

Tidsskrift om levkår
og livsstil

Helse: Vi klager ikke før vi må

- Fastlege: Legene flytter fra pasientene
 - Astma og allergi blant barn
 - Økende østrogenbruk
- Psykisk helse: Fortrolighet forebygger?
og 6 andre artikler med temaer
fra Helseundersøkelsen 1995

2/97

Samfunnsspeilet

Odd Frank Vaage (red.)

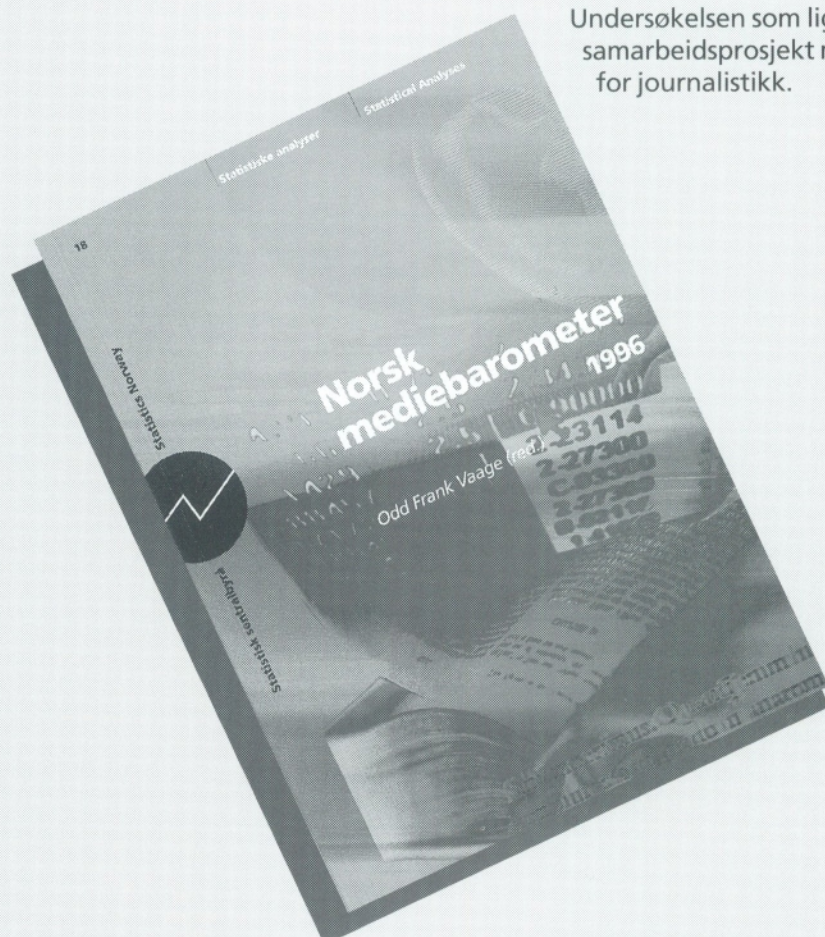
Norsk mediebarometer 1996

Norsk mediebarometer 1996 beskriver nordmenns bruk av de forskjellige trykte og elektroniske mediene og hvem som har tilgang til dem. Publikasjonene gir også et bilde av utviklingen på disse områdene over de seinere åra. Hva skjer på mediemarkedet; er det noen medier på frammarsj mens andre taper i konkurransen om publikums oppmerksomhet? Hvilke grupper er det som endrer medieatferd?

Statistikken blir presentert ved hjelp av oversiktlige tabeller og figurer slik at stoffet skal være lett tilgjengelig. Hvert medium blir presentert for seg, hvor det legges vekt på hvilke befolkningsgrupper som bruker det og hvor mye tid de bruker.

Norsk mediebarometer er et aktuelt oppslagsverk for alle innenfor medie- og kommunikasjonssektoren, for forskning og undervisning.

Undersøkelsen som ligger til grunn for publikasjonene er et samarbeidsprosjekt mellom Statistisk sentralbyrå og Institutt for journalistikk.



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 82-537-4395-5
Pris kr 95,00



Statistisk sentralbyrå
Statistics Norway

Innhold

Helseundersøkelsene 1968-1995: Fra medisinske diagnoser til egenvurdert helse <i>Tor Bjerkedal</i>	2
God helse, flere sykdommer <i>Jorun Ramm</i>	4
Frafallsproblemet øker <i>Liv Belsby</i>	10
Egenvurdert helse: Vi klager ikke før vi må <i>Jorun Ramm</i>	14
Psykisk helse: Fortrolighet forebygger? <i>Anders Barstad</i>	22
Økende astma og allergi blant barn og unge <i>Liv Grøtvedt</i>	32
Astma blant barn skjevt sosialt fordelt <i>Jon Erik Finnvolv, Rannveig Nordhagen og Arnfinn Schjalm</i>	36
Trafikkulykker alvorligst i lengden <i>Jens-Kristian Borgan</i>	42
Fastlegetilknytning blant kronisk syke: Legene flytter fra pasientene <i>Jon Erik Finnvolv</i>	48
Østrogenbruken øker <i>Sidsel Graff-Iversen og Jorun Ramm</i>	55
Brukere av kommunale hjemmetjenester: Får hjelp, savner sosial kontakt <i>Jon Erik Finnvolv</i>	59

Samfunnsspeilet
Nr. 2/1997 - 11. årgang

Redaksjon: Johan-Kristian Tønder (ansv. red.), Dag Ellingsen (red.), Tor Petter Bø, Jon Erik Finnvolv, Trine Dale, Morten Holt, Randi Kjeldstad, Berit Otnes.

Redigering: Liv Hansen, Åshild Lønholden, Solfrid Michaelsen, Anne Skarateppen.

Design omslag/maler: Enzo Finger Design.

Trykk: Lobo Grafisk. **Priser:** Pr. år kr 175,-. Enkeltnr. kr 60,-.

Internett: Utdrag fra Samfunnsspeilet publiseres elektronisk på Internett.

Web adresse: <http://www.ssb.no>

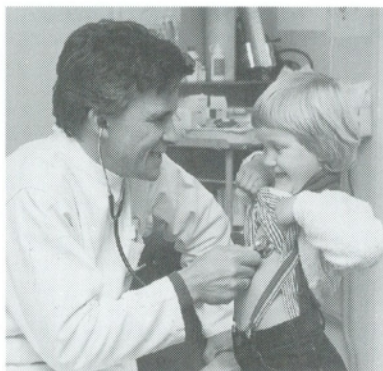
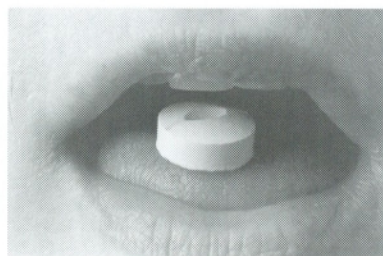
ISSN 0801-7603. ISBN 82-537-4418-8.

Artikler i tidsskriftet kan ikke uten videre tas som uttrykk for Statistisk sentralbyrås oppfatning.

Ved bruk av stoff fra tidsskriftet, oppgi kilde: Samfunnsspeilet/Statistisk sentralbyrå.

Omslagsfoto: NPS Phototake.

Illustrasjonsfoto: S. 30: Samfoto. S. 35: Bernt Eide/Samfoto. S. 46: Lars Bahl/Samfoto.
S. 56: Bernt Eide/Samfoto.



Helseundersøkelsene 1968-1995:

Fra medisinske diagnoser til egenvurdert helse

Helseundersøkelsen 1995 er den fjerde i sitt slag som er gjennomført i Norge. Den første fant sted i oktober-november 1968. Det var spennende den gang å bli invitert til Statistisk sentralbyrå for å bidra i planleggingen av Helseundersøkelsen 1968. Og, det har vært interessant å ha hatt anledningen til å følge med i den utvikling som har funnet sted fra Helseundersøkelsen 1968 til undersøkelsene i 1975, 1985 og nå 1995, hva gjelder formål, omfang og ikke minst bruken av undersøkelsene. Bekymringfullt er det imidlertid å måtte konstatere at svarprosenten har vært fallende, fra 94 i 1968, 89 i 1975, 79 i 1985 og 74 i 1995.

Forbilde for undersøkelsen i 1968 var "National Health Interview Survey NHIS" som hadde vært i gang i USA siden 1962 (National Center for Health Statistics 1964). Også "Sygdomsundersøgelsen i Danmark 1951-1954" var en kilde til inspirasjon (Lindhardt 1960). I tråd med disse undersøkelsene ble formålet først og fremst å skaffe oversikt over utbredelsen av sykdommer og skader og deres virkning på personenes fysiske aktivitet og kontakt med helsetjenesten. I håp om å oppnå troverdighet i den medisinske profesjon, ble det lagt vekt på at beskrivelsen av sykkeligheten skulle skje ut fra så korrekte medisinske diagnoser som mulig. Av den grunn, og i et forsøk på å vurdere intervjuobjektens utsagn om egen sykdom, ble det med tillatelse fra intervjuobjektene sendt ut spørreskjema til behandlende lege/sykehus for en del av de rapporterte syketilfellene (Bjerkedal og Bakketeig 1975). Overensstemmelsen mellom pasientenes utsagn og legenes diagnose ble funnet å være rimelig god, i hvert fall når det gjaldt somatiske diagnoser. Allikevel må det erkjennes at formålet med intervjuunder-

søkelser med intervjuere uten medisinsk skolering, egentlig burde være å registrere intervjuobjektens egen oppfatning om sin helse, og ikke hvilken diagnose legen hadde satt på deres sykdom. Når alt kommer til alt er det individets oppfatninger om egen helse som er bestemmende for helseatferden, og som det er mest interessant å få klarlagt i en intervjuundersøkelse om helse. Men dette syn fikk ikke helt gjennomslag før i Helseundersøkelsen 1995.

I helseundersøkelsene som har vært gjennomført etter 1968 er fortsatt formålet å framskaffe oversikt over helseproblemene i den norske befolkning, konsekvensene av sykkeligheten og forbruket av helsetjenester. Men, omfanget av opplysninger som søkes innhentet er betydelig utvidet, samtidig som temaene som vektlegges har skiftet. Utvidelsen i omfang er størst fra 1968- til 1975-undersøkelsen. Best kan det kanskje illustreres ved sidetallet i publikasjonene fra undersøkelsene: Helseundersøkelsen 1968 (Statistisk sentralbyrå 1970) fylte 34 sider mot 175 sider for Helseundersøkelsen 1975 (Statistisk sentralbyrå 1977). Og, omfanget er ytterligere utvidet i 1985 (Statistisk sentralbyrå 1987) og 1995.

I 1975 ble det lagt vekt på å beskrive forskjeller i sykkelighet, og å få fram sammenhenger mellom sykkelighet og sosiale forhold. Vektlegging på dette tema har klar sammenheng med Verdens helseorganisasjons program "Helse for alle år 2000" (Helsedirektoratet 1987). Det viktigste og første mål i dette programmet er å redusere ulikheter i helse mellom landene i verden og innen hvert land. Hvor store er egentlig forskjellene i Norge? Hvem har dårligst helse og hvor mye dårligere er den enn for folk flest? Dette var sentrale spørsmål da Norge

sluttet seg til programmet "Helse for alle år 2000".

En naturlig videreføring av Helseundersøkelsen 1975 med påpeking av ulikheter i helse, er å avklare hvilke forhold som forårsaker ulikhetene. For 1985-undersøkelsen ble derfor ambisjonen å få fram forhold som har sammenheng med (forårsaker) helseproblemene, herunder livsstil. Er de faktorer som ligger til grunn for ulikhetene forebyggbare? En viktig konsekvens av denne endring i formål er at oppmerksomheten skiftes fra sykdomstilfeller til individ; dvs. fra sykdomstilfeller som enkeltepisoder til personer som rammes av sykdom. Dette er en viktig forskjell for forebyggende helsearbeid, som må ta utgangspunkt i kunnskap om de forhold enkeltindivider lever under for å finne forklaringer på opptreden av sykdom.

I 1985 ble det for første gang stilt spørsmål om vurdering av egen helse. Det gir stikkordet for Helseundersøkelsen 1995. I 1995 legges avgjørende vekt på intervjuobjektens vurdering av egen helse, deres vurdering av funksjon i forhold til det som er vanlig etter alder og kjønn, og på symptomer. Sentralt står spørsmål om hvorledes sykdom eller funksjonshemming påvirker hverdagen. Poenget er å fange inn oppfatninger om helse, mestring av helseproblemer og atferd knyttet til helsefremmende og helseskadelige faktorer.

Som sluttord i denne korte omtalen av helseundersøkelsens utvikling kan det være på sin plass å peke på at en omlegging av intervjuundersøkelsene i Statistisk sentralbyrå sannsynligvis vil føre til at Helseundersøkelsen 1995 blir den siste i rekken av helseundersøkelser slik vi nå er blitt kjent med dem. Vi får håpe at det vi får i stedet blir vel så

bra, forhåpentligvis bedre, som grunnlag for å føre tilsyn med befolkningens helse, og til å vurdere endringer i oppfatninger om helse, helseatferd og bruk av helse-tjenester.

Litteratur

Bjerkedal, T. og L. Bakketeig (1975): Påliteligheten av intervjuopplysninger om helseforhold, *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1975; 95; 927-931.

Helsedirektoratet (1987): *Helse for alle i Norge?* Kommuneforlaget.

Lindhardt, M. (1960): *Sygdomsundersøgelsen i Danmark 1951-1954*, Munksgaard.

National Center for Health Statistics (1964): *Current estimates From the Health Interview Survey*, Washington, D.D. January 1964.

Statistisk sentralbyrå (1970): *Helseundersøkelsen 1968*, Norges offisielle statistikk A 321, Statistisk sentralbyrå.

Statistisk sentralbyrå (1977): *Helseundersøkelsen 1975*, Norges offisielle statistikk A 894, Statistisk sentralbyrå.

Statistisk sentralbyrå (1987): *Helseundersøkelsen 1985*, Norges offisielle statistikk B 692, Statistisk sentralbyrå.

Tor Bjerkedal er professor ved Institutt for allmennmedisin og samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Oslo.

God helse, flere sykdommer

4

Fire av fem vurderer egen helse som meget god eller god, selv om nesten 60 prosent har én eller flere sykdommer. I perioden fra 1985 til 1995 har andelen nordmenn med sykdommer økt. Økningen gjelder særlig luftveislidelser og belastningsplager. Positive trekk i helsebildet er at eldrebefolkningen er blitt mer rørlig, og at levevanene er blitt sunnere: Færre menn er dagligrøykere, og kvinners alkoholkonsum er redusert.

Jorun Ramm

Helseundersøkelsen 1995 er den fjerde store landsdekkende undersøkelse av befolkningens helse og bruk av helsetjenester. Undersøkelsen er gjennomført av Statistisk sentralbyrås intervjuorganisasjon i regi av seksjon for helsestatistikk. Den har gått hvert tiende år siden 1975, men den første undersøkelsen ble gjennomført i 1968. Undersøkelsen tar sikte på å gjøre opp status for den hjemmeboende befolkningens helse, og bidrar, sammen med andre datakilder, til å tegne et nyansert bilde av helsetilstanden. Fordi undersøkelsen tar for seg den alminnelige befolkningens helseproblemer, belyser den forhold som ikke kommer til helsevesenets kjennskap på annen måte.

I korte trekk er formålet med helseundersøkelsen å fremstille et bredt og representativt bilde av helsetilstanden og sykkeligheten i den nors-

ke befolkningen, samt å beskrive ulike sider som har innvirkning på den enkeltes helsestatus. Undersøkelsen tar tak i forskjellige aspekter ved helse, så som sykdom og sykdomsatferd, funksjonsevne, hjelpebehov, livsstil og levevaner, samt bruk av helse- og omsorgstjenester. Datagrunnlaget gjør det mulig å identifisere spesifikke helseproblemer, eller sirkle inn utsatte grupper der det kan være behov for særlig innsats. Gjennom kjennskap til utbredelse av ulike plager og symptomer folk flest sliter med i hverdagen, vil en kunne fange opp tidlige stadier av alvorligere sykdommer. Dataene gir også kunnskap om livsstil og levevaner som kan indikere noe om retningen på utviklingen fremover. Regelmessighet i datainnsamlingen gjør det mulig å overvåke endringer over tid, med forbehold om endringer i metode og gjennomføring av undersøkelsen.

Utvalg og metode

Helseundersøkelsen har hele den hjemmeboende befolkningen som målgruppe. Utvalget trekkes på personnivå (5 100 personer over 16 år). I tillegg til trekkpersonen intervjues alle personer som bor i husholdet sammen med trekkpersonen. I 1995 ble det også trukket et tilleggsutvalg (1 000 personer) av "eldste eldre" dvs. personer 80 år og over. Dette er en gruppe der det erfaringsmessig er stort frafall. I eldreutvalget er det kun trekkpersonen som intervjues, men det blir gjort en fortegnelse over øvrige medlemmer i husholdet. Hoveddelen av intervjuene ble gjennomført i perioden oktober til desember 1995. Bruttoutvalget omfatter om lag 14 000 personer, fordelt på 6 100 hushold. I alt inngår opplysninger fra 10 248 personer dvs. 74 prosent av trekkutvalget. Deltakerne i helseundersøkelsen blir oppsøkt personlig, og intervjuet i sine hjem. Det er utarbeidet tre spørreskjemaer rettet mot henholdsvis barn (0-15 år), voksne/eldre (16-79 år) og "eldste eldre" (over 80 år).

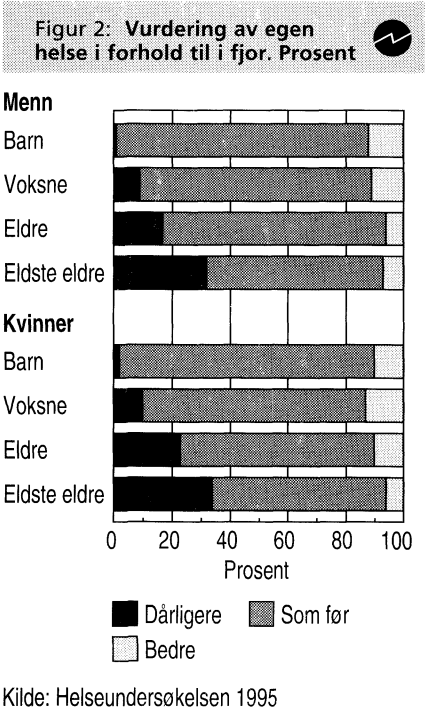
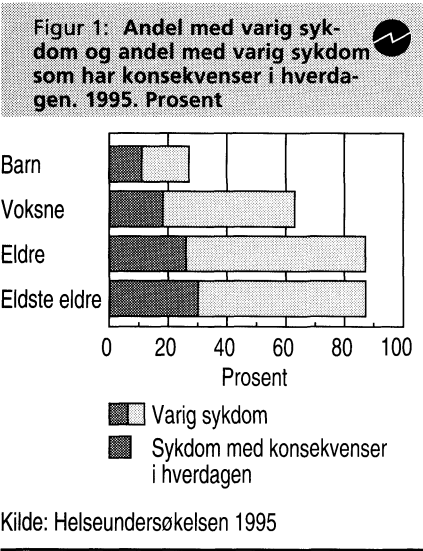
Selvutfyllingsskjemaet

Alle personer i alderen 14 til 79 år mottar et papirskjema som fylles ut etter at intervjueren har forlatt husværet. Spørsmål som enkelte kan oppfatte som følsomme eller private, inngår her, bl.a. spørsmål om røyke- og alkoholvaner, sosial deltakelse, samt spørsmål om psykisk helse. Frafall på spørsmål som omfattes av dette skjemaet, er noe høyere enn for det personlige hovedintervjuet (se for øvrig Liv Belsbys artikkel om frafallsproblematikk i dette nummeret av Samfunnsspeilet).

I dette perspektivet er dataene en kilde til informasjon som utnyttes i statlig og kommunal helseplanlegging. Undersøkelsens generelle preg kan også danne grunnlag for undersøkelser med et snevrere siktemål - for mer inngående analyser av enkeltforhold.

Fire av fem har god helse

Ber man den enkelte intervjuperson om å gi en samlet vurdering av sin helse, opplyser vel 80 prosent at deres generelle helse er god, mens 6 prosent mener at helsen er dårlig. Det er like mange som sier at helsen er god i 1995 som ved forrige undersøkelse i 1985. Samtidig må det konstateres at flere rapporterer om varig sykdom, skader og funksjonshemming¹ i befolkningen (57 prosent) i forhold til tidligere år (46 prosent i 1985). I likhet med i 1985 er det også i 1995 flere kvinner som oppgir at de har varig sykdom, sammenlignet med menn. Forskjeller mellom kvinner og menn er særlig markert i gruppen av voksne (16-66 år) og eldre (67-79).² (Se Jorun Ramms artikkel om egenvurdert helse i dette nummeret av Samfunnsspeilet).



Bedre enn i fjor

I vurderinger av egen helse blir intervjupersonene bedt om å angi hvorvidt deres helse har forbedret eller forverret seg sammenlignet med fjoråret.

Det er særlig eldre som opplever en forverring av helsetilstanden sammenlignet med fjoråret - det gjelder noen færre menn enn kvinner. Blant pensjonister i alderen 67 til 79 år mener 23 prosent av kvinnene at helsen er forverret, sammenlignet med 17 prosent menn. Bildet som tegnes av barns helse er mer optimistisk. Det er atskillig flere foreldre som anser sine barns helse som bedre enn i fjor, enn foreldre som vurderer den som dårligere. På spørsmål om man stort sett har vært opplagt og hatt overskudd, samt om man stort sett har vært glad og tilfreds i fjortendagersperioden før intervjuet, var flertallet i befolkningen generelt sett positive i sine svar. Flere menn enn kvinner gir imidlertid uttrykk for positive holdninger.

Størst økning i luftveisplager og belastningslidelser fra 1985-1995

Det har generelt sett vært en økning i de fleste sykdomsgrupper i perioden fra 1985 til 1995. Økningen er mest uttalt for sykdommer i åndedretts- og muskel-skjelettsystemet.

Aldersinndeling

Det er trukket aldersmessige skillelinjer mellom barn, voksne, eldre og "eldste eldre" for å skape store grupper som i en viss forstand er "homogene" med hensyn til hva slags helseplager som er mest fremtredende i de enkelte gruppene:

"Barn" (0 til 15 år). For barn er det utarbeidet et eget spørreskjema, med emner som spesielt tar for seg forhold som er av betydning for barns helse og aktivitet. Opplysninger om barns helse blir registrert gjennom foreldres/foresattes utsagn.

"Voksne" (16 til 66 år). Personer i alderen 16 til 79 år intervjues med "hovedskjemaet", og mottar i tillegg et selvadministrert skjema som returneres postalt.

"Eldre" (67 til 79 år). Denne gruppen intervjues med de samme skjemaene som "voksne".

"Eldste eldre" (80 år eller over). Eldste eldre blir intervjuet med eget spørreskjema som er tilrettelagt og tilpasset denne gruppen spesielt. I dette skjemaet inngår blant annet flere og mer inngående spørsmål om funksjonsnivå og hjelpebehov.

Tabell 1: Andel personer med langvarige sykdommer klassifisert i sykdomsgrupper etter ICD-9. 1985 og 1995. Prosent

	1985	1995
Alle	46	57
Nervøse lidelser	6	7
Sykdommer i nervesystemet	3	6
Øye-/øresykdommer	6	11
Hjerte-/karsykdommer	11	15
Åndedrettssykdommer	6	17
Magesår, magekatarr mv.	2	3
Sykdommer i fordøyelsessystemet	2	4
Sykdommer i urinveier og kjønnsorganer	3	4
Sykdommer i hud og underhud ¹	10	10
Sykdommer i skjelettmuskelsystemet	16	25
Skader	3	4
Andre sykdommer	7	11
(N)	10 576	10 248

¹ En stor gruppe som omfatter allergi (uten nærmere spesifisering av hva som utløser allergisk reaksjon) ble i 1985 kodet under "sykdom i hud og underhud". I 1995 er denne gruppen klassifisert som sykdom i åndedrettet. Dette vil påvirke størrelsen på disse gruppene i hhv. 1985 og 1995. Kilde: Helseundersøkelsen 1995

Blant barn er det primært lidelser knyttet til åndedrett og hud som er mest utbredt. Av barna er det 14 prosent som har sykdommer klassifisert som åndedrettslidelser (bla. astma og allergi), mens 8 prosent har lidelser i hud- og underhud (bla. psoriasis og eksem) (se for øvrig artikkel av Jon Erik Finnvoll mfl. om barns utsatthet for astma, og Liv Grøtvedts artikkel om forekomst av astma og allergi blant barn i dette nummeret av Samfunnsspeilet).

Muskel-skjelettsykdommer er den største sykdomsgruppen blant voksne i yrkesaktiv alder. 19 prosent har sykdommer og plager i åndedrett, 12 prosent har hjerte-/karlidelser og 11 prosent har hudsykdommer. Kvinner rapporterer oftere om ner-

vøse plager, sykdommer i nervesystemet og hudlidelser, mens menn har noe mer skader enn kvinner (se for øvrig Jens-Kristian Borgans artikkel om skader og ulykker i dette nummeret av Samfunnsspeilet).

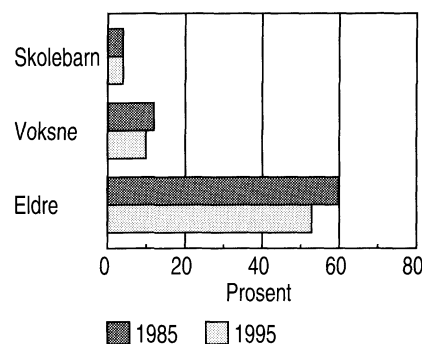
Blant eldre (67-79 år) og "eldste eldre" (over 80 år) er det muskel-skjelettlidelser og hjerte-/karlidelser som dominerer sykdomsbildet. Det er en noe lavere andel som har muskel-skjelettlidelser i den eldste aldersgruppen, mens en noe høyere andel har hjerte-/karlidelser. Samtidig er det en kraftig økning i øye-/ørelidelser med økende alder. 29 prosent av de mellom 67 og 79 år, og 48 prosent av personer over 80 år har slike lidelser. I eldrebefolkningen er det flere kvinner som har muskel-skjelettlidelser, mens flere menn har sykdommer knyttet til urinveier og kjønnsorganer.

Det er generelt sett flere kvinner enn menn som sier at de var plaget av smerter i fjortendagersperioden før intervjuet. Av kvinnene rapporterte 15 prosent at de var ganske eller veldig mye plaget med rygg-smerter, mens 10 prosent av mennene sa det samme. Videre er relativt mange kvinner også plaget med smerter i nakke, armer og skuldre. Det er særlig kvinner i alderen 45 til 66 år som er rammet.

De eldre er blitt mer rørlige

I 1995 har 13 prosent av personer mellom 7 og 79 år nedsatt funksjonsnivå i form av svekket syn, hørsel eller bevegelsesvansker. I den voksne befolkningen har det generelt sett vært en liten nedgang i omfanget av funksjonsproblemer siden siste undersøkelse i 1985 (16 prosent). Nedgangen er størst blant eldre. I 1995 rapporterte 53 prosent av eldre i alderen 66 til 79 år om funksjonsproblemer, mot 59 prosent i 1985. Begrensninger i fysisk

Figur 3: Andel med nedsatt funksjonsevne¹ blant skolebarn, voksne og eldre. 1985 og 1995. Prosent



¹ Hvis man har nedsatt fysisk bevegelsesevne, svekket syn eller hørsel

Kilde: Helseundersøkelsen 1995

funksjon omfatter dels ferdigheter som å gå opp/ned en trapp uten å hvile, samt å klare å løpe en gitt distanse dersom en har dårlig tid, og dels syns- og hørselsevne. Nedsatt funksjonsevne for eldre er ofte utslag av en aldersbetinget svekkelse. Hos barn viser nedsatt funksjonsevne til forhold som medfører at barnet ikke er i stand til å delta i fysisk utfoldelse på linje med andre barn. Omfanget av fysisk funksjonshemming øker som ventet med økende alder.

Vel halvparten av eldrebefolkningen (66 og 79 år) i 1995 har nedsatt bevegelse, dvs. problemer med å løpe 100 meter eller å gå i trapper. Av disse sier 1 av 4 at de heller ikke er i stand til å gå mer enn et par hundre meter uten hjelp av andre. I gruppen "eldste eldre" svarer om lag 1 av 3 at de har vesentlig innskrenket bevegelsesevne i 1995, dvs. at de ikke kan gå mer enn 200 meter uten hjelp av andre.

Sykdom og hverdagsmestring

Sykdommers betydning avspeiles gjennom hvilke konsekvenser de har for den enkelte person. 19 pro-

sent av befolkningen opplever at sykdom, skade eller funksjonshemming medfører smerter, angst, søvnproblemer, tretthet eller begrensninger i utfoldelse av et normalt liv. Om lag 1 av 10 barn, 1 av 5 voksne og anslagsvis 1 av 3 eldre med sykdom, skade eller funksjonshemming, opplever at denne virker inn på deres evne til å mestre hverdagen.

Sykdom kan være årsak til ulike praktiske og sosiale problemer. En kan oppleve det som vanskelig å bevege seg ut av boligen, benytte offentlig transport på egen hånd, samt være delaktig i sosiale aktiviteter og i sosialt samvær generelt. 2 prosent av personer i alderen 7-79 år med syktilfeller er ikke i stand til, eller har svært vanskelig for, å bevege seg ut av egen bolig og 4 prosent med å benytte offentlig transport på egen hånd. 8 prosent har store vansker i forhold til å delta i foreningsliv eller fritidsaktiviteter generelt, mens 1 prosent av befolkningen har svært vanskelig for å få kontakt med eller snakke med andre mennesker.

1 av 10 eldre anser det som svært vanskelig eller umulig å benytte offentlig transport pga. helseproblemer, mens 1 av 5 har store vansker i forhold til å delta i foreningsvirk-

somhet eller fritidsaktiviteter. Også en del barn med helseproblemer opplever vansker i forhold til dagliglivet. Om lag 8 prosent av barn i skolealder har, ifølge foreldre/foresatte, store vansker i forhold til skolegang, lek og fysisk aktivitet generelt.

Færre eldre må ha hjelp i hverdagen

For en del personer med nedsatt bevegelsesevne eller svekket syn/hørsel kan daglige og nødvendige gjøremål som innkjøp av dagligvarer, samt rengjøring av egen bolig, fortone seg som en besværlig eller umulig oppgave uten hjelp eller assistanse. I 1985 var 43 prosent av befolkningen over 16 år med nedsatt bevegelsesevne eller svekket syn/hørsel hjelpetrengende. Dvs. at de hadde vanskeligheter med å gjøre innkjøp på egen hånd, eller opplevde rengjøring av egen bolig som besværlig. I løpet av 10-årsperioden fra 1985 har det samlet sett vært en liten nedgang i andelen hjelpetrengende blant dem med "helseproblemer" i befolkningen over 16 år. I 1995 var denne andelen 40 prosent. Blant eldre over 80 år er imidlertid andelen hjelpetrengende vesentlig redusert. I 1985 var 2 av 3 personer over 80 år med nedsatt bevegelsesevne eller svekket syn/hørsel hjelpetrengende. I 1995 var denne andelen 56 prosent. Av disse var 27 prosent også pleietrengende. Det vil si at de trenger assistanse til av-/påkledning og til personlig hygiene.

I 1995 mottok 8 prosent av befolkningen over 7 år som bor sammen med andre, regelmessig hjelp fra andre husholdsmedlemmer pga. sykdom, skade eller funksjonshemming. Henholdsvis 12 prosent av de eldre og 24 prosent blant de "eldste eldre" sier at de mottar stell, tilsyn eller hjelp til daglige gjøremål fra

andre medlemmer av husholdet på regelmessig basis. En andel på 7 prosent av befolkningen over 7 år med helseproblemer, har hatt behov for hjelp utenfra i fjortendagersperioden før intervjuet til pleie, tilsyn eller daglige gjøremål pga. helseproblemer. Tallet viser til personer i både énpersonhushold og flerpersonhushold. 84 prosent av de som sier de har hatt behov for hjelp i en fjortendagersperiode, gir uttrykk for at de har fått den hjelpen de har hatt behov for. Blant eldre (67 til 79 år) og "eldste eldre" (over 80 år) sier hhv. 13 og 38 prosent at de har hatt behov for hjelp til pleie, husarbeid eller innkjøp pga. helseproblemer, og hhv. 92 og 94 prosent av disse sier at de også har mottatt slik assistanse (se Jon Erik Finnolds artikkel om kommunale hjemmetjenester i dette nummeret av Samfunnsspeilet).

Sykdomsatferd og kontakter med helsetjenesten

Helseproblemer i form av sykdom, skader og funksjonshemminger fører ofte med seg medisiner, legekontakt eller kontakt med alternative behandlere. Tall fra helseundersøkelsen 1995 viser at 1 av 4 har tatt medisiner daglig³ i fjortendagersperioden før intervjuet. Dette omfatter medisiner av typen blodtrykks-/hjertemedisiner, astma- og allergimedisiner, sovemidler og beroligende midler, samt smertestillende midler, men ikke penicillin eller antibiotika. I 1985 ble det kun stilt spørsmål om man hadde brukt medisin i forbindelse med sykdom.

3 av 4 har vært i kontakt med allmennpraktiserende lege (alle typer kontakter), 2 prosent har vært hos psykolog siste 12 måneder. Mens 11 prosent har vært i kontakt med fysioterapeut og 1 av 10 har vært hos alternativ behandler⁴ siste år i 1995. Flere kvinner enn menn har

Tabell 2: Andel med varig sykdom som anser det som umulig eller svært vanskelig å delta i bestemte aktiviteter. 1995. Prosent

	Voksne	Eldre
Vansker med		
å bevege seg ut av bolig	1	7
å benytte offentlig transport	2	10
sosial deltakelse (forening/fritidsaktiviteter)	6	18
sosialt samvær med andre	1	2
(N)	4 238	712

Kilde: Helseundersøkelsen 1995

Tabell 3: Andel som har vært i kontakt med lege eller andre behandlere siste år. (0-79 år). Prosent

Kontakt med allmennlege	73
Kontakt med fysioterapeut	11
Kontakt med psykolog	2
Kontakt med alternative behandlere ¹	11
(N)	9 476

¹ "Alternativ behandler" omfatter akupunktør, homøopat, naturmedisiner, soneterapeut og kiropraktor.

oppøkt lege og andre behandlere siste år.

25 prosent av befolkningen i 1995, og 27 prosent i 1985, hadde hatt legekontakt mindre enn en måned før intervju tidspunktet. Det gjelder kontakter uavhengig av sykdom. I 1985 ble det spurt om kontakter med vanlig lege, sykehuslege, skolelege eller bedriftslege, mens i 1995 omfattes målet av kontakter med allmennpraktiserende lege, legesenter, kommunelege, legevakt eller bedriftslege. Det var flest eldre som hadde hatt legekontakt siste måneden; 35 prosent over 67 år (36 prosent i 1985).

Noe sunnere levevaner

Hvordan vi lever våre liv er av stor betydning for helsen. Vi vet at det er sammenheng mellom levevaner som omfattes av kosthold, røyke- og alkoholvaner, fysisk aktivitet og risiko for å utvikle ulike sykdommer. Røyking er en helserisiko i den forstand at den bl.a. øker risikoen for luftveis- og lungesykdommer. I 1985 var 32 prosent kvinner, og 42 prosent menn over 14 år dagligrøykere⁵ (jf. tall fra Statens tobakkskaderåd 1997). I 10-årsperioden frem til 1995 har det vært en nedgang blant mannlige røykere med 10 prosentpoeng, mens det er nesten like mange kvinnelige røykere i 1995 som i 1985. I den norske befolkning

Hovedfunnene i Helseundersøkelsen 1995

- 57 prosent av befolkningen har én eller flere sykdommer, funksjonshemminger eller skader av varig art.
- 13 prosent mellom 7 og 79 år har nedsatt funksjonsevne i form av svekket syn eller hørsel, eller bevegelingsproblemer.
- 19 prosent av personer med sykdom, skade eller funksjonshemming opplever at helseproblemene virker inn på hverdagen i høy grad, mens
- 50 prosent mener sykdommen virker inn på hverdagen i noen grad eller høy grad.
- 14 prosent mellom 7 og 79 år har, pga. sykdom, skade eller funksjonshemming, noen eller store vansker med en av fem aktiviteter: Bevege seg ut av bolig, benytte offentlig transport eller delta i fritidsaktiviteter, foreningsliv eller i relasjon til andre mennesker.
- 35 prosent av befolkningen med sykdom, skade eller funksjonshemming er hjelpetrequende i hverdagen.
- 66 prosent av "eldste eldre" over 80 år med sykdom, skade eller funksjonshemming er hjelpetrequende, og
- 24 prosent av disse er pleietrequende.
- 24 prosent av befolkningen i alderen 16 til 79 år har brukt medisiner daglig innenfor en fjortendagersperiode.
- Flere eldre enn yngre oppgir daglig medisinbruk i perioden.
- 73 prosent har vært i kontakt med allmennlege siste år.
- Kvinner har hatt flere kontakter med allmennlege, sammenlignet med menn.
- 10 prosent har vært i kontakt med alternativ behandler siste år - flere kvinner enn menn.
- 32 prosent kvinner og 33 prosent menn over 14 år var dagligrøykere i 1995.
- 3 prosent kvinner og 15 prosent menn har konsumert gjennomsnittlig 2 cl. ren alkohol pr. dag siste år.
- 12 prosent av befolkningen over 16 år er overvektig, mens 5 prosent er kraftig overvektig i henhold til beregning av kroppsmasseindeks (BMI). 2 prosent er undervektig.
- Nærmere halvparten av befolkningen mellom 16 og 79 år sier de driver en eller annen form for lett aktivitet på fritiden. Flere menn enn kvinner driver krevende fysisk aktivitet på ukentlig basis.

gen over 18 år har en andel på 5 prosent kvinner og 16 prosent menn konsumert i gjennomsnitt 2 cl. ren alkohol pr. dag siste år (1985). I 1994 er andelen kvinner med angitt alkoholinntak redusert til 3 prosent, mens det generelt sett ikke har vært endringer i menns al-

koholvaner (15 prosent) (jf. tall fra Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning 1997).

Overvekt og manglende mosjon er et helseproblem som øker risikoen for en rekke sykdommer. I henhold til et mål på overvekt, såkalt

kroppsmasseindeks (Body Mass Index) definert som kg pr. m², er 12 prosent av befolkningen over 16 år overvektig (BMI > 27-30 kg/m²), mens 5 prosent kan karakteriseres som kraftig overvektig (BMI > 30 kg/m²). Samtidig svarer vel halvparten av befolkningen at de vanligvis og på en eller annen måte er fysisk aktive i fritiden.

Helseundersøkelsen 1995 viser at flere har sykdom, skade eller funksjonshemming i 1995, sammenlignet med tidligere år. En del av økningen har kommet innenfor luftveis- og belastnings-/slitasjelidelser. I 1995 opplever 1 av 5 at sykdom eller plager virker inn på hverdagen i høy grad, og 14 prosent mellom 7 og 79 år sier at "helseproblemene" har sosiale eller praktiske konsekvenser i hverdagen. Samtidig ses det en bedring i funksjonsevne målt ved syns-, hørsels- og bevegelsesevne, særlig blant eldre. Også når det gjelder befolkningens behov for hjelp og assistanse til å utføre hverdagslige gjøremål, har det vært en nedgang for befolkningen under ett, men særlig i gruppen av "eldste eldre". Hovedfunnene i Helseundersøkelsen 1995, som er referert i artikkelen, blir oppsummert i rammen på forrige side.

1. Noen sykdommer regnes som varige, uavhengig av varighet, mens andre sykdommer regnes som varige dersom de har vart i mer enn 6 måneder (Carlson 1987).

2. Henholdsvis 63 og 87 prosent kvinner, og 58 og 80 prosent menn har varig sykdom i de angitte aldersgruppene.

3. Tok du smertestillende midler (med/uten resept), hjertemedisin, blodtrykksmedisin, medisin mot sure oppstøt/halsbrann eller magesår (med/uten resept), medisin mot revmatisme, astmamedisin, allergimedisin, beroligende midler, midler mot depresjon, sovemidler eller andre medisiner (ikke vitaminer, kosttilskudd, p-piller, østrogen). Penicillin eller annen type antibiotika er ikke inkludert i tallet.

4. "Alternativ behandler" omfatter akupunktør, homøopat, naturmedisiner, soneterapeut og kiropraktor.

5. Tall fra Helseundersøkelsen 1985 viser at 32 prosent av kvinnene og 39 prosent av mennene var dagligrøykere i 1985 (Statistisk sentralbyrå 1987), mens henholdsvis 29 prosent av kvinnene og 30 prosent av mennene var dagligrøykere i 1995.

Litteratur

Bjørnøy, Harald (1987): *Helseundersøkelsen 1985. Dokumentasjon og frekvensfordelinger*, NSD rapporter nr. 69, Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste.

Carlson, Otto (1987): Arkivkatalog for helseundersøkelsen 1985, Interne notater 87/7, Statistisk sentralbyrå.

Statens tobakkskaderåd (1997): En talloversikt over dagligrøykere fra undersøkelser gjennomført i perioden 1972 til 1997. Upublisert materiale.

Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (1997): En talloversikt fra intervjuundersøkelser om alkoholbruk gjennomført i 1985 og 1994. Upublisert materiale.

Statistisk sentralbyrå (1987): *Helseundersøkelsen 1985*, Norges offisielle statistikk.

Statistisk sentralbyrå (1990): *Klassifikasjon av sykdommer, skader og dødsårsaker*, Norsk utgave av ICD-9, Norges offisielle statistikk.

Jorun Ramm er førstekonsulent i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk.

Frafallsproblemet øker

10

Stadig flere vegrer seg mot å svare når de blir bedt om å delta i helseundersøkelsen og andre surveyundersøkelser; i 1995 endte hvert fjerde besøk i et avslag. Folk som bor alene nekter oftest å delta. Frafallet har sannsynligvis ikke påvirket resultatene i vesentlig grad. Skal man redusere frafallet, må man oppsøke folk flere ganger.

Liv Belsby

Allerede på 1920- og 1930-tallet ble frafallsproblemer oppdaget i utvalgsundersøkelser. I 1951 peker Cochran på at frafall i personutvalg kan skape skjevhet siden de som ikke vil være med ofte atskiller seg fra resten av utvalget. For eksempel er "travle" yngre mennesker sjeldnere hjemme og mindre tilgjengelige for intervjuing enn mer etablerte barnefamilier.

Generell tendens

Generelt har frafall økt i spørreundersøkelser. Trolig henger dette sammen med at holdningen i samfunnet til spørreundersøkelser har endret seg over tid. På 1950- og 1960-tallet var de fleste positive til spørreundersøkelser. Denne tiden var preget av stor tro på samfunnsplanlegging. Motstanden økte på 1960- og 1970-tallet (Särndal mfl. 1992). Kanskje henger dette sammen med sterkere fokusering på individet og mindre tro på at et gode for fellesskapet nødvendigvis er et gode for den enkelte. Mange er dessuten vanskelig å få tak i eller har liten tid fordi de tilbringer mindre tid hjemme i dag enn tidligere. Dessuten konkurrerer nå mange spørreundersøkelser om tiden til intervjuobjektet.

Denne artikkelen handler om frafall i intervjudelen av Helseundersøkelsen 1995. Den postale delen, som inneholder de mest følsomme spørsmålene, har et større frafall enn intervjudelen.

Svarandelen i helseundersøkelsen har avtatt siden 1968

Svarprosentene i helseundersøkelsene gjenspeiler trenden mot lavere oppslutning om utvalgsundersøkelser; i 1968 var svarprosenten 94, i 1975 var den 89, i 1985 sank den til 79, og i 1995 var svarprosenten 75. I tillegg til endring i holdninger og hvor opptatt folk er, kan også det voksende antallet spørsmål ha påvirket svarprosenten.

I tabellen nedenfor presenteres frafall og oppgitte frafallsårsaker for henholdsvis Helseundersøkelsen 1975 og 1995.

Ønsker ikke å delta er den vanligste frafallsårsaken, og det er også her årsakene til det meste av frafallskningen i de siste 20 årene ligger.

Personer som bor alene, svarer sjeldnere

Hva karakteriserer personer som ofte svarer, eller vice versa de som

Tabell 1: Frafall og frafallsårsaker i Helseundersøkelsen 1975 og 1995

Årsak til frafall	Helseundersøkelsen 1975		Helseundersøkelsen 1995	
	Antall personer	Prosent av utvalget	Antall personer	Prosent av utvalget
Ønsker ikke å delta	684	5,50	2 061	15,09
Bortreist, eller borte pga. reiser, arbeid, studier e.l.	285	2,29	165	1,21
Andre årsaker til at personen ikke er å treffe	256	2,06	178	1,30
Andre årsaker til frafall	199	1,60	1 013	7,42
Totalt antall som ikke svarer	1 424	11,45	3 417	25,02
Totalt antall i utvalget	12 434		13 656	

ikke svarer? Opplysninger fra registre gir mulighet for å knytte informasjon til de personene som ikke er med i svardelen av utvalget. Trolig ligner frafallsmønsteret i helseundersøkelsene på frafallsmønsteret i andre person- og husholdningsundersøkelser i Statistisk sentralbyrå. Vi har derfor sett på slike frafallsanalyser. I en analyse av forbruksundersøkelsen fant Belsby (1995) at enpersonhusholdninger hadde større sannsynlighet for frafall enn husholdninger med flere personer. Personer bosatt i tettbygd strøk var også mindre villige til å være med i undersøkelsen enn de som var bosatt i griseværdte strøk. Ved en analyse av frafall i Levekårsundersøkelsen 1980, 1983 og 1987, fant Vedø (1997) bl.a. at enslige hadde lavere sannsynlighet for å svare enn andre. Bild mfl. (1997) fant at i Statistisk sentralbyrås undersøkelse om småbarnsfamiliers erfaringer med sykdom og helsetjenester, hadde personer som mottok

sosialhjelp og personer som var født i den 3. verden, større sannsynlighet for frafall enn andre. Videre fant de en tendens til at personer med lav inntekt og lav utdanning hadde større sannsynlighet for frafall.

Motivert av resultatene i disse analysene inkluderte vi følgende registervariabler i frafallsanalysen¹:

- antall personer i husholdningen

- alder til den eldste i husholdningen
- høyeste utdanning i husholdningen
- om noen i husholdningen mottok sosialhjelp
- overgangsstonad
- landbakgrunn etter verdensregioninndeling
- tettbygd/spredtbygd bosted
- den høyeste personinntekten i husholdningen²

Figur 2: Sannsynligheter for å være med i Helseundersøkelsen 1995 for forskjellige grupper¹

Husholdningsstørrelse²

- 1 person
- 2 personer
- 3 personer
- 4 personer
- 5 personer eller flere

Høyeste utdanning i familien

- 0-9 år
- 10-12 år
- 13-16 år
- 17 år og mer

Landbakgrunn³

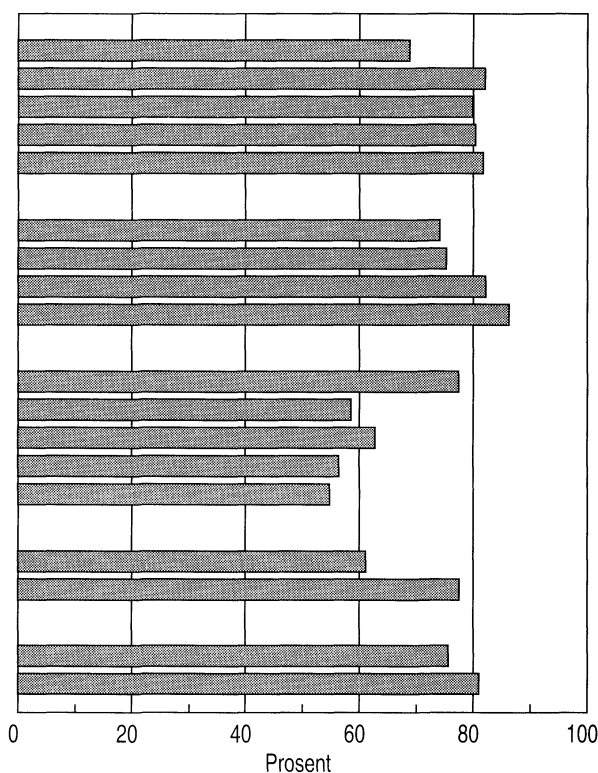
- Norge og Norden
- Vest-Europa ellers
- Øst-Europa
- Nord-Amerika og Oseania
- Sør-Amerika, Asia og Afrika

Mottok sosialhjelp

- Minst én i husholdningen
- Ingen i husholdningen

Bosted

- Tettbygd
- Spredtbygd



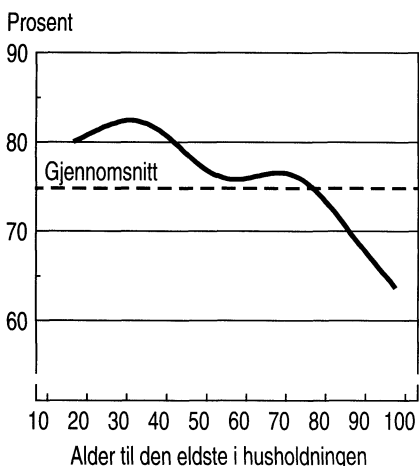
¹ Figuren viser den estimerte sannsynligheten for respons for de kategoriske forklaringsvariablene som ble funnet å være signifikante ved minst 1 prosents nivå i den logistiske modellen

² For de husholdningene hvor faktisk antall personer i husholdningen er ukjent, brukes familiestørrelse fra Det sentrale personregisteret

³ Landbakgrunn til en person er fødelandet til personen. Hvis barn har forskjellig fødeland fra foreldrene, blir landbakgrunn mors fødeland. For husholdninger med personer fra de forskjellige verdensregioner, brukes den verdensregionen som ligner kulturelt mest på vår norske, vest-europeiske kultur. Er for eksempel én i husholdningen fra Vest-Europa og de andre fra Afrika, vil husholdningen bli klassifisert som vesteuropeisk

Kilde: Helseundersøkelsen 1995

Figur 1: Sannsynlighet for å være med i Helseundersøkelsen 1995 for husholdninger, etter alder til den eldste i husholdningen



Kilde: Helseundersøkelsen 1995

De eldste vanskelige å nå

Figur 1 viser andelen av husholdningene som svarer ettersom hvor gammel den eldste i husholdningen er. Husholdninger hvor den eldste er omtrent 30 år har den største svarsannsynligheten. Deretter synker svarsannsynligheten fram til vel 50 år, for deretter å øke igjen. Rundt 70 år er det et ikke helt tydelig toppunkt igjen, før svarsannsynligheten avtar klart med økende alder.

Husholdninger med én person har en svarsannsynlighet på rundt 69 prosent. Husholdninger med fra to til fem eller flere personer har svarsannsynlighet rundt 80 prosent. En stor andel av enpersonhusholdningene er eldre kvinner over 80 år. Videre ser vi at husholdninger hvor personen(e) med høyest utdanning har utdanning på universitets- eller høgskolenivå har en svarprosent på omtrent 86. Mens husholdninger hvor høyeste utdanning er på grunnskolenivå, ligger under 70 prosent.

Husholdninger hvor ingen er norsk-fødte har lavere svarsannsynlighet, rundt 55-60 prosent, enn husholdninger med minst én norsk person. De som får sosialhjelp har lavere svarsannsynlighet enn de som ikke får. Husholdninger i spredtbygde strøk har større svarsannsynlighet enn de i tettbygde strøk.

Økonomien i husholdningen, målt med den høyeste personinntekten, påvirker ikke svarsannsynligheten noe særlig. Gruppen som mottar overgangsstønad, det vil si enslige foreldre, svarte omtrent like ofte som andre. Følgelig er disse to variablene ikke med i modellen for å beregne svarsannsynligheter.

Vi brukte en statistisk test som viser hvilken forklaringsvariabel som ale-ne betyr mest i modellen. Den gav følgende rekkefølge med den viktigste forklaringsvariabelen først: Antall personer i husholdningen, alder til den eldste i husholdningen, høyeste utdanning i husholdningen, landbakgrunn etter verdensregion-

inndeling, om noen i husholdningen mottok sosialhjelp og tettbygdt/spredtbygdt bosted.

Hvordan påvirker frafallet tall fra helseundersøkelsen?

Siden det er overhyppighet av noen kjennetegn blant de som ikke svarer, vil det kunne skape skjevhet i materialet. For å få et anslag på hvor stor skjevhet frafallet skaper, beregner vi anslag på noen typer sykkelighet med og uten korrigering for frafall.

Vi bruker en metode som stammer fra Politz og Simmons (1949). Vi bruker to versjoner av modellen for svarsannsynligheter for å justere data³. Tabell 2 viser estimert andel syke uten frafallsjustering, og justert for frafall basert på disse to modellene.

Tallene i tabellen tyder heldigvis på at frafallet bare i liten grad påvirker sykkelighetstallene for hele befolkningen. Det kan tenkes at andre typer sykkelighet eller undergrupper eller geografiske områder påvirkes mer. De som ikke svarer ser ut til å være litt mer syke enn de som er med i undersøkelsen.

Metoden for å justere for frafall forutsetter homogenitet i grupper med lik verdi av forklaringsvariablene i frafallsmodellen. Eller med andre ord; gitt utdanningsnivået, landbakgrunn i husholdningen, om noen i husholdningen mottar sosialhjelp eller ikke, og om husholdningen bor i tettbygdt eller spredtbygdt strøk, eventuelt også alder til eldste i husholdningen og husholdningens størrelse, forutsettes sannsynligheten for sykdom å være den samme for de som svarer og ikke svarer. For å undersøke om denne forutsetningen holder, måtte personer som ikke svarer bli oppsøkt, og på en

Tabell 2: Tall for sykkelighet for Helseundersøkelsen 1995 beregnet uten og med to alternative modeller for å korrigere for frafall



Sykdom	Ingen justering for frafall	Modell for svarsannsynlighet	
		Inkluderer høyeste utdanning i husholdningen, landbakgrunn, sosialhjelp og tettbygdt/spredtbygdt bosted	Inkluderer alder til eldste i husholdningen, antall personer i husholdningen, høyeste utdanning i husholdningen, landbakgrunn, sosialhjelp og tettbygdt/spredtbygdt bosted
Varig sykdom	57,24	57,46	58,04
Nervøse lidelser	6,77	6,87	7,01
Hjerte- og karsykdommer	14,35	14,43	14,92
Åndedrettssykdommer	17,44	17,54	17,50
Sykdommer i underhuden	4,46	4,48	4,50
Skjelett- og muskelsykdommer	24,79	25,34	24,93

Kilde: Helseundersøkelsen 1995

eller annen måte bli overtalt til å bli med i helseundersøkelsen.

Denne analysen tyder på at en frafallsprosent rundt 25 ikke svekker kvaliteten noe særlig på helseundersøkelsen. Likevel ville det naturligvis være ønskelig å øke deltakelsen. I den amerikanske National Health Interview Survey lyktes det å holde svarprosenten på 95 prosent i perioden 1985 til 1989 (Couper 1996). I den samme perioden økte gjennomsnittlig antall forsøk på å komme i kontakt med intervjuobjektet fra 2,56 til 2,95. Kanskje burde man for den neste helseundersøkelsen også anstrenge seg mer for å øke svarprosenten?

1. Modellen estimeres på husholdningsnivå, eller mer presist; hvis minst én person i husholdningen er med i undersøkelsen, får responsvariabelen verdien 1, ellers får den verdien 0. Variablene for alder og inntekt blir brukt som kontinuerlige variabler i modellen. De andre forklaringsvariablene kodes som kategoriske variabler. Det er vanlig å formulere denne typen sammenheng med en logistisk link.

I tradisjonelle logistiske modeller må eventuelle transformasjoner av forklaringsvariablene defineres før estimeringen. For eksempel kan en ha en formening om at alder inngår med både 1. og 2. grads ledd. Ofte er det en ulempe å måtte formulere funksjonsformen på forhånd fordi en ikke har nok kunnskap om hva som er god transformasjon. Ved å velge en "tilfeldig" transformasjon kan en risikere å ikke finne en god tilpasning til data. Moderne regresjonsmetoder (Venables og Ripley 1994) beregner en ikke-parametrisk funksjon ved "spline"-metoder. Fordelen er at man slipper å transformere basert på mer eller mindre godt funderte hypoteser om funksjonsformen. Den estimerte sammenhengen mellom alder og frafall viser at alder bør inngå som et fjerdegrads polynom i modellen.

2. Personinntekt er disponibel inntekt, som i selvangivelsen, pluss summen av utlignet skatt.

3. Metoden går ut på å justere de opprinnelige vektene i helseundersøkelsen, basert på

inverse trekkesannsynligheter, med den inverse svarsannsynligheten. Personer over 80 år er overrepresentert i helseundersøkelsen. Derfor baserer vi beregningen av svarsannsynligheten på to forskjellige frafallsmodeller. Den ene modellen inkluderer alle forklaringsvariablene som påvirket frafallet signifikant, se figurene 1 og 2. I den andre modellen er ikke alder eller antall personer i husholdningen med. Antall personer i husholdningen er sterkt korrelert med alder idet eldre mennesker ofte bor alene. Derfor ble også denne variabelen fjernet fra modellen.

Litteratur

Belsby, Liv (1995): *Forbruksundersøkelsen. Vektmetoder, frafallskorrigeringer og intervjuer-effekt*, Notater 95/18, Statistisk sentralbyrå.

Bild, Hanna, Jon Erik Finnvald, Kari Kveim Lie, Rannveig Nordhagen og Arnfinn Schalm (1997): *Brukererfaringer med forebyggende helsetjenester*, Under utgivelse i serien Rapporter, Statistisk sentralbyrå.

Cochran, William Gemmell (1951): "Modern methods in the sampling of human populations", *American Journal of Public Health*, 41, 647-653.

Couper, Mick P. (1996): *Theoretical and Practical Aspects of Survey Nonresponse*, Metodekonferanse på SCB, Stockholm september 1996.

Politz, A. og W. Simmons (1949): "An attempt to get not-at-homes into the sample without callbacks", *Journal of the American Statistical Association* 44, 9-31.

Särndal, Carl-Erik, Bengt Swenson and Jan Wretman (1992): *Model Assisted Survey Sampling*, Springer Series, Springer-Verlag.

Vedø, Anne (1997): *Frafall i leveårspanelet 80, 83 og 87*, Notater 97/31, Statistisk sentralbyrå.

Venables, Bill N. og Brian D. Ripley (1994): *Modern Applied Statistics with S-plus*, Springer-Verlag.

Liv Belsby er førstekonsulent i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for statistiske metoder og standarder.

Vi klager ikke før vi må

14

Mange mener de har god helse selv om de har én eller flere sykdommer. Terskelen for å karakterisere sin egen helse som dårlig, synes høy for de fleste. En forringet helseopplevelse oppstår som regel først når sykdom, funksjonshemming eller andre forhold gjør at man ikke kan utfolde seg som før, eller fungere tilfredsstillende i yrkes- eller utdanningssammenheng. Psykosomatiske forhold og svake sosiale relasjoner bidrar også til en negativ vurdering av egen helse.

Jorun Ramm

Det finnes ingen faglig enighet om innholdet i helsebegrepet. Helse kan avgrenses strengt klinisk-medisinsk som "fravær av sykdom eller svekkelse", eller svært vidt og altomfattende som i Verdens helseorganisasjons (WHO) definisjon av helse som "en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller svekkelse" (WHO 1958). Forskjelligheten i de refererte definisjonene antyder at det heller ikke er enighet om hvilke instrumenter som er best egnet til å måle befolkningens helsestatus/-tilstand.

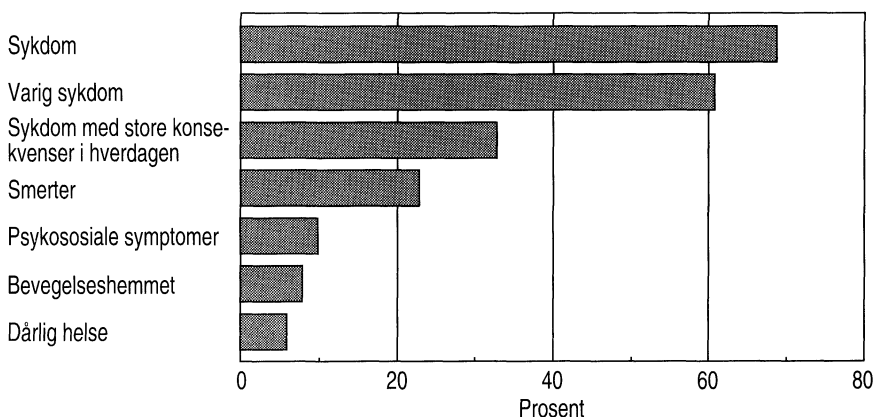
Subjektive og objektive helsemål

Hvis man betrakter ulike mål på helse langs en objektiv/subjektiv skala, vil ytterpunktene utgjøres av medisinsk definerte biologiske tilstander på den ene siden, og alminnelige folks vurderinger av egen helse på den annen¹. Helseprofesjonens diagnostiseringspraksis baserer seg i hovedsak på "objektive" eller faglig definerte standarder. Innenfor denne rammen av gitte kriterier må det imidlertid også

foretas skjønnsmessige vurderinger på et mer subjektivt grunnlag. Det andre ytterpunktet på skalaen er personens egne vurderinger av hvilke plager og helseproblemer han eller hun har. Fordi lekfolk ikke avgrenser sine vurderinger strengt til medisinske problemstillinger, vil folks egenvurderte helse være farget av kunnskap og erfaring den enkelte har om seg selv, og av egen utsatthet for sykdom. Det er med andre ord den totale livssituasjonen som vil utgjøre grunnlaget for vurderingene og synspunktene.

Helseundersøkelsens helsemål baserer seg utelukkende på subjektivt rapporterte opplysninger. Målene kan ha en beskrivende eller evaluende karakter. Sykelighetsmålet i helseundersøkelsen baserer seg primært på at intervjupersonen selv beskriver en tilstand, mens mål for egenvurdert helse impliserer at intervjupersonen blir bedt om å gjøre en vurdering av egen tilstand. Metodisk hevdes det at såkalte "harde" data, dvs. spørsmål som i stor grad støtter seg til rapportering av faktaopplysninger, er lettere for intervju-

Figur 1: Andel med ulike helseplager i prosent av den voksne befolkningen 16-66 år. Prosent. (N=6 501)



Kilde: Helseundersøkelsen 1995

personen å forholde seg til, og også enklere å fortolke i etterkant. Mens såkalte "myke" data, som i stor grad baserer seg på den enkeltes synspunkter og vurderinger, er vanskeligere både å rapportere og å fortolke.

Helseundersøkelsens spørsmål om sykdom, skade eller funksjonshemming danner grunnlaget for å anslå "sykeligheten" i befolkningen. Spørsmålet er subjektivt farget, men faktaorientert. Fordi det i noen grad er tale om en beskrivelse av faktiske forhold, vil målet kunne klassifiseres som et "hard"-datamål. Opplysningene om sykdom, skader eller funksjonshemming blir en kombinasjon av hva en lege har diagnostisert, og symptomer og plager personen selv mener at han har. Målet for "egenvurdert helse" har større preg av evaluering enn av beskrivelse. Den subjektivt-vurderende dimensjonen blir således en tilleggsdimensjon til faktaorientert helseinformasjon.

Helseundersøkelsen

Statistisk sentralbyrås helseundersøkelse har en viktig plass i arbeidet med å kartlegge sykdomsforekomst og -utbredelse i befolkningen. Et sentralt redskap i så måte er mål på befolkningens "sykelighet", dvs. intervjupersonenes rapportering av lidelser, funksjonshemming og skader klassifisert etter den internasjonale klassifikasjonslisten for sykdom, skader og dødsårsaker (ICD-9). Sykelighetsmålet gir en indikasjon på forekomst av ulike sykdomstyper, og er over tid også et godt mål på endring i sykdomsmønsteret i befolkningen. Men er det en god indikator på befolkningens helsetilstand?

Gjennomslag for å se individet som et hele, samt i relasjon til sosial kontekst, har ført til større oppmerksomhet omkring subjektive helsemål. Folks opplevelse av og erfaring med egen tilstand blir tillagt vekt. I 1985

Spørsmål om sykdom, skade eller funksjonshemming:

"Har du noen sykdom eller lidelse av mer varig natur, noen medfødt sykdom eller virkning av skade?" (inntil 10 svarmuligheter)

følges opp med spørsmål om "er det noen sykdom, skade eller lidelse du ennå ikke har fortalt om - hva slags sykdom, skade eller lidelse dreier det seg om?" (inntil 10 svarmuligheter)

og videre "har du noen funksjonshemming som du ikke regner som sykdom, skade eller lidelse og som du derfor ennå ikke har fortalt om?" (inntil 4 svarmuligheter)

ble også spørsmål av mer subjektiv karakter innlemmet i helseundersøkelsens spørreskjema. Det dreier seg om indikatorer som forsøker å fange opp andre sider ved intervjupersonenes helse enn utelukkende "medisinsk" avgrenset sykelighet; blant annet egenvurdering av helse, trivsel og livskvalitet.

Sykelighetsmålet i helseundersøkelsen

Spørsmål om sykdom, skade eller funksjonshemming er sentrale i arbeidet med å avdekke helsemessige plager og problemer i befolkningen. Sykdom og plager som angis er i første rekke en gjengivelse av hva profesjonelle har diagnostisert på et medisinsk grunnlag. Knappt 90 prosent sier at det er en lege som har sagt at de har "diagnosen". I tillegg er rapporteringen et produkt av hva den enkelte selv opplever og erfarer som plager og problemer.

Sykelighetsmålet i helseundersøkelsen har fra ulike hold vært kritisert for å favne for vidt. En manglende nyansering av tilfelle-nes alvorlighetsgrad fører til at alle typer plager blir tillagt like stor vekt som syketilfelle. En kan si at slik sykelighet har vært målt,

bidrar plager som eksem og åreknuter like mye til sykeligheten som alvorligere diagnoser som hjerteinfarkt og lungelidelser. En praksis med manglende differensiering har ført til at den norske befolkningens helsetilstand (jf. sykelighet) har vært fremstilt i et skjevt lys. Med det vidt definerte sykelighetsbegrepet finner en at 69 prosent av befolkningen mellom 16 og 66 år, har en eller annen sykdom, skade eller funksjonshemming (figur 1). At godt over halvparten av Norges befolkning har sykdommer eller lyter, sier på mange måter mer om hva som utgjør en kulturell og menneskelig "normaltilstand", enn om faktiske avvik fra denne.

"Den vet best hvor skoer trykker, ..."

Fra et metodologisk synspunkt er spørsmålet om hvordan folk vurderer sin helse "sånn i sin alminnelighet" vanskelig tolkbart. I motsetning til rapportering av mer fakta-relaterte forhold (som sykelighet), er egenvurdert helse i større grad sensitivt overfor intervjupersonenes erfaring, holdninger og følelser. I vurderinger av egen helse er det individet selv som er ekspert.

Den enkelte vurderer sin helse ut fra flere kilder til informasjon, der

Spørsmål om egenvurdert helse:

"Hvordan vurderer du din egen helse sånn i sin alminnelighet?"

Vil du si at den er meget god
 god
 verken god eller dårlig, middels
 ganske dårlig
 dårlig

erfaring og kunnskap om egen tilstand, samt fysisk, mental og sosial mestring er sentrale indikatorer. En studie av Williams (1983) antyder at helsebegrepet, i tillegg til å omfatte sykdom og funksjonsevne, også inkluderer positive aspekter ved helse. Slik som å være i fysisk form, ha sunt kosthold, samt forhold som kan sammenfattes i begrepet psykososialt velvære. Målet vil med andre ord ikke bare fange opp medisinskrelaterte tilstander, men også forventninger den enkelte har til seg selv, ofte relatert til grupper man velger å sammenligne seg med.

Målet gir i stor grad rom for individuelle tolkninger: Det overlates til den enkelte svarperson å gi helsebegrepet innhold innenfor sin referanseramme. Lundberg og Manderbacka har i en artikkel fra 1996 sett på målets svake og sterke sider fra et metodisk ståsted. De konkluderer i sine analyser, i tråd med tidligere forskning (bla. Mackenbach mfl. 1994), med at målet til tross for vag formulering og vide svaralternativer, har stor gyldighet. Styrken ved målet er nettopp subjektiviteten og direktheten.

- takk, bare bra"

Kun 6 prosent av befolkningen (tilsvarende 240 000 personer) sier at helsen er "ganske dårlig" eller "dårlig", til tross for at langt flere har sykdommer og plager (figur 1). Dette kan tyde på at det generelt

sett skal mye til for at man sier at helsa er dårlig. Individet tilpasser seg sine ressurser til enhver tid. Mechanic (1968) argumenterer for at folk flest forholder seg til plager og symptomer ved i første omgang å tolke dem som normale. De fleste vil forsøke å opprettholde en positiv helsevurdering til plager og ubehag blir så sterke at de ikke lenger kan undertrykkes. Når imidlertid sykdom, funksjonshemming eller symptomer oppleves som vanskelige for individet selv f.eks. gjennom redusert mestringsevne, og også blir synlige for omgivelsene, vil sannsynligheten for negativ helsevurdering også øke. Det kan være at man ikke lenger er i stand til å utøve sitt yrke og blir uføretrygdet, eller at tilstanden legger begrensning på deltakelse i sosiale sammenhenger og fritidsaktiviteter generelt. Det er også rimelig å tenke seg at når mangler eller skranker berører en høyt skattet eller verdsatt aktivitet

eller egenskap, vil sannsynligheten for at man rapporterer om svekket helse øke. Når sykdom eller funksjonshemming er et faktum, er også veien kort inn i sykerollen.

God helse som fravær av sykdom og svekkelse?

Helseundersøkelsene i 1985 og 1995 viser at målene for egenvurdert helse og rapportering av sykdomsforekomst ikke er sammenfallende helsemål. Til tross for at nærmere 70 prosent av befolkningen i yrkesaktiv alder (16-66 år) rapporterer om alvorlige eller mindre alvorlige sykdommer og plager, vurderer 8 av 10 sin helse som god eller ganske god (tabell 1). 16 prosent velger imidlertid ikke disse alternativene i beskrivelser av egen helse, og 6 prosent opplever helsen som direkte dårlig i 1995.

Til tross for sykdom eller funksjonshemming har størstedelen av Norges voksne ikke-institusjonaliserte befolkning (16-66 år), høy subjektiv velferd sett fra et helsemessig synspunkt. 98 prosent av den sykdomsfrie delen av befolkningen mener de har god helse, mens 77 prosent av de som har en eller annen sykdom, skade eller funksjonshemming (uavhengig av sykdomstype og alvorlighetsgrad) sier det samme i 1995. Dersom sykdom, funksjonshemming eller skade skaper særlige

Tabell 1: Hvordan vil du vurdere din egen helse "sånn i sin alminnelighet"? Tallene omfatter befolkning i yrkesaktiv alder 16-66 år. 1985 og 1995. Prosent

	1985			1995		
	Alle	u/sykdom	m/sykdom	Alle	u/sykdom	m/sykdom
Meget god/god helse	82	94	70	84	98	77
Verken god eller dårlig	14	6	23	11	2	15
Ganske dårlig/dårlig	4	-	8	6	-	8
(N)	6 651	3 216	3 390	6 501	2 045	4 456

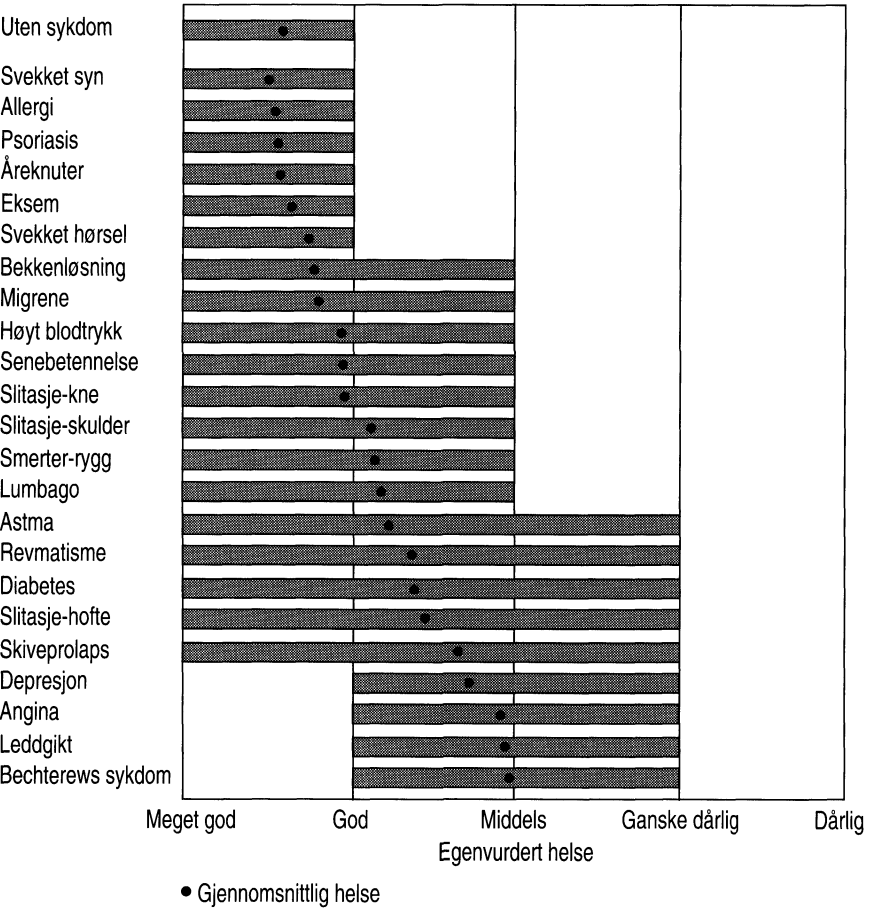
Kilde: Helseundersøkelsen 1995

Tabell 2: Fordeling på egenvurdert helse etter om og i hvilken grad eventuell sykdom/funksjonshemming virker inn på hverdagen. Tallene omfatter befolkning i yrkesaktiv alder 16-66 år. 1995. Prosent

	Med sykdom ¹				
	Uten sykdom	Ingen problemer	Innvirker i liten grad	Innvirker i noen grad	Innvirker i høy grad
Meget god/god helse	98	97	91	73	36
Verken god eller dårlig	2	3	9	22	30
Dårlig/meget dårlig	-	1	1	6	34
(N)	2 265	8 25	1 317	1 382	712

¹ "Hvordan vil du vurdere den/de varige sykdommene/funksjonshemmingene du har fortalt om. I hvilken grad virker noen av disse inn på din hverdag?"
Kilde: Helseundersøkelsen 1995

Figur 2: Rangering av de hyppigst angitte diagnosene i Helseundersøkelsen 1995 (minimum 30 personer), etter gjennomsnittsscore på spørsmål om hvordan man vurderer sin helse sånn i sin alminnelighet¹



¹ Referert i figuren er gjennomsnittstall. Horisontale søyler angir svarvariasjonen i egenvurdert helse for enkelt diagnoser innenfor 10- og 90-percentiler
Kilde: Helseundersøkelsen 1995

problemer, og virker inn på hverdagen i høy grad, faller andelen med god helse dramatisk.

Om lag 34 prosent av befolkningen med sykdom som virker inn på hverdagen i høy grad, sier at helsen er dårlig (tabell 2). Det kan arte seg som smerter, angst, søvnproblemer, tretthet eller begrensninger i utfoldelse. Noen flere, 36 prosent, anser helsen som god til tross for alvorlige plager.

Sykdommer og egenvurdert helse

Sykdom og funksjonsproblemer oppleves forskjellig. En "diagnose" kan objektivt sett arte seg ulikt og individuelle toleransegrenser bidrar til at plagene "tas" forskjellig. En person med funksjonshemming vil ikke nødvendigvis anse sin helse som dårlig, dersom personen ellers er frisk og fungerer tilfredsstillende innenfor subjektivt satte rammer. Et utvalg "diagnoser", valgt etter forekomst i utvalget, er rangert etter gjennomsnittsscore på en helse-skala fra meget god til dårlig helse (figur 2). For å illustrere variasjonen i svarene er svarintervallene avgrenset til å omfatte de midterste 80 prosent av angivelsene for den enkelte diagnose (jf. 10- og 90-percentiler i figuren). Figuren gir en indikasjon på, og er ment å være en illustrasjon av, hvordan den enkelte "lever med" ulike sykdommer eller plager. Rangeringen viser i korte trekk at det er store forskjeller mellom ulike sykdommer mht. hvilken effekt de har på selvopplevd helse. Noen har sykdommer uten at de oppleves å påvirke helsen i nevneverdig grad, mens andre angir verdier som tyder på større helsereduksjon.

Helsevurderingene for de utvalgte sykdommene samles grovt sett innenfor fire svarintervaller med

Den mest plagsomme sykdommen:

Sykdomsvariabelen i figuren er en sammenstilling av syketilfeller som intervjupersonene har referert. Personer som har oppgitt ett syketilfelle, samt personer som har oppgitt flere syketilfeller og som kan identifisere "det mest plagsomme" syketilfellet - dvs. sykdommen eller funksjonshemmingen som virker inn på hverdagen i størst grad, sammenlignet med individets øvrige lidelser eller plager. I tilfeller der intervjupersonen ikke er i stand til å identifisere én diagnose som mer plagsom enn en annen, er personen utelatt fra rangeringen. Intervallene for hver "diagnose" angir variasjonen i de midterste 80 prosent av svarene på spørsmål om hvordan man vurderer helsen "sånn i sin alminnelighet".

ulik avgrensning. Rangeringen antyder at tilstander som åreknuter, eksem, allergi, samt svekket syn eller hørsel, ikke påvirker helsevurderingen utover hva personer uten sykdom angir. Svarangivelsene for disse tilstandene er konsentrert i den positive enden av helseskalaen "meget god" og "god helse". For en del slitasjeplager, migrene, høyt blodtrykk mv. utvides intervallet. For disse lidelsene varierer egenvurdert helse innenfor intervallet for "meget god helse" til "verken god eller dårlig" (middels). Svarintervallet utvides ytterligere når det er tale om tilstander som astma, diabetes, revmatisme mv. Enkelte mener at tilstandene ikke medfører svekket helse, mens andre opplever at tilstandene medfører en vesentlig helsereduksjon ("meget god") til ("ganske dårlig"). Mindre enn 10 prosent av intervjupersonene med diagnoser som angina, leddgikt og depresjon svarer at helsen er meget god. Helseverdiene for disse tilstandene varierer innenfor intervallet "god" til "ganske dårlig helse".

Egenvurdert helse i forhold til andre helseindikatorer

Indikatorer på helse som sykdom, bevegelighet, smerter samt psykosomatiske symptomer henger sammen, og det kan være vanskelig å betrakte dem uavhengig av

hverandre. Varig sykdom fanger i noen tilfeller opp både smertetilstander, bevegelsesproblemer og psykosomatiske forhold.

Bevegelseshemming er målt ved om man klarer å gå trapper, samt om man er i stand til å gå en distanse på mer enn 200 meter. Dersom man har vansker som omfattes av disse målene, er åpenbart ens livsutfoldelse innskrenket. Psykosomatiske forhold måles ved om man har

nedsatt appetitt, er søvnløs, eller er trett og sliten. Vi vet lite om årsakene til disse plagene, og i noen tilfeller kan det være en varig lidelse, eller medisinbruk som følger av denne, som er den underliggende årsaken.

Grupper som vurderer egen helse negativt, har konsekvent høyere rapportering av "helseproblemer", sammenlignet med andre (tabell 3). Flere har nedsatt bevegelsesevne, fysiske smerter, psykosomatiske symptomer, samt varig sykdom, sammenlignet med grupper som vurderer helsen sin positivt. Vel så interessant er det at høye andeler av de som sier de har god/ganske god helse også har varig sykdom (55 prosent), og at 17 prosent er ganske eller veldig mye plaget med fysiske smerter. Kun lave andeler av de som har god helse, oppgir å ha nedsatt bevegelsesevne og psykosomatiske symptomer. Ved hjelp av logistisk regresjonsanalyse² er det mulig å skille ut hvilken eller hvilke

Tabell 3: Andel med ulike "helseproblemer", etter om de vurderer egen helsetilstand negativt (ganske dårlig/dårlig), middels (verken god eller dårlig) eller positivt (meget god/god). 1995. Prosent

	Negativ helsevurdering		Middels helsevurdering		Positiv helsevurdering	
	ja	nei	ja	nei	ja	nei
Varig sykdom ¹	95	5	91	9	55	45
Nedsatt bevegelsesevne ²	54	46	23	77	4	96
Fysiske smerter ³	65	35	49	51	17	83
Psykosomatiske symptomer ⁴	47	53	23	77	5	95
(N)	322		681		5 498	

¹ Varig sykdom omfatter diagnoser som er nevnt av intervjupersonen og som ut fra medisinske kriterier anses for å være varige pr. def., samt diagnoser som anses som varige dersom de har vart i mer enn seks måneder. Variabelen har to verdikategorier; har varig sykdom og har ikke varig sykdom (jf. Carlson 1987)

² Nedsatt bevegelsesevne er målt med to indikatorer. Dersom intervjupersonen ikke klarer eller har vanskelig for å gå i trapper en etasje opp eller ned uten å hvile, eller dersom intervjupersonen ikke klarer eller har vanskelig for å bevege seg en distanse på maks. 200 meter

³ Intervjupersonen blir registrert med fysiske smerter dersom han er ganske mye eller veldig mye plaget med smerter i enten nakke, rygg, armer, skuldre, knær eller føtter

⁴ Psykosomatiske symptomer er målt ved om intervjupersonen har vært ganske mye eller veldig mye plaget med én av følgende forhold siste 14 dager før intervjuet: dårlig matlyst, mangel på energi eller søvnproblemer

Kilde: Helseundersøkelsen 1995

helseindikatorer som har størst innflytelse på sannsynligheten for å vurdere egen helse negativt. Oddsforholdet mellom målevariabelen og forklaringsvariablene gir en indikasjon på "risiko" for å angi egen helse som dårlig. I analysen har vi også inkludert intervjupersonenes alder fordi helse i høy grad er aldersavhengig.

Det er nedsatt bevegelsesevne som i størst grad bidrar til negativ helse-rapportering, selv om også langvarig sykdom og psykosomatiske forhold er viktige i betraktninger omkring egen helse. Analysen viser at det er en vesentlig større (nærmere åtte ganger så høy) sannsynlighet for at personer med redusert bevegelsesevne sier at helsen er dårlig, sammenlignet med personer uten bevegelseshemming. Samtidig er forholdstallet for negativ helsevurdering 5:1 mellom personer som har psykosomatiske problemer eller varig sykdom, og folk som ikke har disse plagene.

Det er den voksne befolkningen (16-66 år) som er målgruppen for analysene. For mennesker i aktiv alder, oppleves sannsynligvis innskrenkninger i utfoldelsesmuligheter tungt, særlig hvis en sammenligner seg med funksjonsfriske på egen alder. En overgang fra yrkesaktivitet til uføretrygd vil medføre en velferdsreduksjon for de fleste. Videre er ens funksjonsevne synlig for omgivelsene, og innebærer at man stadig blir konfrontert med det faktum at man ikke fungerer "på linje" med andre mennesker. Også symptomer som dårlig matlyst, søvnløshet og slapphet påvirker livskvaliteten, og virker inn på helse-rapporteringen. Slike symptomer eller tilstander øker risikoen/muligheten for at helsen oppleves som dårlig.

Varig sykdom er altså ikke den primære forklaringsfaktor i analysen. Dette støtter opp om eller illustrerer at sykkelighetsmålet i helseundersøkelsen, som utelukkende fanger opp intervjupersonenes sykdomsangivelser, i seg selv er et lite egnet mål for å gripe forhold som omfattes av selvpoplevd helse. Andre helseindikatorer som nedsatt bevegelighet og psykosomatiske symptomer er vel så sentrale i intervju-personenes vurderinger omkring egen helsetilstand. Således vil man kunne slutte at en betydelig andel av "diagnosene" i helseundersøkelsen har små eller ingen konsekvenser for hvordan man opplever, og gir uttrykk for at helsetilstanden er.

Ikke sykdom alene...

Vi har sett at negativ helseopplevelse påvirkes av sykdom, og at sykdom som påvirker hverdagen i betydelig grad, samt nedsatt bevegelighet og psykosomatiske forhold, fører til økte andeler som sier at helsen er dårlig. Fordi en relativt stor andel av de som har god eller ganske god helse også har ulike sykdommer, skader og funksjonshemninger, samt fysiske smerter, er det ikke utelukkende "helseproblemer" eller medisinsk relaterte forhold som påvirker ens helsemessige velferd, eller subjektivt opplevde helsetilstand. Vi stiller derfor spørsmål om hvilke andre faktorer som virker inn på vurderinger av helse i negativ retning.

Sosiologiske og sosiokulturelle forhold som ikke fanges opp gjennom mål på den enkeltes "helseproblemer", bidrar til å gi et mer nyansert og sammensatt bilde av den enkeltes helseopplevelse. Det kan være forhold som er vanskelig å måle i en spørreundersøkelse direkte, men som reflekteres i mål på hvordan individet fungerer i ulike hverdags-situasjoner eller roller.

Egenvurdert helse og kjennetegn ved intervjupersonene

Forventninger til eget prestasjonsnivå vil variere både med alder, kjønn og kontekst. Den enkeltes behov for å opprettholde et høyt nivå med hensyn til mental og fysisk funksjon justeres og reduseres med økende alder. Eksempelvis vil manglende kapasitet til å løpe til bussen kunne være en vesentlig helse-/velferdsreduksjon for en ungdom, men kanskje ikke så vesentlig for en som har passert 60? Likeledes vil stivhet i ledd ikke nødvendigvis oppfattes som et helseproblem for eldre personer, men betraktes som en naturlig del av aldringsprosessen. Med økende alder justeres krav og forventninger til egen helsetilstand og kapasitet, men samtidig øker forekomsten av medisinsk relaterte "helseproblemer".

I likhet med resultater fra helseundersøkelsen viser også andre studier at andelen som rangerer egen helse negativt øker med økende

Tabell 4: Hvordan vurderer du din egen helse "sånn i sin alminnelighet", fordelt på kjønn og alder. Prosent



	Menn			Kvinner		
	16-24	25-44	45-66	16-24	25-44	45-66
Meget god/god helse	91	90	74	91	89	72
Verken god eller dårlig	9	7	17	8	7	17
Dårlig/meget dårlig	1	3	9	1	4	11
(N)	699	1 353	1 201	598	1 471	1 179

alder (Moum 1991, Murray mfl. 1982).

Alder gir et likt svarmønster for kvinner og menn. Også andre studier viser til små kjønnsforskjeller i egenvurdert helse. Flertallet av studier som benytter et tilsvarende mål for egenvurdert helse som det som benyttes her, viser at sosiale bakgrunnsfaktorer ikke påvirker rapporteringen i særlig grad. Annerledes er det i tilfeller der intervju-personene eksplisitt anmodes å sammenligne seg med andre på sin alder (jf. "Hvordan vil du vurdere egen helsetilstand sammenlignet med andre mennesker på din alder?").

Indikatorer på helsetilstand som omfatter helseproblemer og sykdomsrelaterte forhold, viser at kvinner er overrepresentert i "problem-grupper". Helseundersøkelsen, i likhet med andre undersøkelser av helse og helseforhold, viser til at kvinner har dårligere helse enn menn målt ved hjelp av subjektivt rapporterte faktaopplysninger (bl.a. Wright 1987). Helseundersøkelsen 1995 viser at 66 prosent av kvinner (16-66 år) har varig sykdom, og at kvinner med sykdom i gjennomsnitt har 2,4 syketilfelle. Tilsvarende tall for menn er 60 prosent med varig sykdom, og 2 syketilfeller i gjennomsnitt pr. syk person (N=6 756).

Egenvurdert helse og sosial deltakelse

Opplevelse av egen evne til å møte utenforliggende krav og forventninger generelt antas å bli reflektert i folks helsevurderinger. Ens kapasitet til å møte hverdagens krav og til å utføre dagliglivets gjøremål, kan fanges opp gjennom mål på hvordan den enkelte fungerer i ulike samfunnsdefinerte roller. For eksempel hvordan man fungerer i familien (rollen som mor/far), i jobbsammenheng (yrkesrollen) eller i

Tabell 5: Andel med ulike "sosiale problemer", etter om de vurderer egen helsetilstand negativt (ganske dårlig/dårlig), middels (verken god eller dårlig) eller positivt (meget god/god). 1995. Prosent

	Negativ helsevurdering		Middels helsevurdering		Positiv helsevurdering	
	ja	nei	ja	nei	ja	nei
Personer med sykdom som har						
problemer med å begynne/mestre jobb ¹	53	47	21	79	3	97
problemer med å begynne/fullføre utdanning ²	31	69	8	93	2	98
problemer i deltakelse i forenings-/fritidsaktivitet ³	9	91	1	97	-	100
vansker med sosial kontakt ⁴	3	97	1	99	-	100
Personer uavhengig av sykdom som						
ikke har noen fortrolig samtalepartner ⁵	17	83	13	87	8	92
ikke bor sammen med andre voksne ⁶	20	80	16	84	12	88
ikke er i arbeid ⁷	61	39	38	62	22	78

¹ Positivt svar indikerer at det er "ikke mulig" eller "svært vanskelig" å finne en jobb intervjupersonen kan klare eller han har vansker med å klare den jobben han har (dette spørsmålet er kun stilt til personer med sykdom, skade eller funksjonshemming). (N=4 228)

² Positivt svar indikerer at det er "ikke mulig" eller "svært vanskelig" å gjennomføre eller sette i gang med ønsket utdanning eller opplæring (dette spørsmålet er kun stilt til personer med sykdom, skade eller funksjonshemming). (N=4 053)

³ Positivt svar indikerer at det er "ikke mulig" eller "svært vanskelig" å delta i foreningsliv eller i andre fritidsaktiviteter pga. sykdom, skade eller funksjonshemming. (N=4 014)

⁴ Positivt svar indikerer at det er "svært vanskelig" eller "ikke mulig" å få kontakt med eller snakke med andre mennesker (dette spørsmålet er kun stilt til personer med sykdom, skade eller funksjonshemming). (N=4 156)

⁵ Spørsmålet er fra selvutfyllingsskjemaet og intervjupersonen registreres uten fortrolig samtalepartner dersom han svarer nei på om han har noen han kan snakke fortrolig med. (N=5 418)

⁶ Variabelen er konstruert ut fra husholdssammensetning. (N=6 501)

⁷ Yrkesaktivitet omfatter de som har oppgitt et yrke og som arbeider 10 timer i uka eller mer. (N=6 501)

interaksjon med andre mennesker (sosiale roller). En av sosiologiens klassikere definerte god helse som "en tilstand av et individs optimale kapasitet for effektiv utførelse av roller og oppgaver som han er sosialisert til å fylle" (Parsons 1958). I dette perspektivet ses "god helse" som en samfunnsmessig investering. Manglende kapasitet til å delta i arbeidslivet på grunn av dårlig helse vil i tillegg til å være samfunnsøkonomisk ufordelaktig, også være en velferdsmessig ulempe for individet som rammes. Kapasitetsmangler hos individet bør imidlertid ses i forhold til hvilke konkrete roller og aktiviteter den enkelte står overfor. Hvis "helseproblem" er årsak til at en person ikke kan utøve sitt yrke, eller drive med spesifikke interesser, påvirkes personens velferd.

Hvis aktivitetene i tillegg er høyt skattet, vil velferdsreduksjonen være tilsvarende høyere. For det enkelte individ oppleves sannsynligvis ens evne til å kunne ta vare på seg selv og egen familie som mest grunnleggende, dvs. hvordan man fungerer i familierollen, eller i interaksjon med andre mennesker.

Andelene med problemer i forhold til rolleutførelse og sosial funksjon er konsistent/høyere ved negativ helserapportering, sammenlignet med grupper som vurderer egen helse som meget god eller god, eller som verken god eller dårlig (middels). Det å fungere tilfredsstillende i en arbeidsrolle eller utdanningsrolle viser seg viktig for den helsemessige velferd. 53 prosent av de som vurderer helsen negativt, har

problemer med å komme inn i eller mestre yrkesrollen pga. sykdom, mens 29 prosent har sykdom, men ikke slike problemer. Det er også flere av dem som vurderer helsen som dårlig, som sier at de har problemer med å delta i foreningsvirksomhet og fritidsaktiviteter, og som har vansker med sosial kontakt. Spørsmål som er stilt til hele befolkningen uavhengig av sykdom, viser at flere av de som vurderer egen helse som dårlig, har svake sosiale relasjoner, sammenlignet med andre grupper. Andelen som ikke har noen fortrolig venn utgjør 17 prosent av de som sier at helsen er dårlig. Samtidig viser tallene at det er flere som ikke er i arbeid og som bor alene uten andre voksne i husholdet som sier at helsen er dårlig. Dette resultatet kan være uttrykk for seleksjonsprosesser der grupper med helseproblemer "støtes ut" fra samfunnsmessige og sosiale roller.

Bildet av helsetilstanden er kompleks. Ofte er det en samstilling av både medisinsk relaterte helseproblemer og ikke-medisinske forhold som bidrar til at situasjonen blir vanskelig, og at velferden oppleves som dårlig fra et helsesynspunkt. Det er særlig innskrenkninger i bevegelsesevne som gir negativ helsevurdering. Mye tyder på at sykdommer, funksjonshemminger og skader som fører til begrensninger sammenlignet med ens tidligere aktivitetsnivå, påvirker helsevurdering i større grad enn sykdommer eller lidelser som har kommet gradvis og som man har tilpasset seg eller lært å "leve med" f.eks. svekket syn/hørsel. Men i den grad hverdagslige utfoldelsesmuligheter og ens evne til å fylle ulike roller påvirkes, reduseres velferden - dvs. i den grad *individet selv* opplever innskrenkningen som en belastning. Det at man har sykdom, er ikke ensbetydende med at man opplever egen helse

som dårlig. Langt de fleste gir uttrykk for en positiv livsholdning - anser helsen for å være god - selv om de har (smerter eller andre) plager i hverdagen.

1. Se Cleary (1997) for diskusjon av subjektive og objektive helsemål.

2. Sammenhengen mellom ulike helseindikatorer og sannsynlighet for å vurdere egen helse som dårlig. Logistisk regresjon.

	Koeffisient	S.E.	Kj-kvadrat	Odds-rate
Konstant	-5.4	0.36	229.0***	
Nedsatt bevegelsesevne (trapp/gå 200 m)	2.1	0.20	110.1***	8.4
Langvarig sykdom	1.6	0.38	17.6***	4.8
Fysiske smerter	0.8	0.20	16.9***	2.3
Psykosomatiske symptomer ..	1.6	0.21	57.1***	4.9
Alder				
16-25 år ..	1.0			
55-66 år ..	0.5	0.21	4.7*	1.6
(N)				6 179

***p<0.001, **p<0.01,* p<0.05

Litteratur

Carlson, Otto (1987): Arkivkatalog for helseundersøkelsen 1985, Interne notater 87/7, Statistisk sentralbyrå.

Cleary, Paul D. (1997): Subjective and objective measures of health: which is better when? *Journal of Health Service Resource Policy* **2**, 1.

Lundberg, Olle og Kristiina Manderbacka (1996): Assessing reliability of a measure of self-rated health, *Scandinavian Journal of Social Medicine* **24**, 3.

Mackenback, J.P., J. van den Bos, I.M.A Joung, H. van de Mheen og K. Stronks (1994): The Determinants of Excellent Health: Different from the Determinants of Ill-Health? *International Journal of Epidemiology* **23**, 6.

Mecanic, David (1968): *Medical Sociology*, Free Press, New York.

Moum, Torbjørn (1991): Egenvurdert helse: Medisinske og sosiologiske forklaringsmodeller i Moum, Torbjørn (red.) (1991): *Helse i Norge; Sykdom, livsstil og bruk av helsetjenester*, Gyldendal Norsk Forlag.

Murray, Johanna, Graham Dunn og Alex Tarnopolsky (1982): Self-assessment of health: an exploration of the effects of physical and psychological symptoms, *Psychological Medicine* **12**, 371-378.

Parsons, Talcott (1958): Definitions of health and illness in the light of American values and social structures. I E. Garley Jaco (red.) (1958): *Patients, Physicians and Illness*, 165-187. Free Press of Glencoe: New York.

Statistisk sentralbyrå (1993): *Klassifikasjon av sykdommer, skader og dødsårsaker*, Norsk utgave av ICD-9, Norges offisielle statistikk.

Williams, R. (1983): Concepts of health: an analysis of lay logic, *Sociology* **17**, 185-205.

World Health Organization (1958): *The First Ten Years of the World Health Organization*, Geneva: WHO.

Wright, Stephen (1987): Self-ratings of Health: The Influence of Age and Smoking Status and the Role of Different Explanatory Models, *Psychology and Health* **1**, 379-397.

Jorun Ramm er førstekonsulent i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk.



Fortrolighet forebygger?

Sosialhjelpsklienter, ikke-vestlige innvandrere og personer med fysiske lidelser er grupper der en relativt høy andel har dårlig psykisk helse. Psykiske lidelser i voksen alder har sammenheng med konflikter og motsetninger i barndomshjemmet. Om barna ikke vokser opp sammen med begge foreldrene, på grunn av samlivsbrudd eller av andre årsaker, har tilsynelatende mindre betydning. Sosial integrasjon i form av samliv, sysselsetting og fortrolige slektninger eller venner ser ut til å utgjøre et vern mot depresjon, men i mindre grad mot andre former for psykiske problemer.

Anders Barstad

Studiet av hvem som er utsatt for psykiske lidelser er viktig for å kunne forebygge og forstå årsakene til slike lidelser. Gjennom å studere variasjonene i de psykiske lidelsesnes utbredelse, kan en komme på sporet av de samfunnsmessige årsakene til at de oppstår. Vi vet også at psykiske lidelser har stor betydning for opplevd livskvalitet. Spesielt gjelder dette depresjon. En person kan godt være fornøyd med livet, og samtidig ha en del angst. Det er derimot mindre sannsynlig at en person både er deprimert og fornøyd med tilværelsen (Heady mfl. 1993).

I denne artikkelen skal vi se nærmere på utbredelsen av de psykiske lidelsene i befolkningen, slik de er målt i Helseundersøkelsen 1995. Ved siden av en generell oversikt over hvem som er utsatt for slike lidelser, vil vi konsentrere oss om sammenhengen mellom psykiske lidelser og sosial integrasjon. En rekke undersøkelser har påvist en sammenheng mellom mental helse og individets deltakelse på ulike sosiale arenaer, samt graden av støtte som individet mottar på disse arenaene (Brown og Harris 1978, Thoits 1983, Dalgard 1996). Ifølge noen forskere (Thoits 1983), kan sammenhengen mellom sosial deltakelse og psykisk helse forstås som den positive virkningen av å ha mange roller (slik som far, kollega, ektefelle), som igjen bidrar til en sterk følelse av identitet og mening. Andre har understreket betydningen av å ha i det minste én fortrolig og åpen relasjon (Brown og Harris 1978). En tverrsnittsundersøkelse som helseundersøkelsen gir dessverre få muligheter for å si noe om årsaksretningen i disse sammenhengene. For å få bedre tak på årsakene, er det nødvendig med paneldata, hvor en har data om de samme individene over tid. Flere slike un-

dersøkelser tyder på at sosial seleksjon, dvs. at individer med psykiske lidelser ikke klarer å oppnå like gode sosiale relasjoner som andre, ikke er den eneste årsaken til at de med gode sosiale relasjoner har god psykisk helse (Johnson 1991, Mastekaasa 1995).

Hvordan måle psykiske lidelser?

Det er viktig å understreke at det ikke finnes noen entydige og objektive kriterier for hva som utgjør en psykisk lidelse. Det er vanlig å regne med en rekke former, de vanligste er psykoser, nevrososer, personlighetsforstyrrelser, rusmiddelavhengighet og senil demens (Nielsen 1996). Av disse er det nevrosene som best fanges opp i slike generelle befolkningsundersøkelser som vi skal se på her.

I Helseundersøkelsen 1995 er det brukt et anerkjent instrument for måling av psykiske lidelser, den såkalte Hopkinslisten (Hopkins Symptom Checklist, HSCL). Den anvendte versjonen av HSCL består av 25 spørsmål, hvorav de 10 første skal måle angst, og de 15 siste depresjon¹.

For hvert av de 25 spørsmålene i Hopkinslisten skal den som svarer angi hvor mye hun eller han er plaget av et bestemt problem, fra "ikke plaget" (verdi 1) til "veldig mye plaget" (verdi 4). For å konstruere en indeks summeres verdiene for de 25 spørsmålene, og summen divideres på antallet spørsmål for å finne en gjennomsnittsverdi. De som har en gjennomsnittsverdi på 1,75 eller høyere anses vanligvis som "sannsynlige" psykiatiske tilfeller (Moum mfl. 1991).

De som har en gjennomsnittsverdi over 1,75, vil ikke nødvendigvis bli beskrevet av en psykiater som et

psykiatrisk tilfelle. Norske undersøkelser har vist at 40 prosent av dem med psykiske helseplager ifølge HSCL-25 har en DSM-III psykiatrisk diagnose (Dalgard 1996:104).

I tillegg til den generelle indeksen har vi også, ved hjelp av faktoranalyse (se ramme 2), konstruert indekser for tre underdimensjoner ved psykisk helse: Angst, depresjon og somatisering. Disse tre sidene ved den psykiske helsetilstanden har riktignok en sterk innbyrdes sammenheng, men som vi skal se har de tre dimensjonene nokså ulik sammenheng med sosiale bakgrunnsfaktorer.

Selvutfyllingsskjema er bedre enn intervju

I Helseundersøkelsen 1995 var HSCL-spørsmålene en del av den postale undersøkelsen. Et postalt skjema ble lagt igjen ved avslutningen av det personlige intervjuet sammen med en svarkonvolutt (gjaldt bare dem som var i alderen 14-79 år). Mye tyder på at en oppnår et riktigere bilde av fordelingen av psykiske lidelser i befolkningen når en bruker et selvutfyllingsskjema enn når en bruker et intervju. Det kan være vanskelig å innrømme overfor en ukjent intervjuer at en sliter med psykiske problemer. Et selvutfyllingsskjema sikrer større grad av anonymitet. Moum (udatert) har sammenlignet resultatene fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 1989, hvor en utgave av HSCL med 23 spørsmål ble brukt, besvart gjennom et selvutfyllingsskjema, med en tilsvarende utgave av HSCL brukt i Helseundersøkelsen 1985, som ble gjennomført som en ren intervjuundersøkelse. Forskjellene i resultater tyder på at 2-3 ganger så mange sannsynlige psykiatriske tilfeller blir identifisert med selvutfyllingsmetoden som med intervjumetoden. Hvor mange

psykiatriske problemer som rapporteres påvirkes også av trekk ved intervjuerne. I noen aldersgrupper var sannsynligheten for å bli klassifisert som et "mulig" tilfelle dobbelt så stor når unge kvinner foretok intervjuet som når unge menn var intervjuere. Med selvutfyllingsmetoden unngås både denne intervjuereffekten, og problemet med det som gjerne kalles "socially desirable responding", at intervjupersonen svarer slik han eller hun tror intervjueren forventer. Dette er en av de viktigste feilkildene i surveyforskningen.

Bruk av skjemaer som svarpersonen kan fylle ut selv og sende i posten,

har likevel noen problematiske sider. Det største problemet er at frafallet øker, en del personer unnlater å sende inn skjemaet. Det blir også et større frafall på de enkelte spørsmålene. Hvis dette frafallet har sammenheng med psykisk helse, kan det føre til skjevheter i resultatene (se ramme 1).

Hvor mange er utsatt for psykiske lidelser?

I alt 4,3 prosent av menn i alderen 16-79 år, og 7,3 prosent av kvinner i samme alder, har en gjennomsnittsverdi på 1,75 eller høyere på HSCL-spørsmålene. Vanligvis brukes som nevnt dette som indikator på at vi står overfor et "sannsynlig"

Ramme 1. Om problemene med antallet som er ubesvart

Av alle mellom 16 og 79 år som ble intervjuet i Helseundersøkelsen 1995, mangler vi alt i alt opplysninger om psykisk helse basert på HSCL-25 fra snaut 20 prosent. De fleste av disse, vel 15 prosent, sendte ikke inn svarskjemaet, mens 4-5 prosent sendte inn skjemaet uten å besvare spørsmålene om psykisk helse i tilstrekkelig grad. Det er viktig å være oppmerksom på at dette frafallet øker den statistiske usikkerheten, ikke minst siden dette frafallet kommer i tillegg til frafallet på om lag 25 prosent i intervjuundersøkelsen. Man har imidlertid visse muligheter for å undersøke hva frafallet betyr, ved å undersøke om de som har falt fra skiller seg vesentlig fra de som har svart på HSCL-25. I det personlige intervjuet er det stilt spørsmål om hvilke sykdommer en lider av, herunder nervøse lidelser. Har de som ikke svarte på HSCL, eller ikke sendte inn selvutfyllingsskjemaet, flere nervøse lidelser enn andre? Det viser seg at forskjellene er svært små. De som ikke sendte inn det postale skjemaet har en omtrent like høy andel som oppgir en eller annen form for nervøse lidelser som de som sendte inn skjemaet, det samme gjelder andelene som har brukt beroligende midler, eller som har vært hos psykolog.

I indekskonstruksjonen har vi fulgt samme praksis for de som er ubesvart på ett eller flere av spørsmålene i HSCL som i analysen av Nord-Trøndelagsundersøkelsen (Moum, udatert):

1. De som har svart på noen av spørsmålene, men ikke har krysset av i rubrikken for "ikke plaget" på noen av spørsmålene, har fått verdien 1 ("ikke plaget") på de spørsmålene hvor de er ubesvart. Sannsynligvis har disse oppfattet spørsmålet som ikke relevant.
2. De som hadde brukt "ikke plaget"-rubrikken, men som var ubesvart på fire eller flere av de gjenværende spørsmålene ble tatt ut av analysen. De som var ubesvart på færre enn fire spørsmål fikk sine indeksverdier beregnet ved å bruke gjennomsnittet av de spørsmålene de faktisk hadde svart på.

Ramme 2. Konstruksjon av delindekser

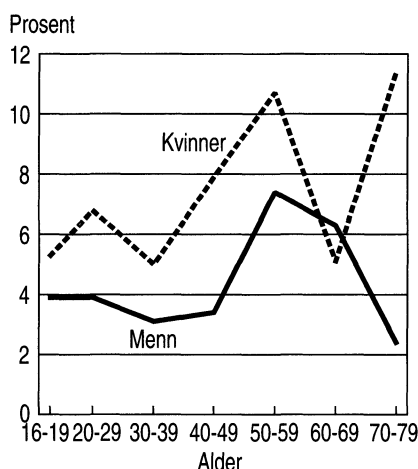
Vi har gjennomført en faktoranalyse av de 25 spørsmålene i HSCL-25. Resultatene er i godt samsvar med de analysene som ble gjort av Moum mfl. (1991), med noen få unntak. 24 av de 25 spørsmålene grupperer seg i tre faktorer. Den første faktoren er depresjon, de deprimerte er framfor alt de som er plaget av følelser av håpløshet med tanke på framtiden, er nedtrykte, tungsindige, uten interesse for noe og som føler seg unyttige. En annen faktor har mest sammenheng med angst. Anfall av angst eller panikk, plutselig frykt uten grunn, stadig redd og engstelig, er særlig karakteristisk for angstdimensjonen. En tredje faktor er knyttet til somatisering, hvor vi framfor alt finner de som er plaget av hodepine, mangel på energi, matthet, svimmelhet og søvnproblemer. Det ble også funnet en fjerde faktor, som først og fremst har sammenheng med andelen som er plaget av skjelving. Siden skjelving også har liten statistisk sammenheng med de andre faktorene, ble ikke skjelving tatt med i noen av delindeksene. De tre indeksene for henholdsvis angst, depresjon og somatisering ble basert på spørsmålene som hadde sterkest sammenheng med hver faktor, og konstruert på samme måte som den generelle indeksen, ved å summere verdiene på spørsmålene og dividere med antallet spørsmål. Også her brukes andelen som har en gjennomsnittsverdi på 1,75 eller høyere som grunnlag for å avgjøre hvem som har dårlig psykisk helse. De tre delindeksene har en sterk innbyrdes sammenheng (Pearsons $r=0,62-0,72$).

psykiatrisk tilfelle (i fortsettelsen vil vi som regel bruke betegnelsen "dårlig psykisk helse" om disse).

Dette er betydelig høyere tall enn det Moum mfl. fant i sin analyse av Helseundersøkelsen 1985. Ifølge deres analyse kunne 1,1 prosent av menn og 3,9 prosent av kvinner i befolkningen 16 år og eldre klassifiseres som sannsynlige tilfeller (Moum mfl. 1991). Dette stemmer godt med antakelsen om at det er en betydelig underrapportering av slike lidelser i intervjuundersøkelser, og at underrapporteringen er særlig stor blant menn. Likevel gjenstår det en betydelig kjønnsforskjell, kvinner rapporterer flere psykiske problemer enn menn.

Det er vanskelig å finne noe entydig mønster etter alder. Blant menn er det de mellom 50 og 70 år som oppgir flest psykiske problemer. Blant kvinnene er det de over 70 år som er mest utsatt (figur 1).

Figur 1: Andel med dårlig psykisk helse, etter kjønn og alder. 1995. Prosent



Kilde: Helseundersøkelsen 1995

Når en skal vurdere det forholdsvis lave omfanget av psykiske lidelser i Helseundersøkelsen, må en blant annet se dette i forhold til at HSCL-

skalaen først og fremst skal måle angst og depresjon. Blant annet vil psykoser i liten grad fanges opp. Aldersdemens av alvorligere karakter kan også være vanskelig å fange opp. En regner med at 3-5 prosent av befolkningen 65 år og eldre er rammet (Nielsen 1996:90). En tredje form for psykiske problemer som i mindre grad er dekket er såkalte "atferdsforstyrrelser" og alkohol-/narkotikaproblemer. Det ligger også en skjevhet i selve utvalgsmetoden, siden de som er fast bosatt på institusjon (for eksempel på psykiatriske sykehjem) ikke inngår i utvalget.

Et annet viktig moment er at en her måler forekomsten (prevalensen) av psykiske plager i en 14-dagersperiode. Prevalensen over en lengre tidsperiode vil naturligvis være større. I en stor amerikansk undersøkelse var prevalensraten for psykiske lidelser i et tidsrom av en måned 15,4 prosent, mens livstidsprevalensen var 32,2 prosent (Nielsen 1996: 93).

Sammenfattende kan en derfor si at forekomsten av psykiske lidelser i befolkningen er større enn det som framkommer i Helseundersøkelsen 1995, men at det er vanskelig å anslå eksakt hvor mye. Uansett er det all grunn til å understreke at psykiske lidelser er noe som til enhver tid rammer svært mange, flere hundretusen nordmenn.

Mange med dårlig psykisk helse blant sosialhjelpsmottakere.....

Utbredelsen av psykiske problemer varierer med ulike bakgrunnskenetegn i befolkningen. Blant sosialhjelpsmottakere er det en påfallende høy andel som har dårlig psykisk helse. Nesten en av fire (vel 23 prosent) av dem som har mottatt økonomisk sosialhjelp er et sannsynlig

psykiatrisk tilfelle, mer enn fire ganger så mange som i befolkningen for øvrig. Dette kan gjenspeile at mange i denne gruppen har psykiske problemer som gjør det vanskelig å få eller beholde et lønnet arbeid. Det kan også gjenspeile at alvorlige økonomiske problemer innebærer en psykisk belastning. Det er i flere sammenhenger vist at dårlig økonomi øker sannsynligheten for at en person har psykiske problemer (Halvorsen 1993, Nielsen 1996).

Lav yrkesmessig status og lav utdanning er også forbundet med høyere risiko for dårlig psykisk helse. Ufaglærte arbeidere og lavere funksjonærer er mest utsatt. Derimot er det små forskjeller i psykisk helse mellom bosatte i ulike geografiske områder.

..ikke-vestlige innvandrere...

Også blant ikke-vestlige innvandrere (dvs. de som er født i Øst-Europa, Asia (inkludert Tyrkia), Afrika, Sør- og Mellom-Amerika) finner vi en relativt høy andel med dårlig psykisk helse. Vel 15 prosent av ikke-vestlige innvandrere hadde en gjennomsnittsverdi på HSCL som var 1,75 eller høyere. Også dette er i tråd med tidligere forskning, det er flere indikasjoner på at ikke-vestlige innvandrere er mer utsatt for psykiske lidelser enn andre (Dalgard 1994).

..og de som har en fysisk sykdom

14,6 prosent av dem som har en fysisk sykdom som i noen eller stor grad har konsekvenser for hverdagen, og som samtidig hadde nedsatt aktivitet i 14-dagersperioden, har dårlig psykisk helse. Helsetilstanden oppleves av mange som den viktigste levekårskomponenten, nedsatt helse kan blant annet ha plagsomme konsekvenser i forhold til mulig-

hetene for å velge hvordan en vil leve sitt liv. Det er derfor naturlig at nedsatt fysisk helsetilstand også påvirker risikoen for psykiske problemer. Somatisk sykdom er en livshendelse som kan utløse eller forsterke psykiske problemer, på samme måte som andre negative livshendelser, for eksempel ekteskapsproblemer og økonomiske problemer (Nielsen 1996:95).

Betydningen av sosial integrasjon

En av de viktigste formene for sosial integrasjon er den som skjer gjennom familien. En rekke undersøkelser har funnet at gifte eller samboende har bedre psykisk helse enn andre. Moum mfl. (1991) fant at gifte og til dels samboere rapporterte færre symptomer på depresjon enn andre grupper, og at utslagene var omtrent de samme hos menn som hos kvinner². Andre indikatorer på psykiske problemer (angst, somatisering) viste bare små forskjeller.

Helseundersøkelsen 1995 viser at både sivilstand og hva slags husholdning en bor i, har sammenheng med risikoen for dårlig psykisk helse (tabell 1). Blant menn er det framfor alt enslige uten hjemmeboende barn som er mest utsatt. Dårlig psykisk helse er omtrent like vanlig blant enslige, aldri gifte som blant skilte eller separerte enslige. Dette resultatet står litt i motsetning til annen forskning, og kan skyldes at vi her har skilt ut en mer snever gruppe av enslige enn det som er vanlig. Unge enslige som bor hjemme hos foreldrene inngår ikke i denne gruppen, disse tilhører husholdningstypene enslige med hjemmeboende barn eller par med hjemmeboende barn. Også blant kvinnene har skilte/separerte enslige uten barn en betydelig høyere risiko for dårlig psykisk helse enn andre familieformer (se ramme 3 for nærmere forklaring av hva som ligger i risikobegrepet). Det kan likevel se ut til at parforholdet er noe mindre viktig for kvinners enn

Tabell 1: Dårlig psykisk helse etter husholdningstype ¹ , sivilstand og kjønn. Personer 16-79 år. Prosent og oddsforhold					
Husholdningstype	Sivilstand	Menn		Kvinner	
		Prosent	Odds ²	Prosent	Odds ²
Enslige uten hjemmeboende barn	Skilte/separerte	12,5	4,9**	15,8	3,9**
	Enker/enkemenn	:	:	6,9	1,3
	Aldri gift	10,1	5,3**	8,9	2,5*
Enslige med hjemmeboende barn	Skilte/separerte	:	:	8,2	2,8*
	Enker/enkemenn				
	og aldri gift	4,1	2,3	8,5	2,3*
Par uten hjemmeboende barn	Ikke gift	4,0	1,8	7,4	2,1*
	Gift	4,3	1,3	9,0	2,0**
Par med hjemmeboende barn	Ikke gift	2,6	1,7	7,6	2,5**
	Gift	2,3	1,0	3,9	1,0

¹ Flerfamiliehusholdninger er holdt utenfor
² Oddsforholdet er et uttrykk for risikoen for å ha dårlig psykisk helse sammenlignet med referansegruppen gifte par med hjemmeboende barn, kontrollert for alderssammensetningen i gruppene. Se for øvrig ramme 3.
* Signifikant på 0,05-nivå ** Signifikant på 0,01-nivå

Ramme 3. Om logistisk regresjon

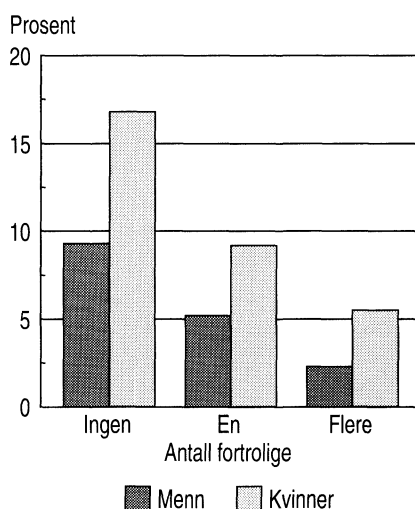
I denne artikkelen er det, ved siden av vanlige prosentberegninger, benyttet logistisk regresjon som analysemetode. Logistisk regresjon anses som en velegnet metode når den egenskapen en ønsker å forklare bare har to verdier, slik som det skillet vi her har satt mellom de som har verdier over og under 1,75 på HSCL-skalaen. Gjennom logistisk regresjon kan en få et mål på hvordan ett kjennetegn ved individet påvirker risikoen for dårlig psykisk helse, når verdiene på andre relevante kjennetegn holdes konstant. For å måle risikoen tas det utgangspunkt i en bestemt referansekategori, som risikoen for andre grupper kan ses i forhold til. For eksempel har vi i tabell 1 valgt gifte par med hjemmeboende barn som referansekategori (odds=1). Et oddsforhold som er større enn 1 innebærer at risikoen for dårlig psykisk helse er større, mindre enn 1 at den blir mindre. Når vi holder alderssammensetningen konstant, har for eksempel aldri gifte menn uten barn omtrent 5,3 ganger høyere risiko for dårlig psykisk helse enn referansekategorien. At denne forskjellen er signifikant på 0,01-nivået, viser at det er lite sannsynlig at hele den påviste forskjellen skyldes tilfeldigheter.

for menns psykiske helse. Enslige, aldri gifte kvinner har omtrent like bra psykisk helse som gifte kvinner uten hjemmeboende barn. Mens hjemmeboende barn ikke ser ut til å bidra til noen forbedring av psykisk helse blant menn som lever i parforhold, har gifte kvinner med hjemmeboende barn i gjennomsnitt bedre psykisk helse enn gifte kvinner uten hjemmeboende barn (kontrollert for alderssammensetningen i disse gruppene).

Noen å snakke med

Betydningen av emosjonell støtte, at en har noen å være åpen i forhold til og få bekreftelser på seg selv fra, blir ofte framhevet i litteraturen om psykisk helse. Snaut 10 prosent av den voksne befolkningen oppgir at de ikke har noen å snakke helt fortrolig med, mens vel en tredjedel bare har en person å snakke fortrolig med. Sammenhengen med psykisk helse er entydig for begge kjønn (figur 2). De som ikke har noen å snakke fortrolig med, har oftere dårlig psykisk helse enn de som har én fortrolig; likeledes har de som har flere fortrolige

Figur 2: Andel med dårlig psykisk helse blant menn og kvinner, etter om en har noen å snakke helt fortrolig med. 1995. Prosent



Kilde: Helseundersøkelsen 1995

bedre helse enn de som bare har én fortrolig.

Ledigang er roten...

Lønnsarbeidet er også en viktig form for sosial integrasjon, som blant annet kan være en "buffer"

mot virkningene av stress. De engelske forskerne Brown og Harris har i en ofte sitert undersøkelse vist at når kvinner måtte mestre stress i form av en "truende hendelse", halverte arbeidsdeltakelsen risikoen for å utvikle depresjon hos dem som manglet en fortrolig venn eller kjæreste (Brown og Harris 1978: 181, 279). Helseundersøkelsen 1995 viser at de som står utenfor arbeidslivet har betydelig dårligere psykisk helse enn de som er i arbeid. Det er imidlertid svært vanskelig å avgjøre i hvilken grad arbeidet har en selvstendig betydning, siden psykiske lidelser blant annet er en viktig årsak til uførepensjonering. Om lag en av fem uførepensjonister og attføringstilfeller har dårlig psykisk helse.

Det finnes mye forskning som viser en sammenheng mellom arbeidsledighet og risikoen for psykiske problemer (Nielsen 1996:96, Dalgard 1996:108, Halvorsen 1993). Også frykten for å miste arbeidet har betydning for psykisk helse. Dataene fra Helseundersøkelsen 1995 bekrefter sammenhengen med arbeidsledighet, andelen med dårlig psykisk helse blant dem som hadde vært arbeidsledige minst tre måneder på intervjudtidspunktet og som ikke hadde noen form for lønnet arbeid, var vel 13 prosent. Årsaksretningen kan gå begge veier, dårlig psykisk helse gjør det sannsynligvis vanskeligere å få og beholde et arbeid.

Hvor aktiv en er i organisasjonslivet har en viss sammenheng med psykisk helse, først og fremst blant kvinner. Kvinner som deltar i organisasjoner bare en gang i året eller sjeldnere har dårligere psykisk helse enn andre kvinner, spesielt i sammenligning med de som deltar flere ganger i uka (andel med dårlig psykisk helse henholdsvis 14 og 3

prosent). Hvor mange av naboene en har besøkskontakt med har en statistisk signifikant, men nokså svak sammenheng med psykisk helse. Hvor hyppig en omgås slekt og venner som en ikke bor sammen med har derimot ingen sammenheng med psykisk helse.

Skilsmisse er ei det verste?

Tidligere norske undersøkelser har funnet en overhyppighet av psykiske problemer blant dem som vokser opp i skilsmissehjem (Dalgard 1996:105). Det er imidlertid vanskelig å avgjøre hva som skyldes skilsmissen som sådan, og hva som skyldes de konfliktene som skilsmis- sen kan ses som det endelige uttrykk for. I Helseundersøkelsen 1995 er det stilt en del spørsmål om oppvekstmiljøet som kan gi en viss pekepinn om denne problemstillingen. Det ble ikke spurt direkte om en har opplevd skilsmisse i barn- domshjemmet, men det er spurt om svarpersonen levde sammen med begge sine foreldre under hele oppveksten, dvs. til han eller hun var fylt 16 år. Det ble også spurt om begge foreldrene levde til en var 16 år. Det er sannsynlig at de fleste av dem som ikke levde sammen med begge foreldrene under oppveksten, og som ikke opplevde at en av foreldrene døde, har vært utsatt for en skilsmisse eller annen form for samlivsbrudd mellom foreldrene. I tillegg er det spurt om det forekom "...noen alvorlige motsetninger i hjemmet ditt i oppveksten? (F.eks. alkoholmisbruk, skilsmisse, slossing, mishandling etc.)." (Det var også mulig å svare "vet ikke" på spørsmålet om motsetninger. Svarfor- delingene til de som svarte vet ikke ligger nokså nær svarfordelingene til de som svarte ja, disse svarkate- goriene er derfor slått sammen.) Hvilke utslag gir det på den psykis- ke helsen, når vi kombinerer disse sidene ved oppvekstmiljøet? Er det

Tabell 2: Andelen med dårlig psykisk helse blant personer med forskjellig oppvekstmiljø. Personer 16-79 år. 1995. Prosent

Oppvekstforhold	
Opplevd motsetninger	
Ikke levde sammen med begge foreldrene	10,8
Dødsfall blant foreldrene	13,9
Levde sammen med begge foreldrene	11,5
Ikke opplevd motsetninger	
Ikke levde sammen med begge foreldrene	7,5
Dødsfall blant foreldrene	3,6
Levde sammen med begge foreldrene	4,6

Kilde: Helseundersøkelsen 1995

samlivsbruddet eller motsetningene som betyr mest? Siden vi har svar- personens retrospektive vurdering av oppvekstforholdene å holde oss til, kan vi ikke utelukke at helsa i dag påvirker vurderingen av opp- vekstforholdene. Årsaksretningen er altså usikker.

Funnene tyder på at et samlivs- brudd mellom foreldrene betyr mindre for ens psykiske helse som voksen enn konflikt og motsetnin- ger i barndomshjemmet (tabell 2). Dette bekreftes gjennom en logis- tisk regresjonsanalyse, hvor det kontrolleres for kjønns- og alders- forskjeller mellom gruppene. Uan- sett om en har levde sammen med begge foreldrene under oppveksten eller ikke, øker opplevde motsetnin- ger i hjemmet risikoen for dårlig psykisk helse. At en ikke har bodd sammen med begge foreldrene øker også risikoen for dårlig psykisk hel- se, men utslaget er såpass lite at det ikke er statistisk signifikant. Disse funnene synes å være i tråd med den internasjonale forskningen på dette feltet (se Gähler 1994:73-79, Wilkinson 1996:165-166, 198-207). For eksempel konkluderte en analy- se av svenske levekårsdata, med bruk av spørsmål som ligner på de

som er brukt her, også med at al- vorlige konflikter var viktigere enn separasjon og skilsmisse for den voksnes psykiske helse (Gähler 1994:72). Helseundersøkelsen viser at de negative utslagene av motset- ninger i oppvekstmiljøet er sterkere for menn enn for kvinner, noe som også er i tråd med annen forskning (Dalgard 1996).

Hva betyr mest for psykisk helse?

Avslutningsvis skal vi se på om de viktigste indikatorene på sosial inte- grasjon; familieforhold, arbeidslivs- tilknytning og fortrolige relasjoner, har sammenheng med psykisk helse når vi tar hensyn til andre forhold av betydning for psykisk helse. Når vi i denne sammenheng snakker om "betydning", er det i en rent statis- tisk forstand. Årsaksretningen mel- lom psykisk helse og sosial integra- sjon kan gå begge veier. Som for- klaringsfaktorer vil vi benytte de mest betydningsfulle av de sosiale og individuelle forholdene det er vist til tidligere i denne artikkelen. (Innvandringsbakgrunn har ingen selvstendig betydning for mental helse og inngår derfor ikke i model- lene. Sosioøkonomisk status er ikke tatt med som forklaringsfaktor, siden arbeidslivstilknytning inngår som en sentral del av statusen. Som indikator på sosioøkonomisk status benyttes isteden utdanningsnivå.) I tabell 3 vises resultatene av en lo- gistisk regresjonsanalyse av hvilke faktorer som betinger psykisk helse. Den første modellen viser at både familieforholdene, tilknytningen til arbeidsmarkedet og om en har noen å snakke helt fortrolig med, har en klar sammenheng med risi- koen for dårlig psykisk helse. Vi har her kontrollert for kjønn og alder. Det kan være verdt å merke seg at familietilknytning og fortrolige rela- sjoner har betydning uavhengig av hverandre. Familieforholdenes

betydning forklares (i statistisk forstand) med andre ord ikke av at de gir bedre tilgang til noen å snakke helt fortrolig med.

I modellene 2 og 3 kontrolleres så disse sammenhengene i forhold til andre kjennetegn, først oppvekstmiljø og fysisk helsetilstand (modell 2), dernest visse sosioøkonomiske forhold (utdanningsnivå og om en har mottatt økonomisk sosialhjelp) og organisasjonsaktivitet, nabokontakter og kontakthypighet med slekt og venner (modell 3). Gjennomgående blir sammenhengene mellom psykisk helse og de sentrale integrasjonsmekanismene lite sveket når en tar hensyn til andre forhold. Selv etter kontroll for disse faktorene, er det for eksempel nesten tre ganger så høy risiko for dårlig psykisk helse blant dem som ikke har noen å snakke helt fortrolig med, sammenlignet med dem som har to eller flere fortrolige.

Den eneste av de tre sentrale integrasjonsdimensjonene som mister en vesentlig del av sin betydning ved kontroll for andre forhold, er arbeidslivstilknytningen. En betydelig del av sammenhengen forsvinner når det tas hensyn til at de som ikke er i arbeid har relativt dårlig fysisk helse. Noe av effekten blir også borte når det tas hensyn til at de som ikke er i arbeid har større økonomiske problemer (mottar oftere sosialhjelp) og har lavere utdanning. I den siste modellen er forskjellen mellom å være sysselsatt minst 45 timer pr. uke og å stå helt utenfor arbeidslivet ikke lenger statistisk signifikant, selv om forskjellene fremdeles peker i den forventede retning.

Det er familie-/husholdningsdimensjonen som framtrer som den mest betydningsfulle formen for sosial integrasjon, "alt annet likt". Skilte/

separerte enslige har høyest risiko for dårlig psykisk helse, men også enslige, aldri gifte har en betydelig høyere risiko enn referansekategorien gifte par med barn. Verken nabokontakt, hvor ofte man deltar i organisasjoner, eller har kontakt med slekt og venner har noen signifikant betydning for mental helse, når det tas hensyn til andre forhold som virker inn på slik helse. Både for organisasjonsdeltakelse og nabokontakt er det imidlertid en tendens til at de svært aktive har mindre risiko for dårlig psykisk helse enn de som er helt passive. De som deltar i organisasjoner en gang i året eller sjeldnere har en vel dobbelt så høy risiko for dårlig psykisk

helse som dem som deltar flere ganger i uka. Denne forskjellen er så vidt statistisk signifikant ($p=0.049$). Hyppigheten i kontakten med venner og slekt som en ikke bor sammen med, har derimot ingen betydning. Mye tyder på at det er kvaliteten ved disse relasjonene (jf. betydningen av fortrolige relasjoner) og ikke hyppigheten som sådan som er avgjørende.

I den endelige modellen (modell 3) er det to forklaringsfaktorer som er om lag like betydningsfulle som de som er knyttet til sosial integrasjon: Fysisk helsetilstand og familieproblemer i oppveksten (tall ikke vist). De som har opplevd motsetninger i

Tabell 3: Sammenhengen mellom sosial integrasjon og psykisk helse. Logistisk regresjon. Forskjeller i risiko (oddsforhold) for å ha dårlig psykisk helse. Personer 16-79 år. 1995

	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Husholdningstype og sivilstand			
Enslige, skilte/separerte	4,6**	3,8**	3,9**
Enslige, enker/enkemenn	0,8	0,8	0,9
Enslige, aldri gift	3,3**	3,6**	3,3*
Enslige med barn, skilte/separerte	2,9**	2,7	2,6
Enslige med barn, enker/enkemenn eller aldri gift	1,7	1,5	1,2
Par uten barn, ikke gift	1,9	1,7	1,3
Par uten barn, gift	1,6	1,5	1,4
Par med barn, ikke gift	1,4	1,6	1,8
Par med barn, gift	1,0	1,0	1,0
Syssetsetting			
Har ikke inntektsgivende arbeid	3,2**	2,7**	2,2
I arbeid 1-10 timer pr. uke	1,8	1,7	1,6
I arbeid 1-19 timer pr. uke	2,0	1,9	2,0
I arbeid 20-34 timer pr. uke	1,7	1,6	1,4
I arbeid 35-44 timer pr. uke	1,0	1,0	0,9
I arbeid 45 timer eller mer pr. uke	1,0	1,0	1,0
Fortrolighet			
Har ingen å snakke fortrolig med	3,2**	2,9**	2,8**
Har én å snakke fortrolig med	1,9**	1,8**	1,7*
Har flere å snakke fortrolig med	1,0	1,0	1,0
Log likelihood	-553,71	-501,15	-445,05
Antall personer	5 715	5 423	5 033

*Signifikant på 0,05-nivå **Signifikant på 0,01-nivå
Modell 1: Kjønn, alder, familiestatus, sysselsetting, fortrolighet.
Modell 2: Modell 1 + oppvekstbakgrunn og fysisk helse (se ramme 4).
Modell 3: Modell 2 + utdanningsnivå, mottatt sosialhjelp, organisasjonsdeltakelse, nabokontakt og kontakt med slekt og venner

oppveksthjemmet har en større risiko for å utvikle psykiske problemer som voksen, enten en har vokst opp med begge foreldrene eller ikke. Også den fysiske helsetilstanden gir utslag på psykisk helse. Alt annet likt, har de med dårligst fysisk helse fire ganger så høy risiko for dårlig psykisk helse som de med best helse.

Hvordan blir utslagene når vi studerer betydningen av sosial integrasjon i forhold til de tre dimensjonene i psykiske lidelser? Effekten av sosial integrasjon synes å være størst for depresjon, framfor alt er det familieforholdene og tilgangen til noen å snakke fortrolig med som har betydning (tall ikke vist). Alt annet likt har skilte eller separerte enslige nesten fem ganger så høy risiko for depresjon som gifte par med barn. Sysselsetting har også en selvstendig, men svakere sammenheng med risikoen for depresjon.

Risikoen for å ha en angstlidelse har mindre sammenheng med ulike bakgrunnsfaktorer enn de andre dimensjonene. Familieforholdene har liten betydning, skilte og separerte enslige har ikke signifikant større risiko for en angstlidelse enn gifte par med barn. Av indikatorene på sosial integrasjon er det bare betydningen av fortrolige relasjoner og organisasjonsdeltakelse som er statistisk signifikant. Også familieproblemer i oppveksten har liten betydning. Imidlertid synes visse sosioøkonomiske forhold å bety mer for angst enn andre former for psykiske lidelser. Både de som har lav utdanning og de som har motatt sosialhjelp har større risiko enn andre for å være plaget av angst. Graden av organisasjonsdeltakelse har en overraskende stor betydning for risikoen for å være plaget av angst. Sannsynligvis må en stor del av denne sammenhengningen fortolkes

Ramme 4. Nærmere om noen variabler som inngår i den logistiske regresjonsanalysen:

Indeks for fysisk sykkelighet

- 1 = Har ikke nervøse lidelser, men har hatt nedsatt aktivitet i 14-dagersperioden pga. sykdom, skade eller lidelse, og har en varig sykdom som i høy grad virker inn på hverdagen.
- 2 = Har ikke nervøse lidelser og ikke nedsatt aktivitet i 14-dagersperioden, men har en varig sykdom som virker inn på hverdagen i høy grad.
- 3 = Har ikke nervøse lidelser, men har hatt nedsatt aktivitet i 14-dagersperioden og har en varig sykdom som i noen grad virker inn på hverdagen.
- 4 = Har ikke nervøse lidelser og ikke nedsatt aktivitet i 14-dagersperioden, men har en varig sykdom som virker inn på hverdagen i noen grad.
- 5 = Har ikke nervøse lidelser, men har hatt nedsatt aktivitet i 14-dagersperioden og har en varig sykdom som i liten grad eller ikke i det hele tatt virker inn på hverdagen.
- 6 = Restgruppen, dvs. de som
 - a) ikke har noen sykdom, eller
 - b) har en nervøs lidelse, eller
 - c) ikke har en nervøs lidelse, men har en varig sykdom som i liten grad eller ikke i det hele tatt virker inn på hverdagen og som ikke har hatt nedsatt aktivitet i 14-dagersperioden.

Oppvekstforhold

- 1 = Forekom alvorlige motsetninger i oppveksthjemmet (inkluderer både ja og vet ikke), levde ikke sammen med begge foreldrene under hele oppveksten (begge foreldrene var i live).
- 2 = Forekom alvorlige motsetninger i oppveksthjemmet, en av foreldrene døde under oppveksten (de som svarte at de levde sammen med begge foreldrene, men at en av foreldrene døde, er holdt utenfor analysen).
- 3 = Forekom alvorlige motsetninger i oppveksthjemmet, men levde sammen med begge foreldrene under oppveksten.
- 4 = Var ikke alvorlige motsetninger i oppveksthjemmet, men levde ikke sammen med begge foreldrene under hele oppveksten (begge foreldrene var i live).
- 5 = Var ikke alvorlige motsetninger i oppveksthjemmet, en av foreldrene døde under oppveksten.
- 6 = Var ikke alvorlige motsetninger i oppveksthjemmet, levde sammen med begge foreldrene under oppveksten.

som en seleksjonseffekt, siden de som for eksempel er plaget av panikkangst for en stor del vil unngå å opptre i større forsamlinger. Samtidig kan en heller ikke se bort fra at deltakelse i organisasjonslivet kan

gi en sosial sikkerhet som motvirker angst.

Det er liten sammenheng mellom de sosiale integrasjonsvariablene og somatiseringsdimensjonen, igjen



med unntak av antallet fortrolige relasjoner. Derimot har sosialhjelp betydning i negativ retning, flere av de som har mottatt sosialhjelp har en høy sjanse for en somatiserende psykisk lidelse. Problemer i oppvekstmiljøet skaper også større risiko for somatisering seinere i livet, men framfor alt er det de fysiske helseproblemene som har betyd-

ning. De som har dårligst fysisk helse har nesten åtte ganger så høy risiko for en somatiserende lidelse som de som har best helse. Her må en være oppmerksom på at det er flytende overganger og uklare grenser mellom nervøse lidelser, fysiske sykdommer og hva som rimeligvis kan regnes som somatisering. Det er for eksempel lett å tenke seg at

det i noen tilfeller vil være mer naturlig å se hodepine som en del av et fysisk sykdomsbilde enn som et symptom på psykiske problemer.

Konklusjon

Vi kan altså konkludere med at forskjellige sider ved sosial integrasjon har en klar statistisk sammenheng med risikoen for dårlig psykisk hel-

se, også når en kontrollerer for andre betydningsfulle faktorer. Dette mønsteret er imidlertid tydeligst for depresjon. For andre sider ved psykisk helse har sosial integrasjon mindre betydning. Å være enslig, skilt, separert eller aldri gift har betydning for depresjon, og ikke for de andre dimensjonene av psykisk helse. Unntaket er fortrolige relasjoner. De som har flere fortrolige relasjoner har mindre risiko for enhver form for psykiske helseproblemer, selv om mønsteret også her er tydeligst for depresjon. Disse resultatene kan forstås ut fra en fortolkning av mangel på sosial integrasjon som en opplevelse av tap og mangel på mening. Tapet av, savnet etter, ektefelle, arbeidsfellesskap eller noen å være åpen og fortrolig i forhold til, leder oftere til tristhet og sorgreaksjoner enn til angst eller somatiske problemer, selv om det er en betydelig grad av samvariasjon mellom disse lidelsene. Det kan imidlertid også tenkes at depresjon har en mer negativ innflytelse på relasjonene til andre mennesker enn det angst og somatisering har. Slutninger om årsakssammenhenger lar seg vanskelig trekke på grunnlag av den undersøkelsen vi her har sett på.

1. En rekke metodestudier har vist at dette måleinstrumentet har god validitet og reliabilitet (Moum mfl. 1991, Derogatis mfl. 1974). Selv om HSCL langt fra måler alle former for psykiske lidelser, kan en likevel argumentere for at de fleste formene medfører angst eller depresjon (Tambs og Moum 1993). 25-spørsmålsutgaven av HSCL er del av en større "familie" (det finnes versjoner med både 90, 58 og 5 spørsmål). En tidlig versjon av skalaen ble utviklet i USA på 1950-tallet. Den ble opprinnelig utviklet som et instrument for å kunne måle om psykoterapi førte til at pasientene ble bedre, og for å måle effekter av psyko-farmaka (Derogatis mfl. 1974).

2. Kontrollert for alder og antall somatiske syketilfeller i 14-dagersperioden.

Litteratur

Brown, G. W. og T. Harris (1978): *Social Origins of Depression. A Study of Psychiatric Disorder in Women*, London: Tavistock Publications.

Dalgard, O. S. (1994): "Kommunedagnose i en politisk bydel i Oslo og fire kommuner i Lofoten", i *Epidemiologisk forskning om sammenhengen mellom miljø og helse. Rapport for perioden 1987-1992*, Oslo: Norges Forskningsråd.

Dalgard, O. S. (1996): "Psykisk helse relatert til sosialt miljø", i P. Hurlen og R. Nordhagen (red.): *Folkehelse i forandring*, Oslo: Universitetsforlaget, 103-117.

Derogatis, L. R., R. S. Lipman, K. Rickels, E. H. Uhlenhuth og L. Cowi (1974): The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A Self-Report Symptom Inventory, *Behavioral Science*, **19**, 1-15.

Gähler, M. (1994): "Svensk familjeupplösning och några av dess konsekvenser", i J. Fritzell og O. Lundberg (red.): *Vardagens villkor. Levnadsförhållanden i Sverige under tre decennier*, Stockholm: Brombergs Bokförlag, 59-86.

Halvorsen, K. (1993): Arbeidsløshet og mental helse - årsak eller virkning? *Samfunnsspeilet* 1993, 2, Statistisk sentralbyrå, 8-11.

Heady, B., J. Kelley og A. Wearing (1993): Dimensions of mental health: Life satisfaction, positive affect, anxiety and depression, *Social Indicators Research*, **1**, **29**.

Johnson, T. P. (1991): Mental health, social relations and social selection: A longitudinal analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, **32** (December), 408-423.

Mastekaasa, A. (1995): Marital Dissolution and Subjective Distress: Panel Evidence. *European Sociological Review*, **11**, 2, 173-185.

Moum, T., E. Falkum, K. Tambs og P. Vaglum (1991): "Sosiale bakgrunnsfaktorer og psykisk helse", i T. Moum (red.): *Helse i Norge*, Oslo: Gyldendal, 42-62.

Moum, T. (udatert): Mode of administration and interviewer effects in self-reported symptoms of anxiety and depression, Upublisert manus, til vurdering i *Social Indicators Research*.

Nielsen, G. H. (1996): "Psykiske lidelser i befolkningen - forekomst, årsaker og forebygging", i P. Hurlen og R. Nordhagen (red.): *Folkehelse i forandring*, Oslo: Universitetsforlaget, 85-100.

Tambs, K. og T. Moum (1993): How well can a few questionnaire items indicate anxiety and depression? *Acta Psychiatrica Scandinavica* **87**, 364-367.

Thoits, P. A. (1983): Multiple identities and psychological well-being: A reformulation and test of the social isolation hypothesis, *American Sociological Review*, **48** (April).

Wilkinson, R. G. (1996): *Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality*, London and New York: Routledge.

Anders Barstad er førstekonsulent i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for demografi og levekårsforskning.

Økende astma og allergi blant barn og unge

32

Nesten hvert femte barn og hver fjerde ungdom hadde allergi eller astma i 1995. Dette innebærer en klar økning i forhold til den forrige helseundersøkelsen i 1985. Økningen var mer markert for skolebarn og ungdom enn for små barn. Dette er en fortsettelse av en utvikling som man også har sett i tidligere helseundersøkelser i Statistisk sentralbyrå. Økningen er vanskelig å forklare, men økt bevissthet om denne typen sykdommer kan være noe av årsaken.

Liv Grøtvedt

Fortsatt økning i astma og allergiske lidelser

Andelen barn med astma har økt fra 2 prosent i 1985 til 5 prosent i 1995. Dette gjelder barn og ungdom 0-17 år, og inkluderer hovedsakelig diagnoser rapportert av foreldrene (0-15 år), men også 16- og 17-åringers egne rapporteringer av sykdom. Økningen gjelder alle aldersgrupper av barn, både småbarn, skolebarn og ungdom, se tabell 1. Økningen i forekomsten av astma var mest uttalt blant ungdom 13-17 år.

Det ble også rapportert om mer allergi generelt i 1995 enn i 1985. Her er både eksem, høysnue og annen uspesifisert allergi tatt med, men ikke astma. Det var 11 prosent med slike allergiske lidelser i aldersgruppen 0-17 år i 1985, mens tilsvarende tall for 1995 var 17 prosent. Blant ungdom var det en fordobling, med 12 prosent i 1985 og 24 prosent i 1995. Blant de minste barna (0-6 år) var det liten og ikke statistisk signifikant forskjell på de to årene (11 og 13 prosent).

Tidligere helseundersøkelser har også vist økning i allergiske lidelser blant barn. Den andre helseundersøkelsen i 1975 hadde høyere rapportering av allergier blant barn enn det man fant i den første helseundersøkelsen fra 1968. Tallene for allergi inkludert astma var 5 prosent i 1968 (1 prosent med astma) og 7 prosent i 1975 (fremdeles 1 prosent med astma) for aldersgruppen 0-17 år. Økningen var imidlertid større fra 1975 til 1985, med prosentandeler på hhv. 7 og 14 prosent (2 prosent med astma) for samme diagnoser og samme aldersgruppe. I tiårsperioden 1975-1985 var økningen forholdsvis jevnt fordelt over aldersgruppene av barn (Grøtvedt og Belsby 1995). Mellom 1985 og 1995 var det en økning i allergier i alt (inkludert astma) fra 13 til 20 prosent i aldersgruppen 0-17 år, og mest økning for unge 13-17 år. I 1985 ble det oppgitt at 14 prosent av ungdommene hadde enten astma eller allergi eller begge deler, mens dette gjaldt 26 prosent eller omtrent hver fjerde i 1995. I disse tallene for alle typer allergier

Tabell 1: Andel barn med astma og allergi i helseundersøkelsene. 1985 og 1995. Prosent

	1985			1995		
	Astma	Allergi ¹	Astma og allergi	Astma	Allergi ¹	Astma og allergi
Småbarn 0-6 år						
Jenter	2	11	0	4	13	1
Gutter	2	11	1	3	13	1
Skolebarn 7-12 år						
Jenter	3	11	0	6	16	3
Gutter	2	10	0	5	15	2
	3	12	1	7	17	4
Ungdom 13-17 år						
Jenter	2	12	0	7	24	5
Gutter	2	14	0	6	25	5
	3	11	0	9	23	5
Alle barn 0-17 år						
Jenter	2	11	0	5	17	3
Gutter	2	12	0	5	17	2
	3	11	1	6	17	3

¹ Allergi uspesifisert, høysnue og eksem

inkludert astma, er hvert allergiske barn telt bare én gang, selv om barnet har flere allergiske sykdommer. Nesten ingen oppgav å ha både astma og allergi i 1985, mens dette var forholdsvis vanlig ti år seinere (se tabell 1). Blant ungdom hadde de fleste med astma også eksem eller høysnue i tillegg.

Økningen i astma og allergi blant barn ser altså ut til å ha pågått i noen tiår. Statistisk sentralbyrås data-innsamling har foregått på noenlunde samme måte siden 1968. Spørsmålsformuleringen har vært nokså lik, det har vært besøksintervjuer der alle i husholdningen intervjues og foreldre har svart for barn i alderen 0-15 år. Svarene som er gitt har blitt omformet til medisinske koder i alle undersøkelsene. Forskjeller i kartleggingen av sykdommer mellom undersøkelsene i 1985 og 1995, beskrives nærmere i rammen om spørsmålene i de to helseundersøkelsene.

Hvorfor øker omfanget av astma og allergi?

Ulike faktorer kan tenkes å påvirke en slik utvikling i retning av høyere allergihyppighet. Det mest nærliggende er kanskje tanken på miljøet som omgir oss og det store antallet mulig allergifremkallende stoffer i mat, i innemiljø eller utendørs fra biltrafikk eller andre forurensningskilder. Det er forholdsvis sparsomt med dokumentasjon på slike sammenhenger, men en undersøkelse av skolebarn i Årdal og Lærdal kommuner viste at barn som i tidlig barnealder ble utsatt for luftforurensing (svoveldioksid og fluorider) hadde økt følsomhet i luftveiene (Søyseth mfl. 1995). Folks bevissthet og oppmerksomhet om astma og allergi har nok også forandret seg i de siste tiårene, og kan være en viktig faktor for å forklare økningen. En mer fullstendig og nøyaktig

Spørsmål om sykdommer i Helseundersøkelsen 1985 og 1995

Både i 1985 og i 1995 ble det stilt gjentatte spørsmål om sykdommer, og det er nesten vanskelig å tenke seg at ulikhetene skulle føre til noen vesentlig forskjell i rapporteringen, fordi det begge gangene ble spurt flere ganger og vist kort med svaralternativer. Kanskje var det lettere å komme på flere sykdommer i 1985, fordi det den gangen måtte spørres om sykdom i forbindelse med både nedsatt aktivitet, legebesøk og medisinerbruk, deretter om medfødt sykdom og til slutt om funksjonshemming. Dette blir minimum 5 spørsmål om sykdom som alle måtte gjennom. I 1995 kunne de friskeste slippe unna med 3 spørsmål, sykdom av varig natur, vise kort og funksjonshemming. I 1995-undersøkelsen har man dessuten ikke registrert kortvarig sykdom (infeksjonssykdommer o.l.) for personer over 24 år.

I 1985 hadde man flere inngangsspørsmål til sykdomsspørsmålene, også kalt kriterier for sykdom. Hvis IO (intervjuobjektet) hadde hatt nedsatt aktivitet eller vært sengeliggende i siste 14-dagersperiode, ble det stilt spørsmål om "Hva slags sykdom, skade eller lidelse var årsak til at du var sengeliggende eller hadde nedsatt aktivitet i perioden?". På tilsvarende måte ble det spurt om hva slags sykdom som var årsak til legekontakt og til bruk av medisiner i 14-dagersperioden. Til slutt ble det spurt direkte "Har du noen medfødt lidelse eller en sykdom, skade eller lidelse av varig natur som du ennå ikke har fortalt om?". Når IO ikke husket flere sykdommer, ble det vist et kort med mange av de vanligste sykdommene listet opp.

I 1995 gikk man rett til spørsmålet "Har du noen sykdom eller lidelse av mer varig natur, noen medfødt sykdom eller virkning av skade?". Så IO ja, ble det spurt om flere sykdommer. Til slutt ble et kort med sykdommer vist fram eller lest opp for å hjelpe på hukommelsen. Kortene som ble vist var ikke helt like i 1985 og 1995. 1995-kortet inneholdt noen flere sykdommer, slik som urinlekkasje og fibromyalgi.

Både i 1985 og i 1995 ble det etter alle sykdomsspørsmålene spurt om IO hadde noen funksjonshemming som han/hun ikke regnet som sykdom og som derfor ennå ikke var blitt nevnt. En eventuell registrert funksjonshemming ble på samme måte som for sykdommene gitt en 3-sifferdiagnose i ICD.

I 1995 ble det stilt et eget spørsmål om nedsatt aktivitet i 14-dagersperioden etter de andre sykdomsspørsmålene, og i denne forbindelse ble det også spurt om hva slags sykdom som var årsak til evt. nedsatt aktivitet, men bare for personer i alderen 0-24 år. I 1985 ble derimot slik kortvarig, akutt sykdom registrert for alle aldersgrupper (i forbindelse med det første inngangsspørsmålet om nedsatt aktivitet i perioden).

utfylling av spørreskjemaer om barns astma og allergi i 1994 enn i 1981, kan tyde på økt interesse fra foreldrene (Nystad mfl. 1997a).

Legenes diagnosesetting er heller ikke noe statisk, men kan forandre seg over tid, særlig når sykdommer blir hyppige og i stor grad blir

gjenstand for medisinsk interesse og diskusjon. Vi har ingen mulighet til å vite hva slags kombinasjon av disse faktorene som har ført til økt rapportering av allergier i Statistisk sentralbyrås undersøkelser. Andre norske undersøkelser forteller også om en økning i forekomsten av foreldrerapportert astma blant skolebarn i perioden 1985-1994. Noe av økningen tilskrives økende diagnostisering av småbarnsastma på begynnelsen av 1980-tallet, og økt fokusering på underdiagnostisering og underbehandling av astma blant barn (Nystad mfl. 1997b).

Uansett årsak eller kombinasjon av årsaker må det være viktig å være oppmerksom på at omfanget av disse selvrapporterte allergiske lidelsene er mange ganger høyere i dag enn for få tiår tilbake, og at det har vært økning i hele perioden 1968-1995. For astma spesielt har Statistisk sentralbyrås helseundersøkelser vist økning siden 1975.

Nesten alle har vært hos lege med sykdommen

Blant de minste barna (0-6 år) hadde 4 prosent astma i 1995. Dobbelt

så mange hadde eksem i samme aldersgruppe, 8 prosent, og 7 prosent hadde uspesifisert allergi eller høysnue (se tabell 2). I alderen 7-12 år og 13-17 år var det like vanlig å ha astma som eksem. De aller fleste med allergiske diagnoser oppgir at de har hørt fra legehold at de har denne sykdommen. Spørsmålet "Har en lege noen gang sagt at han/hun har denne diagnosen/sykdommen?", blir som regel besvart positivt. Prosentandelen som hadde fått høysnue eller uspesifisert allergi bekreftet av lege var 10 prosent i aldersgruppen 0-17 år, mens det i samme gruppe var 11 prosent med slik selvrapportert allergi. For astma var tilsvarende tall for 0-17 år 5 og 6 prosent. For eksem var det nesten ikke forskjell på eksem i alt og "legebekreftet" eksem. Rapporteringen av allergiske sykdommer blant barn i helseundersøkelsen er altså sykdommer som også leger "går god for" og setter diagnoser på, og sannsynligvis i liten grad tilfeldige plager og symptomer. I en undersøkelse av overensstemmelsen mellom legens diagnose og den intervjuedes diagnose i den første av Statistisk sentralbyrås helseundersøkelser, fant man større overensstemmelse for barn enn for voksne (Bjerkedal og Bakketeig 1975). Det som kanskje er litt overraskende, er at nesten alle oppsøker lege også med eksem og uspesifisert allergi, som er diagnoser som sannsynligvis ofte oppleves som mindre alvorlig enn astma. En mulig feilkilde er at man kan bli forledet til å svare ja på dette spørsmålet etter å ha fortalt intervjueren om sin (eller barnets) sykdom. Det kan virke mer seriøst i en intervjusituasjon å gi inntrykk av at man har medhold fra en lege.

En del barn har flere allergidiagnoser og vil bli telt med flere steder i tabellen. I gruppen astma og allergi

Tabell 2: Andel barn med astma og allergi i 1995. Prosent

	Astma	Eksem	Høysnue og uspesifisert allergi	Astma og allergi i alt
0-6 år	4	8	7	16
7-12 år	6	7	11	19
13-17 år	7	7	19	26
0-17 år	5	7	11	20

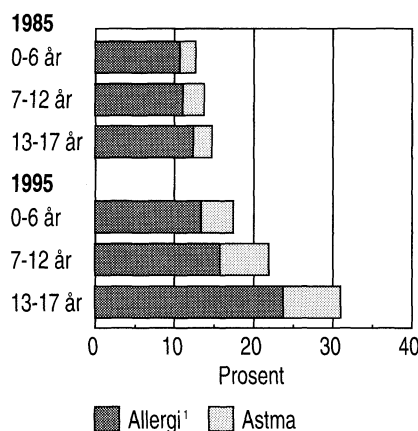
i alt er hvert allergisk barn bare telt med én gang.

Den siste helseundersøkelsen i 1995 viser at svært mange barn og unge har astma eller allergi. Ikke uventet viser det seg at det har vært en økning siden den forrige tilsvarende undersøkelsen i 1985. Den økningen vi registrerer i helseundersøkelsene har pågått i noen tiår. Det er ikke mulig å si noe sikkert om hvorfor selvrapportert allergi og astma øker. Det kan være at mange som hadde slike plager tidligere kalte det noe annet enn astma eller allergi, eller ikke tenkte på å fortelle om det. På denne måten kan bevisstheten om allergiske sykdommer hos folk flest og hos legene ha spilt en betydelig rolle. Data fra helseundersøkelsene peker på en utvikling i selvrapporterte allergiske sykdommer som bør tas alvorlig selv om vi ikke vet noe om bakgrunnen for økningen. De fleste som forteller om slike sykdommer i helseundersøkelsene, sier også at de har vært hos lege med problemet. Dette tyder på at de sykdommene folk forteller om er såpass plagsomme at man oppsøker lege med dem.

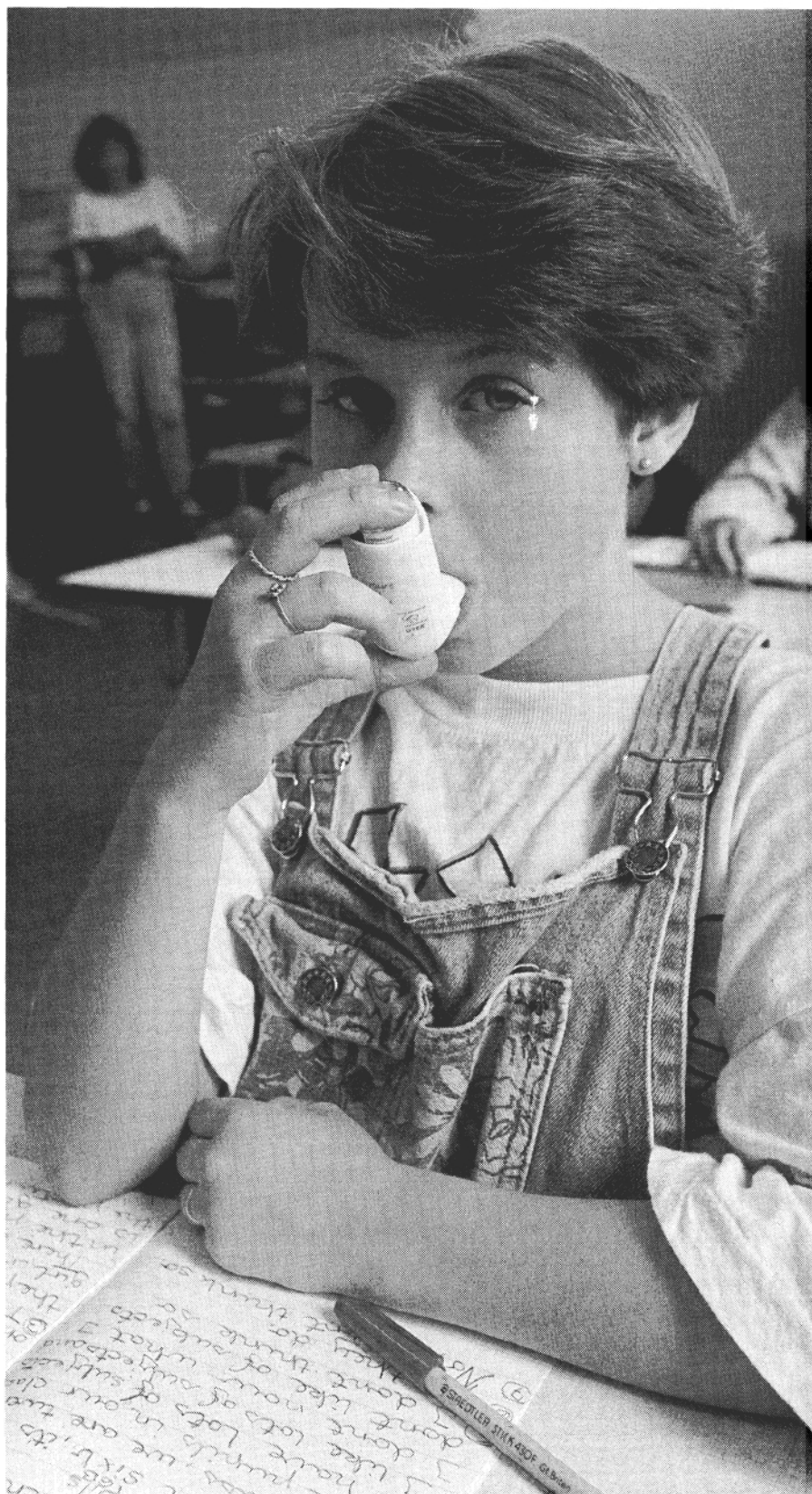
Litteratur

Bjerkedal, Tor og Leiv Bakketeig (1975): Påliteligheten av intervjuopplysninger om helseforhold, *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 95.

Figur 1: Allergier og astma separat i 1985 og 1995. Prosent



¹ Uspesifisert allergi, høysnue og eksem
Kilde: Helseundersøkelsen 1985 og 1995



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

Nystad, Wenche, Per Magnus, Amund Gulsvik, Inger Johanne Skarpaas og Kai-Håkon Carlsen (1997a): Changing prevalence of asthma in school children: evidence for diagnostic changes in asthma in two surveys 13 years apart, *European Respiratory Journal* **10**, under trykking.

Nystad, Wenche, Per Magnus og Vidar Søyseth (1997b): Forekomsten av astma blant skolebarn i Norge i perioden 1985-94, *Tidsskrift for Den norske lægeforening* **5**.

Søyseth, Vidar, Johny Kongerud, Dagfinn Harr, Ole Strand, Roald Bolle og Jacob Boe (1995): Relation of exposure to airway irritants in infancy to prevalence of bronchial hyper-responsiveness in schoolchildren, *Lancet* **345**.

Liv Grøtvedt er forsker ved
Stiftelse for helsetjenesteforskning
(HELTEF) på Sentralsykehuset i
Akershus.

Astma blant barn skjevt sosialt fordelt

Barn av foreldre med høyt utdanningsnivå er mindre plaget av astma enn andre. Denne barnegruppen er også mindre utsatt for ernærings- og miljømessige risikofaktorer som antas å ha sammenheng med astma. Vår analyse tyder likevel ikke på at vurderte risikofaktorer som røyking i hjemmet, trangboddhet eller forurensede omgivelser, er årsaken til sammenhengen mellom utdanningsnivå og astma.

*Jon Erik Finnvold,
Rannveig Nordhagen og
Arnfinn Schjalm*

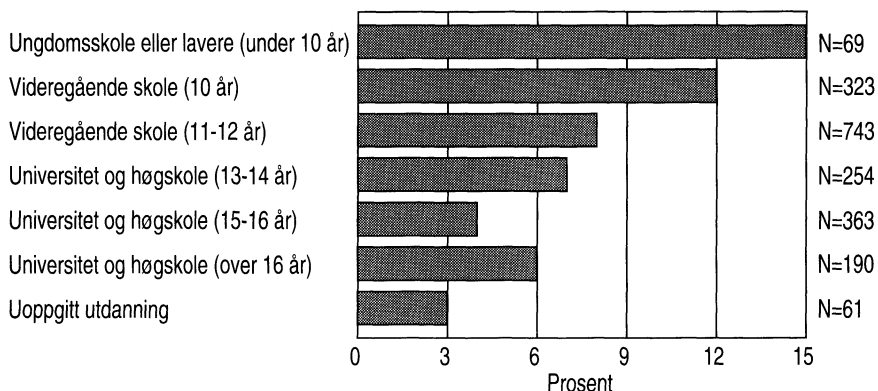
Er barns helseproblemer skjevt sosialt fordelt?

I et tidligere arbeid undersøkte vi hvordan utbredelsen av langvarige sykdommer i barnets første leveår varierte mellom ulike sosiale grupper. For de fleste sykdomsgrupper var det få påviste sammenhenger. Unntaket var imidlertid luftveissykdommer. Resultatene viste blant annet at barn av foreldre med høy utdanning var mindre plaget enn andre av langvarige luftveissykdommer (Finnvold og Nordhagen 1996). Den sosiale skjevfordelingen av luftveissykdommer bekreftes av data fra Helseundersøkelsen 1995. Mens mellom 12 og 15 prosent av barna i hushold med det laveste utdanningsnivået har eller har hatt astma¹, er denne andelen mellom 4 og 6 prosent for barn fra hushold med høyt utdanningsnivå (figur 1). Det dreier seg om statistisk sikre forskjeller. En oversikt over ulike amerikanske studier av sosial skjevfordeling og astma konkluderer med at det er en moderat sammenheng med sosioøkonomisk status, mens det er en tydelig sosial skjevfordeling når det gjelder dødelighet og sykehusinnleggelse på grunn av astma (Weiss mfl. 1993).

Sammenhengen mellom barns helseproblemer og foreldres utdanningsnivå er i samsvar med en rekke andre undersøkelser av dødelighet i tidlig barnealder, som også har dokumentert en sosial skjevfordeling, og der foreldrenes utdanningslengde er den egenskapen ved foreldrenes bakgrunn som er mest utslagsgivende. Bildet er likevel ikke helt entydig; i en nylig publisert norsk undersøkelse ble det ikke vist sammenheng mellom mødrenes utdanningslengde og tilfeller av nedre luftveisinfeksjoner² hos barn i første leveår (Nafstad mfl. 1995).

Samfunnsfaglige analyser som dokumenterer statistiske sammenhenger mellom fenomener, står overfor betydelige utfordringer når det gjelder å forklare årsakene til disse sammenhengene (Sayer 1992:175-204, Hedstrøm og Swedberg 1996). Problemet er spesielt stort ved forskning på ulike forhold som antas å forklare variasjoner i menneskers helse. Ifølge et kritisk perspektiv dreier dette seg om en omfattende empirisk forskningstradisjon rundt et sett av likeartede problemstillinger, der konklusjonene som trekkes er ...*mycket osäkra, försiktiga*

Figur 1: Barn 0-14 år¹ som har eller har hatt astma, etter husholdets høyeste utdanningsnivå. Prosent. 1995. (N)



¹ Ubesvart spørsmål om astma N=12

Kilde: Helseundersøkelsen 1995

ga och får snarast karaktären av resonnement kring mer eller mindre rimliga antaganden... (Ekström 1993:26). Sammenhengen mellom astma og foreldrenes utdanningslengde er følgelig symptomatisk for problemene med denne type undersøkelser. Det kan være svært mange mekanismer som formidler denne sammenhengen, og i denne artikkelen vil vi forsøke å klargjøre sammenhengen mellom utdanningsnivå og astma gjennom å prøve noen hypoteser:

Skyldes sammenhengen mellom astma og utdanningsnivå arv? Er det slik at mennesker med alvorlige luftveislidelser faller i det sosiale hierarkiet, og overfører sine arvelige disposisjoner til neste generasjon? I så fall kan vi forvente at sammenhengen mellom foreldres utdanningsnivå og barns astma svekkes når det tas hensyn til at forekomsten av astma kan variere systematisk mellom ulike grupper av foreldre.

Sammenhengen mellom astma eller nedre luftveisinfeksjoner og eksponering for tobakksrøyk har vært en stadig tilbakevendende problemstilling. Vi finner eksempler på studier som har vist at røyking øker risikoen for noen former for luftveissykdommer, mens andre typer luftveissykdommer hos barn ikke var påvirket av foreldrenes røykevaner (Søyseth mfl. 1995). Men det finnes også studier som mer entydig knytter luftveissykdommer hos barna til foreldrenes røykevaner. Likeledes har ammingens lengde som eventuelt beskyttende mekanisme vært diskutert (Nafstad mfl. 1996). Vi vet at befolkningens vaner og livsstil på ulike områder er betinget av sosial bakgrunn. Det er kjent at røykevaner er klart sosialt betinget, i noen grad gjelder dette også amming. Kan det være slik at sammen-

hengen mellom astma og utdanningsnivå skyldes at foreldre med høy utdanning røyker mindre og ammer barna lenger enn andre?

Eksponering for miljømessige risikofaktorer kan også variere mellom personer med ulik sosial bakgrunn. Kan noe av sammenhengen mellom astma og utdanningsnivå ligge i at personer med lav utdanning oftere enn andre bor trangt eller i miljøbelastede boområder?

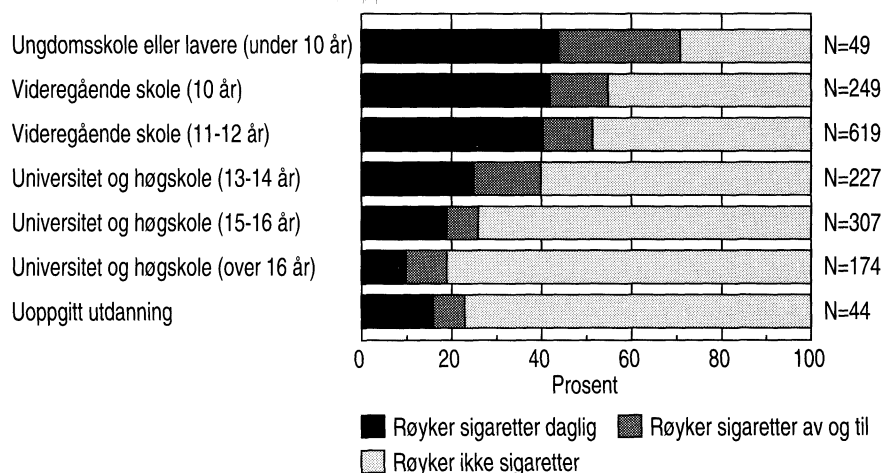
Foreldres røykevaner og barns astma

Vi vet at det er en klar sosial profil med hensyn til mors røykevaner (figur 2). Er da sammenhengen mellom f.eks. høy utdanning og astma kun et utslag av at disse mødrene røyker mindre? Vår analyse kan ikke bekrefte at dette er tilfelle. Det er ikke flere barn som har astma i familier der far røyker, mens våre data tenderer i retning av at noen flere barn har astma i familier der mor røyker (figur 4). Denne forskjellen var imidlertid ikke stor nok til å være statistisk

signifikant. En analyse basert på data fra Helseundersøkelsen 1985, klarte heller ikke å etablere en slik sammenheng (Grøtvedt og Belsby 1995). Sammenhengen mellom foreldres utdanning og astma hos barnet er heller ikke påvirket av at det er færre røykere blant de høyt utdannede (se ramme lenger bak i artikkelen).

Vi utelukker selvsagt ikke at røyking kan ha skadelige konsekvenser for astma. Her er det viktig at våre opplysninger om røyking er korrekte. Det kan f.eks. tenkes at foreldre med astmatiske barn vil underrapportere på spørsmål om røyking. Opplysningen om røykevaner ble innhentet gjennom spørreskjema, og det var en relativt stor andel av de som gjennomførte intervjuet som ikke leverte inn spørreskjema. Vi merker oss at forekomsten av astma var noe høyere hos barn som hadde en mor eller far som ikke hadde besvart spørsmål om røykevaner (figur 4). Det er også andre aspekter ved helseundersøkelsens informasjon om røykevaner som

Figur 2: Røykevaner blant mødre¹ til barn 0-14 år, etter husholdets høyeste utdanningsnivå. Prosent. 1995. (N)



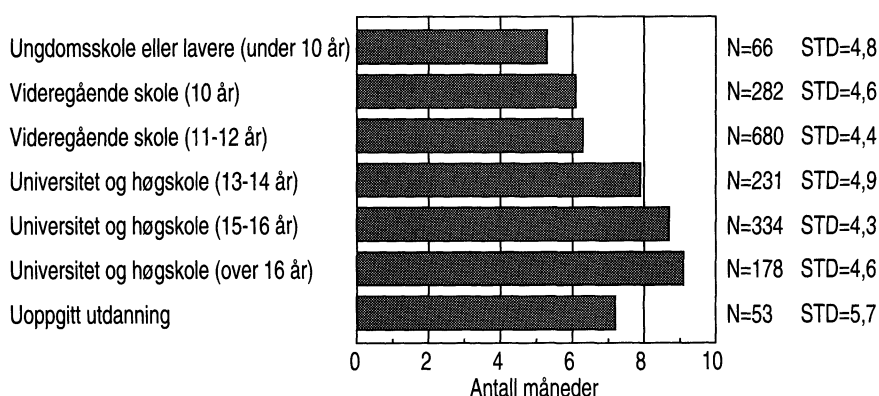
¹ Ikke besvart spørsmål om røykevaner N=335

Kilde: Helseundersøkelsen 1995

gjør denne mindre egnet til å undersøke sammenhenger med astma. Forhold som ventilasjon, om det røykes inne eller ute, og om det røykes i rom der barn oppholder seg, kan fortelle mer om eventuelle skadevirkninger. Enda viktigere er det at vi ikke har opplysninger om foreldrenes røykevaner før det ble klart at barnet hadde astma. Det er rimelig å forvente at endel foreldre som opplever at barnet får astma, vil slutte å røyke. Men disse begrensningene til tross: Det står fast at det ikke ble funnet en signifikant høyere andel astmatiske barn blant mødre som røykte.

Et annet spørsmål er hvordan en eventuell sammenheng mellom sosial bakgrunn, røyking og utbredelse av astma skal tolkes. Det er lite trolig at kunnskapen om sammenhenger mellom røyking og skadevirkninger ikke er kjent blant foreldre i dag, eller at denne kunnskapen er skjevt sosialt fordelt. De aller fleste er kjent med diskusjonen omkring røyking og barns helse, og dette gjelder foreldre med ulik sosial bakgrunn (Okley 1989). Hvorfor er det da slik at lite utdannede mødre røyker mer? Dette er neppe et spørsmål om variasjoner i kunnskap om tobakkens farer. En studie av gravide har vist at røykevaner henger sammen med ulike stressfaktorer. Arbeidsløshet, familieoppløsning, vanskelige boforhold og lignende bekymringsfaktorer fører til at det blir vanskeligere å slutte å røyke eller begrense nikotinformbruken (Okley 1989). Sannsynligheten for å være utsatt for slike bekymringer er igjen betinget av individuelle ressurser som f.eks. utdanningsnivå. Røykeatferd blir i dette perspektivet et spørsmål om ulike sider ved mødre og foreldres generelle levekår og livssituasjon, og i mindre grad et spørsmål om individuell kunnskap om skadevirknin-

Figur 3: Antall måneder barn 0-14 år ble ammet¹, etter husholdets høyeste utdanningsnivå. Prosent. 1995. (N, standardavvik (STD))



¹ Uoppgitt ammeperiode N=180

Kilde: Helseundersøkelsen 1995

ger. Følgelig er det begrenset hva ytterligere informasjon og kampanjer om tobakkens skadelige effekter kan utrette i denne sammenhengen.

Ammelengde har ingen betydning

I figur 3 ser vi at foreldre med høy utdanning generelt ammer barna sine noe lenger enn andre. Sammenhengen mellom utdanningsnivå og ammelengde er imidlertid relativt svak, det er store variasjoner innenfor den enkelte gruppe. Det kan være helsemessige fordeler ved morsmelk, uten at vi kan se noen tendenser ut fra våre data til at barn som ble ammet en relativt kort periode var mer utsatt for astma enn andre (se figur 4 og ramme lenger bak).

Helsemessige konsekvenser av trafikkbelastet bomiljø

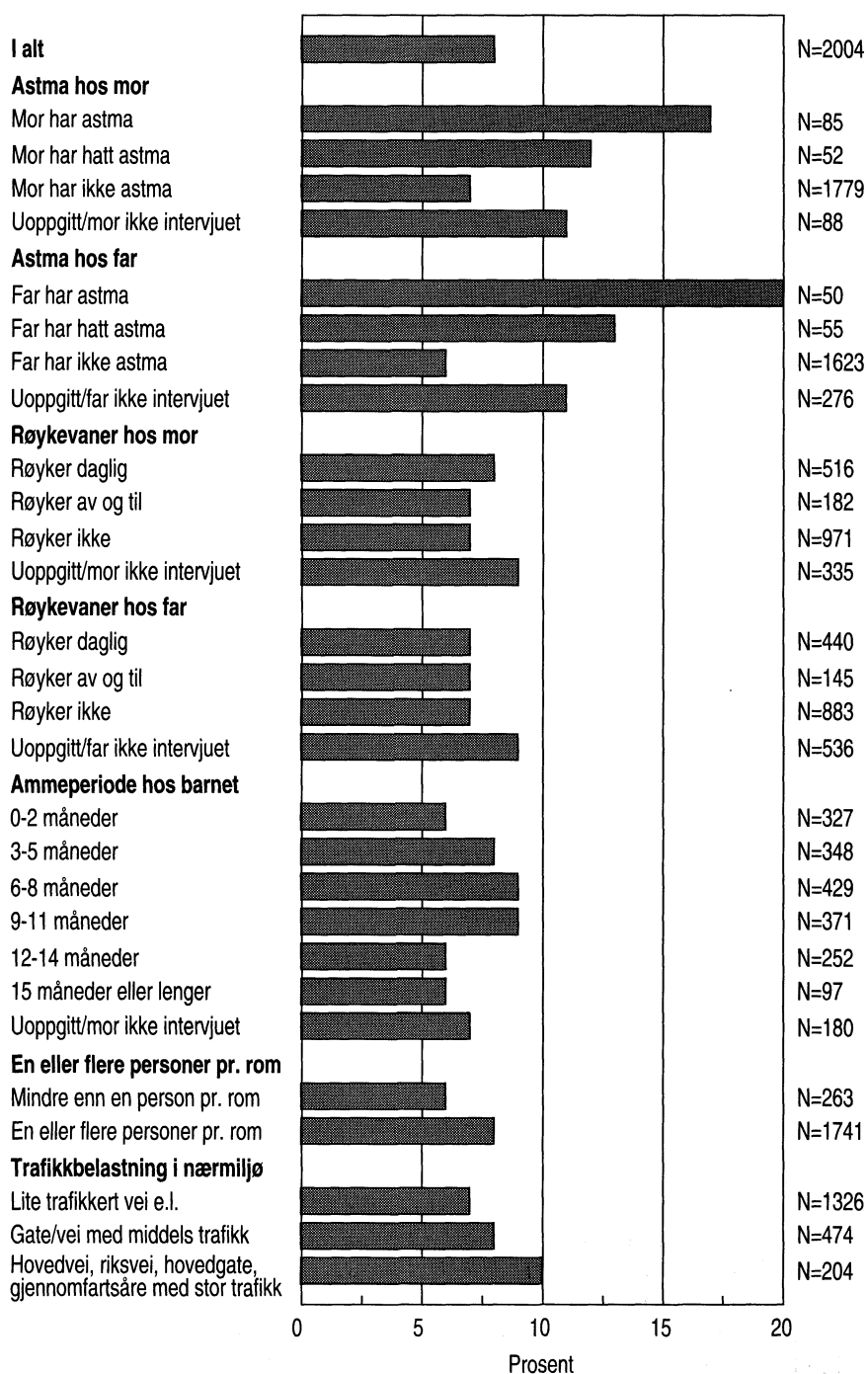
At forurensning skaper helseproblemer er en allmenn oppfatning. Det er rimelig å forvente at sykdom som astma er påvirket av trafikkbelastning i bomiljøet. I litteraturen om emnet er det imidlertid lite som tyder på at det er entydige sammenhenger mellom luftveissykdommer

og forurensning. I den grad det er påvist slike sammenhenger, er det svært vanskelig å isolere betydningen av forurensningen. Resultatene fra helseundersøkelsene i 1985 (Grøtvedt og Belsby 1995) og 1995 (figur 4) tyder ikke på at det er noen klar sammenheng mellom luftveissykdommer og forurensning, dersom vi forutsetter at nærhet til sterkt trafikkert vei er en god indikator på luftforurensning. Men igjen er det problemer knyttet til undersøkelser som bare har opplysninger om situasjonen på et bestemt tidspunkt. Det kan for eksempel være at foreldre har flyttet fra et trafikkbelastet miljø når de opplever at barna er i ferd med å utvikle helseproblemer, en opplysning som ikke kommer fram i helseundersøkelsen. Heller ikke trangboddhet har noen betydning for forekomsten av astma.

Arv og astma

Det er en klar overhyppighet av astma blant barn som har foreldre med astma. Sammenhengen ser ut til å gjelde både far og mor. I gjennomsnitt var det nesten 8 prosent av barna som ifølge foresatte hadde

Figur 4: Utbredelse av astma blant barn 0-14 år, etter ulike egenskaper ved bomiljø og foreldres bakgrunn. Prosent. (N). 1995



Kilde: Helseundersøkelsen 1995

astma på intervjutidspunktet, eller hadde hatt astma tidligere. Denne andelen var 17 prosent dersom barnets mor hadde astma, og 20 prosent dersom barnets far hadde astma. Denne sammenhengen kan tolkes som et utslag av at astma til en viss grad er arvelig betinget. Analysen kan likevel ikke isolere betydningen av en eventuell arvelighetsfaktor. Sammenhengen kan også skyldes at hushold der flere medlemmer har astma, er utsatt for de samme miljøfaktorer. Det kan altså være at det er miljøfaktorer vi ikke har opplysninger om som er bakgrunnen for at både foreldre og barn har astma i enkelte familier.

Gitt den relativt klare sammenhengen mellom barn og foreldres astma, vil sammenhengen mellom utdanningslengde i husholdet og astma hos barnet endres dersom opplysninger om foreldres astma inkluderes i analysen? En bekreftelse på denne hypotesen kan bety at det er en arvelighetsfaktor inne i bildet når det gjelder sammenhengen mellom sosial bakgrunn og astma hos barnet. Resultatene tyder likevel ikke på at dette er tilfellet. Den multivariate analysen viser at sammenhengene mellom astma hos barnet og utdanningslengde i husholdet, ikke endres når det tas hensyn til mors astma (se ramme lenger bak i artikkelen).

Oppsummering

Vi har påvist at utbredelsen av astma blant barn under 15 år er assosiert med foreldrenes sosiale bakgrunn. Resultatene viser også at det er en opphopning av astma i enkelte familier. Hvis et familiemedlem er rammet av astma, øker sannsynligheten for at også flere familiemedlemmer har astma. Mer overraskende er det kanskje at miljø-

Datagrunnlag for multi-
variater analyse

Analysen tar utgangspunkt i intervjuer med foresatte til 2 016 barn under 15 år. For 38 av disse ble barnets mor ikke intervjuet, disse er unntatt fra analysene. Til sammen 12 barn hadde ikke besvart spørsmålet om de hadde astma, og ble dermed ekskludert. Det manglet også opplysninger om utdanningsnivå i husholdet for 61 av barna. For å bestemme

hvordan de ulike bakgrunnsfaktorene påvirket sannsynligheten for å ha astma, ble det gjennomført en logistisk regresjonsanalyse (se under). Standard logistisk regresjon ble imidlertid ikke benyttet på dette datamaterialet. Årsaken er at det er en avhengighet mellom søsken i hushold med flere enn ett barn. For å unngå dette problemet ble det laget et datasett basert på ett barn fra hver husholdning. Dette underut-

valget bestod av 1 175 barn. Det var manglende verdier for flere av variablene i dette underutvalget: I alt 202 mødre hadde ikke besvart spørsmålet om røyking, mens det manglet opplysninger om amming for 111 barn. For 61 barn manglet det opplysninger om astma hos moren. Det endelige datasettet analysen ble basert på, bestod av 930 barn, som altså hadde gyldige verdier for alle de variabler som ble brukt.

Tabell: Faktorer som påvirker sannsynligheten for astma hos barn 0-15 år. Multi-
ppl logistisk regresjon. Barn som har eller har hatt astma = 1(N=75), øvrige = 0(N=855)

Variabler	Parameter estimat	STD	Wald chi- square	p	95 prosent or C.I.	Variabel definisjon
Konstant	-2,2086	0,6433	12	0,0006	.	
Husholdets maksimums- utdanning ¹	-0.2330	0,0952	6	0,0144	0,79 (0,65-0,96)	Utdanningslengde for person i husholdet med høyest utdanning. Kontinuerlig variabel, verdier 1-6: 1 = under 9 år, 2 = 10 år, 3 = 11-12 år, 4 = 13-14 år, 5 = 15-16 år, 6 = over 16 år
Alder	0,0724	0,0307	6	0,0184	1,08 (1,01-1,14)	Kontinuerlig variabel, 0-15 år
Astma hos mor	0,9652	0,3621	7	0,0077	2,63 1,27-5,42)	Mødre som har eller har hatt astma = 1, Øvrige = 0

Faktorer som ikke var signifikante: Mors røykevaner (dagligrøykere = 1, øvrige = 0), trafikkbelastning i nærmiljø (barn som bodde ved hovedvei, riksvei, hovedgate, gjennomfartsåre med stor trafikk = 1, øvrige = 0), ammeperioden (kontinuerlig variabel, antall måneder barnet ble ammet) og trangboddhet (hushold med mindre enn 1 rom pr. person = 1, øvrige = 0).

¹ En bivariat logistisk regresjonsmodell basert på det samme datasettet, men kun med utdanningslengde som variabel, viste at oddsraten ble den samme som i den multivariate analysen (0,79 - 95 prosent konfidensintervall = 0,67-0,96), P-verdi = 0,0135

messige forhold som røykevaner hos foreldre og trafikkbelastning i nærmiljøet ikke synes å ha noen betydning. På bakgrunn av tidligere studier er dette likevel ikke oppsiktsvekkende.

Helseundersøkelsene gir generell informasjon om befolkningens helsetilstand, og er ikke laget for å belyse astmaproblemer spesielt. Det er fristende å konkludere med at dersom undersøkelsen hadde stilt flere

spørsmål om risikofaktorer, f.eks. om inneklimate eller utsatthet for risikofaktorer på ulike tidspunkt i barnas livsløp, så ville vi kommet betydelig nærmere en forståelse av hvorfor astma oppstår, og kanskje

kommet på sporet av hvilke faktorer som formidler sammenhengen mellom utdanningsnivå og astma. En konklusjon som dette ville i så fall vært typisk for denne type studier, som ifølge den tidligere siterte kritiker har ...en mycket stark tiltro til möjligheten at övervinna dessa begränsningar, och nå ny kunnskap om kausala substantiella relationer och processer, genom att förfin indikatorer och datainnsamlingsmetoder samt genom utveckling av de statistiska analysmetoderna... (Ekström 1993:27). Ut fra de tidligere meritter som den medisinske sosiologien ifølge Ekström kan utvise, er hans vurdering at en slik strategi ikke vil føre fram. Hvordan kan vi da finne ut av hvorfor sosiale ulikheter i befolkningens helsetilstand, på tross av at en generell velstandsutvikling er et vedvarende trekk ved moderne samfunn, fortsatt består? Ekstrøms resept er at intensive studier av individers livsløp eller biografier kan gi ny innsikt i disse spørsmål.

1. Utbredelsen av astma i barnebefolkningen er blitt tallfestet på flere måter. Ulike studier har derfor kommet til forskjellige konklusjoner på spørsmålet om hvilket omfang astma har som helseproblem (Nystad, Magnus og Søyseth 1997). For det første er det et spørsmål om man tar med både de som har hatt og har astma, eller om vi også inkluderer de som kan ha hatt to eller flere episoder med tung pust eller "piping". Selvrapportert astma kan også vise en annen utbredelse enn legerapportert astma. I Helseundersøkelsen 1995 er informasjon om utbredelsen av astma innhentet på to måter: Først er det spurt hvilke langvarige sykdommer den enkelte har. De svarene som ble gitt, ble så kodet etter det internasjonale klassifikasjonssystemet for sykdommer (ICD-9). Opplysninger om astma ble også innhentet i et eget spørsmål under intervjuet, der barnets foresatte ble spurt om barnet hadde astma på intervjudidspunktet, eller om barnet tidligere hadde hatt astma. Det er disse opplysningene som er brukt i denne artikkelen. Det er også viktig å være oppmerksom på at astma ikke er en enhetlig og entydig diagnose. Man vil ikke kunne

skille mellom det man kaller hyperaktivitet, nedre luftveisinfeksjoner og atopi. Det er funnet forskjellig risikofaktorer for disse gruppene (Søyseth mfl. 1995).

2. Nedre luftveisinfeksjoner ble i denne studien definert som legerapportert bronkitt, bronkiolitt inklusive RS-virusinfeksjoner eller lungebetennelse. Det var 18 prosent av barna som hadde hatt en eller flere nedre luftveisinfeksjoner i denne studien. Det dreier seg altså om luftveislidelser med en betydelig høyere utbredelse enn den astma som registreres i helseundersøkelsene, og som følgelig er av en mindre kronisk og alvorlig karakter.

Litteratur

Ekström, Mats (1993): Sociologiska förklaringar och variabelanalysens gränser. En kritisk analys med eksempel från medicinsk sociologi, *Sociologisk forskning* 1993, 2.

Finnvold, Jon Erik og Rannveig Nordhagen (1996): Helseulikhet i barns første leveår, *Samfunnsspeilet* 1996, 2, Statistisk sentralbyrå.

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

Hedström, Peter og Richard Swedberg (1996): Social mechanisms, *Acta sociologica* 39, 282-308.

Okley, Ann (1989): Smoking in pregnancy: Smokescreen or risk factor? Towards a materialist analysis, *Sociology of health and illness* 11, 4.

Nafstad, Per mfl. (1996): Breastfeeding, maternal smoking and lower respiratory tract infections. *European Respiratory Journal* 9, 2623-2629.

Nafstad, Per, Johnny Kongerud, Jørgen A. Hagen og Grete Botten (1995): Passiv røyking og nedre luftveisinfeksjoner blant små barn. Er det en sammenheng også i Norge? *Norsk epidemiologi* 1995, 1.

Nystad, Wenche, Per Magnus og Vidar Søyseth (1997): Forekomsten av astma blant skolebarn i Norge i perioden 1985-1994. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 5, 117:644-7.

Sayer, Andrew (1992): *Method in social science. A realist approach*, London, Routledge.

Søyseth, Vidar, Johnny Kongerud og Jacob Boe (1993): Postnatal maternal smoking increases the prevalence of asthma but not of bronchial hyperresponsiveness or atopy in their children. *Chest* 107, 2, 389-393.

Weiss, K. B., P. J. Gergen, D. K. Wagener mfl. (1993): Breathing better or wheezing worse? The changing epidemiology of asthma morbidity and mortality, *Annual Review of Public Health* 14, 491-513.

Jon Erik Finnvold er førstekonsulent i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk.

Rannveig Nordhagen er overlege ved Statens institutt for folkehelse, Avdeling for samfunnsmedisin.

Arnfinn Schjalm er førstekonsulent i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for statistiske metoder og standarder.

Trafikkulykker alvorligst i lengden

7 prosent av den norske befolkning har vært utsatt for ulykker som har gitt varige skader. Trafikkulykkene er ikke de som gir opphav til flest legebesøk, men de gir flest skader med langvarig virkning. Særlig nakkeskadene gir mange langtidsproblemer. Motsatt er det med hjemmeulykkene: mange legebesøk, men færre skader med varige mén. Arbeidsulykkene plasserer seg midt på treet i begge sammenhenger.

Jens-Kristian Borgan

7 prosent har varige mén etter ulykke

På grunnlag av svarene i Helseundersøkelsen 1995, er antall ulykkes-skader som medførte legebehandling, beregnet til vel 400 000, 57 000 av disse skadene førte til sykehusopphold. Dette fordelte seg med henholdsvis 250 000 legebehandlede skader for menn, hvorav vel 32 000 sykehusopphold og 155 000 legebehandlede skader for kvinner, hvorav vel 24 000 sykehusopphold. Det var ikke fullt så mange som 400 000 personer som var rammet av ulykke siste året, da en del personer var utsatt for flere ulykker.

Det ble registrert flest legebehandlede ulykkeskader i aldersgruppene mellom 15 og 30 år, om lag 30 prosent av personene med ulykkes-skade var i disse aldersgruppene. Blant ulykkeskader som førte til innlegging på sykehus, var det imidlertid en overvekt av eldre personer. Grunnen til dette siste er nok at ulykker som rammer eldre personer med dårlig helse, oftere krever sykehusopphold. Dette gjelder for eksempel lårhalsbrudd etter fall.

Ifølge Helseundersøkelsen 1995 hadde i alt 7 prosent av befolkningen varige mén etter en ulykke med persons-kade, det tilsvarer om lag 300 000 personer. For menn var dette tallet 8 prosent og for kvinner 5,5 prosent.

De 7 prosentene av befolkningen som hadde varige mén etter ulykkeskade, fordelte seg relativt jevnt på alle aldersgrupper over 20 år. Blant personer under 20 år var det langt færre med slik skade. Hvis disse personene grupperes etter alder ved ulykken, finner vi imidlertid en klar overvekt i aldersgruppen 15-29 år, 37 prosent av de ulykkeskadde ble utsatt for ulykken i disse aldre-

ne. De øvrige aldersgruppene (både yngre og eldre) ser ut til å være nokså likt utsatt for ulykkeskade med varige mén. Hvis vi begrenser oss til ulykkeskader med varige mén som er inntruffet etter 1989, dvs. de vel fem siste år, finner vi en forskyvning mot de eldre aldersklasser. Viktigste årsak til dette er at personer som i høy alder får varige mén etter ulykke, av naturlige grunner ikke lever så lenge etter ulykken, som personer som blir skadd i yngre alder. Tabell 1 viser aldersfordelingen for legebehandlede ulykkeskader, varige mén uansett når skaden inntraff, og varige mén av ulykkeskade de vel fem siste år (etter 1989). Den lave andelen med varige mén blant "nyere" ulykkeskader i forhold til legebehandlede skader blant barn, tyder på at barn i større grad trenger legebehandling for skader som ikke gir varige mén, enn hva tilfellet er i andre aldersgrupper.

Rygg- og nakkeskader var de viktigste varige konsekvensene av en ulykkeskade. Hver fjerde person som oppgav at de hadde varig skade etter ulykke oppgav en slik årsak. Andre viktige skader var skade

Tabell 1: Legebehandlede ulykkeskader etter alder, varige mén etter alder ved ulykke (alle ulykker og ulykker inntruffet etter 1989)

Aldersgruppe	Legebehandlede skader	Varige mén etter ulykke	
		Alle	Etter 1989
Alle aldre	100	100	100
0-14	20	17	9
15-29	29	37	30
30-64	37	33	36
65-79	10	11	20
80-	4	2	5

Kilde: Helseundersøkelsen 1995

Spørsmål om ulykker i Helseundersøkelsen 1995

Det er to avdelinger med spørsmål om ulykker i Helseundersøkelsen 1995.

1. Personer som opplyste at de hadde hatt kontakt med allmennpraktiserende lege, legesenter, kommunelege, legevakt eller bedriftslege siste 12 måneder, ble spurt om minst ett av legebesøkene skyldtes behandling av skade etter ulykke inntruffet i løpet av de siste 12 måneder. Det samme spørsmålet ble stilt til personer som hadde hatt kontakt med lege på sykehus/poliklinikk med og uten innleggelse. For personer med flere ulykkestilfeller siste 12 måneder, ble alle tilfellene registrert.

Formålet med disse spørsmålene er å kartlegge omfanget av ulykker over en viss alvorlighetsgrad i løpet av ett år, dvs. at det var nødvendig med legebehandling. Personskade etter ulykke som førte til innlegging på sykehus, er grovt regnet de skadene som har de største medisinske konsekvenser, selv om de ikke nødvendigvis er de mest dramatiske ulykkene.

2. For å kartlegge varige mén av ulykkeskade, ble intervjupersonene spurt om de hadde noen sykdom eller lidelse av mer varig natur, noen medfødt sykdom eller virkning av skade. Det skulle tas med vanskeligheter/begrensninger av mer varig karakter, dvs. at de hadde vart eller var forventet å vare i minst seks måneder. I tillegg ble personene spurt om de hadde noen varig funksjonshemming.

For alle syke- og skadetilfellene som ble kartlagt med disse spørsmålene, ble personen spurt om tilfellet gjaldt en sykdom eller en skade. Personer som hadde oppgitt minst én skade, ble videre spurt om den skaden som medførte mest konsekvenser skyldtes en ulykke, vold eller annen årsak til skade.

Alle personene som hadde rapportert om ulykke (både legebehandlede ulykkeskader siste 12 måneder og varig virkning av ulykke), ble spurt om hvor ulykken skjedde, med svarkategoriene:

- a) bolig eller boligområde
- b) arbeidsplass
- c) gate eller vei
- d) barnehage eller lekeplass
- e) sykehjem eller aldershjem
- f) idretts- eller sportsanlegg
- g) friluft, hav, sjø eller vann
- h) annet sted
- i) ukjent sted

Videre ble personene spurt om hva de holdt på med da ulykken skjedde, med svarkategoriene:

- a) inntektsgivende arbeid
- b) verneplikt i militæret
- c) utdanning
- d) idrett, sport eller mosjon i utdanning
- e) annen idrett, sport eller mosjon
- f) annen aktivitet
- g) ukjent aktivitet

I tillegg ble personene spurt om bil, motorsykkel, sykkel eller annet kjøretøy var innblandet i

ulykken. Denne måten å gruppere ulykker på er nærmere beskrevet i den norske utgaven av Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer (ICD-10) (Statens helsetilsyn 1996: 988 ff).

Hensikten med spørsmålene over er å kunne gruppere ulykkene i ulykkestyper. Det er ikke mulig å spørre direkte om ulykkestype, da dette ikke gir gjensidig utelukkende kategorier: For eksempel kan en trafikkulykke også være arbeidsulykke. Ved å gruppere de to spørsmålene om "hvor ulykken skjedde", og "hva holdt du på med da ulykken skjedde", blir det mulig velge hvordan ulykker som dekkes av flere ulykkestyper skal grupperes. Det er også mulig å gruppere en slik ulykke under flere ulykkestyper. Alle ulykker summerer seg da opp til mer enn 100 prosent. Et slikt valg er neppe aktuelt når en skal se på alle ulykker under ett. Det kan imidlertid være aktuelt hvis en vil studere forekomsten av ulike ulykkestyper.

I denne presentasjonen har vi valgt å prioritere trafikkulykkene, slik at trafikkulykke som også er arbeidsulykke, er regnet som trafikkulykke. Gate-/veiulykke er også gitt prioritet foran arbeidsulykke, mens ulykke under inntektsgivende arbeid i hjemmet er regnet som arbeidsulykke. Idretts- og mosjonsulykke under utdanning (f.eks. gymnastikk på skolen) er regnet som utdanningsulykke.

på underekstremitetene (lårhals, bein, kne, fot) med 14 prosent og skade i overekstremitetene (skulder, arm, albue, hånd) med 10 prosent av skadene. Det ble registrert få hodeskader. Dette kan skyldes at det ikke har vært mulig å oppnå intervju med de mest alvorlig skadde personene.

Traffikkulykker ikke størst i antall, men gir flest varige mén

Traffikkulykke var hyppigst forekommende årsak til varige mén etter ulykkesskade. Hver fjerde person med slik skade rapporterte trafikkulykke som årsak til denne skaden. På den annen side var det bare 7 prosent av legebehandlede ulykkesskader siste året som skyldtes trafikkulykke. Det var heller ikke noen større andel av trafikkulykkene som førte til sykehusopphold. Trafikkulykkene viste relativt liten forskjell mellom kjønnene.

Rygg- og nakkeskadene utgjorde 40 prosent av trafikkskadene med varige mén, særlig var nakkeskader sterkt representert.

Mange skader etter arbeidsulykker blant menn

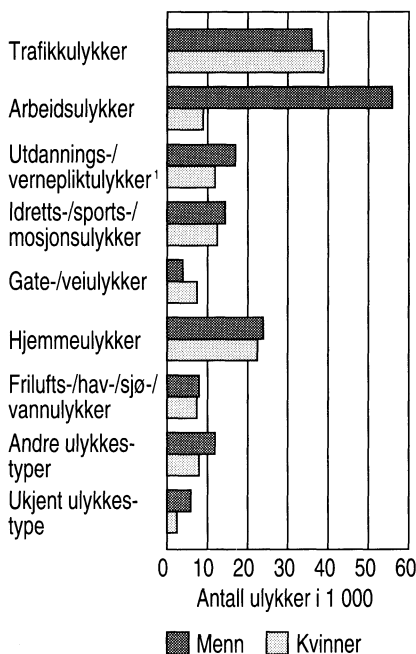
I helseundersøkelsen var arbeidsulykke den ulykkestypen som hadde nest flest ulykker som førte til en skade med varige mén, bare trafikkulykkene var flere. Også blant legebehandlede ulykker var arbeidsulykker den ulykkestypen som forekom nest hyppigst, bare hjemmeulykker hadde flere nye skader. En relativt lavere andel av arbeidsulykkene førte til sykehusinnlegging. 30 prosent av arbeidsulykkene med varige mén skyldtes rygg- og nakkeskader. Arbeidsulykkene viste meget stor forskjell mellom kjønnene. Menn var sterkt overrepresentert, særlig for ulykkesskader med varige mén.

Flest legebehandlede hjemmeulykker, men færre med varige mén

Mens det ble registrert nesten tre ganger så mange trafikkskader med varige mén i forhold til legebehandlede skader siste året, var bildet helt motsatt for hjemmeulykker: Det ble rapportert mer enn dobbelt så mange legebehandlede hjemmeulykker som hjemmeulykker med varig skade. Hjemmeulykke førte også oftere til sykehusinnlegging enn andre skader. En årsak til dette er at hjemmeulykker oftere rammer eldre. En høyere andel lårhalsbrudd fører til skader på underekstremitetene. Dette var den hyppigste konsekvensen av hjemmeulykker med varige mén.

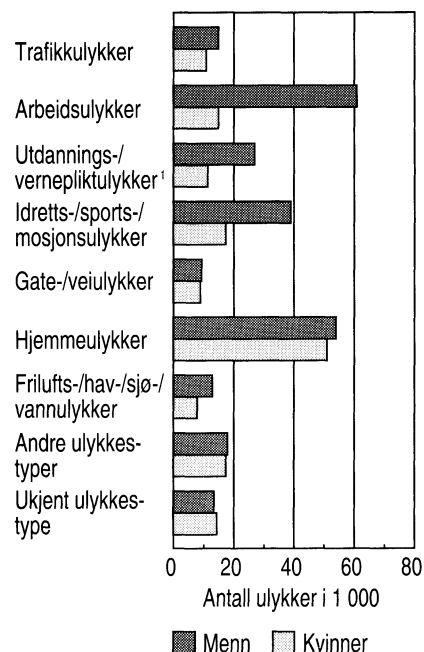
Figurene 1, 2 og 3 viser menn og kvinner med varige mén etter ulyk-

Figur 1: Personer med varig virkning av ulykkesskade, etter ulykkestype



¹ Inkludert idrett, sport og mosjon i utdanning
Kilde: Helseundersøkelsen 1995

Figur 2: Legebehandlede ulykkesskader med og uten sykehusinnlegging siste 12 måneder, etter ulykkestype



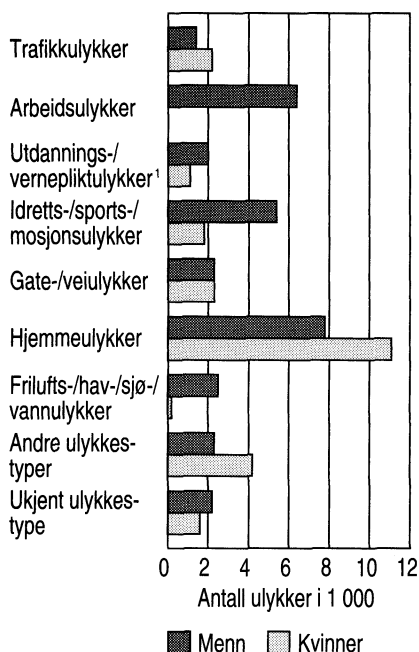
¹ Inkludert idrett, sport og mosjon i utdanning
Kilde: Helseundersøkelsen 1995

kesskade, legebehandlede ulykkeskader og ulykkesskader som medførte innlegging på sykehus.

Hjemmeulykker mest vanlig blant de eldste og de yngste

Hvis vi grupperer personer med varige mén av en ulykkesskade etter alder når ulykken inntraff, finner vi at hjemmeulykkene dominerte blant førskolebarn, blant menn over 80 år og kvinner over pensjonsalder. Blant menn i yrkesaktiv alder var arbeidsulykker den hyppigst forekommende årsak til skade med varige mén, mens trafikkulykke også hadde en større andel enn hjemmeulykker bortsett fra de yngste (under 7 år) og de eldste (over 80 år). Blant kvinner utgjorde arbeidsulykker en mindre andel av alle ulykkestilfellene. Trafikkulykker

Figur 3: Sykehusopphold etter ulykkesskader siste 12 måneder, etter ulykkestype



¹ Inkludert idrett, sport og mosjon i utdanning
Kilde: Helseundersøkelsen 1995

hadde klart størst andel mellom 7 og 45 år, mens det i aldersgruppen mellom 45 og 66 år var lik andel arbeidsulykker og trafikkulykker.

Klart over halvparten av ulykkene med varige mén som inntraff etter pensjonsalder var en hjemmeulykke. Hjemmeulykkene hadde også relativt stor betydning i de andre aldersgruppene, bortsett fra ungdom 16-24 år. For barn og unge (7-24 år), var idrettsskader den viktigste ulykkesårsak både for kvinner og menn. I yrkesaktiv alder (25-66 år) dominerte arbeidsulykker blant menn, mens hjemmeulykker forekom hyppigst blant kvinner, tett fulgt av arbeidsulykker.

Ved å studere legebehandlede ulykkesskader som har inntruffet siste år, finner vi flere fellestrekk med

ulykker med varige mén, men også en del typiske avvik:

- Hjemmeulykker har samme aldersstruktur som ulykker med varige mén, men andelen er hele tiden noe større.
- Arbeidsulykker har også samme aldersstruktur, men mens det er en overvekt av ulykkesskader med varige mén blant menn, var det relativt flest nye ulykkestilfeller blant kvinner.
- Trafikkulykker har klart større andel av ulykker med varige mén enn blant legebehandlede ulykker siste år. Aldersstrukturen er imidlertid nokså lik.
- Idretts- og mosjonsulykker har en overvekt av legebehandlede ulykker siste år.

Har trafikkulykker størst konsekvenser?

Mens legebehandlede ulykker siste året gjelder ulykker inntruffet over en 12-månedersperiode før høsten 1995, har ulykker med varige mén inntruffet over en lang årrekke før 1995. Det at en ulykkestype dominerer sterkere blant ulykker med varige mén enn legebehandlede ulykkesskader siste år, kan skyldes at denne ulykkestypen ofte har større konsekvenser enn andre typer. Dette er nok tilfelle for trafikkulykker. En annen årsak til et slikt bilde kan være at en aktivitet var sjeldnere før enn nå, eller at aktiviteten har blitt mer eller mindre risikofylt. Dette er nok hovedårsaken til ulikheten i arbeidsulykker mellom menn og kvinner. Risikoen for arbeidsulykker har blitt mindre med årene, både på grunn av sikrere arbeidsplasser, og at de mest utsatte jobbene ikke lenger finnes. Økningen i arbeidsulykker blant kvinner skyldes nok kvinnes økte yrkesaktivitet.

Den høye andelen eldre som rammes av hjemmeulykker, er hovedårsaken til det relativt lavere antallet hjemmeulykker med varige mén i forhold til legebehandlede ulykkesskader etter hjemmeulykke. Årsaken til dette er den samme som er vist for de eldste aldersgruppene i tabell 1.

Mange ulykker av en type betyr ikke nødvendigvis høy ulykkesrisiko

Ikke særlig overraskende ble det funnet en nær sammenheng mellom fordelingen av de ulike ulykkestyper i forhold til hvor ofte personer i de aktuelle aldersgrupper opptrer på de ulike arenaer. Små barn og eldre oppholder seg mest i hjemmet, grupper med den høyeste yrkesaktiviteten har flest arbeidsulykker, idretts- og mosjonsulykker rammer større barn, ungdom og unge voksne. Påstanden en ofte ser om at hjemmet er en ekstra farlig arena, bunner ofte i en slik sammenblanding.

Hvis vi skulle beregne risiko for at en ulykke av en gitt type skulle inntruffe, var det nødvendig å beregne hvor lenge personer av ulike kjønn i ulike aldersgrupper var opptatt med aktiviteter på de ulike arenaene. I prinsippet kunne nok slike tider beregnes gjennom tidsnyttingsundersøkelser. Det spørres imidlertid om slike beregninger ville være særlig fruktbare, da ulike aktiviteter på samme arena (f.eks. i hjemmet) vil ha høyst ulik risiko. Å stå ved oppvaskbenken er neppe like farlig som å stå på en gardintrapp og pusse vinduer.

Av grunner nevnt over er det i denne artikkelen ikke gjort noe forsøk på å beregne risiko knyttet til kjønn, alder og ulykkestype.



Hvor pålitelige er tallene i helseundersøkelsen?

Svarene i helseundersøkelsen bygger på vel 10 000 intervjuer med personer bosatt i privathusholdninger. Det vil si at knapt én av 400 av den norske befolkningen ble intervjuet. Det var et frafall på 26 prosent av personene som opprinnelig ble trukket ut for intervju.

At tallene bygger på utvalg og ikke fullstendig telling, gir en viss statis-

tisk usikkerhet, særlig når tallene deles opp i grupper av ulykketype, kjønn og alder. Det er også alltid en risiko for feilslutning ved at intervjupersonene har misforstått spørsmålene.

For å se noe mer på kvaliteten av dataene, har vi sammenliknet med tilsvarende data samlet inn til Personskaderegisteret ved Statens institutt for folkehelse (Folkehelsa). Sammenlikningen bygger på nye

data tilsvarende dem gitt i Guldvog mfl. (1992).

Folkehelsa personskaderegister bygger på innrapporterte skader ved Buskerud sentralsykehus, Sentralsykehuset i Rogaland, Regionsykehuset i Trondheim og Harstad sykehus, samt de kommunale legevakter i Drammen, Stavanger, Trondheim og Harstad. Hvis vi sammenlikner resultatene fra helseundersøkelsen med tall fra persona-

deregisteret (påpluss et anslag for legekontakter utenom sykehus og legevakt), finner vi om lag 15 prosent færre legebehandlede ulykkesskader i helseundersøkelsen og det samme antall skader som førte til sykehusopphold (se Sosial- og helsedepartementet 1997).

Når vi deler inn ulykkene etter type, finner vi følgende hovedbilde:

- Helseundersøkelsen har langt flere arbeidsulykker, en overhyppighet på 80 prosent.
- Helseundersøkelsen har 50 prosent større andel utdanningsulykker, men 20 prosent færre idretts- og mosjonsulykker. I sum blir disse to ulykkestypene like.
- Helseundersøkelsen har 20 prosent færre trafikkulykker, og bare halvparten så mange gate-/veiulykker.
- Helseundersøkelsen har 20 prosent færre hjemmeulykker.
- Ulykker i friluft, hav og sjø er langt vanligere i helseundersøkelsen.

Bortsett fra mulige statistiske feil i utvalget i helseundersøkelsen, kan nevnes følgende forklaringer på avviket:

- Det lavere tallet på legebehandlede ulykkesskader i helseundersøkelsen, kan skyldes at folk ikke husker alle ulykkesskader de selv har regnet som bagatellmessige.
- Folkehelsas skaderegister har ikke data fra bedriftshelsetjenesten. Dette er en årsak til at Folkehelsas tall sannsynligvis er for lave. Tallene i helseundersøkelsen er på den annen side sannsynligvis for høye. I tallene er det tatt bort en del rapporterte arbeidsulykker blant barn og per-

soner over 80 år. Dette kan tyde på at en del intervjuede personer også har tatt med ulykkesskader i arbeid av mer uformell karakter og som ikke er inntektsgivende.

- Både i Folkehelsas data og i helseundersøkelsen er mosjon og idrett under utdanning registrert som utdanningsulykke. Det kan imidlertid hende at ulykker som er blitt registrert som en mosjons-/idrettsulykke under utdanning i helseundersøkelsen er registrert som mosjons-/idrettsulykke i Folkehelsas skaderegister.
- De høyere tallene for vei-/gateulykker i Folkehelsas register kan skyldes at dette registeret dekker en overvekt av byområder. Det er sannsynlig at mer bymessig bebyggelse gir mer ferdsel til fots på gate/vei, og dermed økt fare for mange slike ulykker.
- Det lavere tallet på trafikkulykker kan skyldes at personer som har fått trafikkskade i større grad har gått til frafall ved intervju på grunn av alvorlig skade.

Oppsummering

Helseundersøkelsen viser at hjemmeulykker utgjør flest legebehandlede ulykker i løpet av et år. Trafikkulykker er imidlertid årsak til flest ulykkesskader med varige mén. Bortsett fra arbeidsulykker er det små kjønnsforskjeller mellom personer med varige konsekvenser av en ulykkesskade. Blant menn er varig skade etter arbeidsulykke også klart vanligere enn trafikkulykke. Blant kvinner er arbeidsulykker klart sjeldnere. For legebehandlede ulykkesskader er det i tillegg til arbeidsulykker en klar overvekt blant menn for utdanningsulykker og idretts- og mosjonsulykker.

Sammenlikningen med dataene fra Folkehelsa for legebehandlede ulykkesskader i 1995 gir en brukbar overensstemmelse for ulykker sett under ett, men det er til dels betydelig avvik når en ser på ulykkestyper. Helseundersøkelsens resultater vil likevel, sett opp mot Folkehelsas tall, gi et verdifullt bidrag til en oversikt over ulykkesbildet i Norge.

Litteratur

Guldvog, Bjørn, Anders Torgersen og Øydis Ueland (1992): *Ulykker, vold og selvpåført skade*. Personskaderapport, Folkehelsa.

Sosial- og helsedepartementet (1997): *Forebygging av ulykker i hjem, skole og fritid*, Handlingsplan 1997-2002.

Statens helsetilsyn (1996): Den norske utgaven av Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer (ICD-10).

Jens-Kristian Borgan er rådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk.

Fastlegetilknytning blant kronisk syke:

Legene flytter fra pasientene

Blant kronisk syke mennesker er mulighetene til å få en fast lege avhengig av hvor de bor. Utsiktene til å få en fast lege er nesten tre ganger høyere for bosatte i sentrale strøk, sammenlignet med bosatte i distriktkommuner der turnuskandidater er en viktig del av legetilbudet. Den manglende kontinuiteten henger sammen med legenes flyttemønstre og yrkeskarriere, samt hvordan kommunene har organisert sin helsetjeneste.

Jon Erik Finnvold

Fordelene ved å ha fast lege

Alle som ble intervjuet i Helseundersøkelsen 1995 ble spurt om de hadde en fast lege å henvende seg til når de trengte legehjelp. Fastlegetilknytning, eller kontinuiteten i forholdet mellom lege og pasient, anses som en indikator på kvalitet i helsetjenesten (Rutle 1996). Det å ha en fast lege antas å ha positive konsekvenser for selve innholdet i kontakten med legen, herunder legens innsikt i pasientens sykehistorie. Det er derfor av interesse å belyse utbredelsen av det å ha fast lege, og se på om kontinuiteten i legerelasjonen har endret seg de siste ti årene. Hovedformålet med artikkelen er å undersøke om ulike trekk ved bostedet påvirker mulighetene til å få en fast lege: Er kontinuiteten i legerelasjonen påvirket av bostedets sentralitet? Har kommunenes måte å organisere allmennlegetjenesten på konsekvenser for mulighetene til å få en fast lege?

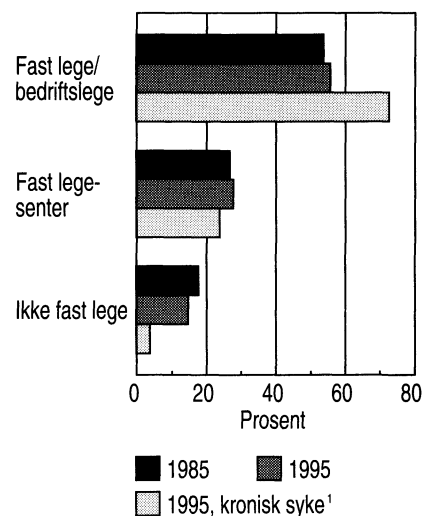
Å bedre kontinuiteten mellom lege og pasient er også ansett som viktig for de sentrale helsepolitiske myndigheter. Så viktig at Sosial- og helsedepartementet foreslår å gjøre en fastlegeordning gjeldende for alle kommuner i Norge (Sosialdepartementet 1997). I fire kommuner ble det i perioden 1993 til 1996 gjennomført et forsøk med fastlegeordning, også kalt listepasientsystem. Ordningen innebærer at alle skal ha en fast allmennpraktiserende lege i kommunen der de bor. En eventuell innføring av en slik ordning innebærer en vesentlig helsepolitisk reform. Det er da også gode grunner til å gjennomføre tiltak som bedrer kontinuiteten i forholdet mellom lege og pasient: Erfaringer fra de fire forsøkskommunene viser at folk flest ønsker å ha en fast lege. Flere studier slår fast at de som har en fast lege, er mer fornøyd med legetilbudet enn andre. Dette er også

dokumentert i norske undersøkelser. En undersøkelse viste at legene får mer kunnskap om og innlevelse i sine faste pasienters situasjon (Hjortdahl 1992). En annen undersøkelse av foreldres erfaringer med legebeseøk ved barns sykdom, viste at de som brukte en fast lege, hadde en mer positiv vurdering av ulike sider ved legekontaktene (Finnvold 1995): Brukere av en fast lege mente de fikk bedre informasjon om barnets sykdom enn andre. De som hadde en fast lege, opplevde også oftere enn andre at de medisiner legen forordnet, var i samsvar med barnets behov.

Fire av sju har fast lege

Pasientene møter i dag et stort antall leger og annet helsepersonell på ulike nivåer og sektorer. En økende

Figur 1: Svar på spørsmålet "Har du en fast lege eller et fast legesenter som du pleier å bruke når du trenger legehjelp?"



¹ Som kronisk syke regnes personer som har hatt minst ett sykebesøk på grunn av egen sykdom siste år, har en sykdom eller lidelse av mer varig natur og som lider av astma, diabetes, epilepsi, hjertesykdom eller høyt blodtrykk

Kilde: Helseundersøkelsene 1985 og 1995

sektorisering av helsetjenesten er noe av bakgrunnen for påstander om at manglende personlig kontinuitet er et økende problem.¹ Resultatene fra Helseundersøkelsen viser imidlertid at andelen som har fast lege har endret seg lite siden 1985. Som vist i figur 1 var det i 1995 57 prosent som brukte fast lege/bedriftslege, 29 prosent som brukte fast legesenter, mens 15 prosent oppgav at de ikke hadde fast lege. Andelene som i 1985 oppgav at de brukte fast lege eller legesenter var hhv. 54 og 27 prosent. Selv om datagrunnlaget ikke er fullt ut sammenlignbart, tyder resultatene på at andelen som har fast lege ikke har gjennomgått noen stor endring de siste ti årene.

Kronisk syke har oftere fast lege

For at legen skal kunne stille en korrekt diagnose og gi en riktig behandling, vil det være en fordel å kjenne pasientens sykdomshistorie, livssituasjon og eventuell tidligere behandling og medisinbruk. For pasienten er god kommunikasjon med legen avgjørende, å konfronteres med stadig nye leger er ikke det beste utgangspunktet når helsemessige problemer skal formidles. Dette tilsier at kronisk syke mennesker har et spesielt behov for et kontinuerlig legetilbud. Helseundersøkelsens relativt store utvalg gjør det mulig å undersøke kontinuiteten blant et underutvalg kronisk syke. I noen grad er diagnosene som er valgt til å representere kronisk syke, tilfeldig valgt. En forutsetning var imidlertid at diagnoseinnehaverne måtte utgjøre mange nok personer til å gi statistisk sikre resultater, og ha en viss aldersmessig spredning. Kriteriene som ble brukt til å definere kronisk syke er følgende:

- svarpersonen må ha hatt minst ett sykebesøk på grunn av egen sykdom siste år,
- oppgi at han eller hun har en sykdom eller lidelse av mer varig natur, og
- lide av astma, diabetes, epilepsi, hjertesykdom eller høyt blodtrykk.

Denne gruppen utgjorde vel 10 prosent av utvalget i helseundersøkelsen, dvs. 1054 intervjupersoner. Som det går fram av figur 1, er kontinuiteten i legerelasjonen bedre blant kronisk syke. Sammenlignet med hele befolkningen var det like mange blant kronikerne som brukte fast legesenter, mens bare 4 prosent av kronikerne manglet fast lege eller legesenter. Til sammen 73 prosent av kronikerne hadde fast lege eller bedriftslege.

Småkommuner: Turnuskandidater og gjennomtrekk

Endel kommuner er preget av høye andeler turnuskandidater og ubesatte legestillinger. Dette er faktorer som avspeiler gjennomtrekk av leger. Turnuskandidater brukes i stor utstrekning som et virkemiddel til å skaffe leger til kommuner med en ellers ustabil legedekning. Mens det store flertall av kommuner ikke har turnuskandidater, utgjør disse en vesentlig del av legetilbudet i mange av de kommunene der de faktisk arbeider. Ofte er dette små og usentrale kommuner. Videre er det mange kommuner som baserer seg på fast ansatte kommuneleger. En tidligere undersøkelse av småbarnsfamiliers erfaringer, viste at både vakansproblemer, bruken av turnuskandidater og andelen fastlønnede kommuneleger i bostedskommunen påvirket mulighetene til å ha en fast lege (Finnvold 1996). Andelen som hadde fast lege, var mindre i kommuner som baserte

legetilbudet på turnuskandidater eller fastlønnslager. Hva som kjennetegner de ulike måtene å organisere legetjenesten på, er vist i rammen. Spørsmålet er om vi i utvalget av kronisk syke finner de samme tendensene: Er mulighetene kronisk syke har til å få en fast lege avhengig av hvordan kommunene har organisert legetjenesten?

Det er blitt hevdet at legetjenesten i små kommuner i praksis fungerer som en fastlegeordning. Sosial- og helsedepartementet slår i en stortingsmelding fast at en fastlegeordning "... langt på veg er ein realitet i grisgrente strok av landet," og at "... problema med fast lege først og fremst er knytt til større bykommunar" (Sosialdepartementet 1990:73). Det virker som om meldingen tar som utgangspunkt at det i små og usentrale kommuner faller naturlig å ha en fast lege på grunn av oversiktighet og lite antall leger å velge mellom. En annen virkelighetsforståelse gjør seg gjeldende i den nylig framlagte stortingsmelding om legetjenesten i kommunene (Sosialdepartementet 1997). Her blir legetjenesten i utkantkommunene beskrevet som ustabil. Som vist i rammen, er fastlønnslager og turnuskandidater overrepresentert i usentrale kommuner. I tillegg er andelen ubesatte stillinger høyere i mindre sentrale strøk. Dette er forhold som peker mot mindre kontinuitet i usentrale kommuner.

Hvem bruker fast lege?

De fleste av de undersøkte egenskaper ved bostedskommunene viser seg å ha betydelig innflytelse på kronisk sykes muligheter til å ha fast lege². Både sentralitet, fastlønnssandel og andel turnuskandidater er egenskaper ved bostedskommunen som uavhengig av hverandre påvirker andelen som bruker fast lege. Jo høyere andel turnuskandi-

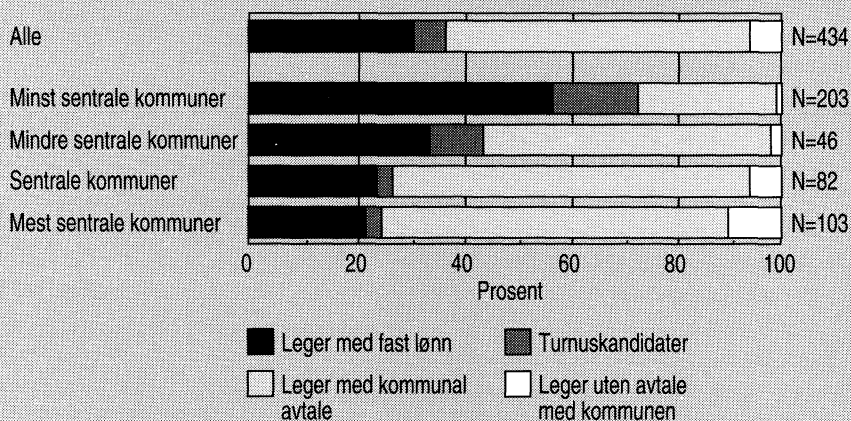
Organisering av legetjenesten i kommunene

Det er fire grupper leger, inkludert turnuskandidater, som arbeider i allmennlegetjenesten i kommunene. **Turnuskandidatene** er ennå ikke godkjente leger, men må regnes som en del av legetilbudet fordi disse i hovedsak utfører legepraksis på linje med ferdig utdannede leger. I mange mindre kommuner utgjør turnuskandidatene en vesentlig del av legetilbudet, og står for opptil 50 prosent av årsverksinnsatsen i allmennpraksis. I 1995 utgjorde turnuskandidatene 6 prosent av legenes årsverksinnsats i kommunehelsetjenesten. De tre øvrige kategoriene av leger skiller seg fra hverandre ved sine ansettelsesforhold til kommunen. **Leger med fast lønn** er ansatt som kommunale arbeidstakere lønnet over de kom-

munale budsjetter. Innholdet i arbeidet til fastlønnede leger er for en stor del fastsatt gjennom kommunale instruksjer. Å ansette fastlønnede leger er mest vanlig i mindre sentrale kommuner, som ofte ikke har et befolkningsgrunnlag for privatpraktiserende leger. Fastlønnede leger utgjorde 57 prosent av årsverksinnsatsen i de minst sentrale kommunene, sammenlignet med 22 prosent i de mest sentrale. **Leger med kommunal avtale** er privatpraktiserende leger som gjennom en avtale med kommunen blir en del av den kommunalt organiserte helsetjenesten. Disse får et kommunalt driftstilskudd, men er i hovedsak finansiert av trygdebudsjettet via refusjoner for den enkelte konsultasjon og behandling, samt egenandeler fra pasientene.inntektene til disse legene er altså betinget av hvor

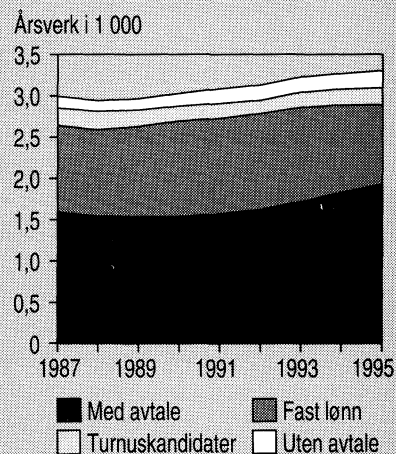
mange pasienter som behandles. Det er også mulig å drive allmennpraksis som **leger uten kommunal avtale**. Finansieringen av denne typen legepraksis skjer gjennom egenbetaling fra pasientene og trygderefusjoner. Virksomheten til denne typen leger er i hovedsak begrenset til større byer. Leger uten avtale utgjorde i 1995 6 prosent av årsverksinnsatsen til legene. Denne andelen kan ligge noe høyere fordi den løpende statistikken over personell i kommunehelsetjenesten ikke fanger opp denne type legearbeid godt nok. De siste årene har det pågått en diskusjon om lønns- og arbeidsbetingelsene til fastlønnede leger vis-a-vis leger med kommunal avtale. I figuren nedenfor viser det seg at andelen fastlønnede leger er blitt mindre siden 1993.

Figur: Utførte årsverk av leger i kommunehelsetjenesten, etter ansettelsesforhold og sentralitet. Prosent. 1995



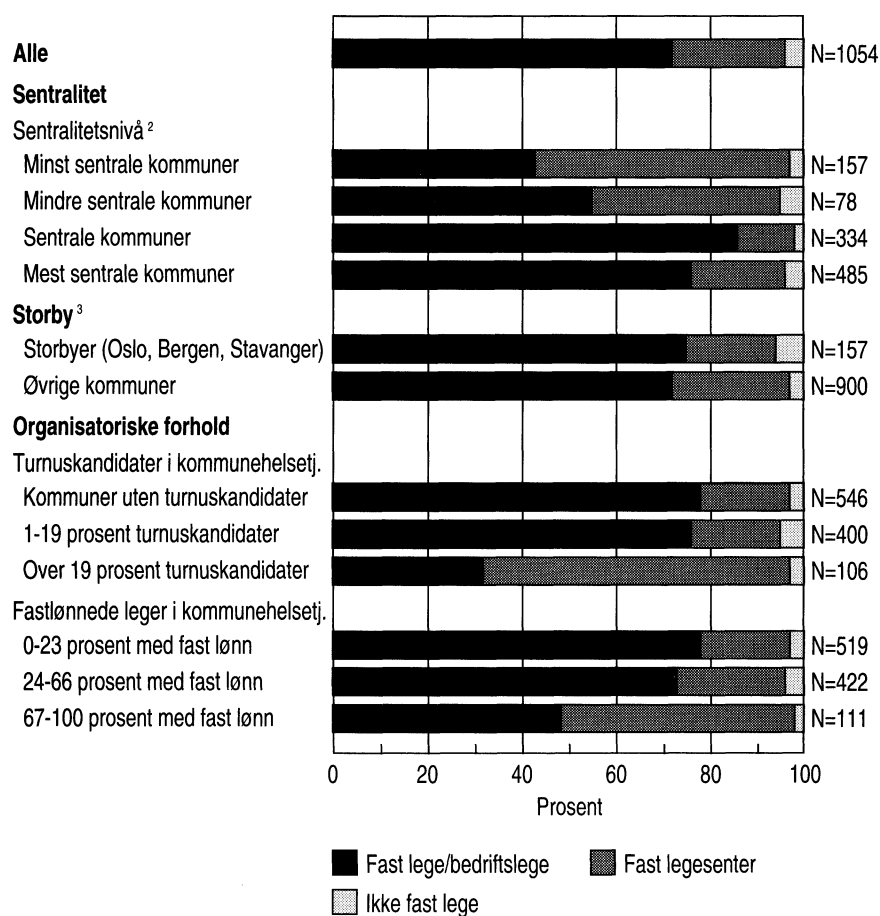
Kilde: Lege-, fysioterapitjenester og forebyggende tjenester i kommunehelsetjenesten 1995

Figur: Endring i utførte årsverk av leger i kommunehelsetjenesten utenfor institusjoner for eldre, etter ansettelsesforhold. 1987-1995



Kilde: Lege-, fysioterapitjenester og forebyggende tjenester i kommunehelsetjenesten

Figur 2: Fastlegetilknytning for kronisk syke¹, etter bostedets sentralitet og organisering av allmennlegetjenesten



¹ Se note 1 til figur 1

² Inndelingen etter sentralitet følger Statistisk sentralbyrås standard for kommuneklassifisering, sentralitetsnivå 0 = minst sentrale kommuner, sentralitetsnivå 3 = mest sentrale kommuner

³ Trondheim er ikke tatt med blant storbyene fordi Trondheim på intervjudtidspunktet var med i fastlegeforsøket

Kilde: Helseundersøkelsen 1995

dater og fastlønnsleger, jo høyere er andelen som ikke har fast lege. Sammenhengen mellom andelen som har fast lege, og sentralitet er ikke helt lineær: Andelen som har fast lege ser ut til å øke med sentralitetsnivå og er høyest i sentrale kommuner, men andelen faller igjen noe i kommuner med høyest sentralitet. To grupper kommuner skiller seg ut: Sentrale kommuner,

og kommuner der over 20 prosent av legeårsverkene utføres av turnuskandidater. Bosatte i disse to kommunegruppene utgjorde hhv. 10 prosent og vel 30 prosent av svarpersonene med kroniske sykdommer. Det bor altså et betydelig antall personer med kroniske sykdommer i kommuner med mangelfull legekontinuitet. Utsiktene til å få fast lege er svært ulike i de to

gruppene. Mens 86 prosent av de som bor i sentrale kommuner har fast lege, er tilsvarende andel 32 prosent i kommuner der turnuskandidater utgjør en vesentlig del av legetilbudet.

Fast legesenter - gir det kontinuitet?

Den geografiske fordelingen av andelen som bruker et fast legesenter er et speilbilde av analysen av de som brukte fast lege (figur 2 og note 2). Andelen som brukte fast legesenter er for eksempel over fem ganger høyere i kommuner med høy andel turnuskandidater sammenlignet med sentrale kommuner. Hvor stort problem er det at det er så store geografiske variasjoner i andelen som bruker fast legesenter? Dette problemets omfang er betinget av hvordan kontinuiteten i lege-relasjonen oppleves av de som sier at de bruker et fast legesenter. Svarpersoner som ble registrert som brukere av et fast legesenter, hadde imidlertid ikke noen fast lege i betydningen en personlig relasjon til en bestemt lege. Dette vet vi, fordi de som gjennomførte intervjuene med svarpersonene, ble instruert til å bruke svaralternativet "fast lege" dersom intervjupersonen benyttet en fast lege på et fast legesenter.

Det finnes lite systematisert kunnskap om kontinuiteten mellom pasienter og leger i legesenter, som er den mest vanlige måten å organisere allmennlegetjenesten på i mindre distriktskommuner. I en undersøkelse av kontinuiteten ved et legesenter med fire faste leger og to turnuskandidater, gav legene uttrykk for at de aktivt forsøkte å styre pasientene til en fast lege. En pasientregistrering ved samme legesenter viste imidlertid at bruken av fast lege først og fremst var knyttet til helsekontroller, og at bare mellom 25 og 36 prosent av henvendelsene

på grunn av nye syketilfeller eller akutt sykdom var hos samme lege som ved forrige besøk (Grimsmo 1995:14). Dette viser at det å bruke et fast legesenter i mindre grad innebærer en fast legetilknytning. Likevel er brukere av et fast legesenter en sammensatt gruppe, der noen relativt ofte treffer den samme legen, andre relativt sjelden. Det å benytte de samme fysiske lokaler, og ha kontakt med det faste kontorpersonelet ved legesenteret, kan også representere en positiv verdi for brukere av et fast legesenter.

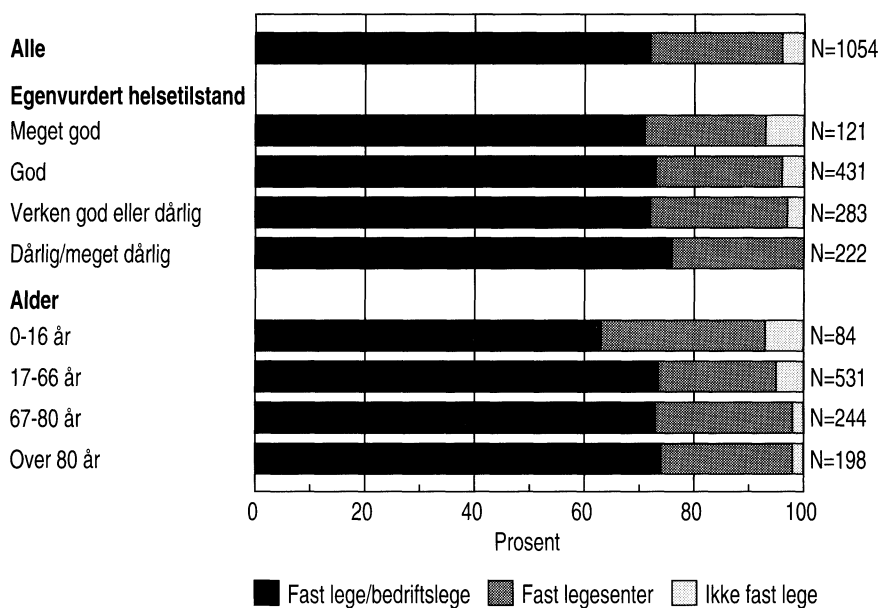
Konklusjonen blir at de som er registrert som brukere av et fast legesenter ikke har noen fast lege. Følgelig er de geografiske variasjonene som er dokumentert når det gjelder bruken av fast legesenter, et uttrykk for reelle variasjoner i kronisk syke menneskers muligheter til å få en fast lege.

Diskusjonen av kontinuiteten ved et legesenter viser at brukere av et fast legesenter ikke nødvendigvis er en homogen gruppe når det gjelder kontinuitet. Det samme vil gjelde for de som bruker fast lege: Noen vil for eksempel alltid benytte den samme legen, mens andre i tillegg til sin faste lege også benytter andre leger. I praksis vil det være grader av kontinuitet, der det å alltid eller aldri bruke den samme legen representerer ytterpunktene på en "kontinuitetsskala".

Barn bytter oftere lege

Som nevnt, er det en klar sammenheng mellom legekontinuitet og sykdom, og dermed behov for fast lege. I underutvalget med kronisk syke var det langt flere som oppgav at de enten benyttet fast lege eller fast legesenter. Graden av kronisk sykdom varierer selvsagt også innenfor grupper av kronisk syke.

Figur 3: Fastlegetilknytning for kronisk syke¹ etter egenvurdert helsetilstand og alder



¹ Se note 1 til figur 1

Kilde: Helseundersøkelsen 1995

Dette er forsøkt tatt hensyn til ved å inkludere egenvurdert helsetilstand i analysen. Ut fra figur 3 kan vi lese at en av ti kronisk syke (N=121) opplever sin egen helsetilstand som meget god. I denne gruppen er det en signifikant høyere andel (7 prosent) som ikke bruker fast lege eller legesenter. Sammenhengen mellom sykdom og kontinuitet gjenfinnes altså innenfor utvalget av kronisk syke.

Analysen bekrefter også tidligere funn (Finnvold 1996) om at barn har et mindre kontinuerlig tilbud enn andre. For det første er det en signifikant høyere andel av barna som verken bruker fast lege eller legesenter, for det andre er det en signifikant mindre andel av barna som bruker en fast lege (se note 2).

Tilbudet påvirker stabiliteten

Det er lite trolig at befolkningens ønsker eller behov for det å ha fast lege varierer systematisk med hvor de bor. Når kontinuiteten er mindre i usentrale kommuner og kommuner som baserer seg på turnuskandidater og fastlønnsleger, ligger sannsynligvis forklaringen til dette i at disse kommunene ikke har samme muligheter til å skape et kontinuerlig legetilbud til sine innbyggere som andre kommuner.

At bosatte i kommuner med mange turnuskandidater i mindre grad har en fast lege, er delvis selvforklarende. At denne egenskapen er så utslagsgivende som den er, skyldes at turnuskandidatene er svært ujevnt geografisk fordelt. De fleste kommuner har ikke turnuskandidater i det hele tatt, mens kommuner som har turnuskandidater ofte er små

og har få leger. Turnuskandidatene vil i slike kommuner utgjøre en vesentlig del av legetilbudet, og gjennomtrekken av turnuskandidater får merkbare følger for brukerne av legetjenesten. Typisk for denne typen kommuner er også en perifer beliggenhet. Det følger av dette at turnuskandidatordningen fungerer som et virkemiddel for å skaffe leger til kommuner som ellers har vansker med å rekruttere leger. Det er derfor rimelig at gjennomtrekken blant de øvrige legene er relativt høy.

Flere momenter tilsier at gjennomtrekken i fastlønnte legestillinger er relativt stor. Ifølge den offisielle statistikken er en av ti fastlønnsstillinger til enhver tid ubesatt. En beregning av gjennomtrekken i fastlønnede og ledende legestillinger viser at mellom 10 og 20 prosent av stillingene bytter lege hvert år (Kolstrup og Sønbo Kristiansen 1995). Det er en utbredt oppfatning at fastlønnede leger har hatt en mindre gunstig utvikling når det gjelder arbeidsbetingelser enn sine avtalebaserte kolleger. Ikke minst gjelder dette lønnsutviklingen. Særlig de siste tre årene er det dokumentert en nedgang i andelen fastlønnede leger (se ramme). Kommunene velger i større grad å bruke avtaleleger, begrunnet med at dette er et tiltak som skal sikre kontinuiteten i legetilbudet. I Oslo er det anslått at leger som går fra fastlønnede bydelslegestillinger til mer avtalebaserte stillingstyper, har fått en inntektsøkning på mellom 100 000 og 200 000 kroner i året (Bjørndal, Borchgrevink og Johansen 1995). Det er ikke bare sentrale kommuner som opplever rekrutteringsproblemer til fastlønnede legestillinger, og som velger å gå over til avtalebaserte former. NRK Tekst-TV meldte 27. november 1996 at Salangen kommune hadde lyst ut to nye legestil-

linger som privatpraktiserende leger fordi det var så vanskelig å få kommunelegesøkere. Det kan også være andre forhold knyttet til arbeidssituasjonen til fastlønnede leger som gjør det vanskelig å betjene en fast pasientgruppe. Fastlønnede leger har administrative oppgaver knyttet til kommuneadministrasjonen som kan gjøre dem mindre tilgjengelige, mens avtalebaserte leger har en friere arbeidssituasjon.

Legene bytter pasienter

Mange leger har oppvekstbakgrunn og er utdannet i sentrale strøk, og har gjerne en ektefelle med samme bakgrunn. Å beholde høyt utdannet arbeidskraft i kommuner med mindre sentral beliggenhet har alltid vært et problem, legene er ikke noe unntak. En rekke generelle distriktspolitiske virkemidler har vært iverksatt med sikte på å gjøre distriktene mer attraktive for akademisk arbeidskraft, og allmennlegetjenesten har vært omfattet av spesielle virkemidler. De fleste av disse gjelder for leger som arbeider i Nord-Troms og Finnmark. Eksempler på slike tiltak er rett til fire måneders studiepermisjon med lønn hvert tredje år, to ukers velferdspermisjon med lønn i året, og fortrinnsrett til stillinger i andre deler av landet ved minst fem års samlet tjeneste. Noen ordninger gjelder også for de fire nordligste fylkene.

På tross av dette er allmennpraksis i utkantkommuner et arbeid de færreste leger velger å ha over en lengre tidsperiode. Data fra en nylig gjennomført levekårsundersøkelse blant leger, viser at av et utvalg leger som fem år etter eksamen var bosatt i mindre sentrale kommuner, var det 35 prosent som etter ytterligere fem år fortsatt bodde i mindre sentrale strøk, mens andelen var sunket til 12 prosent etter 10 år (Grimsmo 1995:20). Dette innebæ-

rer en betydelig legeflukt fra perifer til sentrale strøk. De fleste legene som flyttet til sentrale strøk, fikk seg arbeid i sykehus. Allmennpraksis i mindre sentrale kommuner er for mange et første trinn på en karrierestige der endepunktet er en stilling som sykehuslege i en større by. I det siste lønnsoppgjøret var det nettopp sykehuslegene som var en av de store vinnerne, med betydelige lønnstillegg. Norge har, og vil fortsatt ha, et underskudd på leger (Ofteidal 1996). I en situasjon med stor etterspørsel etter legers arbeidskraft, vil det nødvendigvis bli stor gjennomtrekk i de minst attraktive stillingstypene. Et system som begrenser mulighetene til legebytte vil øke stabiliteten i lege-pasient-forholdet, hvis man tror at manglende kontinuitet skyldes pasientenes tilbøyelighet til hyppige legebytter. Faktorer som legers flyttemønster, lønnsforskjeller mellom ulike legegrupper og turnuskandidatordningen, indikerer at en betydelig del av den manglende kontinuiteten mellom lege og pasient skyldes at legene flytter eller går fra allmennpraksis til andre virksomheter i helsevesenet. Med andre ord: Legene bytter pasienter. Gitt at det tar en viss tid å etablere et lege-pasient-forhold som pasientene vil karakterisere som fast, kan manglende kontinuitet fortsette å være et problem selv etter en eventuell innføring av en fastlegeordning.

1. Et forslag om innføring av egenjournal ble i 1994 lagt fram for Stortinget, blant annet begrunnet med henvisning til et forsterket preg av manglende kontinuitet i helsetjenesten. Egenjournalen er et registerkort som pasientene selv oppbevarer, med en stikkordspreget oversikt over tidligere sykdommer. Ved hver legekonsultasjon registreres blant annet legens navn, legens diagnose og vurdering evt. behandling. (Dokument nr. 8:44, Forslag fra stortingsrepresentant John Alvsheim om å be Regjeringen fremme forslag om innføring av egenjournal i norsk helsevesen.)

2. Fastlegetilknytning blant kronisk syke¹. Faktorer som påvirker sannsynligheten for å bruke fast lege/bedriftslege, fast legesenter eller være uten fast lege/legesenter. Multivariat logistisk regresjonsanalyse. Oddsrat

	Intervjupersoner som brukte fast lege/bedrifts- lege =1, øvrige =0	Intervjupersoner som brukte fast legesenter = 1, øvrige =0	Intervjupersoner som ikke brukte fast lege/lege- senter =1, øvrige =0
Sentralitet			
<i>Sentralitetsnivå²</i>			
Minst sentrale kommuner	0,5**	2,0**	-
Øvrige kommuner	-	-	-
Storby³			
Storbyer (Oslo, Bergen, Stavanger)	0,6*		2,4*
Øvrige kommuner	-	-	-
Organisatoriske forhold			
<i>Prosentandel turnuskandidater i kommunehelsetjenesten</i>			
Kommuner uten turnuskandidater	-	-	-
1-19 prosent turnuskandidater ..	-	-	-
Over 20 prosent turnuskandidater	0,2***	4,8***	-
<i>Prosentandel av legeårsverkene i kommunen utført av fastlønnede leger</i>			
0-24 prosent fastlønnede leger ..	-	-	-
25-69 prosent fastlønnede leger	-	-	-
over 70 prosent fastlønnede leger	0,5*	2,2**	-
Egenvurdert helsetilstand			
<i>Intervjupersoner som svarte dårlig/ meget dårlig på spørsmålet "hvordan vurderer du din egen helsetilstand sånn i sin allminnelighet?"</i>			
Personer som svarte meget god, god eller verken god eller dårlig ...	-	-	0,1*
Alder			
Under 16	0,6*	-	-
16-66	-	-	-
67 og over	-	-	0,4*

¹ Som kronisk syke regnes personer som har hatt minst ett sykebesøk på grunn av egen sykdom siste år, har en sykdom eller lidelse av mer varig natur og som lider av astma, diabetes, epilepsi, hjertesykdom eller høyt blodtrykk.

² Inndelingen etter sentralitet følger Statistisk sentralbyrås standard for kommuneklassifisering, sentralitetsnivå 0 = minst sentrale kommuner, sentralitetsnivå 3 = mest sentrale kommuner.

³ Trondheim er ikke tatt med blant storbyene fordi Trondheim på intervjudtidspunktet var med i fastlegeforsøket.

- ikke signifikant (P>0,05)

* P 0,05 - 0,001

** P > 0,001 < 0,0001

*** P <= 0,0001

Litteratur

Bjørndal, Arild, Christian F. Borchgrevink og Arild Johansen (1995): Legemarkedet i Oslo i forandring. Begrunnelser for og konsekvenser av endringer i avtaleforhold, *Tidsskrift for Den norske lægeforening* **22**, 1995, 115:2794-7.

Finnvold, Jon Erik (1995): Når barna er syke. Småbarnsfamiliers erfaringer med legetjenesten, *Samfunnsspeilet* 1995, 4, Statistisk sentralbyrå.

Finnvold, Jon Erik (1996): *Kommunale helsetilbud. Organisering, ulikhet og kontinuitet*, Rapport 96/22, Statistisk sentralbyrå.

Grimsmo, Anders (1995): *Innføring av fastlegeordning i små kommuner? En utredning av legetjenesten i små kommuner i lys av behovet for en fastlegeordning*, Rapport 151195, Samfunnsmedisinsk forskningssenter, Surnadal/Universitetet i Trondheim.

Hjortdahl, Per (1992): *Continuity of care in general practice. A study related to ideology and reality of continuity of care in Norwegian general practice*, Avhandling, Institutt for allmennpraksis, Universitetet i Oslo.

Kolstrup, Nils og Ivar Sønbo Kristiansen (1995): Gennemtræk i stillingerne som medicinsk fagligt ansvarlig læge i norske kommuner 1988-91, *Tidsskrift for Den norske lægeforening* **21**, 1995, 115:2671-4.

Oftedal, Knut (1996): *Framskrivning av markedssituasjonen for helse- og sosialpersonell fram mot år 2030*, Rapport 96/15, Statistisk sentralbyrå.

Rutle, Olav (1986): Kvalitet i allmennpraksis, *Tidsskrift for Den norske lægeforening* **23**, 1986, 106, 1845-9.

Sosialdepartementet (1990): *Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane*, St.meld.nr.36 1989-90.

Sosialdepartementet (1997): *Trygghet og ansvarlighet. Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen*, St.meld.nr.23 1996-97.

Jon Erik Finnvold er førstekonsulent i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk.

Østrogenbruken øker

Helseundersøkelsen 1995, utviklingen i salgstall og data fra gamle og nye helseundersøkelser peker alle i én retning: Det har vært en markert økning i bruken av østrogen de siste fem til ti årene. I 1995 brukte 28 prosent av 50-59-åringer østrogentabletter eller -plaster. Det er generell behandling med tabletter og plaster, ikke lokal behandling for underlivsplager og urinklekkasje, som utgjør det aller meste av østrogenbruken. Det var få østrogenbrukere i 60- og 70-årsalderen i 1995, noe som tyder på at dagens leger og kvinner til nå har vært tilbakeholdne med lang tids bruk.

Sidsel Graff-Iversen og
Jorun Ramm

"Alle kvinder klager over kulde- og varmegysninger, hjertebanken, afmagt, modløshed, sindsforstyrrelser, saasom tab af hukommelse, ulyst til aandelig beskæftigelse, frygt, nedstemthed, tungsindighed; nogle er meget hysteriske." (Rossiter 1922).

Alt fra forrige århundre var man opptatt av de store plagene som mange kvinner angivelig hadde i perioden omkring menopausen. Fra 1930-årene var det kjent at østrogenproduksjonen i kvinners eggstokker synker til lave nivåer i løpet av noen år omkring 50-årsalderen. I og med at det var blitt mulig å isolere østrogen fra urin, og senere å framstille det kunstig, var grunnlaget lagt for begrepet "det klimakterielle syndrom". Fra legehånd ble det hevdet at behandling med østrogen var like viktig for kvinner i overgangsalderen som insulin var for de sukkersyke (Jerve 1993). Kommersiell østrogenpreparater ble tilgjengelig i 1950-årene, og bruken økte - særlig i USA. Overgangsalderen var langt på vei blitt en sykdom, men årene etterpå var ikke omfattet:

"De fleste kvinder gjennomgaar denne periode med held og har siden god helbred." (Rossiter 1922).

I 1960-1970-årene økte interessen for hormonbehandling ytterligere. Nå var det ikke lenger snakk bare om å lindre plager i en periode, men om å bevare kvinnelighet og ungdom. Boktitler som "Feminine forever" (Wilson 1966) og "Alltid kvinne. Er overgangsalderen en mangelsykdom?" (Myhre 1976) sier mye. Fra siste del av 1970-årene kom et tilbakeslag etter publisering av rapporter om uønskede virkninger som kreft i livmorlegemet og spørsmål om økt risiko for blodpropp.

1980-årene: Overgangsalder uten medisin!

Typisk for 1980-årene er kvinnebevegelsens protest mot sykeliggjøring av kvinnekroppens naturlige utvikling, og protester mot biologiske forklaringer på problemer man mente hadde sin bakgrunn i kvinnens svake stilling i samfunnet. Østrogenbehandling ble assosiert med et gammeldags kvinnesyn, og plager i overgangsalderen med husmødrene i sine "tomme reir".

En konsensuskonferanse i regi av Norges allmennvitenskapelige forskningsråd (NAVF) og Norsk institutt for sykehusforskning tok for seg østrogenbehandling i 1990. Man konkluderte med varm anbefaling av krem og stikkpiller ved tørrhet og svie i underlivet, men var tilbakeholdne med lang tids bruk av tabletter. Begrunnelsen var at lokal behandling med vagitorier og kremer kan lindre plager fra underliv og urinrør, men behandlingen fører bare i liten grad til at hormonene blir fordelt rundt til celler i hele kroppen. Konsekvenser for det allmenne synet på kvinner ble også fokusert:

"Et omfattende program for behandling satt i gang av eller støttet av helsemyndighetene vil lett kunne bli oppfattet som et signal om at kvinner i og etter klimakteriet oppfattes som syke, mindreverdige eller unormale. Et alminnelig tilgjengelig behandlingstilbud vil lett kunne få samme virkning. Kvinner vil i så fall lett kunne oppfatte sin opphørte menstruasjon og østrogenproduksjon som en mangel, som de er berettiget, og kanskje også forpliktet, til å få behandling for. Nedarvede forestillinger om at kvinner etter overgangsalderen er mindre verdifulle, kan få næring." (Backe (red.) 1990).



Tabell 1: Menopause og østrogenbruk, etter alder. 1985-1988. Prosent. (N=25 397)

	40-44 år	45-49 år	50-54 år	55-59 år	60-61 år
Sikker menopause	6,0	19,3	67,0	93,7	97,8
Mulig menopause	3,9	15,6	15,1	4,1	1,1
Bruker østrogen	1,2	3,6	5,0	3,7	2,2
Antall deltakere	7 288	6 315	5 827	1 035	184

Kilde: Statens helseundersøkelser

Statens helseundersøkelser har siden 1985 hatt spørsmål om østrogenbruk med i store befolkningsundersøkelser. Disse har til hensikt å kartlegge og å påvirke risikoen for hjerte- og karsykdommer. Tabell 1 viser andel med sikker eller mulig menopause og østrogenbruk i en helseundersøkelse fra 1985-1988 av kvinner i alderen 20-61 år. Det var få som brukte østrogen den gangen, både rundt 50-årsalderen og senere.

1990-årene: østrogen for å forebygge folkesykdommer?

Alt mot slutten av 1980-årene startet neste bølge av forhåpninger til østrogenbehandling. Det var vel

mye derfor det ble holdt konsensuskonferanse nettopp i 1990. Fra 1987 og fram til nå har den ene publikasjonen fulgt den andre om lavere risiko for hjerte- og karsykdom og mindre beinskjørhet hos østrogenbrukere.

Det at østrogenbrukere har mindre hjertesykdom og bedre bevart beinmasse enn andre, er etter hvert blitt godt dokumentert både i observasjonsstudier og forskjellige typer av eksperimentelle undersøkelser. Men data fra store, kontrollerte undersøkelser mangler. To slike studier, som sammenligner "harde endepunkter" som dødsfall og sykdom ut fra østrogenbruk, er i gang. Disse

vil avklare om den gode helsen til brukerne virkelig skyldes østroget. Det kan også vise seg å være flere fordeler ved østrogenbruk, og studiene vil vise den andre siden av regnskapet: Hvilke helseproblemer som er mer utbredt hos østrogenbrukere enn hos andre.

Terapianbefalinger fra Statens legemiddelkontroll utgitt i 1994 (Wærsted og Hannisdal 1994), gir klar anbefaling om østrogen brukt ved plager. Videre anbefales østrogen som langtidsbehandling til kvinner som kan ha økt risiko for beinskjørhet. I en svensk utredning diskuteres endring i bruk av østrogen - fra hovedsakelig bruk ved behandling av konkrete plager til forebyggende langtidsbruk. I statistikken skjeldnes det mellom østrogen alene, som har vært lengst på markedet, og kombinasjonspreparater med begge de kvinnelige kjønnshormonene, østrogen og progesteron.

"En alt viktigare fråga har på senare år blivit betydelsen av minskade östrogennivåer som riskfaktor för upp-

komst av andre sjukdomstilstand. Viktiga folksjukdomar som benskörhet och hjärt-kärlsjukdom är här av särskilt intresse." (SBU 1996).

Parallelt med spørsmålet om folkesykdommer, ser det ut til at forhåpningene fra 1960- og 1970-årene om den evigunge kvinne er tilbake. Den "feministiske" argumentasjonen i Klimakteriehåndboken (Rud mfl. 1993), er at man skal slutte å snakke om naturlig aldring når det gjelder kvinner:

"Vestens mennesker lever derfor ikke lenger i en "natur", men i den unatur som et kulturlandskap er. Dette synliggjøres best ved de livsbetingelser vi byr våre venner husdyrene - som er omformet til genetisk domestiserte vesener for å fylle menneskets behov.(...) Etter som samfunnskulturen utvikler seg, er også dagens flertall av Vestens middelaldrende kvinner annerledes enn deres formødre - de fleste er ikke lenger slitne og "mett av dager" når de går inn i menopausen, men aktive, energiske, velutdannede jenter, som når de slipper ansvaret for barn, hus, hjem og yrke som de hadde i 30- og 40-årene, gjenfødtes til et nytt liv som 50-åringer." (Fyrand 1993:62).

Helseundersøkelsen 1995

Det er naturlig å spørre hvordan norske leger og kvinner har forholdt seg til dette. Er østrogen på plass i skapet blant tran og vitaminpiller? Brukes østrogen først og fremst omkring selve menopausen, ved 50-55-årsalder. Brukes det forut for menopausen? Eller brukes østrogen blant 60-70-åringer, som kan tenkes å bruke det for å forebygge beinbrudd eller hjertesykdom?

Spørsmål om bruk av østrogen ble stilt til kvinner i alderen 16-79 år: "Bruker du, eller har du brukt, østrogen tabletter eller plaster?" Østrogenspørsmålene var å finne i det såkalte selvutfyllingsskjemaet, som intervjupersonen mottok under intervjuet, besvarte anonymt, og sendte til Statistisk sentralbyrå i etterkant.

Tabell 2: Bruk av østrogen tabletter eller plaster. Beregnet prosent av befolkningen

	40-49 (N)	50-59 (N)	60-69 (N)	70-79 (N)
Bruker nå	8 (62)	28 (139)	10 (38)	2 (5)
Brukt før	3 (19)	9 (44)	5 (20)	2 (5)
Aldri	54 (455)	33 (180)	42 (168)	31 (100)
Mangler svar	36 (283)	30 (149)	44 (164)	65 (201)

Kilde: Helseundersøkelsen 1995

I aldersgruppen 40 til 79 år svarte andeler av utvalget tilsvarende 11,6 prosent av kvinnebefolkningen at de brukte østrogen, mens 4,4 prosent hadde brukt det tidligere. Svarene fordelt pr. 10-års aldersgrupper, og veiet med befolkningen i aktuell alder, finnes i tabell 2. Det samme spørsmålet ble stilt om østrogen krem og stikkpiller (tabell 3). Her viser helseundersøkelsen at 2,8 prosent brukte disse preparatene, og at 2,6 prosent hadde brukt dem tidligere.

Figur 1 illustrerer fordelingen i bruken av generell østrogenbehandling (tabletter og plaster) og lokal behandling (krem og stikkpiller).

Andelen østrogenbrukere ble også sammenlignet etter region. Forskjellene mellom landsdeler var ikke statistisk signifikante, men både tidligere og aktuell bruk lå lavere på Vestlandet og i Nord-Norge enn i andre landsdeler.

Hvorfor mangler svar?

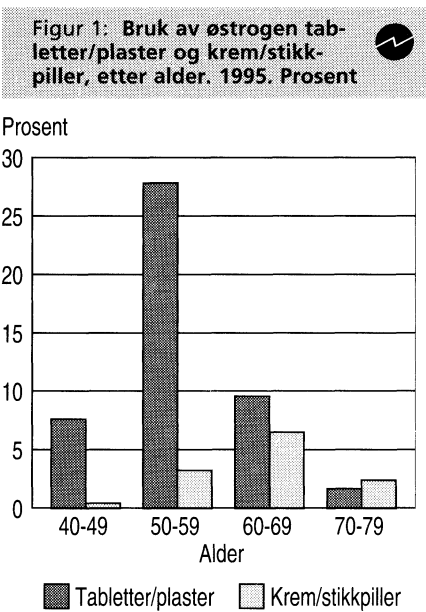
Det at svar mangler, skaper problemer i tolkningen av dataene fra alle typer undersøkelser, også fra Helseundersøkelsen 1995. Mangelen på svar kan skyldes at folk ikke har følt spørsmålet relevant: De har aldri brukt eller overveiet å bruke østrogen. I så fall blir ja-frekvensene altfor høye, om man regner prosenter av dem som har svart og ser bort fra frafallet. Men det kan også tenkes at det er bestemte grupper som ikke har svart, uavhengig av hormonbruk og ut fra slike forhold som utdanning eller livssyn. I så fall får vi for lave ja-frekvenser.

Utvalget av kvinner i den aktuelle aldersgruppen (40-79 år), som var

Tabell 3: Bruk av østrogen krem og stikkpiller. Beregnet prosent av befolkningen

	40-49	50-59	60-69	70-79
Bruker nå	1	3	7	2
Brukt før	1	4	5	2
Aldri	59	45	43	32
Mangler svar	40	48	46	64

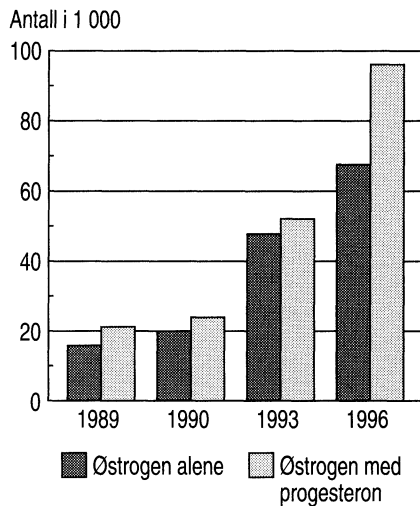
Kilde: Helseundersøkelsen 1995



Kilde: Helseundersøkelsen 1995

med i hovedintervjuet, er vel 2 000. Nærmere 80 prosent av disse har fylt ut og sendt inn selvutfyllingsskjemaet etter at det personlige intervjuet var avsluttet. Av kvinner som har returnert skjemaet, er det om lag 20 prosent som ikke har besvart spørsmål om østrogenbruk i form av tabletter/plaster, og 30 prosent som ikke har besvart spørsmål om stikkpiller/krem.

Figur 2: Oversikt over antall kvinner (estimert) som bruker de mest vanlige typene østrogen. 1989-1996



Kilde: Norsk Medisinaldepot

En kontroll av fordeling på kvinneandelen som ikke har besvart spørsmålene om østrogenbruk, viser at det er små forskjeller mellom de som har svart og de som ikke har svart på spørsmålene om østrogenbruk etter alder, bosted og sosio-økonomisk status. Det er imidlertid noen flere over 70 år som ikke har besvart spørsmålene. Større frafall blant de eldste kan i noen grad skyldes at spørsmålene ikke oppleves som relevante: De eldste kvinnene var i overgangsalderen i en tid da det ikke var vanlig å bruke østrogen.

Hvordan stemmer Helseundersøkelsen 1995 med andre data?

Salgstallene fra Norsk Medisinaldepot viser hvor mye østrogen som hentes ut av apotekene. Figur 2 viser utviklingen de siste åtte årene for antall solgte definerte døgndoser pr. døgn. For østrogen gir dette et godt estimat av antall brukere (Øydvin 1994, 1997). Økningen siden 1990 er nesten en firedobling. Noen typer av lokalbehandling med krem og stikkpiller inngår, men det aller meste er generell behandling med tabletter og plaster. Forutsatt at alt østrogen som kjøpes blir brukt, og at østrogenbruken gjelder Norges 562 000 kvinner i alder 45-

69 år, tilsier salgstallene en andel østrogenbrukere på hele 29 prosent i 1996. At denne prosenten er så høy, i en så bred aldersgruppe, kan ha å gjøre med en mulig økning gjennom 1995 og 1996. Men det er også forskjell på salgstall og bruk - mye østrogen kan ligge ubrukt i skapene.

Fra Statens helseundersøkelser 40-årsprogram foreligger data fra 1995 og 1996 fra 21 362 kvinner. De utgjør 71 prosent av den kvinnelige befolkningen i alderen 40-42 år fra sju fylker. Bare 1,3 prosent rapporterte sikker eller sannsynlig naturlig menopause, og 2,9 prosent hadde mistet menstruasjonen etter underlivsoperasjon. Hver annen kvinne med naturlig menopause brukte østrogen. I alt var det 3,4 prosent som brukte tabletter eller plaster, og 0,33 prosent som brukte krem eller stikkpiller. De fleste brukerne rapporterte ikke om menopause. Den lave andelen såpass unge brukere stemmer godt med Helseundersøkelsen 1995.

Er økningen i tråd med medisinske anbefalinger?

Råd fra medisinske eksperter til norske allmennleger har vært "ja" til østrogenbruk ved plager. Men man har vært tilbakeholdne når det gjelder langtidsbehandling for å forebygge senere sykdom. Både den norske konsensuskonferansen (Backe 1990) og en svensk utredning (SBU 1996) har åpnet for langtidsbehandling til høyrisikogrupper, men har ikke anbefalt utstrakt bruk. Manglende dokumentasjon i kontrollerte studier for forebyggen-ge gevinst, og holdepunkter for at østrogenbehandling stimulerer utviklingen av brystkreft, maner til besinnelse. Den svenske utredningen gir imidlertid klar anbefaling om at østrogen bør brukes av kvinner som får menopause tidlig, det vil si før 40-45-årsalder.

Siste ord er ikke sagt om de helsemessige konsekvensene av østrogenbehandling utover en femårsperiode. Store studier som skal vise hvilke fordeler og ulemper det egentlig dreier seg om, er ikke av-

sluttet. Og, som sitatene illustrerer, er det ikke bare helse dette gjelder.

Litteratur

Backe, B. (red.) (1990): Konsensuskonferansen om bruk av østrogen i og etter overgangsalderen 27.-29. november 1990, NIS-rapport 5/90, NIS/Kommuneforlaget, Trondheim.

Fyrand, O. (1993): "Huden og menopause" i: T. Rud, G. Hogstad, T. Møinichen (red.): *Klimakteriehåndboken*, Universitetsforlaget, Oslo, 61-68.

Jerve, F. (1993): "Litt historikk" i: T. Rud, G. Hogstad, T. Møinichen (red.): *Klimakteriehåndboken*, Universitetsforlaget, Oslo.

Myhre, E. (1976): *Alltid kvinne. Er overgangsalderen en mangelsykdom?* Cappelen, Oslo.

Rossiter, F. M. (1922): *Praktisk veileder i sundhed og sygdom*, Skandinavisk forlag, Kristiania.

Rud, T, G. Hogstad, T. Møinichen (red.) (1993): *Klimakteriehåndboken*, Universitetsforlaget, Oslo.

SBU Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (1996): Behandling med østrogen, SBU-rapport 131, SBU, Stockholm.

Wilson, R. (1966): *Feminine forever*, Evans, New York.

Wærsted, A., K. Hannisdal (1994): Terapi-anbefalinger. Østrogen og osteoporose, Terapikonferanse 8.-9. september 1993, *Nytt fra Statens legemiddelkontroll* 1994:2.

Øydvin, K. (red.) (1994): *Legemiddelforbruket i Norge 1989-93*. Oslo: Norsk Medisinaldepot.

Øydvin, K. (red.) (1997): *Legemiddelforbruket i Norge 1996*. Oslo: Norsk Medisinaldepot, under utarbeidelse.

Sidsel Graff-Iversen er fagsjef i Statens helseundersøkelser.

Jorun Ramm er førstekonsulent i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk.

Brukere av kommunale hjemmetjenester:

Får hjelp, savner sosial kontakt

Kommunale hjemmetjenester gis først og fremst til de som har størst behov for hjelp. Til tross for at det er de med store hjelpebehov som får mest hjelp, oppgir også denne gruppen at de har relativt liten sosial kontakt med hjemmehjelpere og hjemmesykepleierne. Brukernes erfaringer med hjemmetjenestene er lite påvirket av deres bosted eller sosiale bakgrunn, men det er en svak tendens til at hushold med høy inntekt får mer hjelp enn andre. På tross av økte ressurser til de kommunale hjemmetjenestene, er den uformelle hjelpen som gis av slekt, naboer og venner av like stort omfang som det offentlige tilbudet.

Jon Erik Finnvold

Går hjelpen til de som trenger den?

I hvilken grad kan de kommunale hjemmetjenestene sies å være et velfungerende offentlig tjenestetilbud? Noe presist og entydig svar på dette spørsmålet er vanskelig å gi. Artikkelen¹ belyser temaet gjennom å undersøke i hvilken grad tre målsettinger er oppfylt:

For å sikre best mulig utnyttelse av knappe ressurser bør det være slik at de som har størst hjelpebehov, også er de som får mest hjelp. Dermed gis flest mulig pleietrengende anledning til å opprettholde den positive livskvalitet som er knyttet til det å bo i eget hjem på tross av sykdom og funksjonstap.

For det andre bør det være slik at omfanget og innholdet i hjelpen som gis, ikke er påvirket av brukernes sosiale bakgrunn. Det er ikke rimelig at individuelle ressurser som for eksempel høy utdanning eller inntekt skal ha betydning for den kvaliteten eller mengden som tilstås av et offentlig tjenestetilbud.

Og for det tredje skal offentlige tjenestetilbud ha en mest mulig likeverdig geografisk fordeling. Selv om nasjonale målsettinger om prioritering av hjemmebaserte tjenester kan komme i konflikt med prinsippet om kommunalt selvstyre, er det vanskelig å akseptere at bostedet skal ha avgjørende betydning for det tilbudet som gis.

Analysen tar utgangspunkt i et datamateriale hentet fra Statistisk sentralbyrås Helseundersøkelsen 1995. I undersøkelsen ble det spurt om husholdningen de siste 14 dagene på grunn av skade, sykdom eller funksjonshemming hadde hatt behov for hjelp utenfra til pleie, husarbeid eller innkjøp. Til sammen 472 personer svarte bekreftende på

spørsmålet, og det er disse artikkelen handler om. Dette dreier seg i hovedsak om potensielle brukere av kommunale eldreomsorgstjenester. To tredjedeler var over 66 år, en like stor andel var kvinner, og om trent halvparten bodde alene. Datagrunnlaget gir informasjon om hvordan denne gruppen erfarte at deres hjelpebehov ble ivaretatt. Spørsmålet er i hvilken grad behov, sosial bakgrunn eller bosted påvirket erfaringene til personer med subjektivt definerte behov for hjelp i hjemmet:

- *Udekkede hjelpebehov* analyseres ved å undersøke hvor mange som ikke fikk noen form for offentlig eller privat hjelp i 14-dagersperioden, og hva som kjennetegner de som har udekkede hjelpebehov.

- *Brukere av hjemmehjelp og hjemmesykepleie:* Hvor mange av de som hadde behov for hjelp hadde hatt besøk av hjemmehjelpere eller hjemmesykepleiere i 14-dagersperioden? Hva skiller de som fikk hjelp fra de som ikke fikk?

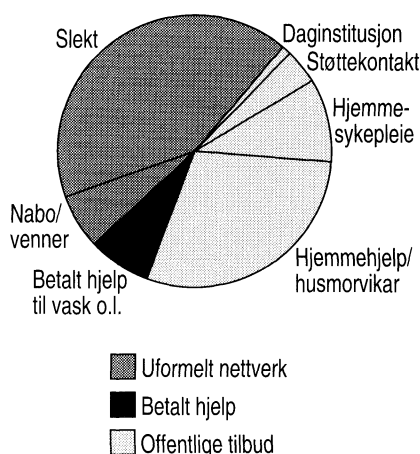
- *Omfang av hjemmehjelp og hjemmesykepleie:* For de som fikk hjemmehjelp og hjemmesykepleie var det betydelig variasjon i hvor mange timer hjelp de fikk i 14-dagersperioden. Hvilke faktorer påvirket denne variasjonen?

- *Sosial kontakt:* De som hadde fått hjelp fra kommunen, ble også bedt om å vurdere i hvilken grad det ble tid til en prat med hjemmehjelperen eller hjemmesykepleieren. Hva er typisk for de som i mindre grad mente det var tid til en prat?

Like mye privat som offentlig hjelp

De hjemmebaserte tjenestene står sentralt i det offentlige tilbudet av

Figur 1: Omsorgsgivere til hjemmeboende hjelpetrengende. Antall timer hjelp siste 14 dager



Kilde: Helseundersøkelsen 1995

kommunale helse- og omsorgstjenester. Øket satsing på slike tjenester har lenge vært et viktig politisk mål som delvis også er blitt innfridd (Olsen 1995). Begrunnelsen for satsingen er først og fremst at eldre mennesker i større grad opprettholder en høy livskvalitet dersom de kan bo hjemme. Før vi går videre i analyser av ulike sider ved hjemmetjenestene, kan det slås fast at familie og venner er en vel så viktig kilde til hjelp som det offentlige. I figur 1 går det fram at det vi kan kalle det uformelle nettverket, herunder slekt, venner og naboer, stod for nesten halvparten av den hjelpen som ble gitt. En nesten like stor del ble gitt av det offentlige hjelpeapparatet, dvs. hjemmehjelpere, hjemmesykepleiere, støttekontakter og daginstitusjoner. Vel 7 prosent av timene ble utført av ulike former for betalt hjelp.

Hva betyr behov, bosted og sosial bakgrunn?

Under presenteres de ulike bakgrunnsegenskaper som antas å ha sammenheng med brukernes erfa-

ringer. Mer presise definisjoner er gitt i rammer bakerst i artikkelen, hensikten med dette avsnittet er å gi en begrunnelse for de variabler som er tatt med i analysene.

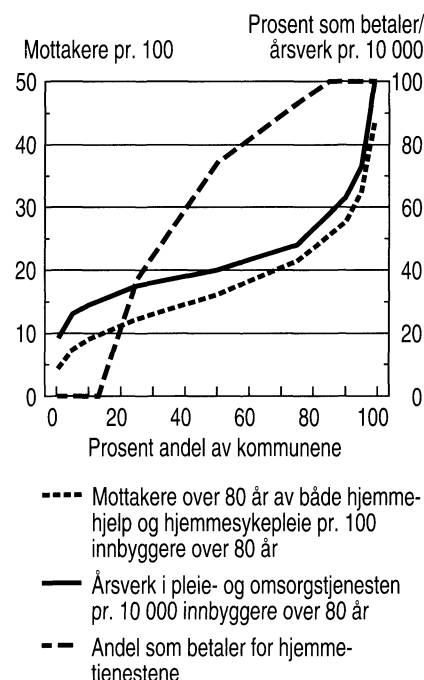
- **Funksjonsevne og sykkelighet:** En fornuftig tildeling av ressurser skulle tilsi at behovene er avgjørende for hvem som får hjelp, og hvor mye hjelp som gis. Indikatorene for behov inkluderer mål for sykkelighet og funksjonsevne. Variasjonene i sykkelighet fanges opp av spørsmål om egenvurdert helsetilstand og kronisk sykkelighet. Tre mål på funksjonsevne er tatt med. De intervjuede ble spurt om i hvilken grad sykdommer og funksjonshemninger virket inn på hverdagen, om de kunne gå i trapper uten å hvile, og i hvilken grad de kunne klare innkjøp av dagligvarer uten hjelp.

- **Demografiske kjennetegn:** De som bor alene, har uavhengig av funksjonsnivå et større hjelpebehov. Majoriteten av omsorgsgivere til hjelpetrengende eldre er deres familier, og ektefellen spiller en sentral rolle (Wærness og Ringen 1987). Et flertall av de aleneboende er enker og enkemenn, og mangler dermed den kanskje viktigste kilden til omsorg. Behovet for sosial kontakt er trolig større blant de som ikke har noen rundt seg i det daglige. Vi finner også en betydelig andel ugifte, og flere av disse har ikke barn som kan yte hjelp og omsorg. I tillegg til husholdningens størrelse er også alder og kjønn inkludert i analysene under.

- **Bosted:** Løpende statistikker over aktivitet og ressursinnsats i eldreomsorgen forteller oss at det er betydelig variasjon mellom kommunene (Statistisk sentralbyrå 1996). I figur 2 er omfanget av denne variasjonen vist for mål for kapasitet, ressursinnsats og bruk av egenbeta-

lingsordninger i kommunene. Spørsmålet er om denne variasjonen har konsekvenser for bruken av, og erfaringene med hjemmetjenestene. Figuren forteller blant annet at det finnes 43 kommuner, dvs. 10 prosent av landets kommuner, der mindre enn 9 prosent av alle over 80 år er mottakere av både hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Samtidig finnes et like stort antall kommuner der denne andelen er over tre ganger større, dvs. at over 27 prosent av alle over 80 år var mottakere av både hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Egenbetalingsordningen må ivareta motstridende hensyn. På den ene siden skal egenbetalingsordninger gi kommunen inntekter og begrense etterspørselen blant de minst hjelpetrengende. På den annen side skal brukere med

Figur 2: Pleie- og omsorgstjenesten i kommunen. Kommunale variasjoner. 1995



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk 1995

lave inntekter eller store hjelpebehov skjermes mot for store betalingsbyrder. Kommunene står fritt til å sette satser for egenbetaling, men det offentlige har innført en grense for hvor mye kommunen kan kreve av husholdninger med lav inntekt. På intervjudtidspunktet var det satt et utgiftstak på 50 kroner i måneden. Kommunenes vilje til å kreve egenandeler for hjemmetjenestene varierer også mellom kommunene (Vigran 1994). Figur 2 viser at det i 13 prosent av kommunene ikke tas betaling for disse tjenestene, mens det i 15 prosent av kommunene tas betaling fra samtlige brukere. Også andre opplysninger om tilgjengeligheten til hjemmesykepleien er tatt med.

- *Sosial bakgrunn:* I stortingsmeldinger og andre offentlige dokumenter gjentas det ofte at alle skal sikres et likeverdig tjenestetilbud, uavhengig av bosted eller sosial bakgrunn. I det senere er det blitt mer vanlig å kreve egenbetaling for hjemmetjenester (Olsen og Solem 1993), et forhold som aktualiserer analyser av sammenhenger mellom inntekt og tjenestebruk. Susan Lingsom peker på flere forhold som kan ha betydning (1991, 55-56). At høystatusgrupper oftere enn andre bor i eneboliger og har en større boflate, kan medføre større behov for hjelp. Det kan også tenkes at personer med høy inntekt eller utdanning, er relativt skriveføre, har tidligere erfaringer med offentlige institusjoner, eller et sosialt nettverk å spille på som kan være en fordel når behovene for hjelp skal formidles til kommunen. Bedre utstyrte boliger og tilgang på bil peker mot et mindre hjelpebehov blant høystatusgrupper, det samme gjør en generelt bedre funksjonsevne. Disse momentene peker i noe ulike retninger. Tidligere studier av hjemmehjelpstjenestene har imid-

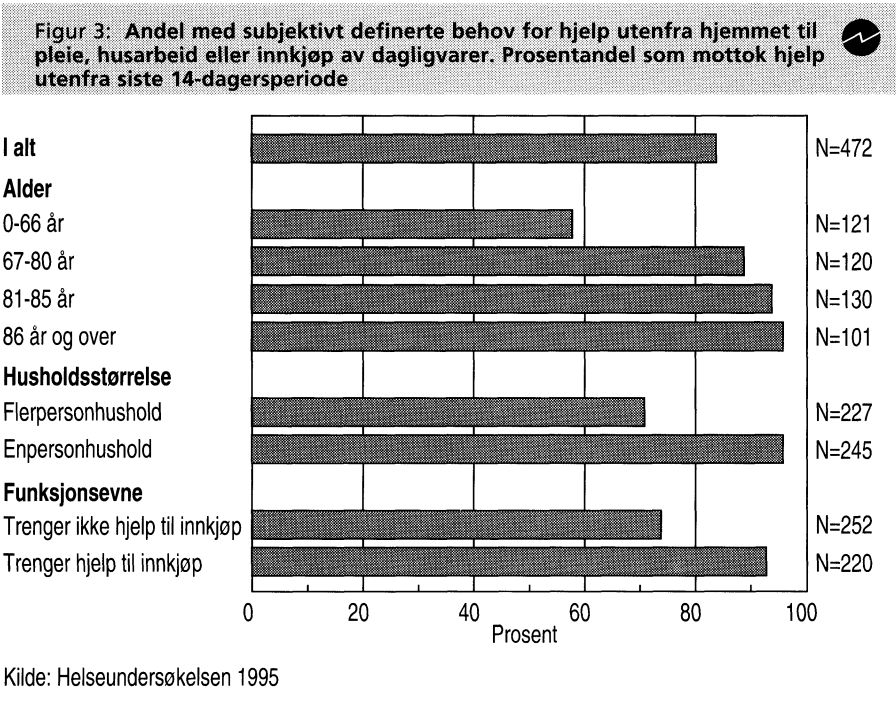
lertid vist at sosial status i liten grad påvirker omfanget av den hjelp som gis (Lingsom 1991). Heller ikke en nylig gjennomført studie av hjemmetjenestene finner at inntekt, utdanning eller yrkesmessig status påvirker bruken av hjemmehjelp og hjemmesykepleie som motas, når det er tatt hensyn til behov (Dahl og Gautun 1997). Disse studiene har stort sett undersøkt sammenhenger mellom sosial bakgrunn og hvem som får eller ikke får hjemmetjenester. I analysene under er husholdningens høyeste inntekt og utdanningslengde, som særlig er aktuelt når det gjelder byråkratisk kompetanse, brukt som indikatorer på sosial bakgrunn.

Nesten alle hjelpetrengende får hjelp

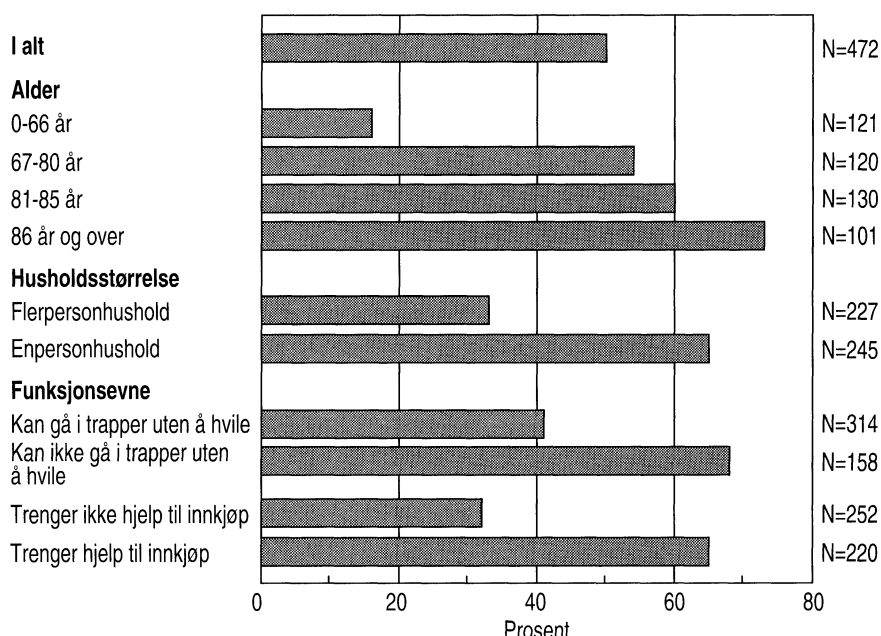
Resultatene viser at 84 prosent av de som oppgav at de hadde behov for hjelp utenfra den siste 14-dagersperioden også hadde fått hjelp, enten fra private eller offentlige omsorgsgivere. Typisk for de som

fikk hjelp, var relativt høy alder og nedsatt funksjonsevne, mens bare 4 prosent av de som bodde alene var uten hjelp (se første ramme, modell I og figur 3). Med udekkede hjelpebehov menes altså de som ikke fikk hjelp i det hele tatt. Dette er en svært snever definisjon av udekkede hjelpebehov. Trolig vil det blant de som får hjelp også eksistere udekkede hjelpebehov.

Halvparten av de som fikk hjelp hadde hatt besøk av hjemmehjelper og hjemmesykepleier de siste 14 dagene. Hjemmetjenestene prioriterer de eldre (se første ramme, modell II og figur 4). Uavhengig av alder har også funksjonsevne betydning for om man får hjelp fra hjemmetjenestene eller ikke. I tillegg virker husholdningsstørrelse inn. Når det er tatt hensyn til andre faktorer, er det slik at aleneboende har større sannsynlighet enn andre for å være mottakere av hjemmetjenester. Det kan se ut til at de som bor i mindre sentrale strøk oftere enn



Figur 4: Andel med subjektivt definerte behov for hjelp utenfra hjemmet til pleie, husarbeid eller innkjøp av dagligvarer. Prosentandel som mottok hjemmehjelp/hjemmesykepleie siste 14-dagersperiode



Kilde: Helseundersøkelsen 1995

andre er mottakere, uten at forskjellen er stor nok til å være statistisk signifikant. Det er ikke påvist noen sammenhenger mellom andre trekk ved bostedet og bruk av hjemmetjenester.

Disse resultatene er i samsvar med tidligere undersøkelser, som har vist at det blant hjemmeboende eldre er svært få som faller helt utenfor et privat eller offentlig hjelpetilbud (Lingsom 1991). En annen undersøkelse konkluderer med at de aller fleste eldre med store hjelpebehov får offentlig hjelp, og at de udekkede behovene blant eldre uten offentlig tilbud er ganske beskjedne (Kitterød 1995). At det er behovene, målt som funksjonsevne, som bestemmer hvem som får hjemmehjelp og hjemmesykepleie, er også konklusjonen i en analyse

fra levekårsundersøkelsen i 1995² (Dahl og Gautun 1997).

Funksjonsevne viktig for omfang av hjelp

De som fikk hjelp av de kommunale hjemmetjenestene, mottok i gjennomsnitt 5,8 timer hjelp i løpet av de 14 dagene. En analyse av variasjonen av hjelp som ble gitt, viser at det er funksjonsevne som er avgjørende for omfanget av den hjelpen man fikk (se ramme bakerst i artikkelen, modell III og figur 5). Eldre med funksjonstap mottar klart mer hjelp enn de som ikke har funksjonstap, målt ved indikatorer som evne til å gå i trapper eller behov for hjelp til innkjøp. På tross av de tydelige forskjellene, er det likevel en begrenset del av variasjonen i antall timer som statistisk sett kan føres tilbake til variasjoner i behov.

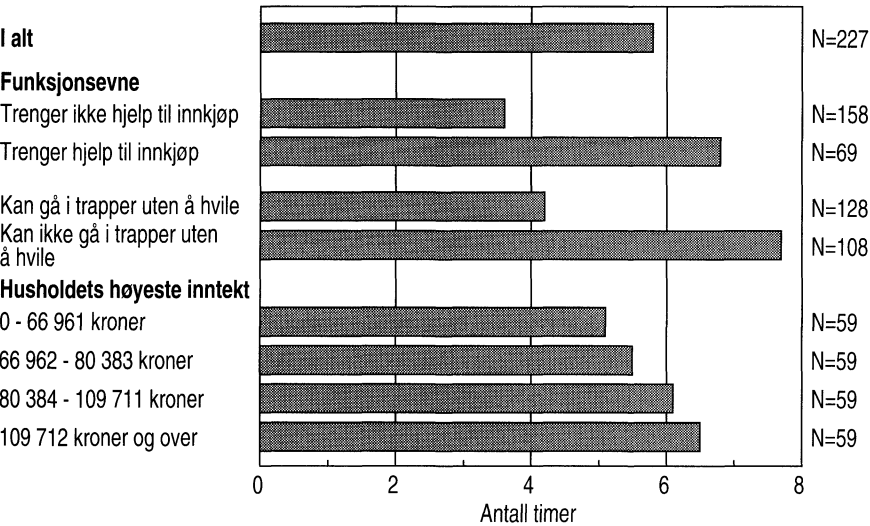
Dette betyr at det innenfor grupper med store hjelpebehov finnes betydelige variasjoner i omfang av hjelp som ble mottatt i 14-dagersperioden. Det er mulig at flere og mer detaljerte mål for funksjonsevne vil kunne forklare en del av denne variasjonen.

Heller ikke i denne analysen ble det funnet noen sammenhenger mellom ulike trekk ved intervjupersonenes bostedskommune og bruken av hjemmetjenester. Men analysen viser at det igjen er en tendens til at de som bor i mindre sentrale strøk mottar flere timer hjelp, uten at denne sammenhengen er stor nok til å være statistisk sikker. Den multivariate analysen viste også en statistisk sikker sammenheng mellom husholdets høyeste inntekt³ og hvor mye hjelp som ble gitt. Som vist i figur 5, øker antall timer hjelp som ble gitt fra 5,1 blant de med lavest inntekt til 6,5 blant de med høyest inntekt. Denne sammenhengen er likevel ikke tydelig nok til at vi kan påstå at inntektsnivået har en avgjørende betydning for hvor mye hjemmehjelp eller hjemmesykepleie man får (se ramme bakerst i artikkelen, modell III). Dette betyr at det innenfor den enkelte inntektsgruppe er betydelige variasjoner i hvor mye hjelp som mottas.

Hjemmehjelp og hjemmesykepleie: To ulike tjenester

Hittil i analysene er hjemmehjelp slått sammen med hjemmesykepleie. Dette er gjort fordi utvalget er lite, mulighetene til å analysere tjenestene hver for seg er begrensede. Selve innholdet i hjemmesykepleiernes arbeidsoppgaver har i lang tid utviklet seg innenfor et medisinsk fagmiljø. Sykepleievitenskap er blitt et universitetsfag som utdanner pedagogisk personale til landets sykepleiehøgskoler. Sykepleierne er blitt det vi kan kalle en

Figur 5: Hjelp i hjemmet etter funksjonsevne og inntekt. Antall timer hjemmehjelp/hjemmesykepleie siste 14 dager



Kilde: Helseundersøkelsen 1995

profesjon eller semi-profesjon (Berg 1987), der det er medisinsk-faglige vurderinger som bestemmer innholdet i hjelpen som gis. Utviklingen for hjemmesykepleien hevdes å være preget av en økende konsentrasjon om de sykeste pasientene. Disse får flere, men kortere besøk enn før, samtidig som en økende andel av arbeidstiden til pleierne går med til møter, dokumentasjon og administrasjon (Næss og Wærness 1996).

Hjemmehjelpstjenesten har i større grad representert en uformell omsorgskultur, der yrkesutøveren i betydelig grad kunne bestemme innholdet i hjelpen med utgangspunkt i den hjelpetrequendes definisjon av sine behov. Det er den hjelpetrequende, og ikke hjelpeapparatet, som bestemmer behovene. Næss og Wærness hevder at også hjemmehjelpstjenesten er inne i en profesjonaliseringsprosess som innebærer at *...tjenesten i stadig større grad får preg av et formalisert medisinsk*

hjelpeapparat på bekostning av det personlige, uformelle og sosiale preget som i utgangspunktet var det dominerende i denne omsorgstjenesten (Næss og Wærness 1996:14).

En mer formalisert og medisinsk omsorgskultur ser altså ut til å være på vei inn i hjemmetjenestene. Men det finnes også momenter som tilsier at denne endringen ikke bare skyldes yrkesgruppens endrede profesjonelle tilnærming. Det ser ut til at brukerne av hjemmetjenester er blitt mer pleietrengende enn før

(Olsen 1995), og en mer behandlingskrevende brukergruppe vil kunne kreve en mer medisinsk tilnærming enn det som tidligere har vært vanlig.

Er det tid til en prat med hjemmesykepleierne?

I hvilken grad opplever brukerne at det er tid til en prat med hjemmehjelperen eller hjemmesykepleieren? Det var til sammen 46 prosent som oppgav at det av og til eller aldri var tid til å slå av en prat med hjemmehjelperen eller hjemmesykepleieren. Nesten like mange, 43 prosent, oppgav at det nesten alltid var tid til en prat. På bakgrunn av de to tjenestenes ulike karakter er det ikke uventet at denne fordelingen er påvirket av om det er hjemmehjelper eller hjemmesykepleier den eldre har hatt kontakt med. Graden av sosial kontakt oppleves som klart mindre blant de som har hatt kontakt med hjemmesykepleien, disse er i større grad tilbøyelige til å svare at det av og til eller aldri er tid til å slå av en prat. Og mens 49 prosent av de som fikk hjelp av hjemmehjelper nesten alltid hadde en prat, var tilsvarende andel 29 prosent hos de som hadde hjelp av hjemmesykepleien. Undersøkelsen gir ikke svar på om det er tjenestens profesjonelle tilnærming som er bakgrunnen for denne forskjellen. Noe av svaret kan også ligge i at mottakere av hjemmesykepleie har

Tabell 1: Brukervurdering av sosial kontakt

		"Er det noen ganger tid til å slå av en prat med hjemmehjelperen/hjemmesykepleieren?"				
		Ja, nesten alltid	Ja, mange ganger	Ja, av og til	Nei, aldri	(N)
Tjeneste	I alt					
I alt	100	43	11	33	13	(373)
Hjemmehjelp	100	49	10	29	12	(253)
Hjemmesykepleie	100	29	14	42	15	(123)

relativt store behov for tjenester, og dermed et større behov for sosial kontakt (se under).

Denne informasjonen forteller oss noe om brukernes vurdering av innholdet i kontakten mellom den hjelpetrengende og yrkesutøveren. Det kan argumenteres for at opplysningene om sosial kontakt kan betraktes som en indikator på kvaliteten i tilbudet. God kontakt med hjemmehjelperen eller hjemmesykepleieren kan være avgjørende for brukernes muligheter til å få formidlet sine behov. Innenfor helse- tjenesteforskning betones ofte betydningen av den sosiale kontakten i møtet mellom pasient og behandler: *Talk is the main ingredient in health care!* Og selv om hjemme-

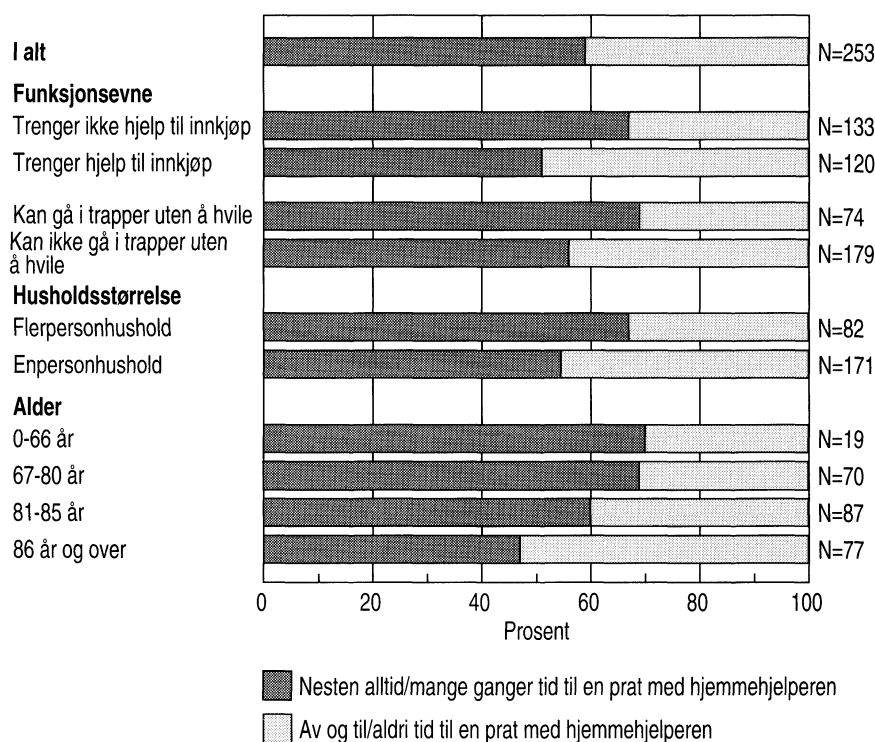
hjelperne og hjemmesykepleierne først og fremst bidrar med praktisk hjelp og pleie, er det liten tvil om at den sosiale kontakten besøkene innebærer, har en betydelig verdi i seg selv for mange eldre som bor alene.

Alternativt kunne man ha stilt direkte spørsmål om hvor fornøyd den eldre var med den hjelpen han eller hun fikk. Dette ble ikke gjort ut fra en forventning om at særlig eldre mennesker i en intervju situasjon vil ha vanskelig for å uttrykke misnøye, og at resultatet blir en overrepresentasjon av positive, sosialt akseptable svar. Den eldre kan la være å rapportere om misnøye for ikke å bli oppfattet som klagende eller utakknemlig, eller

føler det som et lojalitetsbrudd å gi negative vurderinger av den hjelpen man får. Det kan også være vanskelig å uttrykke misnøye med et tilbud man er avhengig av, og ofte ikke har noe alternativ til. I mange tilfeller vil pårørende være en mer pålitelig kilde for opplysninger om kvaliteten i tjenestetilbudet (Wilson 1993).

I hvilken grad mottakere av hjemmetjenester synes det blir tid til en prat med hjemmesykepleieren eller hjemmehjelperen avhenger av flere forhold (se ramme bakerst i artikkelen, modell IV). De som bor alene mener klart oftere enn andre at det ikke er tid til en prat, men også de som har funksjonstap synes å oppleve mindre sosial kontakt enn andre (figur 6). I noen grad er det også slik at de med høy alder erfarer at yrkesutøveren i mindre grad har tid til en prat.

Figur 6: Sosial kontakt mellom brukere og hjemmehjelpere. Etter funksjonsevne og husholdningsstørrelse. Prosent. 1995



Kilde: Helseundersøkelsen 1995

Når undersøkelsen de sykeste?

En frafallsanalyse (se Liv Belsbys artikkel i dette nummer) viser at Helseundersøkelsen 1995 i mindre grad når fram til befolkningsgrupper med antatt høy sykkelighet. Analysen viser blant annet at frafallet er spesielt stort blant de eldste. Bare halvparten av bruttoutvalget over 80 år ble intervjuet. Det er grunn til å anta at personer med relativt store hjelpebehov er overrepresentert i frafallet. Trolig er det slik at personer med svak helse og omfattende funksjonstap i større grad enn andre vil vegre seg mot å få besøk av intervjuere de ikke kjenner. Behovet for hjelp i den undersøkelsespopulasjonen som nås gjennom intervjuundersøkelser, er derfor trolig mindre enn det som reelt sett er tilfellet⁴. Resultatene fra undersøkelsen gjelder derfor sannsynligvis en relativt funksjonsfrisk del av de som har behov for hjemmetje-

nester. Dette kan bety at andelen som får hjelp er noe høyere, og omfanget av hjelp som gis er større enn det som er dokumentert over.

Oppsummering

Vel 16 prosent av de som hadde behov for hjelp utenfra, hadde *udekkede hjelpebehov*, dvs. at de ikke hadde fått hjelp av offentlige eller private omsorgsgivere. Typisk for de som hadde udekkede hjelpebehov, var at de tilhørte flerpersonshushold, var relativt unge og hadde færre funksjonstap enn andre. Svært få eldre aleneboende hadde fullstendig udekkede hjelpebehov. Halvparten av de hjelpetrengende hadde hatt besøk av hjemmehjelper eller hjemmesykepleier den siste fjortendagersperioden. Sannsynligheten for å være *bruker av hjemmetjenester* økte dersom den hjelpetrengende hadde funksjonstap, høy alder eller tilhørte en enpersonshusholdning. Blant brukere av hjemmetjenester var det klare sammenhenger mellom *omfanget* av den hjelpen som ble gitt og mottakernes funksjonsevne. Alle disse resultatene peker i retning av et offentlig tilbud som tar hensyn til de hjelpetrengendes behov. Resultatene viser også at den sosiale situasjonen, dvs. tilgang på uformell hjelp, er et kriterium for tildeling av hjelp, og at det dermed er et samspill mellom den offentlige og private omsorgen. Behovene har altså klar innvirkning på både muligheten til å få hjelp og omfanget av hjelpen som gis. Men denne konklusjonen er ikke entydig. Det kan se ut til at høyinntektsgrupper får noe mer hjelp enn andre. Dette bryter med et innarbeidet prinsipp i en sosialdemokratisk velferdsstatstype der det er behovene som skal bestemme tildelingen av offentlige goder, ikke inntekt eller sosial bakgrunn. Det er ikke mulig med dette datagrunnlaget å avgjøre hvilken mekanisme som formidler

den relativt svake sammenhengen mellom inntekt og tildeling av hjelp.

Gitt de store variasjonene når det gjelder kapasitet og organisering av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, er det overraskende at det ikke ble påvist noen sammenhenger mellom bosted og erfaringer med hjemmetjenestene. En årsak kan ligge i at utvalget består av få personer, dermed vil bare markerte forskjeller være statistisk sikre. Det kan også være at de målene vi har for kapasitet i eldreomsorgen ikke godt nok fanger opp reelle kommunale variasjoner. La oss for eksempel tenke oss to kommuner der en like stor andel eldre over 80 år er mottakere av hjemmetjenester. Dette er ikke nødvendigvis en indikasjon på at kapasiteten er den samme, brukerne i den ene kommunen kan motta tre ganger så mange besøk som brukerne i den andre. Vi vet at ulikheter i kommunenes satsing på eldreomsorgen i stor grad er et resultat av at kommuner med store behov også har prioritert tjenester rettet mot eldre (Finnvold 1993). Ved beregning av mål for årsverk pr. innbygger må det i større grad tas hensyn til at kostnadene ved tjenesteyting varierer mellom kommunene, og at variasjonen mellom kommunene blir betydelig redusert hvis det tas hensyn til dette. Utover egenbetaling og tilgang på døgnkontinuerlig hjemmesykepleie, som er med i analysene over, kan det finnes andre organisatoriske forhold som har konsekvenser for brukerne, og som ikke blir fanget opp av løpende statistikker.

Hvordan dekke kontakt-behovene?

Det er en tydelig tendens til at jo større hjelpebehovene er, jo mindre opplever brukerne at det er tid til å slå av en prat med hjemmehjelpe-

ren eller hjemmesykepleieren. Blant de aller eldste (over 86 år) var andelen som av og til eller aldri mente at det var tid til en prat med hjemmehjelperen 53 prosent, mot 28 prosent for aldersgruppen 67-80 år. Disse resultatene kan synes paradoksale. Likevel er funnene helt i tråd med det flere undersøkelser av tilfredshet med offentlige tilbud har vist: Jo større problemene og behovene er, jo større er misnøyen. Det kan være mange årsaker til dette. Når graden av sosial kontakt etter intervjupersonenes egne vurderinger er minst blant de mest funksjonssvake, kan forklaringen rett og slett være at omfanget av praktiske arbeidsoppgaver yrkesutøveren må ta seg av, svekker mulighetene til å føre en samtale med den hjelpetrengende. Et annet forhold er at de subjektive behovene for sosial kontakt trolig varierer med funksjonsevne, og ikke minst husholdsstørrelse. En som bor alene, vil trolig være mer tilbøyelig til å mene at det sjelden er tid til å slå av en prat med hjemmehjelperen. Dette fordi vedkommende ikke har fått sine behov ivaretatt, selv om hjemmehjelperen rent faktisk brukte like mye tid hos den aleneboende som hos andre hjelpetrengende.

På bakgrunn av de påviste sammenhenger mellom behov og sosial kontakt, kan det reises spørsmål ved hvilke muligheter et hjemmebasert kommunalt omsorgsapparat har til å ivareta behovene til de eldste og mest pleietrengende. Dette dreier seg om mennesker i en livsavslutningsfase, der behovet for sosial kontakt er stort. Kanskje gir ulike former for institusjonalisering større muligheter til å inngå i et sosialt fellesskap, noe som kan sikre en bedre livskvalitet for denne gruppen?

Data og metoder

Tabell A: Personer med subjektivt definerte behov for hjelp i hjemmet på grunn av sykdom, skade eller funksjonshemming. Faktorer som påvirker sannsynligheten for å motta hjelp i hjemmet. Stegvis logistisk regresjon, hjelpetrengende som fikk hjelp = 1, øvrige = 0. (N=448)

Variabel/ rangering ²	Modell I ¹		Modell II ¹		
	P-verdi (rang. ²)	O. R. (95% K I)	P-verdi (rang. ²)	O. R. (95% K I)	
Bevegelighet			0,0304 (4)	1,7 (1,0-2,7)	Svarpersoner som ikke kan gå i trapper opp og ned en etasje uten å hvile = 1, øvrige = 0
Hjelp til innkjøp	0,0159 (3)	2,2 (1,1 -3,3)	0,0027 (2)	2,0 (1,1-3,3)	Svarpersoner som ikke kan klare innkjøp av dagligvarer = 1, øvrige = 0
Husholdningsstørrelse	0,0002 (2)	4,4 (2,0-9,7)	0,0190 (3)	1,7 (1,1-2,7)	Enpersonhushold = 1, flerpersonhushold = 0
Alder	0,0001 (1)	1,0 (1,0-1,0)	0,0001 (1)	1,0 (1,0-1,0)	Numerisk variabel, median = 80 år

¹ Responsvariablene er definert på følgende måter: I **modell I** fikk de som svarte ja på spørsmålet "Har husholdningen hatt behov for hjelp utenfra til pleie, husarbeid eller innkjøp av dagligvarer de siste 14 dagene på grunn av sykdom, skade eller funksjonshemming?" og nei på spørsmål om husholdningen hadde fått hjelp utenfra, kodet til verdien 0 (N=63), de øvrige verdien 1 (N=385). I **modell II** er de som svarte ja på begge spørsmål, og som har ført opp at de mottok hjelp fra hjemmehjelpere eller hjemmesykepleiere, kodet til 1 (N=223), øvrige = 0 (N=225). I disse to modellene undersøkes hvilke faktorer som øker sannsynligheten for å ta verdien 1, altså for å få hjelp.
² Rangering: De signifikante variablene er rangert slik at den variabelen som alene har den største forklaringskraft, tas med først, så de to variablene som alene har størst forklaringskraft osv.

SAS-prosedyren PROC LOGISTIC/SELECTION = STEPWISE er benyttet.

Variabler som ikke var signifikante:

Generell funksjonsevne: Respons på spørsmål om i hvilken grad sykdom eller funksjonshemming virker inn på hverdagen. Svarpersoner som svarte i høy grad = 1, i noen grad = 2, i liten grad = 3, ikke i det hele tatt = 4. **Egenvurdert sykkelighet:** Respons på spørsmålet "Hvordan vurderer du din egen helse sånn i sin alminnelighet?" Skala med 5 verdier der 1 = meget god og 5 = meget dårlig. **Kronisk sykdom:** Svarpersoner som har en varig sykdom som har vart mer enn et halvt år = 1, øvrige = 0. **Kjønn:** Mann = 1, kvinne = 0. **Inntekt:** Numerisk variabel, husholdets maksimumsinntekt. Median = 95 000 kroner. **Utdanning:** Numerisk variabel, utdanningslengde med en skala fra 2 (kortest utdanning) til 7 (lengst utdanning). **Sentralitet:** Svarpersoner som bor i mindre sentrale kommuner, dvs. sentralitetsnivå 0 og 1 i Statistisk sentralbyrås kommuneklassifisering = 1, øvrige = 0. **Storby:** Bosatte i Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger = 1, øvrige = 0. **Kapasiteten i hjemmetjenestene i bostedskommunen:** Numerisk variabel. Prosentandel av alle over 80 år i bostedskommunen som er mottakere av både hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Median = 15. **Ressurser i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten i bostedskommunen:** Numerisk variabel. Årsverk i pleie- og omsorgstjenesten pr. 100 innb. over 80 år. Median = 39. **Tilgjengelighet, hjemmesykepleie:** Bosatte i kommuner der hjemmesykepleie er tilgjengelig hele døgnet = 1, øvrige = 0. **Egenbetaling, hjemmetjenester i bostedskommunen:** Numerisk variabel. Prosentandel i kommunen som betaler for hjemmetjenester. Median = 50. **Egenbetaling, hjemmesykepleie i bostedskommunen:** Bosatte i kommuner som ikke tar egenbetaling for hjemmesykepleie = 1, øvrige = 0. I modell I var heller ikke bevegelighet signifikant.

Tabell B: Multivariat regresjonsanalyse av variasjoner i antall timer hjelp fra hjemmetjenestene siste 14-dagers-periode/indeks for omfang av sosial kontakt

Variabel/ rangering ¹	Parameter estimat	P-verdi	R ² kum.	
Modell III				
1. Bevegelighet	1,1772	0,0001	0,09	Svarpersoner som ikke kan gå i trapper opp og ned en etasje uten å hvile = 1, øvrige = 0
2. Hjelp til innkjøp	1,4791	0,0142	0,11	Svarpersoner som ikke kan klare innkjøp av dagligvarer = 1, øvrige = 0
3. Husholdets høyeste inntekt	0,0000	0,0351	0,13	Numerisk variabel, husholdets maksimumsinntekt. Median = 95 000 kroner
Modell IV				
1. Hjelp til innkjøp	0,4649	0,0001	0,6	Svarpersoner som ikke kan klare innkjøp av dagligvarer = 1, øvrige = 0
2. Husholdningsstørrelse	0,5383	0,0022	0,9	Enpersonhushold = 1, flerpersonhushold = 0
3. Bevegelighet	0,5689	0,0077	0,12	Svarpersoner som ikke kan gå i trapper opp og ned en etasje uten å hvile = 1, øvrige = 0
4. Alder	0,0295	0,0227	0,13	Numerisk variabel, median = 80 år
5. Generell funksjonsevne	-0,3089	0,0411	0,15	Respons på spørsmål om i hvilken grad sykdom eller funksjonshemming virker inn på hverdagen. Svarpersoner som svarte i høy grad = 1, i noen grad = 2, i liten grad = 3, ikke i det hele tatt = 4

¹ Rangering: De signifikante variablene er rangert slik at den variablen som alene har den største forklaringskraft, tas med først, så de to variablene som alene har størst forklaringskraft osv. SAS-prosedyren PROC LOGISTIC/SELECTION = STEPWISE er benyttet.

I modell III analyseres variasjonen i antall timer hjelp som ble gitt i 14-dagersperioden av hjemmehjelpere og hjemmesykepleiere. Metoden som er valgt, er lineær regresjon, som også er anvendt i modell IV, sosial kontakt.

For omfang av sosial kontakt er det konstruert en indeks basert på de to spørsmålene om hjemmehjelp og hjemmesykepleie, "Er det noen ganger tid til å slå av en prat med hjemmehjelperen/hjemmesykepleieren?" De som svarte "ja, nesten alltid" fikk verdien 1, de som svarte "ja, mange ganger" verdien 2 osv. En additiv indeks basert på summen av de to spørsmålene hadde minimumsverdi på 1 (de som bare mottok hjemmesykepleie eller hjemmehjelp, og svarte ja, nesten alltid) og maksimumsverdi på 8 (de som fikk både hjemmehjelp og hjemmesykepleie, og som aldri opplevde at det var tid til en prat). I analysen under spør vi hvilke faktorer som har betydning for sannsynligheten for å gi høyere eller lavere verdier.

Variabler som ikke var signifikante:
Egenvurdert sykkelighet: Respons på spørsmålet "Hvordan vurderer du din egen helse sånn i sin alminnelighet?" Skala med 5 verdier der 1 = meget god og 5 = meget dårlig. **Kronisk sykdom:** Svarpersoner som har en varig sykdom som har vart mer enn et halvt år = 1, øvrige = 0. **Kjønn:** Mann = 1, kvinne = 0. **Utdanning:** Numerisk variabel, utdanningslengde med en skala fra 2 (kortest utdanning) til 7 (lengst utdanning). **Sentralitet:** Svarpersoner som bor i mindre sentrale kommuner, dvs. sentralitetsnivå 0 og 1 i Statistisk sentralbyrås kommuneklassifisering = 1, øvrige = 0. **Storby:** Bosatte i Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger = 1, øvrige = 0. **Kapasiteten i hjemmetjenestene i bostedskommunen:** Numerisk variabel. Prosentandel av alle over 80 år i bostedskommunen som er mottakere av både hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Median = 15. **Ressurser i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten i bostedskommunen:** Numerisk variabel. Årsverk i pleie- og omsorgstjenesten pr. 100 innb. over 80 år. Median = 39. **Tilgjengelighet, hjemmesykepleie:** Bosatte i kommuner der hjemmesykepleie er tilgjengelig hele døgnet = 1, øvrige = 0. **Egenbetaling, hjemmetjenester i bostedskommunen:** Numerisk variabel. Prosentandel i kommunen som betaler for hjemmetjenester. Median = 50. **Egenbetaling, hjemmesykepleie i bostedskommunen:** Bosatte i kommuner som ikke tar egenbetaling for hjemmesykepleie = 1, øvrige = 0.

I modell III var heller ikke generell funksjonsevne, alder eller husholdningsstørrelse signifikant. Inntekt var ikke signifikant i modell IV.

1. Forfatteren vil takke Bjørn Olsen (SSB) og Heidi Gautun (FAFO) for nyttige kommentarer til artikkelen, og Bjørn Olsen for bidrag til arbeidet med å utvikle statistikkgrunnlaget artikkelen bygger på.

2. De bivariate sammenhengene utviser samme tendens i de to undersøkelsene. Resultatene fra de multivariate analysene er ikke helt de samme. Helseundersøkelsen (HU) viser at alder er avgjørende for om man får hjelp fra hjemmetjenestene eller ikke, men også at husholdningsstørrelse har betydning. Disse sammenhengene er ikke signifikante i Dahl og Gautuns undersøkelse når det kontrolleres for funksjonsevne. Bakgrunnen for dette kan ligge i at HU kun har med de som selv mente de hadde behov for hjelp, uansett alder, mens analysene fra levekårsundersøkelsen (LVK) bygger på et representativt utvalg eldre over 65 år. LVK har et større utvalg enn HU, og skiller i motsetning til HU mellom hjemmehjelp og hjemmetjenester.

3. Bruk av husholdets gjennomsnittsinntekt gir en lignende fordeling som vist i figur, gjennomsnittlig antall timer øker fra 5,3 i den laveste inntektsgruppen til 6,6 i den høyeste inntektsgruppen. Sammenhengen er derimot ikke statistisk signifikant i modell IV. ($P=0,1200$).

4. Beregninger fra GERIX-prosjektet viser at det antall timer hjemmetjenestene planlegger å tildele brukerne ligger over dobbelt så høyt som det brukerne selv rapporterer at de får. Beregningen er basert på planlagte og ikke faktisk utførte timer, og ergoterapeuter/fysioterapeuter er også inkludert. Disse og andre momenter tilsier at beregningsmåten er noe av årsaken til forskjellen mellom brukernes vurderinger av omfanget hjelp de får, og yrkesutøvernes planer. Likevel er forskjellen så stor at noe av forklaringen må søkes i at utvalgsundersøkelser ikke fanger opp de mest hjelpetrengende gruppene godt nok.

Litteratur

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

Dahl, Espen og Heidi Gautun (1997): Use of home help and home nursing services among elderly in a socialdemocratic welfare state, *Croatian Medical Journal*, **38**, 1, 1997.

Finnvold, Jon Erik (1993): Personellinnsatsen i helsetjenesten: Behov eller øko-

nomi avgjør? *Samfunnsspeilet* 1993, 2, Statistisk sentralbyrå.

Kitterød, Ragni Hege (1995): *Funksjonsnivå og hjelpebehov blant brukere og ikke-brukere av pleie- og omsorgstjenesten i kommunene*, Statistisk sentralbyrå, Notater 95/57.

Lingsom, Susan (1991): *Hjelp etter behov. Offentlig og privat omsorg for hjemmeboende eldre*, INAS-rapport 91:5.

Næss, Sturle og Kari Wærness (1996): *Bedre omsorg? Kommunal eldreomsorg 1980-1995*, SEFOS, Bergen.

Olsen, Bjørn og Per Erik Solem (1993): *Egenbetaling for hjemmetjenester - stadig i støpeskjeen*, Rapport 93:5, Norsk Gerontologisk Institutt.

Olsen, Bjørn (1995): "Hjemliggjøring" av eldreomsorgen på 1990-tallet? *Samfunnsspeilet* 1995, 4, Statistisk sentralbyrå.

Statistisk sentralbyrå (1996): *Pleie- og omsorgsstatistikk 1994*, NOS C344.

Vigran, Åsne (1994): *Egenbetaling for hjemmetjenester i kommunene i 1993 og 1994*, Statistisk sentralbyrå, Notater 95/57.

Wilson, Geraldine (1993): Users and providers. Different perspectives on community care services, *Journal of social policy* **22**, 4, 507:26.

Wærness, Kari og Stein Ringen (1987): Women in the welfare state: The case of formal and informal care. *International journal of sociology*, **XVI**, 3-4.

Jon Erik Finnvold er førstekonsulent i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk.

Kari-Mette Roalsø

Ungdoms levekår i 1990-årene

Ungdoms levekår i 1990-årene beskriver levekårene for ungdom mellom 16 og 24 år i første halvdel av 1990-årene og hvordan de har utviklet seg gjennom de siste ti til femten årene. I publikasjonen er det samlet informasjon om ungdoms levekår fra en rekke statistiske kilder. Temaer som tas opp er etablering av et eget hushold og familie, utdanning, arbeid, økonomiske og materielle levekår, ungdoms helse og dødelighet, røykevaner og alkoholbruk, vold og kriminalitet, organisasjonsmedlemskap, fritidsliv og mediebruk.

Ungdoms levekår i 1990-årene er laget med tanke på folk som på ulike måter arbeider med ungdom og andre som vil vite mer om denne aldersgruppen.

Publikasjonen kan bestilles fra:

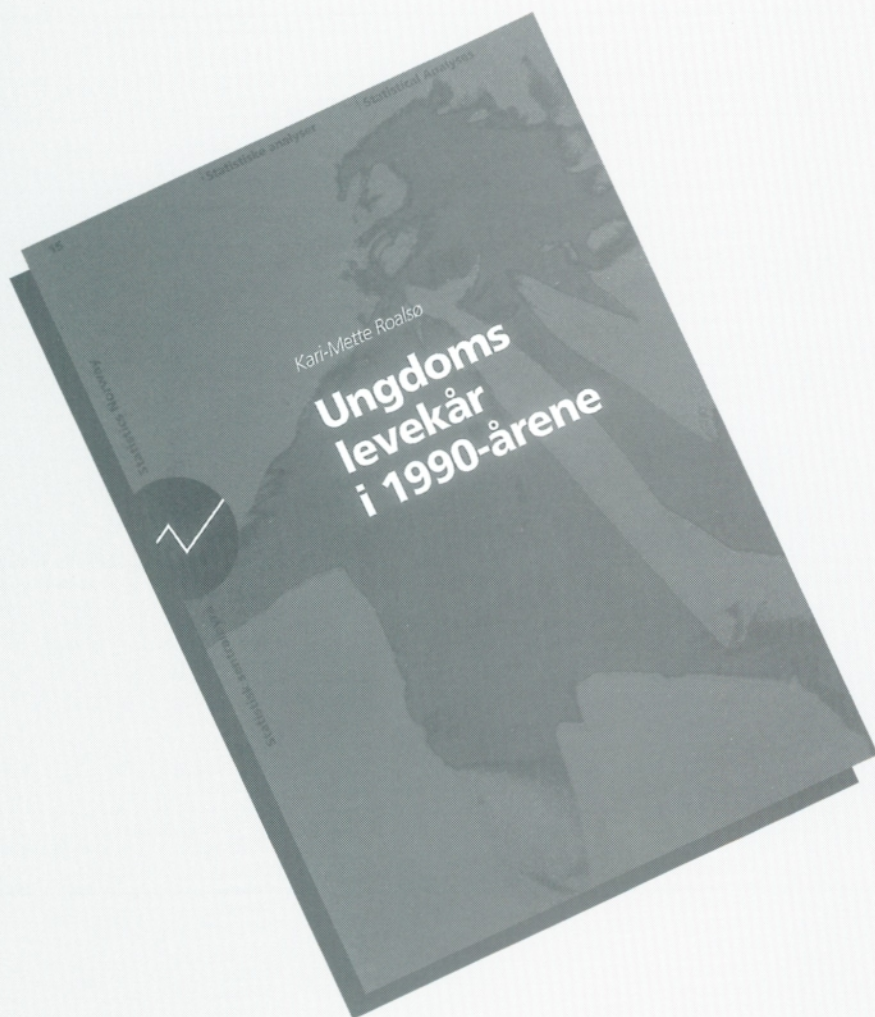
Statistisk sentralbyrå,
Salg- og abonnementservice
Postboks 8131 Dep.
N-0033 Oslo

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 82-537-4358-0
Pris kr 110,00



A-blad

Returadresse:
Statistisk sentralbyrå
Salg- og abonnementservice
Postboks 8131 Dep.
0033 Oslo

Publikasjonen kan bestilles fra:

Statistisk sentralbyrå
Salg- og abonnementservice
Postboks 8131 Dep.
N-0033 Oslo

Telefon: 22 00 44 80
Telefaks: 22 86 49 73
E-mail: salg-abonnement@ssb.no

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 82-537-4418-8
ISSN 0801-7603

Pris:
Pr. år kr 175,- inkl.mva.
Enkeltnummer kr 60,- inkl.mva.



Statistisk sentralbyrå
Statistics Norway