

RAPPORTER

HELSETILSTANDEN I NORGE

STATUS OG UTVIKLINGSTREKK

STATISTISK SENTRALBYRÅ
CENTRAL BUREAU OF STATISTICS OF NORWAY

RAPPORTER FRA STATISTISK SENTRALBYRÅ 90/7

HELSETILSTANDEN I NORGE

STATUS OG UTVIKLINGSTREKK

STATISTISK SENTRALBYRÅ
OSLO-KONGSVINGER 1990

ISBN 82-537-2924-3
ISSN 0332-8422

EMNEGRUPPE
22 Helseforhold og helsetjeneste

ANDRE EMNEORD
Dødelighet
Livsstilssykdommer
Rusmidler
Sykehusinnleggelse
Sykelighet
Uførhet
Ulykker

FORORD

Denne publikasjonen er utarbeidd på grunnlag av et utviklingsprosjekt som Helsedirektoratet har gjennomført på oppdrag fra Sosialdepartementet. Prosjektet tok sikte på å utvikle en publikasjon som på grunnlag av eksisterende statistikk skulle gi en mest mulig samlet oversikt over helsetilstanden i Norge mot slutten av 1980-tallet og utviklingen i 1980-årene. Helsedirektoratets utkast er videreutviklet og delvis ajourført i Statistisk sentralbyrå.

Flere personer - både i Helsedirektoratet og i SSB - har deltatt i arbeidet med publikasjonen. Den har derfor et noe usystematisk preg, og samordningen av tabeller, figurer og tekst er til dels noe mangelfull. I samråd med Sosialdepartementet har imidlertid SSB funnet at publikasjonen bør sendes ut nå som en prøvepublikasjon, og at det heller bør brukes noe tid og ressurser på forbedringer i samband med en senere utgave. I den forbindelse er vi også interessert i reaksjoner fra leserne.

Det er foreløpig ikke bestemt når neste utgave skal foreligge.

Statistisk sentralbyrå, Oslo, 5. april 1990

Arne Øien

Jens-Kristian Borgan

INNHold

	Side
Figurregister	7
Tabellregister	8
1. Innledning	11
1.1. Bakgrunn	11
1.2. Helseindikatorer og datagrunnlag	11
1.3. Befolkningsutvikling og mål for helse	13
1.4. Hovedtrekk ved helsetilstanden og utviklingen av den	14
2. De store helseproblemene	20
2.1. Smittsomme sykdommer	20
2.2. Hjerter- og karsykdommer	26
2.3. Kreft	31
2.4. Ulykker, selvmord og vold	35
2.5. Psykiske lidelser, nervøse symptomer	41
2.6. Sykdommer i åndedretsorganene	46
2.7. Sykdommer i skjelett- og muskelsystemet	49
2.8. Andre sykdommer og problemer	52
2.9. Alkohol, tobakk og narkotiske stoffer	55
3. Helsetilstanden i de enkelte aldersgruppene	61
3.1. Spedbarn (første leveår)	61
3.2. Barn (1-14 år)	65
3.3. Ungdom (15-24 år)	66
3.4. Yngre voksne (25-44 år)	68
3.5. Middeldrende (45-64 år)	71
3.6. Eldre (65 år og over)	74
4. Sosiale og geografiske ulikheter i helsetilstand	77
4.1. Egen vurdering av helsetilstanden	77
4.2. Dødelighet	79
4.3. Sykelighet	85
4.4. Konsekvenser av sykdom	89
Litteratur	92
Utkommet i serien Rapporter fra Statistisk sentralbyrå etter 1. januar 1989 (RAPP) ...	94

Standardtegn i tabeller

- . Tall kan ikke forekomme
- .. Oppgave mangler
- Null
- 0 Mindre enn 0,5 av den brukte enheten

Forkortelser på institusjoner som det er referert til i rapporten

AFIM	Avdeling for infeksjonsmedisin
MSIS	Meldesystem for infeksjonssykdommer
NIBR	Norsk institutt for by- og regionforskning
NOMESKO	Nordisk medisinal statistisk komité
NOS	Norges offisielle statistikk
RTV	Rikstrygdeverket
SIFF	Statens institutt for folkehelse
SMR	Standard Mortality Ratio
SU	Statistisk ukehefte

FIGURREGISTER

	Side
1.4.1. Dødelighet for kvinner og menn av alle årsaker og av de to viktigste dødsårsakene i perioden 1959-1985. Aldersjusterte rater pr. 10 000 innbyggere	15
2.1.1. Nye tilfeller av gonoré pr. år. 1975-1988	22
2.1.2. Meldte tilfeller av hepatitt B. 1977-1988	24
2.1.3. AIDS i Norge 1983-1989	25
2.2.1. Dødelighet av hjerte- og karsykdommer blant menn og kvinner. Kjønn- og aldersjusterte tall 1951-1987. Pr. 100 000 innbyggere	27
2.2.2. Ulike typer hjerte- og karsykdommer i prosent av alle hjerte- og karsykdommer. Tall for dødsårsaker/årsaker til sykehusopphold/syketilfelle i helseundersøkelsen . . .	31
2.3.1. Dødelighet av ondartede svulster. Døde pr. 100 000 innbyggere. 1956-1987	32
2.3.2. Nye tilfeller av ondartede svulster pr. år. Aldersjusterte rater (pr. 100 000 innbyggere). 1965-1987	34
2.4.1. Dødelighet ved ulykker for menn og kvinner. Årlig gjennomsnitt for 1951-1955 til 1981-1985. Pr. 100 000 innbyggere	36
2.4.2. Selvmord blant menn og kvinner. Årlig gjennomsnitt for 1951-1955, 1966-1970 og 1981-1985. Pr. 100 000 innbyggere	39
2.4.3. Selvmord i de nordiske land. 1980-1987. Pr. 100 000 innbyggere	40
2.5.1. Andel personer med nervøse lidelser, i grupper for kjønn og alder. Prosent. 1985 . . .	42
2.6.1. Andel personer med sykdommer i åndedretsorganene, i grupper for kjønn og alder. Prosent. 1985	48
2.7.1. Andel personer med sykdommer i skjelett- og muskelsystemet, i grupper for kjønn og alder. Prosent. 1985	50
2.7.2. Andel personer som var mye plaget av smerter i skjelett- og muskelsystemet i registreringsperioden for helseundersøkelsen. Grupper for kjønn og alder. Prosent. 1985	51
2.8.1. Andel personer med hudsykdommer i ulike aldersgrupper. Prosent. 1975 og 1985	53
2.9.1. Andel menn og kvinner 16 år og over som røyker daglig. Prosent. 1975 og 1985	57
3.1.1. Dødeligheten i 1. leveår. Døde pr. 1 000 levendefødte. 1936-1985	62
3.4.1. Dødelighet (SMR) 1970-1980 av ulykker blant yrkesaktive menn og kvinner 20-69 år i 1970. Sosioøkonomisk gruppe. (SMR=100 for alle yrkesaktive menn, henholdsvis kvinner.)	70
3.5.1. Hoveddiagnoser blant uførepensjonister. Prosent. 1986	73
4.2.1. Totaldødelighet og dødelighet for hovedgrupper av dødsårsaker for menn og kvinner. Fylke. 1981-1985. Standardberegnete rater pr. 100 000 innbyggere	80
4.2.2. Middellevetid blant menn og kvinner øst og vest i Oslo i 1930-1939 og 1971-1980	83
4.2.3. Tapte leveår for yrkesaktive menn og kvinner 20-69 år i ulike sosioøkonomiske grupper 1970, basert på dødeligheten i perioden 1970-1980	84

TABELLREGISTER

	Side
1.2.1. Menn og kvinner etter alder. Prosent. 1975 og 1988	13
1.4.1. Dødelighet blant kvinner og menn, etter årsak. Døde pr. 10 000 innbyggere. 1976 og 1986	16
1.4.2. Utskrivninger fra alminnelige somatiske sykehus av kvinner og menn, etter diagnose. Pr. 10 000 personer. 1980 og 1986	16
1.4.3. Egenrapporterte syketilfeller blant menn og kvinner, etter diagnose. Pr. 1 000 innbyggere. 1975 og 1985	17
1.4.4. Uførepensjonerte menn og kvinner, etter primærdiagnose. Pr. 10 000 personer. 1976 og 1986	18
1.4.5. Dødsårsaker, utskrivninger fra sykehus, egenrapporterte syketilfelle og uførepensjonerte, etter diagnose. Prosent	18
1.4.6. Personer i ulike aldersgrupper, etter vurdering av egen helse. Prosent. 1985	19
1.4.7. Personer med sykdom i ulike aldersgrupper, etter vurdering av egen helse. Prosent. 1985	19
2.1.1. Meldte tilfeller av smittsomme sykdommer som skal utryddes. Absolutte tall. 1976 og 1986-1988	21
2.1.2. Summarisk meldte tilfeller av utvalgte sykdommer. Absolutte tall og tall pr. 100 000 innbyggere. 1976 og 1987	22
2.1.3. Nominativt meldte tilfeller av utvalgte sykdommer. Absolutte tall og tall pr. 100 000 innbyggere. 1977 og 1987	23
2.1.4. HIV-infeksjon i Norge etter risikofaktor og diagnoseår	26
2.2.1. Dødelighet av hjerte- og karsykdommer blant menn og kvinner. Døde pr. 100 000 innbyggere. 1966-1987	28
2.2.2. Utskrivninger og liggedager ved somatiske sykehus med hoveddiagnose hjerte- og karsykdommer. Tall for menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Pr. 1 000 personer	29
2.2.3. Hjerte- og karsykdommer etter type sykdom blant menn og kvinner. Tall for dødsårsaker/årsaker til sykehusopphold/egenrapportert sykdom. Prosent	30
2.3.1. Årlig prosentvis forandring i sykkelighet av kreft i perioden 1978-1987	35
2.4.1. Dødelighet ved ulykker, selvmord og drap. Tall for alder og kjønn. Pr. 100 000 innbyggere. 1987	35
2.4.2. Dødsfall ved ulykker. Tall for kjønn, alder etter ulykkessted/utvalgte årsaker. Prosent. 1987	37
2.4.3. Andel personer med legebehandlet skade. Tall for alder og kjønn. Prosent. 1985	37
2.4.4. Utskrivninger fra sykehus med skadediagnose. Tall for alder og kjønn. Pr. 1 000 innbyggere. 1986	38
2.4.5. Andel menn og kvinner 16-79 år som i året fra vinteren 1986 til vinteren 1987 hadde vært utsatt for vold eller trusler om vold, eller som var urolig for å bli utsatt for vold eller trusler. Prosent	41
2.5.1. Andel personer med nervøse lidelser i ulike aldersgrupper. Pr. 1 000 personer. 1975 og 1985	42
2.5.2. Andel personer med nervøse lidelser. Prosent. 1987	43
2.5.3. Uførepensjonerte på grunn av psykiske lidelser (inkl. psykisk utviklingshemming), registrert 31. desember 1987. Tall for alder og kjønn	44
2.5.4. Psykiatriske pasienter ved alle institusjoner med sengeavdelinger for psykiatri, inkl. dagpasienter. Prosentfordeling av diagnosegrupper og forekomst pr. 100 000 innbyggere	45
2.5.5. Salg av tranquillizers i 1988. Fylke	46
2.6.1. Dødelighet av sykdommer i åndedretsorganene. Tall for alder og kjønn. Døde pr. 100 000 innbyggere. 1979 og 1987	47

2.6.2. Andel personer med sykdom i åndedrettsorganene i ulike aldersgrupper. Pr. 1 000 personer. 1975 og 1985	47
2.6.3. Utskrivninger og liggedager ved somatiske sykehusavdelinger med hoveddiagnose sykdommer i åndedrettsorganene. Tall for alder og kjønn. Pr. 1 000 personer. 1986	48
2.6.4. Sykdommer i åndedrettsorganene etter diagnoser. Tall for dødsårsaker/årsaker til sykehusopphold/egenrapportert sykdom. Prosent	49
2.7.1. Andel personer med sykdom i skjelett- og muskelsystemet. Tall for alder og kjønn. Pr. 1 000 personer. 1985	50
2.7.2. Andel uførepensjonister med primærdiagnose sykdom i skjelett- og muskelsystemet registrert pr. 31. desember 1987 og tilgang i 1987. Tall for alder og kjønn. Prosent	52
2.8.1. Andel personer med hudsykdommer i ulike aldersgrupper. Pr. 1 000 personer. 1975 og 1985	53
2.8.2. Andel personer med bestemte varige praktiske og sosiale konsekvenser av sykdom i ulike aldersgrupper. Prosent. 1985	54
2.9.1. Kvantum som gikk til skjenking, regnet i 1 000 vareliter, og skjenkingens andel av totalomsetningen for brennevin, vin og øl i perioden 1950-1985	55
2.9.2. Dødsfall blant menn og kvinner av noen viktige årsaker i forbindelse med alkoholavhengighet. Utvalgte år 1977-1987	56
2.9.3. Utvikling i viktige alkoholrelaterte sykdommer. Gjennomsnittlige dødelighetsrater pr. 100 000 i tiårsperioder for menn og kvinner 15-69 år (aldersjustert)	56
2.9.4. Andel av norsk ungdom 15-20 år som oppgir at de noen gang har brukt forskjellige typer stoff. Prosent	59
2.9.5. Antall dødsfall blant menn og kvinner på grunn av stoff- eller medikamentavhengighet. Utvalgte år 1977-1987	60
3.1.1. Perinatal dødelighet (pr. 1 000 fødte i alt) og spedbarnsdødelighet (pr. 1 000 levendefødte). 1961-1988	61
3.1.2. Spedbarnsdødeligheten etter årsak	63
3.1.3. Ulike utfall av svangerskap i Sør-Trøndelag pr. 1 000 kvinner 15-44 år i treårsperioder. Aldersstandardisert	63
3.1.4. Diagnoser ved utskrivning fra sykehus for spedbarn under 1 år pr. 100 000. 1986	64
3.2.1. Rater for dødelighet (1987), sykehusbehandling (1986) og forekomst av syketilfelle (1985) for jenter og gutter i alderen 1-14 år. Dødelighet pr. 100 000, utskrevne og syketilfelle pr. 1 000	65
3.3.1. Rater for dødelighet (1987), sykehusbehandling (1986) og forekomst av syketilfelle (1985) for kvinner og menn i alderen 15-24 år. Dødelighet pr. 100 000, utskrevne og syketilfelle pr. 1 000	66
3.3.2. Dødelighet ved selvmord blant menn og kvinner i aldersgruppene 15-19 og 20-29. Pr. 100 000 innbyggere	67
3.3.3. Utførte svangerskapsavbrudd i grupper for kvinnens alder. Pr. 1 000 kvinner	68
3.4.1. Rater for dødelighet (1987), sykehusbehandling (1986) og syketilfelle (1985) for kvinner og menn i alderen 25-44 år. Dødelighet pr. 100 000, utskrevne og syketilfelle pr. 1 000	68
3.5.1. Rater for dødelighet (1987), sykehusbehandling (1986) og syketilfelle (1985) for kvinner og menn i alderen 45-64 år. Dødelighet pr. 100 000, utskrevne og syketilfelle pr. 1 000	71
3.5.2. Uførepensjonister blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Antall og prosent av befolkningen. 31. desember 1987	72
3.5.3. Forekomst av utvalgte primærdiagnoser blant uførepensjonister i alderen 40-64 år. Pr. 10 000 innbyggere. 1987	73
3.6.1. Rater for dødelighet (1987), sykehusbehandling (1986) og syketilfelle (1985) for kvinner og menn i alderen 65-79 år. Dødelighet pr. 100 000, utskrevne og syketilfelle pr. 1 000	74

3.6.2. Rater for dødelighet (1987), sykehusbehandling (1986) og syketilfelle (1985) for kvinner og menn i alderen 80 år og eldre. Dødelighet pr. 100 000, utskrevne og syketilfelle pr. 1 000	75
4.1.1. Andel personer i ulike aldersgrupper som vurderer sin egen helse som god/meget god. Prosent. Landsdel. 1985	77
4.1.2. Andel personer 16 år og over som vurderer sin egen helse som god/meget god. Tall for alder og sosioøkonomisk status. Prosent. 1985	78
4.2.1. Dødeligheten, totalt og i første leveår. Fylke. 1981-1985	79
4.2.2. Perinatalt døde (dødfødte og døde i første leveuke) pr. 1 000 fødte i Norge sammenlignet med noen nordiske land. 1961-1987	81
4.2.3. Dødelighetsindeks (SMR) (dødelighet 1970-1980) blant menn og kvinner 20-69 år, etter yrkesaktivitet 1970. Hele landet sammenlignet med storbyene. Oslo sammenlignet med Akershus	82
4.3.1. Andel personer med utvalgte sykdommer. Pr. 1 000 personer. Landsdel. 1985	85
4.3.2. Andel personer med utvalgte sykdommer, i ulike bostedsstrøk. Pr. 1 000 personer. 1985	86
4.3.3. Andel personer 16 år og over med sykdom. Tall for alder, kjønn og sosioøkonomisk status. Prosent. 1985	87
4.3.4. Tilfelle av utvalgte sykdommer for personer 16 år og over, i grupper for sosioøkonomisk status. Pr. 1 000 personer. 1985	88
4.4.1. Uførepensjonister blant menn og kvinner, i prosent av befolkningen i alderen 16-66 år. Fylke	89
4.4.2. Andel yrkesaktive 16 år og over med fravær fra arbeid i registreringsperioden og andel dager med fravær av mulige arbeidsdager i perioden. Tall for alder og landsdel/sosioøkonomisk status. Prosent. 1985	90
4.4.3. Andel personer 16-79 år med nedsatt funksjonsevne og andel som er hjelpetrengende. Tall for landsdel/sosioøkonomisk status. Prosent. 1987	91

HELSETILSTANDEN I NORGE - STATUS OG UTVIKLING

1. Innledning

1.1. Bakgrunn

Formålet med denne publikasjonen har vært å gi en mest mulig samlet oversikt over helsetilstanden i Norge ved å stille sammen data om ulike indikatorer på helse og sykkelighet. Publikasjonen er et første forsøk på å gi en slik samlet presentasjon av helsetilstanden, og kan umulig gi en dekkende beskrivelse av hele det aktuelle området. I en eventuell senere utgave av publikasjonen bør bredden i framstillingen ivaretas og utvikles, og emner som ikke ble tilstrekkelig belyst denne gang bør komme med. I en senere utgave bør dessuten aktualiteten bli forbedret, slik at de sist tilgjengelige tall kan presenteres innen alle emneområdene.

Vi håper at publikasjonen kan bidra til planlegging av en mer målrettet innsamling og analyse av informasjon om helseforhold i årene framover. Det bør være mulig å stille samme informasjon på en måte som i større grad tillater sammenligning mellom ulike indikatorer og som gir en bedre oversikt over utviklingen over tid. Målet må være å gi en forbedret beskrivelse av ulikheter i helsetilstanden og i konsekvenser av sykdom og uhelse.

Et flertall av WHO's medlemsland vedtok i 1977 at

"Det viktigste sosiale mål for verdens regjeringer og for WHO i de kommende tiår, skal være å arbeide for at alle verdens innbyggere innen år 2000 skal ha oppnådd en helsestatus som gjør det mulig for dem å leve et sosialt og økonomisk tilfredsstillende liv."

Dette overordnede helsepolitiske mål, Helse for alle innen år 2000, er ifølge Helsedirektør Torbjørn Mork bokstavelig tolket en utopi. "Men det er et håpets fyrtårn i det fjerne som gir oss et fast punkt å legge kursen mot når vi utformer vår helsepolitikk" (Helsedirektoratet, 1987). I 1980 vedtok Europas medlemsland i WHO en felles strategi for å nå dette målet. I 1985 ble det så vedtatt 38 delmål for å støtte gjennomføringen av den felles strategien. Delmålene måtte justeres og tilpasses forholdene i de enkelte land. I boka "Helse for alle i Norge?", utgitt av Helsedirektoratet/ Kommunalforlaget 1987, er de norske delmålene formulert og beskrevet. I den foreliggende publikasjonen vil det i flere sammenhenger bli referert til de norske delmålene for "Helse for alle innen år 2000".

1.2. Helseindikatorer og datagrunnlag

Forskere i hele verden har vært opptatt av å finne indikatorer som beskriver befolkningens helsestatus så direkte som mulig, men dette har vært vanskelig. Som oftest må vi nøye oss med å beskrive helsetilstanden indirekte, ofte ved å bruke hjelpeindikatorer som gjerne beskriver helseproblemer, det som står i veien for god helse. Også helseproblemer er det egentlig vanskelig å måle direkte. Vi måler dem gjerne ved å se på hvordan de fører til forbruk av helsetjenester og sosiale tjenester.

Indikatorer som forventet levealder ved fødselen og enkeltmenneskers egen vurdering av helsetilstanden er de mest "direkte" helsetilstandsindikatorer vi har. I Norge har vi et svært pålitelig system for å innhente de data som trengs for å beregne forventet gjensvarende levetid

både ved fødselen og for andre aldersgrupper. Kunnskap om enkeltmenneskenes egen vurdering av helse og om konsekvensene av sykdommer og skader for levkår og livskvalitet, må hentes inn ved hjelp av periodevise utvalgsundersøkelser.

Statistisk sentralbyrå har gjennomført helseundersøkelser i 1968, 1975 og 1985. Undersøkelsene har ikke omfattet like mange kjennemerker, men opplysningene om sykkelighet er stort sett sammenlignbare fra 1975 til 1985. Utvalget til Helseundersøkelsen 1985 omfattet 10 576 personer fra 4 333 husholdninger fra ulike geografiske utvalgsområder.

Statistisk sentralbyrå har også utført levkårsundersøkelser i 1973, 1980, 1983 og 1987. For- delingen av sentrale levkårs mål som helse, boforhold, fritidsaktiviteter, sosial kontakt og trygghet i forhold til vold er belyst. Utvalget til Levkårsundersøkelsen 1987 omfattet 5 051 personer.

Det er ikke uten problemer å intervjuer for eksempel pleietrengende eldre som bor i institusjon eller barn. Data om disse gruppene blir derfor sparsomme. Likevel er helseundersøkelsene og levkårsundersøkelsene rike kilder til kunnskap.

En av de enkleste og mest pålitelige indirekte indikatorer for helsetilstanden er dødeligheten. Norge har en pålitelig dødsårsaksstatistikk, og det utgis årlig offentlig statistikk om dødsårsaker.

Sykkelighet kan også være en helsetilstandsindikator, men omfattende (befolkningsdekkende) og pålitelige data om sykkelighet vil det være både dyrt og vanskelig å samle inn. Det er generelt antatt at 80-90 prosent av alle episoder av nedsatt helse håndteres av den syke selv i nærmiljøet. Man tar det med ro, bruker enkle husråd eller reseptfrie legemidler etter venners eller apotekets råd. Personer som vil trenge legeerklæring for å legitimere fravær, må søke til helsetjenesten og vil på den måten få en diagnose notert.

Mer alvorlige sykdommer vil nesten alltid føre til kontakt med helsevesenet, men mange forhold, både ønsket om effektivisering av helsevesenet og pasientens og nærmiljøets ressurser, påvirker beslutninger om behandlingsform og henvisings- eller innleggelsespraksis. Data om bruk av helsevesenet vil derfor være best egnet til å studere utviklingen i helsevesenet, og bør brukes med stor varsomhet som en indikator for helsetilstanden. Registreringen av legemiddelforbruk, av kontakter med helsevesenet og innleggelser i sykehus, bør gjøres til gjenstand for mer systematiske dybdestudier i representative utvalg innimellom helseundersøkelsene.

Omtalen av de ulike sykdomsgruppene vil naturligvis avhenge av hvilke data som har vært og fortsatt blir innsamlet, og hvordan de blir bearbeidd for presentasjon. I dette prosjektet har vi bare for relativt nye datas vedkommende hatt mulighet til ny og formålsrettet bearbeiding av rådata. Arbeidet med å utvikle et felles rapporteringsgrunnlag for sammen med andre nordiske land og europeiske land for øvrig å kunne evaluere framgangen mot vårt felles mål gjennom "Helse for alle"-strategien, har bidratt og vil fortsatt bidra til å standardisere statistikkgrunnlaget.

For noen utvalgte sykdommer er det innført meldeplikt. Alle kreftsykdommer meldes til Kreftregisteret og smittsomme sykdommer meldes nominativt eller summarisk etter deres alvorlighet, til Meldesystem for infeksjonssykdommer. For ulykker er det etablert et epidemiologisk overvåkingssystem. Informasjon fra utvalgte meldestasjoner samles i et skade- og ulykkesregister ved Statens institutt for folkehelse.

Norsk institutt for sykehusforskning (NIS) har for 1986 samlet inn anonymiserte pasientdata fra sykehusenes pasientadministrative systemer. Dette materialet omfatter nesten 640 000 utskrivninger av pasienter i hele landet, og diagnoser inngår for ca. 540 000 opphold i somatiske sykehus.

Det finnes ikke datamateriale for tidligere år som er helt sammenlignbart med NIS-materialet. I enkelte sammenhenger er det likvel brukt data for 1980 som ble innhentet fra sykehus som brukte det pasientadministrative systemet ØMI (Det økonomiske og medisinske informasjonssystem). Det er tatt med data fra somatiske sykehus i de 10 fylkene som hadde rimelig dekkende data. Datagrunnlaget omfatter ca. 42 prosent av landets totale sengetall (Carlson, 1982).

1.3. Befolkningsutvikling og mål for helse

Alle helseindikatorer viser at helseproblemene øker med økende alder. I helseundersøkelsen fra 1985 ble det f.eks. registrert 3 ganger så mange syketilfelle pr. 1 000 personer i alderen 67 år og eldre som blant ungdom 16-24 år. Forskjellen er enda mye større når vi ser på dødelighet. Regnet pr. 1 000 personer er dødeligheten vel 75 ganger større blant personer 65 år og over enn blant 15-24-åringene.

På grunn av slike systematiske forskjeller mellom aldersgruppene, er dødelighet og sykdomshyppighet for alle aldersgrupper under ett påvirket av aldersfordelingen i de befolkningsgrupper vi sammenligner. Under ellers like forhold vil f.eks. dødeligheten være større i en befolkning med en stor andel eldre enn i en yngre befolkning.

I tabell 1.2.1 er det gitt tall som for menn og kvinner viser hvordan aldersfordelingen i den norske befolkningen har endret seg fra midten av 1970-årene og fram til i dag.

Tabell 1.2.1. Menn og kvinner etter alder. Prosent. 1975 og 1988

Alder	1975			1988		
	Begge kjønn	Menn	Kvinner	Begge kjønn	Menn	Kvinner
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0- 9 år	15,8	16,3	15,4	12,4	12,9	12,0
10-19 "	15,5	16,0	15,0	14,3	14,8	13,8
20-39 "	27,1	28,0	26,1	30,3	31,5	29,1
40-59 "	22,4	22,5	22,3	21,9	22,4	21,3
60-69 "	10,1	9,7	10,6	9,9	9,6	10,3
70-79 "	6,6	5,6	7,5	7,5	6,5	8,6
80- "	2,3	1,9	3,1	3,6	2,5	4,7

K i l d e r: SSB Folkemengden etter alder og ekteskapeelig status 31.12.1975, SSB Befolkningsstatistikk 1988 Hefte II.

Av tabellen går det fram at det i løpet av de siste 10-15 år har skjedd en utvikling mot større andel eldre og mindre andel yngre i totalbefolkningen. Det går også fram at det er større andel eldre og lavere andel yngre blant kvinner enn blant menn.

I nesten alle aldersgrupper (5-årsgrupper) har dødeligheten gått ned i tiåret 1976 til 1986. Likevel viser total dødelighet regnet pr. 1 000 innbyggere en stigning på om lag 5 prosent i tiåret. Når vi aldersjusterer tallene, dvs. forutsetter samme aldersfordeling i de to årene, får vi imidlertid som resultat en nedgang i dødeligheten for alle aldre under ett på omtrent 10 prosent i løpet av tiåret. Hvis vi på tilsvarende måte aldersjusterer dødelighetstall for menn og kvinner ved å forutsette at begge kjønn har samme aldersfordeling, blir resultatet at menn har en mye større overdødelighet sammenlignet med kvinner enn det de ujusterte tallene viser.

Tilsvarende virkning av endringer/ulikheter i aldersfordelingen som når det gjelder dødelighet, kan vi ha for andre indikatorer på uhelse som øker sterkt med alderen, f.eks. sykkeligheten av kreft eller av hjertesykdom. For de fleste sykdommer har imidlertid aldersfordelingen mindre virkning enn for total dødelighet. Dersom tallene i denne publikasjonen er aldersjustert, vil dette bli nevnt spesielt. Hoveddelen av tallene i publikasjonen er imidlertid ikke aldersjustert. Det er viktig å være oppmerksom på dette når en vurderer utvikling over tid eller ulikheter mellom menn og kvinner eller mellom andre befolkningsgrupper.

1.4. Hovedtrekk ved helsetilstanden og utviklingen av den

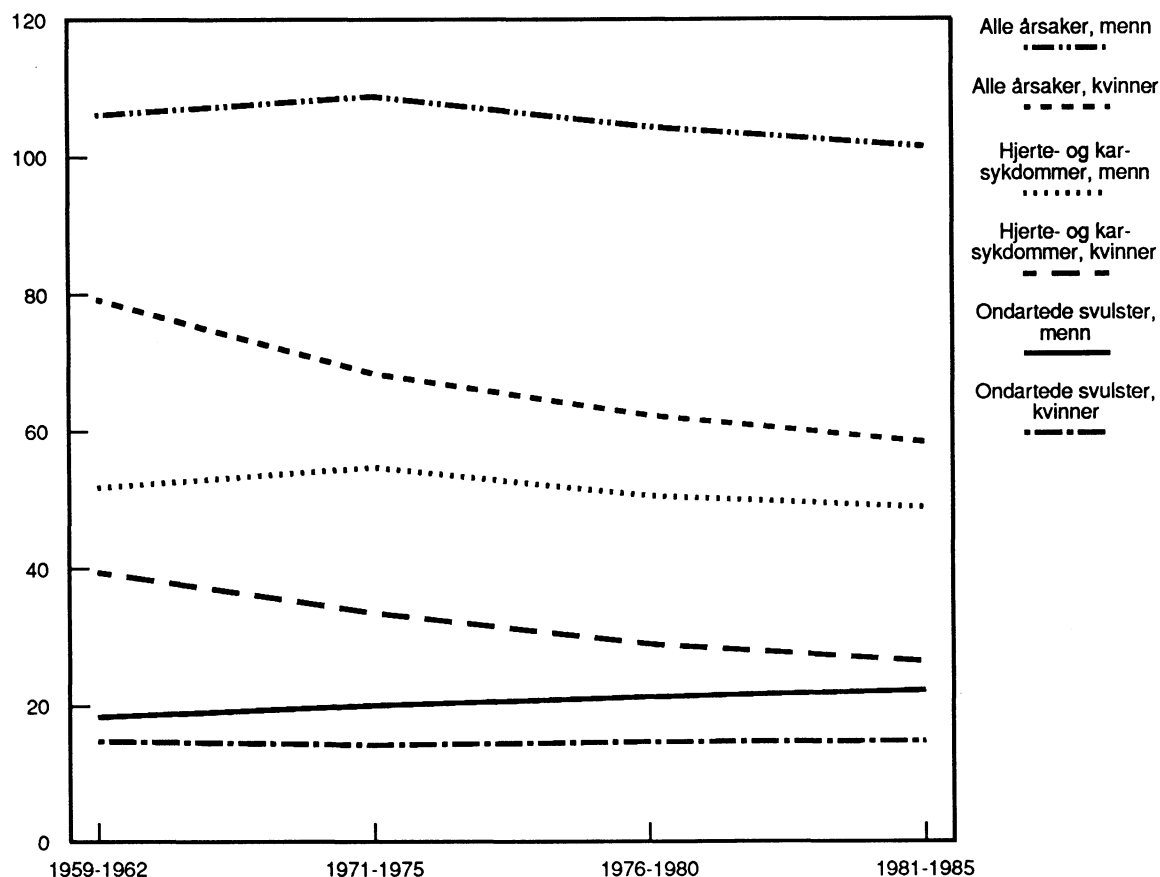
Denne publikasjonen vil i hovedtrekk belyse såkalte "folkesykdommer". Slike sykdommer har stor betydning for samfunnet og for den enkelte, enten på grunn av stor utbredelse i befolkningen, på grunn av alvorlige følger som uførhet eller på grunn av høy dødelighet. Noen sykdommer er både hyppige og alvorlige, slik som hjerte- og karsykdommer og kreft.

Beskrivelsen i dette innledningsavsnittet presenterer tall som sier noe om

1. hva folk dør av
2. hva som fører til innleggelse i sykehus
3. hva som fører til kontakt med helsetjenesten
4. hva folk oppgir som diagnoser ved spørreundersøkelser om helse
5. hvilke helseproblemer som fører til uførepensjonering
6. hva folk synes om sin egen helsetilstand.

Dødeligheten av alle årsaker har avtatt siden slutten av 1950-tallet. Tallene i figur 1.4.1 er aldersjusterte, og viser en svakt synkende dødelighet for menn og en tydeligere nedgang i kvinners dødelighet de siste tiårene. For kvinner har det vært en jevnt avtakende dødelighet i alle aldersgrupper etter 1950 (SSB, 1989a).

Figur 1.4.1.
Dødelighet for kvinner og menn av alle årsaker og av de to viktigste dødsårsakene
i perioden 1959-1985. Aldersjusterte rater pr. 10 000 innbyggere



Kilde: SSB Regional dødelighet 1981-1985.

Hjerte- og karsykdommer og kreft er de dominerende dødsårsakene nå som på 1950-tallet. Figur 1.4.1 viser at det har vært en synkende dødelighet av hjerte- og karsykdommer de siste tiårene. Nedgangen gjelder først og fremst for kvinner, og bare i liten grad for menn. Aldersjustert dødelighet av ondartede svulster har forandret seg lite siden slutten av 1950-tallet, men viser en stigende tendens for menn (SSB Regional dødelighet, 1981-85).

Tabellene 1.4.1 til 1.4.5 sammenligner rater for dødelighet, utskrivninger fra sykehus, egenrapporterte syketilfeller og uførhet etter diagnosegrupper.

Menns dødelighet var høyere enn kvinners for hjerte- og karsykdommer og kreft både i 1976 og i 1986 (tabell 1.4.1). Disse forskjellene ville vært større med aldersjusterte rater, siden den kvinnelige befolkning er eldre enn den mannlige. En sammenligning av dødeligheten for de to årene 1976 og 1986 blir vanskelig pga. en større andel eldre i befolkningen i 1986.

Dødeligheten av ulykker er vesentlig høyere for menn enn for kvinner (tabell 1.4.1). Menn har nesten dobbelt så høy risiko for å bli drept i ulykker som kvinner. Menn blir også oftere enn kvinner innlagt på sykehus på grunn av skader og rapporterer oftere om skadetilfeller i helseundersøkelsene (tabellene 1.4.2 og 1.4.3). Skader og ulykker utgjør en forholdsvis liten del av

total dødelighet og av totalt antall egenrapporterte syketilfeller, men spiller en noe større rolle for sykehusinnleggelsene. I 1986 utgjorde ulykker og skader over 10 prosent av alle sykehusinnleggelsene. Bare behandling av hjerte- og karsykdommer hadde større omfang enn behandling av skader og ulykker (tabell 1.4.5). Smittsomme sykdommer følger for så vidt samme mønster, men utgjør midt på 1980-tallet en svært liten andel av diagnosene.

Tabell 1.4.1. Dødelighet blant kvinner og menn, etter årsak. Døde pr. 10 000 innbyggere. 1976 og 1986

Diagnosegruppe	1976		1986	
	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
Alle årsaker	90,2	109,7	95,7	114,2
Smittsomme sykdommer	0,7	0,7	0,7	0,7
Hjerte- og karsykdommer	44,9	53,8	46,4	55,7
Kreft	18,4	22,0	20,8	25,3
Ulykker ¹	3,9	7,9	4,8	8,2
Psykiske lidelser	0,4	0,7	1,5	1,5
Sykdommer i åndedrett	9,6	9,9	9,1	8,9
Skjelett- og muskelsykdommer	0,6	0,2	0,8	0,4
Hudsykdom	0,1	0,1	0,1	0,1
Andre sykdommer og årsaker	11,6	14,4	11,5	13,4

¹ Medregnet selvmord og drap.

K i l d e r: SSBs Statistisk ukehefte nr. 49, 1978 og fra Statistisk ukehefte nr. 51/52, 1987.

Tabell 1.4.2. Utskrivninger fra alminnelige somatiske sykehus av kvinner og menn, etter diagnose. Pr. 10 000 personer. 1980 og 1986¹

Diagnosegruppe	1980		1986	
	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
Alle diagnoser	1 505	1 134	1 211	1 612
Smittsomme sykdommer	17	20	23	22
Hjerte- og karsykdommer	127	166	143	205
Kreft	85	86	93	107
Ulykker	118	168	140	178
Psykiske lidelser	29	23	21	25
Sykdommer i åndedrett	62	84	70	97
Skjelett- og muskelsykdommer	83	76	107	86
Hudsykdom	11	12	10	11
Andre sykdommer	979 ¹	493	1 004 ²	480

¹ Basert på tall for 10 fylker. ² Medregnet normale fødsler.

K i l d e 1980: SSB Rapport 82/34 Pasientstatistikk 1980.

K i l d e 1986: NIS Sykehusdata 1986.

Omtrent halvparten av de som var med i helseundersøkelsene hadde ikke syketilfeller å rapportere. Tallene for personer uten rapporterte syketilfeller var 52 prosent i 1968, 53 prosent i 1975 og 51 prosent i 1985. Resten av de spurte rapporterte ett eller flere syketilfeller ved begynnelsen av undersøkelsesperioden. Disse syketilfellene omfatter hele spekteret fra livstruende og sterkt invalidiserende sykdom til småplager uten nevneverdige konsekvenser. I 1985 ble det registrert 854 syketilfeller pr. 1 000 personer. Det ble registrert gjennomsnittlig 1,7 syketilfeller pr. person med sykdom. Tallet varierer sterkt med alder. Kvinner har gjennomsnittlig litt flere syketilfeller pr. person med sykdom enn menn. I 1975 var utbredelsen av sykdom og gjennomsnittlig antall syketilfeller pr. person omtrent det samme som i 1985. Omfanget av de to store gruppene skjelett- og muskelsykdommer og hjerte- og karsykdommer har totalt sett forandret seg lite i tiåret mellom helseundersøkelsene, mens det har vært en økning i andel personer med hudsykdommer mellom 1975 og 1985. Tabell 1.4.3 gir tall for menn og kvinner hver for seg.

Tabell 1.4.3. Egenrapporterte syketilfeller blant menn og kvinner, etter diagnose¹. Pr. 1 000 innbyggere. 1975 og 1985

Diagnosegruppe	1975		1985	
	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
Alle diagnoser	861	745	941	762
Smittsomme sykdommer	8	11	10	11
Hjerte- og karsykdommer	122	89	136	112
Kreft	8	2	10	7
Ulykker	19	35	29	46
Psykiske lidelser	102	54	90	48
Sykdommer i åndedrett	67	86	68	81
Skjelett- og muskelsykdommer	179	169	208	154
Hudsykdom	66	59	115	94
Andre sykdommer	290	240	274	209

¹ Det høye antall for summen av alle diagnoser beror på at en person kan oppgi flere sykdommer.

K i l d e r: SSB Helseundersøkelsen 1975 og 1985.

Hudsykdommer og skjelett- og muskelsykdommer medfører sjelden død, men rapporteres forholdsvis ofte i helseundersøkelsene. Tabell 1.4.3 viser at i helseundersøkelsene rapporteres sykdommer i skjelett- og muskelsystemet av flest personer, hver femte kvinne og hver syvende mann. Skjelett- og muskelsykdommer er også en av de diagnosegrupper som oftest fører til uførepensjonering. Dette er altså en diagnosegruppe som fører til mange leveår med nedsatt funksjonsevne. Disse sykdommene rammer kvinner oftere enn menn.

Psykiske lidelser rapporteres hyppigere blant kvinner enn blant menn (tabell 1.4.3). Det er en nokså lik andel kvinner og menn med psykiske lidelser som dødsårsak. Imidlertid dør menn oftere enn kvinner av alkoholrelaterte psykiske lidelser. Som utskrivningsårsak er psykiske lidelser noe hyppigere hos menn. Tallene i tabell 1.4.2 gjelder imidlertid bare for psykiatriske avdelinger ved somatiske sykehus. Psykiske lidelser og skjelett- og muskellidelser er de to viktigste årsakene til varig uførhet.

Smittsomme sykdommer og sykdommer i åndedretsorganene rapporteres litt oftere hos menn enn hos kvinner (tabell 1.4.3). Menn legges oftere inn på sykehus med f.eks. lungebetennelse. I 1976 var mer enn dobbelt så mange menn som kvinner uførepensjonert på grunn av sykdommer i åndedretsorganene. I 1986 er forskjellen mellom menn og kvinner på det nærmeste borte (tabell 1.4.4). De ujusterte tallene kan tyde på at det har vært en økning i andelen uførepensjonerte pga. sykdommer i åndedretsorganene.

Tabell 1.4.4. Uførepensjonerte menn og kvinner, etter primærdiagnose. Pr. 10 000 personer. 1976 og 1986

Diagnosegruppe	1976		1986	
	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
Alle diagnoser.....	366,0	369,4	490,1	439,3
Smittsomme sykdommer	14,3	12,6	11,4	8,4
Hjerte- og karsykdommer	38,4	64,1	40,6	72,7
Kreft	7,9	4,8	11,8	6,6
Ulykker	8,4	13,4	21,7	31,8
Psykiske lidelser ¹	116,7	120,5	143,4	136,8
Sykdommer i åndedrett	4,6	10,2	14,4	15,9
Skjelett- og muskelsykdommer	82,5	60,7	167,1	106,2
Hudsykdom	2,3	1,5	5,6	3,0
Andre sykdommer	90,9	81,6	74,0	57,9

¹ For uførepensjonerte omfatter denne diagnosegruppen også psykisk utviklingshemming.

K i l d e r: RTV Årsstatistikk 1977 og 1987.

Tabell 1.4.5. Dødsårsaker, utskrivninger fra sykehus, egenrapporterte syketilfelle og uførepensjonerte, etter diagnose. Prosent

Diagnosegruppe	Døds- årsaker	1986	1985	1986
		Utskrivnings- diagnoser ¹	Rapporterte syketilfelle	Uførepensjonerte
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0
Smittsomme sykdommer	0,6	1,6	1,2	2,1
Hjerte- og karsykdommer	48,6	12,3	14,6	12,1
Kreft	22,0	7,1	1,0	2,0
Ulykker	6,2	11,3	4,4	5,7
Psykiske lidelser	1,4	1,6	8,1	30,1
Sykdommer i åndedrett	8,6	5,9	8,7	3,3
Skjelett- og muskelsykdommer	0,5	6,8	21,3	29,5
Hudsykdom	0,1	0,7	12,3	0,9
Andre sykdommer	11,9	52,6	28,4	14,2

¹ Fra somatiske sykehus.

K i l d e r: Se tabellene 1.4.1 - 1.4.4 med tilhørende kilder.

I Helseundersøkelsen 1985 ble det for første gang spurt om hvordan folk vurderte sin egen helse. Til tross for at nesten halvparten av de spurte oppgav syketilfelle var det bare 1 av 20 personer (5 prosent) som syntes de hadde dårlig eller meget dårlig helse. 4 av 5 personer (82 prosent) svarte at de hadde god eller meget god helse. Også blant personer med sykdom i begynnelsen av referanseperioden var det en forholdsvis liten andel (9 prosent) som vurderte helsen sin som dårlig. Tabellene 1.4.6 og 1.4.7 viser hvordan menn og kvinner i ulike aldersgrupper, med og uten rapporterte syktilfeller, vurderte sin egen helse. Forskjeller i vurderingen av egen helse vil bli nærmere belyst i kapittel 4.

Tabell 1.4.6. Personer i ulike aldersgrupper, etter vurdering av egen helse. Prosent. 1985

Egenvurdering	Alle aldere	Alder					
		0-6	7-15	16-24	25-44	45-66	67-
Alle	100	100	100	100	100	100	100
God/meget god helse	82	96	97	91	86	69	56
Hverken god eller dårlig helse	13	3	2	8	12	22	29
Dårlig/meget dårlig helse	5	0	0	0	2	9	14
Uoppgitt	1	1	1	1	0	0	0

K i l d e: SSB Helseundersøkelsen 1985.

Tabell 1.4.7. Personer med sykdom i ulike aldersgrupper, etter vurdering av egen helse. Prosent. 1985

Egenvurdering	Alle aldere	Alder					
		0-6	7-15	16-24	25-44	45-66	67-
Alle	100	100	100	100	100	100	100
God/meget god helse	68	90	95	87	77	56	48
Hverken god eller dårlig helse	23	8	4	12	19	30	33
Dårlig/meget dårlig helse	9	2	0	1	4	14	18

K i l d e: SSB Helseundersøkelsen 1985.

2. De store helseproblemene

I dette kapitlet skal vi se nærmere på de såkalte "folkesykdommene, dvs. de grupper av sykdommer som

1. Forekommer hyppig som dødsårsak
2. Ofte fører til uførhet
3. Rammer mange mennesker.

Hjerte- og karsykdommer og kreft er f.eks. de hyppigste årsakene til død. Disse to sykdomsgruppene er til sammen årsak til mer enn 2/3 av alle dødsfall. Ulykker og sykdommer i åndedretsorganene er også forholdsvis hyppige dødsårsaker med til sammen 15 prosent av alle dødsfall.

Psykiske lidelser og sykdommer i skjelett- og muskelsystemet er de to viktigste årsakene til uførepensjonering. Av alle uførepensjonerte har omtrent 60 prosent en av disse sykdommene som primærdiagnose. Sykdommer i skjelett- og muskelsystemet rammer dessuten svært mange mennesker i forskjellige aldersgrupper. I Helseundersøkelsen 1985 rapporterte 16-17 prosent at de hadde en skjelett- og muskelsykdommer.

Smittsomme sykdommer rammer forholdsvis mange mennesker. I de senere årene er det rapportert om rundt 300 000 tilfeller pr. år av mer eller mindre alvorlige smittsomme sykdommer.

I tillegg til særskilte avsnitt om de sykdomsgruppene som er nevnt ovenfor, er det i avsnitt 2.8 Andre sykdommer gitt en kort omtale av hudsykdommer som mange mennesker lider av og som også har økt sterkt i hyppighet i de senere årene. Avsnitt 2.8 inneholder dessuten et underavsnitt om nedsatt funksjonsevne. Her er det ikke tale om noen spesiell sykdom, men om konsekvenser av ulike sykdommer.

I kapittel 2 er det også tatt med et avsnitt (avsnitt 2.9) om bruk av alkohol, tobakk og narkotika, fordi bruk av slike stoffer ofte er årsak eller medvirkende årsak til ulike sykdommer.

2.1. Smittsomme sykdommer

Et av resultatmålene i arbeidet for en bedre folkehelse er at visse smittsomme sykdommer skulle ha vært utryddet innen 1990. Dette målet er felles for WHO's medlemsland i Europa. Tabell 2.1.1 viser hvordan vi ligger an i Norge i forhold til målsettingen om at overføring av visse smittsomme sykdommer innen eget land ikke skal forekomme.

Siste overføring av difterismitte innen Norge var før 1975. I 1976 ble det rapportert ett importtilfelle. Siste nasjonale tilfelle av polio var også før 1975, da Meldesystem for infeksjonssykdommer (MSIS) startet. Ett importtilfelle ble rapportert i 1987. Det har heller ikke vært registrert tetanus hos nyfødte etter 1975. For å holde antall tilfeller av medfødt syfilis på null, er overvåking og eventuell behandling under svangerskap like viktig som tidligere. Antall importtilfeller av malaria øker, og det er nødvendig å huske på malaria som en mulig diagnose hos alle som har vært i malariaområder (Helse for alle i Norge, 1987). Det ble registrert gjennomsnittlig 61 nye tilfeller av malaria pr. år i Norge i perioden 1983-1987. Det har vært en gradvis nedgang i forekomst av meslinger. Det var nærmere 6 000 tilfeller pr. år i gjennomsnitt for perioden 1980-1983, mens det i perioden 1984-1987 var vel 1 000 tilfeller pr. år.

Meldesystemet MSIS tar i første rekke sikte på en sentral overvåking av den epidemiske situasjon i Norge, og alle smittsomme sykdommer som blir diagnostisert i primærhelsetjenesten skal meldes. Oppslutningen om meldesystemet er varierende, med en meldefrekvens på landsbasis på 59 prosent for årene 1984 og 1985, og med stor variasjon fra fylke til fylke. Rapporteringen

av sykdommer skjer dels med pasientidentifikasjon (nominativ melding), dels ved summarisk ukentlig melding. Tabell 2.1.2 viser utviklingen i tiårsperioden 1976 til 1987 for noen summarisk meldte smittsomme sykdommer.

Tabell 2.1.1. Meldte tilfeller av smittsomme sykdommer som skal utryddes.
Absolutte tall. 1976 og 1986-1988

Sykdommer	1976	1986	1987	1988
Difteri	1	0	0	0
Polio	0	0	1	0
Tetanus/nyfødt	0	0	0	0
Syfilis/nyfødt	0	0	1	0
Følger av røde hunder hos nyfødte ..	0	2	1	0
Meslinger hos vaksinerte	670	655	269	33
Meslinger hos uvaksinerte	2 534	564	294	73

¹ Det var 27 tilfeller med ukjent vaksinasjonsstatus i 1988.

K i l d e: SIFF Meldesystem for infeksjonssykdommer.

Mange typer infeksjonssykdommer er på tilbaketog i Norge i dag. Vaksinerer av småbarn har ført til en sterk reduksjon av kusma, meslinger og kikhoste. Særlig har antall tilfeller av kusma blitt sterkt redusert (tabell 2.1.2). Vaksinasjon mot røde hunder og kusma startet så sent som i 1983, og her er det fremdeles forholdsvis stor variasjon i antall tilfeller pr. år.

En del infeksjonssykdommer kan man imidlertid ikke vaksinere seg mot, og Norge har et høyt og fra år til år varierende antall av influensalignende sykdom og streptokokkinfeksjoner (skarlagensfeber, visse former for halsangina, rosen m.m.). Blant de summarisk meldte infeksjonssykdommene utgjør influensalignende sykdom den største gruppen, tabell 2.1.2. Skabb og lus regnes også med til infeksjonssykdommene. For skabb er tallene i tabell 2.1.2 uttrykk for en jevn tilbakegang i løpet av tiårsperioden, for lus er det derimot større årlige variasjoner.

Meldte tilfeller av gonoreé og syfilis har gått sterkt tilbake etter 1975. For gonoreé har det vært en jevn tilbakegang i hele perioden, se figur 2.1.1. For syfilis har det også vært nedgang i antall tilfeller etter 1975, med en midlertidig økning i 1981-1982. Tallene lå klart lavest i 1986 og i 1987 (71 tilfeller).

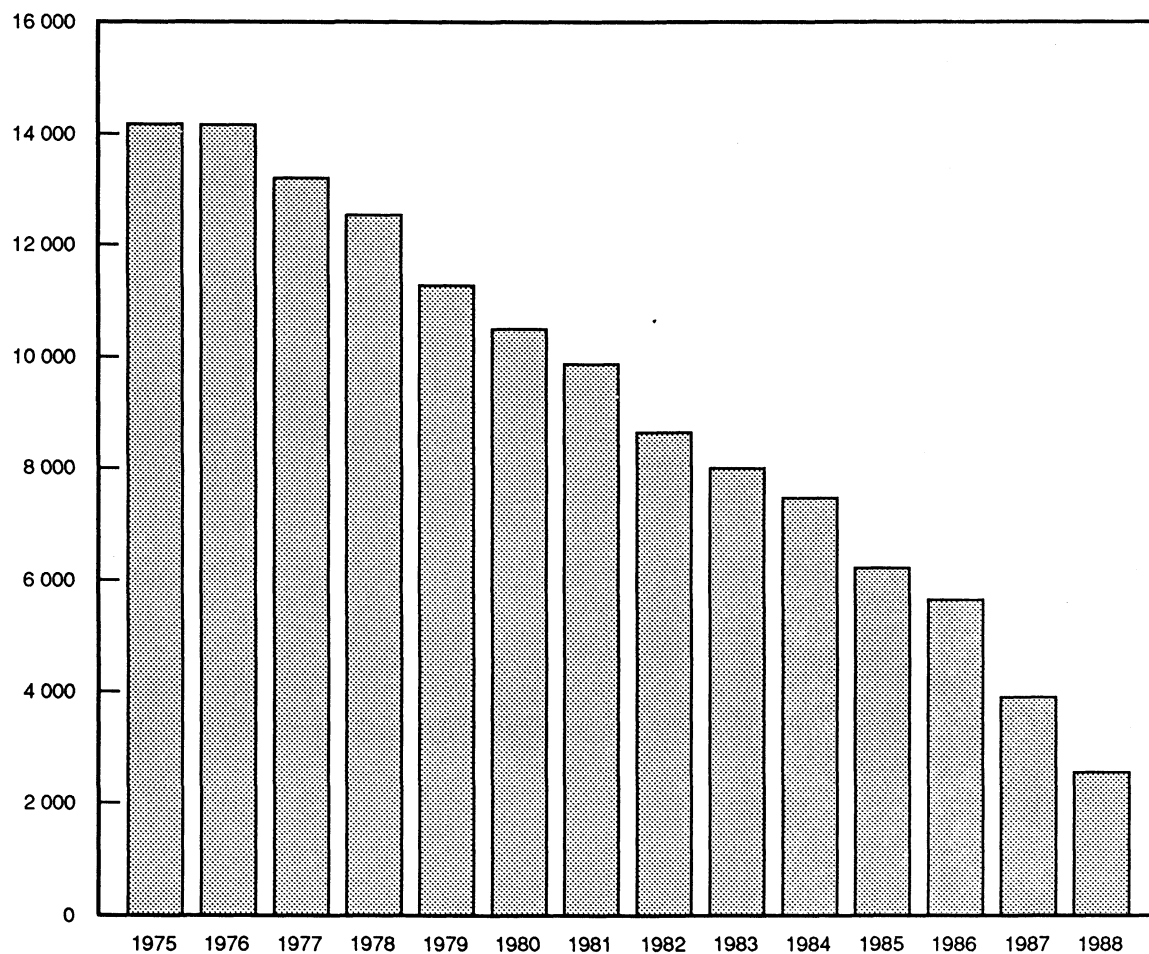
En del sykdommer er gjenstand for særlige tiltak for å hindre smitteoverføring. Disse sykdommene meldes med pasientidentifikasjon (nominativt), og både den som har pasienten til behandling og det laboratorium som stiller den sikre diagnosen har meldeplikt. Meslinger er nominativt meldepliktig fra og med 1988. Tabell 2.1.3 viser utviklingen for noen smittsomme sykdommer i denne gruppen.

Tabell 2.1.2. Summarisk meldte tilfeller av utvalgte sykdommer. Absolutte tall og tall pr. 100 000 innbyggere. 1976 og 1987

Sykdommer	1976		1987	
	Antall	Pr. 100 000 innbyggere	Antall	Pr. 100 000 innbyggere
Influensalignende sykdommer	196 086	4 900	147 913	3 530
Streptokokkinfeksjon	49 953	1 200	52 184	1 250
Røde hunder (alle)	4 180	100	1 529	37
Meslinger	3 204	80	563	13
Kusma	22 397	556	3 346	80
Kikhoste	1 096	27	639	15
Gonoreé	14 156	350	3 893	93
Syfilis	280	7	71	2
Skabb	32 017	800	4 695	112
Lus	3 590	89	3 722	89

K i l d e r: SSB Helsestatistikk 1976 og 1987.

Figur 2.1.1.
Nye tilfeller av gonoreé pr. år. 1975-1988



K i l d e r: SSB Helsestatistikk 1981 og 1987, Statens institutt for folkehelse MSIS-rapport 1988.

Tabell 2.1.3. Nominativt meldte tilfeller av utvalgte sykdommer. Absolutte tall og tall pr. 100 000 innbyggere. 1977 og 1987

Sykdommer	1977		1987	
	Antall	Pr. 100 000 innbyggere	Antall	Pr. 100 000 innbyggere
Meningokokkinfeksjoner	271	6,7	250	6,0
Hepatitt A	98	2,4	92	2,2
Hepatitt B	267	6,6	151	3,6
Salmonelloser	240	5,9	1 576	37,7
Stafylokokkinfeksjon hos nyfødte	239	5,9	1 997	47,8
Bakteriemi/sepsis	877	21,7	2 055	49,2
Tuberkulose	579	14,3	307	7,3

K i l d e r: SSB Helsestatistikk 1977 og 1987.

Det er en klar nedgang i meldte tilfelle av hepatitt B, dvs. den type gulsott som overføres gjennom blodsmitte, jf. figur 2.1.2. Denne utviklingen har sin parallell i nedgangen i enkelte kjønnsykdommer, jf. tabell 2.1.2 og figur 2.1.1. Mye tyder på at informasjonsarbeidet mot HIV-smitte har vært vellykket i forhold til flere av de seksuelt overførbare sykdommene (se under).

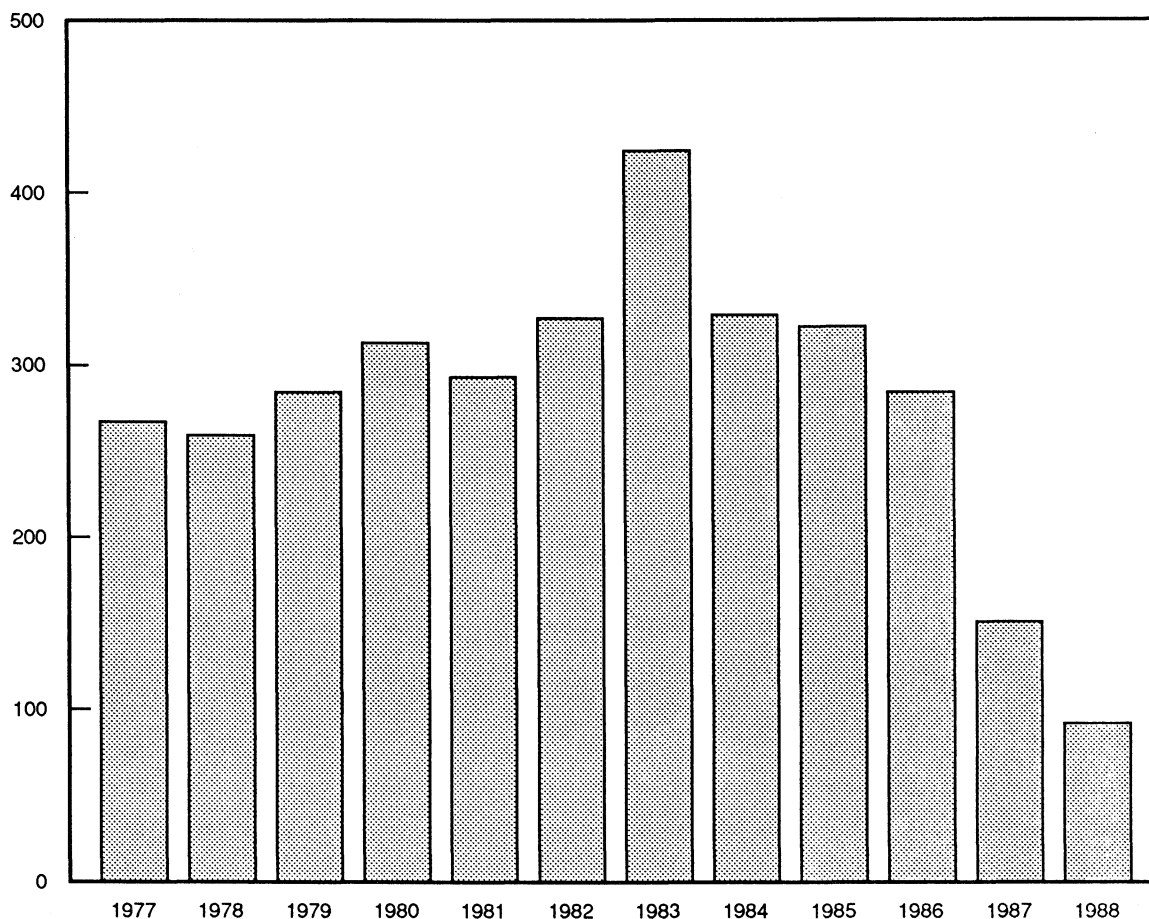
Norge har hatt en vedvarende høy forekomst av alvorlige meningokokkinfeksjoner (blodforgiftning og hjernehinnebetennelse) siden 1974. Antall nye tilfeller pr. år har vært atskillig høyere enn i Sverige og Finland og andre europeiske land. Barn og ungdom er særlig utsatt for å få slik hjernehinnebetennelse, og dødeligheten i forbindelse med sykdommene har ligget på rundt 10 prosent for disse gruppene. I løpet av tiårsperioden 1976-1985 oppstod det bortimot 4 000 tilfeller av meningokokksykdom (hvorav bare 75 prosent av tilfellene ble meldt og registrert) med ca. 300 dødsfall blant småbarn og ungdommer. En betydelig andel av dem som overlever får varig funksjonshemming i form av hørselstap eller større eller mindre grad av hjerneskade (SIFF Avdeling for infeksjonsmedisin 1988).

Antall tilfeller av salmonelloser (salmonellagastroenteritt) har vært stigende i perioden 1977-1987 (tabell 2.1.3). Tyfoidfeber og paratyfoidfeber er også nominativt meldte infeksjonssykdommer forårsaket av salmonellabakterier. Antall tilfeller pr. år er lavt, og i perioden 1983-1987 var raten for begge disse sykdommene til sammen 0,6 pr. 100 000.

Antallet stafylokokkinfeksjoner hos nyfødte har vært stigende, og forekom i 1987 hos 400 pr. 10 000 nyfødte. Det var imidlertid bare 21 alvorlige tilfeller av stafylokokkinfeksjoner hos nyfødte i 1987. Sykehusinfeksjonene (postoperative sårinfeksjoner, urinveisinfeksjoner, luftveisinfeksjoner og bakteriemi/sepsis) viser heller ingen nedadgående tendens. Undersøkelser tyder på at 5-10 prosent av pasienter som legges inn i somatiske sykehus i løpet av et år får en sykehusinfeksjon. I 1985 var vel 17 prosent av sykehusinfeksjonene postoperative sårinfeksjoner, nærmere 40 prosent var urinveisinfeksjoner. For pasienter som får sykehusinfeksjoner regner en at liggetiden i gjennomsnitt blir forlenget med 4-5 dager (SIFF Avdeling for infeksjonsmedisin). Sykehusinfeksjoner blir ikke registrert fortløpende, men gjennom periodevise tellinger.

Figur 2.1.2.
Meldte tilfeller av hepatitt B. 1977-1988

Nye tilfeller pr. år



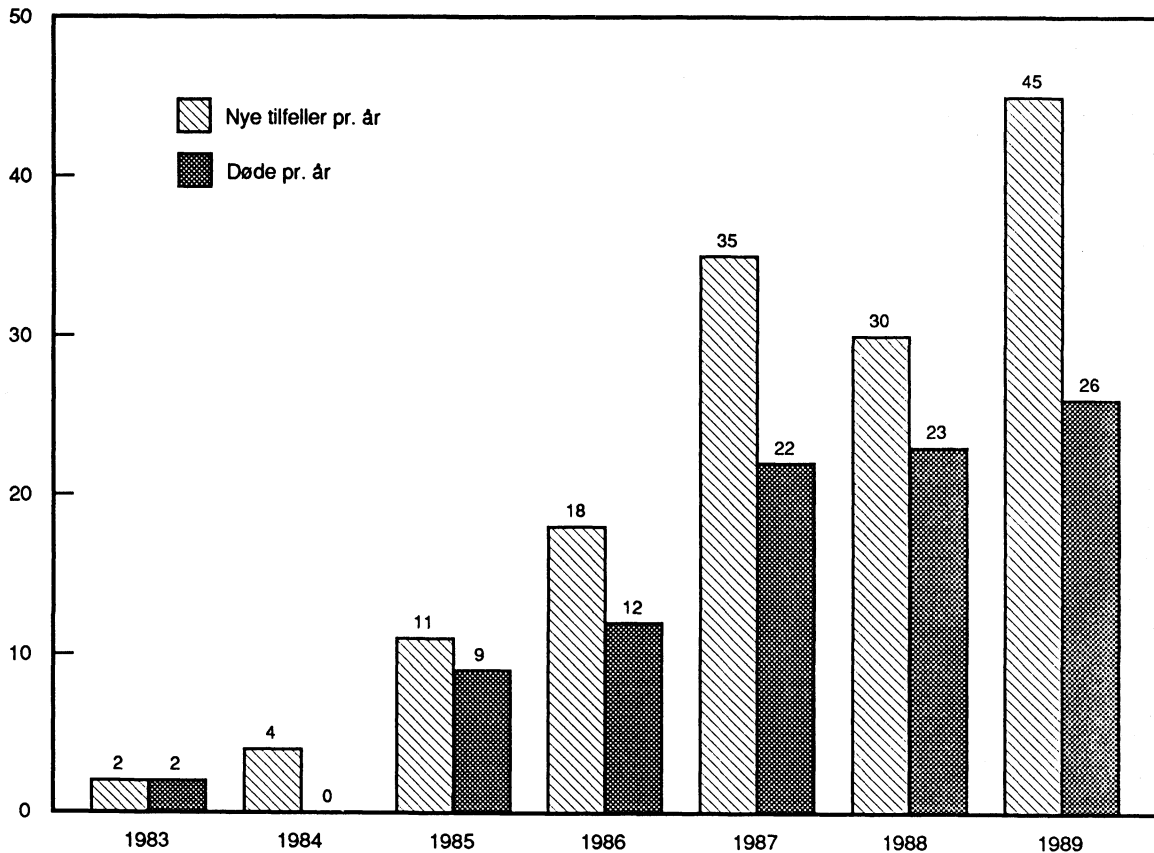
Kilde: SSB Helsestatistikk 1981 og 1987, Statens institutt for folkehelse MSIS-rapport 1988.

Registrerte tilfeller av smitteførende tuberkulose har blitt omtrent halvert siden 1970. Gjennomsnittlig antall registrerte tilfeller var 224 pr. år i femårsperioden 1983-1987. Smitteførende tuberkulose rammer især aldersgruppene over 55 år, og eldre menn sterkere enn kvinner (SSB Helsestatistikk 1983 og 1987).

HIV-infeksjon er nå den av infeksjonssykdommene som øker mest i USA og Europa. Registreringen av HIV-smitte begynte i 1985 i Norge. I 1988 ble det i gjennomsnitt tatt vel 14 000 HIV-tester pr. måned. Gjennomsnittlig antall positive prøver pr. måned var i underkant av 16. Ved utgangen av 1989 var det registrert 869 HIV-positive personer, og en regner med at disse utgjør ca. halvparten av totalt antall HIV-positive personer i Norge. Fram til 1. januar 1990 har en i Norge hatt til sammen 145 tilfeller av AIDS, og 94 personer er døde av sykdommen (figur 2.1.3). Erfaringer fra USA med oppfølging av grupper av smittede tyder på at vel 50 prosent av de HIV-smittede utvikler sykdommen AIDS innen 7-8 år.

Figur 2.1.3.

AIDS i Norge 1983-1989



Kilde: Statens institutt for folkehelse - avdeling for infeksjonsmedisin.

Da HIV-epidemien ble kjent i Norge ble det i hovedsak fokusert på tre risikogrupper: blødere og personer som får blodoverføringer, menn som har sex med menn og stoffmisbrukere som deler sprøyter, samt seksualpartnere til disse gruppene. Bløderne og personer som får blodoverføringer er ikke lenger utsatt for smitterisiko. Kontrollen med blod og blodprodukter er nå så god at overføring av smitte ikke lenger skjer på denne måten. Langt de fleste av de nyoppdagede tilfeller av smitte kommer fra risikogruppene sprøytamisbrukere eller menn som har sex med menn og seksualpartnere til disse. Dette dreier seg også om personer som er smittet for mange år siden.

Tabell 2.1.4. HIV-infeksjon i Norge etter risikofaktor og diagnoseår

Risikofaktor	Antall tilfeller							
	Totalt	I prosent av alle	1984	1985	1986	1987	1988	1989
Alle risikofaktorer	869	100	17	209	190	191	144	118
Homo-/biseksuell mann (1)	337	37,8	16	98	66	68	45	44
Sprøytemisbruk (2)	287	33,0	1	75	96	65	30	20
Kombinasjonen 1+2	22	2,5	-	6	8	2	2	4
Hemofili/koagul.feil	21	2,4	-	20	1	-	-	-
Fått blod/blodprodukt ...	20	2,3	-	3	-	6	10	1
Hetroseksuell praksis ...	168	19,3	-	7	17	49	52	43
Barn av HIV-pos. mor	4	0,5	-	-	1	-	-	3
Annet/ukjent	10	1,2	-	-	1	1	5	3

K i l d e: SIFF Avdeling for infeksjonsmedisin.

Spredningen til den generelle del av befolkningen skjer saktere enn tidligere antatt. Dette går klart fram av tester tatt av gravide og av menn som er inne til militær førstegangstjeneste. Likevel vil risikoen for smitte øke langsomt. Norge antas å ha ca. 1 000 personer som ikke selv vet at de er HIV-smittet. Inkubasjonstiden for utvikling av AIDS hos HIV-smittede regnes for å være opp imot ti år (AIDS-info, 1989).

I gruppen menn som har sex med menn har det allerede skjedd en klar atferdsendring når det gjelder seksualpraksis (SIFF Avdeling for infeksjonsmedisin). Dette kan være en viktig forklaring på nedgangen i tallene for kjønnsykdommer og hepatitt B.

2.2. Hjerte- og karsykdommer

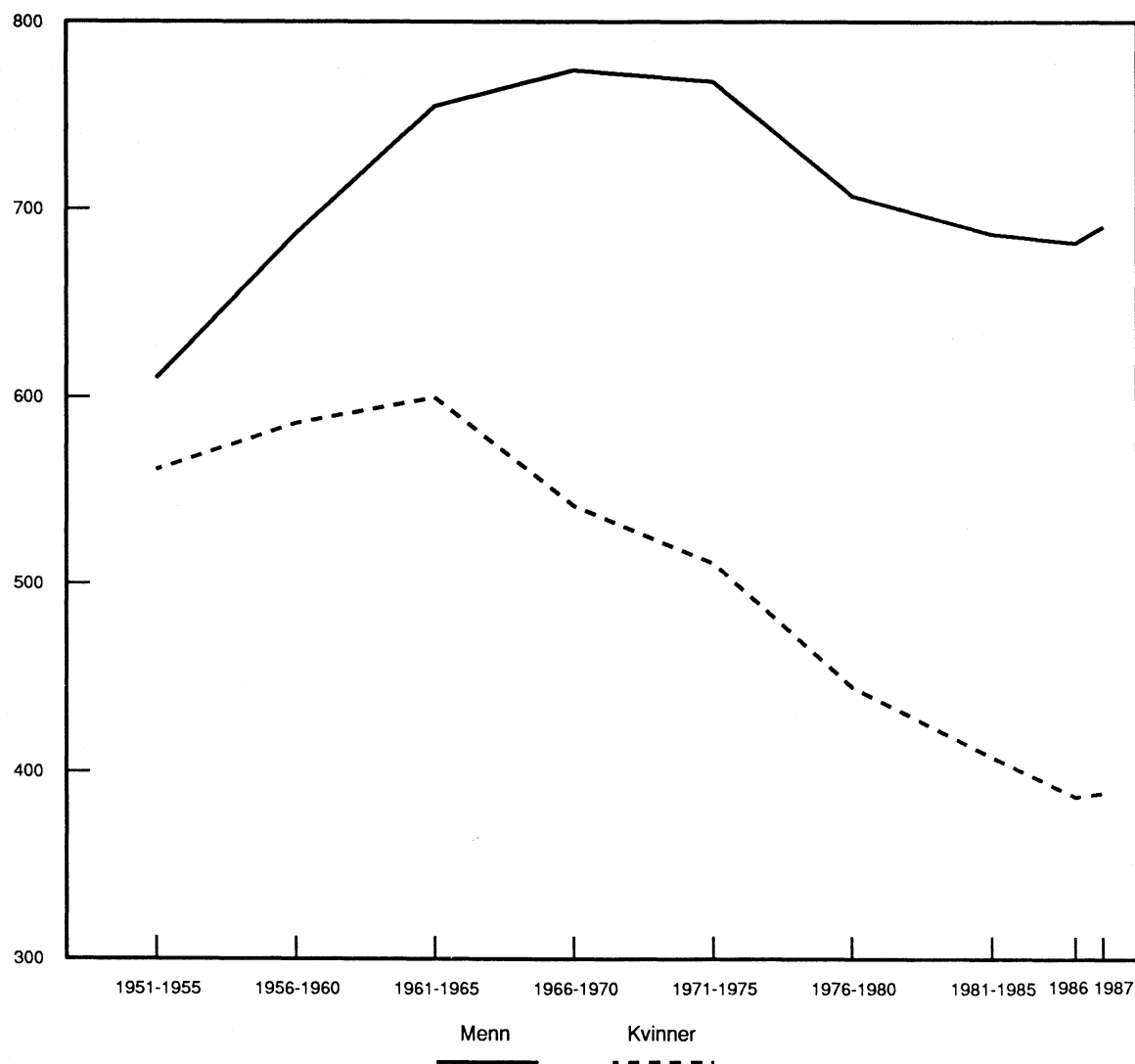
Av alle hovedgrupper av sykdommer er det hjerte- og karsykdommer som rammer flest personer. Denne sykdomsgruppen er årsak til nesten halvparten av alle dødsfall (48 prosent) og til 12 prosent av oppholdene (16 prosent av liggedagene) på somatiske sykehus. 11-12 prosent av alle uførepensjonerte har hjerte- og karsykdommer som primærdiagnose, og 14-15 prosent av syketilfellene som ble registrert i Helseundersøkelsen 1985 var hjerte- og karsykdommer (se tabell 1.4.5).

I 1987 døde 5,2 personer pr. 1 000 innbyggere av hjerte- og karsykdommer. Til sammenligning kan nevnes at samme år var dødeligheten av kreft som er den nest hyppigste dødsårsaken, 2,3 pr. 1 000 innbyggere.

Menn har en vesentlig større dødelighet av hjerte- og karsykdommer enn kvinner. Kjønn- og aldersjusterte tall for 1987 viser en overdødelighet for menn i forhold til kvinner på 80 prosent for alle aldersgrupper under ett. Overdødeligheten for menn avtar med stigende alder. Menns dødelighet er omtrent 4 ganger så stor som for kvinner i aldersgruppene opp til 60 år, 3 ganger så stor for 60-69-åringene og dobbelt så stor for 70-79-åringene (se tabell 2.2.1).

Figur 2.2.1.

Dødelighet av hjerte- og karsykdommer blant menn og kvinner. Kjønn- og aldersjusterte tall 1951-1987. Pr. 100 000 innbyggere



Kilde: SSB Helsestatistikk, flere årganger.

Figur 2.2.1 viser utviklingen i dødelighet av hjerte- og karsykdommer for menn og kvinner fra 1950-årene og fram til 1987. Figuren er basert på kjønn- og aldersjusterte tall - jf. avsnitt 1.3 - hvor justeringen er foretatt på grunnlag av aldersfordelingen for begge kjønn i 1987.

Figuren viser at for menn steg dødeligheten av hjerte- og karsykdommer fram til slutten av 1960-årene. Figuren viser stigning også for kvinner, men stigningen var svakere og kulminerte tidligere enn for menn. I løpet av 1970-årene og første halvdel av 1980-årene gikk dødeligheten ned både for menn og kvinner, men nedgangen var mest markert for kvinner.

Delmål 9 i Verdens helseorganisasjons program om Helse for alle innen år 2000 tar sikte på å få redusert dødeligheten av hjerte- og karsykdommer for personer under 65 år med 25 prosent i løpet av de siste 25 årene av dette århundre. Av tabell 2.2.1 og figur 2.2.1 går det fram at noe er oppnådd i de første 10 årene av programperioden. Tallene for de aller siste årene viser imidlertid en tendens til at nedgangen i hjerte- og kardødelighet er i ferd med å stanse opp, særlig for menn. Hvis denne tendensen fortsetter i årene framover, kan Norge i beste fall bare delvis kunne oppfylle delmål 9.

I 1986 var hjerte- og karsykdommer årsak til i alt nærmere 900 000 liggedager på somatiske sykehusavdelinger eller 209 liggedager pr. 1 000 personer. Dette tilsvarer om lag 16 prosent av alle liggedager på slike avdelinger. Andelen av utskrivningene er noe lavere, om lag 12 prosent (se tabell 1.4.5).

I likhet med tallene for dødelighet viser også tall for utskrivninger fra og liggedager ved sykehus at menn rammes av hjerte- og karsykdommer i vesentlig større grad enn kvinner (se tabell 2.2.2). Tall justert for ulikheter i aldersfordelingen mellom de to kjønn, viser at i 1986 hadde menn omtrent 75 prosent flere utskrivninger og 45 prosent flere liggedager pr. 1 000 personer enn kvinner.

Tabell 2.2.1. Dødelighet av hjerte- og karsykdommer blant menn og kvinner. Døde pr. 100 000 innbyggere. 1966-1987

Kjønn År	Alle aldere ¹	Alder					
		-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-
Menn							
1966-1970	774	7	143	456	1 389	3 489	8 733
1971-1975	768	7	139	458	1 315	3 542	8 688
1976-1980	707	6	127	454	1 246	3 251	7 834
1981-1985	683	7	107	432	1 190	3 168	7 724
1986	682	6	115	398	1 204	3 151	7 652
1987	691	7	95	414	1 248	3 104	7 883
Kvinner							
1966-1970	542	3	40	141	632	2 447	7 823
1971-1975	511	3	36	129	534	2 273	7 640
1976-1980	445	3	30	114	472	1 931	6 740
1981-1985	408	3	23	104	405	1 727	6 365
1986	387	3	25	105	399	1 564	6 132
1987	389	2	26	103	402	1 603	6 105

¹ Kjønn- og aldersjusterte tall.

K i l d e r: SSB Helsestatistikk 1985 og 1987.

Tabell 2.2.2. Utskrivninger og liggedager ved somatiske sykehus med hoveddiagnose hjerte- og karsykdommer. Tall for menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Pr. 1 000 personer

Kjønn	Alle aldere ¹	Alder					
		-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-
Utskrivninger							
Begge kjønn	18	2	12	27	47	67	88
Menn	23	2	15	38	65	87	102
Kvinner	13	2	9	16	30	52	81
Liggedager							
Begge kjønn	209	13	79	218	451	886	1707
Menn	248	14	105	318	630	1059	1590
Kvinner	171	12	52	120	291	760	1766

¹ Aldersjustert.

K i l d e: NIS Pasientdata 1986.

I Helseundersøkelsen 1985 ble det registrert 124 tilfelle av hjerte- og karsykdommer pr. 1 000 personer, 116 for menn og 131 for kvinner (aldersjustert). Det er med andre ord flere kvinner enn menn som lever med hjerte- og karsykdommer. Dette er for en stor del sykdommer som ikke bidrar særlig til den høye dødeligheten av hjerte- og karsykdommer (se under). På grunnlag av resultatene fra helseundersøkelsen er det beregnet at omtrent 450 000 personer her i landet har en hjerte- og karsykdom.

Av alle hjerte- og karsykdommer er det ischemisk hjertesykdom (herunder hjerteinfarkt) og karlesjoner i sentralnervesystemet som dominerer både som dødsårsak og som årsak til sykehusopphold. Disse to sykdommene er årsak til nesten 4 av 5 hjerte- og kardødsfall og til 2 av 3 opphold på sykehus med hjerte- og kardiagnose (se tabell 2.2.3 og figur 2.2.2).

Tabell 2.2.3. Hjerte- og karsykdommer etter type sykdom blant menn og kvinner. Tall for dødsårsaker/årsaker til sykehusopphold/egenrapportert sykdom. Prosent¹

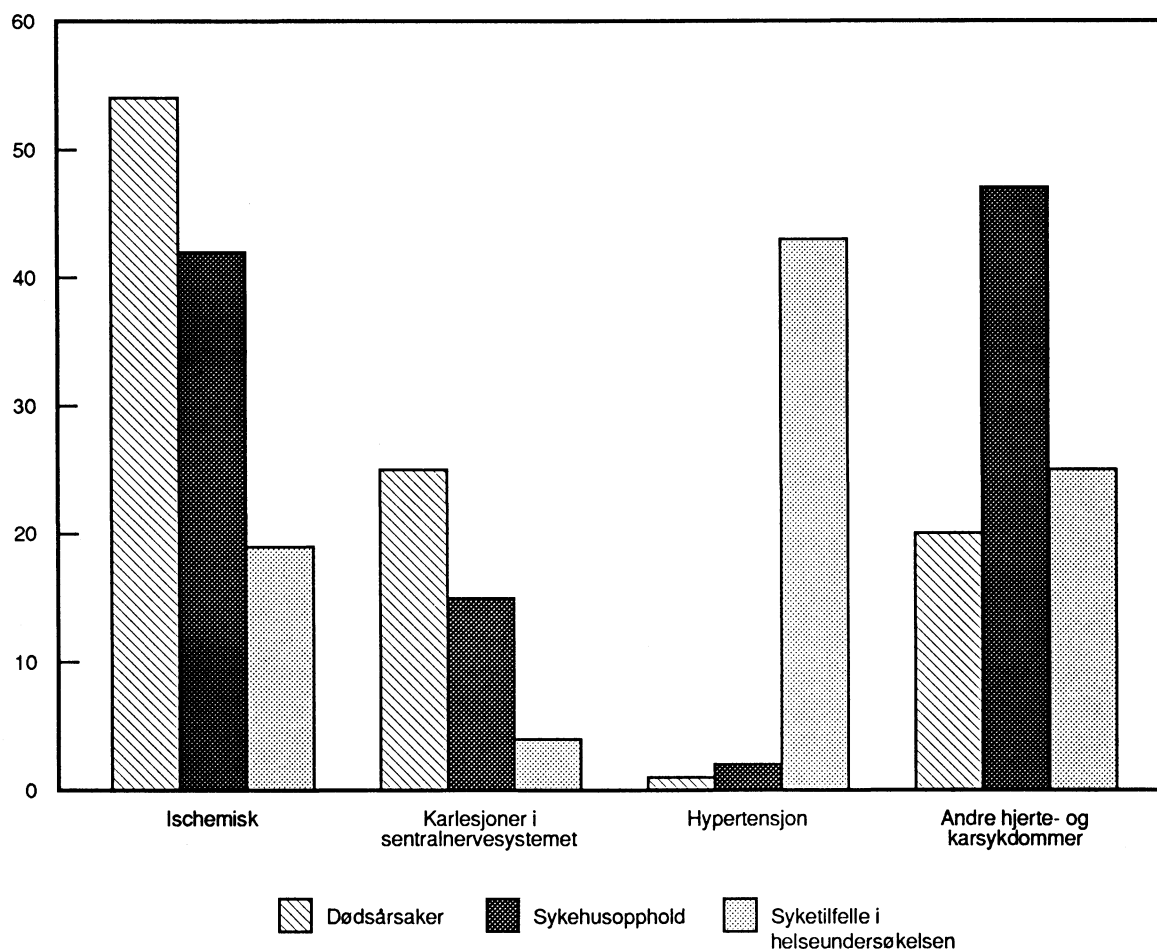
Diagnose	Dødsfall 1987	Utskrivning fra sykehus 1986	Helseunder- søkelse 1985
Begge kjønn			
Alle hjerte- og karsykdommer	100	100	100
Ischemisk hjertesykdom	54	42	19
Karlesjoner i sentralnerve- systemet	25	15	4
Hypertensjon	1	2	43
Andre hjerte- og karsykdommer .	20	47	25
Menn			
Alle hjerte- og karsykdommer	100	100	100
Ischemisk hjertesykdom	61	47	25
Karlesjoner i sentralnerve- systemet	20	14	4
Hypertensjon	1	2	39
Andre hjerte- og karsykdommer .	18	37	32
Kvinner			
Alle hjerte- og karsykdommer	100	100	100
Ischemisk hjertesykdom	46	33	15
Karlesjoner i sentralnerve- systemet	31	17	3
Hypertensjon	1	3	45
Andre hjerte- og karsykdommer .	22	47	37

¹ Ikke kjønns- og aldersjustert.

K i l d e r: SSB Dødsårsaker 1987, NIS Pasientdata 1986, SSB Helseundersøkelser 1985.

Av alle tilfelle av hjerte- og karsykdommer som ble registrert i Helseundersøkelsen 1985 var andelen ischemisk hjertesykdom og karlesjoner i sentralnervesystemet vesentlig lavere enn for dødsfall og sykehusopphold. På den annen side ble det i helseundersøkelsen registrert en stor andel tilfelle av hypertensjon som betyr lite både som dødsårsak og som årsak til sykehusopphold.

Figur 2.2.2.
Ulike typer hjerte- og karsykdommer i prosent av alle hjerte- og karsykdommer.
Tall for dødsårsaker/årsaker til sykehusopphold/syketilfelle i helseundersøkelsen

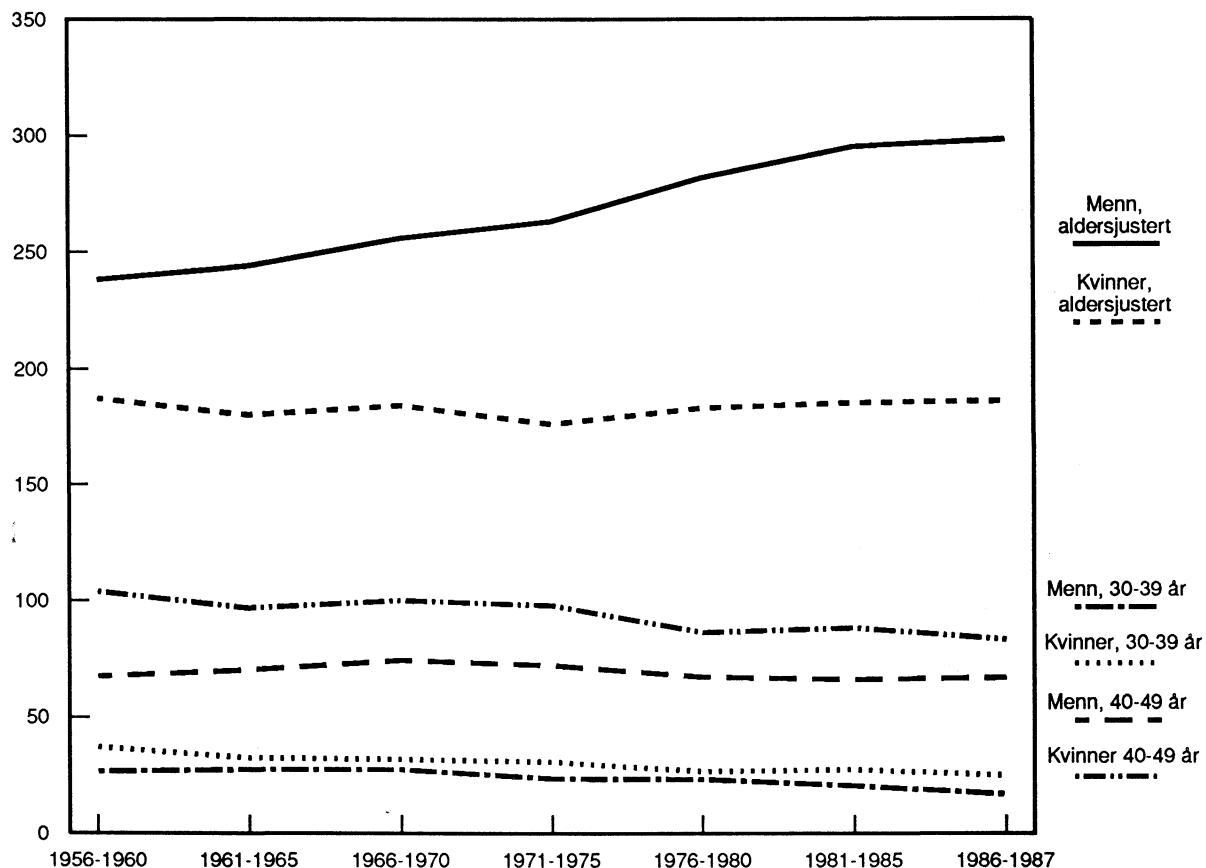


Kilder: SSB Dødsårsaker 1987, NIS pasientdata 1986, SSB Helseundersøkelsen 1985.

2.3. Kreft

I de siste 25 år har dødeligheten av ondartede svulster steget med omtrent 50 prosent for menn og 30 prosent for kvinner. Kjønn- og aldersjusterte tall viser imidlertid en økning på rundt 25 prosent for menn og ingen endring for kvinner (se figur 2.3.1). For kvinner skyldes med andre ord hele og for menn halvparten av økningen i den registrerte (ujusterte) kreftdødeligheten i 25-årsperioden at vi har fått en større andel eldre i befolkningen.

Figur 2.3.1.
Dødelighet av ondartede svulster. Døde pr. 100 000 innbyggere. 1956-1987



Kilde: SSB Helsestatistikk, flere årganger.

Blant personer over 60 år har menns høyere dødelighet i forhold til kvinners vært økende de siste 25 år. Dette skyldes vesentlig den økende dødelighet av kreft i åndedretsorganene, som i 1987 var årsak til 21 prosent av alle kreftdødsfall blant menn og 8 prosent blant kvinner. Imidlertid øker dødeligheten av lungekreft også blant kvinner, men den ligger foreløpig på et langt lavere nivå. Det siste tiåret (1977-1987) var det en økning i dødeligheten av kreft i åndedretsorganene på vel 30 prosent for menn og på 70 prosent for kvinner i forhold til 1977-nivået. Den sterkere økningen i dødelighet for kvinner enn for menn kan bl.a. sees i sammenheng med at kvinners tobakksforbruk har økt i forhold til menns.

Eldre menn som dør av kreft, dør av kreft i fordøyelsesorganene (30 prosent), åndedretsorganene (20 prosent) og av prostatakreft (20 prosent). Dette gjelder for menn på 65 år og oppover. Yngre menn dør av kreft i fordøyelsesorganene og åndedretsorganene. Eldre kvinner (65 år og over) som dør av kreft, dør av kreft i fordøyelsesorganene (nær 40 prosent), mens f.eks. brystkreft bare utgjør 14 prosent av kreftdødsfallene i denne aldersgruppen. For yngre kvinner er hovedårsakene til kreftdødsfall fordelt nokså jevnt mellom kreft i fordøyelsesorganene, brystkreft og kreft i livmoren og kjønnsorganene ellers (hver med en andel på vel 20 prosent).

Nedgangen i kreftdødelighet i yngre aldersgrupper (figur 2.3.1) kan henge sammen med at diagnosene stilles tidligere enn før, og med forbedret tilgjengelighet og kvalitet på kirurgisk behandling. Særlig blant barn og unge under 30 år har nedgangen vært stor. I perioden mellom 1971-1975 og 1981-1985 var det en nedgang i dødelighet av kreft på 28 prosent for denne aldersgruppen.

Delmål 10 i Verdens helseorganisasjons program om "Helse for alle innen år 2000" lyder: "Innen år 2000 skal dødeligheten av kreftsykdommer blant personer under 65 år reduseres med minst 15 prosent."

Det var en nedgang i kreftdødeligheten på vel 6 prosent for personer under 65 år mellom 1977 og 1987. Hvis nedgangen i dødelighet for yngre aldersgrupper fortsetter, vil delmål 10 kanskje kunne oppfylles. Både livsstil (røyking, eventuelt også alkoholbruk og kosthold) og fysiske miljøfaktorer (forurensninger i arbeidsmiljø og bomiljø) har betydning for utvikling av kreft. Her kan det være et potensiale for videre reduksjoner i dødeligheten av kreft i alle aldersgrupper. Ved kjemisk initiert kreft går det imidlertid som regel 10-30 år fra tidspunktet for den primære skaden og til selve sykdommen bryter ut (Aaseth og Vaaler, 1987). Det kan derfor ta tid før positive virkninger av forbedret livsstil og miljø vil bli synlig som reduksjon i sykkelighet eller dødelighet av kreft.

For alle kreftformer under ett har det vært en økning i sykeligheten (nye tilfeller pr. år) både for kvinner og for menn de siste tiårene. Ondartet føflekksvulst (melanom) er den kreftformen som øker kraftigst. Økningen er sterkere for kvinner enn for menn. I perioden 1982-1986 oppstod det pr. år 12,9 nye tilfeller pr. 100 000 menn og 16,4 nye tilfeller pr. 100 000 kvinner. Den aldersjusterte økningen for de vanligste kreftformene er vist i figur 2.3.2 og tabell 2.3.1.

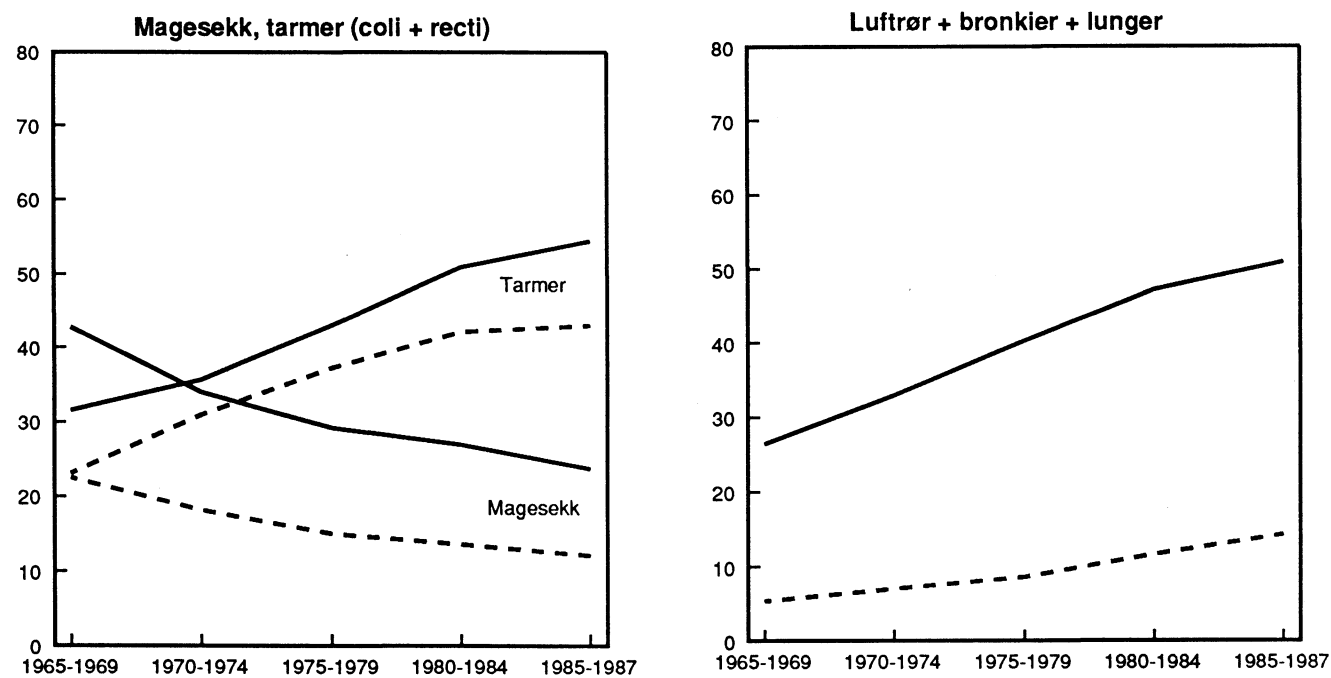
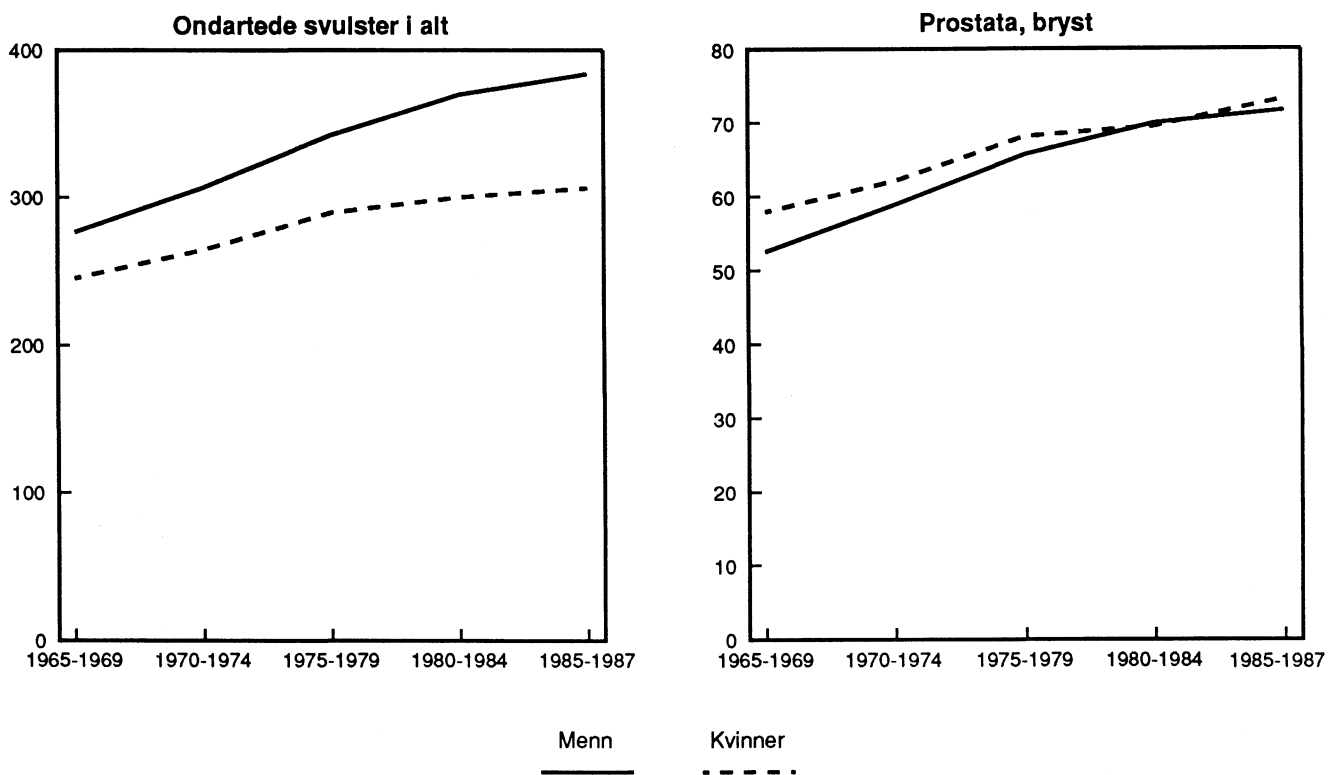
Det siste tiåret har det vært en nedgang i antall tilfeller av magekreft på mellom to og tre prosent pr. år, tabell 2.3.1. Nedgangen har vært sterkere for kvinner enn for menn. Forekomsten av tykktarmskreft har vist en nesten tilsvarende økning. Det er større kjønnsforskjeller for magekreft enn for tarmkreft, se også figur 2.3.2. Det har vært en sterk økning i forekomst av kreft i åndedretsorganene de siste tiårene, figur 2.3.2. Den årlige prosentvise økningen for kvinner har ligget på nær 6 prosent det siste tiåret, tabell 2.3.1.

Andelen pasienter som er i live et visst antall år etter at diagnosen er stilt, kan si noe om effekten av de helsetjenester som kreftpasienter mottar. Overlevelsen vil også avhenge av andre viktige faktorer som kreftsykdommens natur, diagnosetidspunktet og sykdommens utbredelse på diagnosetidspunktet. Det antas at tidlig diagnose vanligvis bedrer prognosen.

For mange kreftformer har overlevelsesratene forbedret seg de senere år. Prostatakreft har en femårs overlevelsesrate på 58 prosent for tilfeller som ble diagnostisert i perioden 1980-1984. Tilsvarende overlevelsesrate for brystkreft er på 74 prosent. Mye av årsaken til en så god overlevelsesrate for brystkreft er at diagnosen ofte blir stilt på et svært tidlig stadium.

Figur 2.3.2.

Nye tilfeller av ondartede svulster pr. år. Aldersjusterte rater (pr. 100 000 innbyggere). 1965-1987



Kilde: Kreftregisteret.

Tabell 2.3.1. Årlig prosentvis forandring i sykkelighet av kreft i perioden 1978-1987

Kreftform	Menn	Kvinner
Ondartede svulster i alt	1,21	0,62
Prostata	0,98	
Bryst		0,95
Luftrør, bronkier, lunger	2,44	5,86
Magesekk	-2,15	-2,57
Tykketarm	2,36	1,06
Endetarm	1,78	0,5

K i l d e: Kreftregisteret.

2.4. Ulykker, selvmord og vold

I 1987 skjedde det 2 692 voldsomme dødsfall, dvs. dødsfall ved ulykker, selvmord og drap. Dette tilsvarer 64 dødsfall pr. 100 000 innbyggere. Av alle voldsomme dødsfall skyldtes nesten 3 av 4 ulykker, knapt 1 av 4 selvmord og 2 prosent drap. Voldsomme dødsfall utgjorde 6 prosent av alle dødsfall i 1987.

Voldsomme dødsfall skjer hyppigere blant menn enn blant kvinner og er mest vanlig blant de eldste (se tabell 2.4.1).

Tabell 2.4.1. Dødelighet ved ulykker, selvmord og drap. Tall for alder og kjønn. Pr. 100 000 innbyggere. 1987

Kjønn og dødsårsak	I alt	Alder			
		-14	15-44	45-64	65-
Menn					
Voldsomme dødsfall i alt	83	11	74	82	224
Ulykker	58	10	46	48	189
Selvmord	23	1	27	32	34
Drap	2	-	2	2	2
Kvinner					
Voldsomme dødsfall i alt	46	6	18	30	167
Ulykker	37	5	9	14	158
Selvmord	8	0	7	15	9
Drap	1	1	2	1	0

K i l d e: SSB Helsestatistikk 1987.

Ulykker

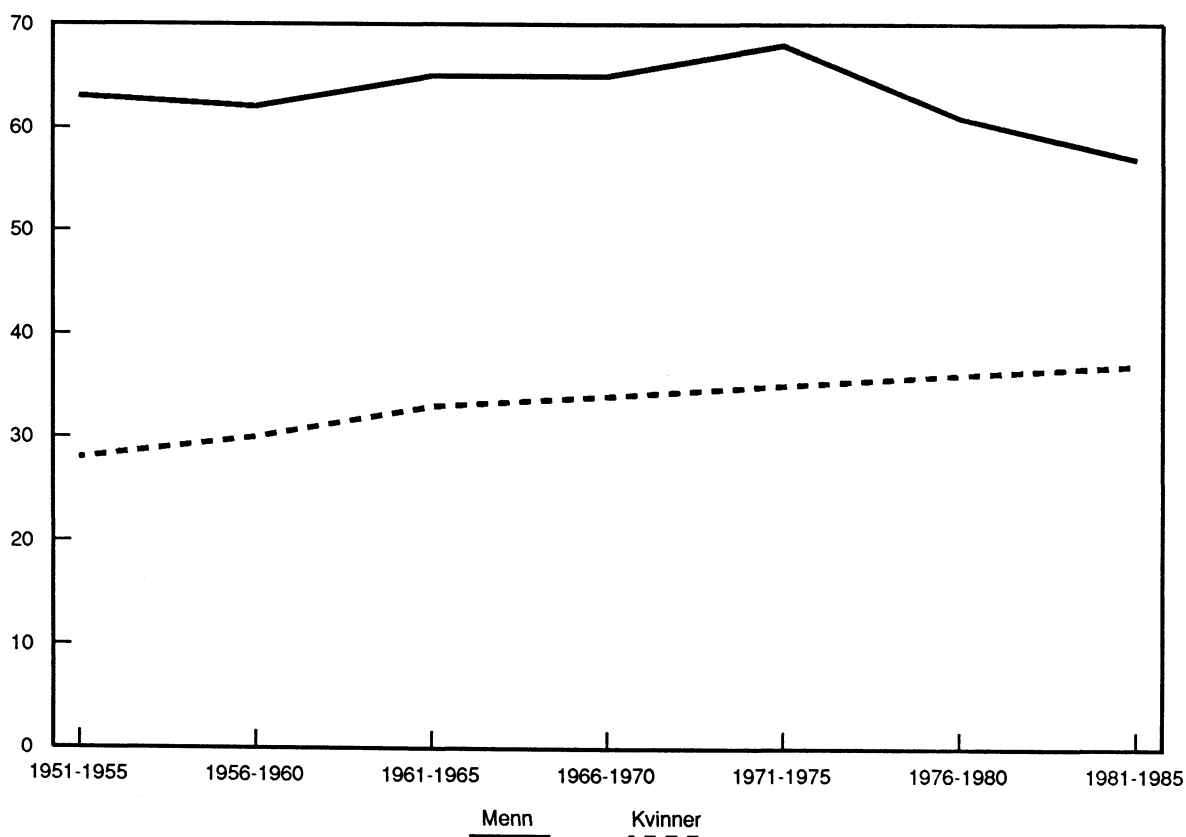
Fra begynnelsen av 1950-årene og til begynnelsen av 1970-årene steg dødeligheten av ulykker både for menn og kvinner, men mer for kvinner (25 prosent) enn for menn (knappt 10 prosent). Siden har dødeligheten ved ulykker avtatt for menn, men fortsatt å stige svakt for kvinner (se figur 2.4.1), hovedsakelig på grunn av sterk økning i tallet på eldre kvinner i befolkningen. Rundt 1960 var menns dødelighet ved ulykker dobbelt så stor som kvinners, mens den bare var en halv gang større rundt midten av 1980-årene.

Dødsulykker skjer særlig i og ved hjemmet. I 1987 var godt over 1/3 av dødsulykkene blant menn og over 3/4 av dødsulykkene blant kvinner hjemmeulykker. Særlig blant eldre skjer en vesentlig del av dødsulykkene i eller ved hjemmet, blant menn 65 år og over omtrent 2/3 og blant kvinner i samme alder 9/10 (se tabell 2.4.2).

I 1987 ble rundt halvparten av alle dødsulykker registrert under fall (955 dødsfall). Omtrent 90 prosent av disse dødsfallene fant sted blant personer 65 år og over, og i disse aldersgruppene var det langt flere dødsulykker ved fall blant kvinner enn blant menn. Mange snublet eller falt på samme høyde og pådrog seg lårhalsbrudd. Slike dødsfall blir registrert som ulykker, selv om skadene ikke fører til døden umiddelbart, men til sengeleie med kompliserende sykdommer.

Figur 2.4.1.

Dødelighet ved ulykker for menn og kvinner. Årlig gjennomsnitt for 1951-1955 til 1981-1985. Pr. 100 000 innbyggere



Tabell 2.4.2. Dødsfall ved ulykker. Tall for kjønn, alder etter ulykkessted/ utvalgte årsaker. Prosent. 1987

Ulykkessted og årsak	Menn					Kvinner				
	I alt	Alder				I alt	Alder			
		-14	15-44	45-64	65-		-14	15-44	45-64	65-
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Yrkesulykker	11	-	16	23	3	0	-	3	-	-
Trafikkulykker med motorkjøretøy	24	37	43	13	11	16	58	61	50	6
Andre transportulykker	9	17	12	14	5	1	11	4	-	1
Ulykker i og ved hjemmet	37	10	8	23	68	77	21	12	34	90
Av dette										
Fall	29	2	1	11	60	70	-	-	16	85
Ulykker andre steder .	19	37	21	27	13	6	11	20	16	4
Av dette										
Fall	5	-	4	7	6	2	11	1	4	1
Drukning	6	15	6	13	4	1	-	5	2	0

K i l d e: SSB Helsestatistikk 1987.

Tabell 2.4.3. Andel personer med legebehandlet skade. Tall for alder og kjønn. Prosent. 1985

Kjønn	Alle aldere	Alder				
		0-15	16-24	25-44	45-66	67-
Begge kjønn	16	22	26	15	9	7
Menn	21	32	33	19	14	8
Kvinner	10	12	20	12	4	6

K i l d e: Data fra Helseundersøkelsen 1985.

Dødsulykkene utgjør bare en liten del av alle ulykker. I samband med et prosjekt for registrering av ulykker ved Statens institutt for folkehelse er det beregnet at rundt 550 000 personer (13 prosent av befolkningen) hvert år blir utsatt for en ulykkeskade som krever legebehandling. Det er også beregnet at 70-75 prosent av ulykkene skjer i hjem og fritid, mens rundt 8 prosent skjer i trafikken.

Beregninger foretatt på grunnlag av dataene fra Helseundersøkelsen 1985 gir litt høyere tall. Beregningene gir som resultat at omtrent 16 prosent av befolkningen (650 000 personer) søkte lege på grunn av skade oppstått i 1985. Beregningene viser ellers at dobbelt så mange menn som kvinner pådrar seg skader som krever legebehandling, og at barn og ungdom blir skadet oftere enn voksne (se tabell 2.4.3).

Tabell 2.4.4. Utskrivninger fra sykehus med skadediagnose. Tall for alder og kjønn. Pr. 1 000 innbyggere. 1986

Kjønn	Alle aldere	Alder				
		0-15	16-24	25-44	45-66	67-
Begge kjønn	16	11	20	12	13	31
Menn	17	13	27	16	14	22
Kvinner	14	8	12	8	11	37

K i l d e: NIS Pasientdata 1986.

En må regne med at både tallene i tabell 2.4.3 og tallene fra prosjektet om ulykkesregistrering er beheftet med forholdsvis stor grad av usikkerhet.

I 1986 var ulykker årsak til 65 000 avdelingsopphold på sykehus eller rundt 10 prosent av alle opphold (utskrivninger). Noen pasienter kan ha flere opphold for samme skadetilfelle, slik at tallet på sykehusbehandlede skader kan være litt lavere enn tallet på opphold. Pr. 1 000 innbyggere ble det utskrevet 16 personer med skadediagnose, 17 blant menn og 14 blant kvinner (se tabell 2.4.4).

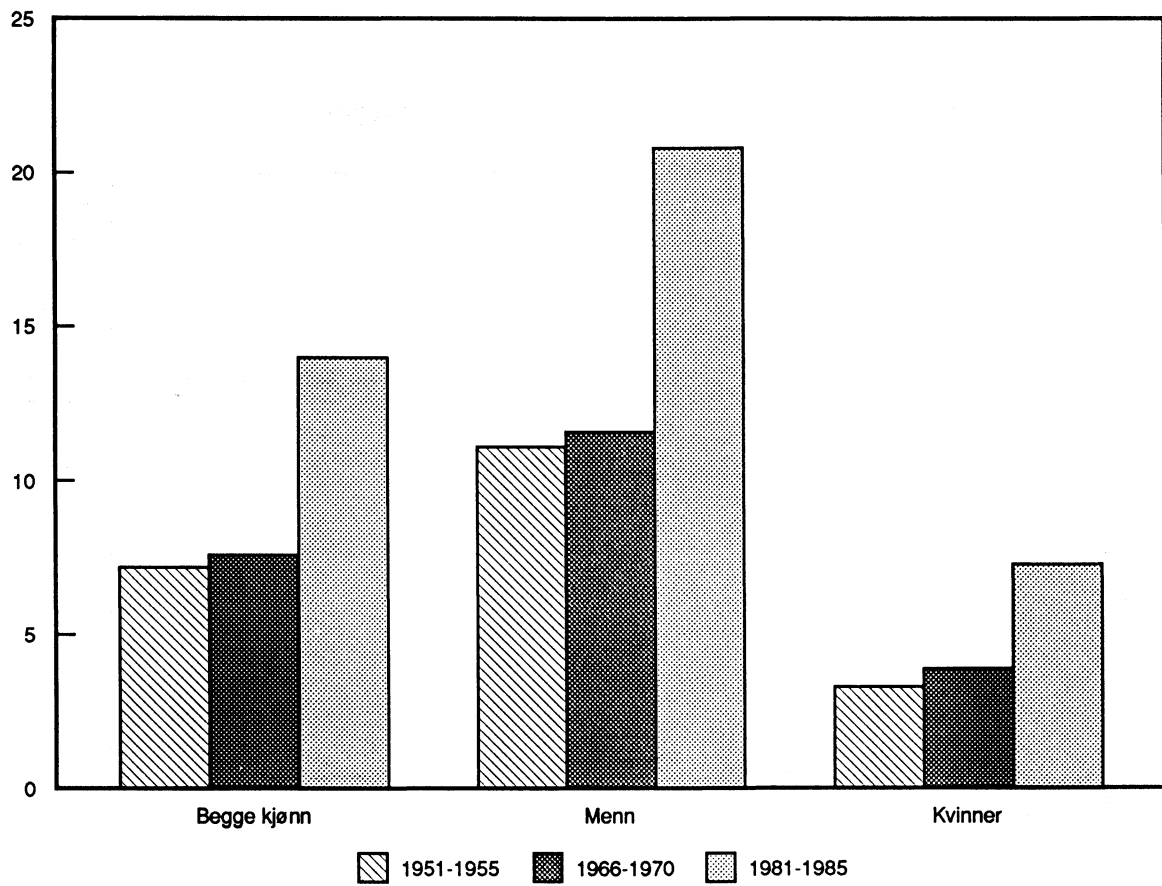
Selv mord

I 1987 ble det pr. 100 000 innbyggere registrert 15 selvmord, 23 blant menn og 8 blant kvinner (jf. tabell 2.4.1). 649 personer begikk selvmord dette året, 486 menn og 163 kvinner.

I 1950- og 1960-årene var det liten endring i selvmordshyppigheten. I løpet av de siste ca. 15 årene er den imidlertid fordoblet (se figur 2.4.2).

Figur 2.4.2.

Selvord blant menn og kvinner. Årlig gjennomsnitt for 1951-1955, 1966-1970 og 1981-1985. Pr. 100 000 innbyggere

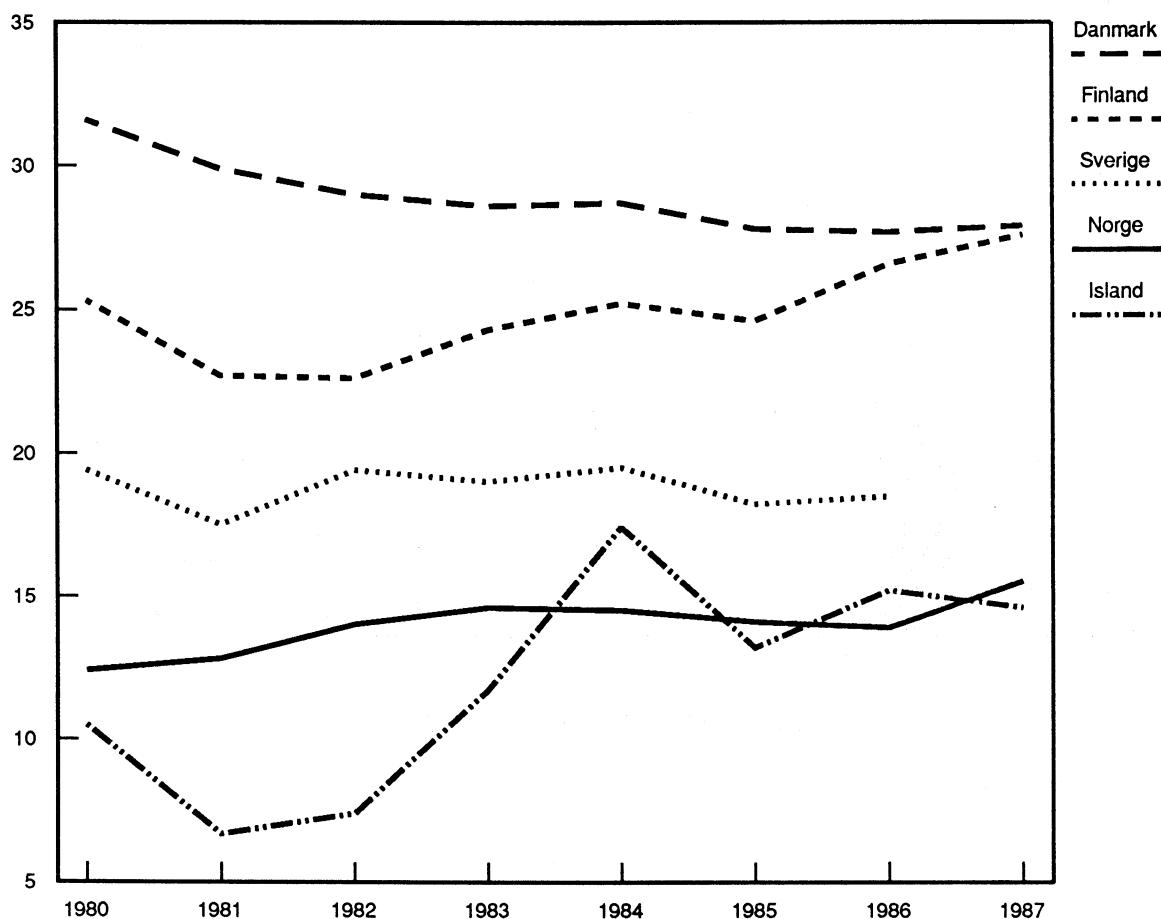


Kilde: SSB Helsestatistikk, flere årganger.

Selv mordshyppigheten er lavere i Norge enn i de andre nordiske land med unntak av Island (se figur 2.4.3). I 1987 hadde Island omtrent samme selv mordshyppighet pr. 100 000 personer som Norge. I Danmark og Finland var den imidlertid 80 prosent og i Sverige (1986) vel 30 prosent høyere.

Figur 2.4.3.

Selv mord i de nordiske land. 1980-1987. Pr. 100 000 innbyggere



Kilde: NOMESKO Helsestatistikk i de nordiske land.

Drap

Det ble registrert 60 drap, 31 menn og 29 kvinner i 1987. I gjennomsnitt for femåret 1981-1985 var tallet på drap dobbelt så stort som gjennomsnittet for 1966-1970 og 4 ganger så stort som for 1951-1956.

Vold og trusler

I SSBs levekårsundersøkelser i 1983 og 1987 ble intervjupersonene spurt om de i det siste året hadde vært utsatt for vold eller trusler om vold, og om de i den siste tiden hadde vært urolige for å bli utsatt for vold eller trusler når de gikk ute alene på bostedet. Det var forholdsvis små forskjeller mellom svarprosentene i 1983 og 1987. I 1987-undersøkelsen svarte 5 prosent av befolkningen 16-79 år at de hadde vært utsatt for vold eller trusler det siste året, noe større andel blant menn enn blant kvinner (se tabell 2.4.5). Blant unge menn var andelen så stor som 13 prosent.

Tabell 2.4.5. Andel menn og kvinner 16-79 år som i året fra vinteren 1986 til vinteren 1987 hadde vært utsatt for vold eller trusler om vold, eller som var urolige for å bli utsatt for vold eller trusler. Prosent

Alder	Utsatt for vold eller trusler det siste året		Urolig for å bli utsatt for vold eller trusler på bostedet	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Alle	6	5	3	14
16-24 år	13	8	3	14
25-44 "	6	5	2	10
45-66 "	3	3	2	15
67-79 "	2	4	3	24

K i l d e: SSB Levekårsundersøkelsen 1987.

8 prosent av befolkningen 16-79 år svarte i 1987 at de var urolige for å bli utsatt for vold eller trusler når de gikk ute alene på bostedet. Andelen var vesentlig større blant kvinner (14 prosent) enn blant menn (3 prosent). Særlig kvinner 67-79 år var urolige for å bli utsatt for vold eller trusler.

2.5. Psykiske lidelser, nervøse symptomer

Registreringen av nervøse lidelser er antakelig forbundet med større usikkerhet enn registreringen av andre sykdommer, og en må regne med større individuelle variasjoner i de svarene en får. Det er også kjent at utbredelsen av psykiske lidelser blir sterkt undervurdert ved registrering av syketilfelle i intervjuundersøkelser. En bør derfor være ekstra forsiktig når en vurderer tallene for denne sykdomsgruppen.

Intervjuundersøkelser kan likevel gi et inntrykk av forskjeller mellom befolkningsgrupper mht. omfanget av denne typen lidelser, i alle fall når forskjellene er forholdsvis store. Helseundersøkelsene og levekårsundersøkelsene fra SSB inneholder intervjudata om psykiske lidelser.

I helseundersøkelsene 1975 og 1985 omfatter denne sykdomsgruppen nevroser og de fleste andre former for mentale forstyrrelser, og dessuten hodepine, søvnløshet og andre symptomer fra nervesystemet. I 1985-undersøkelsen oppgav mellom 6 og 7 prosent av alle personer at de hadde en nervøs lidelse ved begynnelsen av en 14-dagers undersøkelsesperiode. Dette var så og si samme andel som i 1975.

Hyppigheten av nervøse lidelser og symptomer tiltar - som for de fleste andre sykdomsgrupper - med alderen, tabell 2.5.1 og figur 2.5.1. Det er også klart flere kvinner enn menn som oppgir at de har psykiske plager. I aldersgruppen 67 år og over oppgav 16 prosent av kvinnene og 10 prosent av mennene at de hadde en nervøs lidelse. Tilsvarende tall for aldersgruppen 45-66 år var 12 prosent og 6 prosent.

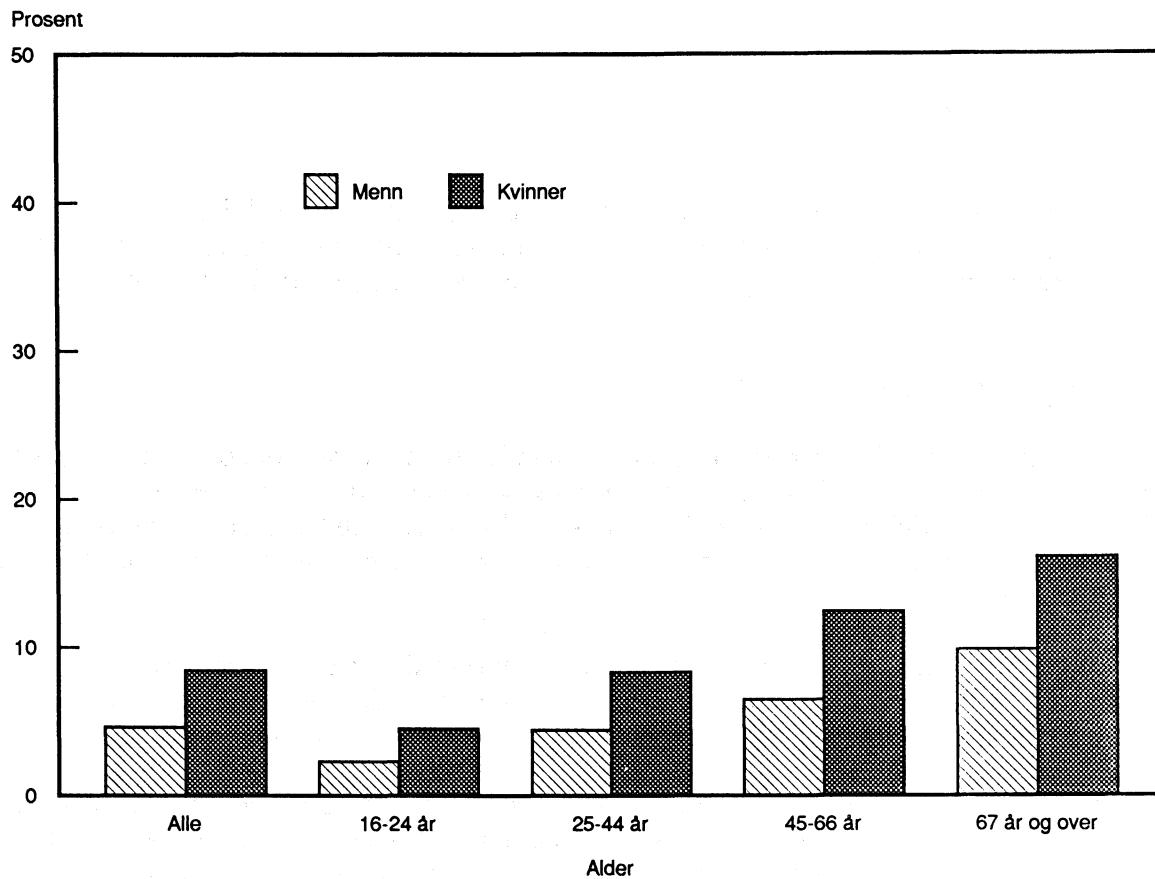
Tabell 2.5.1. Andel personer med nervøse lidelser i ulike aldersgrupper.
Pr. 1 000 personer. 1975 og 1985

År	Alle aldere	Alder					
		0-6	7-15	16-24	25-44	45-66	67-
1975	74	4	14	38	81	123	126
1985	65	12	22	35	64	95	134

K i l d e r: SSB Helseundersøkelsen 1975 og 1985.

Figur 2.5.1.

Andel personer med nervøse lidelser, i grupper for kjønn og alder. Prosent. 1985



K i l d e: Grøtvedt og Carlson, 1988.

Av Levekårsundersøkelsen 1987 går det fram at blant personer i alderen 16-79 år var det ca. 200 000 personer, eller 6 prosent, som oppgav at de hyppig hadde symptomer på nervøse lidelser. Dette var personer som de siste 6 måneder ofte hadde vært plaget av svært kraftig hjertebank uten på forhånd å ha anstrengt seg, av nervøsitet, angst eller rastløshet eller hadde følt seg deprimert. For ca. 80 000 av disse (3 prosent av alle) hadde plagene i høy grad ført til nedsatt arbeidsevne eller vansker i kontakten med andre. Levekårsundersøkelsen 1980 viste om lag samme omfang av symptomer på nervøse lidelser. Tabell 2.5.2 viser fordelingen av slike psykiske plager på alder og kjønn. Blant de eldste (67-79 år) hadde 15 prosent av kvinnene og 9 prosent av mennene hyppige symptomer på nervøse lidelser. I den samme aldersgruppen var det omtrent like mange kvinner og menn med sterkt nedsatt funksjonsevne pga. nervøse lidelser.

Tabell 2.5.2. Andel personer med nervøse lidelser. Prosent. 1987

Grad av nervøse symptomer Kjønn	Alle aldere	Alder			
		16-24	25-44	45-66	67-79
Hyppige symptomer på nervøse lidelser					
Menn	5	3	4	6	9
Kvinner	8	5	5	9	15
Sterkt nedsatt funksjonsevne pga. nervøse lidelser					
Menn	2	1	1	3	4
Kvinner	3	1	2	5	3

K i l d e: SSB Levekårsundersøkelsen 1987.

Psykiske lidelser er den mest utbredte medisinske årsak til uføretrygd. I 1987 hadde 29 prosent av uførepensjonistene, eller vel 60 000 personer, slike lidelser som første årsak til pensjonering. Det var imidlertid nesten like vanlig å bli uførepensjonert pga. skjelett- og muskelsykdommer (27,5 prosent av alle uførepensjonister).

Oversikter over uførepensjonerte i 1987 viser at det fram til 50-60-årsalder er en høyere andel menn enn kvinner som får uførepensjon på grunn av varige problemer i diagnosegruppen "mentale forstyrrelser", tabell 2.5.3. I aldersgruppen 60-66 år er det noe vanligere for kvinner enn for menn med uførepensjon pga. psykiske lidelser.

Tabell 2.5.3. Uførepensjonerte på grunn av psykiske lidelser (inkl. psykisk utviklingshemming), registrert 31. desember 1987. Tall for alder og kjønn

Uførepensjonerte pga. psykiske lidelser	Alle aldere	Alder				
		16-39	40-49	50-59	60-64	65-66
Antall kvinner	31 542	5 101	6 425	9 599	7 052	3 323
I prosent av alle uførepensjonerte kvinner	28,2	44,2	36,8	27,8	22,3	19,9
Antall menn	27 700	6 149	5 583	7 660	6 000	3 177
I prosent av alle uførepensjonerte menn	29,9	57,8	47,7	29,9	20,0	18,1

K i l d e: RTV Årsstatistikk 1988.

Ett av delmålene i Verdens helseorganisasjons program om Helse for alle innen år 2000 lyder: Innen år 2000 skal antall reinnleggelser i psykiatriske institusjoner og avdelinger som skyldes manglende tilbud i lokalsamfunnet reduseres med 20 prosent i forhold til nivået i 1985.

I 1984 var det gjennomsnittlige daglige belegg i psykiatriske institusjoner og avdelinger i vårt land ca. 9 100. Hvert år finner det sted ca. 20 000 psykiatriske innleggelser, hvorav et stort antall er reinnleggelser. I 1984 var 64 prosent av alle innleggelsene reinnleggelser. (Helse for alle i Norge, 1987.) En godt utbygd helse- og sosialtjeneste i kommunene og bedre tilgang til spesialiserte poliklinikker kan bidra til færre unødvendige reinnleggelser. Pasienttellingene innen psykisk helsevern i 1979, 1984 og 1989 (Norsk institutt for sykehusforskning) kan bidra til å belyse utviklingen av antall innleggelser og hyppigheten av planlagte eller ikke planlagte reinnleggelser.

Schizofreni er den klart hyppigste diagnosen blant pasientene ved våre psykiatriske institusjoner og avdelinger. Denne gruppen utgjorde nær halvparten (47 prosent) av alle diagnosene som ble stilt, tabell 2.5.4. Menn og kvinner er i omtrent like høy grad pasienter ved psykiatriske institusjoner. Schizofreni er den hyppigste diagnosen blant menn. I forhold til menn har kvinner dobbelt så stor andel av innleggelsene som skyldes nevrose eller affektive psykoser.

Tabell 2.5.5. Salg av tranquillizers i 1988. Fylke

	DDD/1 000 innb./døgn	Prosent av landsgj.sn.
Hele landet	24,8	100,0
Østfold	39,5	159,3
Akershus	17,6	71,0
Oslo	32,5	131,0
Hedmark	23,8	96,0
Oppland	24,2	97,6
Buskerud	26,6	107,3
Vestfold	32,6	131,5
Telemark	26,5	106,9
Aust-Agder	30,7	123,8
Vest-Agder	35,7	144,0
Rogaland	27,6	111,3
Hordaland	21,5	86,7
Sogn og Fjordane	14,6	58,9
Møre og Romsdal	17,9	72,2
Sør-Trøndelag	22,3	89,9
Nord-Trøndelag	20,3	81,9
Nordland	18,3	73,8
Troms	16,0	64,5
Finnmark	13,2	53,2

2.6. Sykdommer i åndedrettsorganene

Etter hjerte- og karsykdommer og kreft er sykdommer i åndedrettsorganene den tredje viktigste hovedgruppen av dødsårsaker (se tabell 1.4.1). I 1986 døde 90 av 100 000 innbyggere av sykdommer i åndedrettsorganene, og slike sykdommer ble angitt som dødsårsak i 8,8 prosent av alle dødsfall.

Dødeligheten av sykdommer i åndedrettsorganene er vesentlig høyere blant menn enn blant kvinner, i alderen 60-79 år omtrent dobbelt så stor (se tabell 2.6.1).

Tabell 2.5.4. Psykiatriske pasienter ved alle institusjoner med sengeavdelinger for psykiatri, inkl. dagpasienter. Prosentfordeling av diagnosegrupper og forekomst pr. 100 000 innbyggere

Diagnose	Prosent	Prevalens > 20år
Totalt, alle diagnoser	101	358 pr. 100 000
Schizofrenier, alle	47	169
Senile og presenile	13	45
Andre organiske psykoser	5	17
Affektive psykoser	6	21
Andre psykoser	10	35
Nevroser	10	35
Karakteravvik	2	8
Alkoholisme	1	4
Stoff- og med. misbruk	1	2
Andre diagnoser	6	22

K i l d e: NIS Arbeidsrapport 29/87.

Psykofarmaka er en undergruppe av medikamenter som virker på sentralnervesystemet, og kan deles inn i nevroleptika, tranquillizers, hypnotika/sedativa og antidepressiva. Det har vært en jevn stigning i salget av antidepressiva og nevroleptika (ved vrangforestillinger, hallusinasjoner og også mot mindre inngripende forstyrrelser) etter 1962. Salget av hypnotika/sedativa (sovemidler) og tranquillizers (beroligende midler) har vært mer varierende, men også økende siden begynnelsen av 60-tallet. De siste årene fram til 1988 har salget av beroligende midler og nevroleptika stabilisert seg, mens salget av sovemidler og antidepressiva fortsatt ser ut til å øke (Norsk medisinaldepot, 1986 og 1989).

Salget av psykofarmaka varierer mye fra fylke til fylke. For tranquillizers lå fylket med størst forbruk på 59 prosent over landsgjennomsnittet i 1988. På den andre siden av skalaen var det fylker som lå på 50-60 prosent av landsgjennomsnittet, tabell 2.5.5. For hypnotika/sedativa var ytterpunktene 154 prosent og 53 prosent i 1988. Slike svingninger er ikke begrenset til psykofarmaka, men sees for de fleste medikamenter. Det går også fram at medikamentsalget er klart lavest i Finnmark. Urbaniseringsgrad og avstand til lege og apotek påvirker sannsynligvis salgSTALLene. Fylkesvise forskjeller i befolkningens alderssammensetning kan også ha betydning. Oslo og Akershus fylker må sees under ett, fordi mange med bosted i Akershus kjøper sine medisiner i Oslo.

Tabell 2.6.1. Dødelighet av sykdommer i åndedrettsorganene. Tall for alder og kjønn. Døde pr. 100 000 innbyggere. 1979 og 1987

Kjønn	Alle aldere ¹	Alder					
		-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-
Menn							
1979	137	3	8	37	128	546	2 156
1987	116	2	6	17	91	426	2 004
Kvinner							
1979	88	2	4	11	50	258	1 714
1987	78	2	6	14	61	229	1 460

¹ Kjønn- og aldersjustert.

K i l d e: SSB Dødsårsaker.

Tabell 2.6.1 viser også at dødeligheten av åndedrettssykdommer har gått merkbart ned i perioden 1979-1987. Det går dessuten fram at det særlig er de eldre som dør av slike sykdommer. I 1987 var åndedrettssykdommer årsak til 2-3 prosent av alle dødsfall i aldersgruppene opp til 60 år mot 13 prosent blant de aller eldste.

Selv om det hovedsakelig er de eldre som dør av sykdom i åndedrettsorganene, er det mange også blant de yngre som lider av slike sykdommer. Av tabell 2.6.2 går det fram at andel personer med åndedrettssykdom er omtrent like stor blant barn og unge som blant eldre.

Tabell 2.6.2. Andel personer med sykdom i åndedrettsorganene i ulike aldersgrupper. Pr. 1 000 personer. 1975 og 1985

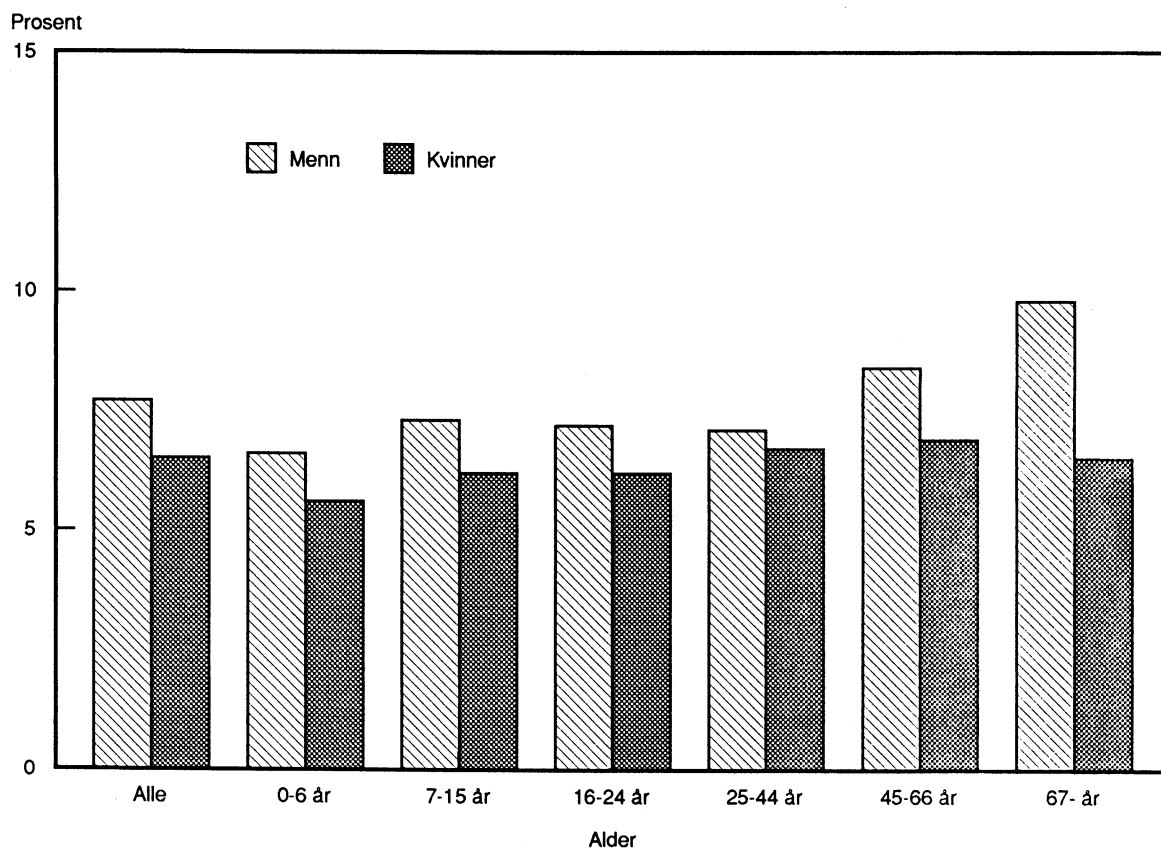
År	Alle aldere	Alder					
		0-6	7-15	16-24	25-44	45-66	67-
1975	73	72	56	76	69	80	85
1985	71	61	67	67	69	77	80

K i l d e r: SSB Helseundersøkelsen 1975 og 1985.

Både i 1975 og i 1985 hadde omtrent 7 prosent av befolkningen sykdom i åndedrettsorganene. Forskjellen mellom menn og kvinner var forholdsvis liten, bortsett fra i alderen 67 år og over hvor andelen med sykdom var noe større for menn enn for kvinner (se figur 2.6.1).

Figur 2.6.1.

Andel personer med sykdommer i åndedretsorganene, i grupper for kjønn og alder. Prosent. 1985



Kilde: Helseundersøkelsen 1985.

Sykdommer i åndedretsorganene var i 1986 hovedårsak til rundt 275 000 liggedager på sykehus eller 66 liggedager pr. 1 000 personer. Menn hadde noe flere liggedager pr. 1 000 personer enn kvinner, særlig blant eldre og blant de aller yngste (se tabell 2.6.3).

Tabell 2.6.3. Utskrivninger og liggedager ved somatiske sykehusavdelinger med hoveddiagnose sykdommer i åndedretsorganene. Tall for alder og kjønn. Pr. 1 000 personer. 1986

Sykehusopphold Kjønn	Alle aldere	Alder								
		0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-
Utskrivninger										
Begge kjønn	8	17	5	4	3	4	6	11	17	24
Menn	10	21	5	5	3	4	7	14	24	35
Kvinner	7	13	6	4	3	4	5	8	13	18
Liggedager										
Begge kjønn	66	66	23	19	15	22	48	112	213	408
Menn	71	80	20	21	17	21	49	139	271	523
Kvinner	62	53	26	17	13	24	46	83	171	349

Kilde: Materiale fra NIS.

Pr. 1 000 innbyggere har barn under 10 år like mange sykehusopphold på grunn av åndedrettsykdommer som 70-79-åringene. Dette skyldes at mange mindreårige legges inn på sykehus på grunn av akutte luftveisinfeksjoner og astma. Blant eldre er det lungebetennelse og bronkitt som dominerer.

Av alle sykdommer i åndedretsorganene er det lungebetennelse som dominerer blant dødsårsakene med 67 prosent av alle dødsfall som skyldes åndedrettssykdommer (5-6 prosent av alle dødsfall uansett årsak). Det er særlig blant de aller eldste (80 år og over) lungebetennelse er en viktig dødsårsak. I denne aldersgruppen var i 1987 lungebetennelse årsak til 80 prosent av dødsfallene i diagnosegruppen åndedrettssykdommer og 11 prosent av alle dødsfall.

Tabell 2.6.4. Sykdommer i åndedretsorganene etter diagnoser. Tall for dødsårsaker/årsaker til sykehusopphold/egenrapportert sykdom. Prosent

Diagnoser	Dødsfall 1987	Utskriving fra sykehus 1986	Helseundersøkelse 1985
Alle åndedrettssykdommer	100	100	100
Akkutte luftveisinfeksjoner ..	0	16	14
Lungebetennelse	67	22	3
Astma	8	15	32
Bronkitt	8	13	8
Høysnue	-	..	22
Alle åndedrettssykdommer	17	34 ¹	21

¹ Medregnet høysnue.

K i l d e r: SSB Dødsårsaker 1987, materiale fra NIS, SSB Helseundersøkelsen 1985.

Av alle tilfelle av åndedrettssykdommer som ble registrert i Helseundersøkelsen 1985, var astma og høysnue de viktigste. Over halvparten av alle tilfelle av åndedrettssykdommer som ble registrert ved begynnelsen av helseundersøkelsens registreringsperiode, var astma og høysnue. Høysnue forekom særlig blant unge voksne, mindre hyppig blant eldre, mens astma var mer jevnt fordelt på aldersgruppene.

Åndedrettssykdommer var primærdiagnose for bare 3 prosent både av uførepensjonister registrert ved utgangen av 1987 og av nye uførepensjonister i løpet av 1987. For unge pensjonister (under 40 år) var åndedrettssykdommer primærdiagnose for bare 1 prosent, mot omtrent 4 prosent for pensjonister 60 år og over.

Salget av legemidler ved sykdommer i åndedretsorganene regnet i definerte døgndoser pr. 1 000 innbyggere pr. døgn steg fra 63 i 1981 til 84 i 1987. Dette tilsvarer at rundt 350 000 personer daglig brukte slike midler i 1987.

2.7. Sykdommer i skjelett- og muskelsystemet

Sykdom i skjelett- og muskelsystemet er sjelden årsak til dødsfall. I 1987 var slike sykdommer underliggende dødsårsak for bare 0,5 prosent av alle dødsfall, 0,3 prosent for menn og 0,7 prosent for kvinner.

Det er imidlertid mange som lider av sykdommer i skjelett- og muskelsystemet. I helseundersøkelsene både i 1975 og 1985 oppgav omtrent hver sjette person eller 16-17 prosent at de hadde slike sykdommer (se tabell 2.7.1). Av alle syketilfelle som ble registrert i de to undersøkelsene var vel 20 prosent skjelett- og muskelsykdommer.

Tabell 2.7.1 Andel personer med sykdom i skjelett- og muskelsystemet. Tall for alder og kjønn. Pr. 1 000 personer. 1985

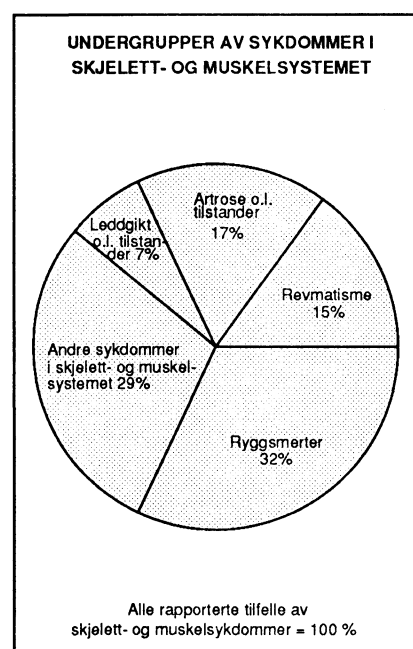
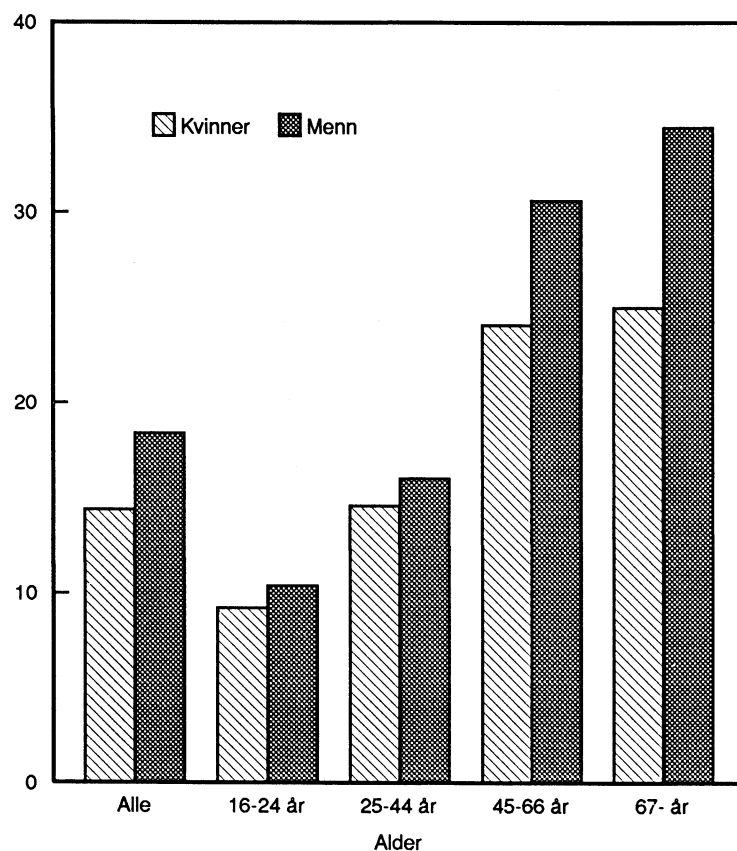
Kjønn	Alle aldere	Alder					
		0-6	7-15	16-24	25-44	45-55	67-
Begge kjønn	165	22	42	98	153	275	303
Menn	144	12	36	92	146	241	250
Kvinner	184	33	47	104	160	306	345

K i l d e: SSB Helseundersøkelsen 1985.

De skjelett- og muskellidelsene som hyppigst ble oppgitt i helseundersøkelsene var revmatisme, artrose, leddgikt og uspesifiserte ryggsmarter. I 1985 kunne nærmere en tredel av de rapporterte syketilfellene bare klassifiseres som "smertetilstander som skriver seg fra ryggraden" (se sektordiagrammet i figur 2.7.1).

Figur 2.7.1.

Andel personer med sykdommer i skjelett- og muskelsystemet, i grupper for kjønn og alder. Prosent. 1985

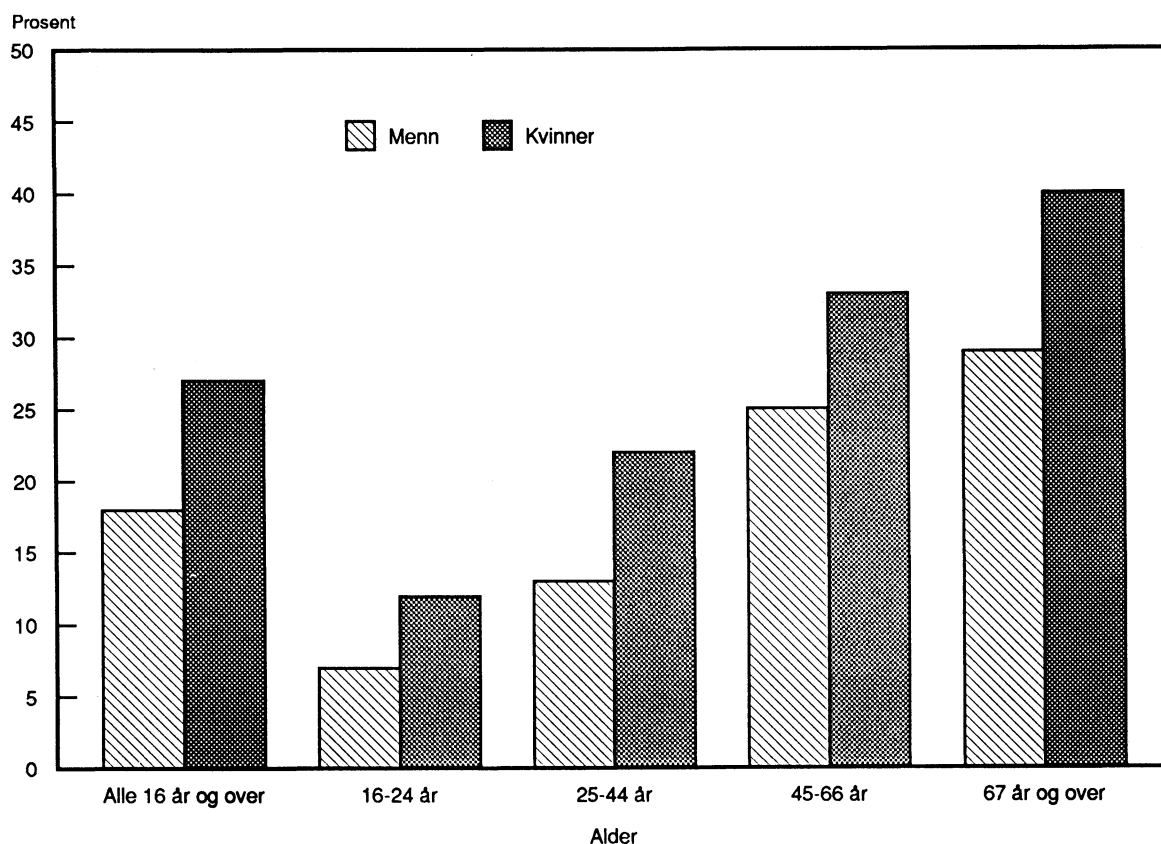


Sykdommer i skjelett- og muskelsystemet er hyppigst i de eldste aldersgruppene og rammer oftere kvinner enn menn, særlig blant eldre. I Helseundersøkelsen 1985 rapporterte mer enn en tredel av kvinnene og omtrent en firedel av mennene i alderen 67 år og over at de hadde skjelett- og muskelsykdommer (se tabell 2.7.1 og figur 2.7.1).

I Helseundersøkelsen 1985 ble det, i tillegg til spørsmålene om sykdom, også stilt spørsmål til voksne om visse symptomer. Symptomer i forbindelse med kortvarige sykdommer, f.eks. influensa, skulle ikke regnes med. Det ble bl.a. spurt om intervjupersonen i løpet av registreringsperioden hadde vært plaget av vondt i rygg, skuldre, nakke, armer eller ben.

Figur 2.7.2.

Andel personer som var mye plaget av smerter i skjelett- og muskelsystemet i registreringsperioden for helseundersøkelsen. Grupper for kjønn og alder. Prosent. 1985



Kilde: Datamateriale til Helseundersøkelsen 1985.

23 prosent eller nær en firedel av alle personer 16 år og over svarte at de hadde vært ganske mye eller svært mye plaget av smerter i skjelett- og muskelsystemet i registreringsperioden. Det var vesentlig flere kvinner enn menn som var plaget. Av kvinnene oppgav 27 prosent og av mennene 18 prosent at de hadde vært mye plaget av smerter i perioden (se figur 2.7.2).

Av de som oppgav at de hadde sykdom i skjelett- og muskelsystemet var det noe over halvparten som hadde vært mye plaget i perioden. Også blant personer som ikke oppgav sykdom i skjelett- og muskelsystemet, var det ganske mange (14 prosent) som hadde vært mye plaget av skjelett- og muskelsmerter.

Sammen med nervøse lidelser er skjelett- og muskelsykdommer den viktigste årsaken til uførepensjonering. Av nesten 210 000 uførepensjonister ved utgangen av 1987 hadde 28 prosent skjelett- og muskelsykdommer som primærdiagnose. For kvinner var andelen noe større enn for menn, henholdsvis 32 prosent og 22 prosent (se tabell 2.7.2). Av nye uførepensjonerte i 1987 var andelen med skjelett- og muskelsykdommer som primærdiagnose enda større, 34 prosent.

Tabell 2.7.2. Andel uførepensjonister med primærdiagnose sykdom i skjelett- og muskelsystemet registrert pr. 31. desember 1987 og tilgang i 1987. Tall for alder og kjønn. Prosent

Uførepensjonister Kjønn	Alle aldere	Alder				
		16-39	40-49	50-59	60-64	65-66
Uførepensjonister registrert pr. 31.12.76						
Begge kjønn	28	9	22	30	32	32
Menn	22	5	15	23	27	27
Kvinner	32	13	27	35	37	37
Tilgang av uførepensjonis- ter i 1987						
Begge kjønn	34	16	34	39	36	34
Menn	28	10	26	30	31	29
Kvinner	40	22	39	46	42	40

K i l d e: RTV Trygdestatistisk årbok 1988.

Salget av legemidler til behandling av sykdommer i skjelett- og muskelsystemet (antiinflammatoriske og antirevmatiske legemidler), har variert lite i 1980-årene, mellom 22 og 26 definerte døgndoser (DDD) pr. 1 000 innbyggere pr. døgn. Dette tilsvarer at rundt 100 000 personer daglig bruker slike midler (Norsk Medisinaldepot).

2.8. Andre sykdommer og problemer

Hudsykdommer

10 prosent av befolkningen oppgav å ha sykdommer i hud og underhud i 1985. En helt overveiende del av hudsykdommene som ble registrert i Helseundersøkelsen 1985 var eksem og hudbetennelser (dermatitt). Disse undergruppene utgjorde nær 80 prosent av alle hudlidelser og omfatter også alle typer av hudallergier. Psoriasis og lignende sykdommer utgjorde 14 prosent av de registrerte hudsykdommene.

Det er liten forskjell mellom andel menn og kvinner med hudsykdommer, bare i de midlere aldersgruppene er kvinner noe mer utsatt enn menn, tabell 2.8.1. I motsetning til andre sykdommer er det først og fremst barn og ungdom som har hudsykdommer, i mindre grad de eldre. Nesten 14 prosent av 16-24-åringene hadde hudsykdom i 1985, mot vel 5 prosent av 67-åringene og eldre.

Tabell 2.8.1. Andel personer med hudsykdommer i ulike aldersgrupper.
Pr. 1 000 personer. 1975 og 1985

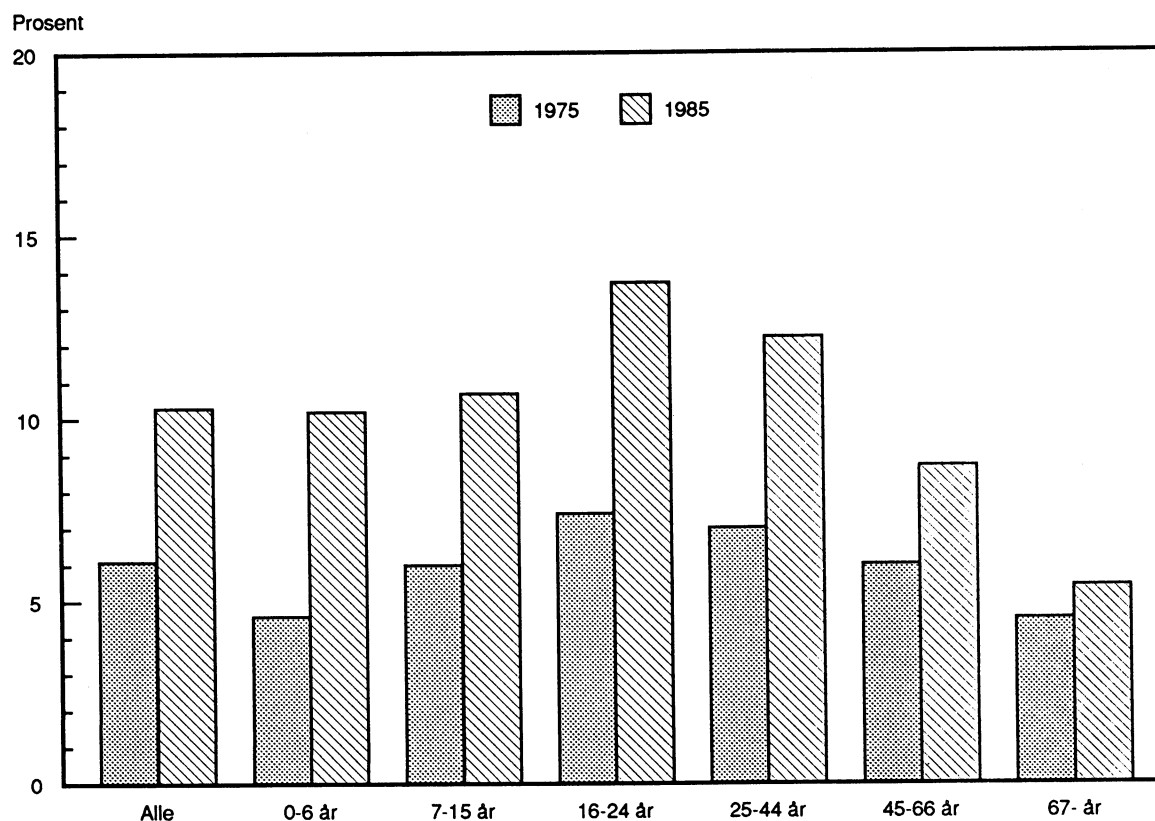
Kjønn	Alle aldere	Alder					
		0-6	7-15	16-24	25-44	45-66	67-
1975							
Menn	57	51	64	68	61	54	41
Kvinner	64	40	56	80	78	65	48
1985							
Menn	93	105	105	119	104	71	55
Kvinner	113	98	109	154	139	103	54

K i l d e r: Helseundersøkelsen 1975 og 1985.

Andel personer med hudsykdommer har økt fra 6 prosent i 1975 til 10 prosent i 1985. Økningen gjelder for begge kjønn og i de fleste aldersgrupper. Blant barn og unge har andel personer med hudsykdommer blitt omtrent fordoblet i løpet av tiåret, mens økningen har vært noe svakere for de eldre, figur 2.8.1.

Figur 2.8.1.

Andel personer med hudsykdommer i ulike aldersgrupper. Prosent. 1975 og 1985



K i l d e: Grøtvedt og Carlson, 1988.

Selv om forekomsten av hudsykdommer pr. 1 000 personer er den tredje høyeste i helseundersøkelsen, bare forbigått av skjelett- og muskelsykdommer og hjerte- og karsykdommer, registreres hudsykdommene sjelden som årsak til varig nedsatt arbeidsevne eller funksjonshemming. Nærmere 2 700 personer, eller 1,3 prosent av alle uførepensjonerte mottok uførepensjon pga. hudsykdommer ved utgangen av 1987.

Nedsatt funksjonsevne

I 1987 anslo man antall personer i alderen 16-79 år i Norge med en eller annen form for funksjonsnedsettelse til ca. 530 000, eller ca. 17 prosent av denne delen av befolkningen (SSB Levekårsundersøkelsen 1987). Funksjonsproblemene kunne skyldes sykdom eller alderdomssvekkelse, og innebar nedsatt syn, hørsel, bæreevne, nedsatt bevegelsesevne eller arbeidsuførhet. I undersøkelsen ble ikke all funksjonsnedsettelse som følge av psykiske plager eller psykisk utviklingshemming kartlagt. For de fleste funksjonsproblemene var det en større andel kvinner enn menn som oppgav at de hadde problemer. Dette må bl.a. sees i sammenheng med at kvinner lever lenger enn menn.

En av de viktigste konsekvensene sykdom kan ha for et menneske, er varig nedsatt arbeidsevne. I 1980 var det ca. 160 000 personer i alderen 16-66 år som fikk uførepensjon. Ca. 14 prosent av de uførepensjonerte i 1980 var delvis yrkesaktive på en eller annen måte. Ved utgangen av 1986 var det nesten 200 000 uførepensjonerte i Norge. Andelen av befolkningen i alderen 16-66 år som mottok uførepensjon, økte fra 6,1 prosent i 1980 til 7,2 prosent i 1986. For utviklingen i andelen uførepensjonerte vil foruten aldringen i befolkningen sannsynligvis også utviklingen på arbeidsmarkedet spille en rolle.

Av alle personer over 15 år med sykdom i Helseundersøkelsen 1985, hadde omtrent en tredel (omtrent en femdel regnet av alle personer i utvalget) en eller annen varig praktisk eller sosial konsekvens av sykdom. De konsekvensene det ble spurt om var vanskeligheter med å finne eller å klare et arbeid, med utdanning eller opplæring, med å delta i foreningsliv eller fritidsaktiviteter eller med å bevege seg i eller ut av boligen. Slike konsekvenser av sykdom er mye vanligere blant eldre enn blant yngre. Blant yngre voksne (16-44 år) har oppunder 10 prosent av befolkningen varige praktiske eller sosiale konsekvenser av sykdom, blant eldre på 67 år og over gjelder dette over 40 prosent, tabell 2.8.2. Kvinner har jevnt over noe større andel med konsekvenser av sykdom enn menn. 3 prosent av alle barn opp til 16 år har vanskeligheter med å leke/være i fysisk aktivitet.

Tabell 2.8.2. Andel personer med bestemte varige praktiske og sosiale konsekvenser av sykdom i ulike aldersgrupper. Prosent. 1985

	Alle aldere	Alder					
		0-6	7-15	16-24	25-44	45-66	67-
Alle med minst en type konsekvens	16	3	5	7	11	26	43
Vansker med å finne/ klare et arbeid	9	.	.	3	6	15	10
Vansker med utdanning/ opplæring	4	.	1	2	3	6	9
Vansker med å delta i foreningsliv/fritids- aktivitet	13	.	4	4	7	18	37
Vansker med å bevege seg i eller ut av boligen	6	1	1	1	2	9	23
Vansker med å leke/ være i fysisk aktivitet ..	3	3	3

K i l d e: SSB Helseundersøkelsen 1985.

Noen personer har flere praktiske eller sosiale konsekvenser av sykdom. Tallene for alle med minst en type konsekvens er derfor lavere enn summen av tallene for de enkelte typer av konsekvens. Enkelte av spørsmålene om konsekvens av sykdom er ikke stilt til personer under 16 år eller under 7 år, andre ikke til personer over 16 år. Tegnet . i tabellen ovenfor angir at spørsmålet ikke er stilt.

I levekårsundersøkelsene blir det spurt om folks hjelpebehov. 5 prosent av personer i alderen 16-79 år klarer ikke uten hjelp daglig vareinnkjøp eller vask og rengjøring av boligen. Blant de eldre (67-79 år) gjaldt dette 13 prosent av mennene og 25 prosent av kvinnene. Andelen av befolkningen (16-79 år) som trenger hjelp til daglige gjøremål har holdt seg uendret i 1980-årene.

2.9. Alkohol, tobakk og narkotiske stoffer

Alkohol

I Helseundersøkelsen 1985 oppgav 77 prosent av alle voksne (16 år og over) at de hadde drukket alkohol siste år. Av disse alkoholbrukerne oppgav vel 30 prosent at de brukte alkohol omtrent 1 gang pr. uke eller oftere, 40 prosent brukte alkohol 1-3 ganger pr. måned og nærmere 30 prosent sjeldnere enn 1 gang pr. måned.

Mesteparten av det norske alkoholkonsumet skjer i private boliger, på fester og i selskap med familie og venner. En undersøkelse av voksne menn i Oslo viste at vel 80 prosent av drikketilfellene skjedde i private sammenhenger (Arner et al., 1985). Tabell 2.9.1 gir en oversikt over alkoholkonsumet på barer, restauranter og kafeer med skjenkebevilling mellom 1950 og 1985, og den andelen dette utgjør av totalkonsumet av alkohol. Det har i denne perioden vært en økning både i antall skjenkesteder og i antall ukedager med skjenkerett, og konsumet av både brennevin, vin og øl har gått kraftig opp.

Tabell 2.9.1. Kvantum som gikk til skjenking, regnet i 1 000 vareliter, og skjenkingens andel av totalomsetningen for brennevin, vin og øl i perioden 1950-1985

År	Brennevin		Vin		øl	
	Kvantum	Prosent	Kvantum	Prosent	Kvantum	Prosent
1950	360,4	3,7	1 819,3	59,6	13 027	22,0
1955	406,0	4,5	2 246,2	55,1	21 401	27,6
1960	451,3	4,3	2 134,1	48,1	24 314	27,7
1965	423,7	3,7	2 111,2	37,5	26 675	25,8
1970	501,2	3,6	2 295,1	25,4	31 313	22,0
1975	905,5	5,2	2 502,6	18,7	41 910	23,1
1980	1 231,9	6,7	3 170,9	17,6	40 327	20,6
1985	1 043,6	7,3	4 267,1	20,1	44 223	22,5

K i l d e: Arner et al., 1985.

Alkoholforbruket pr. voksen innbygger steg med nær 100 prosent fra tidlig på 1950-tallet til slutten av 1970-tallet. Deretter fulgte en nedgangsperiode tidlig på 1980-tallet. De senere år har man igjen observert en viss økningstendens, men forbruket ligger fortsatt lavere enn i toppåret 1980 (Skog, 1990).

Vitaminmangel og redusert allmenntilstand, forandringer i hjernen og leversykdom er noen av følgene ved et for høyt alkoholinntak over måneder og år. Risikoen for å utvikle visse kreftformer synes også å øke etter jevnlig alkoholkonsum. Alkoholbruk i svangerskapet kan øke risikoen for fosterskader. Alkohol kan dessuten være en direkte eller medvirkende årsak til sykdommer som også har andre årsaker (Arner et al., 1985).

Ut i fra dagens kjennskap til alkoholbruk og sykdom, mener man at et gjennomsnittlig alkoholforbruk på 40 g pr. dag for menn og 20 g pr. dag for kvinner er i overkant av hva kroppen kan tåle over lengre tid (40 g ren alkohol pr. dag tilsvarer ca. 1 liter øl eller 1/2 liter vin). Det anslås at ca. 250 000 norske menn og kvinner har et alkoholforbruk som ligger over de nevnte verdier (Helse for alle i Norge, 1987).

Tabell 2.9.2 viser antall dødsfall pr. år pga. alkoholavhengighet for noen årstall i perioden 1977-1987. Det er atskillig vanligere for menn enn for kvinner å dø av alkoholrelaterte lidelser. Tallene tyder på at det har vært en økning i slike dødsfall i løpet av perioden, se også tabell 2.9.3.

Tabell 2.9.2. Dødsfall blant menn og kvinner av noen viktige årsaker i forbindelse med alkoholavhengighet. Utvalgte år 1977-1987

Dødsårsak	1977		1980		1985		1987	
	M	K	M	K	M	K	M	K
Alkoholisk psykose og alkoholisme	85	10	113	18	130	16	171	23
Alkoholisk leverskade	43	18	93	26	150	42	169	66

K i l d e r: SSB Dødsårsaker, flere årganger.

Tabell 2.9.3 viser at dødeligheten av typisk alkoholrelaterte sykdommer har steget de siste tiårene, særlig for menn. Den stigende dødeligheten for menn har vært særlig sterk fra midten av 1960-årene, og utviklingen korresponderer bra med utviklingen i alkoholkonsumet (Skog, 1986).

Tabell 2.9.3. Utvikling i viktige alkoholrelaterte sykdommer. Gjennomsnittlige dødelighetsrater pr. 100 000 i tiårsperioder for menn og kvinner 15-69 år (aldersjustert)

Dødsårsaker	Kjønn	1941-1950	1951-1960	1961-1970	1971-1980
Alkoholisme	Menn	0,6	0,5	0,9	4,1
	Kvinner	<0,1	<0,1	<0,1	0,4
Alkoholisk psykose ¹	Menn	-	0,1	0,3	0,3
	Kvinner	-	<0,1	<0,1	<0,1
Levercirrhose	Menn	2,3	3,9	4,6	6,5
	Kvinner	2,1	2,3	2,1	3,0

¹ Inkludert i alkoholisme inntil 1950.

K i l d e: Skog, 1986.

En samlet analyse av flere sykdommer der alkohol er en viktig etiologisk faktor viser at økningen i alkoholforbruket i etterkrigstiden har medført omkring en firedobling i antallet alkoholrelaterte dødsfall. Økningen er entydig for menn, mens den er usikker blant kvinner. Blant voksne menn er det beregnet at dødelighet av sykdommer pga. langvarig alkoholmisbruk var minst 22 pr. 100 000 innbyggere rundt 1980 (Skog, 1990).

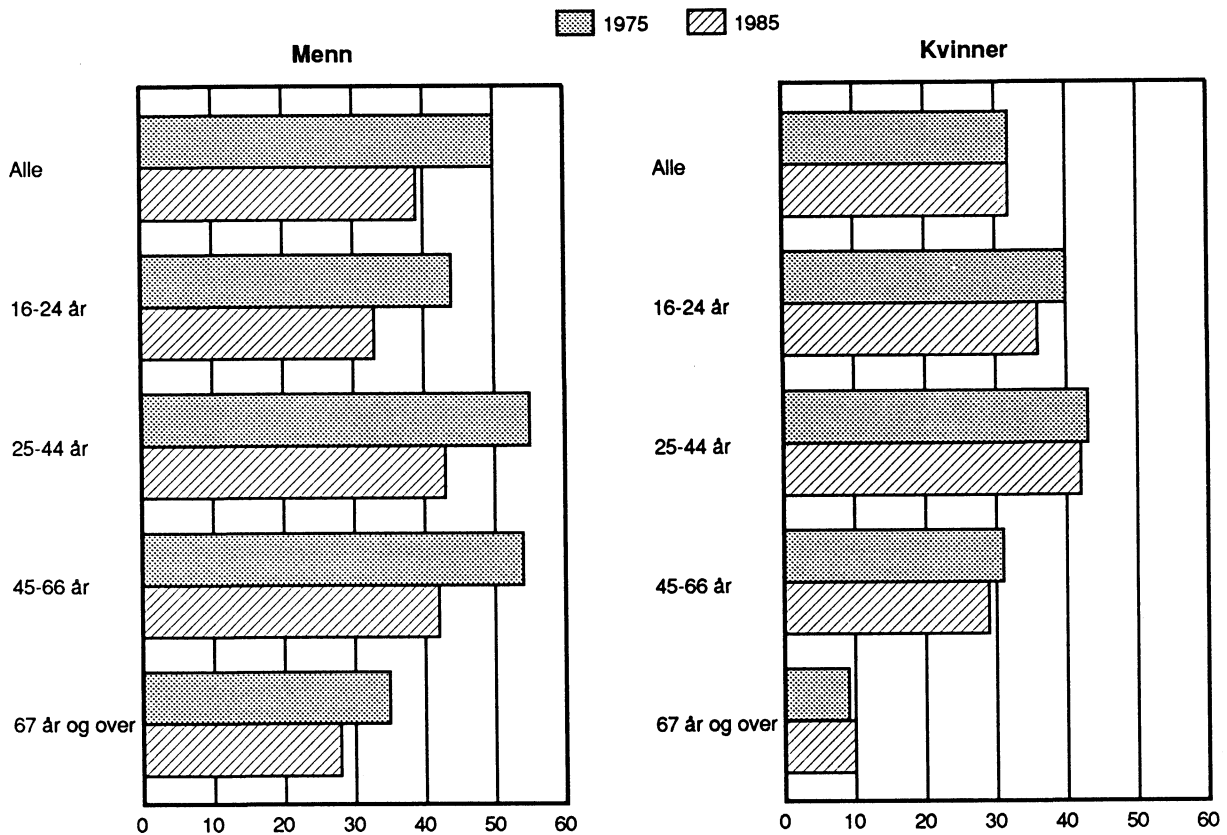
Alkohol er en viktig årsaksfaktor ved ulike typer av ulykker, som trafikkulykker, sjøtransportulykker, drukningsulykker og til dels også fallulykker. Det er beregnet at omkring en tredel av alle dødsulykker blant voksne menn i Norge er alkoholrelatert. Økningen i voldskriminalitet i Norge er også nær knyttet til forbruksøkningen av alkohol. Alkoholens bidrag synes å ha økt fra omkring halvdelen av voldstilfellene på 1950-tallet til to tredeler på 1980-tallet (Skog, 1989).

Tobakk og røykevaner

I Helseundersøkelsen 1985 oppgav 35 prosent av alle voksne at de røykte daglig, mot 41 prosent i en tilsvarende undersøkelse i 1975. I 1985 var det 39 prosent av mennene og 32 prosent av kvinnene som oppgav at de var dagligrøykere. Ti år før var andelen henholdsvis 50 og 32 prosent. I løpet av tiåret hadde altså andelen dagligrøykere blant menn gått klart ned, mens røykeandelen blant kvinner ikke forandret seg. Det var i 1985 fortsatt flere menn enn kvinner som røykte, men det hadde skjedd en sterk utjevning mellom kjønnene i løpet av tiåret 1975-1985, figur 2.9.1.

Figur 2.9.1.

Andel menn og kvinner 16 år og over som røyker daglig. Prosent. 1975 og 1985



Blant 16-24-åringene og 25-44-åringene var andelen dagligrykere i 1985 omtrent like stor blant kvinner som blant menn, rundt 35 prosent av ungdommen og vel 40 prosent av yngre voksne røykte. Fra 45-årsalderen var andelen dagligrykere klart høyere blant menn enn blant kvinner, men kjønnsforskjellene var blitt mindre enn de var i 1975. I aldersgruppen 67 år og over var det rundt 20 prosent røykere. Andelen røykere var blant eldre menn nesten tre ganger høyere enn blant eldre kvinner (1985). Dersom dette er utslag av en generasjonseffekt (kohorteffekt), vil kjønnsforskjellene i de høyere aldersgruppene også bli utjevnet på lang sikt.

Røykevaneundersøkelser gjennomført av Statens tobakkskaderåd viser imidlertid at samtidig som andelen røykere synker, har det vært en tendens til et økende gjennomsnittlig daglig forbruk av sigaretter mellom 1973 og 1986.

Statens tobakkskaderåd har i 1985 også undersøkt omfanget av snusbruk blant ungdomsskoleelever. Av guttene oppgir vel 3 prosent at de snuser daglig og vel 14 prosent at de snuser av og til. Flertallet av de guttene som bruker snus, oppgir også at de røyker. Blant jenter er det svært uvanlig å bruke snus.

Sigarettøyking regnes for å være ansvarlig for rundt 90 prosent av lungekreftdødsfallene, 75 prosent av dødsfall pga. kronisk bronkitt og emfysem og 25 prosent av dødsfall pga. ischemisk hjertesykdom (WHO, 1987). For ufødte barn består helserisikoen ved morens røyking særlig i at blodets evne til oksygentransport reduseres pga. sigarettens karbonmonoksyd, sammen med virkningene av nikotin. Barn av røykere har pga. passiv røyking større sannsynlighet for å få bronkitt, lungebetennelse eller andre luftveisinfeksjoner enn barn av ikke-røykere (Women and smoking, 1986).

Det kan ta mange år før nedgangen i andelen røykere blant menn blir synlig på statistikken over antall døde av lungekreft. Foreløpig er dødeligheten av kreft i åndedretsorganene økende både for kvinner og menn, og økningen er sterkere for kvinner enn for menn, se kapittel 2.3. Sykeligheten av kreft i åndedretsorganene (nye tilfeller pr. år) er også økende, og tilsvarende som for dødelighet øker også sykeligheten betydelig sterkere for kvinner enn for menn. Dette gjelder også for aldersjusterte rater, tabell 2.3.1 og figur 2.3.2.

Narkotiske stoffer

Ungdommens bruk av avhengighetsskapende og berusende stoffer i Norge blir kartlagt ved spørreundersøkelser. Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning har siden 1968 hatt undersøkelser blant Oslo-ungdom hvert år. Med større mellomrom blir også landsomfattende undersøkelser gjennomført.

Bruk av illegale stoffer som marihuana og hasjisj er omtrent dobbelt så vanlig i Oslo som i landet som helhet, tabell 2.9.4. Tall for årene 1985-1987 viser at 18 prosent av Oslo-ungdom i alderen 15-20 år noen gang hadde brukt marihuana eller hasjisj, mens tilsvarende tall for landet som helhet var 8 prosent. Det er ingen forskjell på Oslo og landet som helhet når det gjelder det å ha sniffet (løsemidler) noen gang. Bruken av stoffer som amfetamin, heroin og LSD er vanligere i Oslo enn i landet som helhet, men synes alt i alt å være meget begrenset. Spørsmål om kokain eller "crack" ble første gang stilt i 1988, og utviklingen bør følges nøye. Det var få som oppgav å ha tatt noe narkotisk stoff med sprøyte, og resultatene er relativt usikre. Det er først og fremst heroin og morfin som har vært tatt med sprøyte.

Spørreundersøkelsene viser at bruk av illegale stoffer var svært begrenset blant ungdommen før 1970. Fra 1970 til 1974 var det en markert økning i andelen ungdom som noen gang hadde brukt stoff. Etter 1974 fant det sted en nedgang, og etter 1976 synes utviklingen å ha vært forskjellig for ulike typer av stoffer (Hauge og Irgens-Jensen, 1989).

Tabell 2.9.4. Andel av norsk ungdom 15-20 år som oppgir at de noen gang har brukt forskjellige typer stoff. Prosent

Type stoff	Oslo 1988	Oslo 1985-1987	Hele landet 1986
	Prosent		
Marihuana eller hasjisj	16,7	18,1	8,0
Stoffer for sniffing	9,8	10,4	10,0
Amfetamin	2,7	2,5	1,1
Kokain eller "crack"	1,5	-	-
Heroin e.l. stoffer	0,9	1,2	0,6
LSD	0,5	0,7	0,5
Narkotisk stoff med sprøyte	0,7	1,0	0,5
Antall	1 302	1 948	3 212

K i l d e: Hauge og Irgens-Jensen, 1989.

De fleste av dem som har brukt marihuana eller hasjisj, oppgir at de har brukt stoffene forholdsvis sjelden. I Oslo har i de senere år mellom 10 og 15 prosent av dem som noen gang har brukt marihuana eller hasjisj, oppgitt at de har brukt stoffene mer enn 100 ganger.

De unge i Oslo mener selv at de har gode muligheter for å få tak i marihuana eller hasjisj. I 1989 oppgav 64 prosent at de kunne skaffe seg slike stoffer i løpet av 2-3 dager. Gjennomsnittsalderen for første gangs bruk av marihuana eller hasjisj har gått ned etter 1970, og var i 1988 på vel 15 år.

Spørreundersøkelsene blant ungdom viser tydelig samsvar mellom bruk av forskjellige illegale stoffer, sniffing og bruk av alkohol og tobakk. Bruk av marihuana og hasjisj viser et særlig stort samsvar med bruk av flere stoffer.

Rusen ved sniffing av løsemidler arter seg stort sett som en alkoholrus, men hallusinasjoner er ikke uvanlig. Rusen kan etterfølges av depresjon, denne kan være så kraftig at selvmordsforsøk kan forekomme. Høyere doser fører til søvn og til bevisstløshet, og i enda større mengder er stoffene dødelige (lammelse av åndedrettssentret, påvirkning av hjerterytmen). Selve "sniffeteknikken" vil ofte medføre redusert oksygentilførsel til kroppen, noe som senker evnen til å overleve en "snifferus" og øker sjansen for varige hjerneskader.

Cannabisplanten inneholder blant annet det kjemiske stoffet THC (tetrahydrocannabinol), som er hovedansvarlig for rusen marihuana og hasjisj gir. Et gram hasj kjøpt på gaten kan inneholde fra mindre enn 10 milligram til 120 milligram THC. Hjernen påvirkes raskt av THC, med hevet stemningsleie og nedsatt evne til fysisk koordinering som følger. Oppfattelse av tid og avstand, av syns- og hørselsinntrykk, samt smerteopplevelse forandres. Panikkreaksjoner og depresjoner forekommer, mer sjeldent også vrangforestillinger og hallusinasjoner. Ved gjentatt cannabisbruk kan hukommelse og evne til innlæring svikte. En del brukere utvikler etter hvert en tilstand av apati, med mangel på motivasjon til å gjøre noe som helst.

Det foreligger relativt sterke indisier på at cannabisrøyking kan føre til lungekreft.

Selv i meget høye doser synes ikke THC å være direkte dødelig, men kan drepe via rusulykker. (Mer om rusmidler og helseskader i Mørland, 1982.)

Tabell 2.9.5 viser antall dødsfall på grunn av stoff eller medikamentavhengighet for enkelte år i perioden 1977-1987. I 1987 døde 43 personer, 33 menn og 10 kvinner, på grunn av stoff eller medikamentavhengighet.

Tabell 2.9.5. Antall dødsfall blant menn og kvinner på grunn av stoff- eller medikamentavhengighet. Utvalgte år 1977-1987

Dødsårsak	ICD-9	1977		1980		1985		1987	
		M	K	M	K	M	K	M	K
Avhengighet av stoff e.l. medikamenter	304	5	0	23	9	35	10	33	10

K i l d e r: SSB Dødsårsaker, flere årganger.

3. Helsetilstanden i de enkelte aldersgruppene

I dette kapitlet behandles helseproblemer som er spesielle for ulike aldersgrupper. Inndelingen i aldersgrupper er valgt bl.a. ut fra hensynet til lett tilgjengelighet av data og mulighetene for sammenlignbarhet med andre publikasjoner.

Noen helseproblemer som gjelder flere aldersgrupper, er av praktiske grunner behandlet under den aldersgruppe hvor problemet betyr mest for helsetilstanden eller der det forekommer hyppigst. Meningokokkinfeksjoner tas f.eks. opp i avsnittet om barn. Ulykker blant yrkesutøvere, arbeidsmiljøproblemer og utenlandske statsborgeres helseproblemer er behandlet i avsnittet om yngre voksne. Tannhelse er omtalt i siste avsnitt om eldre.

3.1. Spedbarn (første leveår)

I 1988 ble det født 57 526 levende barn, 1 400 flere gutter enn jenter. 248 barn var dødfødte. Av de levendefødte var 51 prosent og av de dødfødte 55 prosent gutter. Det døde 9,2 gutter og 7,3 jenter under 1 år pr. 1 000 levendefødte i 1988.

Gjennomsnittsalderen for mødre har vært stigende, utregnet for førstegangsfødende og ved senere fødsler under ett, fra 26 år i 1970-1975 til 27 år i 1987.

Det er blitt mer vanlig å stifte familie i samboerforhold, dvs. uten å inngå formelt ekteskap. I slutten av 1980-årene ble mer enn 30 prosent av barna født utenfor ekteskap mot 12-13 prosent i gjennomsnitt for årene 1976-1980 og knapt 6 prosent i 1966-1970. Andelen barn som blir født utenfor ekteskap varierer fra rundt 20 prosent i Agder og Rogaland til rundt 50 prosent i Nord-Norge.

Ved analyse av dødeligheten i første leveår benyttes to ulike begreper:

- Den perinatale dødeligheten (dødeligheten omkring fødselen) som er lik antall dødfødte + antall døde i første leveuke i forhold til alle fødte (medregnet dødfødte).
- Spedbarnsdødeligheten (dødeligheten i første leveår) som er tallet på døde i første leveår i forhold til antall levendefødte barn.

Tabell 3.1.1. Perinatal dødelighet (pr. 1 000 fødte i alt) og spedbarnsdødelighet (pr. 1 000 levendefødte). 1961-1988

År	Peri- natal døde- lighet	Spedbarnsdødelighet			
		I alt under 1 år	Under 1 uke	Under 4 uker	4 uker- under 1 år
1961-1965	22,5	17,1	10,2	12,0	5,1
1966-1970	20,1	13,9	9,1	10,3	3,6
1971-1975	16,4	11,6	7,4	8,4	3,2
1976-1980	12,0	9,0	4,9	5,9	3,2
1981-1985	9,5	8,1	3,8	4,6	3,5
1986	8,0	7,9	3,3	4,2	3,7
1987	7,9	8,4	3,7	4,7	3,7
1988	7,9	8,3	3,6	4,5	3,8

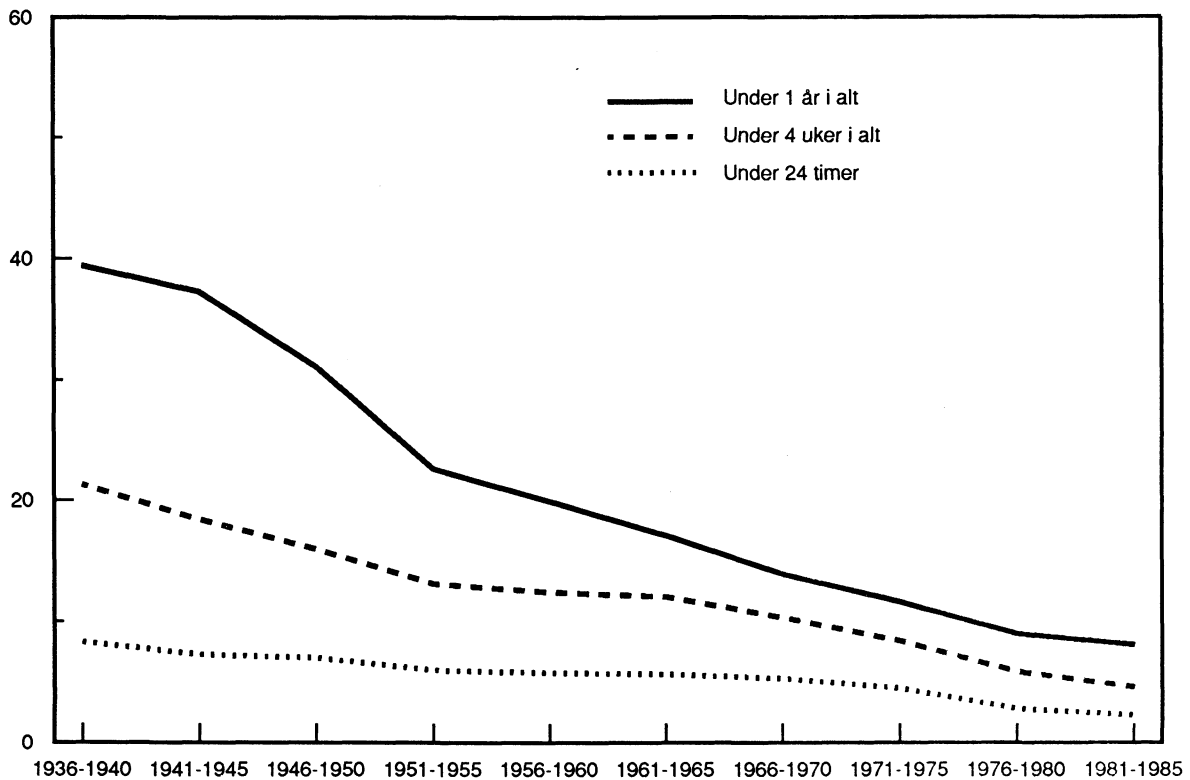
K i l d e: SSB Helsestatistikk 1987.

Av tabell 3.1.1 (jf. figur 3.1.1) går det fram at både den perinatale dødeligheten og spedbarnsdødeligheten har gått sterkt ned i løpet av de siste 20 årene. Fra 1966-1970 til annen halvdel av 1980-årene er den perinatale dødeligheten redusert med 60 prosent og spedbarnsdødeligheten med 40 prosent. Hele nedgangen i spedbarnsdødeligheten skyldes redusert dødelighet for barn i de 4 første leveukene.

Figur 3.1.1.

Dødeligheten i 1. leveår. Døde pr. 1 000 levendefødte. 1936-1985

Pr. 1 000



Kilde: SSB Statistisk ukehefte nr. 50/1989.

Av tabell 3.1.2 går det fram at nedgangen i fødselsskader forklarer omtrent hele nedgangen i spedbarnsdødeligheten i perioden 1961-1985.

Plutselig uventet spedbarnsdød (krybbedød) har vært økende og ble registrert 3 ganger hyppigere i 1987 enn for 20 år siden. Man har ennå ikke funnet noen årsak. I alt døde 68 gutter og 34 jenter av plutselig uventet spedbarnsdød i 1987. Det er først og fremst barn i alderen over 4 uker som rammes.

Medfødte misdannelser har vist nedgang som dødsårsak siden 1960-årene. Nedgangen i dødelighet på grunn av medfødte misdannelser gjelder misdannelser både i nervesystemet og sanseorganene og i hjerte og karsystemet.

Tabell 3.1.2. Spedbarnsdødeligheten etter årsak

Dødsårsak	Døde under 1 år pr. 1 000 levendefødte		
	1961-1965	1971-1975	1981-1985
I alt	17,1	11,6	8,1
Fødselsskader	9,1	5,9	2,3
Medfødte misdannelser	3,4	2,8	2,6
Infeksiøse sykdommer	0,4	0,3	0,3
Meningitt	0,1	0,1	0,1
Annet i nervesansesystemet	0,2	0,1	0,1
Åndedrettssykdom	1,6	0,6	0,6
Brokk, tarmslyng	0,3	0,3	0,3
Andre sykdommer	0,4	0,3	0,1
Plutselig uventet død	0,6	0,7	1,8
Annen årsak	1,1	0,4	0,1

K i l d e: SSB Helsestatistikk 1985, tabell 65, s. 104.

For de fleste alvorlige misdannelser er det ikke funnet klare tendenser til endring over tid. I 1982-1984 var forekomsten av ulike misdannelser pr. 1 000 fødte

av Downs syndrom (mongolisme)	0,9
av spina bifida (åpen ryggmarg)	0,5
av anencephalus (uten hjerne)	0,3

(Medisinsk fødselsregister 1987).

30 prosent av alle spontanaborter antas å skyldes kromosomfeil.

Svangerskapsutfall

En del graviditeter vil ende i abort. Antallet aborter vil i noen grad stå i forhold til antallet inngåtte svangerskap. Tabell 3.1.3 viser data fra en undersøkelse i Sør-Trøndelag.

Tabell 3.1.3. Ulike utfall av svangerskap i Sør-Trøndelag pr. 1 000 kvinner 15-44 år i treårsperioder. Aldersstandardisert

Periode	Fødsler	Spontan- aborter	Fremkalte aborter	Svangerskap utenfor livmor
1973-1975	80,5	7,5	16,1	0,6
1976-1978	65,9	7,4	18,0	0,9
1979-1981	62,5	7,3	18,0	1,1
1982-1984	60,3	6,4	17,2	1,3

K i l d e: Skjeldestad, 1988.

Fra 1973-1984 har den største endringen vært nedgangen i antall fødsler pr. 1 000 kvinner, mens både spontanabort og fremkalt abort stort sett har vært uendret. Svangerskap utenfor livmoren synes å øke.

Sykehusbehandling av spedbarn i første leveår

I 1986 ble 1 010 gutter og 884 jenter utskrevet fra sykehus i det materialet som ble stilt til disposisjon for NIS. Utskrivningsdiagnosene fordeler seg som vist i tabell 3.1.4.

Tabell 3.1.4. Diagnoser ved utskrivning fra sykehus for spedbarn under 1 år pr. 100 000. 1986

Sykdomsgruppe	Gutter	Jenter
I alt	42,3	38,9
Smittsomme sykdommer	8,2	6,3
Hjerte- og karsykdommer	0,9	0,5
Kreft	0,5	0,1
Ulykker	1,8	1,6
Psykiske lidelser	2,3	2,1
Sykdom i åndedrett	18,6	12,9
Skjelett- og muskelsykdommer	7,6	13,9
Hudsykdom	2,4	1,5

K i l d e: NIS Sykehusdata 1986.

Tabellen viser at i denne alderen utgjør smittsomme sykdommer en vesentlig årsak til sykehusinnleggelser, i motsetning til ved alle andre alderstrinn.

Jenter har færre sykehusopphold enn gutter for de fleste sykdomsdiagnoser. Særlig gjelder det sykdom i åndedretsorganene. Behandling for skjelett- og muskelsykdommer er derimot dobbelt så vanlig blant jenter som gutter.

3.2. Barn (1-14 år)

Tabell 3.2.1. Rater for dødelighet (1987), sykehusbehandling (1986) og forekomst av syketilfelle (1985) for jenter og gutter i alderen 1-14 år. Dødelighet pr. 100 000, utskrevne og syketilfelle pr. 1 000

Sykdomsgruppe	Døde pr. 100 000		Utskrevne pr. 1 000		Syketilfelle pr. 1 000	
	Jenter	Gutter	Jenter	Gutter	Jenter	Gutter
1. Smittsomme sykdommer ..	2	3	3	4	2	7
2. Hjerte- og karsykdommer	1	2	0	1	10	7
3. Ondartede svulster	4	6	2	3	2	-
4. Ulykker	5	11	8	13	13	8
5. Psykiske lidelser ¹	-	-	2	2	21	20
6. Sykdom i åndedrettsorganer	1	1	11	16	57	78
7. Skjelett- og muskelsykdommer	-	-	5	3	44	27
8. Hudsykdom	-	-	1	1	104	105

¹ Utskrivningsdato bare for somatiske sykehus, registrerte syketilfelle omfatter ikke personer i institusjon.

K i l d e r: Se tabellene 1.4.1 - 1.4.3.

Som nevnt i kapittel 2.4, har menn høyere ulykkesfrekvens enn kvinner. Allerede i barnealderen er gutter dobbelt så ofte utsatt for dødsfall på grunn av ulykker som jenter, og gutter blir oftere utskrevet fra sykehus etter alvorlige ulykker. Imidlertid viser Helseundersøkelsen 1985 at jenter oftere enn gutter må leve med følger av skader i barneårene.

I årene 1981-1985 begikk i alt 18 gutter og 2 jenter i alderen 10-14 år selvmord. Det ble ikke registrert selvmord blant barn under 10 år i denne 5-årsperioden.

De siterte ulykkes- og selvmordstall tyder på store forskjeller i holdningen til farlige aktiviteter. Gutter oppmuntres sterkere enn jenter til å prøve ut risikofylt atferd, som belønnes som en verdifull maskulin egenskap. Gutter og jenter utsettes også for ulikt sosialt press i sine kameratflokker.

I Helseundersøkelsen 1985 dominerer hudsykdommer blant syketilfellene i barneårene, vesentlig på grunn av eksem sykdommer. Det ble rapportert flere syketilfelle blant gutter enn blant jenter for infeksjons- og luftveissykdommer, mens jenter oftere rammes av skjelett- og muskelsykdommer. For de andre sykdommenes vedkommende er forskjellene små.

Infeksjonssykdommer

Infeksjonssykdommene har vært på tilbakegang som dødsårsak gjennom hele århundret. Vaksinasjonsprogrammet har også ført til at difteri og poliomyelitt ikke lenger forekommer i Norge uten som importtilfeller, og at antall tilfeller av meslinger, røde hunder og kuma er på klar tilbakegang, jf. også kapittel 2.1.

Norge har siden 1974 registrert den høyeste forekomsten i Europa av meningokokksykdom (smittsom hjernehinnebetennelse og blodforgiftning forårsaket av meningokokker), vesentlig av gruppe-B meningokokker. Hvert år forekommer det i alt ca. 300 tilfeller av meningokokksykdom, og over en 10-årsperiode har sykdommen medført omkring 300 dødsfall og et tilsvarende antall tilfeller av varig helseskade. I 1987 døde 11 gutter og 4 jenter i alderen 1-14 år av meningokokksykdom. Det ble meldt 155 tilfeller av sykdommen hos barn under 15 år, samt 112 tilfeller hos ungdom fra 15-25 år i 1985. Av fylkene hadde Vestfold den høyeste forekomsten med 11,6 pr. 100 000 innbyggere i 1985. Dernest fulgte Finnmark med 11,2. Aust-Agder har lavest forekomst med 2,2 pr. 100 000 innbyggere. (Statens institutt for folkehelse, AFIM.)

Kostholdsrelaterte sykdommer

Kostmangelsykdommer har vært sjeldne i Norge i etterkrigstiden, og det har vært lagt stor vekt på kostholdsinformasjon i barnehelsearbeidet. I de senere år er det imidlertid kommet rapporter om et relativt høyt antall av rakittilfeller. Det er hovedsakelig barn som av forskjellige grunner ikke får tilskudd av tranvitaminer som er utsatt for D vitamin mangel i vårt klima.

3.3. Ungdom (15-24 år)

Tabell 3.3.1. Rater for dødelighet (1987), sykehusbehandling (1986) og forekomst av syketilfelle (1985) for kvinner og menn i alderen 15-24 år. Dødelighet pr. 100 000, utskrevne og syketilfelle pr. 1 000

Sykdomsgruppe	Døde pr. 100 000		Utskrevne pr. 1 000		Syketilfelle pr. 1 000	
	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
1. Smittsomme sykdommer	1	1	3	2	16	4
2. Hjerte- og karsykdommer	1	2	1	1	4	7
3. Ondartede svulster ..	5	8	1	2	-	-
4. Ulykker og vold	18	82	12	27	20	51
5. Psykiske lidelser ¹ ..	2	2	1	1	40	22
6. Sykdom i åndedrettsorganer	0	1	6	5	75	71
7. Skjelett- og muskelsykdommer	1	-	7	6	105	89
8. Hudsykdom	-	-	2	1	158	118

¹ Se note i tabell 3.2.1.

K i l d e r: Se tabellene 1.4.1 - 1.4.3.

I 1987 døde 278 menn og 59 kvinner i aldersgruppen 15-24 år som følge av ulykker og vold. I denne aldersgruppen er gutters ulykkesdødelighet mer enn det firedobbelte av jenters. Trafikkulykker med motorkjøretøy hadde i 1987 ansvaret for 43 prosent av gutters og 69 prosent av jenters ulykkesdødsfall. I 1986 omkom 19 menn og 2 kvinner i naturkatastrofer, snøskred o.l. Her var 1986 et spesielt år, der 16 unge menn døde under militærøvelsen i Vassdalen.

	1983	1984	1985	1986	1987
Døde i naturkatastrofer i alt	1	1	6	21	8

Nesten 60 prosent av alle utskrivninger fra sykehus av menn i alderen 15-24 år gjelder behandling for ulykker. I 1986 var det i materialet som ble sendt NIS og som dekket ca. 90 prosent av landets utskrivninger, registrert ca. 8 000 innleggelser pga. ulykker blant unge menn og ca. 3 500 blant unge kvinner. Ungdomsulykkene er overrepresentert blant alle ulykkesskader som behandles av leger. Skader blant 15-24-åringene utgjør 26 prosent av alle skader (SIF: Skaderegister).

Av Helseundersøkelsen 1985 går det fram at en betydelig andel (3-4 prosent) også lever med følger av skader, mer enn dobbelt så mange unge menn som kvinner.

Hudsykdommer forekommer hyppigere i aldersgruppen 16-24 år enn i noen annen aldersgruppe. I Helseundersøkelsen 1985 rapporterte 14 prosent av 16-24-åringene at de hadde en hudsykdom. Dette var en fordobling av tallet fra 1975-undersøkelsen. I 1985 ble det rapportert flere tilfelle av hudsykdom enn av noen annen sykdom i denne aldersgruppen. Omtrent en firedel av alle rapporterte syketilfelle var hudsykdom.

Unge menns overdødelighet av psykiske lidelser henger sammen med avhengighet av stoff eller medikamenter. I Helseundersøkelsen 1985 oppgir unge menn vesentlig sjeldnere enn kvinner at de selv var plaget av psykiske lidelser. Imidlertid er unge menns selvmordsrate betydelig høyere enn unge kvinners, slik det framgår av tabell 3.3.2.

Tabell 3.3.2. Dødelighet ved selvmord blant menn og kvinner i aldersgruppene 15-19 og 20-29. Pr. 100 000 innbyggere

År	Menn		Kvinner	
	15-19	20-29	15-19	20-29
1941-1945	2,3	8,3	0,6	4,0
1951-1955	2,1	7,9	0,6	2,7
1961-1965	2,9	8,5	0,7	3,6
1971-1975	6,4	13,8	2,0	5,3
1981-1985	15,0	26,5	3,5	9,2
1986	15,1	25,2	3,0	3,5
1987	13,5	32,2	1,8	7,7

K i l d e r: SSB Helsestatistikk, flere årganger.

Aborter

Det ble utført ca. 15 500 svangerskapsavbrudd i 1987. Dersom forholdstallene som er funnet av Skjeldestad i Sør-Trøndelag er riktige for hele landet, ender ca. 20 prosent av alle påbegynte graviditeter med fremkalt abort, jf. tabell 3.1.3.

Tabell 3.3.3. Utførte svangerskapsavbrudd i grupper for kvinnens alder.
Pr. 1 000 kvinner

Alder	Pr. 1 000 kvinner						
	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Alle 15-49 år	14,8	14,2	14,3	14,4	14,7	15,3	15,1
<14	2,4	2,4	2,0	1,8	1,6	1,7	1,3
15	8,7	7,9	8,2	8,4	6,7	6,0	5,9
16	20,2	16,9	16,4	16,2	16,8	17,2	17,1
17	25,6	23,8	22,8	23,7	22,7	25,5	22,6
18	29,7	27,9	26,1	27,2	29,6	32,7	31,4
19	30,3	26,4	28,8	28,3	31,1	31,5	31,5
20-24	21,8	22,1	23,1	24,4	26,1	27,5	29,0
25-29	17,1	15,6	16,2	17,0	18,1	19,4	18,3
30-34	14,1	13,9	13,8	13,7	13,8	14,1	14,2
35-39	11,3	11,7	10,7	10,7	10,3	10,4	10,1
40-44	6,2	6,0	5,9	5,5	4,6	4,9	4,6
45-	0,9	0,8	0,8	0,6	0,8	0,6	0,5

K i l d e r: SSB Helsestatistikk, flere årganger.

Blant kvinner under 17 år har de senere års aborttall vist fallende tendens. Abort blant kvinner på 17 år lå på samme nivå igjen i 1986 som i 1981, men gikk ned igjen i 1987. I alderen 18-29 år viste aborter først en fallende, senere en økende tendens i perioden 1981-1987, unntatt for gruppen 20-24 år, der tendensen var svakt økende hele tiden. I aldersgruppene over 30 år er det bare små endringer.

3.4. Yngre voksne (25-44 år)

Tabell 3.4.1. Rater for dødelighet (1987), sykehusbehandling (1986) og syketilfelle (1985) for kvinner og menn i alderen 25-44 år. Dødelighet pr. 100 000, utskrevne og syketilfelle pr. 1 000

Sykdomsgruppe	Døde pr. 100 000		Utskrevne pr. 1 000		Syketilfelle pr. 1 000	
	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
1. Smittsomme sykdommer ..	-	0	2	2	7	10
2. Hjerter- og karsykdommer	8	27	4	5	37	40
3. Ondartede svulster	27	23	4	3	4	4
4. Ulykker og vold	18	70	8	16	19	46
5. Psykiske lidelser ¹	2	10	2	3	89	47
6. Sykdom i åndedrettsorganer	2	2	3	3	70	67
7. Skjelett- og muskelsykdommer	1	0	9	10	177	153
8. Hudsykdom	-	-	1	1	141	106

¹ Se note i tabell 3.2.1.

K i l d e r: Se tabellene 1.4.1 - 1.4.3.

Tabell 3.4.1 viser at blant yngre voksne begynner kreftsykdommene å gjøre seg gjeldende som dødsårsak. Kvinner har en viss overdødelighet av kreft i denne aldersgruppen, noe som særlig skyldes brystkreft.

Selv om ulykker og vold samlet fremdeles utgjør viktigste dødsårsak, er andelen lavere enn på tidligere alderstrinn. Også i denne aldersgruppen er ulykkesdødeligheten mannsdominert. Trafikkulykker er skyld i hvert 6. voldsomme dødsfall for både menn og kvinner. På dette alderstrinnet utgjør selvmordene den største andel av voldsomme dødsfall, for menn 45 prosent og for kvinner 25 prosent av alle voldsomme dødsfall.

Allerede i denne aldersgruppen er menns overdødelighet av hjerte- og karsykdommer betydelig. Den skyldes hovedsaklig ischemisk hjertesykdom. Forekomsten av hjertesykdommer i alt blant utskrevne pasienter og blant egenrapporterte syketilfelle avspeiler ikke denne store kjønnsulikheten.

Skjelett- og muskelsykdommer dominerer blant egenrapporterte syketilfelle i aldersgruppen og fører også hyppig til behandling i sykehus. Hudsykdommene er fremdeles en vesentlig årsak til syketilfelle. I Helseundersøkelsen 1985 rapporterer kvinner psykiske problemer dobbelt så ofte som menn.

Ulykkesdødelighet blant yrkesaktive

Voldsomme og unaturlige dødsfall utgjorde nær 10 prosent av alle dødsfall blant yrkesaktive menn i alderen 20-69 år i 10-årsperioden 1970-1980, og ca. 5 prosent av alle dødsfall blant yrkesaktive kvinner. Til sammenligning utgjorde voldsomme og unaturlige dødsfall vel 5 prosent av dødsfallene blant yrkespassive menn og tilsvarende noe under 4 prosent av dødsfallene blant yrkespassive kvinner.

Blant menn ble høyest dødelighetsindeks for voldsomme dødsfall funnet blant ufaglærte arbeidere. Jordbrukere og fiskere hadde også høy dødelighet av slike årsaker. Dødeligheten var lav blant alle funksjonærgruppene.

Blant yrkesklassene hadde dekks- og maskinmannskap en dødelighetsindeks av voldsomme dødsfall som lå tre ganger over den tilsvarende standardiserte dødeligheten for yrkesaktive i alt. Gruve- og sprengningsarbeidere og fiskere hadde dødelighetsindekser som lå mer enn dobbelt så høyt som den tilsvarende standardiserte. Lærere og pedagoger hadde mindre enn halvparten så høy dødelighetsindeks som øvrige menn.

Variasjonene blant kvinner er ikke så store som blant menn. I motsetning til hva som ble funnet blant menn, har kvinner i statusgruppen funksjonærer på høyere nivå den høyeste dødeligheten av voldsomme dødsfall. Motsatt av menn har kvinner i jordbruk og fiske lavest dødelighet av voldsom og unaturlig død.

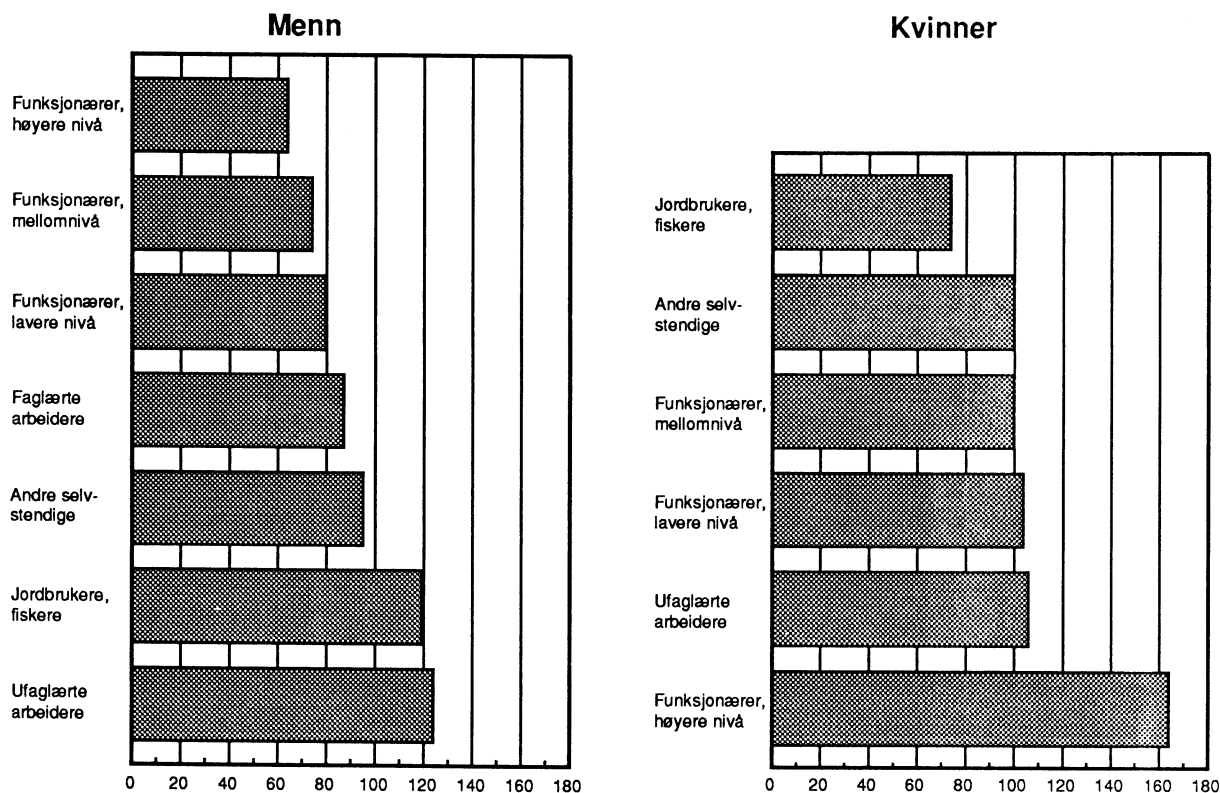
Andre helseproblemer blant yrkesaktive

Helseundersøkelsen 1985 viste at rundt 100 000 personer, eller 5 prosent av de som var yrkesaktive i 1982, var utsatt for arbeidsulykke eller arbeidsskade som førte til legekontakt og/eller fravær fra arbeidet. Gjennomsnittlig antall fraværsdager var 1,3 dager. Andelen yrkesaktive som var utsatt for arbeidsulykker var høyest blant jordbrukere og fiskere. Funksjonærer på høyere nivå hadde lavest andel med arbeidsulykker. Menn var mer utsatt for arbeidsulykker enn kvinner, og hadde i gjennomsnitt 1,7 fraværsdager mens kvinner hadde 0,7.

Tall fra Levekårsundersøkelsen 1987 viser at nesten 550 000 personer, eller 25 prosent av de sysselsatte, var utsatt for forurensninger som metallstøv, sveiserøyk, damper fra løsningsmidler osv. Dette gjalt særlig menn, og i større grad jo yngre arbeidstakeren var. Av faglærte arbeidere var 55 prosent utsatt for forurenset luft. Hele 65 prosent av de sysselsatte oppgav at de var utsatt for ergonomiske belastninger. 40 prosent av de sysselsatte hadde arbeid som krevde gjentatte og ensidige bevegelser og 42 prosent måtte daglig arbeide i belastende arbeidsstillinger.

Figur 3.4.1.

Dødelighet (SMR) 1970-1980 av ulykker blant yrkesaktive menn og kvinner 20-69 år i 1970. Sosioøkonomisk gruppe. (SMR=100 for alle yrkesaktive menn, henholdsvis kvinner.)



Kilde: Borgan og Kristofersen, 1986.

Fertilitet

Fruktbarhetsundersøkelsen 1977 (SSB, NOS B 197) viste at kvinner i Norge fikk færre barn enn tidligere, men det var en økende andel av kvinnene som avsluttet sin fødedyktige periode med i det minste å ha fått ett barn. Det var ikke mer enn 5 prosent av gifte kvinner i alderen 35-44 år som var barnløse enten fordi de ikke hadde villet ha barn eller fordi det ikke hadde vært mulig for dem å få barn. Denne andelen ligger lavere enn det tidligere undersøkelser har antydnet. Blant kvinner over 30 år var omfanget av ufrivillig barnløshet på 4-6 prosent (Noack og Østby, 1983).

Helsetilstanden blant grupper av utenlandske statsborgere

I løpet av 1983-1984 ble det utført en intervjuundersøkelse som omfattet personer 16 år og eldre fra Chile, Pakistan, Vietnam, Tyrkia og Storbritannia. Noen få helseindikatorer inngår i denne undersøkelsen, begrenset til spørsmål om vedkommende har vært sengeliggende eller har hatt nedsatt aktivitet pga. sykdom siste 14 dager før intervjuet (sykedager), og om det har vært kontakt med helsetjenesten (Støren, 1987).

Det er ingen vesentlige forskjeller mellom nasjonalitetene i omfanget av sykdom eller tallet på sykedager, med ett unntak: Chilenerne synes å være plaget av sykdom i langt større grad enn de øvrige, noe som trolig må sees på bakgrunn av deres flyktingetilværelse. Holdes chilenerne utenfor, har innvandrere færre rapporterte syketilfeller enn nordmennene.

Det er ingen nevneverdig forskjell i tallet på sykedager mellom nordmenn og de øvrige gruppene. Igjen med unntak for chilenerne, synes utenlandske kvinner å ha færre sykedager enn de norske kvinnene.

3.5. Middeldrende (45-64 år)

Tabell 3.5.1. Rater for dødelighet (1987), sykehusbehandling (1986) og syketilfelle (1985) for kvinner og menn i alderen 45-64 år. Dødelighet pr. 100 000, utskrevne og syketilfelle pr. 1 000

Sykdomsgruppe	Døde pr. 100 000		Utskrevne pr. 1 000		Syketilfelle pr. 1 000	
	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
1. Smittsomme sykdommer ..	3	6	2	2	10	14
2. Hjerte- og karsykdommer	123	475	18	42	194	217
3. Ondartede svulster	240	275	17	18	17	13
4. Ulykker og vold	30	82	11	14	35	56
5. Psykiske lidelser ¹	4	21	3	4	133	66
6. Sykdom i åndedrettsorganer	20	25	6	8	73	90
7. Skjelett- og muskelsykdommer	4	2	19	14	349	252
8. Hudsykdom	0	0	1	1	109	74

¹ Se note i tabell 3.2.1.

K i l d e r: Se tabellene 1.4.1 - 1.4.3.

Det som sterkest skiller tabell 3.5.1 fra tilsvarende tabeller for yngre aldersgrupper, er den høye hjerte- og kardødeligheten og kreftdødeligheten, som er mer enn 10 ganger så høy som for aldersgruppen 25-44 år. Hjerte- og karsykdommer og kreftsykdommer er også de viktigste årsakene til innleggelse i sykehus, og er sammen med skjelett- og muskellidelsene viktigste årsaker til det økende forbruk av sykehustjenester i denne aldersgruppen.

Menns overdødelighet av hjerte- og karsykdommer er mest iøynefallende. Menn var også dobbelt så hyppig innlagt i sykehus med hjerte- og karsykdommer som jevnaldrende kvinner. Det var små kjønnsforskjeller i de egenrapporterte syketilfellene som skyldtes hjerte- og karsykdommer (Helseundersøkelsen 1985).

Lidelser i skjelett- og muskelsystemet er stadig den viktigste årsak til egenrapporterte syketilfelle, mens hjerte- og karsykdommer har gått forbi hudsykdommer som nest viktigste årsak til syketilfeller.

Selv om ulykkenes andel av den samlede dødeligheten utgjør en mindre del enn i yngre aldersgrupper, er ratene likevel økende. Innslaget av selvmord blant voldsomme dødsfall er betydelig og utgjør 39 prosent blant menn og 50 prosent blant kvinner i denne aldersgruppen.

Uførepensjonering

Ved utgangen av 1987 var det i alt 207 400 uførepensjonister med ytelser fra Folketrygden. Tallet har økt sterkt i 1980-årene. Det er flere kvinner enn menn som har uførepensjon, men av de uførepensjonerte er det flere menn (87 prosent) enn kvinner (70 prosent) som regnes som 100 prosent uføre.

Omkring 50-årsalderen skjer det en markert økning i andelen uførepensjonerte. Som det går fram av tabell 3.5.2 er nesten halvparten av de uføretrygdede mellom 60 og 67 år.

Tabell 3.5.2. Uførepensjonister blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Antall og prosent av befolkningen. 31. desember 1987

Alder	Antall	Prosent av befolkningen			
		Kvinner og menn	Kvinner og menn	Kvinner	Menn
I alt 16-66	207 370		7,6	8,3	6,9
16-19	745		0,3	0,2	0,3
20-24	2 120		0,6	0,6	0,7
25-29	3 745		1,2	1,2	1,2
30-34	6 277		2,0	2,1	1,9
35-39	9 293		3,0	3,5	2,6
40-44	13 571		4,5	5,5	3,5
45-49	15 594		7,2	8,8	5,6
50-54	22 502		12,1	14,4	9,8
55-59	37 643		19,0	21,1	16,8
60-64	61 627		29,0	28,9	29,1
65-66	33 282		37,5	34,6	40,8
Uoppgitt	971		-	-	-

K i l d e: RTV Trygdestatistisk årbok 1988.

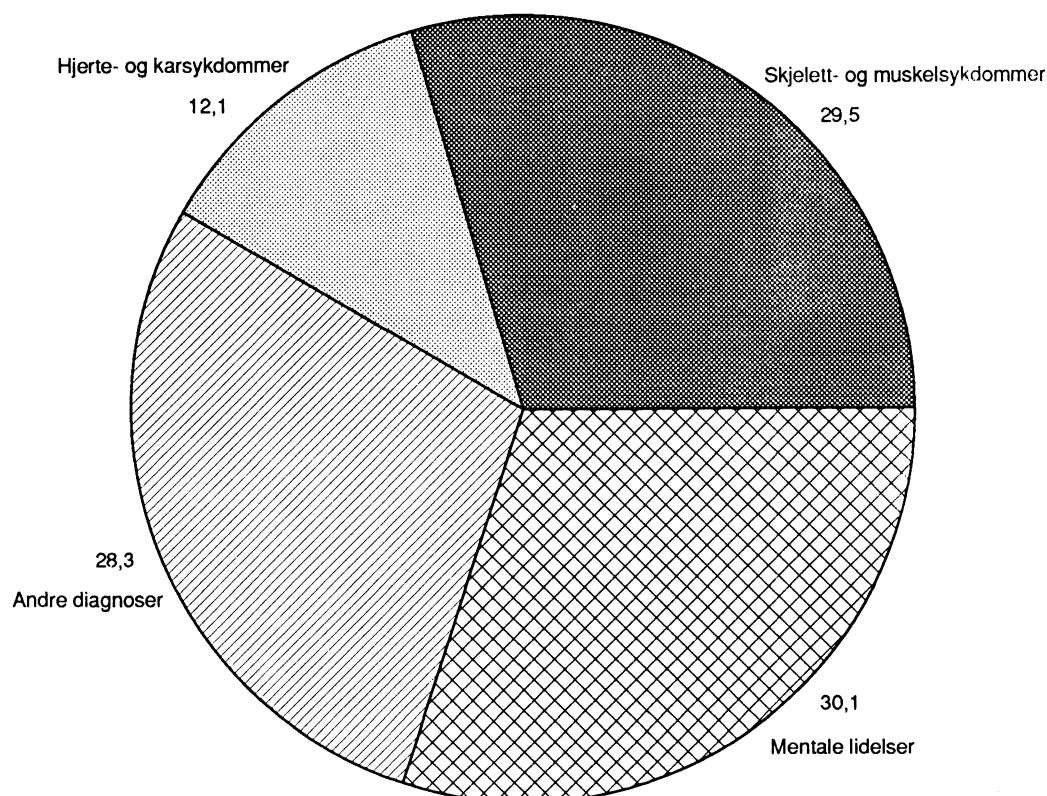
Tabell 3.5.3 viser fordelingen av enkelte diagnoser som ellers går inn i større diagnosegrupper. Disse sykdommene er årsak til uførepensjonering hos 42 prosent av kvinnene og 32 prosent av mennene.

Tabell 3.5.3. Forekomst av utvalgte primærdiagnoser blant uførepensjonister i alderen 40-64 år. Pr. 10 000 innbyggere. 1987

Diagnoser	Kvinner	Menn
Poliomyelitt og følger	18	9
Asthma bronchiale	28	20
Sykkersyke	9	10
Blod- og stoffskiftesykdom	23	17
Multipel sklerose	18	9
Epilepsi	11	11
Polyarthritt/Bechterews	87	34
Arthrose/spondylose	144	92
Ischias/cervicalsyndrom	44	37
Ledd- og skjelettsykdommer	234	116
Følger av skader, operasjoner, forgiftninger o.l.	43	71

K i l d e: RTV Trygdestatistisk årbok 1987.

Figur 3.5.1.
Hoveddiagnoser blant uførepensjonister. Prosent. 1986



K i l d e: Tabell 1.4.5.

3.6. Eldre (65 år og over)

Tabell 3.6.1. Rater for dødelighet (1987), sykehusbehandling (1986) og syketilfelle (1985) for kvinner og menn i alderen 65-79 år. Dødelighet pr. 100 000, utskrevne og syketilfelle pr. 1 000

Sykdomsgruppe	Døde pr. 100 000		Utskrevne pr. 1 000		Syketilfelle pr. 1 000	
	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
1. Smittsomme sykdommer ..	19	29	3	4	23	24
2. Hjerte- og karsykdommer	1 196	2 449	48	84	506	397
3. Ondartede svulster	672	1 149	32	54	32	23
4. Ulykker og vold	63	137	24	17	58	92
5. Psykiske lidelser ¹	25	49	3	4	187	100
6. Sykdom i åndedrettsorganer	172	299	12	22	76	99
7. Skjelett- og muskelsykdommer	18	18	25	15	397	280
8. Hudsykdom	1	3	2	2	60	56

¹ Se note i tabell 3.2.1.

K i l d e r: Se tabellene 1.4.1 - 1.4.3.

I aldersgruppen 65-79 år har menn vesentlig høyere dødelighet enn kvinner av de diagnoser som er tatt med her, med unntak for skjelett- og muskelsykdommer. For de fleste sykdomsgruppene er mennenes dødelighet omtrent dobbelt så høy som kvinnenes (se tabell 3.6.1).

Menn oppgir også flere syketilfelle på grunn av ulykker og åndedrettsykdommer enn kvinner. For andre sykdomsgrupper er det kvinnene som oppgir flest syketilfelle i aldersgruppen 65-79 år.

Hjerte- og karsykdommer er den største diagnosegruppen i dødelighets- og sykkelighetsbildet både i aldersgruppen 65-79 år og blant de aller eldste (se tabell 3.6.2).

Tabell 3.6.2. Rater for dødelighet (1987), sykehusbehandling (1986) og syketilfelle (1985) for kvinner og menn i alderen 80 år og eldre. Dødelighet pr. 100 000, utskrevne og syketilfelle pr. 1 000

Sykdomsgruppe	Døde pr. 100 000		Utskrevne pr. 1 000		Syketilfelle pr. 1 000	
	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
1. Smittsomme sykdommer ..	76	96	5	6	16	9
2. Hjerte- og karsykdommer	6 105	7 883	82	107	527	342
3. Ondartede svulster	1 298	2 514	33	68	43	36
4. Ulykker og vold	482	632	63	36	108	45
5. Psykiske lidelser ¹	313	231	7	6	134	99
6. Sykdom i åndedrettsorganer	1 482	2 017	18	36	49	90
7. Skjelett- og muskelsykdommer	60	60	16	10	382	324
8. Hudsykdom	16	10	2	2	38	45

¹ Se note i tabell 3.2.1.

K i l d e r: Se tabellene 1.4.1 - 1.4.3.

Ulykker som medfører sykehusinnleggelser øker sterkt i aldersgruppen 80 år og over. Kvinner utgjør en stadig større andel av ulykkespasienter jo eldre de blir, og blant de eldste er ulykkesdødeligheten for kvinner nesten på nivå med mennenes. Eldre fotgjengere er utsatt, men fall og brudd av lårhalsen er den dominerende årsak til sykehusopphold og dødsfall.

Blant de eldre øker dødeligheten som følge av smittsomme sykdommer, især gjelder dette lungebetennelse og bronkitt.

Psykiske lidelser synes å avta som årsak til innleggelser i sykehus og egenrapporterte syketilfelle. Dette kan ha sammenheng med at utskrivningsdata skriver seg fra somatiske sykehus, slik at både psykiatriske sykehus og sykehjem er holdt utenfor, og at personer i institusjon ikke ble intervjuet i helseundersøkelsen.

Vurderingen av egen helse bærer preg av at ikke bare sykkeligheten, men også hjelpebehovet øker med alderen. Samlet er det bare 56 prosent av personer over 67 år som vurderer sin egen helse som god/meget god, mens 14 prosent mener den er dårlig/meget dårlig. Blant eldre personer med rapportert sykdom vurderer bare 48 prosent helsa som god og 18 prosent vurderer den som dårlig. Blant personer uten sykdom vurderer 88 prosent av de eldre sin helse som god.

Aldersdemens

Aldersdemens er nevnt som dødsårsak eller underliggende dødsårsak for ca. 4 000 dødsfall pr. år (undersøkellesperiode 1969-1983) og betydelig oftere for kvinner enn for menn (Vogt, 1986).

Omkring 15 prosent av befolkningen over 75 år rammes av en aldersdemens eller alderssløvhet som er så betydelig at de ikke er i stand til å ta vare på seg selv. Forekomsten av alderssløvhet øker sterkt med alderen, og rammer 20-30 prosent i aldersklassen over 80 år. Denne pasientgruppen er den mest pleietrengende i sykehjemmene.

En omfattende intervjuundersøkelse av et utvalg sykehjemssøkere i to bydeler i Oslo viser at fysisk sykdom var hovedårsak til 51 prosent av søknadene. Psykiske lidelser var hovedårsak til 23 prosent av søknadene, og for enda 23 prosent var en kombinasjon av fysiske og psykiske

sykdommer problemet. Graden og effekten av psykisk funksjonsnedsettelse ble vurdert, og 30 prosent av kvinnene og 32 prosent av mennene i intervjuundersøkelsen ble betegnet som alvorlig eller totalt svekket. Aldersdemens var hovedhelseproblemet for de 41 prosent av søkerne som ble vurdert til å trenge sykehjem raskt (Rytter Evensen, 1988).

En undersøkelse av liggetid for pasienter med senil demens som døde i tidsrommet 1980-1983 ved et sykehjem i Bergen, viste en gjennomsnittlig liggetid på 31 måneder, men 29 prosent av pasientene levde mellom fire og åtte år i institusjonen (Nygaard, 1985).

Lårhalsbrudd

Forekomsten av lårhalsbrudd henger sammen med skjørhet i bensubstansen som øker med alderen. Økningen i Oslo er sterkere enn økningen i andel eldre skulle tilsi. Undersøkelser fra andre land kan tyde på at vitamin D-mangel kan spille en medvirkende rolle for lårhalsbrudd i høy alder. Vitaminisert margarin og fet fisk utgjør de dominerende kilder til vitamin D i det norske kostholdet. Fra 1950 til 1985 har det vært en reduksjon i forbruket av disse matgruppene, og vitamin D-tilførselen kan være redusert med ca. en tredel. Eldre på aldersinstitusjoner, eldre med demens og personer med høyt alkoholforbruk er spesielt utsatt for vitamin D-mangel (Statens ernæringsråd, januar 1988).

Tannhelsen

50 prosent av personer 67 år og over er helt uten egne tenner. Andelen er lavest i Oslo/Akershus-området (33 prosent) og høyest i Trøndelag (70 prosent) og Nord-Norge (73 prosent) (SSB Helseundersøkelsen 1985).

Praktiske problemer i alderdommen

I Levekårsundersøkelsen 1987 ble det stilt spørsmål om funksjonsevne og om behov for hjelp. Til gruppen med nedsatt funksjonsevne ble regnet arbeidsuføre og personer med nedsatt bevegelsesevne, bæreevne, syn eller hørsel. Som hjelpetrequende ble regnet personer som måtte ha hjelp til å foreta daglige innkjøp eller til vask og rengjøring av boligen.

I aldersgruppen 67-79 år oppgav halvparten av kvinnene og omtrent 40 prosent av mennene at de hadde nedsatt funksjonsevne, mens dette var tilfelle for 75 prosent av kvinnene og nesten 60 prosent av mennene 80 år og over. Det var særlig arbeidsuførhet, nedsatt bevegelsesevne eller nedsatt bæreevne som var problemet.

Det var noe færre som oppgav at de var hjelpetrequende, i aldersgruppen 67-79 år hver fjerde kvinne og hver syvende-åttende mann. Andel personer med hjelpebehov øker sterkt med alderen. I gruppen 80 år og over var det nesten to tredeler av kvinnene og vel en tredel av mennene som oppgav at de trengte hjelp til innkjøp eller rengjøring.

Yrkesaktivitet blant pensjonister

53 000 pensjonister over 70 år, eller 12 prosent, har arbeidsinntekt. Det er altså flere alderspensjonister som er yrkesaktive enn som bor på aldershjem eller sykehjem (mindre enn 10 prosent). Blant 70-åringene har hele 25 prosent arbeidsinntekt (Dahl, 1988).

4. Sosiale og geografiske ulikheter i helsetilstand

I de to foregående kapitlene har vi sett på hvordan en del helseindikatorer varierer over tid og med kjønn og alder. En del undersøkelser viser også at det finnes ulikheter i helsetilstand i Norge mellom forskjellige geografiske områder og mellom forskjellige sosiale grupper. Både levekårsundersøkelsene, helseundersøkelsene og forskjellige forskningsprosjekter har vært opptatt av å få fram mulige ulikheter. Rapporten Dødelighet i yrker og sosioøkonomiske grupper har spesielt tatt for seg ulikheter i dødelighet.

Prosjektet Sosial ulikhet i helse og helsetjenestebruk ved Avdeling for helsetjenesteforskning, SIFF arbeider med å analysere de ulikheter som er observert med tanke på å kunne forklare dem. Etter hvert som det kommer flere rapporter fra prosjektet vil dette kapitlet i senere utgaver kunne bli fyldigere.

En inndeling etter kriterier som kommunestørrelse, bostedsstrøk, næringsstruktur, sentralitet mv. kan gi langt klarere bilder av viktige ulikheter enn ved en inndeling etter vanlige administrative enheter som kommuner, fylker og regioner. Vi har derfor også referert til undersøkelser som spesielt tar for seg storbyproblemer. Det ville bidratt vesentlig til vår forståelse av årsaker om vi hadde kunnet studere ulikheter etter alder, kjønn, sosioøkonomisk gruppe og landsdel/kommunetype samtidig. Til dette vil det kreves temmelig store utvalg, og slike prosjekter er neppe realistiske på landsbasis med det første.

4.1. Egen vurdering av helsetilstanden

Det siste spørsmålet i helseundersøkelsens intervjukjema i 1985 ba om svar på hvordan vedkommende vurderer sin egen helse sånn i sin alminnelighet, med fem svaralternativer fra Meget god til Meget dårlig. Ser en på fordelingen av svarene etter landsdel, var det små forskjeller i aldersgruppene under 16 år. Tabell 4.1.1 viser imidlertid at personer 16 år og over bosatt i Nord-Norge sjeldnere enn personer bosatt i andre landsdeler vurderer sin helse som god. Registerdata bekrefter en høyere dødelighet i landsdelen og som tabell 4.4.1 viser, har landsdelen en høyere andel uførepensjonister, mens Helseundersøkelsen 1985 viser at Nord-Norge hadde en lav andel personer som rapporterte syktilfeller ved undersøkelsesperiodens begynnelse, forholdsvis lavere enn i 1975.

Tabell 4.1.1. Andel personer i ulike aldersgrupper som vurderer sin egen helse som god/meget god. Prosent. Landsdel. 1985

Landsdel	Alle aldere	Alder				
		0-15	16-24	25-44	45-66	67-
Hele landet	82	97	91	86	69	56
Oslo og Akershus	83	96	92	86	74	59
Østlandet ellers	80	97	91	86	68	55
Agder og Rogaland	87	99	94	90	74	64
Vestlandet	83	98	89	89	71	59
Trøndelag	81	96	91	85	65	59
Nord-Norge	75	96	88	81	54	42

K i l d e: SSB Helseundersøkelsen 1985.

Agder og Rogaland har størst andel av personer som i alle aldersgrupper i 1985 vurderte sin helse som god/meget god. Det er her ingen tydelig samvariasjon med andre helseindikatorer.

Helseundersøkelsen viser også at det er betydelig flere blant enslige 18-50 år som vurderer sin helse som dårlig i tettsteder med mer enn 100 000 bosatte, sammenlignet med enslige i landets tettsteder med under 20 000 bosatte (20 prosent mot 14 prosent) (Brevik, 1989).

Tabell 4.1.2 viser hvordan andelen som vurderer sin helse som god varierer med alder og sosioøkonomisk status. Det er vanskelig å trekke noen slutninger ut fra tallene. Det kunne kanskje antas at de som var ved avslutningen av sin karriere som funksjonærer på høyere nivå i 1985, hadde hatt den helsemessig sett mest tilfredsstillende yrkesbane. Men med utgangspunkt i de tidligere påviste forskjeller mellom kjønnene når det gjelder sosioøkonomisk status og dødelighet, jf. også tabell 4.2.4, er også dette en usikker slutning.

Tabell 4.1.2. Andel personer 16 år og over som vurderer sin egen helse som god/meget god. Tall for alder og sosioøkonomisk status. Prosent. 1985

Sosioøkonomisk status	Alle aldere	Alder			
		16-24	25-44	45-66	67-
Alle	77	91	86	69	56
Arbeidere, ufaglærte	79	91	80	72	:
Arbeidere, faglærte	84	88	91	74	:
Funksjonærer, lavere nivå	84	87	87	76	:
Funksjonærer, mellomnivå	89	88	90	86	:
Funksjonærer, høyere nivå	91	:	92	88	:
Jordbrukere og fiskere	75	:	83	68	:
Andre selvstendige	83	:	85	79	79
Skoleelever og studenter	93	94	88	:	:
Pensjonister	50	83	51	30	54
Hjemmearbeidende	80	98	86	70	:
Andre og uklassifiserte	82	92	88	69	:

K i l d e: SSB Helseundersøkelsen 1985.

4.2. Dødelighet

Når den gjennomsnittlige levealderen har økt så sterkt i dette århundret, skyldes det først og fremst nedgangen i spedbarnsdødeligheten. Norske menns dødelighet har vist svært liten nedgang (4 prosent) i løpet av de siste 40 år, mens kvinner har opplevd en markert reduksjon i dødeligheten (34 prosent) (SSB Regional dødelighet 1981-1985).

Analysen av registerdata om dødelighet viser store geografiske forskjeller. Gjennomgående har Finnmark høy dødelighet og Sogn og Fjordane lav. Selv om dødelighetsforskjellene mellom fylkene generelt er blitt mindre over tid, har menn i Finnmark ikke bedret sin situasjon på samme måte. Dødeligheten blant menn i Finnmark er vedvarende ca. 22-23 prosent høyere enn landsgjennomsnittet, mens Finnmark-kvinnenes overdødelighet ble redusert fra 23 prosent i perioden 1949-1952 til ca. 12 prosent i 1981-1985.

Tabell 4.2.1. Dødeligheten, totalt og i første leveår. Fylke. 1981-1985

	Total dødelighet pr. 100 000 innbyggere ¹		Spedbarnsdødelighet pr. 1 000 levende fødte
	Menn	Kvinner	
Hele landet	1 015	584	8,1
01 Østfold	1 067	616	6,8
02 Akershus	1 000	573	6,4
03 Oslo	1 136	619	7,2
04 Hedmark	970	617	8,4
05 Oppland	943	572	8,1
06 Buskerud	1 041	604	8,5
07 Vestfold	1 052	594	7,1
08 Telemark	1 031	600	9,2
09 Aust-Agder	987	582	9,7
10 Vest-Agder	1 057	580	9,7
11 Rogaland	983	576	9,9
12 Hordaland	954	548	7,4
14 Sogn og Fjordane	850	508	6,6
15 Møre og Romsdal	915	534	7,8
16 Sør-Trøndelag	1 031	585	9,6
17 Nord-Trøndelag	947	564	10,6
18 Nordland	1 038	589	7,2
19 Troms	1 086	585	7,1
20 Finnmark	1 242	653	9,4

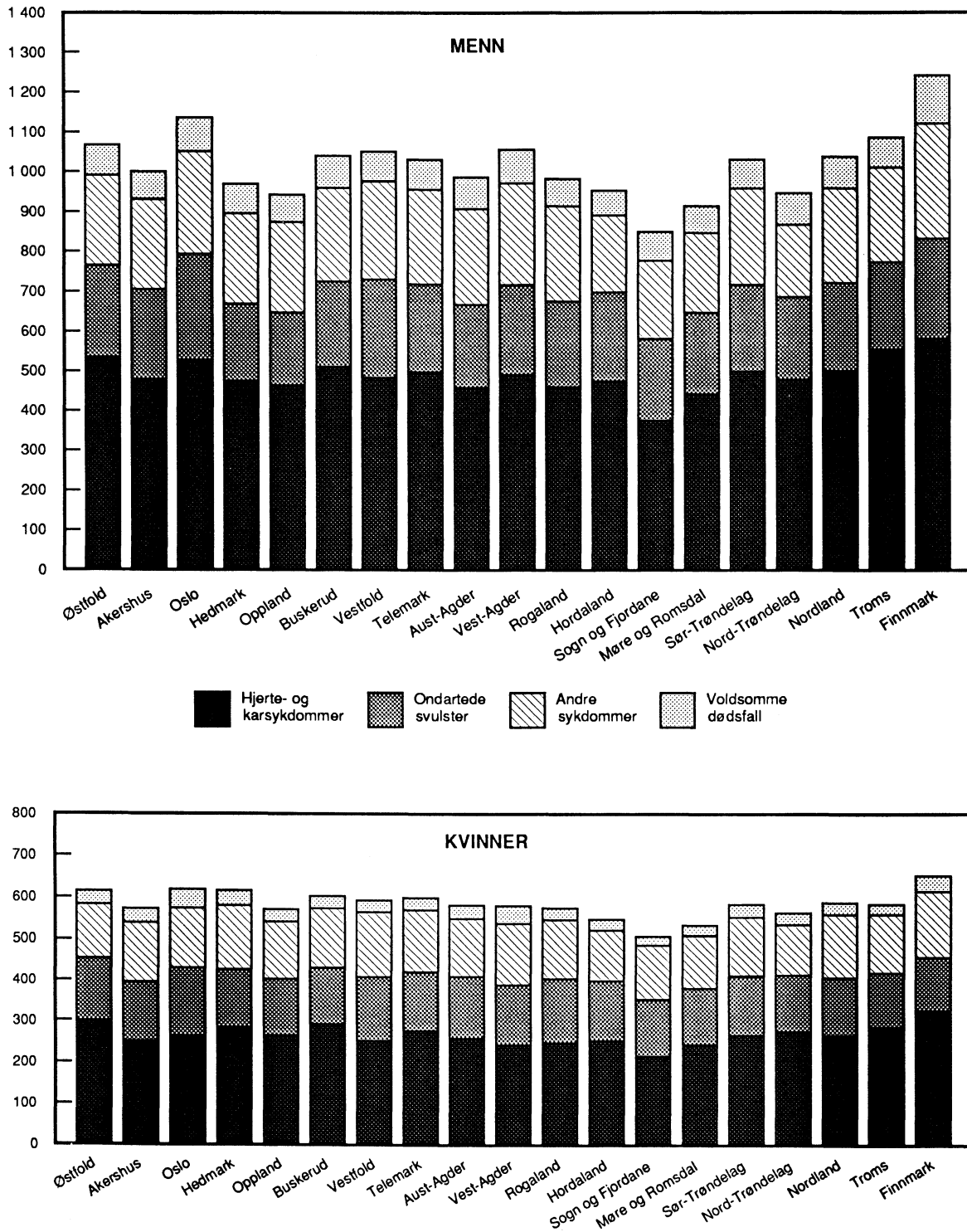
¹ Kjønn- og aldersjustert, standardbefolkning: Begge kjønn 1960.

K i l d e: SSB Regional dødelighet 1981-1985.

Figur 4.2.1.

Totaldødelighet og dødelighet for hovedgrupper av dødsårsaker for menn og kvinner. Fylke. 1981-1985. Standardberegnete rater pr. 100 000 innbyggere

Døde pr. 100 000
innbyggere



Kilde: SSB Regional dødelighet, 1981-1985.

Finnmark står i en særstilling mht. høy dødelighet blant menn av voldsomme dødsfall, inkludert ulykker. Oslo og Vest-Agder har særlig høy dødelighet av ulykker og voldsomme dødsfall for kvinner. Dødeligheten av ischemisk hjertesykdom (en litt videre årsaksgruppe enn hjerteinfarkt) blant menn er høyest i Finnmark og lavest i Sogn og Fjordane og Møre og Romsdal.

Siden perioden 1946-1950 er spedbarnsdødeligheten redusert med nesten tre firedeler, og det har funnet sted en markert fylkesvis utjevning. Rett etter krigen 1940-1945 hadde Finnmark vel dobbelt så høy spedbarnsdødelighet som Oslo. I perioden 1981-1985 var dødeligheten i det dårligst stilte fylket (Nord-Trøndelag) 5 prosent høyere enn i det best stilte (Akershus).

Det ble i 1987 utført færrest svangerskapsavbrudd i Agder-fylkene, Rogaland og Sogn og Fjordane (9-11 pr. 1 000 kvinner 15-49 år). Oslo hadde høyest andel svangerskapsavbrudd, med 27,8 pr. 1 000 kvinner 15-49 år (SSB Helsestatistikk 1985).

Sammen med de andre nordiske landene har Norge lav spedbarnsdødelighet i forhold til europeiske land som det ellers ville være naturlig å sammenligne med, men sammenlignet med andre nordiske land ligger Norge ikke spesielt lavt. Etter 1980 har det ikke vært nedgang i spedbarnsdødeligheten i Norge. Norge har heller ikke hatt en like sterk nedgang i den perinatale dødeligheten de siste tjue årene som de øvrige nordiske land, tabell 4.2.2.

Tabell 4.2.2. Perinatale døde (dødfødte og døde i første leveuke) pr. 1000 fødte i Norge sammenlignet med noen nordiske land. 1961-1987

Tidsperiode	Norge	Danmark	Finland	Island	Sverige
1961-1965	22,5	24,6	25,6	24,0	22,2
1966-1970	20,1	19,4	19,4	20,4	17,7
1971-1975	16,4	14,9	14,9	17,2	13,7
1976-1980	12,0	10,6	10,0	10,1	9,7
1981-1985	9,5	8,7	7,5	6,8	6,8
1986	8,0	8,4	6,4	8,2	7,5
1987	7,9	8,8	6,8	8,3	7,1

K i l d e: Nordisk statistisk årsbok 1988.

En analyse av dødeligheten blant yrkespassive og yrkesaktive menn og kvinner i storbyene Oslo, Stavanger, Bergen og Trondheim viser en overdødelighet sammenlignet med landsgjennomsnittet i perioden 1970-1980, jf. tabell 4.2.3. Samlet var dødeligheten nær 13 prosent høyere for menn og ca. 7 prosent høyere for kvinner (20-69 år) (Kristofersen, 1987).

Tabell 4.2.3. Dødelighetsindeks (SMR) (dødelighet 1970-1980) blant menn og kvinner 20-69 år, etter yrkesaktivitet 1970. Hele landet sammenlignet med storbyene. Oslo sammenlignet med Akershus

Kjønn/yrkesaktivitet	Hele landet	Storbyene	Oslo	Akershus
MENN				
Alle menn	119	134	139	111
Yrkesaktive	100	113	117	95
Yrkespassive	205	241	256	210
KVINNER				
Alle kvinner	132	141	145	129
Yrkesaktive	100	110	115	99
Yrkespassive	146	159	165	144

K i l d e: Kristofersen, 1987.

Dødelighetsforskjellene blir mer markerte når en ser storbyen i forhold til sitt omland. Også innen yrkesgruppene finner en særegne storbytrekk. En ufaglært arbeider i Oslo har en dødelighet som ligger 36 prosent over gjennomsnittet for yrkesaktive menn i hele landet. Også innen byen er det tydelige forskjeller mellom bydelene, jf. figur 4.2.2 som viser en tydelig og vedvarende forskjell i middellevetid mellom beboere i østlige og vestlige bydeler i Oslo.

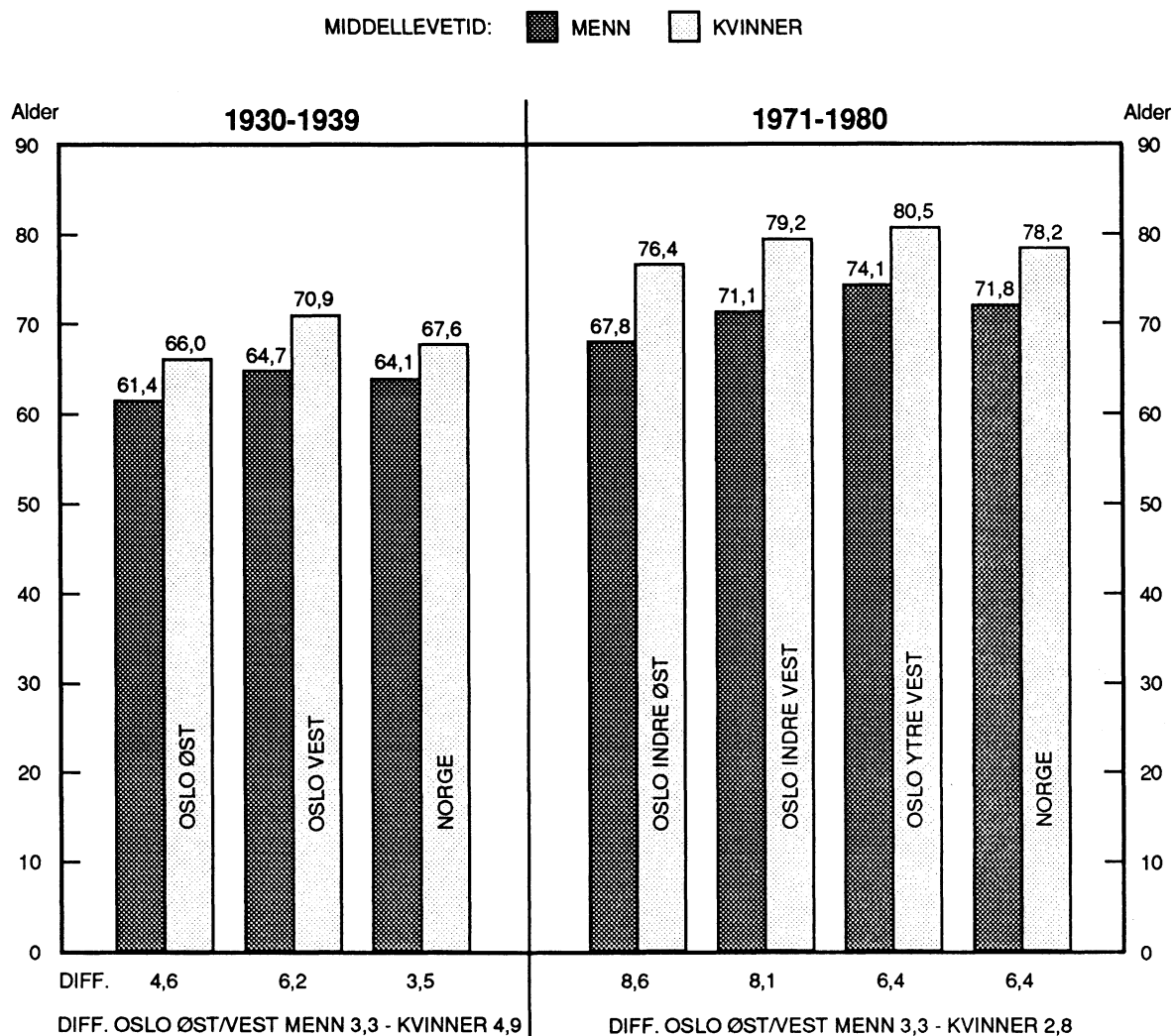
Data for perioden 1970-1980 viser at levealderen er kortere for befolkningen i Oslo, Bergen, Stavanger og Trondheim, enn den er for befolkningen i det fylket de tilhører (Kristofersen, 1987). Disse forskjellene i levealder må enten skyldes ulikheter i levekår, og derved ulikt sykdomsmønster, eller såkalt selektiv flytting inn og ut av de store byene. Sannsynligvis gjør begge forholdene seg gjeldende.

Beregninger for fylkene av forventet levealder ved fødselen viser at Oslo-gutter vil komme til å leve 3-4 år kortere enn gutter fra Sogn og Fjordane.

Storbyenes overdødelighet er imidlertid ikke knyttet til hele befolkningen, men til deler av den. Det går skiller etter yrke og sosioøkonomisk status som igjen er nedfelt i en geografisk dimensjon. Dødeligheten er størst i arbeiderklasseområdene, eller på østkanten. Data for Oslo fra perioden 1971-1980, viser at mens middellevetiden for en mann i Oslo indre øst var 67,8 år, var den for en mann i Oslo ytre vest hele 74,1 år (landsgjennomsnitt 71,8 år), figur 4.2.2. En kvinne i Oslo ytre vest levde i gjennomsnitt til hun var 80,5 år, eller 12,7 år lenger enn en mann i indre øst (Gjestland og Moen, 1988).

Figur 4.2.2.

Middellevetid blant menn og kvinner øst og vest i Oslo i 1930-1939 og 1971-1980



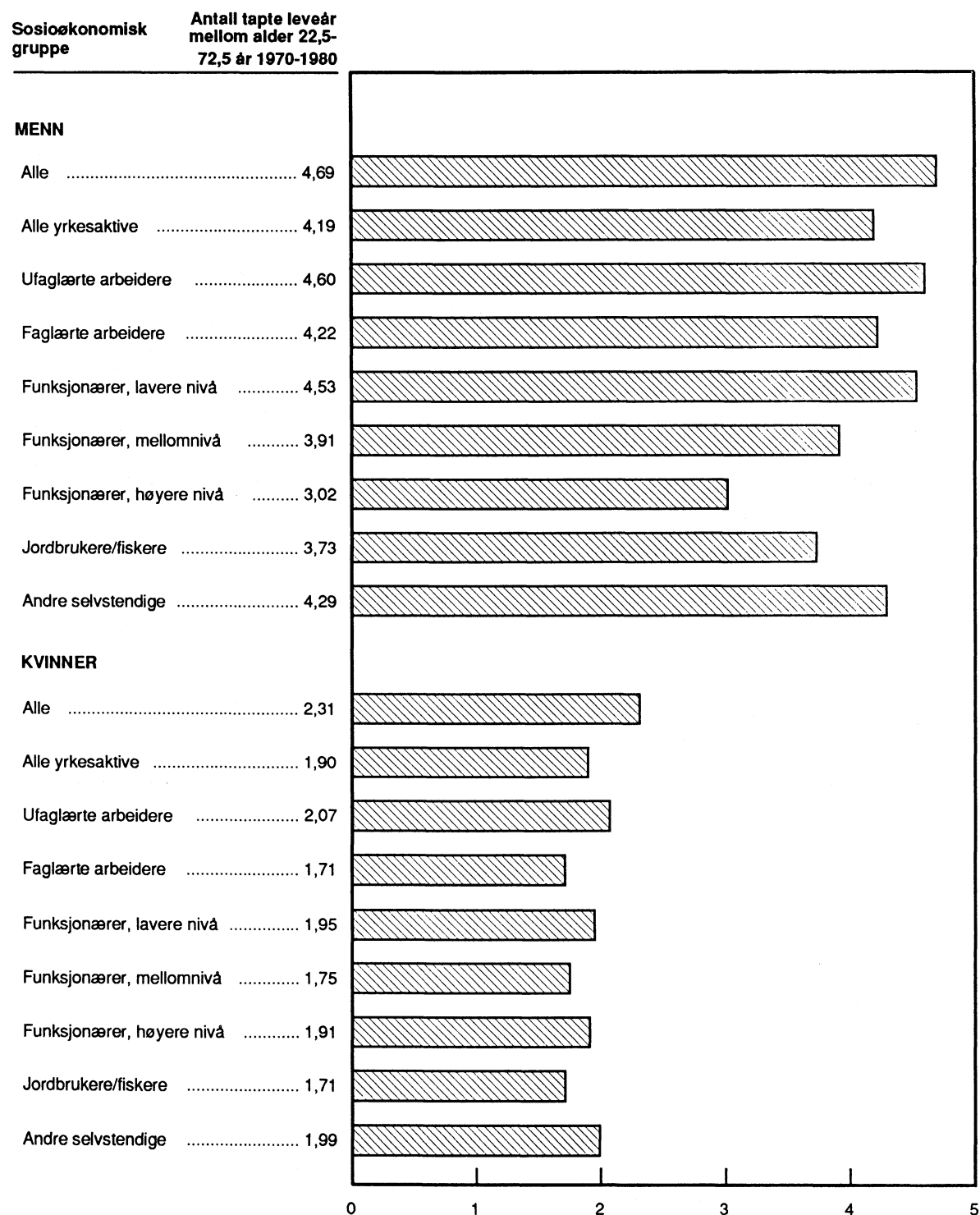
Kilde: Gjestland og Moen, 1988.

Borgan og Kristofersen har i sin studie av dødelighet i yrker og sosioøkonomiske grupper 1970-1980, funnet interessante ulikheter. De yrkespassives dødelighet er betydelig høyere enn de yrkesaktives, og forskjellene er størst for menns vedkommende.

Blant de yrkesaktive gjør det seg også gjeldende tydelige forskjeller både mellom sosioøkonomiske grupper og mellom yrkesklasser. Det kan være flere årsaker til de observerte forskjellene. Figur 4.2.3 (med tilføyde tall) viser forskjeller mellom kjønn og sosioøkonomiske grupper. Mens en blant mannlige arbeidere og funksjonærer fant lavere dødelighet med økende status, fant en blant kvinner en noe høyere dødelighet for funksjonærer på høyere nivå.

Figur 4.2.3.

Tapte leveår for yrkesaktive menn og kvinner 20-69 år i ulike sosioøkonomiske grupper 1970, basert på dødeligheten i perioden 1970-1980



Kilde: Borgan og Kristofersen, 1986.

4.3. Sykelighet

Nord-Norge og Vestlandet hadde for begge kjønn og de fleste aldersgrupper den laveste andel personer med sykdom ved begynnelsen av undersøkelsesperioden for Helseundersøkelsen 1985 og den laveste andel med sykdom oppstått i løpet av undersøkelsesperioden. Dette gjelder for alle sykdommer under ett og for de fleste sykdomsgrupper unntatt sykdommer i åndedretsorganene, der Vestlandet lå lavest.

Forskjellen mellom landsdelene mht. utvalgte sykdommer går fram av tabell 4.3.1. Den viser at Oslo og Akershus var den landsdelen som hadde høyest andel personer med hudsykdommer i 1985. Når det gjelder andel personer med nervøse lidelser, lå også Oslo og Akershus høyest. Vestlandet og Nord-Norge hadde lavest andel med nervøse lidelser. Nord-Norge lå også lavest i oversikten over hjerte- og karsykdommer, men forskjellene her er ikke særlig store med unntak av Trøndelag som topper statistikken. Skjelett- og muskelsykdommer forekom hyppigst i Oslo og Akershus tett fulgt av Østlandet ellers, mens Vestlandet hadde betydelig lavere andel enn resten av landet.

Tabell 4.3.1. Andel personer med utvalgte sykdommer. Pr. 1 000 personer. Landsdel. 1985

Landsdel	Hud- sykdommer	Nervøse lidelser	Hjerte- og kar- sykdommer	Skjelett- og muskel- sykdommer	Skader
Alle	103	65	108	165	36
Oslo og Akershus	143	75	109	185	32
Østlandet ellers	99	71	107	180	42
Agder og Rogaland	94	71	101	151	33
Vestlandet	87	54	102	133	38
Trøndelag	95	67	137	173	32
Nord-Norge	89	45	99	147	31

K i l d e: SSB Helseundersøkelsen 1985.

Tall for type bostedsstrøk (se tabell 4.3.2) viser at tettbygde strøk med under 2 000 bosatte har lavest andel personer med sykdom, unntatt for sykdommer i åndedretsorganene. Helseundersøkelsen viser økende andel rapporterte syketilfelle jo større tettstedet er, særlig blant småbarn (0-6 år) og yngre voksne (16-24 år). Særlig er andelen med sykdom i skjelett- og muskelsystemet høy i storbyene. I 1975 ble det funnet lavest andel sykdommer i fiskerikommuner og mindre sentrale industrikommuner for de fleste sykdomsgruppers vedkommende. Dette gjelder ikke for hjerte- og karsykdommer, der landbruks- og fiskerikommunene lå høyest, og ikke for skjelett- og muskelsykdommer, der mindre sentrale kommuner og fiskerikommuner lå på topp.

Tabell 4.3.2. Andel personer med utvalgte sykdommer, i ulike bostedsstrøk.
Pr. 1 000 personer. 1985

Bostedsstrøk	Nervøse lidelser	Hjerte- og kar-sykdommer	Skjelett- og muskel-sykdommer	Skader
Alle	65	108	165	36
Spredtbygd strøk	64	133	172	37
Tettbygd strøk				
200- 1 999 bosatte	57	83	141	29
2 000-19 999 bosatte	64	103	156	40
20 000-99 999 bosatte	62	94	161	35
100 000 eller flere ..	80	111	190	36

K i l d e: SSB Helseundersøkelsen 1985.

Ifølge en undersøkelse utført av NIS med utgangspunkt i innlagte psykiatriske pasienter 1. november 1984 (Hagen, 1987), er det en karakteristisk U-formet sammenheng mellom kommune-type og andelen psykiatriske pasienter når kommunene grupperes etter bosettingstetthet. Denne andelen er høyest på landsbygda. Diagnosebildet domineres her av schizofreni. Nest høyest andel finner vi i byer og tettbygde strøk. Diagnosebildet domineres her i større grad av affektive psykoser (alvorlige depresjoner og utpreget sykelig oppstemthet), nevroseser og misbruksgrupper. Bosettingstetthet i pasientens hjemkommune samvarierer systematisk med risikoen for å bli langtidspasient. Pasienter fra landsbygda blir langt oftere enn pasienter fra byer og tettsteder kroniske langtidspasienter. Av denne grunn er disse pasienter overrepresentert i denne tverrsnittstudien. Undersøkelsen støtter en antakelse om at psykiatrisk sykkelighet vil være høyest i henholdsvis fraflyttingstruede bygdesamfunn og i byer og pressområder.

Når kommunene grupperes etter næringsgrunnlag og sentralitet, presiseres noen av resultatene: Affektive psykoser, nevroseser og organiske psykoser (f.eks. senil demens eller nervesammenbrudd etter hjerneskode) er hyppigst i sentrale kommuner med "bymessig" næringsstruktur. Landbruks- og fiskerikommuner har i disse diagnosekategoriene lavere forekomst enn landsgjennomsnittet. Schizofrenier er hyppigst i fiskerikommuner, dernest følger landbrukskommuner og kombinerte landbruks- og industrikommuner. Lavest forekomst av schizofreni finner vi i sentrale kommuner der tjenesteytende næringer er dominerende.

I landbrukskommuner er menn særlig utsatte for psykiatrisk sykdom, mens kvinner er mest utsatte i fiskerikommuner. Det er ellers særlige forskjeller mellom de to kjønn i henholdsvis ensidige og flersidige industrikommuner (Hagen, 1987).

Tabell 4.3.3 viser hvordan andel personer med sykdom varierer med kjønn, alder og sosioøkonomisk status. For mannlige funksjonærer kan en anta en sammenheng mellom høyere status og lavere sykkelighet gjennom alle aldersgruppene. Slik sammenheng ser en for arbeidernes vedkommende bare i aldersgruppen 45-66 år. For jordbrukere og fiskere synes rapportert sykkelighet å variere på samme måte i forhold til gjennomsnittet som den observerte dødeligheten.

For kvinnelige funksjonærer aner en samme mønster i rapportert sykkelighet i aldersgruppen 45-66 år og observert dødelighet, men ellers lar kvinners rapporterte sykkelighet seg neppe forklare i forhold til egen sosioøkonomisk status.

Tabell 4.3.3. Andel personer 16 år og over med sykdom. Tall for alder, kjønn og sosioøkonomisk status. Prosent. 1985

Kjønn og sosioøkonomisk status	Alle aldere	Alder			
		16-24	25-44	45-66	67-
Menn					
Alle	53	38	44	61	76
Arbeidere, ufaglærte	45	34	40	59	:
Arbeidere, faglærte	49	44	45	56	:
Funksjonærer, lavere nivå	49	50	50	:	:
Funksjonærer, mellomnivå	49	45	46	57	:
Funksjonærer, høyere nivå	46	:	41	52	:
Jordbrukere og fiskere	58	:	43	63	:
Andre selvstendige	52	:	42	59	74
Skoleelever og studenter	33	32	:	:	:
Pensjonister	77	:	68	86	76
Hjemmearbeidende	56	:	:	:	:
Andre uklassifiserte	53	41	49	64	:
Kvinner					
Alle	59	42	49	66	82
Arbeidere, ufaglærte	54	36	46	65	:
Arbeidere, faglærte	42	:	:	:	:
Funksjonærer, lavere nivå	48	46	42	57	:
Funksjonærer, mellomnivå	51	39	53	52	:
Funksjonærer, høyere nivå	46	:	43	53	:
Jordbrukere og fiskere	42	:	:	:	:
Andre selvstendige	54	:	49	60	:
Skoleelever og studenter	45	44	47	:	:
Pensjonister	81	41	74	87	82
Hjemmearbeidende	56	31	48	71	:
Andre uklassifiserte	46	:	47	46	:

K i l d e: SSB Helseundersøkelsen 1985.

Tabell 4.3.4 viser fordelingen etter sosioøkonomisk gruppe for utvalgte sykdommer. Det hadde vært ønskelig å analysere kjønnene hver for seg. Bortsett fra at pensjonistene i alle aldersgrupper har høyest sykkelighet og nest høyest skadefrekvens etter jordbrukere og fiskere, legger man merke til at det blant hjemmearbeidende er mange med nervøse lidelser, med hjerte- og karsykdommer og skjelett- og muskellidelser. Blant selvstendig næringsdrivende er det påfallende mange med skjelett- og muskellidelser. Både for arbeideres og funksjonærers vedkommende er høyt nivå av skjelett- og muskellidelser knyttet til lavere status.

Tallene er ikke uten videre sammenlignbare med Helseundersøkelsen 1975 som undersøkte sammenhengen mellom antall syketilfelle og husholdningsinntekt. Med unntak for hudsykdommer ble det så og si for alle sykdommers vedkommende funnet en klar sammenheng mellom lav inntekt og høyt antall syketilfelle i 1975. For hudsykdommer var det omvendt.

Tabell 4.3.4. Tilfelle av utvalgte sykdommer for personer 16 år og over, i grupper for sosioøkonomisk status. Pr. 1 000 personer. 1985

Sosioøkonomisk status	Nervøse lidelser	Hjerte- og kar-sykdommer	Skjelett- og muskel-sykdommer	Skader
Alle	86	160	227	45
Arbeidere, ufaglærte	61	102	201	48
Arbeidere, faglærte	46	120	186	32
Funksjonærer, lavere nivå	57	54	212	20
Funksjonærer, mellomnivå	59	62	184	30
Funksjonærer, høyere nivå	49	85	166	35
Jordbrukere og fiskere	30	157	207	96
Andre selvstendige	56	114	251	32
Skoleelever og studenter	34	3	108	39
Pensjonister	173	422	354	80
Hjemmearbeidende	114	117	212	23
Andre og uklassifiserte	80	91	167	44

K i l d e: SSB Helseundersøkelsen 1985.

4.4. Konsekvenser av sykdom

For å belyse ulikheter i konsekvenser av sykdom, har vi valgt å se på tre indikatorer: nedsatt arbeidsevne, nedsatt funksjonsevne og behov for hjelp til å klare dagliglivets gjøremål. Tabell 4.4.1 viser hvordan andelen registrerte uførepensjonister varierer med fylke og kjønn. Finnmark har den høyeste andelen uførepensjonerte både blant menn og kvinner. I resten av Nord-Norge er særlig mange kvinner uførepensjonerte. Telemark har også en relativt høy andel uførepensjonerte av begge kjønn, fulgt av Østfold og Hedmark. Aldersstandardisering ville ha endret på forholdet mellom fylkene.

Tabell 4.4.1. Uførepensjonister blant menn og kvinner, i prosent av befolkningen i alderen 16-66 år. Fylke

Fylke	Uførepensjonister pr. 31.12.87		Nye uførepensjonister i 1987	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
I alt	6,9	8,3	1,2	1,4
Østfold	8,7	10,0	1,3	1,6
Akershus	4,0	5,6	0,8	1,1
Oslo	6,8	9,2	1,1	1,3
Hedmark	8,9	9,4	1,6	1,5
Oppland	7,4	8,1	1,3	1,4
Buskerud	6,4	7,8	1,1	1,4
Vestfold	8,1	9,3	1,7	1,7
Telemark	9,4	10,1	1,8	1,8
Aust-Agder	8,2	9,1	1,2	1,4
Vest-Agder	7,6	9,3	1,2	1,3
Rogaland	5,5	6,3	1,0	1,1
Hordaland	5,7	7,0	0,9	1,1
Sogn og Fjordane	5,4	5,7	0,9	0,9
Møre og Romsdal	6,0	7,3	1,1	1,3
Sør-Trøndelag	6,4	8,3	1,2	1,6
Nord-Trøndelag	7,3	8,2	1,5	1,4
Nordland	8,6	10,5	1,5	1,8
Troms	7,9	10,3	1,3	1,6
Finnmark	9,7	12,5	1,6	2,1

K i l d e: RTV Trygdestatistisk Årbok 1988.

I Helseundersøkelsen 1985 ble yrkesaktive spurt om de hadde hatt fravær fra arbeidet på grunn av egen sykdom i løpet av registreringsperioden på 14 dager. Tallene er usikre på grunn av utvalgsvarians, kort registreringsperiode og ulikheter i aldersfordeling mv. Med disse forbehold viser tall etter landsdel (se tabell 4.4.2) at Oslo og Akershus hadde den høyeste andel yrkesaktive med fravær (12 prosent) og Vestlandet den laveste (6 prosent) i registreringsperioden.

Tabell 4.4.2. Andel yrkesaktive 16 år og over med fravær fra arbeid i registreringsperioden og andel dager med fravær av mulige arbeidsdager i perioden. Tall for alder og landsdel/sosioøkonomisk status. Prosent. 1985

	Personer med fravær			Dager med fravær		
	Alle	Av dette		Alle	Av dette	
		25-44 år	45-66 år		25-44 år	45-66 år
LANDSDEL						
Oslo og Akershus	12	12	12	7	6	8
Østlandet ellers	9	8	9	6	5	7
Agder og Rogaland	8	7	10	5	4	7
Vestlandet,.....	6	7	6	4	5	5
Trøndelag	10	9	8	6	6	5
Nord-Norge	10	8	13	6	4	12
SOSIOØKONOMISK STATUS						
Arbeidere, ufaglærte .	11	10	12	8	7	10
Arbeidere, faglærte ..	10	9	11	7	6	8
Funksjonærer, lavere nivå	10	10	12	7	6	10
Funksjonærer, mellomnivå	9	8	8	4	4	5
Funksjonærer, høyere nivå	8	8	5	3	3	3
Jordbrukere og fiskere	7	3	12	5	1	9
Andre selvstendige ...	7	7	8	5	5	5

K i l d e: SSB Helseundersøkelsen 1985.

Tallene etter sosioøkonomisk status viser størst fravær for arbeidere og lavere funksjonærer og minst for høyere funksjonærer.

Tabell 4.4.3. Andel personer 16-79 år med nedsatt funksjonsevne og andel som er hjelpetrengende. Tall for landsdel/sosioøkonomisk status. Prosent. 1987

	Nedsatt funksjonsevne	Hjelpetrengende
LANDSDEL		
Oslo og Akershus	18	5
Østlandet ellers	19	6
Agder og Rogaland	16	5
Vestlandet	14	4
Trøndelag	18	5
Nord-Norge	18	8
SOSIOØKONOMISK STATUS		
Arbeidere, ufaglærte	11	1
Arbeidere, faglærte	12	1
Funksjonærer, lavere nivå	10	2
Funksjonærer, mellomnivå	7	1
Funksjonærer, høyere nivå	6	1
Jordbrukere og fiskere	10	1
Andre selvstendige	12	4
Skoleelever og studenter	7	1
Pensjonister	52	22
Hjemmearbeidende	13	3
Andre ikke-yrkesaktive	16	5

K i l d e: NOS Levekårsundersøkelsen 1987.

I Levekårsundersøkelsen 1987 ble det bl.a. stilt spørsmål om nedsatt funksjonsevne og om behov for hjelp (jf. avsnitt 3.6 om praktiske problemer i alderdommen). Tallene er stort sett små og usikre og de samvarierer bare delvis med tall for andre helseindikatorer.

LITTERATUR

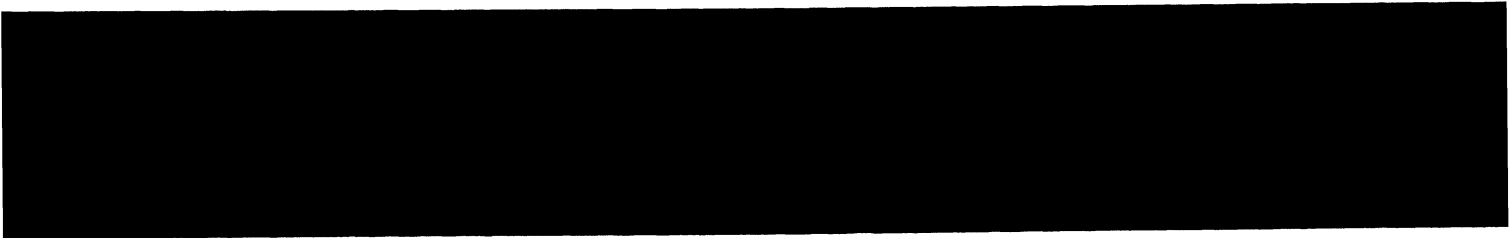
- Arner, O., R. Hauge og O.-J. Skog (1985): Alkohol i Norge. Universitetsforlaget
- Borgan, J.-K. og L. Kristofersen (1986): Dødelighet i yrker og sosioøkonomiske grupper 1970-1980. SA 56, SSB Oslo-Kongsvinger.
- Brevik, I. (1989): Hvorfor er sosialutgiftene i storbyene så store? Norsk statsvitenskapelig tidsskrift 1/89.
- Carlson, O. (1982): Pasientstatistikk 1980. Rapport nr. 82/34 SSB, Oslo-Kongsvinger.
- Dahl, G. (1988): Arbeidssomme alderspensjonister. Samfunnsspeilet nr. 1/1988, SSB.
- Gjestland, T. og E. Moen (1988): East is east and west is west. NIBR-rapport 1988:21, Oslo.
- Grøtvedt, L. og O. Carlson (1988): Helse og livsstil i figurer og tekst. Utviklingstrekk 1975-1985. Rapport nr. 88/23, SSB Oslo-Kongsvinger.
- Hagen, H. (1987): Spesialstatistikk for psykiatriske institusjoner. Norsk institutt for sykehusforskning. NIS arbeidsrapport 29/87.
- Hauge, R. og O. Irgens-Jensen (1989): Bruk av narkotika i Norge. Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning. SIFA-rapport nr. 2/89. Oslo.
- Health Education Council, U.K. (1986): Women and smoking. A handbook for action.
- Helsedirektoratet, Kommunalforlaget (1987): Helse for alle i Norge?
- Kristofersen, L. (1987): Høy dødelighet i storbyer. Dødeligheten i sosioøkonomiske grupper i Oslo, Stavanger, Bergen og Trondheim 1970-1980. NIBR-rapport 1987:8.
- Mørland, J. (1982): Rusmidlene og kroppen. Hvordan alkohol og andre rusmidler virker på kroppen. Aschehoug & Co.
- Noack, T. og L. Østby (1983): Barnløshet - savn eller ønske? Om ufrivillig og frivillig barnløshet. SSB, Artikkel 140, Oslo-Kongsvinger
- NOMESKO (1984 og 1989): Helsestatistikk i de nordiske land 1982 og 1987. København nr. 19/1984 og nr. 29/1989.
- Nordisk statistisk årsbok (1989): Yearbook of Nordic Statistics 1988, Vol. 27. NORD 1988:114.
- Norsk Medisinaldepot, NMD (1986): Legemiddelforbruket i Norge 1981-1985. NMD-Oslo 1986.
- Norsk Medisinaldepot, NMD (1989): Legemiddelforbruket i Norge 1984-1988. NMD-Oslo 1989.
- Nygaard, H.A. (1985): Senil demens. En underdiagnostisert tilstand? Betydning for situasjonen i somatiske sykehjem. Tidsskrift for den norsk lægeförening nr. 5/1985; 105:351-2.
- Rikstrygdeverket, RTV (1977, 1987, 1988): Trygdestatistisk årbok.
- Rytter Evensen, Å. (1988): Sykehjemssøkere - hvem er de, hvorfor søker de, hva kan vi gjøre for dem? Rapport fra aksjon venteliste i Oslo 1982-1985. SIFF-RAPPORT nr. 1/1988.

- Skjeldestad, F.E. (1988): Spiral og extrauterine svangerskap. Tidsskrift for den norske lægeforening 17-18/88, s. 1430.
- Skog, O.-J. (1986): Trends in alcohol consumption and deaths from diseases. Statens institutt for alkoholforskning, SIFA-mimeograph no. 2/86.
- Skog, O.-J. (1990): Alkoholskadene utvikling i Norge. Tidsskrift for den norske lægeforening nr. 3/1990; 110:372-5.
- SSB (1988): Befolkningsstatistikk 1988, Hefte II, Folkemengde 1. januar, NOS B 789, Oslo-Kongsvinger.
- SSB (1976): Folkemengden etter alder og ekteskapeelig status 31.12.1975, NOS A 821, Oslo.
- SSB (1977): Helseundersøkelsen 1975, NOS A 894, Oslo.
- SSB (1987): Helseundersøkelsen 1985, NOS B 692, Oslo-Kongsvinger.
- SSB (1972-1989): Dødsårsaker, flere årganger, NOS A 467 - NOS B 813, Oslo-Kongsvinger.
- SSB (1972-1989): Helsestatistikk, flere årganger, NOS A 493 - NOS B 832, Oslo-Kongsvinger.
- SSB (1982): Levekårsundersøkelsen 1980, NOS B 320, Oslo-Kongsvinger.
- SSB (1984): Levekårsundersøkelsen 1983, NOS B 511, Oslo-Kongsvinger.
- SSB (1988): Levekårsundersøkelsen 1987, NOS B 772, Oslo-Kongsvinger.
- SSB (1988): Regional dødelighet 1981-1985, NOS B 790, Oslo-Kongsvinger.
- SSB (1989a): Sosialt utsyn 1989, SØS 70, Oslo-Kongsvinger.
- SSB (1989b): Statistisk ukehefte nr. 50/1989.
- Statens institutt for folkehelse (1988): MSIS-rapport 1988. Meldesystem for infeksjonssykdommer.
- Statens institutt for folkehelse (1988-1989): AIDS-info, flere nummer.
- Støren, L. A. (1987): Levekår blant utenlandske statsborgere 1983,SØS 63, SSB Oslo-Kongsvinger
- Vogt, T. (1986): Vannkvalitet og helse, SØS 61, SSB Oslo-Kongsvinger.
- WHO (1987): The five year action plan, WHO Region Office for Europe, Copenhagen EUR/RC 37/7.
- Aaseth, J. og S. Vaaler (1987): Mineraler og helsekost - medisin for alle? Universitetsforlaget AS, Oslo - Bergen - Stavanger - Tromsø.

UTKOMMET I SERIEN RAPPORTER FRA STATISTISK SENTRALBYRÅ ETTER 1. JANUAR 1989 (RAPP)
 Issued in the series Reports from the Central Bureau of Statistics since 1 January 1989 (REP)
 ISSN 0332-8422

- 88/9 Radiolytting og fjernsynsseing vinteren 1988 Landsoversikt for programdagene 30. januar - 5. februar/Gustav Haraldsen. 1988-91s. (RAPP; 88/9) 40 kr ISBN 82-537-2653-8
- 88/10 Radiolytting og fjernsynsseing vinteren 1988 Fylkesoversikt for programdagene 30. januar - 5. februar/Gustav Haraldsen. 1988-168s. (RAPP; 88/10) 50 kr ISBN 82-537-2654-6
- 88/11 Ressursregnskap for skog 1970-1985/Erik Næsset. 1988-68s. (RAPP; 88/11) 40 kr ISBN 82-537-2661-9
- 88/15 Inntektsulikhet i Norge 1973-1985/Rolf Aaberge og Tom Wennemo. 1988-94s. (RAPP; 88/15) 45 kr ISBN 82-537-2671-6
- 88/16 Individuelle faktorer ved rekruttering til uførepensjonsordningen. En empirisk studie 1977-1983/Ellen J. Amundsen. 1988-96s. (RAPP; 88/16) 45 kr ISBN 82-537-2728-3
- 88/26 Radiolytting og fjernsynsseing Høsten 1988 Fylkesoversikt for programdagene 1.-7. oktober Gustav Haraldsen og Odd Frank Vaage. 1988-130s. (RAPP; 88/26) 50 kr ISBN 82-537-2699-6
- 88/27 Radiolytting og fjernsynsseing Høsten 1988 Landsoversikt for programdagene 1.-7. oktober/ Gustav Haraldsen og Odd Frank Vaage. 1988-85s. (RAPP; 88/27) 40 kr ISBN 82-537-2700-3
- 88/28 Radiolytting og fjernsynsseing blant barn og ungdom høsten 1988 Programdagene 1.-7. oktober/Gustav Haraldsen og Odd Frank Vaage. 1988-55s. (RAPP; 88/28) 40 kr ISBN 82-537-2703-8
- 88/29 Kommunehelsetjenesten Årsstatistikk for 1987. 1988-67s. (RAPP; 88/29) 40 kr ISBN 82-537-2698-8
- 88/31 Luftforurensning og materialskader: Samfunnsøkonomiske kostnader/Solveig Glomsrød og Audun Rosland. 1989-70 s. (RAPP; 88/31) 40 kr ISBN 82-537-2727-5
- 88/32 Den norske informasjonssektoren - Hvor stor del av totaløkonomien har med informasjon å gjøre?/Jan Brunsgaard og Erling Joar Fløttum. 1989-73s. (RAPP; 88/32) 40 kr ISBN 82-537-2707-0
- 89/1 Naturressurser og miljø 1988 Energi, petroleumsøkonomi, mineraler, fisk, skog, jordbruk, avfall, avløp og vannforsyning, luft Ressursregnskap og analyser. 1989-116s. (RAPP; 89/1) 75 kr ISBN 82-537-2765-8
- 89/2 KVARTS-86 A Quarterly Macroeconomic Model Formal Structure and Empirical Characteristics/ Einar Bowitz and Torbjørn Eika. 1989-104s. (RAPP; 89/2) 45 kr ISBN 82-537-2714-3
- 89/3 Lønnsrelasjoner i en kvartalsmodell for norsk økonomi En KVARTS-rapport/Einar Bowitz. 1989-87s. (RAPP; 89/3) 70 kr ISBN 82-537-2738-0
- 89/4 Innvandringens betydning for befolkningsutvikling i Norge/Inger Texmon og Lars Østby. 1989-55s. (RAPP; 89/4) 70 kr ISBN 82-537-2723-2
- 89/5 Statistisk sentralbyrå Hovedtrekk i arbeidsprogrammet for 1989. 1989-53s. (RAPP; 89/5) 60 kr ISBN 82-537-2720-8
- 89/6 Utbyggingsregnskap Dokumentasjon av metode og resultater fra prøveregnskap 1986 og 1987/ Øystein Engebretsen. 1989-58s. (RAPP; 89/6) 70 kr ISBN 82-537-2724-0
- 89/7 Sociodemographic Differentials in the Number of Children A Study of Women Born 1935, 1945 and 1955/Øystein Kravdal. 1989-138s. (RAPP; 89/7) 75 kr ISBN 82-537-2766-6

- 89/8 Radiolytting og fjernsynsseing Vinteren 1989 Landsoversikt for programdagene 4. - 10. februar/Gustav Haraldsen og Odd Frank Vaage. 1989-69s. (RAPP; 89/8) 70 kr ISBN 82-537-2769-0
- 89/9 Radiolytting og fjernsynsseing Vinteren 1989 Fylkesoversikt for programdagene 4. - 10. februar/Gustav Haraldsen og Odd Frank Vaage. 1989-130s. (RAPP; 89/9) 85 kr ISBN 82-537-2770-4
- 89/10 Rehabilitering av bygninger 1986/Arild Thomassen. 1989-41s. (RAPP; 89/10) 70 kr ISBN 82-537-2791-7
- 89/12 De eldres inntekter Nivå og ulikhet Income of Aged People Level and Inequality. 1989-156s. (RAPP; 89/12) 95 kr ISBN 82-537-2785-2
- 89/13 Totalregnskap for fiske- og fangstnæringen 1983-1986. 1989-38s. (RAPP; 89/13) 60 kr ISBN 82-537-2783-6
- 89/14 Ensliges inntekt og forbruk. 1989-107s. (RAPP; 89/14) 75 kr ISBN 82-537-2796-8
- 89/15 Husholdningsstørrelse og -sammensetning 1960, 1970 og 1980 Noen utvalgte alderstrinn/Björg Moen. 1989-50s. (RAPP; 89/15) 60 kr ISBN 82-537-2847-6
- 89/16 Skatter og overføringer til private Historisk oversikt over satser mv. Årene 1975-1989. 1989-63s. (RAPP; 89/16) 45 kr ISBN 82-537-2813-1
- 89/17 Fruktbarhet og dødelighet i Norge 1771-1987. 1989-44s. (RAPP; 89/17) 60 kr ISBN 82-537-2840-9
- 89/18 Undersøkelse om bruk av folkebibliotek 1988. 1989-83s. (RAPP; 89/18) 60 kr ISBN 82-537-2832-8
- 89/19 Aktuelle skattetall 1989 Current Tax Data. 1989-44s. (RAPP; 89/19) 60 kr ISBN 82-537-2844-6
- 89/21 Kommunehelsetjenesten Årstatistikk for 1988. 1990-83s. (RAPP; 89/21) 70 kr ISBN 82-537-2870-0
- 89/22 Energisubstitusjon i treforedlingssektoren/Torstein Bye og Tor Arnt Johansen. 1990-40s. (RAPP 89/22) 60 kr ISBN 82-537-2873-5
- 89/23 Struktur og egenskaper ved en MSG-modell med Armingtonrelasjoner/Erling Holmøy og Tor Jakob Klette. 1990-99s. (RAPP 89/23) 70 kr ISBN 82-537-2872-7
- 90/1 Naturressurser og miljø 1989 Energi, fisk, skog, jordbruk, luft, ressursregnskap og analyser. 1990-136s. (RAPP; 90/1) 75 kr ISBN 82-537-2918-9
- 90/2 Region-2 En modell for regionaløkonomisk analyse/Knut Ø. Sørensen og Jøran Toresen. 1990-76s. (RAPP; 90/2) 70 kr ISBN 82-537-2880-8
- 90/3 Nasjonale og regionale virkninger av ulike utviklingslinjer i norsk jordbruk/Ådne Cappelen, Stein Inge Hove og Tor Skoglund. 1990-88s. (RAPP 90/3) 45 kr ISBN 82-537-2890-5)
- 90/4 Arbeidstilbudet i MODAG En analyse av utviklingen i yrkesdeltakingen for ulike sosiodemografiske grupper/Kjersti-Gro Lindquist, Liv Sannes og Nils Martin Stølen. 1990-178s. (RAPP 90/4) 85 kr ISBN 82-537-2911-1
- 90/6 Who has a Third Child in Contemporary Norway? A Register-Based Examination of Socio-demographic Determinants/Øystein Kravdal. 1990-100s. (RAPP; 90/6) 75 kr ISBN 82-537-2919-7



Pris kr 70,00

Publikasjonen utgis i kommisjon hos H. Aschehoug & Co. og
Universitetsforlaget, Oslo, og er til salgs hos alle bokhandlere.

ISBN 82-537-2924-3
ISSN 0332-8422