Statistics Norway
Statistisk sentralbyrå

Siv Øverås

Helseboka 1995

Hovedtrekk ved helsetilstand og helsetjeneste i Norge

Siv Øverås

Helseårboka 1995

Hovedtrekk ved helsetilstand og helsetjeneste i Norge

Statistisk sentralbyrå • Statistics Norway
Oslo-Kongsvinger 1995

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

ISBN 82-537-4081-6
ISSN 0804-3221

Emnegruppe
03.00 Helse, oversikter
85:22

Emneord
Dødelighet
Funksjonshemming
Helsetjenester
Helseutgifter
Mottakere helsetjenester
Ressurser helsetjenester
Sykelighet

Foto: S. 21, Rune Lislerud/Samfoto,
S. 31, Trygve Bølstad/Samfoto,
S. 75, Ole A. Buenget/Samfoto
Design: Enzo Finger Design
Trykk: Falch Hurtigtrykk

Forord

Helseboka 1995 beskriver status og hovedtrekk ved utviklingen i befolkningens helsetilstand og virksomheten i helsetjenestene i perioden 1980 og fram til og med 1993. Boka er en oppfølger til de to rapportene "Utsyn over helsetjenesten" og "Helsetilstanden i Norge", begge fra Statistisk sentralbyrå i 1990. Formålet med publikasjonen er å gi en mest mulig samlet framstilling av ulike sykdommers utbredelse i befolkningen, og av status og utvikling i ressursbruk og aktivitet i ulike deler av helsetjenesten.

I framstillingen av stoffet er det lagt vekt på å lette bruken og forståelsen av det statistiske materialet gjennom bearbeiding av data og bruk av grafisk framstilling. Boka er utstyrt med et eget tabellvedlegg for lesere med behov for å gå dypere ned i det statistiske tallgrunnlaget. Her er figurenes tallgrunnlag presentert fortløpende.

Data er først og fremst hentet fra Statistisk sentralbyrås løpende statistikk, supplert med data fra Kreftregisteret, Norsk institutt for sykehusforskning, Statens institutt for folkehelse (Folkehelsa) og Statens helsetilsyn.

Førstekonsulent Siv Øverås har ledet arbeidet med publikasjonen og stått for skrivingen av det aller meste. Deler av kapittel 10 er forfattet av førstekonsulent Jon Erik Finnvold. Ellers har førstekonsulent Harald Tønseth bistått gjennom store deler av arbeidet og redaktør Kirsti Huserbråten i publikasjonens sluttfase.

En referansegruppe i Statistisk sentralbyrå har gitt faglige merknader og råd om innholdet av publikasjonen, og bidratt hele veien fram til fullføringen av boka. Gruppen har bestått av fagdirektør Gunvor Iversen, seksjonssjefene Berit Otnes og Leif Korbøl, prosjektleder Even Flaatten, førstekonsulentene Anders Barstad, Liv Grøtvedt, Finn Gjertsen og Espen Søbye samt rådgiver Jens Kristian Borgan og konsulent Sølvi Andresen.

Statistisk sentralbyrå
Oslo, 2. mai, 1995

Svein Longva

Innhold

Figurregister 7

Tabellregister 9

Sammendrag 13

Innledning

1. Helse og helsetjenester: Noen avgrensninger 23
1.1. Bakgrunn og formål 23
1.2. Begrepsdefinisjoner og avgrensninger 23
1.3. Hvem er vi? 26
1.4. Hva truer befolkningens helsetilstand? 28
1.5. Hvordan måler vi virksomheten i helsetjenesten? 30

Del I Hovedtrekk ved utviklingen i helsetilstanden

Tilbakeblikk 33
2. Dødelighet og dødsårsaker 35
2.1. Dødelighet og levealder 35
2.2. Dødsårsaker 38
3. Sykelighet og sykdomsmønster 45
3.1. Sykelighet 47
3.2. Sykdomsmønsteret 48
4. Funksjonsevne 61
4.1. Varig nedsatt funksjonsevne 61
4.2. Andre indikatorer på nedsatt funksjonsevne 64
5. Helse og helseulikheter 67
5.1. Geografiske ulikheter i levealder og dødelighet 67
5.2. Sosioøkonomisk status 67
5.3. Ulikheter mellom menn og kvinner 71

Del II Hovedtrekk ved virksomheten i helsetjenesten

Tilbakeblikk 77
6. Helsetjenestens mål og virkemidler 79
6.1. Helsetjenestens mål 79
6.2. Organisering av helsetjenestene 80
6.3. Finansiering av helsetjenestene 82
6.4. Pasientrettigheter 84
7. Utgifter til helsetjenester 85
7.1. Mindre vekst i de totale helseutgiftene 85
7.2. Hva brukes pengene til? 88
7.3. 75 prosent av de fylkeskommunale helseutgifter til sykehusene. 91
7.4. Økning i kommunenes driftsutgifter 92
7.5. Reduksjon av de fylkeskommunale pleie- og omsorgsutgifter 93

7.6. Sterk økning i de private forbruksutgiftene 95
8. Ressurser i helsetjenesten 97
8.1. Personell 97
8.1.1. Oversikt 97
8.1.2. Kommunale helse- og omsorgstjenester 98
8.1.3. Sykehus og andre spesialisthelsetjenester 103
8.2. Institusjoner og sengeplasser 104
9. Aktivitet 109
9.1. Kommunale helse- og omsorgstjenester 109
9.2. Sykehus og andre spesialisthelsetjenester 113
10. Ulikheter i tilbud og bruk av helsetjenester 117
10.1. Generelt 117
10.2. Geografiske ulikheter i fordeling av personellressurser, brukerkontakt og organisering 118

Litteratur 127

DEL III. Vedleggstabeller

Sammendrag 136
1. Innledning 137
2. Dødelighet og dødsårsake 140
3. Sykelighet og sykdomsmønster 142
4. Funksjonsevne 144
5. Helse og helseulikheter 146
7. Utgifter til helsetjeneste 148
8. Ressurser i helsetjenesten 149
9. Aktivitet 150
10. Ulikheter i tilbud og bruk av helsetjenester 151

Figurregister

Sammendrag

1. De vanligste helseproblemer i Norge, slik de framstår i ulike datakilder. Prosent ... 13

1. Innledning

1.1. Skjematisk bilde av sammenhenger mellom ulike sykdomsperspektiver 24
1.2. Folkemengde etter kjønn og alder. 1. januar 1994 27
1.3. Folkemengde 67 år og over og 80 år og over. Registrerte tall 1951-1994, framskrevne tall 1995-2050. Antall i 1000 28
1.4. Kvinner pr. 1 000 menn i ulike aldere. 1. januar 1994 28

DEL I Hovedtrekk ved utviklingen i helsetilstanden

2. Dødelighet og dødsårsaker

2.1. Forventet levealder ved fødselen for menn og kvinner. 1951-1994 36
2.2. Spedbarnsdødelighet. 1951-1994 36
2.3. Forventet gjenstående levetid for menn og kvinner i ulike aldere. 1951-1994 37
2.4. Dødsfall etter årsak. Prosent. 1993 38
2.5. Antall dødsfall og dødelighet av ulykker. Årlig antall dødsfall pr. 100 000 innbyggere. 1971-1993 42
2.6. Selvmord blant menn og kvinner. Pr. 100 000 innbyggere. 1971-1993 43
2.7. Selvmord etter kjønn og alder. Pr. 100 000 innbyggere. 1993 43

3. Sykelighet og sykdomsmønster

3.1. Ulike indikatorer på utviklingen av sykelighet blant menn og kvinner. Prosent. 1980-1991 47
3.2. Andel med sykdom i muskel- og skjelettsystemet blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Prosent. 1980-1991 50
3.3. Andel med hudsykdommer blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Posent. 1991 50
3.4. Andel med hjerte- og karsykdommer blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Prosent. 1991 51
3.5. Andel med sykdommer i åndedrettsorganene blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Prosent. 1991 53
3.6. Nye tilfeller av kreft etter kjønn og primærsete. Absolutte tall. 1992 53
3.7. Nye tilfeller av kreft blant menn og kvinner for alle kreftformer samlet og for de tre hyppigste formene. Aldersstandardiserte rater. Pr. 100 000 innbyggere. 1978-1992 55
3.8. Andel menn og kvinner med hyppige symptomer på psykiske lidelser i ulike aldersgrupper. Prosent. 1991 58
3.9. Andelen menn og kvinner som jevnlig bruker beroligende midler, i ulike aldersgrupper. Prosent. 1991 60

4. Funksjonsevne

4.1. Andel menn og kvinner 67-79 år med nedsatt funksjonsevne, og andel som er hjelpetrengende. Prosent. 1980-1991 63
4.2. Andel uførepensjonerte i prosent av alle uførepensjonister. 1980 og 1993 64
4.3. Sykefravær i prosent av mulige arbeidsdager blant mannlige og kvinnelige arbeidere og funksjonærer i NHOs medlemsbedrifter. 1979-1994 65

5. Helse og helseulikheter

5.1. Aldersjusterte rater for nye tilfeller av kreft pr. 100 000 kvinner og menn. Utvalgte krefttyper i by- og landdistrikter. 1976-1985 68
5.2. Dødelighet pr. 100 000 innbyggere 20-64 år. Alders- og kjønnsstandardiserte tall. Årsgjennomsnitt 1987-1992. Bydeler i storbyene sammelignet med alle kommuner 69
5.3. Andel med nedsatt funksjonsevne i ulike sosioøkonomiske grupper. Menn og kvinner i utvalgte aldersgrupper. Prosent. 1991 70
5.4. Dødelighet i ulike grupper yrkesaktive menn. Dødeligheten for alle yrkesaktive er satt til 100. 1980-1990 70

DEL II Hovedtrekk ved virksomheten i helsetjenesten

7. Utgifter til helsetjenester

7.1. Utgifter til helsformål i faste 1992-priser. Millioner kroner. 1980-1993 87
7.2. Offentlige helseutgifter etter art. Prosent. 1980-1993 87
7.3. Offentlige utgifter til helsetjenester i og utenfor institusjon. Millioner kroner og i prosent av løpende priser. 1980-1993 88
7.4. Brutto driftsutgifter til kommunale og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenester. Millioner kroner. Løpende priser. 1988-1993 90

8. Ressurser i helsetjenesten

8.1. 1 000 sysselsatte i helsetjenesten. 1972-1991 97
8.2. Utvalgte personellgrupper i kommunale og fylkeskommunale helsetjenester, etter utdanning. Årsverk. 1985-1991 98
8.3. Personell i virksomhetsområder i kommunale helse- og omsorgstjenester. Prosent av antall årsverk. 1993 99

9. Aktivitet

9.1. Brukere av hjemmetjenester for eldre i løpet av året. Antall i 1 000. 1980-1993 .. 111
9.2. Behandlede pasienter i sykehjem.1980-1993 113

10. Ulikheter i tilbud og bruk av helsetjenester

10.1. Behov for helsetjenester 117
10.2. Andel over 80 år og plasser pr.1 000 innbyggere i institusjoner for eldre i Vest-Agder. 1993 124

Tabellregister

1. Helse og helsetjenester: Noen avgrensninger
1.1. Befolkningsutviklingen i Norge. 1980-1993 26

DEL I Hovedtrekk ved utviklingen i helsetilstanden
2. Dødelighet og dødsårsaker
2.1. Dødelighet av hjerte- og karsykdommer, etter kjønn og alder. Pr. 100 000 innbyggere. 1971-1993 39
2.2. Dødelighet av ondartede svulster, etter kjønn, alder og diagnose. Pr. 100 000 innbyggere. 1992 40
2.3. Dødelighet av ondartede svulster, etter kjønn og alder. Pr. 100 000 innbyggere. 1971-1993 41
2.4. Dødsfall ved ulykker og selvmord, etter kjønn og alder. Pr. 100 000 innbyggere. 1993 41

3. Sykelighet og sykdomsmønster
3.1. Andel med langvarig sykdom, og andel med langvarig sykdom som har betydelige konsekvenser, i grupper for kjønn og alder. Prosent.1991 48
3.2. Andel av befolkningen med noen utvalgte sykdommer. Prosent. 1975-1991 49
3.3. Andel med hjerte- og karsykdommer blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Prosent. 1975 og 1985 51
3.4. Andel personer med sykdom i åndedrettsorganene i ulike aldersgrupper. Prosent. 1975 og 1985 52
3.5. Nye tilfeller av kreft, etter kjønn og alder. Absolutte tall. 1992 54
3.6. Meldte tilfeller av utvalgte infeksjonssydommer. Absolutte tall. 1988-1993 56
3.7. HIV-infeksjon etter risikofaktor og diagnoseår. 1984-1993 57
3.8. Andel som jevnlig har vært plaget av ulike symptomer på psykiske lidelser de siste seks måneder. Personer 16-79 år. Prosent. 1980-1991 59

4. Funksjonsevne
4.1. Andel menn og kvinner med ulike former for nedsatt funksjonsevne i ulike aldersgrupper. Prosent. 1991 62
4.2. Antall uførepensjonerte menn og kvinner 16-66 år. Absolutte tall og prosent av befolkningen. 1980-1993 64
4.3. Uføretrygdede menn og kvinner etter primærdiagnose. De fire viktigste diagnosegruppene. Prosent. 1980 og 1993 65
4.4. Folketrygden. Kontantstønad under sykdom. Stønadstilfeller avsluttet i 1980 og 1993 66

5. Helse og helseulikheter
5.1. Forholdet mellom menns og kvinners dødelighet for noen utvalgte diagnose-kategorier, i ulike aldersgrupper. Kvinners dødelighet er satt til 1. 1992 72
5.2. Forholdet mellom menns og kvinners sykelighet i en del diagnosekategorier, i ulike aldersgrupper. Menns sykelighet er satt til 1. 1991 73

DEL II Hovedtrekk ved virksomheten i helsetjenesten

6. Helsetjenestens mål og virkemidler

6.1. Finansiering av helse- og omsorgstjenester, etter finansieringsform. Prosent. 1992 83

7. Utgifter til helsetjenester

7.1. Utgifter til helseformål. Millioner kroner. 1980-1993 86
7.2. Driftsutgifter til helseinstitusjoner. Millioner kroner og i prosent av løpende priser. 1975-1992 89
7.3. Brutto driftsutgifter til kommunale og fylkeskommunale helsetjenester. Millioner kroner. Løpende priser. 1988-1993 90
7.4. Brutto driftsutgifter til fylkeskommunale helsetjenester. Millioner kroner og i prosent av løpende priser. 1988-1993 91
7.5. Brutto driftsutgifter til kommunale helsetjenester. Millioner kroner og i prosent av løpende priser. 1988-1993 92
7.6. Brutto driftsutgifter til kommunale og fylkeskommunale pleie- og omsorgstjenester. Millioner kroner. Løpende priser. 1988-1993 93
7.7. Driftskostnader etter institusjonstype og størrelse. 1 000 kroner pr. plass. 1992 .. 94
7.8. Private utgifter til helsepleie pr. person i faste 1992-priser. I kroner og prosent av totale forbruksutgifter. 1980-1982, 1986-1988, 1990-1992 94

8. Ressurser i helsetjenesten

8.1. Utvalgte virksomhetsområder i de kommunale helsetjenester. Antall årsverk. 1986-1993 99
8.2. Leger i kommunale helsetjenester. Årsverk i prosent etter virksomhetsområde. 1987 og 1993 100
8.3. Fysioterapeuter i kommunale helsetjenester. Årsverk i prosent etter virksomhetsområde. 1987 og 1993 100
8.4. Årsverk i pleie- og omsorgstjenestene. 1980-1993 102
8.5. Årsverk i pleie- og omsorgstjenestene pr. 100 innbyggere over 66 år, etter kommunestørrelse. 1992 102
8.6. Personell i utvalgte personellgrupper i somatiske sykehus. Årsverk. 1980 og 1991 103
8.7. Personell i spesialisttjenester utenfor institusjon. Årsverk. 1988 og 1991 103
8.8. Antall somatiske helseinstitusjoner og sengeplasser, etter institusjonstype. 1980-1993 104
8.9. Antall psykiatriske institusjoner og sengeplasser, etter institusjonstype. 1980-1993 105
8.10. Psykisk utviklingshemmede bosatt utenfor sentralinstitusjon, etter boforhold og hvorvidt de har flyttet fra institusjon eller bodde utenfor institusjon tidligere. Mai 1993 107

9. Aktivitet

9.1. Antall kontakter med helsetjenesten pr. person i året, i alt og grunnet sykdom. 1975 og 1985 110

9.2. Mottakere av hjemmetjenester etter alder og tjenestetype. Prosent. Pr. 31.12.1993 111
9.3. Psykisk utviklingshemmedes bruk av ulike tjenestetilbud. Antall brukere. Mai 1993 112
9.4. Antall innskrivninger etter formål i sykehjem. 1989-1993 113
9.5. Utskrivninger og behandlede pasienter i somatiske og psykiatriske helseinstitusjoner. 1975-1992 114
9.6. Behandlede pasienter i ulike typer helseinstitusjoner, etter institusjonstype. 1980-1993 115
9.7. Polikliniske konsultasjoner. 1989-1993 116

10. Ulikheter i tilbud og bruk av helsetjenester
10.1. Personell i kommunale helsetjenester. Innbyggere pr. årsverk. 1992 119
10.2. Bruk av ulike helsetjenester. Antall pr. person i året. 1991 120
10.3. Helse- og omsorgstjenesten, kommunale variasjoner i personellinnsats og brukerkontakt. 1993 121
10.4. Prosentandel av alle yrkesaktive sysselsatt i helse- og veterinærtjenester. 1970 og 1990 122
10.5. Sysselsatte i kommunale helse- og omsorgstjenester pr. 10 000 innbyggere. 1980 og 1990 123
10.6. Antall sysselsatte i helsetjenesten. Variasjon mellom sykehusområdene. 1970, 1980 og 1990 123
10.7. Alderssammensetning, brukerkontakt og personellinnsats i institusjoner for eldre, kommuneøkonomi og folketall i Vest-Agder. 1993 125

Sammendrag

Hovedtrekk ved utviklingen i befolkningens helsetilstand og virksomheten i helsetjenesten

BEFOLKNING

Statistikk og prognoser om befolkningsutviklingen gir oss mye informasjon og kunnskap om befolkningens omsorgsbehov og sannsynlige sykdomsbilde, og dermed en del om behovet for helse- og omsorgstjenester.

Flere eldre, og etterhvert færre yngre

Ved inngangen til 1994 var vi 4,3 millioner innbyggere i Norge. Et grovt mål på samfunnets totale omsorgsbyrde er størrelsen på gruppen barn, unge og eldre i forhold til antall personer i yrkesaktiv alder. Fra 1980 til 1994 var det en svak økning i antall førskolebarn (0-6 år), men en relativt kraftig nedgang i antall skolebarn og ungdom (7-19 år). I samme periode økte antall eldre kraftig (66 år og eldre). Totalt gikk antall personer i yrkesaktiv alder ned med knapt 14 000, mens antallet i ikke-yrkesaktiv alder økte med om lag 74 000 personer fra 1980 til 1994.

Hvordan måler vi helse og sykdom?

Fordi helsebegrepet er svært sammensatt, finnes det ingen enkel måte å måle befolkningens helsetilstand på. Forskjellige datakilder gir forskjellige bilder av helsetilstanden, noe figur 1 illustrerer.

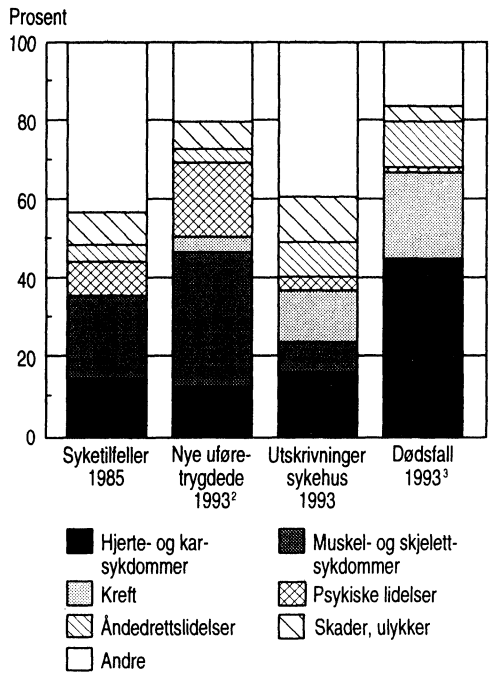
DEL I. Befolkningens helsetilstand

Lavere dødelighet

Dødeligheten har gått ned i hele etterkrigstiden. Dette har ført til en økning i forventet levealder, mer for kvinner enn for menn. Begrenser vi oss til perioden 1980-1994 har helsetilstanden (målt ved forventet levealder) blitt ytterligere forbedret, men nå litt mer for menn enn for kvinner. Dette skyldes primært nedgangen i hjerte- og kardødeligheten blant middelaldrende menn. Fram til begynnelsen av 1970-årene økte hjerte- og kardødeligheten blant menn i disse aldersgruppene, men siden er det registrert en klar nedgang. Ellers viser dødsårsaksmønsteret små endringer i 1993 sammenlignet med tidligere år.

Bortimot 70 prosent av alle dødsfall skyldes hjerte- og karsykdommer og kreft. Hjerte- og karsykdommer er viktigste dødsårsak blant menn, og den vesentligste årsak til menns overdødelighet sammenlignet med kvinners. Også for kvinnene utgjør disse sykdommene de viktigste dødsårsaker, men

Figur 1. De vanligste helseproblemene i Norge, slik de framstår i ulike datakilder. Prosent[1]



[1] Tallgrunnlaget til denne og alle andre figurer er presentert fortløpende i vedleggstabellene bak i publikasjonen. Her: se vedlegg 1.

[2] Inklusive utskrivinger fra psykiatriske sykehus og klinikker, psykiatriske avdelinger ved somatiske sykehus, men eksklusive psykiatriske sykehjem og ettervernshjem, samt sykdom under svangerskap, under fødsel og i barselseng

[3] Psykiske lidelser er her selvmord

Kilder: Helseundersøkelsen 1985, Dødsårsaker 1993 og Helsestatistikk 1991, SSB. Rikstrygdeverket

de rammer kvinner seinere i livsløpet sammenlignet med menn.

Kreftdødeligheten høyest blant eldre menn...

Blant menn over 60 år har dødeligheten av kreftsykdommer økt i hele etterkrigstiden. Blant kvinner i samme aldersgruppe var det en viss nedgang i kreftdødeligheten fra 1950- til 1970-årene, mens det etter 1970 har vært en økning.

...men sterkest økning i lungekreftdødeligheten blant kvinner

Antall dødsfall grunnet lungekreft har økt både for kvinner og menn de siste tiårene, men økningen har vært sterkest blant kvinner. Lungekreft utgjør en økende andel av kreftdødsfall blant kvinner, fra 5 prosent i 1980 til 9 prosent i 1993. Fremdeles er likevel dødeligheten av lungekreft langt høyere for menn enn for kvinner.

Voldsomme dødsfall: en hyppig dødsårsak blant unge

Voldsomme dødsfall (selvmord, ulykkesdødsfall og drap) utgjør en større del av dødsfallene blant yngre enn blant eldre, særlig blant menn. Menns overdødelighet i denne aldersgruppen skyldes i alt vesentlig ulykker og andre voldsomme dødsfall. Voldsomme dødsfall stod for vel 5 prosent av alle dødsfall i 1993.

Selvmordsraten i 1993 var den laveste siden 1981. I 1950- og 1960-årene holdt selvmordshyppigheten seg konstant på mellom 7 og 8 pr. 100 000 innbyggere, som tilsvarer om lag 250 selvmord i året. Deretter var det en økning fram til 1988, da antall selvmord var 708, dvs. 17 pr. 100 000 innbyggere. Deretter har det vært en jevn nedgang. I 1993 ble det registrert i alt 590 selvmord.

SYKELIGHET

Helse- og levekårsundersøkelsene tyder ikke på vesentlig reduksjon i andel av befolkningen med sykdom som har betydelige konsekvenser eller andel med nedsatt funksjonsevne i perioden 1980 til 1991. Sett på bakgrunn av godt utbygde helsetjenester og en befolkning med stadig bedre levekår generelt, er dette kanskje noe overraskende. Lavere dødelighet og en eldre befolkning, som betyr flere mennesker med kroniske sykdommer, er en viktig forklaring.

Endringer i sykdomsmønsteret

I Levekårsundersøkelsen 1991 svarte rundt halvparten av den voksne befolkning bekreftende på at de hadde langvarig sykdom, om lag det samme omfang som i Helseundersøkelsen 1985. Omfanget av de to store gruppene muskel- og skjelettsykdommer og hjerte- og karsykdommer har totalt sett forandret seg lite i de 10 årene mellom 1975 og 1985, mens andelen personer med hudsykdommer økte i perioden.

Hver femte innbygger har muskel- og skjelettlideiser

Muskel- og skjelettsykdommer er den sykdomsgruppen som hyppigst påfører den voksne befolkningen her i landet helseplager. I helseundersøkelsen både i 1975 og 1985 rapporterte hver femte kvinne og hver syvende mann slik sykdom. Levekårsundersøkelsene fra 1980 til 1991 registerte en svak økning av disse sykdommene i befolkningen totalt, men en økning fra 19 til 26 prosent blant kvinner i alderen 16-79 år. Hjerte- og karsykdommer er omtrent like utbredt i befolkningen ved begynnelsen av 1990-årene som de var det gjennom 1980-tallet, 11 prosent av befolkningen rapporterte slik sykdom i 1991.

Flere har hudsykdommer

Utbredelsen av hudsykdommer har vist mest økning i løpet av perioden, noe som er registrert både i helse- og levekårsundersøkelsene. Levekårsundersøkelsene viser en økning fra 6 til 11 prosent fra 1980 til 1991. Disse sykdommene viser en annen aldersfordeling enn de fleste andre sykdommer ved at de forekommer hyppigst blant unge. Nesten 14 prosent av 16-24-åringer hadde hudsykdommer i 1985.

Hva med psykiske plager og lidelser?

Det er vanskelig å registrere utbredelse av psykiske lidelser i utvalgsundersøkelser som helse- og levekårsundersøkelsene. Mellom 6 og 7 prosent av alle voksne personer i utvalget i helseundersøkelsen rapporterte i 1985 nervøs lidelse ved begynnelsen av registreringsperioden. Ifølge levekårsundersøkelsen var det 5 prosent av den voksne befolkningen som var plaget av angst eller depresjon (1991). Psykiske lidelser rapporteres hyppigere blant kvinner enn blant menn, og hyppigst blant de eldste kvinnene. Analyser av helseundersøkelsens materiale viser sterkest og mest stabile kjønnforskjeller i de somatiske symptomer (hjertebank, svetting m.m.), mens forskjellene i de rene depressive symptomer er helt ubetydelige. Som diagnose fra sykehus forekommer psykiske lidelser imidlertid hyppigere blant mannlige enn kvinnelige pasienter (psykiatriske avdelinger ved somatiske sykehus).

Befolkningens egenvurderte helsetilstand

I Helseundersøkelsen 1985 ble befolkningen for første gang spurt om hvordan folk vurderte sin egen helse. Til tross for at nesten halvparten av de spurte oppgav sykdom, var det bare 1 av 20 personer (5 prosent) som selv syntes at de hadde dårlig eller meget dårlig helse. Selv blant de med sykdom var det en liten andel (9 prosent) som vurderte sin helsetilstand som dårlig.

FUNKSJONSEVNE

Flere funksjonsdyktige eldre...

Funksjonsevnen har vært uforandret når en ser på befolkningen under ett i perioden 1980 til 1991. De ulike aldersgruppene har imidlertid utviklet seg relativt ulikt. Spesielt er de eldste blitt mer funksjonsdyktige de siste 10 årene. Utviklingen har vært gunstig både for eldre menn og kvinner, men spesielt gunstig for eldre menn.

...men svært mange eldre kvinner har nedsatt funksjonsevne...

Nedsatt funksjonsevne forekommer hyppigst blant de eldste kvinnene. Uansett hvilke typer aktivitet en ser funksjonsevne i forhold til, er det flere kvinner enn menn som har nedsatt funksjonsevne, og kjønnsforskjellen gjenfinnes i alle aldersgrupper.

..og er uføre

Tilgangen på nye uførepensjonister har vært avtagende siden 1989. Når det gjelder det totale antall uførepensjonister, hadde vi en økning fra 1980 til 1992, både for kvinner og menn. Det var imidlertid en større økning blant kvinner enn blant menn, ikke nødvendigvis grunnet dårligere helse, men heller som et resultat av kvinners økende yrkesdeltakelse i denne perioden. Fra og med 1992 har det vært en nedgang i antall uførepensjonister.

Sykdommer i muskler og skjelett er den diagnosegruppen som hyppigst fører til uførepensjonering. Nevroser og rygglidelser er for øvrig de to hyppigst forekommende undergrupper av diagnoser ved uføretrygding.

SOSIAL ULIKHET I HELSETILSTAND

Det er en nær sammenheng mellom dårlig helse og andre levekårsindikatorer som gjør at heller ikke helsegodet er jevnt fordelt i befolkningen. Det er en sammenheng mellom de ulike levekårsproblemene; både yrke, kjønn, inntekt, utdanning og bosted er faktorer som er assosiert til sykelighets- og dødelighetsforhold.

Flest tapte leveår blant lavere funksjonærer og ufaglærte arbeidere

Dødeligheten var mer enn dobbelt så høy blant mannlige underordnede i skipsfarten som blant pedagoger i tiåret 1980-1990. Blant kvinnene er dødeligheten størst blant ansatte i næringsmiddel-, jern- og metallindustrien. Også for kvinner finner vi den laveste dødeligheten blant pedagoger.

Høy dødelighet i Oslo-Øst

Analyser av dødeligheten i perioden 1987-1992 viser betydelige forskjeller for bosatte i ulike bydeler og kommuner i risikoen for en tidlig død, og risikoen er størst i de indre bydeler i Oslo.

Alle de vanligste dødsårsakene rammer menn mest

Forskjellene i levekår mellom menn og kvinner, blant annet som følge av kjønnsrollemønsteret, påvirker menns og kvinners helse. Kjønn er både biologisk og sosial kategori. Kvinner og menn har forskjellig livsstil og yrkestilhørighet, og begge deler slår ut i høyere dødelighet blant menn. Kvinner har høyere sykelighet enn menn, først og fremst forårsaket av nervøse lidelser og muskel- og skjelettlidelser. Menn har høyere dødelighet, i ung alder primært på grunn av høy ulykkesdødelighet, og for middelaldrende og eldre menn grunnet hjerte- og kardødelighet.

DEL II. Virksomheten i helsetjenesten

Det er flere forhold som påvirker innhold, omfang og organisering av våre helse- og omsorgstjenester. Selv om det ikke er noen entydig eller nødvendig sammenheng mellom forhold som befolkningens aldersammensetning, sykelighet og forhold på arbeidsmarkedet og behovet for helse- og omsorgstjenester, er dette helt sentrale rammebetingelser for helse- og sosialpolitiske vurderinger. I tillegg er helsetjenestens innhold og omfang styrt av samfunnsøkonomiske forhold, av politiske prioriteringer, av fagfolks syn på helse- og omsorgsproblemene, av de til enhver tid tilgjengelige teknologier, og i noen grad også av utilsiktede

virkninger av finansierings- og administrasjonsordninger mm.

UTGIFTER

Mindre vekst i de totale helseutgiftene

Offentlige helseutgifters andel av de totale offentlige utgifter har holdt seg stabil i perioden 1980 til 1993, og utgjorde 13 prosent i 1993. Mens de totale helseutgifter i faste 1992-priser ble om lag fordoblet fra 1970 til 1980, økte de med 34 prosent fra 1980 til 1990, og med 11 prosent fra 1990 til 1993.

På 1980-tallet var veksten i de offentlige helseutgiftene særlig sterk på begynnelsen og midten av tiåret, med en påfølgende realnedgang fra 1988-1990. Etter 1990 har utgiftene igjen vist en klar økning, blant annet på grunn av "eldremilliarden" og HVPU-reformen.

Fortsatt mest penger til institusjonshelsetjenesten...

Den største andelen av de offentlige helseutgifter går (fortsatt) til institusjonshelsetjenesten. Av de samlede offentlige utgifter til helseformål i 1980 gikk 90 prosent til statlige og kommunale helseinstitusjoner, mens andelen i 1993 var redusert til 75 prosent (nasjonalregnskapsstatistikk). Størstedelen av disse ressursene går fortsatt til de somatiske helseinstitusjonene, selv om veksttakten er større for de psykiatriske tjenestene enn for de somatiske.

De fylkeskommunale og statlige utgifter til helseformål var i 1993 om lag syv ganger så store som de kommunale, dersom Oslo - som både er kommune og fylkeskommune - holdes utenfor regnestykket. Veksttakten har imidlertid vært langt sterkere i de kommunale helsetjenester. I løpende priser økte utgiftene her med 41 prosent fra 1988 til 1993, mens den tilsvarende veksten i fylkeshelsetjenesten var 14 prosent (pleie- og omsorgstjenester ikke inkludert).

Ser vi på fordelingen av ressurser mellom somatikk og psykiatri, gikk 78 prosent av de fylkeskommunale helseutgiftene i 1992 til drift av somatiske institusjoner og 22 prosent til de psykiatriske. I 1980 var andelene henholdsvis 82 og 18 prosent (helseinstitusjonsstatistikk).

...og en økende andel av utgiftene går til lønn

Lønn er den klart største utgiftsposten i alle deler av den offentlige helsetjenesten, og andelen er økende. I 1980 utgjorde lønnsutgiftene 49 prosent av de samlede utgifter til helsestell i offentlig forvaltning (nasjonalregnskapsstatistikk). I 1993 hadde denne andelen økt til 57 prosent.

Sterk økning i de private forbrukeres helseutgifter

Både nasjonalregnskapets beregninger og forbruksundersøkelsens registrering av husholdningers utgifter til behandling og helsepleie, viser en betraktelig økning i perioden 1980 til 1992. Nasjonalregnskapsstatistikk viser en kraftig vekst i private helseutgifter fra 1980 til 1993. Egenbetaling fra private utgjorde 7 prosent av de offentlige helse- og sosialutgiftene i 1980 og 12 prosent i 1990. I tillegg skyldes utgiftsveksten økt tilbud av helsetjenester, både av tradisjonelle legetjenester, av nye typer tjenester utenfor institusjon og av tjenester fra endel private helseinstitusjoner.

RESSURSER

Andelen av den yrkesaktive befolkningen som er sysselsatt i produksjon av helsetjenester har økt sterkt de siste 20 årene, og antall sysselsatte er mer enn fordoblet. Målt i årsverk økte personellinnsatsen med 30 prosent fra 1980 til 1992. Ressursinnsatsen

har økt mer i de kommunale helse- og omsorgstjenester enn i de statlige og fylkeskommunale. Holder vi sykehjemmene utenfor, har institusjonenes andel av årsverkene blitt redusert fra snaut 44 prosent i 1980 til vel 38 prosent i 1992.

Tallet på leger, sykepleiere og hjelpepleiere er antakelig det beste mål for utviklingen i ressursinnsatsen i helsesektoren, og veksten de siste 20 årene har vært stor, særlig blant pleiepersonellet: tallet på utdannede sykepleiere og hjelpepleiere ble om lag fordoblet i perioden 1979 til 1991.

9 av 10 årsverk knyttet til pleie- og omsorg

88 prosent av de snaut 79 000 årsverkene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene ble i 1993 utført i pleie- og omsorgstjenestene. 50 prosent av det totale antall årsverk er knyttet til institusjoner for eldre og snaut 40 prosent til hjemmetjenestene. De siste om lag 10 prosent av totalt antall årsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester ble utført i allmennlege- og fysioterapitjeneste utenfor institusjon, samt i skole- og helsestasjonstjeneste.

Overføringen av sykehjemmene til kommunene i 1988 førte til en kraftig økning i antall årsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenester, og da spesielt til pleie- og omsorgstjenestene. I 1980 var det registrert vel 40 000 årsverk i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Fra 1987 til 1993 viser Statistisk sentralbyrås tall en økning på 38 prosent, fra 50 000 til 69 000 årsverk.

De psykiatriske syke- og ettervernshjem er også et pleie- og omsorgstilbud, og en del av det fylkeskommunale ansvarsområde. Dette var institusjoner som i perioden 1980 til 1992 fikk en økning i sine personellressurser på over 60 prosent, fra vel 2 700 til knapt 4 500 årsverk.

Reduksjon i antall senger

Mens det totale antall institusjonsplasser er redusert i årene etter 1989, har det vært en økning i antall sykehjemsplasser i denne perioden. Pr. 100 innbyggere over 80 år ble imidlertid antall institusjonsplasser redusert fra 33 til 28 i perioden.

Ingen særlig økning i personellressursene i psykiatrien

Årsverksinnsatsen i de somatiske sykehusene økte fra vel 41 000 til knapt 47 000 årsverk i perioden 1980-1992, en økning på 14 prosent. I de psykiatriske sykehus og sykehusavdelinger var det i denne perioden en økning på vel 5 prosent, fra 9 500 til vel 10 000 årsverk.

AKTIVITET

Kontakt med helsetjenesten

Det har vært en sterk økning i befolkningens kontakter med helsetjenesten de siste 10-20 årene. Intervjuundersøkelser tyder på at antall kontakter med helsetjenesten pr. person (unntatt innleggelser på institusjon) økte med 44 prosent fra 1975 til 1985. Telefonkonsultasjoner med lege og bruk av fysioterapi økte mest. Tallet på fysikalske behandlinger har fortsatt å øke også i siste halvdel av 1980-tallet, fra 1,8 besøk pr. person i 1983 til 3,1 besøk pr. person i 1991. Økningen er noe høyere for kvinner enn for menn, og kvinner mottar også fysikalsk behandling hyppigere enn menn i de fleste aldersgrupper.

Hver voksne person besøkte lege gjennomsnittlig 4,5 ganger i 1991, de eldste kvinnene mest med nær 6 besøk pr. år, de yngste mennene minst med knapt 3,5 besøk pr.år (SSB 1992b).

Sterk økning i bruken av hjemmesykepleie

Den største aktivitetsøkningen innenfor pleie- og omsorgstjenestene har kommet i

hjemmesykepleien, hvor antall mottakere økte med 69 prosent og antall besøk pr. pasient med 48 prosent fra 1980 til 1991. I 1993 var det vel 74 000 registrerte mottakere av hjemmesykepleie, og vel 118 000 registrerte mottakere av hjemmehjelp. I alt ble det registrert i underkant av 143 000 mottakere av hjemmetjenester i 1993. 24 prosent av de som mottar hjemmetjenester er i aldersgruppen 80-84 år. 27 prosent av de som bare mottar hjemmesykepleie er under 67 år.

HVPU-reformens ettervirkninger

Ifølge HVPU-reformen skal de ordinære helse- og omsorgstjenestene yte denne klientgruppen den hjelpen de trenger, kommunene skal ikke opprette en ny særomsorg for denne gruppen klienter. Det lages derfor ikke noen årlig statistikk som fanger opp hjelpen til disse gruppene spesielt. De blir registrert som ordinære mottakere av hjemmetjenester og helsetjenester, og brukere av andre lokale instanser som trygdekontor, arbeidskontor, sosialkontor, skole og barnehager.

Færre korttidsopphold og økt pleietyngde i sykehjemmene

Det har de siste årene vært en offisiell målsetting at sykehjemmene i større utstrekning skal brukes til korttidsopphold som avlastning og medisinsk rehabilitering. Siden 1989 har imidlertid antall korttidspasienter gått ned, samtidig som pasienter innskrevet for langtidsopphold har økt. Forklaringen på dette er økt pleietyngde som følge av en stadig større andel eldre blant institusjonsbeboerne.

ULIKHETER I TILBUD OG BRUK AV HELSETJENESTER

Målsettingen om et likeverdig helsetilbud har først og fremst vært diskutert i forhold til geografisk fordeling av helsetjenester. Norge har mange små og perifere kommuner. Et relativt lite antall innbyggere er spredt over et stort areal, og 203 av landets kommuner har mindre enn 5 000 innbyggere.

Hvordan varierer tjenestetilbud og tjenestebehov?

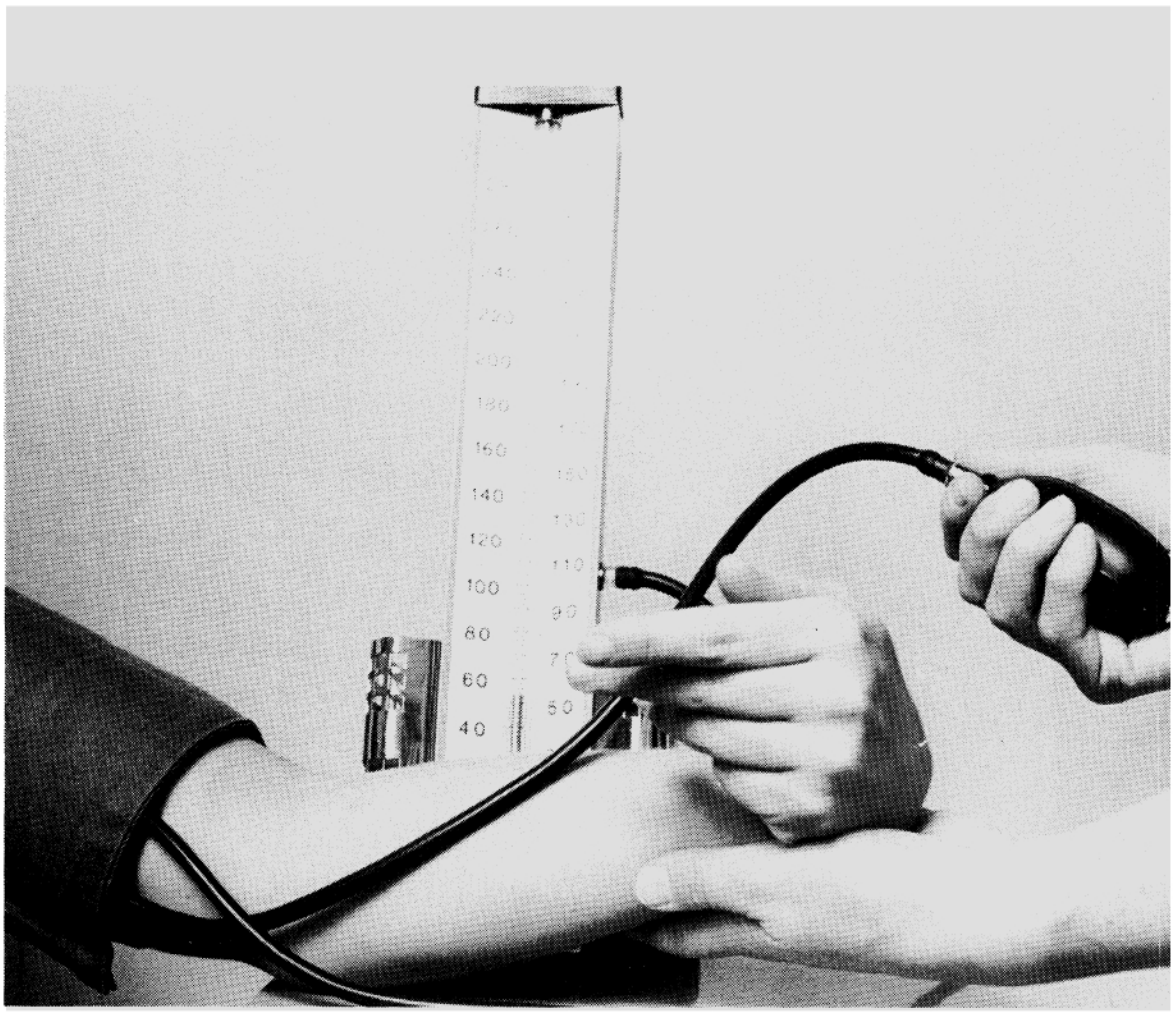
I 1970 hadde helsetjenesten et tydelig sentrum-periferi mønster. De minste kommunene hadde færrest sysselsatte i helsetjenesten. Som følge av et desentralisert vekstmønster etter 1970 har helsetjenesten fått en jevnere fordeling mellom kommuner av ulik størrelse. Noe av bakgrunnen for dette er at de kommunale helse- og omsorgstjenestene har hatt en forholdsvis sterk vekst; det var de tjenestetilbudene som var eller ble et kommunalt ansvar, som ekspanderte sterkest.

Dersom vi ser på personellinnsats i helse- og omsorgstjenesten, viser denne relativt store variasjoner kommuner imellom, men at variasjonen er minst i legetjenesten og størst i hjemmetjenestene.

Hva er bakgrunnen for ulikhetene?

Beregninger viser at det er en tendens til at kommuner med stor andel eldre (spesielt 80 år og over) også har flest institusjonsplasser. Og det er en generell tendens til at kommunestørrelse har betydning for personellinnsatsen i både hjemmetjenestene og institusjoner for eldre, små kommuner har gjennomgående flere årsverk i forhold til innbyggertall.

Innledning



1. Helse og helsetjenester: Noen avgrensninger

1.1. Bakgrunn og formål

Formålet med denne publikasjonen er å gi en mest mulig samlet oversikt over status og utvikling i befolkningens helsetilstand, samt hovedtrekk ved utviklingen i helsetjenesten i Norge i perioden 1980 til 1994. Et lengre historisk tilbakeblikk forekommer der hvor vi mener dette er gunstig for framstillingens skyld, og nyere tall der disse har vært tilgjengelig.

Vi har brukt flere og til dels forskjellige datakilder om befolkningens helsetilstand og om virksomheten i helsetjenesten, for å kunne gi et bredest mulig bilde av helseforholdene og om helsetjenesten i Norge, og hvordan disse eventuelt har endret seg i perioden. Det er i beskrivelsen av helsetilstanden lagt vekt på å få fram en oversikt over sykeligheten, og hvordan den fordeler seg i befolkningen med hensyn til alder, kjønn, sosioøkonomisk status og geografisk plassering. Et av formålene med publikasjonen er å beskrive ulikheter i helsetilstand og konsekvenser av sykdom og skader - for den enkelte og for samfunnet samt ulikheter i fordeling og bruk av ulike helsetjenester.

Del I presenterer *Hovedtrekk ved utviklingen i helsetilstanden,* og del II *Hovedtrekk ved virksomheten i helsetjenesten* de siste 10-15 årene. Først vil vi imidlertid presentere noen perspektiver på helse- og sykdomsbegrepet, og noe mer om de ulike mål som brukes i beskrivelsen av befolkningens dødelighet, sykelighet og uførhet, og i beskrivelsen av utgifter, ressurser og aktivitet i helsetjenesten. I tillegg vil vi i dette innledningskapittelet presentere noen sentrale demografiske kjennetegn ved befolkningen.

1.2. Begrepsdefinisjoner og avgrensninger

Helse og sykdom er relative begreper. Verken medisinere, helsepolitikere eller andre opererer med noe entydig og klart avgrenset sykdomsbegrep. Det finnes ikke èn definisjon av begrepet helse som definitivt skiller mellom "friske" og "syke".

Hva er sykdom?

Hva som er sykdom preges både av historiske, kulturelle og sosiale forhold. Et menneskes helsetilstand er til enhver tid både en subjektiv opplevelse og en *biologisk og medisinsk* tilstand. I tillegg vil vurdering av helse også til en viss grad variere med *hvem* som definerer tilstanden. En kan skille mellom ulike perspektiver på eller aspekter ved sykdom:

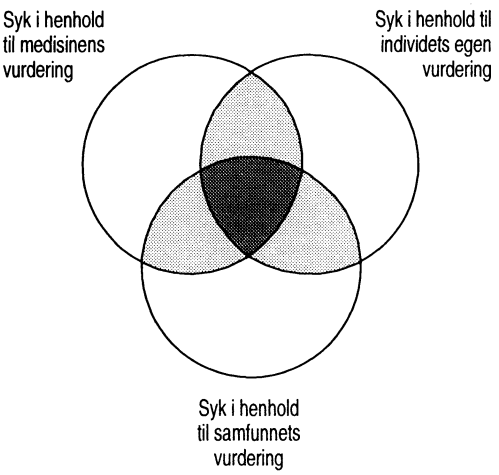
(1) Sykdom kan defineres som avvik fra normale kroppslige tilstander; som biologiske, kjemiske eller fysiologiske avvik fra en

normalsituasjon. Dette er det tradisjonelle medisinske perspektivet på sykdom, og hvor avvikene diagnostiseres og klassifiseres gjennom sine symptomer, fordi sykdommens spor så å si er objektivt registrerbare for en medisinsk sakkyndig.

(2) For pasienten er sykdommen imidlertid i første rekke en personlig opplevelse; her er det individets definisjon av egne plager som står i sentrum. Men i individets vurdering av egne plager kan både medisinske, sosiale og psykologiske faktorer inngå.

(3) Et tredje perspektiv på sykdom finner vi i den samfunnsmessige dimensjonen sykdom og helsesvikt har. *Sykerollen* viser til de rettigheter og plikter som er knyttet til sykerollen. Vår velferdsstat bygger på et system med solidariske overføringer fra den yrkesaktive til den ikke-yrkesaktive del av befolkningen, og det eksisterer bestemte kriterier for hva som skal til for å oppfylle kravene til sykerollen.

Figur 1.1. Skjematisk bilde av sammenhenger mellom ulike sykdomsperspektiver



Kilde: Statistiska centralbyrån, Stockholm 1991

Sykdomsbeskrivelser med utgangspunkt i disse tre perspektivene utfyller hverandre, og benevnes i engelskspråklig faglitteratur som henholdsvis *disease, illness og sickness* (Statistiska centralbyrån 1991). De kan være i overensstemmelse med hverandre, men de kan også være atskilte eller i konflikt med hverandre, slik vi ser det skjematisk framstilt i figur 1.1.

Hva er helse?

Begrepet helse er nært knyttet til begrepet sykdom, og helsebegrepet er like vanskelig og flertydig som vi har sett at sykdomsbegrepet er. Dersom vi aldri har vært plaget med langvarig eller alvorlig sykdom, vet vi heller lite om hva det vil si å være frisk. Blir vi imidlertid rammet av en sykdom, vil dette gi oss kroppslige og mentale erfaringer i forhold til hva god helse innebærer. Kanskje er det dette paradokset som gjør det så vanskelig.

Tradisjonelt har medisinen definert helse negativt i betydningen som *fravær av sykdom*. At helse ofte blir beskrevet som fravær av sykdom, illustrerer kanskje noe av vanskelighetene med å finne relevante måter både å innholdsbestemme og å måle dette fenomenet på.

Den kanskje mest kjente definisjonen av helse er den til Verdens Helseorganisasjon, hvor helse defineres som *en tilstand av total fysisk, psykisk og sosial velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller svakheter.* Definisjonen er ganske upresis, og blir nok av de fleste sett på som et utopisk ideal. Mye tyder imidlertid på at den har tjent en funksjon som påminner om at forbedring av helsen ofte må gå gjennom en forbedring av de sosiale og politiske forhold menneskene i det aktuelle området lever under.

Den franske legefilosofen Georges Canguillhem har definert helse som *evne til å svare på ubalanse med et variert sett av reaksjoner*

slik at ny balanse, eller en ny form for normativitet kan etableres (Førde 1993). Her ser vi at det dynamiske aspektet ved livet er med, og det fullstendig normale i at vi hele livet igjennom er en organisme som stadig blir utsatt for påvirkninger og påkjenninger som truer vår balanse. Denne forståelsen av helse tar utgangspunkt i den enkeltes funksjonsevne, og ser helse nærmest som en evne til å mestre dagliglivet (Hjort 1982). Ut fra en slik definisjon blir f.eks. feber tegn på kroppens evne til respons, og noe som medvirker til bekjempelse av det som truer den.

Hvilke helsemål har vi?

Like lite som det finnes en entydig og grei teoretisk definisjon av sykdom og helse, finnes det noen enkel måte å *operasjonalisere* og *måle* befolkningens helsetilstand på. Ikke desto mindre har forskere over hele verden vært opptatt av å finne indikatorer som beskriver befolkningens helsestatus så direkte som mulig. Som oftest har man måttet nøye seg med å beskrive helsetilstanden *indirekte* ved å registrere helse*problemer* i stedet for helse. Befolkningens helseproblemer registreres og observeres på forskjellige måter av helsetjenesten, befolkningen rapporterer sin helsetilstand både ved kontakt med helsepersonell og i intervjuundersøkelser, og langvarige helseplager blir ofte registrert som *sykefravær* og *uføretrygding*. Vi vil i det følgende si noe om hvilke sider ved sykeligheten og helsetilstanden de ulike målene beskriver.

Sykdom og sykelighet

Vi har flere datakilder i Norge som gir opplysninger om helsetilstand fra ulike innfallsvinkler. Når det gjelder mål for sykelighet, har vi data samlet inn både gjennom utvalgsundersøkelser og registerdata. Et bilde av folks subjektivt opplevde og egenrapporterte helse og sykelighet får vi gjennom bl.a. Statistisk sentralbyrås helse- og levekårsundersøkelser. Disse undersøkelsene gir et bilde av sykdommer og plager folk rapporterer at de har.

Det knytter seg imidlertid noe usikkerhet til slike utvalgsdatas representativitet og i hvilken grad denne innsamlingsmetoden undervurderer sykeligheten i befolkningen. For å kunne si noe om utvikling over tid i befolkningen som helhet, og om ulikheter mellom grupper, er det blant annet helt avgjørende at vi har et utvalg av intervjupersoner som er representative for befolkningen og for de grupper vi sammenligner (Barstad 1994). Den usikkerhet en får i resultatene fordi en bygger på opplysninger om bare en del av befolkningen (som undersøkelsen omfatter) kalles ofte utvalgsvariansen. Frafall kan f.eks. føre til utvalgsskjevhet ved at frafallet ikke er tilfeldig fordelt. Hvis omfanget av frafall i ulike grupper er svært forskjellige, vil dette føre til at nettoutvalget (personer det er oppnådd intervju med) ikke har de samme fordelinger som bruttoutvalget (personer som er oppsøkt og intervjuet) (SSB 1992b).

Når det gjelder helse- og levekårsundersøkelsenes registrering av sykelighet i befolkningen, blir denne nok noe undervurdert både fordi en må regne med en viss underrapportering når folk blir spurt om sin helsetilstand (Elstad 1981), og fordi innlagte på institusjon - de antatt sykeste - ikke er med i nettoutvalget (Barstad 1992).

Dødelighet og dødsårsaker er av de mest brukte indikatorer på befolkningens helsetilstand. Dødsfall er det mest dramatiske uttrykk for helseproblemer. Kanskje var dødelighet et bedre mål på den norske befolkningens helsetilstand tidligere, da dødeligheten av sykdommer var høyere i alle aldersgrupper. I dag dør de aller fleste som gamle mennesker, og ikke sjelden av noe annet enn det som har redusert deres helsetilstand gjennom et langt liv. Dødelighetsmål har en ubestridt styrke fordi

nøyaktigheten ved disse målingene her i landet er høy.

Levealder er en av de mest "direkte" helseindikatorer vi har, og i Norge har vi et svært pålitelig system for å innhente de data som trengs for å beregne forventet gjenstående levetid både ved fødselen og for andre aldersgrupper.

Konsekvenser av sykdom og skader
Ulike sykdommer kan ha svært ulike konsekvenser for de berørte personer og for samfunnet generelt. Kunnskap om enkeltmenneskers egenvurdering av helse og om konsekvenser av sykdommer og skader for den enkeltes levekår og livskvalitet, hentes vanligvis inn ved hjelp av utvalgsundersøkelser. Konsekvenser i form av kontakt med helsetjenesten registreres også i helse- og levekårsundersøkelsene.

Oversikt over befolkningens kontakt med helsevesen/lege skjer bl.a. ved registrering av kontakt og diagnoser ved behandling hos leger, ved sykehus og ved poliklinikker, og gjennom at bestemte sykdommer som infeksjonssykdommer og kreftsykdommer rapporteres til egne registre. Ellers gir Rikstrygdeverket en viss oversikt over alvorlige og varige funksjonsnedsettelser gjennom sin registrering av omfang av uførhet i ulike befolkningsgrupper, om graden av uførhet, og om årsaker til uførhet. Rikstrygdeverket registrerer også omfanget av sykefravær utover arbeidsgiverperioden (som er de første 14 dager av et syketilfelle). Korttidsfravær har vi mindre oversikt over.

1.3. Hvem er vi?

Norges befolkning er nær fordoblet i løpet av dette århundret, og ved inngangen til 1994 bodde det vel 4,3 millioner mennesker her. Både i verdensmålestokk og i europeisk sammenheng er dette en liten folkemengde (Skiri og Sørlie 1993). Demografiske forhold, dvs. trekk ved befolkningsutviklingen og befolkningens aldersammensetning, påvirker gjennom sin betydning for befolkningens helsetilstand også i stor grad det totale behovet for helsetjenester. Innenfor landets grenser er det store forskjeller i helseforhold, levekår og helsetilstand både etter alder, familiesituasjon, kjønn, livsfase og bosted. Dette sier vi mer om i kapitlene 5 og 10.

Befolkningens alderssammensetning og dødelighet
Befolkningens størrelse og sammensetning på et visst tidspunkt er et resultat av hendelser de foregående 100 år som antall fødsler, dødeligheten i befolkningen og flyttinger inn og ut av landet. Indirekte har også ekteskapsinngåelse og skilsmisser betydning for fødselstall og kvinners fruktbarhet.

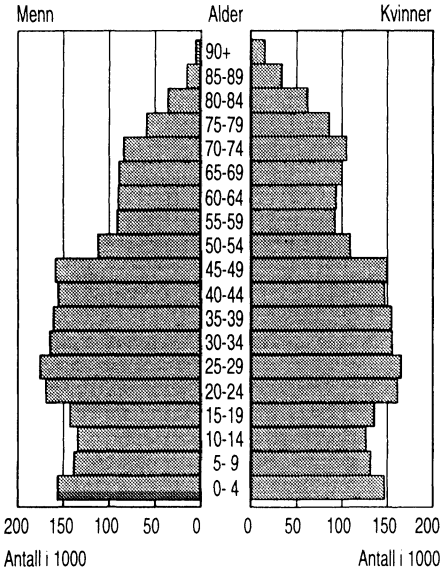
Fødselstallene i Norge har i vårt århundre variert mye. Samtidig er antall fødsler (og barnedødeligheten) den viktigste kompo-

Tabell 1.1. Befolkningsutviklingen i Norge. 1980-1993

	1980	1985	1990	1993
Folkemengde pr. 31. des.	4 092 340	4 159 187	4 249 830	4 324 815[1]
Levendefødte	51 039	51134	60 939	59 678
Døde	41 340	44 372	46 021	46 623
Nettoinnflytting	4 071	6 228	1 710	12 808

[1] Folkemengde 1. januar 1994
Kilde: Befolkningsstatistikk, SSB

Figur 1.2. Folkemengde etter kjønn og alder. 1. januar 1994



Kilde: Befolkningsstatistikk 1994, SSB

nenten for befolkningsutviklingen på lang sikt, både for befolkningens størrelse og alderssammensetning.

Økende andel eldre

Den norske befolkning er blant de eldste i verden, det vil si det folk som har høyest gjennomsnittsalder og størst andel eldre. Dette er ikke primært fordi folk lever lenge i Norge, noe vi imidlertid gjør, men fordi fruktbarheten har vært forholdsvis lav såvidt lenge. Befolkningsstatistikken viser også at stadig flere når en høyere alder enn før. Spesielt fra 1970-årene og fram til i dag har andelen eldre økt atskillig. Det samme gjelder aldersgruppen 20-49 år, mens barn, ungdom og unge eldre er blitt færre. Samlet har dette ført til at gjennomsnittsalderen i befolkningen har økt.

Dødelighetsnivået alene betyr lite for aldersstrukturen. Tallet på dødsfall har økt jevnt de siste 40 årene, fra 28 000 årlig omkring 1950 til vel 46 000 i 1993. Denne utviklingen er ikke et uttrykk for økning i dødeligheten, men avspeiler økningen i antall eldre (Skiri og Sørlie 1993).

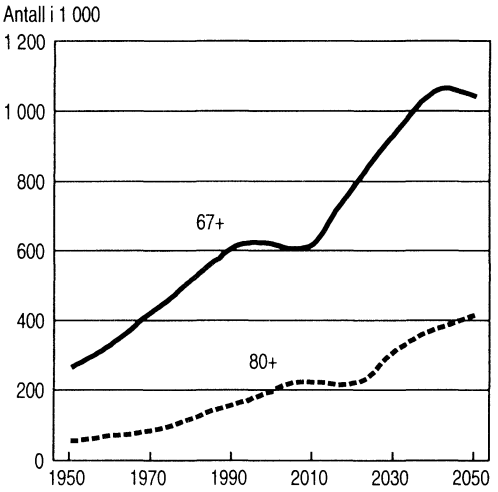
I løpet av de neste 10-15 årene vil andelen eldre i den norske befolkning avta, noe som skyldes at det etter hvert er de små fødselskullene fra siste halvdel av 1920-årene og 1930-årene som blir alderspensjonister. Vi ser av figur 1.2 at alderspyramiden er smal i aldersgruppen 50-64 år, den aldersgruppen som rundt 2005 - 2010 vil være mellom 65-79 år.

De eldre er sykest

Alle helseindikatorer viser at helseproblemene øker med økende alder. I helseundersøkelsen fra 1985 ble det f.eks. registrert tre ganger så mange syketilfeller pr. 1 000 personer i aldersgruppen 67 år og eldre som blant ungdom mellom 15 og 24 år. Forskjellen mellom ulike aldersgrupper er selvfølgelig enda større når vi ser på dødelighet. På grunn av slike systematiske forskjeller mellom aldersgruppene, er dødelighet og sykdomshyppighet for alle aldersgrupper under ett påvirket av aldersfordelingen i de befolkningsgrupper vi sammenligner. Under ellers like forhold vil for eksempel dødeligheten være større i en befolkning med en stor andel eldre enn i en yngre befolkning.

I vår tid, med lav dødelighet før fylte 60 år, vil vi lettere enn før kunne beregne størrelsen på gruppen eldre, og hvordan denne vil utvikle seg de nærmeste årene framover. Dersom vi med eldre mener alle de som er 67 år og eldre, finner vi ingen stor økning i denne gruppen før rundt år 2015. Antall personer over vanlig pensjonsalder vil, som allerede nevnt, synke noe fram mot år 2010. Derimot vil antallet som er minst 80 år, fortsette å øke nokså sterkt fram til år 2005, før det blir en viss nedgang også her. Etter som personer over 80 år som regel har langt mer behov for hjelp og pleie enn

Figur 1.3. Folkemengde 67 år og over og 80 år og over. Registrerte tall 1951-1994, framskrevne tall 1995-2050. Antall i 1 000



Kilde: Befolkningsstatistikk, SSB

yngre, er det viktig å se på hver aldersgruppe for seg når en skal vurdere de sosiale og samfunnsmessige konsekvensene av utviklingen i antall eldre i årene framover.

Kvinneoverskudd i befolkningen

I Norges befolkning er det flere kvinner enn menn. De eldste kjønnsfordelte tallene er fra 1769, og forteller om 1 100 kvinner pr. 1 000 menn, alle aldersgrupper sett under ett (Skiri og Sørlie 1993).

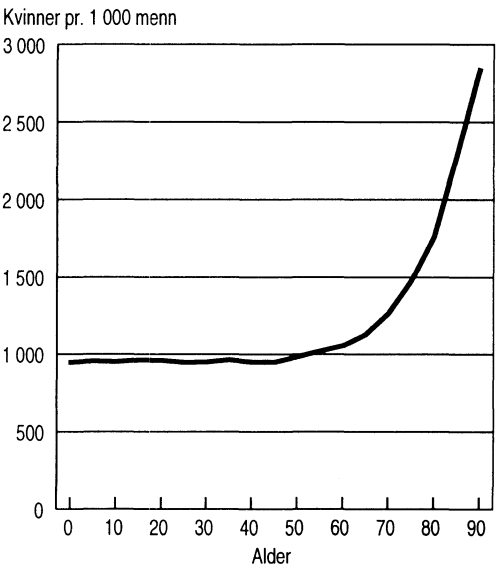
Forholdet mellom antall kvinner og menn avhenger imidlertid sterkt av hvilken alder vi betrakter. De siste tiårene har Norge hatt et overskudd av menn på mellom 3 og 6 prosent i aldersgruppen opp til 40 år. Dette skyldes blant annet en større nettoinnvandring av menn enn av kvinner, og særlig yngre menn fra fjerne land. Etter 40-årsalderen begynner menns overdødelighet å innvirke på de totale kjønnsproporsjonene, og mannsoverskuddet avtar sterkt. Siden midten av 1970-årene har vi hatt kvinneoverskudd fra og med fylte 52 år. Kvinneoverskuddet er sterkt voksende med stigende alder, og etter fylte 84 år finner vi mer enn dobbelt så mange kvinner som menn (Skiri og Sørlie 1993).

I alle befolkninger, så langt vi kjenner til, fødes det flere gutter enn jenter. At det er et kvinneoverskudd i Norge, er et resultat av menns overdødelighet. Kvinneoverskuddet har økt i hele perioden etter 1960, noe som bl.a. skyldes en atskillig gunstigere dødelighetsutvikling for kvinner enn for menn helt siden midten av 1950-årene.

1.4. Hva truer befolkningens helsetilstand?

En måte å vurdere helsetilstanden i befolkningen på er å se på forekomst av risikofaktorer. Dette er spesielt viktig og nyttig i en forebyggingssammenheng, fordi risikofaktorer ofte kan påvirkes gjennom forskjellige tiltak. Å redusere risikoen for sykdom, skader og helseproblemer, vil si å fokusere

Figur 1.4. Kvinner pr. 1 000 menn i ulike aldere. 1. januar 1994



Kilde: Befolkningsstatistikk 1994, SSB

på (de) sykdomsårsaker (vi kjenner). Forebyggende helsearbeid dreier seg om å ta utgangspunkt i kunnskaper om årsakene til helseproblemer hos enkeltpersoner og grupper av befolkningen, og å fjerne eller redusere disse (NOU:1991:10). Vi vil på de kommende sider gi en kort presentasjon av ulike faktorer som kan forårsake sykdom og nedsatt helsetilstand. Her presenteres noen av de viktigste risikofaktorer som i ulik utstrekning har betydning for befolkningens helstilstand og for behovet for helsetjenester.

Sosiale faktorer og livsstil: Det er etter hvert allmennkunnskap at dårlige kostvaner, tobakksrøyking og et høyt alkoholforbruk kan spille en stor rolle for forekomst av visse sykdommer. En risikofaktor kan gi opphav til flere sykdommer, f.eks. gir røyking bl.a. økt risiko både for kreft og hjerte- og karsykdommer. Likeledes kan èn sykdom, f.eks. hjerteinfarkt, ha flere kjente risikofaktorer; høyt kolesterol, høyt blodtrykk og røyking. Videre er spredning av mange smittsomme sykdommer relatert til kontakt og samvær med andre mennesker. Noe mer om dette også i kapittel 5.

Arbeidsmiljø: En stor del av menneskers aktive tilværelse utspiller seg i arbeidslivet. Å skape et godt arbeidsmiljø uten besværligheter som f.eks. tunge løft, monotone arbeidsbevegelser og utarmet arbeidsinnhold er derfor viktig i forhold til å forbygge sykdom og helseproblemer blant de ansatte.

Psykososialt miljø: Mangler her kan påvirke individets livsstil og dermed indirekte gi opphav til risikoatferd som f.eks. misbruk av alkohol. Psykiske påkjenninger som langvarig stress eller depresjon kan muligens også i visse tilfeller virke direkte sykdomsframkallende. Vi går imidlertid ikke nærmere inn på denne problematikken i denne publikasjonen.

Ytre miljø: Menneskers helse og trivsel påvirkes også av forhold i det ytre miljø. Selv om direkte årsakssammenhenger her er vanskelig å påvise, betyr ikke dette at sammenhenger ikke eksisterer. Det er sannsynlig at forurensning av luft, jord og vann får en økt betydning for oppkomsten av sykdommer i befolkningen. Selv utslipp og forurensning som skjer på et ikke-målbart nivå, kan få negative følger dersom disse giftige stoffene lagres i naturen, og i den grad de ikke er nedbrytbare.

Vi mangler representativ og pålitelig statistikk for mange av de aktuelle risikofaktorer. Dette skyldes delvis at slike målinger er dyre, og delvis at det rett og slett har svært vanskelig på en god måte å måle og beregne hvilke faktorer og hvor mye de ulike faktorer faktisk påvirker folks helse.

Individuelle variasjoner i risiko vil særlig være avhengig av tre forhold, som igjen virker innbyrdes på hverandre:

1) *Genetiske og biologiske forhold*, det vil si egenskaper hos individene som f.eks. øker sannsynligheten for stress og belastningslidelser, kreft eller rusmiddelavhengighet.

2) *Atferdsmessige forhold*, det vil si i hvilken grad individet har muligheter til å velge atferdsmønstre som reduserer risiko for sykdom, skade eller andre problemer.

3) *Forhold i samfunnet*, som tilgjengelighet av alkohol eller tobakk, muligheter til fysisk aktivitet og annen livsutfoldelse, sikring av fysiske forhold i miljøet, tilfredsstillende økonomi og bolig, positivt sosialt nettverk og arbeid mm.

Begrepet livsstil brukes ofte i forbindelse med risikofaktorer. En persons livsstil vil være avhengig av alle disse komponentene. Individuelle faktorer spiller selvfølgelig en stor rolle; både nedarvede egenskaper og

forhold som er resultat av sosial læring og mellommenneskelig samkvem. Men fysiske, sosiale og kulturelle miljøfaktorer og økonomiske betingelser begrenser valg- og handlefriheten for den enkelte.

1.5. Hvordan måler vi virksomheten i helsetjenesten?

Det er vanskelig å definere helse og å bestemme hva god helse er. Det er også vanskelig å bestemme hva som skal regnes som helsetjenester og hvordan disse skal avgrenses i forhold til beslektede virksomheter, som f.eks. pleie- og omsorgstjenester. I dagligtalen snakkes det gjerne om "helsesektoren" og "helsevesenet"; termer som er ment å omfatte alt og alle som på en eller annen måte er beskjeftiget i en eller annen form for helserelatert virksomhet. I offentlig statistikk gjenfinnes ikke begrepene "helsesektor" eller "helsevesen" som operasjonaliserte samlebegrep, og det er svært problematisk (for ikke å si umulig) å plukke ut og summere denne virksomhetens totale omfang i f.eks. antall årsverk eller kroner.

Statistikken er bygd opp omkring en standard for næringsvirksomhet som deler næringsvirksomheten inn bl.a. i jordbruk, skogbruk og fiske, industri, kraftforsyning, varehandel og offentlig, sosial og privat tjenesteyting (SSB 1983b). Det er under offentlig, sosial og privat tjenesteyting at størstedelen av "helsesektoren" er å finne, men også under næringene industri og varehandel er det mange bedrifter som utelukkende arbeider med "helse", bedrifter som leverer varer til helseinstitusjoner, eller produserer gjenstander etc. som brukes av helsepersonell mm.

Statistikksystemer som brukes i Norge, og i de fleste andre land, gjør det ikke mulig å tallfeste hvor mange som er sysselsatt i "helsesektoren". Den statistiske infrastruktur er utilstrekkelig og mangler tildels på enkelte områder. Det finnes heller ikke en overordnet systemtankegang i forhold til prinsipper og definisjoner som gjør det mulig entydig å avgrense de delområder, virksomheter og aktiviteter det dreier seg om. Institusjonsstatistikken mangler f.eks. registreringer fra en del private helseinstitusjoner, og gjør at vi ikke greier å gripe ressursomfang i form av årsverk. Det som regnes til helsetjenestene er de somatiske og psykiatriske sykehusene og helse- og omsorgstjenestene i kommunene (lege- og fysioterapitjeneste, helsestasjoner, skolehelsetjeneste, hjemmetjenester for eldre, syke og funksjonshemmede samt institusjoner for eldre). Det er klart at med denne avgrensningen av hva som regnes som helsetjeneste, er det mye helserelatert virksomhet og virksomhet som er nødvendig for at helsetjenesten skal kunne yte tjenester, som faller utenfor. Intensjonen er da heller ikke med denne avgrensningen å gi tall for "helsesektoren" som sådan.

Helsetjeneste og helsetjenestetilbud

Forbruk av helsetjenester indikerer grovt sagt helseproblemer. Men selv om vi kan si at mer alvorlige sykdommer nesten alltid vil føre til kontakt med helsevesenet, er det viktig å være oppmerksom på at data om *bruk av helsetjenester* er bedre egnet til å si noe om utviklingen av helsevesenet enn om folks helseproblemer og sykelighet. Denne type data bør derfor brukes med varsomhet som indikator på befolkningens *helsetilstand.* Økt ressursbruk i den offentlige helsetjenesten blir som oftest rettferdiggjort med referanse til at det er behov for disse tjenestene. Det er imidlertid ingen entydig og grei sammenheng mellom sykeligheten i befolkningen og behovet for helsetjenester.

Det er en rekke måter å klassifisere helsetjenestens ulike tilbud på, noe vi vil komme nærmere tilbake til i kapittel 6.

Del I Hovedtrekk ved utviklingen i helsetilstanden

Tilbakeblikk

Mange sykdommer var mer livstruende før enn nå. I dag går vi til lege for plager folk ikke ville søkt slik hjelp for før, i den grad det overhode fantes (tilgjengelige) leger. Beskrivelser av befolkningens helsetilstand i tidligere tider blir dermed mye mer historien om de dødelige sykdommer enn hva tilfellet er i dag. For rundt 150 år siden (1845) var gjennomsnittlig levealder både for kvinner og menn under 50 år, og om lag hver tredje person (27 prosent) døde før de fylte 20 år. Til sammenligning var gjennomsnittlig levealder i 1993 mer enn 80 år for kvinner og knapt 75 år for menn, og mindre enn 2 prosent av befolkningen døde før de fylte 20 år. Med dagens dødelighet vil mindre enn en av fire personer dø før de fyller 70 år.

I våre dager er det hjerte- og karsykdommer og kreft som forårsaker de fleste dødsfall i Norge. Bare 1 prosent av dødsfallene skyldes smittsomme sykdommer. Så seint som på slutten av 1700-tallet var imidlertid de epidemiske sykdommer skyld i hvert tredje dødsfall. Det er vanlig å snakke om en overgang mellom to typer av sykdomsbølger; fra infeksjonssykdommer til (de såkalte) livsstilssykdommer. Hjerte- og karsykdommer og enkelte kreftformer er eksempler på sykdommer som kan knyttes til livsstil.

Går vi langt tilbake i tid (700-1200 tallet), forteller sagaene oss at blodgang (dysenteri), spedalskhet (lepra) og skjørbuk var utbredte helseproblemer. (Bache 1992). Kriger tok mange liv, men sykdommer var en hyppigere årsak til død også i ung alder. Smittsomme farsotter herjet med korte mellomrom. Den største epidemien vi har kjennskap til i Norge var Svartedauen i årene rundt 1350. Farsotten kom med båt fra England til Bergen i 1349, og spredte seg raskt til hele landet. Bare 30 prosent av befolkningen overlevde Svartedauen.

Noen århundre tilbake, var kjønnssykdommer i tillegg til de akutte infeksjonssykdommene det største helseproblemet. Syfilis, "den vederstyggelige syge", er første gang beskrevet på 1500-tallet og fikk epidemisk karakter på 1700-tallet. Fram til midten av 1700-tallet var det stor dødelighet både av kopper, dysenteri og tyfus.

I 1710-1711 var det pest i landene rundt Østersjøen og i Sverige. Havnene i Norge ble stengt for skip som kom fra disse landene, og grensen mot Sverige ble strengt bevoktet. Under pestens herjinger skulle enhver inntrengende svenske - både menn, kvinner og barn, skytes og gravlegges uten at liket kom i berøring med menneskehånd!

I lange perioder var det stor mangel på mat og dårlige hygieniske forhold. Folk betraktet sykdom som noe uunngåelig, og som noe det svært sjelden nyttet å gjøre noe med. De fleste hadde liten kunnskap om sykdom, og ingen visste noe særlig om hvilke forholdsregler som kunne settes inn. På 1600-tallet og første del av 1700-tallet var det bestemmelser om karantene som var de viktigste tiltak i bekjempelsen av smittsomme sykdommer, spesielt pesten. I boken "Folkeminner fra Østerdalen" forteller Sigurd Nergaard om de forholdsregler folk tok. Mot gulsott skulle den syke ete lus, og barn med engelsk syke skulle kastes tre ganger gjennom et hull i et stort torvstykke tre torsdagskvelder på rad!

Det var de epidemiske sykdommer som forårsaket den høye dødeligheten blant personer i ung alder også på 1800-tallet. Poliomyelitt ble første gang beskrevet i 1868, og vi har hatt polioepidemier helt fram til vår tid. Ikke alle poliotilfellene hadde dødelig utgang og flere av de rammede fikk lammelser og feilstillinger. Det første tilfellet av kolera i Norge ble påvist i Drammen i 1832, og under en epidemi i Kristiania i 1853 døde 70 prosent av dem som var angrepet. Kolera er en akutt tarmsykdom med voldsomme diareer. De syke kan gå i sjokk grunnet uttørring, og mange dør i løpet av få timer. Sykdommen er meget smittsom, men dagens vaksine gir en god, om enn kortvarig beskyttelse. Koleraen førte til at en rekke tiltak ble satt i verk fra myndighetenes side. I første omgang ble det opprettet "Sundhedscommisioner" i utsatte byer.

Ernæringstilstanden var dårlig for de fleste, og blant små barn var det sykdommer som difteri, skarlagensfeber, kikhoste og meslinger som forårsaket flest dødsfall. Da dødeligheten av disse epidemiske sykdommer avtok mot slutten av det 19. århundre, fikk tuberkulose økt betydning som dødsårsak også blant yngre og eldre barn. I dag vet vi at tuberkulose fantes allerede i vikingetiden, men utbredelsen av tuberkulose kom først for alvor på slutten av 1800-tallet, og var i 1870- og 1880-årene en truende og dødelig folkesykdom som rammet de fleste familier. Helt fram til 1930-årene forårsaket tuberkulosen en stor andel av dødsfallene i Norge. Antall tuberkulosetilfeller sank med nesten 8 000 pr. år i perioden fra 1925 til 1961, til under 1 000 pr. år, noe som gjør tuberkulosen til en sjelden sykdom i Norge i 1990-årene.

Endringer i befolkningens levekår med forbedring av de hygieniske forholdene, i tillegg til utviklingen av vaksiner og antibiotika bidrog til at infeksjonssykdommene gradvis ble bekjempet, at dødeligheten gikk ned og den generelle levealderen opp.

Siste overføring av difterismitte innen Norge var før 1975. I 1976 ble det rapportert ett importtilfelle. Siste nasjonale tilfelle av polio var også før 1975. Et importtilfelle ble registrert i 1987. For å holde antall tilfeller av medfødt syfilis på null, er overvåkning og eventuell behandling under svangerskap like viktig som tidligere. Antall importtilfeller av malaria øker. Det ble registrert gjennomsnittlig 61 nye tilfeller av malaria pr. år i Norge i perioden 1983-1987, mens det i perioden 1988-1992 i gjennomsnitt ble registrert vel 54 tilfeller.

2. Dødelighet og dødsårsaker

2.1. Dødelighet og levealder

Dødelighet er ett blant flere mål som har betydning for forståelsen av sykdommer som er viktige for folkehelsa. Ikke minst ved sammenligninger av nordmenns helsetilstand over lengre perioder, og ved internasjonale sammenligninger er mål for dødelighet av spesiell viktighet. Dødsårsaksstatistikk er spesielt informativ som mål på forekomsten av sykdommer og skader med de mest alvorlige konsekvenser.

Økende levealder, spesielt blant kvinner

Et nyfødt jentebarn kunne i Norge i 1994 forvente å leve til hun ble 80,6 år, mens et guttebarn kunne regne med å bli 74,9 år. Dette er de høyest registrerte mål på forventet levealder som er registert til nå. Tallene er beregnet på grunnlag av dødsfallene i 1993 (SSB 1995a).

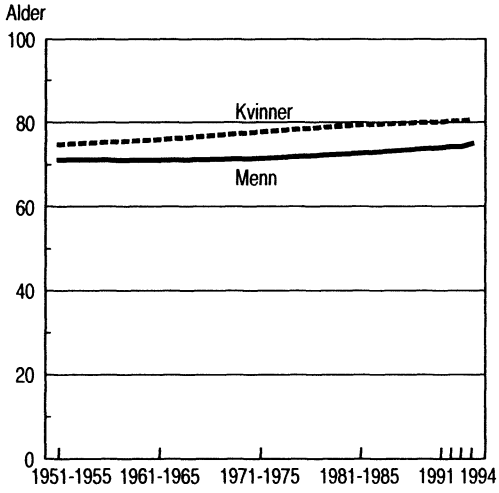
MÅL FOR DØDELIGHETEN

Dødelighetsrater: Mål for dødeligheten i en befolkning. Dødelighetsratene kan beregnes for hele befolkningen eller for spesielle grupper. Dødelighetsraten for en gitt befolkning er antall dødsfall pr. 1 000 personer i denne befolkningen i løpet av ett år. Dødeligheten øker sterkt med alderen. Når en skal sammenligne dødeligheten i to forskjellige befolkningsgrupper med ulik alderssammensetning, bør en justere for aldersforskjeller. Aldersbestemte dødelighetsrater er døde pr. 1 000 personer i aldergruppen(e). Aldersjusterte dødelighetsrater kan beregnes både for total dødelighet og årsaksbestemt dødelighet.

Spedbarnsdødeligheten: Mål for antall barn som dør i løpet av første leveår i forhold til tallet på levendefødte.

Forventet levealder: Mål for forventet gjenstående levetid ved en gitt alder. Ved beregning av gjenstående levealder ved fødselen teller dødeligheten i ung alder mer enn dødeligheten i høyere alder. Forventet gjenstående levealder i høyere alder gjør det mulig å sammenligne forskjeller i dødeligheten blant personer i voksen alder.

Figur 2.1. Forventet levealder ved fødselen for menn og kvinner. 1951-1994



Kilde: Befolkningsstatistikk 1994, SSB

Forskjellen i levealder mellom menn og kvinner er større i dag enn i 1950. Norske kvinner kunne i første halvdel av 1950-årene forvente å leve gjennomsnittlig 74,8 år, mens den forventede levealder for menn var 71,2 år. Forskjellen mellom kjønnene var størst i begynnelsen av 1980-årene, med gjennomsnittlig 6,7 år i årene 1981-1985. Etter dette har det skjedd en utjevning. I 1993 er forskjellen på godt og vel 6 år. Utjevningen er et resultat av at dødeligheten blant menn synker raskere enn blant kvinner (Brunborg 1992).

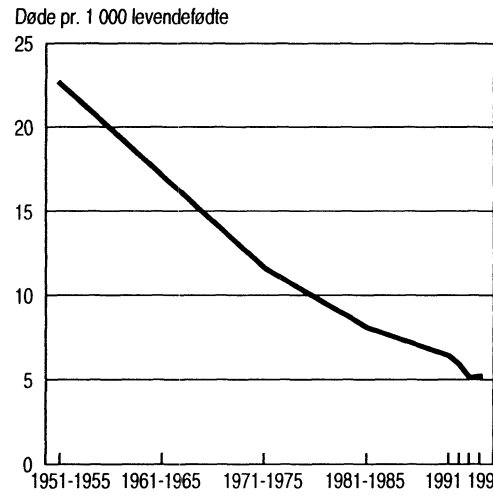
Hovedforklaringen på økningen i forventet levealder ved fødselen er nedgangen i spedbarnsdødeligheten. I perioden 1953 til 1988 var nedgangen i dødeligheten det første leveåret årsak til 60 prosent av økningen i levealder for menn og 20 prosent av økningen for kvinnene (Borgan 1993).

Synkende spedbarnsdødelighet

I 1839 døde 158 av 1 000 levendefødte barn i løpet av sitt første leveår. I de aller fleste land i den industrialiserte delen av verden har det vært en sterk nedgang i spedbarnsdødeligheten, spesielt i etterkrigstiden (Borgan 1993). I 1953 hadde Norge den fjerde laveste spedbarnsdødeligheten i verden, etter Sverige, Island og Nederland. Disse landene har hatt av de laveste spedbarnsdødelighetene helt fram til i dag, bortsett fra at alle disse landene i dag er forbigått av Japan (Borgan 1993).

For Norges del har utviklingen i spedbarnsdødeligheten vært mindre gunstig enn i andre industrialiserte land. Fram til slutten av 1970-årene var det en klar reduksjon i spedbarnsdødeligheten i Norge, som ved utgangen av 1970-årene var nede i 9,0 pr. 1 000 levendefødte. Gjennom 1980-årene var spedbarnsdødeligheten relativt stabil med om lag 8 døde pr. 1 000 levendefødte. Fra 1989 har imidlertid dødeligheten vist en stadig synkende tendens. I 1993 var det 305 dødsfall blant barn i første leveår, en nedgang fra 353 i 1992, 387 i 1991 og 428 i 1990. I 1993 var spedbarnsdødeligheten

Figur 2.2. Spedbarnsdødelighet. 1951-1994



Kilde: Befolkningsstatistikk 1994, SSB

5,1 pr. 1 000, mens tilsvarende tall for 1992 var 5,9. Både Finland, Island og Sverige tenderer til å ha lavere spedbarnsdødelighet enn Norge og Danmark.

Nedgangen i spedbarnsdødeligheten i 1990-årene skyldes blant annet en reduksjon i antall plutselige dødsfall med ukjent årsak (krybbedød), som er blitt halvert i løpet av to år. Fra siste halvdel av 1960-tallet til 1989 ble krybbedødsfallene firedoblet. Fra 1989 til 1992 ble antallet slike dødsfall mer enn halvert. I 1989 ble det registrert 140 krybbedødsfall, mens tallet for 1992 var 51.

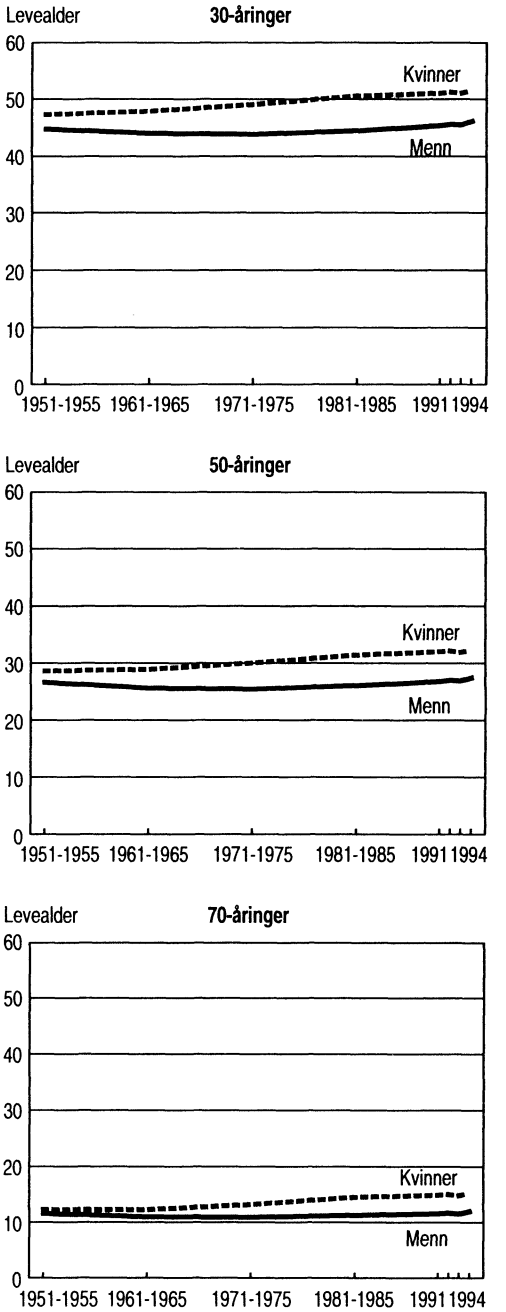
Forventet levealder blir høyere jo eldre man blir

Rundt 1910 kunne en 30-årig kvinne regne med å bli 70,3 år, og en mann 68,9 år. I løpet av de påfølgende 40 år økte den forventede levetid for 30-åringer med 7 år for kvinner og nesten 6 år for menn. Denne relativt kraftige økningen fortsatte imidlertid ikke de neste 10-årene: Fra femårsperioden 1951-1955 til 1993 har økningen vært 3,9 år for kvinner og 0,8 år for menn. De samme tendenser ser vi i utviklingen av forventet gjenstående levetid for 50-åringer. I 1993 kunne en 50-årig kvinne forvente å leve i 31,9 år, mens hennes jevnaldrende mann kunne forvente 26,9 år til.

Går vi lengre opp i alder, til 70-åringene, har imidlertid gjenstående levetid økt svært lite. Fra midten av 1950-tallet til midten av 1970-tallet var forventet gjennomsnittlig levealder for 70-årige menn synkende. Fra siste halvdel av 1970-årene til i dag har den imidlertid steget, og ligger i 1993 på omtrent samme nivå som i perioden 1951-1955, det vil si 14,8 år for kvinner og 11,5 år for menn.

Både for 30-, 50- og 70-årige menn stoppet økningen i gjenstående levealder opp rundt 1950, og ble faktisk redusert i perioden

Figur 2.3. Forventet gjenstående levetid for menn og kvinner i ulike aldere. 1951-1994



Kilde: Befolkningsstatikk, SSB

1951 til 1970. Vi ser av figur 2.3 at en 30-årig mann i 1993 kunne forvente å leve 0,7 år lenger enn en jevnaldring gjorde i 1951. Gjenstående levealder var både for 30-, 50- og 70-årige menn lavere i 1990 enn i 1951, men disse aldersgruppene la år til livet fra 1990 til 1993. For kvinnene har mønsteret vært helt annerledes, med en jevn økning for alle tre aldersgruppene i hele perioden fra 1951 til 1993.

2.2. Dødsårsaker

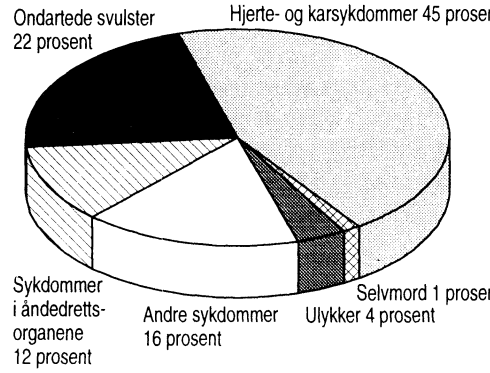
7 av 10 dør av hjerte- og karsykdommer eller kreft

Siden 2. verdenskrig har både utbredelse av og årsaker til sykdom og død endret seg, selv om de store dødsårsaksgruppene er de samme i dag som i 1950. Dette gjelder for alle industrialiserte land. I 1993 døde 46 623 mennesker i Norge. De langt fleste av disse (7 av 10) døde enten av hjerte- og karsykdommer eller av kreft. Sykdommer i åndedrettsorganene stod for 12 prosent, mens voldsomme dødsfall, det vil si ulykker, selvmord, drap eller andre ytre årsaker til skade, utgjorde til sammen 5 prosent av dødsfallene i 1993.

Som dødsårsaker er hjerteinfarkt og hjerneslag de to største undergruppene av hjerte- og karsykdommer, og det er hjerteinfarkt som forårsaker de fleste tidlige hjerte- og kardødsfall. Av de 20 864 personer som døde av hjerte- og karsykdommer i 1993, døde halvparten av ischemisk *hjertesykdom* (manglende blodgjennomstrømning i hjertemuskelens pulsårer - de såkalte kransarterier), og en fjerdedel skyldes sykdommer i *hjernens* blodkar.

Hjerte- og karsykdommer økte sin andel av det totale antall dødsfall i etterkrigsårene fram til 1970. I årene 1951-1955 utgjorde

Figur 2.4. Dødsfall etter årsak. Prosent. 1993



Kilde: Dødsårsaker 1993, SSB

STATISTIKK OVER DØDSÅRSAKER

Statistikk over dødsfall etter årsak har vært utarbeidet siden 1853, og fra 1867 med opplysninger om de dødes kjønn og alder. Til og med 1927 ble statistikken utarbeidet av Medisinaldirektoratet på grunnlag av summariske lister fra legene. Fra 1928 er dødsårsaksstatistikken utarbeidet på grunnlag av individuelle dødsmeldinger som de offentlige leger sender til Statistisk sentralbyrå. I 1939 kom nye regler for melding av dødsfall, og det ble tatt i bruk en standardisert dødsmeldingsblankett med utførlige opplysninger om dødsårsakene. Samtidig overtok Statistisk sentralbyrå bestemmelsen av den underliggende dødsårsaken. Det innhentes tilleggsopplysninger fra Kreftregisteret, Medisinsk fødselsregister, Statistisk sentralbyrås statistikk over veitrafikkulykker, obduksjonsresultat fra sykehus og rettsmedisinske laboratorier samt Det Sentrale Personregister. Fra og med 1951 er dødsårsaksstatistikken utarbeidet etter retningslinjer trukket opp av Verdens helseorganisasjon og den internasjonale sykdomsklassifikasjonen (SSB, 1995c).

hjerte- og kardødsfallene 43 prosent av alle dødsfall, gjennomsnittlig pr. år. I perioden 1971-1975 var andelen steget til 51 prosent pr. år, mens andelen i 1993 var redusert til 45 prosent av alle dødsfall. Det var spesielt dødeligheten av hjerteinfarkt blant middelaldrende menn som viste en dramatisk økning i perioden 1950 fram til 1970.

Dødeligheten har i hele perioden vært lavere for kvinner enn for menn, i alle aldersgrupper. Dødelighetsforskjellene kjønnene imellom er størst for de yngre aldersgrupper. Menns dødelighet var i 1993 omtrent 4 ganger så stor som kvinnenes i aldersgruppen 40-49 år og 3 ganger så stor for menn i 50-årene. I aldersgruppen 70-79 år var dødeligheten av denne årsaken omtrent dobbelt så stor som for kvinnene i samme aldersgruppe (tabell 2.1).

I Nasjonal helseplan ble det formulert som mål at dødeligheten av hjerte- og karsykdommer skulle reduseres med 25 prosent i

Tabell 2.1. Dødelighet av hjerte- og karsykdommer, etter kjønn og alder. Pr. 100 000 innbyggere. 1971-1993

	-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+
Menn						
1971-75	7	139	458	1315	3542	8688
1976-80	6	127	453	1246	3252	7834
1981-85	7	107	432	1190	3168	7724
1986-90	7	93	373	1143	3025	7654
1991	6	73	290	1055	2767	7281
1992	5	79	288	954	2732	7394
1993	5	74	252	927	2725	7372
Kvinner						
1971-75	3	36	129	534	2273	7640
1976-80	3	30	115	472	1931	6739
1981-85	3	23	104	405	1728	6365
1986-90	3	23	94	391	1584	6140
1991	3	15	72	369	1497	5941
1992	2	19	84	357	1396	5908
1993	3	19	71	329	1384	6073

Kilde: Dødsårsaksstatistikk, SSB

løpet av tidsrommet 1976-1980 til år 2000 (St.meld.nr.41 (1987-88)). Pr. i dag ser dette målet ut til å realiseres for middelaldrende menn. Målet er allerede nådd for menn i aldersgruppen 40-59 år og for kvinner 40-79 år. Dødeligheten av hjerteinfarkt blant menn mellom 40 og 60 år økte dramatisk fra begynnelsen av 1950-årene fram mot 1970, for så å gå kraftig ned igjen fram til 1993. For menn i 40-årene var det for eksempel en markert reduksjon i perioden 1980-1993, med nesten 40 prosent.

Redusert dødelighet av hjerteinfarkt i byene

Tidligere var dødeligheten av hjerteinfarkt markert høyere i byene enn i landdistriktene (Krüger og Barstad 1992). På slutten av 1980-årene hadde dette endret seg noe. Dødeligheten begynte først å gå ned i byene, mens landsbygda ble hengende noe etter. Dødeligheten av hjerteinfarkt i grisgrendte strøk er nå høyere enn i byene, omvendt i forhold til hvordan situasjonen var for et par 10-år siden. Det kan være flere grunner til dette, f.eks. endringer i behandlingstilbud eller livsstil. Livsstilsendringer kommer først til sentrale strøk, og seinere til perifere strøk, både på godt og vondt. Dette er en parallell til utviklingen i ulike sosiale lag. Før var hjerteinfarkt betraktet som en sykdom som spesielt rammet sosioøkonomiske høystatusgrupper, mens det i dag i større grad er grupper med lav sosioøkonomisk status som rammes (Krüger og Barstad 1992).

Kreft: Flest dør av lunge- og brystkreft

I 1993 døde 10 222 personer av kreft, 5 533 menn og 4 689 kvinner. Kreft utgjorde 22 prosent av alle dødsfall i 1993, og 31 prosent av disse skyldes svulster i fordøyelsesorganer og bukhinne (Gjertsen 1995). De tre hyppigste kreftformene blant menn var i 1993 kreft i lunge (20 prosent), prostata (19 prosent) og tykktarm (8 pro-

Tabell 2.2. Dødelighet av ondartede svulster, etter kjønn, alder og diagnose. Pr. 100 000. 1992

	Alle	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89
Svulster i alt						
M	253	61	239	637	1 427	2 587
K	204	84	210	429	750	1 232
Bronkier-lunger						
M	51	9	65	177	311	288
K	18	9	29	65	72	44
Fordøyelses-organer						
M	77	21	75	210	101	731
K	64	13	45	120	46	497
Av dette Tarmer						
M	38	10	36	101	127	342
K	33	7	24	58	53	269
Hud						
M	6	5	10	12	113	36
K	4	2	4	3		19
Bryst (K)	36	26	51	70	99	179
Kjønns-organer (K)	27	14	37	61	293	123
Prostata (M)	49	1	12	67	-	829

Kilde: Dødsårsaksstatistikk, SSB

sent); kreftformer som til sammen utgjorde 47 prosent av alle kreftdødsfall blant menn dette året. Blant kvinnene er det brystkreft (16 prosent), tykktarmskreft (12 prosent) og kreft i lunge (9 prosent) som hyppigst forårsaker død, til sammen 44 prosent av alle kreftdødsfall blant kvinner i 1993.

Kreftdødeligheten høyest blant eldre menn

Kreftdødeligheten har økt. Blant menn i aldersgruppen 60 år og over har dødeligheten økt i hele etterkrigsperioden. Blant kvinner i samme aldersgruppe var det en viss nedgang fra 1950 til begynnelsen av 1970-tallet, mens det deretter er registrert en økning. Fra siste halvdel av 1970-årene til siste halvdel av 1980-årene var dødeligheten av kreft synkende blant yngre personer, nokså uforandret for de middelaldrende og økende blant eldre over 60 år. Kreftdødeligheten økte mest for eldre menn, for menn i 60-årene med hele 9 prosent i nevnte 10-årsperiode.

I aldersgruppene mellom 30 og 50 år har kvinner litt høyere kreftdødelighet enn menn. Forekomsten av brystkreft og kreft i kjønnsorganene er en viktig årsak til denne forskjellen. Kreft var årsak til mer enn halvparten av alle dødsfall blant kvinner mellom 40 og 60 år i 1993. Blant de eldste har menn den høyeste dødeligheten; kreftdødeligheten blant menn over 70 år er dobbelt så høy som for kvinner i samme alder. Forskjellen var enda større i 1980. For kvinner 70 år og eldre viser tallene for 1992 og 1993 en nedgang i kreftdødeligheten, det samme ser vi blant menn i aldersgruppen 40-49 år i disse årene.

Sterk økning i dødeligheten av lungekreft blant kvinner

Dødeligheten av lungekreft har økt både for kvinner og menn de siste 10-årene, men økningen er sterkest for kvinner. Dødeligheten av lungekreft utgjør en økende andel av kreftdødsfall blant kvinner i alle aldere, med en andel på 5,2 prosent i 1980 og 9,0 prosent i 1993. Fremdeles er imidlertid dødeligheten av lungekreft langt høyere for menn enn for kvinner (om lag tre ganger så høy). En viktig årsak til den kraftige økningen for kvinner er seinvirkningene av at stadig flere kvinner begynte å røyke på 1950- og 1960-tallet. Den største økningen finner vi blant kvinner i 50- og 60-årene.

Tabell 2.3. Dødelighet av ondartede svulster, etter kjønn og alder. Pr. 100 000 innbyggere. 1971-1993

	0-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+
Menn							
1971-76	10	24	72	226	588	1 240	2 054
1976-80	8	23	67	232	616	1 356	2 306
1981-85	7	21	66	239	653	1 414	2 460
1986-90	6	18	66	240	673	1 419	2 556
1991	5	22	58	237	669	1 412	2 553
1992	6	16	61	239	637	1 427	2 587
1993	7	16	61	213	693	1 440	2 714
Kvinner							
1971-76	6	31	98	214	399	732	1 186
1976-80	6	27	86	227	419	758	1 296
1981-85	5	27	88	221	426	759	1 331
1986-90	4	24	88	229	43	780	1 317
1991	3	30	90	209	445	722	1 272
1992	4	23	84	210	429	750	1 232
1993	5	24	89	207	465	767	1 347

Kilde: Dødsårsaksstatistikk, SSB

Flere overlever kreft

Kreftdødeligheten har som vist økt, men som vi skal se, mindre enn kreftsykeligheten. Med andre ord er det flere som overlever en kreftdiagnose nå enn det gjorde tidligere. Andelen kreftpasienter som lever lenger enn fem år etter at diagnosen er stilt, har økt både gjennom 1970- og 1980-tallet. Samtidig som kreftsykeligheten har økt, har altså tidligere diagnostisering og bedre behandlingsmetoder bidratt til å redusere kreftdødeligheten.

Brystkreft har nå en overlevelsesrate på 75, det vil si at 75 prosent av kvinnene lever fem år eller lenger etter at kreftdiagnosen er stilt. Nær 58 prosent av alle menn som får prostatakreft lever fem år eller mer. Lungekreft har imidlertid lav overlevelsesrate, med 8,6 prosent for menn og 8,8 prosent for kvinner. Det vil si at mindre enn en av ti av de med lungekreft er i live fem år etter diagnosetidspunktet.

Tabell 2.4. Dødsfall ved ulykker og selvmord, etter kjønn og alder. Pr. 100 000 innbyggere. 1993

	I alt	-14	15-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+
Menn									
Ulykker	49	11	30	27	38	50	61	99	552
Selvmord	21	1	22	27	30	21	29	31	34
Kvinner									
Ulykker	35	8	7	6	8	14	18	60	435
Selvmord	7	1	6	7	7	7	11	9	9

Kilde: Dødsårsaker 1993, SSB

Voldsomme dødsfall

Voldsomme dødsfall (det vil si selvmord, drap og dødsulykker) stod for vel 2 400 dødsfall i 1993, vel 5 prosent av alle dødsfall dette året. Av alle voldsomme dødsfall var 73 prosent ulykker, 24 prosent selvmord og 2 prosent drap. Voldsomme dødsfall skjer langt hyppigere blant menn enn blant kvinner, og mer blant eldre enn blant yngre. Et vanlig dødsfall blant eldre er fallulykker. Svært ofte forårsaker disse lårhalsbrudd, med påfølgende komplikasjoner og med døden til følge.

Det er beregnet at selvmord og ulykker tok omtrent 60 000 forventede leveår fra befolkningen pr. år ved inngangen til 1990-årene.

Dødsulykker

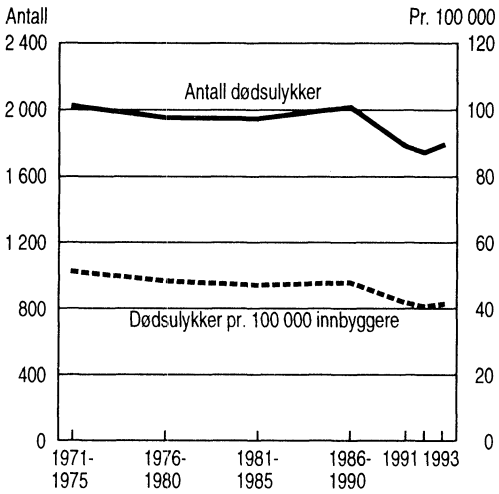
I 1993 døde til sammen 1 786 personer som følge av ulykkesskader, 1 034 menn og 752 kvinner. Fall var viktigste ulykkesårsak etterfulgt av trafikkulykker og drukninger. Antall dødsulykker er i løpet av de siste årene gått ned fra omtrent 2 000 årlig i 1980 til knapt 1 800 hvert år etter 1990. De to store ulykkesgruppene fall og trafikkulykker utgjør den klart største nedgangen (Gjertsen 1995).

Ulykker er den viktigste årsak til tap av leveår for befolkningen under 50 år (tett fulgt av selvmord). Til sammen tar ulykker om lag 44 000 leveår fra befolkningen hvert år. Av dette tar trafikkulykkene omkring 15 000 leveår (Guldvåg, Torgersen og Ueland 1991). Deretter kommer andre ulykker som fallulykker, forgiftningsulykker og sjøtransportulykker.

Ulykker rammer oftest menn

Skader etter fall er den viktigste årsaken til dødsulykker både for kvinner og menn. De fleste fallulykker er lårhalsbrudd blant eldre, med etterfølgende komplikasjoner (Gjertsen 1995). Om lag 90 prosent av

Figur 2.5. Antall dødsfall og dødelighet av ulykker. Årlig antall dødsfall pr. 100 000 innbyggere. 1971-1993



Kilde: Dødsårsaksstatistikk, SSB

disse ulykkene rammet eldre (70 år og over). Dersom en sammenligner menn og kvinner, har menn omtrent dobbelt så høy dødelighet av ulykker som kvinner, noe som vanligvis forklares med ulik livsstil kjønnene imellom. Denne overdødeligheten har vært relativt konstant fra slutten av 1950-årene til i dag, og dreier seg i hovedsak om ulykker blant yngre menn; i aldersgruppen 15-29 år var ulykker årsak til 36 prosent av alle dødsfall. Aktivitet som medfører høy ulykkesrisiko utføres oftere av menn enn av kvinner. Flere undersøkelser viser at rundt en tredjedel av dødsulykkene blant voksne menn i Norge er alkoholrelaterte (Skog 1990).

Ulykker hyppig dødsårsak blant barn og unge

Relativt få dør av sykdommer i ung alder. I aldersgruppen 1 til 39 år var dødeligheten av sykdommer lav både for menn og kvinner i 1993, som tidligere år, og menns overdødelighet i disse aldersgruppene skyl-

des ulykker og andre voldsommme dødsfall. Hvert fjerde dødsfall blant barn mellom 1 og 14 år dette året skyldes ulykker. Tallet på dødsulykker blant barn har gått jevnt nedover siden 1970, men ulykker er likevel den hyppigste dødsårsaken i denne aldersgruppen. Blant menn i alderen 15-29 år var ulykker årsak til 36 prosent av alle dødsfallene, mens selvmord var årsak til 27 prosent. For kvinner var ulykker og selvmord årsak til henholdsvis 23 og 21 prosent av alle dødsfall.

Selvmordsforsøk

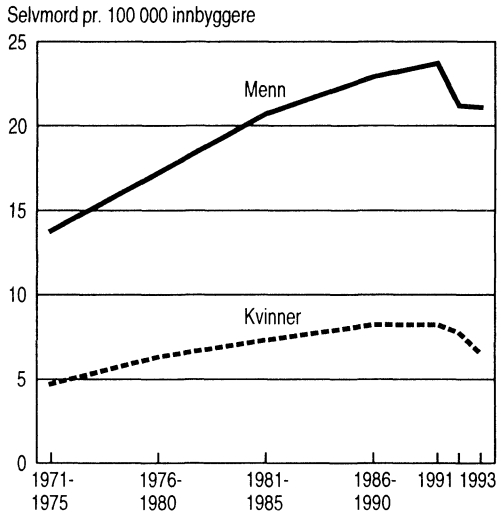
Det finnes ingen oversikt over utbredelsen av selvpåført skade og selvmordsforsøk i befolkningen, men det antas at tallet på selvmordsforsøk er omtrent 10 ganger høyere enn antall selvmord, og at selvmordsforsøk forekommer hyppigere hos kvinner enn hos menn (Retterstøl 1990). Fra skaderegisteret ved *Folkehelsa* er det anslått at det i 1990 ble behandlet omtrent 8 000 personer i sykehus eller ved legevakt etter villet egenskade, det vil si 190 pr. 100 000 innbyggere (Gjertsen 1993). Hyppigheten ble anslått til 170 pr. 100 000 menn og 200 pr. 100 000 kvinner. Selvmordsforsøk var vanligst blant kvinner i slutten av 20-årsalderen.

Selvmordsøkning blant yngre

I 1993 ble det registrert 590 dødsfall (14 pr. 100 000 innbyggere) som skyldtes selvmord, 449 menn og 141 kvinner. Dette er en nedgang fra 616 i 1992.

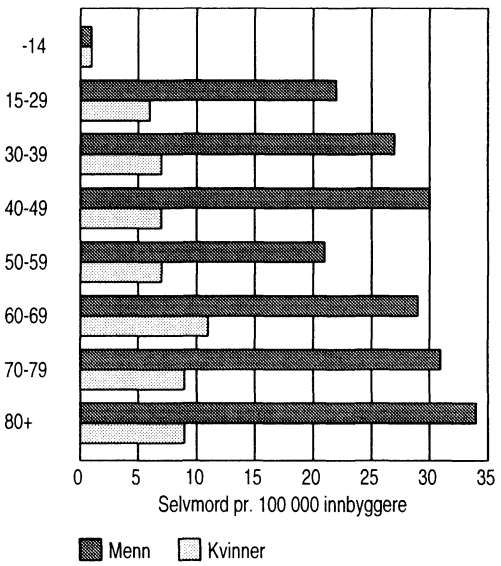
Dødeligheten av selvmord har økt relativt sterkt i Norge de siste årtier. Særlig sterk har økningen vært i yngre aldersgrupper. I 1950- og 1960-årene holdt selvmordsraten seg stabil på mellom 7 og 8 pr. 100 000 innbyggere, det vil si omtrent 250 selvmord i året. Økningen i selvmordshyppigheten begynte på slutten av 1960-årene, og i siste halvdel av 1980-årene var hyppigheten fordoblet til 16 pr. 100 000 innbyggere,

Figur 2.6. Selvmord blant menn og kvinner. Pr. 100 000 innbyggere. 1971-1993



Kilde: Helsestatistikk, SSB

Figur 2.7. Selvmord etter kjønn og alder. Pr. 100 000 innbyggere. 1993



Kilde: Dødsårsaker 1993, SSB

som tilsvarer 650 selvmord i året. Denne fordoblingen gjelder både for menn og kvinner. Etter 1988, da antall selvmord var 708 (17 pr. 100 000 innbyggere), viser den registrerte selvmordshyppigheten en utflating og nedgang.

Ved inngangen til 1990-årene er selvmordshyppigheten omtrent tre ganger så høy blant menn som blant kvinner. Dødeligheten av selvmord har økt i alle aldersgrupper i løpet av siste 20-årsperiode. Siden slutten av 1960-årene var det størst relativ økning i selvmordshyppigheten blant ungdom og voksne under 30 år. Blant menn er det i aldersgruppene 15-19, 20-29 og 80 år og over at den største økningen i selvmordsdødeligheten har funnet sted. Blant kvinner gjelder økningen mest for personer under 40 år. Det er også blant kvinner i denne aldersgruppen de fleste selvmordsforsøk finner sted.

Kvinner i Oslo har bortimot dobbelt så høy selvmordshyppighet som kvinner ellers i landet. Dessuten forekommer selvmord langt sjeldnere blant gifte, særlig gifte med barn, enn blant ugifte, enker/enkemenn og skilte/separerte (Gjertsen 1993).

3. Sykelighet og sykdomsmønster

Det norske folk har forbedret sin helse gjennom hele dette århundret dersom den betraktes med utgangspunkt i gjennomsnittlig levealder. De omfattende endringene som har funnet sted både i folks levekår og livsstil samt den medisinske utvikling, har gjort at det gjennom hele etterkrigstiden har vært en økning i gjennomsnittlig levealder både for kvinner og menn. Forbedringer i levealder er større for kvinner enn for menn. For 100 år siden kunne en norsk kvinne forvente å bli 54 år, vel tre år eldre enn en mann. I dag er den forventede levealder for kvinner, som vi har vært inne

I denne publikasjonen bruker vi data fra Statistisk sentralbyrås helseundersøkelser i 1975 og 1985. Her måles befolkningens helseproblemer gjennom intervjuopplysninger om sykdom og syketilfelle og om konsekvenser av sykdom av praktisk og sosial karakter. Det er også innhentet opplysninger om hvorledes folk generelt vurderer sin egen helse.

Syketilfelle i helseundersøkelsene favner svært vidt, og omfatter alt fra små plager uten nevneverdige konsekvenser til livstruende og invalidiserende sykdom. Definisjonen omfatter både fysiske og psykiske lidelser. Mindre plager uten særlige konsekvenser utgjør en stor del av syketilfellene.

Det ble brukt 4 kriterier for hva som skulle regnes som sykdom, skade eller lidelse:

- Tilfelle som hadde ført til nedsatt aktivitet i daglige gjøremål i løpet av 14-dagersperioden.
- Tilfelle som hadde ført til kontakt med lege, sykepleier, helseinstitusjon e.l. i 14-dagersperioden, uten redusert aktivitet.
- Tilfelle som hadde medført bruk av medisin (tabletter, mikstur, salve mv.) i 14-dagersperioden, uten nedsatt aktivitet eller kontakt med lege o.l.
- Medfødt lidelse og varig tilfelle som ikke ble registrert under noen av de tre førstnevnte kriteriene.

Tall fra helseundersøkelsene som brukes i denne publikasjonen, gjelder andel personer med sykdom ved begynnelsen av 14-dagersperioden (intervjuperioden).

på i kapittel 2, mer enn 80 år, mens den er knapt seks år kortere for menn.

Som vi har sett i kapittel 2, lever kvinnene lenger enn menn hovedsakelig fordi forholdsvis mange menn dør forholdsvis unge av hjerte- og karsykdommer. Blant menn er disse sykdommene den vanligste årsak til død allerede fra 40-årsalderen, mens dette gjelder først etter fylte 70 år blant kvinner. Blant kvinner under 70 år er kreftsykdommer den hyppigste dødsårsak.

Det er påpekt at mål for dødelighet ikke lenger gir en like dekkende beskrivelse av befolkningens helsetilstand som før, fordi de fleste i dag dør en "naturlig" død som gamle mennesker. Ikke sjelden dør folk av noe annet enn det som har redusert deres livskvalitet i årene forut. Gjennom de siste par generasjoner har det skjedd store endringer i sykdomsbildet. Selv om hjerte- og karsykdommer fortsatt er vår viktigste dødsårsak, og i betydelig grad også er årsak til mange lidelser, er det andre helseproble-

I *levekårsundersøkelsene* brukes to hovedtyper av mål i beskrivelsen av befolkningens sykelighet, nemlig *langvarig sykdom* og *langvarig sykdom med betydelige konsekvenser.*

Langvarig sykdom i levekårsundersøkelsene bygger på spørsmål om personen har ..."noen sykdom eller lidelse av mer varig natur, noen virkning av skade eller noe handikap". Spørsmålet gjelder sykdom personen har på intervjutidspunktet.

Langvarig sykdom med betydelige konsekvenser: Personer med langvarig sykdom som vurderer det slik at sykdommen i betydelig grad virker inn på hverdagen, f.eks. pga. smerte, angst eller nedsatt funksjonsevne.

For å redusere underrapporteringen av sykdommer blir de intervjuede i levekårsundersøkelsene presentert for en liste over ulike sykdommer, og bedt om å angi om de har en eller flere av sykdommene på listen. I 1987 ble undersøkelsesopplegget endret, slik at en fikk en mer effektiv bruk av denne sjekklisten. Dette resulterte i en økning av oppgitte syketilfelle. Sannsynligvis er det de mindre alvorlige lidelsene som nå i større grad blir husket (Barstad 1992).

Det ble ikke spurt om symptomer eller akutte lidelser i levekårsundersøkelsene, med unntak for spørsmålene om "hyppige symptomer på nervøse lidelser". Til gruppen regnes personer som svarte at de i løpet av de siste 6 måneder ofte:

- var plaget av svært kraftig hjertebank uten på forhånd å ha anstrengt seg,
- var plaget av nervøsitet, angst eller
- hadde følt seg deprimert.

Det er grunn til å tro at helse- og levekårsundersøkelsene undervurderer omfanget av sykeligheten i befolkningen. For det første må vi regne med en viss underrapportering når folk blir intervjuet om sin egen helsetilstand, og for det andre er de antatt dårligste, f.eks. pasienter bosatt på institusjon, ikke med i utvalget (se for øvrig kapittel 1) (Elstad 1981).

mer som i økende grad er kommet i fokus. Vi tenker her spesielt på kreftsykdommer, sykdommer i muskel og skjelettsystemet, hudsykdommer, sykdommer i åndedrett, mentale lidelser og ulykker, sykdommer som ifølge *Flere gode leveår for alle*, er hovedutfordringene i 1990-årenes helse- og velferdspolitikk (NOU:1991:10).

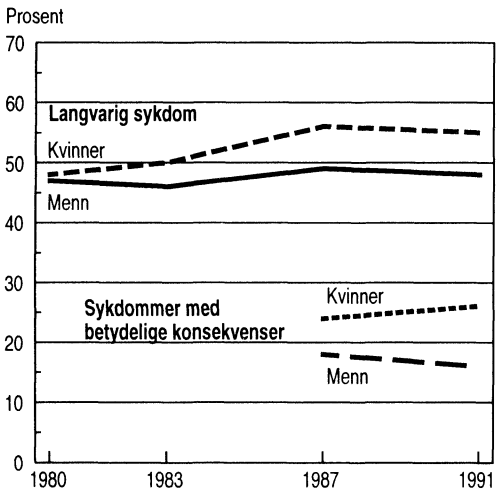
Et bilde av befolkningens helsetilstand blir ikke helhetlig uten at dødsårsaksstatistikken suppleres med data over sykelighet. Helse- og levekårsundersøkelsene gir oss opplysninger om sykdommer og plager som folk lever med og om eventuelle konsekvenser av slik sykdom i form av hjelpebehov og nedsatt fysisk og/eller psykisk funksjonsevne.

3.1. Sykelighet

Mindre sykelighet?

Er en større andel av befolkningen plaget av sykdommer nå enn før? Hovedinntrykket er at det har skjedd svært små endringer. Det er først når en undersøker sykeligheten i ulike aldersgrupper at man får øye på visse endringer. Både helse- og levekårsundersøkelsene er basert på befolkningens egne oppfatninger av sykdom, slik at svaret vi får også vil være avhengig av hvor folk setter grensen mellom syk og ikke syk.

Figur 3.1. Ulike indikatorer på utviklingen av sykelighet blant menn og kvinner. Prosent. 1980-1991



Kilde: Levekårsundersøkelsene, SSB

På grunn av ulikheter i undersøkelsesopplegget mellom helse- og levekårsundersøkelsene er det vanskelig å gi noe dekkende bilde av utviklingen i den generelle sykeligheten (se rammene side 45 og 46). Det er likevel mulig å beskrive visse hovedtrekk.

Helse- og levekårsundersøkelsene tyder på at andelen av befolkningen med sykdom ikke er særlig endret siden midten av 1970-tallet og fram til 1991. At vi faktisk rapporterer like mye sykdom i dag som for 20-25 år siden, kan til en viss grad ha sammenheng med befolkningens endrede aldersammensetning, sykeligheten øker med stigende alder, og når dødeligheten går ned, stiger befolkningens gjennomsnittsalder, slik at lavere dødelighet vil bety høyere sykelighet i befolkningen sett under ett. Dessuten lever stadig flere med kroniske sykdommer som tidligere ville hatt dødelig utgang. Vi vet at sykeligheten øker med stigende alder, men det er likevel ikke noe som tyder på noen økning av betydning i andelen som har en eller annen sykdom blant de eldre.

I 1975 oppgav 55 prosent av befolkningen over 16 år at de hadde en eller flere sykdommer (syketilfeller), mot 56 prosent i 1985 (helseundersøkelsene). Levekårsundersøkelsene bekrefter stort sett disse tendensene: Andelen som oppgir et eller flere syketilfeller ligger på rundt 50 prosent gjennom hele 1980-tallet. For begge undersøkelsene gjelder de fleste av de rapporterte syketilfellene langvarige, kroniske, men ikke nødvendigvis alvorlige sykdommer.

Kvinner mer plaget enn menn

Kvinner er mer syke enn menn og kjønnsforskjellene *er til stede i alle aldersgrupper,* og er faktisk spesielt stor i aldersgruppen 16-24 år; 33 prosent av mennene og 42 prosent av kvinnene i denne aldersgruppen oppgir langvarig sykdom. De eldre kvinnene er de sykeste, nesten åtte av ti eldre kvinner har en eller flere langvarige sykdommer.

Hver femte voksne person har en langvarig sykdom som de selv mener virker inn på hverdagen i betydelig grad, i form av smerter, angst eller handlingsbegrensninger. Dette gjelder en av fire kvinner og hver åttende mann. Kvinner har altså, i langt større grad enn menn, sykdommer med betydelige konsekvenser for det daglige virke. Mønsteret gjelder for alle aldersgrupper, bortsett fra aldersgruppen 80 år og eldre, hvor henholdsvis 48 prosent av kvinnene og 53 prosent av mennene rapporterte om sykdom med betydelige konsekvenser. Aldersgruppen 66-79 år skiller seg ut når man sammenligner menn og kvinner. Hele 43 prosent av kvinnene i denne aldersgruppen rapporterer sykdom med betydelige konsekvenser, mens andelen menn i samme aldersgruppe er 28 prosent.

Tabell 3.1. Andel med langvarig sykdom, og andel med langvarig sykdom som har betydelige konsekvenser, i grupper for kjønn og alder. Prosent. 1991

	Langvarig sykdom	Langvarig sykdom m. betydelige konsekvenser
I alt	51	21
Menn	48	16
16-24	33	8
25-44	41	13
45-66	54	20
67-79	72	28
80+	76	53
Kvinner	55	26
16-24	42	17
25-44	44	17
45-66	65	35
67-79	75	43
80+	81	48

Kilde: Levekårsundersøkelsen 1991, SSB

3.2. Sykdomsmønsteret

Det er fem store grupper av kroniske sykdommer "normalbefolkningen" rapporterer at de lider av. Vår tids største folkeplage er lidelser knyttet til muskel- og skjelettsystemet, som ryggsmerter, revmatisme, leddgikt og leddbetennelser. Om lag en av fem voksne hadde slik sykdom i 1991, hver fjerde kvinne og hver syvende mann. Samme år hadde mer enn hver tiende person en hudsykdom, som f.eks. eksem og hudbetennelser. 11 prosent oppgav en eller annen hjerte- og karsykdom, hvor høyt blodtrykk var den vanligste undergruppen, mens 9 prosent hadde en åndedrettslidelse (astma og høysnue hyppigst). 7 prosent av befolkningen var ofte plaget av ett eller flere symptomer på psykiske lidelser.

Hver femte innbygger har en muskel- og skjelettlidelse

Mange lider av sykdommer i muskel- og skjelettsystemet. I helseundersøkelsene både i 1975 og i 1985 oppgav omtrent hver sjette person i befolkningen (henholdsvis 16 og 17 prosent) at de hadde slike sykdommer. I 1991 gjelder dette knapt hver femte voksne person (Levekårsundersøkelsen 1991).

De muskel- og skjelettlidelser som hyppigst ble oppgitt var revmatisme, artrose, leddgikt og uspesifiserte ryggsmerter (helseundersøkelsene). I 1985 kunne nærmere en tredjedel av de rapporterte syketilfellene klassifiseres som "smertetilstander som skriver seg fra ryggraden". I alt oppgav 11

Tabell 3.2. Andel av befolkningen med noen utvalgte sykdommer. Prosent. 1975-1991

	Helseundersøkelsene		Levekårsundersøkelsene			
	1975	1985	1980	1983	1987	1991
Hjerte- og karsykdommer	10	11	12	11	14	11
Sykdommer i åndedrett	7	7	6	6	9	9
Sykdommer i hud/underhud	6	10	6	7	11	11
Muskel- og skjelettsykdommer	16	16	18	18	21	21
Nervøse lidelser	7	6	7	7	6	6

Kilde: Levekårs- og helseundersøkelsene, SSB

prosent av de spurte vondt i ryggen, (9 prosent menn og 13 prosent kvinner), 13 prosent hadde vondt i skuldre, nakke, armer og hender, (10 prosent menn og 17 prosent kvinner), og 10 prosent hadde vondt i hoftene eller beina (8 prosent av mennene og 12 prosent av kvinnene).

Av de som oppgav at de hadde sykdom i muskel- og skjelettsystemet var det omtrent halvparten som hadde vært mye plaget i perioden.

I tillegg til spørsmålene om sykdom ble personer 16 år og eldre i Helseundersøkelsen 1985 spurt om visse symptomer, og det ble bl.a. spurt om intervjupersonen i løpet av registreringsperioden hadde vært plaget av vondt i rygg, skuldre, nakke, armer eller bein. 23 prosent svarte at de hadde vært ganske mye eller veldig mye plaget av smerter i muskel- og skjelettsystemet i registreringsperioden. 27 prosent av kvinnene, og 18 prosent av mennene oppgav at de hadde vært plaget i perioden.

Sykdommer i muskel- og skjelettsystemet er hyppigst i de eldste aldersgruppene og rammer oftere kvinner enn menn, særlig blant de eldste. I Helseundersøkelsen 1985 rapporterte mer enn en tredjedel av kvinnene og omtrent en fjerdedel av mennene i alderen 67 år og over at de hadde muskel- og skjelettsykdommer.

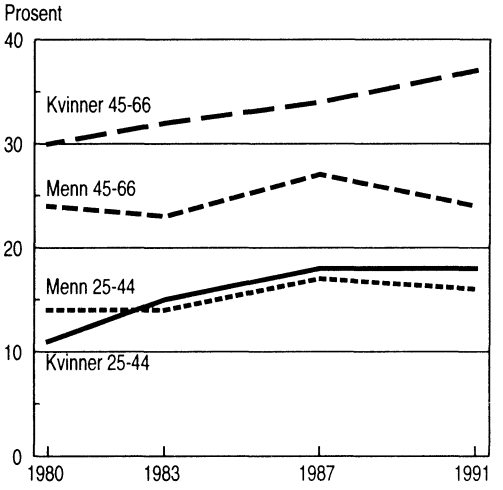
Flere har hudsykdommer

Av de fem "store" sykdomsgruppene er det utbredelsen av hudsykdommer som har endret seg mest de siste årene (Barstad 1992). Andelen av befolkningen med hudsykdommer økte fra 6 prosent i 1975 til 10 prosent i 1985 (helseundersøkelsene). Levekårsundersøkelsene viser en økning fra 6 prosent i 1980 til 11 prosent i 1991. Av andre sykdomsgrupper viser levekårsundersøkelsene en svak økning i rapporterte tilfeller av sykdommer i åndedrettsorganene, og en svak nedgang i hjerte- og karsykdommer. Men verken helse- eller levekårsundersøkelsene kan bekrefte en påstand som ofte framsettes angående økning av psykiske lidelser i befolkningen. Levekårsdata viser en svak nedgang.

Mer muskel- og skjelettlidelser blant kvinner?

Det ble i helseundersøkelsene registrert en svak økning i muskel- og skjelettlidelser blant kvinner fra 1975 til 1985. Levekårsundersøkelsene bekrefter denne utviklingen blant kvinner. Mens andelen med muskel- og skjelettlidelser er uendret for menn gjennom 1980-tallet, har andelen blant kvinner i alderen 16-79 år økt fra 19 til 26

Figur 3.2. Andel med sykdom i muskel- og skjelettsystemet blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Prosent. 1980-1991



Kilde: Levekårsundersøkelsene, SSB

prosent. Noe av økningen skyldes sannsynligvis mindre underrapportering og økt oppmerksomhet omkring fibromyalgi og fibrositt, men det er likevel ikke usannsynlig at det har vært en reell økning i forekomsten av disse lidelsene parallelt med kvinners økte yrkesdeltakelse. Mer enn fire av ti heltidsansatte kvinner har vondt i skuldre og armer minst en dag i uken, mot to av ti menn (Barstad 1992). En må også være oppmerksom på at symptomer knyttet til muskel- og skjelettsykdommer etter hvert har fått økt oppmerksomhet og medisinsk anerkjennelse. Fibromyalgi ble anerkjent som egen diagnose av Rikstrygdeverket i 1987 (Barstad 1992). En undersøkelse ved Oslo Sanitetsforenings Revmatismesykehus viste at bruken av diagnosen der steg med 400 prosent fra 1977 til 1985 (Værø og Førre, gjengitt i Dæhlie og Album 1993).

Hudsykdommer vanligst hos unge

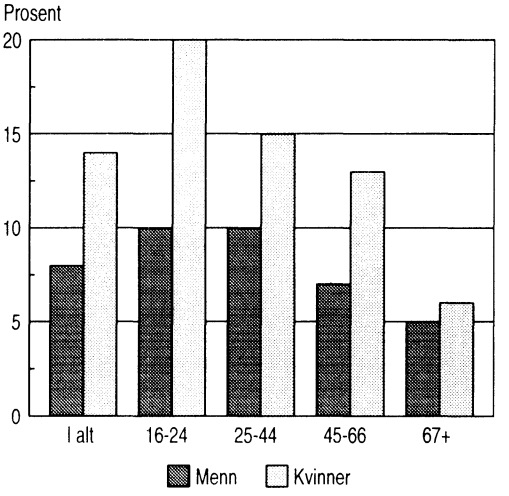
10 prosent av befolkningen oppgav å ha sykdommer i hud og underhud i 1985. En overveiende del av hudsykdommene som ble registrert i helseundersøkelsen i 1985 var eksem og og hudbetennelser (dermatitt). Psoriasis og lignende sykdommer utgjorde 14 prosent av de registrerte hudsykdommer (Barstad og Andersen 1990).

Hudsykdommer viser en annen aldersfordeling enn de fleste andre sykdommer, og er vanligst blant unge. Nesten 14 prosent av 16-24-åringer hadde hudsykdommer i 1985, mot vel 5 prosent av 67-åringer og eldre. Hudlidelser og åndedrettslidelser skyldes ofte allergier, og av de allergiske lidelsene som rammer barn, dominerer eksem. Nesten hvert tiende barn var plaget av eksem i 1985.

Hudsykdommer har økt mest

Av de fem store sykdomsgruppene som er nevnt foran, er det utbredelsen av hudsyk-

Figur 3.3. Andel med hudsykdommer blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Prosent. 1991

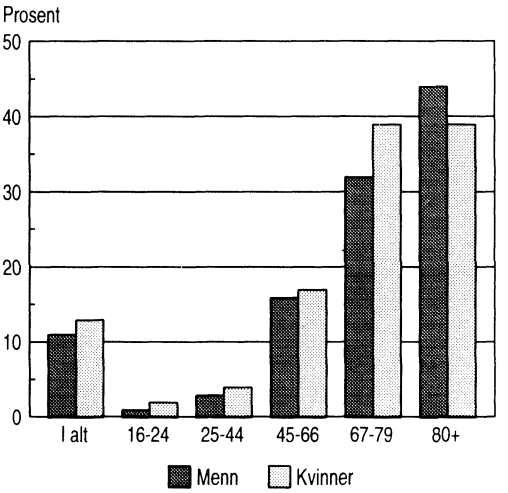


Kilde: Levekårsundersøkelsen 1991, SSB

dommer som har endret seg mest de siste årene. Andelen med hudsykdommer økte i helseundersøkelsene fra 6 prosent i 1975 til 10 prosent i 1985. Økningen har vært spesielt stor blant barn og unge, men også i aldersgruppen 25-44 år har det vært en betydelig økning. Oslo og Akershus var de deler av landet som hadde høyest andel med hudsykdommer blant små barn, med nesten en firedobling fra 1975 til 1985 (fra 4 til 15 prosent).

For yngre kvinner økte forekomsten av denne typen plager til nesten det tredobbelte på landsbasis. Også levekårsundersøkelsene viser nesten en fordobling av forekomsten av hudsykdommer gjennom 1980-tallet, fra 6 til 11 prosent i den voksne befolkningen (1980-1991). Ser vi på de ulike aldersgruppene, viser levekårsundersøkelsen at dobbelt så mange kvinner som menn i aldersgruppen 16-24 år hadde slike sykdommer i 1991.

Figur 3.4. Andel med hjerte- og karsykdommer blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Prosent. 1991



Kilde: Levekårsundersøkelsen 1991, SSB

Stabil hjerte- og karsykelighet

Hjerte- og karsykdommer er omtrent like utbredt i befolkningen ved begynnelsen av 1990-årene som de har vært i det foregående 10-år. Det angikk 12 prosent av befolkningen i 1980 og 11 prosent i 1991 (levekårsundersøkelsene). Helseundersøkelsene tyder på en økning blant eldre menn, men dette kan like mye skyldes at det har blitt flere forebyggende helsekontroller for denne aldersgruppen. Den vanligste undergruppen av denne typen sykdommer er som nevnt høyt blodtrykk.

Tabell 3.3. Andel med hjerte- og karsykdommer blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Prosent. 1975 og 1985

	1975		1985	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Alle	8	11	10	12
0-6	0	0	1	1
7-15	0	0	1	1
16-24	0	0	0	0
25-44	3	4	4	4
45-66	17	18	20	19
67-79	28	42	35	42
80+	27	37	32	43

Kilde: Helseundersøkelsene, SSB

Forekomsten av hjerte- og karsykdommer varierer betydelig med alderen. Hos barn og yngre voksne forekommer hjerte- og karsykdommer sjelden, hyppigst ses medfødt hjertefeil. Det er hovedsakelig personer over 45 år som har hjerte- og karsykdommer. Blant personer 67 år og over oppgir omtrent 30 prosent av mennene og om lag 40 prosent av kvinnene at de har slik sykdom. 77 prosent av egenrapporterte hjerte- og karsykdommer blant kvinner var i 1985 i aldersgruppene 67 år og eldre. Blant menn var 72 prosent av disse sykdomstilfellene i

denne aldersgruppen. Totalt sett er det flere av de spurte kvinnene (13 prosent) enn de spurte mennene (11 prosent) som rapporterer hjerte- og karsykdommer. Når en ser på de ulike aldersgruppene, oppgir en større andel kvinner i alle aldersgrupper at de lider av disse sykdommene, bortsett fra aldersgruppen 80 år og over. Det som de fleste eldre lider av, i denne sykdomskategorien, er åreknuter, hjertekrampe og - også her - høyt blodtrykk (SSB 1987).

Hjerte- og karundersøkelsen blant 40-42-åringer i 14 fylker, viser høyest risiko for hjerteinfarkt i Finnmark, både for menn og kvinner. For menn er infarktrisikoen minst i Aust-Agder, for kvinnene i Sogn og Fjordane (Huserbråten 1993).

Like mange unge som eldre har åndedrettslidelser

Obstruktive lungesykdommer er en samlebetegnelse for de lungesykdommer som er preget av ulike hindringer i pasientens luftveier. I dette ligger at en pasient med kronisk obstruktiv lungesykdom aldri oppnår normal pusteevne. Obstruktive lungesykdommer er vanlige sykdommer i Norge, og ut fra beregninger har nærmere 200 000 personer slike sykdommer (Gulsvik mfl. 1993). Forekomsten varierer lite mellom kjønnene. Bronkial astma tenderer til å avta i hyppighet med økende alder, mens kronisk obstruktiv lungesykdom tiltar med alderen.

Det er hovedsakelig de eldre som dør av sykdommer i åndedrettsorganene, fortrinnsvis av lungebetennelse. I tillegg er det mange unge som lever med slike sykdommer. Av tabell 3.4 går det fram at andel personer med åndedrettssykdommer er omtrent like stor blant barn og unge som blant eldre. Både i 1975 og 1985 hadde omtrent 7 prosent av befolkningen sykdom i åndedrettsorganene. Ifølge Levekårsundersøkelsen 1991 var det 9 prosent av befolkningen som på intervjutidspunktet hadde langvarige sykdommer, lidelser, plager eller handikap av varig natur med utgangspunkt i sykdommer i åndedrettsorganene.

Sykdommer som skyldes allergier/overfølsomhet, astma og andre kroniske lungesykdommer, rammer et meget stort antall barn og unge (Gulsvik mfl. 1993). Undersøkelser har vist at om lag 40 prosent av alle barn og unge har eller har hatt allergier i en eller annen form. Astmatiske problemer er rapportert for om lag 7-9 prosent av alle barn.

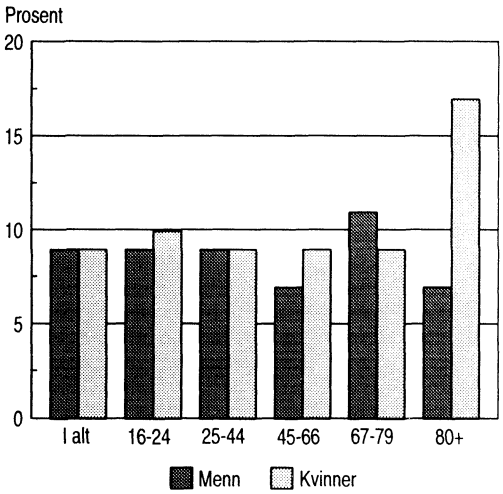
En overveiende del av hudsykdommene som ble registrert i helseundersøkelsen i 1985 var eksem og hudbetennelser (dermatitt). Disse undergruppene utgjorde nær 80 prosent av alle hudlidelser og omfatter også alle typer hudallergier. Psoriasis og lignende sykdommer utgjorde 14 prosent av de registrerte hudsykdommene (Barstad og Andersen 1990).

Tabell 3.4. Andel personer med sykdom i åndedrettsorganene i ulike aldersgrupper. Prosent. 1975 og 1985

	Alle aldere	-6	7-15	16-24	25-44	45-66	67-79	80+
1975	7	7	5	8	7	8	10	4
1985	7	6	6	7	7	8	9	6

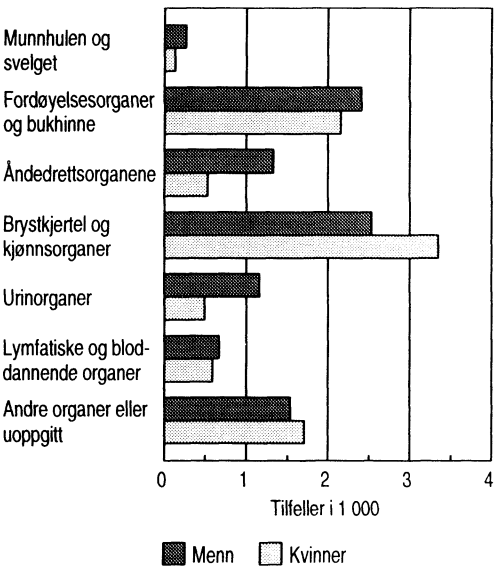
Kilde: Helseundersøkelsene, SSB

Figur 3.5. Andel med sykdommer i åndedrettsorganer blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Prosent. 1991



Kilde: Levekårsundersøkelsen 1991, SSB

Figur 3.6. Nye tilfeller av kreft etter kjønn og primærsete. Absolutte tall. 1992



Kilde: Kreftregisteret

19 000 nye krefttilfeller pr. år

I 1992 ble det meldt nær 9 900 nye tilfeller av kreft blant menn og vel 8 900 tilfeller blant kvinner, mot henholdsvis knapt 7 000 og 6 700 i slutten av 1970-årene.

Kvinner og menn - krefthyppighet

Kreftsykdommene fordeler seg ulikt mellom kjønnene. Blant kvinner er brystkreft hyppigst; kreft i brystkjertelen utgjorde i 1992 mer enn 20 prosent av alle krefttilfeller blant kvinner. Kreft i tykktarmen er den nest største gruppen, mens kreft i åndedrettsorganene og føflekkreft er om lag like hyppige kreftformer blant kvinner i 1992. Tykktarmskreft har imidlertid vist en nedgang. Brystkreft er sjelden blant unge kvinner, hyppigere blant middelaldrende og hyppigst blant de eldste. Totalt sett er livmorhalskreft den hyppigste krefttypen blant unge kvinner, mens brystkreft overtar fra 35-årsalderen som vanligste kreftform (Gram 1993).

Blant menn er prostatakreft den vanligste kreftformen, mens lungekreft og tykktarmskreft er de nest hyppigste krefttypene blant menn. Prostatakreft forekommer ikke blant menn yngre enn 40 år, og heller ikke blant de middelaldrende er dette noen utbredt kreftform. Det er spesielt menn over 70 år som lider av denne krefttypen, mer enn 70 prosent av nye tilfeller av prostatakreft rammer menn i denne aldersgruppen. Menn får lungekreft hyppigere enn kvinner, det er nesten tre ganger så mange nye tilfeller av lungekreft blant menn som blant kvinner. De fleste nye tilfeller forekommer i aldersgruppene 60-80 år, mens økningen fra 1978 til 1992 har vært spesielt stor i aldersgruppene 45-49 år og 65-69 år.

Kreftvariasjon med alder

Krefthyppigheten er størst i de eldste aldersgruppene både for kvinner og menn. Tre av fire nye krefttilfeller i 1992 rammet menn eller kvinner som er 60 år eller eldre,

Tabell 3.5. Nye tilfeller av kreft, etter kjønn og alder. Absolutte tall. 1992

	Meldte tilfeller		Pr. 100 000 innb.	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
I alt[1]	9 893	8 528	468	415
1-14	55	45	13	11
15-19	29	29	19	20
20-24	57	56	33	34
25-29	98	98	58	61
30-39	253	386	78	125
40-49	543	932	177	322
50-59	959	1 109	494	569
60-69	2 473	1 895	1 332	932
70-79	3 633	2 583	2 579	1 353
80+	1 793	1 822	3 289	1 676

[1] Reviderte tall. Diagnose 140-207 (ICD-9)
Kilde: Statistisk årbok 1994, SSB

80 prosent av tilfellene blant menn, og 70 prosent av tilfellene blant kvinner. Dette indikerer ikke at alder i seg selv gjør at vi får kreft, men jo lenger vi lever, desto lenger har vi også vært utsatt for ulike faktorer fra miljøet som kan tenkes å være kreftframkallende, direkte eller indirekte (Gram 1993).

Ser vi på de aldersjusterte tallene er hyppigheten av nye krefttilfeller større for gutter enn for jenter fra 0 til 10 år og for de som er 55 år og eldre. I aldersgruppene mellom 10 og 55 år er krefthyppigheten imidlertid større blant kvinner enn blant menn. Forekomsten av brystkreft blant middelaldrende kvinner og prostatakreft blant eldre menn kan forklare noe av disse kjønns- og aldersforskjellene.

Endringer i hyppighet av ulike kreftdiagnoser

Kreft er ingen ny sykdom, men i dag vet vi mer både om forekomst og utbredelse enn hva som var allmennkunnskap i tidligere tider. I Nasjonal helseplan er det formulert en målsetting om å redusere antall nye krefttilfeller med 15 prosent fram til år 2000. Kreftregisterets prognoser innebærer imidlertid en betydelig økning i nye krefttilfeller fram mot år 2000.

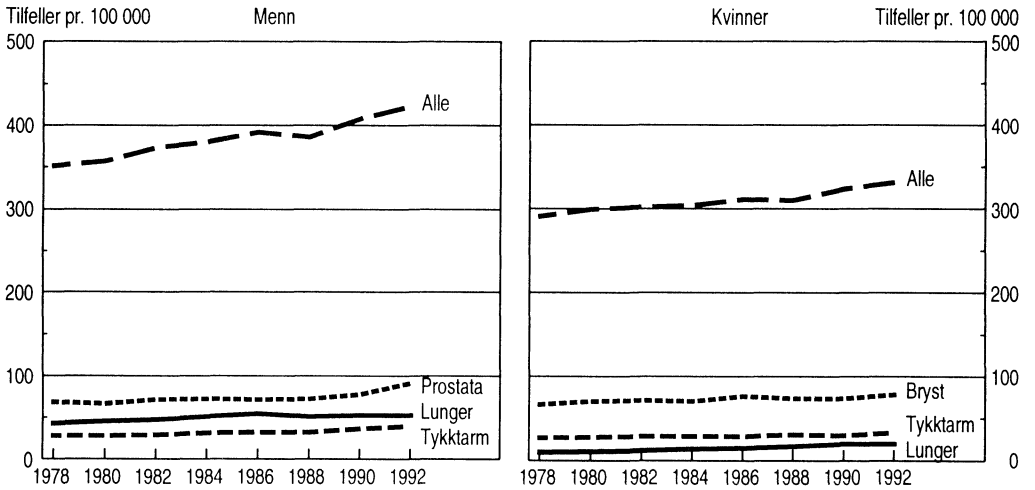
Antall nye krefttilfeller er avhengig av to forhold; alderssammensetningen i befolkningen og kreftrisikoen i de ulike aldersgruppene. Når en sammenligner antall nye tilfeller av kreft i flere perioder, kan en eliminere den forskjellen som skyldes ulik alderssammensetning på de forskjellige tidspunktene ved å aldersjustere. Figur 3.8 viser den aldersstandardiserte hyppigheten for alle krefttyper og for de tre hyppigste kreftformene blant henholdsvis menn og kvinner.

For kvinner har det vært mer enn en fordobling (103 prosent) av antall nye tilfeller av lungekreft mellom 1978 og 1992, for menn er økningen i samme tidsrom på vel 23 prosent. Antall meldte tilfeller av lungekreft er fortsatt økende for kvinner, selv om tallene viser en nedgang fra 1991 til 1992. Selv om det ikke har vært noen økning i nye tilfeller av lungekreft blant menn de siste tre årene, er hyppigheten av denne krefttypen om lag 2,5 ganger hyppigere blant menn enn blant kvinner i 1992. Fortsatt med utgangspunkt i de aldersjusterte tallene, viser beregninger en økning på vel 18 prosent i nye tilfeller av brystkreft i hele perioden, men etter 1985 har det kun vært en beskjeden økning.

Sterk økning i føflekkreft

Føflekkreft er den kreftformen som relativt sett har økt mest de siste årene. En del av føflekkreften er godartet, men ondartet føflekksvulst viser også spesielt kraftig økning, med om lag en femdobling av nye tilfeller fra perioden 1956-1960 til 1981-1985 (Larsen mfl. 1992). Likevel utgjør denne kreftformen bare en liten del av alle nyoppdagede tilfeller av kreft (nær 5

Figur 3.7. Nye tilfeller av kreft blant menn og kvinner for alle kreftformer samlet og for de tre hyppigste formene. Aldersstandardiserte rater. Pr. 100 000 innbyggere. 1978-1992



Kilde: Kreftregisteret

prosent i 1992). Før var føflekkreft hyppigere hos kvinner, men dette er nå i ferd med å jevne seg ut.

Mange smittsomme sykdommer på retur

Verdens Helseorganisasjon (WHO) har satt opp mål for arbeidet med infeksjonssykdommene. Visse smittsomme sykdommer skulle vært utryddet innen 1990. Legene i Norge er av helsemyndighetene forpliktet til å melde nye tilfeller av infeksjonssykdommer til Folkehelsa som en del av det forebyggende arbeidet med de smittsomme sykdommene, og som et sikkerhetstiltak for å unngå utvikling av epidemier. Noen infeksjonssykdommer må legene melde inn med pasientens navn og personnummer (de nominativt meldte), mens andre bare meldes inn summarisk (dvs. antall personer). Til ulike tider har ulike sykdommer vært forbundet med ulik smittefare og alvorlighetsgrad. Chlamydia måtte f.eks. tidligere meldes nominativt, mens den i dag meldes summarisk (se tabell 3.6).

Norge har hatt en vedvarende høy forekomst av alvorlige meningokokkinfeksjoner (smittsom hjernehinnebetennelse) siden midten av 1970-tallet. Antall nye tilfeller pr. år har vært atskillig høyere enn i de fleste andre europeiske land. Barn og ungdom er særlig utsatt for å få slik hjernehinnebetennelse, og dødeligheten i forbindelse med sykdommene har ligget på rundt 10 prosent for disse gruppene. I løpet av 10-årsperioden 1976-1985 oppstod bortimot 4 000 tilfeller av meningokokksykdom (hvorav bare 75 prosent ble meldt/registrert) med ca. 300 dødsfall blant småbarn og ungdommer. I 1992 var det 197 tilfeller av meningokokkinfeksjoner her i landet.

Det har vært en klar nedgang i meldte tilfeller av hepatitt B - den type gulsott som smittes og overføres gjennom blod. Denne utviklingen har sin parallell i nedgangen i enkelte kjønnssykdommer. Mye tyder på at informasjonsarbeidet mot HIV-smitte har vært vellykket i forhold til flere av de seksuelt overførbare sykdommene.

Tuberkulose er en forholdsvis sjelden sykdom i Norge i dag. I de siste 15 årene har antall tilfeller holdt seg relativt stabilt mellom 130 og 200 tilfeller (SSB 1995c).

Vaksinering av barn har ført til en sterk reduksjon av kusma, meslinger og kikhoste i løpet av 1980-tallet. Det har vært en gradvis og sterk reduksjon i forekomst av kusma. Vaksinasjon mot røde hunder startet så seint som i 1983, og det er fortsatt forholdsvis stor variasjon i antall tilfeller av denne sykdommen pr. år. Også antall tilfeller av meslinger var varierene gjennom 1980-tallet, men har siden 1990 vist en stabil og kraftig nedgang.

Chlamydia vanligste kjønnssykdom

Kjønnssykdommer omfatter seksuelt overførbare sykdommer, og de dekker skalaen fra syfilis på den ene siden til soppsykdommer og skabb på den andre.

Meldte tilfeller av gonoré og syfilis har gått sterkt tilbake etter 1975. For gonoré har det vært en jevn tilbakegang i hele perioden. Chlamydia-infeksjon er den vanligste seksuelt overførbare sykdom i Norge i dag, og den forekommer langt hyppigere hos mennesker over 30 år enn blant de under. I overkant av 10 000 tilfeller ble registrert i 1992, mens det ble registrert 2 104 tilfeller av herpes, 346 tilfeller av gonoré og 10 tilfeller av syfilis.

Tabell 3.6. Meldte tilfeller av utvalgte infeksjonssykdommer. Absolutte tall. 1980-1993

	1980	1988	1990	1992	1993
Nominativt meldte tilfeller					
Hepatitt	558	238	188	183	182
Salmonellose	310	1 262	1 096	1 003	1178
Dysenteri	172	174	233	201	137
Meningokokkinfeksjon	227	164	171	197	155
Meningitt	250	51	204	232	85
Meslinger	3 204[1]	133	95	73	7
Summarisk meldte tilfeller					
Influensalignende sykdom	118 619	179 476	193 822	201 857	223 008
Streptokokkinfeksjon	40 280	79 347	74 505	82 667	96 703
Mononucleose	2 433	5 325	6 283	6 380	6 523
Mykoplasmainfeksjon	2 777	6 383	5 891	6 668	.[3]
Røde hunder	6 091	1 088	1 399	709	474
Kusma	21 096	2 468	585	577	692
Kikhoste, 2 år og over	2 003	285	193	89	17[2]
Akutt mage-/tarminfeksjon	.	43 118	45 641	42 899	48 190
Skabb	9 592	4 040	3 530	2 677	2 061
Lus	6 989	4 127	3 412	2 493	1 764
Gonoré	10 501	2 547	944	411	346
Syfilis	108	66	49	48	10
Herpes	.	2 096	2 169	1 934	2 104
Chlamydiainfeksjon	.	12 772	12 094	10 103	9 198

[1] Meslinger var summarisk meldt sykdom i 1980. [2] Nominativt meldt f.o.m. 1993. [3] Meldes ikke lenger.
Kilde: Folkehelsa, MSIS (Meldesystem for infeksjonssykdommer)

Tabell 3.7. HIV-infeksjon etter risikofaktor og diagnoseår. 1984-1993

	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Alle risikofaktorer	10	210	195	193	148	133	90	140	106	112
Homo-/biseksuell mann(A)	9	103	68	69	46	47	36	58	27	42
Sprøytemisbruk(B)	1	71	99	68	32	23	18	14	12	11
Kombinasjon A og B	-	6	8	2	3	5	3	2	-	1
Fått blod/blodprodukt	-	3	-	6	10	1	-	1	2	1
Heteroseksuell praksis	-	5	11	29	32	23	17	16	28	23
Høyendemisk fødeland	-	1	6	18	20	29	11	39	31	31
Barn av HIV-positiv mor	-	-	1	-	-	3	2	3	-	-
Annet/ukjent	-	21	2	1	5	2	3	5	6	3

Kilde: Folkehelsa

1 337 smittet av HIV, 294 døde av AIDS

På 1980-tallet har HIV/AIDS-infeksjonen kommet til blant infeksjonssykdommene, og har nok i perioden representert den største bekymring i forhold til de smittsomme sykdommer og fare for epidemisk utvikling, og har i Norge vært meldepliktige siden 1983. AIDS ble erkjent som et nytt sykdomsbilde i USA i 1981. HIV-infeksjon var gjennom 1980-tallet den av infeksjonssykdommene som økte mest i USA og Europa.

De kroniske formene for HIV-infeksjon varierer fra helt symptomfrie tilstander til fullt utviklet AIDS, med ulike sykdomsbilder av lett til moderat alvorlighetsgrad mellom disse ytterpunktene. AIDS er samlebetegnelsen på de alvorligste formene for HIV-infeksjon og er kjennetegnet ved infeksjonskomplikasjoner og/eller visse kreftsykdommer.

I perioden 1984 til 1993 ble det i Norge registrert i alt 1 337 tilfeller av HIV-infeksjon. I den samme perioden ble det i gjennomsnitt tatt vel 14 000 HIV-tester pr. måned. I alt var det innen utgangen av 1993 registrert 369 AIDS-syke. Men i forhold til spådommene om utbredelse på begynnelsen og midten av 1980-tallet, har HIV/AIDS-infeksjonen overhode ikke fått de dimensjoner og konsekvenser som dengang var fryktet. I perioden 1983 til 1993 døde i alt 294 personer av AIDS. I årene 1989 til 1993 skjedde det en fordobling av antall døde (fra 26 i 1989 til 68 i 1993), og de siste 3-4 årene har det dødd om lag 12 mennesker av AIDS hvert år i Norge.

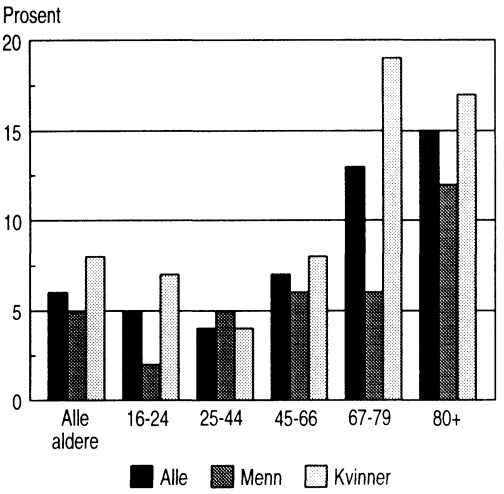
Drøyt halvparten av de registrerte HIV-infeksjoner i perioden 1984 til 31. desember 1993, var diagnostisert i Oslo, og godt og vel 10 prosent i Akershus. I Sogn og Fjordane er det fremdeles ikke meldt om HIV-positive personer.

Hvor mange har psykiske lidelser?

Ifølge levekårsundersøkelsene var det vel 5 prosent av den voksne befolkningen som var plaget av angst eller depresjon i 1991. Dette var en liten nedgang fra 1980.

Totalt finnes det om lag 40 000 alvorlig, langvarig sinnslidende i Norge, det vil si om lag 1 prosent av befolkningen (Hatland mfl.1994). Det er vanlig å regne med at om lag en fjerdedel av befolkningen på ett eller annet tidspunkt i livet - for kortere eller lengre tid - vil ha såpass alvorlige psykiske problemer at de blir hjelpetrengende.

Figur 3.8. Andel menn og kvinner med hyppige symptomer på psykiske lidelser i ulike aldersgrupper. Prosent. 1991



Kilde: Levekårsundersøkelsen 1991, SSB

Beregninger gjort på bakgrunn av helseundersøkelsens data (1985) gav et anslag for behandlingstrengende tilfeller på om lag 3 prosent, med utgangspunkt i rapporterte tilfeller av angst og depresjon (Moum (red.) 1991).

De eldste kvinnene er mest plaget av psykiske lidelser

Symptomer på nervøse lidelser er mer vanlig i en del utsatte grupper enn i befolkningen som helhet. Eldre kvinner, skilte, separerte, sosialhjelpsmottakere og langvarig arbeidsledige er de grupper som er mest utsatt for psykiske lidelser. Hyppigheten av nervøse lidelser og symptomer tiltar - som for de fleste andre sykdomsgrupper - med alderen, og aller mest utsatt er som nevnt de eldre kvinnene. Helseundersøkelsen i 1985 viste at andelen barn i alderen 7-15 år med slike sykdommer lå mellom 2 og 3 prosent. I aldersgruppen 67 år og over oppgav 16 prosent av kvinnene og 10 prosent av mennene at de hadde en nervøs lidelse. Tilsvarende tall for aldersgruppen 45-66 år var 12 prosent og 6 prosent.

Også levekårsundersøkelsene viser at klart flere kvinner enn menn oppgir psykiske plager. I aldersgruppen 16-24 år oppgav 7 prosent av kvinnene og 2 prosent av mennene i 1991 at de i løpet av de siste 6 månedene ofte var plaget av svært kraftig hjertebank, av nervøsitet, angst, rastløshet eller hadde følt seg deprimert. Tilsvarende tall for aldersgruppen 67-79 år var 19 og 6 prosent (1991).

Forekomsten av psykiske lidelser i samfunnet er vanskelig å beregne på en sikker måte. I dette kapittelet skal vi hovedsakelig se på utbredelse og utvikling slik dette er målt i Statistisk sentralbyrås helse- og levekårsundersøkelser. Helseundersøkelsen i 1985 var den første norske landsomfattende intervjuundersøkelse som inkluderte et anerkjent, sosial-psykiatrisk spørreskjema (Hopkins Symptom Check List) for måling av symptomer på angst og depresjon på en ikke-hospitalisert befolkningsgruppe. En regner imidlertid med en betraktelig underrapportering når en spør et ikke-hospitalisert utvalg av befolkningen om såpass personlige anliggender som psykiske problemer. Både helse- og levekårsundersøkelsene registrerer syketilfeller, og begge undersøkelsene koder sine data likt. Omfanget av psykiske lidelser i levekårsundersøkelsene er imidlertid ikke sammenlignbart med helseundersøkelsene, dels fordi levekårsundersøkelsene bare måler kroniske lidelser og dels fordi spørsmålene om syketilfeller er langt mindre omfattende og allsidige enn i helseundersøkelsene.

Liten endring i psykiske lidelser...
Helseundersøkelsene tyder på en stor grad av stabilitet i andelen av befolkningen som har nervøse lidelser i perioden 1975 til 1985 (Barstad 1992). Det var en svak økning i de yngre aldersgruppene (opp til 16 år), mens det var en tendens til nedgang i aldersgruppene 16-66 år. Dette gjelder også for de over 80 år. Aldersgruppen 67-79 år viser imidlertid en viss økning (helseundersøkelsene).

Det var en liten nedgang i andelen kvinner med nervøse lidelser i perioden 1980 til 1991. Mest markert er nedgangen blant kvinner i yrkesaktiv alder (levekårsundersøkelsene). Dette kan muligens forklares med denne aldersgruppens økte deltakelse i arbeidsliv og dermed i sosiale nettverk. Utenlandske studier tyder på at sysselsatte kvinner er mindre plaget av depresjon og angst enn husmødre (Barstad 1992).

Ifølge levekårsundersøkelsene er det en økning i oppgitte symptomer på depresjon blant unge menn i aldersgruppen 20-29 år. Her er andelen som ofte eller av og til er plaget av symptomer på depresjon steget fra snaut 12 prosent i 1980 til 17 prosent i 1991 (Barstad 1993). Den klareste nedgangen ses i forhold til oppgitte symptomer på angst i levekårsundersøkelsene. Her er andelen som ofte eller av og til er plaget (av angst) redusert fra 24 prosent i 1980 til 21 prosent i 1991.

Vi ser av tallene fra levekårsundersøkelsene at mens det i 1980 var langt mer vanlig å rapportere psykiske lidelser blant eldre enn blant yngre menn, er forholdet omvendt i 1991. Den fysiske helsetilstanden har stor betydning for livskvalitet og psykisk helse.

...men økende salg av beroligende midler
Psykofarmaka er en undergruppe av medikamenter som virker på sentralnervesystemet, og kan deles inn i nevroleptika - som motvirker psykotiske symptomer, tranquillizers - som demper angst- og urotilstander, antidepressiva - som hever stemningsleiet, og hypnotika/sedativa som er sovemidler.

Tabell 3.8. Andel som jevnlig har vært plaget av ulike symptomer på psykiske lidelser de siste seks måneder. Personer 16-79 år. Prosent. 1980-1991

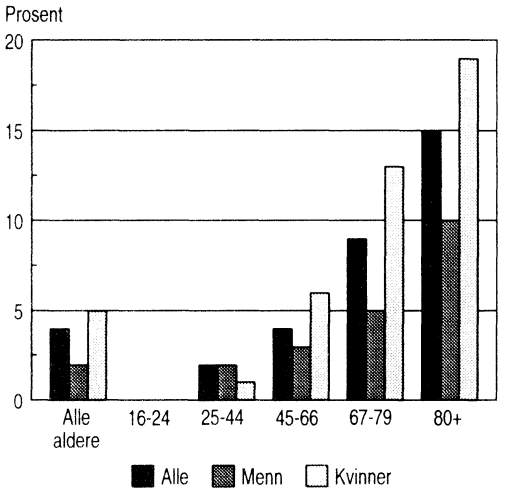
	1980	1983	1987	1991
Angst				
Ofte	5,3	4,9	3,9	4,2
Ofte eller av og til	24,0	22,6	21,7	21,1
Depresjon				
Ofte	3,4	3,5	3,0	3,0
Ofte eller av og til	19,7	19,8	19,8	18,4
Angst eller depresjon				
Ofte	6,0	5,8	5,3	5,4
Ofte eller av og til	30,1	29,5	29,5	27,8

Kilde: Levekårsundersøkelsene, SSB

Salget av beroligende midler har økt i Norge siden midten av 1970-tallet dersom dette måles i omsetning i millioner kroner. Eldre mennesker er den klart største brukergruppen av slike legemidler (Norsk Medisinaldepot). 4 prosent av befolkningen over 16 år oppgav at de jevnlig brukte beroligende midler i 1991. 19 prosent av kvinnene og 10 prosent av mennene over 80 år brukte slike legemidler jevnlig (SSB 1992b). De fleste medikamentbrukere er aleneboende og mange har fysiske sykdommer.

Intervjuundersøkelser tyder på at andelen i aldersgruppen over 50 år som bruker sovemidler, økte fra 18 prosent i 1985 til 25 prosent i 1991 (Barstad 1993).

Figur 3.9. Andelen menn og kvinner som jevnlig bruker beroligende midler, i ulike aldersgrupper. Prosent. 1991



Kilde: Levekårsundersøkelsen 1991, SSB

Det økende antall eldre i befolkningen vil med stor sannsynlighet medføre en viss økning i totalomfanget av psykiske lidelser. Forekomsten av organisk betingede sinnslidelser øker med stigende alder. Fram til år 2000 vil befolkningen over 80 år øke med 16 prosent i forhold til 1980, og den største økningen kommer i de eldste aldersgruppene. I år 2000 vil det være om lag 30 000 mennesker over 90 år i Norge, mot 11 800 i 1980. Man regner med at 3 til 5 prosent av befolkningen over 70 år har en alvorlig aldersdemens, mens mindre alvorlige former finnes hos om lag 10 prosent (NOU: 1988:8).

4. Funksjonsevne

MÅL FOR FUNKSJONSEVNE
Nedsatt funksjonsevne blir her brukt som en samlebetegnelse for en av flere typer konsekvenser av sykdom, medfødt lidelse eller aldring. Nedsatt funksjonsevne kan være av kortere eller lengre varighet, den kan være mer eller mindre alvorlig, og den kan gjelde forskjellige funksjoner. Funksjonshemming brukes ofte som betegnelse når nedsatt funksjonsevne er av lang varighet og mer alvorlig, mens f.eks. sykefravær vanligvis innebærer nedsatt funksjonsevne i forhold til arbeidslivet av kortere varighet, funksjonsevnen kan være nedsatt både i alvorlig og mindre alvorlig grad.

Man kan enten definere nedsatt funksjonsevne ut fra evne til å utføre grunnleggende fysiske eller psykiske funksjoner: syn, hørsel, bevegelsesevne, kommunikasjonsevne mv., eller ut fra evne til å utføre ulike typer oppgaver: arbeid, utdanning, reingjøring, fritidsaktiviteter mv.

Levekårsundersøkelsen anslår nedsatt funksjonsevne på grunnlag av grunnleggende fysiske funksjoner som syn, hørsel, bevegelsesevne, bæreevne og på grunnlag av varig nedsatt arbeidsevne. Arbeidsevne refererer da både til inntektsgivende arbeid, husarbeid og skolegang/studier.

Det følger av dette at begreper som nedsatt funksjonsevne og funksjonshemming i praksis er ganske uklare. Dette betyr også at anslagene på antallet med nedsatt funksjonsevne eller funksjonshemming varierer sterkt, og det samme gjelder i noen grad også beskrivelser av hvem som har nedsatt funksjonsevne eller er funksjonshemmede.

4.1. Varig nedsatt funksjonsevne

Ifølge levekårsundersøkelsene i 1980 og 1991 var andelen av befolkningen i alderen 16-67 år med nedsatt funksjonsevne (se ramme ovenfor) om lag den samme i denne perioden (18 prosent). Også andelen som hadde varig nedsatt arbeidsevne (var arbeidsuføre) endret seg lite i perioden 1980 til 1991. Om lag 10 prosent av den voksne befolkningen oppgav begge årene at de har sterkt nedsatt arbeidsevne pga. sykdom eller funksjonshemming.

Nedsatt evne til å utføre oppgaver varierer naturligvis med oppgavens art. Helseundersøkelsen 1985 viser at omtrent hver tredje voksne hadde en eller annen varig konsekvens av sykdom av praktisk eller sosial art. De konsekvensene det ble spurt om var vanskeligheter med å finne eller å klare et arbeid, med utdanning eller opplæring, med å delta i foreningsliv eller fritidsaktiviteter, med å få kontakt med eller snakke med andre mennesker, med å bevege seg rundt i eller ut av boligen eller med å bruke offentlige transportmidler. Slike konsekvenser av sykdom er mye vanligere blant eldre enn blant yngre. Blant yngre voksne (16-44 år) hadde nesten 10 prosent av befolkningen varige praktiske eller sosiale konsekvenser av sykdom, blant eldre 67 år og over gjaldt dette vel 40 prosent (Barstad og Andersen 1990).

Varige vansker med å delta i foreningsliv og andre fritidsaktiviteter er en av de former for nedsatt funksjonsevne som er mest utbredt. I 1991 opplevde 15 prosent av den voksne befolkningen at helseproblemer skapte vansker for deltakelse i foreningsliv og andre fritidsaktiviteter.

Særlig blant eldre forekommer det ganske ofte at helseproblemer fører til vansker med å utføre grunnleggende daglige oppgaver som matlaging, innkjøp og reingjøring, vansker som betyr at det finnes et hjelpebehov blant disse eldre. Levekårsundersøkelsen i 1991 viser at 7 prosent av den voksne befolkningen hadde et hjelpebehov fordi de ikke uten hjelp kunne klare dagligvareinnkjøp og vask og reingjøring av boligen.

Tabell 4.1. Andel menn og kvinner med ulike former for nedsatt funksjonsevne i ulike aldersgrupper. Prosent. 1991

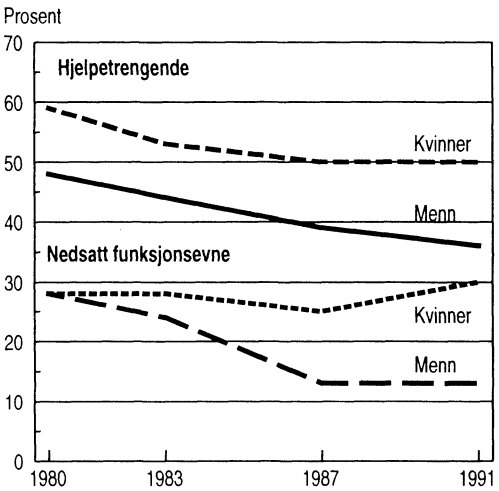
	Sterkt nedsatt arbeidsevne[1]	Nedsatt bevegelsesevne[2]	Nedsatt deltakelse i aktiviteter	Nedsatt funksjonsevne	Er hjelpetrengende
Menn i alt	9	7	11	14	4
16-24	1	0	5	3	0
25-44	4	2	6	6	1
45-66	14	7	13	18	3
67-79	18	22	25	36	13
80+	36	48	51	73	50
Kvinner i alt	13	13	20	22	9
16-24	6	4	11	10	2
24-44	7	5	11	10	2
45-66	19	15	26	28	9
67-79	20	37	37	50	30
80+	31	30	46	70	49

[1] Til denne gruppen regnes personer med langvarig sykdom som svarte at sykdommen(e) i høy grad begrenset arbeidsevnen. Arbeidsevne refererer både til inntektsgivende arbeid, husarbeid og skolegang eller studier.
[2] Personer med nedsatt bevegelsesevne svarer enten at de ikke uten vansker kan gå i trapper eller at de ikke uten vansker kan gå "en 5-minutters tur i noenlunde raskt tempo". Forbigående vansker pga. f.eks. en forstuet fot eller bein regnes ikke med.
Kilde: Levekårsundersøkelsen 1991, SSB

De eldre har det bedre

Funksjonsevnen har vært uforandret når en ser befolkningen under ett i perioden 1980 til 1991. Men når en studerer utviklingen i ulike aldersgrupper kan en se relativt store endringer, spesielt blant de eldste, som er blitt mer funksjonsdyktige de siste ti årene. Spesielt har eldre menn hatt en gunstig utvikling. Mens nesten annenhver mann i alderen 67 til 79 år hadde nedsatt funksjonsevne i 1980, var andelen redusert til 36 prosent i 1991 (Barstad 1992). Bedringen omfatter de fleste aspekter ved funksjonsevnen, både bevegelsesevne og arbeidsevne. Også blant eldre kvinner har det vært en bedring i funksjonsevnen, men ikke i samme grad som for menn. Utviklingen i funksjonsevnen står dermed i kontrast til dødelighetsutviklingen, hvor det som vist, har vært små endringer de siste årene blant de eldre, og hvor det ikke kan spores noen tendenser til mindre kjønnsforskjeller.

Figur 4.1. Andel menn og kvinner 67-79 år med nedsatt funksjonsevne, og andel som er hjelpetrengende. Prosent. 1980-1991



Kilde: Levekårsundersøkelsene, SSB

Nedsatt funksjonsevne er mer utbredt blant kvinner enn blant menn

Det bildet opplysninger fra intervjuundersøkelser gir av forskjeller i kvinners og menns funksjonsevne, varierer noe med hvilke typer av funksjonskonsekvenser det tas utgangspunkt i. Levekårsundersøkelsen 1991 viser at 9 prosent av alle voksne menn og 13 prosent av alle voksne kvinner hadde sterkt nedsatt arbeidsevne. 4 prosent av voksne menn og 9 prosent av voksne kvinner var hjelpetrengende, dvs. at de ikke uten hjelp fra andre klarer daglige vareinnkjøp og reingjøring av boligen. Men uansett typen aktivitet en ser funksjonsevne i forhold til, er det flere kvinner enn menn som har nedsatt funksjonsevne. Bruker en levekårsundersøkelsens mål for samlet funksjonsevne finner en at nedsatt funksjonsevne var noe mer utbredt blant kvinner enn blant menn både i 1980 og 1991. Begge år hadde 20 prosent av kvinnene (16-79 år) nedsatt funksjonsevne, mens dette gjaldt for 15 og 13 prosent av mennene i henholdsvis 1980 og 1991. Forskjellen mellom menns og kvinners funksjonsevne bestod stort sett i at flere kvinner enn menn hadde nedsatt bevegelighet og bæreevne.

Kjønnsforskjellene i funksjonsevne gjenfinnes i alle aldersgrupper, også blant de yngste. Forskjellene mellom unge gutter og jenter har blitt større de siste ti årene. Vel 10 prosent av jentene hadde i 1991 vansker med å delta i fritidsaktiviteter grunnet helseproblemer, sammenlignet med 5 prosent av unge menn. Den eneste gruppen hvor det har skjedd en svak forverring av funksjonsevnen, er blant unge kvinner. Nedsatt funksjonsevne forekommer hyppigst blant de eldste kvinnene. Noe over halvparten av eldre kvinner har nedsatt funksjonsevne, mens fire av ti har vansker med å delta i fritidsaktiviteter.

4.2. Andre indikatorer på nedsatt funksjonsevne

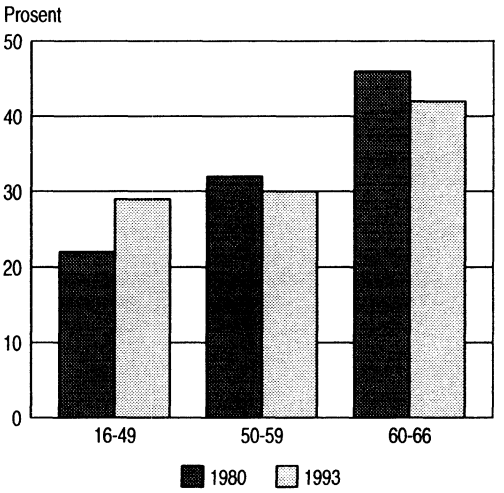
Uføretrygding

Uførhet er i likhet med sykefravær ikke noe direkte mål på funksjonsevne, fordi det er mange andre forhold som spiller inn, f.eks. forhold på arbeidsmarkedet, tildelingskriterier, bosted m.m. Men vi kan definere uføretrygding som varig nedsatt funksjonsevne i forhold til inntektsgivende arbeid, i en bestemt samfunnsmessig kontekst.

Tilgangen på nye uførepensjonister har vært avtagende helt siden 1989. Forklaringene på dette er sannsynligvis sammensatt, men skyldes nok delvis endringer i befolkningens alderssammensetning, innskjerping av reglene ved tildeling av uførepensjon og muligens også den faktiske økningen i antall attføringsstønader i perioden.

I 1980 var det totalt 160 000 uførepensjonister i alderen 16-66 år, det vil si vel 6 prosent av befolkningen. I første kvartal av 1991 nådde antall stønadsmottakere med uførepensjon sitt "høydepunkt" med 239 000 trygdede, 8,4 prosent av befolkningen (16-66 år). I tiden etter dette viser foreløpige tall en nedgang både i det totale antall uføretrygdede, og i tilgangen på nye fra kvartal til kvartal. I 1. kvartal 1994 er totalen redusert til 232 000.

Figur 4.2. Andel uførepensjonerte i prosent av alle uførepensjonister i ulike aldersgrupper. 1980 og 1993



Kilde: Rikstrygdeverket

Tabell 4.2. Antall uførepensjonerte menn og kvinner 16-66 år. Absolutte tall og prosent av befolkningen. 1980-1993

	Menn	Kvinner	Begge	Andel av befolkningen 16-66 år
1980	77 332	82 393	159 725	6,1
1985	88 727	99 294	188 021	7,0
1988	98 621	118 452	217 073	7,9
1990	104 704	129 657	234 361	8,4
1991	105 926	132 593	238 519	8,5
1992	104 674	131 564	236 238	8,4
1993	102 658	129 739	232 397	8,3

Kilde: Rikstrygdeverket

Ser vi på utviklingen i de ulike aldersgruppene, har utviklingen vært spesielt negativ tatt i betraktning at de yngste aldersgruppene (16-49 år) faktisk utgjør en større andel av de uføretrygdede i 1993 enn i 1980. De over 60 år (60-66 år) utgjorde 46 prosent av de uføre i 1980 og 42 prosent i 1993.

En stadig større andel av personer i aldersgruppen 60-64 år er uføretrygdet; i 1980 var andelen 22 prosent, i 1992 var andelen økt til 34 prosent.

Diagnoser

Blant de uførepensjonerte i 1993 var de viktigste diagnosegruppene *muskel- og*

Tabell 4.3. Uføretrygdede menn og kvinner etter primærdiagnose. De fire viktigste diagnosegruppene. Prosent. 1980 og 1993

Diagnosegruppe	1980		1993	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Uføre i alt	77 332	82 393	102 658	129 739
Sinnslidelser	34,3	32,7	29,9	27,0
Sykdommer i skjelett, muskel- og bindevev	17,5	25,5	25,7	38,6
Sykdommer i sirkulasjons-organene	16,0	9,6	13,0	5,4
Sykdommer i nervesystem og sanseorganer	11,8	9,4	6,6	6,4

Kilder: Rikstrygdeverket og Statistisk årbok 1994, SSB

skjelettsykdommer med 33 prosent, *sinnslidelser* med 28 prosent, og *sykdommer i sirkulasjonsorganene* med i underkant av 10 prosent. Rundt 70 prosent av uførepensjonistene var i 1993 tildelt uførepensjon med utgangspunkt i en av disse tre diagnosegruppene.

Ser en på mer detaljerte diagnosegrupper var *nevroser (personlighetsforstyrrelser) og rygglidelser* de to hyppigst forekommende primærdiagnosene, begge omtrent 15 prosent, og *arterio-skletorisk hjertesykdom* (åreforkalkning og åreforkalkningens følgesykdommer - som f.eks. hjerteinfarkt), med 5 prosent den tredje hyppigste primærdiagnosen.

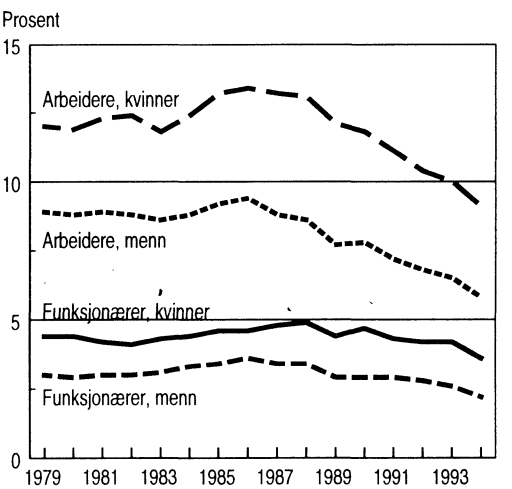
Sykefravær

Sykefravær og uføretrygding er usikre og svært relative helsemål og mål på konsekvens av sykdom, fordi sykefraværet ikke bare påvirkes av sykeligheten, men i likhet med uføretrygding også av arbeidsmarked, næringsstruktur, regelutforming m.m. Sykefraværsmønsteret avspeiler i tillegg til helsetilstanden også forhold som sykelønnsordninger og arbeidsmiljøets kvaliteter.

De mest omfattende opplysninger om sykefraværets utvikling gis av Næringslivets hovedorganisasjon (NHO) og Rikstrygdeverket. NHOs statistikk er den beste kilden til opplysninger om korttidsfravær, det vil si fravær i inntil 3 dager. NHO-statistikken dekker imidlertid bare en liten andel av arbeidstakerne, f.eks. 10 prosent av alle yrkesaktive menn. Rikstrygdeverkets statistikk omfatter de fleste av landets arbeidstakere, men dekker bare fravær *utover* arbeidsgiverperioden på 14 dager. Rikstrygdeverkets oversikt gir det beste bildet av langtidsfraværet.

De ulike kildene tyder på at korttidsfraværet ble noe redusert i løpet av 1980-tallet, men at det samtidig ble flere som var sykemeldt store deler av året (NOU 1992:20).

Figur 4.3. Sykefravær i prosent av mulige arbeidsdager blant mannlige og kvinnelige arbeidere og funksjonærer i NHOs medlemsbedrifter. 1979-1994



Kilde: Næringslivets hovedorganisasjon

Ifølge NHO-statistikken falt nesten 8 prosent av alle mulige dagsverk bort på grunn av sykdom blant de ansatte i 1986, mot vel 6 prosent i 1980. Det samlede sykefraværet gikk imidlertid ned i siste halvdel av 1980-tallet. Korttidsfravær, målt som fravær i tre dager eller mindre, er altså blitt noe mindre utbredt gjennom 1980-tallet, etter en liten økning etter innføringen av egenmeldingssystemet i 1978.

Når en ser på tilfellene av sykemelding ut over arbeidsgiverperioden, er det ikke blitt flere slike pr. sysselsatt det siste 10-året. Derimot har den gjennomsnittlige varigheten pr. tilfelle økt (Rikstrygdeverket). Dette skyldes at en større andel av de sykemeldte tar ut maksimal stønadslengde, noe som kan ha sammenheng med forholdene på arbeidsmarkedet.

Arbeidstakerne hadde i 1993 et gjennomsnittlig fravær på anslagsvis 8,6 dager mot 9,3 dager i 1992 (til sammen 13 946 000 dager i 1993 og 14 952 000 dager i 1992). Det er en nedgang på 0,7 dager fra året før, dvs. en nedgang på om lag 7 prosent (Rikstrygdeverket 1993). Antall sykepengedager som folketrygden betalte for (til arbeidstakerne), gikk ned med om lag 7 prosent i 1993.

Fra 1992 til 1993 gikk antall dager med sykepenger fra folketrygden ned i nesten alle fylker. Den største nedgangen var i Buskerud, med 15,4 prosent, Rogaland med 12,2 prosent, Hedmark med 10,5 prosent og Vestfold med 10,2 prosent.

Ser vi på diagnoser ved sykefravær, utgjør sykdommer i *muskel- og skjelettsystemet* 45 prosent og *mentale forstyrrelser* 14 prosent av totalen.

Tabell 4.4. Folketrygden. Kontantstønad under sykdom. Stønadstilfeller avsluttet i 1980 og 1993[1]

	1980	1990	1993
Sykepengetilfeller i alt	382 694	381 078	321 157
Menn	234 959	184 818	145 256
Kvinner	147 735	196 260	175 901
Sykepengedager i alt	17 662 809	19 704 653	16 417 288
Menn	10 617 627	9 792 131	7 715 933
Kvinner	7 045 182	9 912 522	8 701 355

[1] Ikke medregnet statsansatte. Inkluderer også bl.a. arbeidsledige med rett til sykepenger fra 1. dag. Gjelder sykepengetilfeller utover arbeidsgiverperioden på 14 dager, og som betales av folketrygden. Korttidsfravær er ikke med her.
Kilde: Rikstrygdeverket

5. Helse og helseulikheter

Hva er betydningsfulle egenskaper og kjennetegn hos individer og grupper av individer i forhold til helse og tilgang på helsetjenester? Når det gjelder tilgangen på helsetjenester blir dette diskutert nærmere i kapittel 10. I dette kapittelet vil vi konsentrere oss om *ulikheter* i fordelingen av helse i befolkningen, målt som *sykelighet* og *dødelighet* i ulike befolkningsgrupper.

Det er flere grunner til at ulikheter i helsetilstand mellom grupper av befolkningen er interessant. For det første er helse en grunnleggende forutsetning for samhandling og realisering av livssjanser (Dahl 1994). For det andre er helse et mål i seg selv i vårt moderne samfunn; et gode som for de fleste har høy egenverdi, og fravær av dette godet påfører individet smerte, sorg, funksjonshemming, nedsatt aktivitet og redusert velferd.

For det tredje står likhetsidealet kanskje særlig sterkt i forhold til fordeling av helse og helsetjenester i vår egalitære arv. Verdens helseorganisasjon er blant de instanser som har vist vedvarende og sterk interesse for helseforhold som skaper sosial ulikhet (Westin 1995). Gjennom sin tilslutning til *Helse for alle*-programmet har Norge forpliktet seg til å utjevne helseforskjellene for de svakest stilte. Dessuten har alle partiene på Stortinget sluttet seg til målet om utjevning av helseforskjellene (Innst.S.nr.120-1988-89).

I samfunnsmedisinsk forskning og helsestatistikk angis imidlertid ikke sosial ulikhet på noen entydig og lett sammenlignbar måte. Individer klassifiseres forskjellig; etter yrke, utdanning, inntekt, bosted, kjønn, eller ulike kombinasjoner av disse (Westin 1995).

Forholdet mellom helse og sosial ulikhet kan heller ikke her beskrives på en tilfredsstillende måte. Ikke desto mindre er det et faktum at dødelighet og sykelighet (og kanskje også helsetjenestebruk) i betydelig grad samvarierer med sosial klasse, sosioøkonomisk status og andre inndelinger som representerer "høy" og "lav" i samfunnet (Elstad 1995). Det gjelder f.eks. kjønn og etnisk tilhørighet. Kan man ved å analysere forskjeller i dødelighet og sykelighet mellom ulike geografiske områder, mellom ulike sosioøkonomiske grupper og mellom menn og kvinner få ny informasjon og bedre kunnskaper om sykdomsrisiko og årsaker til sykdom?

5.1. Geografiske ulikheter i levealder og dødelighet

Dødelighetsrater er det tradisjonelle målet på ulikheter i helsetilstand. En rekke

undersøkelser har påvist klare forskjeller i dødelighet mellom ulike geografiske områder. Dette kan dreie seg om fylkesvise forskjeller, forskjeller mellom by og land og forskjeller mellom ulike områder innenfor storbyene - spesielt i Oslo.

Høyest dødelighet i Finnmark

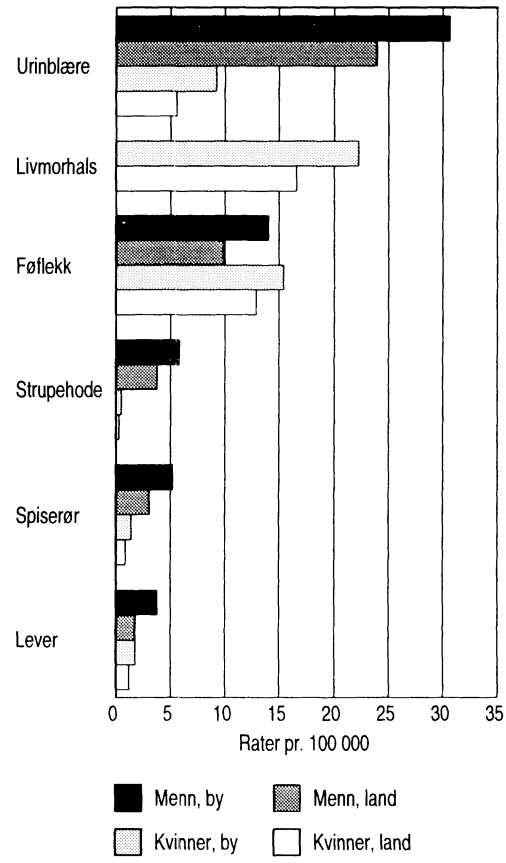
I mange år har dødeligheten i Norge vært høyest i Finnmark og lavest i Sogn og Fjordane. Spesielt har hjerte- og kardødeligheten vært høy i Finnmark, i perioden 1981-1990 var dødeligheten blant menn 20 prosent høyere enn landsgjennomsnittet, mens dødeligheten blant menn i Sogn og Fjordane var 16 prosent under landsgjennomsnittet. Disse geografiske forskjellene var ikke like store for kvinner som for menn. En analyse av dødelighetsutviklingen i aldersgruppen 0-69 år i perioden 1969-1989 viser imidlertid at de geografiske forskjellene ble mindre blant menn og større blant kvinner (Aase 1992).

Kreftrisikoen er størst blant bosatte i byene

Folk lever gjennomgående kortere i Oslo enn i landet for øvrig, noe som blant annet skyldes kreftdødeligheten. Oslo hadde i perioden 1981-1990 også den høyeste kreftdødeligheten blant fylkene.

Kreft i munnhule, tunge, svelg, spiserør, lever, galleblære, strupehode og lunge forekommer hyppigere blant hovedstadens innbyggere enn blant andre bybeboere (Hagen og Langmark 1990). Det samme gjelder livmorhalskreft og urinblærekreft. Industribyene har lavere kreftforekomst enn Oslo for de utvalgte kreftformene, bortsett fra føflekkreft. Kreftrisikoen er med andre ord høyere i byene enn på landet, 18 prosent høyere for kvinner og 22 prosent høyere for menn (Hagen og Langmark 1990).

Figur 5.1. Aldersjusterte rater for nye tilfeller av kreft pr. 100 000 kvinner og menn. Utvalgte krefttyper i by- og landdistrikter. 1976-1985

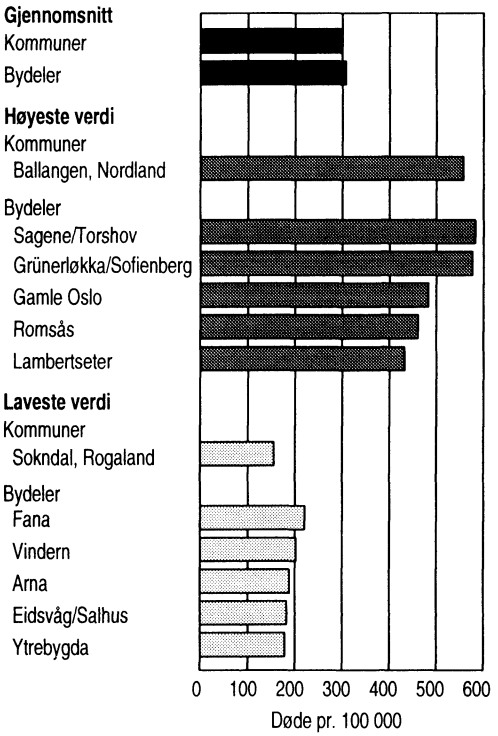


Kilde: Kreftregisteret

Høy dødelighet i Oslo indre øst

Analyser av dødeligheten for aldersgruppen 20-64 år i perioden 1987-1992 viser betydelige forskjeller i risikoen for en tidlig død mellom bosatte i ulike bydeler og kommuner (se figur 5.2). Risikoen er klart høyest i de indre østlige bydeler i Oslo. På Sagene/Torshov og Grünerløkka/Sofienberg var risikoen for en tidlig død om lag 90 prosent høyere enn landsgjennomsnittet (Barstad

Figur 5.2. Dødelighet pr. 100 000 innbyggere 20-64 år. Alders- og kjønnsstandardiserte tall. Årsgjennomsnitt 1987-1992[1]. Bydeler i storbyene sammenlignet med alle kommuner



[1] Dødelighetstallene for kommunene gjelder perioden 1986-1992. Bare kommuner med 20 eller flere dødsfall er med

Kilde: Barstad 1995

1995). Dette er svært høyt i landsmålestokk, høyere enn noen annen kommune.

Dødelighetsforskjellene er også størst i Oslo, mellom de ulike bydelene. Dødeligheten i de tre indre østlige bydelene er om lag 2,5 ganger så høy som i de tre bydelene i ytre vest (Vindern, Røa, Ullern). Det er en indre sammenheng mellom de ulike levekårsproblemene (Barstad 1995). Det er for eksempel en klar sammenheng mellom andelen uførepensjonerte og risikoen for en tidlig død. Uførepensjonister har en særlig høy dødelighet (Kristofersen 1990), og den høye konsentrasjonen av uførepensjonister i enkelte deler av Oslo indre øst bidrar derfor til å forklare den høye dødeligheten i disse områdene.

5.2. Sosioøkonomisk status

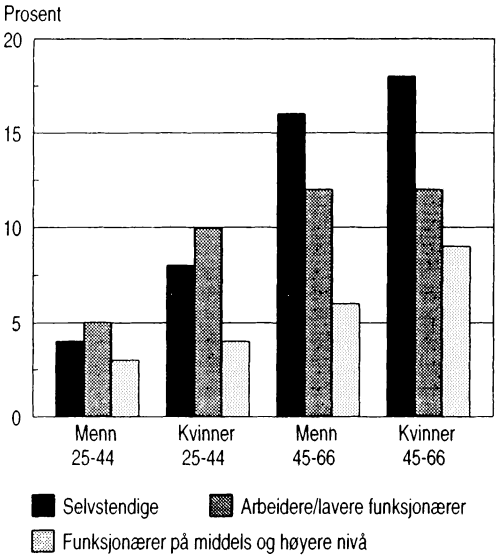
Det kom som en overraskelse på mange da Oslo-undersøkelsen i 1970-årene påviste at det var en sterkt økende risiko for hjerte- og karsykdommer jo lavere sosioøkonomisk status personene hadde (Westin 1995). Levekår og livsstil var altså mer skjevfordelt enn man hadde trodd. I Oslo-undersøkelsen hadde man en femdelt sosial inndeling, basert på inntekt og utdanningsnivå, og kunne altså påvise markerte sammenhenger mellom disse og flere helse- og livsstilsvariabler.

Egenvurdert helse

En rekke studier viser at det er en sammenheng mellom yrke og helseproblemer (Borgan og Kristofersen 1986). Jevnt over har både mannlige og kvinnelige funksjonærer på mellomnivå og høyere nivå færre helseproblemer enn arbeidere/lavere funksjonærer og selvstendige.

I *Oslo; den delte byen?* sies det at forskjellene i helseproblemer mellom bydelene til en viss grad kan tilbakeføres til en større sykelighet i grupper med lav utdanning og inntekt (Hagen mfl. 1994). I levekårsundersøkelsene er de yrkesaktive inndelt i sosioøkonomiske grupper på basis av opplysninger om yrke. Det er skilt mellom ansatte arbeidere og funksjonærer, mellom funksjonærer på lavere, middels og høyere nivå, alt etter hvor mye utdanning yrkene krever og om de har ledelsesoppgaver. Gruppen selvstendige omfatter gårdbrukere, fiskere og andre selvstendige. Blant annet har man konstatert at variasjoner i ulike fysiske og psykiske belastninger i arbeidsmiljøet innebærer forskjeller i sydomsrisiko (Huserbråten 1993).

Figur 5.3. Andel med nedsatt funksjonsevne i ulike sosioøkonomiske grupper. Menn og kvinner i utvalgte aldersgrupper. Prosent. 1991



Kilde: Levekårsundersøkelsen 1991, SSB

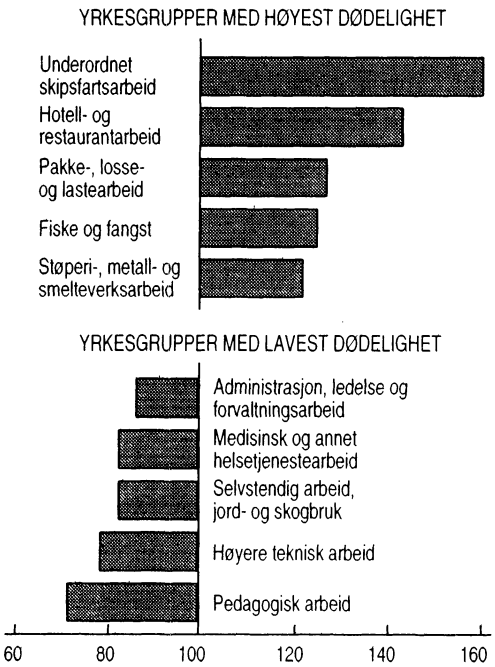
En finner også forskjeller i andelen med langvarig sykdom og sykdom med betydelige konsekvenser, men det er i forhold til funksjonsevne, og da spesielt arbeidsevnen, at de største skillene går mellom de sosioøkonomiske gruppene. I aldersgruppen 25-44 år er det så mange som en av fem mannlige arbeidere/lavere funksjonærer som har nedsatt arbeidsevne, om lag tre ganger så mange som blant funksjonærer på mellomnivå og høyere nivå. Selvstendige er på nesten samme høye nivå som arbeidere og lavere funksjonærer.

Det er som nevnt stor grunn til å anta at ulikheter i helsetilstand har sammenheng med ulike belastninger i arbeidsmiljøet. Arbeidere og lavere funksjonærer har et langt mer belastende fysisk og organisatorisk arbeidsmiljø enn andre ansatte (Barstad og Andersen 1990). Belastningene representerer i seg selv en helserisiko, samtidig som de gjør det vanskeligere å fungere i arbeidet under sykdom. Blant ansatte i NHO-bedrifter er sykefraværet mellom to og tre ganger så høyt blant arbeidere som blant funksjonærer. Noe av forklaringen på ulikhetene de forskjellige yrkesgruppene imellom, er sannsynligvis også at det stilles ulike krav til fysisk yteevne og at det i de forskjellige yrkene er forskjellige muligheter til selv å styre arbeidstempo.

Flest tapte leveår i yrkesgruppen lavere funksjonærer og ufaglærte arbeidere

Dødelighetsstudier har også funnet klare forskjeller mellom personer som tilhører

Figur 5.4. Dødelighet i ulike grupper yrkesaktive menn[1]. Dødeligheten for alle yrkesaktive er satt til 100. 1980-1990



[1] Beregningene er basert på yrkesinndeling ved Folke- og boligtelling 1980

Kilde: Dødsårsaksstatistikk, SSB

ulike yrker (Borgan og Kristofersen 1986). I perioden 1970 til 1980 var det flest tapte leveår i yrkesgruppene lavere funksjonærer og ufaglærte arbeidere, og analyser av perioden 1980 til 1990 tyder på fortsatt store dødelighetsforskjeller mellom yrkesgrupper (Huserbråten 1993). Mannlige pedagoger, leger, ingeniører, prester, bønder og jurister lever fortsatt lenger enn både laste-, losse- og lagerarbeidere, og ansatte i hotell- og restaurantbransjen. Dødeligheten var mer enn dobbelt så høy blant mannlige underordnede i skipsfarten som blant pedagogene (se figur 5.4). Blant kvinnene er dødeligheten størst blant ansatte i næringsmiddel-, jern- og metallindustrien. Den laveste dødeligheten finner vi også for kvinnene blant pedagogene.

5.3. Ulikheter mellom menn og kvinner

I alle samfunn vi kjenner, har kjønn fungert som et prinsipp for fordeling av arbeid og inntekt og har på den måten vært avgjørende for menneskenes livsløp og sosiale stilling. I løpet av de siste 20 til 30 årene har interessen for kjønnsforskjeller i arbeidslivet vært økende, ikke minst på grunn av den dramatiske økningen i kvinners yrkesarbeid. Hvilke konsekvenser har kvinners økte tilknytning til arbeidslivet for deres sykelighet og for deres helsetilstand mer generelt? Har det foregått endringer i kvinners sykdomsbilde? Har forholdet mellom kvinners og menns helsetilstand endret seg de seinere årene?

Alle de vanlige dødsårsakene rammer mest menn

Dødelighetsforskjeller er et viktig mål på ulikheter i helsetilstand, og dødelighetsrater viser et klart kjønnsspesifikt mønster. I alle aldersgrupper har menn større dødelighet enn kvinner. Dette kommer klart til uttrykk i forhold til menns og kvinners forventede levealder.

I tillegg til å vise forskjeller i dødelighet for kvinner og menn i ulike aldersgrupper, viser tabell 5.1 forholdet mellom kvinners og menns dødelighet når det gjelder de vanligste dødsårsakene. Vi ser her at menn har høyere dødelighet av alle de vanligste dødsårsaker, inklusive ulykker, allerede fra tidlig alder av. Dette er en kontrast til tallene for forekomst av sykdom (tabell 5.2).

Forskjellene mellom menn og kvinner er særlig store for hjerteinfarkt før fylte 65 år, lungekreft etter 45-årsalderen og ulykker og selvmord i aldersgruppen 35-54 år. For kreft i tynn- og tykktarm er forholdet til dels motsatt - her hadde kvinner i enkelte aldersgrupper noe høyere dødelighet enn menn i 1992.

Hvordan kan kjønnsforskjellene i dødelighet forklares?

Noen av forskjellene kan forklares med utgangspunkt i biologiske forskjeller mellom kjønnene: Noen få sykdommer arves ved kjønnsbunden arv, og det har vært hevdet at menns svakere motstand mot infeksjonssykdommer kan forklares med at menn er tildelt et svakere immunforsvar enn kvinner (Gram 1993). Menns betydelige overdødelighet av hjerteinfarkt før 65-årsalderen synes i alle fall delvis å være biologisk betinget og knyttet til østrogenproduksjonen (Graff-Iversen 1993).

Men kjønn er ikke bare biologi. Det er også en sosial kategori. Kvinner og menn har forskjellig livsstil. Flere atferdsmessige trekk ved det å være mann og mandig og kvinne og kvinnelig, bidrar til forskjeller. Dette ser man når det gjelder ulykker. Menns livsstil øker deres risiko for dødelige sykdommer og skader, og deres overdødelighet av de aller fleste sykdommer og av ulykker forklares med deres sosiale akseptering av atferd som gir økt sykdoms- og ulykkesrisiko, med alkoholforbruk og tendens til aggressiv og kompetitiv atferd. Alkoholbruk

Tabell 5.1. Forholdet mellom menns og kvinners dødelighet for noen utvalgte diagnosekategorier, i ulike aldersgrupper. Kvinners dødelighet er satt til 1. 1992

	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
Lungekreft	0,3	1,8	1,7	2,4	3,5	5,4
Hjerneslag	0,6	1,3	0,5	2,2	1,4	1,2
Hjerteinfarkt	8,0	5,5	6,1	3,7	2,6	1,6
Trafikkulykker m. motorkjøretøy	3,3	4,0	4,4	1,5	1,3	3,2
Fallulykker	8,0	5,0	1,8	2,2	1,7	0,9
Selvmord	3,5	1,8	2,3	2,7	2,5	3,5
Kreft i tynn- og tykktarm	0,0	0,5	1,6	1,5	1,4	1,3
Lungebetennelse	1,2	0,0	1,3	1,1	1,8	1,1

Kilde: Dødsårsaker 1992, SSB

medfører økt ulykkesrisiko. Særlig gjelder dette for trafikk-, brann-, druknings- og fallulykker. Omtrent 30 prosent av drepte bilførere var alkoholpåvirket i ulykkesøyeblikket, det samme gjaldt for personer omkommet i brann (Gjertsen 1995). Resultater fra flere undersøkelser viser at en tredjedel av dødsulykkene blant voksne menn er alkoholrelaterte. Også andre dødsårsaker henger sammen med stort alkoholforbruk.

For personer under 40 år er dødeligheten av sykdommer lav både for kvinner og menn i 1993 - som i tidligere år. Menns overdødelighet i aldersgruppene 1-40 år skyldes i hovedsak ulykkesdødsfall. Blant menn i alderen 15-29 år var sykdom årsak til 36 prosent av alle dødsfallene, mens selvmord var årsak til 27 prosent. For kvinner i alderen 15-29 år var sykdom årsak til 53 prosent av alle dødsfallene i 1993, mens ulykker og selvmord var årsak til henholdsvis 23 og 21 prosent.

Er kvinner sykere enn menn?

Helse- og levekårsundersøkelsene forteller om mye sykdom blant norske kvinner og menn. Begge disse intervjuundersøkelsene registrerer muskel- og skjelettsykdommer (ryggsmerter, revmatisme o.l.) som folkesykdom nummer én. Knapt en av fire i den voksne befolkningen hadde en slik sykdom i 1991, og mens andelen menn med slik sykdom er uendret, har andelen blant kvinner i alderen 16-79 år økt fra 19 til 26 prosent i løpet av 1980-tallet. Mer enn fire av ti heltidsansatte kvinner har vondt i skuldre eller armer minst en dag i uken, mot to av ti menn.

Når en ser på dødelighet og sykelighet i forhold til kjønn og alder, er det slående at kvinners oversykelighet et stykke på vei kan tilskrives to sykdomsgrupper som ikke er direkte dødelige, nemlig nervøse lidelser og muskel- og skjelettlidelser. Dette må oppfattes å være en hovedforklaring på kvinners oversykelighet. I Helseundersøkelsen 1985 rapporterte dobbelt så mange kvinner (8 prosent) som menn (4 prosent) nervøse lidelser eller symptomer. Som vi ser av tabell 5.2 var hyppigheten av muskel- og skjelettsykdommer større blant kvinner enn menn i alle aldersgrupper i 1991. Totalt sett rapporterte 19 prosent av mennene og 27 prosent av kvinnene slik sykdom i 1991 (se for øvrig kapittel 3).

Hjerte- og karsykeligheten blant kvinner er høyere i alle aldersgrupper enn den er blant menn. Kvinner og menn lider imidlertid av forskjellige typer hjerte- og karsykdommer,

Tabell 5.2. Forholdet mellom menns og kvinners sykelighet i en del diagnosekategorier, i ulike aldersgrupper. Menns sykelighet er satt til 1. 1991

	16-24	25-44	45-66	67-79	80+
Nervøse lidelser	3,5	0,8	1,3	3,2	1,4
Hjerte-kar	2,0	1,1	1,0	1,2	0,9
Hud	2,0	1,5	1,3	1,4	1,5
Muskel-skjelett	1,4	1,1	1,5	1,7	2,3
Åndedrett	1,1	1,0	1,0	0,8	2,4

Kilde: Levekårsundersøkelsen 1991, SSB

noe som forklarer høyere sykelighet blant kvinner og høyere dødelighet blant menn.

Lungekreft er blant de kreftformer som øker mest blant norske kvinner. Fra 1980 til 1990 var det en markert nedgang i dagligrøykende menn, fra 42 til 36 prosent. Blant kvinnene har andelen imidlertid holdt seg nesten uendret siden 1973. I 1990 var hver tredje kvinne dagligrøykende. Virkningen av daglig sigarettrøyking kommer imidlertid først etter rundt 30 år, slik at den økningen vi har sett (og beskrevet i kapittel 3) i lungekreft blant kvinner de siste årene, er et resultat av kvinners røykevaner fra 1960-1970-årene og fram til i dag.

Forskjellene i levekår som følge av kjønnsrollemønsteret påvirker menns og kvinners helse. Holdepunkter for at sykdomsrelatert atferd er ulik for de to kjønn, er etter hvert mange, om enn ikke entydige (Botten 1993). Forskjellen kan henge sammen med levevaner - kvinner har på flere områder (fortsatt) sunnere levevaner enn menn. Et sentralt spørsmål er hvordan de endringene som nå pågår, kanskje spesielt det at kvinner i stadig større grad deltar i arbeidslivet, vil påvirke kvinners, og menns, helse i framtiden. Først på lengre sikt vil slike endringer gi seg utslag i systematiske endringer i helsetilstanden for menn og kvinner.

Det kan imidlertid være et åpent spørsmål om større egenrapportert sykelighet (og hyppigere bruk av helsetjenester) er et uttrykk for høyere grad av sykelighet i medisinsk forstand, eller om det like mye er et uttrykk for kjønnsspesifikk atferd. Mye tyder på at sykdomsrelatert atferd er ulik for kvinner og menn, og at kvinner lettere fortolker egne opplevelser ut fra spørsmål om sykdom, og at de oppsøker helsetjenesten med denne fortolkningen.

DEL II Hovedtrekk ved virksomheten i helsetjenesten

Tilbakeblikk

Gulatingsloven fra før 1300-tallet slo fast at av tienden som bøndene måtte betale til kirken, skulle en fjerdedel deles ut til de fattige, og etter hvert ble helsepleie en del av fattigomsorgen. De smittsomme sykdommene ble sett på som en kollektiv risiko som samfunnet trengte å beskytte seg imot, og folkesykdommer og epidemier krevde samfunnsmessig innsats av en annen karakter og størrelsesorden enn fattigsykepleien hadde gitt. Da pesten slo til for fullt rundt 1350, ble sykdomsbeskyttelse en viktig politisk sak, fordi hele samfunnet ble truet (NOU:1991:10).

Etter hvert ble løsningen på trusselen som epidemier og folkesykdommer utgjorde for samfunnet, å bygge egne helseinstitusjoner. Opprinnelsen til dagens helseinstitusjoner finner vi i middelalderens kirkelige institusjoner. Det eldste sykehus man kjenner til i Norge, er Trondhjem Hospital, som var knyttet til katedralen allerede på 1200-tallet. I 1815 var det i Norge 15 amtssykehus totalt. Vi fikk særlovgivning og særomsorg for personer med f.eks. psykiske lidelser, tuberkulose mm. Disse innebar regler om meldeplikt, tvangsinnleggelser, tilbud om behandling av tuberkuløse på egne sanatorier etc.

Pesten forsvant fra store deler av Europa omkring midten av 1600-tallet, og opptrådte seinere bare i ganske få og begrensede utbrudd (Benedictow 1994). Bedret sykdomsforståelse og antiepidemisk innsats i befolkningen førte til seier over de farlige mikrobene. Sammen med en generell bedring av folks levekår og forbedring av de hygieniske forholdene, var de antiepidemiske tiltakene som ble utviklet og iverksatt mot pesten, også effektive mot andre smittsomme sykdommer.

I Norge fikk vi gjennom de statlige forordninger som startet på 1600-tallet, i tur og orden byleger, amtsleger og distriktsleger (Seip 1984). Både leger og jordmødre skulle yte hjelp til fattige uten vederlag, ifølge Medicinalforordningen av 1672.

Det er først på 1700-tallet vi ser kimen til en ordnet og systematisk behandling og oppbevaring av sinnslidende i og med opprettelsen av de såkalte dårekister eller dollhus. I 1848 fikk vi vår første sinnssykelov, og landets første psykiatriske sykehus, Gaustad, stod ferdig i 1855[1].

Opptakten til en mer aktiv stat er blitt tidfestet til de siste tiårene av forrige

[1] Vi hadde allerede hatt Oslo Dollhus siden 1778, som den første anstalt i landet innrettet spesielt for forvaring av sinnslidende.

århundre og den første tiden etter århundreskiftet (Seip 1984). Det ble opprettet lokale sunnhetskommisjoner (sunnhetsloven av 1860) rundt om i landets kommuner. Gjennom etableringen av slike i hver kommune og seinere lov om sykeforsikring i 1909, ble legenes tilknytning til det offentlige helsevesen kraftig forsterket (Elstad 1987). Gjennom lov av 1912 fikk legene en sentral offentlig oppgave med å drive forebyggende, kontrollerende og behandlende helsearbeid. Sunnhetsloven av 1860 skulle bidra til å gi legene et særlig ansvar for det forebyggende helsearbeidet (Seip 1984). Inspirasjonen kom fra den europeiske hygienebevegelse, og drivkraften var frykt for smitte og uro. I 1870 var det 415 utdannede leger og 21 utdannede tannleger i Norge. Som illustrasjon på befolkningens kontakt med helsepersonell, innebar dette vel 4 000 innbyggere pr. lege og vel 65 000 innbyggere pr. tannlege. I 1985 var tallene henholdvis 410 og 943 innbyggere pr. lege og tannlege.

6. Helsetjenestens mål og virkemidler

6.1. Helsetjenestens mål

Viktige målsettinger med dannelsen av velferdsstaten var å gi folk større økonomisk og sosial trygghet, samt en utjevning av velferdsgodene. Helsetjenesten og de ulike trygde- og sosialordninger utgjør kjernen i de velferdsstatlige ordninger. Utviklingen av og i helsetjenesten blir knyttet til de overordnede verdier, mål og rammer som velferdsstaten setter.

I Nasjonal helseplan fra 1988 (St.meld.nr. 41 (1987-88)), som beskriver Regjeringens helsepolitikk fram mot år 2000, er det lagt vekt på følgende hovedmål for helsetjenesten:

- rimelig ressurstilgang
- tilpasning til brukernes behov
- effektiv ressursutnyttelse
- rimelig kvalitet
- rimelig geografisk fordeling.

Det finnes knapt noe annet område hvor likhets- og rettferdighetsmålene står så sterkt og er så sentrale som i helsetjenesten (Grund 1991). I Nasjonal helseplan framheves det at helsetjenesten må organiseres på en slik måte at tjenestetilbudet kan omfatte alle, uavhengig av bosted og betalingsevne, og at det blir tatt hensyn til at ikke alle har samme muligheter til å nå fram med sine behandlingsbehov (St.meld.nr. 41 (1987-88)). Den offentlige helsetjeneste har et særlig ansvar for å bedre de svakere gruppers helsetilstand, og å gi disse et bedre tilbud for å oppnå en større grad av likhet i helse.

Ulike helsepolitiske målsettinger kan komme i konflikt, for eksempel målsettingene om henholdsvis lik fordeling og effektiv ressursutnyttelse. Det er innbakt en konflikt mellom nasjonal styring for å sikre likhet, og desentralisering av myndighet og oppgaver for å oppnå effektiviseringsgevinster (Grund 1991).

Norge har sluttet seg til Verdens Helseorganisasjons strategi *Helse for alle mot år 2000*. Denne strategien inneholder 38 mål som er utformet som resultatmål. Helsefremmende og forebyggende[2] arbeid er sentrale virke-

[2] I NOU 1991:10 blir disse begrepene gitt følgende innhold:

- *helsefremmmende arbeid* innebærer å fylle på med det som gjør at vi får det bedre. Utgangspunktet her er kunnskap om hvilke levevaner som særlig har betydning for helse og trivsel, og hvordan disse kan påvirkes.
- *forebyggende arbeid* innebærer å fjerne, hindre eller stenge for faktorer som kan føre til sykdom eller skade eller andre problemer. Her må det tas utgangspunkt i kunnskap om spesifikke medisinske og sosiale problemer og deres årsaker, og hvordan disse kan hindres eller reduseres.

middel i arbeidet med å nå disse målsettingene, og i kommunehelseloven pålegges primærhelsetjenesten å ha oversikt over befolkningens helsetilstand og de faktorer som virker inn på denne. Det er imidlertid ikke bare helse- og omsorgstjenestene som er tilkjent medansvar i realiseringen av de helsepolitiske målsettinger gjennom det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Gjennom råd og deltakelse i plan- og samarbeidsorganer skal helsetjenesten sørge for at helsemessige hensyn blir ivaretatt også av andre offentlige organer. De tall og beregninger som framkommer i denne publikasjonen, dekker imidlertid ikke det totale omfanget og innholdet i det miljørettede og forebyggende arbeidet, men bare de utgifter, ressurser og aktiviteter som kanaliseres gjennom helse- og omsorgssektoren. De områder hvor helse- og omsorgssektoren har innflytelse, men hvor andre har ansvaret, er altså ikke med i denne publikasjonen.

Lov om kommunale tjenester og loven om miljørettet helsevern danner grunnlaget for det forebyggende helsearbeidet.

For øvrig er det også et mål for helsetjenesten å sikre pasientene økt innflytelse og kontroll over behandlingen samt større rettssikkerhet.

6.2. Organisering av helsetjenestene

De statlige myndigheter har et overordnet ansvar for helsetjenesten. Det offentliges ansvar for å sikre helsehjelp til alle fastslås gjennom lover og reformforslag fremmet av regjering (vanligvis med tilråding fra Sosial- og helsedepartementet) og vedtatt av Stortinget. Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn (tidligere Helsedirektoratet), fører tilsyn med helsetjenesten for å sikre at ting skjer forsvarlig og i tråd med de gjeldende retningslinjer.

Deler av den statlige forvaltningen er desentralisert til kommuner og fylkeskommuner. Trygdeetaten har lokale avdelinger i kommuner og fylker, og hvert fylke har en fylkeslege som representerer Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedepartementet på fylkesplan. Siden midten av 1970-tallet har det vært et uttalt politisk mål å flytte mer ansvar og myndighet nedover i forvaltningen til kommuner og fylkeskommuner, og reformene i ulike deler av helsetjenesten har vært et viktig ledd i denne utviklingen. Som følge av dette fikk fylkeskommunen med sykehusloven i 1969 hovedansvaret for å bygge og drive både sykehus og sykehjem. Målet med opprettelsen av fylkeskommunen i 1976 var først og fremst at fylkeskommunen skulle ivareta og overta oppgaver og funksjoner som det var hensiktsmessig å desentralisere, men som ikke egnet seg for den enkelte kommune. Gjennom andre sentrale forvaltningsreformer som lov om kommunale tjenester (også kalt kommunehelseloven, som kom i 1984), og lov om sosiale tjenester (1993), er styringsmyndighet og ansvar for finansiering og drift både innenfor helsetjenestene og pleie- og omsorgstjenestene i betydelig grad desentralisert til primærkommunene. Fra 1988 ble sykehjemmene et kommunalt ansvar, og fra 1991 ble tidligere Helsevern for psykisk utviklingshemmede (HVPU) avviklet som særomsorg, og ansvaret for brukergruppen overført til kommunene.

Mens primærhelsetjenesten er et kommunalt ansvar, er sykehusene og andre spesialisttjenester hovedsakelig et fylkeskommunalt ansvar.

I tillegg har vi noen rent statlige spesialsykehus. Foruten Rikshospitalet, Statens Senter for Epilepsi, Det Norske Radiumhospital og Revmatismesykehuset, har staten ansvaret for institusjoner som Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri, og Statens Klinikk for Narkomane. Fra og med

1994 overtok staten ansvar for drift av hjelpemiddelsentraler i fylkene. Landet er delt inn i fem helseregioner med hvert sitt regionssykehus. Nesten alle sykdommer er ment å skulle behandles innenfor den enkelte helseregion. Regionsykehusene drives i et samarbeid mellom fylke og stat.

Helse- og omsorgstjenester i kommunene

I tillegg til primærhelsetjenesten og sykehusene (spesialisthelsetjenesten) finnes det en tredje sektor, nemlig pleie- og omsorgstjenestene. Disse består av de hjemmebaserte tjenester samt institusjoner og boformer for eldre og funksjonshemmede.

Både de kommunale helsetjenester og pleie- og omsorgstjenestene er som nevnt, et kommunalt ansvar, som reguleres henholdsvis av kommunehelseloven (1984) og lov om sosiale tjenester (1993). I den videre framstillingen i denne publikasjonen skiller vi mellom de kommunale helsetjenester (kommunehelsetjenester), de kommunale pleie- og omsorgstjenester og de fylkeskommunale sykehus og spesialisthelsetjenester.

Kommunehelsetjenester

Kommunehelseloven gir den enkelte kommune ansvar for planlegging, organisering og drift (inkludert det økonomiske ansvar) av all helsetjeneste utenfor institusjon (unntatt spesialisthelsetjenester og tannhelsetjenester). Kommunale helsetjenester består bl.a. av allmennlegetjeneste, fysioterapi utenfor institusjon, helsestasjons- og skolehelsetjeneste og bedrifts- og fengselshelsetjeneste. Disse helsetjenestene skal være underlagt lokalpolitisk styring gjennom kommunestyre, helse- og sosialutvalg og klientnemnder.

I henhold til kommunehelseloven er forebyggende virksomhet og helsefremmende arbeid lovfestede oppgaver for landets kommuner. Tiltak med dette for øye skal organiseres som miljørettet helsevern, helsestasjonsvirksomhet, skolehelsetjeneste samt opplysnings- og informasjonsarbeid.

Pleie- og omsorgstjenester

Det har skjedd store endringer i organisering og drift av de offentlige pleie- og omsorgstjenestene de siste 10-årene. Kommunen har fått tilført en rekke oppgaver som fylkeskommunene tidligere hadde ansvaret for, som f.eks. sykehjemmene og omsorgen for psykisk utviklingshemmede. De kommunale pleie- og omsorgstjenestene for eldre og funksjonshemmede omfatter i dag tjenester som institusjoner og boformer for eldre, alders- og sykehjem, sykehjemsavdelinger, serviceboliger med tilknyttede pleie- og omsorgstjenester, eldresentre, hjemmesykepleie, hjemmehjelp, vaktmestertjenester, matombringing og ulike avlastningsordninger. Denne ansvarsoverføringen er blant annet begrunnet i behovet for samordning av institusjonsbasert og hjemmebasert omsorg.

I tillegg har det funnet sted en overgang fra behandling i institusjon til behandling utenfor institusjon. Gjennom avvikling av HVPU (Helsevern for psykisk utviklingshemmede) som særomsorg, søker en å desentralisere og integrere denne brukergruppens hjelpetilbud i kommunens øvrige tjenestetilbud. På denne måten håper en å bedre hjelpetilbudet for de i alt 16 000 psykisk utviklingshemmede. I tillegg til de andre pleie- og omsorgstilbudene i kommunene er boveiledning, vernepleie og støttekontakt, samlokaliserte boliger og bokollektiver tiltak som i stor grad brukes av og er spesielt tilrettelagt for de psykisk utviklingshemmede rundt om i kommunene.

Fortsatt har fylkeskommunen ansvar for en del tjenester som helt eller delvis har karakter av *pleie- og omsorgstjenester*. Det gjelder f.eks. institusjoner innen barnevernet, spe-

sialsykehjem (bl.a. de psykiatriske sykehjemmene), transporttjeneste for funksjonshemmede og hjelpemiddelsentraler. I tillegg finnes det fortsatt en del pleiepasienter i så vel de somatiske som de psykiatriske sykehusene. Men det er kommunene som har ansvaret for den overveiende delen av de offentlige pleie- og omsorgstjenestene.

Sykehus og andre spesialisthelsetjenester

Fylkeshelsetjenesten skal dekke det meste av innbyggernes behov for mer spesialisert medisinsk hjelp og behandling, og har i dag ansvaret for de somatiske sykehusene, de psykiatriske institusjonene, spesialisttjenester utenfor institusjon, offentlige poliklinikker, medisinske laboratorier, den offentlige tannhelsetjenesten og ambulansetjenesten.

Psykisk helsevern er en fellesbetegnelse for den delen av helsetjenesten som har ansvaret for å gi spesialisert behandling og omsorg til psykiatriske pasienter og mennesker som trenger slik behandling og pleie. Staten har siden midten av 1800-tallet hatt hovedansvaret for omsorgen for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. I dag er psykisk helsevern imidlertid et fylkeskommunalt ansvar. Lov om psykisk helsevern fra 1961 er, sammen med sykehusloven, det formelle grunnlaget for hvordan psykisk helsevern drives i Norge (Romøren 1994).

I dag finnes det tre former for psykiatriske institusjoner: psykiatriske sykehjem, psykiatriske sykehus og spesialavdelinger for psykiske lidelser (de såkalte "klinikkavdelinger" ved fylkessykehusene). Fortsatt er også noen hundre psykiatriske pasienter i privat pleie, men dette er nå under avvikling, og dekkes heller ikke av denne publikasjonen.

6.3. Finansiering av helsetjenestene

Finansieringsordningene er et av de viktigste styrings- og prioriteringsredskapene i helsesektoren (St.meld.nr.50 (1993-94)). Finansiering av helse- og sosialytelsene har lenge vært et sentralt tema i debatten omkring velferdsstatens ytelser, og hensynet til nasjonal oppslutning fra folk flest om de ulike ordninger og ytelser har vært et sentralt argument i debatten. I Norge har helsevesenet vært finansiert gjennom skatter, og innslaget av egenbetaling/brukerbetaling har vært lite. *Skatteprinsippet* innebærer grovt sagt at utgiftene dekkes over hver enkelts skatteseddel, at staten får inn midlene gjennom skattlegging av den enkelte, men at det den enkelte får tilbake, ikke direkte kan henføres til det som er betalt inn.

Ved å finansiere helsetjenesten over skatteseddelen slipper den enkelte å tegne privat forsikring, men fordi vi etterhvert betaler egenandeler for mange helse- og omsorgstjenester, er det her snakk om et modifisert skatteprinsipp.

I 1986 ble *rammefinansieringprinsippet* innført som generelt prinsipp for overføring av statlige midler til kommuner og fylkeskommuner, og dermed også til finansiering av helse- og sosialtjenester. Dette innebærer at fylkeskommuner og kommuner blir gitt overføringer via det generelle inntektssystemet og dessuten at kommunene selv prioriterer hva pengene skal brukes til. Unntak er øremerkede midler.

Overføringene gjennom inntektssystemet er bygd opp på to hovedkomponenter, et inntektsutjevningstilskudd og et utgiftsutjevningstilskudd. Det første skal virke utjevnende i forhold til lokale forskjeller med hensyn til skatteinntekter pr. innbygger, mens det andre skal utjevne variasjoner i kostnader knyttet til det å gi et likeverdig kommunalt tjenestetilbud i alle deler av landet (St.meld.nr.50 (1993-94)).

I Ot.prp.nr.36 (1980-81) foreslo regjeringen Harlem Brundtland at stykkprisbetalingen til leger og fysioterapeuter, som til da var betalt av folketrygden, skulle innpasses i rammetilskuddene (St.meld.nr.50 (1993-94):121). Ved iverksettelsen av kommunehelseloven i 1984 ble imidlertid dette ikke gjennomført. Et kommunalt driftstilskudd ble innkorporert i rammefinansieringsordningen, mens folketrygden ved stykkprisfinansiering (refusjoner) også bidrog. I tillegg var det egenandeler på legetjenester, fysioterapitjenester og noen av de fylkeskommunale spesialisthelsetjenester.

I St.meld.nr.41 (1987-88) ble det så drøftet om det var på tide å gå bort fra den todelte finansieringsordningen for allmennleger og fysioterapeuter. Kommunene kunne få et totalansvar for avlønningen av legene slik at ressursinnsatsen bedre kunne vris i retning av forebyggende og helsefremmende arbeid. I St.meld.nr.36. (1989-90) Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane ble det foreslått forsøk med fastlegeordning. Regjeringa iverksatte i 1993 et prøveprosjekt med fastlegeordning i fire kommuner (St.meld.nr.50 (1993-94)).

Rammetilskudd skal i prinsippet fordeles etter behov, slik at f.eks. en kommune med mange eldre, og dermed stort behov for pleie- og omsorgstjenester, vil få et større tilskudd enn en kommune med få eldre. Privatpraktiserende leger og fysioterapeuter finansierer sin virksomhet på tre måter: ved kommunale driftstilskudd, refusjoner fra folketrygden og egenbetaling fra pasienter. Helsepersonell uten driftsavtale med kommunen mottar ikke slikt driftstilskudd, og må dermed finansiere hele sin virksomhet gjennom refusjoner og brukerbetaling. Sykehjem, hjemmesykepleie (og andre hjemmebaserte tjenester) og helsesøstertjenester mv. er i all hovedsak finansiert via kommunenes frie inntekter (skatt og rammetilskudd) og ved brukerbetaling (St.meld.nr.50 (1993-94):120).

Tabell 6.1. Finansiering av helse- og omsorgstjenestene, etter finansieringsform. Prosent. 1992

	Finansiering v/frie inntekter[1]	Salgs- og leieinntekter[2]	Statlige refusjoner og øremerkede tilskudd	Annen finansiering
Helsetjeneste i kommunene	73	11	10	5
Omsorgstjeneste i kommunene	80	12	5	3
Sykehus	76	3	19	2
Psykisk helsevern	90	2	7	1

[1] Rammetilskudd fra staten og kommuneskatt.

[2] Salgs- og leieinntekter omfatter inntekter ved salg av varer og tjenester, herunder brukerbetaling. Til en viss grad kan statlige refusjoner i kommuneregnskapene være kontoført under salgs- og leieinntekter. Dette er det korrigert for i tabellen for psykisk helsevern og somatiske sykehus, men ikke for kommunale helse- og omsorgstjenester.

Kilde: St.meld.nr.50 (1993-94)

Driftsutgiftene ved de somatiske sykehusene og de psykiatriske langtidsinstitusjonene er som hovedregel finansiert av fylkeskommunenes frie inntekter; sykehusene mottar i stor grad rammetilskudd fra fylkeskommunene (i 1992 utgjorde dette 76 prosent av sykehusenes inntekter). Den resterende andel av inntektene er i hovedsak poliklinikkrefusjoner, refusjonsordninger for spesialister og andre øremerkede statlige tilskudd (St.meld.nr.50 (1993-94)). Refusjonsordningen for legemidler på blå resept dekker medisiner til bruk ved nærmere angitte sykdommer, hvor det generelle vilkår for refusjon er at sykdommen er gått inn i en langvarig fase.

6.4. Pasientrettigheter

I de seinere årene har spørsmål omkring pasienters rettigheter vært viet stadig større oppmerksomhet, og en rekke helsepolitiske dokumenter har berørt spørsmålet[3]. I stor grad har helsetjenesten basert sin tjenesteutøvelse på medisinsk skjønn og prioriteringer i tråd med politiske retningslinjer, med liten tradisjon på å styre gjennom å gi pasientene lovbaserte rettigheter (St.meld. nr.50 (1993-94)). Styring ved å tilkjennegi individuelle rettigheter må kunne regnes som et særlig strengt virkemiddel i styringen av helsetjenestens virksomhet.

Lovfesting av rettigheter er et viktig virkemiddel for å ivareta pasientenes rettssikkerhet. Pasientrettigheter kan i denne forbindelse grupperes i forhold til rett til å bli pasient og rettigheter som pasient. Lovfesting av rettigheter kan også være et virkemiddel for styring, ved at nasjonale minstestandarder og prioriteringer på denne måten kan sikres.

Norge har i dag ingen samlet lov om pasientrettigheter, men det finnes en rekke lovfestede pasientrettigheter nedfelt i ulike særlover. Men flere av disse rettighetene er i lovverket formet som pliktregler for kommuner, sykehus, leger etc., og ikke som reine rettighetsbestemmelser for den enkelte pasient.

I henhold til kommunehelseloven har enhver rett til nødvendig helsehjelp i den kommunen han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg. Av lovens forarbeider går det imidlertid fram at denne retten er begrenset av hvilke ressurser hver enkelt kommune prioriterer til helseformål.

Lov av 13. juni 1980 nr. 42 gir legen plikt og pasienten rett til de opplysninger han bør ha om sin egen helsetilstand og behandling. Samme loven gir pasienten rett til innsyn i sin egen sykejournal.

Det er et generelt prinsipp om at det kreves samtykke fra pasienten før undersøkelse eller behandling igangsettes. På enkelte viktige områder er det ellers etablert særskilte klageordninger for å ivareta pasientenes rettigheter. Fylkeslegen er klageorgan. Da det i sykehusloven ikke er nedfelt en tilsvarende rett til nødvendig helsehjelp som i kommunehelseloven, er det følgelig heller ikke etablert en tilsvarende klageordning overfor avgjørelser fattet av spesialisthelsetjenesten. Statens helsetilsyn og fylkeslegene kan imidlertid ved klage fra pasienter anmode institusjoner og helsepersonell om å imøtekomme pasienters klager. Pasientene har imidlertid her ikke en lovbestemt rett til å få sin klage behandlet.

[3] NOU 1987:23 Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste (Lønning-utvalget), St.meld.nr.41 (1987-88) Helsepolitikken mot år 2000 - Nasjonal helseplan, NOU 1988:8 Lov om psykisk helsevern uten eget samtykke, NOU 1990:2 Lov om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven), St.meld.nr.4 (1992-93) Langtidsprogrammet 1994-1997 og St.meld.nr.23 (1992-93) Om forholdet mellom staten og kommunene.

7. Utgifter til helsetjenester

I dette kapittelet prøver vi å vise hvordan helseutgiftene har utviklet seg i perioden 1980 til 1993. Kapittelet ser på utviklingen for landet som helhet og for henholdsvis statlige, fylkeskommunale og kommunale helse- og omsorgstjenester. Videre gis tall for utgifter til de viktigste helseformål, som f.eks. de ulike typer helseinstitusjoner.

Dette kapittelet anvender begreper og tall fra to ulike kilder; nasjonalregnskap og kommuneregnskap. Nasjonalregnskapets beregninger foretas med utgangspunkt i kommune- og statsregnskapenes tall. Årsaken til at vi bruker utgiftstall fra to forskjellige kilder er at ingen av dem både kan gi et samlet utgiftstall for de offentlige tjenester og separate tall for hvert av de tre forvaltningsnivåene stat, fylkeskommuner og kommuner.

7.1. Mindre vekst i de totale helseutgiftene

Helseutgiftene utgjør 13 prosent av de totale offentlige utgifter, og denne andelen har som vi ser av tabell 7.1, endret seg forholdsvis lite siden 1980. Som andel av bruttonasjonalproduktet (BNP) har de offentlige helseutgiftene økt fra 6,5 prosent i 1980 til 7,6 prosent i 1993.

For kommuner og fylkeskommuner er *brutto driftsutgifter* definert med utgangspunkt i retningslinjer for kommuneregnskap. Dette begrepet er ikke definert på samme måte i statsregnskapet, og statens brutto driftsutgifter til helseformål kan derfor ikke tas med i samme tabell. For å få et samlet uttrykk for det offentliges helseutgifter, må man derfor bruke nasjonalregnskapets begreper, som i tabell 7.1. Nasjonalregnskapet kan på sin side ikke skille kommunens- og fylkeskommunens regnskapstall.

Nasjonalregnskapet skiller mellom (offentlig) helsekonsum og (offentlige) helseutgifter, hvor det første (helse)konsumbegrepet ikke sier noe om hvem som betaler, men bare om hvor (på hvilket nivå) forbruket skjer, mens (helse)utgiftsbegrepet nettopp beskriver hvor pengene kommer fra.

For øvrig viser vi til begrepsforklaringene og kildehenvisninger knyttet til de aktuelle tabellene.

Størstedelen av utgiftene i helsetjenesten er offentlige utgifter, det vil si utgifter som dekkes over offentlige budsjetter. Tabell 7.1 viser utviklingen i totale og offentlige helseutgifter slik disse begrepene er definert i nasjonalregnskapet. I nominelle kroner ble både de totale og de offentlige helseutgifter mer enn tredoblet i perioden 1980-1993.

Den reelle veksten i perioden fanges imidlertid bedre ved å se på økningen i faste priser (i motsetning til de løpende prisene er det her kontrollert for prisstigningen). I faste 1992-priser økte de totale helseutgiftene med 49 prosent fra 1980 til 1993 (fra 40 milliarder til 59 milliarder kroner), mens de offentlige helseutgiftene økte med 40 prosent.

Utgiftene til helsevesenet har vært økende i hele etterkrigsperioden. Veksten var sterkest på 1960- og 1970-tallet. Ifølge nasjonalregnskapet ble de totale utgifter til helseformål i faste priser om lag fordoblet fra 1970 til 1980, mens økningen fra 1980 til 1990 var på 34 prosent i faste 1992 kroner.

På 1980-tallet var veksten i de offentlige helseutgifter særlig sterk i begynnelsen og midten av 10-året, mens det var en liten realnedgang i utgiftene fra 1988 til 1990. Etter 1990 har utgiftene igjen vist en klar økning, blant annet på grunn av "eldremilliarden" og HVPU-reformen (St.meld.nr.50 (1993-94)).

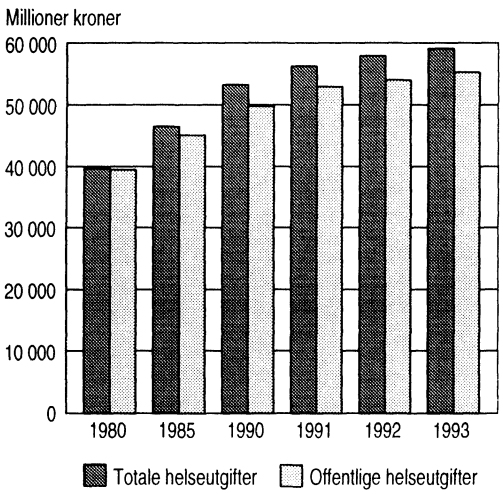
I nasjonalregnskapet omfatter helsestønader refusjoner og driftstilskudd til dekning av husholdningenes behandlingsutgifter. (Helsestønadene føres først som støtte til husholdningene. I neste omgang betaler husholdningene stønadene videre til den enkelte lege, fysioterapeut eller sykehus, som står for behandlingen). Av de offentlige helseutgiftene utgjorde helsestønader 29 prosent i 1991, det samme som i 1980.

Tabell 7.1. Utgifter til helseformål. Millioner kroner. 1980-1993

	1980	1985	1990	1991	1992	1993
Totale helseutgifter[1]	18 940	32 231	49 622	54 859	58 170	60 191
Offentlige helseutgifter[2]	18 620	31 130	46 791	51 069	54 309	55 865
statlige	4 343	6 049	10 643	12 620	13 911	14 815
kommunale	14 285	25 042	36 262	39 449	40 398	41 050
Totale helseutgifter i prosent av BNP	6,6	6,4	7,5	8,0	8,3	8,2
Offentlige helseutgifter i prosent av BNP	6,5	6,2	7,1	7,6	7,7	7,6
Offentlige helseutgifter i prosent av offentlige utgifter i alt	13,3	13,5	12,8	13,3	13,1	13,0
Totale helseutgifter i faste 1992-priser[3]	39 840	46 718	53 489	56 544	58 170	59 378
Offentlige helseutgifter i faste 1992-priser[3]	39 678	45 326	50 028	53 186	54 309	55 537

[1] Totale helseutgifter inkluderer nasjonalregnskapets offentlige konsum, private konsum og offentlige bruttoinvesteringer.
[2] Offentlige helseutgifter omfatter summen av offentlig konsum, løpende overføringer og bruttoinvesteringer. Private helseutgifter er differansen mellom de totale helseutgiftene og de offentlige helseutgiftene. [3] Deflatert med prisindeks (1992=100) for offentlig konsum til helseformål. Definisjonen av helse er her noe mer omfattende enn i kommuneregnskapene. I nasjonalregnskapets helsebegrep er sykehjem, sykehjemsavdelinger i kombinerte alders- og sykehjem samt hjemmesykepleie inkludert
Kilde: Nasjonalregnskapsstatistikk, SSB

Figur 7.1. Utgifter til helseformål i faste 1992-priser. Millioner kroner. 1980-1993



Kilde: Nasjonalregnskapsstatistikk, SSB

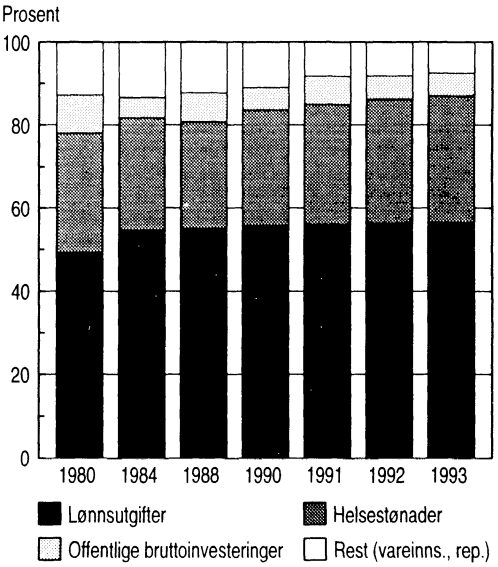
Differansen mellom totale og offentlige helseutgifter er private helseutgifter, det vil si de utgifter privatpersoner betaler av egen lomme til helseformål. I tabell 7.1 ser vi at de totale helseutgifter har økt mer enn de offentlige helseutgiftene, det vil si at de private helseutgifter utgjør en større andel av de totale helseutgifter i 1993 enn i 1980. Disse beregningene er beheftet med en del usikkerhet. Veksten i det private forbruket bekreftes imidlertid av forbruksundersøkelsene, som viser en økning (målt i faste 1992-kroner) i beregnede private utgifter til helsepleie fra 5,5 milliarder i 1980 til 8,9 milliarder i 1992. Også disse anslagene er usikre. Antakelig finnes det en gråsone mellom postene "helsepleie" og "privat hygiene" i forbruksundersøkelsen, ved at f.eks. solstudio blir kodet i sistnevnte post, og kanskje er det noe tilfeldig hvor en del "helsepleieaktig" konsum havner, bl.a. avhengig av hvor detaljerte folk har vært i beskrivelsen av sine utgifter.

De kommunale helseutgifter utgjør i 1993 tre fjerdedeler av de offentlige helseutgiftene, noe som er en nedgang på 4 prosent siden 1980. De statlige helseutgifters andel av de offentlige helseutgifter var i 1993 på om lag 26 prosent, en økning på 3,5 prosent fra 1980.

Årsaker til vekst

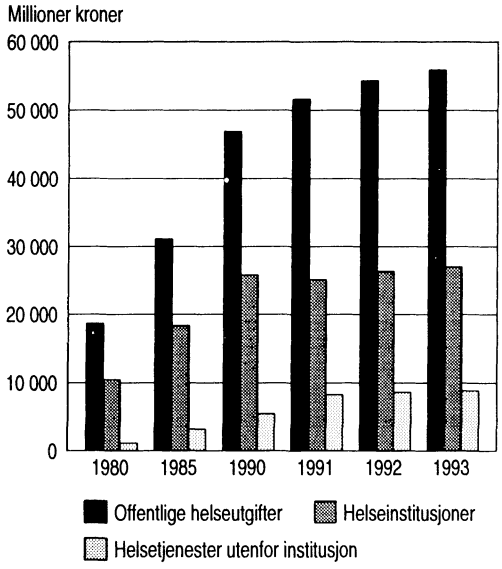
På 1980-tallet ble myndighetene i større grad enn tidligere opptatt av å redusere veksttakten i helsetjenesten, og veksten har da også vært lavere de siste 10-12 årene enn den var på 1960- og 1970-tallet. Det har likevel vært en betydelig realvekst i utgiftene til helsetjenesten, med unntak av perioden på slutten av 1980-tallet. Utviklingen av medisinsk vitenskap og teknologi, økt pleie- og omsorgsbehov i befolkningen og generelt høyt forventningspress fra befolkning og profesjoner er noen av faktorene som gjør det vanskelig å redusere veksten (St.meld.nr.41 (1987-88)). Dessu-

Figur 7.2. Offentlige helseutgifter etter art. Prosent. 1980-1993



Kilde: Nasjonalregnskapsstatistikk, SSB

Figur 7.3. Offentlige utgifter til helsetjenester i og utenfor institusjon. Millioner kroner og i prosent av løpende priser. 1980-1993



Kilde: Nasjonalregnskapsstatistikk, SSB

ten har arbeidstidsforkortelser, den siste i 1987, betydd økning i utgiftene. Størstedelen av utgiftene er, som vi skal se, lønnsutgifter.

I et forskningsprosjekt i Statistisk sentralbyrå har en undersøkt om den demografiske utviklingen historisk sett har vært viktig for å forklare veksten i de kommunale utgiftene til helse, utdanning og sosiale formål (Aamdal 1993). Kommuneforvaltningen (fylkes- og primærkommuner) står for den dominerende delen av disse utgiftene. Undersøkelsen tyder på at det ikke er de demografiske endringene med en økende andel eldre og færre barnefødsler, men økt standard og dekningsgrad som forklarer mesteparten av veksten i kommunalt konsum av helse- og sosialtjenester.

7.2. Hva brukes pengene til?

Økende andel til lønn

Lønnsutgifter er den klart største utgiftsposten i helsetjenesten (figur 7.2). I 1980 utgjorde lønnsutgiftene ifølge nasjonalregnskapets beregninger 49 prosent av utgiftene til helsestell i offentlig forvaltning. I 1993 hadde denne andelen økt til 57 prosent. 31 prosent av utgiftene i 1993 var helsestønader. I nasjonalregnskapet omfatter helsestønader blant annet refusjoner og driftstilskudd til privatpraktiserende leger. Helsestønadenes (refusjoner og driftstilskudd) andel av offentlige helseutgifter ble redusert i perioden 1980 til 1986, men har siden økt. Andelen var på 29 prosent i 1980 og 31 prosent i 1993. Andelen av utgiftene som går med til vareinnsats og reparasjoner har sunket betydelig siden midten av 1980-tallet, og utgjorde 7 prosent av utgiftene i 1993. Investeringsutgiftene har vekslet gjennom hele perioden mellom 9 (1980) og 5 (1993) prosent av de totale utgiftene. Av dette utgjør kommunalforvaltningens investeringsandel omlag 95 prosent i 1993.

Institusjonshelsetjenester generelt, og spesielt spesialistpregede institusjoner som somatiske og delvis psykiatriske sykehus, er svært arbeidsintensive. Dette ser vi ikke minst på lønnsutgiftenes andel av disse institusjonenes driftsutgifter (tabell 7.2). Av de vel 24 milliarder kroner som var de samlede driftsutgifter til statlige og fylkeskommunale helseinstitusjoner i 1992, utgjorde lønnsandelen 76 prosent, eller vel 18 milliarder kroner (institusjoner for eldre ikke inkludert). I 1980 var andelen 70 prosent, tilsvarende knapt 7 milliarder (helseinstitusjonsstatistikk).

Størst vekst i helsetjenesten utenfor institusjon...

Figur 7.3 viser at av de offentlige utgifter til helseformål, brukes den største andelen til

Tabell 7.2. Driftsutgifter til helseinstitusjoner. Millioner kroner og i prosent av løpende priser. 1975-1992

	1975	1980	1985	1990	1992
Institusjoner i alt	5 201	9 531	15 356	22 455	24 016
Herav lønn	69,9	73,3	72,9	73,1	75,9
Somatiske institusjoner	82,0	82,0	81,6	78,6[1]	78,1[1]
Psykiatriske institusjoner	18,0	18,0	18,4	21,4[2]	21,9[2]

[1] Ekskl. psykiatriske avdelinger på somatiske sykehus. [2] Inkl. psykiatriske avdelinger på somatiske sykehus.
Kilde: Helseinstitusjonsstatistikk, SSB

institusjonshelsetjenester. Av de totalt knapt 36 milliarder i offentlig helsekonsum i 1993, gikk 27 milliarder til helseinstitusjonene, dvs. en andel på 75 prosent. Vekstakten er imidlertid klart størst i helsetjenester utenfor institusjon, som har økt sin andel av det offentlige helsekonsumet fra 10 til 25 prosent i perioden 1980-1993. Denne utgiftsutviklingen er i tråd med de helsepolitiske målsettingene.

Konsumbegrepene i nasjonalregnskapet tar utgangspunkt i hvor pengene brukes, ikke hvor pengene kommer fra. Derfor er det statliges andel av det offentlige helsekonsumet, slik det beregnes i nasjonalregnskapet lite, kun 7 prosent i 1993. Dette er utgifter til drift av statens egne helseinstitusjoner, statlige tjenester utenfor institusjon samt statlig helsestell ellers. Utgifter til helseinstitusjoner utgjorde om lag 80 prosent av det statlige helsekonsumet i 1993. Denne andelen har vært uendret fra 1980 til 1993. Medisinsk forskning og utvikling er den post på de statlige helseutgiftene som har hatt sterkest vekst i perioden. Statlige helsetjenester utenfor institusjon er den eneste post med et redusert utgiftsnivå i perioden.

I den samlede kommuneforvaltning (kommuner og fylkeskommuner) ble institusjonenes andel av utgiftene redusert fra 92 til 75 prosent fra 1980 til 1993. Årsakene til forskyvningen i favør av institusjonseksterne tjenester er at utbyggingen av helsetjenester på 1980-tallet for en stor del foregikk i kommunehelsetjenesten, og det var utgiftene til spesialisttjenester og hjemmesykepleie som økte mest. Vi vil komme nærmere inn på detaljene i utviklingen under de respektive underkapitler.

..og i kommunehelsetjenesten

I løpet av den tidsperioden denne publikasjonen spenner over har postene i kommuneregnskapene blitt endret en rekke ganger, dels som følge av endringer i selve tjenestene - herunder endringer i hvilken instans som er ansvarlig; og dels som følge av generelle revisjoner av kontoplanen. Dette gjør at sammenlignbarheten over tid i kommuneregnskapet er dårligere enn når det gjelder data om personell og tjenester og dårligere enn i nasjonalregnskapet, der man har utviklet anslagsnøkler for å bygge bro over endringer i kommuneregnskapet. Når vi skal gi tall for de kommunale helse- og omsorgstjenestene basert på kommuneregnskapene, må vi derfor begrense oss til perioden 1988 til 1993.

Det er videre et problem at kategoriene i kommuneregnskapet i for liten grad sam-

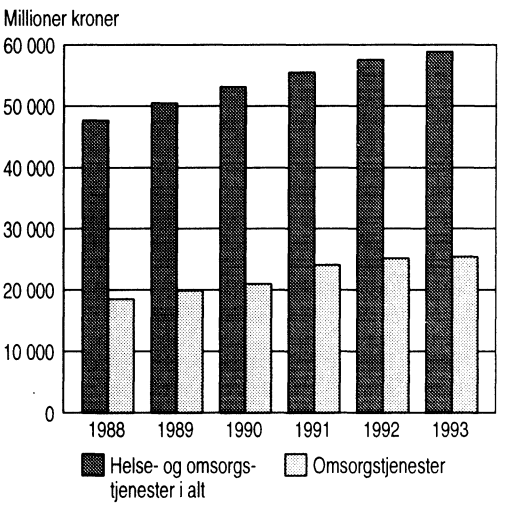
Tabell 7.3. Brutto driftsutgifter til kommunale og fylkeskommunale helsetjenester[1]. Millioner kroner. Løpende priser. 1988-1993

	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Kommunehelsetjeneste i alt	2 424	2 635	2 796	3 029	3 218	3 428
Oslo	4 529	4 644	4 605	4 634	4 663	4 715
Fylkesehelsetjeneste i alt	19 753	20 364	21 687	22 736	23 684	25 046

[1] Statlige helsetjenester er ikke med her, fordi brutto driftsutgifter ikke er definert på samme måte for statlig nivå i kommuneregnskapene. Se forøvrig ramme side 85. Pleie- og omsorgstjenester er ikke inkludert.
Kilde: Kommuneregnskapene, SSB

svarer med de kategorier det er mulig å gi personell- og aktivitetsdata for. For å belyse kostnadene ved ulike virksomheter innen helsetjenesten må man derfor oftest benytte andre kilder enn kommuneregnskapet, enten særskilte regnskapsskjemaer eller beregninger med basis i f.eks. lønnsstatistikk.

Figur 7.4. Brutto driftsutgifter til kommunale og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenester. Millioner kroner. Løpende priser. 1988-1993



Kilde: Kommuneregnskapene, SSB

De fylkeskommunale og statlige utgiftene til helseformål, målt som brutto driftsutgifter (dvs. utgifter til lønn og vareinnsats), var i 1993 om lag syv ganger så store som de kommunale (Oslo er her holdt utenfor begge steder). Veksttakten har imidlertid vært langt sterkere i de kommunale helsetjenester. I løpende priser økte utgiftene her med 41 prosent fra 1988 til 1993, mens den tilsvarende veksten i fylkeshelsetjenesten bare var 14 prosent (her er pleie- og omsorgstjenestene holdt utenfor).

Større vekst i omsorgstjenestene enn i helsetjenestene

Omsorgstjenester er tjenester rettet mot eldre og funksjonshemmede og blir i det vesentlige administrert av kommunene. Figur 7.4 viser utgiftsforholdet mellom helsetjenester og omsorgstjenester, slik disse begrepene er definert i kommuneregnskapene.

Utgiftene til omsorgstjenestene har økt mer enn helsetjenestens øvrige utgifter fra 1988 til 1993. Mens veksten i løpende priser var 37 prosent for omsorgstjenestene i denne perioden, var den totale veksten i helse- og omsorgstjenestenes driftsutgifter 23 prosent. Dette må ses i sammenheng med "eldremilliarden" og HVPU-reformen.

7.3. 75 prosent av de fylkeskommunale helseutgifter til sykehusene

Den overveiende delen av de fylkeskommunale utgiftene går med til å dekke utgiftene til drift av de somatiske sykehusene (tabell 7.3). Fylkeskommunenes brutto driftsutgifter til de somatiske sykehusene beløp seg til vel 19 milliarder kroner i 1993, nesten 75 prosent av de fylkeskommunale driftsutgiftene til helseformål. Andelen av de fylkeskommunale utgiftene som går med til å dekke utgifter til drift av de somatiske sykehusene har økt de siste årene. I 1988 utgjorde utgiftene til somatiske sykehus nesten 65 prosent av de totale driftsutgifter.

Driften ved sykehus og andre helseinstitusjoner er meget arbeidsintensiv. Lønnskostnadene utgjorde 71 prosent av brutto driftsutgifter i somatiske sykehus og 80 prosent i psykiatriske sykehus i 1992. Halvparten av fylkeskommunenes totale lønnskostnader gikk med til å lønne sykehuspersonell dette året.

Andre kilder med tall for utgiftsutviklingen er regnskapene som føres i de enkelte institusjoner. Statistisk sentralbyrå publiserer tall for driftsutgifter i helseinstitusjoner (medregnet de statlige institusjonene) basert på disse regnskapene. De viser at samlet brutto driftsutgifter til institusjonshelsetjenesten i 1992 var 24,6 milliarder kroner. I forhold til 1980 har det i faste priser vært en realvekst på 18 prosent for hele perioden, når vi holder sykehjemmene utenfor.

Blant de somatiske institusjonene har veksten i utgiftene vært særlig sterk for fylkessykehus II. Enkelte mindre institusjoner (fødestuer og fødehjem) hadde redusert virksomhet i 1992 i forhold til 1980, målt i brutto driftsutgifter.

Innenfor psykiatrien har økningen vært sterkest for barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner og psykiatriske sykehjem. Noe av den registrerte økningen for barne- og ungdomspsykiatrien skyldes endret regnskapsføring: Vi antar at alle barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger ved somatiske og psykiatriske sykehus i dag leverer egne regnskaper (som dermed blir statistikkført separat i forhold til voksenpsykiatrien), noe som ikke var tilfelle i 1980.

Tabell 7.4. Brutto driftsutgifter til fylkeskommunale helsetjenester[1]. Millioner kroner og i prosent av løpende priser. 1988-1993

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1993[3]
I alt	22 281	23 347	24 733	23 768	24 506	25 381	25 381
Institusjoner i alt	91,4	93,5	94,0	93,0	93,3	93,5	23 742
Av dette i prosent							
somatiske sykehus	70,6	69,2	70,5	79,4	79,9	81,0	19 199
psykiatriske institusjoner	17,8	17,9	16,9	17,4	18,0	17,7	4 208
HVPU[2]	11,2	12,7	12,5	3,2	2,2	1,4	335
Tannhelsetjeneste	4,8	4,0	4,0	4,9	5,0	4,7	1 181
Annet	3,8	2,5	2,2	2,1	1,8	1,8	458

[1] Tabellen inkluderer også fylkeskommunale pleie- og omsorgstjenester. Se tabell 7.5 for spesifisering av utgiftene til henholdsvis fylkeshelsetjenester og fylkeskommunale pleie- og omsorgstjenester. [2] Gjelder kun tjenester knyttet til HVPU-institusjoner. Fylkeskommunens øvrige pleie- og omsorgsutgifter vil gjenfinnes under "annet". [3] Absolutte tall
Kilde: Kommuneregnskapene, SSB

Tabell 7.5. Brutto driftsutgifter til kommunale helsetjenester[1]. Millioner kroner og i prosent av løpende priser. 1988-1993

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1993[2]
I alt	2 424	2 635	2 796	3 029	3 218	3 428	3 428
Herav lønn	53,8	54,3	55,4	56,3	57,3	57,7	1 979
a) Forebyggende helsetiltak	30,6	29,7	28,1	28,7	28,4	26,9	921
b) Diagnose og behandling	58,5	58,4	59,3	59,2	59,4	58,9	2 081
c) Medisinsk attføring	1,4	1,2	1,4	1,6	1,9	2,7	91
d) Somatiske spesialist-tjenester	3,3	3,1	2,1	2,1	2,1	2,0	67
e) Tannhelsetjenester	0,0	0,5	0,5	1,0	0,9	0,8	28
f) Psykisk helsevern	1,7	2,7	3,0	7,5	7,3	7,0	240
g) Diverse	4,0	4,4	5,6	-	-	-	-
Oslo	4 529	4 644	4 605	4 634	4 663	.	4 715

[1] Pleie- og omsorgstjenester er ikke inkludert. [2] Absolutte tall
Kilde: Kommuneregnskapene, SSB

7.4. Økning i kommunenes driftsutgifter

Kommunehelseloven fra 1984 gir kommunene det administrative ansvaret for primærhelsetjenesten. Alle kommuner skal ifølge denne sørge for organisering av nødvendig allmennlege-, fysioterapi- og sykepleietjeneste (herunder helsesøstertjenester). Forebyggende virksomhet er en del av de lovfestede oppgavene til kommunehelsetjenesten, og tiltak med dette for øyet skal organiseres som skole- og helsestasjonsvirksomhet, opplysningsvirksomhet og miljørettet helsevern (Barstad og Andersen 1990). Sistnevnte vil ikke bli beskrevet nærmere her (se for øvrig kapittel 6).

De kommunale helsetjenester kostet i 1993 vel 8 milliarder kroner, Oslo inkludert (se tabell 7.5). Dette omfatter kommunenes driftsutgifter, med andre ord alle utgifter over kommunenes budsjetter, unntatt investeringsutgifter. Veksten i løpende priser var på 17 prosent fra 1988 til 1993, som tilsvarer 5,7 prosent målt i faste 1993 kroner. Lønnsutgiftene utgjør en mindre andel av primærkommunenes helseutgifter enn av fylkeskommunens. Lønnsandelen har i perioden 1988-1992 vært om lag 55 prosent. Utgiftsposten "diagnose og behandling" utgjorde vel 60 prosent av de samlede utgiftene i 1993 og forebyggende helsetiltak om lag 30 prosent (tabell 7.5). Utgiftene til diagnose og behandling har økt mer enn utgiftene til forebyggende helsearbeid fra 1988 til 1993. Dette omfatter stort sett kurativt lege- og fysioterapiarbeid, eventuelt også kliniske psykologer og jordmødre, samt legevakttjenester i kommunene.

Økningen i utgiftene til psykisk helsevern fra 1990 til 1991 er en virkning av HVPU-reformen, selv om hovedtyngden av disse utgiftene er ført som pleie- og omsorgsutgifter i kommuneregnskapene.

Tabell 7.6. Brutto driftsutgifter til kommunale og fylkeskommunale pleie- og omsorgstjenester. Millioner kroner. Løpende priser. 1988-1993

	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Pleie- og omsorgstjenester i alt	18 518	19 860	20 989	24 136	25 153	25 397
Fylkeskommunale pleie- og omsorgstjenester	2 528	2 982	3 046	704	499	335
Kommunale pleie- og omsorgstjenester	15 990	16 878	17 943	23 432	24 654	25 062

Kilde: Kommuneregnskapene, SSB

7.5. Reduksjon av de fylkeskommunale pleie- og omsorgsutgifter

Som følge av de omorganiseringer vi tidligere har nevnt, med overføring av driftsansvar av offentlige pleie- og omsorgstjenester fra fylkeskommuner til primærkommuner, har de kommunale pleie- og omsorgstjenestene ikke bare fått flere brukere, men også nye ansvarsområder og omsorgsoppgaver, og dermed også andre typer brukere enn hva de hadde tidligere. Parallelt med denne omorganiseringen skjedde det i løpet av 1980-årene en overgang fra behandling i institusjon til behandling utenfor institusjon, fra lukket til åpen omsorg. De somatiske sykehusene rasjonaliserte driften, og antall liggedager pr. pasient gikk kraftig ned (Søbye 1993). I stadig større grad er det i dag de kommunale helse- og omsorgstjenestene som behandler og pleier postoperative pasienter, rusmisbrukere, psykiatriske pasienter mm.

Bruttokostnadene i den kommunale og fylkeskommunale pleie- og omsorgssektoren var i 1993 på om lag 25 milliarder kroner, hvor vel 2/3 gikk til de institusjonsbaserte pleie- og omsorgstjenestene, og resten til de hjemmebaserte tjenestene. Hjemmetjenestene betjener imidlertid langt flere brukere enn institusjonene pr. år, noe vi kommer nærmere tilbake til i kapittel 9.

Pleie- og omsorgssektoren, spesielt hjemmetjenestene, er meget arbeidsintensive. Lønnsutgiftene utgjorde 78 prosent av kostnadene i institusjonene og 87 prosent av utgiftene i hjemmetjenestene i 1992. Tjenestene blir i hovedsak finansiert over de kommunale budsjettene. Brukerbetalingen skaffet kommunene inntekter på 2,2 milliarder kroner. I institusjonene dekker beboernes egenbetaling 12 prosent av kostnadene, mens egenbetaling utgjorde om lag 5 prosent av kostnadene til hjemmetjenestene.

Utgifter i institusjonsomsorgen

Den institusjonsbaserte delen av pleie- og omsorgssektoren bruker nær 70 prosent av sektorens totale ressurser. Gjennomsnittskostnadene ved en institusjonsplass var i 1992 på snaut 300 000 kroner (inkludert investeringskostnader). Institusjoner omfatter her somatiske sykehjem, alders- og sykehjem, sykehjemsavdelinger, aldershjem, serviceboliger og andre institusjonstyper.

Driftskostnadene pr. institusjonsplass varierer imidlertid ganske mye, både etter kommunestørrelse, institusjonstype og antall plasser ved institusjonene.

Sykehjemsplasser, spesielt i sykehjemsavdelinger i kombinerte alders- og sykehjem, koster mer enn aldershjemsplasser i andre

Tabell 7.7. Driftskostnader etter institusjonstype og størrelse. 1 000 kroner pr. plass. 1992

Antall plasser	Alle typer	Sykehjem	Sykehjem	Alders- og sykehjemsavd.	Aldershjem	Andre
I alt	290	321	290	341	214	201
-19	249	359	360	367	222	228
20-39	273	331	292	341	214	173
40-79	291	317	275	331	205	213
80-	317	320	308	351	-	-

Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB

Tabell 7.8. Private utgifter til helsepleie pr. person i faste 1992-priser. I kroner og prosent av totale forbruksutgifter. 1980-1982, 1986-1988, 1990-1992

	1980-1982		1986-1988		1990-1992	
	Kroner	Prosent[1]	Kroner	Prosent[2]	Kroner	Prosent
Helsepleie i alt	1 347	2,1	1 642	1,9	2 054	2,6
Medisiner og helseartikler	299	0,5	395	0,5	469	0,6
Briller og ortopedisk utstyr	128	0,2	244	0,3	226	0,3
Tannlegehjelp	616	0,9	683	0,7	947	1,2
Legehjelp	252	0,4	210	0,2	260	0,3
Massasje og fysikalsk behandling	66	0,1	119	0,1	152	0,2

[1] I prosent av totale forbruksutgifter i 1982. [2] I prosent av totale forbruksutgifter i 1988
Kilde: Forbruksundersøkelsene, SSB

typer institusjoner. En sykehjemsplass er dyrere enn en aldershjemsplass fordi antall årsverk pr. plass er høyere i sykehjemmene enn i aldershjemmene. I sykehjem er det 0,93 årsverk pr. plass, i alders- og sykehjemmene 0,83 årsverk pr. plass og i aldershjemmene 0,64 årsverk pr. plass.

Kostnadene for en institusjonsplass varierer også med institusjonens størrelse målt i antall plasser (Søbye 1993). Det er den andre hovedgrunnen til at kostnadene til institusjonssektoren varierer mellom kommuner med ulik størrelse. De aller minste kommunene har (mange) små institusjoner, mens de store kommunene har institusjoner med mange plasser. Kostnadene pr. plass er synkende med institusjonens størrelse opp til 80 plasser, blir den større, stiger kostnadene pr. plass. En institusjon med fra 40 til 79 plasser er den billigste institusjonsstørrelsen, og institusjoner med mindre enn 20 plasser de dyreste pr. plass.

Det er i de minste og de største kommunene at kostnadene er høyest pr. institusjons-

plass (Søbye 1993). En viktig grunn til dette er, i tillegg til variasjonene i institusjonenes størrelse at institusjonstypene fordeler seg ulikt mellom kommuner av ulik størrelse. Mellomstore kommuner har for eksempel relativt mange aldershjemsplasser.

Grunnen til de høye kostnadene i de små kommunene er altså mange små institusjoner som er dyre å drive, en egenskap ved institusjonen mer enn ved kommunen. De høye kostnadene pr. plass i de største kommunene, derimot, skyldes ikke bare at institusjonene der ofte er store, men at det er høyere lønns- og avgiftsutgifter i de større kommunene enn i de små kommunene (Søbye 1993).

7.6. Sterk økning i de private forbruksutgiftene

Hvor mye betaler private husholdninger til helseformål? Ifølge Statistisk sentralbyrås forbrukerundersøkelser betalte hver person i gjennomsnitt 1 347 kroner pr. år i perioden 1980-1982 til helsepleie, 1 642 kroner i perioden 1986-1988, og 2 054 kroner i perioden 1990-1992 (tabell 7.8). Alle disse prisene er i faste 1992 priser.

Tabell 7.8 viser en sterk økning i private forbrukeres utgifter til helsepleie i perioden. Målt i faste priser økte utgiftene med om lag 50 prosent fra 1980 til 1992. Mye av denne økningen kan forstås i lys av økningen i egenandelene på offentlige helsetjenester som behandling hos fysioterapeut, røntgenundersøkelser ved offentlige sykehus og priser på medisiner og helseartikler. I tillegg spiller sannsynligvis et generelt økende forbruk av blant annet fysikalske tjenester en rolle i forhold til denne utviklingen.

8. Ressurser i helsetjenesten

8.1. Personell

Helsetjenestens viktigste ressurs er de ansatte. Kjernen i helsetjenestens virksomhet er ansikt-til-ansikt-kontakten mellom klient og behandler eller pleier. Økningen i utgiftene til helseformål har nær sammenheng med økningen i antall sysselsatte. Som vist i forrige kapittel, er helsetjenesten en arbeidsintensiv næring hvor lønnskostnader utgjør hovedandelen av de totale utgiftene.

8.1.1. Oversikt

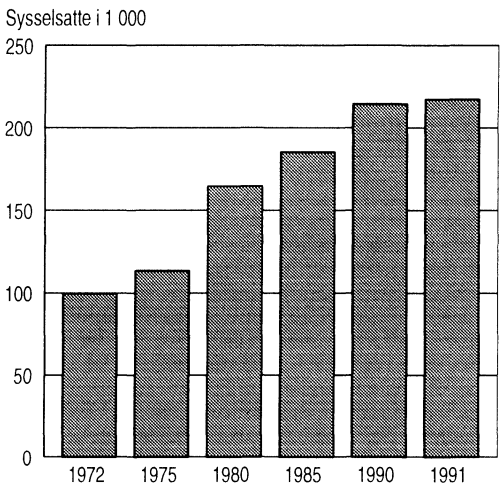
Sterk økning i antall sysselsatte....

I den grad helsetjenesten kan betraktes som en næring, har den vært en av de store vekstnæringene i etterkrigstiden. Andelen av den yrkesaktive befolkningen som er sysselsatt i produksjon av helsetjenester, har økt sterkt fra 1970-1990, antall ansatte er blitt mer enn fordoblet de siste 20 årene (figur 8.1). I en periode med økende arbeidsledighet og nedgang i sysselsettingen i tradisjonelle næringer, har helsetjenesten altså vært preget av det motsatte. I 1991 arbeidet i alt snaut 220 000 mennesker i helsetjenesten, inkludert pleie- og omsorgstjenestene. Dette utgjorde vel 10 prosent av alle yrkesaktive (Finnvold 1993).

....og i årsverk

Personellinnsatsen har økt sterkere i helsesektoren enn i andre næringer og sterkere enn i offentlig sektor totalt (tabell 8.1). I 1991 utførte de sysselsatte i helsetjenesten 8,4 prosent av det totale antall *timeverk* i alle næringer og offentlig forvaltning, mot bare 3,6 prosent i 1970 og 6,8 prosent i 1980. Mer enn hvert fjerde timeverk i offentlig forvaltning utføres av ansatte i helsetjenesten.

Figur 8.1. 1 000 sysselsatte i helsetjenesten. 1972-1991



Kilde: Nasjonalregnskapsstatistikk 1991, SSB

Antallet utførte *årsverk* i helsetjenesten økte med om lag 30 prosent fra 1980 til 1992, det vil si at det ble utført 38 000 flere årsverk i helsetjenesten i 1992 enn i 1980. Som utgiftstallene tydet på (jf. kapittel 7), viser også utviklingen i årsverkene at ressursinnsatsen har økt mer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene enn i andre deler av helsetjenesten. Institusjonenes (unntatt sykehjemmenes) andel av årsverkene sank fra snaut 44 prosent i 1980 til vel 38 prosent i 1992.

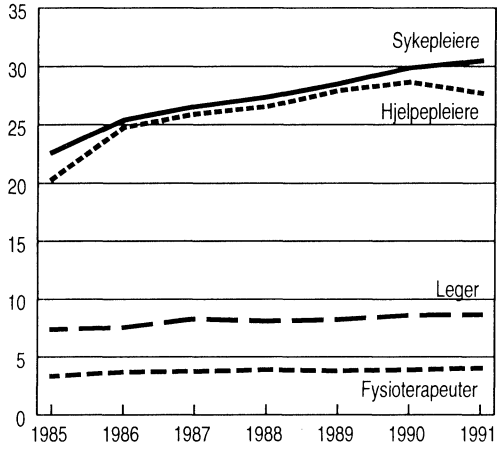
Tilgang og avgang på personell

Behandlings- og pleiekapasiteten i helsetjenesten er nært knyttet til tilgangen på fagutdannet personell. Av yrkesgrupper som gir behandling og pleie, er leger, tannleger, fysioterapeuter og syke- og hjelpepleiere de største. I 1991 utførte disse gruppene i alt 70 000 årsverk (tabell 8.2). Blant de store yrkesgruppene i helsetjenesten har det vært størst vekst i antall årsverk utført av sykepleiere (24 prosent vekst fra 1985 til 1991).

I 1991 var det nesten 14 000 utdannede leger, vel 58 000 utdannede sykepleiere, og over 68 000 utdannede hjelpepleiere (ikke alle disse var yrkesaktive, se figur 8.2). Med dagens utdanningskapasitet vil personellveksten stoppe opp om 15-20 år (i år 2010-2015), på grunn av pensjonering av den store gruppen som ble utdannet under ekspansjonen etter krigen.

Tallet på leger, sykepleiere og hjelpepleiere er antakelig det beste historiske mål for utviklingen i ressursinnsatsen i helsesektoren. Veksten i tallet på leger og de fleste andre personellgrupper i helsesektoren (inkludert i pleie- og omsorgstjenestene), har vært særlig sterk de siste 20 årene (SSB 1995c). Særlig har økningen vært sterk blant pleiepersonellet; tallet på utdannede sykepleiere er nesten fordoblet på 12 år (1979-1991), mens tallet på utdannede hjelpepleiere er mer enn fordoblet i denne perioden. Siden 1985 har årsverksinnsatsen i hjemmesykepleien også blitt nesten fordoblet.

Figur 8.2. Utvalgte personellgrupper i kommunale og fylkeskommunale helsetjenester, etter utdanning. Årsverk[1]. 1985-1991



[1] Heltids- og deltidsansatte pr. 31.12. omregnet til heltid = årsverk

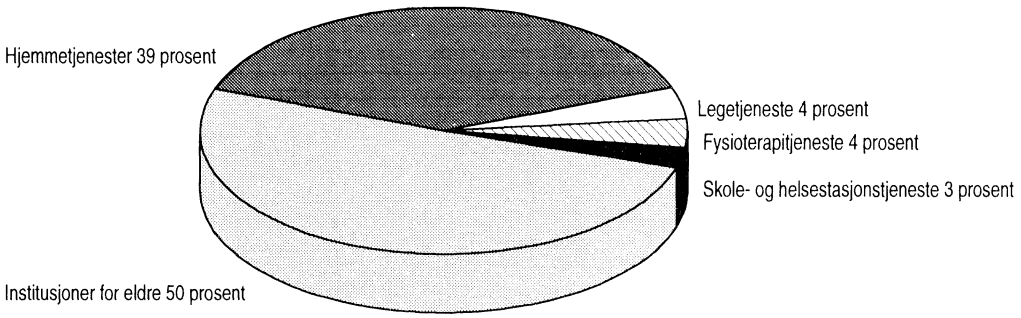
Kilde: Helseinstitusjoner 1991 og Kommunehelsetjenesten 1991, SSB

8.1.2. Kommunale helse- og omsorgstjenester

Som vi ser av figur 8.2 har de kommunale helse- og omsorgstjenestene ansvaret både for forebyggende og helsefremmende tiltak, kurative helsetjenester samt rehabiliterings-, habiliterings- og pleietilbud som ulike pleie- og omsorgstjenester.

Antallet årsverk i legepraksis, fysikalsk behandling og skole- og helsestasjonstjenesten har vist en viss økning i perioden 1986 til 1993 (se tabell 8.1). Regnet i absolutte tall er imidlertid veksten beskjeden sammenlignet med veksten i eldreomsorgen. Helsesøstre står for vel 60 prosent av personellinnsatsen i skole- og helsestasjonstjenesten, der også leger, fysioterapeuter, sykepleiere

Figur 8.3. Personell i virksomhetsområder i kommunale helse- og omsorgstjenester[1]. Prosent av antall årsverk. 1993



[1] Institusjoner for eldre inkluderer sykehjem, alders- og sykehjem, aldershjem og boformer med heldøgns pleie og omsorg. Hjemmetjenester inkluderer hjemmesykepleie, hjemmehjelpstjenester og samordnede tjenester. Legepraksis og fysikalsk behandling er den kurative delen av lege- og fysioterapitjenesten i kommunene, mens skole- og helsestasjonstjenesten dekker den forebyggende helsetjeneste. Omfanget av disse tjenestene er noe undervurdert i figuren siden personell uten helsefaglig utdanning bare delvis er inkludert. Heller ikke alt administrativt personell tilknyttet disse tjenestene og personell som ikke faller inn under nevnte virksomhet, er inkludert (Finnvold 1993).

Kilde: Årsstatistikk for kommunehelsetjenesten, og Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB

og personell med annen helsefaglig utdanning er viktige støttespillere.

Kommunene kan skaffe leger og fysioterapeuter på to måter; den ene er å opprette fastlønnsstillinger. Legene og fysioterapeutene blir da kommunale lønnstakere, og kommunen dekker alle utgifter, inklusive hjelpepersonell og materiell. Folketrygden gir faste tilskudd til kommunene pr. stilling etter bestemte regler. Kommunene kan også inngå avtale med privatpraktiserende leger og fysioterapeuter. Det meste av arbeidet disse utfører, dreier seg om kurative tjenester. Leger og fysioterapeuter med kommunal avtale plikter blant annet å delta i legevakt og i noen grad yte forebyggende tjenester til eldreomsorgen. Kommunen yter driftstilskudd til disse yrkesutøverne, i tillegg til at de finansierer sin virksomhet gjennom egenandeler fra pasienter og refusjoner fra folketrygden.

Det finnes også en del privatpraktiserende leger og fysioterapeuter som yter kurative

Tabell 8.1. Utvalgte virksomhetsområder i de kommunale helsetjenester. Antall årsverk. 1986-1993[1]

	Legepraksis	Fysikalsk behandling	Skole- og helsestasjons-tjeneste
1986	3 065	2 262	1 454
1987	3 308	2 271	1 413
1988	3 450	2 294	1 640
1989	3 460	2 239	1 693
1990	3 417	2 351	1 744
1991	3 491	2 394	1 855
1992	3 509	2 376	1 872
1993	3 705	2 514	2 062

[1] Kommentarer:
i) Sammenlignbarhet over tid:
- arbeid utført av turnuskandidater er inkludert i legepraksis, fysikalsk behandling, skole- og helsestasjonstjenesten fra 1987.
- arbeid utført av personell uten helsefaglig utdanning ble inkludert i helsestasjonstjenesten fra 1988.

ii) Yrkesgrupper inkludert i virksomhetsområdene:
- tall for årsverk i skole- og helsestasjonstjenesten inkluderer alle yrkesgrupper og personell uten helsefaglig utdanning som arbeider i helsestasjonstjenesten.
- legepraksis inkluderer også arbeidsinnsatsen i kurativt legearbeid fra sykepleiere, jordmødre og hjelpepleiere.
- fysikalsk behandling inkluderer kun arbeid utført av fysioterapeuter

Kilde: Årsstatistikk for kommunehelsetjenesten, SSB

Løpende statistikk over personell i kommunehelsetjenesten utarbeides på grunnlag av årlige oppgaver over ulike yrkesgruppers personellinnsats i de kommunale helsetjenester fra alle kommuner. For skole- og helsestasjonstjenesten samles det inn årlige rapporter fra kommunene om aktiviteten i disse virksomhetene, blant annet tall over utførte vaksinasjoner og helsekontroller. Årsverkene er beregnet ut fra avtalt, og ikke faktisk arbeidstid. Avtalehjemler og/eller fastlønnsstillinger som er ubesatte pr. 31.12. på grunn av permisjon, sykdom eller andre årsaker, regnes som besatt dersom fraværet har vart mindre enn fire måneder.

tjenester uten noen kommunal tilknytning (leger uten avtale). Disse finansierer sin virksomhet gjennom høye egenandeler. Yrkesutøvere som opprettet slik praksis før høsten 1992, har også krav på refusjoner fra folketrygden for konsultasjonene, mens de som etablerte seg etter dette ikke har denne adgangen. Leger uten kommunal avtale er i regelen lokalisert til våre største byer. 12 prosent av legeårsverkene i kommuner med minst 50 000 innbyggere utføres av leger uten avtale. Lignende mønstre gjelder også for fysioterapeutene.

Fordelingen av leger på ulike stillingstyper har endret seg forholdsvis lite fra 1987 til 1992. Det er blitt en litt større andel leger på fast lønn og leger som ikke har avtale, mens det er blitt en litt mindre andel avtaleleger og turnuskandidater. Blant fysioterapeutene har det skjedd større forandringer i fordelingen av stillingstypene. Det har blitt en klart mindre andel fysioterapeuter med avtale, og en klart større andel som har fast lønn eller som er uten avtale. Knapt 73 prosent av fysioterapeutene og 52 prosent av legene hadde denne formen for

Tabell 8.2. Leger i kommunale helsetjenester. Årsverk i prosent etter virksomhetsområde. 1987 og 1993

	Antall årsverk	I alt	Lege-praksis	Helsestasjons-tjeneste	Skolehelse-tjeneste	Annet
1987	2 995	100	82	4	3	9
1993	3 221	100	85	4	3	7

Kilde: Årsstatistikk for kommunehelsetjenesten, SSB

Tabell 8.3. Fysioterapeuter i kommunale helsetjenester. Årsverk i prosent etter virksomhetsområde. 1987 og 1993

	Antall årsverk	I alt	Fysikalsk behandling	Helsestasjons-tjeneste	Skolehelse-tjeneste	Annet
1987	2 480	100	92	1	2	4
1993	2 894	100	87	3	3	6

Kilde: Årsstatistikk for kommunehelsetjenesten, SSB

stilling i 1993 (fast lønn og uten avtale). 37 prosent av legene og 20 prosent av fysioterapeutene er fastlønnede, dvs. er fast ansatt av kommunen. Endelig er det en liten andel av årsverkene som utføres av leger og fysioterapeuter uten avtale (om lag 5 prosent) og av turnuskandidater.

Leger og fysioterapeuter bruker det meste av sin tid på de kurative arbeidsoppgavene (legepraksis og fysikalsk behandling) (se tabellene 8.2 og 8.3). I hvilken grad kan vi si at det har foregått en dreining av ressursene mot forebyggende arbeidsoppgaver? I noen grad har dette skjedd for fysioterapeutene. Fysioterapeutene utførte i 1993 vel 6 prosent av sin virksomhet i skole- og helsestasjonstjenesten, mot 3 prosent i 1987. Legene brukte 7 prosent av sine samlede personellressurser i skole- og helsestasjonstjenesten i 1987, og denne andelen har ikke endret seg fram til 1993.

9 av 10 årsverk knyttet til pleie og omsorg

88 prosent av snaut 79 000 årsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene utføres i pleie- og omsorgstjenestene. I underkant av 40 000 årsverk er knyttet til institusjonene for eldre, det vil si 50 prosent av det totale antall årsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenester, mens 30 000 årsverk (dvs. 39 prosent) utføres i hjemmetjenestene. De resterende årsverkene i helse- og omsorgstjenestene utføres i allmennlege-, fysioterapi-, skole- og helsestasjonstjenestene.

Kommunale pleie- og omsorgstjenester for eldre og funksjonshemmede består av en rekke mer eller mindre spesialiserte og avgrensede tjenester og tilbud. Det dreier seg om tre hovedtyper: Hjemmetjenester, rene botilbud og institusjoner og andre botilbud der beboerne kan få pleie og omsorg hele døgnet.

Overføringene av sykehjemmene til kommunene førte til en kraftig økning i antall årsverk spesielt i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Ifølge den løpende årsstatistikken økte årsverkene fra 50 000 i 1987 til vel 56 000 i 1990, og i 1993 er antall årsverk i den kommunale eldreomsorgen vel 69 000 årsverk. Dette er en økning på 38 prosent på 7 år.

Stadig flere arbeider innenfor kommunal pleie og omsorg. Antall årsverk økte forholdsvis jevnt på 1980-tallet og veksten har fortsatt i 1990-årene. I 1993 var det totale antall årsverk snaut 70 000, sammenlignet med vel 41 000 i 1980. Statistikken fra og med 1990 har et noe videre omfang enn tidligere år, og dette kan ha bidratt til den registrerte økningen.

Også innenfor pleie- og omsorgstjenestene er institusjonstjenestene i dag de mest ressurskrevende. Før sykehjemmene ble overført til kommunene (i 1988), var hjemmesykepleien den dominerende deltjenesten, men med overføringen av sykehjemmene ble det fra og med 1988 store endringer i forholdet mellom personellgrupper og deltjenester. Nesten 6 av 10 årsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er nå knyttet til driften av sykehjem og andre heldøgnsinstitusjoner. I 1993 hadde institusjonene i overkant av 39 000 årsverk og hjemmetjenestene snaut 30 000.

Den sterkeste *veksten* har imidlertid kommet i hjemmetjenestene. Årsverkene i hjemmetjenestene økte fra 13 703 årsverk i 1980 til nærmere 30 000 årsverk i 1993. I samme periode økte antall utførte årsverk i institusjonene fra 27 607 til 39 348. En del av veksten har også sammenheng med de nye oppgavene som hjemmetjenestene ble

Tabell 8.4. Årsverk i pleie- og omsorgstjenestene. 1980-1993

	1980	1985	1991	1992	1993
I alt	41 310	48 828	59 214	66 514	69 341
Institusjoner	27 607	32 744	39 069	39 061	39 348
Hjemmetjenester i alt	13 703	16 084	20 248	27 225	29 993

Kilde: Pleie- og omsorgstatistikk, SSB

tillagt i forbindelse med HVPU-reformen (se nedenfor).

Hjemmesykepleie og hjemmehjelp blir nå samordnet i mange kommuner. Mens hjemmesykepleie og hjemmehjelp tidligere ble gitt hver for seg av forskjellige personer og instanser, gis de nå i større utstrekning av samme person og instans eller av flere personer som arbeider sammen. Derfor er det stadig flere kommuner som ikke lenger skiller mellom hjemmesykepleie og hjemmehjelp når de oppgir årsverk, men heller bruker fellesbetegnelsen samordnede tjenester.

Hjemmetjenester omfatter også ergoterapi, fysioterapi, ambulant vaktmestertjeneste, matombringing, boveiledning, miljøarbeid, støttekontakttjeneste, vernepleie og andre tjenester. Den sterke økningen fra 1991 til 1993 må ses i sammenheng med det økte omsorgsbehov som integreringen av de psykisk utviklingshemmede har medført, spesielt har veksten funnet sted i tjenester som miljøarbeid, boveiledning og vernepleie.

Flest årsverk til pleie og omsorg i småkommunene

Det hevdes ofte at eldreomsorgen er best utbygd i de små kommunene og dårligst i storbyene. Statistikken bekrefter delvis en slik oppfatning. Småkommunene her i landet bruker forholdsvis mer ressurser i eldreomsorgen enn store og mellomstore kommuner. Målt i ressursinnsats, som årsverk pr. person over 66 år, kommer de aller minste kommunene best ut. I landet sett under ett brukes 10,8 årsverk i pleie- og omsorgssektoren pr. 100 innbyggere over 66 år. De aller minste kommunene bruker 14,7 årsverk. Hovedskillet går mellom kommuner med færre enn 2 000 innbyggere og andre kommuner. Kommuner med mellom 20 000 og 50 000 innbyggere bruker færrest årsverk pr. 100 eldre.

Større kommuner kan imidlertid tilby de eldre et mer variert tjenestetilbud, som vaktmester, reingjøringspatruljer og matombringing.

Tabell 8.5. Årsverk i pleie- og omsorgstjenestene pr. 100 innbyggere over 66 år, etter kommunestørrelse. 1992

Kommunestørrelse	I alt	Institusjoner	Hjemmetjenester
I alt	10,8	6,3	4,4
-1 999	14,7	9,7	5,1
2 000-2 999	11,9	7,2	4,7
3 000- 4 999	12,3	7,4	4,9
5 000- 9 999	11,2	6,6	4,6
10 000-19 999	11,0	6,4	4,6
20 000-49 999	9,5	5,2	4,3
50 000-99 999	10,7	6,0	4,7
100 000 -	10,1	6,1	3,9

Kilde: Ukens statistikk nr. 21/93, SSB

8.1.3. Sykehus og andre spesialisthelsetjenester

Vekst og profesjonalisering

Personell i de somatiske sykehusene utførte godt og vel 42 000 årsverk i 1980 og i overkant av 48 000 årsverk i 1991, en økning på 14 prosent. Gjennom 1980-årene har det skjedd en tiltakende spesialisering og profesjonalisering (Hallandvik 1993). Spesialisering krever utdanning, og det blir innenfor helsetjenesten en stadig tettere kopling mellom utdanning og yrke, ved at det kreves en viss utdanning for å utøve et yrke, og at stadig flere oppgaver avgrenses til bestemte yrkesgrupper. Grupper som på den måten har monopol på et yrke, betegnes som en profesjon (Torgersen 1972). Yrkesmangfoldet blir stadig større og profesjoner med høyere utdanning har økt sin andel av årsverkene ved de ulike helseinstitusjoner. Flere yrkesgrupper har oppstått som et resultat av andre gruppers spesialisering. Det faglige hierarkiet kan føres tilbake til utdanningens omfang.

Tabell 8.6. Personell i utvalgte personellgrupper i somatiske sykehus[1]. Årsverk. 1980 og 1991

	1980	1991
Personale i alt	42 206	48 036
Leger	3757	4594
Sykepleiere	11705	15382
Hjelpepleiere	7168	6740
Annet hjelpepersonell i sykepleien	1916	793
Jordmødre	527	867
Fysioterapeuter[2]	662	746
Bioingeniører	1383	2205
Radiografer	423	780
Ergoterapeuter[3]	166	264
Psykologer	130	66
Andre	14377	15598

[1] Psykiatriske avdelinger ved somatiske sykehus er ikke med. [2] Fysioterapeuter og mensendiecksykegymnaster. [3] Offentlig godkjente ergoterapeuter, arbeidsterapeuter o.a. arbeidsterapipersonell

Kilde: Helseinstitusjoner 1991, SSB

Tabell 8.7. Personell i spesialisthelsetjenester utenfor institusjon. Årsverk. 1988 og 1991

	1988	1991
I alt	6242	-
Tannleger i offentlig tannhelsetjeneste	1357	1314
Tannleger i privat tannhelsetjeneste	2060	2120
Privatpraktiserende legespesialister	335	341
- indremedisin	105	49
- øyesykdommer	78	79
- psykiatri	50	56
- kliniske psykologer	96	93

Kilde: Barstad og Andersen 1990, og Helsestatistikk 1991, SSB

Antall leger og sykepleiere har økt mer enn både hjelpepleiere og andre. Økningen var på 22 og 30 prosent for hensholdsvis leger og sykepleiere i perioden 1980-1991. Det var en reduksjon på 8 prosent for hjelpepleierne, mens "annet hjelpepersonell i sykepleien" - ufaglært pleiepersonell - bare utfører en tredjedel så mange årsverk i 1991 som i 1980.

Spesialisthelsetjenesten utenfor institusjon

Det er vanskelig å gi en oversikt over personell i de fylkeskommunale spesialisthelsetjenestene utenfor institusjon, blant annet på grunn av vansker med helsepersonellstatistikken etter 1986 (Barstad og Andersen 1990). De viktigste tjenestene her er tannlegetjenester, legespesialisttjenester og helsetjenester utført av kliniske psykologer.

Spesialisthelsetjenesten utenfor institusjon er et fylkeskommunalt ansvar. I 1988 ble

det registrert i alt 335 årsverk og 383 legespesialister med fylkeskommunal avtale. I 1991 var omfanget av disse tjenestene om lag den samme med totalt 341 avtalte årsverk med privatpraktiserende legespesialister. Av disse spesialisttjenestene var øyemedisin, psykiatri og indremedisin de største. Av kliniske psykologer med avtale ble det registrert 96 årsverk i 1988 og 93 i 1991.

Tannhelsetjenesten i Norge er organisert etter lov om tannhelsetjenester som trådte i kraft f.o.m. 1984. Loven representerte en samordning av skoletannpleie og folketannrøkt til en ren fylkeskommunal offentlig tannhelsetjeneste (Barstad og Andersen 1990). I 1988 ble det i alt registrert 3 417 årsverk av tannleger. Etter fylkeskommunenes årsmeldinger var det i 1992 i alt 3 107 stillinger i den offentlige tannhelsetjenesten, av disse var 245 tannpleierstillinger og 1 314 tannlegestillinger (Statens helsetilsyn 1992). 38 av tannlegestillingene var spesialiststillinger, det samme som i 1991. I privat praksis var det i 1992 registrert i alt 2 144 allmennpraktiserende tannleger (2 120 i 1991), 250 spesialister og 72 tannpleiere (Statens helsetilsyn 1992).

8.2. Institusjoner og sengeplasser

Færre sykehus...

I 1992 var det registrert 316 fylkeskommunale helseinstitusjoner i de fylkeskommunale helseplanene, samt 13 statlige helseinstitusjoner, dvs. til sammen 329 institusjoner. Siden alminnelige somatiske sykehjem ble overført til kommunene i 1988, er ikke disse institusjonene med i denne statistikken. Somatiske sykehjem blir nærmere beskrevet i kapittel 9.2. Over halvparten av de totalt 329 institusjonene er somatiske institusjoner, men bare en fjerdedel er sykehus. Resten er spesialsykehus, sykehjem og spesialsykehjem. De somatiske sykehusene har imidlertid nesten to tredjedeler av sengeplassene (når plassene i de psykiatriske avdelingene i somatiske sykehus ikke regnes med).

Det har vært en viss reduksjon i helseinstitusjoner siden 1980, blant annet har det blitt færre psykiatriske sykehus og fylkessykehus II. I 1993 hadde vi 85 offentlige sykehus.

...færre plasser i sykehusene

I perioden 1980-1992 har sengetallet gått ned med 28 prosent i de somatiske institu-

Tabell 8.8. Antall somatiske helseinstitusjoner og sengeplasser, etter institusjonstype. 1980-1993

	Institusjoner			Senger		
	1980	1990	1993	1980	1990	1993
Institusjoner i alt	175	159	158	22 687	17 190	15 617
Alminnelige sykehus	85	73	67	18 913[1]	145 52[1]	13 348[1]
Spesialsykehus	20	19	18	2 186	1 488	1 375
Spesialsykehjem	35	35	34	893	732	441
Mindre institusjoner	35	26	25	695	246	199

[1] Eksklusive psykiatriske avdelinger
Kilde: Helseinstitusjonsstatistikk, SSB

Tabell 8.9. Antall psykiatriske institusjoner og sengeplasser, etter institusjonstype. 1980-1993

	Institusjoner			Senger		
	1980	1990	1993	1980	1990	1993
Institusjoner i alt	171[1]	186[1]	147	12 261	8 011	7 344
Sykehus	21	15	15	6 490	2 301	2 086
Klinikker	5	4	5	302	225	215
Barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner	21	19	23	257	228	229
Sykehjem	124	129	94	4 428	3 931	3 501
Ettervernshjem	-[2]	19	10	-[2]	269	279
Avd. somatiske sykehus	16	20	25	784	1 057	1 034

[1] Psykiatriske avdelinger i somatiske sykehus ikke inkludert. [2] Gruppert under psykiatriske sykehjem i 1980
Kilde: Helseinstitusjonsstatistikk, SSB

sjonene, og med 40 prosent i de psykiatriske institusjonene (tabell 8.8 og 8.9). Det var i 1993 23 000 sengeplasser i de fylkeskommunale og statlige helseinstitusjonene. Noe over 15 000 av disse var knyttet til de somatiske sykehustjenestene, dvs. somatiske sykehus og spesialsykehus. Dersom vi holder senger som ikke er tilgjengelig i helger, ferier o.l. utenfor, blir sengetallet i de somatiske institusjonene redusert med 7 prosent: Antall tilgjengelige (effektive) senger var gjennomsnittlig 13 900 i 1992. Dette tilsvarer 32 senger pr. 10 000 innbyggere. Om lag 1 000 av disse sengeplassene befant seg på mindre somatiske institusjoner utenom sykehusene, som spesialsykehjem, attførings- og rehabiliteringsinstitusjoner, sykestuer eller fødehjem.

Nær en tredjedel av sengeplassene i helseinstitusjonene var i 1992 i de psykiatriske tjenestene. Disse plassene omfatter 2 300 plasser ved psykiatriske sykehus og klinikker, 3 900 ved sykehjem og ettervernshjem og 1 200 plasser ved psykiatriske avdelinger ved somatiske sykehus.

Sengekapasiteten var i 1992 størst i de fylkene hvor regionsykehusene ligger, dvs. Oslo, Hordaland, Sør-Trøndelag og Troms og i tillegg i Vest Agder.

På tross av færre sengeplasser, behandles det flere pasienter i sykehusene enn tidligere, og det har vært en kraftig økning i tallet på poliklinisk behandlede pasienter (se kapittel 9).

Dagplasser og poliklinikker ved helseinstitusjonene...

I tillegg til sengeplassene disponerer de fylkeskommunale og statlige institusjonene 2 100 dagplasser, de fleste av disse knyttet til psykiatriske institusjoner eller avdelinger. De fleste dagplassene er knyttet til vanlige døgninstitusjoner. Men innenfor det psykiske helsevernet finnes det også en del daginstitusjoner som er inkludert i de fylkeskommunale helseplanene og derfor er tatt med i statistikken.

Det var 1 800 dagplasser ved de psykiatriske institusjonene - medregnet plasser ved

psykiatriske avdelinger i somatiske sykehus - ved utgangen av 1992. De fleste av de psykiatriske dagplassene var ved psykiatriske sykehjem og ettervernshjem.

I løpet av de seinere årene har det vært en utbygging av dagtilbudet i psykiatrien, men økningen i antall dagplasser har ikke vært så kraftig som reduksjonen i antall sengeplasser.

Helseinstitusjonenes virksomhet omfatter også poliklinikker. I 1992 ble det foretatt 3,3 millioner polikliniske konsultasjoner ved helseinstitusjonene. Av disse var 15 prosent psykiatriske konsultasjoner, resten var knyttet til de somatiske tjenestene. Poliklinisk virksomhet drives stort sett ved de større sykehusene, men også ved enkelte mindre institusjoner. I tillegg er 24 av poliklinikkene frittstående.

.....men flere sykehjemsplasser for eldre

Det har vært en økning i sykehjemsplassene og en nedgang i aldershjemsplassene fra 1989 til 1993. Det later ellers til at kombinerte alders- og sykehjemsplasser omgjøres til rene sykehjem, da antall plasser i disse institusjonene også viser en nedgang. Institusjonsplasser ser med andre ord ut til i større grad å rettes inn mot de mest hjelpetrengende. Det finner også sted en økning i antall plasser i serviceboliger parallelt med nedtrappingen innen aldershjemmene.

Økningen har imidlertid ikke holdt tritt med økningen i antallet eldre. Pr. 100 innbyggere over 80 år er antallet institusjonsplasser redusert fra 33 i 1980 til 28 i 1992. Antallet plasser i institusjoner for eldre og uføre har økt noe fra 1980 til 1989, men har gått noe ned siden 1989. På 1990-tallet har antall plasser vært i underkant av 46 000.

Svekket eldreomsorg?

Det reduserte tallet på institusjonsplasser i forhold til eldrebefolkningen innebærer ikke nødvendigvis en svekket eldreomsorg. Som vi har vist, har det vært en sterk vekst i ressursinnsatsen i omsorgstjenesten utenfor institusjon. I hvilken grad den økte ressursinnsatsen i hjemmetjenestene har kunnet kompensere for nedgangen i antall institusjonsplasser, er likevel et komplisert spørsmål. Pleie- og omsorgstjenestene har fått mange nye brukere på grunn av nedbyggingen av institusjonsomsorgen i psykiatrien, kortere liggetider i de somatiske sykehusene, økt antall hjemmeboende og pleietrengende psykisk utviklingshemmede i tillegg til en økning i antall innbyggere over 80 år. Konsekvensene av alt dette synes å være at pleie- og omsorgstjenestene i større grad må prioritere de mest pleietrengende, og at terskelen for å få hjelp på den måten blir stadig høyere (se også neste kapittel). Dette er hovedgrunnene til at det er vanskelig å trekke sikre slutninger om tilbudet av pleie- og omsorgstjenester for de eldre er bedre i første halvdel av 1990-tallet enn ti år tidligere (Søbye 1993). Den gang hadde sykehusene flere pleiepasienter og pleie- og omsorgstjenestene hadde færre andre brukergrupper enn hva tilfellet er i dag.

I eldreomsorgen er store ressurser bundet opp i institusjonene. I mange år har det vært en alminnelig oppfatning at den beste eldreomsorgen er den som hjelper de eldre hjemme slik at de kan bo hjemme så lenge de selv vil. Likevel er ikke ressursbruken vridd fra institusjonsomsorg til hjemmebasert omsorg i løpet av 1980-årene. Målt i antall årsverk er institusjonsomsorgen dominerende i dag, som for ti år siden.

Boliger for psykisk utviklingshemmede

Reformen for psykisk utviklingshemmede ble iverksatt i 1991 og skal være fullført i

1995. På slutten av 1980-tallet fantes det om lag 19 sentralinstitusjoner, om lag 180 andre internatinstitusjoner, samt en del daginstitusjoner for psykisk utviklingshemmede (Søbye 1994). Det fantes som nevnt 16 000 mennesker med diagnosen psykisk utviklingshemming da reformen startet, mens sentralinstitusjonene hadde mellom 5 000 og 6 000 plasser. Det var altså om lag tre ganger så mange psykisk utviklingshemmede som institusjonsplasser. Selv om reformen ble iverksatt for å bedre levekårene for alle psykisk utviklingshemmede, var det livs- og levekårene for de i sentralinstitusjonene (NOU:1985:34) som var beveggrunnen for reformen.

En sentral målsetting med HVPU-reformen er at de funksjonshemmede skal integreres i samfunnet. De skal gå i barnehage og på skole sammen med andre barn, ha arbeid og leve et selvstendig liv i egne hjem. For mange vil dette hjemmet være en spesielt tilrettelagt bolig og med hjelp fra pleie- og omsorgstjenesten større eller mindre deler av døgnet. De fleste psykisk utviklingshemmede bor imidlertid fortsatt hjemme hos sine foreldre eller andre foresatte.

Ved utgangen av 1992 var det opprettet boliger for 5 751 psykisk utviklingshemmede i kommunene (Søbye 1994). Den vanligste boformen for mennesker med psykisk utviklingshemming som verken bor i avviklingsinstitusjon eller hos sine foreldre/pårørende, er en ordinær bolig. Totalt bodde 6 700 mennesker med psykisk utviklingshemming i mai 1993 i egne boliger som ble opprettet i forbindelse med reformen (Søbye 1994). 36 prosent av alle psykisk utviklingshemmede bor i egen leilighet, 72 prosent hadde imidlertid fellesareal og/eller felleshusholdning med andre. Om lag 2 000 bodde fremdeles i sentralinstitusjon.

Tabell 8.10. Psykisk utviklingshemmede bosatt utenfor sentralinstitusjon, etter boforhold og hvorvidt de har flyttet fra institusjon eller bodde utenfor institusjon tidligere[1]. Mai 1993

Bolig	I alt	Flyttet fra institusjon	Bodde utenfor institusjon
I alt	14 368	3 688	10 680
Vanlig bolig	2 195	397	1 798
Samlokalisert bolig	1 395	810	585
Bofellesskap	2 088	1 412	676
Bokollektiv	1 031	675	356
Hos foreldre/ pårørende	6 812	26	6 786
Annen boform, f.eks. sykehjem	847	368	479

[1] Om lag 6-700 personer er holdt utenfor da kommunene ikke var i stand til å fordele dem i forhold til de ulike kategoriene. I tillegg er de om lag 1 300 som fremdeles er bosatt i sentralinstitusjon, holdt utenfor.
Kilde: Søbye 1994

9. Aktivitet

9.1. Kommunale helse- og omsorgstjenester

Hyppigere konsultasjoner i helsetjenesten utenfor institusjon

Vårt kontaktmønster med helsetjenesten styres av en rekke forhold, ikke bare av graden av sykelighet og sykdommers alvorlighet slik en kanskje skulle tro. Også behandlingsopplegg, egne holdninger til helsetjenesten og det faktiske helsetjenestetilbud innvirker på kontaktmønster og -hyppighet. Mye tyder dessuten på at tilknytning til arbeidsmarkedet har betydning for hyppigheten av kontakt, ved at lønnstakere har flere legekonsultasjoner enn selvstendig næringsdrivende og hjemmearbeidende (Elstad 1989).

Det har vært en kraftig økning i befolkningens kontakt med helsevesenet de siste 10-20 årene. Beregninger foretatt på grunnlag av helseundersøkelsene i 1975 og 1985, viser at hver person hadde gjennomsnittlig 10 kontakter i 1975 og 14 kontakter 10 år seinere, en økning på 44 prosent. Innleggelser i institusjon er ikke med i denne beregningen, men helsekontroller og besøk hos tannlege er inkludert. Økningen er noe mindre dersom vi kun ser på kontakter i samband med sykdom, men også her er økningen på over 40 prosent. Økningen har vært sterkere for kvinner enn for menn, henholdsvis 53 og 36 prosent.

Kontakthyppigheten varierer ifølge Helseundersøkelsen 1985 sterkt med alder. Hver fjerde person 67 år og over hadde hatt kontakt på grunn av sykdom i løpet av den 14-dagersperioden undersøkelsen pågikk. I aldersgruppen 7-15 år, som har den laveste kontakthyppigheten, hadde 1 av 9 personer hatt slik kontakt i perioden.

Økningen i kontakthyppigheten gjelder i første rekke helsetjenesten utenfor institusjon. Antall konsultasjoner med fysioterapeut og telefonkonsultasjon med lege er den kontaktformen som har økt mest både for kvinner og menn. Her har det totalt sett vært nesten en fordobling. Ansikt til ansikt -konsultasjoner med primærlege og spesialister i samband med sykdom har det imidlertid ikke blitt flere av (Barstad og Andersen 1990).

En analyse av helseundersøkelsens data for aldersgruppen 16-70 år viser at førstegangsbesøkene hos lege ikke har økt, mens gjenbesøkene er blitt flere (Elstad 1989). Gjenbesøkene for egen sykdom hos primærlege har økt fra gjennomsnittlig 1,2 til 1,6 kontakter pr. år fra 1975 til 1985.

Tallet på fysikalske behandlinger har fortsatt å øke i siste halvdel av 1980-tallet, fra 1,8 besøk pr. person i 1983 til 3,1 besøk i 1991 (Huserbråten 1993). Også her ses en sterkere økning blant kvinner enn blant menn. En av årsakene kan være økningen i muskel- og skjelettlidelser blant kvinner, og kvinners stadig sterkere tilknytning til yrkeslivet.

Ifølge levekårsundersøkelsen i 1991 besøkte hver voksne person lege gjennomsnittlig 4,5 ganger i løpet av året, de eldste kvinnene oftest med nær 6 besøk, de yngste mennene minst med i overkant av 3,5 besøk pr. år. Legebesøk inkluderer her både besøk av og hos allmennlege, bedriftslege, spesialist og lege på poliklinikk/sykehus - men uten innleggelse. I tillegg kommer telefonkontakt med lege. Hver person hadde telefonkonsultasjon med en lege gjennomsnittlig 1,5 ganger i løpet av året.

Pleie- og omsorgstjenestene

Nesten 190 000 eldre over 66 år mottok hjemmetjenester eller bodde i institusjon ved årsskiftet 1993, 80 000 av dem var over 80 år. Det er vel 55 prosent av alle innbyggere i denne aldersgruppen. Det var over 142 000 brukere av hjemmetjenestene, og av disse er 82 prosent over 66 år. Når det gjelder antall brukere av hjemmetjenester for 1992 og 1993, er det vanskelig å sammenligne disse med de tilsvarende tallene for foregående år. Dette skyldes at man i de to nyeste statistikkårgangene har basert seg på registreringer av antall brukere på et angitt telletidspunkt (dvs. den 31.12.), i motsetning til tidligere år da det totale antall brukere gjennom hele året har ligget til grunn for beregningene. Dette innebærer at tallene for 1992 og 1993 vil være vesentlig lavere enn for de foregående år og lite sammenlignbare med disse. Tallene viser imidlertid en reduksjon fra 1992 til 1993 på om lag 4 000 mottakere.

Sterk økning i bruken av hjemmesykepleie

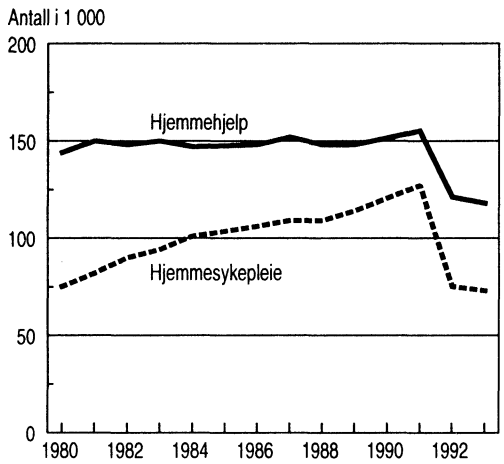
Den største aktivitetsøkningen innenfor pleie- og omsorgstjenestene har kommet i hjemmesykepleien. I 1993 var det knapt

Tabell 9.1. Antall kontakter med helsetjenesten pr. person i året, i alt og grunnet sykdom[1]. 1975 og 1985

	1975			1985		
	Alle	Menn	Kvinner	Alle	Menn	Kvinner
Alle kontakter	9,9	9,1	10,6	14,3	12,4	16,2
Kontakter i samband med sykdom i alt	5,7	5,3	6,0	8,1	6,7	9,5
Av dette						
Besøk hos/av lege/privatpraktiserende spesialist	3,1	3,1	3,2	3,1	2,6	3,6
Telefonkonsultasjon m. lege	0,5	0,4	0,5	1,1	1,0	1,3
Besøk hos lege på sykehus/ poliklinikk	0,5	0,5	0,6	0,5	0,4	0,7
Besøk av/hos fysioterapeut	0,7	0,6	0,8	1,3	1,1	1,5

[1] Ikke alle kontakter med helsetjenesten skyldes sykdom. Besøk hos tannlege og anbefalte eller rutinemessige helsekontroller er slike kontaker. Disse er ikke spesifisert her, men inngår i "alle kontakter"
Kilde: Helseundersøkelsene, SSB

Figur 9.1. Brukere av hjemmetjenester for eldre i løpet av året[1]. Antall i 1 000. 1980-1993



[1] Statistikken har registrert brukere i løpet av t.o.m. 1991. F.o.m. 1992 er registreringen gjort på ett tidspunkt, 31.12. En og samme person kan både få hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Hjemmehjelp omfatter også husmorvikar.

Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB

25 000 registrerte mottakere av hjemmesykepleie, i tillegg til om lag 50 000 mottakere av både hjemmehjelp og hjemmesykepleie (se tabell 9.2). Antall mottakere av hjemmesykepleie økte med 69 prosent (om lag 50 000) fra 1980 til 1991. Samtidig har også antall besøk pr. pasient vært økende, fra 60 besøk pr. mottaker i 1986 til 89 besøk pr. mottaker i 1991 (Søbye 1993). Vi vet imidlertid ikke om hvert enkelt besøk (i gjennomsnitt) er blitt lengre eller kortere i perioden 1986-1991.

Det totale antall brukere av hjemmehjelp og husmorvikarer økte med i underkant av 8 prosent fra 1980 til 1991. Mottakere av hjemmehjelp økte med 43 prosent i denne perioden. Antall brukere av hjemmetjenestene samlet har økt mer enn antall eldre over 66 år fra 1980 til 1991 (Søbye 1993).

Hjemmehjelp er fremdeles den hjemmetjenesten som har flest brukere. Tallene for 1993 viser at vel 118 000 personer var registrert som mottakere av bare hjemmehjelp (knapt 70 000 personer) og både hjemmehjelp og hjemmesykepleie (knapt 49 000 personer). Personer i aldersgruppen 80-84 år utgjør den største brukergruppen

Tabell 9.2. Mottakere av hjemmetjenester etter alder og tjenestetype. Prosent. Pr. 31.12. 1993

		1993			
	1992	Totalt	Hjemme-sykepleie/ hjemmehjelp	Bare hjemme-sykepleie	Bare hjemmehjelp
Alle mottakere	146 272	142 623	48 656	24 538	69 429
I alt	100	100	100	100	100
-66	17	17	14	27	16
67-74	17	17	15	18	18
75-79	20	19	18	17	21
80-84	24	24	25	19	24
85-89	16	17	20	13	16
90+	7	7	10	6	6

Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB

av hjemmetjenester med nærmere 24 prosent. Det er også denne aldersgruppen som i størst grad mottar både hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Når det gjelder andelen som bare mottar hjemmesykepleie, er de under 67 år en forholdsvis stor brukergruppe, 27 prosent.

I alt ble det registrert i underkant av 143 000 mottakere av hjemmetjenester i 1993. Dette innebærer en viss nedgang fra 1992 da det totale antall brukere var på vel 146 000. Denne reduksjonen kan muligens være et utslag av en strengere behovsvurdering og økt prioritering av de mest hjelpetrengende. Blant annet gav de egenbetalingsregler som ble gjort gjeldende i 1993, brukere med lite hjelpebehov og midlere/høyere inntekter relativt høye satser. Dette førte nok til at flere av disse frasa seg kommunal hjemmehjelp (SSB 1994d).

Denne reduksjonen i antall brukere kan også være et utslag av en viss nedtrapping innen hjelpetiltakene overfor HVPU-klienter. Da mye av denne innsatsen har vært basert på opplæringstiltak (praktisk opplæring i hjemmet) kan tallene for 1993 tyde på at flere av disse hjelpemottakerne nå antakelig i større grad er blitt mer selvhjulpne i egne hjem.

Ifølge ansvarsreformen for psykisk utviklingshemmede skal de funksjonshemmede og psykisk utviklingshemmede som ikke bor i institusjoner, få hjelp av den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. De ordinære hjemmetjenestene i kommunene skal gi disse brukerne den nødvendige hjelp, omsorg og pleie. Det er om lag 16 000 personer med diagnosen psykisk utviklingshemming i Norge, og av disse er det godt og vel 2 000, det vil si 13 prosent, som mottar hjemmehjelp eller hjemmesykepleie. Personer omfattet av ansvarsreformen benytter først og fremst miljøarbeids- og vernepleiertjenester (36 prosent) og støttekontakt (28 prosent). Når ansvarsreformen likevel har ført til en sterk vekst i antall årsverk, skyldes det at mange av de psykisk utviklingshemmede trenger hjelp permanent, ikke bare i perioder.

Tidligere HVPU-klienter

Kommunene skal ikke opprette en ny særomsorg for denne gruppen klienter, og siden særomsorgen dermed formelt er opphevet, lages det heller ikke statistikk som fanger opp hjelpen til disse gruppene spesielt (Søbye 1993). De blir registrerte som ordinære mottakere av hjemmetjenester og andre lokale instanser som arbeidskontor, trygdekontor, skoleverk, sosialkontor og helse- og omsorgstjenesten ellers. Statistisk sentralbyrå gjennomførte i samarbeid med Sosialdepartementet i mai/juni 1993 undersøkelsen "Reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming - rapport om gjennomføring av tiltak - 1993" (Søbye 1994). Samtlige av landets kommuner og bydeler fikk tilsendt spørreskjema, og opplysningene om denne klientgruppen gitt her, er fra denne undersøkelsen.

Kommunene har opprettet en rekke tilbud utover bolig og tjenester som ytes i boligen. Over halvparten av de psykisk utviklingshemmede har støttekontakt, og over 6 000

Tabell 9.3. Psykisk utviklingshemmedes bruk av ulike tjenestetilbud. Antall brukere. Mai 1993

Tjenestetilbud	Antall brukere
Støttekontakt	8 746
Arbeidstilbud, tidligere institusjonsbeboere	2 387
Arbeidstilbud, hjemmeboende	3 692
Barnehage	1 268
Skolefritidsordning	924
Voksenopplæring	10 223
Annet dagtilbud	4 781

Kilde: Søbye 1994

av dem har arbeidstilbud. Hele 65 prosent av dem som har flyttet fra en tidligere HVPU-institusjon, hadde i mai 1993 et arbeidstilbud. I følge oversiktene fra kommunene går alle barn med psykisk utviklingshemming i barnehage (Søbye 1994).

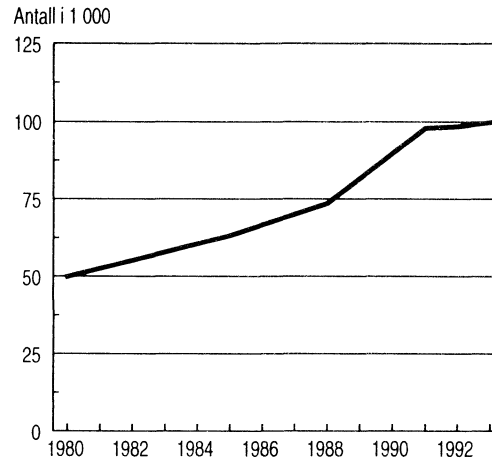
Færre korttidsopphold og økt pleietyngde i sykehjemmene

I begynnelsen av 1992 bodde 7 prosent av de eldre over 66 år i institusjon, en andel som naturligvis er sterkt økende med alderen, spesielt blant kvinner. Mer enn halvparten av kvinner over 90 år er bosatt på institusjon (Søbye 1993).

Det har de siste årene vært en offisiell målsetting at sykehjem i større utstrekning skal brukes til korttidsopphold som avlastning og medisinsk rehabilitering. Siden 1989 har likevel antall korttidspasienter gått ned samtidig som pasienter innskrevet for langtidsopphold har økt. I 1993 viser tallene imidlertid en svak stigning for antall pasienter innskrevet for korttidsopphold.

Mye av forklaringen på at målsettingen om større bruk av korttidsopphold har vært vanskelig å realisere, finner vi i den økte pleietyngden. Det blir stadig flere eldre på institusjon som trenger mye hjelp. Fra 1989 til 1993 har det f.eks. vært en økning på

Figur 9.2. Behandlede pasienter i sykehjem. 1980-1993[1]



[1] I 1991, 1992 og 1993 inkluderer tallene også pasienter ved aldershjemsavdelinger i kombinerte alders- og sykehjem. Av det totale antall pasienter i disse årene, var i alt 36 378 (1991), 34 172 (1992) og 32 969 (1993) av de behandlede pasienter i sykehjem pasienter i kombinerte alders- og sykehjem. Det har ikke vært mulig å skille mellom avdelingene ved de kombinerte alders- og sykehjemmene disse årene

Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB

Tabell 9.4. Antall innskrivninger etter formål i sykehjem. 1989-1993

	Medisinsk rehabilitering	Avlastningsopphold	Permanent	Annet
1989	2 770	5 684	35 151	840
1990	2 318	4 385	37 454	1 161
1991	2 144	3 112	38 870	840
1992	1 880	3 334	39 775	697
1993	1 803	3 164	39 222	687

Kilde: Ukens statistikk nr. 20, 1993, SSB

rundt 10 prosent i andelen som må ha hjelp til funksjoner som personlig hygiene, av- og påkledning, toalettbesøk og spising (SSB 1994d).

9.2. Sykehus og andre spesialisthelsetjenester

Flere behandlede pasienter i de somatiske institusjonene

Som mål på aktivitet i de somatiske helseinstitusjonene brukes her antall utskrivninger, gjennomsnittlig liggetid og antall behandlede pasienter. På tross av nedgangen i antall senger har antall behandlede pasienter fortsatt å øke også de siste årene, selv om veksten er kraftig redusert i årene etter 1985. I 1992 ble vel 644 000 pasienter utskrevet fra somatiske helseinstitusjoner i

løpet av året, 85 000 flere enn i 1975, og vel 10 000 flere enn i 1985.

De fleste som behandles i de somatiske institusjonene behandles i sykehusene. Det ble foretatt 655 000 utskrivninger fra somatiske institusjoner 1993, av disse var 654 000 fra somatiske sykehus. Av de utskrevne pasienter i 1993 ble 198 000 behandlet på kirurgiske avdelinger. Avdelinger for øre-, nese- og halssykdommer behandlet 20 000 pasienter og øyeavdelinger behandlet 15 000 pasienter (antall behandlede pasienter er her basert på registrering av antall avsluttede avdelingsopphold). På gynekologiske avdelinger og fødeavdelinger ble det behandlet 103 000 pasienter, herunder fødsler. Medisinske avdelinger behandlet til sammen 291 000 pasienter i 1993, og av disse 46 000 på barneavdelinger og 12 000 på kreftavdelinger (onkologi).

Kortere liggetid i sykehusene

De offentlige utredninger om helsepolitikk på 1970-, 1980- og første halvdel av 1990-tallet har lagt stor vekt på målsettingen om effektivitet, i betydningen best mulig utnytting av ressursene i helsetjenesten. Dette må ses på bakgrunn av den sterke veksten i kostnader og personell beskrevet i kapittel 7 og 8. Sykehusene har i denne perioden vært gjenstand for betydelige omlegginger av driften, og innstramninger i driftsbudsjettene, men har i samme perioden økt sin produktivitet, målt som gjennomsnittlig liggetid pr. pasient, som har gått ned fra 12 dager i 1975 til i underkant av 7 dager i 1993 i de somatiske institusjonene, og fra 287 til 74 i de psykiatriske behandlingsinstitusjoner.

Dette er en reduksjon i gjennomsnittlig liggetid pr. pasient på 42 prosent i somatikken og 72 prosent i psykiatrien. Også

Tabell 9.5. Utskrivninger og behandlede pasienter i somatiske og psykiatriske helseinstitusjoner[1]. 1975-1993

	1975	1980	1985	1990	1992	1993
Somatiske institusjoner						
Utskrivninger i alt[1]	559 094	585 294	634 284	640 153	644 315	655 316
Antall pasienter behandlet[5]	573 382	598 257	647 106	649 830	653 386	664 945
Pr. 10 000 innbyggere	1 427	1 462	1 556	1 529	1 520	1 538
Gjennomsnittlig liggetid[2]	11,7	10,6	9,3	7,4	7,0	6,8
Psykiatriske institusjoner						
Utskrivninger i alt	17 889[4]	20 826	19 128	21 242	23 106	24 123
Antall pasienter behandlet[5]	29 524	31 255	28 023	28 248	29 660	30 597
Pr. 10 000 innbyggere	74,7	76,4	67,5	66,6	69,0	70,7
Gjennomsnittlig liggetid[3]	287	202	141	100	78	74

[1] Psykiatriske avdelinger ved somatiske sykehus er her plassert under psykiatriske helseinstitusjoner. [2] Gjennomsnittlig liggetid pr. utskrivning i alminnelige somatiske sykehus og spesialsykehus. [3] Gjennomsnittlig liggetid ved psykiatriske sykehus. [4] Ekskl. psykiatriske klinikker og Barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner (kun for 1975). [5] Behandlede pasienter er i denne tabellen og i tabell 9.6 utskrivninger gjennom året pluss inneliggende pasienter pr. 31.12
Kilde: Helseinstitusjonsstatistikk og Helsestatistikk, SSB

Tabell 9.6. Behandlede pasienter i ulike typer helseinstitusjoner, etter institusjonstype. 1980-1993

Institusjonstype	1980	1985	1988	1990	1991	1992	1993
Institusjoner i alt	629 512	675 129	672 045	676 028	675 210	682 965	695 594
Somatiske sykehus[1]	594 820	643 413	640 889	638 175	635 385	643 137	654 445
Regionsykehus	140 907	160 170	159 885	158 037	161 561	167 707	172 099
Fylkessykehus I[2]	167 945	190 097	214 12	213 031	217 067	218 377	224 640
Fylkessykehus II[2]	258 373	262 749	238 746	237 194	227 782	228 047	227 861
Spesialsykehus	27 595	30 397	28 107	29 913	28 975	29 006	298 875
Andre somatiske insitusjoner	10 484	10 496	11 782	11 796	10 976	10 249	10 552
Psykiatriske institusjoner	31 255	28 023	29 613	28 248	28 849	29 579	30 597
Psykiatriske sykehus	24 795	20 986	21 983	20 157	20 797	21 236	21 751
Psykiatriske sykehjem og ettervernshjem	5 410	5 915	6 442	6 956	6 925	7 187	7 819
Barne- og ungdomspsykiatri	1 050	1 122	1 188	1 135	1 127	1 156	1 027

[1] Pasienter behandlet ved psykiatriske avdelinger i somatiske sykehus er tatt med både under somatiske sykehus og psykiatriske institusjoner for årene 1980, 1985 og 1988. Det omfatter henholdsvis 7 047, 6 803 og 10 239 pasienter. I Institusjoner i alt er imidlertid disse pasientene telt bare en gang. [2] Før 1986 ble det skilt mellom sentralsykehus og lokalsykehus. Dette skillet svarer omtrent til skillet mellom fylkessykehus I og II
Kilde: Helseinstitusjonsstatistikk, SSB

antall behandlede pr. 10 000 innbyggere er redusert ved de psykiatriske behandlingsinstitusjoner fra 74,7 i 1975 til 70,7 i 1993.

Færre behandlede i lokalsykehusene

I løpet av 1980-årene var det en forholdsvis klar nedgang i antall pasienter som ble behandlet i fylkessykehus II (som omtrent svarer til det som tidligere ble kalt lokalsykehus). De mindre lokalsykehusene hadde likevel fortsatt en større andel av behandlingene i de somatiske sykehusene i 1993 enn de andre sykehustypene (tabell 9.6). Nedgangen har sammenheng med reduksjonen i antall lokalsykehus.

Innenfor psykiatrien ble færre behandlet i de psykiatriske sykehusene i første halvdel av 1980-tallet, mens antallet seinere har endret seg nokså lite. Derimot har antall behandlede pasienter i psykiatriske sykehjem og ettervernshjem økt.

Det ble i 1993 utskrevet 154 pasienter pr. 1 000 innbyggere her i landet. Andelen varierer imidlertid betraktelig mellom ulike fylker, Akershus har få pasienter pr. innbygger (120 pr. 1 000), mens Nordland har mange, (176 pr. 1 000). I Sogn og Fjordane er det også mange sykehuspasienter i forhold til folketallet.

Tallene for 1993 viser at det var langt flere eldre enn yngre pasienter i de somatiske behandlingsinstitusjonene. Blant de sengeliggende pasientene ved somatiske institusjoner var det i aldersgruppen over 70 år 340 utskrivninger pr. 1 000 innbyggere og 60 utskrivninger pr. 1 000 barn og ungdom i alderen 5-19 år.

Økning i den polikliniske virksomheten

Den polikliniske virksomheten utgjør en stadig mer sentral del av sykehusenes

Tabell 9.7. Polikliniske konsultasjoner. 1989-1993

	1989	1990	1991	1992	1993
I alt	-	2 928 559	3 145 082	3 257 115	3 503 187
Somatikk	2 579 724	2 540 295	2 699 958	2 767 138	3 009 077
Psykiatri[1]	-	388 264	445 124	489 977	494 110

[1] Psykiatriske konsultasjoner ved somatiske sykehus er her telt under psykiatri
Kilde: Helseinstitusjonsstatistikk, SSB

pasientbehandling. I Nasjonal helseplan (1987-1988) er overføring av helsetjenester fra sengeavdeling til poliklinikk en sentral helsepolitisk målsetting, i samsvar med LEON-prinsippet fra 1970-årene om behandling på Lavest-Effektive-Omsorgs-Nivå. Den polikliniske virksomheten omfatter behandling, medisinske utredninger, samt prøver og kontroller. Det vanligste aktivitetsmålet for poliklinikkene er konsultasjoner.

Fram til 1988 ble det opprettet mange nye polikliniske behandlingstilbud, noe som førte til en sterk vekst i det totale antallet konsultasjoner. Antall polikliniske konsultasjoner ved de somatiske sykehusene var på vel 3 millioner i 1993, en økning på mer enn 10 prosent siden 1989. Den kraftige økningen fra 1992 til 1993 skyldes imidlertid delvis endring av statistikkgrunnlaget.

10. Ulikheter i tilbud og bruk av helsetjenester

10.1. Generelt

Det er en erklært målsetting at vi skal sikte mot et mer likeverdig helsetjenestetilbud med bedre tilgjengelighet uavhengig av bosted, alder, kjønn, økonomi og sosial tilhørighet (St.meld.nr.41 (1987-88)).

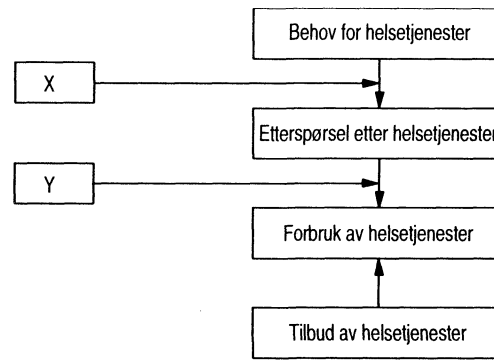
Målsettingen om et likeverdig tilbud av helsetjenester har først og fremst vært diskutert i forhold til geografisk fordeling av helsetjenester, men også i diskusjonen om offentlig og privat finansiering av helsetjenestene og om egenbetaling av helsetjenester finansiert av det offentlige (Barstad og Andersen 1990).

Det er ikke uten videre klart hva et likeverdig helsetilbud er. I figuren nedenfor har vi vist forholdet mellom en del begreper som er sentrale i forhold til disse spørsmålene.

Den enkeltes behov for helsetjenester kan vurderes på ulike måter. En kan for eksempel skille mellom den enkeltes vurdering av sine behov og fagfolks vurdering av dette behovet. Den enkeltes vurdering av sitt behov for helsetjenester er ikke identisk med etterspørselen etter slike tjenester. Kostnadene ved å bruke en tjeneste vil påvirke etterspørselen, både kostnader i form av tapt arbeidsfortjeneste, reiseutgifter, reisetid og ventetid, og egenandeler. I tillegg vil sosiale forpliktelser som omsorgsansvar m.m. også påvirke en slik etterspørsel. Til sammen fører disse forholdene til at personer med samme behov for helsetjenester vil etterspørre tjenester svært forskjellig.

Men befolkningens etterspørsel samsvarer heller ikke nødvendigvis med forbruket av tjenestene. Helsepersonellet regulerer i betydelig grad forbruket av tjenester både gjennom sine vurderinger av behov, kostnader og kapasitet, vurderinger som spiller en viktig rolle i forhold til det videre forbruk av tjenester, men også med sitt omfang. Ikke minst er dette vesentlig i forhold

Figur 10.1. Behov for helsetjenester



Kilde: Barstad og Andersen 1990

til spesialisthelsetjeneste og institusjonshelsetjeneste (Barstad og Andersen 1990). Primærleger skriver ut rekvisisjoner til spesialister, fysioterapeuter m.m., bestiller time til røntgenundersøkelse, søker om innleggelse på helseinstitusjon for behandling eller medisinsk utredning, om opphold på alders- eller sykehjem m.m.

Som vi var inne på i kapittel 9, har det vært en sterk økning i befolkningens kontakter med helsetjenesten de siste 10-20 årene. Helseundersøkelsene tyder på at antall kontakter med helsetjenesten pr. person (unntatt innleggelser på institusjon) økte med 44 prosent fra 1975 til 1985 (Barstad og Andersen 1990). Kontakthyppigheten varierer sterkt med alder. Mens hver fjerde person over 67 år hadde hatt kontakt på grunn av sykdom, var det 1 av 9 personer i aldersgruppen 7-15 år som hadde hatt slik kontakt.

I dette kapittelet vil vi legge hovedvekten på å undersøke i hvilken grad folk har lik tilgang til en del helsetjenester uavhengig av hvor de bor. En kan også reise spørsmålet om en i Norge har et likeverdig helsetjenestetilbud for eldre og yngre, for menn og kvinner og for ulike sosioøkonomiske grupper. Tiltak for eventuelt å skape mer likhet i helsetjenestetilbudet for disse gruppene vil imidlertid ikke like klart rette seg mot organiseringen av helsetjenesten som tilfellet er om en søker å skape mer likeverdighet mellom geografiske områder (Barstad og Andersen 1990).

10.2. Geografiske ulikheter i fordeling av personellressurser, brukerkontakt og organisering

Fylkesvise forskjeller i personellinnsats

Det er klare forskjeller mellom fylkene når det gjelder helsetilstand, enten vi måler den som sykdom eller som død. Mest dramatisk kommer forskjellene fram når vi som i kapittel 2 ser på dødelighetsstatistikken.

En fylkesvis oversikt over fordelingen av personellressurser i kommunehelsetjenesten i forhold til antall innbyggere, viser at Nord-Trøndelag og Troms kommer gunstigst ut målt i forhold til folkemengden. Dårligst ut kommer Akershus, Vestfold og Rogaland. Statistikken viser også store forskjeller mellom store og små kommuner. De fylkesvise forskjellene er blant annet uttrykk for at de minste kommunene har de beste tilbud av kommunehelsetjenester, sett i forhold til innbyggertall. Dette gjelder særlig for legepraksis og hjemmesykepleie. Fysikalsk behandling er unntaket, denne siden av tjenestetilbudet er best utbygd i sentrale og større kommuner (Finnvold og Viksand 1992).

For fysioterapeuter ble det observert store fylkesvise ulikheter i dekningen målt i antall innbyggere pr. årsverk. Mens det for hele landet var 1 334 innbyggere pr. fysioterapeutstilling, var det tilsvarende tallet 890 for Oslo, 1 938 for Rogaland og 1 815 for Sør-Trøndelag.

Av leger som praktiserer uten avtale med kommunene holdt de fleste til i Oslo, der prosentandelen i 1992 var over 18.

Det er imidlertid vanskelig å foreta slike sammenligninger av tjenestetilbudet mellom fylker og kommuner. De enkle sammenligningene av årsverk pr. innbygger kan dekke over andre og vel så viktige forskjeller. Mindre kommuner har gjerne en mer spredtbygd befolkning, og et lite befolkningsgrunnlag kan bidra til at ressursinnsats pr. innbygger blir større enn i andre kommuner. Det vil for eksempel være mer ressurskrevende pr. innbygger å opprettholde en legevaktordning i små og spredtbygde enn i store kommuner (Barstad og Andersen 1990). I sentrale strøk er det også

et større utvalg av leger som ikke arbeider i primærhelsetjenesten (bl.a. sykehusleger som har privat praksis). Små utkantkommuner har dessuten større problemer med å fylle sine legestillinger, og har større gjennomtrekk i stillingene. Manglende kontinuitet i behandlingsforholdet kan følgelig være et utbredt problem i mange kommuner både i Finnmark og Troms, og Nord-Norge som sådan "plages" med et stort antall turnuskandidater. Turnuskandidatene hadde ulik betydning for det totale legetilbudet i fylkene. Mens turnuskanidatene i Østfold, Akershus, Oslo, Buskerud, Vestfold og Vest-Agder representerte under 2 prosent av det totale legetilbudet, utgjorde turnuskandidatene mellom 11 og 19 prosent av det samlede legetilbudet i Nord-Norge og i de enkelte fylker på Vestlandet. Liten stabilitet i legestillingene er en av de viktigste årsakene til folks misnøye med kommunehelsetjenesten i Finnmark. Det var flest turnuskandidater i de minste kommunene, opptil 5 000 innbyggere (SSB 1993c).

Bruken av legetjenester varierer lite fra landsdel til landsdel

Det er små forskjeller i bruken av legetjenester mellom ulike regioner i 1991. Derimot var det betydelige forskjeller med hensyn til telefonkontakt med lege og i forhold til fysikalsk behandling. Trøndelag hadde klart færre telefonkonsultasjoner enn bosatte i resten av landet, mens personer bosatt i Oslo og Akershus hyppigst fikk

Tabell 10.1. Personell i kommunale helsetjenester[1]. Innbyggere pr. årsverk. 1992

	Leger	Fysioterapeuter	Sykepleiere	Hjelpepleiere	Alle personellgrupper i de kommunale helsetjenester
Hele landet	1 287	1 334	346	230	91
Østfold	1 416	1 437	415	222	85
Akershus	1 458	1 141	449	376	130
Oslo	1 220	888	328	190	78
Hedmark	1 296	1 186	335	191	88
Oppland	1 171	1 224	329	196	79
Buskerud	1 280	1 005	378	234	91
Vestfold	1 431	1 348	422	294	114
Telemark	1 239	1 653	343	200	89
Aust-Agder	1 200	1 414	290	229	92
Vest-Agder	1 128	1 403	320	289	98
Rogaland	1 576	1 938	372	336	114
Hordaland	1 343	1 426	356	265	104
Sogn og Fjordane	1 078	1 680	298	172	79
Møre og Romsdal	1 220	1 548	310	232	91
Sør-Trøndelag	1 393	1 815	337	227	86
Nord-Trøndelag	1 260	1 611	233	189	70
Nordland	1 154	1 647	324	172	78
Troms	1 164	1 542	338	158	72
Finnmark	888	1 606	288	250	77

[1] Fengselshelsetjenesten er ikke inkludert her
Kilde: Kommunehelsetjenesten 1992, SSB

Tabell 10.2. Bruk av ulike helsetjenester. Antall pr. person i året. 1991

Landsdel	Besøk av/hos lege	Telefon-kontakt med lege	Fysikalsk behand-ling
Hele landet	4,5	1,5	3,1
Oslo, Akershus	4,6	1,7	4,0
Østlandet ellers	4,6	1,8	3,6
Agder, Rogaland	4,3	1,2	2,2
Vestlandet	4,4	1,6	2,4
Trøndelag	4,5	0,6	3,3
Nord-Norge	4,8	1,5	2,0

Kilde: Levekårsundersøkelsen 1991, SSB

fysikalsk behandling. Bosatte i Nord-Norge hadde i gjennomsnitt hyppigst besøk av/var hos lege, men var de som i gjennomsnitt hadde færrest fysikalske behandlinger.

Spesialisering, regionalisering og funksjonsdeling

Utviklingen innen medisinsk teknologi har ført med seg en økende grad av differensiering og spesialisering. Dette avspeiles også i organiseringen av sykehustjenestene. Spesialisering kan tjene flere formål, og begrepet omfatter flere dimensjoner. Å dekke avanserte og høyspesialiserte teknologier og ferdigheter er det ene aspektet. Et annet formål med spesialisering og regionalisering, er en rasjonell bruk av ressursene.

Funksjonsdeling og spesialisering innebærer en tendens til sentralisering av spesialisttjenester og tilbud. I et land som vårt, med en liten befolkning og store avstander, reiser dette spørsmål om tilgjengeligheten for de som er bosatt lengst borte fra slike tjenester. Spesielt aktuell er denne problemstillingen ved akutte tilstander.

Kommunale variasjoner i personellinnsats, brukerkontakt og organisering i helse- og omsorgstjenesten

Som beskrevet tidligere er ansvaret for en rekke deltjenester overført til kommunene. Publikum er dermed henvist til å benytte seg av de tjenester deres bostedskommune kan tilby. I Norge er et relativt lite antall innbyggere spredt over et stort areal. I alt 203 kommuner har mindre enn 5 000 innbyggere, og ligger utenfor pendlingsomlandet til kommuner som er større enn dette. Dette innebærer at et relativt stort antall små organisatoriske enheter skal administrere, organisere og bygge ut ulike helsetjenester. Denne forvaltningsstrukturen utgjør en helsepolitisk utfordring. I en situasjon med utstrakt kommunalt selvstyre åpner en slik forvaltningsstruktur for et mangfold av lokale tilpasninger. Dette kan betraktes som noe positivt ved at det lokale nivå dermed kan tilpasse tjenestetilbudet til lokale behov og lokale politiske prioriteringer.

En forvaltningsstruktur med lokalt selvstyre og mange små enheter utgjør også en utfordring for sentralforvaltningen og fylkeslegene, som skal føre tilsyn med at kommunene følger opp sentrale helsepolitiske mål og retningslinjer. Denne forvaltningsstrukturen gjør også kommunenivået mer interessant når det gjelder statistisk informasjon om helsetjenester. Hvordan er variasjonene mellom kommunene når det gjelder personellinnsats, brukerkontakt og organisering?

- hvor stor er egentlig forskjellen mellom kommunene?
- hvilke tjenester utviser de største variasjonene?
- er forskjellene blitt mindre over tid?
- hva er bakgrunnen for ulikhetene; varierer f.eks. personellinnsatsen systematisk med behovsskapende forhold som kommunestørrelse og alderssammensetning?

Kommunenivå: Hvor store er ulikhetene?

I tabell 10.3 beskrives ulikheter mellom enkeltkommuner ved hjelp av prosentiler og variasjonskoeffisienter. Disse målene gir et inntrykk av hvordan kommunene fordeler seg omkring en gjennomsnittsverdi. Utgangspunktet for beregninger av prosentiler er en rangering av kommunene etter verdier for personellinnnsats og brukerkontakt.

For legetjenesten viser tabell 10.3 at 1 prosent av kommunene har mindre enn 4 årsverk pr. 10 000 innbyggere, mens 10 prosent av kommunene har mindre enn 6 årsverk pr. 10 000 innbyggere. En gjennomsnittskommune har 8 årsverk i legetjenesten pr. 10 000 innbygger. Gjennomsnittsverdien (50 prosent), også kalt medianverdien, er den kommunen i den sorterte rekkefølgen som har like mange kommuner på hver side. I alt 10 prosent av kommunene har mer enn 16 årsverk pr. 10 000 innbyggere. På tilsvarende måte beskrives ulikhetene mellom enkeltkommuner for de mest sentrale virksomheter i den kommunale helse- og omsorgstjenes-

Tabell 10.3. Helse- og omsorgstjenestene, kommunale variasjoner i personellinnsats og brukerkontakt. 1993

	Prosentiler[1]									
	1 prosent	5 prosent	10 prosent	25 prosent. Nedre kvartil	50 prosent. Median-kvartil	75 prosent. Øvre kvartil	90 prosent	95 prosent	99 prosent	Variasjonskoeffisient[2]
Personell										
Årsverk av leger pr. 10 000 innb.	4	5	6	7	8	11	14	16	19	36
Årsverk i skole- og helsestasjonstjeneste pr. 10 000 innb. 0-15 år	7	11	12	15	18	21	22	23	25	42
Årsverk i hjemmetjenestene pr. 1 000 innb.	2	3	4	6	8	10	14	17	25	61
Årsverk i eldreinstitusjoner pr. 1 000 innb.	3	5	6	8	11	15	18	21	30	44
Brukerkontakt										
Mottakere av hjemmetjenester pr. 1 000 innb.	14	19	23	28	37	50	61	73	148	52
Plasser i inst. for eldre pr. 1 000 innb.	4	6	7	10	13	17	22	25	33	43

[1] Utgangspunktet for beregning av prosentiler er rangering av kommunene fra laveste til høyeste verdier for det enkelte mål for personellinnsats og brukerkontakt. Verdiene til den kommunen som har like mange kommuner på hver side angis under "50 prosent". Dette er verdien for gjennomsnittskommunen, også kalt median. Nedre kvartil (25 prosent) er verdien på den kommunen som er så stor at 25 prosent av kommunene har mindre verdier. Øvre kvartil (75 prosent) er verdien på den kommunen som er så stor at 75 prosent av kommunene har lavere verdier og 25 prosent av kommunene har høyere verdier

[2] Variasjonskoeffisienten er definert som standardavvikets prosentuelle andel av gjennomsnittet

Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB

ten. Et typisk trekk ved ulikhetene er at det er et mindre antall kommuner med svært høye verdier. Disse kommunene er i regelen blant våre aller minste.

Siden det er brukt ulike data i beskrivelsen av de ulike tjenestene, er det vanskelig å fastslå om ulikhetene er større for noen tjenester enn andre, eller om pasientkontaktene varierer mer enn personellinnsatsen. Variasjonskoeffisienten tar hensyn til dette og gir et sammenlignbart mål for variasjon mellom enkeltkommuner. Tabellen viser at variasjonen er minst for personellinnsatsen i legetjenesten, og størst for personellinnsatsen i hjemmetjenestene.

Er de geografiske ulikhetene blitt mindre over tid?

Svaret på dette spørsmålet avhenger av hvilket geografisk nivå man er opptatt av, hvilke tjenester det gjelder, og tidsperioden man ønsker å undersøke. Sammenlignbare tall på kommunenivå for kommunale helse- og omsorgstjenester for en lengre periode eksisterer ikke, vi kan derfor ikke besvare denne problemstillingen på kommunenivå. Under har vi valgt å belyse hvordan de geografiske ulikhetene i helsetjenesten har endret seg over tid med utgangspunkt i oppgaver over sysselsatte i helsetjenesten hentet fra folketellingene i 1970, 1980 og 1990. Hvordan har ulikhetene mellom kommuner av ulik størrelse, og mellom ulike sykehusområder, endret seg i denne perioden?

Tabell 10.4 viser hvordan helsetjenestens sysselsettingsmessige betydning har endret seg fra 1970 til 1990 for kommuner av ulik størrelse. Fra å sysselsette 2,7 prosent av den yrkesaktive befolkningen i 1970, sysselsatte helsetjenesten i 1990 9,2 prosent av alle yrkesaktive. I 1970 hadde helsetjenesten et tydelig senter-periferi mønster. De minste kommunene hadde færrest sysselsatte i helsetjenesten. Som følge av et desentralisert vekstmønster etter 1970 har helsetjenesten fått en jevnere fordeling mellom kommuner av ulik størrelse. Noe av bakgrunnen for dette er at de kommunale helse- og omsorgstjenestene har hatt en relativt sterk vekst. Siden sykehusene er lokalisert til større byer og regionsentra, har disse områdene en relativt stor andel sysselsatte i de deler av helsetjenesten som fikk den laveste veksten. I mindre kommuner er sysselsatte i helse- og veterinærtjenester overveiende sysselsatt i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og yter tjenester til befolkningen. Helsetjenesten i småkommunene bestod med andre ord av tjenester som ekspanderte relativt sterkt på 1970- og 1980-tallet. I tabell 10.5 ser vi at helse- og omsorgstjenestene i 1980 hadde flest sysselsatte i forhold til folketallet i kommuner med mindre enn 3 000 innbyggere. Det er videre en tendens til at andelen sysselsatte avtar med økende kommunestørrelse. Dette mønsteret ble tydeligere og forsterket seg fram til 1990.

Som nevnt har vi ikke sammenlignbare tall på kommunenivå som dekker en lengre tidsperiode. I tabell 10.6 er henholdsvis

Tabell 10.4. Prosentandel av alle yrkesaktive sysselsatt i helse- og veterinærtjenester[1]. 1970 og 1990

	1970	1990
Hele landet	2,7	9,7
- 1 999 innb.	1,6	9,3
2 - 2 999 innb.	1,5	8,7
3 - 4 999 innb.	2,6	8,6
5 - 8 999 innb.	2,8	9,0
9 - 13 999 innb	3,9	9,7
14 - 24 999 innb.	4,4	10,0
25 - 49 999 innb.	5,1	10,7
50 000 + innb.	5,7	10,0

[1] For definisjon av veterinærtjenester, jf. Standard for næringsgruppering, SSB
Kilde: Folke- og boligtellingene, SSB

Tabell 10.5. Sysselsatte i kommunale helse- og omsorgstjenester[1] pr. 10 000 innbyggere. 1980 og 1990

	1980	1990
Hele landet	138	235
- 1 999 innb.	149	304
2 - 2 999 innb.	152	269
3 - 4 999 innb.	145	232
5 - 8 999 innb.	138	215
9 - 13 999 innb.	120	187
14 - 24 999 innb.	122	180
25 - 49 999 innb.	106	163
50 000 + innb.	106	136

[1] Kommunale helse- og omsorgstjenester inkluderer somatiske sykehjem, aldershjem, kombinerte alders- og sykehjem, forebyggende helsearbeid, primærlegetjeneste, fysikalsk behandling og sykepleie utenfor institusjonene, jf. Standard for næringsgruppering, SSB
Kilde: Folke- og boligtellingene, SSB

Tabell 10.6. Antall sysselsatte i helsetjenesten. Variasjon[1] mellom sykhusområdene. 1970, 1980 og 1990

	1970	1980	1990
Antall sysselsatte i helsetjenesten Prosentandel av alle sysselsatte	43	21	13
Antall sysselsatte i kommunale helse- og omsorgstjenester Årsverk pr. innbygger	-	22	23

[1] Variasjonskoeffisienten er beregnet som standardavvikets prosentuelle andel av gjennomsnittet
Kilde: Folke- og boligtellingene, SSB

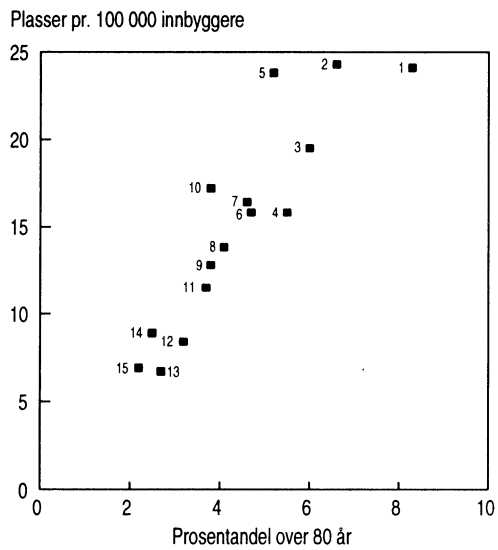
helsetjenestens andel av alle sysselsatte og sysselsatte i kommunale helse- og omsorgstjenester fordelt på 62 sykehusområder. Beregning av variasjonen mellom disse sykehusområdene viser en utjevning når det gjelder helsetjenestens andel av yrkesbefolkningen, både på 1970- og 1980-tallet. Ulikhetene mellom sykehusområdene for de kommunale helse- og omsorgstjenester endret seg relativt lite på 1980-tallet.

Bakgrunnen for kommunale ulikheter

På kommunenivå viser tabell 10.5 at det er variasjoner over en relativt stor skala. Er variasjonene mellom enkeltkommuner uttrykk for en tilfeldig variasjon? I media omtales forskjellene ofte som store og urettferdige, og at ulikheter i kommunenes økonomi gir rike kommuner anledning til å gi sine innbyggere et meget tilfredsstillende helsetjenestetilbud, mens fattige kommuner med lave skatteinntekter må nøye seg med en langt svakere utbygd helsetjeneste.

Ulikheter i kommunale inntekter er imidlertid bare en av mange egenskaper ved kommunene som utviser statistisk signifikante sammenhenger med personellinnsats og brukerkontakt for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Andre egenskaper som viser signifikant sammenheng er f.eks. kommunestørrelse og befolkningens alderssammensetning. I figur 10.2 har vi tatt utgangspunkt i et fylke, Vest-Agder, og vist hvordan brukerkontakt i institusjoner for eldre varierer med befolkningssammensetningen i kommunene. Nesten 73 prosent av beboerne i institusjoner for eldre er over 80 år, mens 84 prosent av mottakerne av hjemmetjenester er over 67 år. Alderssammensetningen i kommunene vil følgelig ha stor betydning for behovet for disse tjenestene. I Vest-Agder er det Åseral kommune som har den mest aldrende befolkningen, over 8 prosent er i aldersgruppen over 80 år. I Vennesla, Songdalen og Søgne er under 3 prosent av befolkningen over 80 år. Oversikten over Vest-Agder viser at det er en tendens til at kommuner med stor andel av befolkningen i de eldste aldersgruppene også har flest institusjonsplasser.

Figur 10.2. Andel over 80 år og plasser pr. 1 000 innbyggere i institusjoner for eldre i Vest-Agder. 1993



Åseral (1)	Lindesnes (6)	Lyngdal (11)
Audnedal (2)	Kvinesdal (7)	Kristiansand (12)
Hægebostad (3)	Farsund (8)	Vennesla (13)
Flekkefjord (4)	Mandal (9)	Songdalen (14)
Sirdal (5)	Marnardal (10)	Søgne (15)

Kilde: Helse- og omsorgsstatistikk, SSB

Eksempelet over er representativt også for resten av landet. Det er en generell tendens til at:

- alderssammensetningen betyr mye for både personellinnsats og brukerkontakt i institusjoner for eldre
- alderssammensetningen også har betydning for personellinnsats og brukerkontakt i hjemmetjenestene; kommuner med relativt mange eldre har gjennomgående flere årsverk og mottakere i hjemmetjenestene
- kommunestørrelse har betydning for personellinnsatsen i både hjemmetjenestene og institusjoner for eldre, små kommuner har gjennomgående flere årsverk i forhold til innbyggertall.

Er det slik at variasjoner mellom kommunene når det gjelder årsverksinnsats og pasientkontakt, kan føres tilbake til egenskaper ved kommunene som uttrykker variasjoner i behov for tjenester? I noen grad er dette tilfelle. Kommuner med relativt mange eldre mennesker trenger flere institusjonsplasser og personellresssurser i eldreomsorgen. Små kommuner har mange smådriftsulemper, for eksempel er kostnadene pr. plass relativt større for små sykehjem. Når vi kan påvise sammenhenger mellom kommunestørrelse, alderssammensetning og kommunenes tjenestetilbud, er dette et uttrykk for at det for kommunene i noen grad eksisterer en rasjonell tilpasning mellom behov for tjenester og omfanget av ulike tjenester (målt som årsverksinnsats og brukerkontakt).

Utover alderssammensetning og befolkningskonsentrasjon, er det mange egenskaper ved befolkningen i en kommune som påvirker behovet for helse- og omsorgstjenester. For eksempel vil omfanget av enpersonshusholdninger, tidligere institusjonaliserte HVPU-klienter og tyngre psykiatriske pasienter også påvirke hjelpebehovet. Det samme vil variasjoner i sykelighet, og pleietrengende personers tilgang på uformelle nettverk. Eventuelle sammenhenger mellom disse faktorene og omfanget av tjenester er i mindre grad belyst.

En del kommuner trekkes gjerne fram som eksempel på kommuner man bør flytte til når man blir gammel. Dette er kommuner med svært høye kommunale inntekter. I Vest-Agder finnes en typisk høyinntektskommune, nemlig Sirdal, med 79 000 kroner i inntekter pr. innbygger. Kontrasten er stor sammenlignet med Songdalen og Søgne, som har 20 000 kroner i kommunale inntekter pr. innbygger. Høyinntektskommunene er som Sirdal, ofte små, har en perifer beliggenhet og en alderssammensetning som er eldre enn gjennomsnittskom-

Tabell 10.7. Alderssammensetning, brukerkontakt og personellinnsats i institusjoner for eldre, kommuneøkonomi og folketall i Vest-Agder. 1993

	Andel over 80 år, prosent	Antall plasser i institusjoner for eldre pr. 10 000 innb.	Antall årsverk i institusjoner for eldre pr. 10 000 innb.	Kommunenes samlede brutto-driftsutgifter pr. innb. i 1 000 kr.	Folketall pr. 1.1.1993
Åseral	8	24	27	53	829
Audnedal	7	25	26	35	1 579
Hægebostad	6	20	15	29	1 540
Flekkefjord	6	16	8	24	8 781
Sirdal	5	24	21	79	1 725
Lindesnes	5	16	12	24	4 239
Kvinesdal	5	16	11	31	5 744
Farsund	4	14	11	21	9 275
Mandal	4	13	8	22	12 650
Marnardal	4	17	12	33	2 208
Lyngdal	4	12	10	24	6 786
Kristiansand	3	8	8	24	67 100
Vennesla	3	7	6	21	11 645
Songdalen	3	9	6	20	5 197
Søgne	2	7	5	19	7 845

Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB

munene. Lavinntektskommuner er som Songdalen og Søgne ofte en del av det nære pendlingsomlandet til større bysentra, og har en overvekt av yngre befolkningsgrupper. Disse tre kommunene er eksempel på ytterpunkter når det gjelder kommunale inntekter, og representerer kommuner med det aller laveste og høyeste inntektsnivået i landet.

En del av Sirdals inntekter er en følge av inntekter fra omfattende kraftutbygginger. Men kommunen får også relativt store statlige overføringer som følge av aldersammensetning, kommunestørrelse og spredtbygdhet. Høy inntekt er i mange tilfeller sammenfallende med egenskaper ved kommunene som innebærer at behovet for kommunale tjenester er relativt stort. Kjenner vi kommunenes inntektsnivå, er sannsynligheten for at kommunen også har et relativt godt utbygd kommunalt tjenesteapparat ganske stor. Og vi vil også kunne finne eksempler på at høyinntektskommuner har et bedre utbygd tjenesteapparat enn kommuner med lavere inntekter og tilsvarende behov for disse tjenestene. Men som eksempelet Vest-Agder viser, er kommuneøkonomien kun en delforklaring på ulikheter i brukerkontakt og personellinnsats i de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Finnvold 1994b).

Litteratur[1]

Album, D. og G. Midrè (1991): *Mellom idealer og realiteter*. Studier i medisinsk sosiologi, Oslo: ad Notam.

Bache, T. (1992): *Helse og folk gjennom århundrer*, Elverum: Hedmark fylkeskommune/Lokalhistorisk Forlag.

Barstad, A. og A. Andersen (1990): *Utsyn over helsetjenesten*, Rapporter 90/5, Statistisk sentralbyrå.

Barstad, A. (1992): Utviklingen i helsetilstanden. Bedre helse for eldre, *Samfunnsspeilet*, 2, Statistisk sentralbyrå, 20-27.

Barstad, A. (1993): *Flere psykiske lidelser?* Paper til den 17. Nordiske sosiologkongressen.

Barstad, A. (1994): *Bomiljø og ulikhet. Om fordeling og endring av miljøproblemer på bostedet*, Rapporter 94/23, Statistisk sentralbyrå.

Barstad, A. (1995): *Store byer, liten velferd? Om segregasjon og ulikhet i norske storbyer*, Statistisk sentralbyrå.

Benedictow, O. J. (1994): Den epidemiologiske transisjonen og bekjempelsen av pesten, *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 30, 114, 3587-3593.

Berg, O. (1987): *Medisinens logikk. Studier i medisinens sosiologi og politikk,* Oslo: Universitetsforlaget.

Berg-Eriksen, T. (1993): Streiftog i antikkens medisin, *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 24, 113, 3029-3032.

Bjørndal, A. (1992): Hvordan står det til? Om bruk av egenrapportert helse i medisinsk forskning, *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 23, 112, 3013-3016.

Borgan, J. K. (1983): *Kohortdødeligheten i Norge 1846-1980,* Rapporter 83/28, Statistisk sentralbyrå.

Borgan, J. K. og L. B. Kristofersen (1986): *Dødelighet i yrker og sosioøkonomiske grupper 1970-1980*, Statistiske analyser 56, Statistisk sentralbyrå.

Borgan, J. K., E. Flaatten og H. Tønseth (1992): *Statistisk informasjon om forebyg-*

[1] Litteratur merket med # er referanselitteratur. Resten er bakgrunnsstoff og relevant tilleggslitteratur.

ging av ulykker, Arbeidsnotat fra Avdeling for personstatistikk 8/92, Statistisk sentralbyrå.

Borgan, J. K. (1993): "Dødelighet i Norge og andre industrialiserte land", *Sosialt utsyn 1993,* Statistisk sentralbyrå, 107-115.

Borgen, J. S. (1991): *Spiseforstyrrelser blant idrettsutøvere*, Helsedirektoratet/Norges Idrettshøgskole.

Botten, G. og T. Bjerkedal (1988): Ulikheter i helsevaner i Norge 1985, *Tidsskrift for Den norske lægeforening,* 2, 108, 157-162.

Botten, G. (1993): "Kjønnsulikheter i sykelighet og dødelighet" i B. Schei mfl. (red.): *Kvinnemedisin*, Oslo: ad Notam.

Bowitz, E. og Å. Cappelen (1994): "Velferdsstatens økonomiske grunnlag" i K. Hatland mfl. (red.) (1994): *Den norske velferdsstaten*, Oslo: ad Notam, 47-80.

Brunborg, H. (1992): "Nye og gamle trekk ved dødelighetsutviklingen i Norge" i O. Ljones, B. Moen og L. Østbye (red.): *Mennesker og modeller*, Sosiale og økonomiske studier 78, Statistisk sentralbyrå.

Christie, N. (1989): Bortenfor anstalt og menneske. Om landsbyer for usedvanlige mennesker, Universitetsforlaget.

Daatland, S. O. (1992): Gjengrodde stier og nye veier. *Aldring og Eldre*, 4, Norsk Gerontologisk Institutt.

Dahl, E. (1988): *Sosial ulikhet i helse. En analyse av norske undersøkelser*, Rapport nr. 7. Statens institutt for folkehelse, Avdeling for helsetjenesteforskning, Oslo.

Dahl, E. (1994): *Sosial ulikhet i helse: Artefakter eller seleksjon?* FAFO-Rapport 170, Oslo: Forskningsstiftelsen FAFO.

Den norske lægeforening (1994): *Fra medisinsk kunnskap til bedre helse. Organisering og finansiering av helsetjenesten,* Lysaker.

Douglas, M. (1987): How institutions think, Routledge & Kegan Paul, London.

Dæhlie, B. og D. Album (1993): *De fibromyalgisyke hos lege, i forening og på trygd. En undersøkelse av sosial bakgrunn*, Arbeidsnotat, Oslo: Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo.

Elstad, J. I. (1981): *Kroniske lidelser og sosial klasse. En undersøkelse med data fra Helseundersøkelsen 1975*, Arbeidsnotat 170, Institutt for sosiologi, Universitetet i Oslo.

Elstad, J. I. (1985): Helseulikheter mellom sosial klasser, *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 26, 29-51.

Elstad, J. I. (1987): *Diagnose av allmennlegetjenesten*, INAS-Rapport nr. 5, Oslo: Institutt for sosialforskning.

Elstad, J. I. (1989): *Distribution and welfare services in the decentralized welfare state: The case of primary health services in Norway*, INAS-Rapport 89:5, Institutt for sosialforskning.

Elstad J. I. (1991): *Flere leger, større bruk? Artikler om bruk av allmennlegetjenester,* INAS-Rapport 91:11, Oslo: Institutt for sosialforskning.

Elstad, J. I. (1995): Sosial klasse i helsestatistikk og forskning, *Tidsskrift for Den norske lægeforening,* 4, 115, 502-504.

Finnvold, J. E. og G. M. Viksand (1992): *Hva betyr økonomiske og demografiske forhold for kommunenes satsing på ulike helsetjenestetilbud?* Paper til Forum for helsetjenesteforskning 1992, Oslo.

Finnvold, J. E. (1993): Personellinnsatsen i helsetjenesten: Økonomi eller behov avgjør? *Samfunnsspeilet,* 2, Statistisk sentralbyrå, 12-18.

Finnvold, J. E. (1994a): *Brukerkontakter i helsesøstertjenesten.* En utvalgsundersøkelse, Rapporter 94/22, Statistisk sentralbyrå.

Finnvold, J. E. (1994b): Forebyggende helsearbeid - til de som trenger det mest? *Samfunnsspeilet,* 2, Statistisk sentralbyrå, 40-47.

Førde, O. H. og K. Fylkesnes (1991): Helse og sykdomsopplevelse, *Tidsskrift for Den norske lægeforening.*

Førde, R. (1993): Sjukdomsbegrepet - fallgrop og utfordring, *Tidsskrift for Den norske lægeforening,* 17, 113, 2163-2166.

Gjertsen, F. (1991): Synkende ulykkesdødelighet, men flere hjemmeulykker? *Samfunnsspeilet,* 2, Statistisk sentralbyrå, 36-41.

Gjertsen, F. (1992): *Dødelighet ved ulykker 1956-1988,* Rapporter 92/8, Statistisk sentralbyrå.

Gjertsen, F. (1993): Selvmord og ulykker, *Sosialt utsyn 1993,* Statistisk sentralbyrå, 97-106.

Gjertsen, F. (1995): Stor nedgang i hjerte- og kardødeligheten, *Ukens statistikk,* 10, Statistisk sentralbyrå, 4-6.

Graff-Iversen, S. (1993): "Gjør vi kvinner til blodtrykks- og kolesterolpasienter for å forebygge mannssykdommer?" i B. Schei, mfl. (red.) (1993): *Kvinnemedisin,* Oslo: ad Notam, 183-195.

Gram, I. T. (1993): "Kvinner og kreft" i B. Schei, mfl. (red.) (1993): *Kvinnemedisin,* Oslo: ad Notam, 61-76.

Grund, J. (1991): *Helsepolitikk i 1990-årene. Effektivisering, spill eller utvikling,* Oslo: TANO.

Grøtvedt, L. og O. Carlson (1988): *Helse og livsstil i figurer og tekst,* Rapporter 88/23, Statistisk sentralbyrå.

Grøtvedt, L. og L. Belsby (1995): *Barns helse. Helseundersøkelsene,* Rapporter 95/11, Statistisk sentralbyrå.

Guldvåg, B., A. Torgersen og Ø. Ueland (1991): *Ulykker, vold og selvpåført skade,* Rapport 1/92, Statens institutt for folkehelse.

Gulsvik, A., P. S. Bakke, S. Humerfelt, E. Omenaas og G. E. Hegge (1993): Obstruktive lungesykdommer hos voksne - forekomst og årsaksfaktorer, *Norsk Epidemiologi,* 3, 3, 8-12.

Hagen, K., A. B. Djuve og P. Vogt (1994): *Oslo; den delte byen?* FAFO-Rapport 161, Oslo: Forskningstiftelsen FAFO.

Hagen, S. og F. Langmark (1990): *Kreft. Helseregion I,* Kreftregisteret.

Hallandvik, J. E. (1993): *Helsetjeneste og helsepolitikk,* Oslo: Universitetsforlaget.

Halvorsen, K. (1990): *Innføring i sosialpolitikk,* Oslo: TANO.

Hamran, T. (1992): Pleiekulturen - en utfordring til den teknologiske tenkemåten, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag,

Hatland, A. (1992): *Til dem som trenger det mest?* Økonomisk behovsprøving i norsk sosialpolitikk, Oslo: Universitetsforlaget.

Hatland, A., S. Kuhle og T. I. Romøren (red.) (1994): *Den norske velferdsstaten,* Oslo: ad Notam.

Haugsgjerd, S. (1986): Grunnlaget for en ny psykiatri, Oslo, Pax Forlag A.S.

Heggestad, T. og P. B. Pedersen (red.) (1995): *SAMDATA PSYKIATRI. Sammenligningsdata for psykiatrisk fylkeshelsetjeneste 1993,* Rapport 1/95, Norsk institutt for sykehusforskning.

Helsedirektoratet (1991): *Handlingsplan for barn og unge med allergier/overfølsomhet, astma og andre kroniske lungesykdommer,* Helsedirektoratets utredningsserie, Nr. 2.

Hjort, P. F. (1982): "Helsebegrepet, helseidealet og helsepolitiske mål" i I. P. E. Lorentzen (red.): *Helsepolitikk og helseadministrasjon,* Oslo: TANO.

Holmøy, J. (1993): *Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene,* Rapporter 93/3, Statistisk sentralbyrå.

Huserbråten, K. (1993): "Helse" *Sosialt utsyn 1993,* Statistisk sentralbyrå, 71-96.

Huserbråten, K. (1994): Lav skrumpleverdødelighet i Norge, *Samfunnsspeilet,* 3, Statistisk sentralbyrå, 78-82.

Innst.S.nr.120-1988-89 (1989): Innstilling fra sosialkomiteen om helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan.

Kjønstad, A. (red.) (1984): *Folketrygden i støpeskjeen,* Oslo: Universitetsforlaget.

Kjønstad, A. (1990): *Rett til helsehjelp og sosiale tjenester - særlig om hjemmesykepleie og hjemmehjelp,* Oslo: ad Notam.

Kreftregisteret (1991): *Årsrapport 1990 - 1991.*

Kristofersen, L. B. (1990): "Sosiale ulikheter i dødelighet mellom fylkene 1981-85", *Regionale trender* nr. 2.

Kristofersen L. B. (1991): "Helseforhold blant barn og unge" i T. Moum (red.): *Helse i Norge,* Oslo: Gyldendal, 9-28.

Krüger, Ø. og A. Barstad (1992): "Helsetilstanden i befolkningen" i Ø. Larsen mfl. (red.): *Samfunnsmedisin i Norge,* Oslo: Universitetsforlaget, 53-65.

Kuhnle, S. og L. Solheim (1992): Velferdsstaten, vekst og omstilling, Tano Oslo.

Larsen, Ø., D. Brekke, K. Hagestad, A. Høstmark, O. D. Vellar (red.) (1992): *Samfunnsmedisin i Norge,* Oslo: Universitetsforlaget.

Lorentzen, I. P. E. (1982): *Helsepolitikk og helseadministrasjon,* Oslo: TANO.

Lov om helsetjenesten i kommunene, Lov Nr.66, 1982.

Malterud, K. (1993): Klinisk kunnskap - fakta eller noe mer? i *Tidsskrift for Den norske lægeforening,* 26, 113, 3248-3251.

Medisinsk fødselsregister (1993): *Årsmelding 1991,* Universitetet i Bergen.

Moum, T. (red.) (1991): *Helse i Norge,* Oslo: Gyldendal.

Norges Forskningsråd (1993): *Alvorlige psykiske lidelser,* Handlingsplan for statlig Norsk barne- og ungdomspsykiatri (1991): Årbok, Prosjekt Data i BUP.

Norsk Medisinaldepot (1994): *Legemiddelforbruket i Norge 1989 - 1993,* Oslo.

NOU:1985:34: *Levekår for psykisk utviklingshemmede*, Norges offentlige utredninger, Sosialdepartementet.

NOU:1987:23: *Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste,* Norges offentlige utredninger, Sosialdepartementet.

NOU:1987:25: *Sykehustjenester i Norge. Organisering og finansiering,* Norges offentlige utredninger, Sosialdepartementet.

NOU:1988:7: *Egenbetaling i helsesektoren,* Norges offentlige utredninger, Sosialdepartementet.

NOU:1988:8: *Lov om psykisk helsevern uten eget samtykke,* Norges offentlige utredninger, Sosialdepartementet.

NOU:1990:2: *Lov om vern mot smittsomme sykdommer*, Norges offentlige utredninger, Sosialdepartementet.

NOU:1991:7: *Spesialisthelsetjenesten*. Utkast til lov med motiver, Norges offentlige utredninger, Sosialdepartementet.

NOU:1991:10: *Flere gode levekår for alle. Forebyggingsstrategier,* Norges offentlige utredninger, Sosialdepartementet.

NOU:1991:17: *Spesialisthelsetjenesten m.m. Utkast til lov med motiver*, Norges offentlige utredninger, Sosialdepartementet.

NOU:1991:28: *Mot bedre vitende?* Effektiviseringsmuligheter i offentlig sektor, Norges offentlige utredninger, Arbeids- og administrasjonsdepartementet.

NOU:1992:1: *Trygghet - Verdighet - Omsorg,* Norges offentlige utredninger, Sosialdepartementet.

NOU:1992:20: *Det gode arbeidsmiljø er lønnsomt for alle,* Norges offentlige utredninger, Kommunaldepartementet.

NOU:1993:17: *Levekår i Norge,* Norges offentlige utredninger, Finans- og tolldepartementet.

NOU:1993:22: *Pseudonyme helseregistre. Et lovutkast om personvern, pasientvern og helsevern,* Norges offentlige utredninger, Sosialdepartementet.

NOU:1994:2: *Fra arbeid til pensjon,* Norges offentlige utredninger, Sosial- og helsedepartementet.

Næringslivets hovedorganisasjon (1994): *Lønns- og fraværsstatistikk, 1. kvartal 1994.*

Oftung, K. (1994): *Menns bilder og bilder av menn - en debattbok om menn og likestilling,* Likestillingsrådets publikasjoner, Nr. 4, Likestillingsrådet.

Ot.prp.nr.36 (1980-81): *Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene*. Sosialdepartementet.

Ot.prp.nr.29 (1990-91): *Om lov om sosiale tjenester m.v. (sosialloven)*, Sosialdepartementet.

Piene, H. (1991): *Helsevesen i knipe. En antologi om helsetjenesteforskning*, Oslo: ad Notam.

Retterstøl, N. (1990): *Selvmord*, Oslo: Universitetsforlaget.

Rikstrygdeverket (1993a): *Trygdeetatens årsmelding 1993.*

Rikstrygdeverket (1993b): *Trygdestatistisk årbok 1993.*

Rikstrygdeverket (1994): *Trygdestatistisk årbok 1994.*

Romøren, T. I. (1994): "Helsetjenesten" i A. Hatland, S. Kuhle og T. I. Romøren (red.): *Den norske velferdsstaten*, Oslo: ad Notam, 107-118.

Schei, B., G. Botten og J. Sundby (red.) (1993): *Kvinnemedisin*, Oslo: ad Notam.

Seip, A. L. (1984): *Sosialhjelpen blir til,* Oslo: Gyldendal.

Seip, A. L. (1994): *Veiene til velferdsstaten. Norsk sosialpolitikk 1920-1970*, Oslo: Gyldendal.

Skau, G. M. (1992): *Mellom makt og hjelp.* En samfunnsmessig tilnærming til forholdet mellom klient og hjelper, Oslo: TANO.

Skiri, H. og K. Sørlie (1993): "Befolkning", *Sosialt utsyn 1993*, Statistisk sentralbyrå, 27-45.

Skog, O. J. (1990): Alkoholskadenes utvikling i Norge, *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 3, 110, 372-375.

Sosialdepartementet (1988): *Helseplan 2000*, Oslo: Kommuneforlaget og Sosialdepartementet.

Statens helsetilsyn (1992): *Tannhelsetjenesten i Norge,* Årsmelding 1992, Del 2.

Statens helsetilsyn (1992): *Tilsynsmeldingen*, Skriftserie 1/94.

Statistisk sentralbyrå (1977): *Helseundersøkelsen 1975*, Norges offisielle statistikk.

Statistisk sentralbyrå (1980a): *Folke- og boligtelling 1980*, Norges offisielle statistikk.

Statistisk sentralbyrå (1980b): *Levekårsundersøkelsen 1980*, Norges offisielle statistikk.

Statistisk sentralbyrå (1983a): *Levekårsundersøkelsen 1983*, Norges offisielle statistikk.

Statistisk sentralbyrå (1983b): *Standard for næringsgruppering,* Standarder for norsk statistikk nr. 2.

Statistisk sentralbyrå (1987): *Helseundersøkelsen 1985,* Norges offisielle statistikk.

Statistisk sentralbyrå (1988): *Levekårsundersøkelsen 1987,* Norges offisielle statistikk.

Statistisk sentralbyrå (1990): *Helsetilstanden i Norge. Status og utviklingstrekk*, Rapporter 90/7.

Statistisk sentralbyrå (1991): *Kommunehelsetjenesten 1991,* Norges offisielle statistikk.

Statistisk sentralbyrå (1992a): Helseundersøkelser: Mer allergi hos barn, *Ukens statistikk,* 51/52.

Statistisk sentralbyrå (1992b): *Levekårsundersøkelsen 1991*, Norges offisielle statistikk.

Statistisk sentralbyrå (1992c): *Offentlig forvaltning i Norge,* Rapporter 92/13.

Statistisk sentralbyrå (1993a): *Helseinstitusjoner 1991*, Norges offisielle statistikk.

Statistisk sentralbyrå (1993b): *Helsestatistikk 1991*, Norges offisielle statistikk.

Statistisk sentralbyrå (1993c): *Kommunehelsetjenesten 1992,* Norges offisielle statistikk.

Statistisk sentralbyrå (1993d): *Nasjonalregnskapsstatistikk 1991,* Norges offisielle statistikk.

Statistisk sentralbyrå (1993e): Flest dødsulykker etter fall, *Ukens statistikk*, 4.

Statistisk sentralbyrå (1993f): Stort pleiebehov og flere sykehjem, *Ukens statistikk*, 20.

Statistisk sentralbyrå (1993g): Små kommuner bruker flest årsverk på de eldre, *Ukens statistikk*, 21.

Statistisk sentralbyrå (1993h): Nesten en fjerdedel dør av ondartede svulster, *Ukens statistikk*, 51/52.

Statistisk sentralbyrå (1994a): *Befolkningsstatistikk 1993 Hefte III*, Norges offisielle statistikk.

Statistisk sentralbyrå (1994b): *Dødsårsaker 1992,* Norges offisielle statistikk.

Statistisk sentralbyrå (1994c): *Pasientstatistikk 1992,* Norges offisielle statistikk.

Statistisk sentralbyrå (1994d): *Statistisk årbok 1994.*

Statistisk sentralbyrå (1994e): Færre begår selvmord i Norge, *Ukens statistikk*, 5.

Statistisk sentralbyrå (1994f): Flere ansatt, færre brukere, *Ukens statistikk*, 26.

Statistisk sentralbyrå (1994g): Lavest dekning på Østlandet, *Ukens statistikk*, 44.

Statistisk sentralbyrå (1995a): *Befolkningsstatistikk 1994 Hefte II*, Norges offisielle statistikk.

Statistisk sentralbyrå (1995b): *Dødsårsaker 1993,* Norges offisielle statistikk.

Statistisk sentralbyrå (1995c): *Historisk statistikk 1994,* Norges offisielle statistikk.

Statistisk sentralbyrå (1995d): *Pasientstatistikk 1993,* Norges offisielle statistikk.

Statistisk sentralbyrå (1995e): *Strukturtall for kommunenes økonomi,* Norges offisielle statistikk.

Statistisk sentralbyrå (1995f): Fortsatt nedgang i hjerte- og kardødeligheten. *Ukens statistikk*, 10.

Statistiska centralbyrån (1991): *Hälsan i Sverige.* Hälsostatistisk årsbok 1991/92, Stockholm.

St.meld.nr.41 (1987-88): *Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan,* Sosialdepartementet.

St.meld.nr.36 (1989-90): *Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane.* (Lov av 19. november 1982 nr. 66), Sosialdepartementet.

St.meld.nr.4 (1992-93): *Langtidsprogrammet 1994-1997,* Finans- og tolldepartementet.

St.meld.nr.23 (1992-93): *Om forholdet mellom staten og kommunene,* Kommunal- og arbeidsdepartementet.

St.meld.nr.50 (1993-94): *Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste,* Sosial- og helsedepartementet.

St. meld.nr.14 (1994-95): *Om levekår og boforhold i storbyene,* Kultur- og arbeidsdepartementet.

Stjernø, S., T. I. Romøren og K. Ustvedt (1987): *Organisasjon og velferd,* Oslo: Universitetsforlaget.

Søbye, E. (1990): *Institusjoner for eldre 1989,* Rapporter 90/22, Statistisk sentralbyrå.

Søbye, E. (1993): "Offentlig omsorg", *Sosialt utsyn 1993*, Statistisk sentralbyrå, 385-403.

Søbye, E. (1994): HVPU-reformen: Intensjoner og forløp, *Samfunnsspeilet,* 1, Statistisk sentralbyrå, 32-36.

Torgersen, U. (1972): *Profesjonssosiologi*, Oslo: Universitetsforlaget.

Vellar, O. og H. Kolstad (1990): *Helse, miljø og levevaner, Oslo:* Kommuneforlaget.

Westin, S. (1995): Sosial klasse - dimensjonen som forsvant? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 24, 114, 2821-2823.

Wiesbad, E. (red.) (1994): De store hundreårsbølgene. Kjønnsdebatten gjennom 300 år, emilia, Oslo

Winge, P. (1917): Den Norske Sindssygeret Historisk framstillet. Tredje bind. Kristiania, Fritjof Nansens Fond.

Wårum, M. (1990): *Kvinner og menn i Norge*, Rapporter 90/21, Statistisk sentralbyrå.

Øgar, B., A. Kolstad og O. Kindseth (1986): *Pasienter i psykiatriske sykehus 1. november 1984*, Rapport 5/86, Norsk institutt for sykehusforskning, Trondheim.

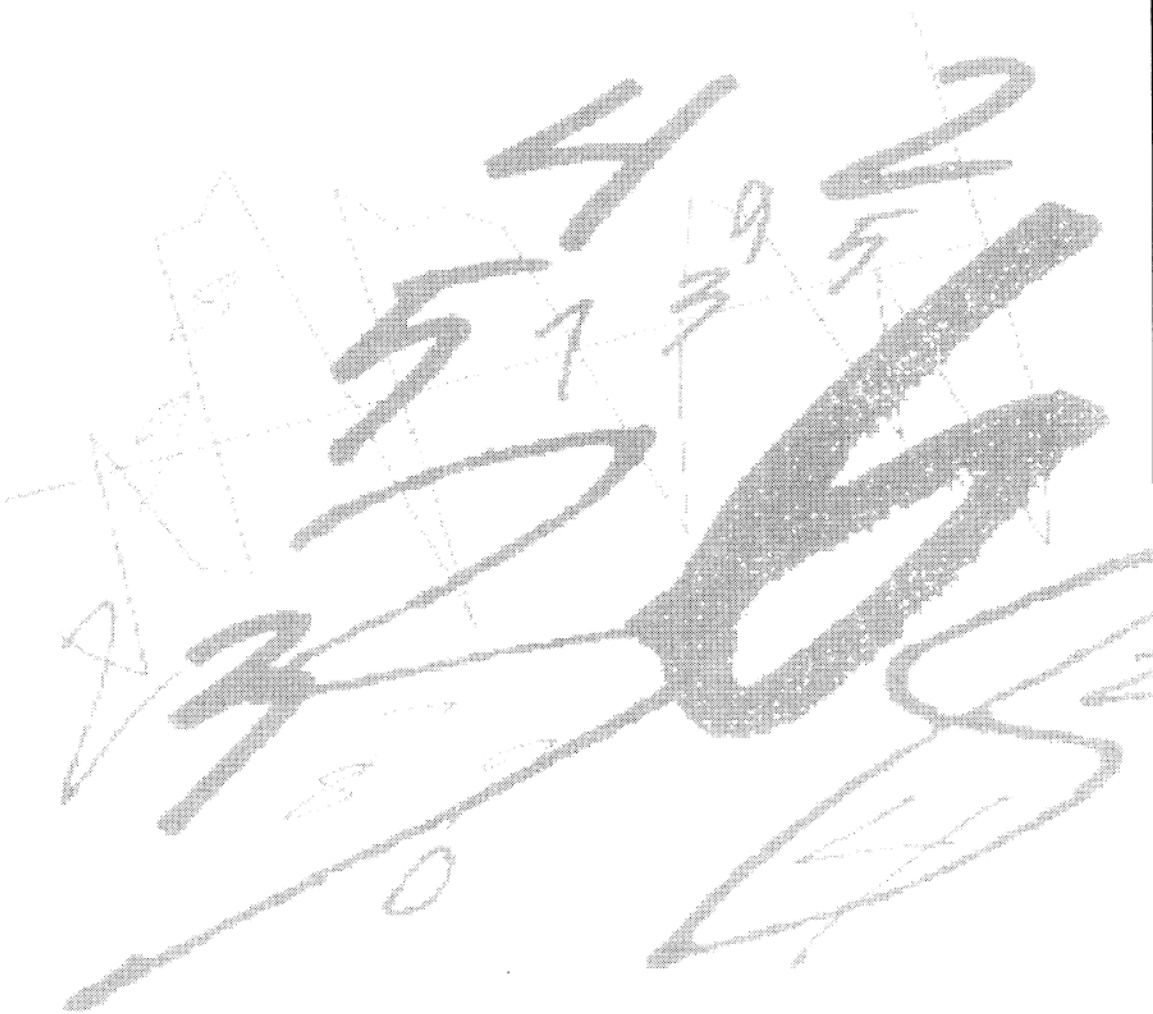
Øyen, E. (red.) (1992): Sosiologi og ulikhet, Oslo: Universitetsforlaget.

Aaberge, R. og T. Wennebo (1988): *Inntektsulikheter i Norge 1973-1985,* Rapporter 88/15, Statistisk sentralbyrå.

Aamdal, K. (1993): *Kommunal ressursbruk og tjenesteyting*. Makromodellen MAKRO, Rapporter 93/14, Statistisk sentralbyrå.

Aase, A. (1992): "The changing geography of mortality in Norway 1969-89", *Norsk geografisk tidsskrift,* 2, vol. 46.

Vedleggstabeller



De kommende vedleggstabeller presenterer tallgrunnlaget til figurene i hvert enkelt kapittel i publikasjonen. Vedlegg 1 er tallgrunnlag for figur 1 osv.

Vedlegg 1. De vanligste helseproblemene i Norge, slik de framstår i ulike datakilder. Prosent[1]

Helseproblemer	Datakilder			
	Syketilfelle 1985	Utskrivninger sykehus 1993	Nye uføre-trygdede 1993	Dødsfall 1993
Hjerte- og karsykdommer	14,5	93 924	12,6	44,8
Muskel- og skjelettsykdommer	21,3	43 225	34,3	0,4
Kreft	0	75 732	3,9	21,9
Psykiske lidelser	8,7	20 020	18,8	1,3
Åndedrettslidelser	4,3	50 241	3,6	11,6
Skader,ulykker	8,2	66 548	6,8	3,9
Andre	43	223 248	20	16,1

Vedlegg 1.2. Folkemengde etter kjønn og alder. 1. januar 1994

	Menn	Kvinner
Totalt	2 138 628	2 186 187
0-4	155 753	147 352
5-9	138 776	132 147
10-14	134 145	127 390
15-19	142 504	136 770
20-24	169 115	162 150
25-29	175 703	166 252
30-34	164 571	156 191
35-39	161 395	155 120
40-44	155 935	147 758
45-49	158 961	150 814
50-54	112 382	110 173
55-59	91 206	93 055
60-64	89 649	94 445
65-69	89 313	100 532
70-74	83 789	105 889
75-79	58 976	86 899
80-84	35 788	62 914
85-89	15 095	34 532
90+	5 572	15 804

Kilder: Helseundersøkelsen 1985, Dødsårsaker 1993 og Helsestatistikk 1991, SSB. Rikstrygdeverket

Vedlegg 1.3. Folkemengde 67 år og over og 80 år og over. Registrerte tall 1951-1994, framskrevne tall 1995-2050. Antall i 1 000

År	67+	80+	År	67+	80+
1951	267 562	55 476	2001	616 092	202 820
1952	273 539	56 064	2002	612 368	208 085
1953	279 685	57 846	2003	608 546	212 580
1954	286 156	59 066	2004	605 999	216 758
1955	292 885	60 546	2005	604 599	219 723
1956	298 971	62 130	2006	604 731	221 206
1957	305 908	64 569	2007	606 065	222 705
1958	313 148	66 271	2008	608 367	222 806
1959	320 534	68 239	2009	609 501	222 872
1960	328 480	70 004	2010	615 575	222 472
1961	337 231	71 079	2011	625 060	222 407
1962	345 283	71 447	2012	639 735	221 749
1963	354 180	72 588	2013	656 163	221 065
1964	361 666	72 762	2014	678 118	219 035
1965	370 707	74 307	2015	697 625	217 156
1966	381 480	76 196	2016	715 461	215 470
1967	391 975	78 325	2017	731 841	214 785
1968	402 268	80 920	2018	747 695	215 020
1969	411 735	82 696	2019	762 112	216 406
1970	420 841	84 517	2020	778 110	218 707
1971	430 068	86 723	2021	794 347	221 620
1972	438 135	89 050	2022	810 235	223 725
1973	446 372	91 301	2023	826 662	229 186
1974	454 754	94 418	2024	843 336	236 837
1975	463 968	97 670	2025	858 798	247 777
1976	473 254	101 356	2026	874 167	259 554
1977	483 914	105 163	2027	889 123	274 633
1978	494 323	109 387	2028	903 019	287 413
1979	504 683	113 830	2029	916 627	298 342
1980	524 853	117 386	2030	929 886	307 716
1981	525 036	121 669	2031	943 350	316 168
1982	534 494	125 432	2032	957 826	323 104
1983	543 878	130 265	2033	972 062	330 695
1984	552 531	134 593	2034	986 224	338 047
1985	562 590	138 578	2035	999 289	344 695
1986	570 673	141 688	2036	1 012 620	351 329
1987	577 107	145 672	2037	1 025 443	357 788
1988	589 683	149 133	2038	1 035 329	363 095
1989	598 044	152 270	2039	1 045 145	368 119
1990	605 573	156 279	2040	1 053 615	372 750
1991	611 719	159 425	2041	1 059 503	376 554
1992	616 776	163 239	2042	1 063 907	380 250
1993	619 773	167 316	2043	1 065 251	383 698
1994	620 751	169 705	2044	1 064 239	387 464
1995	622 551	174 968	2045	1 061 114	391 996
1996	622 829	178 690	2046	1 058 205	396 509
1997	622 359	182 559	2047	1 054 944	401 150
1998	622 279	187 523	2048	1 051 310	405 347
1999	621 115	192 061	2049	1 047 518	410 011
2000	619 729	195 164	2050	1 043 797	414 592

Vedlegg 1.4. Kvinner pr. 1 000 menn i ulike aldersgrupper. Pr. 1. januar 1994

	1994
0-4	946
5-9	952
10-14	950
15-19	960
20-24	959
25-29	946
30-34	949
35-39	961
40-44	948
45-49	949
50-54	980
55-59	1 020
60-64	1 053
65-69	1 126
70-74	1 264
75-79	1 473
80-84	1 758
85-89	2 288
90+	2 836
Alle aldere	1 022

Vedlegg 2.1. Forventet levealder ved fødselen for menn og kvinner. 1951-1994

	1951-1955	1961-1965	1971-1975	1976-1980	1981-1985	1986-1990	1991	1993	1994
Menn	71,1	71,0	71,4	72,19	72,7	73,1	74,0	74,2	74,9
Kvinner	74,7	75,9	77,7	78,66	79,4	79,7	80,1	80,3	80,6

Kilde: Befolkningsstatistikk 1994, SSB

Vedlegg 2.2. Spedbarnsdødelighet. 1951-1994

	1951-1955	1966-1970	1976-1980	1981-1985	1986-1990	1991	1992	1993	1994
Begge kjønn	22,6	13,9	9,0	8,1	7,8	6,4	5,9	5,1	5,2

Kilde: Befolkningsstatistikk 1994, SSB

Vedlegg 2.3. Forventet gjenstående levetid for menn og kvinner i ulike aldere. 1951-1994

Alder	1951-1955	1961-1965	1971-1975	1981-1985	1986-1990	1992	1993	1994
Menn								
30	44,8	43,9	43,8	44,5	44,8	45,6	45,5	46,1
50	26,6	25,6	25,4	26,0	26,3	27,0	26,9	27,4
70	11,6	11,0	10,9	11,3	11,4	11,7	11,5	12,0
Kvinner								
30	47,3	47,9	49,1	50,6	50,8	51,2	51,1	51,5
50	28,6	28,9	30,0	31,4	31,7	32,1	31,9	32,3
70	12,3	12,3	13,2	14,5	14,7	15,0	14,8	15,3

Kilde: Befolkningsstatistikk, SSB

Vedlegg 2.4. Dødsfall etter årsak. Prosent. 1980, 1985, 1990 og 1993

	1980	Prosent	1985	Prosent	1990	Prosent	1993	Prosent
Dødsfall i alt	41 340		44 372		46 050		46 623	
Hjerte- og karsykdommer	20 259	49,0	21 529	48,5	21 614	47,0	20 864	44,8
Ondartede svulster	8 627	20,9	9 629	21,7	9 847	21,4	10 222	21,9
Sykdommer i åndedrettsorganene	3 561	8,6	4 369	9,8	4 616	10,0	5 533	11,6
Andre sykdommer	6 221	15,0	6 147	13,9	7 294	15,8	7 569	16,6
Ulykker	2 084	5,0	2 053	4,6	1 953	4,2	1 786	3,8
Selvmord	507	1,2	584	1,3	658	1,4	590	1,3
Annen voldsom død	35	0,0	21	0,0	19	0,0	59	0,1

Kilde: Dødsårsaker 1993, SSB

Vedlegg 2.5. Antall dødsfall og dødelighet av ulykker. Årlig antall dødsfall pr. 100 000 innbyggere. 1971-1993

	Antall dødsulykker	Pr. 100 000 innb.
1971-75	2 022	51,2
1976-80	1 951	48,1
1981-85	1 946	47,2
1986-90	1 015	47,9
1991	1 780	41,8
1992	1 742	40,6
1993	1 786	41,4

Kilde: Dødsårsaksstatistikk, SSB

Vedlegg 2.6. Selvmord blant menn og kvinner. Pr. 100 000 innbyggere. 1971-1993

	Menn	Kvinner
1971-75	13,8	4,7
1976-80	17,2	6,3
1981-85	20,7	7,3
1986-90	22,9	8,2
1991	23,7	8,2
1992	21,2	7,7
1993	21,1	6,5

Kilde: Helsestatistikk, SSB

Vedlegg 2.7. Selvmord etter kjønn og alder. Pr. 100 000 innbyggere. 1993

	-14	15-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+
Menn	1	22	27	30	21	29	31	34
Kvinner	1	6	7	7	7	11	9	9

Kilde: Dødsårsaker 1993, SSB

Vedlegg 3.1. Ulike indikatorer på utviklingen av sykelighet blant menn og kvinner. Prosent. 1980-1991

	1980	1983	1989	1991
Langvarig sykdom				
Menn	47	46	49	48
Kvinner	48	50	56	55
Sykdomsbetydelige konsevenser				
Menn	.	.	18	16
Kvinner	.	.	24	26
Nedsatt funksjonsevne				
Menn	15	15	15	23
Kvinner	20	20	19	21

Kilde: Levekårsundersøkelsene, SSB

Vedlegg 3.2. Andel med sykdom i muskel- og skjelettsystemet blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Prosent. 1980-1991

	1980	1983	1987	1991
Menn				
25-44	14	14	17	16
45-66	24	23	27	24
Kvinner				
25-44	11	15	18	18
45-66	30	32	34	37

Kilde: Levekårsundersøkelsene, SSB

Vedlegg 3.3. Andel med hudsykdommer blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Prosent. 1991

	Menn	Kvinner
I alt	8	11
16-24	10	20
25-44	10	15
44-66	7	13
67-79	5	7
80+	2	3

Kilde: Levekårsundersøkelsen 1991, SSB

Tabell 3.4. Andel med hjerte- og karsykdommer blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Prosent. 1991

	Menn	Kvinner
I alt	11	13
16-24	1	2
25-44	3	4
45-66	16	17
67-79	32	39
80+	44	39

Kilde: Levekårsundersøkelsen 1991, SSB

Tabell 3.5. Andel med sykdommer i åndedrettsorganene blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Prosent. 1991

	Menn	Kvinner
I alt	9	9
16-24	9	10
25-44	9	9
45-66	7	9
67-79	11	9
80+	7	17

Kilde: Levekårsundersøkelsen 1991, SSB

Tabell 3.6. Nye tilfeller av kreft etter kjønn og primærsete. Absolutte tall. 1992

	Menn	Kvinner
I alt	9 893	8 955
Munnhulen og svelget	265	130
Fordøyelsesorganer og bukhinne	2 405	2 156
Åndedrettsorganene	1 327	528
Brystkjertel og kjønnsorganer	2 529	3 349
Urinorganer	1 161	494
Lymfatiske og bloddannende organer	669	588
Andre organer eller uoppgitt	1 537	1 710

Kilde: Kreftregisteret

Vedlegg 3.7. Nye tilfeller av kreft blant menn og kvinner for alle kreftformer samlet, og for de tre hyppigste formene. Aldersstandardiserte rater. Pr. 100 000 innbyggere. 1978-1992

	Menn				Kvinner			
	Alle	Prostata	Lunger	Tykktarm	Alle	Bryst	Tykktarm	Lunger
1978	351	68	42	28	291	66	26	9
1980	357	66	45	28	299	70	27	10
1982	373	71	47	29	302	71	28	11
1984	380	72	51	31	304	70	28	13
1986	392	71	54	32	311	76	28	14
1988	386	72	51	32	310	73	30	16
1990	408	77	52	36	323	73	29	19
1992	423	91	52	39	331	78	32	19

Kilde: Kreftregisteret

Vedlegg 3.8. Andel menn og kvinner med hyppige symptomer på psykiske lidelser i ulike aldersgrupper. Prosent. 1991

	Alle aldere	16-24	25-44	45-66	67-79	80+
Alle	6	5	4	7	13	15
Menn	5	2	5	6	6	12
Kvinner	8	7	4	8	19	17

Kilde: Levekårsundersøkelsen 1991, SSB

Vedlegg 3.9. Andelen menn og kvinner som jevnlig bruker beroligende midler, i ulike aldersgrupper. Prosent. 1991

	Alle aldere	16-24	25-44	45-66	67-79	80+
Alle	4	0	2	4	9	15
Menn	2	0	2	3	5	10
Kvinner	5	0	1	6	13	19

Kilde: Levekårsundersøkelsen 1991, SSB

Vedlegg 4.1. Andel menn og kvinner 67-79 år med nedsatt funksjonsevne, og andel som er hjelpetrengende. Prosent. 1980-1991

	1980	1983	1987	1991
Andel med nedsatt funksjonsevne				
Menn	28	24	13	13
Kvinner	28	28	25	30
Andel som er hjelpetrengende				
Menn	48	44	39	36
Kvinner	59	53	50	50

Kilde: Levekårsundersøkelsene, SSB

Vedlegg 4.2. Andel uførepensjonerte i prosent av alle uførepensjonister i ulike aldersgrupper. 1980 og 1993

	1980	1993
16-49	22	29
50-59	32	30
60-66	46	42

Kilde: Rikstrygdeverket

Vedlegg 4.3. Sykefravær i prosent av mulige arbeidsdager blant mannlige og kvinnelige arbeidere og funksjonærer i NHOs medlemsbedrifter. 1979-1994

	Menn		Kvinner	
	Arbeidere	Funksjonærer	Arbeidere	Funksjonærer
1979	8,9	3,0	12,0	4,4
1980	8,8	2,9	11,9	4,4
1981	8,9	3,0	12,3	4,2
1982	8,8	3,0	12,4	4,1
1983	8,6	3,1	11,8	4,3
1984	8,8	3,3	12,4	4,4
1985	9,2	3,4	13,2	4,6
1986	9,4	3,6	13,4	4,6
1987	8,8	3,4	13,2	4,8
1988	8,6	3,4	13,1	4,9
1989	7,7	2,9	12,1	4,4
1990	7,8	2,9	11,8	4,7
1991	7,2	2,9	11,1	4,3
1992	6,8	2,8	10,4	4,2
1993	6,5	2,6	10,0	4,2
1994	5,8	2,2	9,1	3,6

Kilde: Næringslivets hovedorganisasjon

Vedlegg 5.1. Aldersjusterte rater for nye tilfeller av kreft pr. 100 000 kvinner og menn. Utvalgte krefttyper i by- og landdistrikter. 1976-1985

	Menn		Kvinner	
Krefttyper	By	Land	By	Land
Urinblære	30,7	24,0	9,2	5,6
Livmorhals			22,3	16,6
Føflekk	14,0	9,9	15,4	12,9
Strupehode	5,8	3,8	0,5	0,3
Spiserør	5,2	3,1	1,4	0,9
Lever	3,8	1,8	1,8	1,2

Kilde: Kreftregisteret

Vedlegg 5.2. Dødelighet pr. 100 000 innbyggere 20-64 år. Alders- og kjønnsstandardiserte tall. Årsgjennomsnitt 1987-1992[1]. Bydeler i storbyer sammenlignet med alle kommuner

Gjennomsnitt	
Kommuner	301
Bydeler	309
Høyeste verdi	
Kommuner	
Ballangen, Nordland	559
Bydeler	
Sagene/Torshov	584
Grünerløkka/Sofienberg	578
Gamle Oslo	484
Romsås	462
Lambertseter	434
Laveste verdi	
Kommuner	
Sokndal, Rogaland	157
Bydeler	
Fana	222
Vindern	203
Arna	190
Eidsvåg/Salhus	184
Ytrebygda	180

[1] Dødelighetstallene for kommunene gjelder perioden 1986-1992. Bare kommuner med 20 eller flere dødsfall er med
Kilde: Barstad 1995

Vedlegg 5.3. Andel med nedsatt funksjonsevne i ulike sosioøkonomiske grupper. Menn og kvinner i utvalgte aldersgrupper. Prosent. 1991

	Selvstendige	Arbeidere/lavere funksjonærer	Funksjonærer på middels og høyere nivå
Menn			
25-44	4	5	3
45-66	16	12	6
Kvinner			
25-44	8	10	4
45-66	18	12	9

Kilde: Levekårsundersøkelsen 1991, SSB

Vedlegg 5.4. Dødelighet i ulike grupper yrkesaktive menn[1]. Dødeligheten for alle yrkesaktive er satt til 100. 1980-1990

	Dødelighet
Yrkesgrupper med høyest dødelighet	
Underordnet skipsfartsarbeid	160
Hotell- og resaturantarbeid	143
Pakke-, losse- og lastearbeid	127
Fiske og fangst	125
Støperi-, metall- og smelteverksarbeid	122
Yrkesgrupper med lavest dødelighet	
Administrasjon, ledelse og forvaltningsarbeid	87
Medisinsk og annet helsetjenestearbeid	83
Selvstendig arbeid, jord- og skogbruk	83
Høyere teknisk arbeid	79
Pedagogisk arbeid	72

[1] Beregningene er basert på yrkesinndeling ved Folke- og boligtelling 1980
Kilde: Dødsårsaksstatistikk, SSB

Vedlegg 7.1. Utgifter til helseformål i faste 1992-priser. Millioner kroner. 1980-1993

	1980	1985	1990	1991	1992	1993
Totale helseutgifter	39 840	46 718	53 489	56 544	58 170	59 378
Offentlige helseutgifter	39 678	45 326	50 028	53 186	54 309	55 537

Kilde: Nasjonalregnskapsstatistikk, SSB

Vedlegg 7.2. Offentlige helseutgifter etter art. Prosent. 1980-1993

	1980	1982	1984	1986	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Prosentvis fordeling	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Lønnsutgifter	49,3	52,0	54,5	54,6	54,8	55,1	55,7	55,9	56,3	56,7
Resten (vareinns., rep.)	12,7	12,7	13,3	14,4	12,2	11,6	10,9	8,2	8,1	7,5
Offentlige bruttoinvesteringer	9,2	7,1	5,0	5,3	7,0	6,5	5,4	6,8	5,5	5,4
Helsestønader	28,8	28,2	27,2	25,7	25,9	26,8	28	28,9	29,9	30,6

Kilde: Nasjonalregnskapsstatistikk, SSB

Vedlegg 7.3. Offentlig utgifter til helsetjenester i og utenfor institusjon. Millioner kroner og i prosent av løpende priser. 1980-1993

	1980	1985	1990	1991	1992	1993
Offentlige helseutgifter	18 628	31 091	46 905	51 665	54 309	55 865
Helseinstitusjoner	10 437	18 323	25 783	25 113	26 345	27 012
Helsetjenester utenfor institusjon	1 110	3 184	5 446	8 237	8 609	8 854
Andre offentlige helseformål inkludert offentlige brutto-investeringer	7 081	9 584	15 676	18 315	19 355	19 999

Kilde: Nasjonalregnskapsstatistikk, SSB

Vedlegg 7.4. Brutto driftsutgifter til kommunale og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenester. Millioner kroner. Løpende priser. 1988-1993

	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Helse- og omsorgstjenester i alt	47 752	50 486	53 123	55 575	57 540	58 921
Omsorgstjenester	18 518	19 860	20 989	24 136	25 153	25 397

Kilde: Kommuneregnskapene, SSB

Vedlegg 8.1. 1 000 sysselsatte i helsetjenesten. 1972-1991

	1972	1975	1980	1985	1990	1991
I alt	100	114	165	186	215	218

Kilde: Nasjonalregnskapsstatistikk 1991, SSB

Vedlegg 8.2. Utvalgte personellgrupper i kommunale og fylkeskommunale helsetjenester, etter utdanning. Årsverk[1]. 1985-1991

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Leger	7 378	7 521	8 244	8 086	8 210	8 595	8 629
Fysioterapeuter	3 308	3 673	3 750	3 878	3 797	3 875	3 999
Sykepleiere	22 626	25 385	26 520	27 360	28 497	29 879	30 482
Hjelpepleiere	20 365	24 755	25 890	26 514	27 883	28 648	27 699

[1] Heltids- og deltidsansatte pr. 31.12. omregnet til heltid = årsverk
Kilde: Helseinstitusjoner 1991 og Kommunehelsetjenesten 1991, SSB

Vedlegg 8.3. Personell i virksomhetsområder i kommunale helse- og omsorgstjenester[1]. 1993

	Årsverk
Legetjenester	3 221
Fysioterapitjenester	2 898
Skole- og helsestasjonstjenester	2 061
Institusjoner for eldre	39 348
Hjemmetjenester	29 994

[1] Se note til figur 8.3.
Kilde: Årsstatistikk for Kommunehelsetjenesten og pleie- og omsorgsstatistikk, SSB

Vedlegg 9.1. Brukere av hjemmetjenester for eldre i løpet av året[1]. Antall i 1 000. 1980-1993

	Hjemmehjelp	Hjemmesykepleie
1980	144	75
1981	150	82
1982	148	90
1983	150	94
1984	147	101
1986	148	106
1987	152	109
1988	148	109
1989	148	114
1991	155	127
1992	121	75
1993	118	73

[1] Statistikken har registrert brukere i løpet av t.o.m. 1991. F.o.m. 1992 er registreringen gjort på ett tidspunkt, 31.12. En og samme person kan både få hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Hjemmehjelp omfatter også husmorvikar.
Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB

Vedlegg 9.2. Behandlede pasienter i sykehjem. 1980-1993[1]

	1980	1985	1988	1991	1992	1993
I alt	49 929	63 172	73 476	97 751	98 355	99 622

[1] I 1991, 1992 og 1993 inkluderer tallene også pasienter ved aldershjemsavdelinger i kombinerte alders- og sykehjem. Av det totale antall pasienter i disse årene, var i alt 36 378 (1991), 34 172 (1992) og 32 969 (1993) av de behandlede pasienter i sykehjem pasienter i kombinerte alders- og sykehjem. Det har ikke vært mulig å skille mellom avdelingene ved de kombinerte alders- og sykehjemmene disse årene
Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB

Vedlegg 10.2. Andel over 80 år og plasser pr. 1 000 innbyggere i institusjoner for eldre i Vest-Agder. 1993

	Prosentandel over 80 år	Plasser pr. innbygger
Åseral	8,3	24,1
Audnedal	6,6	24,3
Hægebostad	6,0	19,5
Flekkefjord	5,5	15,8
Sirdal	5,2	23,8
Undesnes	4,7	15,8
Kvinesdal	4,6	16,4
Farsund	4,1	13,8
Mandal	3,8	12,8
Marnardal	3,8	17,2
Lyngdal	3,7	11,5
Kristiansand	3,2	8,4
Vennesla	2,7	6,7
Songdalen	2,5	8,9
Søgne	2,2	6,9

Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB

Helseboka 1995

Publikasjonen beskriver utviklingen i folkehelse og helsetjeneste fra 1980 til og med 1993. Hvilke sykdommer dør vi av? Hvilke sykdommer utgjør et stigende helseproblem ved slutten av århundret? Hvordan har de eldre det? Bruker vi mer penger på helse enn før? Fikk flere behandling i psykiatrien i 1993 enn i 1980? Disse og liknende spørsmål blir belyst i denne publikasjonen.

Data og statistikk er bearbeidet og presentert i en form som søker å lette bruk og forståelse av det statistiske materialet. Boka er utstyrt med tabellvedlegg for lesere med behov for å trenge dypere ned i tallgrunnlaget.

Data er bl.a. hentet fra Statistisk sentralbyrås Helse- og levekårsundersøkelser fra perioden, fra SSB's løpende helse- og helseinstitusjonsstatistikk, samt data fra Kreftregisteret, Norsk institutt for sykehusforskning, Statens institutt for folkehelse og Statens helsetilsyn.

Helseboka er et aktuelt oppslagsverk og inneholder sentral grunnlagsinformasjon for personer innen forvaltning, forskning og undervisning, samt helsepersonell og andre helsepolitiske miljøer.

Publikasjonen kan bestilles fra:
Statistisk sentralbyrå,
Salg- og abonnementservice,
Postboks 8131 Dep.
N-0033 Oslo

Telefon: 22 00 44 80
Telefaks: 22 86 49 76

eller:
Akademika - avdeling for
offentlige publikasjoner
Møllergt. 17
Postboks 8134 Dep.
N-0033 Oslo

Telefon: 22 11 67 70
Telefaks: 22 42 05 51

ISBN 82-537-4081-6
ISSN 0804-3221

Pris kr 170,00

Statistisk sentralbyrå
Statistics Norway