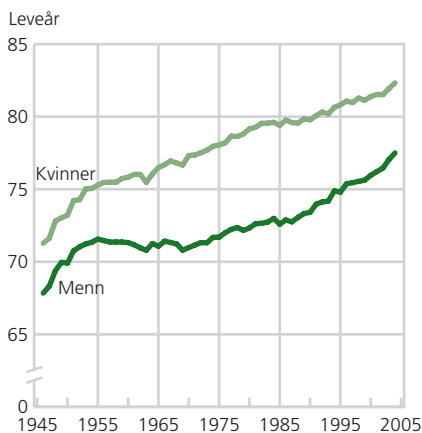


Kvinner lever lenger – med flere sykdommer

Vi lever stadig lenger, og avstanden mellom menns og kvinners dødelighet krymper. Samtidig som kvinner lever lenger, har de i større grad varig sykdom. Selv om den egenrapporterte helsetilstanden i befolkningen har vært relativt uforandret de siste 20-25 årene, har færre hjerte- og karlidelser, og stadig færre dør som en følge av slike sykdommer. Kostnadene til helseformål har økt jevnt siden 1997, og det offentlige finansierer mesteparten av utgiftene til dette.

Jørgen Svalund

Figur 1. Forventet gjenstående levetid for nyfødte gutter og jenter. 1946-2004



Kilde: Befolkningsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Befolkningens helse er avhengig av økonomiske, sosiale og kulturelle forhold i samfunnet. Kultur, gjennom matvaner, fritidsaktiviteter og andre livsstils-mønstre, virker inn på befolkningens helsetilstand (Elstad 2003). Oppbyggingen av den norske velferdsstaten, hvordan arbeidsliv og familieforhold er organisert i stort, påvirker på samme måte samfunnsmedlemmenes helse. Samtidig virker befolkningens helse inn på velferdsstaten og organiseringen av for eksempel arbeidslivet, noe debatter om inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen), pensjonsalder og uføretrygd er eksempler på.

Redusert dødelighet

Dødeligheten i Norge har gått ned siden midten av 1970-tallet. Spedbarnsdødeligheten er redusert. På 1980-tallet døde om lag 8 promille første leveåret. I 2004 har dette sunket til 3,2 promille, de laveste andelene som noen gang har vært registrert i Norge (se også artikkelen om befolkning). Den viktigste årsaken er reduksjonen i krybbedødtillfeller på mer enn 90 prosent siden toppåret i 1989. I 2003 døde elleve spedbarn av krybbedød, mot 145 spedbarn i 1989. Det har vært en mindre nedgang i dødeligheten for personer mellom ett og 40 år i de siste ti-femten årene. Hele nedgangen kan tilskrives redusert ulykkesdødelighet. For de aller yngste har det også vært en nedgang i sykdomsdødeligheten. Flere lever altså gjennom barne- og ungdomsårene, sammenlignet med tidligere.

Vi lever stadig lenger

Den forventede levealderen i 2004 er 77,5 år for nyfødte gutter og 82,3 år for nyfødte jenter. Det er en økning på nesten fem og et halvt år for menn og vel tre og et halvt år for kvinner fra perioden 1976-1980.

Den reduserte forskjellen mellom menn og kvinner i de senere årene skyldes i hovedsak lavere hjerte- og kardødelighet blant menn. Siden 1980 er dødeligheten av hjerte- og karsykdommer redusert med 54 prosent for menn og 56 prosent for kvinner. Nedgangen er fortsettelsen på en trend som begynte omkring 1970 for menn og ti år tidligere for kvinner. Den nedadgående trenden er nå brattere enn noen gang. Som det kom frem i artikkelen om befolkning, har forskjellen i forventet levealder mellom kvinner og menn ikke vært mindre siden 1950-tallet.

Forventet levealder ved fødsel økte med ca. 25 år i det 20. århundre. Det antas at høyst fem av disse årene skyldes medisinske tiltak (Bunker mfl. 1994). Økningen i forventet levealder skyldes både bedret ernæring, høyere

Jørgen Svalund er sosiolog og førstekonsulent i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk (jvs@ssb.no).

levestandard og bedre arbeidsforhold. Gjennom dette ble dødsfall som skyldes infeksjoner og infeksjonssykdommer kraftig redusert (Mamelund og Borgan 1996: 17).

Lite ny statistikk om innvandrere og helse

Det foreligger foreløpig lite statistikk om innvandreres helse. For det første er innvandrere, og da spesielt ikke-vestlige innvandrere, en relativt ung befolkningsgruppe i Norge. Svært få har rukket å bli gamle, og enda færre dør (Aalandslid 2005). Derfor har det ikke vært mulig å gjennomføre store undersøkelser om ulike innvandrergrupper på basis av dødsårsaksstatistikk. Det er imidlertid gjort noen beregninger blant hele gruppen av ikke-vestlige innvandrere og pakistanere (Østby 2002). Resultatene derfra tyder på at førstegenerasjonsinnvandrere har en noe lavere dødelighet enn nordmenn, mens de som er født i Norge med to utenlandsfødte foreldre har en høyere dødelighet. Tallene er for små til å kunne gi innblikk i hva dette skyldes.

Dessverre finnes det ikke registerbaserte helse- eller pasientregistre som kan fortelle noe om innvandreres helse. Videre er antallet innvandrere som intervjues i helse- og levekårsundersøkelsene ikke stort nok til å danne grunnlag for egne analyser. Det er heller ikke gjennomført representative undersøkelser om innvandreres helse i Statistisk sentralbyrå (SSB) i den senere tid. Det ble imidlertid gjennomført en levekårsundersøkelse blant ikke-vestlige innvandrere for ni år siden, i 1996 (Gulløy, Blom og Ritland 1997). I 2005-2006 skal SSB gjennomføre en ny levekårsundersøkelse blant ikke-vestlige innvandrere, og det er håp om at den kan kaste et nytt, og ferskere lys over innvandreres helse i Norge.

Enn så lenge er levekårsundersøkelsen fra 1996 den nyeste undersøkelsen om ikke-vestlige innvandreres helse fra SSB. Denne viste at ikke-vestlige innvandrere i alderen 16-66 år i mindre grad enn nordmenn har en eller flere varige sykdommer. På tross av dette generelle bildet, var det allikevel flere ikke-vestlige innvandrere enn nordmenn i alderen 45-66 år som hadde en eller flere varige sykdommer. Resultatene tydet derfor på at helse, eller mer presist *god helse*, var mer avhengig av alder blant innvandrere enn blant nordmenn. Videre var det større forskjell i helsetilstand mellom kvinnelige og mannlige ikke-vestlige innvandrere enn mellom kvinnelige og mannlige nordmenn. Kvinnelige innvandrere rapporterer i klart større grad enn mannlige innvandrere om varig sykdom (Blom og Ramm 1998).

Ikke-vestlige innvandrere som hadde varige sykdommer opplevde i klart større grad at sykdommene begrenset arbeidsevnen. Noe kan skyldes at nordmenn og innvandrere pådrar seg ulike sykdommer: Mens nervøse lidelser forekom oftere blant innvandrere enn blant nordmenn, var allergisk betingede sykdommer som sykdom i åndedretsorganene og hud og underhud klart mer vanlig blant nordmenn. Ellers bør det nevnes at diabetes var mer utbredt blant innvandrere i 1996. En annen grunn til at ikke-vestlige innvandrere opplevde at sykdom i større grad hadde konsekvenser for arbeidsevnen, kan ha vært at nordmenn og innvandrere opplevde en og samme sykdomstilstand forskjellig. Det er mulig at kulturelle forhold spiller inn både når det gjelder fortolkning av symptomer av sykdom og konsekvenser av dem. Endelig viste det seg at innvandrere som har varige sykdommer, gjerne hadde flere varige sykdommer samtidig, noe som også kan ha hatt betydning (Blom og Ramm 1998).

Kvinner helse er dårligere enn menns

Tilbake til midten av 1980-tallet har andelen som sier de har meget god eller god helse holdt seg stabil på omkring 90 prosent blant ungdom og yngre voksne, 80 prosent blant voksne og nær 60 prosent blant eldre. Fra midten av 40-årene øker forekomsten av helseproblemer markert for både kvinner og menn. Flere rammes av til dels alvorlige sykdommer, og forekomsten av symptomer og helseplager i hverdagen øker.

På tross av at kvinner kan forvente å leve lenger enn menn, er deres helsetilstand på mange områder dårligere enn menns. Dette gjelder viktige helseindikatorer som psykiske helseproblemer (målt ved HSCL¹-25-skåre over 1,75), kroniske lidelser og egenvurdert helsetilstand. Dette kommer dels av biologi. Kvinner og menn rammes rett og slett av ulike sykdommer, som at kvinner rammes av brystkreft og menn av prostatakreft. Dels er det mulig at kvinner og menn lytter til kroppens signaler på forskjellige måter, og at dette påvirker deres helse og opplevelse av egen helse. Endelig vil levekår, som arbeid og arbeidsmiljø, boforhold, kosthold, helse og livsstil spille sammen over tid, og skape helsemessige ulikheter mellom kvinner og menn.



Den egenvurderte helsen til befolkningen har vært tilnærmet uforandret over lang tid. Kvinner lever lenger enn menn, men de lever i større grad med sykdom. Få unge i befolkningen, uansett kjønn, vurderer sin egen helse som dårlig. Imidlertid opplever mange, spesielt kvinner, at helsen reduseres med alder. Mens 17 prosent av kvinner 67 år eller eldre opplever sin egen helse som dårlig eller meget dårlig, gjelder dette 9 prosent av de jevnaldrende mennene.

At mange opplever sin helse som god, betyr ikke nødvendigvis at ikke mange har en eller flere varige sykdommer. Utbredelsen av varig sykdom og skader økte fra 1995 til 1998, men var tilnærmet stabil fra 1998 til 2002. Kvinner har i større grad enn menn varige, kroniske sykdommer. Mens 55 prosent av mennene har en eller flere varige sykdommer, gjelder dette 62 prosent av kvinnene. 72 prosent av kvinnene i alderen 45 til 66 år oppgir at de har en varig sykdom, mens 60 prosent av mennene i samme alder opplever dette i 2002 (Levekårsundersøkelsen). Blant eldre (67 år og eldre) har like mange menn som kvinner varige sykdommer.

Hver tredje eldre kvinne har nedsatt bevegelseevne

Flere enn før har en varig sykdom. Samtidig opplever ikke flere at sykdommen(e) begrenser dem i dagliglivet. I 1995 og 1998 hadde 12 prosent en sykdom eller andre helseproblemer som påvirket hverdagen i høy grad. I 2002 rapporterte 9 prosent om slike problemer. En del av nedgangen skyldes at flere av de eldste mennene (80 år og over) er flinkere til å mestre sine varige helseproblemer i dagliglivet. Flere kvinner enn menn har langvarig sykdom, og kvinner har også oftere enn menn sykdommer som påvirker hverdagen. Forskjellene er størst fra midten av 40-årene og frem mot pensjonsalder, hvor klart flere kvinner enn menn med varig sykdom opplever at sykdommen(e) påvirker hverdagen. At varige sykdommer har mindre konsekvenser for hverdagen i 2002, kan skyldes at sykdomstilstandene som den enkelte rapporterte i 2002 er mindre belastende enn de som ble rapportert tidligere. Videre kan nye behandlingsmetoder og medisiner medføre at mange lever bedre med sykdom i dag.

Eldre med helseplager har gjerne flere sykdommer eller plager. Mange har sykdom som de har levd med i mange år. Med økende alder øker andelen

som har problemer med å bevege seg omkring, utføre daglige ærender eller benytte offentlig transport. Det er flere kvinner enn menn som har problemer med førligheten, noe som delvis henger sammen med at kvinner lever lenger enn menn, og at det er flere kvinner i høy alder. Hver tredje kvinne 67 år eller eldre har nedsatt bevegelsesevne, det vil si at de ikke kan gå i trapper opp eller ned en etasje uten å hvile, eller at de ikke kan gå en fem minutters tur i noenlunde raskt tempo. Blant menn i samme alder har i underkant av en av fem nedsatt bevegelsesevne. Samtidig har om lag en av seks over 66 år vansker med å bære fem kilo eller mer. Det er særlig mange eldre kvinner, mer enn en av fem, som sier at de har vansker med å bære (Svalund 2005a).

Flere har KOLS

Den generelle helsetilstanden, og om mange har varige sykdommer, henger sammen med befolkningens alderssammensetning. Flere i befolkningen vil ha varige sykdommer når levealderen går opp, fordi eldre mennesker har mer helseplager enn yngre. Samtidig vil endringer i organiseringen av samfunnet knyttet til biltrafikk og eksos, og mulighet for fysisk aktivitet over tid påvirke befolkningens helsetilstand. Endelig vil arbeidsmiljøbelastninger av fysisk og psykisk art (se artikkel om arbeid for mer om dette), og ernæring ha betydning.

Ulike typer funksjonssvikt, hjerte- og karsykdom, muskel- og skjelettsykdom og kreft har høyest forekomst i eldre befolkningsgrupper. Samtidig er det i yngre aldersgrupper en høy og økende forekomst av åndedrettssykdommer. 21 prosent i alderen 16-24 år hadde en sykdom i åndedretsorganene i 2002, mot 16 prosent i befolkningen som helhet. Blant eldre er det en høy forekomst av KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom).

Det har vært en økning i kroniske luftveisplager i befolkningen i de senere årene (figur 2). I 1975 hadde rundt 3 prosent av den voksne befolkningen en kronisk obstruktiv lungelidelse eller astma. Forekomsten var høyest blant de som var 67 år eller eldre, spesielt eldre menn hadde slike plager. I 2002 er forskjellen mellom eldre menn og kvinner snudd. Flere kvinner enn menn har slike sykdommer i 2002. Spesielt har klart flere middelaldrende kvinner enn menn KOLS. Mens nesten en av ti kvinner i alderen 45-66 år har slike sykdommer, gjelder det mindre enn en av 20 menn i samme alder.

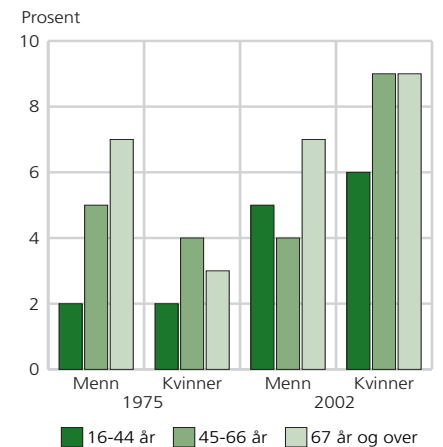
I 2003 døde 1 627 personer av KOLS. 53 prosent var menn. Fra 1989 til 2003 har det vært en sterk vekst i antall dødsfall grunnet KOLS. Mens 2,6 prosent av alle dødsfall skyldtes KOLS i 1989, var KOLS årsaken til 3,8 prosent av alle dødsfallene i 2003. Sykdommer i åndedretsorganene forårsaket alt i alt 12 prosent av det totale antallet dødsfall i Norge i 2003.

Muskel- og skjelettsykdom utbredt blant kvinner

Muskel- og skjelettlidelser er generelt den viktigste årsaken til sykkelighet og funksjonshemming. Muskel- og skjelettlidelser omfatter rygglidelser, leddbetennelser, stivhet i ledd, benskjørhet med videre, og forekomsten av slike lidelser øker med alderen. I tillegg til at skjelettet blir svakere med årene og risikoen for brudd øker, opplever mange også muskel- og skjelettlidelser som en følge av mangeårig slitasje på muskler og skjelett gjennom arbeid eller fritidsaktiviteter.

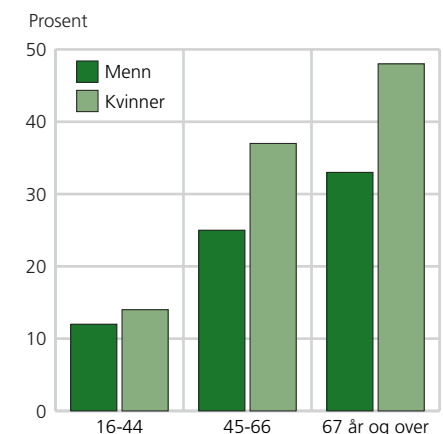
24 prosent av befolkningen over 15 år hadde, ifølge dem selv, en muskel- og skjelettsykdom i 2002. Forekomsten blant kvinner er vesentlig høyere enn

Figur 2. Andel med kronisk obstruktiv lungesykdom, etter kjønn og alder. 1975 og 2002¹. Prosent



¹ Omfatter tilstander som (kronisk) bronkitt, emfysem, bronkial astma og annen kronisk lungesykdom.
Koder benyttet i 1975: ICD-8: 491-493, 518.
Koder benyttet i 2002: ICD:10: J40-J46.
Kilde: Helse- og levekårsundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

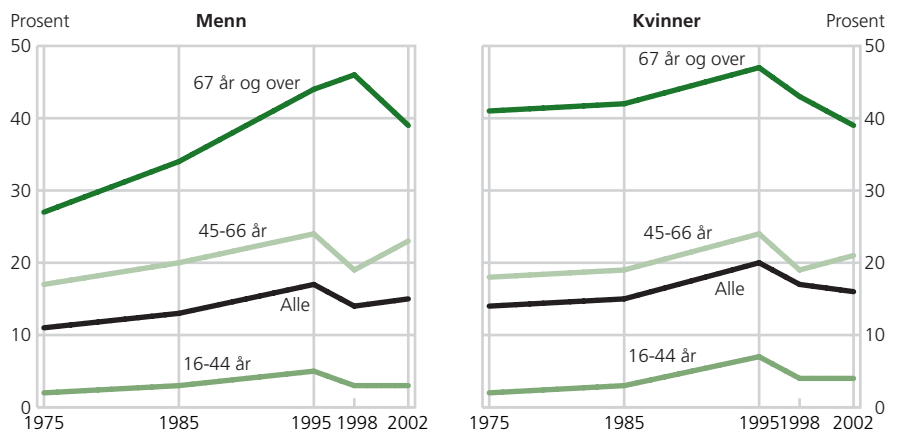
Figur 3. Andel med muskel- og skjelettlidelser, etter kjønn og alder. 2002. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen, Statistisk sentralbyrå.

blant menn. Mens 20 prosent av mennene har slike lidelser, gjelder det 28 prosent av kvinnene. Andelen med slike lidelser øker med alder, både for kvinner og menn. Høyest forekomst er det blant middelaldrende som nærmer seg pensjonsalderen. Blant eldre synker forekomsten noe igjen. Imidlertid forekommer bruddskader oftere blant eldre. De vanligste bruddene blant eldre er lårhalsbrudd, lårbensbrudd, underarmsbrudd og hoftebrudd. I mange tilfeller er årsaken til bruddene benskjørhet. I underkant av 6 prosent av heldøgns sykehusopphold blant personer over 80 år skyldtes lårbensbrudd i 2004. Nesten 10 prosent av alle polikliniske behandlinger på somatiske sykehus i 2004 kom av ulike sykdommer i muskel- og skjelettsystemet.

Figur 4. Andel med hjerte- og karsykdom blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper. 1975, 1985, 1995, 1998 og 2002. Prosent



Kilde: Helse- og levekårsundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

Nedgang i hjerte- og karlidelser

Hjerte- og karlidelser har i mange år vært utbredt i den voksne delen av befolkningen. Mange lever med slike lidelser, og mange dør som en følge av dem. Hjerte- og karsykdom er en stor gruppe lidelser som omfatter hypertensjon (høyt blodtrykk), ischemisk hjertesykdom som angina og hjerteinfarkt, samt andre karsykdommer i hjerne, arterier eller vener.

Andelen med alvorlige diagnoser innenfor sykdomsgruppen hjerte- og karsykdom øker markert etter 40-årsalderen. 16 prosent av den voksne befolkningen har en eller flere hjerte- og karlidelser. Slike lidelser er klart mer utbredt blant eldre. Mens en av 100 i alderen 16-24 år oppgir at de har en slik lidelse, har nesten fire av ti over 66 år slike lidelser.

Boks 1: Helseundersøkelsen 1995, og sammenlignbarhet over tid

Nye metoder ble innført i forkant av og under selve datainnsamlingen av Helseundersøkelsen 1995. Sykdomsopplysningene i 1975- og 1985-undersøkelsene ble samlet inn ved såkalte penn og papirintervjuer. I 1995 ble nye metoder tatt i bruk og mye ressurser ble satt inn i forkant av og under selve datainnsamlingen. Penn og papir ble byttet ut med bærbare datamaskiner. PC-registrering av opplysninger under selve intervjuet skapte en annerledes intervjusituasjon, og dette kan ha påvirket registreringen av blant annet sykdomsopplysningene. Intervjukorpset som gjennomførte intervjuene, ble instruert i hvordan de skulle benytte det nye verktøyet, og hvordan de skulle intervju om helse spesielt. Som en del av dette opplegget ble det laget en instruksjonsvideo for å forberede intervjuerne på oppgaven. Undersøkelsen ble svært fokusert og nøye fulgt opp. Dette kan ha medført høyere rapportering av sykkelighet i den årgangen (Ramm 2000:40).

Mens 13 prosent i befolkningen hadde slike lidelser i 1975, oppgir altså 16 prosent det samme i 2002. Forekomsten av hjerte- og karsykdommer i befolkningen har vært relativt stabil siden midten av 1970-tallet, og økningen i 1995 kan sannsynligvis tilskrives trekk ved Helseundersøkelsen 1995 (se boks 1 og figur 4). Utviklingen i andel med hjerte- og karsykdom har vært stabil for unge siden midten av 1970-tallet. Blant menn over 66 år har det vært en jevnt økende forekomst av hjerte- og karsykdom fra 1970-tallet frem til slutten av 1990-tallet. Denne veksten har imidlertid snudd. Også mange eldre kvinner har hjerte- og karlidelser, og også blant eldre kvinner har noen færre slike lidelser i 2002 enn tidligere.

Samtidig som færre har hjerte- og karlidelser, var antallet som døde av hjerte- og kardødsfall i 2003 det laveste de siste 50 årene. Blant norske menn under 70 år og kvinner under 80 år har det ikke vært registrert så lav hjerte- og kardødelighet i løpet av vel 100 år, og for de eldste har det ikke vært et så lavt dødelighetsnivå siden før 2. verdenskrig. I de siste 35 årene er det observert en særlig stor nedgang i iskemisk hjertesykdom – det vil si hjerteinfarkt og hjertekrampe/angina pectoris. Blant menn i alderen 40-74 år har den relative nedgangen i perioden vært på om lag 70 prosent.

Stadig flere nye tilfeller av kreft

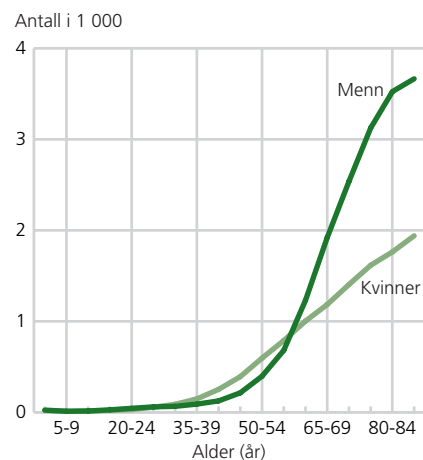
Krefthyppigheten i befolkningen har økt betydelig siden 1970-tallet. I 1988 ble det registrert vel 17 000 nye tilfeller av kreft, mens nesten 22 500 nye tilfeller ble registrert i 2001. Utbredelsen av en del kreftsykdommer øker utover i livsløpet. Forekomsten av nye krefttilfeller har blant annet sammenheng med befolkningens størrelse og alderssammensetning. Fra 1988 til 2001 har antall innbyggere i Norge økt, og befolkningen har blitt eldre. Rundt 1 500 av de nye krefttilfellene skyldes endringer i befolkningens størrelse og alderssammensetning, mens om lag 4 000 kommer av økt kreftrisiko (Svalund 2005b).

Generelt har menn høyere krefthyppighet enn kvinner. I aldersintervallet mellom 29 og 59 år er imidlertid krefthyppigheten blant kvinner høyere. Den viktigste årsaken er at den hyppigste kreftformen blant kvinner, brystkreft, debuterer 15-20 år tidligere enn den hyppigste kreftformen blant menn, prostatakreft. I tillegg forekommer kreft i de kvinnelige kjønnsorganene hyppigere enn i mannlige i denne aldersgruppen, når vi ser bort fra prostatakreft. Menns oversykelighet av lungekreft er mer enn halvert i løpet av 1990-tallet. Forekomsten av nye lungekrefttilfeller har økt med 50 prosent blant middelaldrende kvinner, mens nivået har vært stabilt blant menn. Dette skyldes at kvinnene i lengre tid har hatt røykevaner på linje med menn.

Hvis ingen nordmenn hadde røykt ...

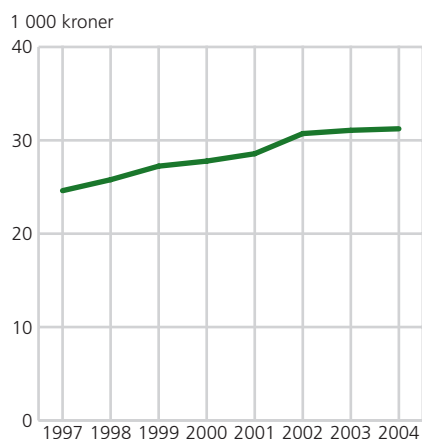
Lungekreft er en av få kreftformer hvor flere årsaker til sykdommen er kjente. Dersom ingen hadde røykt i Norge, kunne om lag 85 prosent av alle lungekrefttilfellene vært unngått (Kreftregisteret 2005). Risikoen for lungekreft kan mangedobles ved eksponering for kreftfremkallende stoffer dersom det er kombinert med røyking. I enkelte yrkesgrupper har det vært en klar overrisiko som har sammenheng med påvirkning i arbeidsmiljøet. Det gjelder spesielt for ansatte i krom-, asbest- og nikkellindustrien. Videre tyder undersøkelser på at høyt radoninnhold i bolighus kan øke risikoen, samt at langvarig passiv røyking kan gi en liten økt risiko (Kreftregisteret 2005).

Figur 5. Antall nye tilfeller av kreft årlig. Aldersspesifikke rater. Per 100 000. 1997-2001



Kilde: Kreftregisteret 2004.

Figur 6. Utgifter til helseformål per innbygger, i faste 2000-priser. 1997-2004¹



¹ Foreløpige tall for 2003 og 2004.

Kilde: Nasjonalregnskapet, Statistisk sentralbyrå.

Kreft er en sjelden sykdom blant barn og unge. Om lag 140 barn under 15 år fikk kreft årlig i perioden 1997-2001. De hyppigste kreftformene var leukemi (30 prosent) og svulst i hjernen eller annen del av nervesystemet (30 prosent). Også blant ungdom og yngre voksne er kreft en relativt sjelden sykdom. I 2001 fikk noe over 1 800 personer mellom 15 og 29 år en kreftdiagnose. Nær halvparten av krefttilfellene blant menn i denne aldersgruppen skyldtes kreft i testiklene. Bildet var mer sammensatt blant kvinnene. For kvinner i alderen 30-54 år er brystkreft den vanligste kreftformen.

Kreft er hyppigste dødsårsak for de under 80 år. Bakgrunnen er ikke at kreftforekomsten har økt mye, men at hjerte- og karsykdommene har gått tilbake blant middelaldrende og eldre under 80 år. Først etter 80-årsalder er disse sykdommene viktigste dødsårsak. Mens hjerte- og karsykdommer utgjorde 39 prosent av alle dødsfall i 2003, var andelen 49 prosent i 1979. Til sammenligning steg andelen som døde av kreft fra 21 til 25 prosent i den samme perioden.

Helsevesenet "produserer" sykdom

På samme måte som arbeidsliv, økonomiske og sosiale forhold virker inn på den enkeltes helse, henger den enkeltes opplevelse og rapportering av sykdom sammen med samfunnets organisering av helsevesenet. Utviklingen i helsevesenet har medført at det kan behandle et videre spekter av helserelaterede tilstander og "sykdom" enn tidligere. Plager som tidligere var regnet som utenfor sykdomsbegrepet, behandles nå av helsevesenet. På sett og vis produserer helsevesenet "sykdom" gjennom sin evne til å behandle stadig nye tilstander (Elstad 2003:245). Delvis lever vi lenger *med* helseplager, og har kontakt med helsevesenet av den grunn. Delvis har fremgang innen medisin ført til at folkehelsen er bedret.

Økte kostnader til helseformål

Utforming av helsevesenet, og bruk av helsetjenester på grunn av sykdom, grad av uførepensjonering i befolkningen og lignende, påvirker fordelingen av økonomiske midler i samfunnet. På første del av 1990-tallet utgjorde helseutgiftene om lag 8 prosent av bruttonasjonalproduktet (BNP). Foreløpige tall for 2004 viser at helseutgiftene utgjorde nesten 10 prosent av BNP. Helseutgiftenes andel av BNP har dermed økt i en periode hvor BNP har økt betydelig som en følge av økende oljeinntekter. Tar man hensyn til dette og ser på helseutgiftene i forhold til BNP for Fastlands-Norge, viser tallene en jevn økning i andelen over hele perioden, fra drøyt 10 prosent i 1997 til nesten 13 prosent i 2004 (foreløpige tall). På samme måte har de totale helseutgiftene per innbygger økt de siste ti-femten årene.

I 1997 var offentlige og private utgifter til helseformål om lag 24 600 kroner per innbygger. I 2004 var nivået steget til vel 31 200 kroner per innbygger. Utgiftene er målt i faste 2000-priser, noe som betyr at de er korrigert for lønns- og prisvekst.

De totale helseutgiftene i Norge er beregnet til i underkant av 168 milliarder kroner i 2004. Dette omfatter alle utgifter som kan relateres til å fremme helse og kurere sykdom.

Medisinsk behandling, som behandling av pasienter ved sykehus, legekantor og tannlegkantor, utgjør nesten halvparten av de samlede utgiftene, mens utgifter i forbindelse med sykehjem og hjemmesykepleie står for nesten en

Tabell 1. Helseutgifter, etter type tjeneste. 2004¹. Prosent

Type tjeneste	Prosent
Medisinsk behandling	46
Sykehjemstjenester og hjemme-sykepleie	23
Medisinske produkter for pasienter uten innleggelse	14
Investeringer til helseformål	7
Støttetjenester – røntgen og laboratorietjenester, ambulanse og pasienttransport mv.	6
Forebygging og helsefremmende arbeid	2
Helseadministrasjon	1
Rehabilitering	1

¹ Foreløpige tall for 2004.

Kilde: Nasjonalregnskapet, Statistisk sentralbyrå.

fjerdedel. Av dette er to tredeler utgifter til opphold på sykehjem. I tillegg er utgifter til medisinske produkter for pasienter uten innleggelse, som legemidler og annet medisinsk utstyr, store utgiftsposter.

Det offentlige finansierer mesteparten av utgiftene til helseformål

De løpende helseutgiftene, eksklusive investeringer, var på nesten 140 milliarder kroner i 2002.² 83 prosent er finansiert av det offentlige, mens resten er privatfinansiert. Nesten 40 prosent av helseutgiftene, blant annet helseadministrasjon og sykehus tjenester, finansieres med statlige midler. Sykehjemstjenester og hjemmesykepleie er hovedsakelig finansiert av kommunene, og dette er den største helserelaterte utgiftsposten for kommunene. Av de i alt 39 milliardene som kommunene brukte på helse i 2002, var i overkant av 30 milliarder kroner knyttet til helsetjenester ved sykehjem og hjemmesykepleie.

Utgifter til medisiner og medisinsk utstyr er den største utgiftsposten for husholdningene. Husholdningene finansierer drøye 40 prosent av utgiftene til medisiner og medisinsk utstyr, mens resten finansieres gjennom folketrygden. I tillegg er egenandeler knyttet til legetjenester, først og fremst tannlegetjenester, en viktig utgiftspost for husholdningene. Egenbetalingene fra husholdningene utgjør totalt i underkant av 17 prosent av de løpende helseutgiftene.

Mange har ikke råd til å oppsøke tannlegen ved behov

Tannhelsetjenester for voksne finansieres i stor grad av den enkelte. Hver og en må betale kostnaden ved å besøke tannlege. I de senere årene har i overkant av 70 prosent av befolkningen 16 år eller over besøkt tannlege i løpet av det siste året (levetårsundersøkelsene). Egenfinansiering av tannhelsetjenester medfører imidlertid en fare for at noen ikke har råd til å besøke tannlegen når de har behov for det. 6 prosent av befolkningen 20 år eller eldre lar være å oppsøke tannlege, på tross av behov, fordi de ikke har råd. Først og fremst gjelder det yngre og mennesker med lav husholdningsinntekt (Svalund 2005c).

Primære og spesialiserte helsetjenester

Kostnadene til helseformål har steget jevnt de senere årene. I hvilken grad har de økte kostnadene medført økt produktivitet i form av flere årsverk og behandlede i helsetjenestene? De offentlige helsetjenestene i Norge har en *hierarkisk* oppbygning. Primærlegetjenesten, fastleger og andre allmennleger, tilbyr generelle tjenester. Primærlegetjenesten har en lav terskel, der den enkelte kan benytte seg av tjenesten ut fra eget ønske. Legene i primærlegetjenestene fungerer også som portvakter, og regulerer tilgangen til mer spesialisert behandling i behandlingshierarkiet. Disse mer spesialiserte tjenestene finnes på sykehus og institusjoner innen somatikk og psykisk helsevern, rusbehandling, ambulansetjeneste og privatpraktiserende spesialister med driftsavtale, kalt spesialisthelsetjenesten.

Primærlegetjenesten: Ventetiden redusert

Etter at fastlegeordningen ble innført i 2001, er ventetiden i primærlegetjenesten redusert. Spesielt er ventetiden markert kortere for de eldste aldersgruppene. Imidlertid har de tradisjonelle forskjellene i ventetid mellom høy- og lavforbruksgrupper blitt opprettholdt fra 2001 til 2003. Fremdeles er det slik at kvinner venter lenger på vanlig time enn menn, og eldre venter lenger enn yngre (Finnvold, Svalund og Paulsen 2005). Legens kjønn kan ha betydning for pasientene. Spesielt er det slik at kvinner ønsker kvinnelige fastleger,

samtidig som kvinner bruker primærlege hyppigere enn menn. Imidlertid er det færre kvinnelige enn mannlige primærleger. Allikevel er det ingen spesielle problemer med ventetiden hos kvinnelige leger etter iverksetting av reformen, slik erfaringene fra fastlegeforsøket 1993-1995 gjorde det naturlig å forvente (Finnvold, Svalund og Paulsen 2005). I tillegg til at fastlegeordningen i seg selv kan ha bidratt til å redusere ventetiden, har det etter 2000 vært en relativt stor vekst i antall årsverk i kommunelegetjenesten, noe som nok også har bidratt til endringene i ventetid. Mens det var 8,5 legeårsverk per 10 000 innbyggere i 2000, har dette økt til 9 i 2004.

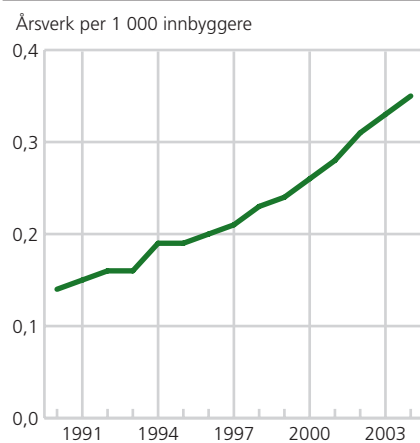
Spesialisthelsetjenesten: Flere leger og psykologer

I de senere årene har kapasiteten, i form av årsverk, økt betraktelig i spesialisthelsetjenesten. I 1990 var det i underkant av 63 100 årsverk i spesialisthelsetjenesten, noe som har økt til 91 400 årsverk i 2004. Noe av veksten i årsverk skyldes imidlertid trekk ved selve statistikken. Private sykehus som ikke er på offentlige helseplaner ble inkludert i statistikken fra og med 1995. Fra 2000 ble private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner inkludert i statistikken for somatiske institusjoner, og i 2004 ble rusinstitusjoner inkludert. Veksten i årsverk varierer samtidig med yrke. Mens antall legeårsverk har økt med 80 prosent, har antall psykologårsverk økt med over 200 prosent.

Kvinnene har flest sykehusopphold

Oppholdene ved norske sykehus er blitt flere, men av kortere varighet. Ny teknologi og nye behandlingsformer har også åpnet for større grad av dagbehandling. Innføringen av innsatsstyrt finansiering (ISF) i 1997 bidro til denne utviklingen. Kvinnene sto for nær 55 prosent av heldøgnsoppholdene og nær 52 prosent av dagoppholdene ved somatiske sykehus i 2004. Denne andelen er nokså konstant fra år til år. Til tross for at kvinner bruker sykehus mer enn menn, har likevel gutter under 15 år og menn over 50 år et større forbruk av sykehustjenester enn kvinner i de samme aldersgruppene. For aldersgruppene mellom 15 og 50 år skyldes det meste av merforbruket blant kvinner sykehusopphold knyttet til svangerskap og fødsel. Fordi kvinner lever lenger enn menn har de høyere gjennomsnittsalder. Tar en hensyn til dette og ser bort fra sykehusopphold knyttet til svangerskap og fødsel, er menn brukere av sykehustjenester i større grad enn kvinner. Vel 52 prosent av døgnoppholdene og 53 prosent av dagoppholdene ville da gjelde menn.

Figur 7. Psykologårsverk i institusjoner innenfor psykisk helsevern, per 1 000 innbyggere



Kilde: Statistikk fra spesialisthelsetjenesten.

Flere fagpersoner innenfor psykisk helsevern

I de senere årene har det vært et politisk ønske å satse på psykisk helsevern og å bedre behandlingstilbudet. Utviklingstrekkene fra de siste årene fortsatte i 2004. I samsvar med målsetningene i "Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006" (St.prp. nr 63, 1997-98), som nå er utvidet til å gjelde frem til og med 2008, øker antall polikliniske konsultasjoner, det er mer kvalifisert personell og færre døgnplasser.

I psykisk helsevern for barn og unge øker antall leger og psykologer. De utgjør nå nesten 29 prosent av årsverkene. Til sammenligning utgjorde de 21 prosent av arbeidsstokken i 1990. De foregående årene har det vært en svært sterk økning i konsultasjoner, en økning som flater noe ut i 2004. På tross av en utflating er veksten på 10 prosent fra 2003.



Liggetiden på sykehus og institusjoner innenfor psykisk helsevern har blitt vesentlig redusert de senere årene, fra gjennomsnittlig 191 oppholdsdøgn per utskrivning i 1980 til 39 døgn per utskrivning i 2004. Reduksjonen kommer delvis av en ønsket dreining i behandlingstilbudet i retning av mer poliklinisk behandling. Det har de senere årene vært et mål at institusjonene skal yte aktiv behandling, og ikke være et varig bosted for langtidspasienter. Et resultat er at flere enn tidligere blir utskrevet fra institusjoner innen psykisk helsevern. Et annet resultat er at tallet på døgnplasser i institusjoner innenfor psykisk helsevern for voksne er kraftig redusert de siste ti-femten årene. Mens det i 1990 var 8 011 døgnplasser, er dette redusert til 5 500 i 2004. Bare fra utgangen av 2003 til utgangen av 2004 har det blitt over 2 prosent færre døgnplasser innenfor institusjoner i psykisk helsevern.

¹ Et internasjonalt måleinstrument for angst og depresjoner. Hopkins Symptom Check List (HSCL) indeks består av 25 spørsmål i et spørreskjema, i dette tilfellet Levekårsundersøkelsene.

² Dessverre er det ikke tilgjengelig detaljerte tall fra 2003 og 2004 fordelt på finansieringskilde.

Referanser

Aalandslid, Vebjørn (2005): "Ikke-vestlige innvandrere", i Ugreninov, Elisabeth (red): *Seniorer i Norge*, Statistiske analyser 72, Statistisk sentralbyrå.

Blom, Svein, og Jorun Ramm (1998): Ikke flere syke, men når de først blir syke..., *Samfunnsspeilet*, 3, 1998, Statistisk sentralbyrå.

Bunker, John. P., Howard. S. Frazier og Frederick Mosteller (1994): "Improving health. Measuring effects of medical care", *Millbank Quarterly*, 72: 225-258.

Elstad, Jon Ivar (2003): "Helse i Norge ved årtusenskiftet", i Frønes, Ivar og Lise Kjølsvold (red.): *Det norske samfunn*, 4. utgave, Oslo: Gyldendal Akademisk.

Finnvold, Jon Erik, Jørgen Svalund og Bård Paulsen (2005): *Etter innføring av fastlegeordning – brukervurderinger av allmennlegetjenesten*, Rapport 1/2005, Statistisk sentralbyrå.

Gulløy, Elisabeth, Svein Blom og Agnes Aall Ritland (1997): *Levekår blant innvandrere 1996*. Dokumentasjonsrapport med tabeller, Notater 97/6, Statistisk sentralbyrå.

Kreftregisteret (2004): *Kreft i Norge 2001*, Kreftregisteret, Institutt for populasjonsbasert kreftforskning.

Kreftregisteret (2005): <http://www.kreftregisteret.no/ramme.htm?fakta/kreft.htm>.

Mamelund, Svenn Erik og Jens-Kristian Borgan (1996): *Kohort- og periodedødelighet i Norge 1846-1994*. Rapport 96/9, Statistisk sentralbyrå.

Ramm, Jorun (2000): *Helse i Norge: Helsetilstand og behandlingstilbud belyst ved befolkningsundersøkelser*, Statistiske analyser 41, Statistisk sentralbyrå.

St.prp.nr 63 (1997-98): Innstilling fra sosialkomiteen om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006, Oslo: Komiteen.

Svalund, Jørgen (2005a): "Hjelpebehov og tjenestetilbud", i Ugreninov, Elisabeth (red): *Seniorer i Norge*, Statistiske analyser 72, Statistisk sentralbyrå.

Svalund, Jørgen (2005b): "Helse", i Ugreninov, Elisabeth (red): *Seniorer i Norge*. Statistiske analyser 72, Statistisk sentralbyrå.

Svalund, Jørgen (2005c): *Velferdsstatens siste hull*, *Samfunnsspeilet*, 3, 2005, Statistisk sentralbyrå.

Østby, Lars (2002): The demographic characteristics of immigrant population in Norway, Rapport 2002/22, Statistisk sentralbyrå.