

# Bedret folkehelse siste 30 år

*Mye tyder på at vi i dag har bedre helse enn for 30 år siden. I levekårsundersøkelsene om helse svarer fire av fem at de har meget god eller god helse. Vi lever i gjennomsnitt fem år lenger i dag enn i 1980. Dødelighet av hjerte- og karsykdommer er mer enn halvert, og kreftdødeligheten er på vei ned til tross for at antall krefttilfeller øker. Det er blitt færre selvmord, og spedbarnsdødeligheten har gått ned. Andelen som røyker, er halvert siden 1980. I psykisk helsevern har kapasiteten økt gjennom flere behandlere og flere konsultasjoner.*

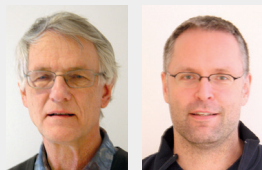
---

*Jens-Kristian Borgan og  
Geir Hjemås*

---

## Datakilder

Artikkelen bygger blant annet på levekårsundersøkelsene fra 1998, 2002, 2005 og 2008, hvor de som blir intervjuet, er i alderen 16 år og over. I tillegg er Statistisk sentralbyrå (SSB) undersøkelser om tobakksbruk, SSBs dødsårsaksstatistikk og SSBs statistikk over spesialisthelsetjenesten med.



**Jens-Kristian Borgan** (t.v.) er aktuar og statistikkrådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk.  
(jens-kristian.borgan@ssb.no)

**Geir Hjemås** er sosiolog og førstekonsulent i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk.  
(geir.hjemas@ssb.no)

Når folk blir spurt om hva som er viktig for dem, blir «god helse» alltid rangert høyt. God helse øker mulighetene for livsutfoldelse, mens dårlig helse begrenser valgmulighetene for den enkelte. Folk med god helse har også gjennomgående høyere inntekt og utdanning enn dem med dårlig helse, noe som forsterker ulikheter i valgmulighetene for dem med god helse sammenliknet med dem med dårlig helse. Dårlig helse blant voksne i en familie kan derfor også begrense barns muligheter for livsutfoldelse. I Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelser om helse (se tekstboks) svarer fire av fem at de har meget god eller god helse. Yngre har bedre helse enn eldre. Enslige forsørgere rapporterer dårligere helse enn par med barn.

Helse er viktig for den enkelte, men også for samfunnet er god folkehelse viktig. En sunn befolkning med god livskvalitet gir god arbeidsproduktivitet og er på alle måter positivt for samfunnet som helhet. Helsemyndighetene setter derfor i gang mange tiltak for å bedre folkehelsen. Da vi vet at god og dårlig helse ikke er likt fordelt etter sosioøkonomisk status, har myndighetene satt i gang flere tiltak for å utjevne helseforskjellene.

Det er bred politisk enighet i Norge om at alle skal få den helsehjelpen de trenger, uavhengig av inntekt og bosted. Derfor finansieres det meste av helseutgiftene over offentlige budsjetter. Siden helseutgiftene (inklusive pleie- og omsorgstjenesten) har så stor plass på de offentlige budsjettene både på sentralt og lokalt nivå, får disse områdene også en vesentlig plass i den politiske diskusjonen og er viktige valgkamptemaer ved de fleste valg.

## Røyking en viktig faktor for dårligere helse

Røyking er en av de viktigste årsakene til dårligere helse. Enkelte sykdommer som lungekreft og KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom) er sterkt røykrelatert. I tillegg øker røyking risikoen for å få en rekke andre sykdommer, selv om det også er andre faktorer som påvirker denne risikoen. For å redusere røykingen og særlig hindre at yngre mennesker begynner å røyke, har helsemyndighetene innført restriksjoner helt siden 1970-tallet og fram til i dag.

Lov om vern mot tobakkskader, som trådte i kraft i 1975, omfattet blant annet forbud mot tobakksreklame og aldersgrense for kjøp av tobakk. Et viktig tillegg kom i 1988 da rett til vern mot passiv røyking ble innført. Dette innebar forbud mot røyking i lokaler og i transportmidler hvor allmennheten hadde adgang. Serveringssteder var opprinnelig unntatt forbudet, men det kunne fastsettes nærmere regler i forskrift til loven. Fra 1. juli 1993 ble det i henhold til forskrift satt krav om røykfrie arealer på restauranter, hoteller og andre

overnattings- og serveringssteder. I 1998 ble det innført sterkere restriksjoner på disse områdene, og fra 1. juni 2004 ble serveringssteder helt røykfrie.

Det at andel dagligrøykere blant menn har gått ned, kan tyde på at røykerestriksjoner har hatt betydning for røykeatferden, selv om en slik sammenheng selvsagt ikke er bevist. Fra 1980 og fram til 1988 var om lag 40 prosent av menn i alderen 16-74 år dagligrøykere (se figur 1). Kort tid etter 1988 falt nivået med om lag 8 prosent og lå på dette nivået fram til 1993. Og fra 1993 til 1995 gikk røykeandelen ned med ytterligere 8 prosent. Dette skjedde samtidig med at det ble innført røykerestriksjoner på serverings- og overnattingssteder. Nye restriksjoner i 1998 falt sammen i tid med starten på en nedadgående røyketrend som fortsatt varer. I dag er det bare halvparten så stor andel av voksne menn som er dagligrøykere (21 prosent) sammenliknet med situasjonen for 30 år siden.

### En av fem kvinner røyker

Fra 1980 og fram til tusenårsskiftet lå andelen voksne kvinner som var dagligrøykere, konstant på om lag 30 prosent. Fra slutten av 1990-tallet er det liten forskjell i røykeatferd blant kvinner og menn, og den nedadgående trenden etter årtusenskiftet har vært lik for begge kjønn. De siste årene har det vært en tilnærmet lineær nedgang fra 30 til 20 prosent røykere blant begge kjønn.

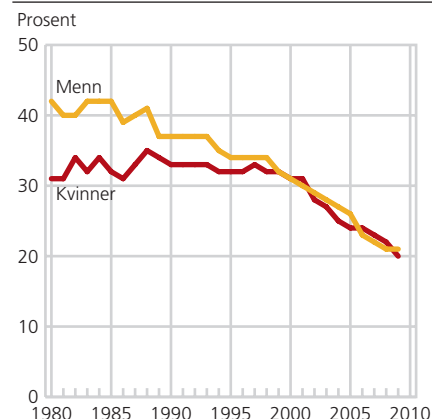
At vi ikke finner samme mønster i kvinners røykeatferd før slutten på 1990-tallet, som vi fant blant menn, skyldes at tidligere generasjoner av kvinner hadde en mye lavere røykeandel enn menn. Etter hvert som nye generasjoner kvinner med røykeatferd på linje med menn fortrenget generasjoner med lav røykeandel, gikk andelen kvinner som var dagligrøykere, opp. Dette skjedde til tross for at nedgangen i røyking blant de yngste (16-24 år) startet allerede på 1970-tallet og for aldersgruppen 25-34 år tidlig på 1990-tallet.

Lungekreft er som nevnt en sykdom som er sterkt relatert til røyking. Etter at det nå er få arbeidsplasser igjen i Norge hvor arbeiderne er eksponert for kreftframkallende stoffer i åndedretsorganene, er røyking den helt dominerende årsaken til lungekreft. Sykeligheten (nye tilfeller) av lungekreft økte lenge blant menn, men har etter tusenårsskiftet stabilisert seg og til og med vist en svakt fallende trend.

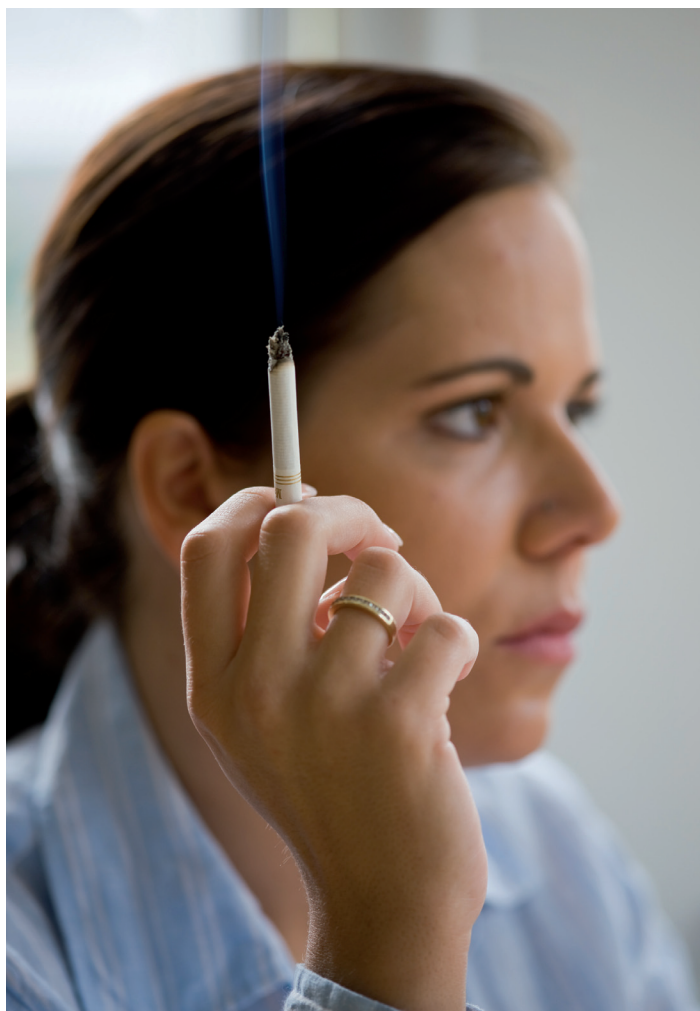
Den aldersstandardiserte raten for nye tilfeller av lungekreft blant menn, standardisert med WHO's verdensstandard (se tekstboks), falt med 3 prosent fra toppnivået 1994-1998 til femårsperioden ti år senere. Da det er lav overlevelse blant dem som får lungekreft, er det liten forskjell på trendene for sykelighet og dødelighet av denne diagnosen.

Kvinnens reduksjon av røyking kom så seint at det ikke synes på lungekreftstatistikken ennå. I samme tiårsperiode som nevnt over økte lungekrefttraten med nær 40 prosent blant kvinner. Likevel er andelen kvinner som fikk lungekreft, fortsatt bare to tredeler av andelen blant menn. Det er sannsynlig at sykeligheten og dødeligheten av lungekreft blant kvinner vil stige til et nivå på høyde med menn før trenden snur nedover.

Figur 1. Andel dagligrøykere, etter kjønn. 1980-2009<sup>1</sup>. Prosent



<sup>1</sup> Restriksjoner i røykeloven i 1988, 1993, 1998 og 2004.  
Kilde: Røyking i Norge, Statistisk sentralbyrå.



### Aldersstandardisert dødelighet med WHO's standard

Den aldersstandardiserte dødelighetsraten beregnes ved at de aldersbestemte dødelighetsratene (antall dødsfall i en aldersgruppe i et år, dividert med middelfolkemengden i samme aldersgruppe i samme år) multipliseres med vektene gitt nedenfor, og produktene summeres over alle aldre. Summen deles så med 100. Den aldersstandardiserte dødelighetsraten i et år vil være lik dødelighetsraten i dette året (uavhengig av alder) hvis befolkningen dette året hadde en relativ aldersfordeling lik fordelingen i standardbefolkningen.

Aldersgruppe	Vekt, europeisk standard	Vekt, verdensstandard
<b>Sum</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
0-4	8	12
5-9	7	10
10-14	7	9
15-19	7	9
20-24	7	8
25-29	7	8
30-34	7	6
35-39	7	6
40-44	7	6
45-49	7	6
50-54	7	5
55-59	6	4
60-64	5	4
65-69	4	3
70-74	3	2
75-79	2	1
80-84	1	0,5
85-89	1	0,5

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

### KOLS øker blant de eldste

I likhet med lungekreft er KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom) en sykdom som er sterkt røykerelatert, og vi finner flest tilfeller blant de eldste. Både blant menn og kvinner var dødeligheten av KOLS relativt stabil på 1980-tallet med rundt 30 tilfeller per 100 000 innbyggere blant menn og 10 blant kvinner. På 1990-tallet var det imidlertid en økning på om lag 10 prosent blant menn og om lag 50 prosent blant kvinner. KOLS-dødeligheten blant menn under 65 år ble redusert allerede på 1990-tallet. Blant menn over 80 år er den fortsatt økende. KOLS-dødeligheten blant kvinner under 75 år er blitt redusert etter tusenårsskiftet, men den øker blant de eldste.

Det tar lang tid før endrede røykevaner i befolkningen får utslag på statistikken over KOLS-dødsfall. For det første tar det flere år å utvikle KOLS. De som dør av denne sykdommen, vil også ha vært syke i flere år før de dør.

Som nevnt over skyldes en del av røykenedgangen at nye generasjoner ungdom som ikke begynner å røyke, erstatter eldre generasjoner som hadde flere røykere. Det er derfor sannsynlig at sykkelighet og dødelighet av røykerelaterte sykdommer vil avta blant de yngste først. Dette skyldes at disse årskullene røyker mindre enn hva de i tilsvarende alder gjorde noen år tidligere.

### Flere nye krefttilfeller

I tillegg til lungekreft øker røyking risikoen for å få flere andre kreftformer som ikke er så sterkt knyttet til røyking som lungekreften er. Da det er mange andre faktorer enn røyking som har betydning for forekomsten av kreft, er det vanskelig å se noen sammenheng mellom den totale kreft hyppigheten og dødelighet og endringer i røykevaner. Sannsynligheten for å overleve er også høyere for de fleste andre kreftformer enn for lungekreft.

Den aldersstandardiserte kreftdødeligheten standardisert med WHO's europastandard (se tekstboks) endret seg ikke på 1980- og 1990-tallet verken for menn eller kvinner. På 2000-tallet var det en nedgang på 10 prosent i kreftdødeligheten blant menn og noe mindre nedgang blant kvinner (se figur 2).

Mens det lenge var en stillstand i endringen i kreftdødelighet, har det vært en økning i den aldersstandardiserte raten for nye tilfeller av kreft fra 1980 og fram til i dag. Økningen i nye krefttilfeller har pågått kontinuerlig og er i alt 40 prosent for menn og 30 prosent for kvinner over hele trettiårsperioden.

At flere blir kreftsyke uten at flere dør av disse sykdommene, kan skyldes flere forhold. Først og fremst skyldes nok dette bedre behandlingsmetoder i helsevesenet. Andre årsaker kan være bedre diagnostiske verktøy som fører til at flere sykdomstilfeller blir oppdaget. Det er også en tendens til at kreftformer som har høyere overlevelse, øker mer enn kreftformer med lavere overlevelse. Dette gjelder særlig prostatakreft blant menn, som er en hyppig forekommende og økende kreftform som samtidig har en høy sannsynlighet for overlevelse.

Blant kvinner er bildet mer sammensatt. Kreft i åndedretsorganene er blant kreftformene som øker sterkest hos kvinner samtidig som den har lav overlevelse. Grunnen til denne økningen blant kvinner og ikke blant menn er som tidligere nevnt at røyking blant kvinner ble vanlig mye senere enn blant menn. Siden det tar noe tid mellom diagnostisering av en kreftsykdom til

eventuell død på grunn av sykdommen, vil det være en viss forskyvning i tid mellom trender for krefttilfeller og kreftdødsfall.

### Færre dør av hjerte- og karsykdommer

Røyking er en vesentlig risikofaktor også for hjerte- og karsykdommer. Det er imidlertid mange flere faktorer som spiller inn, så det er vanskelig å lese noen direkte sammenheng også mellom statistikkene for røykeatferd og dødelighet av hjerte- og karsykdommer.

Fra 1980 til 2009 økte den forventede levealder blant menn med vel seks år, fra vel 72 til knapt 79 år, for kvinner fire år, fra 79 til 83 år. Den aldersstandardiserte dødsraten, det vil si antall dødsfall i forhold til innbyggertallet når vi tar hensyn til ulikheter i aldersfordelingen over tid, beveger seg noenlunde i takt med levealderen, men motsatt vei, da lavere dødelighet gir høyere levealder og omvendt. Dødelighetsratene er redusert med knapt 40 prosent blant menn og 30 prosent blant kvinner siden 1980.

Hjerte- og kardødeligheten er redusert kraftig fra 1980 både blant kvinner og menn. En vesentlig del av nedgangen i dødeligheten siden 1980 faller på denne sykdomsgruppen. I løpet av 1980-årene ble dødeligheten redusert med om lag 10 prosent både blant kvinner og menn. Nedgangen fortsatte gjennom 1990-årene med om lag 20 prosent og en enda større relativ nedgang på 2000-tallet.

Fra 1980 til 1994 skyldes all nedgang i dødeligheten den sterke reduksjonen i hjerte- og kardødeligheten blant menn. Blant kvinner var det før 2003 en ubetydelig nedgang i dødeligheten av årsaker utenom hjerte- og karsykdommer. Siden all dødelighet-snedgang skyldtes en dødsårsaksgruppe over så lang tid, kunne en tenke seg at nedgangen i dødelighet ville stoppe opp når potensialet for dødelighetsreduksjon av hjerte- og karsykdommer var uttømt. De senere årene har også andre dødsårsaker gått ned, særlig kreft. Hvis denne nedgangen fortsetter, er det grunn til å vente ytterligere lavere dødelighet i framtida, også etter at hjerte- og kardødeligheten har falt til et stabilt lavt nivå.

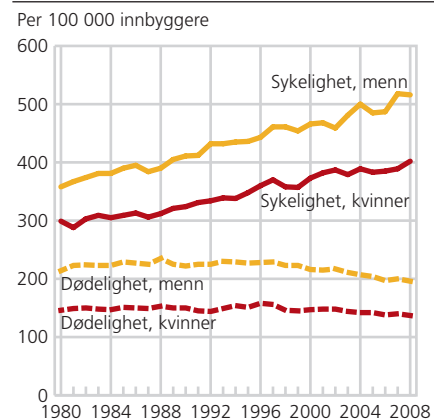
Dødeligheten forårsaket av ulykker er blitt lavere de siste tretti årene. Særlig var nedgangen sterk på 1990-tallet, om lag 20 prosent både blant kvinner og menn. Til tross for at dødeligheten har hatt en sterkere nedgang blant menn enn blant kvinner, er fortsatt menns ulykkesdødelighet dobbelt så høy som blant kvinner.

### Flest selvmord på slutten av 1980-tallet

Både blant kvinner og menn var selvmordsdødeligheten høyest på slutten av 1980-tallet og nådde sitt høyeste nivå i 1988 med vel 700 selvmord. Siden da har dødeligheten gått ned og er tilbake på nivået som på 1970-tallet. Etter tusenårsskiftet har det årlig vært vel 500 selvmord i Norge, tilsvarende 6 og 14 selvmord per 100 000 innbyggere blant kvinner og menn.

Fra 1980 og fram til 2004 var selvmordsdødeligheten knapt tre ganger så høy for menn som for kvinner. I 2004 sank dette forholdstallet til vel to ganger så høyt og har siden holdt seg om lag på dette nivået.

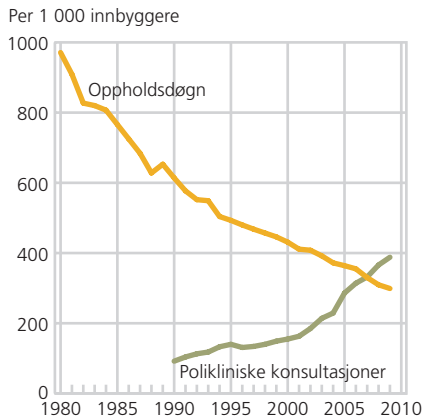
Figur 2. **Aldersstandardisert dødelighet og sykkelighet (nye krefttilfeller) per 100 000 innbyggere. 1980-2008**



Kilde: Kreftregisteret og Dødsårsaksstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

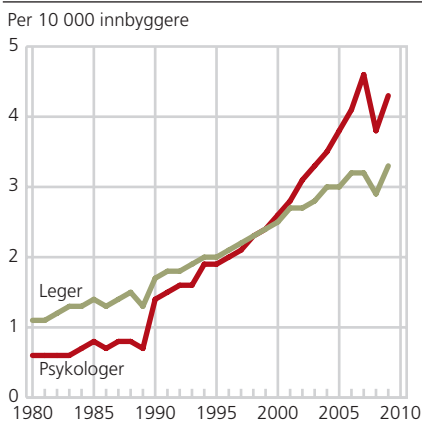


Figur 3. **Antall oppholdsdøgn og polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbyggere innenfor psykisk helsevern. 1980-2009**



Kilde: Spesialisthelsetjenestestatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Figur 4. **Antall årsverk per 10 000 innbyggere for psykologer og leger innenfor psykisk helsevern. 1980-2009**



Kilde: Spesialisthelsetjenestestatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Tidligere var skyting og bruk av eksplosive stoffer den vanligste selvmordsmetoden blant menn. Fra midt på 1990-tallet overtok hengning og kvelning som vanligste selvmordsmetode samtidig som skyting og bruk av eksplosive stoffer ble mer sjelden. Bruk av gift har vært den vanligste selvmordsmetoden blant kvinner i samme periode. Skyting og bruk av eksplosive stoffer har hele tiden vært meget sjelden blant kvinner.

### Lavere spedbarnsdødelighet

Gjennom hele 1980-tallet døde om lag 8 promille av de levende nyfødte i løpet av det første leveåret. I løpet av det neste tiåret falt denne dødeligheten til 4 promille. På 2000-tallet har dette nivået vært i overkant av 3 promille.

På 1980-tallet utgjorde dødsfall ved plutselig uventet spedbarnsdødelighet, krybbedødsyndromet, en hyppig og stigende andel av dødsfall i løpet av første leveår. Denne dødsfallsraten steg fra 1,2 per 1 000 levende fødte i 1980 til sitt høyeste nivå noen sinne i 1989 da i alt 142 barn døde av dette i løpet av første leveår. Dette tilsvarer 2,4 døde per 1 000 levendefødte i dette året, eller i alt 30 prosent av dødsfallene i løpet av første leveår. Etter 1989 falt dødeligheten ved krybbedød raskt og har fra slutten av 1990-tallet hatt et nivå på vel 10 prosent av det som ble observert i 1989. Eneste ytre forklaring til dette raske dødelighetsfallet er at det ble anbefalt at spedbarn burde sove på ryggen i stedet for på magen.

### Variierende aborthyppighet

Aborthyppigheten, målt som aborter per 1 000 kvinner i alderen 15-49 år, har variert mellom 12,5 og 15,5 i de tretti årene det har vært selvbestemt svangerskapsavbrudd i Norge i de første tolv ukene av svangerskapet. De høyeste abortratene ble registrert på slutten av 1980-årene, mens det laveste nivået var kort tid etter årtusenskiftet. I de senere årene har det vært en viss økning i aborthyppigheten, bortsett fra i 2009 da det igjen var en nedgang. Da lov om selvbestemt abort trådte i kraft, hadde aldersgruppen 15-19 år den høyeste aborthyppigheten. Nå er det aldersgruppen 20-24 år som har den høyeste hyppigheten, om lag dobbelt så høy som for tenåringsgruppen.

### Opptrappingsplanen i psykisk helsevern

Opptrappingsplanen for psykisk helsevern (St.prp. nr. 63: 1997-1998) ble iverksatt i 1996 med avslutning i 2006 (senere utvidet til 2008). Øremerkede midler ble satt av for å gi psykisk helsevern et løft i form av blant annet økt aktivitet og ressursbruk.

Et av målene i Opptrappingsplanen var å holde antall døgnplasser stabilt på nivå fra 1996. Antall døgnplasser fra 1980 til 1996 hadde blitt halvert, og Opptrappingsplanen skulle forhindre en ytterligere nedgang. På tross av dette har reduksjonen av døgnplasser fortsatt, og antall døgnplasser har siden Opptrappingsplanens start gått ned med over 30 prosent.

Som en konsekvens av nedgangen i døgnplasser har også antall oppholdsdøgn gått ned (se figur 3). Omfanget av utskrivinger/avsluttede døgnopphold har imidlertid gått opp under Opptrappingsplanen, noe som innebærer at målsettingen med å behandle flere pasienter og begrense liggetiden per



innleggelse er oppfylt. Deler av økningen i utskrivinger/avsluttede døgnopphold kan trolig også forklares med at pasienter legges inn igjen hyppigere enn tidligere, såkalte «svingdørspasienter».

Polikliniske konsultasjoner ble i Opptrappingsplanen foreslått økt med 50 prosent i tidsrommet 1996-2006. Denne målsettingen ble nådd til gagns, økningen i perioden var på 155 prosent. Fra og med 2005 ble det en endring i takstsystemet som førte til at man også fikk refusjon for telefonkonsultasjoner. Ser man bort fra disse, økte de polikliniske konsultasjonene med 111 prosent.

I opptrappingsperioden har det i gjennomsnitt kommet 57 nye legeårsverk i året. I perioden 1990-1996 var økningen lavere, 27 nye årsverk per år (se figur 4). Det har vært en sterkere vekst i antall psykologårsverk, en økning på 104 nye årsverk per år i opptrappingsperioden, mot en økning på 47 nye per år i 1990-1996. I 2000 ble det for første gang flere psykologer enn leger innenfor psykisk helsevern. Opptrappingsplan har, med unntak av døgnplasser, nådd de målene som ble satt. På den annen side har trendene, som vist i figur 3 og 4, innenfor psykisk helsevern fra 1980 og fram til i dag holdt seg relativt stabile.

### Årsverk

Den store økningen i årsverk i 1990 kom som en konsekvens av at man begynte å inkludere poliklinikkene i årsverksstatistikken. I 2008 fikk man et brudd i årsverksstatistikken da man endret innsamlingskilde fra skjema til administrative registre. Tallene er derfor ikke direkte sammenliknbare.

### Referanser

Kreftregisteret: Cancer in Norway, <http://www.kreftregisteret.no/>

Lovdata: Lov om vern mot tobakkskader (tobakkskadeloven) <http://www.lovdata.com>

Sosial- og helsedepartementet (1998): St.prp. nr. 63 (1997-1998) Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006.