering var likeverdige. Siden har flere liknende undersøkelser vist noenlunde det samme. WHO-konferansen i Nederland tar altså standpunkt for GHQ 12 og har sannsynligvis basert sin vurdering på disse studiene. Et nordisk psykiaterutvalg har også ment at GHQ generelt er noe bedre validert enn SCL. Nå er spesifisitetstallene likevel ikke så svært ulike i Goldbergs studie, 72% og 77%. Tradisjonelt har GHQ stått sterkere i Europa og SCL sterkere i USA. Goldberg er engelsk, mens Derogatis, opphavmann til SCL, er amerikaner. - Hvis 85-undersøkelsens SCL 25 byttes ut med GHQ 12 som WHO-konferansen anbefaler, vil vi sikre internasjonal sammenligning av mål for emosjonelle problemer eller livskvalitet. Det som går tapt er muligheten for å analysere angst og depresjon og eventuelt somatisering som separate dimensjoner.

Men - SCL eller GHQ - hvis vi først satser på en slik måling av mental helse, burde vi ikke da sikre at Helseundersøkelsen inneholder variabler som tillater oss å teste et minimum av hypoteser om statistisk samvariasjon? Et retorisk spørsmål selvfølgelig. Det er trangt om plass i Helseundersøkelsens spørreskjema, det vet vi. Og argumentene skal sikkert være mange og overbevisende dersom nye ting skal tas inn. La meg likevel si litt om en av de aktuelle analytiske modellene i feltet.

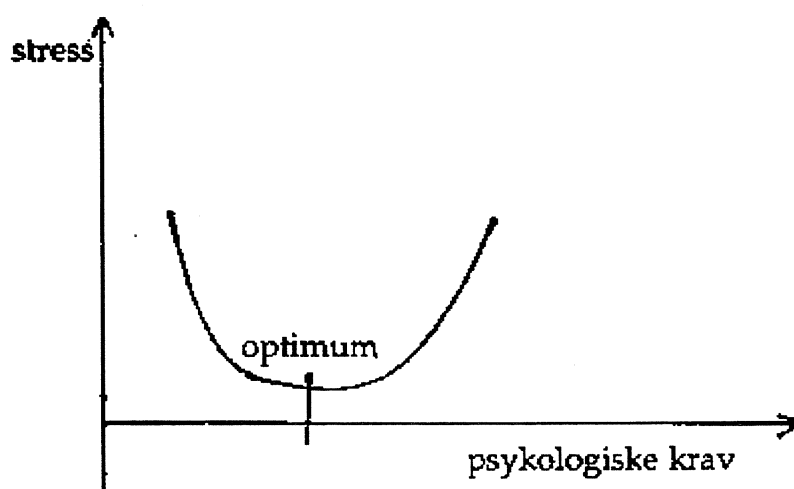
I stressforskningen har man de senere årene vært opptatt av tre kjernevariabler: **psykologiske krav, kontroll og sosial støtte**. Hvis det gjelder arbeidsaktive, kan de psykologiske kravene f.eks. måles ved spørsmål om opplevelse av jag og mas, om tempo i arbeidssituasjonen, om antall arbeidsoppgaver, etc. Den såkalte kontrolldimensjonen måles oftest som autonomi, ved spørsmål om i hvilken grad personen selv kan bestemme arbeidstempo, rekkefølgen av oppgaver, organisering av arbeidet, om han har innflytelse på viktige avgjørelser, etc. Når disse to dimensjonene settes sammen til en modell, kan den se ut som dette.

PSYKOLOGISKE KRAV/KONTROLL MODELL

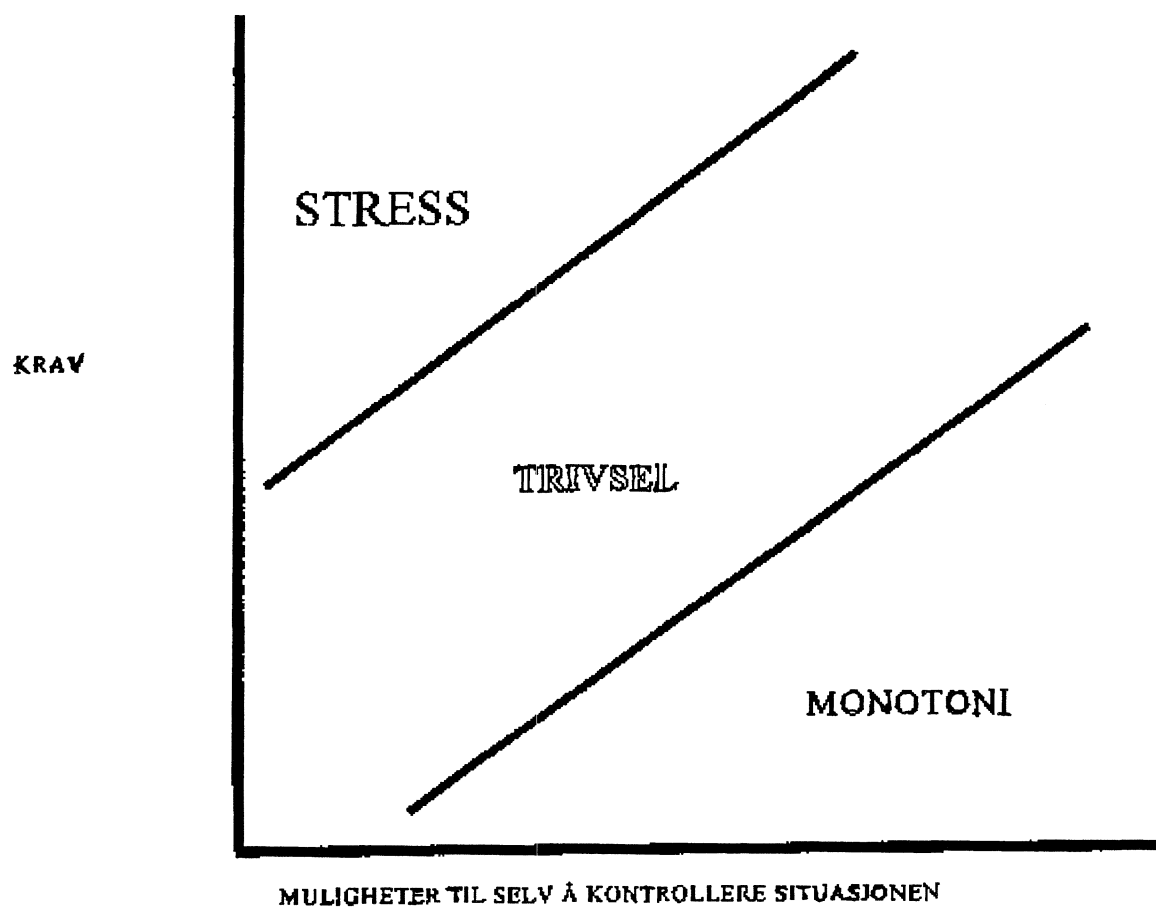


Hvis vi tar utgangspunkt i oss selv her, kan vi starte med kvadrant nummer to. De fleste forskerjobbene kombinerer høye psykologiske krav med høy kontroll, og dette er en kombinasjon som fremmer læring, motivasjon og utvikling. Hvis kravene er høye samtidig som kontrollen, eller autonomien, er lav, får vi derimot en stresset jobb som øker risikoen for sykdom og vantrivsel, som i kvadrant 1. Hvis kravene er lave og kontrollen høy, som i kvadrant 3, har man en avslappet jobb med liten stressrisiko, men man lærer ikke så mye og utvikler seg mindre enn optimalt. I den fjerde kvadranten er både krav og kontroll lave og jobben er passiv.

Empiriske undersøkelser fra flere land understøtter modellen. I USA og i Sverige er det for eksempel vist at depresjon og såkalt mental tretthet forekommer betydelig hyppigere når de psykologiske kravene er høye og kontrollen eller autonomien lav enn omvendt. De samme undersøkelsene viser dertil at en tredje dimensjon bør legges til modellen, nemlig sosial støtte. Denne variabelen predikerte også depresjon på en ganske klar måte. Den prediktive styrken til disse tre kjernevariablene ser heller ikke ut til å svekkes når det kontrolleres for sosiodemografiske kjennetegn.



Denne forskningen indikerer at det finnes et optimalt kravnivå, dvs at stressopplevelsen ser ut til å øke både når kravnivået stiger og når det synker.



Trivselsopplevelsen ser altså ut til å kunne plasseres i et belte omgitt av stress og av monotoni og beltet bestemmes altså av krav og kontroll som her og i tillegg blant annet av opplevd sosial støtte.

Nedenfor følger en liste over hendelser og belastninger som en kan utsettes for/oppleve.

Hvis du har opplevd noe av dette i løpet av de siste 12 månedene så sett kryss i den aktuelle ruten:

58	<input type="checkbox"/>	Alvorlig sykdom eller ulykke (egen)	217
59	<input type="checkbox"/>	Innlagt på sykehus (selv)	218
60	<input type="checkbox"/>	Alvorlige økonomiske problemer	219
61	<input type="checkbox"/>	Mistet eller fått ødelagt noe av stor betydning for deg (kjæledyr, arvestykke e.l.)	220
62	<input type="checkbox"/>	Dødsfall nære venner	221
63	<input type="checkbox"/>	Dødsfall nære slektninger	222
64	<input type="checkbox"/>	Dødsfall barnebarn	223
65	<input type="checkbox"/>	Dødsfall barn	224
66	<input type="checkbox"/>	Dødsfall ektefelle/samboer	225
67	<input type="checkbox"/>	Flyttet	226
68	<input type="checkbox"/>	Barn flyttet hjemmefra	227
69	<input type="checkbox"/>	Nervøse problemer hos barn	228
70	<input type="checkbox"/>	Alkohol- eller narkotikaproblemer hos barn	229
71	<input type="checkbox"/>	Nervøse problemer hos ektefelle/samboer	230
72	<input type="checkbox"/>	Alkohol- eller narkotikaproblemer hos ektefelle/samboer	231
73	<input type="checkbox"/>	Alvorlig konflikt med barn	232
74	<input type="checkbox"/>	Skilsmisse eller separasjon hos barn	233
75	<input type="checkbox"/>	Konflikt med nabo	234
76	<input type="checkbox"/>	Konflikt med andre som betyr noe for deg utenom dem du bor sammen med eller naboene	235
77	<input type="checkbox"/>	Alvorlig sykdom venner	236
78	<input type="checkbox"/>	Alvorlig sykdom barnebarn	237
79	<input type="checkbox"/>	Alvorlig sykdom barn	238
80	<input type="checkbox"/>	Alvorlig sykdom andre slektninger	239

Hvis vi beveger oss ut av jobbsammenhengen, kan disse psykologiske kravene som skal mestres selvsagt måles på flere alternative måter. Forskningen innenfor den såkalte life event-tradisjonen tilbyr ett slikt alternativ som er spesielt interessant i forhold til depresjon og livskvalitet. Her er det forekomsten av mer eller mindre traumatiske livshendelser i relativt nær fortid som måler de psykologiske kravene - på et annet nivå enn det hverdagsorienterte stressmålet dere nettopp så. Også slike livshendelser predikerer våre avhengige variabler klart nok. Både daglig livsrytmerelatert belastning og belastning knyttet til spesielle livshendelser ser altså ut til å være viktige mål her og bør komplettere hverandre snarere enn å erstatte hverandre.

Jeg kunne presentert en rekke andre mål som jeg gjerne skulle sett i Helseundersøkelsen 95, men skal stoppe her. Antakelig er det mer enn nok allerede. Men selv om tverrsnittundersøkelser ikke er spesielt egnet som utgangspunkt for studier av årsaker - hvis slike studier var hovedformål burde vel Helseundersøkelsen hatt et landsrepresentativt panel som kunne følges over lang tid - selv om vi altså skal gjøre en tverrsnittundersøkelse med dens begrensninger, bør vi etter min mening likevel tenke åpent omkring modeller som den jeg har presentert og andre når mentalhelse og livskvalitet nå ser ut til å bli tatt på bred internasjonal basis som en viktig variabel i helseundersøkelser.

Sykdom og helse i SSB's helseundersøkelser: Hva måler vi og hva ønsker vi å måle? Egenvurdert helse i helseundersøkelser.

Dorthe Holst, Universitetet I Oslo

Tyngden i de tidligere helseundersøkelser har ligget på selvrapportering av sykkelighet og kontakt med helsetjenesten. Selvpoplevd helse har i siste undersøkelse vært belyst med ett spørsmål: Jeg stiller i dette innlegg spørsmål om det kan være grunn til å studere den selvpoplevde helse noe mere inngående og jeg skal gi noen korte begrunnelser for hva en slik innsikt kan belyse. Jeg foreslår ikke at den selvrapporterte sykkeligheten skal gis mindre plass. Men jeg ser at det kan være andre grunner til å gi den mindre omfang.

Jeg skal i dette innlegg først omtale med hvilke formål objektiv eller subjektiv helse har inngått i ulike undersøkelser. Jeg skal dernest argumentere for ytterligere én grunn til å belyse helse som egen dimensjon, og til sist skal jeg skissere noen konsekvenser for en ny datainnsamling.

I de siste 20 år har selvrapportert helse inngått i flere undersøkelser. Litt forenklet kan vi vel si at det har vært 3 hovedbegrunnelser for å studere dette fenomen:

1. Det har vært hevdet og delvis vist at selvrapportert helse kan anvendes som en proxy tilnærming til en mer medisinsk objektiv vurdering av helsetilstanden eller sykkeligheten foretatt av helsepersonell. Medisinsk objektive epidemiologiske målinger blir gjerne relativt ressurskrevende, og enklere mål kan av den grunn være ønsket. Moum (1992) har med utgangspunkt i Helseundersøkelsen 1985 studert i hvilken grad det er sammenheng mellom sykkelighetsvariabler og selvvurdert helse. Bildet var ikke éntydig, men der var sammenheng særlig med antall sykdomsepisoder, og hans konklusjon var at selvrapportert helse kan brukes som en proxy-variabel.
2. Ved institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø har Fylkesnes og Førde i lengere tid jobbet med den skjulte informasjon som ligger i selvrapportert helse. De har vist at selvvurdert helse henger éntydig sammen med en beredskap til f eks å foreta kurative handlinger og til å oppsøke helsevesenet. Selvvurdert helse er en konsistent og sterk prediktor for bruk av helsetjenester (Fylkesnes 1992). Det ble også vist at selvvurdert helse var en selvstendig prediktor for overlevelse.
3. Innen det tredje hovedområde fokuseres på å forstå hva som forklarer de individuelle forskjeller med hensyn til opplevelse og rapportering av somatiske plager og fornemmelser (Vassend 1992). Plager og symptomer som smerter i muskler og ledd, mage-tarmplager eller utmattelse og tretthet er ofte vanskelige å diagnostisere fordi målbare medisinske eller biologiske faktorer ikke er tilstede. Mennesker med slike plager utgjør en gråsoner innenfor medisinen og andre kliniske fag; legen finner ingen tegn til sykdom og kan dermed ikke gi sin pasient riktig behandling, og pasienten opplever at han/ hun ikke møter forståelse for sine plager. I den psykologiske forskning er det en klar sammenheng mellom rapporterte helseplager og en tendens til å oppleve negative affekter (særlig angst, men også tristhet, irritasjon og andre negative følelsetilstander). Men i motsetning til hva man skulle tro, synes negativ affekt ikke å være nevneverdig korrelert med objektivt målt helsestatus over tid eller til helse relatert helseatferd. Med utgangspunkt i datamaterialet fra Helseundersøkelsen 1985 har Vassend og medarbeidere funnet empirisk støtte for at

personer med klare tegn til negative affekter har en større tendens til å rapportere somatiske klager uten at disse symptomene kan bekreftes medisinsk eller biologisk.

De tre ovennevnte begrunnelser for å måle selvopplevd helse har det til felles at individets oppfatninger vektlegges fordi individet i beredskaps- og prediktorsammenheng kan tilføre forståelsen aspekter som ikke er en del av den medisinsk vurderte helse og sykkelighet. Det har imidlertid implisitt ligget til grunn at helse og sykdom tilhører to sider av samme teoretiske dimensjon. En slik dimensjon kan betraktes som et kontinuum, hvor ytterpunktene er helse og sykdom:

Sykdom_____Helse

Jeg vil argumentere for at helse og sykdom kan oppfattes som selvstendige dimensjoner, og at det er aktuelt å få frem innholdet i det selvverderte helsebegrep.

Hvis det var uttømmende å oppfatte helse og sykdom som ytterpunkter i samme dimensjon, ville en reduksjon i sykdom nesten automatisk føre til en bedring i helse. Omvendt ville en sykdomsforverring lede til en forverring av helsetilstanden. Anser vi helse og sykdom som minst to atskilte dimensjoner kan vi fremstille en enkelt figur basert på tall fra Helseundersøkelsen 1985 (Holst 1989). Det fremgår at 48 prosent av alle voksne rapporterer at de har god helse og ikke har hatt noen sykdom i observasjonsperioden. 32 prosent har sykdom samtidig som de rapporterer god selvverdert egenhelse, 16 prosent har sykdom og synes samtidig deres egen helse er dårlig. Det er også 4 av 100 personer som oppfatter sin helse som dårlig uten at det er konstatert noen sykkelighet.

Helse			
+	48	32	
-	4	16	
		-	+ Sykdom

Hadde helse og sykdom tilhørt samme dimensjon skulle observasjonene ha ligget på diagonalen fra øverste venstre mot nederste høyre.

Denne fremstilling er naturligvis meget forenklet, men får frem resonnetet. Jeg har ved et par tidligere anledninger også lagt til at i forbindelse med evaluering av helsetjenestens virksomhet er det av stor betydning at den sykdomsbehandlende innsats evalueres i forhold til indikatorer på sykdomsdimensjonen, mens befolkningens helsetilstand vurderes i forhold til valide indikatorer på selvopplevd helse. For å spissformulere: Trolig kan en befolkning tåle en del sykdom, hvis bare helsa er i orden!

I NOU 1991:10 Flere gode levekår for alle, ble det fremhevet at misforholdet mellom objektivt og subjektivt mål for helse er et paradoks som er vanskelig å forklare.

Det ble brukt et utvidet helsebegrep i utredningen, som også inkluderte sosiale og økonomiske problemer, og begrepet lignet mer på Allardts (1975) leveårsbegrep : Having, loving and being.

Utredningen diskuterte indikatorer på negativ helse, f eks dødelighet og sykkelighet og koblet forekomsten av risikofaktorer til vurdering av en befolknings helsetilstand.

Komplementet til negativ helse er da positiv helse som subjektiv livskvalitet og objektive mål for levekår: Den selvrapporterte helse blir i den sammenheng funksjonsevne dvs syn, hørsel, førlighet, arbeidsevne og beslektede ADL-mål. Utilstrekkeligheten ved de objektive mål på enten sykkelighet eller helse er at de ikke bringer inn individets "summary statement" som Fylkesnes uttrykker det, som er dannet innen individets egen ramme og selvforståelse.

Slik jeg ser det kan Helseundersøkelsen 1995 fokusere på tre hovedområder:

1) Rapportert sykdom og sykkelighet

2) Objektive indikatorer på helse som f eks samlet i Sosialt utsyn 1989, dvs.syn, hørsel, førlighet, arbeidsevne, evne til å utføre daglige gjøremål, innkjøp og rengjøring. Flere av disse mål inngikk i Helseundersøkelsen 1985.

3) Subjektiv, selvrapportert helse. I hvilken grad de objektive helseindikatorer inngår i individets subjektive oppfattelse av egen helse er ennå ikke avklart. Det er derfor relevant å skaffe uttrykk for befolkningens subjektive oppfattelse av egen helse som egen dimensjon, som trolig formidler viktige sider av befolkningens trivsel, som ellers ikke fanges opp og derfor ikke forstås. Subjektiv helse er subjektiv, og det er derfor ikke et metodeproblem at begrepets innhold endrer seg over tid.

Disse dimensjoner bør kanskje holdes atskilt fra departementers behov for enkle indikatorer til evaluering av helsepolitikk. Elstad argumenterte godt på Sosialdepartementets konferanse i 1992 om nasjonalt indikatorsystem for at evaluering av politikk tilsier bruk av noen få indikatorer. Derimot trengs det mange indikatorer hvis utgangspunktet er kunnskap, innsikt og forståelse av helse som en del av livskvalitet og helse som en del av livsplanen, som Elstad sa.

Egenvurdert helse i forhold til funksjon og livroller. Amerikansk modell.

Tor Bjerkedal, Universitetet I Oslo:

Det har skjedd meget siden den første helseundersøkelsen her i landet ble gjennomført i 1968. I korthet har utviklingen gått

- fra å vektlegge legebestemt sykelighet til å fokusere på egenvurdert helse, og -
fra å være opptatt av patologi til å fokusere på funksjon og livskvalitet.

Medvirkende til denne utvikling har særlig vært filosofien som ligger til grunn for "Helse for alle år 2000" og som har sitt utspring i konferansen i Alma Ata i 1978. Det er blitt viktigere å legge liv til årene og ikke bare år til livet. I tråd med denne holdning er det blitt et økende behov for å etablere en indeks som kan brukes til å beregne leveår med god helse og ikke bare middellevetid og gjenstående leveår.

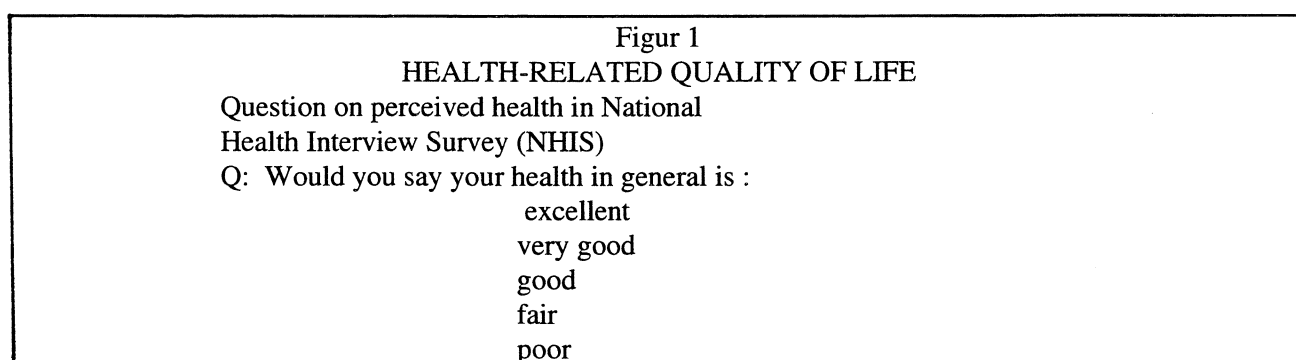
Av de mange eksisterende mål på helserelatert livskvalitet bygger Euro QOL (1), Health Utility Index - HUI (2) og Quality of Well-Being - QWB (3,4) på den modell at helse er et kontinuum fra en optimal tilstand til død. I tillegg kan hver av disse mål brukes til å beregne antall år med god livskvalitet og til å monitorere befolkningers helsestatus. Ingen av de eksisterende mål har imidlertid vært tilpasset til alminnelig bruk i nasjonale helseundersøkelser og til å monitorere arbeidet for å nå de overordnede målsettinger for "Helse for alle år 2000" (5).

På denne bakgrunn er det i USA under utvikling en "Health related quality of life index" som bygger på rutine spørsmål i amerikanernes National Health Interview Survey (6).

Etter min mening har denne indeks mye for seg og jeg er glad for anledningen til å presentere den for dere i dag.

Den foreløpige utgaven av indeksen bygger på egenvurdering av egen helse og på begrensninger i aktivitet eller sosiale roller.

Spørsmål som stilles i National Health Interview Survey (tilsvarende vår Helseundersøkelse) når det gjelder egenvurdering av helse er referert i Figur 1.



Dette er meget nær spørsmålstillingen i Helseundersøkelsen 1985, som er gjengitt i Figur 2

<p>Figur 2 Helseundersøkelsen 1985</p> <p>Spørsmål 87 :</p> <p>Hvorledes vurderer du din egen helse sånn i sin alminnelighet. Vil du si at den er :</p> <ul style="list-style-type: none"> -meget god -god -verken god eller dårlig, middels -dårlig -meget dårlig

Spørsmål om begrensninger i aktivitet eller sosial rolle som brukes i National Health Interview Survey er mer komplisert og tar utgangspunkt i alder som vist i Figur 3.

Figur 3	
NHIS QUESTIONS TO IDENTIFY PERSONS WHO HAVE ROLE LIMITATIONS BY AGE GROUP AND SOCIAL ROLE	
Age Group and Role	Role Limitation and NHIS Questions
<p>under 5 years Ordinary Play</p>	<p>Unable to Perform Major Activity 10a. Is __ able to take part AT ALL in the usual kinds of play activities done most children __ age ?</p> <p>Limited in Performing Major Activity 10b. Is __ limited in the kind OR amount of play activities __ can do because of any impairment or health problem ?</p>
<p>5 - 17 years Attending School</p>	<p>Unable to Perform Major Activity 11a. Does any impairment or health problem NOW keep __ from attending school ?</p> <p>Limited in Performing Major Activity 11b. Does __ attend a special school or special classes because of any impairment or health problem ? 11c. Does __ need to attend a special school or special classes because of any impairment or health problem ? 11d. Is __ limited in school attendance because of health ?</p>

<p>18- 64 years Working or Keeping House ^{a)}</p>	<p>Unable to Perform Major Activity 2a. Does any impairment or health problem NOW keep ___ from working at a job or business ? 3a. Does any impairment or health problem NOW keep ___ from doing any housework at all ?</p> <p>Limited in Performing Major Activity 2b. Is ___ limited in the kind OR amount of work ___ can do because of any impairment or health problem ? 3b. Is ___ limited in the kind OR amount of housework ___ can do because of any impairment or health problem ?</p> <p>depends on what the respondent says in the last 12 months.</p>
<p>65 years and older ^{b)} Independent Living</p>	<p>Limited in Activities of Daily Living 14a. Because of any impairment or health problem, does ___ need the help of other persons with ___ personal care needs, such as eating, bathing, dressing, or getting around this home ?</p> <p>Limited in Instrumental Activities of Daily Living 14b. Because of any impairment or health problem, does ___ need the help of other persons in handling ___ routine needs, such as everyday household chores, doing necessary business, shopping, or getting around for other purposes ?</p>
<p>All ages</p>	<p>Limited in Other Activities 6a. (12a) Is ___ limited in ANY WAY in any activities because of an impairment of health problem ?</p>

- a) Work or keeping house that he or she is doing
b) These questions are also asked of persons 5-64 years if reported unable or limited in major activity.

Spørsmålene som stilles dem som er 65 år eller eldre stilles også personer 5 - 64 år hvis det rapporteres at de ikke kan utføre eller er begrenset i deres hovedaktivitet.

Svar på spørsmålene gir grunnlag for en klassifikasjon i 6 klasser som vist i Figur 4. Ved aktivitetsbegrensninger av forskjellig omfang plasseres vedkommende i klasse med dårligst funksjon.

Figur 4

HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE

Classification of role limitation :

- Not limited
- Not limited in major activity but limited in other activities
- Limited in major activity
- Unable to perform major activity
- Unable to perform instrumental activities of daily living - IADL- without the help of other persons
- Unable to perform activities of daily living - ADL - without the help of other persons.

I Helseundersøkelsen 1985 er spørsmål om aktivitet formulert slik det fremgår av Figur 5.

Figur 5

Helseundersøkelsen 1985

Spørsmål 26 :

Har du vært sengeliggende eller hatt nedsatt aktivitet i de daglige gjøremål i løpet av 14 dagersperioden på grunn av sykdom, skade eller lidelse?

Vi tenker ikke bare på sykdom/skade som har oppstått i 14-dagers-perioden, men også på sykdom/skade som har oppstått tidligere og som har ført til sengeleie eller nedsatt aktivitet i løpet av perioden.

Det er ikke umiddelbart lett å få sammenlignbarhet med NHI survey i spørsmål om aktivitet, men det skal ikke så mye til av justering før det kan oppnås. Da vil også vi kunne etablere den matrisen som National Center for Health Statistics bygger sin Health-related quality of life index på, se Figur 6.

Figur 6 Derivation of Values for the health -related quality of life index							
Role Limitation	Single AttributeScore	Perceived Health Status					
		Excellent y_1 1.0	Very good y_2 0.85	Good y_3 0.70	Fair y_4 0.30	Poor y_5 0.0	Dead
Not Limited	x_1 1.0	1.00					
Limited-Other	x_2 .75						
Limited-Major	x_3 .65			S_{33}			
Unable-Major	x_4 .40						
Limited in IADL	x_5 .20						
Limited in ADL	x_6 0.0	0.47				$a=0.10$	
Dead							0.0

Vist her er den skår som hver klassifikasjon for seg er gitt. Verdiene er gitt ved å anta at 1,00 representerer det høyeste nivå innen hver klassifikasjon og at 0,00 er det laveste nivå. Verdiene i hver celle i matrisen er fastsatt ut fra analyser, teorier og antagelser som det vil føre for langt å komme inn på her og nå. Resultatet er gitt i Figur 7.

Figur 7. Values for Health States Defined in Terms of Role Limitation and Perceived Health Status - health-related quality of life index					
Perceived Health Status					
Role Limitation	Excellent	Very good	Good	Fai r	Poor
Not limited	1.00	.92	.84	.63	.47
Limited-Other	.87	.79	.72	.52	.38
Limited-Major	.81	.74	.67	.48	.34
Unable-Major	.68	.62	.55	.38	.25
Limited in IADL	.57	.51	.45	.29	.17
Limited in ADL	.47	.41	.36	.21	.10

Vurderer man sin egen helse til å være utmerket og har man ingen aktivitets begrensning gir det en skår på 1,00. 38,1% av USA´s befolkning utenom institusjon hadde en skår på 1,00 i 1990. Tar man med de som sa de hadde meget god helse og ingen aktivitetsbegrensning blir prosenten 54,1.

Den annen ende av skalaen, de som ikke kan utføre ADL (Activities of Daily living) uten hjelp av andre og som angår at de anser sin helse som dårlig, utgjør 0,5%. I USA var det i 1990 vel 1,2 millioner mennesker.

Dere vil kunne se at samme skår på 0,47 gis til personer som enten sier de har utmerket helse men begrenset i ADL, eller sier de har dårlig helse uten aktivitetsbegrensning av noe slag. Om dette er rimelig kan vi ha forskjellige oppfatninger om, og det gjelder for den sak skyld alle skår. Poenget er at om vi bestemmer oss for en slik skala kan vi sammenligne DSS med USA, og vi kan beregne gjennomsnittlig skår for "health-related quality of life" indeks for forskjellige befolkninger og i undergrupper av en befolkning, og har derved et sammenligningsgrunnlag. Indeksen kan også brukes til å beregne leveår med god helse ved å applisere indeksen i en vanlig overlevelsestabell. For 0-5 åringer i USA i 1990 f.eks. var gjennomsnittlig levealder 75,4 år hvorav 63,9 år med god helse.

Forventet levealder har vært mye benyttet i helsestatistisk sammenheng og jeg vil tro at forventet antall leveår i god helse vil få tilsvarende betydning. Jeg håper vi kan få til å stille de spørsmål i Helseundersøkelsen 1995 som skal til for å beregne en health-related quality of life indeks av den type som er under utvikling nå i USA. Ved NCHS anser man indeksen som foreløpig og det ligger muligheter for å utvikle en bedre indeks etterhvert. Det må være stimulerende for oss å være med på dette.

Referanser:

1. EuroQOL Group. EuroQOL--A new facility for the measurements of health-related quality of life. *Health Policy* 16:199-208, 1990.
2. Torrance GW. Multiattribute Utility Theory as a Method of Measuring Social Preferences for Health States in Long-Term Care. in Values and Long-Term Care. Ed: Kane, R L.; Kane, R A. Lexington, Massachusetts: Lexington Books, 1982 pp 127-156.
3. Bush JW. General Health Policy Model/Quality of Well-Being (QWB) Scale. in Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies. Wenger NK, Mattson ME, Furberg CD, Elinson J (editors) New York: LeJacq Publishing, 1984 pp. 189-199.
4. Kaplan RM. New Health Promotion Indicators: The General Health Policy Model. Health Promotion 3 (1):35-49, 1988.
5. Erickson P, Wilson R, Shannon I. Years of Healthy Life - Statistical note Review Version. Manuskript, Aug. 1993.
6. Torrance GW, Patrick DL, Kaplan RM, Myers GC, Wilson RW, Erickson P. Development of an interim measure of years of healthy life using existing NHIS items. NCHS Working Paper, 1992.

Diskusjon del 3 A:

Espen Dahl:

Ja, jeg har en liten kommentar til Dorthe Holsts innlegg. Dorthe, du stilte spørsmål om hva folk legger i sin selvrappporterte helse. Og det synes jeg er et meget godt spørsmål, og ikke minst så har det høy helsesosiologisk relevans. I England har man i Health & Lifestyle survey faktisk stilt 2 spørsmål til et stort representativt utvalg av den engelske befolkningen, om hva de legger i god helse for andre, og hva de legger i god helse for seg selv. Åpne spørsmål som ble kodet i etterhånd, og de kom da fram til 6 - 7 hoveddimensjoner. Og en av dem var faktisk helse som fravær av sykdom. Men det var også en del andre interessante dimensjoner, bl.a. helse som fysisk styrke og helse som psykososialt velvære og helse som energi og vitalitet. Og hun fant også forskjeller etter kjønn, alder og sosial klasse. Hun fant bl.a. at fysisk styrke oftere ble nevnt som helse i arbeiderklassen, mens psykososialt velvære ofte ble nevnt som god helse i middelklassen. Så dette med psykososialt velvære er kanskje en borgerlig fordom som vi her gjør oss til talsmenn for. Men poenget her er altså om det ville være mulig i helseundersøkelsen 95 å stille to slike åpne spørsmål. Intervjukostnadene ville være minimale. Så måtte forskere som var interessert i dette her, søke Forskningsrådet om midler til å kode og analysere resultatene.

Niels Rasmussen:

Jeg skal bare gjøre oppmerksom på at vi i vår siste undersøkelse av befolkningens forebyggelse av belastningslidelser for 1990 har hatt noen spørsmål med som handler nettopp om prioritering av livsverdier og sykdomsoppfattelse. Men jeg vil ellers kommentere litt på spørsmål om General Health Questionnaire (GHQ), som er blitt anbefalt av en gruppe i Holland som både Liv og jeg har deltatt i, og jeg er forferdelig flau over å ha sittet midt i møter hvor man har anbefalt General Health Questionnaire. Det er først etterpå at det har gått opp for meg at General Health Questionnaire, som Falkum også selv er inne på, teoretisk er et meget dårlig måleinstrument. Og derfor synes jeg at man en gang for alle skal beslutte seg for at man ikke skal diskutere General Health Questionnaire, fordi det begrepsmessig er for dårlig. Som Falkum selv sier, man måler personens relative status, og så presenterer man resultatene som absolutte verdier for folks trivsel. Hvis du hadde vist svarkategoriene på General Health Questionnaire, så ville dere alle sammen ha sett at den er uegnet. Vi behøver derfor ikke diskutere General Health Questionnaire om igjen. Men jeg vil vende tilbake til, i mitt eget foredrag senere, hvordan vi prøver på å måle psykisk funksjon i Danmark.

Så en kommentar til Tor Bjerkedal. Du introduserer en sammenligning til en amerikansk metode, som jeg synes høres fantastisk spennende ut. Men igjen vil jeg si det er fantastisk viktig å være pravmatisk å se på om det er noe i gang i Europa innenfor det samme området. For det er mer nærliggende rent praktisk å kunne sammenligne seg med noe som foregår i Europa. Når det gjelder den problemstilling som du introduserer, så er det diskusjoner i Europa, bl.a. omkring The International Classification of Impairment, Disability and Handicap. Og det er et kunnskapscenter i Holland omkring den klassifikasjonen, og de går inn for nøyaktig de samme problemstillinger som i USA. Så da vil jeg si, hvorfor ikke kikke på Europa før man beslutter seg for å kunne belyse den viktige problemstilling som reises her.

Jens Eskerud:

Det jeg skal si har noe med tilsyn og bruk av tilsynsdata å gjøre. Og helseundersøkelsen er jo en viktig opplysningskilde for tilsynsmyndighetene når det gjelder hvilket behov man har for helsetjenester. Og vi har jo andre

datakilder som sier noe om tilbudet. Det spørsmålet jeg har til Falkum er om vi har noe godt på mestring blant disse skalaene som brukes. For det er jo det som kanskje er helsemyndighetenes største problem. Altså hvordan har man, og hvordan tar man det. Det gjelder jo både akutt sykdom og det gjelder ikke minst kronikerne.

Erik Falkum:

En liten kommentar til Niels Rasmussen først. Jeg synes det var ganske spennende å høre deg si det du sa om GHQ. Jeg synes kanskje du tok litt hardt i. Men jeg må innrømme at jeg lot med vilje være å ta stilling til dette. Jeg er enig i logikken i det du sier, og synes det har vært vanskelig å forsones seg med den scoringsmåten, og tenkningen rundt det. Og jeg har selv også alltid foretrukket SCL. Men i arbeidet vi driver nå med legekårsundersøkelsen har vi brukt begge deler for å kartlegge mentalhelsen blant leger. Og selv om logikken i det er problematisk, er det veldig vel dokumentert at GHQ er valid. Den fanger opp mental helse i en masse forskjellige studier.

Dette er en svær diskusjon, -jeg kan si to ord om mestring. Det har vi strevd mye med å finne gode instrumenter for. Vi har med et relativt omfattende mestringsinstrument i legekårsundersøkelsen som nok er altfor stort for en sammenheng som helseundersøkelsen. Jeg vet at man har forsøkt å korte ned på det. Det er altså et instrument som har 45 items. Jeg vet at det finnes utgaver som er på en mellom 5 og 10 items, men jeg tror ikke de er særlig godt validert og studert.

Et spørsmål til Niels Rasmussen til slutt: Hvordan kunne det ha seg at GHQ12 ble anbefalt på denne WHO-konferansen hvis det var såpass mye kritikk mot det? Eller var det ikke det der nede?

Niels Rasmussen:

Det sitter en høyt kvalifisert forsamling og GHQ blir anvendt. På tross av at mange kvalifiserte mennesker ser på det, så er det ikke gått opp for dem at det er meningsløst. Det sier noe om den vitenskaplige standarden av våres arbeid at fordi høyt kvalifiserte mennesker anbefaler dette skjemaet så vil jeg la meg overtale av det. Det er først etterpå da jeg begynte å kikke på det at det går opp for meg at det blir meningsløst. Og det kan godt være at man ut fra tradisjonelle empiriske validitetkriterier kan finne ut av at det er valid fordi det korelerer med mental tilstand. Men det gjør det ikke valid for meg. For hvis det er meningsløst på "face validity"-planet, så vil jeg ikke akseptere en empirisk validitet, så er det noe annet folk har svart på. Jeg kan godt forstå at man kan finne de der sammenhenger fordi folk har svart på de positive kategorier hvis de har det godt, og på de negative hvis de har det dårlig. Men slik kategoriene er laget svarer det ikke til den måten man fortolker resultatene på.

Sidsele Graff-Iversen:

Ja, det er et par spørsmål til Falkum i forbindelse med dette store prosjektet Conor; Arnesen nevnte i går at det er under planlegging. Og der skal man ha med da helt korte spørsmål om psykisk helse. Vi har diskutert å ta 4 spørsmål fra GHQ, men har forkastet det p.g.a. skalaen, faktisk. Og et alternativ som vi har inne nå er 4-5 items fra SCL25. Finnes det noe validering på kortversjoner? Hva har du å si om å ta ut noen få spørsmål, her er det jo spørsmål om plass.

Falkum:

Akkurat til det å forkorte kortversjonen av HscI så har jo Kristian Tambs gjort en del på det. Jeg vet ikke om det er det du tar utgangspunkt i når du snakker om det. Men jeg kjenner ikke i detalj hva som er gjort med det, men han har i hvert fall kommet opp med en versjon som, så vidt jeg husker Kristian, består av 5 items. Som man mener tar vare på størstedelen av variansen i SCL25.

Kristian Tambs:

Jeg kan jo kanskje si at det jeg gjorde var ganske enkelt å lage en regresjonsanalyse, hvor jeg tok hele summen og undersøkte hvilke enkeltledd som best predikerte hele summen. Og da fant jeg at 5 spørsmål var nok til å predikere 90% av variansen, slik at det egentlig er et alternativ å bruke en kort skala.

Ebba Wergeland:

Et nytt tema, jeg kom i morges, så hvis det ble tatt opp i går så får dere bare si i fra. Men jeg savner Kommunaldepartementet og Arbeidstilsynet som brukere her. Jeg bruker helseundersøkelsen ganske mye i forbindelse med forebyggende arbeid i arbeidslivet. Dere har med en del spørsmål som relaterer til arbeid og arbeidsforhold. Men forbindelsen som kunne gjøre det mulig å si noe skikkelig om yrkesrelatert sykkelighet mangler. Og det er en viktig arena for forebyggende arbeid. Og det kunne løses ved å innføre et av spørsmålene som er brukt i Arbeidsmiljøundersøkelsen -89. For å gjøre det billig og enkelt 1 spørsmål, eventuelt utvidet med 2 -3 underspørsmål, om det er plass. Så jeg bare kaster det fram som et brukerområde som bør tas bedre vare på enn det jeg ser av deltagerlisten.

Tor Bjerkedal:

Bare en avsluttende kommentar og særlig til det Nord var inne på. Amerikanerne selv og jeg enda mindre, synes jo at dette er den perfekte indeks. Men det er utviklingsarbeide på gang, og dette arbeidet er jeg veldig fascinert av. Vi har jo i mange år hatt denne vanskeligheten med at helse er noe annet enn sykdom og vi forsøker på en måte å få det bundet sammen. Og dette er en måte å gjøre det på, selv om det ikke er den perfekte. Men fordelene for amerikanerne var jo at de hadde dataene, og kunne eksperimentere seg frem til noe. Og de skal bruke den som sin måte å vurdere Helse for alle programmet, som har som en målsetting at de gode leveår skal økes. Samme målsetting har vi adoptert her hjemme, og vi trenger instrumenter til å se i hvilken retning det går. Og da er det to måter å bedre leveårene på, og det er å få folk til å skjønne at de har god helse, og si det. Og det andre er å redusere deres funksjonshemminger. Og begge deler er forsåvidt relevant i forhold til ens totale livssituasjon etter min oppfatning. Så sånn sett kan det måle noe i alle fall. Hva som egentlig måles er et annet spørsmål.

Erik Nord:

Ja Tor, jeg aksepterer selvfølgelig det at man er på veg også der borte. Jeg vil likevel slutte meg til det Niels var inne på, at hvis vi først skal se på denne type instrument, så kan det være god grunn til å forholde seg til Europa. Jeg har jobbet mye med dette her, og min erfaring er at refleksjonsnivået for disse tingene er vel så høyt i f.eks. England og Holland som i USA. Selv har jeg vært involvert i noe som heter Euro Call, som er et annet mulig instrument - jeg skal ikke spesielt markedsføre det, for det har sine svakheter - men generelt tror jeg at jeg ville slutte meg til Niels' anmodning om å lete etter kvantitative indekser her i Europa. Men dette bør i såfall en liten undergruppe jobbe videre med.

Bruken av helsetjeneste. Hva måler vi og hva ønsker vi å måle?

Jon Ivar Elstad, Institutt for sosialforskning (INAS)

Jeg skal diskutere hvordan bruk av helsetjenester ble målt i Helseundersøkelsen 1985, og hvordan det kan måles i Helseundersøkelsen 1995, og jeg er også blitt bedt om å stille spørsmålet "hvilken nytte vi hadde av Helseundersøkelsen 1985" - når det gjelder målingen av bruk av helsetjenester?

På dette spørsmålet: hvilken nytte - er jeg nok litt usikker på om Helseundersøkelsen 1985 har gjort noe særlig nytte. Men vi må framfor alt skille mellom ulike typer bruk. Et hovedskille går mellom nytte for helsepolitiske og helseadministrative formål, og nytte for forskningsmessige formål. Disse to formålene er ikke helt atskilt fra hverandre, de glir over ihverandre, men de er likevel noe forskjellige.

Først - noen helseadministrative formål - som f.eks. ligger i behovet for å få svar på spørsmål av typen:

Hvilke konsekvenser har det vært av helsepolitiske reformer? HU 85 kom rett etter innføringen av Kommune-helseloven. Vi kunne tenke oss at undersøkelsen kunne si noe om konsekvensene, eller eventuelt danne en form for grunnlinje, som kunne blitt brukt videre. Og slik kan nok HU fungere, men et stort problem er at utvalget som er brukt i HU har ingen klar forankring i identifiserbare kommuner, som etter Kommunehelse-reformen ble den administrative grunnenhet i primærhelsetjenesten. Derfor blir funnene uten referanse - de kan ikke spores tilbake til bestemte kommunehelsetjenester.

Har vi en adekvat helsetjeneste? Her kunne HU 85 tenkes å avdekke underdekning, at noen lidelser ikke blir brakt til lege mens andre eventuelt får full oppmerksomhet, at en møter god eller dårlig behandling osv. Helseundersøkelsen gir noen hint omkring dette, i den forstand at en kan avdekke om grupper i særlig grad var uten kontakt med helsevesenet, eller at visse typer lidelser i særlig grad ikke behandles. Men ettersom helsebegrepet i stor grad er et medisinsk helsebegrep, som oppfordrer folk til å inkludere i det de nevner av lidelser, det som leger allerede har akseptert som lidelser, er det klart at underdekning ikke i særlig grad blir målt. Dessuten er HU 85 fri for opplysninger av mer subjektiv karakter - hva slags service møtte du? ble du bra? er du fornøyd? - og derfor er undersøkelsen ikke god til å evaluere subjektivt hva folk synes.

Med andre ord - jeg tviler på om HU 85 ga i særlig grad konkret nytte for helseadministrasjon eller helsepolitikk. Den ga naturligvis endel generell informasjon om bruk av helsetjenester, men opplysningene var nok ofte av noe diffus karakter i forhold til den eksakthet i informasjonen helsepolitisk arbeid må bygge på. Og her spilte det naturligvis inn mange ting med utvalget: At den institusjonaliserte delen av befolkningen ikke var med, og at mange små sykdomsgrupper, som kan være meget ressurskrevende for helsetjenesten, enten helt ville være fraværende fra Helseundersøkelsens utvalg eller bare dukke opp i ytterst lite antall - dette gjorde at det framstår et slags misforhold mellom hvem som ble spurt i Helseundersøkelsen, og hvem som helsevesenet i stor grad behandler. - Grovt sett kunne vi jo si det slik: HU 85 spør stort sett friske folk, men de er jo ikke arbeidsområdet i så stor grad for helsevesenet.

HU85s kartlegging av bruken av helsetjenester kan neppe ha gitt helseadministrasjonen og helsepolitikken så mye konkret å reagere på, og i denne forstand var nok nytten begrenset - tror jeg - men kanskje de som ser Helseundersøkelsen innenfra departementene mener noe annet?

For forskningsmessige formål, derimot, tror jeg at HU85 hadde mer å gi. HU85 ga jo et bredt innblikk i hvordan et representativt utvalg av det norske folk brukte helsetjenestene - hva slags tjenester de brukte ofte, hva de brukte sjelden. HU85 tror jeg har fungert bra som kilde til studier av sosial ulikhet eller likhet i bruken av helsetjenester, i hvordan de er distribuert mellom kjønn, aldersgrupper, og sosiale klasser. HU85 hadde endel spørsmål vedrørende bruk som var sammenlignbare med HU75, og dermed lot det seg gjøre å kartlegge trender over tid.

Altså - to viktige forskningsspørsmål vedrørende bruken av helsetjenester, om fordeling og sosial ulikhet, og om trender og utvikling over tid - ga HU85 et visst inntak i.

Men:

Det er endel ting i kartleggingen av bruken av helsetjenester jeg tror ikke har fungert særlig bra, og jeg vil komme med endel synspunkter som gjelder mulige forbedringer og endringer.

La oss ta som utgangspunkt at Helseundersøkelsenes utvalg ikke kan være kommunerepresentative, ikke kan ha med den institusjonaliserte befolkningen, og ikke kan brukes for å kartlegge spesifikke diagnosegrupper fordi slike ofte vil være for små og fordi selvrapporingen av lidelser alltid vil ha noe usikkert over seg. Da står vi igjen med et bredt, stort, representativt utvalg av befolkningen, i alle aldersgrupper, og vi må stille spørsmålet slik: På hvilken måte kan vi best utnytte denne kilden til å skaffe kunnskap og indikatorer til bruk i forskningsformål omkring helsetjenestene?

Bruken av helsetjenester ble i HU85 først og fremst kartlagt gjennom spørsmålene 50 - 54: Ett spørsmål (50) som bare ble stilt til de med minst ett syketilfelle, og som kartla antall besøk i løpet av siste 14 dager hos en lang rekke typer behandlere og institusjoner. Ett spørsmål (51) som gjorde det samme, for endel typer kontakter uten sammenheng med syketilfelle, dvs. forebygging, besøk for å utelukke sykdom som det het, svangerskapskontroll, rutinemessig helsekontroll. Ett spørsmål (52) om en hadde en fast lege/fast legesenter som en pleier å bruke. Og dernest noen tannlegespørsmål om bruk siste 14 dager, og et mer generelt spørsmål, som utvidet tidshorisonten, spørsmål nr. 54, om hvor lenge siden en sist hadde vært hos lege eller tannlege.

Dessuten var det noen bruksdata, om legekontakter, og om hvem som behandlet syktilfellet hvis det var en skade, også inkludert i spørsmålene vedrørende de enkelte syktilfellene. Det ble også spurt om noen i husholdningen fikk hjelp fra blant annet hjemmehjelp og hjemmesykepleier (spm. 43) i løpet av siste 14 dager.

Det er her jeg mener at vi bør drøfte mulige forbedringer:

Den korte referanseperioden kan fungere svært dårlig når det gjelder å skaffe kunnskap. Bortsett fra spørsmålet om hvor lenge siden en sist var i lege- og tannlegekontakt, er bruk av helsetjenester kartlagt gjennom

opplysninger omkring de siste 14 dager. Men det fører til at det ofte er forferdelig få som inkluderes. Antallet som faller i en kategori blir bittelite for typer helsetjeneste som blir brukt sjelden.

I HU85-dataene er det f.eks. - av nesten 11 000 respondenter - bare 115 som har hatt kontakt med sykepleier, helsesøster eller jordmor ved syketilfelle, bare 36 som har vært hos psykolog, bare 26 som har vært hos homøopat. Selv for legetjenesten - som har langt oftere besøk - er det forholdsvis få respondenter - omlag 600 av de nesten 11 000 har hatt et førstegangsbesøk hos vanlig lege i 14-dagersperioden. Vi har altså på dette legebruksmålet en fordeling i utvalget der nesten 95% registreres med ikkebruk - og vel 5 prosent med legebruk i løpet av 14-dagers perioden.

Denne korte referanseperioden medfører at analyseutvalgene - det faktiske antallet personer som en kan analysere - blir veldig lite, og særlig lite for de mer sjeldent brukte helsetjenester. Selvom HU85 intervjuet nesten 11 000 personer, er det i praksis omtrent ingen ting å lære av den når det gjelder folks bruk av psykologtjenester - hva er aldersfordelingen, kjønnsfordelingen, hvor i landet, hva slags lidelser - ettersom bare noe over 30 er registrert som brukere.

Den korte referanseperioden skaper kanskje en type eksakthet - det blir nok mer presise data enn om en spurte om siste måned, eller halvår, eller helår. Men denne eksaktheten er dyrt kjøpt, ved at muligheter til å analysere brukerne i sammenligning med ikke-brukerne bortfaller i stor grad. Hva med å prøve en referanseperiode på ett år, f.eks.? Først da ville vi kunne få fram hvem er det som er kunder hos psykologer, homøopater, naturmedisinere osv. - og hvem som mottar tjenester fra hjemmehjelp og hjemmesykepleie, f.eks.

En bieffekt - overopptattheten av legebruk.

Den korte referanseperioden har faktisk også en effekt som kanskje ikke var forutsett, nemlig at det veldig svake innslaget av klienter og kunder hos de andre tjenestegrenene ved siden av lege- og tannlegetjenesten fører til at analyser av dem har en tendens til å falle bort. Legene er jo selvsagt helsetjenestens sentrale profesjon, og legenes kontaktflate til befolkningen er langt større enn noen annen yrkesgruppe i helsetjenesten. Men de andre er jo heller ikke få, og det foregår mye der - sykepleietjenesten, hjemmesykepleien, helsesøstrene, fysioterapeutene, psykologene, og hele den alternative sektoren, som er - enten vi liker det eller ikke - en ganske betydelig del av det som foregår når det gjelder betalte helserelaterte tjenester. Og ta f.eks. bedriftshelsetjenesten - ved en referanseperiode på 14 dager får en et veldig svakt inntrykk av hva slags typer yrker, eller hva slags typer arbeidsplasser, det er som har bedriftshelsetjeneste - fordi de aller fleste, enten de har bedriftshelsetjeneste eller ikke, vil ikke ha hatt kontakt med bedriftshelsetjenesten siste 14 dager.

Men selv om HU85 ikke overser disse andre yrkesgruppene, blir de så lite representert, nettopp fordi det faktisk bare er en yrkesgruppe som har en slik bred kontaktflate overfor publikum at det gir noe særlig mening å spørre om kontakter siste to uker. Det er nettopp legene. Og HU85 har altså, gjennom sitt opplegg med referanseperioder, vridt perspektivet alt for mye i retning av legene. HU85 er - når det gjelder bruk av helsetjenester - først og fremst en legebruksundersøkelse, og har gitt svært lite grunnlag for analyser av bruken av andre helsetjenester.

Jeg tror en måte å løse dette på, er å løse opp den fikserte bindingen til 14-dagers referanseperiode.

Reformene og hvordan dette kan innpasses i Helseundersøkelsen. Fra dette - over til et noe relatert spørsmål, nemlig spørsmålet om hvordan de pågående reformene i helsetjenesten kan reflekteres i Helseundersøkelsen. Jeg har allerede nevnt noen grunner til at det ikke er så lett, i helt eksakt og presis forstand - det at utvalgene ikke kan identifiseres med spesielle kommuner, det at den institusjonaliserte delen av befolkningen ikke er med.

Men samtidig må vi se på alle reformene, som:

- Kommnehelsesloven innført i 1984
- overføringen av sykehjemmene til kommunal administrasjon i 1988
- HVPU-reformen i - var det 1991?
- den generelle trenden og tendensen til mer hjemmebasert omsorg, mindre institusjonalisering
- satsingen, som skal ha foregått, på eldreomsorgen
- satsingen på forebyggende arbeid, der jo yrkesgruppene i helsetjenesten skal spille en nøkkelrolle

Kan vi - selv om vi ikke har kommunebaserte utvalg - få inn informasjon omkring slike reformer, hvordan de er gjennomført, hvordan de fungerer?

Det må la seg gjøre, uten at jeg har så mange konkrete ting å legge fram her. Jeg tror at husholdningenes bruk og mottak av hjemmebasert omsorg bør få en mer utvidet kartlegging enn den som ble gjort i 1985, både ved at referanseperioden utvides og ved at kanskje kvalitet, ventetider, og annet kommer fram. Hvor dårlige må man være før hjemmehjelp tildeles?

Jeg tror videre at barns helse, via helsestasjoner og skolehelsetjeneste, også bør komme klarere fram. Jeg lurer på om det finnes nok hjemflyttede klienter i HVPU som kunne komme fram i denne undersøkelsen - antakeligvis er det ikke det - men jeg stiller i alle fall spørsmålet om hvordan den pågående deinstitutionaliseringen kan representeres i Helseundersøkelsen.

Medikalisering

Til sist et tema jeg tror mange er opptatt av, og som jeg her kan gi stikkordet medikalisering. Jeg gir det her en vid betydning - hvordan fenomener omtolkes i medisinsk eller helsemessig retning, og derfor gis en status som noe som er relevant for helsetjenestebruk, hvordan befolkningen selv fordeles sine plager mellom egenomsorg, familieomsorg, og profesjonell omsorg, hvilke holdninger og erfaringer folk har som bidrar til å forme deres etterspørsel etter helsetjenester.

Det har vel vært temmelig fast regel at SSBs intervjuundersøkelser prøver å holde seg unna meninger og holdninger, og konsentrerer seg - på behavioralistisk vis - om ting, fenomener og handlinger som kan observeres - så å si av intervjueren like så bra som av respondenten.

Men problemet i dette er at denne strategien innsnevrer det kunnskapsmessige potensialet Helseundersøkelsen har. La oss si at vi ønsker å studere bruk av helsetjenester, via studiet av hvordan etterspørsel oppstår. Sjølsagt er det da greit å vite yrkesbakgrunn, tett- eller spredtbygd, alder, kjønn, sivil status, og utdanning. Men samtidig vet vi at disse fakta bringer oss bare et stykke på vei. For etterspørselen dannes av hvordan folk resonnerer.

Hva mener de leger bør brukes til og ikke brukes til? Tror de at alternativ medisin noen ganger lykkes? Hva mener de medisinen likevel ikke kan hjelpe mot? Er kvinnelige leger lettere å legge fram problemene sine overfor enn mannlige leger?

Jeg antyder altså at prosessene, veien som skaper bruk, kanskje bør gis større sjanse til å slippe fram i Helseundersøkelsen - men da må vi endre noe på den ensidige behavioralistiske perspektivet.

Diskusjon del 3B:

Liv Grøtvedt:

Spørsmål til Elstad - betyr det at du ikke mener at sammenlignbarheten med -85 når det gjelder bruk av helsetjenester er så viktig? Vil det kanskje være viktigere å få inn nye mål og å tenke litt nytt når det gjelder helsetjeneste? Kort sagt: Hvor viktig er sammenlignbarheten med tidligere undersøkelser når det gjelder bruk av helsetjeneste?

Jon Ivar Elstad:

Det er et dilemma naturligvis, og jeg synes sammenlignbarhet er viktig. Men på en del områder, som alternativ medisin, bruk av omsorgstjenester, bedriftslegetjeneste og skolehelsetjeneste gir Helseundersøkelsen 1985 for lite til å være noe godt grunnlag for framtidige sammenligninger.

Svein Hindal:

Jeg skal kommentere tre forhold, og først dette med sammenlignbarhet. Vi må jo huske på at det har vært enorme endringer i helsetjenesten og i det norske samfunnet. Det fører til at man ikke skal overdrive hensynet til sammenlignbare data. Det er viktigere å få en status nå som kan også være av betydning for forvaltningen og beslutningstakerne fremover, å få mer kunnskap om den faktiske situasjon og faktisk bruk. Vi har f.eks. fått hjelpemiddelsentraler, og de har stort sett kommet etter -85. Og bruken eller mangel på bruk av hjelpemiddelsentralene for funksjonshemmede bør man kunne fange opp. Skal man greie det, da må man gå på mye lenger perioder enn 14 dager, antakelig så mye som ett år. Dette gjelder på flere områder av helsetjenesten: Skal man få meningsfulle og tilstrekkelige data må man ha mye lengre perioder.

Et annet problem går på dette med regional inndeling. Jeg innser at man kan ikke få data fra hver enkelt kommune, men man kunne vel ihvertfall bryte ned på fylker og dermed også gi mulighet for de offisielle helseregioner. Ikke gruppene Møre og Romsdal, Sogn og Fjordane og Hordaland og ødelegge både helseregionen midt-Norge og helseregionen vest. Her tror jeg man må tenke litt nytt og se på vår faktiske virkelighet.

Niels Rasmussen:

En kommentar til det spørsmålet om referanseperioder. Det er riktig det som Elstad sier, men det er flere forskjellige praktiske muligheter løse det på. I prinsippet kan man løse problemet ved å ha flere forskjellige referanseperioder. Hvis det handler om symptomer og meget subjektivt relaterte ting så er det viktig å ha en meget kort referanseperiode for ikke å få for meget hukommelses-bias, mens når det handler om praktisk atferd og hendelser kan man jo saktens utstrekke referanseperioden til noe lenger enn 14 dager. Vi gjør det på den måten at vi bruker flere forskjellige referanseperioder hvor vi ser på hva som diskriminerer best - hva gir best statistisk diskriminasjon. Men det er selvfølgelig et generelt problem i helseundersøkelsen å gjøre det fordi hele spørreskjemaet er bygd opp på en modell hvor det er en meget sterk intern logisk konsistens som gjør det vanskelig å ha skiftende referanseperioder. Det vil jeg kommentere senere, men jeg mener man skal helt overordnet tenke i baner av å løsne opp i den meget stramme og beundringsverdige velgjennomtenkte struktur i skjemaet, som er u håndterlig hvis man skal ha fleksible undersøkelser hvor man kan ta moduler ut og inn. Da er det vanskelig at den er så internt bundet sammen. Og hvis det er meget viktig å sammenligne med tidligere

tider, så kan man operere med overgangsspørsmål hvor man i en overgangsfase faktisk tillater seg den luksus å spørre med en referanseperiode på to uker i tillegg til en på tre måneder. Og så at man på de områder hvor man lager endringer fra 1985 og framover at man tar ut meget få utvalgte indikatorer som peker bakover.

Fra salen (uidentifisert):

To spørsmål i kjølvannet av det Jon Ivar Elstad og Niels Rasmussen har sagt. Så vidt jeg forstår er begrepet sykdomstilfelle sentralt i helseundersøkelsen når man spør om årsaken til sykdomstilfeller og konsekvenser av sykdomstilfeller. Det gjør at mye tid i intervju går med til å kartlegge sykdomstilfelle, og jeg er litt usikker på om intervjuobjektene klarer å skille de forskjellige sykdomstillfellene så godt som skjemaet kan gi inntrykk av. Mitt første spørsmål er: Er det noen som har benyttet de dataene eller datastrukturen som legges, altså analysert sykdomstilfeller og utnyttet intervjuteknikken eller måten å spørre på. Det andre er: Er det vurdert å gi opp begrepet sykdomstilfelle og bare spørre om forbruk og helseproblemer som jo ville være mindre tidkrevende og gi plass til å stille mange andre spørsmål - ta opp andre temaer som har vært foreslått her. Det er et vell av temaer som er ønskelig å ta inn. Er det vurdert å gi opp begrepet sykdomstilfelle og spørre enklere for å få plass til andre ting?

Liv Grøtvedt:

Sykdomstilfellebegrepet brukes jo i presentasjonen av tabeller i NOS'n for eksempel, altså i tabellpublikasjonen fra helseundersøkelsen. Det er kodet tresifret etterpå og når man lager sykdomsgrupper så brukes det som grunnlag for å gruppere i sykdomsgrupper. Vi har brukt det i et barne- prosjekt, og vi har brukt de tresifrete diagnosene for å lage sykdomsvariable. Det tror jeg er blitt brukt i flere tilfeller, i analyser. Men jeg ser jo at man ikke spør på samme måten i andre lands undersøkelser. Bjerkedal var inne på det. Det er et spørsmål om det kan forenkles i hvertfall, men da får man kanskje ikke sammenlignbarheten. I andre land spør man ofte ved å liste opp en del kroniske syketilfeller, mens vi bruker alle disse fire kriteriene for hvert enkelt syketilfelle. Så vi må diskutere det.

Olav Helge Førde:

Jeg ville vanligvis prioritere ønsket om sammenlignbarhet. Det er nesten en hellig ting i det epidemiologiske studiet. Men i dette tilfellet tror jeg kanskje vi må diskutere det. Jeg er enig med Jon Ivar i det. I tråd med det jeg sa i går så tror jeg at en av de tingene helseundersøkelsen bør profilere er nettopp sykdomsatferd og mestring i forhold til symptom, og graden av medikalisering eller proffesjonalisering. Da tror jeg ikke en kommer noen vei med det spørreskjemaet en har i dag, fordi det er hverken fugl eller fisk. Det er to dimensjoner som er veldig sentrale. Det ene er å se på fordeling av bruken av tjenester, og skille brukere og ikke-brukere, storforbrukere og ikke-brukere av ulike typer tjenester. Det krever en bestemt type spørreskjema og gjerne med langt større periode enn 14 dager. I de undersøkelsene vi har hatt i Tromsø og Finnmark har vi brukt ett år. Det er vanskelig å validere om det har fungert godt eller dårlig, men vi har ihvertfall fått en hel del ut av det i forhold til både bakgrunnsykkelighet, selvvurdert helse og en del andre determinanter. Den andre siden er dette med medikalisering og overgangen fra en banal plage til sykdom og hvordan folk opplever det. Hva er det som bestemmer overgangen fra en banal plage til sykdom? En må spørre helt spesifikt omkring legesøkning i forhold til bestemte symptomer med bestemt varighet og intensitet. Man kunne lære noe om den prosessen som skiller ut personer med et gitt symptom eller en gitt intensitet på et symptom og hvem som oppsøker det profesjonelle system. Det er to vidt forskjellige dimensjoner som jeg tror en skal prøve å ivareta hvis en har mulighet til det.

Even Flaatten:

Jeg vil stille spørsmål om vektleggingen av helsetjenesterelevante i forhold til helserelevante spørsmål i helseundersøkelsen. Helseundersøkelsen har mange spørsmål om helseadferd, for eksempel en rekke relativt detaljerte spørsmål om ernæring. Mitt behov for helsetjenestespørsmål var knyttet til en undersøkelse jeg skulle foreta for noen år siden om pleie- og omsorgstjenesten, eldreomsorg og behov for slike tjenester. Jeg landet da på spørsmål 62 i helseundersøkelsen og opplevde at spørsmålet var utilfredsstillende for mitt formål. Vi hadde den gangen data fra brukere av pleie- og omsorgstjenesten som kunne måle pleietyngden og dermed få et mål for behov for ressursinnsats for denne gruppen. Helseundersøkelsen skulle da være et redskap for å si noe om de personer, representativt for hele befolkningen, som ikke var i kontakt med tjenestene.

Hva kan utvides i spørsmål 62 fra helseundersøkelsen og knyttes nærmere opp til de kriteriene som er utviklet siden -85 for å måle pleietyngde (Gerix, ADL)? Dernest et spørsmål om det er tenkt at institusjonsbeboere skal tas med i helseundersøkelsen neste gang? Det tredje er spørsmålet om forholdet mellom egenrapportert helse, egenrapportert funksjonshemming og ekspertvurdering - profesjonell vurdering.

Tor Bjerkedal:

Jeg sitter her og hører på og hvor da forsamlingen så vidt jeg tolker den er mer interessert i å forholde seg til dagens virkelighet og dagens problemer enn å oppnå sammenlignbarhet. Og det er et tankekors dette med helseadferd. Det er veldig sentralt og jeg pleier å fortelle at da jeg var ferdig doktor så var det 3 500 av oss i Norges land, og det var veldig vanskelig å få jobb. Det var i '52. Nå er det 13 000 leger eller noe sånt, og det er ikke mulig å få tak i en når man trenger det. Så her har det skjedd ting som jeg har veldig vanskelig for å forstå, og det helt sentralt for vår helsetjeneste at vi forstår det bedre. Så her mener jeg at vi bør kanskje endre litt på spørsmålsstillingene og få tak i noen underliggende strømninger som knytter seg til dette helseadferdsproblemet. Men med hensyn til 14 dagene så synes jeg ikke at det bør være noen hellig ku, selv om det var det før. Jeg synes at for mange spørsmål må en lengre referanseperiode være relevant og viktig.

Kan vi få bedre data om barn?

Lars Kristofersen, Norsk Institutt for by- og regionsforskning

0. Innledning. "Farlig" å stille opp i planleggingen av ny HU?

Bjerkedal har lang fartstid i sammenheng med SSB's helseundersøkelser og kan vise til deltaging fra den første gikk av stabelen i 1968. Undertegnede har kortere erfaring, men har deltatt i utarbeidinger av NOS Helseundersøkelse 1975 og i planleggingen av HU85.

I denne sammenheng vil jeg stille spørsmålet: Er det risikofyllt å delta i planleggingen av HU ? Hvor ellers i det akademiske liv blir en selv - **samt ens kolleger** - konfrontert med det man sa på et seminar for ti år siden. Hjorts og mitt innlegg fra 1984 ble sendt ut til dere på forhånd. Jeg håper at den neste HU etter 1995 blir før år 2005, slik at vi slipper å få tilsendt i 2004 det vi sa her i 1994.

I den sammenheng kan Arnes (Andersen) innlegg her i går tyde på at vi ikke skal vente ti år til på neste HU (eller HU/KLU kombinert). Men det kan være gøy å få det tilsendt et notat ti år etter og se at man har hatt innflytelse på en stor og viktig undersøkelse, som har blitt nyttet i viktige utredninger/forskning. Og det er vel det som har skjedd med HU fra den relativt bortgjemte tilværelsen for 1986 og 1975-publikasjonene: HU-85 har blitt benyttet på en helt annen måte. I SSB's Rådgivende utvalg for helsestatistikk og i Kontaktnett for HU-95 har jeg foreslått at det blir laget en oversikt over bruken av HU-85. NSD skal visstnok ha en slik oversikt, men den er neppe komplett.¹

1. HU's fortrinn som barne og familieanalyseinstrument

Som andre har kommet inn på er HU blant de få undersøkelser i SSB-floraen som danner egne recorder om barn. De få andre undersøkelser som omhandler barn og unge er Ungdomsundersøkelsene og NRK's lytter- og seerundersøkelser. Unntak er for såvidt også personregisteret og andre registre som ikke er undersøkelser, men som kan gi grunnlag for separate barneanalyser (dødsårsaksregisteret, folketellinger, barnevernsstatistikk, trafikkulykkesdata) om barn. Barnefila er opprettet og følger kohorter av barn?

Det blir viktig å prøve å utnytte og videreutvikle dette fortrinnet til HU ved f.eks. å tenke i tid, og i muligheten for å gjøre panelstudier.

Fordelen ved HU framfor lokale praksisundersøkelser, innen helsetjenesten og i forhold til selv omfattende sykehusdata, er at HU gir langt flere sosiale bakgrunnsvariable om familiene, og sykdomskoding foregår etter ensartede prinsipper i SSB, som etter hvert har fått lang trening i å kode både medisinske og folkelige sykdoms- og helsebeskrivelser.

¹En idé er kanskje at referanser som blir gitt disse to dagene her på Leangkollen samles og videreutbygges. Tidligere planlegging av HU har meg bekjent heller ikke foretatt systematiske bibliografiske oversikter over tilsvarende undersøkelser samt relevante metodearbeider internasjonalt. Dette er en annen idé som kanskje kunne gjennomføres eventuelt med bistand av SSB's og andre bibliotekarer ved forskningsinstitutter?

**2. Om tradisjonen: Utviklingen i HU-68, HU-75, HU-85, HU-95 med hensyn på data om barn og unge.
Mer vekt på longitudinell tenking?**

Vi har foretatt HU 1968, 1975, 1985, og står i ferd med å lage HU 1995. Barn og unge glir forbi alle disse HU'ene, uten at vi får noe annet enn et snitt av deres liv og helse på et tidspunkt.

Til dette seminaret er både husholds- og voksenskjemaet sendt ut på forhånd. Men hvor mange av dere som **ikke** er ansatt i SSB eller er med i Rådgivende utvalg for helsestatistikk eller Kontaktnettet for HU-95 er klar over at det var et eget skjema for barn og unge under 16 år i 1985 som foreldrene svarte på for hvert av barna? Ut fra skjemaene ble det dannet egne barnerecorder på fila - som kan analyseres alene eller sammen med foreldre-/husholdsdata. I går påpekte Arne A. at dette er spesielt for HU - det finnes ikke slike data i LKU. Jan Tvedt nevnte at Sosial- og helsedepartementet finner det viktig med barnedata.

Figur 1. Personskjema for personer under 16 år (født 1970 eller senere). Helseundersøkelse 1985.

STATISTISK SENTRALBYRÅ
Intervjukontoret
Postboks 8131 Dep, 0033 Oslo 1
Tlf. (02) *41 38 20

UNDERGITT TAUSHETSPLIKT

Fødsels-
dag -mnd. -år Personnummer

IO's fødselsnr. 23-33

14-dagersperioden Fra 34-37
Til 38-41

Hush.medlemnr. som svarer på vegne av IO 53-54
(FRA SPM. 1 I HUSH.SKJ.)

Prosjektnr. 1- 3
Kommunenr. 4- 7
Utvalgsomr. nr. 8-10
Husholdning nr. 11-14
IO's hush.medl.nr. 15-16
IO's kjønn (1=m, 2=k) 17
Skjematype nr. 3 18
Intervjuernr. 19-22

		2	3	9	1- 3
					4- 7
					8-10
					11-14
					15-16
					17
					18
				3	19-22

HELSEUNDERSØKELSE 1985

PERSONSKJEMA FOR PERSONER UNDER 16 ÅR (FØDT 1970 ELLER SENERE)

A. KONTAKTEN MED IO:

Antall tlf.kontakter: 42
Antall besøk på adr.: 43

B. DELSOM ANNEN ADRESSE ENN I IO-LISTE

44 IO er kontaktet på midlertidig adresse

*Kommune: _____

Komm.nr.: 45-48

C. DATO FOR UTFYLING AV SKJEMAET:

49-52

Dag Mnd.

For å få økt forståelse for barns helse og utvikling, må vi nok i økende grad tenke longitudinelt og "i panel". SSB kan kanskje ta inn et delpanel av barn og unge fra HU 1985 til 1995-undersøkelsen, i hvert fall utrede den teoretiske, praktiske og økonomiske siden av å gjøre det (usikkert om Datatilsynet krever samtykke på data fra 85?). Det har blitt foretatt noen uoffisielle "gangdiskusjoner" om dette i løpet av andre levekårsseminarer de siste par årene. Et problem ved panel av hushold, er at de fleste hushold er endret radikalt i løpet av en tiårsperiode (fødsler, dødsfall, enkeltpersoners flyttinger ut av husholdet grunnet skilsmisser, ungdoms utdanning og stiftinger av egne, nye familier/hushold etc.).

En annen mulighet er å følge minst en voksen "hovedperson" og vedkommendes barn fra 1985, eller å følge en helt spesifikk barne- og/eller spesifikk ungdomskohort fra 1985. Selvsagt må et slikt panel suppleres med "nye" barn og unge, slik at HU fortsatt får med alle aldersgrupper, fra spedbarn til svært gamle².

3. Hvorfor særlig interesse for barn og unge i en ny HU? Mer vekt på overgangen frisk-syk, og på sosiale ferdigheter?

I en annen undersøkelse jeg deltar i arbeidet med av 1000 skolebarn (prosjekt Oppvekstnettverk her i Asker, se Backe-Hansen 1993) viser foreldre stor interesse for sine barns levekår, og vi har oppnådd høye svarprosent, 80-90 prosent i ulike deler av undersøkelsen.

Både i denne kommunen - som andre steder - synes foreldre og lærere opptatt av debatten om barns utvikling og levekår. Denne debatten dreier seg også om barns utvikling i *risikosamfunnet* (se f.eks. Beck, 1992).

Som Grøtvedt og Carlson bl.a. har vist, synes det å ha forekommet en økning i syketilfelle blant barn og unge fra 1975 til 1985. Det vil være av betydning å undersøke i hvilken grad denne trenden har fortsatt. Andres undersøkelser, blant annet om astma og allergiske lidelser (Kai Håkon Carlsen) kan tyde på at denne utviklingen ikke har stoppet opp og at dette kan knyttes til bl.a. forurensningsutviklingen de siste tiårene.

HU 75 og 85 har nok lagt mest vekt på somatiske data? Vi hadde i 1985 en utvikling av spørsmål mot barns dagliglivsfunksjoner.

² Panel. Skal vi operere med delpanel fra 1985? F.eks. legge på et delpanel av familier som hadde 4-åringer med i 1985 og reintervjue dem og deres barn (14 år) i 1995? Det er av betydning å tenke panelstudier med hensyn til barn, ungdom og unge voksne (forsåvidt også eldre?) fram til neste HU i år 2000 eller 2005?? Tenk om vi hadde intervjuet et panel av kvinner om igjen som 25-åringer i 1985, etter å ha hatt dem med som 15-åringer (foreldreintervju) i 1975 (skolestartere i 1968). De ville nå være 35-årige yrkeskvinner med skolebarn i 1995, og ungdomsforeldre i 2005, middelaldrende i 2015/2025 og eldre i 2035?. Jfr. Erik Jørgen Hansens (Socialforskningsinstituttet) undersøkelse av 7. klassinger i 1968 -de ble reintervjuet 24 år senere (i oktober/november 1992). (Socialforskning 94:1,2-5).

Figur 2. Spørsmål om varige konsekvenser av sykdom eller funksjonshemming i personskjema for barn og unge under 16 år (spm 38) HU 1985.

*38. STILLES FOR BARN SOM HAR MINST ETT SYKETILFELLE ELLER EN FUNKSJONSHEMMING (HAR JA PÅ SPM. 26, 30, 32, 34 ELLER 36). FOR ANDRE GÅ TIL SPM: 49B.

Nå følger noen spørsmål om mer varige konsekvenser av sykdom eller funksjonshemming. For hvert spørsmål vil vi gjerne at du skal svare enten "ja, svært vanskelig" eller "ja, noe vanskelig" eller "nei".

Har han/hun på grunn av varige helseproblemer eller funksjonshemming

	JA, SVÆRT VANSKELIG	JA, NOE VANSKELIG	NEI	
	1	2	3	
a. vansker med å bevege seg rundt i eller bruke boligen? (ALLE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	307
b. vansker med å bevege seg ut av boligen på egen hånd? (BARN 7-15ÅR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	308
c. vansker med å bruke offentlige transportmidler? (ALLE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	309
d. vansker med å delta i foreningsliv? (BARN 7-15 ÅR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	310
e. vansker med å delta i andre fritidsaktiviteter? (BARN 7-15 ÅR) ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	311
f. vansker med å få kontakt med eller snakke med andre mennesker? (ALLE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	312
	FOR KONTORET: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			313-315
g. vansker med å gå på vanlig skole (BARN 7-15 ÅR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	316
j. vansker med å leke (ALLE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	317
k. vansker med å være i fysisk aktivitet (ALLE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	318

319 SPØRSMÅLET IKKE STILT IFØLGE INSTRUKS → 41

Disse spørsmålene ble planlagt i en arbeidsgruppe hvor Ann-Marit Sæbønes (nå Oslos ordfører, daværende leder av FFO) spilte inn spørsmål som etterpå ble prøvet ut. Vi har til nå lagt lite vekt på psykosomatiske plager. (Se figur 3)

Figur 3. Tilleggsspørsmål (til de fire-fem kjernespørsmålene om sykdom, skade funksjonshemming) om psykosomatiske plager. Skjema for barn og unge (under 16 år). Spm. 86. HU 1985.

*86. Vi vil nå gjerne vite om han/hun i løpet av 14-dagersperioden har hatt bestemte problemer eller plager, om han/hun i tilfelle har vært litt plaget, ganske mye plaget eller veldig mye plaget.

	IKKE PLAGET	LITT PLAGET	GANSKE MYE PLAGET	VELDIG MYE PLAGET	VET IKKE, KAN IKKE SI	
	1	2	3	4	5	
3. Vondt i magen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	489
FOR KONTORET:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	490-493
8. Hodepine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	494
FOR KONTORET:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	495-498
13. Stadig redd eller engstelig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	499
FOR KONTORET:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	500-507
22. Søvnproblemer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	508
FOR KONTORET:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	509-516

Først må sies: Foreldre svarte på skjema for hvert av sine barn under 16 år. Dette var en svært begrenset utgave, rettere sagt det var tatt ut tre-fire spørsmål fra HSCL-versjonen (25/33 spm.) fra voksenskjemaet, og lagt til et spørsmål om vondt i magen.

Figur 4. Spørsmål om "global helse": "Hvordan vurderer du hans/hennes helse sånn i sin alminnelighet? Vil du si at der er meget god, god, verken god eller dårlig eller meget dårlig? Spm 87 fra skjema for barn og unge under 16 år." HU 1985.

*87. Hvorledes vurderer du hans/hennes helse sånn i sin alminnelighet. Vil du si at den er meget god, god, verken god eller dårlig, dårlig eller meget dårlig?

517

1	<input type="checkbox"/>	MEGET GOD
2	<input type="checkbox"/>	GOD
3	<input type="checkbox"/>	VERKEN GOD ELLER DÅRLIG/MIDDELS
4	<input type="checkbox"/>	DÅRLIG
5	<input type="checkbox"/>	MEGET DÅRLIG

FOR KONTORET: 518-524

Dette spørsmålet var nytt for barn og voksne (en litt annen versjon) i HU-85. Jeg synes spørsmålet fortjener sin plass, og antakelig er plasseringen bak de andre grei. Selv for foreldre som har oppgitt en eller flere sykdommer eller også funksjonshemming hos barnet, skiller man her mellom funksjonshemming og helse, mange sier at barnets helse er god. Vi har prøvet spørsmålet i en versjon med kun tre svarkategorier i prosjekt Oppvekstnettverk (foreldreskjemaet), og spørsmålet fungerer også der, men bør ha fem svarkategorier, foreldrene klumper seg likevel på den positive siden. Dette gir en viktig tilleggsdimensjon til andre sykdoms- og helsespørsmål i HU. Kanskje bør det stilles separat til barn og unge, selv om foreldrene også svarer på det (ut fra deres perspektiv).

Vi har lagt lite vekt på hva barn og unge faktisk kan (sosiale ferdigheter) rent positivt og deres selvbilde i HU. Derfor får vi et flatt og lite spennende bilde i alle variasjonene i helse og levekår for barn og unge. Og vi har lagt lite vekt på sosiale avvik og antisosial atferd (derfor får vi et pent bilde av barn og unge). Dermed ikke sagt at vi kan få inn alt dette i 1995 eller at alt nytter å spørre om, i hvert fall ikke hvor mor eller far er tilstede i stua eller i naborommet med åpen dør mens intervjuet pågår.

I den seinere tid er det i en del andre utenlandske undersøkelser om barn - i tillegg til helsemessig svikt - lagt mye vekt på spørsmål om sosiale ferdigheter eller rett og slett det pedagogene kaller antisosial atferd og det sosiologene kaller sosiale avvik (skoleskulk, hærverk, barne- og ungdomskriminalitet, rusmisbruk). (Backe-Hansen, 1993, Backe-Hansen og Ogden 1992, Jørgensen m.fl. 1993).

Jeg husker - og ser igjen av referatet fra brukerseminaret i 1984 - at det foregikk en diskusjon om man skulle måle sosial helse, og at sosial uhelse var diskutert. Vi samfunnsvitere har hatt en tendens til å stritte med piggene når medisinere drøfter sosial helse. Hjort drøftet dette i 1984, og vi strittet nok en del. Problemet her ligger i operasjonaliseringsproblemene, og tildels at vi føler at medisinere er ute for å prøve å annektere et felt som i sterkere grad er sosialpsykologisk og sosiologisk i sitt vesen.

Jeg tror vi rydder feltet noe hvis vi sier at det kan være interessant å få bedre mål på de glidende overganger fra helse til sykdom, jfr. Olav Helge Førde i går, at vi får forbedret sykdomsmålene ytterligere med hensyn på å måle alvorlighetsgrad og i hvilken grad sykdommene eller lidelsene ødelegger for folks dagliglivsfunksjoner - for barn betyr dette blant annet deltaking i skole, barnehage, lek, idrett og andre fritidsaktiviteter. Vi må også komme nærmere barns og unges sosiale ferdigheter - hva kan faktisk barn og unge og hvordan er deres selvoppfatning (Jfr. prosjekt Oppvekstnettverk - Backe-Hansen 1993, Ogden 1994). Instrumentene er godt validert både i USA, Storbritannia og nå nylig i Norge.

Figur 5a. Hva jeg synes om meg selv (4.klassinger). Individuelle forskjeller (7.klassinger). Hva jeg synes og tror om andre ting (begge klassetrinn). Prosjekt Oppvekstnettverk. Skoleåret 1992/93. Barnevernets Utviklingssenter/NIBR/NFR Kultur og samfunn.

"HVA JEG SYNES OM MEG SELV"

	Stemmer helt på meg	Stemmer litt på meg				Stemmer litt på meg	Stemmer helt på meg
1			Noen barn er flinke på skolen	MENS	Andre barn ikke er så flinke på skolen		
2			Noen barn har få venner	MENS	Andre barn har mange venner		
3			Noen barn gjør det bra i idrett	MENS	Andre barn ikke gjør det så bra		
4			Noen barn er usikre på seg selv	MENS	Andre barn er sikre på seg selv		
5			Noen barn liker seg ikke på skolen fordi de ikke gjør det så bra	MENS	Andre barn liker seg på skolen fordi de gjør det bra		
6			Noen barn er populære blant de andre elevene	MENS	Andre barn ikke er så populære blant de andre elevene		
7			Noen barn er ikke bedre i idrett enn andre	MENS	Andre barn er bedre i idrett enn andre		
8			Noen barn er fornøyd med seg selv	MENS	Andre barn ikke er så fornøyd med seg selv		
9			Noen barn er like flinke som de andre i klassen	MENS	Andre barn ikke er like flinke som de andre		
10			Noen barn blir ikke godt likt av andre	MENS	Andre barn blir godt likt av andre		
11			Noen barn gjør det bra i nye ting	MENS	Andre barn ikke gjør det så bra i nye ting		
12			Noen barn er misfornøyd med måten de er på	MENS	Andre barn er fornøyd med måten de er på		

Utdrag av spørsmål fra prosjektet oppvekstnettverk 4. klassinger

(forts.)

Figur 5b. Hva jeg synes om meg selv (4.klassinger). Individuelle forskjeller (7.klassinger). Hva jeg synes og tror om andre ting (begge klassetrinn). Prosjekt Oppvekstnettverk. Skoleåret 1992/93. Barnevernets Utviklingssenter/NIBR/NFR Kultur og samfunn.

"HVA JEG KAN"

7. klass

		HVOR OFTE				HVOR VIKTIG		
		Aldri	Av og til	Ofte	Svert ofte	Ikke så viktig	Viktig	Svært viktig
1	Jeg får lett venner							
2	Jeg roser andre når de har gjort noe bra							
3	Jeg ber voksne om hjelp hvis andre elever forsøker å slå meg eller plage meg							
4	Jeg er sikker på meg selv når jeg treffer/ går ut med noen av det annet kjønn							
5	Jeg forsøker å forstå hvordan vennene mine har det når de er sinte eller lei seg							
6	Jeg lytter til voksne når de snakker til meg							
7	Jeg overser andre elever hvis de erner meg eller kaller							
8	Jeg ber vennene mine om hjelp når jeg har problemer							
9	Jeg ber om lov før jeg bruker noe som tilhører andre							
10	Jeg kan være uenig med voksne uten å krangle eller hisse meg opp							
11	Jeg unngår ting som kan føre til at jeg får problemer med voksne							
12	Jeg blir lei meg når andre har det vanskelig eller opplever noe trist							
13	Jeg gjør skolearbeidet ferdig til tiden							
14	Jeg holder pulten min ryddig							
15	Jeg hjelper til hjemme uten at jeg blir bedt om det							

Utdrag av spørsmål fra prosjektet oppvekstnettverk 4. klassinger

(forts.)

Figur 5c. Hva jeg synes om meg selv (4.klassinger). Individuelle forskjeller (7.klassinger). Hva jeg synes og tror om andre ting (begge klassetrinn). Prosjekt Oppvekstnettverk. Skoleåret 1992/93. Barnevernets Utviklingssenter/NIBR/NFR Kultur og samfunn.

"HVA JEG SYNES OG TROR OM ANDRE TING".

Elev nr.: _____

1	Tror du de fleste problemer vil løse seg av seg selv?	JA ja nei NEI
2	Tror du du kan hindre at du blir forkjølet?	JA ja nei NEI
3	Er noen barn født heldige?	JA ja nei NEI
4	Er det viktig for deg å gjøre det bra på skolen? F.eks. få gode karakterer?	JA ja nei NEI
5	Får du ofte skylden for ting som du ikke kan noe for?	JA ja nei NEI
6	Tror du de som arbeider hardt nok på skolen får de beste resultatene?	JA ja nei NEI
7	Mener du at det ikke er noen vits i å gjøre så godt du kan, siden det som regel ikke nytter likevel?	JA ja nei NEI
8	Hvis du får en god start på morgenen, tror du det blir en god dag nesten uansett hva du gjør?	JA ja nei NEI
9	Mener du foreldre som regel hører på hva barna deres har å si?	JA ja nei NEI
10	Tror du ønsker kan gå i oppfyllelse?	JA ja nei NEI
11	Får du ofte kjeft eller straff uten å ha gjort noe galt?	JA ja nei NEI
12	Synes du det vanligvis er vanskelig å få en venn til å skifte mening?	JA ja nei NEI
13	Tror du det er viktigere for et lag å bli heiet på enn å ha flaks for å vinne?	JA ja nei NEI
14	Synes du at det er vanskelig for deg å få foreldrene dine til å skifte mening om noe?	JA ja nei NEI
15	Synes du foreldre burde la barna få bestemme mye selv?	JA ja nei NEI
16	Hvis du har gjort noe galt, synes du da det er lite du kan gjøre for å gjøre det godt igjen?	JA ja nei NEI
17	Mener du de fleste barn er født til å være gode i sport?	JA ja nei NEI
18	Er de fleste barn på din alder sterkere enn deg?	JA ja nei NEI
19	Synes du den beste måten å takle problemer på er ikke å tenke på dem?	JA ja nei NEI
20	Har du mange å velge mellom når du skal være venn med noen?	JA ja nei NEI
21	Hvis du finner en <u>firkløver</u> , tror du den bringer deg hell?	JA ja nei NEI

Utdrag av spørsmål fra prosjektet oppvekstnettverk 4. klassinger

(forts.)

Det er viktig at også HU-95 tar mer tak i disse aspektene. Vi kan etter at man har stilt spørsmål om både somatisk og psykosomatisk og psykisk helse, etterpå analysere dette mot sosiale ferdigheter og eventuelt mot reduksjon i dagliglivsfunksjoner.

4 Barn og unge som intervjuobjekter? Alder for egne intervjuer ned til 11-12 år? Fosterhjemsbarn med ?

Minimum bør 13, 14 og 15-åringer egenintervjues (egenoppfatning av helse, sosiale ferdigheter, røykevaner). Data fra disse intervjuene kan deretter analyseres i relasjon til foreldredata. Idag (HU 1975, 1985) foreligger et kunstig skille fra et kort foreldreintervju om 15-åringene til et omfattende egenintervju med voksenskjema for 16-åringen.

Antakelig bør vi for 10-12 og 14-15-åringer lage to skjemaer. Et barne- og ungdomsskjema hvor de svarer på noen spørsmål selv, andre spørsmål (bl.a. barnets helse tilbakeskuende) svarer barnets foreldre på.

I en skolebarnundersøkelse i Danmark 1988/89 (Madsen 1991) var skjemaet konstruert slik at foreldrene svarte på noen spørsmål, barnet på et annet sett av spørsmål og ansatte i (skole-) helsetjenesten på et tredje sett.

For barn under 10 år kjenner jeg ikke noen gode spørsmål for å få tak i helseforhold eller helserelevant atferd³, for de minste barna må vi opprettholde et eget personskjema som besvares av foreldrene i sin helhet.

Mulige teoretikere å støtte seg på er: Antonovsky (1987) (The sense of Coherence -begrepet).

Lau and Klepper (1988) studier av sykdomsoppfatninger hos 6 til 12-åringer konkluderer med at barn i 11-årsalderen begynner å få et rimelig begrepsmessig tak på de glidende overgangstilstander mellom frisk og syk.

For å ikke miste barn med omsorgstiltak i barnevernet helt, foreslår jeg at SSB vurderer å søke Barne- og familiedepartementet (BFD) om tillatelse til å ta disse barna med. Hvis ikke vil antakelig det samme skje som jeg mener å huske skjedde i 1985: Fosterforeldre sier at de må utelate fosterbarn fra undersøkelsen pga. taushetsplikt, hvis de er usikre kontakter de sin sosialsjef som bekrefter dette. Kun en tillatelse fra BFD som meddeles i introskriv kan muliggjøre at disse barna kommer med i undersøkelsen.

Referanser

Antonovsky, A. (1987): *Unravelling the Mystery of Health*. San Francisco: Jossey-Bass.

Backe-Hansen, E og T. Ogden (1993): *Når barn trenger hjelp*. Rapport nr.1/93. Barnevernets Utviklingssenter. Oslo.

Backe-Hansen, E. (1993): *Children at Risk*. A presentation of a Nordic Project. *Scand. J. of Social Med.*, 1993,21,3,10-12.

³I ettertid er jeg kommet over en Canadisk undersøkelse: National Longitudinal Survey of Children (1994).

- Beck, U. (1992): *The Risk Society. Towards a New Modernity*. Sage Publications. London.
- Carlson, O. (1991?): Er barn mer syke nå enn for ti år siden? *Samfunnsspeilet* nr.2, 1991, s.9-11.
- Grøtvedt, L. og O. Carlson (1988): Helse og livsstil i figurer og tekst. *Utviklingstrekk 1975-1985. Rapporter 82/23*. SSB. Oslo.
- Hjort, P. (1984): Helsebegrepet. Indikatorer på helse og sykdom. Innledning på brukerseminar om Helseundersøkelsen 1985, 27.september 1984. Interne notater. SSB, 1984.
- Jørgensen, P.S., B. Ertmann, N. Egelund, D. Herrmann (1993): *Risikobørn. Hvem er de -hvad gør vi?* Socialministeriet / Det Tværministerielle Børneudvalg. København.
- Kristofersen, L.B. (1984): Helsebegrepet. Indikatorer på helse og sykdom. Innledning på brukerseminar om Helseundersøkelsen 1985, 27.september 1984. Interne notater. SSB, 1984.
- Lau, R. R. and S. Klepper. (1988): *The Development of Illness Orientations in Children Aged 6 through 12*. *Journal of Health and Social Behavior*, 1988, vol.29 (June):149-168.
- Madsen, M. (1991): *Børns sunhedsprofil ved skolestart 1988/89*. Dansk institut for Klinisk Epidemiologi. København.
- National Longitudinal Study of Children (1994): *Overwiev of Survey Instruments / Survey Instruments for July 1994 Field Test*. Department of Human Resources / Statistics Canada.Hull/Ottawa.
- Ogden, T. (trykkes 1994): *Sosial kompetanse i kontekst. Årskullundersøkelser i 4. og 7.klasse i en norsk kommune*. Prosjekt Oppvekstnettverk. BVU. Oslo

Avhengighet og gruppe-effekter i data fra helseundersøkelsen

Liv Belsby, SSB:

1. Innledning

Innlegget er motivert av en analyse om sammenhengen mellom barns sykkelighet og miljøet basert på Helseundersøkelsen 1985. Analysen er publisert i tidsskriftet Norsk Epidemiologi 1993 nr. 3. I analysen er barns sykkelighet målt ved allergi, astma, infeksjonssykdommer og varige sykdommer. Vi valgte å bruke disse sykdommene som indikatorer på sykdom siden hyppigheten økte markant fra Helseundersøkelsen 1975 til Helseundersøkelsen 1985. Spesielt gjelder dette for allergi. Miljøvariable inkludert i modellen måler fysisk miljø, som for eksempel røyking og grad av tettbygghet, psykososialt miljø og økonomiske forhold. Analysen viste lite signifikante sammenhenger mellom sykkelighetsindikatorerne og de påvirkende variablene. Derimot fant vi sterk avhengighet mellom barn innen én familie for de fleste av indikatorene.

Her vil jeg fokusere på avhengigheten mellom personer fra samme husholdning og innen samme geografiske enhet. Denne avhengigheten må tas hensyn til når data analyseres. Å ignorere korrelasjonen mellom responsene kan gi feilaktige slutninger, som for eksempel at det synes å være en sterkere sammenheng mellom responsen og de påvirkende variablene enn det i virkeligheten er, se for eksempel Anderson og Aitkin(1985).

Dette notatet er organisert som følger. I avsnitt 2 beskriver jeg modellering av avhengighetsstrukturer ved å inkludere tilfeldige effekter i modellen, og i avsnitt 3 beskriver jeg noen estimeringsmetoder for denne typen modeller. Videre beskriver jeg i avsnitt 4 en alternativ måte å ta hensyn til avhengighetsstrukturen på. Avsnitt 5 summerer opp hovedpunktene.

2. Modeller med tilfeldige effekter

I Helseundersøkelsen inkluderes hele husholdningen i utvalget. For mange typer spørsmål er det ikke rimelig å anta uavhengighet mellom husholdningsmedlemmer. De vil ofte være i familie med hverandre, og det betyr blant annet at det er rimelig å anta at det er en genetisk avhengighet. Dessuten vil husholdningsmedlemmer ofte tilbringe mye tid i samme omgivelser, og mange typer responser i helseundersøkelsen antas å være korrelert med miljøet. En mulig måte å ta hensyn til avhengigheten mellom husholdningsmedlemmer på, er å inkludere en tilfeldig effekt α_j , spesifikk for husholdningen, i modellen for responsen til husholdningsmedlem j , kalt Y_{ij} . Den lineære modellen blir da på formen

$$Y_{ij} = \alpha_j + \beta'X_{ij} + \epsilon_{ij},$$

(2.1)

hvor X_{ij} er de påvirkende variablene for observasjonen, β de ukjente koeffesientene og ϵ_{ij} er det

uavhengige støyleddet. Målet med analysen vil som regel være å estimere β .

Den tilfeldige variabelen α_i er altså inkludert i modellen for å fange opp variasjon, som skyldes faktorer som påvirker hele husholdningen. α_i . Den betegnes ofte som en latent variabel fordi den ikke kan observeres direkte. Støyleddet ϵ_{ij} måles heller ikke direkte, men i motsetning til ϵ_{ij} , antas α_i å ha samme verdi for alle personene i husholdningen og skaper derved avhengighet i responsen. La oss illustrere med et eksempel; anta at vi analyserer allergi hos barn. Da er det rimelig å anta at for eksempel mye husstøv i husholdningens bolig øker sannsynligheten for allergiske reaksjoner for alle barna i husholdningen. Denne felles påvirkningen tas hånd om at den tilfeldige variabelen α_i . Ved utledning av sannsynligheten for responsen benyttes det at responsene er uavhengige når de er betinget med hensyn på α_i . I tillegg til koeffesientene må varians, og eventuelt kovariansmatriser for α_i og ϵ_{ij} estimeres. Variansen til α_i sier noe om hvor sterk avhengighet det er innen husholdningen, idet korrelasjonen mellom to personer fra samme husholdning er

$$\text{corr}(Y_{ij}, Y_{ik}) = \frac{\sigma_\alpha^2}{(\sigma_\alpha^2 + \sigma_\epsilon^2)}.$$

(2.2)

Også innen geografiske enheter kan ofte responsene være avhengige gjennom felles påvirkede faktorer. Analogt med husholdningsnivå, er det hensiktsmessig å modellere avhengigheten ved å inkludere tilfeldige effekter i modellen. Modellformuleringen blir som ovenfor, bortsett fra at modellen utvides med et eller flere nivå.

Videre kan en del av forklaringsvariablene tenkes å ha en tilfeldig effekt knyttet til husholdningen eller det geografiske enheten. En mer generell modell enn (2.1) er (se for eksempel Laird og Ware(1982) eller Lindstrom og Bates(1988)),

$$Y_{ijk} = \beta' X_{ijk} + b_{ij}' Z_{ijk} + \epsilon_{ijk}.$$

(2.3)

Notasjonen er som ovenfor med nødvendig utvidelse for nivået over husholdningen. Dessuten er Z_{ijk} en

vektor med de av forklaringsvariablene som antas å ha en tilfeldig effekt. Vektoren Z_{ijk} er en delvektor av X_{ijk} .

Denne typen modeller kalles ofte flernivåmodeller siden de tar hensyn til den hierarkiske strukturen. I data fra Helsundersøkelsen er den hierarkiske strukturen bygd opp av nivåene person, husholdning og geografisk enhet. Modeller av denne typen blir bl.a anvendt i analyse av skoledata i England, spesielt i miljøet knyttet til "The Multilevel Models project", hvor Goldstein har bidratt med sentrale arbeider, se for eksempel Goldstein(1987).

Nedenfor gir jeg en oversikt over mulige tilnærmelser for å estimere lineære og ikke-lineære modeller med tilfeldige effekter. Beskrivelsene er nødvendigvis overfladiske, men jeg håper å ha gitt en del referanser til statistisk metodelitteratur, som kan være nyttige for å estimere denne typen modeller.

3. Estimering av modeller med tilfeldige effekter

3.1 Lineære modeller

Dersom responsen er kontinuerlig og funksjonssammenhengen lineær, har vi en regresjonsmodell, bortsett fra at de påvirkende variablene generelt ikke antas å være konstante som i vanlige regresjonsmodeller. Det kan være hensiktsmessig å formulere disse modellene på tilstandsform, se for eksempel Davis og Vinter(1984), siden estimeringsmetoder er velutviklet for denne klassen av modeller, påpekt av Duncan og Horn i 1972. Estimeringsmetoder for tilstandsmodeller var opprinnelig utviklet av Kalman(1960) og Kalman og Bucy(1961) for tidsrekkemodeller. Disse modellene kan betraktes som Bayesianske siden det knyttes en fordeling til de ukjente størrelsene (også parametrene). Senere er Kalmanfiltermetoder blitt kombinert med EM-algoritmen, se Dempster et.al.(1976) og Shumway og Stoffer(1982). Kombinasjonen av Kalmanfilter og EM-algoritmen gir et kraftig verktøy for å estimere både den latente tilfeldige effekten og parametre i modellen. For analyser knyttet til data fra Helseundersøkelsen er vanligvis ikke estimater for den latente størrelsen selv av særlig interesse.

Alternativt kan minstekvadratersestimater beregnes ved hjelp av iterative generaliserte minstekvadraters(IGLS) metode. Under forutsetning om normalfordelte tilfeldige effekter er disse også sannsynlighetsmaksimeringsestimater, se Goldstein (1986). Denne metoden er implementert i det kommersielt tilgjengelige ML3-programmet ("The multi level project").

3.3 Ikke-lineære modeller

Ikke-lineære funksjonssammenhenger og kategoriske responser gjør estimeringen mer komplisert. Et eksempel er logistisk regresjon med tilfeldige effekter. For data fra Helsundersøkelsen vil ofte responsen være binær. Aitkin og Anderson (1985) beskriver sannsynlighetsmaksimeringsestimering av denne typen modeller ved å integrere numerisk og maksimere sannsynligheten ved hjelp av Newton-Raphson algoritmen.

Goldstein (1991) lineariserer funksjonssammenhengen og benytter IGLS-algoritmen på den lineariserte funksjonen. Dette er implementert i en utvidet utgave av ML3-programmet, som kan benyttes til å estimere ikke-lineære modeller og modeller med kategorisk respons.

3.4 Simuleringsbaserte metoder

Disse metodene kalles også Monte Carlo metoder. De har vært i sterk utvikling de siste ti årene, men har kanskje ennå ikke blitt så mye utnyttet innen samfunnsforskning. Deres fellesnevner er at tilfeldige variable genereres for å estimere sammenhenger som er vanskelig å løse analytisk.

Zeger og Karim (1991) estimerer for eksempel ikke-lineære modeller med tilfeldige effekter ved Gibbs samplere. På samme måte som for tilstandsmodeller kan dette betraktes som en Bayesiansk tilnærming idet de ukjente størrelse har en fordeling. Metoden tar sikte på å maksimere fordelingen til de ukjente størrelsene, gitt observasjonene. Siden denne fordelingen er meget vanskelig å regne ut analytisk, baseres maksimeringen på simulert fordeling. En fordel med Monte Carlo metoder er at de ikke bygger på strenge fordelingsantagelser og funksjonssammenhenger.

4. Mulig tilnærming for små enheter

Rosner (1984) beskriver en metode som tar hensyn til avhengighet innen enheter. En *a priori* fordeling knyttes til responsen, derfor kan denne metoden også sies å være beslektet med Bayesiansk tilnærmelser. Rosner utleder sannsynlighetsfordelingen til responsen, gitt de påvirkende variablene dvs $f(y|x)$, hvor y er responsen og x er de påvirkende variable. Denne funksjonen kan så brukes i en maksimeringsrutine for å beregne estimatorene for parameterne. Merk at her trengs ingen latent variabel for å modellere avhengigheten innen enheten. Avhengigheten blir tatt hånd om av parametre som inngår i sannsynligheten. Metoden passer best for enheter med få observasjoner, siden den ellers blir for regnetung.

5. Oppsummering

Jeg har i dette notat begrunnet at det er viktig å ta hensyn til avhengighet mellom responser innen enheter, enten det gjelder husholdninger eller geografiske enheter. Dessuten har jeg gitt referanser til statistisk metodelitteratur, som beskriver hensiktsmessige modellerings- og estimeringsmetoder. Statistisk metodelitteratur er rik på estimeringstilnærmelser for denne typen modeller. Spesielt vil trolig øket bruk av simuleringsbaserte estimeringsmetoder kunne styrke metodesiden av samfunnsvitenskapelige analyser, i det de åpner for mer fleksible modellantagelser. Dessuten gir de større mulighet for uttesting av modellantagelser.

Referanser

Anderson, A. & Aitkin, M. (1985). Variance component models with binary response: Interviewer variability. *Journal of the Royal Statistical Society, Ser. B*, 47, no 2, 203-210.

Belsby, L. & Grøtvedt, L. (1993) Sammenhengen mellom barns sykkelighet og miljøet. *Norsk Epidemiologi*; 3:3.

Dempster, A. P., Laird, N.M. & Rubin, D.B. (1977). *Journal of the Royal Statistical Society, B*, 39, 1-39.

Duncan, D. B. & Horn, S. D. (1972). Linear dynamic recursive estimation from the viewpoint of regression analysis. *Journal of the American Statistical Association*, 72, 815- 821.

Goldstein, H. (1986). Multilevel mixed linear models analysis using iterative generalized least squares. *Biometrika*, 73, 43-56.

Goldstein, H. (1987). *Multilevel models in educational research*. London: Griffin.

Kalman, R.E. (1960). A new approach to linear filtering and prediction problems. *ASME Transactions, Part D (Journal of Basic Engineering)*, 82, 35-45.

Kalman, R.E. & Bucy, R. S. (1961). New results in linear filtering and prediction theory. *ASME Transactions, Part D (Journal of Basic Engineering)*, 83, 95-198.

Rosner, B. (1984). Multivariate methods in ophthalmology with application to other paired-data situations. *Biometrics* 40, 1025-1035.

Shumway, R. H. & Stoffer, D. S. (1982) An approach to time series smoothing and forecasting using the EM-algorithm. *Journal of time series analysis* Vol 3, No 4.

Zeger, S.L. & Karim, M.R. (1991) Generalized linear models with random effects; A Gibbs sampling approach. *Journal of the American Statistical Association*, 86, 79- 86.

Helseatferd i barnefamilier

Ingeborg Rossow, Statens Institutt for alkohol- og narkotikaforskning

Vår kunnskap om barns helse og hvilke forhold som påvirker barns helse, er fremdeles mangelfull, og barn er også en viktig målgruppe for forebyggende og helsefremmende tiltak. Helseundersøkelsene er blant de få nasjonale surveyer som dekker aspekter ved barns helse. SSB's helseundersøkelser atskiller seg fra de fleste andre surveyer på helse- og velferdsområdet ved at utvalgsenheten er husholdning, og at alle (tilgjengelige) husholdsmedlemmer blir intervjuet. På denne måten har helseundersøkelsene bidratt til å skaffe nasjonale data på ulike aspekter ved helse for alle husholdningsmedlemmer i et stort utvalg av husholdninger. I praksis betyr dette at data fra helseundersøkelsene bli a kan benyttes til å studere helserelevante forhold innenfor familier. Dette er forsåvidt også gjort i en rekke andre studier, men selv i et internasjonalt perspektiv er det relativt uvanlig å ha nasjonale og tilnærmet representative data av denne typen.

Jeg har selv benyttet data fra Helseundersøkelsen 1985 til å studere helseatferd i barnefamilier, og jeg skal i denne presentasjonen først gi en kort beskrivelse av egne funn. Deretter skal jeg med utgangspunkt i egne erfaringer fra bruk av data fra Helseundersøkelsen 1985, peke på forhold som man bør vurdere ved planleggingen av Helseundersøkelsen 1995.

Egne studier

En vanlig brukt teoretisk ramme for å studere helseatferd innenfor familier er sosial læringsteori hvorfra man kan avlede hypotesen om foreldre som modeller for sine barn. En rekke helseatferder og derved også tannhelseatferder som tannbørsting og bruk av tanntråd og evt bruk av tannstikkere er atferder som i stor grad må antas å være gjenstand for modell-læring fra foreldre til barn. Bruk av tanntråd og tannstikkere hos foreldre og barn i intakte tobarnsfamilier var tema for en studie av intrafamiliar påvirkning av helseatferd¹.

Persondatafilen fra Helseundersøkelsen 1985 ble aggregert til en fil hvor husholdningen var analyseenhet, og fra denne ble det laget en egen fil som kun omfattet alle barnefamilier med to hjemmeboende barn over 6 år og to foreldre, hvor det var oppnådd svar fra alle (antall familier= 295). Alle familiemedlemmers bruk av tanntråd og tannstikkere var kartlagt ved spørsmål om hvor ofte man brukte hhv tanntråd og tannstikkere. En av foreldrene svarte på vegne av barn som var under 16 år. Ettersom tanntråd og tannstikkere stort sett fyller samme funksjon, ble det laget en variabel for hvert familiemedlem som indikerte hvorvidt man brukte tannstikkere og/eller tanntråd daglig. Samvariasjon i foreldres og barns bruk av tanntråd/tannstikkere ble analysert ved logistiske regresjonsmodeller, og resultatene fra disse analysene ser vi her (Figur 2). Som vi ser, var det sterkest samvariasjon mellom søsken, og sterkere samvariasjon mellom foreldrene enn mellom foreldre og barn. Vi ser også at samvariasjonen mellom mors og barns atferd er sterkere enn mellom fars og barns atferd. Det siste funnet kan substansielt fortolkes i retning av at moren i større grad enn faren er en modell for barns bruk av tanntråd og tannstikkere, at moren i samsvar med egen atferd i større grad oppmuntrer og støtter barns atferd på dette området, og/eller at moren i større grad opprettholder regler og rutiner for bruk av tanntråd/tannstikkere enn hva faren gjør. Men, dersom moren i større grad enn faren har svart på vegne av barn under 16 år, kan moren tenkes å ha svart på barnets atferd i samsvar med egen atferd. Med hensyn til den svært høye graden av samvariasjon i atferd mellom søsken, er også flere fortolkninger sannsynlige. For det første er det rimelig at søsken i stor grad har samme atferd på dette området som en funksjon av felles

påvirkningsfaktorer i hjemmet. Men, det faktum at foreldrene har svart på vegne av barn under 16 år (i 82% av familiene), innebærer at en såvidt høy grad av samvariasjon også i noen grad kan tilskrives en systematisk målefeil, dvs at den av foreldrene som har svart på vegne av sine barn har tendert til å gi det samme svar for begge barn selv om begge barn ikke har den samme faktiske atferd.

I den andre studien av helseatferd i barnefamilier som jeg skal beskrive her², brukte vi et subsett fra den aggregerte husholdningsfilen, som omfattet alle barnefamilier med to foreldre og minst ett hjemmeboende barn i aldersgruppen 16 - 20 år (antall familier = 337). Spørsmål om røykevaner, alkoholbruk, fettinntak i kosten og deltakelse i mosjonsaktiviteter ble stilt til alle familiemedlemmer i dette underutvalget. Korrelasjonsanalyser av foreldres og barns atferd på disse fire områdene viste at samvariasjonen mellom foreldrenes atferd var høyere enn samvariasjonen mellom foreldre og barn; samvariasjonen mellom mor og barn var ikke for noen av atferdene signifikant høyere enn samvariasjonen mellom far og barn. Men; det var en betydelig høyere samvariasjon mellom familiemedlemmenes kostholdsatferd enn for noen av de andre helserelevante atferdene. Disse funnene ble også bekreftet i logistiske regresjonsanalyser hvor det ble kontrollert for barnets kjønn og alder. Videre fant vi at dersom begge foreldre var konsistente i en atferd, økte dette sannsynligheten betraktelig for at barnet også hadde en tilsvarende atferd. Eksempelvis var sannsynligheten for at barnet røykte daglig dobbelt så høy dersom begge foreldrene røykte daglig i forhold til om bare en av foreldrene røykte daglig. Tilsvarende forsterkende effekter av begge foreldres atferd fant vi også med hensyn til alkoholkonsum og fettinntak i kosten. Den vesentlig høyere samvariasjonen mellom familiemedlemmer mht fettinntak i forhold til de andre typene av helseatferd, kan bli forklart ut fra at familien i stor grad må antas å ha felles innkjøp av matvarer og felles måltider, og at tilgjengelighet og 'setting' for atferden i stor grad er felles for familiemedlemmene med hensyn til kosthold, men ikke i samme grad med hensyn til røyking, alkoholkonsum og trening. En forsterkende effekt av konkordans i begge foreldres atferd kan fortolkes som et uttrykk for betydningen av foreldre som modeller og derigjennom som konsistente modeller, men man må også anta at konkordans i foreldres atferd også betyr at de er mer konkordante i relger og grensesetting for barnas atferd og i støtte eller sanksjoner som respons på barnas atferd. Men, en mulig tilleggsforklaring kan også være knyttet til muligheten for en vridning av svarene i retning av sosialt ønskelige svar. Dette kan gi lavere nivå mål på helseskadelig atferd (som røyking og alkoholbruk), forhøyete samvariasjonsmål for par av familiemedlemmer, og det kan forsterke betydningen av om foreldrene er konkordante i sin atferd.

Betraktninger i forhold til Helseundersøkelsen 1995

For studier av familiens betydning for helseatferd blant barn og unge har Helseundersøkelsen 1985 vært et verdifullt materiale å arbeide med. Det er allikevel noen forhold ved denne undersøkelsen som delvis volder metodologiske problemer og delvis kan forårsake unødig ressursbruk.

Med hensyn til metodologiske problemer, nevnte jeg i forbindelse med tanntråd/tannstikker-studien at man kan få en systematisk målefeil ved at foreldre svarer på vegne av barn under 16 år, altså et samvariasjonsestimatet trolig kan bli forhøyet. Det er klart at små barn ikke selv kan svare på spørsmål om f.eks egen helse eller egen atferd, men i forhold til enkle spørsmål om atferd bør man trolig kunne få mer valide og reliable svar ved å spørre barnet selv enn å spørre foreldrene når barnet har nådd en viss alder. Med hensyn til tannhelseatferd vil jeg tro at de fleste barn i stor grad selv vet bedre hva de gjør enn foreldrene fra ihvertfall 10 års alder, samtidig som spørsmålene på dette området vil være såpass enkle at hensynet til begrepsvaliditeten blir ivaretatt. Der

foreldrene svarer på vegne av ett eller flere barn, vil det være en nyttig kontrollvariabel å vite hvem av foreldrene som har svart.

Ved spørsmål om helseskadelig atferd som røykevaner og alkoholbruk vet vi fra en rekke andre studier at disse atferdene blir underrapportert, og bl a må man anta at noe av denne underrapporteringen knytter seg til det vi kaller "sosialt ønskverdige svar", altså at respondenten svarer i overensstemmelse med det han vil få sosial aksept for. Ved intervju av flere husholdningsmedlemmer er det viktig at respondentene intervjues separat fra de(n) andre husstandsmedlemmene slik at svaret ikke 'vris' i retning av det som er sosialt ønskverdig innenfor husstanden. I motsatt fall, f eks dersom ungdommer 'vris' svaret i retning av det som foreldrene helst vil høre, kan vi få ytterligere underrapportering av helseskadelig atferd og også kunstig høye samvariasjonsmål. Dette vil også ha relevans for andre potensielt sensitive spørsmål som f eks psykisk helse, medikamentbruk, plager og belastninger. I dokumentasjonen fra SSB på Helseundersøkelsen 1985 framgår det ikke klart hvorvidt man har tatt slike forholdsrelger i intervjusituasjonene, og i en del intervjusituasjoner kan man også tenke seg at det vil være praktisk vanskelig å intervju alle husholdningsmedlemmer separat. Man kunne imidlertid tenke seg at intervjusituasjonen ble beskrevet for det enkelte intervjuobjekt mht tilstedeværelse av andre husholdningsmedlemmer og evt hvilke(t).

Et siste moment jeg gjerne vil peke på i forhold til -95 undersøkelsen er tilgjengelighet av data på aggregert nivå. Dette gjelder både tilgjengeligheten av ideen om å bruke data på familie- eller husholdningsnivå, og tilgjengeligheten av filer på aggregert nivå. Distribusjonen av data fra -85undersøkelsen bygget på individnivåfiler, og jeg var selv henvist til å aggregere data fra individnivå til familienivå på egenhånd. Dette var en usedvanlig tidkrevende (og derved ressurskrevende) oppgave, og mye ressurser ble brukt unødige til dette formålet. Både for eksisterende og for framtidige helseundersøkelser ville jeg derfor ønske meg at SSB (evt andre instanser som NSD eller andre distributører) også tilrettelegger filer på husholdningsnivå. Det ligger mange spennende problemstillinger og venter i slike materialer, og forskernes tid anvendes bedre ved å kunne jobbe med disse framfor å famle med teknisk tilrettelegging av data. Jeg vil også anbefale at SSB (og evt NSD) markedsfører tilgjengeligheten av aggregerte filer til forskningsmiljøene.

1. Ingeborg Rossow: Intrafamily influences on health behavior. A study of interdental cleaning behavior. *Jornal of Clinical Periodontology* 1992; 19: 774-778.
2. Ingeborg Rossow og Jostein Rise. Concordance of parental and adolescent health behaviors. *Social Science & Medicine*; 38: 1299-1305.

Hvad kan og bør man ændre for at gøre helseundersøgelsen bedre sammenlignbar med andre lande?

Niels Rasmussen, Dansk Institutt for klinisk epidemiologi (Dike):

Jeg er blevet bedt om at prøve at svare på de to spørgsmål i titlen på mit indlæg. Min baggrund for at svare er mit arbejde med at udvikle et spørgeskema til en dansk helseundersøgelse (Sundhed og sygelighedsundersøgelsen i Danmark 1986/87, se nærmere herom i Rasmussen m.fl. 1988).

Hovedprincipperne i dette arbejde har været:

- kopier spørgsmål fra andre undersøgelser i det omfang de er kopieringsværdige. De behøver ikke at være 100% perfekte. Selvom ikke de er perfekte, opvejes det af, at der skabes sammenlignelighed med andre undersøgelser.
- en målt hyppighed er uinteressant, hvis ikke den kan sammenlignes med en referenceværdi.
- vær tilbageholdende med at ændre spørgsmål i et skema, som man er rimeligt tilfreds med.
- der findes ikke én rigtig måde at udforme spørgsmål på i en interview-/spørgeskemaundersøgelse.
- helse, sygdom, adfærd er ikke faste fænomener, der ligger derude i virkeligheden og venter på at blive målt med den korrekte metode. Metoden konstruerer fænomenet.

I figur 1 har jeg prøvet at illustrere, hvad der sker, når man foretager en tilsyneladende uskyldig ændring af svarkategorierne i et spørgsmål. Figuren viser, at andelen af meget fysisk aktive er større, når de aktive svarkategorier står øverst på en svarliste, som svarpersoner får præsenteret. Mange andre eksempler kunne vises på dette problem.

Figur 1.

65. HVIS VI SER PÅ DET SIDSTE ÅR, HVAD VILLE DE SÅ SIGE PASSER BEDST SOM BESKRIVELSE PÅ DERES AKTIVITET I FRITIDEN?

VIS KORT 15

	%
læser, ser på fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse	31
spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst 4 timer pr. uge (medregn også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejdet)	52
dyrker motionsidræt eller tungt havearbejde mindst 4 timer pr. uge	13
træner hårdt og driver konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen	3
	%
træner hårdt og driver konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen	4
dyrker motionsidræt eller tungt havearbejde mindst 4 timer pr. uge	17
læser, ser på fjernsyn eller har anden spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst 4 timer pr. uge (medregn også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejdet)	57
stillesiddende beskæftigelse	21

Bør man ændre på helseundersøkelsen?

De ovennævnte principper er afgørende for, hvordan jeg vil svare på de stillede spørgsmål.

Hvad angår det første spørgsmål er svaret, at der kan gøres en hel del for at øge den norske helseundersøgelses sammenlignelighed med undersøgelser i andre lande.

Svaret på det andet spørgsmål er, et modspørgsmål: hvorfor vil man gøre helseundersøkelsen mere sammenlignbar ?

Det vil jeg beskæftige mig lidt med først inden jeg går tilbage til det første spørgsmål.

Er der nogle sundhedsmæssige problemstillinger i Norge, der ville blive bedre belyst, hvis man havde mulighed for at sammenligne med andre lande?

Er der nogle internationale/europæiske problemstillinger, der ville vinde ved at norske data kunne inddrages i analyserne?

Med andre ord, hvad skulle formålet være med øget sammenlignelighed? Jeg kan se flere.

Den ene grund er, at vi i Danmark har oplevet en stagnerende middellevetid, som ikke er set i andre lande, vi normalt sammenligner os med. Der har foregået et udredningsarbejde for at finde ud af årsagerne hertil (Sundhedsministeriet 1994). Og en væsentlig begrænsning i dette arbejde har været, at der kun på få områder har været muligt at få internationalt sammenlignelige oplysninger om de faktorer, der kan have bidraget til dette udviklingsmønster. Der er glimrende statistisk materiale om levetid og dødelighed, der kan sammenlignes internationalt, men når det drejer sig om det liv der leves, og hvor man udsættes for helbredsrisici, er det meget mere begrænset, hvad der kan siges (Hansen, Rasmussen & Poulsen 1994).

Det er for mig en vigtig grund. - og om ikke andet så er danskerne interesserede i at vide, hvorfor både nordmænd og svenskere har et andet udviklingsforløb.

Den udvikling, der sker i Europa, uanset om Norge formelt bliver medlem i EU eller ej, vil også komme til at præge livet i Norge. Hvilken betydning har det for helsen, helseadfærden, risikofaktorer m.m., at der er en bestemt økonomisk udvikling. Nogle er berettiget bekymrede for, at der vil opstå større sociale skel i sundhedens og sygdommes fordeling, og i helsetjenestens funktion.

En tredje grund er den stigende forskningsmæssige interesse for at belyse helse i et mere bredt perspektiv end blot det traditionelt medicinsk-diagnostiske. Man kan bruge begreber som helserelateret livskvalitet, Healthy life-expectancy m.m. Det er vigtigt, at man internationalt tilnærmer sig hinanden i anvendelsen af disse målemetoder, fremfor at udvikle nationale standarder på disse områder.

Kan man ændre helseundersøkelsen

Nej det kan man ikke, hvis man skal maximere nytten af nu at skulle i gang med den fjerde undersøgelse, der i vid udstrækning bygger på samme model som tidligere helseundersøgelser. Denne model er lidt speciel set i forhold til de fleste andre undersøgelser, der foretages i Europa nu.

Al erfaring siger, at det næsten er umuligt på dette område at forestille sig internationalt totalt ensartede undersøgelser. Der er efterhånden foretaget en hel del udredninger, der viser, hvor forskellige helseundersøgelser er udformet både i de nordiske lande og i Europa.

Men en strategi, der prøver at opnå større international sammenlignelighed, bør tage udgangspunkt i det små.

Er det muligt at opstille en begrænset sæt af kerneelementer, hvor der kan opnås sammenlignelighed?

Et sådant arbejde har været i gang de sidste 6 år under ledelse af det statistiske centralbureau i Holland og WHO, Europa-kontoret, i øvrigt med norsk deltagelse. Der har været afholdt 3 møder, på hvilke man har prøvet at opstille en liste over udvalgte indikatorer, hvor der er høj grad af koncensus blandt de deltagende lande, om hvorledes de skal måles. Der er endvidere tale om indikatorer, som indgår i WHO's HFA-monitoring-program. (se f.eks. WHO & Netherlands Central Bureau of Statistics 1993)

I det følgende vil jeg præsentere de indikatorer, som hidtil er gennemgået i disse konsultationer, og give en vurdering af, om helseundersøgelsen 1985 giver sammenlignelighedsmuligheder.

Rekommanderet indikator	Er der foreslået en målemetode	Indgår den i Helseundersøgelsen 1985	Ligner Helseundersøgelsen det foreslåede
Perceived Health-Egen vurdering af helsen	ja	ja, sp. 87	Ja, den er identisk
Temporary disability/reducert fysisk aktivitet	ja	ja, sp. 26 m.fl.	Ja, næsten sammenlignelig
Longterm disability/nedsatt bevægelsesevne m.m.	ja	ja, sp. 57-62	Begrænset sammenlignelighed
Disability free life expectancy	ja, der anbefales en beregningsmetode, men ikke specifik def. på disability	?	?
Prevalence of selected chronic conditions/-kroniske sygdomme	nej	ja	Begrænset sammenlignelighed, men den norske leveårsundersøgelse anvender et spørgsmål, der anvendes i andre nordiske lande og mange andre europæiske lande
Mental health/psykisk helse	visse anbefalinger, f.eks. om anvendelse af GHQ	ja	Grundlaget er usikkert. Uenighed om face-validity af GHQ
Rygning	ja	ja, sp. 69-72	Næsten sammenligneligt, mangler mængdeangivelse
Alkoholbrug	nej	sp. 73-76	Sammenligneligt med mange andre undersøgelser, men mangler mængdeangivelse
Physical activity pattern/fysisk aktivitet i fritiden	ja	sp. 79-81	Delvis sammenlignelighed

De fremhævede indikatorer ser gammeldags ud og måske ikke i overensstemmelse med nyere ideer om sundhed, men det er på sådanne etablerede områder, der er størst muligheder for at indrette sig efter en standard, og hvor forskelle alternative muligheder i tidens løb er blevet afprøvet.

På de udvalgte områder ses der et relativ højt niveau af overensstemmelse med den europæiske gruppes rekommandationer. Hvis man foretog den samme vurdering af sammenligneligheden med andre nordiske helseundersøgelser ville konklusionen blive den samme. Denne vurdering er tidligere foretaget (Rasmussen 1984). Endnu større sammenlignelighed kan opnås ved ganske få justeringer eller tilføjelser, men det er afgørende, at der formuleres et specifikt formål med den ønskede sammenlignelighed, så man ikke ødelægger den unikke mulighed for at danne tidsserier med helseundersøkelserdata.

Det anbefales derfor, at der nedsættes en lille arbejdsgruppe, der undersøger specifik sammenlignelighed med ønskede lande på udvalgte områder.

Litteratur

Hansen, H., Rasmussen, N.Kr., Poulsen, J.: Livsstil og sundhedsvaner i Danmark. Status, forskelle og udviklinger. Sundhedsministeriets Middellevetidsudvalg. Sundhedsministeriet, København 1994.

Rasmussen, N.Kr., Groth, M.V., Bredkjær, S.R., Madsen, M. & Kamper-Jørgensen, F.: Sundhed og sygelighed i Danmark 1987. DIKE. København.

Rasmussen, N.Kr. (red.): Rapport fra konferencen Nordiske helbreds- og sygelighedsundersøgelser. DIKE, Fredensborg 1984.

Sundhedsministeriets Middellevetidsudvalg: Levetiden i Danmark. Redegørelse fra Sundhedsministeriets Middellevetidsudvalg. Sundhedsministeriet, København 1994.

World Health Organization and Netherlands Central Bureau of Statistics: Third consultation to develop common methods and instruments for Health interview surveys. Report on a WHO Meeting. Voorburg, the Netherlands 22-24 September 1992. EUR/HFA target 35. 1993

Helseundersøkelsens informasjon om befolkningens legemiddelbruk.

Anne Elise Eggen, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø (Seksjon for epidemiologi og medisinsk statistikk)

I mitt doktorgradsarbeide har jeg analysert befolkningens bruk av legemidler og de faktorer som påvirker dette, herunder spesielt bruk av smertestillende midler, med basis i data fra Tromsøundersøkelsen og reseptmateriale fra Tromsø. Det er i denne forbindelse jeg har analysert informasjon fra Helseundersøkelsen 1985, og vil nå presentere den informasjon om legemiddelbruk som kan hentes ut av denne, kommentere noen liknende helseundersøkelser, og ta for meg av de valgmuligheter som finnes med hensyn til hva som kan hentes ut av informasjon fra helseundersøkelsen avhengig av hvordan spørsmålene stilles.

Helseundersøkelsen 1985 er brukt kun med tanke på å undersøke andelen brukere av legemidler, og sammenlikne nivået av legemiddelbrukere med resultatene fra Tromsøundersøkelsen 1986-7. Hensikten var også å se på hvordan legemiddelbruken forandrer seg med alder og kjønn, dvs en relativt enkel undersøkelse. Legemiddelbruk er målt gjennom spørsmål angående oppgitte rapporterte syktilfeller (sykdom, skade, lidelse) som har medført medisinbruk i perioden. Det er inkludert legemidler som er brukt siste 14 dager pga syktilfeller oppstått både før og i løpet av undersøkelsesperioden.

Omlag en tredel av befolkningen har brukt et legemiddel siste 14 dager. Dette var dominert av legemidler brukt til syktilfeller oppstått før undersøkelsesperioden. Selv om andelen brukere synker med økende alder hos barn, er hovedtendensen at andelen brukere stiger med økende alder. Det er ingen forskjell på andel brukere blant gutter og jenter. Brukermønsteret hos menn og kvinner er litt forskjellige. Hos menn stiger det jevnt fra 15-årsalderen til 65 år, hvor det deretter stabiliserer seg på omlag 60% legemiddelbrukere. Hos kvinner derimot, skjer det noe dramatisk i 15-årsalderen, men deretter er det stabilt fram til alderen hvor menopause inntreffer (45-49 år), hvor andelen brukere igjen stiger jevnt til 70-årsalderen, hvor det igjen stabiliserer seg på omlag 75% legemiddelbrukere. Den største kjønnsforskjellen i legemiddelbruk er derfor i kvinnens reproduktive periode og etter 70 år.

Helseundersøkelsen samler også inn informasjon om hvor personene har skaffet seg legemidlene. Dette er delt i to: Legemidler foreskrevet av lege, og legemidler som er tatt på eget initiativ f.eks reseptfritt legemiddel skaffet til veie fra apoteket, eller legemidler fått av venner, familie, på jobb osv. Dette er også et behandlingsvalg. Legemidler foreskrevet av lege dominerte i alle aldersgrupper blant brukerne.

Andelen som brukte foreskrevne legemidler av brukerne økte med alderen, mens andelen som tok legemidler etter eget initiativ sank med økende alder. Kvinner som brukte legemidler hadde høyere andel brukere av foreskrevne legemidler. Det var kun få som hadde brukt både foreskrevne og ikke-foreskrevne midler, men kvinner kombinerte mer enn menn. Kun en del av befolkningens legemiddelbruk kan fanges opp gjennom registrering av reseptene. Det er en stor andel brukere som har fått legemidlene på annen måte. Denne tendensen vil bare forsterke seg, etter som stadig større andel av legemidlene vil selges uten krav om resept.

Legemiddelforbruk har stort sett blitt målt og diskutert på basis av aggregerte tall. Kilden har vært salgstall publisert av den tidligere monopolgrossisten i Norge, Norsk Medisinaldepot. Her registreres salg til apotek, og salgstallene publiseres som fylkesstatistikk over legemiddelforbruk. Her har det vært påvist meget store

fylkesforskjeller i legemiddelbruk. Svakheten ved fylkesvise salgstall er at de ikke er korrigert for forskjeller i kjønns- og alderssammensetning. Tallene rapporterer hvor legemiddelet er solgt, ikke hvor legemiddelbrukeren bor, noe som er en alvorlig feilkilde spesielt i urbane strøk. Det kunne jo tenkes at Helseundersøkelsen 1985 kunne påvise de samme regionale forskjeller i bruk av legemidler. I Helseundersøkelsen måtte en oppgi et syketilfelle for å ha brukt et legemiddel. Fordelingen av syketilfeller (diagnoser) etter region viste at hovedstaden Oslo hadde den høyeste andel personer med en diagnose, mens Vestlandet lå på bunnen etter Nord-Norge. Men når en undersøkte andelen legemiddelbrukere blant de med et oppgitt syketilfelle var det ingen regionale skilnader. Kvinner hadde for øvrig høyere andel personer med et syketilfelle enn menn, og en høyere andel av personer med syketilfelle hadde brukt legemidler. Tallene viser at det er var regionale forskjeller i legemiddelbruk når en kontrollerer bare for aldersforskjell, men når det ble kontrollert for syketilfeller ble denne forskjellen borte. Det var heller ikke mulig å påvise innvirkning fra urbanisering. Konklusjonen min er at for å kunne uttale seg om forskjeller i legemiddelbruk må en først kunne kontrollere for alders- og kjønnsforskjeller, deretter må en ha kontroll med sykkeligheten før en kan gå over til å diskutere andre forklaringsvariable som legers forskrivningsvaner, befolkningens ulike terskler for bruk av legemidler osv.

Spørsmålet er stilt omtrent likt i Helseundersøkelsen 1975 og i 1985, så en skulle ha mulighet for å finne ut eventuelle forandringer i andel av befolkningen som oppgir at de har en sykdom, og andel av denne som behandler seg med legemiddel.

Jeg gikk ikke videre i analysene, og en grunn for dette var helseundersøkelsens meget kompliserte struktur. Det ser ut til at legemiddelspørsmålet har fått denne formuleringen primært for å få de intervjuede til å huske på syketilfellene som de har hatt siste 14 dager, dvs. ikke for å innhente opplysninger om legemiddelbruk spesielt. En får ingen opplysninger om hvilke legemidler som er brukt.

En annen mulighet er å spørre direkte om "Har du brukt følgende legemidler siste xx dager" og så nevne opp legemidler gjerne knyttet til indikasjonsområder som er av interesse, smertestillende, febersenkende, beroligende, blodtrykksenkende osv. Den svenske parallellen til Helseundersøkelsen benytter som i Tromsøundersøkelsen "bruk siste 14 dager", men mange forskjellige tidsperioder har vært brukt i kartlegging av legemiddelbruk: siste døgn, siste 48 timer, siste uke, siste 6 måneder, siste år. Jo lengre periode, dess mere av den tilfeldige bruken vil registreres. Eller jo kortere tidsperiode, dess større andel vil utgjøres av de kroniske brukerne av legemidler. Når en spør på denne måten vil en kunne registrere hvilke legemiddelgrupper personen bruker og skille brukere og ikke-brukere av legemidler for en bestemt sykdom/tilstand.

En kan også spørre mer spesifikt for å få kartlagt regelmessig bruk, finne subgrupper i befolkningen som er regelmessige brukere. Et eksempel på dette kan en finne i Levekårsundersøkelsen, hvor en spør om jevnlig bruk av beroligende midler. Nord-Trøndelagsundersøkelsen spør også et fireinndelt spørsmål om hvor ofte smertestillende midler har blitt brukt siste måned (daglig, ukentlig men ikke daglig, sjeldnere enn ukentlig, aldri).

Det er også et alternativ og skrive opp alle legemidler som de intervjuede bruker fast. Det finnes eksempler, blant annet den danske helseundersøkelsen, men også finske helseundersøkelser, hvor de intervjuede oppgir alle legemidler de bruker fast. Dette er deretter gitt ATC-koding, slik at det er entydig definert hvilke

legemiddel som har vært brukt. Vi er i Norge meget beskjedne mht innsamling av data om befolkningens legemiddelbruk sammenliknet med de andre nordiske land.

I Danmark samler Sundhedsstyrelsen inn reseptdata fra resepter ekspedert på alle danske apotek, med personidentifikasjon på både lege og legemiddelbruker. I tillegg har de også en helseundersøkelse som på grundig vis intervjuer befolkningen om legemiddelvaner. I Sverige samler Apoteksbolaget inn hver 25. ekspederte resept til statistiske formål, samt at de har et par større befolkningsundersøkelser hvor alle legemidler som kjøpes akkumuleres på individnivå (Tierp- og Jämtlandundersøkelsen). I Norge har vi basert oss på salgstall fra Norsk Medisinaldepot, noe som har meget store begrensninger hvis det er brukerne som skal være i fokus. I tillegg er nå grossistmonopolet for legemidler opphevet, noe som vil vanskeliggjøre NMD's muligheten til å lage totalstatistikk (samle fra andre grossister) i framtiden.

Vi står sannsynligvis foran store forandringer på legemiddelområdet, også mht befolkningens tilgang på legemidler. Dette vises blant annet gjennom at Statens legemiddelkontroll (sammen med bl.a. Prisdirektoratet) støtter en liberalisering av regelverket, at en stadig større del av legemiddelsalget skal foregå i selvbetjeningsavdelinger i vanlige matforretninger og apotek. Vi har hittil hatt en restriktiv håndtering av legemiddelsalget. Legemiddelforbruket i Norge har på mange områder vært lavt sammenliknet med andre vestlige land, vi har hatt et meget begrenset utvalg av legemidler, og sterke restriksjoner på legemiddelindustriens aktiviteter. Dette kan forandre seg. Det er derfor mange gode grunner til å ha gode metoder til å følge med befolkningens legemiddelbruk framover. Helseundersøkelsen vil kunne gi viktige bidrag, og vil for øvrig også være et nødvendig supplement til forbruksstatistikk basert på resepter. Helseundersøkelsen vil kunne fange opp både foreskrevet medisin og det som tas på eget initiativ, og vil fange opp alle brukere av legemidler.

Legemiddelbruk er en måte å løse et helseproblem på og derved en markør for personer med en tilstand/sykdom, det gir et mål for bruk av helsetjenester og valg av helsetjenester, men kan også i seg selv representere et helseproblem. Hvis nå en vil bruke Helseundersøkelsen 1995 til generell kartlegging av legemiddelbruk i befolkningen kan en tenke seg å gå inn på tre nivåer:

1. Spørsmål om bruk av legemidler siste 14 dager: ja/nei
Skille brukere/ikke-brukere. Eks. P-pille Østrogen Blodtrykksbehandling Antidiabetika Smertestillende Fanger opp både kronisk og tilfeldig bruk av en legemiddelgruppe.
2. Regelmessig bruk: Hvor ofte brukes et bestemt legemiddel
Finne subgrupper med høyt forbruk. Eks: Smertestillende Beroligende Sovemidler Antibiotika
3. Legemidler som brukes fast (daglig/nesten daglig). Registrere og ATC-kode alle legemidler som brukes fast. Kan også spørre om for hvilken tilstand de brukes (men ATC-kodene vil i mange tilfeller gi denne opplysningen). Eks: Astma Allergi Blodtrykksbehandling Antidiabetika

Det er viktig å ha kontroll med hva som brukes av jern/vitaminer/mineraler. Noe av dette brukes på medisinsk indikasjon, men mesteparten er å betrakte som kostholdstilskudd. Dette må det derfor spørres om separat, eller det må presiseres i spørsmålstillingen at det ikke skal med.

Samtidig er det av interesse å få kontroll med hva som brukes av naturmidler/homeopatisk/antroposofisk/urte- osv medisin. Bruken av "alternativ" medisinen utgjør også en del av behandlingsvalget, og valget mellom behandling med legemidler/ "alternativmedisiner" vil sannsynligvis variere med sykdomstilstand og grupper i befolkningen.

Diskusjon del 4:

Vigdis Moe Christie:

Jeg har brukt helseundersøkelsen -85 og spurt en del om alternativ medisin og om hvem som har brukt alternative medisiner, og dette er jo noe som er opplagt stigende også de siste 10 årene. Det er ofte vanskelig med spørsmålene, når man da spør om vi har vært hos lege, for en del av legene driver også med alternativ medisin ved siden av. Den gruppen vil da falle ut. Og dette med siste 14 dager som ble diskutert her, så er det et problem at tallene blir veldig små. Og det samme gjelder altså medikamentbruken. Om man spør om legemidler, vil ofte de som blir spurt blande inn alternativ medisin, fordi de regner det som legemidler. Men det er i grunnen ingen andre store undersøkelser som tar med bruk av alternative utøvere og alternativ medisinbruk. Så det er viktig å få det med, og gruppen som bruker alternativ medisin er stor. Man regner med at halvparten av pasientene på Radiumhospitalet har vært hos alternative utøvere. Og kanskje 25% av befolkningen. Så det begynner å bli svære tall.

Erik Nord:

Ja, jeg har to kommentarer. Den ene til Niels Rasmussen, hvis innlegg jeg satte meget stor pris på. Jeg hadde bare lyst til å anmelde en liten pragmatisme, når vi er opptatt av sammenlignbarhet. Så er det ofte tror jeg mulig ved å utvise et godt skjønn, mulig å så å si å "map"e data oppnådd ved hjelp av et instrument inn i data fra et annet instrument. Jeg har selv drevet en del med det, og har opplevd at jeg og en annen bedømmer nesten overhodet ikke var uenig om hvordan denne "map"ingen skulle foregå. Så det tror jeg man skal ha i mente. Det er jo umulig å sikre direkte sammenlignbarhet alltid. Og mye kan oppnås likevel.

Det andre poenget, det er vel ikke direkte knyttet til denne bolken her. Det er et konkret, lite innspill omkring dette spørsmålet om egenvurdert helse. Nåværende formulering er jo langs en vanlig ordinal skala, fra meget god til meget dårlig. I forbindelse med arbeidet om prioritering i helsevesenet så er begrepet alvorlighet av sykdom et sentralt begrep, og man kunne tenke seg at man vurderte egen helse i termer av alvorlighet eller langs en alvorlighetskala. Og da på en mer konkret måte enn på en ordinal skala, og heller bruke hva man kan kalle en kasuistisk skala. Det kan være 5-trinns, 7-trinns eller hva man vil. Langs hvert nivå spesifiserer man et eksempel på en helsetilstand som illustrerer hvor alvorlig vedkommende nivå eller trinn på skalaen er ment. Og så ber man subjektet sammenligne seg med disse beskrivelsene og ta stilling til graden av lidelse ved det problem man har i forhold til graden av lidelse som blir beskrevet på hvert av nivåene. Dette vil det da bare være aktuelt å stille til de som oppgir at de har et kronisk problem. Og man kunne tenke seg at de ble spurt, med hvem av de beskrevne syke de kunne tenke seg å bytte helse, og med hvem de ikke kunne tenke seg å bytte helse. Du får da en direkte vurdering av selvoppfattet alvorlighet i forhold til konkrete helsebeskrivelser. Jeg synes det gir litt mer enn den nåværende skalaen, og vil foreslå at man tenker litt over det. Dette også i lys av at alvorlighetsbegrepet står så sentralt bl.a. i spørsmål om prioritering i helsevesenet.

Espen Dahl:

Ja, jeg har lyst til å ta opp en tråd fra i går, nemlig sosial ulikhet i helse. Jeg har selv stelt med det problemet noen år. Og et av de hete temaene man diskuterer innenfor det feltet, det er helserelatert sosial mobilitet. Her er særlig 3 hypoteser i omløp. Den ene er "social drift"-hypotesen, som sier at de med dårlig helse sklir nedover i det sosioøkonomiske hierarkiet, og at de med god helse, de stiger. Den andre hypotesen er at det er en

helserelatert mobilitet fra fysisk tunge til fysisk lette yrker. Og den tredje er selvsagt at utgangen av yrkeslivet er helsebetinget. Og så vidt jeg har kunnet se er helseundersøkelsen 1985 ikke i stand til å belyse noen av disse hypotesene. Og det er, synes jeg, en skam. Det bør ikke skje igjen i helseundersøkelsen 1995. I helseundersøkelsen 1995 trenger vi 3 spørsmål for å kunne belyse disse hypotesene. Det ene er et tilleggsspørsmål om yrke, tidligere yrke for alle. Det andre er spørsmål om foreldres yrke, og det tredje er spørsmål om sykdom eller helseplager som barn - altså for de voksne respondentene. Så det vil jeg foreslå blir tatt inn i neste helseundersøkelse. Takk

Kristian Tambs:

Jeg hadde lyst til å slenge meg på et poeng som Ingeborg Rossow nevnte. Det er dette med hva skjer når man spør folk sensitive spørsmål i en familiekontekst, hvor kanskje foreldre eller ektefelle sitter og hører på. Dette finnes det egentlig ganske gode data på. Omtrent de samme spørsmålene på alkoholforbruk og mental helse som ble stilt i 1985, er også stilt i andre sammenhenger, f.eks. i Nord-Trøndelag. Ved spørsmål om alkoholforbruk fant jeg f.eks. en korrelasjon mellom ektefeller på 0.67 i helseundersøkelsen, mens de var 0.4 i Nord-Trøndelag. Altså ganske store effekter. Dette størrelsesforholdet blir omtrent det samme når det gjelder foreldre og barn, søsken og alle mulige relasjoner. Det samme ser man også når det gjelder mental helse. Dessuten er det også sånn at tilfeller av dårlig mental helse så vidt jeg husker, er mer enn dobbel så høy i sammenlignbare utvalg som i helseundersøkelsen. Altså en ganske grov generell underrapportering i tillegg til en systematisk feilrapportering - sannsynligvis som følge av at foreldre kan sitte å høre på, eller andre kan sitte å høre på. Det finnes etter min mening en god løsning på dette problemet, og det er å bruke spørreskjema istedet for intervjuer. Det kunne jo forsåvidt gjøres i en familiekontekst, men da måtte man jo forhindre at folk kikket hverandre over skuldrene. Sannsynligvis har spørreskjemaer i tillegg en annen stor fordel ved at man kan gå lenger i å stille sensitive spørsmål. Det har f.eks. vært nevnt at selvmord og selvmordstanker burde være et aktuelt tema. Noe som sannsynligvis vil være mye lettere å besvare i et spørreskjema.

Tor Bjerkedal:

Bare en liten kort bemerkning. Jeg synes det har vært veldig fine innlegg, og det har kommet mange gode forslag. Og det blir vanskelig for Liv å sortere det hele. Men det er en ting Niels, jeg må få lov å si deg, og det er, du kan jo ikke ta originalitet og genialitet på bekostning av sammenlignbarhet. Hvorledes ville verden være hvis vi bare skulle sammenligne oss. Hvis vi ikke hadde en genial tanke, en original tanke. Du kunne ikke mene at her skulle vi holde oss på det vi har gjort før. Jeg vil nødig at den tanken skulle feste seg i denne forsamling, for den er destruktiv i en hver progress. Og jeg synes at hvis man hadde geniale tanker, så er den sammenlignbar internt i landet, og det er massevis av interessante problemstillinger som vi kunne belyse hvis vi bare hadde vært geniale eller originale nok.

Niels Rasmussen:

Men så vis meg det her geniale spørreskjemaet da! Så vis meg det - det geniale spørreskjemaet! Det bøyer jeg meg for, når jeg ser det. En annen ting er; jeg synes det er viktig å skille mellom hva man skal bruke helseundersøkelsen til og hva man skal bruke alminnelig forskning og utvikling til. For jeg synes selvfølgelig hvis man holder på med alminnelig forskning, så er det viktig å være i frontlinjen å utvikle redskaper og instrumenter som er originale og geniale. Men i denne sammenhengen hvor jeg arbeider i hvertfall, der vil jeg nødig ofre alt for mange penger på slikt. Jeg ville nødig lage altfor mye utviklingsarbeide og bruke spørsmål som jeg

ikke har en sikker fornemmelse av hvordan fungerer. Jeg synes det er viktig i planleggingen av helseundersøkelsen og gjøre opp med dere selv. Det har vært stemmer for å gjøre det mer epidemiologisk/ etiologisk. Det er viktig å plassere helseundersøkelsen i forhold til monitorering og deskriptiv planleggingsredskap. Hvis det skal være epidemiologisk/ etiologisk, så skal det være noe virkelig genuint arbeid, men det mener jeg ikke kan være helseundersøkelsens oppgave.

Sidsel Graff Iversen:

Det var i tråd med det Tambs tok opp. En del emner med sterk betydning for helse og trivsel har jo å gjøre med konflikt, også med vold og misbruk, reaksjoner på partners alkoholmisbruk og slikt, altså ganske tøffe ting innen familier. Og det er tragisk om helseundersøkelsen skal gå glipp av det p.g.a. sin metode. Og her tror jeg det er enda viktigere enn ved eget alkoholbruk og røyking å bruke spørreskjemaer, og å intervjuer barn separat og direkte.

Lars Kristofersen:

Ja, litt det som Espen tar opp, med sosial ulikhet. Jeg har også vært opptatt av dette, særlig tidligere med dødlighetsstudier og sosial ulikhet i Norge. Det forundrer meg, at de fleste som prøver seg på helseundersøkelsene og også levkårsundersøkelsene, finner ikke tilsvarende tildels store sosiale gradienter. Og da er det spørsmål om det er noe med hele utvalgsstørrelsen og noe med frafallet som vi bør begynne å kikke på. Jeg synes nye spørsmål, som særlig da foreldres yrke og andre ting du nevnte er spennende, at man må få sett mer på prosesser rundt sosioøkonomisk status. Jeg vet jo ikke hva man rekker å få inn i HU95. Men det er et tankekors at når vi gjør norske dødlighetstudier, så finner vi til dels store sosiale gradienter i Norge. Dette er også understreket av finske og britiske sosiologer. Da er det noe med at når vi studerer dødlighet, så ser vi den alvorlige sykkeligheten veldig klart, og for tidlig død. Dødlighet i yrkesaktiv alder er jo analysert for seg. Antakelig er noe med aldersgruppene i helseundersøkelsen. Det er for få innenfor hver 1-års aldersklasse, og for få som er i så vidt forskjellige sosioøkonomiske grupper at det slår ut, eller så har vi for dårlige alvorlige sykkelighetsmål. Det er noen kombinasjoner der vi må utrede litt.

Frafallet er også noe å kikke på. Jeg vet ikke om SSB tør å gå over til selvadministrerende spørreskjema i en undersøkelse. Men jeg kunne tenke meg å foreslå at man prøver en del med slikt spørreskjema. Kanskje det kan få ned kostnadene og til og med øke svarprosenten. Vi har jo prøvd spørreskjema på 10-11-åringer og 13-14-åringer i Asker, og de mestrer det med den type spørsmål vi har stilt i oppvekstnettverk.

Jeg er opptatt av ting som har med barnevernsproblematikk og også familiekonflikter å gjøre. Og her vil det være vanskelig å svare i en familiesetting når det kommer en intervjuer på døra. Det er nok noe i det at vi mister veldig mye konfliktstoff.

DELTAKERLISTE

- | | |
|--------------------------|--|
| 1. Ellen Amundsen | Sosial-og helsedepartementet |
| 2. Ingvild Guldbrandsen | Norges forskningsråd |
| 3. Erik Nord (2-dag) | Folkehelsa |
| 4. Ebba Wergeland | Institutt for forebyggende medisin/Arbeidstilsyn |
| 5. Jan Tvedt | Sosial og helsedepartementet |
| 6. Magne Kleppe | Statens helsetilsyn |
| 7. Elin Sæther | Statens helsetilsyn |
| 8. Øistein L Johansen | Statens helsetilsyn |
| 9. Jens Eskerud | Statens helsetilsyn |
| 10. Jostein Grytten | Universitetet i Oslo, Inst. for samfunnsodontologi |
| 11. Svein Hindal | Fylkeslegen i Hordaland |
| 12. Kristian Tambs | Folkehelsa |
| 13. Per G. Lund-Larsen | Statens helseundersøkelser |
| 14. Inger Stensvold | Statens helseundersøkelser |
| 15. Sidsel Graff-Iversen | Statens helseundersøkelser |
| 16. Aage Tverdal | Statens helseundersøkelser |
| 17. Odd Guntvedt | Norsk gerontologisk institutt |
| 18. Helge Kjuus (1.dag) | Statens arbeidsmiljøinstitutt |
| 19. Lars Johanson | Statens ernæringsråd |
| 20. Vigdis Moe Christie | Universitetet i Oslo, seksj. for medisinsk antropologi |
| 21. Søren Brage | Universitetet i Oslo, Gruppe for trygdemedisin |
| 22. Atle Alvheim | NSD |
| 23. Ronny Klæboe | Transportøkonomisk institutt |
| 24. Espen Dahl | FAFO |
| 25. Peter Hjort | FFO |
| 26. Harald Masset | LHL |
| 27. Kari Guttormsen | FFO |
| 28. Olav Aasland | Legeforeningen |
| 29. S. Kristiansen | Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsmedisin |
| 30. Lars Ole Goffeng | Statens arbeidsmiljøinstitutt |
| 31. Liv Grøtvedt | SSB |
| 32. Jan Fredrik Andresen | Statens helsetilsyn |
| 33. Sissel L Beckmann | Sosial- og helsedepartementet |
| 34. Olav Helge Førde | Institutt for samfunnsmedisin. Universitetet i Tromsø |
| 35. Arne S Andersen | SSB |
| 36. Pål Kraft | Folkehelsa |
| 37. Egil Arnesen | Universitet i Tromsø, Institutt for samfunnsmedisin |
| 38. Erik Falkum | Legeforeningen |
| 39. Dorthe Holst | Universitetet i Oslo, Institutt for samfunnsodontologi |

40.	Tor Bjerkdal	Universitetet i Oslo, Institutt for forebyggende medisin
41.	Jon Ivar Elstad	Institutt for sosialforskning
42.	Niels Rasmussen	DIKE, Danmark
43.	Lars Kristofersen	NIBR
44.	Liv Belsby	SSB
45.	Ingeborg Rossow	Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning
46.	Anne Elise Eggen	Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsmedisin
47.	Berit Otnes	SSB
48.	Jens Kristian Borgen	SSB
49.	Siv Øverås	SSB
50.	Even Flaatten (2. dag)	SSB
51.	Anders Barstad	SSB
52.	Kirsti Huserbråten	SSB
53.	Jon-Erik Finnvold	SSB
54.	Hilde Holte	SSB

Statistisk sentralbyrå

Oslo
Postboks 8131 Dep.
0033 Oslo

Tlf.: 22 86 45 00
Fax: 22 86 49 73

Kongsvinger
Postboks 1260
2201 Kongsvinger

Tlf.: 62 88 50 00
Fax. 62 88 50 30



Statistisk sentralbyrå
Statistics Norway