Tidsskrift for levekår
og livsstil

Samfunnsspeilet

Statistics Norway
Statistisk sentralbyrå

Helse

Rettferdig trygd til barn med astma?

- Staten betaler stadig mer
- Vi bruker mer og dyrere medisin
- Flere aktuelle artikler om helse

2/2000

Sosialt utsyn 2000

Sosialt utsyn 2000 beskriver levekårene i Norge på slutten av 1990-tallet og hvordan de har utviklet seg gjennom de 20 siste årene. I en oversiktlig og lett tilgjengelig form samler og presenterer boka informasjon om levekårene fra ulike statistiske kilder.

Befolkningens sammensetting og familieforhold, helse og omsorg, utdanning, arbeid, inntekt og forbruk, sosial trygghet, boforhold, sosial og politisk deltaking, fritid og kultur og kriminalitet beskrives i 11 kapitler. Til hvert kapittel hører et sett av sosiale indikatorer som blir presentert i et tabellvedlegg. Disse indikatorene viser hvordan sentrale trekk ved befolkningens levekår har utviklet seg fra 1980 og fram til i dag. I innledningsartikkelen peker vi ut ti viktige trender fra de to siste tiårene.

Sosialt utsyn 2000 er et aktuelt oppslagsverk for alle samfunnsinteresserte og et viktig supplement til lærebøkene i samfunnsfag i videregående og høyere utdanning.

Publikasjonen er til salgs hos alle bokhandlere.

Den er utgitt i kommisjon hos forlaget Ad Notam Gyldendal. Boka kan også bestilles fra:

Statistisk sentralbyrå
Salg- og abonnementservice
2225 Kongsvinger

Telefon: 62 88 55 00
Telefaks: 62 88 55 95
E-post:: salg-abonnement@ssb.no

ISBN 82-537-4789-6
ISSN 0804-3221
Pris kr 265,- inkl. mva.

Statistisk sentralbyrå
Statistics Norway

Foto: Bjørn Rørslett/Samfoto

Innhold

Grunn- og hjelpestønad til astmatiske barn: Er trygdetilbudet rettferdig fordelt? **2**
Jon Erik Finnvold

Helseutgifter: Staten betaler stadig mer **12**
Elisabeth Nørgaard

Vi bruker mer og dyrere medisiner **19**
Elin Skretting Lunde

Tvang i psykiatrien: Viktig felt med statistiske utfordringer **27**
Borgny Vold

De fleste eldre vurderer helsa positivt **35**
Elin Skretting Lunde

Eldre dør oftere av kreft **41**
Elin Skretting Lunde

Selvmord blant unge **45**
Lars Mehlum, Karsten Hytten og Finn Gjertsen

Siden sist **50**

Samfunnsspeilet
Nr. 2/2000 - 14. årgang

Redaksjon: Johan-Kristian Tønder (ansv. red.), Dag Ellingsen (dae@ssb.no) (red.), Mads Ivar Kirkeberg, Ragni Hege Kitterød, Berit Otnes, Agnes Aall Ritland, Jorunn Ramm.
I forbindelse med artiklene om eldres helse og selvmord blant unge, har redaksjonen fått hjelp av forsker Arnhild Taksdal, Universitetet i Bergen, til redaksjonell bearbeiding og oversettelse.
Redigering: Liv Hansen, Anne Skarateppen, Åshild Vestaberg, Audhild Iren Øverby.
Design/Omslag: Siri Elisabet Boquist.
Trykk: Grønlands Grafiske. **Priser:** Pr. år kr 310,- (institusjoner), kr 190,- (private). Enkeltnr. kr 60,-.
Internett: Utdrag fra Samfunnsspeilet publiseres på Internett.
Webadresse: http://www.ssb.no
ISSN 0801-7603. ISBN 82-537-4800-0.

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.

Grunn- og hjelpestønad til astmatiske barn:

Er trygdetilbudet rettferdig fordelt?

Jon Erik Finnvold

Ordningen med grunn- og hjelpestønad gir rett til økonomisk kompensasjon ved kronisk sykdom. Analyser av erfaringene til familier med astmatiske barn tyder på et underforbruk av trygderettigheter for denne pasientgruppen. Noen familier ble raskt kjent med sine rettigheter, og fikk stønad på et tidlig tidspunkt i sykdomsforløpet. Disse familiene var i stor grad blitt informert om sine rettigheter av helsepersonell, hadde relativt høy utdanning, og var ofte bosatt i regioner som synes å ha et helsetilbud som er oppmerksom på astmatikeres behov.

Astma er trolig det mest utbredte kroniske helseproblemet barn i dag rammes av. Diagnosen er en av de hyppigste årsakene til legebesøk og sykehusinnleggelser. Astma behandles av allmennpraktikere, men også av privatpraktiserende spesialister i barnesykdommer eller luftveissykdommer. På mange sykehus finnes det egne avdelinger med spesialister på området, der barna har faste leger og går til rutinemessig kontroll. Øverst i det vi kan kalle et behandlingshierarki for astmatikere, finner vi Voksentoppen sentralinstitusjon. Dette er et landsdekkende tilbud, bare de hardest rammede barna får opphold der. Yrkesgruppene i helsetjenesten har som hovedoppgave å *diagnostisere* og *behandle* astma.

Over 25 000 barn får stønad

Velferdsinstitusjonenes ansvar overfor kronisk syke stopper ikke ved helsetjenesten. Lovgivningen definerer en rekke ordninger som har som mål å *kompensere* for de ulempene kronisk sykdom innebærer. Ordningene skal på ulike måter legge forholdene til rette for at de som er varig rammet av sykdom, kan delta i samfunnet på lik linje med andre. For eksempel kan mennesker med bevegelseshemming benytte reserverte parkeringsplasser. Et annet eksempel er en ordning som innebærer at elever med sykdom som medfører konsentrasjonsproblemer, under visse betingelser ikke har de samme krav til karakterer ved opptak til høyere studier. Det finnes i det hele tatt et bredt spekter av kompenserende ordninger. Ofte handler det om økonomisk kompensasjon. For familier med kronisk syke barn, er ordningene med grunn og hjelpestønad den viktigste. I alt 25 676 barn under 16 år var mottakere av slik stønad i 1997, og utbetalingene beløp seg til vel 542 millioner kroner. Siktemålet med ordningene er at familiens økonomiske situasjon ikke skal bli for belastet gjennom de merutgifter som er en følge av sykdomstilstanden. Grunnstønaden skal kompensere for løpende ekstrautgifter som skyldes en varig sykdomstilstand, mens hjelpestønaden skal bidra til dekking av utgifter til særskilt tilsyn og pleie av den syke i hjemmet (se ramme 1).

I motsetning til for eksempel Voksentoppen sentralinstitusjon - der opphold kun kan tilbys de sykeste etter en forutgående inntaksprosess - er stønadene *åpne* goder. Det vil si at alle som oppfyller kriteriene, har rett til stønad. En forutsetning for å komme i betraktning, er dokumentasjon fra behandlende lege. Det må foreligge en varig sykdomstilstand, også etter at det som i lovverket betegnes som "hensiktsmessig behandling" er gjennomført. Saksbehandlerne ved de lokale trygdekontor spiller en nøkkelrolle i fordelingsprosessen, gjennom å representere bindeleddet mellom potensielle mottakere av stønad, den medisinsk sakkyndiges beskrivelse av barnets situasjon, og det regelverk og kriterier for tildeling som er utformet fra sentralt hold.

Forskjellen på å ha rett og få rett

Det faktum at velferdsordninger finnes, betyr ikke alltid at de når fram til alle i målgruppene, eller fungerer i tråd med regelverkets intensjoner. Det er ingen automatikk i fordelingen av slike goder. Familier med helseproblemer av en slik karakter at de kunne falle inn under ordningen, blir ikke nødvendigvis kjent med sine rettigheter. Heller ikke alle leger eller helsearbeidere som behandler barn med kronisk sykdom, vet selv om, eller

Ramme 1. Grunn- og hjelpestønad

Ordningen med grunn- og hjelpestønad har som formål å avlaste kronisk sykes situasjon gjennom å bidra til dekking av merutgifter som følger av sykdomstilstanden. *Grunnstønaden* skal kompensere for løpende ekstrautgifter som skyldes en varig sykdomstilstand, mens *hjelpestønaden* skal bidra til dekking av utgifter til særskilt tilsyn og pleie av den syke i hjemmet. Det må videre foreligge en varig sykdomstilstand, også etter at det som i lovverket betegnes som en "hensiktsmessig behandling" er gjennomført. Den medisinsk sakkyndiges beskrivelse er det viktigste beslutningsgrunnlaget ved behandling av slike søknader. Det er saksbehandlerne ved de lokale trygdekontor som forholder seg til denne informasjonen, og som spiller en nøkkelrolle i tildelingsprosessen. Saksbehandlerne representerer bindeleddet mellom potensielle mottakerer av stønad, og det regelverk og kriterier for tildeling som er utformet fra sentralt hold. Innenfor trygdeetaten har det, som på mange andre områder i den offentlige forvaltning, skjedd en desentralisering av arbeidsoppgaver og ansvar. Mens Rikstrygdeverket og spesielt Fylkestrygdekontorene tidligere hadde en mer direkte rolle i behandlingen av søknader, er det lokale organer som etter 1993 har hatt avgjørelsesesmyndighet for de fleste saker om grunnstønad og hjelpestønad. Det er Stortinget som fastsetter kriteriene for ordningene med stønad, og som avgjør hvor høye stønadssatsene skal være. Som stønadsberettigede utgifter finner vi blant annet utgifter til telefon, transport, tekniske hjelpemidler og fordyret kosthold ved diett. Av særlig relevans for astmatikere, er muligheten til å oppgi nødvendige ekstrautgifter som følge av slitasje på klær og sengetøy. Rikstrygdeverket spiller en rolle blant annet gjennom å konkretisere retningslinjene for bestemte diagnoser, blant andre astma.

Satsene for grunnstønad fastsettes av Stortinget hvert år i forbindelse med statsbudsjettet. Pr. 1. januar 1997 var det laveste beløpet på 5 700 kroner i året (sats 1), mens det høyeste beløpet var på 28 000 kroner (sats 6). Hjelpestønad ble gitt med to satser, 9 600 kroner og 10 300 kroner. I spesielle tilfeller kan det også gis forhøyet hjelpestønad til barn under 18 år. Dette dreier seg om barn og unge med vesentlig større behov for hjelp enn det vanlig hjelpestønad omfatter. Det finnes tre satser, med årlige beløp fra 20 600 til 61 800 kroner i året (1997).

får tid til å informere familiene om, hvilke lovfestede rettigheter de har overfor folketrygden. Det er heller ikke slik at innholdet i de lover og forskrifter som gjelder, er entydige å forholde seg til for de lokale trygdekontor. Saksbehandlingen knyttet til det enkelte stønadskrav kan ha betydelige innslag av skjønn og vurdering fra saksbehandlerens side (se ramme 2). På denne bakgrunnen er det kanskje ikke overraskende at noen har stilt spørsmål ved om ordningen med grunn- og hjelpestønad fungerer bra nok. En studie fra 1988 - basert på alle barn som i løpet av en femårsperiode var registrert med astma på et norsk sykehus - undersøkte blant annet hvilken informasjon foreldrene hadde fått om trygderettigheter og tilbud (Lingaas og Vatten 1995). Resultatene viste at av et utvalg på 392, var det blitt søkt om stønad for 67 barn (17 prosent). På bakgrunn av at utvalget omfattet relativt alvorlig syke barn, mente forfatterne at relativt få hadde fått informasjon om sine rettigheter. En offentlig utredning fra 1991 hevder at "*...det er påvist mye svikt i bruken og stor forskjellsbehandling i tildeling av trygdeytelser*" (Helsedirektoratet 1991:120). Utsagnet begrunnes blant annet med en registrering blant pasienter på Voksentoppen, som viste at omtrent 60 prosent av alle førstegangsinnlagte pasienter ikke hadde noen form for trygdeytelser, og hadde liten eller ingen kjennskap til hva de kunne søke. Også dette dreide seg om pasienter med lang tids vanskelig sykdom, og stort sett klare behov for trygdeytelser. Dette materialet gir indikasjoner på at kunnskapen om trygderettigheter for astmatikere på slutten av 1980-tallet var begrenset. Noen dokumentasjon som tilsier "*stor forskjellsbehandling*" når det gjelder selve tildelingsprosessen på de lokale trygdekontor foreligger imidlertid ikke.

Gjennom å benytte informasjon som finnes i offentlige registre, kan vi få svar på hvor mange som ved utgangen av 1997 mottok grunn- og hjelpestønad på grunn av astma. Denne kunnskapen dokumenterer hvor omfattende ordningen er vis-à-vis familier med astmatiske barn, og hvordan fordelingen er mellom ulike sosiale grupper og geografiske områder (ramme 2).

En annen kilde til informasjon om ordningen og selve søknadsprosessen, er familiene selv. Statistisk sentralbyrå gjennomførte ved årsskiftet 1998/99 en spørreundersøkelse blant mottakere av grunn- og hjelpestønad (ramme 3). Analyser av dette materialet skaffer oss blant annet innsikt i gjennom hvilke kanaler mottakerne ble klar over sine rettigheter. I materialet identifiseres en gruppe som har relativt positive erfaringer med resultatet av selve søknadsprosessen. Dette er familier som tidlig i barnets sykdomsforløp ble klar over sine rettigheter, og fikk innvilget stønad i løpet av kort tid. En betydelig andel mente imidlertid at de hadde manglet kunnskap, og at det tok altfor lang tid før de ble klar over egne rettigheter. Mange av disse familiene hadde hatt syke barn i flere år før stønad ble gitt. I det følgende vil det stå sentralt å belyse

Ramme 2. Stønad til astmatikere

Rikstrygdeverkets register over mottakere av grunn- og hjelpestønad omfattet ved utgangen av 1997 25 676 barn under 16 år. Astma utgjorde den største diagnosegruppen av de som fikk hjelpestønad (21 prosent), og den nest største gruppen av de som fikk grunnstønad (11 prosent). Rikstrygdeverket legger i sine retningslinjer ikke skjul på at det kan være vanskelig å fastsette stønadsbeløpenes størrelse, eller avgjøre om stønad i det hele tatt skal gis (Rikstrygdeverket 1997: paragraf 6-4). Astmatikere er en av diagnosegruppene som omtales spesielt. Det skilles mellom mild, moderat og alvorlig astma. Mild astma er en tilstand som ifølge retningslinjene ikke krever daglig medisinering, at tilstanden normalt ikke gir grunnlag for stønad, *...likevel kan tilstås etter individuell prøving* (paragraf 6-4). Moderat astma omfatter tilstander der daglig medisinering er påkrevet. I slike tilfeller kan det være grunnlag for tilståelse av stønad, hvilken stønadssats som skal anvendes, må vurderes individuelt. Også ved alvorlig astma er satsfastsettelse et spørsmål som må avgjøres individuelt. Ordene *individuell vurdering* dukker ofte opp i retningslinjene. Overraskende er det derfor ikke når en saksbehandler hevder at det er et problem at det er et betydelig innslag av skjønnsmessig vurdering når sakene behandles. Dette skjønnet har to kilder, det forhold at det faktisk er store forskjeller mellom klientene, de er vanskelig å standardisere, og at retningslinjene i seg selv ikke entydige. Dette saksområdet er neppe et unntak, men typisk for den situasjon de fleste yrkesutøvere innenfor velferdsorganisasjonene befinner seg i (Prottas, 1979). Saksbehandlingen er ikke utelukkende et byråkratisk ritual, men en prosess med betydelig innslag av skjønn og vurderinger fra saksbehandlerenes side.

bakgrunnen for denne variasjonen. Var det barn med de alvorligste formene for astma som først fikk stønad? Eller var det slik at familier som benytter mindre spesialiserte behandlingstilbud (allmennlege), seinere ble klar over egne rettigheter? Hvilken betydning hadde det for familienes erfaringer om foreldrene hadde høy utdanning eller utdanning innenfor helsevesenet? Og hva med bosted, er det noe som tyder på at ordningen med grunn- og hjelpestønad benyttes oftere i noen deler av landet enn andre?

4 av 100 har astma...

Helseundersøkelsen 1995 viste at omtrent 4 prosent av alle barn under 9 år til enhver tid er rammet av astma. Dette betyr at over 20 000 barn i denne aldersgruppen har astma. Utbredelsen av astma er blitt tallfestet på ulike måter. Det finnes derfor ikke noen entydig konklusjon på hva som er det egentlige omfanget av sykdommen, eller om forekomsten av astma er økende.

...mens 5 av 1 000 får stønad

Rikstrygdeverkets register over mottakere av grunn- og hjelpestønad forteller oss at det var 0,5 prosent av alle barn i denne aldersgruppen som i 1997 fikk grunn- og/eller hjelpestønad (se ramme 2). Dette betyr at det på en "gjennomsnittsskole" med 400 barn vil være 2 barn som får slik stønad. Den sosiale profilen på de som fikk stønad i 1997 er beskrevet i tabell 1. De fleste undersøkelser om sykelighet og sosial bakgrunn viser at helseproblemer i mindre grad rammer grupper med høy sosial status, mens grupper som for eksempel enslige forsørgere kommer dårligere ut. Mye tyder på sykelighet og helseproblemer har en sosialt skjev fordeling også blant barn, i hvert fall når det gjelder sykdommer knyttet til luftveien (Finnvold og Nordhagen 1995, Finnvold, Nordhagen og Schjalm 1998). På denne bakgrunnen er ikke resultatene i tabellen overraskende. Utdanningsnivået hos familier som er stønadsmottakere er gjennomgående noe lavere. Det er videre flere enslige forsørgere blant dem som får stønad. Den mest tydelige forskjellen finner vi for mottakere av sosialhjelp. Blant mottakerne med stønad var 11 prosent også mottaker av sosialhjelp (sosiale bidrag og sosiale lån), mens gjennomsnittet for hele barnebefolkningen var 6 prosent. Det er lite som tyder på at

Tabell 1: Barn født 1989-1995. Alle familier og familier som var mottakere av grunn- eller hjelpestønad på grunn av astma. Etter foreldres utdanningslengde, ekteskapelige status, fødeland og bruk av sosialhjelp. Prosent. (N)

	Alle familier (421 558)	Familier som får stønad (2520)
Mors utdanning		
Ungdomsskole eller lavere	9	12
Videregående skole	58	66
Universitet, nivå I	10	7
Universitet, nivå II og over	20	14
Uoppgitt	3	2
Fars utdanning		
Ungdomsskole eller lavere	10	13
Videregående skole	59	65
Universitet, nivå I	10	8
Universitet, nivå II og over	18	12
Uoppgitt	3	3
Mors ekteskaplige status		
Gift/samboer	94	74
Enslig	16	25
Andre	1	1
Mors bruk av sosiale stønader og lån		
Mottaker	6	11
Ikke mottaker	94	89
Mors fødeland		
Norge	95	95
Norden	2	2
Vest-Europa unntatt Tyrkia	1	0
Øst Europa	0	0
Asia, Afrika, Sør- og Mellom-Amerika, Tyrkia, statsløse og uoppgitte	2	3
Nord-Amerika, Oseania	0	0

Kilde: Rikstrygdeverkets trygdedata og befolknings-statistikk

Ramme 3. Datagrunnlag, utvalg og spørreskjema

For å definere undersøkelsespopulasjonen, ble alle barn under 9 år valgt ut som hadde grunnstønad eller hjelpestønad med diagnosen astma (ICD-kode 493 901). Registeret omfattet ved utgangen av 1997 i alt 2 819 barn i denne aldersgruppen med diagnosen astma. Dette var barn født i årene 1989 til 1997. De som bare fikk hjelpestønad var den klart største gruppen, 1 964 barn. 350 barn hadde bare fått grunnstønad, mens 505 barn var registrert med begge former for stønad. Det var relativt få barn under 3 år, årgangene 1996 og 1997 utgjorde under 2 prosent. En del familier hadde flere medlemmer som mottok stønad på grunn av astma. I alt 211 familier hadde to barn med stønad, mens 13 familier hadde tre eller flere. Bruttoutvalget omfattet dermed 2 564 familier der ett eller flere barn hadde astma. Det er en mulighet at det i enkelte av disse familiene var barn som var eldre enn åtte år som det også ble mottatt stønad for. I spørreskjemaet som ble sendt til familiene ved årsskiftet 1998/99, ble svarpersonene bedt om å ta utgangspunkt i det eldste av barna som var under 10 år.

Arbeid med kvalitative intervjuer og fokusgruppemetodikk ble brukt til utarbeidelse av et postalt spørreskjema. Skjemaet inneholdt spørsmål knyttet til blant annet temaer som kontinuitet og fastlegetilknytning, bruksfrekvens for helsetilbud med ulik speialiseringsgrad, erfaringer med legenes diagnostisering, subjektiv tilfredshet med helsetjenesten, ulike aspekter ved søknadsprosessen om grunn- og hjelpestønad, samt barnets sykelighet og bruk av medisiner. Spørreskjemaet var rettet mot barnas foresatte, og adressene til barnas mødre ble brukt ved utsendingen. Dette betyr at undersøkelsen egentlig er en analyse av de pårørendes erfaringer, og ikke pasientene selv. Utvalget ble som nevnt avgrenset til barn under 9 år. Dette valget ble tatt blant annet fordi det vil være foreldrene som er hovedaktøren i relasjonen med helsetjenesten.

Det ble mottatt svar fra 1 800 familier, det vil si en svarprosent på 70. Dette er en høy svarprosent hvis vi sammenligner med det som er vanlig å oppnå gjennom postale spørreundersøkelser. Ikke alle hadde svart på samtlige spørsmål i spørreskjemaet. Med noen unntak var frafallet på enkeltspørsmål svært begrenset, som regel under 1 prosent. Det var noen flere som hadde hatt problemer med å oppgi barnets alder ved ulike tidspunkt. De fleste husket hvor gammelt barnet var da en lege første gangen stilte diagnosen astma, bare 16 foresatte hadde ikke svart på dette spørsmålet. Spørsmålet om førstegangs innvilgelse av grunnstønad eller hjelpestønad var det 78 (vel 4 prosent av nettoutvalget) som ikke hadde besvart.

I tillegg til informasjonen i spørreskjemaet, ble informasjon fra ulike offentlige registre benyttet. Dermed kan informasjon om blant annet foreldrenes inntekt og utdanningsbakgrunn benyttes i analysene. Disse registrene er ikke alltid fullstendige, for eksempel var det 3 prosent som manglet opplysninger om mors eller fars utdanningslengde. Mange analyser baserer seg på opplysninger fra en rekke av registeropplysningene og deler av spørreskjemaet. På grunn av ufullstendige registre og frafall på enkeltspørsmål vil derfor tallet på observasjoner være lavere enn nettoutvalget (N=1800), og lavere jo flere opplysninger som inngår i den enkelte analyse.

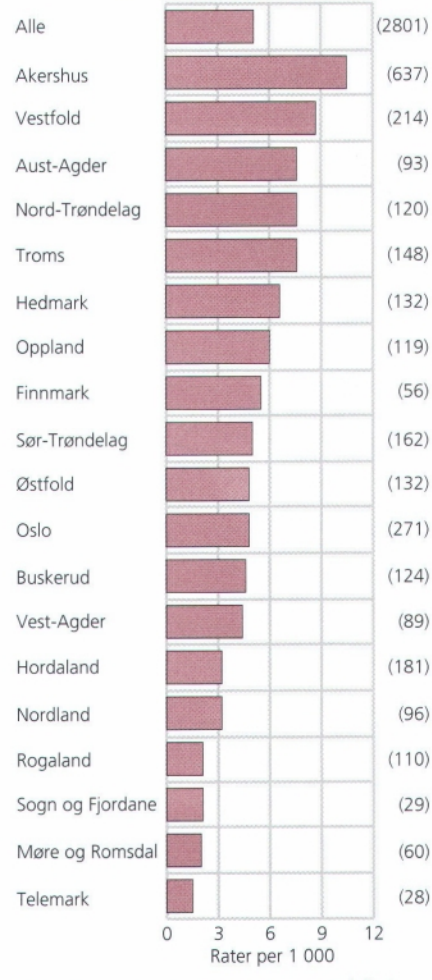
innvandrere faller utenfor ordningen med grunn og hjelpestønad.

Det er likevel ikke slik at det nødvendigvis er forskjeller i sykelighet som reflekteres i tabellen (Bjerkedal og Thune 1994). En alternativ mekanisme kan bestå i at for eksempel sosialhjelpsmottakere har mer kontakt med trygdevesenet, og dermed lettere blir klar over sine rettigheter, eller blir informert om hvilke rettigheter de har. En annen mekanisme kan bestå i at sosialhjelpsmottakere og enslige forsørgere rett og slett har mindre å rutte med, og dermed har en større interesse i å orientere seg om mulighetene som trygdesystemet gir.

Store geografiske forskjeller

Figur 1 viser stønadsmottakerne etter fylke. Svært mange aspekter ved helsetjenester og sosiale ordninger utviser betydelig geografisk variasjon. Omfanget av stønad for astma er ikke noe unntak. Bosatte i Akershus synes å benytte muligheten oftere enn andre. Andelen som hadde stønad var dobbelt så høy i

Figur 1. Barn som var mottakere av grunn- og hjelpestønad. Rater pr. 1000. Fylke. (antall mottakere)



Kilde: Rikstrygdeverkets trygdedata og Befolkningsstatistikk

Akershus som landsgjennomsnittet, og fem ganger høyere enn i fylkene med lavest andel. Det er ikke plausibelt at barn i Akershus er mer plaget av astma enn barn i andre fylker, men dette vet vi strengt tatt ikke. Kan opplysninger fra spørreskjemaundersøkelsen gi oss mer informasjon om bakgrunnen for denne variasjonen? Dette kommer vi tilbake til. La oss først se nærmere på hvordan familiene først ble klar over sine rettigheter.

Formelle og uformelle kanaler til stønad

Som nevnt, er helsetjenesten og det lokale trygdekontoret helt sentrale instanser for å formidle hvilke muligheter som familier med varig syke barn har. Ut fra hva spørreskjemaundersøkelsen viste, synes det lokale trygdekontor ikke å spille noen viktig rolle som formidler av informasjon om muligheter direkte til publikum. Kun 3 prosent oppgav at de hadde fått ideen til å søke gjennom ansatte på trygdekontor eller sosialkontor. Det er mulig at dette undervurderer rollen til de lokale trygdekontor, som via media kan informere om tilbudet. Likevel var det et ubetydelig antall (1 prosent) som oppgav media som radio, TV, aviser eller brosjyrer som kilde til informasjon. Trygdekontorenes rolle kan imidlertid også være mer indirekte, gjennom informasjonsarbeid overfor den lokale helsetjenesten. Tabell 2 viser at omtrent hver fjerde familie fikk opplysninger om muligheten til å søke om stønad via lege. Mange av barna ble diagnostisert gjennom akutt innleggelse på sykehus, og mange går også til jevnlige kontroller på sykehus. En av ti opplyste at det var sykepleier eller sosionom ved sykehus som opplyste dem om muligheten til å søke. Den mest avgjørende informasjonskilden er imidlertid uformelle nettverk. Nesten 30 prosent fortalte at det var informasjon gjennom slekt, venner eller familie som hadde fått dem til å søke om stønad. Også Norges Astma- og Allergiforbund og Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke spiller en rolle når det gjelder å gjøre informasjon om trygderettigheter kjent blant denne pasientgruppen, 6 prosent oppgav informasjon fra disse pasientorganisasjonene som årsak til at søknad om stønad ble sendt.

I spørreskjemaet ble alle stilt spørsmålet "*Vil du si at du/dere uten oppfordring fra lege eller andre selv tok initiativ til å søke om stønad?*" Omtrent halvparten svarte bekreftende på dette spørsmålet. Vi kan si at mottakerne av stønad består av to nesten like store grupper, som ble klar over sine rettigheter gjennom en uformell og en formell kanal. Over halvparten av dem som selv hadde tatt initiativet til å søke om stønad (den uformelle kanalen), svarte at det var familie, slekt eller venner som hadde fått dem på ideen (tabell 2). For denne gruppen spiller også pasientorganisasjonene en relativt viktig rolle. Den formelle veien går derimot via yrkesgrupper i helsesektoren, og spesielt lege. Blant de som ikke selv oppfattet at de hadde tatt initiativ til å søke om stønad, hadde nesten halvparten (47 prosent, tabell 2) fått informasjon via lege. Ytterligere 16 prosent i denne gruppen oppgav sosionom eller sykepleier ved sykehus som kilde (tabell 2)

Hjelp til utfylling

Fikk folk tilbud om hjelp til utfylling av sine søknader? Omtrent 60 prosent hadde ikke hadde fått tilbud om slik veiledning. Mens relativt få hadde angitt det lokale trygdekontor som kilde til informasjon om mulighetene til å søke om stønad, hadde samme instans tilbudt bistand til 16 prosent av familiene. Til sammen 12 prosent hadde fått tilbud om hjelp av lege til utfylling, og 2 prosent av Norges Astma- og Allergiforbund.

En av sju fikk først avslag

Til sammen 12 prosent hadde fått stønad etter først å ha fått avslått sin søknad én gang. Ytterligere 2 prosent hadde fått stønad etter å ha søkt flere ganger. Disse andelene var noe høyere for dem som hadde fulgt den uformelle kanalen til

Tabell 2. Grunn- og hjelpestønad. Hvordan familier med astmatiske barn fikk vite om mulighetene til å søke. Prosent. (N)

	Alle (1 788)	Familier som selv tok initiativ til å søke om stønad (891)	Familier som *ikke* selv tok initiativ til å søke om stønad (877)
Svar på spørsmålet *Hvordan fikk du/dere opplysninger om mulighetene til å søke stønad?*			
Gjennom lege	26	5	47
Gjennom sosionom/ansatt ved sykehus	10	4	16
Gjennom sosionom eller andre ansatte i kommunen, bydelen eller fylkestrygdekontoret	3	3	3
Gjennom astma- og allergiforbundet/ landsforeningen for hjerte og lungesyke	6	9	2
Gjennom venner, familie eller andre kjente	29	53	6
Annen måte	5	8	1
Kombinasjoner av svaralternativer	22	19	24

Kilde: Undersøkelse om astmatikeres erfaringer med helsetjenesten, SSB

stønad, og noe lavere for dem som var blitt oppfordret av helsepersonell til å søke. Det er begrenset hva som kan leses ut av denne informasjonen, siden vi ikke vet noe om hvor mange som søker uten å få stønad. Andelen avslag kan være et symptom på at regelverket som gjelder for grunn- og hjelpestønad ikke er entydige å fortolke (jf. ramme 2).

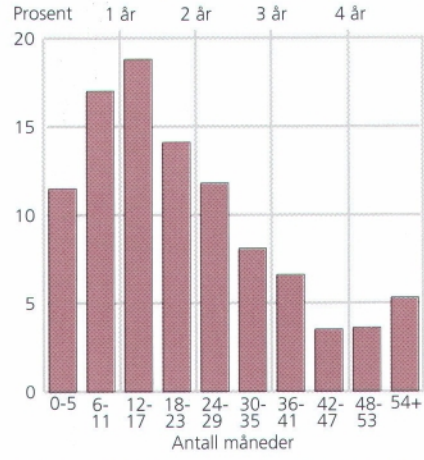
Halvparten ikke klar over egne rettigheter

Spørsmålet som tabell 3 viser resultatet av, beskriver familienes erfaringer med hvor lang tid det tok å sende søknad om stønad. Som nevnt, hadde ikke et stort flertall fått tilbud om hjelp av noen til å fylle ut skjemaet. Selve søknadsskjemaet syntes ikke å representere noen terskel for de som allerede hadde fått stønad; kun 1 prosent mente søknaden burde vært sendt før fordi den var vanskelig å fylle ut. På spørsmål om søknaden om stønad burde vært sendt før, svarte et flertall bekreftende på dette spørsmålet. Mange (57 prosent) mente det hadde tatt for lang tid å få stønad fordi de ikke var klar over egne rettigheter. Bare 2 prosent oppgav manglende dokumentasjon fra lege som årsak til at de mente det hadde tatt for lang tid. Dette resultatet må tolkes med en viss varsomhet, av den grunn at betydningen av manglende dokumentasjon fra lege er et forhold som saksbehandleren ved trygdekontoret best kan svare på. Det er ikke uvanlig at saksbehandlere ved trygdekontorene innhenter ytterligere opplysninger fra familiene selv, deres lege eller andre instanser (for eksempel barnehage). Det var 28 prosent som mente at det ikke hadde tatt for lang tid før søknad ble sendt. Denne andelen var noe lavere blant dem som gjennom formelle kanaler fikk opplysninger om mulighetene til å søke stønad, 20 prosent, og noe høyere for dem som hadde brukt den uformelle kanalen (36 prosent).

Sykdomsforløp og stønad

I spørreskjemaet ble foreldrene bedt om å oppgi hvor gammelt barnet var første gang en lege sa at barnet hadde astma. De ble også bedt om å oppgi hvor gammelt det var da familien første gang fikk innvilget grunn- og/eller hjelpestønad. Basert på opplysningene om disse tidspunktene, er det mulig å tidfeste når i sykdomsforløpet barnet fikk stønad. Figur 2 viser at det er betydelig variasjon. I gjennomsnitt tok det 22 måneder fra en lege første gang sa at barnet hadde astma, til stønad ble innvilget. Noen brukte relativt kort tid, nesten 12 prosent hadde fått stønad i løpet av det første halve året etter at en lege hadde gitt diagnosen astma. Til sammen 7 prosent hadde hatt barn med legediagnostisert astma i mer enn fire år før de fikk innvilget stønad.

Figur 2. Grunn- og hjelpestønad. Tidsintervall mellom første gang en lege sa at barnet hadde astma, og tidspunkt for første gangs tilståelse av stønad. Prosent. (N=1707)



Kilde: Undersøkelse om astmatikeres erfaring med helsetjenesten

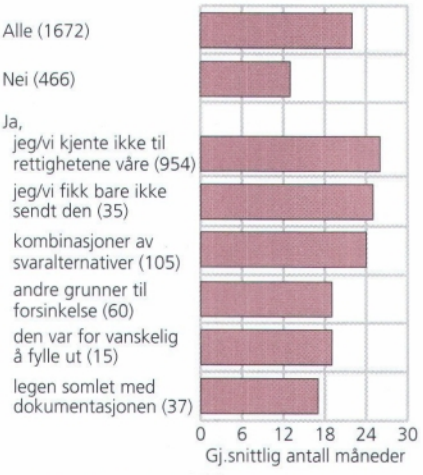
Tidspunkt i sykdomsforløpet (figur 2) og erfaringer med søknadsprosessen (tabell 3) gir et grunnlag for å definere grupper med positive og negative erfaringer. Figur 3 viser at det er en viss sammenheng mellom subjektive erfaringer og den mer "objektive" tallfestingen av når barnet fikk stønad. De som ikke hadde opplevd at det hadde tatt for lang tid å sende søknad, hadde hatt barn med legediagnostisert astma i 13 måneder i gjennomsnitt før de fikk stønad. De som opplyste at det hadde tatt for lang tid, og at de ikke

Tabell 3. Grunn- og hjelpestønad. Burde søknad vært sendt før? Erfaringer til familier med astmatiske barn. Prosent. (N)

	Alle (1749)	Familier som selv tok initiativ til å søke om stønad (877)	Familier som *ikke* selv tok initiativ til å søke om stønad (872)
Svar på spørsmålet *Synes du/dere søknaden om grunn- og hjelpestønad burde vært sendt før?*			
1. Nei	28	20	36
2. Ja, jeg/vi fikk bare ikke sendt den	2	2	2
3. Ja, den var for vanskelig å fylle ut	1	1	1
4. Ja, legen somlet med dokumentasjonen	2	2	2
5. Ja, jeg/vi kjente ikke til rettighetene våre	57	63	49
6. Ja, andre grunner til forsinkelse	4	4	4
Kombinasjoner av svaralternativer 2-6	7	7	6

Kilde: Undersøkelse om astmatikeres erfaringer med helsetjenesten, SSB

Figur 3. Grunn- og hjelpestønad. Tidsintervall mellom første gang en lege sa at barnet hadde astma, og tidspunkt for første gangs tilståelse av stønad. Antall måneder i gjennomsnitt. (N)



Kilde: Undersøkelse om astmatikeres erfaring med helsetjenesten

hadde kjent til sine egen rettigheter, hadde hatt syke barn i 26 måneder i gjennomsnitt.

Hva er så bakgrunnen for at noen måtte vente lenger enn andre på å få stønad?

Sykdommens alvor og økonomisk kompensasjon

Det er mulig at helsepersonell med knappe ressurser velger å bruke mest tid på å informere dem som er hardest rammet, og som dermed vil ha størst behov, og best utsikter til å få stønad. Som kriterium for tildeling, er det utelukkende sykdommens karakter og alvorlighetsgrad som er relevante ut fra normative eller profesjonsetiske vurderinger. Av dette følger en forventning om at de som var mest alvorlig rammet av astma, også fikk stønad på et tidligere tidspunkt i sykdomsforløpet, eller hadde færre negative erfaringer fra stønadsprosessen. Datagrunnlaget gir flere muligheter til å differensiere mellom barn som har

Tabell 4. Grunn- og hjelpestønad. Svar på spørsmål om søknad om stønad burde vært sendt før. Etter bruk av ulike helsetilbud, sykdommens alvorlighetsgrad, sosiale nettverk og foreldres utdanningsbakgrunn. Prosent. (N)

	I alt	Ja, jeg/vi kjente ikke til rettighetene våre	Ja, andre grunner til forsinkelse[1]	Nei	(N)
Alle	**100**	**57**	**15**	**28**	**(1 762)**
Opplysninger om muligheter til å søke stønad fra personale i helsesektoren					
Fikk opplysninger om muligheten til å søke stønad gjennom lege	100	44	13	43	(454)
Øvrige	100	61	16	23	(1 308)
Fikk opplysninger om muligheten til å søke stønad gjennom sykepl./sosionom på sykehus	100	45	13	42	(175)
Øvrige	100	58	16	26	(1 587)
Type av helsetilbud som ble benyttet					
Fikk astmadiagnose av allmennlege	100	61	14	26	(214)
Fikk astmadiagnose av spesialist[2]	100	56	16	28	(1 343)
Benyttet allmennlege som fast legekontakt	100	60	12	28	(278)
Benyttet spesialist[2] som fast legekontakt	100	56	16	28	(1 467)
Sykdommens alvorlighetsgrad					
Høy stønadssats[3] (over 26 000 pr. år)	100	47	32	21	(224)
Øvrige	100	57	15	27	(1 540)
Meget god egenvurdert helse[4]	100	46	11	42	(189)
Øvrige	100	58	16	26	(1 554)
Hyppige astmaanfall[5] (> 12 anfall i året)	100	60	18	22	(435)
Mindre enn 12 anfall	100	55	16	29	(1 317)
Bruker medisin daglig	100	57	16	27	(1 334)
Bruker ikke medisin daglig	100	53	15	32	(411)
Sosiale nettverk					
Har venner eller familie som også har astma	100	57	15	28	(1 216)
Øvrige	100	56	16	28	(536)
Er medlem av Norges Astma- og Allergiforbund	100	57	15	28	(885)
Ikke medlem	100	56	16	28	(871)
Foreldres utdanningsbakgrunn					
Far høy utdanning[6]	100	43	15	42	(215)
Far middels/lav utdanning	100	58	16	26	(1 477)
Far utdanning innen helse	100	40	23	37	(43)
Far utdanning innen andre sektorer	100	57	15	28	(1 684)
Mor høy utdanning[6]	100	45	18	37	(272)
Mor middels/lav utdanning	100	59	15	26	(1 476)
Mor utdanning innen helse	100	52	17	31	(235)
Mor utdanning innen andre sektorer	100	57	15	28	(1 529)

[1]Omfatter svarkategoriene "Ja, jeg/vi fikk bare ikke sendt den", "Ja, den var for vanskelig å fylle ut", "Ja, legen somlet med dokumentasjonen", og "Ja, andre grunner til forsinkelse". [2]Spesialist omfatter kategoriene spesialist/barnelege på sykehus/utenfor sykehus. [3]Høy stønadssats inkluderer de familier som fikk mer enn 26 000 i årlig støtte (grunn- og eller hjelpestønad). [4]Foreldre som svarte "meget god" på spørsmålet "Hvordan vurderer du/dere hans/hennes helle sånn i sin alminnelighet". [5]Astmaanfall ble definert som "perioder med anfall av tung pust eller piping/surkling/tetthet i brystet". [6]Høy utdanning: Omfatter personer med høyeste fullførte utdanning tilsvarende universitets- eller høgskoleutdanning på nivå II eller høyere.
Kilde: Undersøkelse om astmatikeres erfaringer med helsetjenesten, SSB

Tabell 5. Grunn- og hjelpestønad. Tidspunkt i sykdomsforløpet da barnet fikk stønad. Etter hvordan familiene fikk opplysninger om mulighetene til å søke. Prosent. (N)

	Antall måneder det tok fra en lege stilte diagnosen astma til barnet fikk stønad			
	I alt	0-6 md.	7-36 md.	37 md. eller lengre
Alle (1 692)	100	16	68	16
Svar på spørsmålet *"Hvordan fikk du/dere opplysninger om mulighetene til å søke om stønad?"*				
Gjennom sykepleier eller sosionom ved sykehus (165)	100	26	67	7
Gjennom lege (438)	100	20	71	9
Gjennom venner, familie eller andre kjente (504)	100	11	69	20
Gjennom Norges Astma- og Allergiforbund/LHL (95)	100	7	65	27
Andre måter[1] (490)	100	15	67	18
Gjennomsnittlig årlig beløp, grunn- og hjelpestønad (Indikator for alvorlighetsgrad)				
5 760 - 10 308 (901)	100	17	67	16
10 309 - 16 068 (328)	100	15	71	14
16 069 - 26 363 (256)	100	14	72	14
26 364 og over (211)	100	15	68	17

[1]Omfatter kategoriene radio, tv, aviser, brosjyrer, ansatte i kommunen, bydelen eller fylkestrygdekontoret, helsesøster, annen måte, ulike kombinasjoner av svaralternativer.
Kilde: Undersøkelse om astmatikeres erfaringer med helsetjenesten, SSB

astma med ulik alvorlighetsgrad. Flere spørsmål i spørreskjemaet handlet om barnets helsetilstand. Foreldrene ble blant annet bedt om å vurdere barnets generelle helsetilstand, og gi opplysninger om astmaanfall og søvnproblemer den siste tiden. Symptomer på astma kan delvis dempes med bruk av medisiner. Flertallet (76 prosent) av foreldrene svarte at barna brukte medisiner daglig på det tidspunktet undersøkelsen ble gjennomført. Alle disse opplysningene er å betrakte som indikatorer på variasjoner i alvorlighetsgrad. Lite tyder imidlertid på at foreldre til mer alvorlig syke barn hadde en annen subjektiv vurdering av stønadsprosessen (tabell 4), eller fikk stønad tidligere i sykdomsforløpet enn andre (tabell 5). I den grad resultatene peker i noen bestemt retning, synes det å være slik at de mindre alvorlig rammede hadde noen flere positive erfaringer. For eksempel var det en større andel av familiene som vurderte barnets helsetilstand som meget god som svarte nei på spørsmål om søknad om stønad burde vært sendt før (42 prosent mot 26 prosent blant øvrige, tabell 4).

Mulige feilkilder ved disse indikatorene er at de tar utgangspunkt i situasjonen på undersøkelsestidspunktet. Det er ikke sikkert at det sykdomsbildet som gjaldt på dette tidspunktet var beskrivende for barnets tilstand da det ble søkt om stønad. For mange vil sykdomsbildet endre seg over tid. En mulighet som datagrunnlaget gir, er å lage en indikator for sykelighet basert på den beslutning som ble tatt av saksbehandler ved det lokale trygdekontor. Som nevnt, baserer denne beslutningen seg i hovedsak på opplysninger fra behandlende lege. Avhengig av hvor hardt barnet er rammet, differensieres det mellom ulike satser for stønad (ramme 2). I Rikstrygdeverkets register finnes opplysninger om det kronebeløp det enkelte barn får. Dette vil være en indikator på sykelighet, men da som resultat av en søknadsprosess med informasjon fra helsepersonell som viktigste beslutningsgrunnlag. I tabell 4 er familier som har fått den høyeste satsen, det vil si et beløp over 26 000 pr. år, skilt ut som egen gruppe (224 familier). I tabell 5 er familiene delt inn i fire kategorier etter størrelsen på beløpet de mottok.

Lite tyder på at disse familiene hadde mottatt stønad tidligere eller seinere i sykdomsforløpet enn andre. Til en viss grad hadde mottakere av høy sats en mer positiv vurdering av hvor lang tid det tok å få stønad.

Spesialisthelsetjenesten er ikke bedre...

Den tidligere nevnte studien av pasienter ved ett enkelt sykehus konkluderte med at mange ikke hadde fått informasjon om trygderettigheter (Lingaas og Vatten 1995). Forfatterne hevder at allmennlegene som behandlet astmatikere hadde mangelfull kunnskap, og i mindre grad følte seg ansvarlig for oppfølging av denne pasientgruppen, og at dette var en hovedårsak til at ikke flere hadde fått opplysninger om de muligheter trygden gir. I utgangspunktet kunne man forvente en større kunnskap om kronikeres rettigheter hos spesialiserte behandlingstilbud som nesten utelukkende har kronikere som pasientgruppe. I det foreliggende materialet er det lite som tyder på at dette er tilfelle. I tabell 4 er det sett nærmere på erfaringene til de som brukte allmennlege som fast lege på undersøkelsestidspunktet (278 familier), og de som oppgav at det var en allmennlege som første gang hadde gitt diagnosen astma (214 familier). For disse to gruppene var det relativt små avvik når det gjaldt subjektive erfaringer, selv om noen flere enn gjennomsnittet mente at

søknad om stønad burde vært sendt før (60 og 61 prosent).

...men hjelp fra helsepersonell likevel viktig

Tabell 4 viser at familier som hadde fått opplysninger om trygderettigheter gjennom lege, hadde klart mer positive erfaringer enn andre. I denne gruppen var det 44 prosent som mente det hadde tatt for lang tid å få stønad fordi de ikke kjente til egne rettigheter, mens 43 prosent svarte nei på spørsmålet om det hadde tatt for lang tid (tabell 4). Tilsvarende tall for øvrige familier var 61 og 23 prosent. De som fikk informasjon fra lege, fikk også stønad på et noe tidligere tidspunkt i sykdomsforløpet. Andelen som fikk stønad i løpet av et halvt år, var 22 prosent, mens 16 prosent av de øvrige fikk stønad så tidlig (tabell 5).

Også informasjon gjennom sykepleier eller sosionom ved sykehus hadde en positiv innvirkning på familienes erfaringer fra stønadsprosessen. Mønsteret er det samme som for de som fikk informasjon gjennom lege (tabell 4 og 5). For eksempel hadde 27 prosent av de som fikk informasjon gjennom sykepleier eller sosionom, fått stønad tidlig i sykdomsforløpet. Enkelte sykehus vil ha egne rutiner for å informere om sosiale rettigheter, en funksjon som ifølge resultatene kan ha fanget opp en del familier.

Uformelle nettverk og medlemskap i pasientorganisasjoner kan ha betydning for mulighetene til å oppnå goder. Likevel er det ikke slik i denne undersøkelsen at familier som har kjente som også har astma, eller er medlem av pasientorganisasjoner, har erfaringer fra stønadsprosessen som avviker betydelig fra det øvrige familier forteller. Medlemskap i pasientorganisasjoner og kontakt med andre familier i samme situasjon vil ofte oppstå etter at familiene har levd med sykdommen en periode.

Høy utdanning en fordel

Et annet spørsmål er om foreldrenes yrkes- og utdanningsbakgrunn har betydning for subjektive erfaringer, eller for hvor fort i sykdomsforløpet stønad ble gitt. Det finnes en rekke studier fra ulike land som har forsøkt å finne ut hvordan pasientenes sosiale bakgrunn påvirker den behandlingen de får av helsevesenet. Noen entydig konklusjon kan ikke trekkes fra disse studiene, selv om den mest vanlige konklusjonen er at pasienter med høy utdanning får et bedre helsetilbud (Roter og Hall 1992, Wiggers og Sanson-Fisher1997). Vårt materiale peker i en bestemt retning, nemlig at familier med høyt utdanningsnivå eller utdanning innen helse, har klart mer positive subjektive erfaringer med søknadsprosessen (tabell 4). En nærmere statistisk analyse viser at det er familier der far har høy utdanning, som hadde de mest positive erfaringene. Litt overraskende er det likevel at utdanning hadde størst betydning for subjektive erfaringer, ut fra en antakelse om at høyt utdannede hadde større krav og forventninger til det offentlige. Mekanismene som forklarer disse sammenhengene kan være mange. Om man selv har jobb innenfor helsesektoren, eller har venner eller kjente som har det, vil for eksempel kunne påvirke tilgangen til kunnskap om rettigheter.

Hva er det med Akershus?

Er helse- og trygdeinstitusjonene for kroniske astmatikere å betrakte som et *nasjonalt* tilbud? Nasjonalt i den forstand at alle med astma av en slik alvorlighetsgrad at det kvalifiserer for stønad, får samme tilbud om medisinsk behandling og trygdeytelser, uansett hvor de måtte bo i landet? Det er klart at tilgangen på for eksempel spesialisthelsetjenester ikke kan være den samme i Berlevåg som i Bærum. Ut fra analysen over var imidlertid ikke bruken av spesialisthelsetjenester noen avgjørende faktor for tilståelse av stønad. Et blikk på figur 1 tilsier likevel at geografiske forskjeller kan være et interessant utgangspunkt dersom vi ønsker å forstå helsetjenesten og trygdeetatens virkemåte, og individuelle variasjoner i oppnåelse av goder. Kan det være trekk ved det lokale helsetilbudet som ligger bak at så mange har fått stønad i Akershus? Hvordan kan det ha seg at Akershus har 11 prosent av barnebefolkningen i de aktuelle aldersgruppene, men 23 prosent av samtlige som fikk stønad på grunn av astma (jf. figur 1)? Tabell 6 viser at bosatte i Akershus også hadde en mer positiv vurdering av stønadsprosessen, og det var også en lavere andel som hadde fått stønad på et seint tidspunkt i sykdomsforløpet. Også for andre aspekter ved søknadsprosessen utmerker Akershus seg. Flere hadde fått opplysninger om mulighetene til å søke stønad gjennom formelle kanaler som lege eller annet personell tilknyttet sykehus. Det var også mer vanlig at familier fra Akershus hadde fått hjelp fra helsepersonell til å fylle ut søknad om stønad. Også andre aspekter ved behandlingstilbudet til astmatikere synes å være bedre i Akershus, dersom vi baserer oss på de opplysninger mottakere av grunn- og hjelpestønad har gitt gjennom spørreskjema.

Tabellen etterlater et inntrykk av at helsetjenesten og trygdeetaten i Akershus er mer aktiv overfor familier med astma sammenlignet med

Tabell 6. Grunn- og hjelpestønad. Erfaringer med søknadsprosessen. Bosatte i Akershus og øvrige fylker. Prosent. (N[1])

	Bosatte i øvrige fylker (1 363)	Bosatte i Akershus (437)
Andel som selv tok initiativ til å søke om stønad	54	38
Andel som fikk opplysninger om muligheten til å søke om stønad gjennom lege	22	38
Andel som fikk opplysninger om muligheten til å søke om stønad gjennom sosionom/sykepleier ved sykehus	9	14
Andel som fikk tilbud om hjelp til å fylle ut søknad om stønad av lege	11	16
Andel som fikk tilbud om hjelp til å fylle ut søknad om stønad av ansatte ved trygdekontor/sosialkontor	9	18
Andel som mente at søknad burde vært sendt før, kjente ikke til egne rettigheter	60	45
Andel som fikk stønad seint i sykdomsforløpet	17	11

[1]Mellom 0,5 og 1,5 prosent hadde ikke besvart ett eller flere av spørsmålene, slik at tallet på N vil ligge noe lavere for det enkelte spørsmål. Unntaket er spørsmålet om tidspunkt i sykdomsforløpet barnet fikk stønad, 5,5 prosent av de spurte hadde ikke besvart dette spørsmålet
Kilde: Undersøkelse om astmatikeres erfaringer med helsetjenesten, SSB

andre fylker. Hvis vi ser nærmere på hva slags type helsetilbud familiene i Akershus benytter, viser det seg at profilen i Akerhus er svært spesiell. Hele 70 prosent av familiene hadde nemlig privatpraktiserende spesialist utenfor sykehus som sin faste legekontakt, mot 18 prosent i øvrige fylker. Som tidligere bemerket, det å benytte spesialist er ikke ensbetydende med flere positive erfaringer. En mulig forklaring kan likevel være at spesialistene i Akershus har større erfaring enn andre spesialister når det gjelder diagnosen astma.

Bør flere astmatikere få stønad?

Basert på at så vidt mange...
- uten hjelp fra andre var blitt oppmerksom på egne rettigheter,

- ofte vurderte det slik at det hadde tatt for lang tid å få stønad,

- hadde hatt barn med legediagnostisert astma i flere år før stønad ble gitt,

er det nærliggende å anta at det for denne diagnosegruppen eksisterer et underforbruk av trygdeytelser. Denne antakelsen er også i samsvar med hva andre tidligere har påpekt (Lingaas og Vatten 1995, Helsedirektoratet 1991:120). Det er likevel viktig å være klar over at kunnskapsgrunnlaget når det gjelder astmatikere som ikke får stønad, er meget begrenset, og at det er erfaringene til de som allerede har vært gjennom stønadsprosessen som antakelsene bygger på.

For å bedre kunnskapen om stønadsordninger, hvilken strategi burde man velge? Informasjon fra media, trykksaker og liknende har betydd lite for hvordan de forespurte familiene ble klar over egne rettigheter. Det kan innebære at denne type kanaler ikke er effektive nok. Derimot hadde familier som fikk informasjon gjennom helsepersonell, en mer positiv vurdering av stønadsprosessen. Trolig vil helsepersonell kunne spille en enda mer sentral rolle for å bevisstgjøre pasientene om sine rettigheter overfor trygden. Dette gjelder alle yrkesgrupper som har kontakt med kronikere, det vil si kommunehelsetjenesten, spesialister i privat praksis og tilsatte i sykehus. Sykehus er institusjoner av en viss størrelse, og med et personalmessig spekter som burde gjøre det mulig å etablere rutiner spesielt rettet mot å informere om sosiale rettigheter.

Litteratur

Bjerkedal, Tor og Ola Thune (1994): Grunn- og hjelpestønad til barn - omfang og medisinske årsaker, Tidsskrift for den Norske Lægeforening 17; 114: 1941-5.

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

Finnvold, Jon Erik, Rannveig Nordhagen og Arnfinn Schjalm (1987): Astma blant barn skjevt sosialt fordelt, *Samfunnsspeilet 2*, 1997, Statistisk sentralbyrå.

Helsedirektoratet (1991): Handlingsplan for barn og unge med allergi/overfølsomhet, astma og andre kroniske lungesykdommer. Helsedirektoratets utredningsserie 2-91.

Lingaas Holmen, Turid og Lars Vatten (1995): Hvordan informerer helsetjenesten barn med astma og deres foreldre? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening 12*, 1995.

Prottas, Jeffrey Manditch 1979): People-Prosessing. The street-level bureucrat in public service bureucracies, Lexington books.

Rikstrygdeverket (1997: Rundskriv 4/97, kapittel 6. grunnstønad og hjelpestønad, Utarbeidet av Uførhetskontoret 01.05.97.

Roter, Debra og Judith Hall (1992): Doctors talking with patients, patients talking with doctors. Auburn house, Westport, 1992.

Wiggers, John H. og Rob Sanson-Fisher (1997): Duration of general practice consultations: Association with patient occupational and educational status. Social science and medicine vol 44, No. 7, 925-934.

Jon Erik Finnvold
(Jon.Erik.Finnvold@ssb.no) er førstekonsulent i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk.

Helseutgifter:

Staten betaler stadig mer

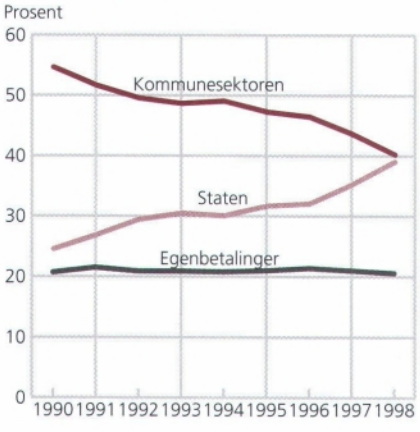
Elisabeth Nørgaard

I 1998 er de totale utgiftene til helsetjenester beregnet til 73,5 milliarder kroner, en økning fra nesten 40 milliarder kroner i 1990. Staten (inkludert folketrygden) finansierte en større andel av de samlede helsetjenesteutgiftene i 1998 enn i 1990. Dette gjelder både spesialist- og primærhelsetjenesten. I 1990 ble omtrent 25 prosent av helseutgiftene finansiert av staten, i 1998 hadde andelen økt til 39 prosent. Samtidig som staten har økt sin andel, har kommunesektoren redusert sin andel fra 55 prosent i 1990 til 40 prosent i 1998. Husholdningenes utgifter har vært rundt 20 prosent gjennom hele perioden.

Finansiering av helsetjenestene

Finansieringsordningen er et viktig styrings- og prioriteringsredskap. Finansiering av helsetjenester og sosiale tjenester har lenge vært et sentralt tema i debatten omkring velferdsstatens ytelser. Hovedtyngden av helsetjenester produseres og tilbys i kommunesektoren. I St.meld. nr. 23 1992-93 "Om forholdet mellom staten og kommunane", sies det at utgangspunktet for statens styring av kommuner og fylkeskommuner må være at lokale folkevalgte organ er en viktig del av vårt folkestyre. Den statlige styringen må derfor finne sin plass i skjæringspunktet mellom verdier knyttet til det lokale selvstyret og nasjonale hensyn. Rammetilskuddsordningen ble innført i 1986, og grunntanken i inntektssystemet er det finansielle og økonomiske ansvarsprinsipp. Det innebærer at den som fatter en beslutning om å gjennomføre et tiltak også skal være ansvarlig for å finansiere det. Hensikten er å unngå at kostnader veltes over på andre forvaltningsnivåer (St.meld. nr. 23 1992-93). I tillegg bygde en på prinsippet om kommunalt selvstyre som innebærer at kommunene selv avgjør hvordan de vil løse sine oppgaver.

Figur 1. Prosentvis fordeling av utgifter til helesetjenester, 1990-98 Andel av utgiftene



Kilde: Nasjonalregnskap 1990-1998, Statsregnskap 1990-1998, Fylkeskommune- og kommuneregnskap 1990-1998

Staten påvirker kommunesektorens prioriteringer både gjennom det generelle rammetilskuddet og gjennom øremerkede tilskudd. Øremerkede tilskudd er tilskudd som er rettet spesielt inn mot visse områder. Bakgrunnen for å overføre penger på denne måten er at staten ønsker å påvirke aktiviteten innenfor spesielle områder. Det skilles mellom to typer tilskudd (St.meld. nr. 24, 1996-97). Den ene typen er tilskudd som blir fordelt etter objektive kriterier, men som er øremerket en bestemt sektor eller oppgave. De statlige tilskudd til økt pasientbehandling i somatiske sykehus fra 1995 til første halvår 1997 er et eksempel på denne typen tilskudd. Den andre typen er tilskudd som knyttes til aktivitet innen et område, og kommunesektoren mottar penger fra staten i forhold til

Ramme 1

Fokus er satt på helsetjenestene og kontantytelser som sykepenger er derfor ikke inkludert. Inndelingen og klassifiseringen av utgiftene til helseformål følger internasjonale standarder. I prinsippet skal dette være avstemt med nasjonalregnskapets klassifikasjoner, men denne harmoniseringen er for Norges del ikke gjennomført fullt ut, og fører til noe avvik i forhold til nasjonalregnskapets utgiftstall til helseformål. Nasjonalregnskapets tall for husholdningenes konsum av briller, ortopedisk utstyr, legemidler og helsetjenester er inkludert som utgifter betalt av husholdningen (egenbetalinger). Statens utgifter inkluderer utgifter fra folketrygden der det er relevant. Dersom ikke annet er spesifisert, er alle tall i løpende priser.

Tabell 1. Totale utgifter til helsetjenester. 1990-1998. Milliarder kroner

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Totalt	**39,5**	**43,2**	**46,0**	**47,6**	**49,8**	**53,1**	**58,2**	**65,0**	**73,5**
Staten	9,7	11,6	13,6	14,5	15,0	16,8	18,7	23,0	28,7
Kommunesektoren	21,6	22,3	22,8	23,2	24,4	25,1	27,1	28,4	29,6
Egenbetalinger	8,2	9,3	9,6	9,9	10,4	11,2	12,5	13,6	15,2

Kilde: Statsregnskap 1990-1998, Fylkeskommune- og kommuneregnskap 1990-1998, Nasjonalregnskap 1990-1998.

hva den selv yter. Kommunesektoren kan påvirke tilskuddets størrelse, mens staten øker kontrollen med hva pengene går til. Kommunesektoren må selv bidra til å finansiere tjenesten. Folketrygdens refusjoner til sykehus for poliklinisk virksomhet er et eksempel på denne typen tilskudd.

Grovt sett kan man si at det er tre aktører som finansierer helseutgiftene, den ene er staten (inkludert folketrygden), den andre er kommunene- og fylkeskommunene (heretter omtalt som kommunesektoren) og den tredje er husholdningene som betaler for tjenestene gjennom egenbetalinger. Som kommunale utgifter regnes her det kommunesektoren har finansiert gjennom sine frie inntekter (rammetilskudd, skatter og avgifter). Øremerkede tilskudd fra staten til kommunene blir regnet som utgifter til helseformål finansiert av staten.

Statens utgifter øker mest

I 1998 er de totale utgiftene til helsetjenester beregnet til 73,5 milliarder kroner, en økning på 34 milliarder kroner siden 1990. Dette tilsvarer en gjennomsnittlig årlig vekst på rundt 8 prosent. Korrigert for prisstigning[1] er den reelle veksten i de totale utgiftene 4,4 prosent i gjennomsnitt pr. år. Det er de statlige utgiftene som har hatt sterkest realvekst, med en gjennomsnittlig endring på nesten 11 prosent pr. år. Lavest vekst, regnet i faste priser, var det i kommunesektoren med i underkant av 1 prosent pr. år, mens tilsvarende vekst i husholdningenes betalinger var 3,8 prosent i snitt pr. år.

I 1990 finansierte staten nesten 25 prosent av utgiftene, kommunesektoren sto for 55 prosent og husholdningenes egenbetalinger i overkant av 20 prosent. Forholdet mellom staten og kommunene har endret seg relativt mye fra 1990 til 1998. I 1998 hadde staten økt sin finansieringsandel til 39 prosent, mens kommunesektorens andel var redusert til 40 prosent. Husholdningene finansierte fortsatt i overkant av 20 prosent av de totale helseutgiftene.

Tabell 2. Statlige overføringer til kommunesektoren. 1991-1998. Milliarder kroner

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Totalt	**41,5**	**45,9**	**47,0**	**46,3**	**48,2**	**51,4**	**58,2**	**71,8**
Rammetilskudd	26,9	30,3	29,5	27,9	28,5	29,9	36,1	44,0
Øremerkede tilskudd	14,6	15,6	17,5	18,4	19,7	21,6	22,1	27,8
Av dette								
Andel som går til helsevern, sosiale tjenester, pleie og omsorg	36,4	29,7	29,5	28,8	35,0	40,3	38,8	43,0

Kilde: Fylkeskommune- og kommuneregnskap 1990-1998.

Flere øremerkede tilskudd

Endringene i finansieringsandelen mellom staten og kommunesektoren gjenspeiler seg i endringer i forholdet mellom rammetilskudd og øremerkede midler. Da rammetilskuddsordningen ble innført, var det en klar målsetting at omfanget av øremerkede tilskudd på lengre sikt burde reduseres. Dette har derimot ikke skjedd. Rammeoverføringene utgjorde om lag 65 prosent av de statlige overføringene i 1991, i 1998 var dette redusert til 61 prosent. De øremerkede tilskuddene har dermed fått større betydning i løpet av 1990-årene. I tillegg er det området "helsevern, sosiale tjenester, pleie og omsorg" som har fått en stadig større andel av de øremerkede tilskuddene.

I 1991 gikk 5,3 milliarder kroner av de øremerkede tilskuddene til helsevern m.m., og utgjorde 36 prosent av de totale øremerkede tilskuddene. Denne andelen endret seg relativt mye i løpet av 1990-årene. Helsevern m.m. fikk tidlig på 1990-tallet redusert sin andel til 30 prosent, men har så fått økt andelen, og mottok i 1998 43 prosent av de totale øremerkede tilskuddene. De øremerkede tilskuddene til helseformål utgjorde nærmere 12 milliarder kroner i 1998. Den sterke økningen kan forklares blant annet med innføringen av innsatsstyrt finansiering av sykehusene og opptrappingen av øremerkede midler til psykisk helsevern.

Hva betaler de for?

I artikkelen blir utgiftene gruppert i følgende hovedgrupper: I somatiske tjenester, II psykisk helsevern og III annet. Denne inndelingen er valgt dels for å synliggjøre de offentlige utgifter til psykisk helsevern, noe som har vært et satsningsområde de senere år, og dels

Tabell 3. Offentlige utgifter til somatiske tjenester, psykisk helsevern og andre helsetjenester. 1990-1998. Milliarder kroner

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Totale offentlige utgifter	**31,3**	**33,9**	**36,4**	**37,6**	**39,4**	**41,9**	**45,8**	**51,4**	**58,3**
Somatikk	24,8	27,1	29,0	30,2	31,9	33,9	37,6	41,6	47,4
Staten	8,9	10,7	12,5	13,4	13,9	15,5	17,0	20,7	26,1
Kommunesektoren	15,8	16,4	16,4	16,8	18,0	18,4	20,6	20,9	21,3
Psykisk helsevern	4,2	4,2	4,6	4,6	4,6	4,9	5,0	6,3	7,1
Staten	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,7	1,0	1,3
Kommunesektoren	4,1	4,1	4,5	4,5	4,5	4,6	4,3	5,3	5,8
Andre helsetjenester	2,3	2,6	2,8	2,8	2,9	3,0	3,1	3,5	3,9
Staten	0,7	0,8	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	1,2	1,4
Kommunesektoren	1,6	1,8	1,9	1,9	1,9	2,0	2,2	2,3	2,5

Kilde: Statsregnskap 1990-1998, Fylkeskommune og kommuneregnskap 1990-1998.

for å kunne spesifisere utgifter til somatiske tjenester.

Somatiske helsetjenester

Offentlige utgifter til somatiske helsetjenester (sykehus, primærhelsetjenester, refusjon av medisiner m.m., se ramme 2 for en mer detaljert beskrivelse av hva utgiftene omfatter) var 47,4 milliarder kroner i 1998, en økning på nesten 23 milliarder kroner fra 1990. Utgiftene viser en gjennomsnittlig årlig vekst på 8 prosent i perioden 1990-1998, med en vekst på 11,5 prosent i året fra 1995. Statens utgifter til somatiske helseformål økte fra 8,9 milliarder kroner i 1990 til 26,1 milliarder kroner i 1998. Dette tilsvarer en gjennomsnittlig årlig vekst på 14 prosent. Utgiftene fra kommunesektoren økte fra om lag 16 milliarder i 1990 til 21 milliarder i 1998, en gjennomsnittlig vekst på rundt 4 prosent i året.

Figur 2. Offentlige utgifter til somatiske helsetjenester. 1990-1998. Milliarder kroner

Kilde: Statsregnskap 1990-1998, Fylkeskommune- og kommuneregnskap 1990-1998

Utgiftene fra folketrygden var 12,6 milliarder kroner i 1998, en økning fra 6,4 milliarder i 1990. Dette tilsvarer en årlig gjennomsnittlig vekst på rundt 9 prosent. Folketrygdens andel av de totale utgiftene til somatiske helsetjenester har endret seg lite i perioden og var 27 prosent i 1998.

I 1990 utgjorde statens andel av offentlige utgifter til somatiske helsetjenester 36 prosent, andelen økte gjennom hele perioden og i 1998 finansierte staten 55 prosent av utgiftene. Staten har økt sin andel på bekostning av den kommunale sektoren, som reduserte sin andel av utgiftene fra 64 prosent i 1990 til 45 prosent i 1997. Endringer som har slått spesielt sterkt ut, er innføringen av innsatsstyrt finansiering i 1997 som er delvis finansiert ved reduserte rammeoverføringer til kommunesektoren.

Sykehusdrift

I Norge betaler ikke pasientene for å ligge på sykehus, alle kostnader til drift av sykehus finansieres av det offentlige. Det har imidlertid de seinere årene vokst fram noen private sykehus der pasientene må betale regningen, enten ut av egen lomme eller i form av private forsikringer. Foreløpig er omfanget av privat sykehusdrift lite, og det finnes i liten grad data om det private helsemarkedet. I denne artikkelen har vi derfor valgt å fokusere på det offentlige sykehustilbudet.

Totale utgifter til den somatiske spesialisthelsetjenesten[2], der sykehus står for hoveddelen av utgiftene, er beregnet til 31,7 milliarder kroner i 1998, en økning fra 16 milliarder i 1990. Utgiftene vokste i gjennomsnitt med 9 prosent i året. Det er imidlertid stor forskjell på veksten i utgiftene fra kommunesektoren og de statlige utgiftene. Mens statens utgifter viser en vekst på over 30 prosent i året, steg utgiftene i kommunesektoren med litt over 3 prosent i året. Den sterke økningen i øremerkede tilskudd fra staten, som har vært spesielt rettet mot somatiske sykehus, førte til at andelen finansiert gjennom kommunesektorens frie inntekter ble redusert gjennom hele 1990-tallet. I 1990 finansierte kommunesektoren over 90 prosent, dette var redusert til 60 prosent i 1998. Dette gjenspeiler også at de øremerkede tilskuddene fra staten delvis er finansiert gjennom reduserte rammetilskudd til kommunesektoren.

Innsatsstyrt finansiering (ISF), som ble innført i 1997, er en blandingsmodell som er ment å ivareta

Ramme 2. Somatiske helsetjenester inkluderer

- Statens utgifter til de statlige sykehusene samt Barnesykehus, Statens senter for epilepsi, helsetjenesten på Svalbard, øremerkede tilskudd til fylkeskommuner (spesialisthelsetjenesten) og kommuner og diverse andre utgifter rettet mot somatiske helsetjenester.
- Folketrygdens utgifter til refusjoner for spesialisthjelp, tilskudd til spesielle helseinstitusjoner, private laboratorier og røntgeninstitutt, behandlingsreiser til utlandet, pasienter fra gjensidighetsland, legehjelp, medisiner, refusjon egenbetaling, refusjoner og tilskudd til fastlønnsordning for allmennleger og fysioterapeuter og andre helsetiltak.
- Utgifter fra kommunesektoren til kurativ lege- og fysioterapi, somatiske sykehus inkludert poliklinikker, sykestuer, fødehjem, andre somatiske institusjoner, somatiske tjenester utenfor sykehus og tilskudd til privatpraktiserende spesialister.

positive sider ved rammefinansieringssystemet samtidig som det også er et element av stykkprisfinansiering. Systemet er basert på en statlig refusjonssats for gjennomsnittlige behandlingskostnader knyttet til ulike diagnosegrupper. Den statlige refusjonssatsen til fylkeskommunene ble i starten satt til 30 prosent av DRG[3]-pris. I 1998 ble refusjonssatsen hevet til 45 prosent og fra 1999 til 50 prosent av DRG-pris. Øvrige kostnader ved behandling av pasienter dekkes gjennom fylkeskommunens "frie inntekter". Fylkeskommunen får refusjoner for alle sykehusopphold som egne innbyggere har hatt, enten ved fylkets egne sykehus eller ved kjøp av tjenester fra andre sykehus. Ordningen finansieres delvis gjennom omdisponering av eksisterende øremerkede ordninger, gjennom økte bevilgninger og med å redusere det generelle rammetilskuddet til fylkeskommunene (St.prp. nr. 1 1996-97).

Figur 3. Offentlige utgifter til somatiske spesialisthelsetjenester. 1990-1998. Milliarder kroner

Kilde: Statsregnskap 1990-1998, Fylkeskommune- og kommuneregnskap 1990-1998

På sykehusene foregår en økende grad av poliklinisk behandling. Fra 1990 til 1998 har det vært en vekst i polikliniske behandlinger ved somatiske sykehus på 30 prosent. Dette er tjenester som pasientene delvis må betale for, mens staten finansierer resten. I perioden 1988-1990 ble det offentlige takstsystemet lagt om for å stimulere til økt poliklinisk virksomhet og dagbehandlingskirurgi på prioriterte områder. Innføringen av det nye takstsystemet førte til at de statlige refusjonsutgiftene i 1990 var mer enn dobbelt så høye som i 1987, året før omleggingen startet. De polikliniske takstene har vært brukt som virkemiddel til å stimulere sykehusene til å behandle flest mulig pasienter uten innleggelse, og samtidig motivere sykehusene til å ta i bruk nye behandlingsformer ved poliklinikkene.

Finansiering som skal øke aktiviteten

I forbindelse med innføringen av innsatsstyrt finansiering (ISF) av sykehusene i 1997, ble takstsystemet for offentlige poliklinikker igjen gjenstand for en omfattende revisjon. Det ble innført en rekke nye takster innenfor dagkirurgiske prosedyrer, for på den måten å unngå vridningseffekter mot inneliggende behandling (St.prp. nr. 1 1997-98). Fra 1999 omfatter ISF-ordningen både pasienter behandlet ved innleggelse og pasienter behandlet ved dagkirurgi, og enkelte dagmedisinske prosedyrer. Dermed vil kirurgisk inngrep bli behandlet likt refusjonsmessig, og sykehusene vil stå friere til å avgjøre om pasientene skal legges inn eller ikke. Fra 1999 åpnes det også for at det gis DRG-refusjon for fylkeskommunalt henviste pasienter som behandles i utlandet grunnet kapasitetsproblemer ved egne sykehus. Hovedmålsettingen med endringen i finansieringsordningen var å øke aktiviteten ved norske sykehus (St.prp. nr. 1 1998-99).

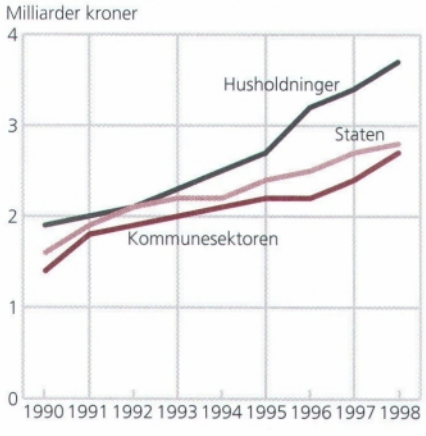
Staten betalte i 1990 1,4 milliarder kroner i polikliniske refusjoner, og dette utgjorde nærmere 100 prosent av de øremerkede tilskuddene til kommunesektoren innenfor somatikk. I 1998 betalte staten i alt 12,7 milliarder kroner i tilskudd, øremerket somatiske spesialisthelsetjenester. De polikliniske refusjoner utgjorde 3 milliarder kroner eller 24 prosent av de øremerkede tilskuddene. Innsatsstyrt finansiering av sykehusene kostet staten 8,3 milliarder kroner, dvs. 65 prosent av de øremerkede tilskuddene. Staten betalte også 1,4 milliarder kroner i tilskudd til regionsykehus.

Husholdningene betaler egenandel for poliklinisk behandling. Tall fra nasjonalregnskapet viser at husholdningenes konsum av sykehustjenester[4] i 1996[5] var rundt 130 millioner kroner. Antar man at refusjoner fra staten og egenbetalinger fra husholdningene til sammen gir et anslag på de totale kostnadene for poliklinisk behandling, finansierte husholdningene rundt 4 prosent av konsumet selv i 1998.

Primærhelsetjenesten – husholdningenes bidrag størst

Mens sykehusene og andre spesialisttjenester er et fylkeskommunalt ansvar, er primærhelsetjenesten et kommunalt ansvar. Kommunehelseloven gir den enkelte kommune ansvar for planlegging, organisering og drift av all helsetjeneste utenfor institusjon. Primærhelsetjenesten finansieres av kommunene gjennom lønn og driftstilskudd til leger og fysioterapeuter, av staten gjennom refusjoner fra folketrygden og fastlønnstilskudd til kommuner og gjennom egenbetalinger fra pasientene. Se ramme 2 for nærmere beskrivelse av hva utgiftene omfatter.

Figur 4. Utgifter til primærhelsetjenesten. 1990-1998. Milliarder kroner



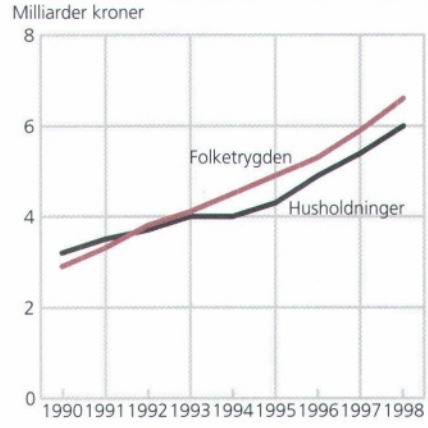
Kilde: Nasjonalregnskap 1990-1998, Statsregnskap 1990-1998, Fylkeskommune- og kommuneregnskap 1990-1998

Utgiftene til primærhelsetjenesten er beregnet til 9 milliarder kroner i 1998, en økning fra 4,9 milliarder i 1990. Dette tilsvarer en vekst på 8 prosent pr. år. Staten[6] finansierte omtrent 31 prosent av utgiftene i 1998, en liten nedgang fra 1990 da staten betalte 33 prosent av utgiftene. Kommunesektoren[7] finansierte 29 prosent av utgiftene, det samme som i 1990. Husholdningenes utgifter til primærhelsetjenesten[8] er beregnet til 3,7 milliarder kroner i 1998, en økning fra 1,9 milliarder i 1990. Husholdningene finansierte 40 prosent av utgiftene i 1998, en liten økning fra 1990 hvor husholdningene betalte 38 prosent av utgiftene.

Sterk økning i utgifter til medisiner

Noe av det som viser sterkest vekst både i Norge og andre land, er utgifter til medisiner. Totale utgifter til medisiner er beregnet til 12,6 milliarder kroner i 1998, en økning på 6,5 milliarder kroner siden 1990. Tallene omfatter medisiner som konsumeres av husholdningene, og inkluderer ikke utgifter til medisiner som brukes i sykehus og andre institusjoner. Folketrygden betaler for refusjoner for medisiner på blå resept, og for utgifter til medisiner for pasienter som har nådd utgiftstaket og dermed har frikort. Folketrygdens utgifter til medisiner[9] var 6,6 milliarder kroner i 1998 en økning fra 2 milliarder kroner i 1990. Dette tilsvarer en gjennomsnittlig vekst på nesten 11 prosent i året. Husholdningenes utgifter til medisiner[10] viste ikke like sterk vekst i samme perioden. I 1990 betalte husholdningen 3,2 milliarder kroner til medisiner, dette hadde økt til 6 milliarder kroner i 1998, en gjennomsnittlig vekst på 8 prosent. Av de samlede utgiftene til medisiner betalte husholdningene

Figur 5. Totale utgifter til medisiner. 1990-1998. Milliarder kroner



Kilde: Nasjonalregnskap 1990-1998, Statsregnskap 1990-1998

53 prosent i 1990, som følge av en noe svakere vekst i utgiftene i husholdningene enn i folketrygden, ble andelen redusert til 47 prosent i 1998.

Psykisk helsearbeid

Kommunale tjenester til mennesker med psykiske lidelser inngår i de kommunale helse- og sosialtjenestenes generelle oppgaver, og er ikke skilt ut i egne etater eller organisatoriske enheter. Disse tjenestene finansieres gjennom rammetilskuddet fra staten og andre frie kommunale inntekter som skatter og avgifter m.m. Det spesialiserte psykiske helsevernet er fylkeskommunens ansvar, som øvrige spesialiserte helsetjenester. Finansieringen av private spesialister er tredelt. Fylkeskommunen har avtale med privatpraktiserende spesialister i fylket og yter driftstilskudd til disse, folketrygden betaler refusjon og husholdningene betaler egenandel (St.meld. nr. 25 1996-97). Det er imidlertid liten informasjon om hvor mye husholdningene betaler for psykisk helsevern. Det blir antatt at egenandelene er relativt lave, og at det er det

Ramme 3. Utgifter til psykisk helsearbeid inkluderer
Utgiftene fra staten omfatter Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri, utgifter til kontrollkommisjoner, Statens klinikk for narkomane og øremerkede tilskudd til kommuner og fylkeskommuner. Tilskuddene til psykiatri ble spesifisert i statsregnskapene fra 1995. For tidligere år har det ikke vært mulig å trekke ut øremerkede tilskudd til psykiatri, disse vil derfor være inkludert i de somatiske helsetjenestene.

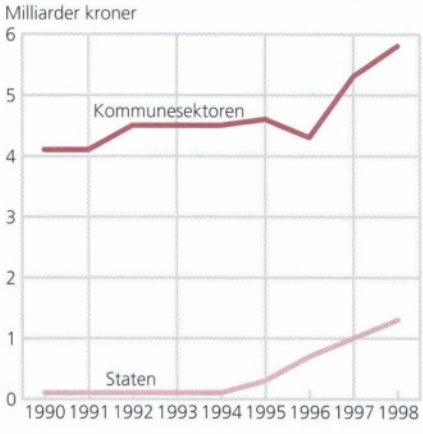
Folketrygdens utgifter er knyttet til refusjon for psykologhjelp.

De kommunale utgiftene omfatter psykiatriske sykehus, klinikker og poliklinikker, psykiatriske sykehjem, bo- og behandlingssenter, privatpraktiserende spesialister og tiltak innen barne- og ungdomspsykiatri.

offentlige som finansierer hovedtyngden av psykisk helsevern.

Rammefinansiering er hovedfinansieringsformen for psykisk helsearbeid. I tillegg til rammetilskuddene gis det refusjon fra folketrygden for poliklinisk virksomhet samt spesielle øremerkede tilskudd. Som ledd i opptrappingsplanen for psykisk helse vil de øremerkede tilskuddene bli trappet opp, både til investeringer og til drift (St.prp. nr. 1 1999-2000). Planen innebærer at det skal investeres for ca. 6,3 milliarder kroner i løpet av perioden 1999-2006. Det er planlagt at driftsutgiftene skal øke med om lag 4,2 milliarder kroner pr. år fram til 2006. Dette fordeler seg omtrent likt på fylkeskommuner og kommuner (St.prp. nr. 63, 1997-98).

Figur 6. Statens og kommunesektorens utgifter til psykisk helsevern. 1990-1998. Milliarder kroner



Kilde: Statsregnskap 1990-1998, Fylkeskommune- og kommuneregnskap 1990-1998

Økt satsning i kommunene

Offentlig sektor brukte 7 milliarder kroner til psykisk helsearbeid i 1998 (se ramme 3 for en oversikt over hva utgiftene omfatter). Utgiftene steg i gjennomsnitt med nesten 7 prosent i året i perioden 1990-1998. Det er mot slutten av 1990-tallet blitt signalisert en sterkere offentlig satsning på området, og dette reflekteres i tallene med en økning i utgiftene på 40 prosent fra 1996 til 1998. Kommunesektoren finansierte 98 prosent av utgiftene i 1990. Som en følge av økningen i øremerkede tilskudd fra staten, uten tilsvarende økning i utgiftene finansiert gjennom kommunesektorens frie inntekter, ble kommunesektorens andel av utgiftene redusert til 82 prosent i 1998. I 1990 brukte kommunesektoren 4,1 milliarder kroner på psykisk helsevern, dette hadde økt til 5,8 milliarder kroner i 1998. Dette tilsvarer en gjennomsnittlig årlig vekst på 4,3 prosent.

Sammenlignet med kommunesektorens utgifter til somatikk og andre helsetjenester, har utgiftene til psykiatrien lavest vekst i perioden 1990-1998 sett under ett. I 1996 ble deler av psykisk helsevern for Oslo kommune ført under somatiske spesialisttjenester. Dette slår ut i tallene med en reduksjon fra 1995 til 1996 på 7 prosent. I 1997 er dette ført tilbake under psykisk helsevern, effekten er en økning i utgiftene på nærmere 22 prosent. Ser en bort fra denne spesielle føringen, økte utgiftene fra 1995 til 1998 med nesten 25 prosent, og indikerer en økt satsning fra kommunesektoren på psykisk helsevern i de senere år.

Andre offentlige helseutgifter

Andre offentlige helseutgifter (se ramme 4 for en beskrivelse av hva utgiftene omfatter) utgjorde nesten 7 prosent av offentlige helseutgifter i 1998. Utgiftene økte fra 2,3 milliarder kroner i 1990 til 3,8 milliarder kroner i 1998, en gjennomsnittlig årlig vekst på 7 prosent. I likhet med somatiske helsetjenester og psykisk helsevern finansierer staten en økende andel av utgiftene.

Den offentlige tannhelsen er et fylkeskommunalt ansvar som omfatter behandling til barn og ungdom til

Ramme 4. Andre utgifter omfatter
Utgiftene fra staten omfatter utgifter til helsetilsyn, forebygging, medisinsk attføring, apotekvesen, helgeberedskap og etterbetaling for oppholdsutgifter i alders og sykehjem. Utgiftene blir korrigert for inntekter fra vinmonopolavgiften, med den begrunnelse at alkoholloven fra 1990 fastslår at avgiften skal brukes til forebyggende tiltak innen helse- og sosialsektoren (St.prp. nr. 1 1994-95).

Folketrygdens utgifter omfatter refusjon for utgifter til tannlegebehandling og andre utgifter til[11] helsetiltak.

Kommunesektorens utgifter omfatter forebyggende tiltak[11], medisinsk attføring og tannhelsetjenesten.

Figur 7. Andre offentlige helseutgifter. 1990-1998. Milliarder kroner

Kilde: Statsregnskap 1990-1998, Fylkeskommune- og kommuneregnskap 1990-1998

og med 18 år, til personer med psykisk utviklingshemming og grupper av eldre. Utgiftene til tannbehandling for voksne dekkes hovedsakelig av den enkelte. Tall fra nasjonalregnskapet viser at husholdningene brukte nesten 4,2 milliarder kroner på tannhelsetjenester i 1996, en økning på 1,2 milliarder kroner siden 1990. Husholdningene finansierte nesten 80 prosent av de totale utgiftene til tannhelsetjenesten i 1996, det samme som i 1990.

Endrede finansieringsforhold

I diskusjonene om finansieringsordninger for helsetjenester er det ofte framhevet at innslaget av brukerbetaling skal være begrenset. Husholdningenes utgifter er beregnet til å være 15,2 milliarder kroner i 1998, en økning på 7 milliarder kroner siden 1990. Dette tilsvarer en gjennomsnittlig årlig vekst på nesten 8 prosent. Utgiftene omfatter private utgifter til helsetjenester[12], legemidler, briller og ortopedisk utstyr. Det er utgiftene til helsetjenester som utgjør den største utgiftsgruppen (omtrent 60 prosent). Korrigert for prisstigning har utgiftene til helse økt med 4 prosent i gjennomsnitt pr. år fra 1990 til 1998, slik at det har vært en reell vekst i husholdningenes utgifter til helsetjenester. Selv om utgiftene fra husholdningene har økt med nesten 8 prosent i verdi i året, er andelen av totale utgifter til helsetjenester lite endret som følge av den sterke veksten i de statlige utgiftene. Husholdningene finansierte omtrent 20 prosent av utgiftene både i 1990 og i 1998. Imidlertid har forholdet mellom staten og kommunesektoren endret seg relativt mye, staten finansierer en stadig større andel av utgiftene gjennom en økning av øremerkede tilskudd til kommunesektoren. Dette gjelder både innenfor somatiske helsetjenester, psykisk helsevern og andre helsetjenester.

1. Nasjonalregnskapets prisindekser for konsum i statsforvaltning, kommuneforvaltning og husholdninger av helsetjenester er brukt for 1990-1996. For 1997 og 1998 er prisindeksen for totalt konsum i henholdsvis statsforvaltning, kommuneforvaltning og husholdninger brukt.

2. Somatiske sykehus herunder poliklinikker, sykestuer, fødehjem, tilskudd til privatpraktiserende spesialister m.m.

3. DRG = Diagnose Relaterte Grupper.

4. Poliklinikk er den viktigste komponenten.

5. Detaljerte tall fra nasjonalregnskapet er ikke tilgjengelige for årene etter 1996.

6. Folketrygdens utgifter til tilskudd til leger og fysioterapeuter på fast lønn, refusjon allmennleger og fysioterapi og refusjon egenbetalinger til legehjelp.

7. Nettoutgifter fra fylkes- og kommuneregnskapet kap. 1320 diagnose og behandling i fylkeshelsetjenesten.

8. Privat konsum fra nasjonalregnskapet av legehjelp, fysioterapi m.m. 1997 og 1998 er anslag basert på det kvartalsvise nasjonalregnskap.

9. Medisiner, høreapparat, sykepleieartikler og ortopediske hjelpemidler, refusjon egenandel legemidler.

10. Medisiner, ortopediske hjelpemidler, briller m.m.

11. Inkluderer miljørettet helsevern, helsestasjonsvirksomhet, helsetjeneste i skolen, opplysningsvirksomhet, næringsmiddelkontroll, og annen forebyggende virksomhet.

12. Lege, sykehus, tannlege, fysioterapi m.m.

Litteratur

Statistisk sentralbyrå (19xx): *Fylkeskommune - kommuneregnskap 1990-1998.*

Statistisk sentralbyrå (19xx): Nasjonalregnskap 1990-1998.

St.meld. nr. 3 (19xx): *Statsregnskap medregnet folketrygden 1990-1998*, Finans- og tolldepartementet.

St.meld nr. 23 (1992-93): *Om forholdet mellom staten og kommunane,* Kommunal- og arbeidsdepartementet

St.meld nr. 24 (1996-97): *Tilgjengelighet og farlighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste,* Sosial- og helsedepartementet.

St.meld. nr. 25 (1996-97): *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet.* Sosial- og helsedepartementet.

St.prp. nr. 1 (1994-95): *For budsjetterminen 1995,* Sosial- og helsedepartementet.

St.prp.1 nr. (1996-97): *For budsjetterminen 1997,* Sosial- og helsedepartementet.

St.prp. nr. 1 (1997-98): *For budsjetterminen 1998,* Sosial- og helsedepartementet.

St.prp. nr. 1 (1998-99): *For budsjetterminen 1999,* Sosial- og helsedepartementet.

St.prp. nr. 1 (1999-2000): *For budsjetterminen 2000.* Sosial- og helsedepartementet.

St.prp. nr. 63 (1997-1998): *Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998.*

Elisabeth Nørgaard
(Elisabeth.Norgaard@ssb.no) er rådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk.

Vi bruker mer og dyrere medisiner

Elin Skretting Lunde

Legemiddelbruken i befolkningen er økende, både i antall brukerdoser og i antall kroner vi legger igjen hos apotekene. Nesten seks av ti bruker medisiner av og til, mens tre av ti bruker medisiner daglig. Medisinbruken øker med alderen, og kvinner bruker jevnt over mer medisiner enn menn. Den største legemiddelgruppen, både beløpsmessig og i antall doser, utgjøres av medikamenter mot hjerte- og karsykdommer.

En rekke mennesker er avhengige av legemidler for å holde sykdommen i sjakk eller for å mestre hverdagen. For mange medfører sykdom eller skader plager og smerter, en av fire rapporterte i helseundersøkelsen 1995 at de var plaget av ganske mye eller veldig mye smerter. I den tilsvarende undersøkelsen fra 1998 var det 23 prosent som led av smerter i kroppen, 19 prosent slet med hodepine eller migrene og 14 prosent hadde søvnproblemer. Dette er tilstander som i hvert fall i en viss grad kan behandles med medikamenter.

Kraftig økning

Det har vært en sterk økning i legemiddelomsetningen de senere årene, både i Norge og i andre europeiske land. Tall fra apotekene viser oss at omsetningen har økt fra 4,6 milliarder kroner i 1990, til 10,7 milliarder kroner i 1999. Det vil si legemidler til i overkant av 2 400 kroner per person på årsbasis. Økningen skyldes generell prisøkning, økt forbruk og ikke minst overgangen til nye og dyrere preparater. Det er medisiner innenfor områdene hjerte-kar, nevrologi, psykiatri, magesår og astma som står bak veksten. En del pasienter som tidligere ikke hadde mulighet til adekvat medikamentell behandling, har nå fått tilgang på nye medisiner (Norsk medisinaldepot (NMD) 1999/2000). Halvparten av samlet legemiddelsalg dekkes av Folketrygden, totalt dekkes to tredeler av utgiftene til medisiner av det offentlige, mens brukeren selv betaler en tredel (NOU 1997:6).

Tyder de økte salgstallene på at vi bruker for mye legemidler? Det er vanskelig å svare på om vi alltid bør ty til medisiner ved sykdom. For eksempel kan hyppig bruk av antibiotika medføre resistens. Og det er fortsatt slik at mange plager går over av seg selv, også uten bruk av medikamenter. Det er heller ikke primært medisinbruk som gjør at vi er friskere enn før; vaksiner, ernæring, boforhold og livsstil er de viktigste forklaringsfaktorene. Likevel gjør nye medikamenter hverdagen levelig for veldig mange mennesker. I perioden 1997 til 1998 ble det markedsført 88 nye legemidler i Norge (Norsk Medisinaldepot 1999). Legemiddelindustrien har nådd langt i sin streben etter bedre legemidler. Dette har medført at stadig nye sykdommer og plager kan behandles, og redusert smerte og økt funksjonsnivå for mange mennesker (Steen 2000). Vi kan nesten snakke om en revolusjon i utviklingen av legemidler de siste 60 årene. Blant annet har moderne medisiner vært med på å gi mange med redusert mental helse en mulighet til et normalt liv eller i hvert fall lindring av symptomer. Det var først på 1950-tallet at *klorpromazin* ble syntetisk fremstilt første gang og det ble mulig å lindre symptomene ved de alvorligste psykiske lidelsene som psykoser og schizofreni (St.meld. 25 1996/97).

For kraftig økning?

Det er to sider ved dagens medisinbruk, på en side kan vi se en rivende utvikling av nye og bedre preparater, som gir muligheten til å forenkle og forlenge folks liv. På den annen side har vi problemene med overmedisinering, feilmedisinering og bivirkninger. Kanskje er det slik at enkelte tyr til medisiner istedenfor trim og diett. Ofte vil en livsstilsendring være å foretrekke fremfor piller. Det har blitt langt vanligere å behandle symptomfrie risikotilstander slik som mildt forhøyet blodtrykk og høyt kolesterolnivå. Bruken av medikamenter kan medføre at andre måter å redusere

Spørsmålene om medisinbruk er stilt i Statistisk sentralbyrås helseundersøkelse fra 1995, de finnes kun i denne undersøkelsen. Intervjuobjektene har besvart to spørsmål om bruk av medisin: bruk av medisin de siste 14 dagene og daglig eller nesten daglig bruk i løpet av de siste fire ukene. Prosenttallene presentert i teksten nedenfor (som viser bruk av medisiner fordelt på alder, kjønn og utdanning) er fra 1995 når ikke annet er nevnt. Aldersinndelingen er som følger: unge 16-24 år, voksne 25-44 år, middelaldrende 45-66 år, eldre 67-79 år og eldste eldre 80 år og over. Innimellom benyttes termen *eldre* for alle over 67 år, det er da spesifisert.

Tabell 1: Andel personer som har brukt ulike typer medisiner i 14-dagersperioden, etter alder. 1995. Prosent

	Alle	16-24	25-44	45-66	67-79	80+
Brukt medisin siste 14 dager	57	45	50	60	73	81
Smertestillende midler uten resept	28	33	31	27	20	18
Smertestillende midler på resept	11	4	8	14	17	23
Hjertemedisin	6	0	1	6	18	29
Blodtrykksmedisin	8	0	1	11	24	23
Medisin mot sure oppstøt, halsbrann, magesår uten resept	8	3	6	10	13	8
Medisin mot sure oppstøt, halsbrann, magesår på resept	2	0	1	2	3	4
Medisin mot revmatisme	4	1	2	6	8	7
Astmamedisin	4	5	3	4	7	7
Allergimedisin	6	6	6	6	5	3
Beroligende midler	5	1	2	6	11	13
Midler mot depresjon	3	0	2	3	5	4
Sovemidler	7	1	2	7	17	25
Andre medisiner	13	5	10	15	20	28
Homøopatmedisin	1	1	1	2	2	2

Kilde: Helseundersøkelsen 1995

risikoen på, slik som livsstilsomlegging, ikke blir prioritert av legen eller pasienten (Holmen, Hetlevik og Krüger 1998). Vi må ikke bli ukritiske i vår omgang med legemidler, det er ikke bare positive sider ved dagens høye medisinforbruk.

Som salgstallene fra NMD har vist oss, kjøper vi store mengder legemidler. Men bruker vi dem? Undersøkelser viser at rundt 10 prosent av medisinene som skrives ut av legen aldri blir benyttet (Thormodsen, Fonneløp, Rytter og Tørisen 1997). Det er nesten seks av ti som har brukt en eller annen form for medisin de siste 14 dagene ifølge helseundersøkelsen. Det er en stor andel av befolkningen, også når vi ser det i lys av at 61 prosent oppgav varig sykdom. Men dette tallet viser periodisk bruk, daglig bruk er lavere. Medisinbruken øker kraftig med alderen, blant eldre over 80 år er det åtte av ti som benytter legemidler. Men det er også de eldste som sliter med flest sykdommer.

Kvinner bruker jevnt over mer medisiner enn menn. Mens 65 prosent av kvinnene har tatt medisiner i løpet av de siste 14 dagene, gjelder dette for 48 prosent av mennene. Mønsteret kan gjenfinnes blant de unge, hvor 36 prosent av mennene har tatt medisiner og 54 prosent av de unge kvinnene. Det er forskjeller mellom kjønnene i alle aldersgrupper. Men de fleste benytter ikke medisiner hver dag. Antallet dagligbrukere er betydelig lavere, tre av ti har brukt medisiner på daglig basis de siste fire ukene, 25 prosent av mennene og 32 prosent av kvinnene.

Når 57 prosent oppgir å ha brukt en eller annen form for medisiner siste 14 dager er det antagelig et minimumstall. Vi må regne med en viss underrapportering av legemiddelbruk i personlige intervjuundersøkelser. Dette fordi det kan oppleves som stigmatiserende å oppgi hyppig bruk av medisiner eller et høyt forbruk av forskjellige typer legemidler.

De mest brukte medisinene

Enkelte medisiner fås kun på resept, og disse er generelt dyrere enn de reseptfrie medisinene. I 1998 utgjorde reseptfrie legemidler 23 prosent av antall solgte doser[1]. Mens reseptbelagte legemidler stod for de resterende 77 prosentene, og for 88 prosent av kostnadene (NMD 1999).

Flest benytter hjerte- og karmedisiner

Legemidler til behandling av hjerte- og karsykdommer, som for eksempel høyt blodtrykk og hjertekrampe (angina pectoris), samt kolesterolsenkende midler, utgjør den største medisingruppen både i antall solgte doser og beløpsmessig. Salget av medisiner mot høyt blodtrykk økte med 11 prosent i 1999 målt i antall doser. Helseundersøkelsen viser at det er 19 prosent av den voksne befolkningen som lever med hjerte- og karsykdommer. Vi kan derfor forvente et visst forbruk av denne typen legemidler i befolkningen. Totalt er det 6 prosent som går på hjertemedisiner og 8 prosent som går på blodtrykksmedisiner. Det er blant de middelaldrende og eldre vi finner størsteparten av brukerene. 21 prosent av de eldre over 67 år benytter hjertemedisiner, mens 24

prosent går på blodtrykksmedisiner. Dette må ses i sammenheng med at nesten halvparten av alle over 67 år lider av hjerte- og karsykdommer. Det er dermed naturlig å finne de fleste brukerene av denne typen medisiner her. Salget av disse legemidlene har vært jevnt stigende de siste årene ifølge Norsk medisinaldepot (1999).

Andelen menn og kvinner som går på hjerte- og blodtrykksmedisin er forholdsvis lik blant de eldre mellom 67 og 79 år. Blant de aller eldste (80 år og over) er det en noe høyere andel menn enn kvinner som benytter hjertemedisiner. Både hjerte- og blodtrykksmedisiner brukes hyppigere av personer med lav utdanning. 39 prosent av mennene og 37 prosent av kvinnene som lider av hjerte- og karsykdommer, oppgir at de har brukt hjerte- og/eller blodtrykksmedisin.

Mange går på medisiner på grunn av fordøyelsen og stoffskiftet

Legemidler med virkning på fordøyelsesorganene og stoffskiftet (herunder faller syrenøytraliserende midler, avføringsmidler og midler til behandling av sukkersyke) utgjør den nest største medisingruppen i antall solgte døgndoser og den fjerde største kostnadsmessig. Ifølge helseundersøkelsen blir medisin mot sure oppstøt, halsbrann og magesår uten resept benyttet av 8 prosent av befolkningen over 16 år, mens 2 prosent bruker denne typen medisiner på resept. De fleste brukerene finner vi i aldersgruppen 45 til 79 år for de reseptfrie midlene. Det er omtrent like mange menn som kvinner som bruker disse legemidlene, både med og uten resept. Utdanningsnivået gir heller ikke nevneverdige utslag innen denne medisingruppen.

Økt bruk av medisiner mot psykiske lidelser

Legemidler med virkning på nervesystemet utgjør den tredje største legemiddelgruppen når vi måler salg av medisindoser og den nest største beløpsmessig. Inn under denne gruppen faller for eksempel smertestillende medisiner, sovemedisiner, midler til behandling av psykiske lidelser, uro og angst. Det er et skille mellom *nervesykdommer,* som for eksempel epilepsi, parkinsons og multippel sklerose, og *psykiske lidelser* som for eksempel schizofreni og manisk depressiv lidelse[2]. Disse sykdommene behandles med medisiner som det er praktisk å presentere sammen.

Salget av antidepressiva har økt kraftig de senere år, forbruket ble fordoblet fra 1993 til 1996. En forklaring på denne økningen er at en rekke nye midler mot depresjon kom på markedet i samme perioden blant annet fikk vi de mye omtalte "lykkepillene". Etter en stagnasjon i salget av denne typen piller i 1997 og 1998, er forbruket igjen stigende. I 1999 kunne vi se en økning i salget av antidepressiva (målt i doser) på drøye 13 prosent.

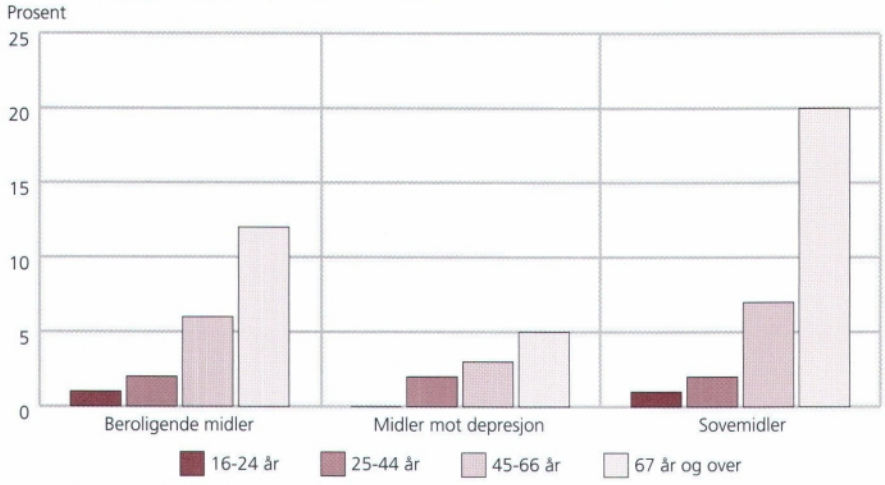
Det har vært en gradvis nedgang i forbruket av sovemidler og beroligende midler i perioden 1988 til 1996, men de siste tre årene kan vi se en økning på 3 prosent per år. Salgstallene til Norsk medisinaldepot tilsier at 4,9 prosent av befolkningen benyttet sovemedisin og beroligende midler daglig i 1999. I helseundersøkelsen oppgir 5 prosent av den voksne delen av befolkningen at de har benyttet beroligende midler i 14-dagersperioden, mens 3 prosent oppgir å ha brukt disse medisinene på daglig basis. Flest brukere av beroligende midler finner vi blant de eldre (12 prosent). Disse tallene kan ses i sammenheng med at det var 8 prosent som rapporterte om psykiske lidelser i 1995.

Ifølge helseundersøkelsen benyttes sovemedisiner av rundt 7 prosent. Blant de unge er det 1 prosent som bruker sovemedisin, mens blant eldre er det en av fem som går på slike medisiner. Helseundersøkelsen viser videre at midler mot depresjon benyttes av ca. 3 prosent, også her øker forbruket med alderen, blant eldre er det 5 prosent som har benyttet midler mot depresjon de siste 14 dagene. Det er dobbelt så mange kvinner som menn som benytter beroligende midler, midler mot depresjon eller sovemidler. Forbruket øker med alderen. Hver tredje hjemmeboende person over 80 år oppgir å ha brukt denne typen medisiner siste 14 dager. Også utdanning gir utslag, det viser seg at personer med lavere utdanning har et markert høyere forbruk av disse legemidlene, men dette jevner seg ut med økende alder.

Det er vanskelig å danne seg et bilde av medisinbruken lengre bakover i tid, fordi ulike målemetoder gir ulike resultater. Ifølge levekårsundersøkelsen fra 1973 hadde 8 prosent av den voksne befolkningen benyttet sovemidler og 13 prosent beroligende midler *i løpet av det siste året.* I helseundersøkelsen fra 1975 var det 24 prosent som bekreftet at de noen gang hadde brukt beroligende midler eller medisiner for nervene. Andelen som hadde brukt beroligende midler i 14-dagersperioden var på 7 prosent, mot 5 prosent i 1995.

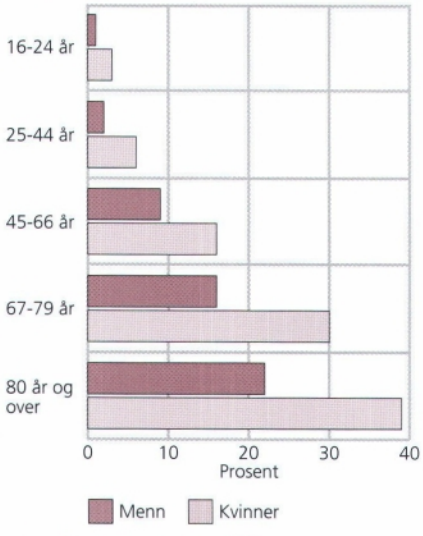
Arild Bjørndal mfl. mener intervju- og spørreskjemaundersøkelser vanligvis gir for lave estimater av psykofarmakaforbruket i Norge. Han

Figur 1. Andel personer som har brukt beroligende midler, midler mot depresjon og sovemidler i 14-dagersperioden, etter alder. 1995. Prosent



Kilde: Helseundersøkelsen 1995

Figur 2. Andel menn og kvinner som har brukt beroligende midler, midler mot depresjon eller sovemidler i 14-dagersperioden, etter alder og kjønn. 1995. Prosent



Kilde: Helseundersøkelsen 1995

henviser til en egen undersøkelse som viser at en firedel av befolkningen i Østfold og en femdel av befolkningen i Rogaland fikk resept på psykofarmaka en eller flere ganger i året. En annen undersøkelse utført av Fugelli i Værøy og Røst viste at 17 prosent av kvinnene og 10 prosent av mennene benytter denne typen legemidler i løpet av et år (Bjørndal 1983). Som vist, er det vanskelig å konkludere så mye om denne typen medisinbruk, fordi det er sprikende resultater og ulike måter å måle på. Allikevel stemmer tallene fra helseundersøkelsen bra overens med tallene fra Norsk medisinaldepot.

Kvinner bruker mye smertestillende

Yngre mennesker bruker mye smertestillende midler uten resept, 33 prosent av de unge mellom 16 og 24 år bruker slike medisiner, mens 20 prosent av de eldre over 67 år gjør det samme. Dette mønsteret forandrer seg når vi ser på smertestillende midler gitt av lege, her er det 4 prosent blant de yngste og 19 prosent blant de eldre som benytter reseptbelagte smertestillende medisiner. Vi finner et markert kjønnsskille blant de unge, hvor 42 prosent av kvinnene og 25 prosent av mennene benytter reseptfrie smertestillende midler og henholdsvis 7 prosent og 1 prosent bruker smertestillende midler på resept. En mulig forklaring på det høye forbruket blant unge kvinner kan være at smertestillende midler som Paracet, Ibux og Paracetamol hyppig benyttes mot menstruasjonssmerter. En annen forklaring er at mange unge kvinner er plaget av hodepine eller migrene. Undersøkelser viser at hodepine rammer kvinner dobbelt så hyppig som menn (NOU 1999:13). Ifølge NOU-en *Kvinners helse i Norge,* har kvinner generelt et noe høyere forbruk av medisiner enn menn i mange av legemiddelgruppene. Nærmere 70 prosent av alle legemidler mot psykiske lidelser og smerter brukes av kvinner. Ifølge Tromsøstudien hadde 30 prosent av alle kvinner benyttet smertestillende midler mot menstruasjonsplager og forbruket var størst blant 15-19 åringene (NOU 1999:13). Også blant voksne og eldre i helseundersøkelsen er andelen kvinner som bruker smertestillende midler (uten resept) nesten det dobbelte av andelen menn.

Totalt er det 7 prosent som lider av ulike sykdommer i nervesystemet, stort sett jevnt fordelt i de ulike aldersgruppene. Høyest andel i denne sykdomsgruppen finner vi blant personer i alderen 25 til 66 år (8 prosent). Muskel- og skjelettlidelser gir mye smerter i muskler og ledd. 32 prosent lever med denne typen lidelser. Mennesker som har slike sykdommer er hyppige brukere av smertestillende midler på resept, 15 prosent av mennene og 26 prosent av kvinnene går på slike legemidler. Blant de unge er det en litt høyere andel med videregående og lavere grads høgskole-/universitetsutdanning som benytter smertestillende midler uten resept. Bruken av smertestillende midler på resept viser en annen trend, her er bruken betydelig høyere blant voksne og eldre

med lav utdanning enn blant dem med høyere utdanning.

Astma og allergimedisiner er dyre

Denne medisingruppen havner på en fjerdeplass i forhold til mengde solgte doser, mens den ligger på en tredjeplass målt i kroner. Herunder faller legemidler til behandling av sykdommer i respirasjonsorganene, for eksempel forkjølelsesmidler og midler til behandling av astma og allergi. Antallet solgte doser i denne gruppen er nær doblet siden 1987. En del av denne økningen forklares ved endring i terapianbefalinger ved behandling av astma.

Helseundersøkelsen viser at 4 prosent bruker astmamedisin og 6 prosent benytter allergimedisiner. Bruken av denne typen medisiner er forholdsvis jevnt spredd i befolkningen. Astmamedisin benyttes av 5 prosent av de unge, 3 prosent av de voksne, 4 prosent av de middelaldrende og 7 prosent av de eldre over 67 år. I aldersgruppen 16-66 år er det 6 prosent som tar allergimedisiner, mens andelen synker til 3 prosent blant de aller eldste. Det er en noe høyere andel kvinner enn menn som bruker medisin mot astma og allergi. Andelen personer som benytter astmamedisin synker med økende utdanning. Mens bruken av allergimedisiner er mer jevnt fordelt i forhold til utdanningsnivået.

Liten bruk av homøopatmidler

4 prosent bruker medisiner mot revmatisme. Bruken øker med alderen, for de eldste over 67 år er det 8 prosent som benytter denne typen medikamenter. Det er en større andel kvinner enn menn som bruker disse medisinene. Vi kan se en noe høyere bruk blant dem med lav utdanning enn blant dem med høy utdanning.

Homøopatmedisiner er ennå lite utbredt, 1 prosent brukte det i 14-dagersperioden. Nå er bruken av homøopater i Norge ennå beskjeden, 2 prosent av befolkningen hadde hatt kontakt med en homøopat i løpet av det siste året ifølge helseundersøkelsen. Bruken av denne typen medisiner er jevnt fordelt i de ulike aldersgruppene: 1 prosent av de yngste og voksne og 2 prosent av de middelaldrende og eldre. Andre medisiner (ikke nærmere spesifisert i undersøkelsen) ble benyttet av 13 prosent av befolkningen over 16 år. Det var en litt større andel kvinner enn menn som brukte andre medisiner og homøopatmedisiner i 1995.

Tre av ti benytter medisin daglig

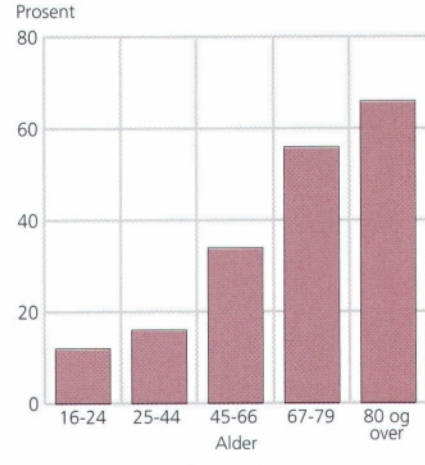
En del personer er avhengige av å ta medisiner hver dag og ikke bare av og til. Tre av ti opplyser at de har brukt medisin daglig eller nesten daglig de siste fire ukene. Den daglige medisinbruken i befolkningen øker, som forventet, med stigende alder. Blant de eldste (over 80 år) var det 66 prosent som var avhengig av å ta medisiner hver dag.

Hjertemedisin brukes daglig av rundt 5 prosent av befolkningen over 16 år, mens forbruket øker til en av fire i aldersgruppen 80 år og over. Blodtrykksmedisin brukes totalt av 7 prosent, dette øker til 10 prosent for de middelaldrende og 21 prosent av de eldre over 67 år. Det er få som benytter smertestillende midler uten resept på en daglig basis, bare 2 prosent. Andelen personer som tar smertestillende midler på resept utgjør 4 prosent. Forbruket er størst blant de aller eldste, hvor 11 prosent har brukt slike midler daglig i en periode på fire uker eller mer.

De unge bruker lite medisiner på daglig basis, 2 prosent har brukt smertestillende midler, mens 1 prosent har brukt hjertemedisiner. Forbruket er størst av medisiner for luftveisplager; 3 prosent har brukt astma- og allergimedisiner. 3 prosent har brukt ulike andre medisiner daglig i løpet av fireukersperioden. Naturlig nok er det de eldste som har det største forbruket av medisiner, forbruket begynner å øke for de middelaldrende (45-66 år), mens forbruket er størst blant de aller eldste (80 år og over). Her er det 8 prosent som har brukt beroligende midler på en daglig basis og 15 prosent som har tatt sovemedisin daglig. 22 prosent går på andre medisiner som ikke er nærmere spesifisert her.

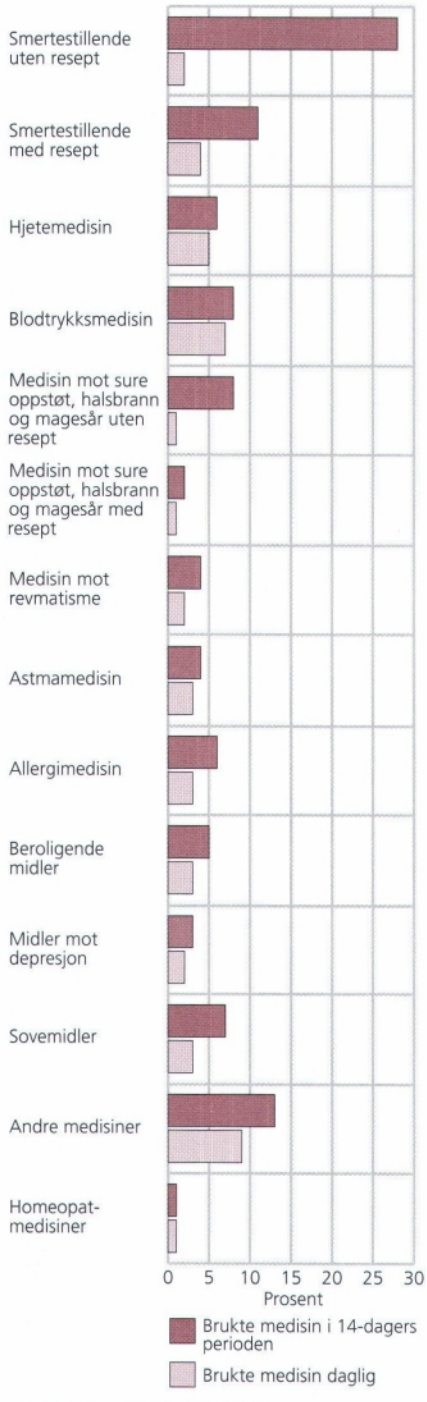
Det er flere kvinner enn menn som bruker medisin daglig, 32 prosent kvinner mot 25 prosent menn. Andelen unge menn og kvinner som tar medisiner daglig, er omtrent like stor. Forskjellene øker med alderen. Blant de eldre i alderen 67-79 år var det 52 prosent menn og 60 prosent kvinner, mens blant de

Figur 3. Andel personer som har brukt medisiner daglig eller nesten daglig de siste fire uker, etter alder. 1995. Prosent



Kilde: Helseundersøkelsen 1995

Figur 4. **Andel personer som har brukt ulike medisiner i løpet av 14-dagersperioden og andel personer som har brukt medisiner daglig eller nesten daglig i en fireukersperiode. 1995. Prosent**



Kilde: Helseundersøkelsen 1995

eldste over 80 år var det 58 prosent menn og 70 prosent kvinner som hadde tatt medisiner daglig i referanseperioden. Jo eldre vi blir, jo flere sykdommer og lidelser må vi leve med. Det er derfor ikke uventet at det er i denne gruppen vi finner de største forbrukerne av legemidler. Hvordan kan vi forklare at det er flere kvinner enn menn som går på ulike medikamenter? Resultatet er kanskje ikke uventet når vi vet at en større andel kvinner enn menn rapporterer om smerter i kroppen, og en større andel kvinner enn menn oppgir varige sykdommer.

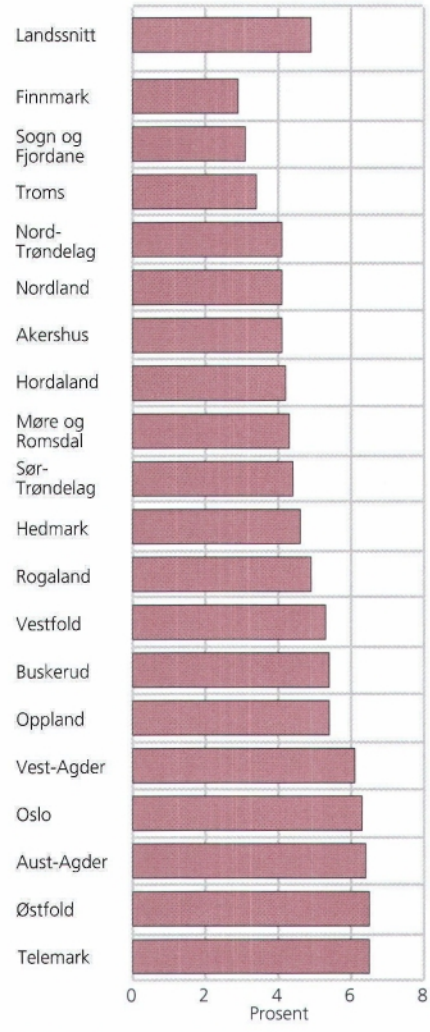
Vi kan se av figur 3 at andelen personer som er avhengig av medisiner på daglig basis, øker kraftig med alderen.

Det er langt færre som benytter medisiner daglig enn av og til, spesielt blant de unge og voksne. Som figur 4 viser, varierer forskjellene også med medisintypene. Blant brukere av blodtrykksmedisiner er mesteparten av bruken basert på daglig basis. Tilsvarende er det også med hjertemedisiner. Smertestillende midler har et annet mønster, de benyttes av mange flere av og til enn hver dag, spesielt de reseptfrie midlene. Vi finner også forskjeller i bruken av sovemidler og beroligende midler, mens det er mindre forskjeller i bruken blant dem som benytter midler mot depresjon. Disse medikamentene brukes på daglig basis av flesteparten.

Store geografiske forskjeller i medisinbruk

Norsk Medisinaldepots statistikk viser oss at de fylkesvise forskjellene i medisinforbruk kan være store. Nå er det *salg* av medisiner som registreres av NMD, tallene må derfor anses som maksimumstall, det reelle legemiddelforbruket vil nok være noe lavere. Salgstallene viser at forbruket av beroligende midler og sovemidler i Finnmark bare er en tredel av forbruket i Østfold. Årsaksfaktorer som befolkningsstruktur (spesielt aldersfordeling), apotekdekning, antall leger per innbygger, sykehusdekning og tilgjengelighet av helsetjenester generelt kan sannsynligvis forklare noe av fylkesforskjellen. En annen forklaringsfaktor

Figur 5. **Fylkesvis salg av beroligende midler og sovemidler i 1999, beregnet som prosent av befolkningen som daglig kan bruke denne typen midler**



Kilde: Norsk medisinaldepot 1999

kan være at fylkesvariasjonen kan skyldes ulike terapitradisjoner og holdninger til bruk av legemidler.

Som nevnt tidligere, viser statistikken at 4,9 prosent av den norske befolkningen bruker sovemedisiner og beroligende midler. Figur 5 viser at det er Østfold og Telemark fylke som har høyest andel brukere, mens Finnmark har lavest andel. Ifølge tall fra Norsk Medisinaldepot holder de fylkesvise forskjellene seg relativt konstante fra år til år. I en analyse av NMD-data fra 1982 viser Bjørndal at de store ulikhetene i det fylkesvise forbruket av denne typen legemidler ikke er noe nytt. Også den gangen brukte Østfold dobbelt så mye beroligende midler som resten av landet, mens Finnmark hadde det laveste forbruket. Bjørndal fant ingen forklaring på dette fenomenet, men bemerker at forskjellene i psykofarmakabruken kan ha sammenheng med ulikheter i egenomsorgsevne, sosialt og terapeutisk nettverk i nærmiljøet, sykdomsoppfatning eller legesøkningsatferd (Bjørndal mfl.1983).

Hvis vi ser på den samlede medisinbruken i de ulike landsdelene ifølge helseundersøkelsen, viser det seg at forbruket er noe større i Trøndelag, hvor 61 prosent har brukt legemidler i løpet av 14-dagersperioden, enn på Vestlandet, hvor bruken er lavere (52 prosent). Oslo og Akershus havner i et midtsjikt med 58 prosent brukere i perioden.

Forbruket av sovemidler og beroligende midler er på landsdelsnivå lavest i Nord-Norge og høyest i Agder og Rogaland og Østlandet ellers. Forskjellen er ikke like markert i helseundersøkelsen, selv om vi finner liknende resultater som NMD. På fylkesnivå er det Telemark som har høyest andel brukere med 16

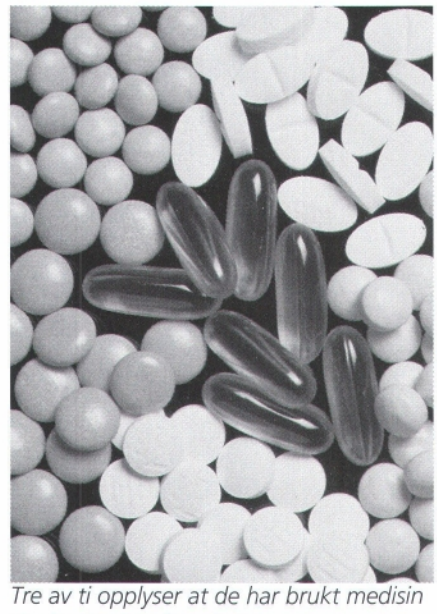


Foto: Knudsens fotosenter

Tre av ti opplyser at de har brukt medisin daglig de siste fire ukene.

prosent i toukersperioden, mens Østfold hadde 11 og Finnmark 5 prosent brukere av sovemedisin og beroligende midler.

Eldre bruker flere medisiner

I perioden 1987-1998 økte legemiddelsalget med 190 prosent. Antallet solgte doser har økt med 5,8 prosent fra 1997 til 1998. Norge har hatt en volumvekst på 40 prosent i perioden 1987-1998 målt i antall definerte døgndoser. Generelt har Norge et lavt legemiddelforbruk sammenliknet med andre europeiske land. Som nevnt ovenfor, er økningen over tid et resultat av en stor tilgang på nye og moderne legemidler. En høyere andel eldre i befolkningen og en generell befolkningstilvekst er også medvirkende årsaker til økt legemiddelforbruk (Norsk medisinaldepot 1999).

6 av 10 eldre over 67 år brukte medisiner *daglig* i 1995. Legemidler må i det store og hele anses som et gode, men en del eldre har en tendens til å bruke for mye og for mange legemidler. Dette gjelder spesielt medisiner som sovemidler, beroligende, smertestillende og avføringsmidler. Erfaring viser at det er mye lettere å begynne med slike medisiner enn å slutte med dem. Enkelte kan føle at et legebesøk er "mislykket" om de ikke går derfra med en resept. Ifølge Norsk reseptstatistikk 1995 medfører 80 prosent av alle konsultasjoner hos allmennlege en reseptforeskrivning (NOU 1999:13).

Psykofarmaka kan gjøre hverdagen enklere for mange av dem som lever med lettere psykiske lidelser. Samtidig må vi være forsiktige med å sykeliggjøre personlige problemer, enkelte problemer bør heller løses med terapi eller en endring av levekårene enn via medisinering. Midler mot angst og søvnløshet brukes mye hyppigere av de eldre i befolkningen enn de yngre (Bjørndal mfl. 1983). Mange eldre lever alene, eventuell ensomhet og isolasjon kan bidra til angst og søvnløse netter. Forebyggende tiltak som bedrer de eldres livssituasjon vil kunne redusere behovet for denne typen medikamenter, mener Bjørndal.

Helseundersøkelsen viser oss at 11 prosent av de eldre (over 67 år) benytter to eller flere av følgende medisiner: sovemedisin, beroligende medisin, antidepressiva, reseptpliktige smertestillende midler, milder mot sure oppstøt, halsbrann og magesår. Det er en dobbelt så høy andel kvinner som menn som bruker to eller flere av disse legemidlene, henholdsvis 14 og 7 prosent. Forskjellene mellom kvinner og menn øker med alderen, fra 11 prosent i gruppen 67-79 år og til 19 prosent blant de eldste eldre (over 80 år). Det er enkelte som får for mange medisiner, samtidig som det er andre som kunne ha behov for medisin

Foto: Knudsens fotosenter

En høyere andel eldre i befolkningen og en generell befolkningstilvekst er også medvirkende årsaker til økt legemiddelforbruk.

som ikke får det. Dette er et vanskelig felt, som avhenger av samspillet mellom pasient og lege, og holdningene i samfunnet.

Oppsummering

Det selges flere og dyrere medisiner enn tidligere, og antallet solgte doser har steget. Moderne legemidler må kunne anses som et gode, samtidig som et legebesøk ikke må forbindes med utskrivning av resepter. En rekke sykdommer, som forkjølelse, influensa og halsbetennelse kureres av seg selv og nødvendiggjør som regel ikke bruk av antibiotika eller andre medikamenter.

Det tas mye medisiner blant voksne, nesten seks av ti har benyttet medisiner i løpet av 14-dagersperioden og forbruket er økende med alderen. Andelen som benytter medisiner hver dag er lavere, tre av ti. Flere kvinner enn menn bruker legemidler. Det er hjertemedisiner, medisiner til bruk for fordøyelsen og nervemedisiner som brukes av flest. Det er visse geografiske forskjeller i medisinbruken mellom de ulike fylkene, dette kan ha flere årsaker, blant annet ulik legesøkningsatferd og ulike måter å forholde seg til sykdom på.

1. Definert døgndose (DDD).

2. Dette er tyngre psykiske lidelser i motsetning til depresjon og angst som regnes som lettere psykiske lidelser, men begge deler faller inn under samme sykdomskategori.

Litteratur

Bjørndal, Arild mfl. (1983): *Gagn eller ugagn? Forbruket av psykofarmaka i Norge.* Rapport nr. 4, Statens institutt for folkehelse.

Statistisk sentralbyrå (1999): *Helseundersøkelsen 1995,* Norges offisielle statistikk.

Holmen, Hetlevik og Krüger (1998): Legemidler ved symptomfrie risikotilstander - dokumentasjonskravene bør skjerpes, i *Tidsskrift for den norske lægeforening,* 25.

Norsk medisinaldepot (1999): Legemiddelforbruket i Norge 1994 til 1998, April.

Norsk medisinaldepot (2000): "Nøkkeltall og utviklingstrekk ved *legemiddelomsetningen i 1999*", Februar, Pressemelding.

NOU (1999:13): *Kvinners helse i Norge,* Sosial- og helsedepartementet.

NOU (1997:6): *Rammevilkår for omsetning av legemidler,* Sosial- og helsedepartementet.

St.meld. nr. 25 (1996-97): *Åpenhet og helhet, psykiske lidelser og tjenestetilbudene,* Sosial- og helsedepartementet.

Steen, Vidar M. (2000): Skreddersøm av legemidler i et nytt millennium i *Tidsskrift for den norske lægeforening,* 1.

Thormodsen, Fonneløp, Rytter og Tørisen (1997): Medisinretur som kvalitetsindikator for farmakoterapi - hva blir til overs? og Brukes etter avtale med legen - årsaker til at pasienten får medisin til overs, begge i *Tidsskrift for den norske lægeforening,* 24.

Elin Skretting Lunde

(Elin.Skretting.Lunde@ssb.no) er konsulent i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk.

Tvang i psykiatrien:

Viktig felt med statistiske utfordringer

Borgny Vold

Et særtrekk ved psykisk sykdom er at den syke ikke alltid vil oppfatte seg som syk. Et av psykiatriens dilemmaer er derfor i hvilken grad det er etisk forsvarlig å behandle mennesker som ikke selv forstår at de er syke mot deres egen vilje, det vil si med tvang.

Norsk psykiatri har adgang til å bruke tvang i flere sammenhenger. Vi har svært mangelfulle data om bruken av tvang, og kan ikke svare tilfredsstillende på spørsmål av typen: Øker antallet eller andelen tvangsinnleggelser i psykiatrien. Det arbeides nå på flere hold for å bedre statistikken på området.

I Norge kom Lov om sindsykes behandling og forpleining (Sindsykeloven) i 1848, og Gaustad asyl ble som landets første asyl åpnet i 1855. I perioden frem til 1920 fant det sted en storstilt utbygging av asyler (Vold 1999). Asylene ble bygget som store institusjoner på avsidesliggende steder uten særlig kontakt med lokalsamfunnene. Målet med de første asylene var å drive behandling av "de sinnssyke", og man antok at helbredelse var mulig. Med asylene kom legene på banen som dominerende i forhold til innleggelse og utskrivning, klassifisering, diagnosesetting og behandling. Asylenes lukkede preg og de mytiske forestillinger som rådet om de syke, gjorde at man i liten grad visste hva som foregikk innenfor asylets murer, og legene hadde stor makt. I Sindsykeloven av 1848 ble det satt klare regler for innleggelse og utskrivning av pasienter i asylene, og muligheten for å tvangsinnlegge pasienter ble fastslått i loven. Til en stor grad ble prinsippene i Sindsykeloven videreført i gjeldende lov, lov om psykisk helsevern av 1961.

Den moralske og juridiske utfordringen

Særomsorg for personer med psykiske lidelser har for en stor del foregått i slike "lukkede" institusjoner. Tvangsinnleggelser har vært vanlig, og allmenn rettsoppfatning har vært at det var relativt vide fullmakter for behandling mot pasientens egen vilje når vedkommende var tvangsinnlagt. Allerede i Sindsykeloven av 1848 ble det satt som mål å begrense bruken av mekaniske tvangsmidler mest mulig. Det psykiske helsevern skiller seg fra (det meste av) annet helsevern i den forstand at tiltak som er eller kan oppfattes som alvorlige inngrep mot enkeltmenneskets frihet, autonomi og selvråderett, kan bli iverksatt av hensyn til den enkelte, men mot vedkommendes vilje. Forholdet mellom psykisk helsevern og menneskerettighetene blir derfor et sentralt spørsmål. Den europeiske menneskerettighetskonvensjon (EMK) inneholder blant annet bestemmelser om beskyttelse av retten til liv, personlig frihet og sikkerhet, rettferdig rettergang og andre rettssikkerhetsgarantier, respekt for familieliv og privatliv, tankefrihet, ytringsfrihet og organisasjonsfrihet. Konvensjonens forbud mot tortur, umenneskelig eller nedverdigende behandling eller straff står sentralt i forhold til tvungent psykisk helsevern.

Hovedprinsippet som er nedfelt i EMK er at alle har rett til personlig frihet og sikkerhet, og at ingen må bli berøvet sin frihet unntatt i nærmere angitte tilfeller og i samsvar med en fremgangsmåte foreskrevet ved lov (Ot.prp. nr. 11 1998-99:33). Det er imidlertid gjort unntak for pasienter med alvorlige psykiske lidelser[1]. Innenfor det psykiske helsevern skjer tvangsinnleggelser ut fra bestemmelser i lov om psykisk helsevern av 1961 (se ramme for presentasjon av lovhjemlene). Tvangsinnleggelse forstås som innleggelse i psykiatrisk døgninstitusjon uten pasientens samtykke, eller mot vedkommendes vilje. Tvangsinnleggelser skjer uten at det foreligger noen tidsbegrensning for oppholdets varighet, mens tilbakeholdelse med tvang reguleres av lovens paragraf 6. Hovedkriteriet for at en tvangsinnleggelse kan finne sted, er at det foreligger en alvorlig psykisk lidelse. I tillegg må minst ett tilleggskriterium fastsatt i loven, være til stede. Tvangsinnleggelser vil i stor grad være basert på

ansvarlig overleges faglige skjønn. I Norge er det 58 kontrollkommisjoner som fører tilsyn med psykiatriske institusjoner. Disse har for det første lovpålagte kontrolloppgaver, særlig i forhold til å undersøke den juridiske holdbarheten ved tvangsinnleggelser og tvangstilbakeholding, og for det andre alminnelig tilsyn som de finner nødvendig av hensyn til de sykes velferd.

Overfor psykiatriske pasienter kan det være lovlig adgang til å bruke tvangsmidler (isolasjon, mekaniske tvangsmidler og farmakologiske tvangsmidler), og det åpnes i visse tilfeller også for tvangsbehandling (-medisinering) av pasienter. Det er viktig at slik bruk av tvang innen psykiatrien alltid sees i forhold til menneskerettighetene, blant annet slik at tvangsbruken fremstår som nødvendig og ikke får et umenneskelig eller nedverdigende preg. Kontrollkommisjonenes alminnelige tilsyn av de sykes forpleining, innebærer at de også skal ha tilsyns- og kontrolloppgaver i forhold til bruk av tvangsmidler. Vedtak om tvangsbehandling (-medisinering) kan påklages til fylkeslegen av pasienten selv eller de pårørende.

Det er viktig at det foreligger god statistikk over tvangsbruk innenfor det psykiske helsevern. Dessverre er ikke eksisterende statistikk vedrørende dette god nok, og det er mye vi ikke vet om tvangsbruk innen psykiatrien. I denne artikkelen dokumenterer vi svakheter ved eksisterende statistikk. Vi står ved et veiskille i det dagens psykiatrilov av 1961 ved årsskiftet erstattes av ny lov. Sosial- og helsedepartementet understreker behovet for statistisk kunnskap om tvangsbruk, og et sentralt spørsmål er om vi nå er bedre rustet til å lage god nasjonal statistikk på området enn vi var tidligere.

Den statistiske utfordringen

Den 1. januar 2001 blir altså psykiatriloven fra 1961 erstattet av ny lov. I Ot.prp. nr. 11 (1998-99) blir det påpekt at innføringen av nytt lovverk, har konsekvenser for innsamling av statistikk på psykiatriområdet, særlig når det gjelder nye bestemmelser for bruk av tvang i psykiatrien:

"Det eksisterer i dag lite og vanskelig sammenlignbar statistikk over bruken av tvang i norsk psykiatri. Ut fra en rettssikkerhetsbetraktning er dette betenkelig, og departementet vil, blant annet i samarbeid med Statistisk sentralbyrå, jobbe videre for å sikre en kvantitativ og kvalitativ forbedring av statistikken på området. Dette vil også gi institusjonene en bedre mulighet til å bruke statistikken som en del av sin kontinuerlige kvalitetssikring. Etter departementets oppfatning vil en grundigere overvåkning også kunne bidra til å begrense bruken av tvang" (Ot.prp. nr. 11 1998-99: 19-20).

I Statistisk sentralbyrå får vi mange henvendelser om tvangsbruk i psykiatrien. Mange spør om andelen tvangsinnleggelser totalt sett har økt eller blitt redusert over tid. En del lurer også på hvilket omfang bruk av tvangsmidler og tvangsbehandling (-medisinering) har ved de psykiatriske institusjonene. Statistisk sentralbyrå har i lang tid samlet inn data om tvang ved psykiatriske institusjoner, men det har vist seg å være problemer knyttet til datakvaliteten.

Jeg har gått gjennom de tall Statistisk sentralbyrå har publisert om tvangsbruk ved psykiatriske institusjoner i den perioden psykiatriloven av 1961 har vært gjeldende. Spørsmålet om andelen tvangsinnleggelser har økt eller blitt redusert over tid, er ikke uten videre lett å besvare ut fra det eksisterende datamaterialet. Dette skyldes delvis at datainnsamlingen vedrørende dette har variert fra år til år. Tidligere var det bare psykiatriske sykehus som leverte oppgaver over paragrafbruk ved innleggelser. I dag skal alle psykiatriske institusjoner fordele innleggelser av døgnpasienter etter hvilken paragraf som ble brukt ved innleggelsen. Mange institusjoner har problemer med å gi sikre tall på dette. En årsak kan være at opplysninger om inn- og utskrivninger av pasienter gjennom året hentes ut fra administrative datasystemer hvor opplysninger om innleggelsesparagraf ikke er inkludert. Opplysningene om innleggelsesparagraf må derfor fremskaffes gjennom ressurskrevende manuelle opptellinger. En del institusjoner har altså pasientadministrative systemer som ikke er tilpasset statistikkbehovet. Dessverre har det til nå ikke vært satset på samarbeid med systemleverandørene for å sikre at databehovet blir ivaretatt. Resultatet av dette er at mange institusjoner ikke oppnår samsvar mellom totalt antall innleggelser gjennom året, og det antall innleggelser som er fordelt etter innleggelsesparagraf.

Bruk av tvangsmidler ved psykiatriske institusjoner

Etter gjeldende rett kan særlige tiltak settes i verk overfor pasienter i døgninstitusjoner som på grunn av sin sinnstilstand har en slik utagerende atferd at de kan være til fare for seg selv eller omgivelsene[2]. Tvangsmidler kan om nødvendig benyttes overfor både tvangsinnlagte og frivillig innlagte pasienter, men tillates bare brukt dersom det

er nødvendig for å hindre pasienten i å utsette seg selv eller andre for fare, eventuelt hindre omfattende materiell skade. Bruk av tvangsmidler skal bare settes i verk dersom andre og mindre inngripende tiltak er forsøkt. De aktuelle tvangsmidlene som er tillatt brukt innen psykiatrien, er isolasjon, mekaniske tvangsmidler og farmakologiske tvangsmidler. Isolasjon kan i tillegg brukes for å hindre at muligheter for behandling forspilles, men vanligvis ikke over 2 timer.

Som hovedregel kan bare psykiatriske sykehus og klinikker benytte tvangsmidler, og da etter leges forordning. I akutte situasjoner kan det unntaksvis bli påkrevet å bruke tvangsmidler overfor pasienter i andre institusjoner. Kontroll av bruk av tvangsmidler er en av kontrollkommisjonenes oppgaver. Det gjøres ikke formelle vedtak før bruk av tvangsmidler iverksettes, men opplysninger om slik bruk skal føres i en tvangsmiddelprotokoll på hver avdeling eller post som kontrollkommisjonen kontrollerer. Det har blitt stilt spørsmål om pasientenes rettssikkerhet er tilstrekkelig ivaretatt ved bruk av tvangsmidler. Så lenge det ikke fattes formelle vedtak om slike tiltak er det heller ingen formell påklagingsmulighet, og kanskje mangler kontrollkommisjonene kapasitet til å vurdere alle sider ved slik tvangsbruk.

Siste gang Statistisk sentralbyrå publiserte tall for tvangsmiddelbruk var i 1980. Ut fra en vurdering av datakvaliteten ble disse oversiktene fjernet fra statistikkskjemaene som institusjonene skulle levere. Fra 1997 begynte Statistisk sentralbyrå på nytt å samle inn slike tall, men problemer med kvaliteten på dataene har gjort at vi foreløpig har valgt ikke å publisere dem.

Mangel på retningslinjer for registrering

Hovedårsaken til at datakvaliteten vurderes som mindre god, er mangelen på klare og entydige retningslinjer for registrering. Ut fra samtaler med klinisk personell ved psykiatriske institusjoner synes det som om ulike kontrollkommisjoner har ulike normer for hva som skal registreres som bruk av tvang. Reglene er ikke entydige, og det er glidende overganger og gråsoner som bidrar til at det som ett sted registreres som bruk av tvang ikke gjør det andre steder. Henvendelser vi har fått om hvordan dette spørsmålet skal besvares, tyder på at det er usikkerhet i institusjonene om grenseoppgangen mellom "isolasjon" og "skjerming" og hvorvidt "holding" skal karakteriseres som et mekanisk tvangsmiddel[3]. Et annet problem har vært hvordan institusjonene skal registrere tvangsbruk når flere tvangsmidler brukes i kombinasjon. Statistisk sentralbyrås skjema for rapportering av tvangsmiddelbruk spør bare om antall forordninger av tvangsmidler gjennom året fordelt på de tre nevnte typer. Ved forordninger av farmakologiske tvangsmidler opplyses det i skjemaet at dette ikke gjelder medikamentell tvangsbehandling, men det kan likevel tenkes at enkelte institusjoner ikke fyller ut skjemaet i tråd med intensjonen.

Konklusjonen på dette må være at det er store utfordringer for å få et lovverk med forskrifter som sikrer entydig registreringspraksis landet rundt.

Tvangsbehandling

I utgangspunktet inneholdt ikke lov om psykisk helsevern bestemmelser om behandling uten eget samtykke, tvangsbehandling. Det har i årenes løp dannet seg den rettsoppfatning at tvangsinnleggelse og tvangstilbakeholdelse av pasienter i psykiatrisk institusjon også gir generell hjemmel for å gi adekvat faglig forsvarlig behandling, selv uten pasientens samtykke. Det har vært vanlig antatt at så alvorlige inngrep som lobotomi (psykokirurgiske inngrep i hjernen) krevde pasientens samtykke. Også bruk av elektrosjokk har blitt vurdert som å kreve pasientens samtykke (se Ot.prp. nr. 11 1998-99).

I psykiatriloven har det senere kommet inn at Kongen kan gi forskrifter om tvangsbehandlingstiltak. I 1984 kom *forskrift om begrenset adgang til tvangsbehandling i det psykiske helsevern*. Her er tvangsbehandling definert som behandling av alvorlige sinnslidelser med legemidler når behandlingen gjennomføres uten pasientens samtykke. Medikamentell tvangsbehandling kan kun gjennomføres ovenfor pasienter under tvungent psykisk helsevern, inkludert pasienter under tvungent psykisk ettervern etter paragraf 13.1 i psykiatriloven. Tvangsbehandling skal bare iverksettes dersom slik behandling med stor sannsynlighet vil føre til helbredelse eller vesentlig bedring av pasientens tilstand, eller eventuelt for å hindre betydelig forverring av sykdommen. Bare godkjente preparater skal brukes og bare i vanlige doser. Fortrinnsvis skal medikamentet gis gjennom munnen og injeksjonsbehandling unngås. Før tvangsbehandling iverksettes, skal frivillig behandling være vurdert og avvist som nytteløs. Vedtak om tvangsbehandling gjøres av institusjonens overlege i samråd med behandlende lege. Vedtak om tvangsbehandling kan innklages til fylkeslegen av pasienten selv eller vedkommendes pårørende.

Statistisk sentralbyrå begynte i 1997 å samle inn opplysninger om antall vedtak om tvangsbehandling (-medisinering), antall pasienter under slikt vedtak og antall påklagede vedtak gjennom året. Imidlertid har heller ikke datakvaliteten på disse dataene til nå blitt vurdert som god nok for publisering.

Et av problemene med vedtak om tvangsbehandling, er at det kan variere fra en institusjon til en annen og fra en kontrollkommisjon til en annen hvilke retningslinjer som følges. Vedtak om tvangsbehandling (-medisinering) kan fattes for tre måneder av gangen. Det kan variere om man etter å ha fattet et slikt vedtak lar det bli stående i hele den perioden det i utgangspunktet gjaldt for, eller om man, dersom situasjonen endres, omgjør vedtaket. Dersom en pasient vegrer seg for å ta del i den behandlingen/medisineringen som behandlende lege finner hensiktsmessig, kan det fattes vedtak om tvangsbehandling. Behandlingen med medikamentet starter da opp med tvang som utgangspunkt, men kanskje finner pasienten etter hvert ut at denne behandlingen er av det gode. Hvorvidt overlegen i slike tilfeller velger å la vedtaket om tvangsbehandling bli stående, eller omgjør vedtaket så snart pasienten samtykker i behandling, vil variere. Kontrollkommisjonene vil instruere dem som fatter vedtak, og kommisjonenes holdning kan blant annet være avhengig av deres arbeidsbyrde. Institusjoner som har den praksis å oppheve vedtak det ikke lenger er grunnlag for, det vil si om pasienten ikke lenger motsetter seg behandling, kan få et høyt antall vedtak totalt. Man kan anta at institusjonene i slike tilfeller får mange enkeltvedtak i forhold til et mindre antall pasienter.

Historisk utvikling...

Første gang Statistisk sentralbyrå publiserte oversikt over innleggelser etter paragraf i psykiatriloven av 1961 var i 1964. Den gang ble kun førstegangsinnleggelser ved psykiatriske sykehus fordelt etter innleggelsesparagraf. For reinnleggelser[4] i psykiatriske sykehus og innleggelser i andre psykiatriske institusjoner mangler opplysninger om dette forholdet. Nesten 44 prosent av de direkte innleggelsene i psykiatriske sykehus i 1964 var førstegangsinnleggelser og vel 56 prosent reinnleggelser. Av førstegangsinnleggelsene dette året skjedde vel 63 prosent i henhold til paragraf 5 i loven, det vil si uten eget samtykke, nærmere 35 prosent var frivillige innleggelser, og de resterende om lag 2 prosent av innleggelsene var hjemlet i paragraf 3 i loven (Statistisk sentralbyrå 1966).

Mellom psykiatriske sykehus på den ene siden og psykiatriske avdelinger ved somatiske sykehus, psykiatriske klinikker og nervesanatorier på den andre siden, var det lenge en arbeidsdeling i forhold til hvilke pasientgrupper som ble innlagt hvor. Psykiatriske sykehus mottok særlig pasienter med tunge og alvorlige sinnlidelser, mens pasienter med lettere lidelser og forventet kort oppholdstid oftere fikk tilbud ved andre institusjoner (Hagen 1992). I publikasjonen Psykiatriske sykehus 1965 ble det påpekt at pasientsammensetningen i psykiatriske sykehus hadde endret seg de senere årene, i det flere pasienter med lettere lidelser (nevroser) ble mottatt enn tidligere, noe som førte til økning i andel frivillige innleggelser (Statistisk sentralbyrå 1967).

Fra og med 1965 ble alle direkte innleggelser ved psykiatriske sykehus fordelt etter innleggelsesparagraf. Totalt var det vel 6 690 slike innleggelser i 1965, hvorav nesten 60 prosent var tvangsinnleggelser (paragraf 5), vel 39 prosent var frivillige innleggelser (paragraf 4) og om lag 1 prosent var observasjonsinnleggelser (paragraf 3). Hvordan innleggelsene i psykiatriske sykehus fordelte seg på lovens ulike paragrafer fra 1965 til og med 1980 finner vi i tabell 1. Vi ser at i denne 15-årsperioden var det en klar tendens til at andelen tvangsinnleggelser etter paragraf 5 ble redusert, samtidig som en større andel av innleggelsene skjedde på frivillig basis etter paragraf 4, og andelen observasjonsinnleggelser etter paragraf 3 økte betydelig. Endringen er særlig stor for andelen observasjonsinnleggelser, som økte fra 1 prosent av innleggelsene i 1965 til 12 prosent i 1980. Samtidig økte andelen frivillige innleggelser fra 39 til 67 prosent, og andelen tvangsinnleggelser ble redusert fra 60 til 22 prosent av innleggelsene.

Tabell 1. Fordeling på innleggelsesparagraf i psykiatriske sykehus. Voksenpsykiatri. 1965-1980. Prosent

	1965	1970	1975	1980
Paragraf 3	1	3	6	12
Paragraf 4	39	49	65	66
Paragraf 5	60	48	29	22
I alt	100	100	100	100

Kilde: Offisiell statistikk fra Statistisk sentralbyrå for de respektive år.

... med mange feilkilder

Fra 1985 er det et brudd i tidsserien. Før den tid ble innleggelsene fordelt på paragrafene 3, 4 og 5, mens de fra 1985 ble registrert på paragrafene 3, 4.2 og 5 (se ramme for presentasjon av lovhjemlene). I praksis betydde dette at frem til og med 1980 skulle institusjonen oppgi anvendt paragraf for alle innleggelser. Fra 1985 blir institusjonene etter å ha oppgitt totalt antall

innleggelser, bedt om å angi hvor mange av disse som ble hjemlet i de nevnte paragrafene. Institusjonene ble ikke bedt om å oppgi hvor mange av innleggelsene som skjedde frivillig. Antallet innleggelser etter paragraf 4.1 kunne beregnes som avviket mellom antall innleggelser totalt, og de innleggelser som er fordelt på øvrige paragrafer. For 1985 ble det publisert oversikt over endringer i pasientbelegget, inkludert innleggelsesparagraf, for hvert enkelt psykiatrisk sykehus (Statistisk sentralbyrå 1986). Dersom sykehusene hadde fylt ut skjemaene etter intensjonen, skulle det være et avvik mellom totalt antall innleggelser og antall innleggelser fordelt på paragrafene 3, 4.2 og 5, som skulle tilsvare frivillige innleggelser etter paragraf 4.1.

I ettertid synes det som om oversikten over innleggelsesparagraf ikke er godt nok kvalitetssikret. For flere sykehus summerer antall innleggelser etter paragrafene 3, 4.2 og 5 seg til antall innleggelser totalt, noe som kan forstås som at det ikke forekom frivillige innleggelser etter paragraf 4.1 dette året. Samtidig er det rapportert en svært stor andel innleggelser etter paragraf 4.2. Her er det sannsynligvis snakk om feilregistrering fra sykehusenes side, det vil si at enkelte sykehus registrerte alle innleggelser etter paragraf 4 (paragrafene 4.1 og 4.2) som innleggelser etter paragraf 4.2 i Statistisk sentralbyrås skjema. Dette funnet illustrerer hvor viktig det er å legge ressurser i spørreskjemautforming og veiledning til skjemaene.

Tallene for 1990 er i utgangspunktet sammenliknbare med tallene for 1985. Det ble imidlertid ikke publisert institusjonstall for 1990, slik at det ikke er mulig å se sannsynlige feilregistreringer av typen nevnt i forrige avsnitt. En gjennomgang av rådataene for 1990 viser at en god del institusjoner ikke fordelte innleggelsene etter innleggelsesparagraf. Dette gjelder særlig psykiatriske avdelinger ved somatiske sykehus. Det kan tenkes at en del institusjoner som ikke oppga fordelingen på innleggelsesparagraf faktisk ikke hadde innleggelser etter paragrafene 3, 4.2 og 5, men kun frivillige innleggelser etter paragraf 4.1. I hvilken grad mangelfull rapportering preger 1990-tallene, er det ikke mulig å gi noe klart svar på ut fra tilgjengelige ressurser. Oversikt over paragrafbruk i perioden 1985 til 1997 ved psykiatriske sykehus, klinikker, nervesanatorier og psykiatriske avdelinger ved somatiske sykehus finnes i tabell 2. Vi vil understreke at det er en del "hull" i statistikken, idet en del institusjoner ikke leverte oversikt over paragrafanvendelse ved innleggelser. Det er grunn til å tro at bruken av paragraf 4.2 er noe overrapportert, spesielt i 1985.

Før 1997-rapporteringen ble rapporteringsskjemaene til psykiatriske institusjoner igjen lagt om. Nå skulle institusjonene gi oversikt over anvendt paragraf for alle innleggelser av døgnpasienter. Det betyr at det eksplisitt ble bedt om antall frivillige innleggelser etter paragraf 4.1, istedenfor at dette tallet kom frem indirekte. Stadig var det et avvik mellom innleggelser totalt og innleggelser fordelt etter anvendt innleggelsesparagraf. Vi antar at oversikten over tvangsinnleggelser og observasjonsinnleggelser etter paragrafene 5 og 3 i psykiatriloven har god kvalitet. Under revisjonen av dataene har det vist seg at en del institusjoner som utelukkende hadde frivillige innleggelser, istedenfor å tallfeste dette, har skrevet kommentarer som "Det skjer ikke tvangsinnleggelser ved institusjonen". En del har også ført opp frivillige innleggelser som innleggelser uten bruk av paragraf. Det antas at avviket mellom totalt antall innleggelser og innleggelser fordelt etter paragraf, for en stor del inneholder frivillige innleggelser, slik at andelen frivillige innleggelser er høyere enn det fremstår i tabellen. Tar vi hensyn til dette, ser vi at frivillige innleggelser, relativt sett, har vist en avtakende tendens fra midten av 1980-tallet, mens innleggelser etter paragraf 3 har økt tilsvarende. Andelen innleggelser etter paragraf 5 har vært relativt stabil de siste 20 årene.

Tabell 2. Fordeling på innleggelsesparagraf i psykiatriske sykehus, psykiatriske klinikker, nervesanatorier og psykiatriske avdelinger ved somatiske sykehus. Voksenpsykiatri. 1985-1997. Absolutte tall og prosent

	1985		1990		1995		1997	
	Absolutte tall	Prosent	Absolutte tall	Prosent	Absolutte tall	Prosent	Absolutte tall	Prosent
Innlagt i alt	**15 464**	**99**	**16 031**	**100**	**18 648**	**100**	**21 021**	**100**
Paragraf 3	1 856	12	2 238	14	3 492	19	4 404	21
Paragraf 4.2	1 128	7	1 083	7	853	5	847	4
Paragraf 5	3 007	19	3 558	22	3 937	21	4 396	21
Paragraf 4.1[1]							8 570	41
Ufordelt	9473	61	9 152	57	10 366	55	2 804	13

1 Opplysninger om frivillige innleggelser etter paragraf 4.1 mangler for årene 1985 til 1995. Antall og andel ufordelte innleggelser inneholder derfor både frivillige innleggelser og ufordelte innleggelser, inntil 1997.
Kilde: Offisiell statistikk fra Statistisk sentralbyrå for de respektive år.

Nytt lovverk - hva nå?

Fra årsskiftet (1. januar 2001) trer ny psykiatrilov i kraft. Forslaget til ny psykiatrilov ble fremlagt samtidig med tre andre lovforslag på helseområdet: lov om spesialisthelsetjenesten inneholder felles organisatoriske og finansielle bestemmelser for spesialisthelsetjenesten og omfatter dermed også psykiatrien; lov om pasientrettigheter gjelder alle pasienter uavhengig av diagnose og tjenestetilbud; lov om helsepersonell har bestemmelser om de plikter helsepersonell har overfor alle pasienter. Den nye psykiatriloven omhandler de forhold som krever særskilt regulering for psykiatriens område. Det er lagt særlig vekt på tvungent psykisk helsevern, tilhørende kontrollsystem og mulighetene for rettslig overprøving av vedtak om tvungent psykisk helsevern. Fra Sosial- og helsedepartementets side understrekes det at loven er ment å øke rettssikkerheten for psykiatriske pasienter. Loven må dessuten sees i sammenheng med lov om pasientrettigheter, for at man skal kunne danne seg et fullstendig bilde av psykiatriske pasienters rettsstilling.

Et av hovedprinsippene som den nye psykiatriloven hviler på, er at fokus skal være på *pasienten*, og tilbudet vedkommende får skal være tilpasset hans eller hennes behov. Samtidig slås det fast at det kan være nødvendig å bryte med pasientens uttrykte ønsker, og dermed gjøre inngrep i den enkeltes integritet. Man bryter med tanken om heldøgns psykiatrisk behandling i institusjon som grunnsteinen i psykiatrisk behandling, og dette er i tråd med den nedbyggingen av store psykiatriske institusjoner og oppbygging av psykiatriske behandlingstilbud i lokalområdene som vi har sett de senere årene. Per Bernhard Pedersen omtaler perioden 1975 til 1987 som "nedbyggingsfasen" (Pedersen 1999). Særlig årene 1980 til 1987 er preget av reduksjon i antall døgnplasser og belegg, og da hovedsakelig i sykehusene. Etter nedbyggingsperioden kommer, ifølge ham, en "konsolideringsfase" i årene 1988 til 1996. I denne fasen er det mindre reduksjon (utflating) i plasstall og belegg. Det er vekst i antall innleggelser som særlig er knyttet til institusjoner utenom sykehus, det vil si psykiatriske sykehjem, bo- og behandlingssentra og øvrige institusjoner.

Helt nytt i forhold til 1961-loven er at tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold i institusjon settes opp som likeverdige alternativer. Tvungent psykisk helsevern kan skje uten opphold i slik institusjon, *dersom dette fremtrer som et bedre alternativ for pasienten*. Det er et grunnleggende krav at vedtak om tvungent psykisk helsevern bare kan treffes og gjennomføres dersom ansvarlig institusjon faglig og materielt er i stand til å tilby pasienten tilfredsstillende behandling og omsorg. Dette viser at psykisk helsevern ikke lenger skal baseres på institusjonsopphold som hovedformen for behandling og omsorg, heller ikke dersom pasientens tilstand nødvendiggjør tvungen behandling.

Tvang utenfor institusjonene

Den nye loven har blitt svært omdiskutert. Basert på blant annet avisdebatten i kjølvannet av Ot.prp. nr. 11 (1998-99), ser det ut til at mange er redde for at den nye loven åpner for mer bruk av tvang. Sosial- og helsedepartementet på sin side mener tvangsbehandling uten døgnopphold i institusjonene skal være et alternativ til tvangsinnleggelse, dersom dette er en bedre løsning for pasienten. Tvangstiltak skal fremdeles bare brukes i forhold til alvorlig sinnslidende mennesker. Også i dag brukes tvungent psykisk helsevern utenfor døgninstitusjon, men da kun som psykisk *ettervern*. Dette betyr at pasienten først har blitt tvangsinnlagt, og ved utskrivning fortsetter å få et helsevern som hviler på tvang.

Statistisk sentralbyrå har fra 1996 årlig samlet inn opplysninger om antall pasienter utskrevet til tvungent ettervern, men disse tallene har til nå ikke blitt publisert. Dette har igjen sammenheng med datakvaliteten. Vi vet at enkelte institusjoner mangler denne opplysningen i sitt pasientadministrative system, og at manuelle opptellinger er for ressurskrevende. Samtidig har vi grunn til å tro at enkelte institusjoner istedenfor å gi antall pasienter *utskrevet* til tvungent ettervern, på dette spørsmålet oppgir antall pasienter som er *innskrevet* etter paragraf 13.1. For 1997 oppga institusjonene at om lag 1 100 pasienter ble utskrevet til tvungent ettervern dette året. Det totale antall utskrivninger fra voksenpsykiatriske institusjoner var vel 27 700.

Departementet ser på de nye bestemmelsene som skal gi mulighet for å tvangshente pasienter til polikliniske samtaler, som et tiltak for å hindre frafall av pasienter som trenger behandling. Avisdebatten viser likevel at mange er svært skeptiske til hvordan denne bestemmelsen vil bli brukt. Kritiske røster frykter at tvangsbehandling utenfor institusjon, hvor pasienter med tvang hentes til polikliniske konsultasjoner, skal bli hverdagen for mange pasienter. De frykter at økonomiske hensyn vil styre valget, ikke pasientens behov og mulige behandlingsmessige gevinster ved at behandlingen kan foregå nærmere hjemmet.

Sosial- og helsedepartementet avviser at nyordningen skal fungere på denne måten, og sier at i tilfeller hvor pasienter gjentatte ganger må bringes til samtale ved bruk av tvang, er ikke behandling utenfor institusjon til pasientens beste, og at (tvangs)innleggelse i institusjon da må brukes. Det nye lovverket må etter departementets syn vurderes i sammenheng med opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 som ble lagt frem våren 1998 (St.prp. nr. 63 1997-98).

I opptrappingsplanen legges det vekt på at de psykiatriske tjenestetilbudene skal rustes opp, med særlig vekt på kommunenes ansvar for å ha et tilstrekkelig godt tilbud til sin befolkning hva angår tiltak for personer med psykiske lidelser. Kommunene skal settes i stand til å bedre ta hånd om og yte hjelp til personer med psykiske problemer, blant annet gjennom utbygging av omsorgsboliger og iverksetting av ulike arbeidsmarkedstiltak. Tanken er at tiltak i nærmiljøet kan settes inn tidlig, og at man på denne måten kan forhindre at problemer blir så alvorlige at de krever tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Fokuset på kommunenes tilbud blir også viktig i forhold til tidligere psykiatriske pasienter. Mennesker som anses som ferdigbehandlet av spesialisthelsetjenesten, har ofte blitt til "svingdørspasienter". Fordi de etter utskrivning ofte møter mangel på tilbud og sosial isolasjon på sitt hjemsted, kan veien tilbake til den psykiatriske institusjonen for mange være kort. Med opptrappingsplanen fastslås det at kommunene har et særlig ansvar overfor tidligere psykiatriske pasienter. I loven nedfelles institusjonenes plikt til å utarbeide individuelle planer for hver enkelt pasient. Planene skal blant annet kartlegge behovet for psykisk helsevern og behovet for spesialiserte psykiatriske helsetjenester. Beskrivelse av samarbeid med andre helse- og sosialtjenester, særlig i kommunene, skal inkluderes i planene som ledd i gjennomføringen av planen. De individuelle planene er tenkt som et virkemiddel for å fremme langsiktig tenkning i forhold til den enkelte, at den enkelte får et mer helhetlig tilbud, samt at tjenestene skal være tilpasset individets behov.

Når det skal vurderes hvordan den nye psykiatriloven fungerer, må den sees i sammenheng med opptrappingsplanen (St.prp. nr. 63 1997-98). Om satsningen på psykisk helsearbeid i kommunal regi gir ønskede resultater, vil dette forhåpningsvis vises innen spesialisthelsetjenestens psykiatrivirksomhet, særlig i forhold til institusjonspsykiatri/ døgnvirksomhet og bruk av tvang. Vi kan tenke oss at de psykiatriske institusjonene vil få større, ikke lavere, andel tvangsinnleggelser, dersom man lykkes i å gi tilbud i kommunal regi til en større andel personer med psykiske lidelser. Dette vil bety at færre personer med lettere psykiske lidelser enn i dag, vil få et tilbud om døgnbehandling i psykiatrisk institusjon.

Muligheter for å bedre statistikken

Ut fra det som hittil er sagt, er det viktig at registreringen av tvangsbruk innen psykiatrien bedres, slik at statistikken får bedre kvalitet. I forbindelse med den nye psykiatriloven og opptrappingsplanen for psykiatrien, er det viktig å kunne følge utviklingen i tvangsbruk over tid. Vi står overfor viktige utfordringer som gjelder å få entydig registrering av bruk av ulike tvangstiltak landet rundt. Faglig utvikling av statistikk vedrørende psykiatriske spesialisthelsetjenester, skjer i dag hovedsakelig innenfor prosjektet Fylkes-KOSTRA[5]. En egen arbeidsgruppe arbeider med faglige spørsmål i tilknytning til statistikk for spesialisthelsetjenesten psykiatri. Her arbeides det aktivt med utvikling av spørreskjema og rettledninger som skal sikre entydig forståelse av spørsmålene. I denne forbindelse er det viktig å bedre statistikken om tvangsbruk i psykiatrien så vel kvantitativt som kvalitativt. Bedre statistikk er viktig for sentrale myndigheter, men vil også gjøre det lettere for institusjonene å bruke statistikken som en del av sin kontinuerlige kvalitetssikring. Fra et rettssikkerhetsperspektiv er det svært viktig å ha god kontroll med bruk av tvang i psykiatrien.

Det ble tidligere nevnt at manglende samarbeid med dataleverandørene har bidratt til at mange pasientadministrative systemer ikke har sikret at statistikkbehovet har blitt ivaretatt. Dette arbeides det med i forbindelse med at pasientopplysninger fra psykiatriske institusjoner fra 1. januar 2000 legges inn i Norsk pasientregister (NPR). Norsk pasientregister har tidligere omfattet opphold ved somatiske sykehus. Et Minste basis datasett (MBDS) for voksenpsykiatrien er utarbeidet i samarbeid med leverandører av IT-systemer til sektoren. Det er nå obligatorisk for alle institusjoner å registrere pasientopplysninger som skal inn i NPR. Det er fremdeles mulig for institusjonene å ha lokale systemer, men disse må inneholde opplysningene som inngår i MBDS. Muligheten for å utnytte sentrale registre for innhenting av opplysninger om psykiatriske helsetjenester sees på som positiv.

En fullstendig gjennomgang av forskriftene i forbindelse med

Etter paragraf 3 i lov om psykisk helsevern av 1961 kan sinnslidende begjæres innlagt og beholdes i inntil tre uker uten eget samtykke, men ikke mer enn tre uker dersom ikke vilkårene etter paragraf 5 foreligger. Paragrafen omtales gjerne som observasjonsparagraf, og fungerer som en tidsbegrenset tvangsinnleggelse.

Frivillige innleggelser skjer etter paragraf 4 i loven, men i henhold til paragraf 4.2 kan det ved innleggelse settes som vilkår at pasienten skal holdes i inntil 3 uker fra innleggelsen. Det skal i tilfelle foreligge en avtale underskrevet av begge parter (pasient og overlege). Dersom pasienten forlater institusjonen før avtaleperioden er over, kan vedkommende eventuelt hentes tilbake med tvang. Paragraf 4.2 lovhjemler dermed tvangsmessig tilbakeholdelse av frivillig innlagte pasienter for en kortere tidsperiode.

Tvangsinnleggelser i psykiatriske institusjoner er hjemlet i lovens paragraf 5. Denne paragrafen gjelder innleggelse av alvorlig sinnslidende etter begjæring fra pårørende eller offentlig myndighet. Overlege ved psykiatrisk institusjon kan beholde pasienten i institusjonen uten tidsbegrensning dersom overlegen finner at minst ett av følgende kriterier er til stede:

- innleggelse er nødvendig for å hindre at pasienten lider overlast (overlastkriteriet) eller
- utsiktene til helbredelse eller vesentlig bedring forspilles utenfor institusjonen (behandlingskriteriet) eller
- pasienten er til vesentlig fare for seg selv eller andre (farlighetskriteriet).

innføringen av ny lov, vil i seg selv kunne bidra til bedre datakvalitet. Det er viktig å sikre at prinsippene for registrering av for eksempel tvangsmiddelbruk blir klare og entydige og basert på en felles forståelse, slik at man unngår store variasjoner i registreringspraksis fra institusjon til institusjon. Dette er en nødvendig forutsetning for å få til lik registreringspraksis landet over. På den måten vil vi som statistikkprodusent kunne lage statistikk som er sammenlignbar både mellom institusjoner og over tid.

1. Utkastet til ny psykiatrilov drøfter hvordan formuleringen i EMK skal forstås, det vil si hvem som kan underlegges tvungent psykiatrisk vern uten at det kommer i konflikt med sentrale menneskerettigheter. Den europeiske menneskerettighetsdomstolen har stilt som krav for at frihetsberøvelse av sinnslidende skal være lovlig; blant annet at den mentale forstyrrelsen må være fastslått av objektiv medisinsk ekspertise og være av en slik art at den gjør frihetsberøvelse berettiget.

2. Regler for dette er gitt i forskrifter av 3. juni 1977 om begrenset adgang til bruk av tvangsmidler og forbud mot korporlig refselse innen psykisk helsevern, helsevernet for psykisk utviklingshemmede og helsevernet for epileptikere.

3. Som mekanisk tvangsmiddel regnes etter forskriften belte, sengebelte, håndrem, fotrem og spesialtrøye. Andre mekaniske tvangsmidler tillates i utgangspunktet ikke brukt, men lerretsdress for pasient som river tøy, spesialhansker for selvbeskadigende pasienter, sengehester for forvirrede pasienter og en del nærmere angitte midler kan brukes etter kriterier oppstilt i forskriften (Ot.prp. nr. 11 1998-99:118).

4. Reinnleggelser ble definert som innleggelser av pasienter som tidligere var blitt behandlet ved psykiatrisk sykehus. I 1964 skjedde en tredjedel av reinnleggelsene i samme år som siste utskrivning.

5. Kommunenes Sentralforbund og Statistisk sentralbyrå gjennomfører et pilotprosjekt for ny organisering av rapportering av statistiske opplysninger fra kommuner og fylkeskommuner til staten, kalt KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering). Prosjektet ble satt i gang i 1994 og etter planen skal KOSTRA være innført i alle landets kommuner og fylkeskommuner i 2001. Prosjektet omfatter nye rutiner for innsamling og tilbakeføring av data.

Litteratur

Hagen, Helge (1992): *Pasienter i psykiatriske institusjoner 1. november 1989,* Trondheim: SINTEF Norsk institutt for sykehusforskning, NIS-rapport 6/92.

Ot.prp. nr. 11 (1998-99): *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykiatriloven).*

Pedersen, Per Bernhard (1999): *De-institusjonaliseringen av psykiatritjenesten i Norge 1950-96. En statistisk dokumentasjon,* Trondheim: SINTEF Unimed NIS helsetjenesteforskning.

Statistisk sentralbyrå (1966): *Psykiatriske sykehus 1964,* NOS XII 189.

Statistisk sentralbyrå (1967): *Sykehusstatistikk 1965,* NOS A 193.

Statistisk sentralbyrå (1967): *Psykiatriske sykehus 1965,* NOS XII 217.

Statistisk sentralbyrå (1982): *Psykiatriske institusjoner 1980,* NOS B 272.

Statistisk sentralbyrå (1986): *Helseinstitusjoner 1985,* NOS B 651.

Statistisk sentralbyrå (1992): *Helseinstitusjoner 1990,* NOS C 13.

St.prp. nr. 63 (1997-98): *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006.*

Vold, Borgny (1999): Psykiatriens historie i Norge, del 1: Den store institusjonsoppbyggingen, Samfunnsspeilet 1, 1999, Statistisk sentralbyrå.

Borgny Vold

(Borgny.Vold@ssb.no) er konsulent i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk.

De fleste eldre vurderer helsa positivt

Elin Skretting Lunde

Helsa svekkes med økende alder, noe som medfører at jo eldre man blir, jo flere sykdommer, lidelser og plager må man leve med i hverdagen. Mye oppleves tyngre enn før, for eksempel å gå i trapper eller å gå en tur. For mange eldre kan svekket helse føre til økt behov for hjelp eller pleie. De fleste eldre vurderer likevel sin egen helsetilstand positivt, og føler ikke at sykdommer eller lidelser har altfor store konsekvenser for hverdagslivet.

I 1995 fortalte 85 prosent av alle eldre (67 år og over) om en eller flere varige sykdommer eller lidelser, mens 70 prosent av de middelaldrende oppgav langvarig sykdom. Drøyt åtte av ti eldre oppgav ett eller flere varige syketilfeller, men mange av disse har liten eller ingen betydning for livskvaliteten. Alt fra høyt blodtrykk og åreknuter til mer alvorlige hjerte- og karsykdommer ligger bak målet for varig sykdom.

Ramme 1. Statistisk sentralbyrås helseundersøkelser
Helseundersøkelsene har hele den hjemmeboende befolkningen som målgruppe. Dette medfører at alle eldre som måtte befinne seg på pleiehjem, aldershjem eller sykehjem ikke har blitt intervjuet. Det er således de friskeste av de eldre, de som bor for seg selv, som har deltatt i helseundersøkelsene. Utvalget ble trukket på personnivå i 1995, i 1985 på husholdsnivå. 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" det vil si personer 80 år og over. I eldreutvalget er det kun trekkpersonen som intervjues, men det blir gjort en fortegnelse over øvrige medlemmer i husholdet. I alt inngår det opplysninger om 3 982 middelaldrende og eldre i Helseundersøkelsen 1995 og 3 698 middelaldrende og eldre i Helseundersøkelsen 1985. Analysene i dette kapitlet er hovedsakelig basert på tall hentet fra Helseundersøkelsen 1995 og der hvor en sammenlikning er mulig, også fra Helseundersøkelsen 1985. Høsten 1998 ble det gjennomført en ny helseundersøkelse. Helseundersøkelsene vil heretter bli en del av de samordnede levekårsundersøkelsene, som vil ha helse som hovedtema hvert tredje eller fjerde år. Data fra 1998 undersøkelsen er ikke med i denne artikkelen. Vi har tatt utgangspunkt i 1995-dataene fordi disse inneholder flere opplysninger om eldre og har et betydelig større utvalg av eldre personer.

Med eldre mener vi i denne artikkelen personer som er 67 år og over, når ikke annet er sagt. I noen sammenhenger er gruppen delt opp i personer 67-79 år og personer 80 år og over, som her blir kalt de eldste eldre. En gruppe som også omtales, er personer 60-66 år, også kalt unge eldre. Disse er altså ikke inkludert når vi omtaler eldre generelt. Mens middelaldrende er satt til personer i alderen 45-59 år. Når sentralitet analyseres, er det basert på bostedskommunene inndelt i fire grupper: Oslo, andre storbyer, andre sentrale kommuner (kommuner som har eller ligger i nærheten av større tettsteder) og perifere kommuner (kommuner som ikke har eller er i nærheten av større tettsteder).

Alle syketilfeller med visse diagnoser blir alltid regnet som varige, mens andre tilfeller er regnet som varige bare dersom de har vart i seks måneder eller mer[1]. Se ramme 2 for mer informasjon.

Antall syketilfeller øker med alderen. Mens 8 prosent av voksne i alderen 25 til 44 år fortalte om fire syketilfeller eller mer i begynnelsen av 14-dagersperioden, gjaldt det 35 prosent av eldre mellom 67 og 79 år og 39 prosent av dem over 80. Bare 11 prosent av de eldste eldre kunne forteller om null syketilfeller.

Flere kvinner har varige sykdommer

Det er en større andel kvinner enn menn som oppgir langvarig sykdom. Dette gjaldt både i 1985 og i 1995. Forskjellen mellom kjønnene er størst blant middelaldrende (45-59 år). Her oppgir henholdsvis 66 prosent av mennene og 75 prosent av kvinnene varig sykdom. Også blant eldre i gruppen 67-79 år er det kjønnsforskjeller, 81 prosent av mennene og 88 prosent av kvinnene forteller om en eller flere varige sykdommer. Kvinnene forteller også om flere syketilfeller enn mennene, 30 prosent av mennene (67-79 år)

Ramme 2. Sykdom og syketilfeller
Registreringen av sykdom bygger på spørsmål om personen har noen sykdom eller lidelse av varig natur, noen virkninger av skade eller noen funksjonshemming. Spørsmålet gjelder sykdom personen har på intervjutidspunktet. Alle syketilfeller som personene oppgir, blir registrert. Syketilfeller ble avgrenset ut fra tre kriteriespørsmål: 1) Om tilstanden er en varig sykdom, medfødt sykdom eller virkninger av skade. 2) Om man har en sykdom, lidelse som inngår i en liste vist frem på kort. 3) Eller om man har en funksjonshemming.

rapporterer om fire eller flere syketilfeller, mens 40 prosent av kvinnene gjør det samme.

For eldre under ett finner vi bare små helseforskjeller mellom de som lever alene og de som lever i parforhold. Det er også små forskjeller mellom de eldre som bor i byer og de som bor på landet. Middelaldrende og unge eldre (60-66 år) med høyere utdanning, har sjeldnere varig sykdom enn de med lavere utdanning[2]. Blant eldre over 67 år er det omtrent like mange med varige sykdommer blant høyt og lavt utdannede.

Ramme 3. Nye metoder i datainnsamlingen
Årsaken til den høye sykelighetsrapporteringen i Helseundersøkelsen 1995 kan i noen grad tilskrives at intervjuene er gjennomført med ny teknologi (CAPI: Computer Assisted Personal Interviewing). I 1985 fylte man ut et papirspørreskjema, mens i 1995 ble alle svarene tastet direkte inn på en PC av intervjueren. En annen medvirkende årsak kan være en endring i listen over de vanligste diagnosene som alle personene som deltar, blir forevist (et "diagnosekort"). I 1995 var denne listen lengre enn i 1985, noe som kan ha medført økt rapportering i 1995 av disse lidelsene.

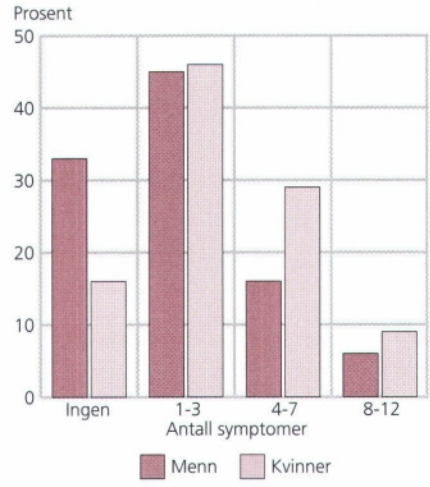
Det var færre som rapporterte om langvarig sykdom i 1985 både blant eldre (77 prosent) og blant middelaldrende (57 prosent). Helseundersøkelsene fra 1985 og 1995 er imidlertid ikke helt sammenliknbare. Derfor kan vi ikke trekke sikre konklusjoner om endringer i forekomsten av langvarig sykdom (se ramme 3).

Mange har lettere psykiske plager – især kvinner

Det er ikke bare kroppslige lidelser som kan påvirke hverdagen, det kan også lidelser av mer psykisk karakter. Både lettere og mer alvorlige psykiske lidelser er såpass utbredte at de kan regnes som en av de store folkesykdommene. Blant eldre mellom 67 og 79 år var en drøy tredel uten noen symptomer på nedsatt mental helse, mens nesten to tredeler hadde minst ett symptom[3]. 6 prosent oppgav 13 eller flere symptomer. Forskjellene mellom aldersgruppene er ikke så store. Blant unge (16-24 år) var det 5 prosent som rapporterte om 13 symptomer eller mer, mens blant voksne (25-44 år) var det 6 prosent.

Eldre over 80 år analyseres for seg, se ramme 4. Blant de eldste var det en av fire som ikke hadde noen symptomer i det hele tatt på redusert psykisk helse, mens 8 prosent hadde mange symptomer (8 til 12). 33 prosent av mennene og 16 prosent av kvinnene hadde ingen symptomer på psykiske plager, mens 6 prosent menn og 9 prosent kvinner sliter med 8 eller flere symptomer. Det er stort sett de lettere psykiske lidelsene man fanger opp med disse spørsmålene, etter-

Figur 1. De eldste eldres (80 år og over) psykiske helse. Andel med ulike symptomer blant kvinner og menn. 1995. Prosent



Kilde: Helseundersøkelsen 1995

som de bare stilles til den delen av befolkningen som bor hjemme.

Depresjon og angst rammer mange, Rådet for psykisk helse har beregnet at rundt 126 000 personer i Norge har alvorlige psykiske lidelser, og at ca. 40 000 av disse lider av senil demens og andre organiske lidelser som stort sett tas hånd om av eldreomsorgen (St.meld. nr. 25 1997). Professor i alderspsykiatri, Knut Engedal, forteller at sannsynligvis sliter 20 prosent av alle eldre med psykiske problemer i større eller mindre grad. Rundt 15 prosent av de eldre har lettere former for depresjon og angst (Engedal 1999).

Det er flere kvinner enn menn som forteller om symptomer på psykiske plager. Dette gjelder for alle aldersgruppene. Blant eldre i alderen 67-79 år er det spesielt symptomene "matthet og svimmelhet", "nervøsitet", "anspenthet" og "lett for å gråte" som går igjen oftere blant kvinner enn blant menn.

Ramme 4. Mål på psykisk helse

Befolkningens psykiske helse blir i Helseundersøkelsen 1995 kartlagt via en samling spørsmål kalt "Hopkins liste". Den omfatter, i denne versjonen, 25 spørsmål om ulike symptomer på psykiske plager. De ti første spørsmålene er utformet for å fange opp angst via spørsmål om for eksempel nervøsitet, opplevelse av plutselig frykt uten grunn og anfall av panikk og angst, mens de 15 neste spørsmålene er utformet for å fange opp depresjon ved å stille spørsmål om man lider av en generell mangel på energi, en følelse av ensomhet, håpløshet eller at alt oppleves som et slit. Siden psykiske plager også kan gi kroppslige utslag i form av blant annet hodepine, skjelving og hjertebank, er disse symptomene innarbeidet i spørsmålslisten.

Alle spørsmålene var plassert på et spørreskjema som den enkelte skulle fylle ut etter at hovedintervjuet var avsluttet. Man skulle svare på om de ulike symptomene som var nevnt i listen hadde medført plager eller besvær i løpet av de siste 14 dagene. Det ble gitt fire ulike svaralternativer: "ikke plaget", "litt plaget", "ganske mye plaget" og "veldig mye plaget". Alle som har svart litt plaget, ganske mye plaget og veldig mye plaget er gruppert sammen. De middelaldrende og eldre opp til 79 år har besvart alle 25 spørsmålene, mens de eldste eldre (80 år og over) har svart på 12 av spørsmålene.

Utdanningsnivået ser ut til å ha liten betydning for hvor mange som oppgir null symptomer, både blant middelaldrende og eldre. For de middelaldrende er det overhode ingen forskjell mellom dem med grunnskole og de som har videregående utdanning, og i aldersgruppen 67-79 år er det ubetydelige forskjeller. Bare blant de aller eldste (80 år og over) finner vi en større andel uten symptomer på psykiske plager blant dem med høy utdanning, men denne forskjellen er ikke statistisk sikker (signifikant). Blant dem som er plaget av mange symptomer, finner vi den største forskjellen hos de middelaldrende, her er det 12 prosent med grunnskole mot 5 prosent med høyere utdanning som rapporterer om 13 eller flere symptomer.

Enten - eller i Oslo

Blant eldre mellom 67 og 79 år er det litt flere enslige som oppgir at de har psykiske plager. For de aller eldste er forskjellene mellom husholdstypene størst. 81 prosent av de enslige og 69 prosent av de som lever i parforhold, oppgav ett eller flere symptomer. Forskjellene jevner seg nesten ut blant dem som oppgir flere enn åtte symptomer.

I Oslo rapporterer eldre mellom 67 og 79 år både oftere om null symptomer (nesten halvparten) og om 13 eller flere symptomer (6 prosent). I perifere strøk er det 36 prosent som oppgir null symptomer, mens 3 prosent har 13 eller flere. For de aller eldste (80 år og over) er imidlertid tendensen motsatt. En større andel i storbyene enn i periferien oppgir at de har mange symptomer på psykiske helseplager. Samtidig er andelen som oppgir null symptomer 21 prosent blant de eldste i periferien og 29 prosent for de som lever i Oslo.

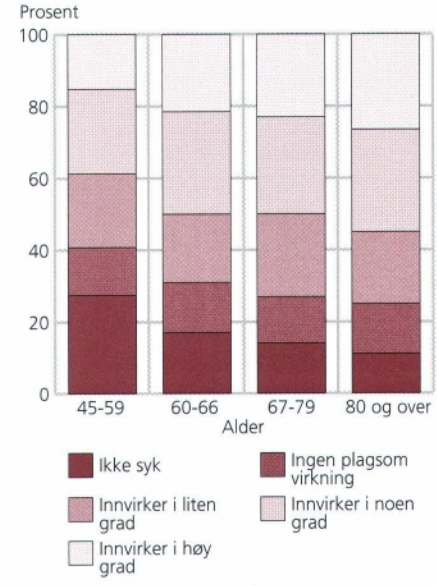
Kvinner plages oftere av sykdommene

Vi har konstatert at de aller fleste eldre har ett eller flere varige syketilfeller. Hvordan virker disse syketilfellene inn på hverdagen deres? En av fire eldre har sykdommer som gir store konsekvenser i hverdagen, for eksempel i form av smerter, angst eller aktivitetsbegrensninger, mens 35 prosent føler at sykdommene deres har liten eller ingen innvirkning på hverdagslivet.

Av eldre over 67 år er det 27 prosent som forteller at syketilfellene innvirker i en viss grad på hverdagslivet deres, mens 24 prosent hevder at sykdom innvirker i høy grad. Blant middelaldrende er det 33 prosent som har små eller ingen plagsomme virkninger av sykdom, mens det er en klart lavere andel middelaldrende (15 prosent) som har mye plager. I gruppen 80 år og eldre forteller over halvparten[4] at de har sykdom som i noen eller høy grad påvirker livet deres.

Det er relativt sett noen flere kvinner enn menn som rapporterer om plagsomme virkninger av sykdom i hverdagen. For eldre 67 år og over er det 46 prosent menn og 55 prosent kvinner som forteller at sykdom har innvirkning på hverdagen deres i noen eller høy grad.

Figur 2. Sykdoms innvirkning på hverdagen i ulike aldersgrupper. 1995. Prosent



Kilde: Helseundersøkelsen 1995

Innenfor gruppene middelaldrende og unge eldre er det litt flere enslige enn samboende og gifte som rapporterer at sykdom påvirker hverdagen i høy grad, men denne forskjellen er ikke statistisk sikker. Blant middelaldrende mellom 45 og 59 år er det 21 prosent av dem med lav utdanning mot 9 prosent av dem med høy utdanning som forteller om syketilfeller som i høy grad virker inn på hverdagen deres. Blant eldre over 67 år finner vi ingen tilsvarende forskjell mellom dem med høy og lav utdanning; heller ikke mellom eldre som bor i Oslo og de som bor i periferien.

Spørsmålet om hvordan sykdom virker inn på den enkeltes hverdagsliv ble ikke stilt i 1985, slik at alle tallene er hentet fra 1995-undersøkelsen.

Flere eldre er rørlige

Mange eldre er betydelig mindre rørlige enn de var i yngre år. Økt alder gir nedsatt funksjonsevne for mange, i form av bevegelseshemming, nedsatt syn eller nedsatt hørsel. Det er spesielt bevegelsesevnen som er nedsatt, det vil si at eldre ofte har problemer med å gå i trapper eller å gå en kort tur. 21 prosent av de eldste eldre har problemer med nedsatt hørsel, mens 15 prosent forteller om svekket syn.

Det er først etter fylte 67 år at vi kan se en markant økning i andelen personer som har nedsatt funksjonsevne, og problemene er størst blant de eldste eldre. 6 prosent av middelaldrende og 11 prosent av unge eldre (60-66 år), oppgir at de har nedsatt funksjonsevne. Andelen som er plaget med redusert funksjonsevne øker til 27 prosent for gruppen 67-79 år. Til sammenlikning har over halvparten (51 prosent) av eldre over 80 år problemer. Andelen eldre som rapporterte funksjonsproblemer gikk ned i tiårsperioden fra 1985 til 1995. I 1995 rapporterte 34 prosent av eldre over 67 år om nedsatt funksjonsevne, mot 46 prosent i 1985. Bedringen i funksjonsevnen fra 1985 til 1995 skyldes i hovedsak at færre rapporterte om nedsatt bevegelsesevne. Selv om det var noe ulik spørsmålsstilling i de to undersøkelsene angående det å kunne gå en kort tur (se ramme 5), tyder tallene på at eldre var mer rørlige i 1995 enn ti år tidligere.

Kvinner er i større grad enn menn plaget av nedsatt funksjonsevne, henholdsvis 39 prosent kvinner mot 28 prosent menn i 1995. Kvinner har først og fremst større problemer enn menn med å kunne gå i trapper eller kunne gå en kortere tur. Dette mønsteret gjenfinnes også i 1985-undersøkelsen.

Det er flere enslige enn par som forteller om nedsatt funksjonsevne. Dette har forandret seg siden 1985, hvor forskjellene var betydelig mindre mellom gruppene. Det er også flere eldre med lav utdanning enn med høy utdanning som har funksjonsproblemer. For aldersgruppen 67-79 år er det 30 prosent med lav utdanning, mot 18 prosent med høy, som har problemer. I 1985 var forskjellene mellom de ulike utdanningskategoriene større enn i 1995, hvor henholdsvis 46 prosent med grunnskole og 19 prosent med universitet og høgskole rapporterte om nedsatt funksjonsevne.

For eldre (67 år og over) er det relativt sett litt færre Osloboere enn andre som rapporterer om nedsatt hørsel. 17 prosent av eldre som bor i periferien opplyser om nedsatt hørsel, 12 prosent i storbyene og 13 prosent i sentrale kommuner, mot bare 6 prosent av Osloboerne. Andelen bevegelseshemmede og svaksynte er forholdsvis jevnt geografisk fordelt.

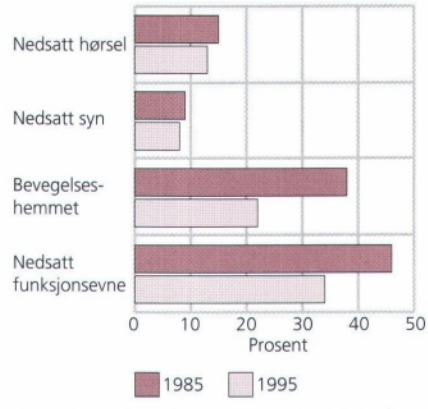
Mange trenger hjelp til daglige gjøremål

Mange eldre med nedsatt bevegelsesevne, eller som ser eller hører dårlig, har problemer med å klare

Ramme 5. Mål på nedsatt funksjonsevne

Personer med nedsatt bevegelsesevne er de som har svart at de ikke kan gå i trapper (opp og ned en etasje uten å hvile) og/eller ikke kan gå en tur på 200 meter uten vansker eller uten å stoppe. I 1985 er det spurt om man kan gå i trapper, opp og ned, uten vansker og/eller om man kan gå en fem minutters tur i noenlunde raskt tempo uten vansker. Alle har blitt spurt om de kan, eventuelt med bruk av høreapparat, høre hva som blir sagt i en normal samtale med minst to andre. De som svarer nei har nedsatt hørsel. Syn har blitt målt etter om vedkommende uten vansker, eventuelt med bruk av briller, kan se vanlig tekst i aviser.

Figur 3. Andel eldre 67 år og over med nedsatt funksjonsevne. 1985 og 1995. Prosent



Kilde: Helseundersøkelsene 1985 og 1995

daglige gjøremål uten hjelp, for eksempel innkjøp av dagligvarer eller rengjøring av egen bolig. I 1995 var det 31 prosent av de eldre over 67 år som oppgav at de var hjelpetrengende. Det var 20 prosent som ikke kunne klare å få gjort innkjøp uten hjelp av andre, mens 28 prosent ikke klarte å rengjøre boligen sin alene. Som nevnt, er det bare eldre som klarer å bo for seg selv som har blitt intervjuet.

Enkelte eldre trenger også hjelp blant annet til å stelle seg selv, og er med andre ord pleietrengende. 2 prosent av middelaldrende og 6 prosent av eldre mellom 67 og 79 år har vansker med daglig personlig hygiene eller av- og påkledning. Det er de eldste eldre (80 år og over) som trenger mest hjelp. Her er det 14 prosent av dem som bor hjemme som er pleietrengende og 52 prosent som trenger hjelp til daglige gjøremål.

Høyt utdannede klarer seg oftere selv

Det var bare små forandringer fra 1985 til 1995 i andelen med hjelpe- eller pleiebehov. For de eldste eldre holdt andelen som trenger hjelp til dagliglivets gjøremål, seg stabil i tiårsperioden. Andelen som trenger pleie økte i samme periode, men denne økningen er ikke signifikant.

Det er flere kvinner enn menn som har behov for hjelp, henholdsvis 28 og 14 prosent i aldersgruppen 67-79 år. For de eldste eldre er 45 prosent av mennene og 56 prosent av kvinnene hjelpetrengende. Det er også flere kvinner enn menn fra 45-årsalderen og oppover som er pleietrengende. Forskjellene er størst i de yngste aldersgruppene, og jevnes ut med økende alder. Eldre med høy utdanning oppgir mindre behov for hjelp og pleie enn eldre med lav utdanning. Mens 36 prosent av eldre over 67 år med grunnskole som høyeste utdanning er hjelpetrengende, så gjelder dette bare 14 prosent av dem med høyere utdanning. I Oslo er det en litt større andel eldre (over 67 år) som oppgir at de er hjelpetrengende (35 prosent) og pleietrengende (13 prosent) enn i landet for øvrig. Eldre bosatt i storbyene (utenom Oslo) er de "sprekeste" med 29 prosent hjelpetrengende og 8 prosent pleietrengende.

Ramme 6. Definisjon av begrepene hjelpetrengende og pleietrengende

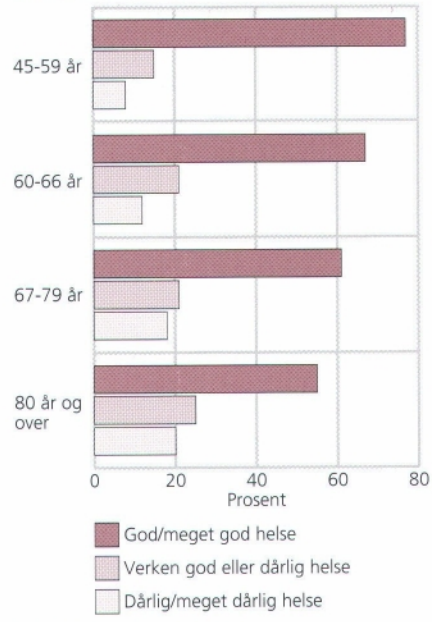
Hjelpetrengende omfatter personer som har svart "nei" på spørsmålet om de uten hjelp av andre kan klare innkjøp av dagligvarer eller rengjøring av boligen.

Pleietrengende omfatter personer som har svart "med noe vanskelighet" eller "bare med hjelp av andre" på spørsmålet om de kan kle av/på seg selv eller om de kan klare daglig personlig hygiene.

De fleste er rimelig fornøyde med egen helse

Alle deltakerne i helseundersøkelsene 1985 og 1995 ble spurt om hvordan de vurderte sin egen helse sånn i alminnelighet[5]. Selv om så mange som 85 prosent av dem som var 67 år eller eldre i 1995 rapporterte om alvorlige eller mindre alvorlige sykdommer og plager, vurderte hele 58 prosent sin egen helse som god eller meget god, 23 prosent vurderte helsa som verken god eller dårlig, mens bare 19 prosent opplevde helsa som dårlig. Det er bare små endringer å finne i forhold til helseundersøkelsen fra 1985. Den gang var det litt flere eldre som mente helsa var verken god eller dårlig, 29 prosent, mens det var noen færre i 1985 som rapporterte om dårlig helse, ca. 14 prosent.

Figur 4. Vurdering av egen helse i ulike aldersgrupper. 1995. Prosent



Kilde: Helseundersøkelsen 1995

Det er flere, men likevel overraskende få, av de aller eldste (over 80 år) som opplever helsa som dårlig eller meget dårlig. Blant middelaldrende var det 8 prosent som rapporterte om dårlig helse, mens 20 prosent av de eldste eldre følte at helsa var skral.

Hvorfor er det så få blant de eldste eldre som føler at helsa er dårlig, når så vidt mange av dem har ulike sykdommer og lidelser? En del av de rapporterte lidelsene er relativt ufarlige, som eksem, allergier og for høyt blodtrykk. Ved hjelp av medisiner kan mange av sykdommene holdes i sjakk, og påvirker dermed ikke hverdagen i vesentlig grad. Men når 27 prosent av dem oppgav at de hadde sykdom som påvirket hverdagen i "høy grad", skulle vi vel vente at flere enn 20

prosent følte at helsa var dårlig. En mulig forklaring på dette er at man ikke forventer å ha perfekt helse når man har levd så lenge som i 80 år eller mer. Lavere forventninger kan medføre at flere eldre opplever helsa som god, på tross av plager. Vi må heller ikke glemme at alle som befinner seg på sykehus, sykehjem eller aldershjem er utelatt fra undersøkelsen. Det er dermed de friskeste av de eldre som blir beskrevet her.

Flere menn enn kvinner opplever sin egen helse som god. Av eldre over 67 år var det i 1995 63 prosent menn mot 54 prosent kvinner som opplevde sin egen helse som god eller meget god. Forskjellen mellom kjønnene er omtrent den samme som i 1985-undersøkelsen.

Blant middelaldrende og unge eldre er det vanligere å oppleve helsa som god eller meget god hvis man lever i et parforhold, enn hvis man lever alene. Slik var det også i 1985. Men blant eldre mellom 67 og 79 år er det ingen slik forskjell mellom enslige og de som lever i parforhold, i begge grupper oppgir 62 prosent god eller meget god helse. Blant de aller eldste er det heller ingen forskjell av betydning, bare 1 prosentpoeng skiller de enslige fra parene. En mulig forklaring er at eldre som lever i parforhold oftere kan fortsette å bo hjemme til tross for helseplager, ettersom mange får hjelp og pleie av partneren. Flere av de enslige som opplever å ha dårlig helse, bor antakelig på institusjon, og er derfor ikke spurt i helseundersøkelsen.

Eldre med høy utdanning opplever i større grad enn de med lav utdanning at deres egen helse er god. Mens 82 prosent av 67-79-åringene med høyere utdanning føler at helsa er god, er det bare 53 prosent av de eldre med utdanning på grunnskolenivå som mener det samme. I 1985 var det 74 prosent av de med høy utdanning som vurderte helsa som god, mot 51 prosent av dem med utdanning på grunnskolenivå.

Blant unge eldre (60-66 år) som lever i utkantstrøk oppgir 58 prosent at de har god helse, mot 78 prosent av beboerne i hovedstaden i samme aldersgruppe. Blant middelaldrende og de over pensjonsalderen er det bare små forskjeller å finne mellom de ulike regioner. Liknende forskjeller mellom «by og land» blant unge eldre finner vi også i helseundersøkelsen fra 1985. Den gangen var det også litt større forskjeller mellom by og land blant eldre over 67 år. Blant Osloboerne i denne aldersgruppen mente 60 prosent at de hadde god eller meget god helse, mens dette bare gjaldt 52 prosent av de eldre i resten av landet.

1. Syketilfellene er kodet med tre sifre etter Standard for gruppering av sykdommer, skader og dødsårsaker og er basert på International Classification of Deseases rev. 8 (ICD-8) i 1985-undersøkelsen og på rev. 9 (ICD-9) i 1995.

2. Utdanningsnivået til personene i utvalget er kategorisert ut fra høyeste utdanningsnivå i husholdet.

3. De personer som har svart litt plaget, ganske mye plaget og veldig mye plaget på ett eller flere av de 25 symptomene som er presentert i Hopkins liste.

4. Av eldre 80 år og over var det 11 prosent som ikke hadde noen sykdommer, 14 prosent som mente sykdom ikke medførte noen problemer i hverdagen og 20 prosent som mente at sykdom bare i liten grad påvirket hverdagslivet deres.

5. Det var følgende svarkategorier: meget god, god, verken god eller dårlig, dårlig eller meget dårlig helse. I det følgende benyttes en tredeling hvor meget god helse og god helse og meget dårlig helse og dårlig helse er slått sammen.

Litteratur

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

Engedal, Knut (1999): "Depresjon rammer mange eldre - men det er god hjelp å få". I Helsenytt- for alle 1999 (http://www.helsenytt.no/artikler/depresjon_eldre.htm).

Statistisk sentralbyrå (1999): *Helseundersøkelsen 1995,* Norges offisielle statistikk.

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

St.meld. nr. 25 (1997): *Åpenhet og helhet, om psykiske lidelser og tjenestetilbudene,* Sosial og helsedepartementet.

Wikholm, Stine og Astri Hildrum (1997): *Helseundersøkelsen 1995. Dokumentasjon og frekvensfordelinger,* NSD rapporter 111, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Elin Skretting Lunde
(Elin.Skretting.Lunde@ssb.no) er konsulent i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk.

Eldre dør oftere av kreft

Elin Skretting Lunde

Eldre i Norge har høyere forventet levealder enn eldre de fleste andre steder i verden, med kvinnene på topp. I dag er hjerte- og karsykdommer den vanligste sykdomsgruppen blant eldre, og det er også den vanligste dødsårsaken. Antallet døde på grunn av hjerte- og karlidelser har imidlertid sunket de siste tiårene, mens antallet døde på grunn av kreft har økt i den samme perioden.

Den norske befolkningen er blant den eldste i verden, og i løpet av det siste århundret har vi nesten fordoblet antallet innbyggere. Ved inngangen til 2000 var vi nærmere 4,5 millioner mennesker her i landet. Andelen personer over 80 år har steget jevnt de siste 20 årene og utgjør nå 4,3 prosent av befolkningen. Kvinner lever fremdeles lenger enn menn. Derfor er to av tre personer over 80 år kvinner.

Med eldre mener vi i denne artikkelen personer som er 67 år og over, når ikke annet er sagt. I noen sammenhenger er gruppen delt opp i personer 67-79 år og personer 80 år og over, som her blir kalt de *eldste eldre*. En gruppe som også omtales er personer 60-66 år, også kalt *unge eldre*. Disse er altså ikke inkludert når vi omtaler eldre generelt. Mens middelaldrende er satt til personer i alderen 45 til 59 år. Når sentralitet analyseres, er det basert på bostedskommunene inndelt i fire grupper: *Oslo, andre storbyer, andre sentrale kommuner* (kommuner som har eller ligger i nærheten av større tettsteder) og *perifere kommuner* (kommuner som ikke har eller er i nærheten av større tettsteder).

En nyfødt gutt hadde i 1998[1] en forventet levealder på 75,5 år, mens den var 81,3 år for en nyfødt jente. Tallene er for begge kjønn de høyeste som noen gang er beregnet i Norge. På grunn av den høye spedbarns- og barnedødeligheten, var forventet levealder mye lavere da dagens eldre kom til verden. For eksempel var forventet levealder for nyfødte i perioden 1916-1920 54,5 år for menn og 57,8 år for kvinner.

Hvor gamle kan dagens eldre forvente å bli? En person som har fylt 60 år[2] kan forvente å bli 79,6 år om det er en mann og 83,9 år om det er en kvinne. En 70 år gammel mann kan forvente å bli 82,2 år mens en kvinne kan forvente å bli 85,6 år. For dem som har rukket å bli 80 år, kan mennene regne med å leve 6,8 år til og kvinnene kan forvente å bli 8,6 år eldre, gitt at dødelighetsratene holder seg stabile.

Ramme 1. Statistisk sentralbyrås helseundersøkelser

Helseundersøkelsene har hele den *hjemmeboende* befolkningen som målgruppe. Dette medfører at alle eldre som måtte befinne seg på pleiehjem, aldershjem eller sykehjem ikke har blitt intervjuet. Det er således de friskeste av de eldre, de som bor for seg selv, som har deltatt i helseundersøkelsene. Utvalget ble trukket på personnivå i 1995, i 1985 på husholdsnivå. 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 de "eldste eldre" det vil si personer 80 år og over. I eldreutvalget er det kun trekkpersonen som intervjues, men det blir gjort en fortegnelse over øvrige medlemmer i husholdet. I alt inngår det opplysninger om 3 982 middelaldrende og eldre i Helseundersøkelsen 1995 og 3 698 middelaldrende og eldre i Helseundersøkelsen 1985. Analysene i dette kapitlet er hovedsakelig basert på tall hentet fra Helseundersøkelsen 1995 og der hvor en sammenlikning er mulig, også fra Helseundersøkelsen 1985. Høsten 1998 ble det gjennomført en ny helseundersøkelse. Helseundersøkelsene vil heretter bli en del av *de samordnede levekårsundersøkelsene*, som vil ha helse som hovedtema hvert tredje eller fjerde år. Data fra 1998-undersøkelsen er ikke med i denne artikkelen. Vi har tatt utgangspunkt i 1995-dataene fordi disse inneholder flere opplysninger om eldre og har et betydelig større utvalg av eldre personer.

De vanligste sykdommene

De tre største sykdomsgruppene for eldre over 67 år er hjerte- og

Tabell 1: Andel eldre 67 og over med varige sykdommer klassifisert i sykdomsgrupper, etter ICD-8 i 1985 og ICD-9 i 1995. Prosent

	1985	1995
Alle sykdomsgrupper	76	86
Nervøse lidelser	11	11
Sykdommer i nervesystemet	3	5
Øye/øresykdommer	13	38
Hjerte-/karsykdommer	39	47
Sydommer i åndedrettsorganene[1]	7	15
Magesår/magekatarr o.l.	3	7
Andre sykdommer i fordøyelses-organene	6	10
Sykdommer i urin og kjønns-organene	5	11
Sykdommer i hud/underhud[1]	6	7
Sykdommer i skjelett-/muskel-systemet	26	44
Andre sykdommer	17	26
Skader	6	8
Tallet på personer som svarte	1 415	1 601

[1] En stor gruppe som omfatter allergi (uten nærmere spesifikasjon 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 1985 og 1995

karlidelser, sykdommer i skjelett- og muskelsystemet og øye-/øresykdommer.

Blant eldre over 67 år er det nesten fem av ti som oppgir hjerte- og karsykdommer, mens 44 prosent forteller om sykdommer forbundet med muskel og skjelett. Det er 28 prosent i aldersgruppen 67 til 79 år som lider av sykdommer i øye eller øreregionen, mens dette øker til 48 prosent for de over 80 år. Videre har 15 prosent av de eldre over 67 år ulike typer lidelser knyttet til åndedrettsorganene.

I 1985-undersøkelsen var det færre eldre som hadde åndedrettssykdommer enn i 1995, men siden klassifikasjonsstandarden har blitt endret, vet vi ikke om økningen som kan spores i tallene fra 1995, er reelle. I 1985 var det blant eldre over 67 år 39 prosent som hadde hjerte- og karsykdommer, mens 26 prosent hadde sykdommer i skjelett-/muskelsystemet. 13 prosent fortalte om sykdom i øye/øre, mens 7 prosent led av sykdom i åndedrettsorganene. For mange av sykdomsgruppene kan vi se en forholdsvis stor økning i tiårsperioden, men på grunn av endringer i innsamlingsmetoden i helseundersøkelsen, vet vi ikke om økningen er så stor som tabellen indikerer. I 1985 fylte intervjueren ut et papirspørreskjema, mens i 1995 ble alle svarene tastet direkte inn på en bærbar PC. En annen medvirkende årsak kan være endringen i diagnoselisten (en liste over de vanligste sykdommene) som alle personene som deltok ble forevist. I 1995 var denne listen lenger enn i 1985. Dette kan ha ført til økt rapportering av disse lidelsene.

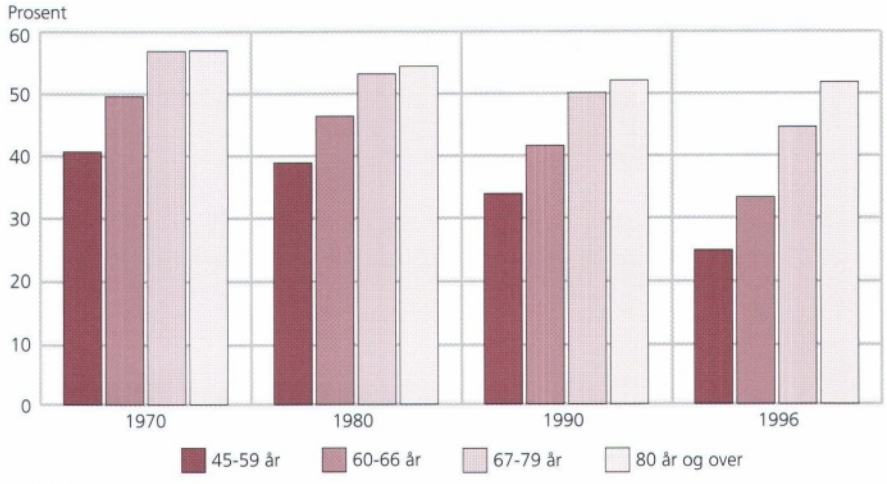
Eldre menn og kvinner hadde i 1995 omtrent like stor grad av hjerte- og karsykdommer, henholdsvis 42 og 45 prosent i alderen 67-79 år. Dette mønsteret finner vi også blant de eldste, hvor andelen med hjertesykdom har økt til rundt 50 prosent. Det er en høyere andel kvinner enn menn i de eldste aldersgruppene som har skjelett- og muskelsykdommer. 31 prosent av mennene og 46 prosent av kvinnene over 80 år var plaget med slike sykdommer i 1995. Når det gjelder magesår, magekatarr og liknende er dette jevnt fordelt i aldersgruppen 67-79 år, mens blant de over 80 er det 12 prosent menn, mot 5 prosent kvinner.

Flest dør av hjerte- og karsykdommer og kreft

Det er hjerte- og karsykdommer som forårsaker flest dødsfall blant eldre i Norge. For middelaldrende er det derimot kreftsykdommer som er vanligste dødsårsak[3]. Blant eldre har det vært en gradvis nedgang i antallet døde av hjerte- og karsykdommer, mens antallet døde av kreft har økt.

57 prosent av alle dødsfallene blant de eldste eldre (80 år og over) skyldtes hjerte- og karsykdommer i 1970. Tilsvarende tall for 1996 var 52 prosent, det vil si en nedgang på 5 prosentpoeng. Mens bortimot 20

Figur 1. Andel døde i befolkningen av hjerte- og karsykdommer i ulike aldersgrupper 1970, 1980, 1990 og 1996. Prosent



Kilde: Dødsårsaksregisteret

Ramme 2. Dødsårsaksstatistikken

Dødsårsaksstatistikken omfatter alle personer som var bosatt i Norge på dødstidspunktet, uavhengig av om dødsfallet fant sted i eller utenfor landets grenser. Mens helseundersøkelsene bare omfatter de som bor utenfor institusjon, omfatter dødsårsaksstatistikken også institusjonsbeboerne. Statistikken viser den underliggende årsaken til død.

Den underliggende dødsårsaken er definert som:

- Den sykdommen eller skaden som startet rekken av de sykelige tilstandene som ledet direkte til døden, eller
- de ytre omstendighetene ved den ulykken eller voldshandlingen som var årsaken til den dødelige skaden.

Ved kreftdødsfall med spredning registreres primærkreft som underliggende dødsårsak.

prosent av dødsfallene blant eldre (67-79 år) skyldtes kreft i 1970, hadde andelen økt med 11 prosentpoeng til 31 prosent i 1996. Også blant de aller eldste har det vært en økning i andelen dødsfall på grunn av kreft, om enn ikke så sterk som blant de yngre. I 1996 skyldtes nærmere 15 prosent av dødsfallene blant landets eldste (80 år og over) kreft, mot om lag 11 prosent i 1970. Likevel er det de middelaldrende (45-59 år) som har opplevd den største økningen i dødsfall som skyldes ondartede svulster. Her har andelen døde på grunn av kreft steget fra i overkant av 30 prosent av alle dødsfall i 1970 til nærmere 43 prosent i 1996. Det er en økning på over 12 prosentpoeng i løpet av 26-årsperioden.

Sykdommer i åndedrettsorganene, det vil si ulike lungesykdommer, står for nær 8 prosent av alle dødsfallene blant eldre mellom 67 og 79 år, og mellom 11 og 12 prosent av dødsfallene blant dem som er enda eldre. Det har bare vært små endringer i andelen dødsfall på grunn av sykdommer i åndedrettsorganene i løpet av perioden 1970-1996.

Fallulykkene er vanligst

Det er ikke bare sykdommer som medfører dødsfall. Mange mennesker dør hvert år på grunn av ulykker[4]. Blant eldre er fall vanligste årsak til ulykkesdød. I 1996 døde 623 av de eldste eldre etter fallulykker, det utgjør knapt 3 prosent av alle dødsfall. Blant eldre mellom 67 og 79 år døde 173 (1,2 prosent av dødsfallene) på grunn av fall. De fleste fallulykkene resulterer i et lårhalsbrudd, med påfølgende komplikasjoner.

I 1996 ble det registret totalt 517 selvmord i Norge, det gir en rate på 11,8 per 100 000 innbyggere. Selvmordsraten var for 70-79-åringer 16,4 og for de over 80 år 11,2. Den høyeste raten finner vi blant de unge i alderen 20-29 år med 16,5 selvmord per 100 000 innbyggere. Det var 73 personer som begikk selvmord blant eldre i aldersgruppen 67-79 år, mens 20 personer blant de aller eldste tok sitt eget liv. Dette utgjør henholdsvis 0,5 og 0,1 prosent av dødsfallene i disse aldersgruppene.

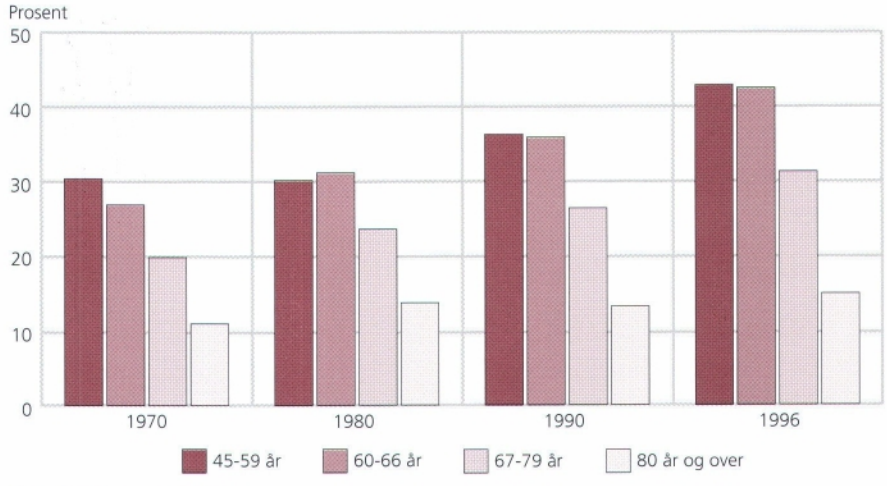
Eldre kvinner dør oftere av hjerte- og karsykdommer

Menn og kvinner er forskjellige, ikke bare med hensyn til hvor lenge de lever, men også hva de dør av. Blant middelaldrende og unge eldre er det langt flere kvinner enn menn som har ondartede svulster som dødsårsak. Blant eldre i aldersgruppen 67-79 år er det omtrent like mange menn og kvinner som dør på grunn av kreft, mens det blant de aller eldste er noen flere menn enn kvinner som dør av denne sykdommen.

Mønsteret er annerledes for hjerte- og karsykdommer. Spesielt i de yngre aldersgruppene er det flere menn enn kvinner som dør av disse sykdommene. Dette snur blant de aller eldste, hvor hjerte- og karsykdommer er en litt vanligere dødsårsak blant kvinner enn blant menn.

For de middelaldrende og unge eldre er det en noe høyere andel kvinner enn menn som dør på grunn av sykdommer i åndedrettsorganene. Blant eldre mellom 67 og 79 år er det små kjønnsforskjeller, mens det er en noe høyere andel menn enn kvinner som har sykdom i åndedrettsorganene som dødsårsak blant de aller eldste. Ser vi på

Figur 2. Andel døde i befolkningen av kreft i ulike aldersgrupper. 1970, 1980, 1990 og 1996. Prosent



Kilde: Dødsårsaksregisteret

dødsfall på grunn av ulykker, finner vi den største kjønnsforskjellen i aldersgruppen 45 til 59 år. Det er dobbelt så mange menn som kvinner som dør etter en ulykke (6,8 prosent blant menn og 3,3 prosent blant kvinner). Fallulykker forårsaker flest ulykkesdødsfall blant de aller eldste, og det er flere kvinner enn menn som dør etter et fall, henholdsvis 398 kvinner og 225 menn i 1996. Mens i aldersgruppen 67 til 79 år er denne typen ulykker forholdsvis jevnt fordelt mellom kjønnene. Det er langt flere menn enn kvinner (i alle aldre) som begår selvmord. I 1996 var det 27,1 menn per 100 000 innbyggere over 80 år som tok livet av seg, mens tallet for kvinner var på 3,4. Denne kjønnsforskjellen er stabil over tid. Den høyeste selvmordsraten finner vi blant menn i aldersgruppen 70-79 år, med 31,3 selvmord per 100 000 innbyggere. Til sammenlikning er raten 27,3 for 20-29 åringer og 20,1 for 30-39 åringer.

Redusert hjerte- og kardødelighet

Det har vært en positiv utvikling i dødeligheten av hjerte- og karsykdommer for både kvinner og menn de siste tiårene. Langt færre mennesker dør på grunn av denne typen sykdommer i dag enn tidlig på 1950-tallet. For menn over 40 år[5] økte antallet som døde av hjerte- og karsykdommer fram til begynnelsen av 1970-tallet, for så å vise en klar nedgang etter det. For kvinner kom denne nedgangen tidligere. I tidsperioden 1966-1970 begynte antallet dødsfall på grunn av hjerte- og karlidelser å synke, spesielt for de eldste kvinnene. I aldersgruppen 60-69 år gikk antallet menn som døde av hjerte- og karsykdommer ned fra litt over 1 300 døde per 100 000 innbyggere på begynnelsen av 1970-tallet til 753 i 1996. Blant kvinner i samme aldersgruppe ble dødeligheten mer enn halvert fra tidlig på 1960-tallet til 1996 (fra 688 til 255 døde per 100 000 innbyggere). For de eldste mennene økte antallet dødsfall på grunn av hjerte- og karsykdommer fra 1950-tallet til 1960-tallet, før nivået begynte å synke. I perioden 1991-1995 har antallet[6] døde av denne typen sykdommer stabilisert seg på drøyt 7 200 dødsfall per 100 000.

For kvinner i samme aldersgruppe lå antallet dødsfall på over 7 700 i perioden 1951-1955. Dette tallet var høyere for kvinner enn for menn på 1950-tallet, men i perioden 1961-1965 endret det seg i kvinnenes favør. Siden den gang har flere menn enn kvinner dødd av hjerte- og karsykdommer. I 1996 var det litt under 5 800 kvinner per 100 000 innbyggere som døde av denne typen sykdommer i den eldste aldersgruppen.

Flere ondartede svulster blant eldre menn

Antall personer som dør på grunn av kreft, har økt blant menn de siste 40-50 årene, mens mønsteret har holdt seg forholdsvis stabilt blant kvinner. Tidlig på 1950-tallet var det blant de eldste mennene (80 år og over) i gjennomsnitt 1 762 per 100 000 innbyggere som døde på grunn av ondartede svulster. Dette tallet har steget jevnt siden slutten av 1950-tallet, og har i femårsperioden 1991-1995 plassert seg på 2 678 personer per 100 000 innbyggere. Utviklingen er annerledes for de eldste kvinnene, hvor antallet døde har holdt seg noenlunde stabilt i den samme perioden mellom ca. 1 200 og 1 400 døde per 100 000 innbyggere. I 1991-1995 lå antallet kvinner (over 80 år) som døde av kreft på 1 315 per 100 000 innbyggere. Mens blant kvinnene i aldersgruppen 70-79 år har antallet døde på grunn av kreft variert mellom 856 og 732[7] per 100 000 innbyggere.

Antallet døde var høyest i perioden 1951-1955 og lavest i 1971-1975. I femårsperioden 1991-1995 lå raten på 760.

1. Tallene om forventet levealder er beregnet av Seksjon for befolknings- og utdanningsstatistikk.

2. Forventet gjenstående levetid for personer som fylte 60 år i 1998.

3. Statistisk sentralbyrås nyeste statistikk over dødsårsaker er fra 1996, men dette er stabile mønstre.

4. Dødsfall som skyldes ulykker, drap eller selvmord betegnes som "voldsomme dødsfall" i statistikken.

5. Dette datamaterialet er delt inn i aldersgrupper på ti år, for eksempel 40-49, 50-59.

6. Årsgjennomsnitt for femårsperioden.

7. Årsgjennomsnitt for femårsperioden.

Litteratur

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

Statistisk sentralbyrå (2000): *Dødsårsaksstatistikken 1996*, Norges offisielle statistikk.

Statistisk sentralbyrå (1999): *Helseundersøkelsen 1995*, Norges offisielle statistikk.

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

Wikholm, Stine og Astri Hildrum, (1997): *Helseundersøkelsen 1995. Dokumentasjon og frekvensfordelinger*, NSD rapporter 111, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Elin Skretting Lunde
(Elin.Skretting.Lunde@ssb.no) er konsulent i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk.

Selvmord blant unge

Lars Mehlum, Karsten Hytten og Finn Gjertsen

Dødeligheten av selvmord blant unge i Norge økte relativt kraftig fra begynnelsen av 1970-årene til begynnelsen av 1990-årene. Økningen skjedde i hovedsak blant unge menn (15-24 år) og selvmordsraten var 2,5 ganger høyere i slutten av 20-årsperioden sammenlignet med begynnelsen. På 1970-tallet hadde unge i Oslo høyest selvmordsrate. Økningen har imidlertid skjedd i andre deler av landet, men fortsatt er nivået lavest blant unge på Vestlandet, og Bergen har lavere ratetall enn Oslo og Trondheim.

Gjennom de siste tiårene har de fleste vestlige industrialiserte land observert en vesentlig økning i forekomsten av selvmord blant ungdom og unge voksne. I flere land er selvmord nå den andre eller tredje viktigste dødsårsaken i disse aldersgruppene (Vaillant 1990). Selvmordstallene i Norge har vært relativt lave sammenlignet med andre land. Dette gjaldt også i forhold til nabolandene Danmark og Sverige, som ligner oss både demografisk, sosioøkonomisk og kulturelt (WHO 1993, Retterstøl 1992).

I de siste tiårene har imidlertid selvmordstallene økt relativt kraftig i Norge (Retterstøl 1993). Den økte forekomsten har vært særlig sterk blant menn i yngre aldersgrupper, og for unge er selvmordstallene nå høyere i Norge enn i de andre nordiske land med unntak for Finland og Grønland (Hytten, Mehlum og Gjertsen 1995). Denne situasjonen har ført til en økt innsats i forskning og forebyggende tiltak, og Norge var tidlig ute med et nasjonalt program for forebygging av selvmord (Retterstøl 1995).

Materialer og metoder

Alle dødsattester sendes til Statistisk sentralbyrå, hvor en spesialtrenet gruppe tolker og koder dødsårsaker i henhold til den internasjonale sykdomsklassifikasjonen og retningslinjer fastsatt av Verdens helseorganisasjon (WHO 1967, 1977). Denne artikkelen bygger på nasjonal dødsårsaksstatistikk fra 1973 til 1994 for barn, ungdom og unge voksne under 25 år. I perioden var ingen selvmord registrert for barn under 10 år, og alle analyser er derfor utført på aldersgruppen 10-24 år.

Selvmordsraten (antall selvmord per 100 000 innbyggere) ble beregnet for kvinner og menn innenfor hvert år i perioden 1973 til 1994. I tillegg ble selvmordsrater beregnet for aldersgruppene 15-19 og 20-24 år for begge kjønn innenfor fire tidsperioder: 1973-1977, 1978-1982, 1983-1988 og 1989-1994.

Landets kommuner ble gruppert i fire nivåer ut fra sentralitet og innbyggertall:

Nivå 3-kommuner har et senter med mer enn 50 000 innbyggere, eller ligger innenfor 75 minutters reisetid (på bakken) fra et slikt senter.

Nivå 2-kommuner har et senter med mellom 10 000 og 50 000 innbyggere, eller ligger innenfor 60 minutters reisetid fra et slikt senter.

Nivå 1-kommuner har et senter med mellom 5 000 og 10 000 innbyggere, eller ligger innenfor 45 minutters reisetid fra et slikt senter.

Nivå 0-kommuner innfrir ingen av kriteriene ovenfor.

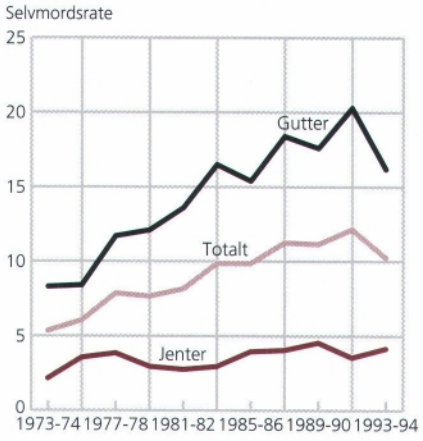
Hvis en kommune innfrir flere kriterier, gjelder det høyeste kriteriet for sentralitet.

Selvmordsraten doblet blant unge menn

I aldersgruppen 10-24 år økte forekomsten av selvmord fra 5,4 til 10,3 per 100 000 innbyggere i årene fra 1973 til 1994. Økningen er å finne blant unge menn, hvor selvmordsraten økte fra 8,3 til 16,2, med en topp på 20,3 i 1991-1992. Selvmordsraten blant unge kvinner har ligget stabil mellom 3 og 5 (per 100 000) i hele 22-årsperioden (figur 1). Forskjellen mellom kjønnene har med andre ord blitt større. Selvmord forekom svært sjelden hos barn og ungdom mellom 10 og 14 år i hele perioden; blant gutter varierte det totale antallet mellom null og sju per år, blant jenter mellom null og to.

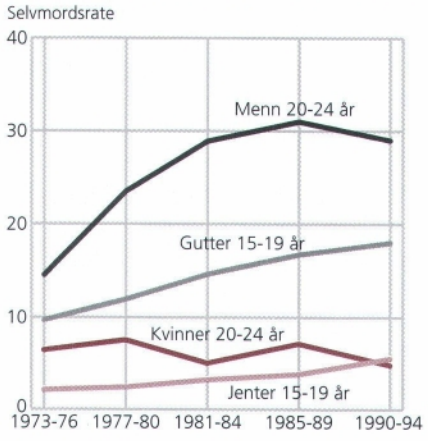
I de aller siste årene har vi imidlertid sett en nedgang i antallet selvmord blant unge menn: I 1996 ble

Figur 1. Selvmordsraten i Norge i aldersgruppen 10-24 år i perioden 1973-1994. Gutter, jenter og totalt. Per 100 000



Kilde: Dødsårsaksregisteret

Figur 2. Selvmordsraten i Norge i aldersgruppene 15-19 år og 20-24 år i perioden 1973-1994. Gutter, jenter og totalt. Per 100 000



Kilde: Dødsårsaksregisteret

det registrert 68 selvmord blant unge menn under 25 år, en nedgang fra 96 i 1988, 94 i 1991 og 1992 og 75 i 1995.

Selvmord en viktigere dødsårsak

Perioden fra 1973 til 1994 viser en tydelig økning i selvmord som dødsårsak hos begge kjønn i aldersgruppen 10-24 år. I 1973 utgjorde selvmord 7 prosent av alle dødsfall (8 prosent blant menn og 6 prosent blant kvinner), mens andelen i 1994 var steget til 24 prosent (28 prosent blant menn og 14 prosent blant kvinner). Mot slutten av perioden var bare ulykker en viktigere dødsårsak (44 prosent) blant unge menn. For kvinner er både sykdommer (59 prosent) og ulykker (27 prosent) fortsatt viktigere dødsårsaker enn selvmord.

Den totale dødeligheten i denne aldersgruppen avtok fra 58 (per 100 000) i 1973-1974 til 43 i 1993-1994. Hovedforklaringen er en markert nedgang i antallet dødsulykker, særlig i trafikken. Også død som følge av sykdom har gått noe ned i perioden.

Selvmordsmetodene er voldsommere

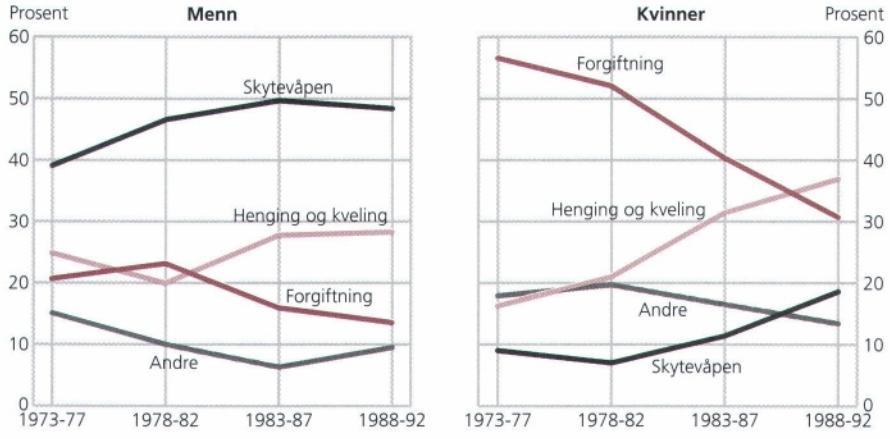
I femårsperioden 1973-1977 ble 39 prosent av alle selvmord blant menn i alderen 10-24 år utført med våpen eller eksplosiver. I perioden 1988-1992 var denne andelen økt til 48 prosent. Blant kvinner steg andelen selvmord utført med våpen eller eksplosiver fra 9 til 19 prosent i samme periode (se figur 3). For begge kjønn går andelen forgiftninger ned, samtidig som det skjer en økning i andelen selvmord forårsaket av kvelning/henging. Denne endringen er klarest blant kvinner, hvor henging/kvelning nå er den vanligste selvmordsmetoden, og antallet forgiftningsselvmord har gått ned.

Storbyer og landsdeler

På midten av 1970-tallet var forekomsten av selvmord blant unge (10-24 år) i Norge klart høyest i kommuner med over 50 000 innbyggere, og spesielt i byene Oslo og Trondheim. Over en 20-årsperiode har imidlertid selvmordstallene økt i mindre sentrale strøk, samtidig som forekomsten i kommuner med innbyggertall over 50 000 innbyggere viste stabilitet eller mindre økning. De senere årene er også forskjellene i selvmordsrater blant unge i kommuner med liten grad av sentralitet blitt mindre klare.

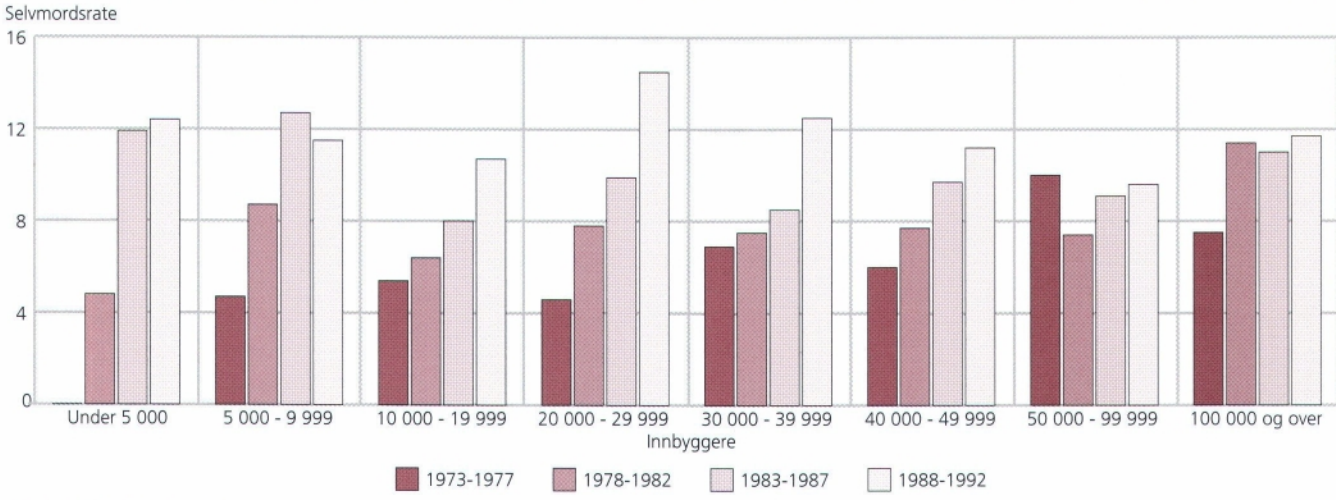
I perioden 1983-1992 var selvmordsraten blant 10-24-åringer høyest i Agder, Trøndelag og Nord-Norge (14 per 100 000 innbyggere), mens raten på Vestlandet var 9 per 100 000 innbyggere. Det var

Figur 3. Selvmordsmetoder blant norske gutter og jenter i perioden 1973-1992. Prosent



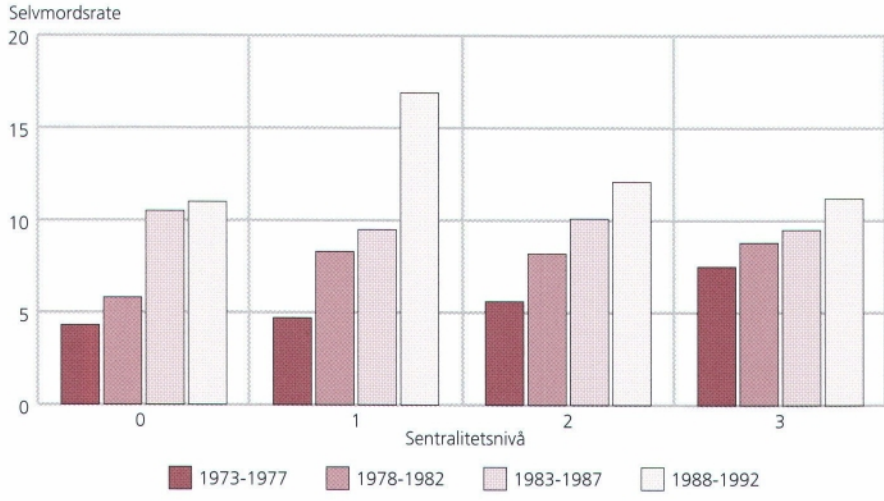
Kilde: Dødsårsaksregisteret

Figur 4. Selvmord per 100 000 i aldersgruppen 10-24 år fordelt på forskjellige perioder og etter kommunestørrelsen. Årlig gjennomsnitt



Kilde: Dødsårsaksregisteret

Figur 5. Selvmord per 100 000 i aldersgruppen 10-24 år fordelt på forskjellige perioder og etter kommunenes sentralitetsnivå. Årlig gjennomsnitt



Kilde: Dødsårsaksregisteret

også lavere ratetall i Bergen enn i Oslo og Trondheim. Unge kvinner i Oslo hadde fortsatt høyere selvmordshyppighet sammenlignet med andre områder i Norge.

Flere selvmord blant unge menn – en internasjonal tendens

Fortsatt forekommer selvmord svært sjelden blant barn under 12 år i Norge, og forekomsten blant unge kvinner (10-24 år) har vært stabil de siste tiårene. Blant unge menn har imidlertid antallet selvmord steget vesentlig i denne perioden, og studier i en rekke industrialiserte land viser den samme tendensen (Diekstra og Garnefski 1995, Cantor mfl. 1996, Leenaars 1995). Økningen er ikke like sterk i alle land, og unntak fins, blant annet Tyskland, Ungarn og Japan (Takahashi 1998). Like fullt er den gjennomgående tendensen en sterk økning i selvmord blant unge menn i den industrialiserte verden, Norge inkludert. Det fins flere mulige forklaringer på denne utviklingen.

Psykisk helse blant ungdom

Det er bred enighet om at depressive lidelser har avgjørende betydning i forhold til selvmord blant ungdom, og depresjon er den mest utbredte diagnosen i en rekke psykologiske autopsistudier av unge selvmordsofre (Brent 1995). I slike studier søker man i etterkant å rekonstruere den psykiske tilstanden hos de som begikk selvmord, blant annet ved å intervjue de etterlatte. Mange land mangler imidlertid gode tall for forekomst av depresjon og andre psykiske lidelser (Diektra og Garnefski 1995). I Norge viste en befolkningsundersøkelse blant unge i 1976 at byungdom hadde klart dårligere psykisk helse enn unge i mindre sentrale strøk (Lavik 1976). Hver femte byungdom hadde betydelige eller alvorlige psykiske problemer, mens dette

bare gjaldt 8 prosent av de unge på landet.

En landsomfattende undersøkelse nesten 20 år senere (Wichstrøm 1994) viste at disse forskjellene var forsvunnet. En undersøkelse basert på Statistisk sentralbyrås jevnlige levekårsundersøkelser, viser også en økning i depressive problemer blant unge menn over de siste 10-20 årene (Barstad 1993). For befolkningen som helhet har det bare vært små endringer i psykiatrisk sykelighet i samme periode. Oppsummert ser vi de samme mønstrene i forekomsten av depressive symptomer og av selvmord, noe som kan tyde på en årsakssammenheng. Årsakene til at flere unge, og spesielt unge menn, nå opplever depressive symptomer, er imidlertid dårlig klarlagt.

Tidligere pubertet

Enkelte forfattere (Diekstra og Garnefski 1995) har trukket fram at unge i alle industrialiserte land går tidligere inn i puberteten nå enn før. Det kan oppstå et misforhold mellom biologisk utvikling og psykologisk modning, som igjen kan føre til konflikter og følelsesmessige belastninger det er vanskelig å håndtere i en sårbar fase av livet. Men tidligere pubertet kan ikke forklare at de økte selvmordsratene først og fremst gjelder menn, og heller ikke at utviklingen varierer mellom geografiske områder og mellom nokså like land, som i Skandinavia.

Svekket sosial tilhørighet

En rekke forskere (Bille-Brahe 1987, Lester 1991, Trovato 1992, Rossow 1993) har forsøkt å teste Durkheims teori om at dårligere sosial integrasjon i et samfunn fører til flere selvmord (Durkheim 1897, 1951). I Norge har Bille-Brahe (1987) påvist en klar nedgang i unge menns sosiale tilhørighet, parallelt med at forekomsten av selvmord har økt. Skilsmisser kan sees som et uttrykk for svekket sosial integrasjon. Tidsserieanalyser på norske data fra 1911 til 1990 har vist at skilsmissefrekvensen samvarierer med menns selvmordsrater, men ikke med kvinners (Rossow 1993). Også studier i andre land har funnet sammenheng mellom skilsmissefrekvens og selvmord blant unge (Stack 1980, Trovato 1992).

De tidligere så stabile familiestrukturene i Norge er i rask forandring. Mens det i 1980 var 29 prosent sannsynlighet for at et ekteskap ville ende i skilsmisse, var tallet steget til 44 prosent i 1996 (Østby og Skiri 1998). Trolig vil en tredjedel av dagens norske barn oppleve at foreldrene skiller seg før de selv fyller 16 år. Antallet aleneforeldre er omtrent fordoblet fra 1977 til 1994.

Langt fra alle skilsmisser resulterer i ødeleggende psykososiale forhold for barna. På gruppenivå ser det likevel ut til at barn av skilte foreldre oftere viser tegn på sosial mistilpasning, som bruk av psykiatrisk behandling, dårligere skoleprestasjoner, vanskeligere kjønnsrolleutvikling og svekket sosial kompetanse.

Enkelte forfattere (Giertsen og Morild 1993) mener at større åpenhet om temaet har ført til at leger i dag oftere rapporterer selvmord, også blant unge. I et så tett samfunn som Norge var for 20-30 år siden, og spesielt utenfor de store byene, kan det tenkes at leger forsøkte å omskrive dødsårsaken av hensyn til pårørende. Andre (Gjertsen 1987) har argumentert for det motsatte; at det nettopp i så gjennomsiktige, små samfunn har vært spesielt vanskelig å tilsløre selvmord, og at dette har bidratt til en relativt pålitelig rapportering. En nordisk forskergruppe gransket på 1980-tallet klassifisering av dødsfall i de nordiske landene (Kolmos og Bach 1987). Gruppen fant at norske rutiner var like grundige, og tallene like pålitelige, som i de øvrige landene. Vi vil ikke utelukke at leger i noen grad har endret sin praksis overfor registrering av selvmord blant unge over tid, men dette kan neppe forklare den store økningen i antall registrerte selvmord blant unge de siste 20 årene.

Forebygging av selvmord

Økningen i selvmord blant unge har satt søkelyset på selvmord som folkehelseproblem, og utløst politisk vilje til nasjonale forebyggingstiltak. Den norske handlingsplanen bygger, som i mange andre land, på folkehelsemodellen. (Silverman og Maris 1995, Retterstøl 1995). Modellen tar utgangspunkt i og forutsetter god kunnskap om:

- klart definerte tegn og symptomer
- forekomst hos klart definerte befolkningsgrupper
- årsaksfaktorer
- overføring av "smitte" eller risikofaktorer
- det naturlige forløp ved suicidale prosesser
- mulige punkter for inngripen i prosessen fram mot selvmord.

Det har avgjørende betydning at leger og annet helsepersonell blir flinkere til å diagnostisere depresjoner, og at de på et tidlig tidspunkt gjenkjenner tegn på selvmordsrisiko. Det er også et viktig mål for den nasjonale handlingsplanen å skape en sammenhengende behandlings- og omsorgskjede for mennesker i selvmordskriser.

Det nasjonale forebyggingsarbeidet er for tiden svært aktivt, og omfatter utdanningstiltak, kliniske tiltak, forskning og utvikling. Men den norske handlingsplanen mot selvmordhar hittil i liten grad forholdt seg til kulturelle og samfunnsmessige trekk som antakelig også har stor betydning for forekomsten av selvmord blant unge.

Litteratur

Barstad Anders (1993): Flere psykiske lidelser? Paper til 17. nordiske sosiologi konferanse.

Bille-Brahe Unni (1987): Suicide and social integration. A pilot study of the integration levels in Norway and Denmark. Acta Psyciatrica Scandinavica, 76; 5-62.

Brent D A (1995): Risk factors for adolecent suicide and suicidal behavior: Mental and substance abuse disorders, family environmental factors and life stress. Suicide and Life-Threatening Behavior, 25; 2-63.

Cantor C H mfl. (1996): Suicide trends in eight prodominantly English-speaking countries 1960-89. Social Psychiatry and Psyciatric Epidemiology, 31; 364-373.

Diekstra R F W og N Garnefski (1995): On the nature, magnitude, and cauality of suicidal behaviors: An international perspective. Suicide and Life-Threatening Behavior, 25; 36-57.

Durkheim Emile (1887, 1951): *Suicide: A study in sociology,* New York: Free Press

Giertsen J C og I Morild (1993): *Pålitelighet en av den norske selvmordsstatistikken,* Nordic Medicin, 108; 58-59.

Gjertsen Finn (1987): *Selvmord i Norge.* Oslo: Instituttet for sosiologi, Universitetet i Oslo.

Hytten Karsten, Lars Mehlum og Finn Gjertsen (1995): *Rom for unge liv. Selvmord hos barn og ungdom. Utviklingen i Norge de siste 20 år,* Oslo: Universitetet i Oslo.

Kolmos L, E Bach (1987): Sources of errors in registering suicide. Acta Psyciatrica Scandinavica, 336 (Supplementum); 22-43.

Lavik Nils Johan (1976): *Ungdoms mentale helse. En empirisk psykiatrisk undersøkelse av psykisk helse og tilpasning blant ungdomsskoleelever i et by- og bygdeområde i Norge,* Oslo: Scandinavian University Press.

Leenaars A A (1995): Suicide and the continental divide. Archives of Suicide Research, 1; 39-58.

Lester David (1991): Social correlates of youth suicide rates in the United States. Adolescence, 101; 55-58.

Retterstøl Nils (1995): The national plan for suicide prevention in Norway. Italian Journal of Suicidology, 5; 19-24.

Retterstøl Nils (1993): Suicide. An European perspective. Cambridge: Cambridge University Press.

Retterstøl Nils (1992): Suicide in the Nordic countries. Psycopathology, 25; 254-265.

Rossow Ingeborg (1993): Suicide, alcohol and divorce; aspects of gender and family integration. Addiction, 88; 1659-1665.

Silverman M M and R W Maris (1995): The prevention of suicidal behavior: An overview. Suicide and Life-Threatening Behavior, 25; 10-21.

Stack S (1980): The effect of material dissolution on suicide, *Journal of Marriage and Family,* 2; 83-92.

Takahashi Y (1998): "Suicide in Japan. What are the problems?" In R J Kosky, H S Eshkevari, R D Goldney & R Hassan (eds.): *Suicide Prevention. The Global Context.* New York: Plenum Press.

Trovato F (1992): A Durkheimian analysis of youth suicide: Canada 1971 and 1981. Suicide and Life-Threatening Behavior, 22; 413-427.

Vaillant GE og S J Blumenthal (1990): "Suicide over the life cycle - risk factors and lifespan development". In: S J Blumenthal & D J Kupfer (eds.). *Suicide over the life-cycle.* Washington DC: American Psyciatric Press; 1-17.

Wickstrøm L (1994): *Mental helse blant ungdom i Norge. Oslo som særtilfelle,* Oslo: UNG-Forsk.

World Health Organization (1993): *1992 World Health Statistics Annual.* Geneva: WHO.

World Health Organization (1977): Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death. 9th Revision. Vol 1. Geneva: WHO.

World Health Organization (1967): Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death. 8th Revision. Vol 1. Geneva: WHO.

Østby Lars og Halvard Skiri (1998): "Befolkning", i *Sosialt utsyn 1998,* Statistiske analyser 22, Statistisk sentralbyrå.

Lars Mehlum
er professor dr.med. og leder av Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging ved Universitetet i Oslo.

Karsten Hytten
er overlege ved Psykiatrisk klinikk, Vindern, Oslo.

Finn Gjertsen
(Finn.Gjertsen@ssb.no) er rådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk.

Artikkelen er en oversatt og noe revidert versjon av artikkelen "Epidemological trends of youth suicide in Norway", Archices of Suicide Research 5, side 193-205, Nederland 1999. Oversettelsen er gjort av forsker Arnhild Taksdal, Universitetet i Bergen.

Siden sist

– dagens statistikk fra www.ssb.no

13.4.2000

Barnehager. Foreløpige tall, 1999

3 200 flere har barnehageplass

Foreløpige tall viser at 187 100 barn hadde plass i barnehage ved utgangen av 1999. Dette er en økning på 3 200 siden 1998.

I tillegg til de 187 100 som hadde plass i barnehage, hadde vel 4 800 barn et tilbud i en åpen barnehage. Tilsvarende tall for åpne barnehager i 1998 var i underkant av 4 000. Totalt var det dermed 191 900 barn som fikk et barnehagetilbud ved utgangen av 1999, en økning på 4 000 siden 1998.

Tallene viser at vel 45 200, eller 24 prosent, av barna med barnehageplass var under 3 år. Høyest andel småbarnsplasser var det i Finnmark og Oslo, begge med 32 prosent.

På landsbasis var 63 prosent av barnehageplassene heldagsplasser. Som heldagsplass regnes en plass med avtalt oppholdstid på 33 timer eller mer per uke. Størst andel av heldagsplasser hadde Oslo og Finnmark med henholdsvis 88 og 81 prosent. Lavest andel hadde Oppland og Vest-Agder med henholdsvis 35 og 40 prosent. For barn under 3 år hadde nesten 66 prosent heldagsplass, mens tilsvarende tall for barn 3 år eller eldre var 62 prosent.

Statistikken bygger i hovedsak på kommunenes søknadsskjema om statstilskudd for barnehager. Unntaket gjelder for de 20 kommunene som er med i forsøksprosjektet med rammefinansiering. For 15 av disse kommunene er det benyttet data som er innrapportert gjennom KOSTRA-prosjektet (Kommune-Stat-Rapportering), mens for 5 kommuner (Hurdal, Nord-Aurdal, Nore og Uvdal, Randaberg og Flakstad), er tall for 1998 benyttet. Endelige tall for alle kommuner vil bli publisert i uke 27.

11.4.2000

Befolkningsstatistikk. Folkemengd etter alder, kjønn og sivilstand, 1. januar 2000

Folketalet auka med 33 000

Ved årsskiftet var det 4 478 500 busette her i landet. Folketalet auka med 33 000, eller 0,7 prosent, i 1999. Det er den største veksten i folketalet som er registrert sidan første halvdel av 1950-talet. Det var det store innflyttingsoverskotet frå utlandet på 19 300 som førte til den store folketilveksten.

Ved årsskiftet var 38 prosent av dei busette gifte personar, mot 47 prosent 1. januar 1978. På 21 år vart talet på gifte redusert med heile 212 000. I fjor stansa denne utviklinga opp og snudde til ein svak auke. Ugifte (aldri gifte) utgjorde 48 prosent, og dei før gifte (enkjer/enkjemenn, separerte og skilde) 14 prosent. Personar med annan sivilstand - registrerte, separerte, skilde og attlevande partnarar - utgjorde 0,4 promille av folketalet.

Kvar femte person er under 15 år

20 prosent av dei busette her i landet er under 15 år. Rogaland er det fylket som har flest i denne aldersgruppa, nær 23 prosent. Deretter kjem Akershus og Vest-Agder med 22 prosent. Færrast under 15 år, 17 prosent, har Oslo.

Flest eldre i Hedmark og Oppland

Nærare 14 prosent av folkemengda i landet er i alderen 67 år og over. Flest eldre er det i Hedmark og Oppland med rundt 17 prosent. Deretter kjem Telemark (16 prosent) og Sogn og Fjordane (15 prosent). Det er dei same fylka som har flest i aldersgruppa 80 år og over, men her har Sogn og Fjordane aller flest rekna i prosent.

Færrast i alderen 67 år og over, rundt 11,5 prosent, er det i Akershus, Rogaland og Finnmark.

11.4.2000

Utdanningsstatistikk. Lærlinger og avlagte fagprøver. Foreløpige tall, 1999

Færre nye lærlinger

Høsten 1999 var det registrert 15 000 nye lærlinger mot 16 000 i 1998, en nedgang på 7 prosent. Det var færre menn som inngikk lærekontrakt, mens tallet på kvinner blant de nye lærlingene var stabilt.

Utviklingen i antall nye lærlinger varierte en god del fra fylke til fylke. Størst nedgang fra 1998 til 1999 var det i Hedmark, Nord-Trøndelag og Nordland med 22 prosent. I Vestfold ble det derimot inngått 17 prosent flere nye lærekontrakter.

Kvinnene utgjorde 33 prosent av de nye lærlingene i 1999 mot 31 prosent året før. Det var imidlertid visse regionale forskjeller. I Nordland, Hedmark og Oslo var om lag 36 prosent av de nye lærlingene kvinner, i Buskerud bare 28 prosent.

Størst nedgang i lærlingtallet i Nordland, Oslo og Rogaland

Høsten 1999 var det registrert totalt 31 622 lærlinger. Dette var en nedgang på 3 prosent fra 1998. I Nordland var nedgangen 9 prosent, i Oslo og Rogaland 8 prosent. Det var imidlertid en vekst i antall lærlinger i Vestfold og Oppland med 4 prosent og i Sogn og Fjordane og Sør-Trøndelag med henholdsvis 3 og 2 prosent.

Om lag 54 prosent av alle lærlinger var under 20 år, 2 prosent flere enn i 1998. Aldersfordelingen på lærlingene varierte mye fra fylke til fylke. Mens bare 40 prosent av lærlingene i Vestfold og Finnmark var under 20 år, var tilsvarende prosentandel for Østfold og Rogaland 60.

Flest lærlinger på mekaniske fag og elektrofag

Studieretningene for mekaniske fag og elektrofag hadde henholdsvis 22 og 19 prosent av det totale lærlingtallet høsten 1999. Det var også mange lærlinger

innenfor studieretningene for byggfag, helse- og sosialfag og hotell- og næringsmiddelfag. Alle disse studieretningene hadde over 10 prosent av lærlingtallet.

Endringen i antallet lærlinger utviklet seg forskjellig på de enkelte studieretninger fra 1998 til 1999. Tallet på lærlinger på studieretning for elektrofag økte fra 5 562 til 6 010, noe som tilsvarer 8 prosent. På studieretningen for mekaniske fag gikk antallet lærlinger ned fra 7 069 til 6 853, en nedgang på 3 prosent. Størst prosentvis økning hadde imidlertid studieretning for allmenne, administrative og økonomiske fag og studieretning for formgivingsfag med henholdsvis 16 og 12 prosent, mens den prosentvise nedgangen var størst på studieretningen for helse- og sosialfag med 4 prosent.

Mange fagprøver i helse- og sosialfag, mest stryk i formgivingsfag
I perioden 1. oktober 1998 til 30. september 1999 var det i alt 31 000 kandidater som avla en fagprøve. Flest fagprøver ble avlagt i studieretning for helse- og sosialfag. Disse utgjorde om lag 16 prosent av det totale antall avlagte fagprøver. Også innen studieretning for mekaniske fag ble det avlagt mange fagprøver.

Litt under 7 prosent av kandidatene som gikk opp til fagprøve i 1999 strøk. Andel kandidater som ikke besto fagprøven varierte mye mellom studieretningene. På studieretningen for allmenne, økonomiske og administrative fag strøk 2 prosent av kandidatene, mens 12 prosent strøk på studieretning for formgivingsfag. Strykprosenten var også over 10 prosent på studieretningene for hotell- og næringsmiddelfag og trearbeidsfag.

5.4.2000

Befolkningsstatistikk. Tusenårsbarna, 1999-2000

Stor ståhei for ingenting?

5. april 1999 ble lansert som den store befruktningsdagen. Bedrifter og kommuner fristet med jobbfri og gratis hotellsenger i håp om å fremskaffe millenniumsbarnet. Men det ble født bare 273 tusenårsbarn.

Antall fødsler ved tusenårsskiftet ser ut til å være på samme nivå som ved tidligere nyttårsskifter, og den forventede babyboomen uteble dermed, viser foreløpige tall fra Statistisk sentralbyrå.

Av de 273 tusenårsbabyene ble 127 født 31.12.1999, mens 146 ble født i det nye årtusenets første dag, 01.01.2000. Det ble som normalt født litt flere gutter enn jenter, med henholdsvis 144 guttebabyer og 129 jentebabyer.

Om 5. april 1999 ble den store "hoppe til køys dagen", så fikk det altså ikke konsekvenser i form av mange barn. Overgangen til et nytt årtusen ble ikke kraftmedisinen mot en svak befolkningsutvikling, slik mange kommuner hadde håpet.

Likevel en viss tusenårseffekt?
Det er så å si umulig å skulle planlegge nøyaktig fødselsdato, og mange som ønsket seg et tusenårsbarn fikk nok barn noen dager før eller etter tusenårsskifte. For hele 1999 ble det født litt flere barn enn i 1998. Foreløpige tall viser at det i 1999 kom 59 191 babyer til verden, mot 58 352 babyer i 1998. En stor del av økningen kom i desember måned. Foreløpige tall viser også at det var en liten økning i antall fødte i januar 2000 i forhold til samme måned året før. Vi kan stille spørsmål ved om dette skyldes den såkalte tusenårseffekten, eller om det bare er en del av det naturlige forløpet hvor det vil være en del variasjoner i fødselstallet fra år til år. Det kan ikke utelukkes en viss sammenheng mellom medieoppmerksomheten rundt tusenårsbarnet for ett år siden og de noe høyere fødselstallene i desember og januar.

4.4.2000

Befolkningsstatistikk. Overgang til norsk statsborgerskap, 1999

8 000 fikk norsk statsborgerskap

Det ble innvilget nærmere 8 000 norske statsborgerskap i 1999, 1 260 færre enn i 1998. Både i 1998 og 1999 var det betydelig færre tildelinger enn i årene 1995 til 1997, da årsgjennomsnittet lå på vel 12 000.

Asiatene stod for nesten hele nedgangen de to siste årene. Flest norske statsborgerskap, hvert sjuende, ble innvilget til jugoslaver.

1 200 overganger fra jugoslavisk til norsk
Den største enkeltgruppen som fikk innvilget norsk statsborgerskap i 1999 var jugoslavene, nærmere 1 200, som stod for 14,7 prosent av alle overgangene. Antallet ble mer enn doblet fra 1998. De største enkeltgruppene ellers var vietnamesere, sri lankere, somaliere, irakere og iranere som hadde mellom 650 og 530 overganger hver. Et økende antall fra disse gruppene flyttet til Norge på slutten av 1980- og begynnelsen av 1990-tallet, og oppfyller derfor etter hvert kravene for å søke norsk statsborgerskap.

Asiater stod for størst nedgang i innvilgede norske statsborgerskap i 1999, med 900 færre overganger enn året før. Fra 1997 til 1998 var nedgangen hele 2 100. Selv med disse store reduksjonene står likevel asiatene fortsatt for vel 45 prosent av overgangene. Deretter kommer europeere med 33 prosent.

Vel 7 100 av tildelingene gjaldt personer fra et ikke-vestlig land. De utgjorde 89 prosent av alle overgangene. 800 personer fra vestlige land fikk innvilget norsk statsborgerskap. Omfanget har vært på dette nivået i mer enn 15 år. 75 personer var tidligere statsløse.

Fra 1977 til 1999 har nærmere 118 000 personer fått innvilget norsk statsborgerskap. Vel halvparten av disse ble innvilget de seks siste årene.

31.3.2000

Arveavgiftsundersøkelsen, 1998

12,8 milliarder i arv ved privat skifte

Samlet bruttoverdi knyttet til arv ved privat skifte utgjorde 12,8

milliarder kroner. Av dette utgjorde mer enn halvparten fast eiendom. Det samme var tilfelle ved private gaveoverføringer, hvor samlet bruttoverdi utgjorde 8,2 milliarder kroner.

Bankinnskudd utgjorde 4,2 milliarder kroner ved arv i privat skifte og 1 milliard ved gaveoverføringer. En betydelig verdi ved private gaveoverføringer var kontanter med hele 1,5 milliarder kroner.

Gjeld og andre kostnader

Samlet gjeld og andre fradragsberettigede kostnader knyttet til arv ved privat skifte utgjorde til sammen 1,3 milliarder kroner for 1998. Til sammenligning var gjeld og andre kostnader knyttet til de private gaveoverføringene på 2,5 milliarder kroner.

Nettoformue

Nettoformuen er det beløp mottaker av arv eller gaver mottar etter fradrag for gjeld og fradrags-berettigede kostnader, men før eventuell arveavgift er trukket fra. Ved privat skifte utgjorde nettoformuen ved arvesaker til sammen 11,4 milliarder kroner, og ved overføring av gaver 5,7 milliarder kroner.

Offentlig skifte

Bruttoformuen ved de 82 arveoppgjørene innhentet fra skifterettene og som har gjennomgått offentlig skifte i 1998, hadde en samlet verdi på 78,1 millioner kroner. Her utgjorde bankinnskuddene høyest verdi med 33,4 millioner kroner. Til sammenligning utgjorde verdien av fast eiendom 31,7 millioner og ulike verdipapirer 4,9 millioner kroner.

29.3.2000

Lønnsstatistikk. Lønnsindeks. Foreløpige tall, 4. kvartal 1999

Lavere lønnsvekst

Den kvartalsvise lønnsindeksen for heltidsansatte i industrien økte med 1,8 prosent fra 3. til 4. kvartal 1999, mot 2,4 prosent i tilsvarende periode året før. Dette betyr at lønnsveksten er avtagende også i 4. kvartal. Økningen fra 4. kvartal 1998 til 4. kvartal 1999 var 4,0 prosent.

Månedsfortjeneste for ansatte i bygge- og anleggsvirksomhet økte med 2,8 prosent fra 3. kvartal 1999 til 4. kvartal 1999, mens tilsvarende for ansatte i samferdsel var 1,7 prosent. Til sammenlikning økte månedsfortjenesten for ansatte i olje- og gassutvinning og bergverksdrift med 0,4 prosent.

Nye næringer

Statistisk sentralbyrå presenterer for første gang indekser for varehandel og forretningsmessig tjenesteyting og eiendomsdrift med tilbakegående serier til 1. kvartal 1998. Månedsfortjenesten i alt for heltidsansatte i varehandel økte med 0,7 prosent fra 3. kvartal til 4. kvartal 1999. I forretningsmessig tjenesteyting og eiendomsdrift var økningen 0,9 prosent.

Endring over et år

Ansatte i industri hadde en vekst i månedsfortjenesten fra 4. kvartal 1998 til 4. kvartal 1999 på 4,0 prosent. Tilsvarende vekst for ansatte i samferdsel var 4,4 prosent mens ansatte i varehandel hadde en vekst på 3,3 prosent. Ansatte i bygge- og anleggsvirksomhet hadde en økning på 4,4 prosent mens ansatte i olje- og gassutvinning og bergverksdrift hadde en vekst på 2,8 prosent fra 4. kvartal 1998 til 4. kvartal 1999. Ansatte i forretningsmessig tjenesteyting og eiendomsdrift hadde en vekst på 5,2 prosent.

For industri, bygge- og anleggsvirksomhet, varehandel, olje- og gassutvinning og bergverksdrift og forretningsmessig tjenesteyting og eiendomsdrift var det generelt en fallende lønnsvekst gjennom året i 1999 sammenliknet med 1998. For samferdsel var det også en fallende utvikling for de tre første kvartalene mens 4. kvartal viste en liten økning.

Revidert lønnsindeks

Statistisk sentralbyrå presenterer nå en revidert lønnsindeks for hele perioden basert på ny metode for beregning av månedsfortjeneste i alt. De uregelmessige tilleggene, bonuser og provisjoner som inngår i månedsfortjenesten, er nå beregnet som gjennomsnittlig utbetalt for det aktuelle kvartalet. I tidligere frigitte foreløpige lønnsindekser for månedsfortjeneste i alt ble disse størrelsene beregnet som et gjennomsnitt for perioden hittil i år. Den nevnte endringen i beregningsmetode medfører at indeksen for månedsfortjenesten kan svinge noe mer fra kvartal til kvartal enn den tidligere frigitte indeksen. Lønnsindeksen for utbetalt avtalt lønn har også blitt revidert, men her er det kun små justeringer og ingen metodemessige endringer. For øvrig er det verdt å merke seg at den reviderte indeksen nå er satt lik 100 i 1. kvartal 1998 mot tidligere 3. kvartal 1997.

27.3.2000

Spesialisthelsetjenesten, regnskap. Endelige tall, 1998

Størst utgiftsøkning for psykiatrien

Fra 1997 til 1998 økte brutto driftsutgifter til psykiatriske institusjoner med nesten 13 prosent, mens utgiftene til somatiske sykehus gikk opp med vel 10 prosent.

I faste priser var økningen 6,8 prosent for psykiatrien og 4,4 prosent for somatiske sykehus. Brutto driftsutgiftene til somatiske sykehus var i 1998 28,6 milliarder kroner, mens driftsutgiftene til psykiatriske institusjoner var 7,6 milliarder kroner.

Fra 1994 har vi sammenlignbare utgiftstall for institusjoner innenfor spesialisthelsetjenesten. I perioden fra 1994 har brutto driftsutgifter til somatiske sykehus gått opp med vel 23 prosent i faste priser. For psykiatrien har veksten i utgifter vært nesten 19 prosent i samme periode. Utgiftene til voksenpsykiatriske institusjoner økte med om lag 17 prosent, mens den tilsvarende veksten var nærmere 30 prosent for barne- og ungdomspsykiatrien.

22.3.2000

Pasientstatistikk. Endelige tall, 1998

Flere kreftpasienter på 1990-tallet

Kreftsvulster, samt hjerte- og karsykdommer, førte til en økning i antall sykehusinnleggelser i perioden fra 1992 til 1998. Antall sykehusopphold på grunn av hjerteinfarkt har imidlertid gått ned.

I 1998 var det i alt 682 498 heldøgnsopphold ved somatiske sykehus (eksklusiv psykiatri). Dette er 19 600 flere enn i 1997.

Rundt 12 prosent av alle heldøgnsoppholdene skyldes kreftsvulster eller godartede svulster. For denne sykdomsgruppen økte antall opphold med 11 prosent fra 1992 til 1998. Vi kan blant annet se en økning i ondartede svulster i knokler, bindevev, hud, bryst og ondartede svulster med uspesifisert lokalisasjon.

Vel 15 prosent av heldøgnsoppholdene skyldes hjerte- og karsykdommer. I denne gruppen var det en økning på 22 prosent siden 1992. Det er flere som innlegges på sykehus med hjertearytmier, hjertesvikt og hjerneslag enn tidligere. Undergruppen hjerteinfarkt har derimot gått ned i den samme perioden med 17 prosent, fra 14 035 utskrivninger i 1992 til 11 650 i 1998.

Svulster, hjerte- og karsykdommer, skader og forgiftninger og sykdommer i svangerskap, under fødsel og i barselseng er de vanligste sykdomsgruppene og står for halvparten av alle sykehusoppholdene i 1998.

Influensa

Antall pasienter utskrevet med influensa som hoveddiagnose økte fra 356 i 1997 til 436 i 1998. Antall heldøgnsopphold med influensa har variert mellom 140 og 476 i perioden 1992 til 1998. Av de 436 sykehusoppholdende i 1998 var over halvparten av pasientene barn, eller 60 år og eldre. Antallet opphold på grunn av lårhalsbrudd har vist en svak nedgang siden 1996, da det var 10 235 utskrivninger mot 10 029 i 1998.

Økning blant kvinner og blant eldre

Antallet heldøgnsopphold for kvinner i 1998 var 380 135 mot 302 363 opphold for menn. Mye av forklaringen ligger i at kvinner føder barn på sykehuset og lever lenger enn menn.

Eldre har ikke uventet flest og lengst sykehusopphold. De eldre over 60 år står for nesten halvparten, med 44 prosent av alle opphold. Veksten har i særlig grad funnet sted blant de aller eldste. Andelen utskrevne i aldersgruppen 80 år og eldre har økt med 9 prosent fra 1997 til 1998.

Svak nedgang i antall liggedager

Liggedager per utskrivning i 1998 var 6,2 dager for menn og 6,3 for kvinner. Antall liggedøgn totalt var 4 256 080 og det er en nedgang på 4 207 liggedøgn siden 1997. I 1989 var gjennomsnitts antallet liggedøgn 7,5 per person, vi kan dermed se en nedgang i løpet av perioden. De to sykdomsgruppene svulster og hjerte- og karsykdommer står alene for 34 prosent (1 447 459) av liggedøgnene ved somatiske sykehus. Antall liggedøgn øker kraftig med alderen, det er aldersgruppen 70 til 79 år som står for flest liggedøgn i begge sykdomsgruppene.

17.3.2000

Utslipp av NO_x, NH_3 og NMVOC. Foreløpige tall, 1999

Utslippsmål for NO_x og NMVOC ikke innfridd i 1999

Økningen i utslippene av nitrogenoksider (NO_x) har vært på rundt 2000 tonn fra 1987 til 1999, dette tilsvarer 1 prosent økning, viser foreløpige tall fra Statistisk sentralbyrå og Statens forurensningstilsyn. Dette til tross for at Norge i Sofia-protokollen har forpliktet seg til en stabilisering på 1987-nivå fra 1994.

Heller ikke avtalen om 30 prosent reduksjoner i utslipp av flyktige organiske forbindelser (NMVOC) innen 1999 er innfridd av Norge. Økningen har vært på hele 25 prosent i forhold til 1989-nivået.

Utslippene av nitrogenoksider (NO_x) økte med 2 prosent eller 5 000 tonn fra 1998 til 1999. Dette skyldes særlig økt forbrenning av naturgass uten energiutnyttelse (fakling) i forbindelse med produksjon av olje og gass og økt skipstrafikk. De totale utslippene har økt med 4 prosent siden 1990 og var på 228 000 tonn. Utslipp fra kysttrafikk, fiske og mobile oljerigger, samt utvinning av olje og gass har økt mest. Veksten i de totale utslippene er imidlertid bremset av strengere avgasskrav til veigående kjøretøy. Utslippene fra veitrafikken er redusert med 30 prosent siden 1990.

I desember 1999 undertegnet Norge i Gøteborg en ny protokoll om å begrense utslippene av langtransporterte forurensninger i Europa. Denne protokollen innebærer at Norge skal redusere NO_x-utslippene til 156 000 tonn eller med ca. 28 prosent fra nivået i 1990 innen 2010. SFTs tiltaksanalyse viser at de mest kostnadseffektive tiltakene for å nå målsetningen synes å være motortekniske endringer og katalytisk rensning på skip, installering av lav-NO_x gassturbiner i Nordsjøen, rensing av NO_x i ferrolegeringsindustrien, samt effektivisering av godsbiltransporten.

Utslipp av ammoniakk (NH_3) er inkludert i Gøteborg-protokollen. Norge har forpliktet seg til å stabilisere disse utslippene på 1990-nivå innen 2010. Den viktigste kilden til utslipp er bruk av nitrogen- og husdyrgjødsel i landbruket. Økningen i totale utslipp har vært på 16 prosent siden 1990. Dette skyldes særlig økte utslipp fra landbruket, men utslippene øker også som en uønsket bieffekt av at flere personbiler har katalysator. Utslippene ble redusert fra 1998 til 1999. Dette skyldes særlig mindre bruk av ammoniakk til halmbehandling.

NMVOC-utslippene ble redusert med 1 prosent fra 1998 til 1999. Dette skyldes tiltak rettet mot utslipp fra lasting av olje på skip ved terminaler i land samt en høyere andel personbiler som tilfredsstiller strengere avgasskrav.

Utslippene fra lasting av olje offshore økte med 3 prosent i samme tidsrom. Økningen i totale utslipp har vært på 14 prosent siden 1990. Norge har i Gøteborg-protokollen forpliktet seg til å redusere NMVOC-utslippene til 195 000 tonn eller med rundt 37 prosent fra nivået i 1990 innen 2010. Økningen skyldes særlig utslipp fra lasting av olje på skip. Holder vi olje- og gassproduksjonen utenom, er utslippene redusert med 16 prosent, dette er også mindre enn forpliktelsene. De mest kostnadseffektive tiltakene er overfor lasting og lagring av råolje i Nordsjøen, på raffinerier, overfor utslipp av løsemidler, samt ytterligere tiltak på råolje- og gassterminalene. Gjenvinning av bensindamp på store bensinstasjoner kan også være et aktuelt tiltak.

17.3.2000

Utslipp av klimagasser. Foreløpige tall, 1999

Fortsatt økning i klimagassutslippene

De samlede utslippene av klimagasser i Norge økte med 2 prosent fra 1998 til 1999. Utslippene av CO_2 økte med 1 prosent. Utviklingen i de totale klimagassutslippene fra 1990 til 1999 har vært på 9 prosent. Det viser foreløpige tall fra Statistisk sentralbyrå og Statens forurensningstilsyn.

Gjennom Kyoto-protokollen har Norge forpliktet seg til å ikke øke de samlede klimagassutslippene mer enn 1 prosent av nivået i 1990 i perioden 2008-2012.

Økningen i CO_2-utslipp fra 1998 skyldes hovedsakelig økte utslipp fra transport. Særlig har det vært en stor økning i utslipp fra luftfart, mer enn 10 prosent, samt dieseldrevne personbiler og tungtransport med 8 prosent. Utslippene fra olje- og gassutvinning var omtrent uendret. Oljeproduksjonen var omtrent som året før, mens gassproduksjonen økte. Utslipp knyttet til kraftproduksjon på sokkelen ble redusert med 8 prosent, mens utslippene fra forbrenning av naturgass uten energiutnyttelse (fakling) økte med mer enn 40 prosent på grunn av oppstart av nye felt og produksjonsproblemer. Utslippene fra prosessindustrien gikk ned med 2 prosent som følge av redusert produksjon av noen typer kjemiske råvarer og ferrolegeringer.

Utslipp fra olje- og gassutvinning har bidratt mest til økningen i CO_2-utslipp siden 1990, tett fulgt av veitrafikk og forbrenning i industrien. Utslipp fra oljefyring i husholdningene og prosessutslipp fra produksjon av kjemiske råvarer har gått ned, for øvrig har utslippene fra alle de viktigste kildene økt. Veksten i utslipp på 20 prosent er allikevel mye lavere enn veksten i bruttonasjonalproduktet (BNP) i samme periode, som var på 35 prosent. Norge har oppnådd en bedre energiutnyttelse per krone verdiskapning i alle næringer. Økningen i utslippene fra veitrafikk på 18 prosent skyldes særlig økt godstransport på vei siden 1990 (mer enn 50 prosent). Persontransporten har økt mindre, omtrent 10 prosent.

Det har bare vært små endringer i metanutslippene fra 1998 til 1999. Utslippene har imidlertid økt med 10 prosent siden 1990. Økte utslipp fra lasting av råolje på skip har bidratt mest til denne økningen, etterfulgt av landbruk og avfallsfyllinger. Tiltak som forbud mot å deponere våtorganisk avfall, innføring av sluttbehandlingsavgift, krav om avbrenning av metangass samt kildesortering og gjenvinning av avfall har allikevel bremset veksten i utslipp.

Lystgassutslippene økte med 5 prosent fra 1998 til 1999, hovedsakelig som følge av økte utslipp fra prosessindustrien. Denne industriens utslipp er imidlertid redusert siden 1990. Økte utslipp fra veitrafikk, som en uønsket bieffekt av at flere biler har katalysator, bidrar til at de totale utslippene av lystgass allikevel har økt med nesten 4 prosent siden 1990.

17.3.2000

Lønnsstatistikk. Lønnssummer fra lønns- og trekkoppgaveregisteret. Foreløpige tall, 1999

Sterk vekst i utbetalinger av syke- og fødselspenger

Foreløpige tall for inntektsåret 1999 viser at samlet utbetaling av syke- og fødselspenger utgjorde 10,5 milliarder kroner. Dette er 1,3 milliarder kroner mer enn de totale utbetalingene for 1998. Vel 294 000 personer mottok slike utbetalinger i 1999, 6 000 flere enn i 1998.

Dette omfatter ikke sykepenger til ansatte i staten, sykepenger dekket av arbeidsgiver og sykepenger utbetalt til selvstendig næringsdrivende. Utbetaling av sykepenger for ansatte i staten og sykepenger dekket av arbeidsgiver er med i summen av lønn, honorarer med videre. Når det gjelder sykepenger utbetalt til selvstendig næringsdrivende blir disse rapportert separat og utgjorde til sammen 1,4 milliarder kroner i 1999.

Samlede utbetalinger av lønn og honorarer utgjorde 496,1 milliarder kroner, viser de foreløpige tallene. Dette tilsvarer en økning på 25,3 milliarder kroner, eller 5,4 prosent i forhold til de endelige tallene for 1998. Til sammenligning var veksten i utbetalinger av lønn og honorarer 10,1 prosent fra inntektsåret 1997 til 1998. Vel 2 560 000 personer mottok lønn og honorarer i 1999.

Pensjonsutbetalinger

Sum pensjonsutbetalinger utgjorde til sammen 131,8 milliarder kroner i 1999, eller 8,3 milliarder kroner mer enn året før. Antallet som mottar pensjoner har økt med vel 18 000 personer, og utgjorde i underkant av 1 395 000 personer. Gjennomsnittlig utbetaling per person har økt fra om lag 90 000 kroner i 1998 til i underkant av 95 000 kroner i 1999.

Stadig færre på dagpengeordninger

I 1999 var det vel 184 000 personer som fikk utbetalt dagpenger, eller 20 500 færre enn året før. De samlede utbetalinger av dagpenger derimot økte fra 5,2

milliarder til 5,4 milliarder kroner. Dette medførte en økning på i underkant av 4 000 kroner i gjennomsnittlig utbetaling per mottaker til vel 29 000 kroner.

17.3.2000

Energibalanse for Norge. Foreløpige tall, 1999

Moderat økning i energiforbruket i 1999

Det totale energiforbruket innenlands økte i fjor med 1,2 prosent fra året før, og utgjorde 815 petajoule. Gjennomsnittlig økning i energiforbruket de fem siste årene var på 2,4 prosent. Den moderate økningen i energiforbruket i fjor har sammenheng med at det var varmere enn året før.

Energiforbruket fordelte seg på industri og transportformål med henholdsvis 39 og 24 prosent, mens de resterende 37 prosent ble brukt innenfor tjenesteytende sektorer, husholdninger og landbruk/fiske. Foreløpige tall for 1999 viser at energiforbruket økte mest innenfor transportsektoren. Innenfor industri og bergverk steg forbruket med 0,5 prosent, mens det samlede forbruket i andre sektorer ble noe redusert.

Nesten halvparten av det totale energiforbruket er elektrisitetsforbruk. Dette forbruket var i fjor på 393 petajoule (109,2 TWh), en oppgang på 0,1 prosent fra året før. Til sammenligning steg dette forbruket med hele 5 prosent fra 1997 til 1998. Økningen i kraftforbruket i fjor skyldes høyere forbruk innenfor kraftintensiv industri og treforedling. Innenfor andre hovedsektorer var det en viss nedgang i kraftforbruket. Det totale forbruket av petroleumsprodukter steg med knapt 4 prosent i fjor og kom opp i 293 petajoule. Økningen skyldes hovedsakelig høyere energiforbruk innenfor transport.

Forbruket innenfor kraftintensiv industri steg med 2,2 prosent fra året før som følge av produksjonsvekst i metallindustrien. Forbruk innenfor kraftintensiv industri utgjør over 60 prosent av industriens energiforbruk, og rundt en fjerdedel av det totale energiforbruket innenlands. Totalt energiforbruk innenfor treforedling var omtrent uendret fra året før, mens det ble redusert med nesten 4 prosent innenfor industri og bergverk ellers. Det siste har trolig sammenheng med at produksjonen ble redusert i alle hovednæringer i industrien i fjor, utenom metallindustri og oljeraffinering.

Økt energiforbruk til transportformål

Energiforbruk til transportformål innenlands, inklusive husholdningenes og næringslivets forbruk til transport, kom i fjor opp i 206 petajoule. Dette er en oppgang på 5 prosent fra året før. Økningen kan ha sammenheng med produksjonsvekst i fjor innenfor transportnæringer utenom utenriks sjøfart. Forbruk av autodiesel samt energi brukt i innenriks sjøfart steg særlig mye. Det var også en kraftig økning i forbruk av jetparafin innenfor luftfart på 16 prosent fra året før. Dette kan ha sammenheng med at antall flyavganger/-landinger økte betydelig etter at OSL Gardermoen kom i drift i fjor, samtidig som det ble adgang for nye flyselskaper. Forbruket av bensin ble redusert med knapt 1 prosent. Det var også en nedgang i energiforbruket til utenriks sjøfart (bunkers) på 6,5 prosent.

Det samlede energiforbruket innenfor husholdninger, tjenesteytende sektorer og landbruk/fiske utgjorde 295 petajoule i fjor, en nedgang på 0,6 prosent fra året før. Produksjonen økte innenfor tjenesteytende næringer i fjor, samtidig som kraftprisene ble redusert. Dette skulle isolert sett bidra til et høyere energiforbruk. En stor del av energiforbruket i disse sektorene går imidlertid til oppvarming, og nedgangen i forbruket har trolig sammenheng med at det var varmere i fjor enn året før.

Økt produksjon av energi

Produksjonen av primære energivarer, det vil si energivarer som ikke er videreforedlet, utgjorde 8 975 petajoule i fjor. Dette er en økning på 1,4 prosent fra året før. Økningen skyldes at produksjonen av naturgass og vannkraft steg relativt mye. Produksjonen av råolje er blitt redusert de siste par årene som følge av at Norge forpliktet seg til å kutte oljeproduksjonen fra og med juni 1998. I fjor lå produksjonen på 142,5 millioner tonn, en nedgang på 0,4 prosent fra nivået året før. Til tross for en nedgang i eksporten av råolje på over 2 prosent fra 1998, steg verdien av råoljeeksporten med 45 prosent fra 91 til 132,4 milliarder kroner. Dette skyldes en økning i oljeprisen fra 12,7 USD per fat i 1998 til 17,9 USD per fat i 1999.

Produksjonen av elektrisitet utgjorde i fjor 122,7 TWh, en økning på 5 prosent fra året før. Naturgassproduksjonen kom opp i 51 047 millioner standard kubikkmeter (Sm3), noe som er 7 prosent mer enn i 1998. Den totale energieksporten steg med knapt 1 prosent fra året før, noe som skyldes en økning i eksporten av naturgass og elektrisitet på henholdsvis 10 og 88 prosent fra året før. Eksporten av elektrisitet var i fjor for første gang siden 1995 høyere enn importen.

10.3.2000

Eigenbetaling i barnehagar, januar 2000. Endringstal

Auka satsar i barnehagane

Barnehagesatsane steig samla sett med 2,6 prosent frå august 1999 til januar 2000. Det er stor skilnad i veksten på eigenbetalinga mellom dei ulike landsdelar. Frå januar i fjor til januar i år auka satsane med 4,5 prosent.

Trøndelagsfylka har samla sett hatt den kraftigaste oppgangen i satsane det siste halvåret, med ein auke på 3,6 prosent. Barnehagane i Agder/Rogaland hadde den lågaste veksten med 0,6 prosent. I dei andre regionane varierer veksten mellom 2,3 og 2,8 prosent.

Det siste halvåret har kommunale barnehagar auka takstane sine med 2,7 prosent medan satsane i dei private barnehagane har stige 2,5 prosent. Når det gjeld kommunale barnehagar har foreldra til barn i Trøndelagsfylka opplevd den klart største auken i eigenbetaling med 3,9 prosent. For dei private barnehagane er det på Austlandet takstane har auka mest med 3,1 prosent. Om lag 50 prosent av dei kommunale barnehagane har auka satsane sine sidan

august 1999, medan knapt 40 prosent av dei private barnehagane har gjort det same.

Biletet blir noko endra når vi ser på perioden januar 1999 til januar 2000. Samla sett har Nord-Noreg, tett følgd av Austlandet, hatt den sterkaste veksten medan Agder/Rogaland kjem lågast ut.

2.3.2000

Sjølvmeldingsstatistikk for folketrygdpensjonistar, 1998

Betre for minstepensjonistane

Alderspensjonistar med minstepensjon hadde i 1998 ei gjennomsnittleg bruttoinntekt på 88 800 kroner. Målt i faste prisar var dette 11 500 kroner, eller 15 prosent meir enn året før. Vedtaket om den såkalla "1 000-lappen" forklarer mykje av denne inntektsveksten, saman med auka renteinntekter.

I 1998 vedtok Stortinget å gje minstepensjonistane eit ekstra løft. Minstepensjonen vart såleis auka med 1 000 kroner per månad. Sidan auken fekk verknad frå mai, utgjorde samla minstepensjon for einslege såleis i gjennomsnitt 77 360 kroner i 1998.

Målt i faste prisar medførte vedtaket at minstepensjonistar med alderspensjon i gjennomsnitt fekk auka sine ytingar frå folketrygda med 13 prosent, eller 8 400 kroner. For uførepensjonistane auka folketrygdytingane med 7 400 kroner, eller 12 prosent. Minstepensjonistar med attlevandepensjon opplevde derimot ein reduksjon i folketrygdytingane på 1,3 prosent, eller 600 kroner.

Hevinga av minstepensjonen vart i hovudsak gjennomført ved at ein auka særtillegget. Dette førte til at fleire pensjonistar som tidlegare mottok små tilleggspensjonar, i staden fekk rett til særtillegg. Det vart dermed fleire minstepensjonistar i 1998 enn året før. Talet på alderspensjonistar med minstepensjon auka med om lag 22 900 personar, eller 10 prosent, medan det vart 9 100 fleire uføretrygda minstepensjonistar, ein auke på 18 prosent. Blant attlevandepensjonistane vart det 2 000 fleire minstepensjonistar, heile 57 prosent fleire enn i 1997. Tidlegare år har talet på personar med minstepensjon i alt synt ein jamn nedgang.

Høgare bruttoinntekt

Hevinga av minstepensjonen medverka til at folketrygdpensjonistane totalt hadde ei noko betre inntektsutvikling dette året enn andre grupper. Målt i faste prisar auka bruttoinntekta frå 1997 til 1998 med nær 8 700 kroner for alle alderspensjonistar, 8 500 kroner for uførepensjonistane og 12 200 kroner for mottakarane av attlevandepensjon. Prosentvis hadde dei tre pensjonistgruppene såleis ein inntektsauke på høvesvis 6,6 prosent, 6,4 prosent og 5,8 prosent. Til samanlikning hadde dei sjølvstendig næringsdrivande ei auke i bruttoinntekta på 4,8 prosent, medan veksten for dei tilsette var på 5,2 prosent. Beløpsmessig kom likevel dei siste to gruppene best ut: dei sjølvstendig næringsdrivande fekk 16 600 kroner meir og dei tilsette 13 700 kroner meir.

Folketrygda er den viktigaste inntektskjelda for alle alders- og uførepensjonistar, uansett om dei er minstepensjonistar eller ei. Totalt utgjorde folketrygdytingane om lag to tredelar av bruttoinntekta til desse gruppene i 1998. Blant minstepensjonistane stod folketrygda derimot for heile 81 prosent av bruttoinntekta til alderspensjonistane, medan desse ytingane utgjorde nær 78 prosent av bruttoinntekta til uførepensjonistane.

For attlevandepensjonistane stod folketrygda derimot berre for 27 prosent av bruttoinntekta i 1998. Samstundes har denne gruppa eit klart høgare inntektsnivå enn dei andre folketrygdpensjonistane, i gjennomsnitt ei bruttoinntekt på 221 100 kroner. Dette skuldast at attlevandepensjonistane har ei anna inntektssamansetjing enn alders- og uførepensjonistane. Lønsinntekt er viktigaste inntektskjelde og står for i alt 46 prosent av bruttoinntekta. For attlevandepensjonistar med minstepensjon kjem halve bruttoinntekta frå løn.

Høgare renteinntekter

For pensjonistane, særleg alderspensjonistane, er det vanlegare med pengar på bok enn å ha høg gjeld. Det låge rentenivået har difor vore ei viktig årsak til at folketrygdpensjonistane har hatt ei dårlegare inntektsutvikling enn andre i dei siste åra. I 1998 auka rentenivået att, og medverka til den positive inntektsutviklinga. Gjennomsnittlege renteinntekter dette året var for alderspensjonistane på 7 800 kroner, vel 2 000 kroner høgare enn året før. Også uføre og attlevande fekk større renteinntekter i 1998, med høvesvis 3 500 kroner og 8 100 kroner.

Populasjonen

Sjølvmeldingsstatistikken for 1998 omfattar i alt 917 917 personar som jamfør Rikstrygdeverket (RTV) er mottakarar av alders-, uføre- og attlevandepensjon frå folketryga per 31. desember 1998. Dette talet inneheld pensjonistar som mottek folketrygdpensjon, sjølv om dei ikkje bur her i landet. Statistikken omfattar berre dei 893 577 folketrygdpensjonistane som er busette i landet, og skil seg såleis frå RTV sin offisielle statistikk.

24.2.2000

Kommunestyre- og fylkestingsvalget, 1999

Økt kvinneandel i kommunestyrene

Etter en nedgang i 1991 var det i 1995 igjen en økning i kvinneandelen i kommunestyrene og fylkestingene. Denne økningen fortsatte i 1999.

Vel 34 prosent av kommunestyrerepresentantene som ble valgt i 1999 er kvinner. I 1995 var andelen knapt 33 prosent. I fylkestingene sitter det nå nesten 42 prosent kvinner, i forrige periode var det vel 41 prosent.

I kommunestyrene har Sosialistisk Venstreparti (SV) størst kvinneandel, nesten halvparten av partiets representanter er kvinner. Av de andre partiene er det bare Venstre som har en kvinneandel på over 40 prosent. Fremskrittspartiet (Frp) ligger lavest med drøyt 20

prosent av de største partiene. I fylkestingene er det Arbeiderpartiet som ligger høyest med vel 48 prosent kvinnelige representanter. De andre større partiene, med unntak av Frp, har alle en kvinneandel på over 40 prosent.

Rekordlav valgdeltakelse
Valgdeltakelsen ved lokalvalg har blitt stadig lavere siden 1963, og denne tendensen ble ytterligere forsterket ved valget i 1999. Vi må helt tilbake til 1922 for å finne en lavere valgdeltakelse i kommunestyrevalg. Fylkestingsvalgene har aldri hatt lavere deltakelse.

Vel 60 prosent av de stemmeberettigede stemte ved kommunestyrevalget i 1999, mens nær 57 prosent deltok i fylkestingsvalget. Som ved tidligere valg var deltakelsen lavest i de tre nordligste fylkene. Hedmark var eneste fylket hvor valgdeltakelsen i kommunestyrevalget var litt høyere enn i 1995. For fylkestingsvalget var deltakelsen lavere i alle fylkene.

Ved kommunestyrevalget ble det godkjent 2 067 417 stemmer og ved fylkestingsvalget 1 941 236 stemmer. Av de større partiene hadde SV, Frp, Høyre og Kristelig Folkeparti (KrF) fremgang ved begge valg, mens Senterpartiet (Sp), Arbeiderpartiet og Venstre gikk tilbake sammenlignet med 1995.

Frp vant kommunestyrevalget
SV, som i 1995 gikk sterkt tilbake, fikk ved fjorårets valg 685 representanter, 53 flere enn i 1995. Partiet økte sin oppslutning med 1,9 prosentpoeng til 7,8 prosent. Partiet som fikk flest nye representanter var likevel Frp, fra 695 i 1995 til 989 i 1999. Andelen Frp-velgere økte med 1,6 prosentpoeng til 12,1 prosent. Også Høyre og KrF fikk økt oppslutning. Sp mistet hele 652 kommunestyrerepresentanter og har nå 1 798 representanter. Partiet fikk 8,3 prosent av stemmene, en reduksjon på 3,3 prosentpoeng. Arbeiderpartiet og Venstre fikk også færre representanter enn i forrige valg. Kategorien Lokale lister gikk tilbake med 0,6 prosentpoeng. Det ble valgt inn 12 253 representanter i alt i kommunestyrene, 410 færre enn i 1995. Noen kommuner har redusert antallet representanter i kommunestyrene.

SV vant fylkestingsvalget
I fylkestingene var det SV som fikk flest nye representanter. Partiet fikk 21 flere enn i 1995 og har nå 79, mens økningen i andelen stemmer var på 2,4 prosentpoeng. Frp fikk 17 nye representanter og økte sin andel av stemmene med 1,4 prosentpoeng. Høyre og KrF fikk også flere representanter og økte sin andel av stemmene. Sp mistet 38 representanter og Arbeiderpartiet 30. Disse partiene fikk redusert sin stemmeandel med henholdsvis 3,2 og 3,1 prosentpoeng. Venstre hadde også en svak tilbakegang. I fylkestingene ble det i alt valgt inn 939 representanter, 14 færre enn i 1995. Noen fylker har redusert antallet representanter i kommunestyrene.

23.2.2000

Arbeidsløyse blant innvandrarar, 4. kvartal 1999

Høgare arbeidsløyse blant innvandrarar

Arbeidsløysa for førstegenerasjonsinnvandrarar registrert ved arbeidskontora var på 6,6 prosent ved utgangen av november 1999. Arbeidsløysa for heile folket var 2,4 prosent. Høgast arbeidsløyse hadde innvandrarane frå Afrika med 12,3 prosent, alt rekna som del av arbeidsstyrken.

Ved utgangen av november i fjor var det registrert 8 573 arbeidslause førstegenerasjonsinnvandrarar. Dette gjev ein arbeidsløyseprosent på 6,6, som ligg 4,2 prosentpoeng høgare enn arbeidsløysa for heile befolkninga. 15 prosent av alle arbeidslause var innvandrarar.

Grunna endringar i definisjonen av registrerte heilt arbeidslause frå 1999 har vi ikkje sikre endringstal for innvandrarar. Utrekningar som byggjer på Arbeidsdirektoratet si korrigering av brotet i tidsserien, syner at det har vore ein minimal auke (0,1 prosentpoeng) i arbeidsløysa blant innvandrarar. Det er om lag den same auken som for alle busette.

Den registrerte arbeidsløysa ved utgangen av november i fjor var høgast for innvandrarane frå Afrika, med 12,3 prosent, fylgt av innvandrarane frå Aust-Europa og Asia med respektive 9,7 og 9,1 prosent. Vestlege innvandrarar hadde berre nokre få tidelar høgare arbeidslause enn heile folket. Denne tendensen ser ut til å halde seg stabil over lengre tid.

Ved utgangen av november i fjor var den registrerte arbeidsløysa for innvandrarar 7,5 prosent for menn og 5,6 prosent for kvinner.

Tre av ti på tiltak var innvandrarar
Talet for personar på ordinære arbeidsmarknadstiltak viste berre ein marginal nedgang sidan november 1998. Dette gjeld både for dei totale tala og for innvandrartala sin del.

Ved utgangen av november 1999 var 4 015 førstegenerasjonsinnvandrarar på ordinære arbeidsmarknadstiltak. Det svarar til 2 prosent av alle førstegenerasjonsinnvandrarane 16-74 år.

Innvandrarar frå Aust-Europa og Afrika har dei høgaste delane av personar på tiltak, og dei utgjer òg dei største gruppene blant innvandrarar på tiltak. Innvandrarar representerer totalt rundt 30 prosent av alle deltakarar på tiltak.

Høgast arbeidsløyse i Finnmark og Østfold
Statistisk sentralbyrå reknar òg ut registrerte arbeidslause i prosent av alle innvandrarar i yrkesaktiv alder (16-74 år) og ikkje berre i prosent av arbeidsstyrken. Talet på registrerte arbeidslause ikkje-vestlege innvandrarar i prosent av alle innvandrarar 16-74 år var ved utgangen av november i fjor høgast for busette i Finnmark og Østfold (respektive 9,6 og 8,1 prosent). Finnmark hadde òg den høgaste arbeidsløysa for alle busette, medan det var fire fylke som hadde høgare arbeidsløyseprosent enn Østfold. Den lågaste arbeidsløysa for ikkje-vestlege innvandrarar finn vi i Sogn og Fjordane og Akershus (respektive 3,4 og 3,6 prosent). Desse to fylkene hadde òg den lågaste

arbeidsløyseprosenten for alle busette med 1,0 prosent kvar.

17.2.2000

Befolkningsstatistikk. Folkemengde 1. januar 2000 og endringene i 4. kvartal 1999

Innvandring gir stor befolkningsvekst

Folketallet i Norge økte med 33 400 i 1999 til 4 478 700 ved årsskiftet. Befolkningsveksten er den største de siste 45 årene, og innflyttingsoverskuddet på 19 300 det høyeste noen gang. Dette viser foreløpige tall.

Folketilveksten var 5 500 høyere enn i 1998, og hele økningen skyldes større innflyttingsoverskudd fra utlandet. Innflyttingsoverskuddet sto for vel 60 prosent av samlet befolkningsvekst. I løpet av 1999 flyttet det 22 300 personer til utlandet og 41 700 personer fra utlandet til Norge.

Mange kosovoalbanske flyktninger
Innflyttingsoverskuddet i 1999 er 5 500 høyere enn i 1998, og økningen gjelder i all hovedsak kosovoalbanske flyktninger. Det flyttet flere norske statsborgere fra Norge (10 300) enn til Norge (9 700) i 1999. Innflyttingsoverskuddet blant andre nordiske statsborgere var 1 400, hvorav svenske statsborgere sto for 70 prosent av dette overskuddet. Det var en nettoinnflytting på 1 500 personer fra andre land i Vest-Europa, mens statsborgere fra østeuropeiske land hadde en nettoinnflytting på 8 400. 5 700 av disse var jugoslaviske statsborgere. Innflyttinger fra Afrika, Asia, Sør- og Mellom-Amerika og Tyrkia utgjorde netto 8 600. Dette er om lag 1 900 høyere enn i 1998, og vi må tilbake til 1988 for å finne høyere tall.

Utenom Jugoslavia, var innflyttingsoverskuddet størst fra Irak (2 000). Somalia, Sverige, Kroatia, Tyskland og Russland hadde hver mellom 1 100 og 600 i innflyttingsoverskudd.

Blant EØS-landene var det i 1999 bare Luxembourg, Irland og Island som hadde større nettoinnflytting i forhold til folketallet enn det Norge hadde. Dette viser foreløpige tall fra Eurostat.

Liten økning i fødselstallene
De foreløpige fødselstallene for 1999 viser at det ble født 59 200 barn i året som gikk. Etter et par år med nedgang i fødselstallene, var det i 1999 en økning på 900 i forhold til 1998. Det har vært økning i fødselstallene i alle fylkene, bortsett fra Sogn og Fjordane og Sør-Trøndelag. I Nordland og Finnmark var tallene omtrent uendret fra året før. I forhold til folketallet var det flest fødsler i Rogaland, Oslo og Finnmark fylke.

Som i 1997 og 1998 var fødselsoverskuddet (antall fødte minus antall døde) størst i Rogaland, Akershus, Oslo og Hordaland. I Rogaland og Akershus var det mellom 2 700 og 2 800 flere fødte enn døde. Fødselsoverskuddet var minst i Hedmark, Oppland og Telemark, med færre fødte enn døde.

Tallet på døde var 45 100 i 1999, omtrent 800 flere enn i 1998.
Akershus, Østfold og Vestfold med størst innenlandsk flyttegevinst

I likhet med de to foregående årene opplevde de sentrale fylkene rundt Oslofjorden, unntatt Oslo, størst innflyttingsoverskudd fra andre fylker. Akershus trakk fortsatt flest med et netto flytteoverskudd på 2 200, mens Østfold, Vestfold og Buskerud hver hadde et innflyttingsoverskudd på mellom 1 500 og 800. Oslo opplevde, for tredje året på rad, netto flyttetap overfor de andre fylkene. Flyttetapet ble redusert fra 1 800 i 1998 til 700 i 1999.

I tillegg til de nevnte fylkene, hadde Hedmark, Vest-Agder og Sør-Trøndelag innflyttingsoverskudd fra andre fylker. Størst netto flyttetap hadde Nordland, Finnmark og Møre og Romsdal.

Samlet hadde de tre nordligste fylkene et flyttetap til andre fylker på 2 800. Dette er en reduksjon på 1 800 fra året før. Flyttetapet for Troms er redusert fra 1 200 i 1998 til 300 i 1999.

Flyttinger fra utlandet gir balanse/oppveier for innenlandsk flyttetap
Foreløpige flyttetall for 1999 viser at alle fylkene hadde positiv flyttebalanse overfor utlandet. Størst innflyttingsoverskudd hadde Oslo (2 600). Deretter hadde Akershus, Hordaland, Rogaland og Nordland et overskudd på mellom 1 800 og 1 400.

Alle fylker, unntatt Østfold, Akershus, Hedmark, Buskerud, Vestfold, Vest-Agder og Sør-Trøndelag, hadde innenlandsk flyttetap til andre fylker i 1999. Dette tapet blir for de fleste fylkene oppveid av flyttinger fra utlandet. Spesielt gjelder dette for Nordland, Hordaland og Rogaland.

Ser vi all flytting (flyttinger til/fra utlandet og innenlandske flyttinger) under ett, hadde Akershus, Oslo, Østfold og Vestfold størst nettoinnflytting.

Halvparten av veksten til fylkene rundt Oslofjorden
Fylkene rundt Oslofjorden fikk halvparten av samlet befolkningsvekst på 33 400 i 1999. Kystfylkene fra Aust-Agder til Sør-Trøndelag fikk totalt 36 prosent av veksten.

17.2.2000

Anmeldte lovbrudd, 1999

Færre lovbrudd, men flere ran

I 1999 var det i alt 437 500 anmeldte lovbrudd, en nedgang på 2 prosent fra året før. Det er første gang siden 1993 at det er en reduksjon i anmeldelsene. Antall ran fortsetter imidlertid å øke.

For landet som helhet var det 2 400 færre anmeldte forbrytelser og 7 200 færre anmeldte forseelser sammenlignet med året før. Nedgangen skyldes først og fremst reduksjonen i antallet anmeldte tyverier og forseelser mot straffeloven, da spesielt i Oslo. I Oslo var det hele 4 300 færre forbrytelser og 3 800 færre forseelser. I resten av landet utenom Oslo var det med andre ord 1 900 flere forbrytelser enn året før.

Ran og trusler øker stadig
Antall anmeldte ran fortsetter å stige etter den store økningen i 1998. I alt ble det anmeldt 1 232 ran og 466 grove ran i 1999, en stigning på henholdsvis 19 og 46 prosent sammenlignet med året før. I den siste femårsperioden har antallet ran økt med 60 prosent og antallet grove ran økt med hele 165 prosent. I 1999 var mer enn 60 prosent av alle anmeldte ran og mer enn halvparten av alle anmeldelsene for grovt ran registrert i Oslo.

Anmeldte trusler fortsetter å øke jevnt, slik det har gjort i løpet av de ti siste årene. I 1999 ble det anmeldt 6 800 trusler, mer enn dobbelt så mange som i 1991. Det var først og fremst andre steder i landet enn i Oslo, hvor 23 prosent av de anmeldte truslene ble registrert, hvor det skjedde en økning det siste året.

I 1999 ble det registrert 13 200 anmeldelser for vold (forbrytelser mot liv, legeme og helbred), et antall som er på nivå med de siste fire årene. Den grovere volden økte imidlertid noe, men det ble registrert noe færre av den mindre grove volden. 18 prosent av den anmeldte volden ble registrert i Oslo. Til sammenligning ble 24 prosent av det totale antallet forbrytelser anmeldt i Oslo. Det ble i 1999 anmeldt 37 drap og 47 tilfelle av uaktsomt drap.

Flere voldtekter enn noen gang
Det ble anmeldt 467 voldtekter i 1999. Dette er ikke en stor økning fra året før, men det høyeste registrerte antallet etter etableringen av statistikken for anmeldte lovbrudd i 1991.

I løpet av første halvdel av 1990-tallet var det en reduksjon i antallet anmeldte sedelighetslovbrudd mot mindreårige (den såkalte "Bjugn-effekten"). Antall anmeldte tilfelle av utukt mot barn under 14 og 16 år samt incest har i ettertid steget til nivået før denne nedgangen, og det ble i 1999 registrert like mange av denne type forbrytelser som året før.

Antall anmeldelser av pornografi ble halvert i 1999 sammenlignet med 1998, og er nå tilbake til samme nivå som tidlig på 1990-tallet.

Færre grove narkotikaforbrytelser
Utviklingen for anmeldte narkotikaforbrytelser har vist en jevn og, for enkelte år, stor økning. Det totale antallet økte også noe fra 1998 til 1999, men det ble anmeldt 20 prosent færre grove narkotikaforbrytelser. I Oslo stoppet trenden fra de tidligere årene opp da det var en nedgang i anmeldte narkotikaforbrytelser og forbrytelser mot legemiddelloven.

Mot nye former for tyveri?
Tyverier gikk i 1999 ned med 3 prosent, sammenlignet med året før. Nedgangen i det totale antallet tyverier har sammenheng med det reduserte antallet grove tyverier. Det ble færre av alle de ulike formene for grovt tyveri, og samlet var det 12 prosent færre anmeldelser enn i 1998. Antall simple tyverier økte imidlertid med i overkant av 5 prosent.

Utviklingen de siste fem årene antyder et skifte i hvordan verdier stjeles. Grovt tyveri med innbrudd i boliger og hytter samt sykkeltyverier, har tradisjonelt vært de mest utbredte former for tyveri. Det er også et betydelig antall av disse formene for tyveri i dag, men siden 1991 har grove tyverier fra bolig og hytte gått ned hele 38 prosent (fra 20 000 til 12 500) og siden 1995 har sykkeltyverier gått ned med 16 prosent (fra 26 600 til 22 400).

I de siste fem til ti årene har det vært en økning i anmeldelser av alle former for simpelt tyveri fra ulåste steder. For eksempel har anmeldelser av simple tyverier fra kafé og restauranter økt med 154 prosent i løpet av de siste fem årene, og simple tyverier fra butikk med 84 prosent de siste seks årene. Antall naskerier har imidlertid holdt seg relativt stabilt rundt 15 000 de siste fem årene.

Oslo hadde, i motsetning til resten av landet, en svak nedgang i anmeldte simple tyverier. I Oslo ble det også registrert 15 prosent færre naskerier i 1999 sammenlignet med året før.

Pengeforfalskning har i de siste fire-fem årene blitt en del av vårt kriminalitetsbilde. Fra mindre enn 100 årlige tilfeller i første halvdel av 1990-tallet, var det nesten 1 500 anmeldelser av pengefalsk i 1999.

16.2.2000

Tidsbruksundersøkelse

Hva bruker vi tiden til?

I disse dager begynner Statistisk sentralbyrå (SSB) å samle inn data til sin nye tidsbruksundersøkelse. Mer enn 7 000 personer i ulike alderstrinn og i alle deler av landet blir bedt om å beskrive hvordan de bruker tiden sin i løpet av to dager. Undersøkelsen vil gå over et helt år. Den vil derfor gi et bilde av tidsbruken vår til alle døgnets tider, de ulike dagene i uken og i forskjellige perioder av året.

SSB har tidligere hatt lignende undersøkelser i 1970, 1980 og 1990. Det skjedde store endringer i befolkningens tidsbruk fra 1970 til 1990. Kvinner brukte mer tid til inntektsgivende arbeid i 1990 enn i 1970. Samtidig gikk tiden til husarbeid ned. Menn brukte mindre tid til yrkesarbeid og noe mer tid til husarbeid. Denne økningen oppveide likevel på ingen måte den store nedgangen blant kvinner. Både blant kvinner og menn økte tiden til fritidsaktiviteter i denne perioden, mens tiden til søvn og måltider gikk ned.

Hva har skjedd de siste ti årene?
Den nye undersøkelsen vil vise om denne utviklingen mot utjevning i tidsbruken blant menn og kvinner har fortsatt i 1990-årene. Den vil også vise om helger og hverdager har blitt likere på grunn av endrede åpningstider i butikkene. Og er det slik at småbarnsforeldres tidsbruk har forandret seg etter permisjons- og kontantstøttereformene som er blitt innført på 1990-tallet? Fem departementer er med som støttespillere i undersøkelsen og ser frem til svar på disse og mange andre spørsmål.

www.ssb.no Dagens statistikk

Barn med for første gang

For første gang er også barn i alderen 9-15 år med i denne undersøkelsen. Vi vil derfor se hvor mye de bruker til lekser, hvor mye fritid de har og om de hjelper til hjemme. Er det slik at barns hverdag er en sammenhengende rekke av organiserte aktiviteter? Også eldre er med i undersøkelsen. Hva har nye pensjonsordninger betydd for deres tidsbruk?

I mange land

I samme perioden som den norske undersøkelsen blir gjennomført, blir det gjort parallelle undersøkelser i mange andre europeiske land. Dette fører til at man kan sammenligne tidsbruken over landegrensene. Er det slik at livet i Sør-Europa er mer avslappet enn i nord, eller er dette en myte?

11.2.2000

Samboerstatistikk, 1999

Svak, men jevn økning av samboere

I 1999 var det 17 prosent samboere i aldersgruppen 20-79 år, mot 13 prosent i 1993. Økningen i samboerskap ser ut til å ha vært klart svakere på 1990-tallet enn i de foregående 10-15 årene.

For kvinner og menn i første halvdel av 20-årene har samboerandelene holdt seg stabile i de senere år. Om lag en tredjedel av kvinnene og en knapp femtedel av mennene lever i samboerskap. Det har heller ikke blitt en større andel gifte i denne aldersgruppen.

Forholdsvis flest samboere er det blant dem som er sist i 20-årene, 42 prosent av kvinnene og 39 prosent av mennene er samboere, mens henholdsvis 30 og 15 prosent er gifte.

Veksten fra 1993 til 1999 skyldes i alt vesentlig at det er blitt flere samboere i alderen 30-59 år. Økende ekteskapsalder, lengre samboerskap og flere førgifte samboere er trekk i denne utviklingen.

Tre av ti samboere er 40 år eller eldre

Av dagens samboere er tre av ti 40 år og eldre. Gjennomsnittsalderen til samboerne er 36,7 år for menn og 33,6 år for kvinner. Til sammenlikning er gifte menn og kvinner i gjennomsnitt 51,0 år og 47,9 år.

To av ti samboere er førgifte

Åtte av ti samboere har aldri vært gift, mens to av ti er førgifte. Andelen som ikke har ekteskapserfaring, synker fra 99 prosent av samboerne i 20-årene til 19 prosent av dem som er i 60-årene. Blant middelaldrende og eldre samboere er skilte og separerte den største gruppen. Av samboere i 50-årene er 58 prosent enten separert eller skilt. Noe nevneverdig innslag av enker og enkemenn er det først blant eldre samboere, nærmere bestemt 38 prosent av samboerne i 60-årene. Gruppen enda eldre samboere er så beskjeden at tilsvarende tall ikke beregnes.

Forskjellene i ekteskapserfaring skyldes ikke bare at de eldre har hatt flere år på seg til å gifte seg. En må også ta i betraktning at dagens middelaldrende og eldre tilhører generasjoner der få var samboere i ung alder, og de aller fleste startet med å gifte seg. I disse generasjonene er det derfor ikke så mange aldri gifte som kan tenkes å bli samboere.

Flest gifte blant par med barn under sju år

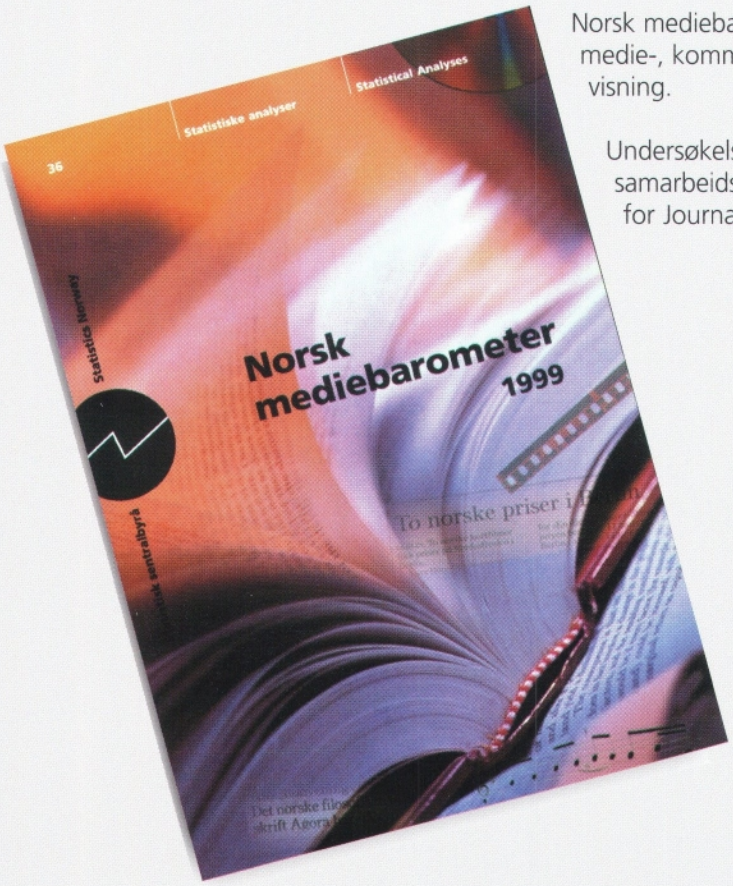
Av par som bor sammen med barn under sju år, er en tredjedel samboere og to tredjedeler gifte. Dersom yngste barn er i alderen 7-19 år, er samboerandelen langt lavere, nærmere bestemt 13 prosent. Det er bare blant barnløse par under 45 år at det er vanligere å leve i samboerskap enn i ekteskap. 72 prosent er samboere og 28 prosent er gifte. Blant eldre par er samboerskap lite vanlig, henholdsvis 12 og 3 prosent av barnløse par i alder 45-66 år og 67-79 år.

Odd Frank Vaage

Norsk mediebarometer 1999

Norsk mediebarometer 1999
beskriver nordmenns bruk av de forskjellige trykte og elektroniske mediene og hvem som har tilgang til dem. Publikasjonen gir også et bilde av utviklingen på disse områdene over de seinere åra. Hva skjer på mediemarkedet; er 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-, kommunikasjons- og IT-sektoren, for forskning og undervisning.

Undersøkelsen som ligger til grunn for publikasjonen er et samarbeidsprosjekt mellom Statistsisk sentralbyrå og Institutt for Journalistikk.

Publikasjonen er til salgs hos alle bokhandlere.

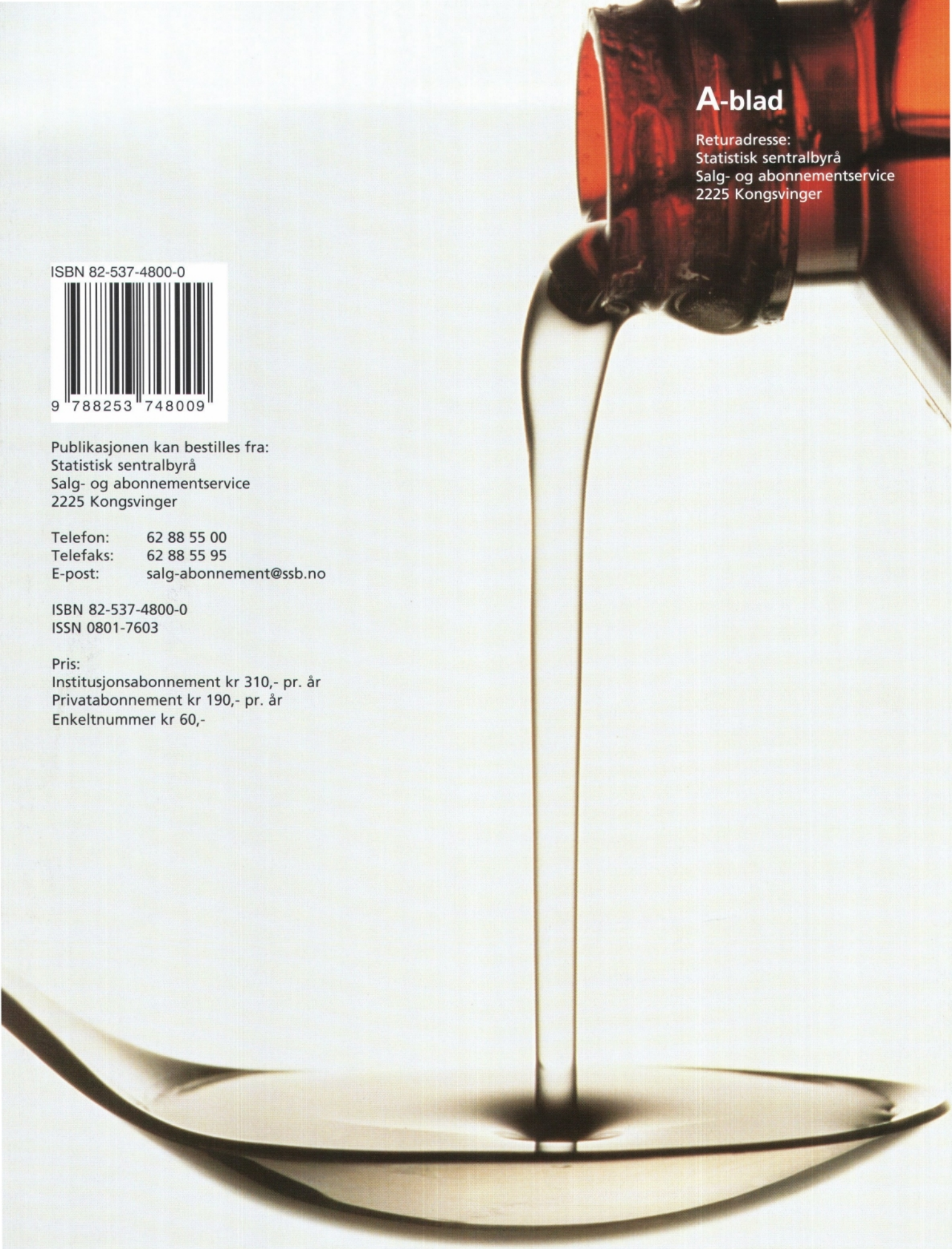
Den er utgitt i kommisjon hos forlaget Ad Notam Gyldendal. Boka kan også bestilles fra:

Statistisk sentralbyrå
Salg- og abonnementservice
2225 Kongsvinger

Telefon: 62 88 55 00
Telefaks: 62 88 55 95
E-post: salg-abonnement@ssb.no

ISBN 82-537-4794-2
ISSN 0804-3221
Pris kr 155,- inkl. mva.

Statistisk sentralbyrå
Statistics Norway



A-blad

Returadresse:
Statistisk sentralbyrå
Salg- og abonnementservice
2225 Kongsvinger

ISBN 82-537-4800-0

9 788253 748009

Publikasjonen kan bestilles fra:
Statistisk sentralbyrå
Salg- og abonnementservice
2225 Kongsvinger

Telefon: 62 88 55 00
Telefaks: 62 88 55 95
E-post: salg-abonnement@ssb.no

ISBN 82-537-4800-0
ISSN 0801-7603

Pris:
Institusjonsabonnement kr 310,- pr. år
Privatabonnement kr 190,- pr. år
Enkeltnummer kr 60,-

Statistisk sentralbyrå
Statistics Norway