

Hva skjer med helsen vår midt i livet?

Kvinner og menn i alderen 40-69 år er mest utsatt for livsstilssykdommer. Færre enn før røyker, men langtidseffekten av røyking gir seg nå utslag i økt sykkelighet – særlig blant kvinner. Lungekreft og KOLS øker blant de middelaldrende. Fedme og lite mosjon bidrar også til svekket helse hos mange. I sum får dette konsekvenser for helsetilbudet som denne aldersgruppen har behov for.

Livstilsrelaterte sykdommer er sykdommer som oppstår på grunn av vår livsstil, eller som et resultat av velstandsutviklingen generelt. Disse sykdommene er mest utbredt blant kvinner og menn i alderen 40-69 år. Det er denne aldersgruppen, de middelaldrende, som er i fokus i denne artikkelen.

De siste 100 årene har Norge gått fra å være et fattig land der befolkningen led av mangelsykdommer, til å være et land der befolkningen har mulighet til å spise både variert og sunt – likevel er det slik at mange i dag spiser mer fet mat og får i seg større mengder sukker enn noen gang tidligere. Lite variert kosthold, røyking, stress og lav fysisk aktivitet øker i utbredelse. Dette har over tid ført til mer fedme. Overvekt og fedme øker risikoen for sykdommer som diabetes mellitus (sukkersyke) og hjerte- og karlidelser. Røyking gir også en høyere risiko for å utvikle livsstilssykdommer som kronisk obstruktive lungesykdommer (KOLS), hjerte- og karlidelser og lungekreft.

Sosial ulikhet – betydning for levevaner

I begrepet livsstil ligger det at vi selv velger våre levevaner, men dette er en sannhet med modifikasjoner. Systematiske forskjeller i helseatferd; som hva man spiser, grad av fysisk aktivitet og røyking viser seg å henge sammen med forskjeller i sosiale og økonomiske forhold, som inntektsnivå og utdanningslengde. Personer med lang utdanning (og/eller høy inntekt) har et helsemessig gunstigere kosthold. Denne gruppen spiser mer frukt og grønnsaker enn grupper med kortere eller ingen utdanning (St.meld. nr. 20 (2006-2007)).

En helseundersøkelse gjennomført i Oslo, HUBRO, (Grøtvedt 2002) viser at personer med høy utdanning mosjonerer oftere enn de med lav utdanning. Det er også slik at barn som har foreldre med lang utdanning, mosjonerer oftere enn barn som har foreldre med kort utdanning (Rødje mfl. 2004). Undersøkelser av det fysiske aktivitetsnivået til ungdom i Oslo (UNGHUBRO) viser at ungdom fra familier som har god økonomi, i større grad er fysisk aktive enn ungdom fra familier med dårlig økonomi (Grøtvedt og Gimmedstad 2002).

Lite mosjon og økt vekt ...

En viktig årsak til nordmenns vektøkning de siste tiårene er at vi beveger oss mindre. På spørsmål om mosjon i Levekårsundersøkelsen om helse 2005 svarte 18 prosent menn og 12 prosent kvinner i aldersgruppen 45-66 år at de aldri mosjonerer. Andelen er imidlertid lavere nå enn den var i 1998. Da svarte 27 prosent av kvinnene og 28 prosent av mennene at de aldri mosjonerte. Det har siden 1998 også vært en økning i andelen som sier de mosjonerer ukentlig eller oftere.

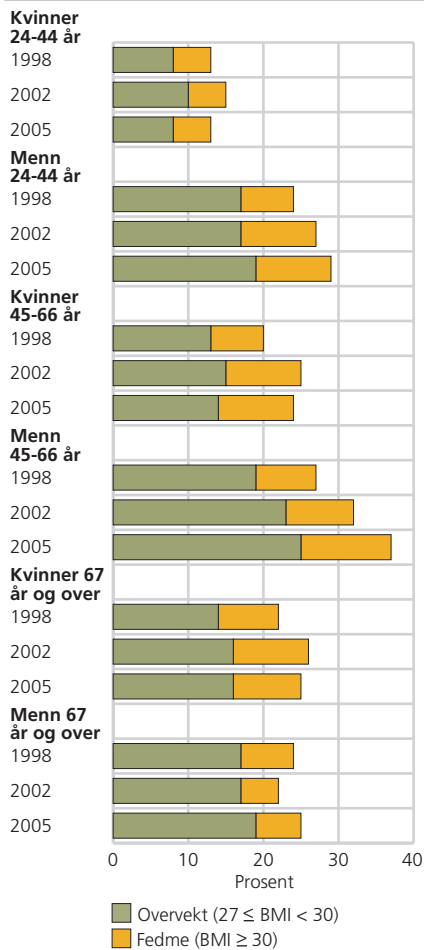
Anne Gro Pedersen og
Merete Thonstad



Anne Gro Pedersen (t.v.) er prosjektleder i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk. (anne.gro.pedersen@ssb.no)

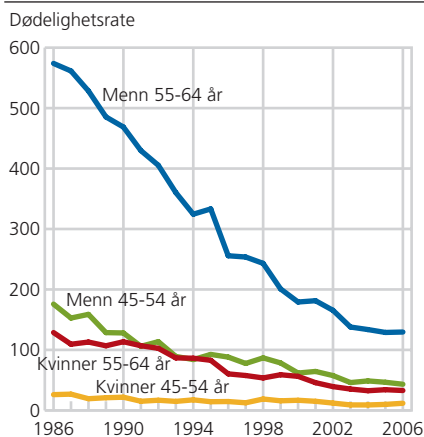
Merete Thonstad er rådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk. (merete.thonstad@ssb.no)

Figur 1. Overvekt og fedme (BMI), etter kjønn og aldersgrupper. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

Figur 2. Dødelighet av iskemiske hjertesykdommer per 100 000 innbyggere, etter kjønn og aldersgrupper, 1986-2006



Kilde: Dødsårsaksstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

BMI

BMI – Body Mass Index, eller kroppsmasseindeks, er det mest brukte målet på overvekt. Målet skiller imidlertid ikke mellom fett- og muskelmasse. BMI beregnes som vekt delt på høyde ganger høyde.

Eksempel: $70 \text{ kg} / (1,80 \text{ m} \times 1,80 \text{ m}) = 21,6$

Fedme regnes normalt som $\text{BMI} \geq 30$, mens overvekt er her regnet som $27 \leq \text{BMI} < 30$.

Til tross for gjennomgående mer mosjon de siste årene fortsetter vektøkningen i befolkningen. Resultater fra levekårsundersøkelsene om helse i 1998, 2002 og 2005 viser at andelen overvektige i aldersgruppen 45-66 år har steget fra 19 til 26 prosent for menn, mens den for kvinner har ligget mer stabilt på rundt 14 prosent (se tekstboks om kroppsmasseindeks, BMI). Når det gjelder fedme, har andelen for 45-66-årige menn steget fra 8 til 12 prosent, mens det for kvinner bare har vært en liten økning fra 1998 til 2005. Om lag 10 prosent av kvinnene i samme aldersgruppe hadde fedme i 2005 (figur 1).

... fører til flere tilfeller av diabetes

Diabetes mellitus type 2, er en sykdom som henger sammen med levevanene. Et kosthold med mye fett og/eller sukker og liten aktivitet gir økt risiko for å utvikle fedme og diabetes. Antallet nye tilfeller av sykdommen har økt de siste årene – og det er stadig yngre mennesker som får diagnosen. Type 2 diabetes gir økt risiko for hjerte- og karsykdommer og dermed reduserte leveutsikter. En studie fra 2008 (Dale mfl. 2008) viser at dødeligheten av iskemiske hjertesykdommer er dobbelt så høy hos personer som har diabetes, sammenlignet med personer som ikke har diabetes.

Flere blir syke, men færre dør av hjerte- og karsykdommer

Generelt medfører hjerte- og karsykdommer høy sykkelighet i befolkningen. Det er også disse sykdommene som er årsak til flest dødsfall hvert år – 36 prosent av alle dødsfall i 2006. Innenfor denne sykdomsgruppen er det såkalte iskemiske hjertesykdommer som dominerer: hjerteinfarkt, angina pectoris og forkalkninger i hjerteårene. Til tross for at dette er den vanligste årsaken til dødsfall, har dødeligheten av hjerte- og karlidelser gått ned gjennom flere tiår. I 1996 døde 205 av 100 000 innbyggere av iskemisk hjertesykdom, mens tallet i 2006 var 126 (Dødsårsaksstatistikk).

Røyking forårsaker hjerteinfarkt hos yngre

Statistisk sentralbyrå (SSB) gjennomfører hvert år undersøkelser om tobakksbruk. I 2007 var det høyest andel dagligrøykere i aldersgruppen 35-64 år, mens det var lavest andel dagligrøykere blant de yngste og eldste. Levekårsundersøkelsen om helse 2005 viser at selv om det er flest røykere i aldersgruppen 45-66 år, har det vært en nedgang også i denne aldersgruppen. I 1998 røykte rundt 33 prosent i denne aldersgruppen daglig, mens 27 prosent røykte daglig i 2005. Røyking øker risikoen for både KOLS, hjerte- og karsykdommer og lungekreft. Det gir ikke umiddelbare skadevirkninger, men gir seg først til kjenne over tid. Unge mennesker som startet sin røykekarriere på 1950- og 60-tallet begynner nå, i voksen alder, å bli synlige i statistikk over sykdom og skader som skyldes røyking.

Knut Landmark refererer, i en artikkel i Tidsskrift for den norske legeforening i 2001, til flere studier som viser at røyking øker risikoen for å utvikle iske-

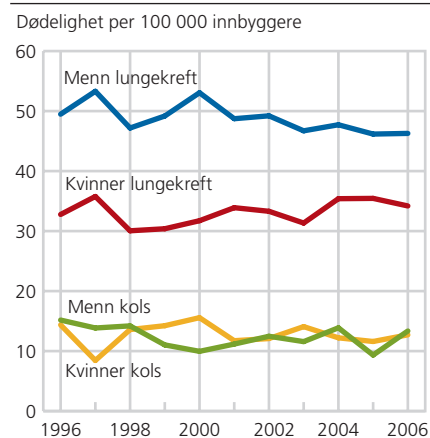
misk hjertesykdom (Landmark 2001). Røyking mer enn fordobler risikoen. Dette gjelder særlig blant yngre mennesker – hjerteinfarkt kommer tidligere hos en røyker enn hos en ikke-røyker. En annen norsk populasjonsbasert kohortstudie (Vollset mfl. 2006) viste at 26 prosent av kvinner som røyker over 20 sigaretter daglig, dør når de er mellom 40 og 70 år. Tilsvarende tall for ikke-røykende kvinner var kun 9 prosent. For menn i samme aldersgruppe var forskjellen enda større, henholdsvis 40 og 14 prosent.

KOLS og lungekreft øker blant kvinner

Røyking er den vanligste årsaken til KOLS. Risikoen øker med økende tobakksforbruk og antallet «røykeår» (Johannessen mfl. 2005). I 2005 hadde 7 prosent av kvinner og 6 prosent av menn i alderen 45-66 år en varig sykdom i nedre luftveier (KOLS). Forekomsten øker med alder og i aldersgruppen 67-79 oppgir henholdsvis 10 prosent av menn og 8 prosent at de har en slik sykdom (Levekårsundersøkelsen 2005). Tidligere har menn dominert dette bildet – fremdeles er det flest menn som har sykdommen, men andelen kvinner øker raskt. Det samme mønsteret ser man i dødeligheten. Det er flere menn som dør av KOLS enn kvinner, men antallet dødsfall blant kvinner har økt markert de siste årene (figur 3).

Tobakksrøyking er også den viktigste årsaken til lungekreft. En studie av tenåringsrøyking og lungekreft i tidlig voksenalder, publisert i Legeforeningens Tidsskrift i 2005, viste at forekomsten av lungekreft hos kvinner under 45 år er sju ganger mer vanlig i dag enn det var for kvinner på 1950- og 1960-tallet. Den viser også at risikoen for å få lungekreft i alderen 40 til 44 år faller

Figur 3. Dødelighet av lungekreft og KOLS per 100 000 innbyggere, etter kjønn, 40-65 år. 1996-2006



Kilde: Dødsårsaksstatistikk, Statistisk sentralbyrå.



sammen med røykevaner i tenårene. Blant unge voksne er det nå like mange nye lungekrefttilfeller hos kvinner som hos menn (Strand mfl. 2005).

Tidligere døde langt flere menn enn kvinner av lungekreft. Tallene viser imidlertid at kvinnene nå betaler for sin røykekarriere ved at dødeligheten av lungekreft blant kvinner stiger markert. Kvinner under 50 år har passert menn i dødelighet av lungekreft (Tverdal 2001). I 2006 døde det 1 246 menn og 799 kvinner av lungekreft, og 869 menn og 784 kvinner døde av KOLS. Sammenlignet med tall fra 1996 tilsvarer dette en økning i antallet døde på 22 prosent. Over 40 prosent av lungekreftdødsfallene og 17 prosent av KOLS-dødsfallene skjer før 70 års alder.

Kvinner drikker mer og oftere enn før

Alkoholkonsumet har økt i perioden 1993-2000, både for menn og kvinner, i alle alders-, utdannings- og inntektsgrupper. De med høy sosial status drikker mer enn de fra lavere sosiale lag av befolkningen (Strand og Steiro 2003). Menn drikker fortsatt mer enn kvinner. Levekårsundersøkelsen om helse 2005 viser at 28 prosent av menn i alderen 45-66 år drakk mye alkohol to eller flere ganger per uke, mens tilsvarende tall for kvinner var 22 prosent. Det er imidlertid blant kvinnene at hyppigheten av stort alkoholinntak har økt mest. Tall fra 1998 viser en økning på hele 12 prosentpoeng for kvinner, mens det har vært en 8 prosentpoengs økning for menn.

Sosiale forskjeller i dødelighet

Sosiale forskjeller i levevaner og forekomsten av livsstilssykdommer gir også utslag i befolkningens dødelighetsmønster. Nasjonalt folkehelseinstitutt har sett på utviklingen i dødelighet i ulike inntektsgrupper for 45-59-åringer (St. meld. nr. 20). I perioden 1994-2003 gikk dødeligheten i denne aldersgruppen ned, mens forskjellen i dødelighet mellom inntektsgruppene økte. Blant menn gikk dødeligheten for lavinntektsgruppen mindre ned enn for menn i høyere inntektsgrupper. Blant kvinnene økte dødeligheten for dem med lavest inntekt.

6 prosent døde en voldsom død

Dødsfall som betegnes som voldsomme i statistikken, skyldes ulykker, selvmord og drap. I alt 6 prosent av alle som døde i 2006, fikk en voldsom død. Generelt har andelen dødsfall av ulykker vært stabil de siste ti årene. Så mange som 17 menn per 100 000 innbyggere tok sitt eget liv i 2006. Selvmordsra-

Spesialisthelsetjenester

Spesialisthelsetjenesten inndeles grovt sett i tre tjenesteområder. Det **somatiske** området omfatter de fleste sykehus, legespesialister, opptreningsinstitusjoner samt syke- og fødestuer. Behandlingen gis ved døgnopphold, dagbehandling eller polikliniske konsultasjoner.

Psykisk helsevern omfatter hovedsakelig behandlingstilbud i distriktpsikiatriske sentra, men også i sykehusavdelinger samt hos privatpraktiserende spesialister.

Behandlingstilbudet til **rusmiddelmissbrukere** gis i stor grad i private institusjoner der det offentlige betaler. Staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene i 2002 (for rusbehandling i 2004), og den er i all hovedsak offentlig finansiert.

Driftskostnadene til somatiske helsetjenester på nesten 64 milliarder kroner er om lag fire ganger så høye som for psykisk helsevern.



ten er betydelig lavere blant kvinner – 6 per 100 000. Det er rundt regnet to til tre ganger så mange menn som kvinner som årlig begår selvmord. Det er flest menn under 40 år og kvinner i alderen 40-65 år som tar sitt eget liv.

Hvor fornøyd er middelaldrende med helsen si?

Nær fire av fem menn vurderer helsen som meget god eller god i aldersgruppen 45-66 år (Levekårsundersøkelsene). Blant kvinner er andelen noe lavere for årene 1998 (74 prosent) og 2002 (72 prosent), mens andelen er nesten det samme som for menn i 2005. I samme tidsperiode og aldersgruppe svarer mellom 7 og 9 prosent at helsen er dårlig eller meget dårlig. Dette er en litt høyere andel enn om man ser alle aldersgrupper under ett. Imidlertid sier seks av ti menn og syv av ti kvinner i aldersgruppen 45-66 år at de lever med en varig sykdom.

Middelaldrendes bruk av helsetjenester

I de somatiske sykehusene har det over lengre tid vært en utvikling mot behandlingsformer som er mindre tidkrevende (se tekstboks om spesialisthelsetjenester). Antallet dagbehandlinger stiger stadig, og liggetiden ved døgnoppholdene blir kortere. I 2007 var det nesten 812 000 døgnopphold, en liten nedgang i antallet for første gang på syv år. Ved to av tre døgnopphold ble pasienten innlagt for øyeblikkelig hjelp.

Ser man de ulike typene av sykehusbehandlinger i forhold til folketallet i ulike aldersgrupper, blir bildet noe ulikt for middelaldrende over og under 60 år. 40-59-åringene ligger noe under gjennomsnittet når det gjelder antallet polikliniske konsultasjoner og døgnopphold, og noe over gjennomsnittet for dagbehandlinger (figur 4). Aldersgruppen 60-69 år ligger naturlig nok godt over gjennomsnittet for alle behandlingstyper.

Hjerte- og karsykdommer vanligste årsak til døgnopphold

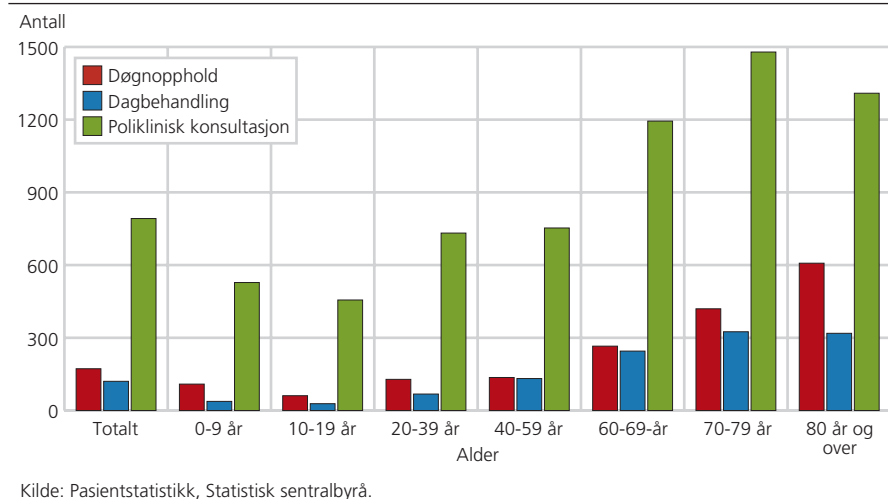
14 prosent av alle døgnopphold på somatiske sykehus skyldes hjerte- og karsykdom. For disse diagnosene har aldersgruppen 40-59 år like mange opphold som gjennomsnittet (altså 14 prosent), mens dette gjelder hele 21 prosent av 60-69-åringene (figur 5).

Hjerte- og karsykdommer er også den vanligste årsaken til døgnopphold på sykehus for menn generelt, mens kvinner har flest opphold i forbindelse med svangerskap og fødsel. Skader og forgiftninger er den nest vanligste diagnosegruppen med 11 prosent av alle opphold. For 40-69-åringene er derimot kreft den nest hyppigste innleggingsårsaken. Muskel- og skjelettsykdommer er også en vanlig forekommende årsak.

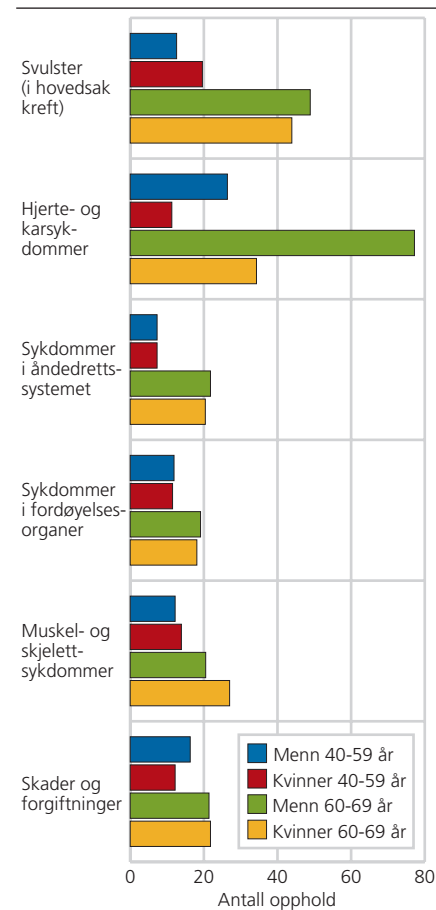
Til poliklinikk med muskel- og skjelettlidelser

Antallet polikliniske konsultasjoner ved somatiske sykehus øker. I 2007 ble det til sammen registrert 3,7 millioner konsultasjoner. Skader, muskel- og

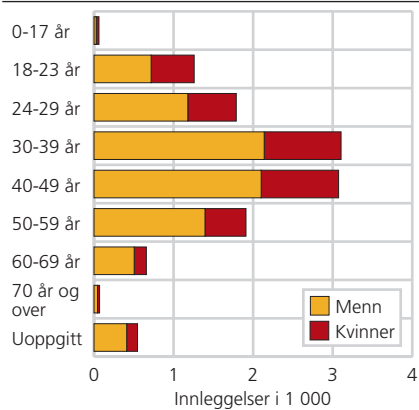
Figur 4. Døgnopphold, dagbehandlinger, polikliniske konsultasjoner ved somatiske sykehus per 1 000 innbyggere, etter aldersgrupper. 2007



Figur 5. Døgnopphold ved somatiske sykehus for 40-69-åringene, etter hoveddiagnosegruppe, kjønn og alder. 2007



Figur 6. Innleggelser i rusmiddelinstitusjoner, etter kjønn og alder. 2007



Kilde: Spesialisthelsetjenesten, rusbehandling, Statistisk sentralbyrå.

skjelettlidelser og svulster var hyppigste årsak til poliklinisk konsultasjon. I aldersgruppen 40-59 år var flest konsultasjoner for muskel- og skjelettlidelser. De hadde 105 konsultasjoner per 1 000 innbyggere for slike sykdommer. Kreft var nest vanligste årsak til poliklinisk behandling for denne aldersgruppen, mens for 60-69-åringene var kreftoppfølging hyppigst forekommende.

Skader var årsak til om lag 9,4 prosent av alle polikliniske konsultasjoner. Av disse var skader i overarmene vanligst. Flere menn enn kvinner fikk behandling for skader. Relativt sett var det flest skader blant gutter i alderen 10-19 år, 123 konsultasjoner per 1 000 innbyggere. Men det var også mange konsultasjoner blant eldre kvinner i alderen fra 80 år og over, 122 konsultasjoner per 1 000 innbyggere. Kvinner i denne aldersgruppen hadde også en del konsultasjoner i forbindelse med lårbensbrudd.

Mange «godt voksne» på rusmiddelinstitusjoner

I 2007 var det om lag 12 500 innleggelser innenfor tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk. Dette utgjør den statlige delen av rusomsorgen. Nær halvparten av innleggelsene ved rusmiddelinstitusjonene var for personer 40 år og over, som er den største gruppen. Antallet innlagte går ned med økende alder (figur 6).



Det er flest menn som legges inn på rusmiddelsinstitusjoner. Færre enn hver tredje innleggelse gjaldt kvinner. Blant helt unge under 24 år er kjønnsforskjellene mindre.

Bergensklinikkene og Statens institutt for rusmiddelforskning utgir årlig statistikk basert på klient og pasientregistrering ved alle behandlings- og omsorgstiltak for rusmiddelmissbrukere (Iversen mfl. 2006). I dette kartleggings-systemet registreres blant annet klientens/pasientens mest brukte rusmiddel. Kvinner oppgir alkohol som det mest brukte rusmiddelet i om lag 40 prosent av tilfellene. Dernest oppgis heroin som det nest mest brukte rusmidlet (26 prosent i 2006). Blant menn er alkohol det mest brukte rusmiddelet hos 47 prosent i 2006, mens 22 prosent oppgir heroin. En klart større andel kvinner enn menn har rapportert vanedannende medikamenter som mest brukte rusmiddel, med henholdsvis 16 prosent og 9 prosent i 2006.

Psykisk helsevern – færre døgnplasser, mer personell

Etter at opptrappingsplanen for psykisk helse ble vedtatt i 1999, har antallet årsverk i sektoren økt for hvert år. Dette gjelder både innenfor psykisk helsevern for voksne og for barn og unge under 18 år. I 2007 var det i overkant av 20 000 årsverk totalt. Årsverksveksten for leger og psykologer fortsatte også inn i 2007. Stadig flere av de nye årsverkene fylles med personer som har spesialistutdanning. Det blir også flere sykepleierårsverk i psykisk helsevern.

Antall utskrivninger etter døgnopphold fra institusjoner innenfor psykisk helsevern har økt i en årrekke, men flatet ut i 2007. Av vel 49 000 døgnopphold gjaldt drøyt 2 000 barn og unge. Antallet polikliniske konsultasjoner øker fortsatt innenfor psykisk helsevern. I psykisk helsevern for barn og unge holder antallet døgnplasser seg stabilt, mens nedgangen for voksne fortsetter.

Kvinner oftest til psykolog

Levekårsundersøkelsen i 2005 viste at kvinner oftere oppsøker psykolog enn menn. I alt 5 prosent av kvinnene oppga å ha konsultert en psykolog i løpet av de siste tolv månedene, mot bare 2 prosent av mennene. Jo yngre kvinnene var, jo hyppigere svarte de at de hadde kontaktet psykolog i perioden. Når det gjaldt kontakt med psykiater, var det kvinner i alderen 45-66 år som oftest oppga å ha hatt minst én konsultasjon i løpet av de siste tolv månedene.

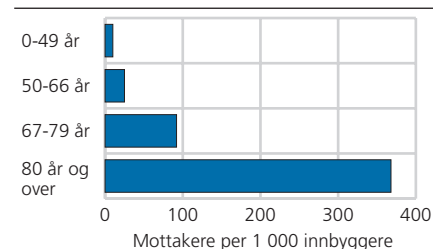
Hva slags helsehjelp tilbyr kommunene?

Kommunene har ansvaret for helsestasjon, skolehelsetjeneste, allmennlegetjeneste samt pleie- og omsorgstjenestene. Tilbudet om hjemmesykepleie og praktisk bistand legger til rette for at alle skal kunne bo hjemme så lenge som mulig. For tyngre pleietrengende finnes kommunale institusjonsplasser, i praksis sykehjem, som tilbyr korttids- og langtidsopphold. Det finnes nå i overkant av 41 000 plasser ved slike institusjoner. I tillegg tilbyr en del av trygde- eller omsorgsboligene heldøgntjenester til beboerne.

Stabilt antall middelaldrende institusjonsbeboere

Om lag 1 500 personer i alderen 50-66 år bor i kommunale pleie- og omsorgsinstitusjoner. Antallet har holdt seg stabilt over flere år. Denne gruppen utgjør nær 4 prosent av samtlige beboere. De er noe mer pleietrengende enn eldre og yngre institusjonsbeboere. I 2007 hadde 72 prosent av dem omfattende bistandsbehov, mens dette gjaldt 68 prosent av samtlige institusjonsbeboere (Gabrielsen mfl. 2008).

Figur 7. Mottakere av hjemmetjenester i ulike aldersgrupper per 1 000 innbyggere. 2006



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.



Referanser

- Dale, Anne Cecilie; L.J. Vatten; T.I Nilsen mfl. (2008): Secular decline in mortality from coronary heart disease in adults with diabetes mellitus; cohort study. *British Medical Journal* 2008.
- Dødsårsaksstatistikk, Statistisk sentralbyrå. <http://www.ssb.no/vis/emner/03/01/10/dodsarsak/main.html>
- Gabrielsen, Bjørn; Magnar Lillegård, Berit Otnes, Brith Sundby, Dag Abrahamsen, Pål Strand (2008): Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene (IPLoS), Foreløpige resultater fra arbeidet med IPLoS-data for 2007, Notater 2008/42, Statistisk sentralbyrå.
- Grøtvedt, Liv. (2002): *Helseprofil for Oslo. Voksne*, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Oslo kommune, Program for storbyrettet forskning, Oslo 2002., Folkehelseinstituttet 2002.
- Grøtvedt, Liv; A. Gimmestad (2002): *Helseprofil for Oslo. Ungdom*, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Oslo kommune, Program for storbyrettet forskning, Oslo 2002.
- Iversen, Erik; Grethe Lauritzen; Astrid Skretting og Arvid Skutle (2006): *Det nasjonale dokumentasjonssystemet innen tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere: Pasient/klientkartleggingsdata*, Rapport for 2006, Stiftelsen Bergsklinikkene, Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Johannessen A.; E. Omenaas; P. Bakke; A.Gulsvik (2005): Incidence of GOLD defined chronic obstructive pulmonary disease in a general adult population". *International Journal of Tuberc Lung Dis.* 2005., nr. 9(8): 926-932.
- Landmark, Knut (2001): Røyking og koronar hjertesykdom, *Tidsskrift for den norske legeforening* nr. 14/2001; 121:1710-2.
- Levekårsundersøkelsen om helse 2002, Statistisk sentralbyrå. <http://www.ssb.no/emner/03/01/helseforhold>
- Levekårsundersøkelsen om helse 1998, Statistisk sentralbyrå. <http://www.ssb.no/emner/03/01/helseforhold>
- Levekårsundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå. <http://www.ssb.no/emner/03/01/helseforhold>
- Nasjonalregnskap (2007): Statistisk sentralbyrå. <http://www.ssb.no/vis/emner/09/01/helsesat/>
- Nasjonalt Folkehelseinstitutt: Dødsårsaksstatistikk 2006: Kreft tar flest leveår. <http://www.fhi.no>
- Rødje, K; J. Clench-Aas; B. van Roy, O. Holmboe; A. Müller (2004): *Helseprofil for barn og ungdom i Akershus*, Barnerapport 1/2004, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Statistisk sentralbyrå, Pasientstatistikk, <http://www.ssb.no/emner/03/02/pasient/>
- Statistisk sentralbyrå, *Statistisk årbok 2007*, tabell 108
- Statistisk sentralbyrå, SEDA – sentrale data fra allmennlegetjenesten, http://www.ssb.no/emner/03/90/rapp_200715/
- St.meld. nr. 20 (2006-2007): Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, Helse- og omsorgsdepartementet.
- Strand, Bjørn Heine; Anders Steiro (2003): Alkoholbruk, inntekt og utdanning i Norge 1993-2000, *Tidsskrift for den norske legeforening*, nr. 20, 2003, 123:2849-53.
- Strand, Trond-Eirik; Columbo Malayeri; Petri K.j Eskon-sipo; Tom K. Grimsrud; Jarle Norstein; Tom Grotmol (2005): Tenåringsrøyking og lungekreft i tidlig voksenalder, 1954-98, *Tidsskrift for den norske legeforening* nr. 9 2005; 125:1174-6.
- Tverdal, Aage (2001): Dødelighet av lungekreft – nå høyre hos kvinner enn hos menn under 50 år. *Tidsskrift for den norske legeforening* 2001; 121.
- Vollset, Stein Emil; Randi Selmer; Aage Tverdal; Håkon K. Gjessing (2006): «Hvor dødelig er røyking? Rapport om dødsfall og tapte leveår som skyldes røyking», Rapport 2006:4, Folkehelseinstituttet.

Når det gjelder hjemmetjenester, utgjør aldersgruppen 50-66 år nå i overkant av 13 prosent av alle mottakere, og andelen har vært svakt stigende de senere årene. Ved utgangen av 2006 var det drøyt 171 000 mottakere av hjemmetjenester totalt. Ser vi på hvor stor del av de enkelte aldersgruppene som mottar hjemmetjenester, gjaldt dette 2,5 prosent av aldersgruppen 50-66 år ved utgangen av 2006 (figur 7).

I likhet med de aller yngste mottakerne av hjemmetjenester har mottakerne i alderen 50-66 år mer omfattende bistandsbehov enn mottakere som er 67 år og over. Dette har sammenheng med målsettingen om at unge og middelaldrende helst ikke skal plasseres i institusjon. De får derfor omfattende hjelp av hjemmetjenesten i eget hjem.

I 2007 fikk mottakere av hjemmetjenester i alderen 50-66 år i gjennomsnitt hjelp vel ni timer per uke, mens mottakere i eldre aldersgrupper fikk i gjennomsnitt rundt fire timer per uke. I tallene er det noen tunge brukere i alderen 50-66 år som trekker gjennomsnittstallet for timer mottatt hjelp opp. 8 prosent av mottakerne får hjelp i mer enn 35,5 timer per uke. Det samme gjaldt 1-2 prosent av mottakere av hjemmetjenester i de eldre aldersgruppene.

Flere leger i kommunene

Antall årsverk av både leger og fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten øker fra år til år. Fra 2006 til 2007 kom det 117 nye legeårsverk i kommunene. Antallet leger per 10 000 innbyggere økte dermed fra 9,1 til 9,3. Den prosentvise økningen av legeårsverk var størst i institusjoner for eldre og funksjonshemmede. Utvalgsundersøkelsen Sentrale data for allmennlegetjenesten (SEDA) viste for årene 2004-2006 at om lag 30 prosent av konsultasjonene hos fastlege var med personer i alderen 45-64 år.

203 milliarder kroner til helse

I 2007 ble 203 milliarder kroner brukt på helse – 84 prosent av utgiftene ble finansiert med offentlige midler. Finansiering av sykehustjenester er den største statlige utgiftsposten. Av de kommunale utgiftene er over 80 prosent knyttet til finansiering av sykehjemstjenester og hjemmesykepleie.

Det er heldøgnsopphold ved sykehusene, legetjenester uten innleggelse og sykehjemstjenester som er de største utgiftspostene fra 1997-2007. Andelen av utgifter knyttet til døgnsopphold ved sykehusene har avtatt, mens utgiftene til dagopphold har økt. Utgifter til hjemmebaserte tjenester har økt mest (Nasjonalregnskap 2007).

I Norge, som i mange andre OECD-land, vokser forbruket av helsetjenester per innbygger mer enn den økonomiske veksten målt i BNP per innbygger. I Norge bruker vi om lag 9 prosent av BNP på helse. Ett av fire OECD-land bruker mer enn 10 prosent av sine inntekter på helseformål. Tall for 2005 viser at Norge rangerer som nummer tre på listen over hvor mye som blir brukt på helse per innbygger. Bare USA og Luxembourg bruker mer enn Norge.