



LHL



Helsebarometeret 2015

Oppfatning av egen helse, helsetilbudet
og prioritering i Helse-Norge

#helsebar

helsebarometeret.no

HELSEBAROMETERET 2015 – OPPFATNING AV EGEN HELSE, HELSETILBUDET OG PRIORITERING I HELSE-NORGE

ISBN: 978-82-7496-101-2

Utgitt av LHL, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke

Opplag 1: 2000, desember 2014

Rapport del 1 og del 2 er levert på oppdrag for LHL av SINTEF Helse

Forfattere del 1 og del 2: Marian Ådnanes, forskningsleder og Karin Dyrstad, forsker, *SINTEF Teknologi og samfunn, avdeling Helse*

Artikkelforfattere del 3:

Lars Fredrik Svendsen,
Universitetet i Bergen
Kim Rand-Hendriksen,
Universitetet i Oslo
Liv Ariane Augestad,
Universitetet i Oslo

Foto: Christopher Olssøn

Design: Redink

Trykk: RK Grafisk

Papir: Scandia 2000 White, innmat 100 g, omslag 250 g



LHL



SINTEF

Helsebarometeret gir befolkningen en stemme i helsedebatten



Foto: Anders Bergesen

FRODE JAHREN
generalsekretær
i LHL

GOD HELSE er viktig for alle mennesker. Derfor er vi opptatt av rask og god behandling når vi blir syke. I LHL mener vi at for mye av den helsepolitiske debatten dreier seg om hvorvidt ventelistene har blitt litt lengre eller litt kortere. Det brukes for mye tid til å diskutere om bevilgningene til sektoren vokser sterkt nok. Mediene på sin side bidrar til å løfte fram enkeltskjebner, og dessverre er det slik at de mest ressurssterke og best organiserte pasientgruppene lettest når fram med sin beskrivelse i offentligheten.

I LHL har vi vært opptatt av hvordan befolkningen, det vil si nåværende og framtidige brukere av helsetjenesten, opplever egen helse og tilstanden til tjenesten. Gjennom Helsebarometeret 2015 presenterer vi ikke enkelthistorier, men kvantitative data. Barometeret er et redskap som gir oss svar, og er de manges stemme i helsedebatten. Vi vil i årene som kommer, fortsette å utgi Helsebarometeret slik at vi over tid kan måle utviklingen. LHLs barometer viser at befolkningen er godt fornøyd med helsevesenet. Det er gledelig. Men det er også tydelige beskjeder fra pasientene om at psykisk helsevern må forsterkes, og at mennesker med kroniske smerter får for dårlig behandling.

Svarene i Helsebarometeret peker som ventet på en av de store utfordringene i helsesektoren og norsk samfunnsliv: Sosial ulikhet og helse henger nært sammen. Vi ser det tydelig i statistikken når det gjelder utdanningsnivå og antall leveår. Sosial

bakgrunn slik som utdanningsnivå og inntekt samsvarer helt med forekomst av sykdom og for tidlig død. Mennesker med høyere universitetsutdanning lever lengre og er mindre syke enn de med lavere utdanning. Selv om alle sosiogrupper har økt sin forventede levealder, har forskjellen i forventet levealder mellom de med høy og de med lav utdanning økt de siste 50 årene. I Helsebarometeret ser vi tydelig at sosial ulikhet også har betydning for hvordan vi vurderer egen helse. De med lavest utdanningsnivå vurderer egen helsetilstand som klart dårligere enn de med høyere utdanning.

Derfor ønsker vi at politikerne i langt sterkere grad debatterer hvordan vi kan redusere sosial ulikhet, og med det redusere sykdom og for tidlig død. Dette er en langt viktigere helsepolitisk debatt enn den om ventelister og bevilgninger.

Et hovedtema for dette årets Helsebarometer er prioritering. Prioritering er vanskelig, og særlig vanskelig er det når det kommer til helse. Likevel er det helt nødvendig. Prioritering vil skje enten vi ønsker det eller ikke. Derfor er det viktig at det foregår en prioriteringsdebatt, og det er nødvendig at det i åpenhet utarbeides kriterier for hvordan prioriteringen skal foregå.

God lesning.
Frode Jahren

Innhold

DEL 1 HELSETJENESTER OG HELSE I NORGE

Marian Ådnanes, forskningsleder, *SINTEF Teknologi og samfunn, avdeling Helse*

1 Helsetjenester og helseutgifter	19
1.1 Helseutgifter	20
1.1.1 Offentlig versus privat finansiering av helsetjenester	21
1.1.2 Helseutgifter fordelt på helsetjenester	22
1.2 Oppsummering – helseutgifter	24
1.3 Aktivitetsdata for helsetjenestene	25
1.3.1 Somatiske sykehus	25
1.4 Psykisk helsevern for voksne	30
1.4.1 Pasienter og diagnoser i psykisk helsevern og TSB	30
1.4.2 Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten	32
1.4.3 Kommunale helse- og omsorgstjenester	34
1.4.4 Pleie- og omsorgstjenester	41
1.5 Ventetider og pasientrettigheter	42
1.5.1 Vurdering av henvisning (i forhold til vurderingsgarantien)	42
1.5.2 Ventetid til oppstart av helsehjelp	43
1.5.3 Antall ventende	46
1.5.4 Fritt sykehusvalg – oppdatering av ventetider	46
1.5.5 Fordeling mellom offentlige og private sykehus	47
1.6 Kvalitetsindikatorer	48
1.6.1 Startet behandling av brystkreft innen 20 dager	48
1.6.2 Startet behandling av lungekreft innen 20 dager	49
1.6.3 Utsettelse av planlagte operasjoner	50
1.6.4 Epikrise innen 7 dager	50
1.7 Oppsummering – helsetjenestene	51
2 Helse i Norges befolkning	55
2.1 Helsetilstand	56
2.1.1 Hjerter- og karsykdom	56
2.1.2 Kreft	57
2.1.3 Kols-lungesykdommer	60
2.1.4 Psykisk helse	62
2.1.5 Muskel- og skjelettlidelser	64
2.2 Legemidler	65
2.2.1 Legemiddelbruk	65
2.3 Oppsummering	72
2.3.1 Helsetilstand	72
2.3.2 Legemidler	73

DEL 2 LHLs HELSEBAROMETER

Karin Dyrstad, forsker, *SINTEF Teknologi og samfunn, avdeling Helse*

3 Helsebarometeret 2015:

Befolkningens vurdering av egen helse, helsetilbud og prioriteringer i helsevesenet	77
3.1 Datamateriale og representativitet	78
3.2 Metode	81
3.3 Struktur og variabler i analysene	82
4 Oppfatning av egen helse og sykdomstilstand	85
4.1 Hva er god helse?	86
4.2 Opplevd helse	86
4.2.1 Opplevd helse blant kvinner og menn og i ulike aldersgrupper	86
4.2.2 Opplevd helse og aktivitetsbegrensninger	88
4.2.3 Opplevd helse og helseplager	89
4.2.4 Opplevd helse og sykdom	90
4.3 Sykdom og helseplager blant kvinner og menn og i ulike aldersgrupper	91
4.3.1 Sykdom blant kvinner og menn og etter alder	92
4.3.2 Helseplager blant kvinner og menn og etter alder	93
4.4 Helse og sosial ulikhet	94
4.4.1 Opplevd helse etter utdanningsnivå	94
4.4.2 Opplevd helse etter yrkesaktivitet	94
4.4.3 Sykdom etter utdanningsnivå	96
4.4.4 Helseplager etter utdanningsnivå	96
4.4.5 Angst og uro etter utdanningsnivå	97
4.5 Psykisk helse	99
4.5.1 Psykisk helse og opplevd helse	99
4.5.2 Psykisk helse blant menn og kvinner og i ulike aldersgrupper	100
4.5.3 Psykisk helse og andre sykdommer	101
4.5.4 Angst og uro	103
4.5.5 Bruk av beroligende tablett, sovemedisiner og narkotiske stoffer	103
4.6 Helse blant innvandrere	105
4.6.1 Innvandrere i Helsebarometeret	105
4.6.2 Opplevd helse, sykdom og helseplager etter landbakgrunn	107
4.6.3 Psykisk helse blant innvandrere	109
4.7 Helse og livsstil	110
4.7.1 Kosthold	110
4.7.2 Alkohol og tobakk	111
4.7.3 Trening og fysisk aktivitet	114
4.7.4 Hva er sammenhengen mellom helse og livsstil?	115

4.8	Forventet framtidig helse	116
4.8.1	Bekymring for framtidig helse etter kjønn og alder	116
4.8.2	Bekymring for framtidig helse etter kjønn og utdanning	118
4.8.3	Bekymring for framtidig helse etter sykdom og helseplager	119
4.8.4	Livsstil og bekymring for framtidig helse	120
4.9	Oppfatning av egen helse og sykdomstilstand oppsummert	120
<hr/>		
5	Oppfatning av helsetilbudet i Norge	123
<hr/>		
5.1	Oppfatning av helsetjenester	124
5.1.1	Fastlege/allmennlege	125
5.1.2	Pleie-/omsorgs-/hjemmetjeneste	126
5.1.3	Poliklinisk behandling på sykehus	128
5.1.4	Innleggelse på sykehus	129
5.1.5	Privat psykolog/psykiater	130
5.1.6	Sosiodemografiske forskjeller oppsummert	131
5.1.7	Helsetjenester og diagnoser	132
5.2	Samhandling, behandlingsforløp og kommunikasjon	133
5.2.1	Behandlingsforløp og tilfredshet med tjenester	133
5.2.2	Sosiodemografiske forskjeller	134
5.2.3	Forskjeller mellom pasienter med ulike diagnoser	135
5.3	Kvalitet i helsetjenesten	138
5.3.1	Aldersforskjeller i vurdering av kvalitet i helsetjenesten	139
5.3.2	Utdanningsforskjeller i vurdering av kvalitet i helsetjenesten	141
5.3.3	Betydningen av diagnose for vurderingen av kvalitet	142
5.4	Bruk av privat helseforsikring	143
5.5	Oppfatning av helsetilbudet i Norge oppsummert	145
<hr/>		
6	Prioriteringer i helsevesenet	149
<hr/>		
6.1	Hvem bør ha ansvar for å tilby helsetjenester?	150
6.1.1	Støtte til private helsetjenester etter sosiodemografiske kjennetegn	150
6.1.2	Støtte til private helsetjenester etter partipreferanse	152
6.1.3	Støtte til private helsetjenester etter sykdomsbilde	153
6.2	Hvem bør ha ansvar for å ivareta folks helse?	154
6.2.1	Syn på forebyggende helsearbeid etter sosiodemografiske kjennetegn	155
6.2.2	Syn på forebyggende helsearbeid etter partipreferanse	156
6.2.3	Syn på forebyggende helsearbeid etter sykdomsbilde	156
6.3	Bruk av egenandeler	158
6.3.1	Syn på økte egenandeler etter sosiodemografiske kjennetegn	158
6.3.2	Syn på økte egenandeler etter partipreferanse	160
6.3.3	Syn på økte egenandeler etter sykdomsbilde	161
6.3.4	Syn på økte egenandeler etter livsstil	162
6.4	Ressursbruk i helsevesenet	163
6.4.1	Syn på ressursbruk i helsetjenesten etter sosiodemografiske kjennetegn	163
6.4.2	Syn på ressursbruk i helsetjenesten etter partipreferanse	165
6.4.3	Syn på ressursbruk i helsetjenesten etter sykdomsbilde	166

6.5	Kvalitet, tilgjengelighet og faglige vurderinger	166
6.5.1	God behandling versus avstand til sykehus	166
6.5.2	Faglige versus politiske prioriteringer	170
6.6	Prioritering mellom grupper	172
6.6.1	Palliativ eller kurativ behandling?	173
6.6.2	Flest mulig eller lengst mulig?	175
6.6.3	De sykeste først?	177
6.6.4	Unge foran eldre?	179
6.6.5	Sykdomsgrupper	180
6.7	Prioriteringer i helsevesenet oppsummert	181
7	Litteratur, del 1 og 2	184
DEL 3 INNSIKT		
	ET LIV I SYKDOMMENS TEGN? , Lars Fr. H. Svendsen, professor i filosofi, <i>Universitetet i Bergen</i>	191
	KVALITETJUSTERTE LEVEÅR , Kim Rand-Hendriksen og Liv Ariane Augestad, <i>Universitetet i Oslo</i>	194
DEL 4 LHLS VISJONER OG PLANER		
	KUNNSKAP FOR ET BEDRE LIV , Frode Jahren, <i>generalsekretær i LHL</i>	201

Figurer

FIGUR 1.1 Totale helseutgifter i prosent av BNP for et utvalg OECD-land i 2011 (Kilde: OECD)	20	FIGUR 1.11 Diagnosesammensetning (ICD-10) i ulike aldersgrupper innen somatisk spesialisthelsetjeneste framstilt som andeler i 2013 (Kilde: Helsedirektoratet, SAMDATA 2013)	28	FIGUR 1.19 Årsverk i kommunehelsetjenesten, 2010–2013 (Kilde: SSB, KOSTRA)	35
FIGUR 1.2 Totale helseutgifter (mill. kr) etter finansieringskilde. 1997–2013 (Kilde: SSB)	21	FIGUR 1.12 Prosentvis endring i oppholdsøgn, dagbehandling og polikliniske konsultasjoner (antall episoder) for ulike diagnosegrupper (ICD10) i perioden 2010–2013 (Kilde: Helsedirektoratet, Norsk pasientregister, NPR)	29	FIGUR 1.20 Årsverk i pleie- og omsorgstjenestene fordelt på utdanningsgrupper, 2010–2013 (Kilde: SSB, KOSTRA)	36
FIGUR 1.3 Offentlig finansierte helseutgifter som prosent av totale helseutgifter for et utvalg OECD-land i 2011 (Kilde: OECD)	21	FIGUR 1.13 Oppholdsøgn, polikliniske konsultasjoner, utskrivninger og antall pasienter i det psykiske helsevernet for voksne per 1000 innbygger. 2010–2013 (Kilder: Helsedirektoratet, Norsk pasientregister (NPR) og SAMDATA, 2013)	30	FIGUR 1.21 Antall fastleger fordelt på kjønn i perioden 2002–2013	37
FIGUR 1.4 Fordeling av totale helseutgifter på de ulike tjenesteområdene (mill. kr). 2008–2013 (Kilde: SSB)	22	FIGUR 1.14 Antall personer per 1000 innbygger i kontakt med psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) etter 5 års aldersgrupper og kjønn i 2013 (Kilde: Helsedirektoratet, SAMDATA 2013)	30	FIGUR 1.22 Antall konsultasjoner hos fastlegen per person fordelt på aldersgrupper i perioden 2010–2013 (Kilde: SSB)	37
FIGUR 1.5 Utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester. Brutto driftsutgifter etter funksjon. (1000 kroner). 2009–2013 (Kilde: SSB, KOSTRA)	23	FIGUR 1.15 Diagnosesammensetning for ulike aldersgrupper innen psykisk helsevern i 2013 framstilt som andeler (Kilde: Helsedirektoratet, SAMDATA 2013)	31	FIGUR 1.23 Konsultasjoner hos fastlegen per 1000 innbygger etter kjønn og diagnose i 2013 (Kilde: SSB, Allmennlegetjenesten)	38
FIGUR 1.6 Helseforetakenes kjøp av private helsetjenester (mill. kr, løpende priser). Fordeling på ulike funksjoner. 2008–2013 (Kilde: SSB, StatRes)	24	FIGUR 1.16 Antall pasienter og mottakere av rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten. 2008–2013 (Kilde: Helsedirektoratet, NPR)	32	FIGUR 1.24 Antall avtalehjemler for private fysioterapeuter, fulltid og deltid. 2010–2013 (Kilde: SSB, KOSTRA)	39
FIGUR 1.7 Personer i kontakt med spesialisthelsetjeneste etter 5 års aldersgrupper og kjønn i 2013, absolute tall (Kilde: Helsedirektoratet, SAMDATA 2013)	25	FIGUR 1.17 Pasienter og mottakere av ulike typer rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten, inkludert private tilbydere 2008–2013 etter region. Antall pasienter/mottakere per 1000 innbygger. (Kilde: Helsedirektoratet, Norsk pasientregister, NPR)	33	FIGUR 1.25 Fordeling av arbeidsoppgaver blant fysioterapeuter i kommunale helse- og omsorgstjenester. 2009–2013 (Kilde: SSB, KOSTRA)	39
FIGUR 1.8 Polikliniske konsultasjoner, oppholdsøgn, dagbehandling, liggedager og antall pasienter i somatisk sykehus. Per 1000 innbygger. 2008–2013 (Kilde: Norsk pasientregister, NPR)	26	FIGUR 1.18 Opphold og kontakter i henhold til diagnoseklassifisering i ICD-10 etter type institusjon og type rehabilitering i 2012, framstilt som andeler	34	FIGUR 1.26 Pasienter og mottakere av rehabiliteringstjenester i kommunehelsetjenesten, 2010–2012. Kommuner fordelt på Helseregioner. Antall pasienter/mottakere per 1000 (Kilde: SSB, IPLOS)	40
FIGUR 1.9 Polikliniske konsultasjoner, døgnopphold og dagbehandling ved private sykehus. Per 1000 innbygger. 2010–2013 (Kilde: Norsk pasientregister, NPR)	27			FIGUR 1.27 Antall brukere av hjemmetjenester og institusjonstjenester. 2010–2013 (Kilde: SSB, KOSTRA)	41
FIGUR 1.10 Antall personer per 1000 innbyggere i kontakt med somatisk spesialisthelsetjeneste etter 5 års aldersgrupper og kjønn i 2013 (Kilde: Helsedirektoratet, SAMDATA 2013)	27			FIGUR 1.28 Gjennomsnittlig vurderingstid når det gjelder rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp, i antall dager, og andel brudd på vurderingsgaranti, i prosent	42
				FIGUR 1.29 Gjennomsnittlig ventetid til oppstart av helsehjelp med og uten rettighet. Antall dager. 2008–2013	43
				FIGUR 1.30 Gjennomsnittlig fristlengde (antall dager til oppstart av helsehjelp) og andel fristbrudd i regionene og totalt. 2009, 2011, 2013.	44

FIGUR 1.31 Andel fristbrudd fordelt på ulike fagområder/sykdommer. Prosent 2009, 2011, og 2013	45	FIGUR 2.6 Kreft hos menn. Nye tilfeller per år fordelt på primær lokalisasjon og år. 2007–2012 (Kilde: Kreftregisteret)	60	FIGUR 2.14 Antall brukere av antibiotika per 1000 innbyggere blant kvinner og menn, og fordelt på fylke. 2004 og 2013. (Kilde: Reseptregisteret)	67
FIGUR 1.32 Oversikt over antall nyhenviste, ordinært avviklede og ventende (31.12) etter sektor. 2009–2013	46	FIGUR 2.7 Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus på grunn av kols. 2008–2010 (Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommune helsa statistikkbank)	61	FIGUR 2.15 Antall brukere av legemidler for astma og kols per 1000 innbygger blant kvinner og menn, fordelt på fylke. 2004 og 2013 (Kilde: Reseptregisteret)	68
FIGUR 1.33 Andel oppdaterte ventetider for fysisk helse i perioden januar 2012–januar 2014	47	FIGUR 2.8 Pasienter innlagt i somatiske sykehus på grunn av kols per 1000 innbygger, fordelt på fylker. 2008–2012 (Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommune helsa statistikkbank)	61	FIGUR 2.16 Antall brukere av legemidler for høy kolesterol per 1000 innbygger blant kvinner og menn, fordelt på fylke. 2004 og 2013 (Kilde: Reseptregisteret)	69
FIGUR 1.34 Andel pasienter med oppstart av behandling for brystkreft innen 20 dager, regionale helseforetak og hele landet. 2010–2014	49	FIGUR 2.9 Antall kvinner og menn (0–44 og 45–74 år) med psykiske symptomer eller lidelser i kontakt med fastlege eller legevakt, gjennomsnitt for 2010–2012 (Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommune helsa statistikkbank)	63	FIGUR 2.17 Brukere av antidepressiva per 1000 innbygger blant kvinner og menn, fordelt på fylke. 2004 og 2013 (Kilde: Reseptregisteret)	70
FIGUR 1.35 Andel pasienter med oppstart av behandling for lungekreft innen 20 dager, regionale helseforetak og hele landet. 2010–2014	49	FIGUR 2.10 Personer med psykiske vansker eller lidelser i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbygger per år. 2010–2012 (Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommune helsa statistikkbank)	63	FIGUR 2.18 Antall brukere av sentralstimulerende legemidler ved ADHD per 1000 innbyggere blant kvinner og menn, og fordelt på fylke. 2004 og 2013 (Kilde: Reseptregisteret)	71
FIGUR 1.36 Andel utsettelser av planlagte operasjoner ved regionale helseforetak og hele landet. 2011–2014	50	FIGUR 2.11 Antall kvinner og menn (0–74 år) i kontakt med fastlege eller legevakt for plager/lidelser i muskel og skjelett (ekskl. brudd og skader). 2010–2012 (gjennomsnitt for 3-års-perioden) (Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommune helsa statistikkbank)	64	FIGUR 2.19 Legemiddelbruk demens per 1000 innbygger blant kvinner og menn, fordelt på fylke. 2004 og 2013 (Kilde: Reseptregisteret)	72
FIGUR 1.37 Andel epikriser innen 7 dager ved regionale helseforetak og hele landet. 2011–2013	51	FIGUR 2.12 Antall brukere av ulike legemidler totalt i landet, per 1000 innbygger. Antibiotika, kolesterolsenkende midler, astma- og kolsmedisiner, antidepressiva, ADHD- og demensmidler. 2004–2013 (Kilde: Reseptregisteret)	65	FIGUR 3.1 Fylkesvis aldersfordeling i utvalget	79
FIGUR 2.1 Hjerte- og karsykdom. Insidens per 100 000 innbygger. 2008–2012 (Kilde: Folkehelseinstituttet, Hjerte- og karregisteret)	56	FIGUR 2.13 Antall medikamentdoser (/1 000). Antibiotika, kolesterolsenkende midler, astma- og kolsmidler, antidepressiva, ADHD- og demensmidler. 2004–2013 (Kilde: Reseptregisteret)	66	FIGUR 4.1 Hva er god helse for deg? Trivsel i hverdagen, muligheten til å være i aktivitet, fravær av sykdom, og sosialt nettverk, prosent	86
FIGUR 2.2 Pasienter innlagt i somatiske sykehus på grunn av hjerte- og karsykdommer per 1000 innbygger, fordelt på fylker. 2008–2012	57			FIGUR 4.2 Vurdering av egen helse, etter kjønn og alder, prosent	87
FIGUR 2.3 Kreft hos kvinner. Aldersjusterte rater per 100 000 fordelt på primær lokalisasjon og år. 2002–2012 (Kilde: Kreftregisteret)	58			FIGUR 4.3 Predikert sannsynlighet for å vurdere egen helse som meget god, etter alder	87
FIGUR 2.4 Kreft hos menn. Aldersjusterte rater per 100 000 fordelt på primær lokalisasjon og år. 2002–2012 (Kilde: Kreftregisteret)	58			FIGUR 4.4 Opplever du at din helsetilstand slik den er i dag, påvirker din evne til å utføre oppgaver og aktiviteter? Prosent	88
FIGUR 2.5 Kreft hos kvinner. Nye tilfeller per år fordelt på primær lokalisasjon og år. 2007–2012 (Kilde: Kreftregisteret)	59			FIGUR 4.5 Helsetilstand og evne til å utføre fritidsaktiviteter, etter opplevd helse, prosent	88
				FIGUR 4.6 Helseplager i befolkningen, prosent	89

FIGUR 4.7 Andel som er en del plaget eller alvorlig plaget (prosent), og korrelasjon med opplevd helse, etter helseplage	90	FIGUR 4.23 Andel som har eller har hatt sykdom (prosent) og korrelasjon med skala for angst og uro, etter sykdom	101	FIGUR 4.41 Egenvurdert helse etter aktivitetsnivå, prosent	115
FIGUR 4.8 Vanlige sykdommer i befolkningen, andel som har hatt, i prosent	90	FIGUR 4.24 Andel som har eller har hatt sykdom, og korrelasjon med skala for angst og uro, etter sykdom	103	FIGUR 4.42 Sykdommer folk er redde for å utvikle i framtiden, prosent	116
FIGUR 4.9 Andel som har eller har hatt sykdom (prosent), og korrelasjon med opplevd helse, etter sykdom	91	FIGUR 4.25 Egenvurdert helse etter bruk av beroligende tabletter og sovemedisiner, prosent	104	FIGUR 4.43 Andel som i stor eller svært stor grad er redde for å utvikle ulike sykdommer, etter kjønn, prosent	117
FIGUR 4.10 Vanlige sykdommer i befolkningen, etter kjønn, prosent	92	FIGUR 4.26 Medikamentbruk og helseplager, andel plaget (prosent) og korrelasjon med medikamentbruk	104	FIGUR 4.44 Predikert sannsynlighet for å være redd for å utvikle kreft, hjerte- og karsykdom eller muskel- og skjelettplager, etter kjønn og alder	117
FIGUR 4.11 Predikert sannsynlighet for å ha (hatt) sykdom eller skade i bevegelsesapparatet, blodtryksproblemer og psykiske plager, etter kjønn og alder	92	FIGUR 4.27 Bruk av beroligende tabletter og sovemedisiner, etter utdanning, prosent	105	FIGUR 4.45 Bekymring for framtidig helse, etter kjønn og alder	118
FIGUR 4.12 Andel som er en del eller alvorlig plaget av ulike tilstander, kvinner og menn, prosent	93	FIGUR 4.28 Utdanningsnivå, etter fødeland, prosent	107	FIGUR 4.46 Bekymring for framtidig helse, etter kjønn og utdanningsnivå	119
FIGUR 4.13 Predikert sannsynlighet for å være en del eller alvorlig plaget av de tre vanligste lidelsene, etter kjønn og alder	93	FIGUR 4.29 Yrkesaktivitet, etter fødeland, prosent	107	FIGUR 4.47 Bekymring for framtidig helse, etter egenvurdert helse	119
FIGUR 4.14 Opplevd helse, etter utdanningsnivå, prosent	94	FIGUR 4.30 Opplevd helse etter fødeland, prosent	108	FIGUR 5.1 Vurdering av helsetjenester, prosent	124
FIGUR 4.15 Opplevd helse, etter yrkesaktivitet, prosent	95	FIGUR 4.31 Andel som har (hatt) tre vanlige sykdommer, etter fødeland	108	FIGUR 5.2 Vurdering av fastlege/allmennlege, etter kjønn, prosent	125
FIGUR 4.16 Vanlige sykdommer i befolkningen, etter utdanning, prosent	96	FIGUR 4.32 Vanlige helseplager, etter fødeland, prosent	109	FIGUR 5.3 Vurdering av fastlege/allmennlege, etter alder, prosent	126
FIGUR 4.17 Andel som er en del eller alvorlig plaget av ulike tilstander, etter utdanning, prosent	97	FIGUR 4.33 Angst og uro etter fødeland	109	FIGUR 5.4 Vurdering av fastlege/allmennlege, etter utdanning, prosent	126
FIGUR 4.18 Predikert sannsynlighet (kernel density) for å føle angst og uro, etter utdanningsnivå, prosent	98	FIGUR 4.34 Egenvurdert helse etter kosthold, grønnsaker, prosent	111	FIGUR 5.5 Vurdering av pleie- og omsorgstjenester, etter alder, prosent	127
FIGUR 4.19 Opplevd helse etter psykiske plager, prosent	99	FIGUR 4.35 Egenvurdert helse etter kosthold, pølser/hamburgere, prosent	111	FIGUR 5.6 Vurdering av pleie- og omsorgstjenester, etter utdanning, prosent	127
FIGUR 4.20 Opplevd helse etter angst og depresjon, prosent	100	FIGUR 4.36 Egenvurdert helse etter hvor ofte man drikker alkohol, prosent	112	FIGUR 5.7 Vurdering av poliklinisk behandling på sykehus, etter kjønn, prosent	128
FIGUR 4.21 Predikert sannsynlighet for å ha vært plaget av angst/depresjon eller ha (hatt) psykiske plager, etter kjønn og alder	100	FIGUR 4.37 Predikert effekt av antall enheter øl og brennevin (to uker) på egenvurdert helse	113	FIGUR 5.8 Vurdering av poliklinisk behandling på sykehus, etter alder, prosent	128
FIGUR 4.22 Andel som er en del eller alvorlig plaget (prosent), og korrelasjon med skala for angst og uro, etter helseplager	101	FIGUR 4.38 Egenvurdert helse etter om man røyker, andel i prosent	113	FIGUR 5.9 Vurdering av poliklinisk behandling på sykehus, etter utdanning, prosent	129
		FIGUR 4.39 Predikert effekt av antall sigaretter i uka på egenvurdert helse (n = 454)	114	FIGUR 5.10 Vurdering av innleggelse på sykehus, etter alder, prosent	129
		FIGUR 4.40 Andel som har (hatt) lungesykdom, etter om man røyker, prosent	114	FIGUR 5.11 Vurdering av innleggelse på sykehus, etter utdanning, prosent	130

FIGUR 5.12 Vurdering av privat psykolog/psykiater, etter kjønn, prosent	130	FIGUR 5.28 Kriterier for god kvalitet i helsetjenesten i Norge etter utdanning, prosent som har valgt som ett av tre viktigste kriterier	142	FIGUR 6.14 Syn på høyere egenandeler for behandling av «selvforskyldt» sykdom, etter partipreferanse, prosent	161
FIGUR 5.13 Vurdering av privat psykolog/psykiater, etter alder, prosent	130	FIGUR 5.29 Andel som har helseforsikring, etter kjønn og alder, prosent	143	FIGUR 6.15 Syn på økte egenandeler, etter røykevaner, prosent	162
FIGUR 5.14 Vurdering av privat psykolog/psykiater, etter utdanning, prosent	131	FIGUR 5.30 Andel som har helseforsikring, etter utdanning og alder, prosent	144	FIGUR 6.16 Syn på pengebruk i helsevesenet, etter kjønn, prosent	163
FIGUR 5.15 Andel som er misfornøyd med fastlege/allmennlege og poliklinisk behandling på sykehus, etter diagnose, prosent	132	FIGUR 5.31 Predikert sannsynlighet for å ha helseforsikring, etter årløst årsinntekt	145	FIGUR 6.17 Syn på pengebruk i helsevesenet, etter alder, prosent	164
FIGUR 5.16 Vurdering av behandlingsforløp, prosent	133	FIGUR 6.1 Synet på offentlig ansvar og private aktører i helsevesenet, prosent	150	FIGUR 6.18 Syn på pengebruk i helsevesenet, etter utdanningsnivå, prosent	165
FIGUR 5.17 Tiltro til at man får riktig behandling, etter kjønn, prosent	134	FIGUR 6.2 Skala for støtte til private helsetilbud, etter kjønn og alder	151	FIGUR 6.19 Andel som ønsker å bruke mer penger i helsetjenesten, etter partipreferanse, prosent	165
FIGUR 5.18 Vurdering av samarbeidet mellom sykehus og fastlege, etter alder, prosent	135	FIGUR 6.3 Skala for støtte til private helsetilbud, etter kjønn og utdanning	152	FIGUR 6.20 Andel som ønsker å bruke mer penger, etter sykdom, prosent	166
FIGUR 5.19 Mulighet til å påvirke eget behandlingsopplegg, etter utdanning, prosent	135	FIGUR 6.4 Skala for støtte til private helsetilbud, etter partipolitisk preferanse	153	FIGUR 6.21 Det viktigste er å ha sykehus med god behandling og kvalitet selv om avstanden til sykehuset blir noe lengre, etter fylke, prosent	167
FIGUR 5.20 Har du tiltro til at du får riktig behandling? Kreftpasienter og andre, prosent	136	FIGUR 6.5 I hvor stor grad myndighetene og en selv har ansvar for å ta vare på folks helse	154	FIGUR 6.22 Det viktigste er å ha sykehus med god behandling og kvalitet selv om avstanden til sykehuset blir noe lengre, etter kjønn, prosent	168
FIGUR 5.21 Har det vært god kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom deg og behandlingssted? Personer som har (hatt) kreft og andre, prosent	136	FIGUR 6.6 I hvilken grad mener du myndighetene bør gjøre følgende for å ivareta og forbedre folks helse?	154	FIGUR 6.23 Det viktigste er å ha sykehus med god behandling og kvalitet selv om avstanden til sykehuset blir noe lengre, etter alder, prosent	168
FIGUR 5.22 Har du til tro til at du får riktig behandling, personer med sykdom eller skade i bevegelsesapparatet og andre, prosent	137	FIGUR 6.7 Støtte til offentlig forebygging, etter alder og kjønn	155	FIGUR 6.24 Det viktigste er å ha sykehus med god behandling og kvalitet selv om avstanden til sykehuset blir noe lengre, etter utdanning, prosent	168
FIGUR 5.23 Kriterier for god kvalitet i helsetjenesten i Norge, prosent	138	FIGUR 6.8 Støtte til offentlig forebygging, etter utdanning og kjønn	155	FIGUR 6.25 Det viktigste er å ha sykehus med god behandling og kvalitet selv om avstanden til sykehuset blir noe lengre, etter partipreferanse, prosent	169
FIGUR 5.24 Kriterier for god kvalitet i helsetjenesten i Norge, kvinner og menn, prosent som har valgt	139	FIGUR 6.9 Støtte til offentlig forebygging, etter partipreferanse	156	FIGUR 6.26 Fagfolk burde bestemme mer og politikerne mindre i spørsmål om prioritering av helsetjenester, etter kjønn og alder, prosent	170
FIGUR 5.25 Vurdering av kvaliteten på helsetjenester i Norge, etter alder, prosent	139	FIGUR 6.10 Syn på bruk av egenandeler i offentlige helsetjenester	158		
FIGUR 5.26 Kriterier for god kvalitet i helsetjenesten i Norge, etter alder, prosent som har valgt som ett av tre viktigste kriterier	140	FIGUR 6.11 Predikert syn på bruk av egenandeler i offentlige helsetjenester, etter kjønn og alder	159		
FIGUR 5.27 Vurdering av kvaliteten på helsetjenester i Norge, etter utdanning, prosent	141	FIGUR 6.12 Syn på bruk av egenandeler i offentlige helsetjenester, etter utdanning, prosent	160		
		FIGUR 6.13 Syn på bruk av egenandeler i offentlige helsetjenester, etter partipreferanse, prosent	161		

FIGUR 6.27 Fagfolk burde bestemme mer og politikerne mindre i spørsmål om prioritering av helse-tjenester, etter utdanning, prosent 171

FIGUR 6.28 Fagfolk burde bestemme mer og politikerne mindre i spørsmål om prioritering av hel-setjenester, etter partipreferanse, prosent 172

FIGUR 6.29 Omsorg og lindrende behandling for døende bør prioriteres foran kostbar behandling som kanskje ikke har effekt, svarfor-de-ling etter kjønn, prosent 173

FIGUR 6.30 Omsorg og lindrende behandling for døende bør prioriteres foran kostbar behandling som kanskje ikke har effekt, svarfor-de-ling etter alder, prosent 174

FIGUR 6.31 Omsorg og lindrende behandling for døende bør prioriteres foran kostbar behandling som kanskje ikke har effekt, svarfor-de-ling etter utdanning, prosent 175

FIGUR 6.32 Det er bedre å prioritere behandling av en enkelt pasient som får 10 års lengre levetid, enn å behandle 10 pasienter som får ett års lengre levetid, svarfordeling etter kjønn, prosent 176

FIGUR 6.33 Det er bedre å prioritere behandling av en enkelt pasient som får 10 års lengre levetid enn å behandle 10 pasienter som får ett års lengre levetid, svarfordeling etter alder, prosent 177

FIGUR 6.34 Det er bedre å prioritere behandling av en enkelt pasient som får 10 års lengre levetid enn å behandle 10 pasienter som får ett års lengre levetid, svarfordeling etter utdanning, prosent 178

FIGUR 6.35 De som er sykest, bør behandles først, selv om mulighe-ten til å bli frisk er liten, svarfor-de-ling etter kjønn, prosent 179

FIGUR 6.36 De som er sykest, bør behandles først, selv om mulighe-ten til å bli frisk er liten, svarfor-de-ling etter alder, prosent 180

FIGUR 6.37 De som er sykest, bør behandles først, selv om mulighe-ten til å bli frisk er liten, svarfor-de-ling etter utdanning, prosent 181

FIGUR 6.38 Unge som er syke, bør prioriteres foran eldre mennesker, svarfordeling etter kjønn, prosent 182

FIGUR 6.39 Unge som er syke, bør prioriteres foran eldre mennesker, svarfordeling etter alder, prosent 183

FIGUR 6.40 Unge som er syke, bør prioriteres foran eldre mennesker, svarfordeling etter utdanning, pro-sent 184

FIGUR 6.41 Prioritering av pasient-grupper: kreft, hjerte-lunge, psykia-tri og muskel-skjelett, prosent 185

Tabeller

TABELL 1.1 Totale helseutgifter. Nøkkeltall (Kilde: SSB) 20

TABELL 3.1 Svarprosent, etter fylke 78

TABELL 3.2 Aktivitet, registrert i befolkningen og oppgitt i Helseba-rometeret, i prosent* 80

TABELL 3.3 Høyeste fullførte ut-danning i befolkningen (SSB) og utvalget (LHL), etter kjønn, i pro-sent. Avvik i prosentpoeng 80

TABELL 4.1 Andel som føler angst og uro, etter utdanning, prosent 99

TABELL 4.2 Andel som har eller har hatt ulike sykdommer, etter psy-kiske plager (ja/nei), prosent 102

TABELL 4.3 Andel som er en del eller alvorlig plaget av ulike tilstan-der, etter psykiske plager (ja/nei), prosent 102

TABELL 4.4 Fødeland blant respon-denter født utenfor Norge, antall og prosent 106

TABELL 6.1 Vurdering av i hvilken grad myndighetene bør drive med helseforebyggende arbeid, etter hvilken sykdom en person oppgir å ha (hatt) 157

TABELL 6.2 Vurdering av økt bruk av egenandeler, etter hvilken syk-dom en person oppgir å ha (hatt) 162

TABELL 6.3 Vurdering av kvalitet i behandlingen versus nærhet til sykehuset, etter hvilken sykdom en person oppgir å ha (hatt) 170

TABELL 6.4 Omsorg og lindrende behandling for døende bør prio-riteres foran kostbar behandling som kanskje ikke har effekt, etter hvilken sykdom en person oppgir å ha (hatt) 175

TABELL 6.5 Det er bedre å priorite-re behandling av en enkelt pasient som får 10 års lengre levetid, enn å behandle 10 pasienter som får 1 års lengre levetid, etter hvilken syk-dom en person oppgir å ha (hatt) 177

TABELL 6.6 De som er sykest, bør behandles først, selv om mulig-heten til å bli frisk er liten, etter hvilken sykdom en person oppgir å ha (hatt) 179



Sammendrag del 1

Helseutgiftene i Norge ligger på samme nivå som gjennomsnittet av OECD-landene, målt i forhold til brutto nasjonalprodukt (BNP).

Andelen offentlig finansiering av helsetjenestene er på 85,2 prosent. Privat finansiering har kun hatt en marginal økning de siste årene. De totale utgiftene til kommunale helse- og omsorgstjenester økte med 33 prosent i perioden 2009–2013, først og fremst på grunn av kommunal medfinansiering. Helseforetakenes kjøp av private helsetjenester utgjorde over 12 milliarder kroner i 2013, om lag 9 prosent av kostnadene i spesialisthelsetjenesten.

Når det gjelder aktiviteten i spesialisthelsetjenesten, ser vi, i tråd med helsepolitiske mål, en betydelig nedgang i oppholdsdøgn parallelt med en økning i poliklinisk virksomhet. Særlig markant har denne utviklingen vært innen psykiske spesialisthelsetjenester på grunn av Opptappingsplanen for psykisk helse.

Det er en betydelig nedgang i oppholdsdøgn parallelt med en økning i poliklinisk virksomhet.

Mens om lag halvparten av pasientene som hadde kontakt med somatiske sykehus i 2013, var over 60 år, er det flest gutter 10–14 år og jenter 15–19 år som har kontakt med psykiske spesialisthelsetjenester (korrigert for aldersjusterte befolkningstall). Mens befolkningens kontakt med somatiske spesialisthelsetjenester øker med alderen, er det svært få over 70 år som har kontakt med psykiske spesialisthelsetjenester.

Når det gjelder rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, økte antallet pasienter vesentlig i private institusjoner fra 2008 til 2009, men gikk ned igjen årene etter. I helseforetakene har antallet pasienter i dag- og poliklinisk rehabilitering økt, bortsett fra siste år. Samtidig har antallet pasienter i døgnrehabilitering blitt redusert. I kommunene økte mottakere av tidsbegrenset opphold for rehabilitering fra 2010 til 2012. Fysioterapeutene i kommunen har en viktig rolle i rehabilitering, og i denne gruppen har det vært en vekst i antall årsverk på 5,7 prosent fra 2010.

Fastlegene har en sentral rolle i kommunene, og her har det fortsatt vært en vekst i årsverk. Kontakten med fastlege øker med alder, og kvinner oppsøker fastlege

vesentlig mer enn menn opp til pensjonsalder. Blant de aller eldste er det derimot en høyere frekvens av menn som oppsøker fastlegen.

Når det gjelder kommunale pleie- og omsorgstjenester, forventes det med samhandlingsreformen en økt bruk av tidsavgrenset opphold i institusjonene. Utviklingen viser også at det går i retning av mer til hjemmetjenester og mindre til institusjonstjenester.

Gjennomsnittlig vurderingstid for nødvendig helsehjelp skal ikke overskride 10 dager, og statistikken viser at tiden har gått ned for tjenestene totalt sett, fra rundt 11 dager i 2009 til i overkant av 6 dager i 2013. Videre har ventetid før igangsatt behandling for rettighetspasienter blitt redusert. Ventetiden er lengst for barn og unge som henvises til psykisk helsevern. Over tid ser vi en forbedring i tilbudet basert på de nasjonale kvalitetsindikatorerne, blant dem kortere ventetid på oppstart av behandling, færre utsettelse av planlagte operasjoner og økt antall epikriser innen sju dager.

Statistikken over forekomst av ulike hjerte- og karsykdommer i perioden 2008–2012 viser en fortsatt svak nedgang i akutt hjerteinfarkt, men samtidig en økning i tilfeller av hjerteflimmer. Det har også vært en nedgang i kreftdødeligheten de siste tiårene. Dødelighet som følge av ondartede svulster har imidlertid økt, og utgjør fortsatt den nest hyppigste dødsårsaken. Statistikk for nye tilfeller av kreft per år viser at brystkreft og prostatakreft fortsetter å være den hyppigste krefttypen blant henholdsvis kvinner og menn. Føflekkreft øker mest hos begge kjønn. Videre er det svært mange som har kols, og sykdommen har blitt en av de vanligste årsakene til sykehusinnleggelse. Flere menn enn kvinner har kols, men flere kvinner enn menn er innlagt for kols i spesialisthelsetjenesten. Dødeligheten har vært økende blant kvinner og minkende for menn. Videre er det stadig flere som oppsøker tjenestene på grunn av psykiske symptomer eller lidelser, først og fremst angst og depresjon. Her er kvinner i stort flertall.

Bruken av legemidler har økt betydelig, og antallet doser har økt mer enn antall brukere, noe som trolig indikerer et større forbruk per person. Særlig grunn til bekymring er den store økningen i bruk av sentralstimulerende medikamenter i forbindelse med ADHD.

Sammendrag del 2

Det er bred enighet i befolkningen om at god helse kan forstås som trivsel i hverdagen og muligheten til å være i aktivitet. Flertallet i Helsebarometeret vurderer sin egen helse som god.

Materialet vårt tyder på at folk vurderer helsen sin relativt til forventninger om hva som er normalt blant dem man sammenligner seg med. Egenvurdert helse henger særlig sammen med det å ha kroniske sykdommer og helseplager, inkludert muskel- og skjelettsykdom og psykiske lidelser. Flere kvinner enn menn vurderer helsen sin som god, selv om andelen som rapporterer om sykdom og helseplager, er større. Blant menn går andelen med god helse ned med alder, mens for kvinner er det større variasjon mellom aldersgruppene. LHLs Helsebarometer viser også en klar sosial gradient i helse.

Flere kvinner enn menn vurderer helsen sin som god, selv om andelen som rapporterer om sykdom og helseplager, er større.

Helsebarometeret viser at folk i stor grad er fornøyde med kvaliteten på helsetjenesten. Fire av fem er fornøyde med tjenestene de mottar fra primær- og spesialisthelsetjenesten. Unntaket er psykisk helsevern og pleie- og omsorgstjenester, som kommer klart dårligere ut. Personer med psykiske plager er også mer misfornøyde med fastlegetjenesten og den somatiske spesialisthelsetjenesten, i likhet med personer med muskel- og skjelettlidelser. Personer som har eller har hatt kreft, hjerte- og karsykdom, slag eller hjerneblødning, er generelt mer fornøyde med helsetjenesten enn resten av befolkningen. Eldre brukere er jevnt over mer fornøyde enn yngre, og da særlig med pleie- og omsorgstjenesten. Dette kan delvis skyldes forskjeller i behov og funksjonsnivå, men er verdt å undersøke videre. Det er liten forskjell på hvordan menn og kvinner vurderer helsetjenestene, men det ser ut til at kvinner er noe mer fornøyde enn menn. Personer med høyere utdanning er også mer fornøyde med helsetjenesten, med unntak av pleie- og omsorgstjenester, der vurderingen er mer negativ blant dem med høyere utdanning.

For befolkningen er de fire viktigste kriteriene for god kvalitet i helsetjenesten nærhet til sykehus og lege, godt utdannet helsepersonell, effektiv behandling og korte ventetider. Måten helsetjenesten er organi-

sert på, har stor støtte i befolkningen. Et stort flertall mener at ansvaret for å tilby helsetjenester bør være offentlig. Det er heller ikke flertall for økt innslag av private tjenester, og kun 10 prosent ønsker økt bruk av egenandeler, selv om noen flere åpner for høyere egenandeler for livsstilsrelatert sykdom. Menn er generelt noe mer positive til private løsninger. Kvinner ønsker seg også en større grad av offentlig forebygging enn det menn gjør, og de er mer kritisk til økt bruk av egenandeler. Helse og sykdomsbilde har liten betydning for disse vurderingene.

Befolkningen er delt i to på spørsmål om ressursbruk i helsetjenesten. Av de som har tatt standpunkt, ønsker nesten halvparten å bruke mer penger, mens den andre halvparten ønsker å bruke ressursene mer effektivt. Særlig pasienter med kroniske sykdommer, som blodtryksproblemer, lungesykdom og diabetes, skiller seg ut ved at flere ønsker økt bruk av ressurser. Det er enighet om at kreft bør prioriteres, fulgt av hjerte- og lungesykdom, psykiatri og muskel- og skjelettlidelser. Utover det er det liten enighet om kriterier for hvem eller hva som skal prioriteres, og svarene i Helsebarometeret viser at mange synes det er vanskelig å ta stilling til spørsmål om prioritering. Et flertall støtter at god behandling er viktigere enn avstand til sykehuset, at fagfolk bør bestemme mer og politikere mindre i spørsmål om prioriteringer,

De fire viktigste kriteriene for god kvalitet i helsetjenesten er nærhet til sykehus og lege, godt utdannet helsepersonell, effektiv behandling og korte ventetider.

og at omsorg og lindrende behandling bør prioriteres framfor kostbar behandling som kanskje ikke har effekt. Imidlertid er det stor spredning i svarene, og mange har valgt å ikke ta stilling. Spørsmål om å prioritere behandling for unge eller for pasienter som har liten sjanse for å bli frisk, viser enda større usikkerhet.





Del **1**

HELSETJENESTER OG HELSE I NORGE

Forfatter: Marian Ådnes, forskningsleder,
SINTEF Teknologi og samfunn, avdeling Helse



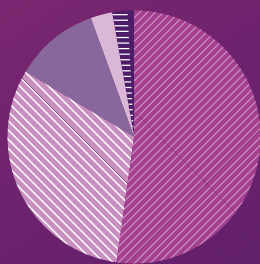
1 Helsetjenester og helseutgifter

Norge er blant de landene som bruker mest ressurser på helsetjenester i forhold til folketallet. Helsesektoren er høyt prioritert, og det har vært vekst over en svært lang tidsperiode. Målt i volum har helseutgiftene økt med omtrent 20 prosent de siste 10 årene. Samtidig er det en rekke utfordringer knyttet til kostnader, for eksempel den økende andelen eldre i befolkningen. Helsesektoren må konkurrere med andre sektorer om midlene, og ressursene må prioriteres (Helsedirektoratet, 2012a).

I dette kapittelet presenterer vi statistikk som belyser en rekke sentrale spørsmål knyttet til helseutgifter og til aktivitet i helsetjenestene.

Fordeling av totale helseutgifter på de ulike tjenesteområdene i 2013 (mill. kr).

(Kilde: SSB)



- Medisinsk behandling
- Sykehjemstjenester og hjemmesykepleie
- Medisinske produkter for pasienter uten innleggelse
- Forebygging og helsefremmende arbeid
- Rehabilitering
- Helseadministrasjon

Polikliniske konsultasjoner (per 1000 innbygger)

943 2010 ↑ 1018 2013

Liggedager (per 1000 innbygger)

782 2010 ↓ 704 2013

288 283 000 000

Foreløpige beregninger fra SSB viser at de totale helseutgiftene^a i Norge var på vel 288 milliarder kroner i 2013.

1.1 HELSEUTGIFTER

Hvor mye penger bruker vi på helsetjenester og investeringer i helse? Hvor mye bruker vi på helsetjenester sammenlignet med andre land, og hvor stor andel er offentlig finansiert i Norge i forhold til andre land? Hvordan fordeler helseutgiftene seg på ulike typer helsetjenester henholdsvis i spesialisthelsetjenesten og i kommunene, og hvor mye bruker helseforetakene på kjøp av private helsetjenester?

Foreløpige beregninger fra SSB viser at totale helseutgifter i Norge var på vel 288 milliarder kroner i 2013.¹ Med unntak av tall for årlig volumendring i Tabell 1.1 under er øvrige tall som presenterer helseutgifter i rapporten, ikke justert for lønns- og prisvekst.

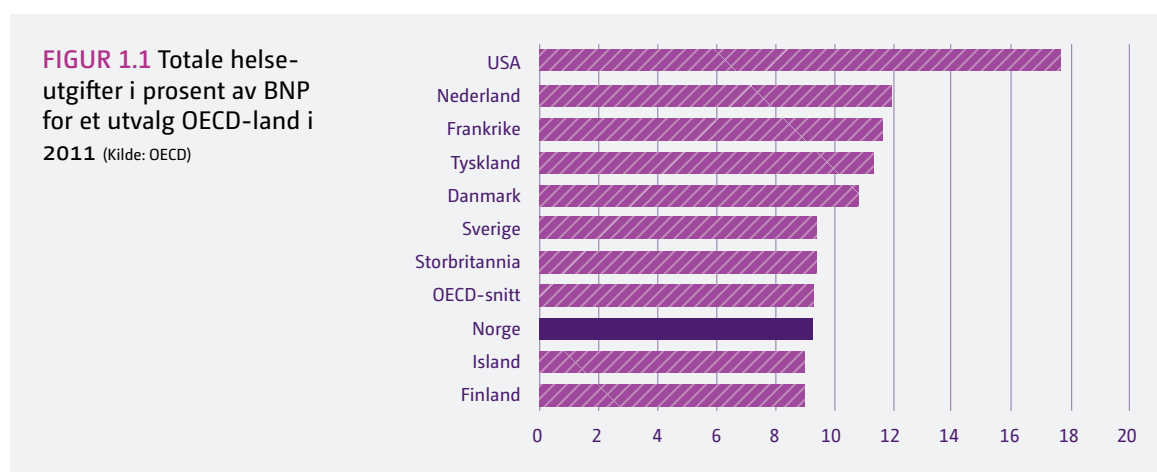
TABELL 1.1 Totale helseutgifter. Nøkkeltall (Kilde: SSB)

	2009	2010	2011	2012	2013
Totale helseutgifter. Millioner kroner	230 473	239 730	255 366	270 052	288 283
Årlig volumendring i prosent ²	1,4	1,1	0,3	2,2	2,4
Investeringer til helseformål. Millioner kroner	10 105	8 945	9 542	11 385	15 371
Løpende helseutgifter. Millioner kroner	220 368	230 785	245 824	258 667	272 911
Totale helseutgifter i prosent av BNP	9,7	9,4	9,3	9,3	9,6
Totale helseutgifter per innbygger. Kroner	47 730	49 032	51 557	53 811	56 747

Tall fra helseregnskapet (SSB) viser en volumvekst² på 2,4 prosent fra 2012 til 2013, og over 20 prosent de siste ti årene. Veksten i helseutgifter i perioden 2009–2013 utgjør 25 prosent når vi ikke korrigerer for lønns- og prisvekst.

Videre utgjør helseutgiftene 9,6 prosent av brutto nasjonalprodukt (BNP), og tilsvarer i overkant av 56 700 kroner per innbygger. Samtidig har vi hatt en befolkningsvekst, slik at veksten i helseutgifter per innbygger har vært mer moderat enn veksten i totale helseutgifter.

Norges helseutgifter som andel av BNP tilsvarer omtrent gjennomsnittet av OECD-landene, som figuren under viser. Ulike måter å avgrense helseutgiftene på og ulike måter å ta hensyn til ulikt kostnadsnivå mellom land bidrar til at Norges plassering i forhold til andre høyinntektsland kan variere.



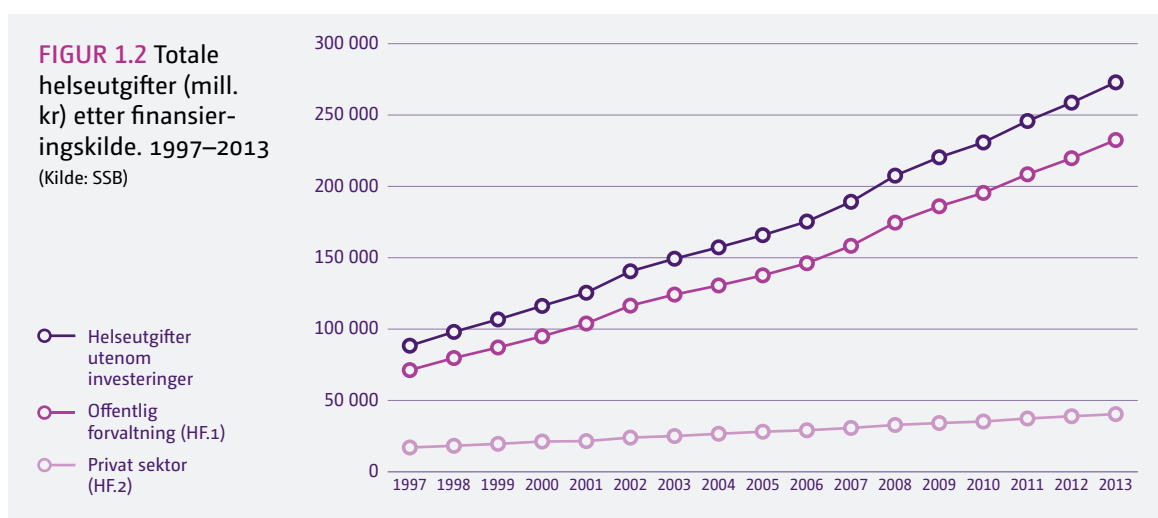
- 1 Tall for 2012 og 2013 er foreløpige. Utgiftene til helseformål omfatter, ifølge SSB, alle utgifter, både private og offentlige, som går til forbruk eller investeringer i helsetjenester med videre. Helseregnskapet utarbeides årlig. Endelige tall for en årgang vil først publiseres vel 2 år etter årets utløp, og er basert på et detaljert kildemateriale. De foreløpige tallene i helseregnskapet er basert på mer aggregerte kilder og vil til en viss grad også bygge på anslag. Regnskapet vil normalt publiseres om lag tre måneder etter årets utløp.
- 2 Justert for lønns- og prisvekst.

De totale helseutgiftene for OECD-landene, i prosent av BNP, utgjorde i gjennomsnitt 9,3 prosent i 2011, som er de siste tilgjengelige tallene fra OECD. Også Norge lå på dette nivået. Målt i forhold til inntektene i landet, derimot, prioriterer ikke Norge helsetjenester spesielt høyt. USA har langt større helseutgifter målt som andel av BNP enn hva tilfellet er i OECD-landene. Blant utvalgte OECD-land for sammenligning ligger Nederland og Frankrike, og dernest Tyskland og Danmark, høyere enn OECD-snittet.

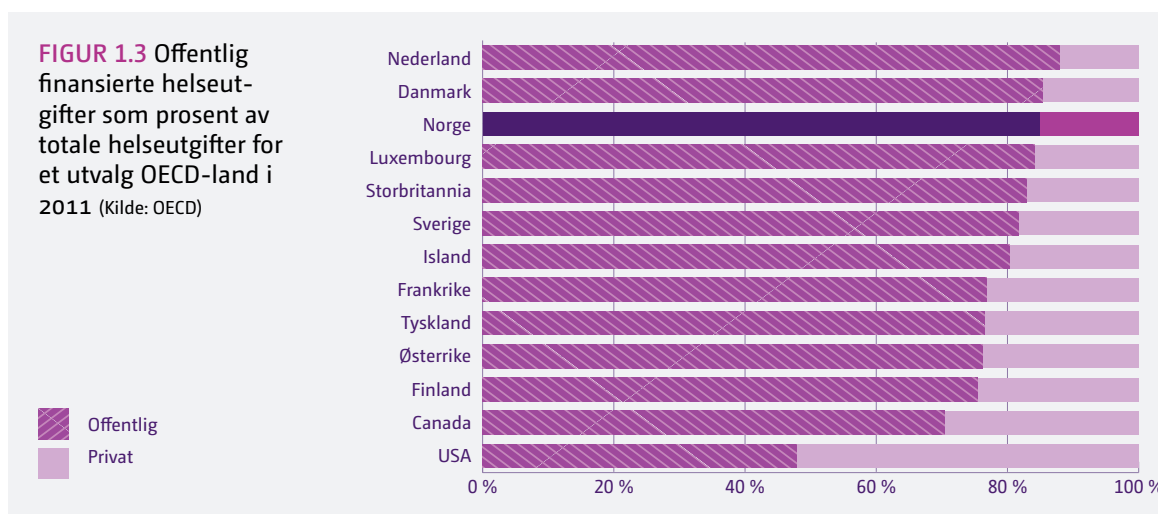
En annen måte å belyse kostnader knyttet til produksjon av helsetjenester på, vist hos Holmøy & Scheel (2012), er å beregne den såkalte alternativkostnaden, det vil si hvor mye et lands innbyggere i gjennomsnitt kan kjøpe av andre varer og tjenester for den utgiften som brukes på helse. Ved denne beregningsmåten representerer helseutgifter per innbygger en større mengde andre varer og tjenester i Norge enn alle andre land, unntatt USA.

1.1.1 Offentlig versus privat finansiering av helsetjenester

I Norge har andelen offentlig finansiering av helsetjenestene vokst fra 81 prosent i 1997 til 85,2 prosent i 2013. Figuren viser fordelingen av offentlig og privat finansiering for perioden 1997–2013.



Videre er det interessant å sammenligne Norge med andre land når det gjelder andel helseutgifter som finansieres av det offentlige. I figuren under har vi hentet tall fra OECD.



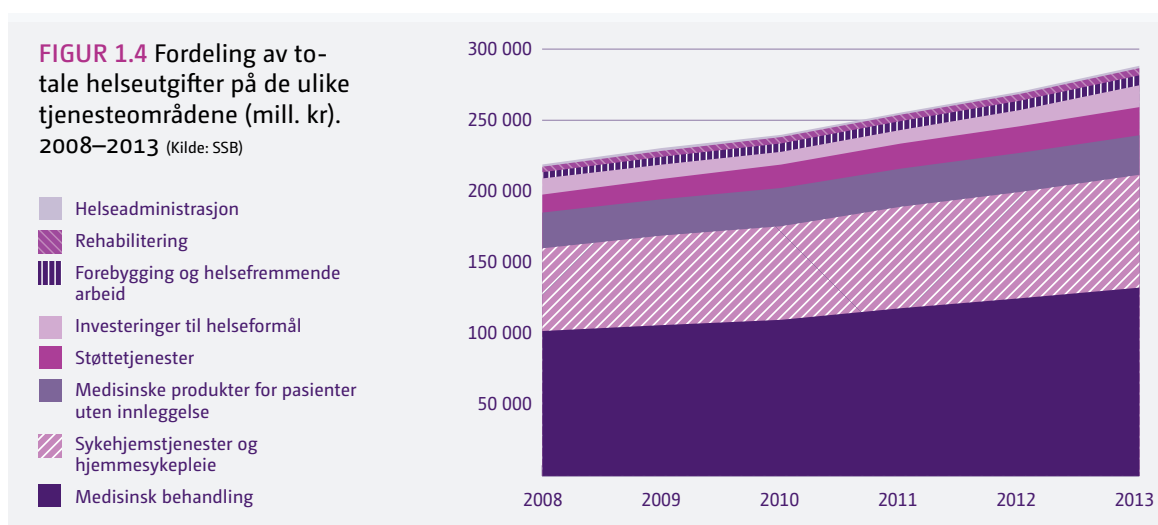
Norge er, sammen med Nederland og Danmark, blant de landene som har høyest andel offentlig finansiering. USA ligger i motsatt ende av skalaen.

Det Norge, Danmark og Nederland har til felles, er at de relativt sett bruker mye penger på sykehjem og hjemmebasert omsorg. En årsak er at i disse landene har det offentlige det formelle ansvaret for eldre og

hjelpetrequende, mens andelen helserelatert pleie og omsorg er lavere i land hvor denne typen omsorg i større grad utføres av familien. For eksempel i Hellas og Portugal er denne andelen på henholdsvis 2 og 1 prosent av totale løpende helseutgiftene. Andelen av de totale helseutgifter brukt på pleie- og omsorgstjenester var mellom 19 og 25 prosent i Norge, Island og Danmark. Enkelte hevder at helsebudsjettet i Norge er kunstig høyt nettopp fordi vi regner med en større andel av utgifter til pleie- og omsorgstjenester som helseutgifter. I Finland, derimot, var andelen på 12 prosent, og i Sverige så lavt som 8 prosent i 2007 (Kalseth et al., 2014, OECD, 2013). I motsetning til Norge rapporterte særlig Sverige, men også Finland, store deler av utgiftene til pleie- og omsorgstjenester som sosiale utgifter. Ulik rapportering av pleie- og omsorgsutgifter er derfor én mulig feilkilde i sammenligning av helseutgifter mellom land.

1.1.2 Helseutgifter fordelt på helsetjenester

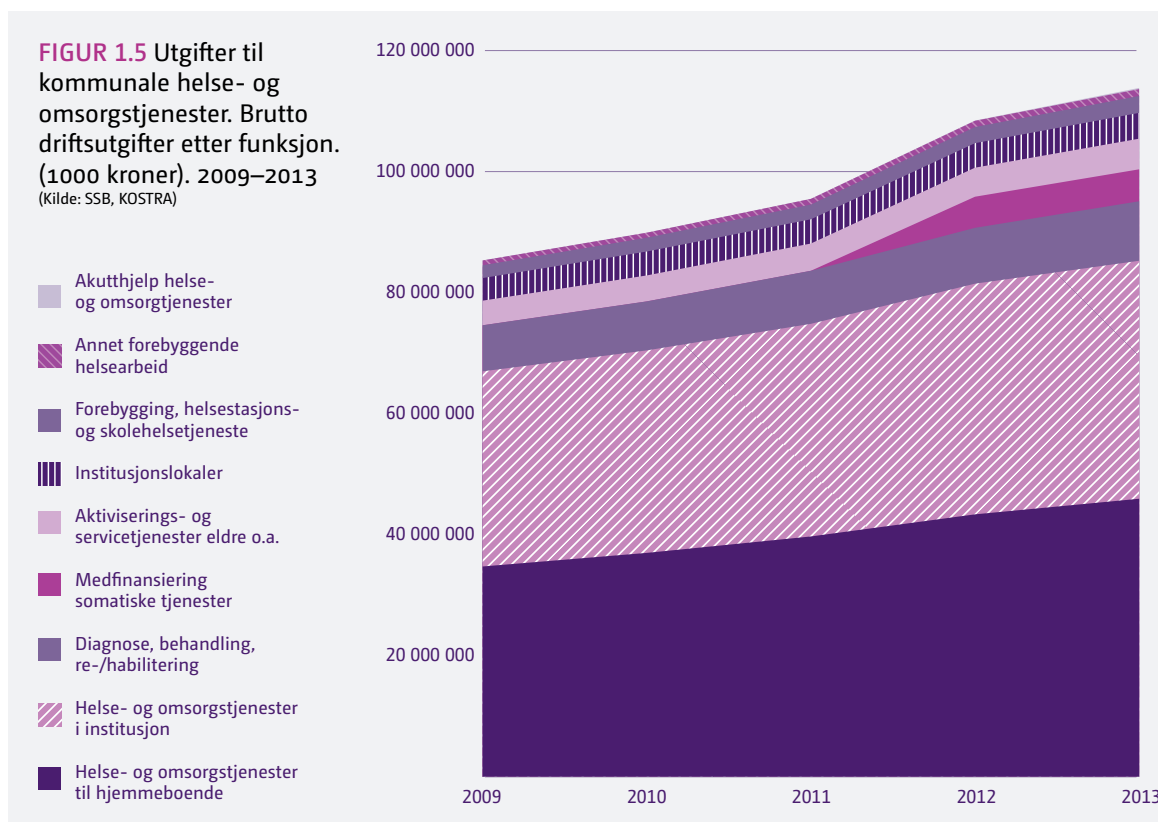
I figuren under vises hvordan helseutgiftene, totalt 288 milliarder kroner (inkl. investeringer), fordeler seg på tjenesteområder, produkt eller investeringer i perioden 2008–2013. Figuren inkluderer den totale aktiviteten både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene.



Utgifter til medisinsk behandling utgjør nesten halvparten av helseutgiftene. Her inngår blant annet sykehus-tjenester, allmennlege, tannlege, behandling av fysioterapeut, behandling av kiropraktor og annen medisinsk behandling. Dernest følger utgifter til sykehjemstjenester og hjemmesykepleie, som utgjør 28 prosent av utgiftene. Utgifter til forebygging og helsefremmende arbeid utgjør kun 2 prosent av de totale helseutgiftene. Her inngår svangerskapskontroll og helsestasjonstjenester i kommunene. Også rehabilitering utgjør kun 2 prosent av helseutgiftene. Investeringer har økt hvert år siden 2010 og skyldes, ifølge SSB, store sykehusutbygginger samt investeringer i kommunene i forbindelse med samhandlingsreformen.

1.1.2.1 Utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester

De totale utgiftene til kommunale helse- og omsorgstjenester inngår i de totale helseutgiftene presentert over, og utgjorde tilnærmet 114 milliarder kroner i 2013. Dette er 5 prosent mer enn i 2012. Figuren under viser utgifter fordelt på aktiviteter innen ulike funksjoner i de kommunale tjenestene i perioden 2009–2013. Gjennom hele perioden har utgiftene økt med 33 prosent.



En vesentlig del av økningen i utgifter har bakgrunn i økonomiske virkemidler som fulgte med samhandlingsreformen. Det gjelder først og fremst kommunal medfinansiering av somatiske tjenester i spesialisthelsetjenesten på over 5 milliarder kroner, første gang i 2012. Fra 2012 til 2013 økte denne posten med nesten 3 prosent.

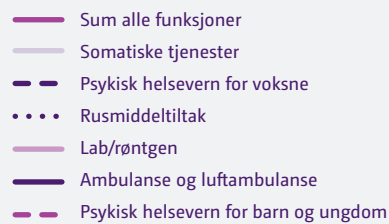
Helse- og omsorgstjenester henholdsvis til hjemmeboende og til folk på institusjon er de absolutt største utgiftspostene, og utgjør 75 prosent. Deretter følger utgifter knyttet til diagnose, behandling, re-/habilitering sammen med forebyggingsvirksomhet (kommunehelsetjenester) som utgjør om lag 15 prosent. I 2013 utgjorde dette nær 14 milliarder kroner. Forebyggende virksomhet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten har hatt en jevn økning, men ikke over gjennomsnittet totalt sett for de ulike aktivitetene. Utgifter til annet forebyggende helsearbeid økte mest (43 prosent), men utgjør likevel en svært liten utgiftspost. En årsak til denne økningen er etablering av frisklivssentraler. I perioden 2008–2012 ble det etablert 128 frisklivssentraler (Helsedirektoratet, 2014a). Den minste utgiftsposten representerer også en ny post med samhandlingsreformen, nemlig utgifter til akutthjelp i helse- og omsorgstjenestene. I 2012 utgjorde denne i underkant av 40 mill. kroner, og året etter nesten 200 mill. kroner.

1.1.2.2 Helseforetakenes kjøp av private spesialisthelsetjenester

Helseforetakenes kjøp av private helsetjenester utgjorde, ifølge SSB, over 12 milliarder kroner i 2013, om lag 9 prosent av kostnadene i spesialisthelsetjenesten. Figuren under viser utviklingen siden 2008, og fordelingen på ulike funksjoner (i løpende priser / millioner kroner).

FIGUR 1.6 Helseforetakenes kjøp av private helse-tjenester (mill. kr, løpende priser). Fordeling på ulike funksjoner. 2008–2013

(Kilde: SSB, StatRes)



Om lag halvparten av kostnadene gjelder somatiske tjenester fra private institusjoner som har en driftsavtale med staten. Her dominerer de store private institusjonene, som blant annet Lovisenberg Diakonale Sykehus AS og Diakonhjemmet Sykehus AS (som betegnes som ideelle sykehus).

Mange private institusjoner tilbyr langtidsopphold innenfor døgntilrettelagt behandling i rehabilitering og særlig rusbehandling. Ifølge SSB har helseforetakene i perioden 2005–2012 brukt en stadig mindre andel av driftskostnadene på rusbehandling ved private institusjoner, men gjennomsnittet for hele spesialisthelsetjenesten har derimot vært konstant.

I tillegg til kjøp fra private institusjoner omfatter statistikken også kjøp fra blant annet privatpraktiserende spesialister og lab-/røntgentjenester.

1.2 OPPSUMMERING – HELSEUTGIFTER

De totale helseutgiftene i Norge var på vel 288 milliarder kroner i 2013. Veksten i helseutgifter i perioden 2009–2013 utgjør 25 prosent, når vi ikke korrigerer for lønns- og prisvekst. Målt i forhold til hvor mye helseutgiftene utgjør av brutto nasjonalprodukt (BNP), ligger Norge på samme nivå som gjennomsnittet av OECD-landene. Ved alternativ beregningsmåte, ut fra hvor mye et lands innbyggere i gjennomsnitt kan kjøpe av andre varer og tjenester for den utgiften som brukes på helse, representerer helseutgifter per innbygger en større mengde andre varer og tjenester i Norge enn alle andre land, unntatt USA. Andelen offentlig finansiering av helsetjenestene har vokst fra 81 prosent i 1997 til 85,2 prosent i 2013.

Norge er, sammen med Nederland og Danmark, av de landene som har høyest andel offentlig finansiering, og har det til felles at de bruker relativt mye penger på sykehjem og hjemmebasert omsorg. Her kan imidlertid ulik rapportering av pleie- og omsorgsutgifter være en mulig feilkilde i sammenligning av helseutgifter mellom land. Sverige og Finland, for eksempel, rapporterer store deler av disse utgiftene som sosiale utgifter.

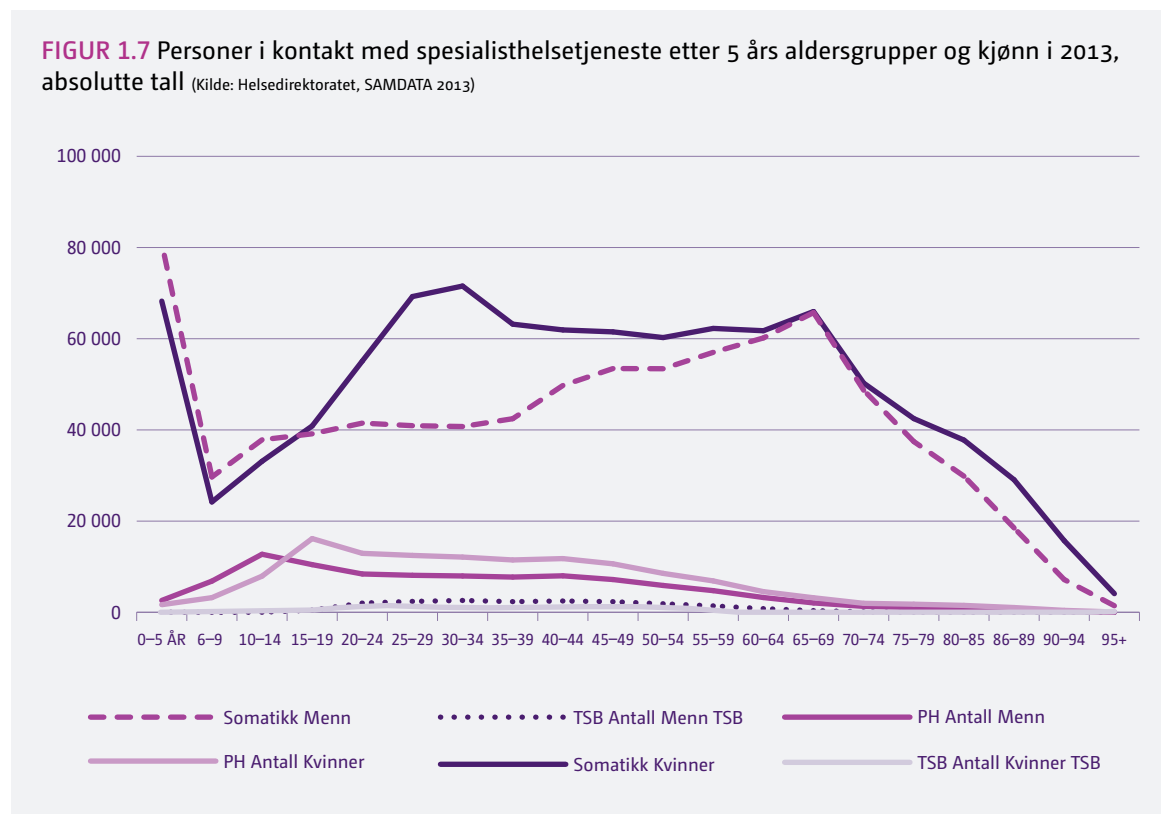
Utgifter til medisinsk behandling utgjør nesten halvparten av helseutgiftene. Dernest følger utgifter til sykehjemstjenester og hjemmesykepleie, som utgjør 28 prosent av utgiftene. Utgifter til forebygging og helsefremmende arbeid utgjør kun 2 prosent av de totale helseutgiftene. De totale utgiftene til kommunale helse- og omsorgstjenester utgjorde tilnærmet 114 milliarder kroner i 2013, og økte med 33 prosent i perioden 2009–2013. Økningen spores først og fremst til kommunal medfinansiering av somatiske tjenester i spesialisthelsetjenesten på over 5 milliarder kroner, som følge av samhandlingsreformen.

Helseforetakenes kjøp av private helsetjenester utgjorde over 12 milliarder kroner i 2013, om lag 9 prosent av kostnadene i spesialisthelsetjenesten. Om lag halvparten av kostnadene gjelder somatiske tjenester fra private institusjoner som har en driftsavtale med staten. Her dominerer de store private institusjonene som blant annet Lovisenberg Diakonale Sykehus AS og Diakonhjemmet Sykehus AS.

1.3 AKTIVITETSDATA FOR HELSETJENESTENE

Totalt sett var om lag 40 prosent av befolkningen, eller rundt 2 millioner mennesker, i kontakt med spesialisthelsetjenesten i 2013. 36 prosent hadde minst én kontakt med somatisk spesialisthelsetjeneste,³ mens henholdsvis 4,3 prosent av den voksne befolkningen og 5,1 prosent av alle barn og unge hadde kontakt med psykisk helsevern. Godt under 1 prosent fikk oppfølging av tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB).

Figuren under gir en oversikt over hvordan de totalt 2 millioner pasientene som var i kontakt med spesialisthelsetjenesten i 2013, fordeler seg på de ulike tjenesteområdene somatikk, psykisk helse og rus, henholdsvis blant kvinner og menn i ulike aldersgrupper.



Figuren over viser at antall personer i kontakt med tjenestene er svært mye høyere innen somatikken enn for psykisk helsevern og rusomsorgen i alle aldersgrupper.

I det følgende går vi nærmere inn på behandlingstilbudet henholdsvis i somatiske sykehus og i psykisk helsevern. Noen steder inkluderes også statistikk om pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). For å gi et best mulig bilde av utviklingen vil vi korrigere for befolkningstall, og oppgi antall per 1 000 innbygger (rater). Opplysninger om antall pasienter, utskrivninger, oppholdsdøgn for døgnpasienter, antall oppholdsdager for dagpasienter og antall polikliniske konsultasjoner er hentet fra Norsk pasientregister.

1.3.1 Somatiske sykehus

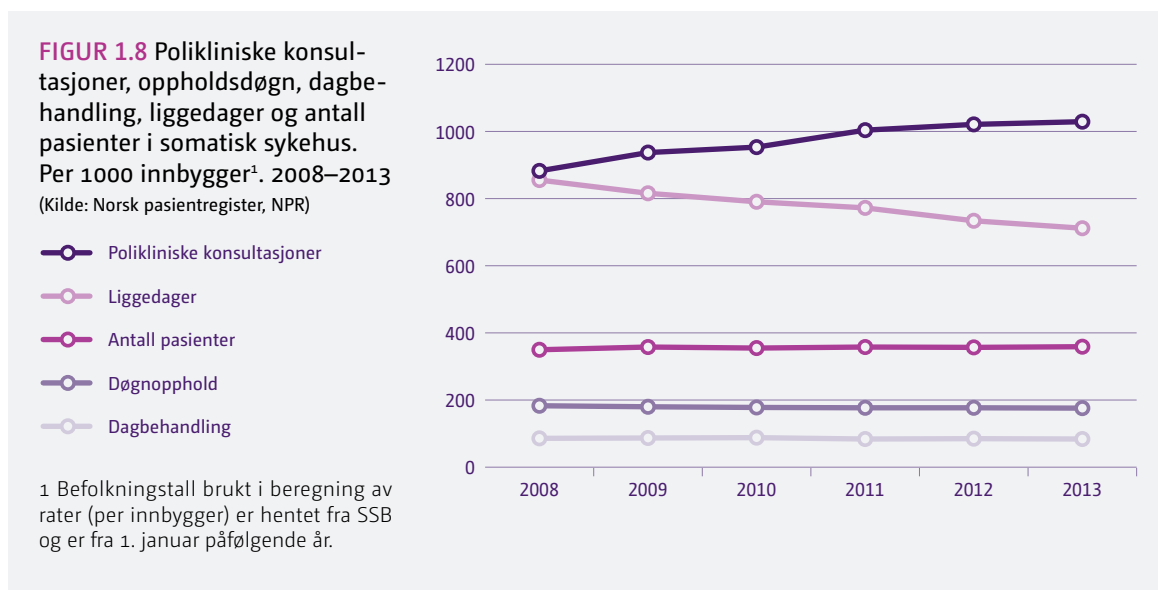
Med innføringen av samhandlingsreformen i 2012 er forventningen at færre legges inn på sykehus, og at færre ferdigbehandlede pasienter blir værende på somatiske sykehus, men at de i stedet får tilbud i kommunene, og at dette bidrar til reduksjon i antall oppholdsdøgn og vekst i avsluttede døgnopphold. Ifølge Samhandlingsstatistikken (Helsedirektoratet, 2014a) kan man ennå ikke besvare spørsmålet om hvorvidt tilbudet i primærhelsetjenesten har betydning for volumet av innleggelse i sykehus (s. 11). Det konkluderes med

3 Somatiske sykehus er «vanlige» sykehus som gir behandling for fysisk skade og sykdom (eksklusive psykisk helsevern). Somatiske spesialisthelsetjenester utenom sykehus omfatter opptreningsinstitusjoner, syke- og fødestuer (SSB).

at det er behov for videre utviklingsarbeid, når det gjelder både hvilke pasientgrupper som skal inkluderes, metode og datagrunnlag. Imidlertid har antall opphold hvor pasienten meldes utskrivningsklar, økt betydelig. Økningen var på 90 prosent fra 2011 til 2012 og 140 prosent fra 2011 til 2013. Størst økning var det i opphold hvor pasienten tas imot av kommunen samme dag som han eller hun meldes utskrivningsklar. For pasienter som blir meldt utskrivningsklare, var det videre en betydelig nedgang i gjennomsnittlig liggetid fra 2011 til 2012. Liggedagsratene for utskrivningsklare pasienter gikk betydelig ned i alle regioner og nesten alle kommune grupper etter innføringen av samhandlingsreformen i 2012 (Helsedirektoratet, 2014a, s. 12).

1.3.1.1 Aktivitet på ulike behandlingsnivå i somatisk sykehus

Figuren under viser fordelingen av aktivitet på ulike behandlingsnivå⁴ i somatisk sykehus per 1000 innbygger i perioden 2008–2013.



Målt per innbygger viser tallene en betydelig nedgang i liggedager parallelt med en økning i poliklinisk virksomhet. Polikliniske konsultasjoner⁵ økte med 14 prosent, mens antallet liggedager har gått ned med 21 prosent i perioden 2008–2013. Nedgangen i liggedager er tilsvarende sterk for eldre pasienter som for resten av befolkningen (Helsedirektoratet, 2014b, s. 2). Det totale antallet pasienter behandlet i spesialisthelsetjenesten har vært stabil i perioden.

Både for døgnopphold og for dagbehandling er det totalt sett en svak nedgang i perioden 2008–2013. Fordelingen mellom planlagte innleggelser⁶ og øyeblikkelige innleggelser⁷ var om lag den samme i 2013 som i 2008, med en nedgang i andelen øyeblikkelige innleggelser fra 70 prosent i 2008 til 68 prosent i 2013.

1.3.1.2 Offentlig finansiert aktivitet ved private sykehus

I 2013 hadde 22 private somatiske sykehus avtale med ett eller flere regionale helseforetak (RHF)⁸ (Helsedirektoratet, 2014c). Figuren under viser antall offentlig finansierte episoder per 1000 innbygger ved private sykehus, inkludert LHL-klinikkene Glittre og Feiring, fordelt på behandlingsnivå.

4 Nivå i helsetjenesten som helsehjelpen/-omsorgen gis ved: døgnopphold, dagbehandling eller poliklinisk konsultasjon (SSB).
 5 Polikliniske konsultasjoner: undersøkelser og behandling som gjennomføres uten innleggelse på døgn- eller dagbasis. Dette er behandling hvor de medisinske tiltakene er kortvarige og mindre omfattende enn dagbehandling og inneliggende behandling.
 6 «Planlagt» er definert som all planlagt behandling og «venting over 24 timer» (SSB).
 7 «Øyeblikkelig hjelp» består av alle episoder som er «akutt», «ikke akutt, men behandling innen 6 timer» og «venting mellom 6 og 24 timer» (SSB).
 8 I tillegg er LHL-klinikkene Glittre og Feiring private ideelle sykehus som rapporterer aktivitet til NPR.

FIGUR 1.9 Polikliniske konsultasjoner, døgnopphold og dagbehandling ved private sykehus. Per 1000 innbygger. 2010–2013 (Kilde: Norsk pasientregister, NPR)

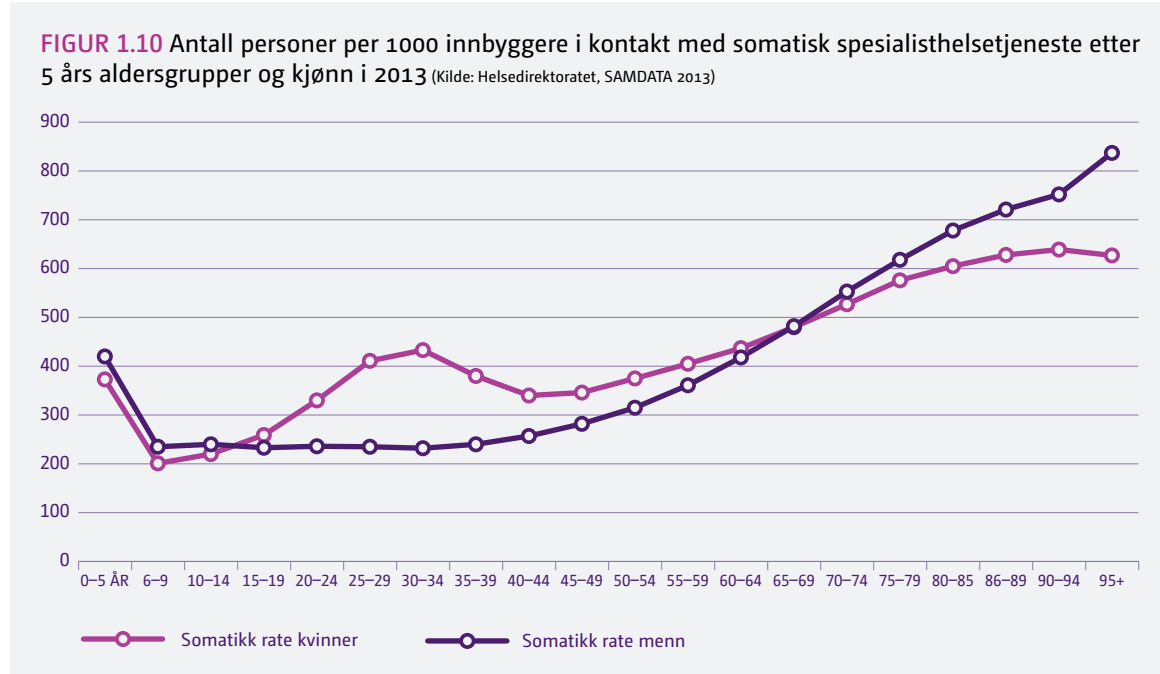


Statistikken for private sykehus viser en sterk nedgang i polikliniske konsultasjoner fra 2010 til 2011. Samtidig var det en svak nedgang i dagbehandling, og fra 2011 til 2013 en vesentlig økning i dagbehandling. Fra 2012 til 2013 var det en økning på 12,4 prosent i aktiviteten totalt, hvorav den største økningen var for dagbehandling (Helsedirektoratet, 2014c).

1.3.1.3 Pasienter og diagnoser i somatiske sykehus

Totalt har det vært en økning i antall pasienter i den somatiske spesialisthelsetjenesten, men antall tjenestebrukere per innbygger har vært stabil i hele perioden. Figuren under viser hvordan de totalt 1,8 millioner pasientene ved somatiske sykehus fordeler seg når det gjelder kjønn og alder, målt per innbygger i gruppene.

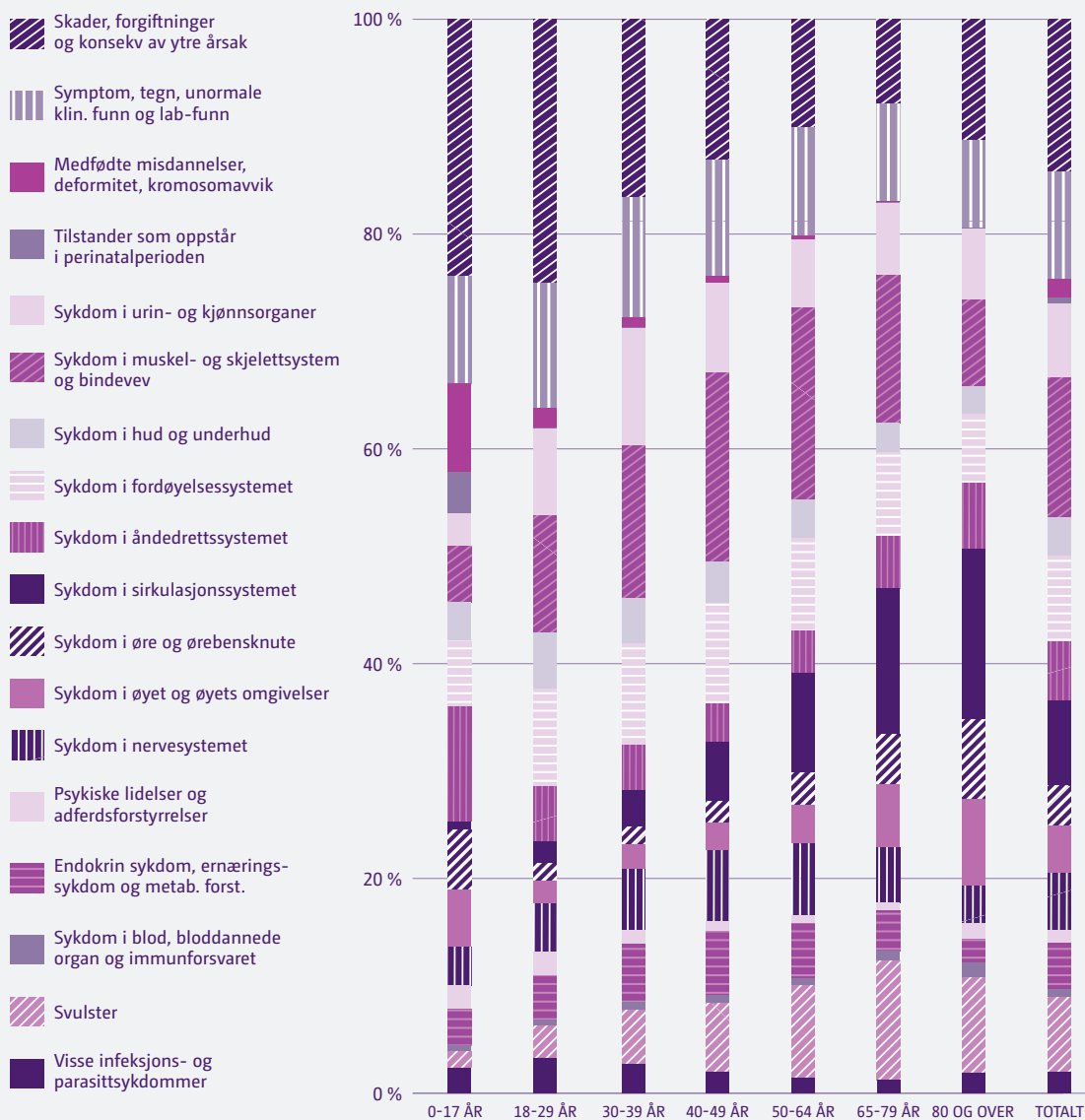
FIGUR 1.10 Antall personer per 1000 innbyggere i kontakt med somatisk spesialisthelsetjeneste etter 5 års aldersgrupper og kjønn i 2013 (Kilde: Helsedirektoratet, SAMDATA 2013)



Om lag halvparten av pasientene som hadde kontakt med somatiske sykehus i 2013, var over 60 år. Av pasienter under 60 år var flest kvinner. Noe av årsaken til at det er flere kvinner, skyldes helsetjenestebruk i forbindelse med svangerskap og fødsler. Menns kontakt med somatiske sykehus øker etter fylte 35 år, og etter fylte 70 år er det en høyere andel blant menn enn kvinner som er i kontakt, for øvrig et mønster som vises i andre tjenester. Ettersom kvinners levealder er høyere enn for menn, er det i absolutte tall likevel flere eldre kvinner enn menn som har kontakt med spesialisthelsetjenesten. Når det gjelder barn og unge opp til 19 år, ble 346 000 pasienter behandlet ved sykehus i 2013. Dette inkluderer 44 400 friske nyfødte.

De to største diagnosegruppene (ICD-kapittel) behandlet ved sykehus er registrert med skadediagnose samt sykdommer i muskel- og skjelettsystemet og bindevev, som hver utgjør 13–14 prosent av behandlingene ved sykehus. Deretter følger sykdommer i henholdsvis fordøyelsessystem, sirkulasjonssystem, urin- og kjønnsorganer samt svulster som hver utgjør 7–8 prosent av behandlingene. Figuren under viser sykdommer behandlet ved somatisk sykehus i 2013, fordelt på ulike aldersgrupper.

FIGUR 1.11 Diagnosesammensetning (ICD-10) i ulike aldersgrupper innen somatisk spesialisthelsetjeneste framstilt som andeler i 2013¹ (Kilde: Helsedirektoratet, SAMDATA 2013)

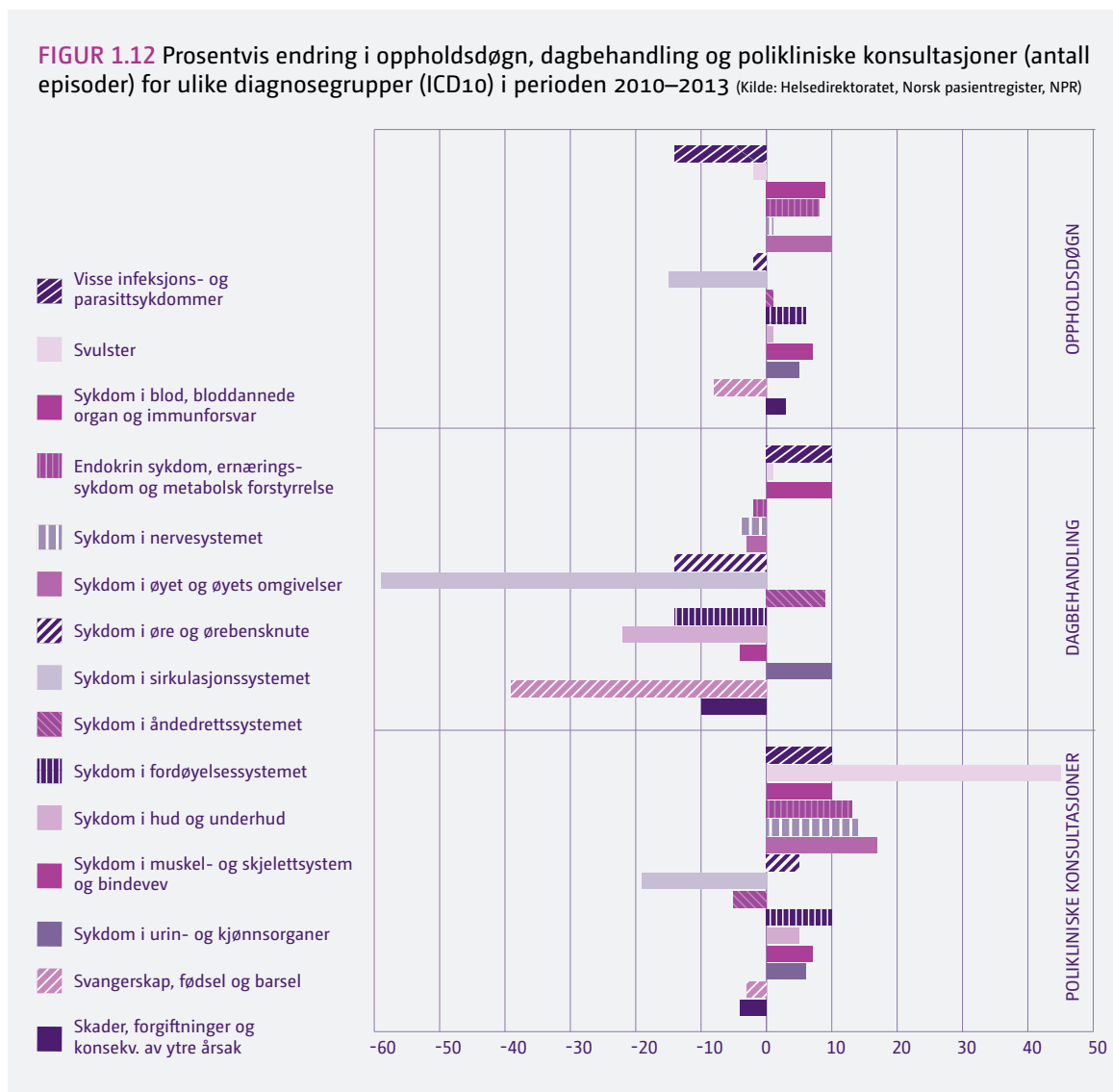


1 Hver pasient telles kun én gang innen hvert hovedkapittel i tilfeller hvor pasienten er registrert med flere kontakter med ulike hoveddiagnoser. Hovedkapittel om svangerskap, fødsel og barseltid er holdt utenfor. Det samme gjelder kontakter registrert med Z-koder som hoveddiagnose, da disse pasientene er inne for undersøkelse, etterbehandling, rehabilitering e.l., og de fleste har hatt annen kontakt med behandling hvor de har fått en diagnose og derfor er med i en annen gruppe (gjelder ca. 70 prosent).

Det er flest barn og unge voksne i den største diagnosegruppen, nemlig skader. Én av fire i gruppen under 30 år fikk behandling på grunn av skade, forgiftning eller andre ytre årsaker. Det er flest mellom 40–80 år i den andre store diagnosegruppen, sykdommer i muskel- og skjelettsystem og bindevev. Sykdommer i sirkulasjonssystemet øker med alderen, og utgjør den største diagnosegruppen blant pasienter over 65 år.

1.3.1.4 Endring i aktivitet for ulike diagnosegrupper i somatiske spesialisthelsetjenester

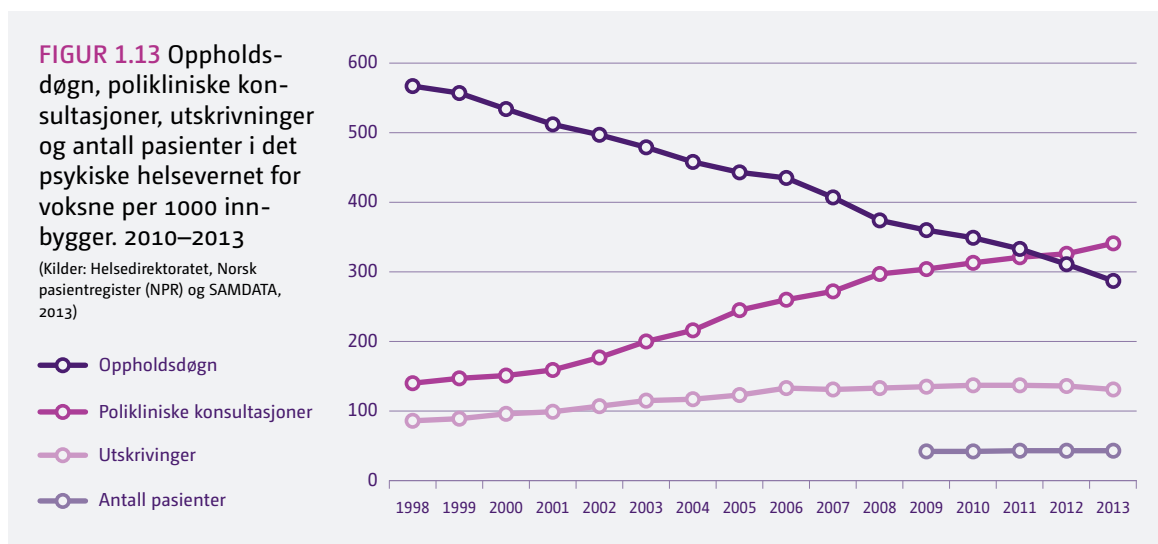
Vi har sett at polikliniske konsultasjoner har økt mye i somatisk spesialisthelsetjeneste totalt sett, mens det har vært en svak nedgang i dagbehandling og døgnopphold. Figuren under viser hvordan utviklingen fordeler seg på ulike diagnosegrupper, målt som sum prosentvis endring i perioden 2010–2013.



Polikliniske konsultasjoner har økt innenfor de fleste diagnosegruppene totalt sett i perioden 2010–2013. Unntaket er konsultasjoner vedrørende sirkulasjonssystemet, åndedrettssystemet, skader/forgiftninger etc., samt svangerskap/fødsel/barsel. Innenfor polikliniske konsultasjoner har det vært størst økning for behandling av svulster (45 prosent). Samtidig har ikke dagbehandlinger blitt redusert i perioden, og det har kun vært en svak nedgang i døgnopphold i forbindelse med behandling av svulster.

1.4 PSYKISK HELSEVERN FOR VOKSNE

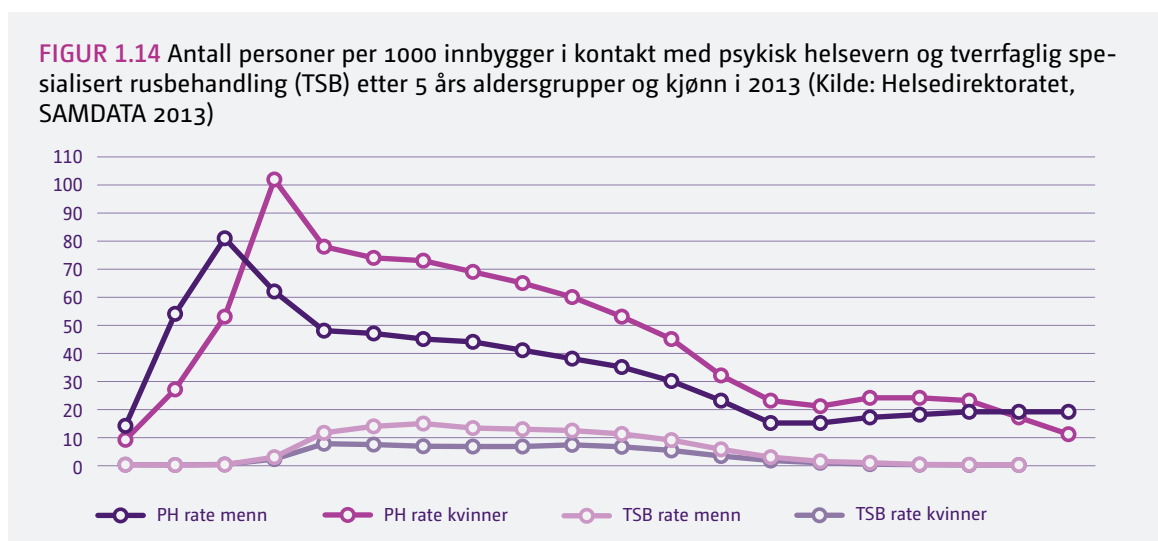
Innen psykiske helsetjenester har det i mange år vært en politisk målsetting å forskyve virksomheten fra døgnvirksomhet til poliklinisk og ambulant virksomhet. I hvilken grad har man lyktes med dette? I perioden der Opptappingsplanen for psykisk helse pågikk (1998–2008), var det en reduksjon på 45 prosent når det gjelder oppholds-døgn, og samtidig en økning på om lag 50 prosent når det gjelder polikliniske kontakter. Det var en økning i utskrivinger gjennom planperioden, mens de aller siste årene har utskrivningsraten vært stabil. Figuren under viser utviklingen fra 1998 til 2013, justert for befolkningsvekst.



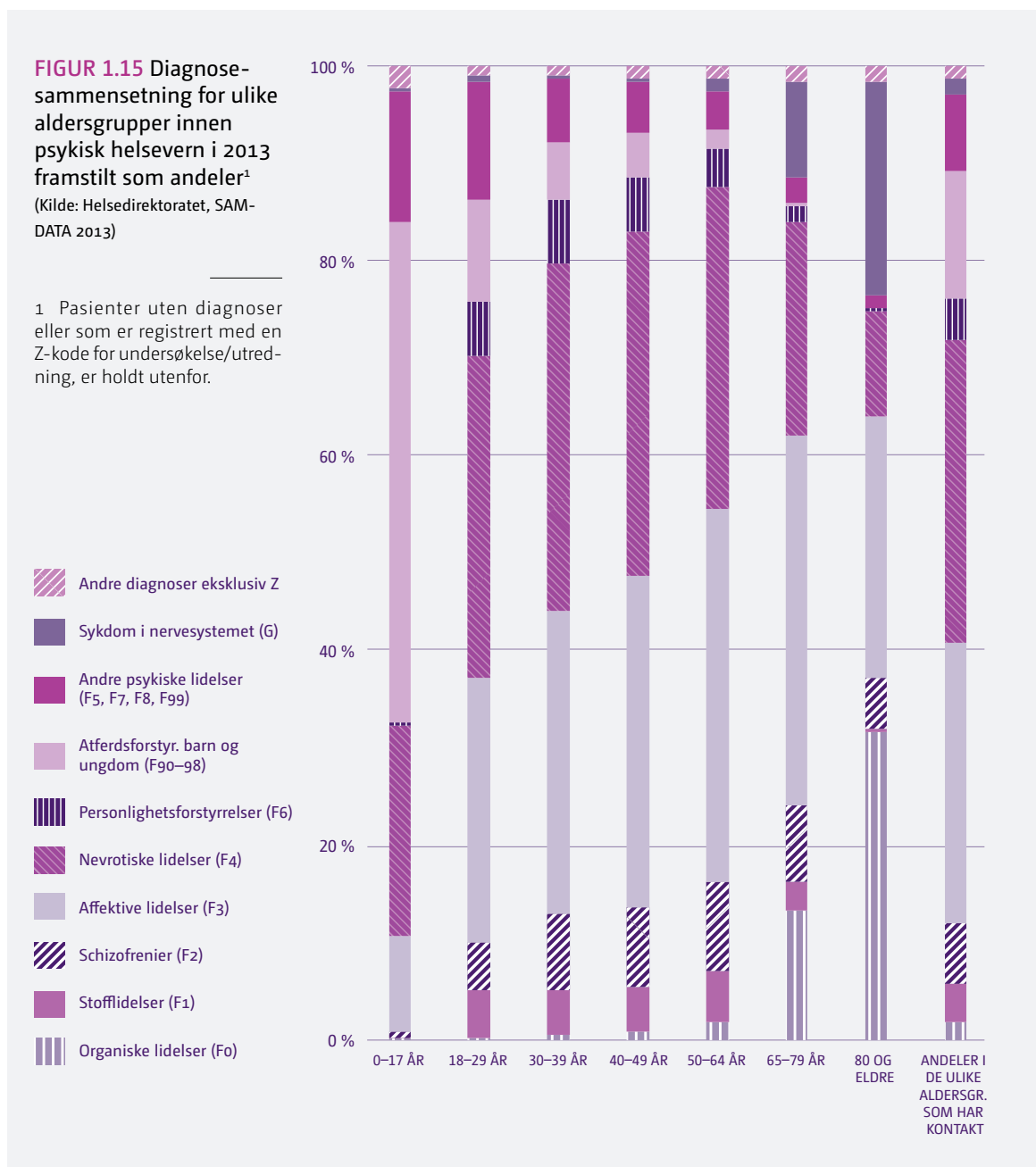
Antall oppholds-døgn går fremdeles ned, og det siste året med større prosentvis nedgang enn tidligere. På landsbasis var det en nedgang på 7,7 prosent i antall oppholds-døgn per 1000 innbygger fra 2012 til 2013. Her er det imidlertid forskjeller mellom helseregionene. Helse Vest hadde en økning i antall oppholds-døgn mens de andre regionene hadde reduksjon, og størst nedgang var det i Helse Sør-Øst. Videre reduseres dagbehandlingen mye. Antallet utskrivinger reduseres noe. Polikliniske kontakter øker fortsatt, men saktere enn under opptappingsplanperioden. Antall pasienter øker jevnt fra år til år, en økning på 2,3 prosent per 1000 innbygger i perioden 2010 til 2013 (ikke data for antall pasienter før 2009).

1.4.1 Pasienter og diagnoser i psykisk helsevern og TSB

Figuren under gir oversikt over hvor mange personer (per 1000 innbygger) i ulike aldersgrupper som har vært i kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2013.



Figuren viser at de som har mest kontakt med psykisk spesialisthelsetjeneste, er gutter 10–14 år og jenter 15–19 år. Videre at kvinner har vesentlig mer kontakt enn menn. Befolkningens kontakt med tjenestene går gradvis ned med alderen. Svært få over 70 år har kontakt (2 prosent). Samtidig blir også kjønnsforskjellene mindre med alderen, og ender med at de eldste mennene har mer kontakt med tjenestene enn de eldste kvinnene (et mønster vi også fant i statistikken for de somatiske spesialisthelsetjenestene).



Figuren over viser diagnosesammensetningen blant pasienter i kontakt med psykisk spesialisthelsetjeneste. Det er størst forekomst av affektive og nevrotiske lidelser i alle aldersgrupper, bortsett fra blant barn og unge, der over halvparten er diagnostisert med atferdsforstyrrelser, og blant eldre over 80 år, der over halvparten enten er diagnostisert med en organisk lidelse eller sykdom i nervesystemet. Schizofrenier og personlighetsforstyrrelser utgjør totalt 10 prosent. Det er en høyere andel med schizofreni og rusrelaterte lidelser blant menn, mens det blant kvinner er en litt høyere andel affektive og nevrotiske lidelser.

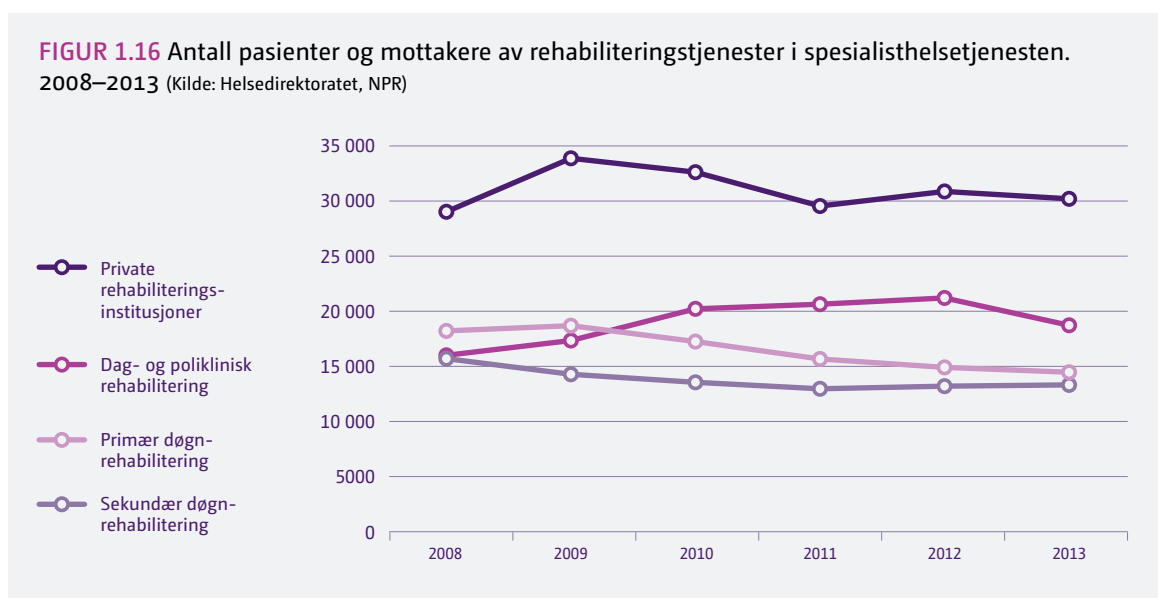
1.4.2 Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

Ifølge forskrift er rehabilitering definert som «tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet». Rehabiliteringstilbud gis både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

Habilitering og rehabilitering er et av de områdene som det skal legges økt vekt på, ifølge samhandlingsreformen. Det er også en målsetting at kommunene skal ha et tydeligere ansvar for dette tjenesteområdet.

Rehabilitering i regi av spesialisthelsetjenesten tilbys enten ved helseforetakene eller ved private rehabiliteringsinstitusjoner. En rekke private rehabiliteringsklinikker i spesialisthelsetjenesten har avtale med ett eller flere regionale helseforetak (LHL-klinikkene Feiring og Glitre, Fysmedklinikken og Friskvernklinikken). Rehabilitering i helseforetakene tilbys som enten primær eller sekundær rehabilitering,⁹ eller som dag- og poliklinisk rehabilitering. I spesialisthelsetjenesten registreres re-/habiliteringstjenester i Norsk pasientregister.

Figuren under viser det totale antallet pasienter og mottakere av rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten i perioden 2008–2013.



Fra 2008 til 2009 økte antallet pasienter og mottakere av rehabiliteringstjenester vesentlig i private institusjoner. Fra 2009 til 2011 gikk antallet ned til samme nivå som i 2008 med kun små endringer i 2012 og 2013. I helseforetakene har antallet pasienter i dag- og poliklinisk rehabilitering økt, bortsett fra siste år. Samtidig har antallet pasienter i døgnerhabilitering blitt redusert. De siste årene gjelder dette særlig for primær døgnerhabilitering.

Tilgjengelige data for rehabilitering viser tydelige regionale forskjeller, mens målet er et mest mulig likt tilbud uavhengig av bosted. Figuren under viser pasienter og mottakere av ulike rehabiliteringstjenester per region, oppgitt i rater basert på befolkningsgrunnet (per 1000 innbygger).

9 Primær døgnerhabilitering defineres slik: «Rehabilitering med innleggelse der en av rehabiliteringskodene i diagnosekodeverket ICD-10 er satt som hovedtilstand i det pasientadministrative systemet. Dette skal i henhold til definisjonen gjøres ved opphold i avdelinger eller institusjoner hvor hensikten med oppholdet hovedsakelig er rehabilitering.» Sekundær døgnerhabilitering defineres slik: «Rehabilitering med innleggelse der en av rehabiliteringskodene i ICD-10 er satt som annen tilstand i det pasientadministrative systemet. Dette skal i henhold til definisjonen gjøres når samme opphold omfatter både akuttbehandling og rehabilitering. Den akutte sykdommen skal i disse tilfellene kodes som hovedtilstand, mens rehabilitering skal kodes som annen tilstand.» (Helsedirektoratet, 2014a)

FIGUR 1.17 Pasienter og mottakere av ulike typer rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten, inkludert private tilbydere 2008–2013 etter region. Antall pasienter/mottakere per 1000 innbyggere (Kilde: Helsedirektoratet, Norsk pasientregister, NPR)

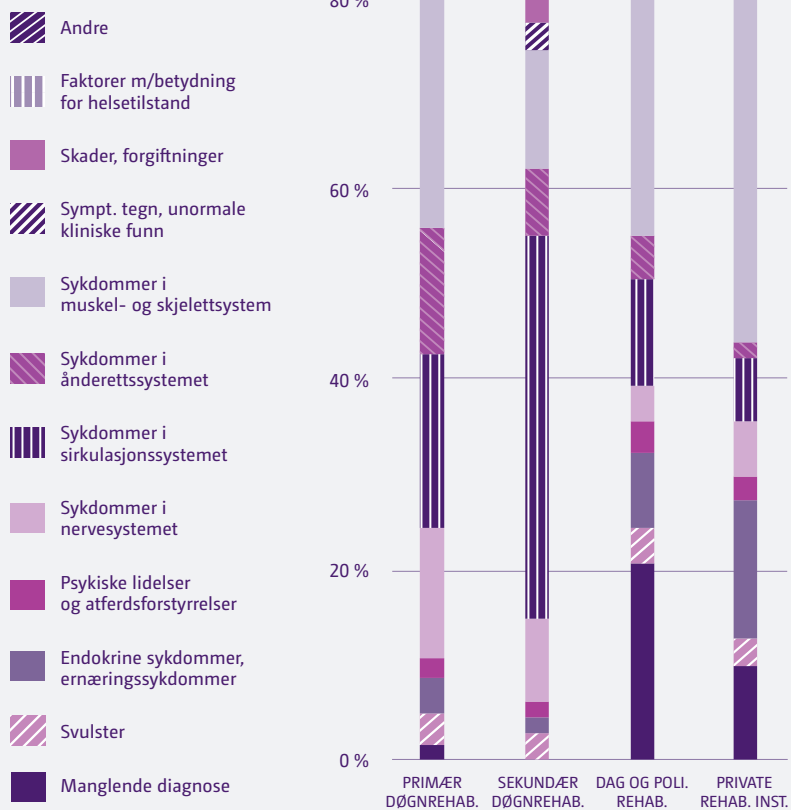


Figuren viser at det er færrest pasienter og mottakere av rehabiliteringstjenester per innbygger i Helse Vest. Også her er pasientraten for private institusjoner høyest av de ulike tjenestetilbudene, men likevel mye lavere enn i de andre regionene. Helse Nord har gjennom hele perioden den høyeste pasientraten for private rehabiliteringsinstitusjoner. Her gis rehabiliteringstilbudet i vesentlig grad ved de private institusjonene. Sammenlignet med de øvrige regionene hadde Helse-Midt-Norge den høyeste pasientraten for dag- og poliklinisk rehabilitering i perioden etter 2010. I Helse Sør-Øst preges utviklingen av en nedgang i både primær og sekundær døgnrehabilitering gjennom perioden.

1.4.2.1 Diagnoser blant pasienter i rehabiliteringstjenestene

Sykdommer i muskel- og skjelettsystemet samt sykdommer i sirkulasjonssystemet utgjør de største diagnosegruppene for rehabiliteringsaktiviteten totalt sett. Figuren under viser fordelingen av alle diagnosegruppene på de ulike rehabiliteringstilbudene.

FIGUR 1.18 Opphold og kontakter i henhold til diagnoseklassifisering i ICD-10 etter type institusjon og type rehabilitering i 2012, framstilt som andeler



De ulike rehabiliteringstjenestene har ulik fordeling av diagnosegrupper. I sekundær døgnerhabilitering har man hovedsakelig inne pasienter med sykdommer i sirkulasjonssystemet (41 prosent). I dag- og poliklinisk rehabilitering og i de private institusjonene inngår først og fremst pasienter med sykdommer i muskel- og skjelettsystem. I opphold ved institusjoner definert som primær døgnerhabilitering inngår først og fremst pasienter med sykdommer i muskel- og skjelettsystem samt sykdommer i sirkulasjonssystemet. Pasienter med psykiske lidelser inngår i svært liten grad i rehabiliteringstilbudet.

1.4.3 Kommunale helse- og omsorgstjenester

Ifølge kommunehelsetjenesteloven skal kommunen sørge for nødvendig helsehjelp til alle som til enhver tid oppholder seg der. Kommunen skal sikre tilgjengelige tjenester for å løse oppgaver innen forebyggende helsearbeid, diagnostikk og behandling, medisinsk rehabilitering, pleie og omsorg samt hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner. Kommunene har også ansvar for å tilby fastlege, legevakt, skolehelsetjeneste, helsestasjon, fysioterapitjeneste, kommunalt rusarbeid og psykisk helsearbeid samt omsorgstjeneste. Kommunene har i tillegg ansvar for å yte sosiale tjenester, støttekontakt, avlastning og institusjonsopphold.

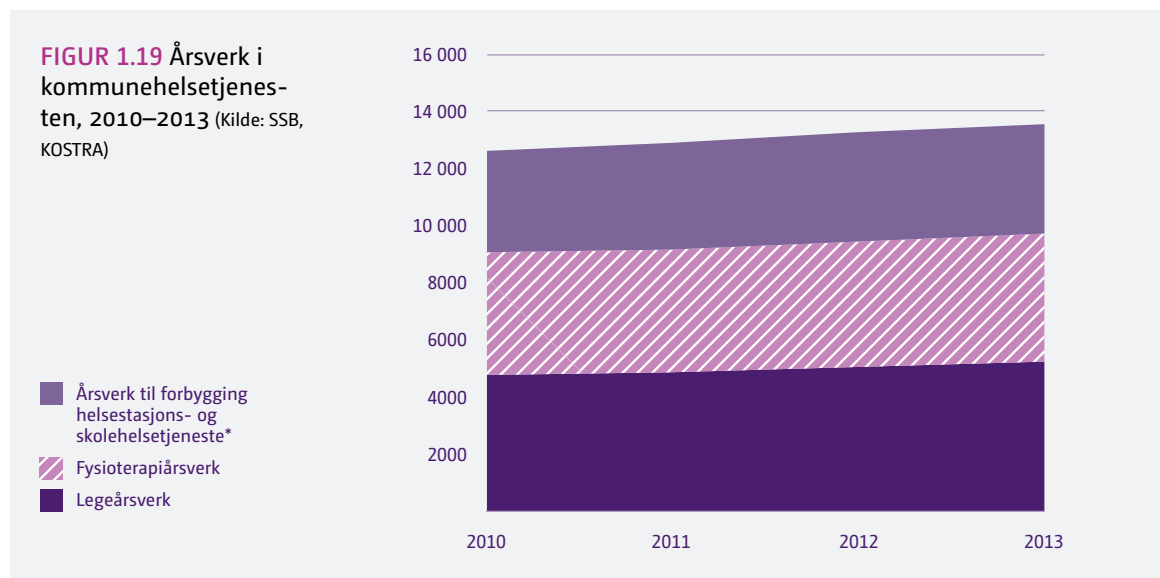
Vi har sett at de totale utgiftene til kommunale helse- og omsorgstjenester var tilnærmet 114 milliarder kroner i 2013 (jf. Figur 1.15). Av disse utgjorde utgiftene til kommunehelsetjenester nær 14 milliarder kroner.

Kommunehelsetjenester og pleie- og omsorgstjenester utgjør det som i offentlige lov- og styringsdokument

nå blir omtalt som kommunale helse- og omsorgstjenester. I det følgende ser vi på fordelingen av årsverk i henholdsvis kommunehelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenestene. Deretter går vi nærmere inn på fastlegjetjenesten, fysioterapitjenesten, rehabilitering i kommunen og til slutt pleie- og omsorgstjenesten. (Kildene for statistikken er henholdsvis KOSTRA¹⁰ og IPLOS¹¹).

1.4.3.1 Årsverk i kommunehelsetjenesten

Totalt var det i overkant av 13 500 årsverk i kommunehelsetjenestene i 2013 fordelt på allmennlegetjenesten, fysioterapitjenesten, jordmørtjenesten og helsestasjons- og skolehelsetjenesten (det inngår om lag 200 leger og 200 fysioterapeuter i helsestasjons- og skolehelsetjenesten).



*Lege- og fysioterapiårsverk (om lag 400 årsverk totalt) er tatt ut av statistikken for årsverk til forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste ettersom disse årsverkene inngår i de øvrige kategoriene).

Det totale antallet legeårsverk i kommunehelsetjenesten, inklusive fastlegeårsverk, øker. I 2013 var det i alt 5197 avtalte legeårsverk i kommunene, noe som representerer en økning på 3,5 prosent fra 2012 og 12 prosent fra 2009. Legeårsverkene som går med til helsestasjons- og skolehelsetjeneste, utgjorde i 2013 207 avtalte årsverk.

Det totale antallet årsverk for fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten øker også stadig. I 2013 var det i alt 4535 fysioterapeutårsverk i kommunene, noe som gir en vekst på 2,4 prosent fra 2012 og 7,5 prosent siden 2009. Både årsverk til annet forebyggende helsearbeid og fysioterapeutårsverk i institusjon har økt fra 2012 til 2013, med henholdsvis 3 prosent og 5,4 prosent. Fysioterapeutårsverk til helsestasjons- og skolehelsetjeneste har hatt en nedgang i denne perioden. I 2013 var det i alt 192 årsverk, noe som representerer en nedgang på 2,5 prosent fra 2012.

Det totale antallet årsverk til helsestasjons- og skolehelsetjenesten har økt med 4 prosent siden 2010. I 2013 var det i alt 4217 årsverk. Av disse utgjorde helsesøstrene 2167 årsverk og jordmødrene 282 årsverk.

1.4.3.2 Årsverk i pleie- og omsorgssektoren

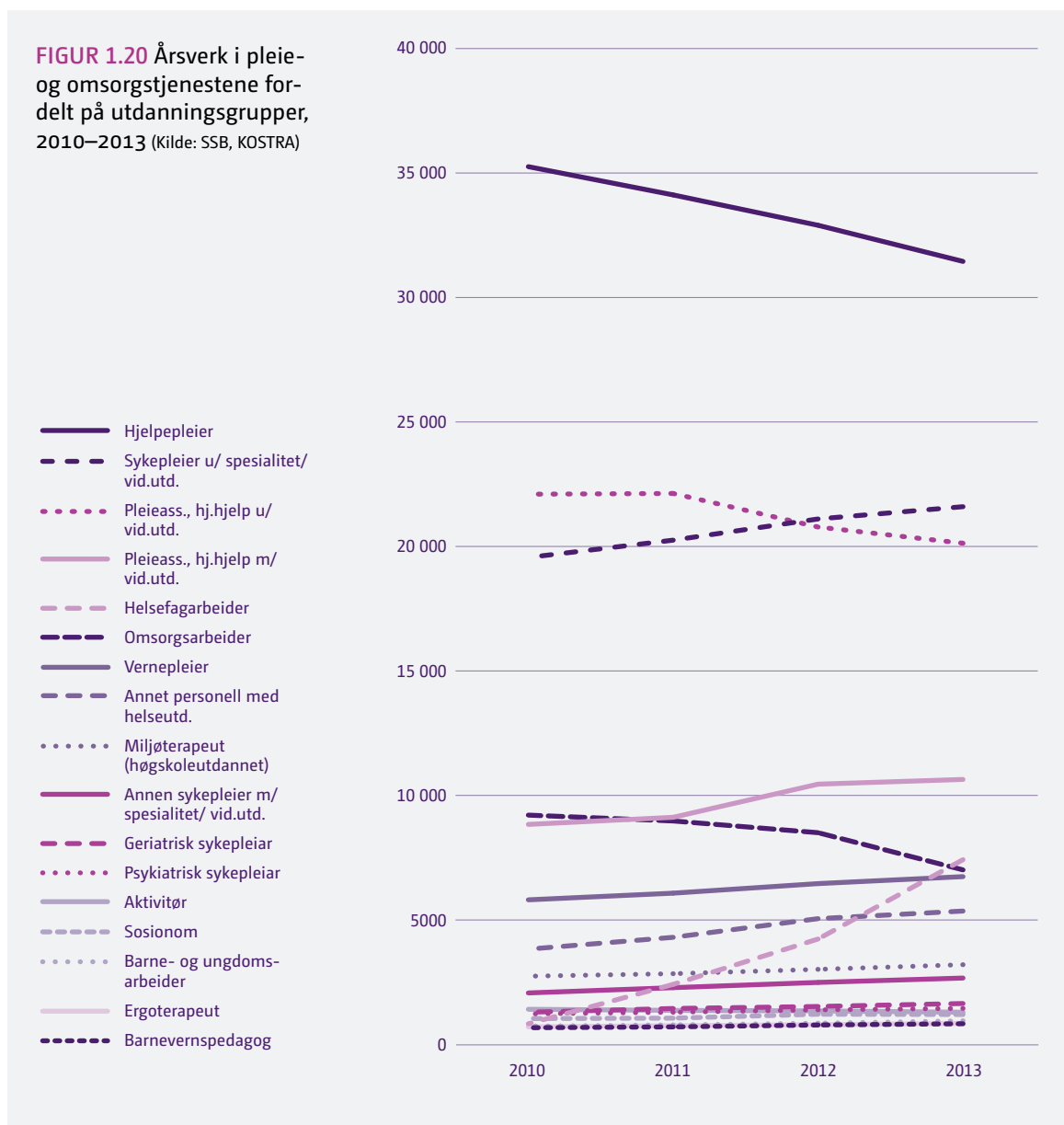
Innen pleie- og omsorgstjenestene har årsverksinnsatsen i både institusjoner og hjemmetjenester økt betydelig de siste tiårene. Siden 2010 har økningen vært på 5 prosent. Dette gjenspeiler at kommunenes oppgaver har økt som et resultat av flere innbyggere over 90 år og nye grupper av tjenestemottakere. Tallet på årsverk

10 KOSTRA er et nasjonalt informasjonssystem som gir styringsinformasjon om kommunal virksomhet.

11 IPLOS (Individbasert Pleie- og OmsorgsStatistikk) er et pseudonymt individbasert register over mottakere og søkere av pleie og omsorgstjenester. Registeret er hjemlet i helseregisterloven (2001-05-18 nr. 24) og med egen forskrift, forskrift om pseudonymt register for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (2006-02-17 nr. 204). Opplysningene i IPLOS-registeret baserer seg på innsendinger av uttrekk fra lokale fagsystem i kommunene.

i pleie- og omsorgstjenestene var totalt i underkant av 133 000 i 2013. Av disse var 126 000 brukerrammede årsverk, hvorav 74 prosent hadde helsefaglig utdanning. Målt i antall årsverk er den kommunale omsorgssektoren i dag større enn sykehussektoren. Personellinnsatsen per bruker var nær et halvt årsverk i 2013.

Figuren under viser årsverk i pleie- og omsorgstjenestene fordelt på utdanningsgrupper (servicefunksjoner som kjøkken, rengjøring, vaktmester samt administrativt personell utgjorde totalt rundt 8 000 personer, og er tatt bort i framstillingen her).



Antallet årsverk totalt i pleie- og omsorgstjenestene har hatt en økning på 5 prosent i perioden 2010–2013. Hjelpepleierne utgjør den største gruppen. Antall årsverk for hjelpepleiere har imidlertid gått ned med 11 prosent i perioden 2010–2013. Antall årsverk for pleieassistent eller hjemmehjelp uten videreutdanning har gått med 9 prosent i perioden, mens årsverk for pleieassistent med videreutdanning økte med 20 prosent. Antall årsverk for sykepleiere både med og uten spesialitet eller videreutdanning har økt. Omsorgsarbeidere har blitt redusert med 24 prosent i perioden, mens årsverk for vernepleiere og annet personell med helseutdanning har økt.

1.4.3.3 Fastlegetjenesten

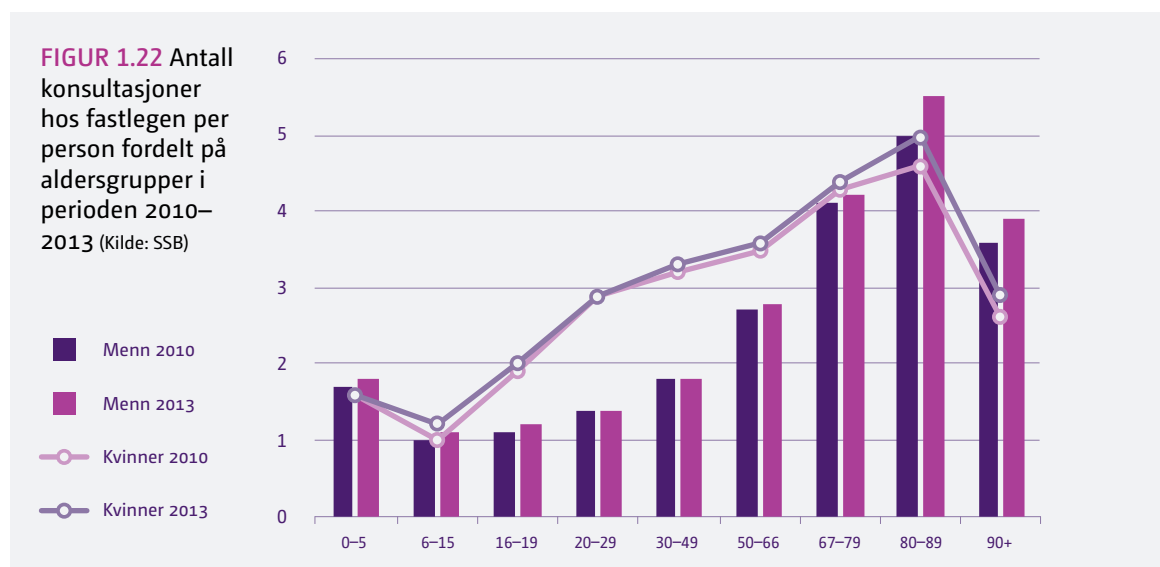
Samlet utgjør fastlegetjenesten sammen med kommunal legevakt en betydelig andel av kommunehelsetjenesten. Per 31. desember 2013 var, ifølge tall fra HELFO, 95,3 prosent av fastlegene privatpraktiserende, mens de resterende 4,7 prosent var ansatt i kommunen. Deltakelse i fastlegeordningen er frivillig, og per 31.12.2012 deltok 99,6 prosent av befolkningen. For øvrig viser SSBs innbyggerundersøkelse fra 2013 at rundt 83 prosent er fornøyd med fastlegen.

Figuren under viser utviklingen i antallet fastleger i perioden etter at fastlegeordningen ble innført.



I perioden 2002 til 2013 økte antallet fastleger fra 3703 i 2002 til 4387¹² i 2013. Dette utgjør en økning på 15 prosent. Andelen kvinner har i denne perioden økt fra 30 prosent i 2002 til nesten 40 prosent i 2013.

Nesten 70 prosent av befolkningen var registrert med minst én konsultasjon hos fastlege i 2013. Figuren under viser antall konsultasjoner hos fastlegen per person i ulike aldersgrupper.



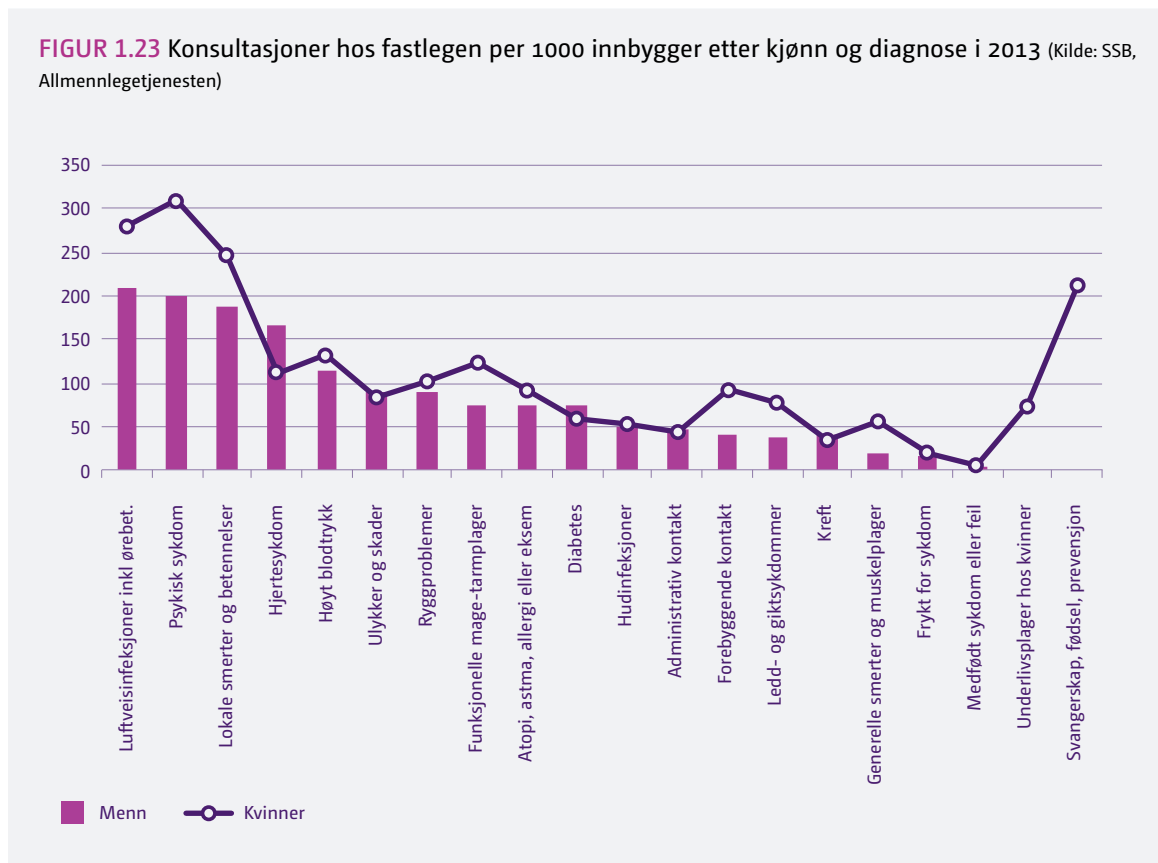
Etter småbarnsalder, fra skolealder og videre, øker bruken av fastlege med alderen. Bruk av fastlege er lavest blant barn i skolealder og høyest blant eldre mellom 80 og 89 år. Denne gruppen eldre hadde fem ganger så mange konsultasjoner som barn i skolealder. Nedgangen i andelen som oppsøkte fastlege etter passerte 80 år, skyldes trolig ikke bedre helse, ifølge SSB, men snarere at behovet for legehjelp dekkes på annen måte, for

12. Legeforeningens statistikk viser 4855 fastleger, og hovedårsaken til dette, ifølge Legeforeningen, er at noen av fastlegene registrert hos Legeforeningen, kan være i permisjon.

eksempel av tilsynsleger ved alders- og sykehjem.

Kvinner oppsøker fastlege i vesentlig større grad enn menn i aldersgruppene fra 16–19 og opp til pensjonsalder. Igjen ser vi at blant de eldste er det høyere frekvens av menn som oppsøker helsetjenesten.

Figuren under viser fordeling av diagnoser blant menn og kvinner som oppsøkte fastlegen i 2013.



De fleste som oppsøkte fastlege i 2013, hadde luftveisinfectionsjoner, psykiske lidelser eller smerter og betennelser. Kvinner oppsøkte fastlegen for disse plagene i større grad enn menn. Kvinners kontakt med fastlegen skyldes for en stor grad underlivsplager samt kontakt knyttet til svangerskap. Menn på sin side oppsøkte fastlegen først og fremst for hjertesykdom og høyt blodtrykk. Litt flere menn enn kvinner oppsøkte fastlegen for diabetes.

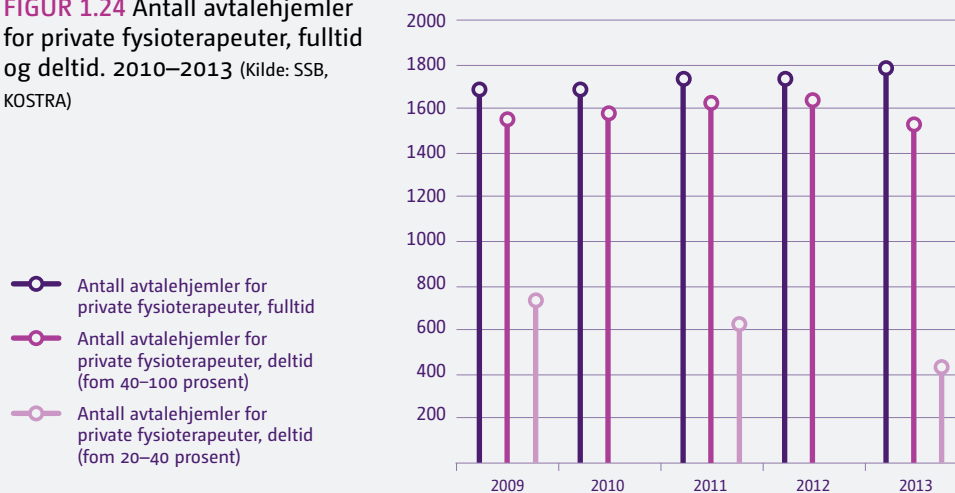
1.4.3.4 Fysioterapitjenesten

Den kommunale fysioterapitjenesten består av forebyggende virksomhet og av behandling, habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon. Deler av fysioterapitjenesten utøves på helsestasjon, i skole, i barnehage, på sykehjem, i ulike omsorgsboliger samt til pasienter som har behov for opptrening i forbindelse med overføring fra sykehus til eget hjem. Kommunen kan organisere fysioterapitjenesten ved enten å ansette fysioterapeuter i kommunale stillinger, eller ved å inngå avtaler om driftstilskudd (driftsavtale) med fysioterapeuter som driver privat virksomhet. Det eksisterer avtaler om både fulltids- og deltidshjemler mellom private fysioterapeuter og kommunene.

I 2013 var det i alt 4535 fysioterapeutårsverk i kommunene og en vekst i antall årsverk på 2,4 prosent fra 2012. Dette inkluderte fysioterapeuter i pleie- og omsorgstjenestene i tillegg til kommunehelsetjenesten.

Figuren under viser antallet avtalehjemler for private fysioterapeuter, henholdsvis fulltid og deltid.

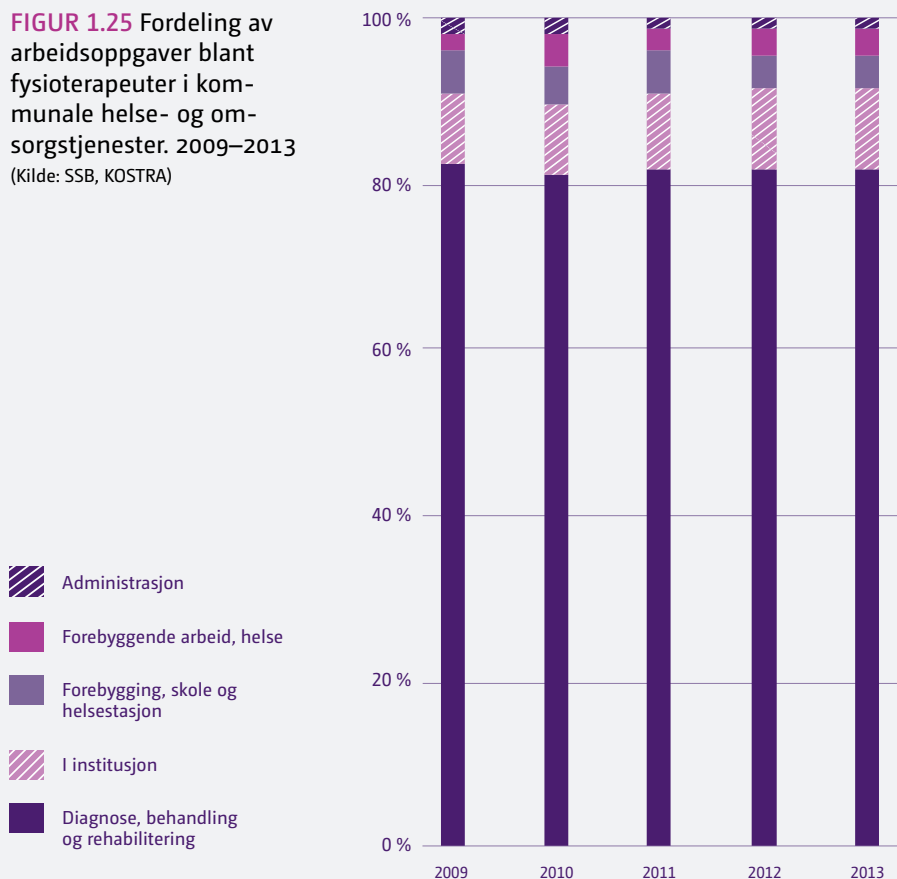
FIGUR 1.24 Antall avtalehjemler for private fysioterapeuter, fulltid og deltid. 2010–2013 (Kilde: SSB, KOSTRA)



Av det totale tallet på avtalehjemler i 2013 var ca. 48 prosent fulltidshjemler, mens 52 prosent var deltids-hjemler. Antallet fulltids avtalehjemler økte med 5 prosent i perioden 2010–2013, mens deltids avtalehjemler ble redusert med totalt 14 prosent.

Figuren under viser fordelingen av arbeidsoppgaver for fysioterapeutene i kommunen.

FIGUR 1.25 Fordeling av arbeidsoppgaver blant fysioterapeuter i kommunale helse- og omsorgstjenester. 2009–2013 (Kilde: SSB, KOSTRA)



Over 80 prosent av arbeidsoppgavene til fysioterapeutene i kommunen er knyttet til diagnose, behandling og rehabilitering. Under 10 prosent dreier seg om arbeid i institusjon, om lag 5 prosent om forebygging i skole og helsestasjon. Det er så godt som ingen endring i fordeling av arbeidsoppgaver gjennom tidsperioden.

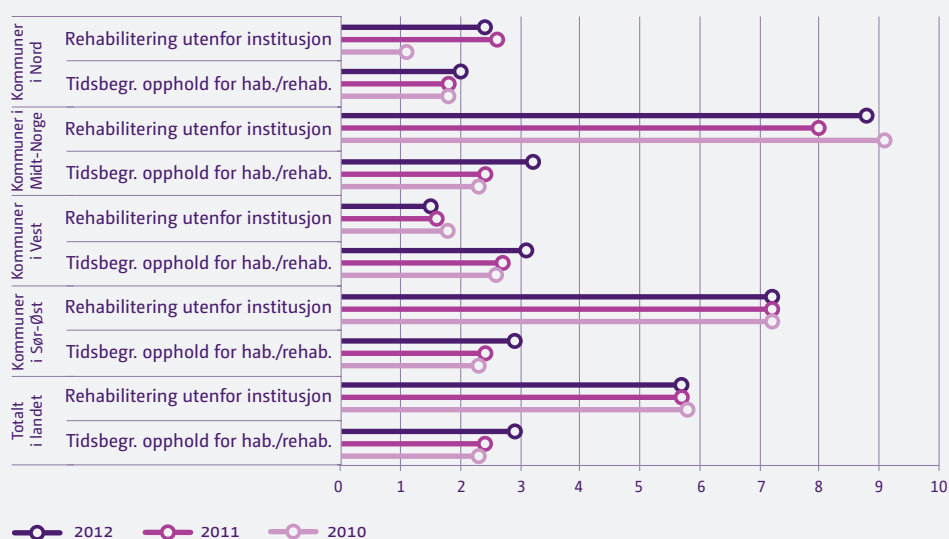
1.4.3.5 Rehabilitering i kommunene

Kommunen skal ha generell oversikt over behovet for habilitering og rehabilitering, og alle som bor eller oppholder seg i kommunen, skal tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov. Med samhandlingsreformen (St.meld. 47 [1998–2006]) og den nye helse- og omsorgsloven (lov om kommunale helse- og omsorgstjenester) har kommunene fått økt ansvar for å sikre at innbyggerne får et godt habiliterings- og rehabiliteringstilbud gjennom forebygging, helsefremmende arbeid og tidlig innsats, herunder habilitering og rehabilitering. Den nye loven pålegger også alle kommuner å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringstjenester samt å tilby individuell plan og koordinator til personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester (helse- og omsorgstjenesteloven).

De kommunale rehabiliteringstjenestene er i hovedsak organisert slik at de tilbys i, eller i tilknytning til, folks hjem, i barnehagen, på skolen, i arenaer for fritidsaktiviteter samt i kommunale institusjoner.

I kommunene registreres tiltak, herunder rehabilitering i og utenfor institusjon, til mottakere av pleie- og omsorgstjenester gjennom IPLOS. Tilbud til andre brukergrupper utenfor pleie og omsorg blir ikke fanget opp. Figuren under viser pasienter og mottakere av rehabiliteringstjenester i kommuner fordelt på helseregioner i perioden 2010–2012.

FIGUR 1.26 Pasienter og mottakere av rehabiliteringstjenester i kommunehelsetjenesten, 2010–2012. Kommuner fordelt på helseregioner. Antall pasienter/mottakere per 1000 (Kilde: SSB, IPLOS)



Mottakere av tidsbegrenset opphold for rehabilitering i kommunene økte i landet totalt sett fra 2010 til 2012, mens antallet mottakere av andre typer rehabiliteringstjenester i hovedsak var stabilt. Veksten gjaldt alle regioner og knyttet i hovedsak til økt gjennomstrømming av plassene, men det var også noen flere kommuner som rapporterte IPLOS-data på rehabilitering i institusjon i 2012 enn i tidligere år.

Kommuner i Nord har et lavere nivå av rehabilitering enn kommuner i Sør-Øst og Midt-Norge, og kommuner i Vest har et lavere nivå av rehabilitering utenfor institusjon enn kommuner i andre regioner. Kommuner i Midt-Norge har det høyeste nivået av rehabilitering utenfor institusjon.

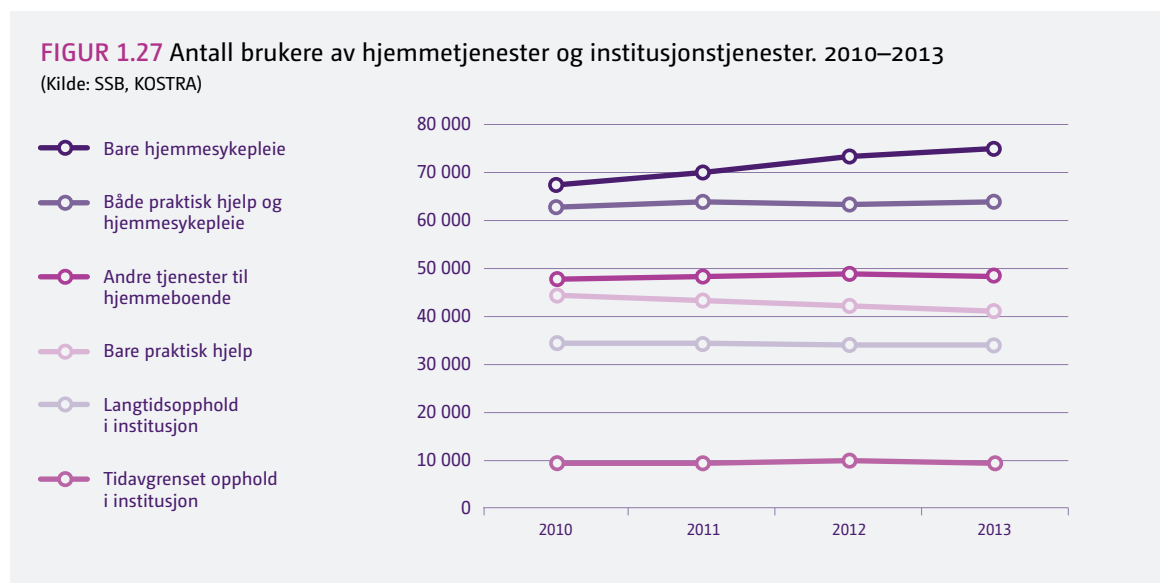
1.4.4 Pleie- og omsorgstjenester

Kommunale pleie- og omsorgstjenester består i hovedsak av ulike former for hjemmetjenester, som for eksempel hjemmesykepleie og praktisk hjelp, opphold i institusjon, herunder sykehjem, og tilbud om avlastningstiltak, støttekontakt og omsorgslønn.

Utviklingen i omsorgstjenesten må vurderes ut fra det samlede tilbudet i både sykehjem, omsorgsboliger og eget hjem. Omfanget av pleie- og omsorgstjenestene har økt de siste årene i takt med at det blir stadig flere eldre, særlig i aldersgruppen over 90 år, og at det har vært en sterk økning i antall yngre mottakere (under 67 år). Andelen eldre som bor på alders- eller sykehjem, har imidlertid blitt redusert de siste 30 årene, særlig blant de eldste, og beboerne er mer omsorgstrengende enn før (Ramm et al., 2013).

Ut fra målene i samhandlingsreformen forventes økt bruk av tidsavgrenset opphold i institusjonene. Utviklingen viser også mer til hjemmetjenester enn til institusjonstjenester. Ifølge SSB utgjorde institusjonstjenester 48 prosent av totale utgifter i omsorgssektoren i 2009, mens hjemmetjenester stod for 46,5 prosent. I 2013 var dette omvendt; 46 prosent av utgiftene var knyttet til institusjon, mens 48,6 prosent gikk til hjemmetjenestene.

Antallet mottakere av tjenester var om lag 271 000 i 2013, og antallet institusjonsplasser utgjorde 41 600. Utgiftene til omsorgstjenesten økte med 4,7 prosent fra 2012, til totalt 94,5 milliarder. Figuren under viser antallet brukere av hjemmetjenester og institusjonstjenester i perioden 2010–2013.



Antallet brukere som kun mottar hjemmesykepleie, økte med 10 prosent i perioden 2010–2013. Antallet som mottar både praktisk hjelp og hjemmesykepleie, gikk opp med 2 prosent, og det samme gjorde antallet som mottar andre tjenester (til hjemmeboende). Antallet som mottar praktisk hjelp, gikk ned med 9 prosent.

Som forventet, i forhold til mål i samhandlingsreformen, økte tallet på beboere på tidsavgrenset opphold i løpet av 2012, mens antallet langtidsbeboere gikk ned med 200. Imidlertid gikk tallet på tidsavgrenset opphold tilbake igjen med 9 prosent i 2013, mens antallet i langtidsopphold var stabilt.

SSB påpeker at i tillegg til at samhandlingsreformen kan påvirke utviklingen, virker også demografiske forhold som eldrebølgen inn på tjenestebruken. Stadig flere trenger omsorgstjenester, og det vil i første omgang gjelde ulike former for hjemmetjenester, supplert med tidsavgrenset plass på sykehjem. De demografiske endringene vil gi en forskyvning i sammensetning av aldersgruppen 67–79 år i retning av personer med mindre behov for bistand på grunn av alder. I gruppen 80–89 år har det i flere år vært en tilsvarende trend. Personer i de eldste og pleietrengende store kullene på starten av 1920-tallet forsvinner ut av gruppen.

1.5 VENTETIDER OG PASIENTRETTIGHETER

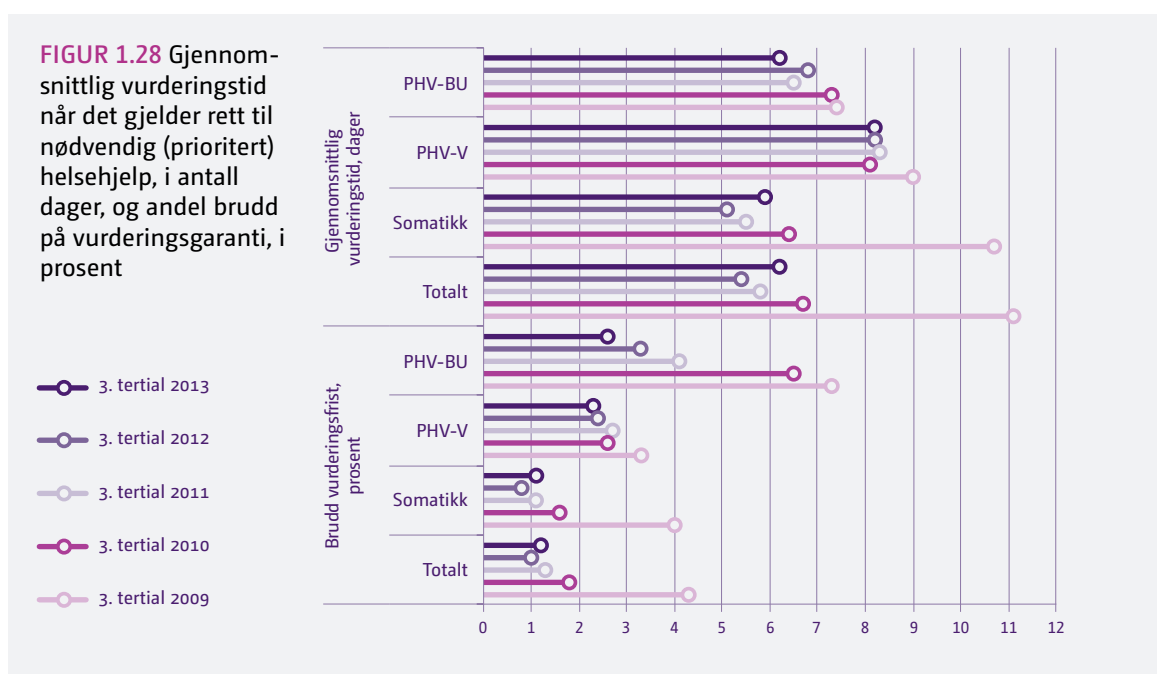
Helsedirektoratet følger med på ventelistetall for spesialisthelsetjenesten. Formålet er å vise utviklingen for sentrale mål og indikatorer, og gjennomgå kvaliteten på de dataene som benyttes.

I det følgende ser vi på gjennomsnittlig vurderingstid når det gjelder rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp. Videre på ventetid til oppstart av helsehjelp for pasienter som har blitt tildelt rett til nødvendig helsehjelp (rettighetspasienter). Deretter ser vi på antall henviste, ordinært avviklede og ventende samt mengden fristbrudd. Til slutt ser vi på oppdatering av ventelister på fritt sykehusvalg.

1.5.1 Vurdering av henvisning (i forhold til vurderingsgarantien)

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven skal pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten, få informasjon om han eller hun har rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp (rettighetspasienter) innen 10 dager etter at henvisningen er mottatt av spesialisthelsetjenesten. Dette kalles vurderingsgarantien.

Figuren under viser gjennomsnittlig antall dager for vurdering av nødvendig helsehjelp (øverst i figuren) samt andel brudd på vurderingsfristen.



Gjennomsnittlig vurderingstid for nødvendig helsehjelp har gått ned for tjenestene totalt sett fra rundt 11 dager i 2009 til i overkant av seks dager i 2013. Den mest markante nedgangen skjedde innen somatiske tjenester, og fra 2009–2010. Vurderingstiden har gått mest ned i somatiske spesialisthelsetjenester, fra nesten elleve dager til i underkant av seks dager. Her var gjennomsnittlig vurderingstid nede i fem dager i 2012. I psykisk helsevern for voksne har vurderingstiden gått fra ni til åtte dager. I BUP var vurderingstiden i utgangspunktet lavere, noe over sju dager i 2009, og ble redusert til i overkant av seks dager.

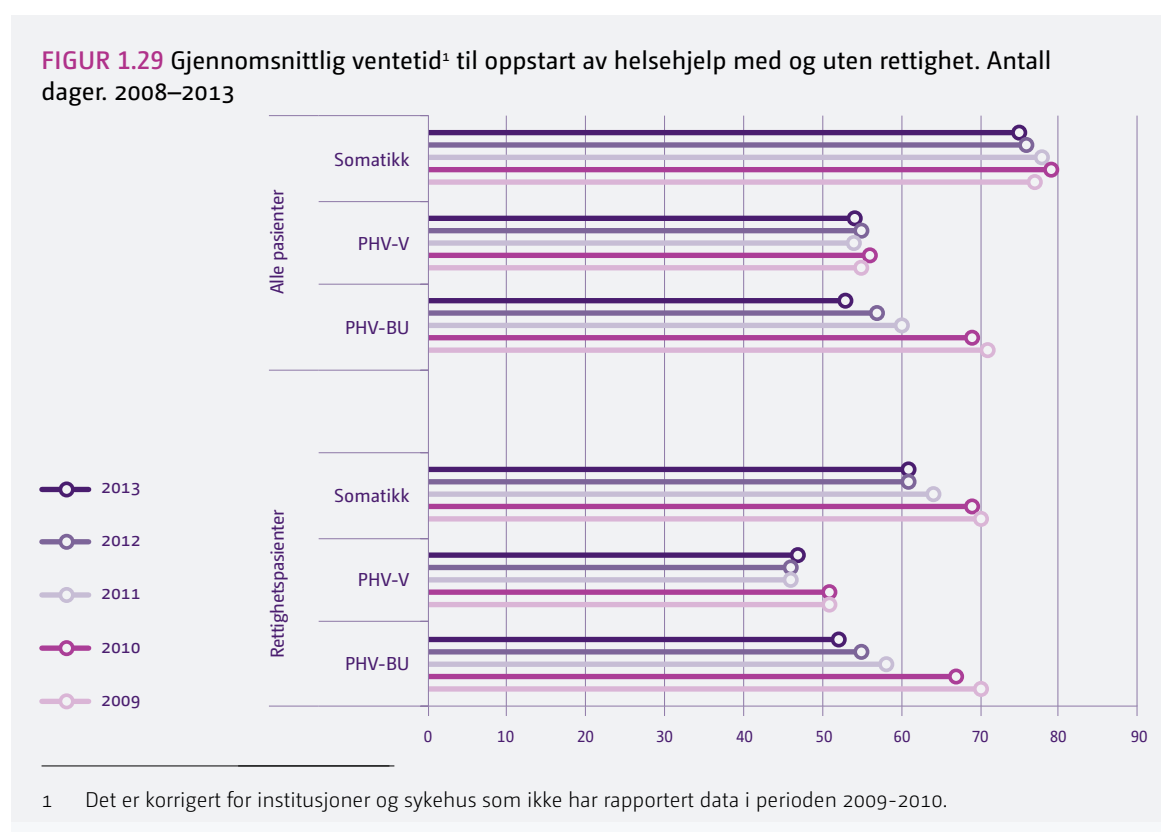
Det er variasjoner når det gjelder tildeling av rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp både innenfor og mellom helseregionene. Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene har utarbeidet prioriteringsveiledere innen 32 fagområder som skal bidra til en mer lik praksis. Ifølge Norsk pasientregister fikk 56 prosent av pasientene innen somatiske fagområder tildelt rett til nødvendig helsehjelp per 3. tertial 2013 på landsbasis. Andelen innen psykisk helsevern for voksne var 71 prosent, og innen psykisk helsevern for barn og unge var det 94 prosent som ble tildelt rett til nødvendig helsehjelp.

1.5.2 Ventetid til oppstart av helsehjelp

Alle pasienter som blir vurdert til å ha prioritet, skal ha fastsatt en dato for senest forsvarlig oppstart av helsehjelp. Ventetid til påbegynt helsehjelp måles i dager, og beregnes, ifølge Helsedirektoratet, som differansen mellom ansiennitetsdato og dato for når ventetiden avsluttes. Dette ventelistemålet beregnes for alle pasienter som er ordinært avviklet fra venteliste i den enkelte periode. Henvisninger med medisinske og pasientbestemte utsettelse av behandlingsstart og øyeblikkelig hjelp er ikke inkludert (Helsedirektoratet, 2014c).

Oppstart av helsehjelp kan være enten oppstart av utredning eller behandling. Dette avgjøres ut fra pasientens tilstand ved vurdering. For pasienter med avklart tilstand vil oppstart av behandling markere ventetidens slutt. For pasienter med uavklart tilstand vil oppstart av utredning markere ventetidens slutt (jf. Prioriteringsveiledere på Helsedirektoret.no).

Figuren under viser gjennomsnittlig ventetid til oppstart av helsehjelp, med og uten rettighet, for pasienter i henholdsvis psykisk og somatisk spesialisthelsetjeneste.



Gjennomsnittlig ventetid før igangsatt behandling for rettighetspasienter har blitt redusert i perioden 2008–2013 for alle tre gruppene, men er kortest for voksne i psykisk helsevern. Ventetiden er lengst for barn og unge som henvises til psykisk helsevern. Reduksjonen i ventetid har vært størst innen somatikk i gjeldende periode. Det har ikke vært noen nedgang i ventetid innen psykisk helsevern for voksne siden 2010.

1.5.2.1 Fristbrudd

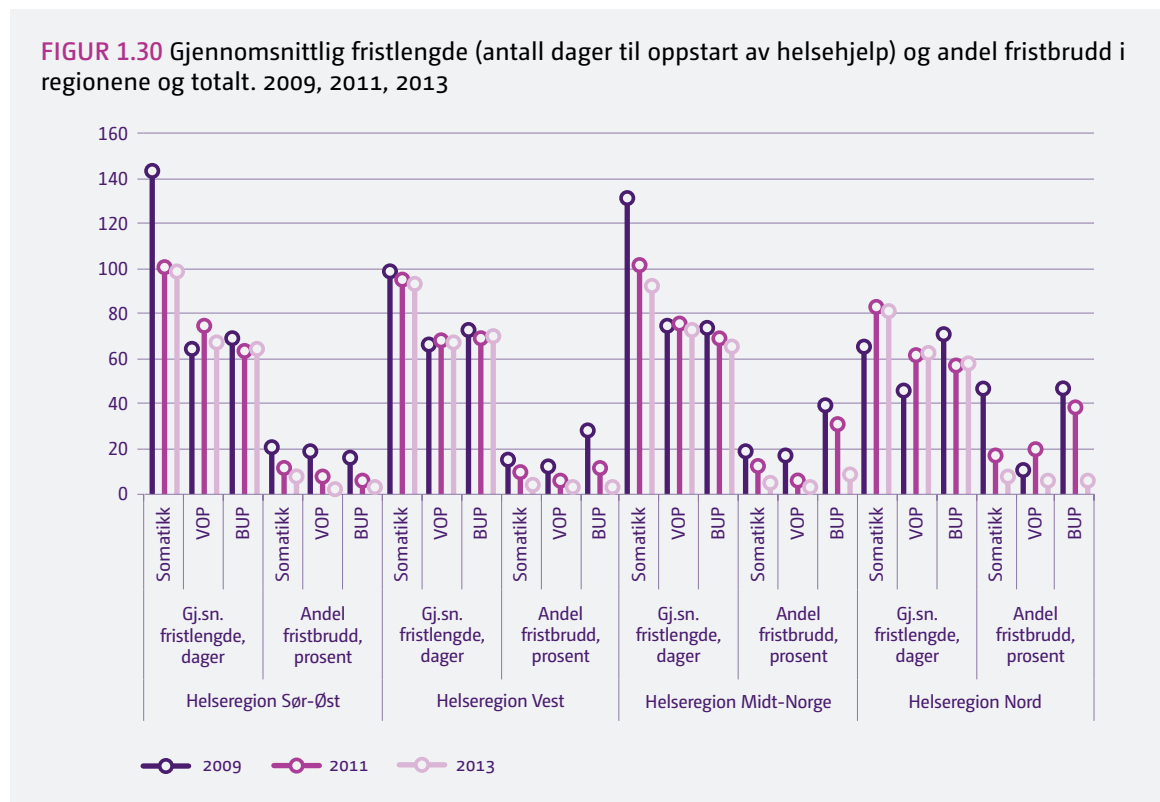
Alle pasienter som har rett til prioritert helsehjelp, skal ha fastsatt en dato for oppstart av behandling. Fristbrudd¹³ oppstår når helsehjelpen er startet etter den oppsatte fristen. Behandlingsfristen er en del av pasientrettighetene, og er ment å sikre prioritet for pasienter med de mest alvorlige sykdomstilstandene.

Dersom sykehuset bryter fristen for behandling har man rett til å få behandling uten opphold, om nødvendig

¹³ Fristtid er tidsrom, målt i antall kalenderdager, fra en henvisning er vurdert i spesialisthelsetjenesten til fristdato. Fristtid beregnes ut fra differansen mellom vurderingsdato og fristdato.

fra private sykehus eller sykehus i utlandet.

Figuren under viser gjennomsnittlig fristlengde i antall dager til oppstart av helsehjelp samt andel fristbrudd for hver sektor, og i hver region samt i landet totalt.

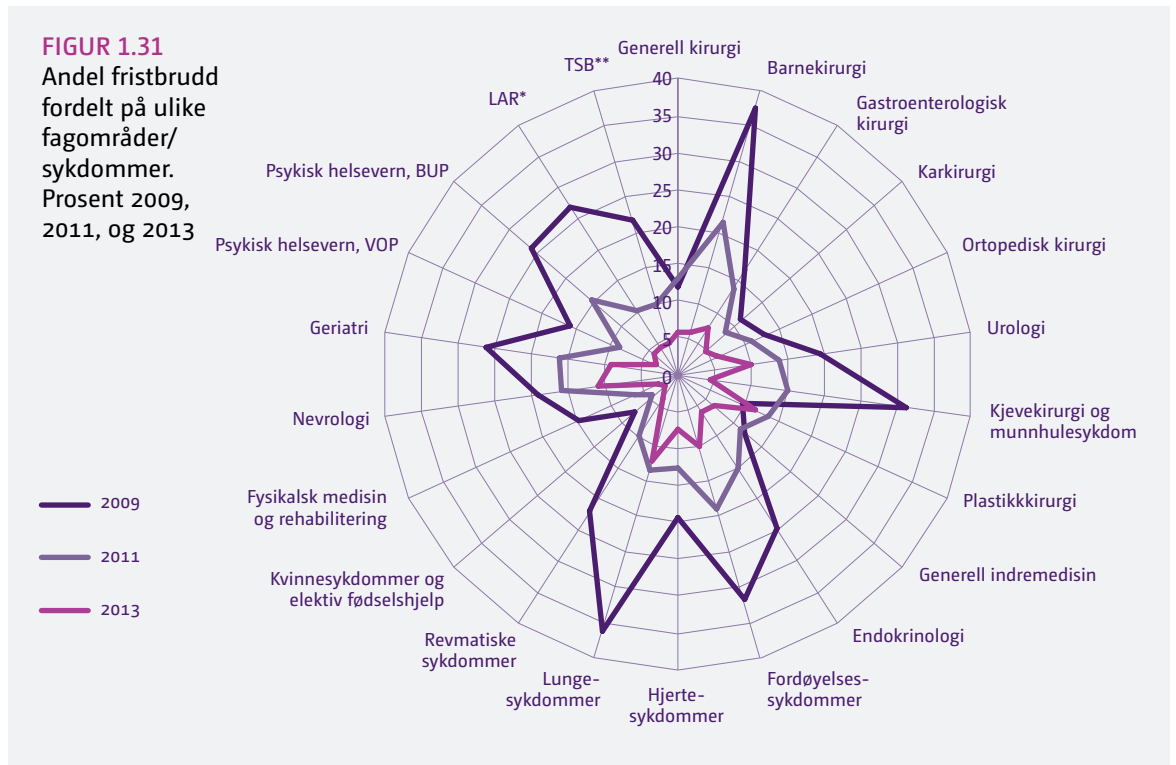


Gjennomsnittlig fristlengde for somatiske spesialisthelsetjenester i 2013 varierer mellom 81 og 99 dager, og er høyest i Helse Sør-Øst og lavest i Helse Nord. For psykisk helsevern, voksne varierer fristlengden mellom 58 og 72 dager, og også her er Helse Nord lavest. Fristlengden for BUP varierer mellom 58–70 dager, og er lavest i Helse Nord.

Når det gjelder andel fristbrudd, finner vi en variasjon mellom ca. 3 og 9 prosent på tvers av sektorer. Høyest er andelen fristbrudd i innen BUP i Helse Midt-Norge.

Neste figur ser på andelen fristbrudd innen ulike fagområder/sykdommer.

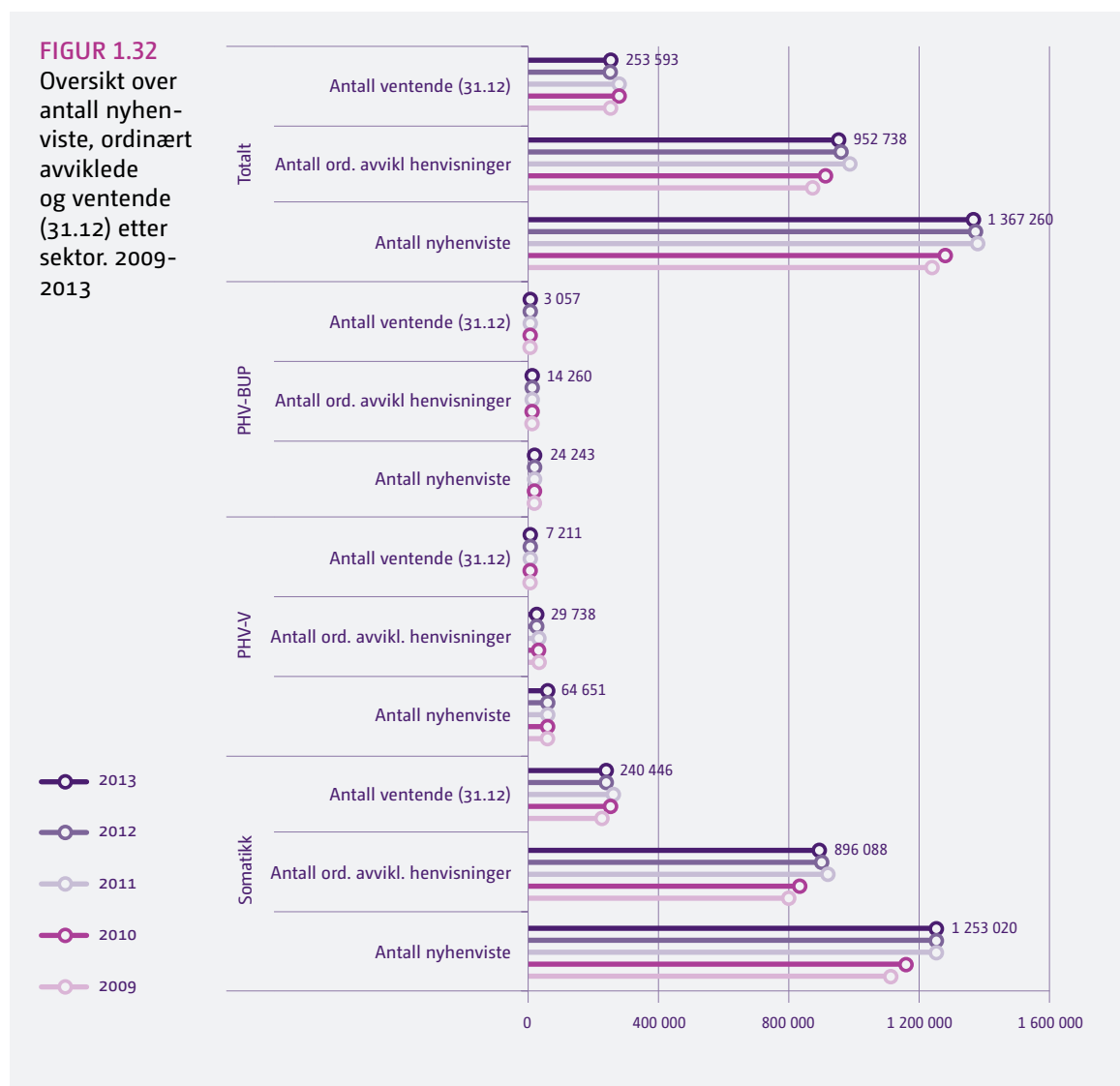
FIGUR 1.31
Andel fristbrudd
fordelt på ulike
fagområder/
sykdommer.
Prosent 2009,
2011, og 2013



Vi ser at andelen fristbrudd har gått ned for alle fagområder. Reduksjonen har vært særlig stor innen barnekirurgi, noe som i hovedsak skyldes at antall fristbrudd for St. Olavs hospital er vesentlig redusert, noe som har påvirket andel fristbrudd totalt (Helsedirektoratet, 2014c). Den høyeste andelen fristbrudd blant disse utvalgte fagområdene finner vi blant lungesykdommer og plastikk-kirurgi, som hadde en andel fristbrudd på om lag 12 prosent i 2013. Vi ser at det er en lav andel fristbrudd i psykisk helsevern og for legemiddelasistert behandling (LAR) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

1.5.3 Antall ventende

I følgende figur ser vi på antall ventende¹⁴, antall ordinært avviklede henvisninger og antall nyhenviste fordelt på somatikk og psykisk helsevern.



Innen somatikk har antallet nye henvisninger vært relativt stabil etter en økning på 8 prosent fra 2010 til 2011 samtidig som antall ordinære avviklede henvisninger ble redusert med 9 prosent. Fra 2012 til 2013 ble nye henvisninger redusert med 0,3 prosent, samtidig som antall ordinært avviklede ble redusert med 0,8 prosent. Antall ventende gikk opp fra 2009–2011, og deretter ned med 8 prosent i perioden 2011–2013. Det var omtrent 2100 færre ventende ved utgangen av 2013 sammenlignet med samme tidspunkt i 2012.

1.5.4 Fritt sykehusvalg – oppdatering av ventetider

Pasienter som henvises til undersøkelse og behandling i spesialisthelsetjenesten, har rett til å velge ved hvilket sykehus de ønsker behandling, en av de viktigste rettighetene i pasient- og brukerrettighetsloven, som

¹⁴ Tidligere har NPR ikke sett på dato for utsettelse, men holdt alle henvisninger med utsettelse utenfor ved beregning av avviklede og ventende. Fra og med 2012 skilles det mellom utsettelse for pasienter på venteliste og utsettelse for pasienter hvor ventetiden er slutt. Den nye definisjonen innebærer at det kun ekskluderes henvisninger hvor det er registrert utsettelse i perioden hvor pasienten er registrert som ventende, eller perioden før pasienter tas av venteliste (Helsedirektoratet, 2014c, s. 11)

trådte i kraft i 2001. Retten til fritt sykehusvalg gjelder all planlagt undersøkelse eller utredning og behandling innenfor fysisk helse (somatikk), psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk.

Retten til å velge sykehus skulle øke pasientenes mulighet til medbestemmelse, sikre befolkningen lik tilgang på helsetjenester og bidra til å jevne ut de store forskjellene i ventetider mellom sykehusene ved at ledig kapasitet i ett sykehus i en del av landet utnyttes av pasienter fra andre landsdeler (Ot.prp. 63 [2002–2003]). Det er Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet som har det overordnede ansvaret for at ordningen med fritt sykehusvalg fungerer som forutsatt.

Forventet ventetid vil for mange være viktig i valget av sykehus. Derfor er regionale helseforetak pålagt å bidra til at informasjonsgrunnlaget og informasjonstjenesten for fritt sykehusvalg fungerer på en god måte. Ansvaret oppfylles bl.a. ved at helseinstitusjonene rapporterer data om forventet ventetid til Fritt sykehusvalg Norge. Nettsiden www.frittisykehusvalg.no har informasjon om forventet ventetid for ca. 140 behandlingstjenester. Det skal rapporteres forventede ventetider månedlig eller oftere ved forandringer i ventetiden.



På landsbasis var 90 prosent av ventetidene på frittisykehusvalg.no oppdatert innenfor fysisk helse 1. tertial 2014. Dette er en økning fra 85 prosent i forrige periode. Det er variasjon mellom regionene. Helse Midt-Norge har høyest andel oppdatert ventetid med 97 prosent, mens Helse Nord har lavest andel med 77 prosent.

Ifølge en undersøkelse gjort av Riksrevisjonen, har ordningen med rett til fritt sykehusvalg et stort potensial for å redusere ventetiden for mange pasienter, og bidrar til å jevne ut ventetidene mellom sykehusene. Riksrevisjonen konkluderer at de som benytter seg av ordningen, oppnår kortere ventetid, men at mange pasienter ikke får nok informasjon av fastlege eller fra sykehusene om mulighetene for å oppnå kortere ventetid ved å bytte sykehus, og dette selv om mange sykehus har lang ventetid for mange behandlingstyper. Ordningen med fritt sykehusvalg brukes i størst grad av pasienter med høy inntekt, høy utdannelse og som er tilknyttet arbeidslivet. Riksrevisjonen konkluderer med at Helse- og omsorgsdepartementet må sørge for at fastlegene og sykehusene bruker ordningen med fritt sykehusvalg mer aktivt for å nå helsepolitiske mål.

1.5.5 Fordeling mellom offentlige og private sykehus

Ifølge SAMDATA økte bruken av offentlig finansierte behandlinger på private sykehus i Norge noe fra 2011 til 2012 når det gjaldt både døgnopphold og dagbehandlinger og ressursbruk (DRG-poeng). Bruken av offentlig finansierte behandling på private sykehus økte marginalt mer enn bruk av offentlige sykehus. De private sykehusenes andel av dagbehandlinger økte imidlertid fra 5,4 prosent i 2011 til 6,0 prosent i 2012, noe som knyttet til økt bruk av private sykehus i Helse Midt-Norge (SAMDATA, 2014, s. 33).

Videre går det fram av SAMDATA at helseforetakene kjøpte pasientbehandling for 4,9 mrd. kr fra private i 2012, og at det fra 2008 til 2012 var en realnedgang i helseforetakenes kjøp fra private aktører på 4 prosent. Dette innebar at helseforetakene finansierte 200 mill. kr mindre av virksomheten hos de private tilbyderne i 2012 enn i 2008. De private institusjonenes salgsinntekter, inntekter fra selvbetalende pasienter og andre behandlingsrelaterte inntekter økte med om lag 175 mill. kr i perioden (SAMDATA, s. 78).

For å belyse spørsmålet om omfanget av privat finansiering av private aktører i spesialisthelsetjenesten har økt, ser SAMDATA nærmere på de kommersielle sykehusene ut fra en antakelse om at innslaget av privat finansiering er høyest for denne gruppen. Analysene viste også at kostnadene ved kommersielle sykehus har økt med 20 prosent i femårsperioden, samtidig som finansieringen fra helseforetakene ble redusert med 13 prosent. Ved de kommersielle sykehusene økte kostnadene med 190 mill. kr i perioden til 1,14 mrd. kr i 2012, samtidig som helseforetakene reduserte sine kjøp med 60 mill. kr. Helseforetakenes andel av finansieringen av kommersielle sykehus gikk ned fra om lag 41 prosent i 2008 til 31 prosent i 2012. Kostnadsveksten for de kommersielle sykehusene finansieres i hovedsak av økning i selvbetalende pasienter og andre inntekter, men refusjonene fra HELFO økte også noe i perioden (SAMDATA, 2014, s. 82).

1.6 KVALITETSINDIKATORER

Ifølge Helsedirektoratet (2010) er nasjonale kvalitetsindikatorer et sett av indikatorer som sier noe om både strukturer, prosesser og resultater innen tjenesten. Til sammen skal indikatorene si noe om den samlede kvaliteten innen utvalgte områder av helse- og omsorgstjenesten. Formålet med de nasjonale kvalitetsindikatorerne er å gi publikum og brukere, helsepersonell, ledere og politikere informasjon om kvaliteten på tjenestetilbudet innen helsetjenesten. De kan fungere som støtte til intern kvalitetsforbedring, helsepolitisk styring, virksomhetsstyring, og de kan benyttes av pasienter og brukere for å sammenlikne tjenestenes standard ved valg av tjenesteyter eller tjenestested.

Helsedirektoratet har som fagmyndighet et overordnet ansvar for etablering og videreutvikling av det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet for primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. På bakgrunn av anbefalinger fra Kunnskapscenteret, samt tidligere arbeid og prosesser vedrørende kvalitetsindikatorer, har Helsedirektoratet utarbeidet et rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem med beskrivelse av hvilke kriterier som skal ligge til grunn for kvalitetsindikatorer (Helsedirektoratet, 2010).

Helsedirektoratet beskriver at det ikke er mulig å finne ett objektivt mål på kvalitet, men legger vekt på høy overlevelse, kort ventetid på behandling, få sykehusinfeksjoner og god kommunikasjon mellom sykehusene. Det er utviklet en lang rekke kvalitetsindikatorer, og det utvikles stadig nye, som publiseres tre ganger i året. Fra januar 2014 ble det også innført et system for kvalitetsbasert finansiering (KBF) i spesialisthelsetjenesten, der hensikten er å knytte betaling for helsetjenester opp mot kvalitet i pasientbehandlingen.

I denne sammenhengen har vi plukket ut kvalitetsindikatorer som bruker/pasient gjerne er særlig opptatt av.¹⁵

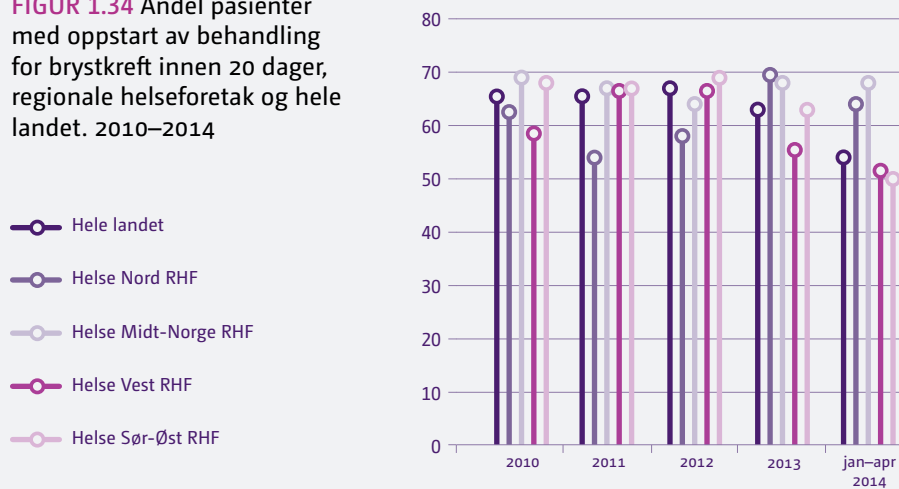
1.6.1 Startet behandling av brystkreft innen 20 dager

Det er et mål at minst 80 prosent av pasientene med brystkreft skal ha startet behandling innen 20 dager fra mottatt henvisning. Målet har eksistert siden sommeren 2011. Tiden måles i antall arbeidsdager fra sykehuset har mottatt henvisningen til pasienten har fått første behandling i form av enten kirurgisk inngrep, cellegift-behandling eller strålebehandling.¹⁶

¹⁵ Kilden for data og framstilling: <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-sykehusopphold>.

¹⁶ «Tallene dekker ikke hele utrednings- og behandlingsforløpet. For eksempel er ikke tiden fra røntgenundersøkelse til pasienten blir henvist til sykehuset alltid medregnet. Å måle kvalitet er utfordrende og slike tall og målinger må derfor tolkes med varsomhet. Det er viktig å være oppmerksom på at flere faktorer enn kvalitet kan gi variasjon i tallene. Sykehusene har ulike oppgaver i pasientbehandlingen og ulikt pasientgrunnlag og dette kan også være med på å gi variasjon i tallene.» Tilgjengelig på: <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/>

FIGUR 1.34 Andel pasienter med oppstart av behandling for brystkreft innen 20 dager, regionale helseforetak og hele landet. 2010–2014



På landsbasis hadde 54 prosent av pasienter med brystkreft oppstart av behandling innen 20 dager i 1. tertial 2014, en nedgang fra 67 prosent i forrige periode. Totalt for 2013 var det en nedgang i andel pasienter som starter behandling for brystkreft innen 20 dager, fra 67 prosent i 2012 til 63 prosent i 2013.

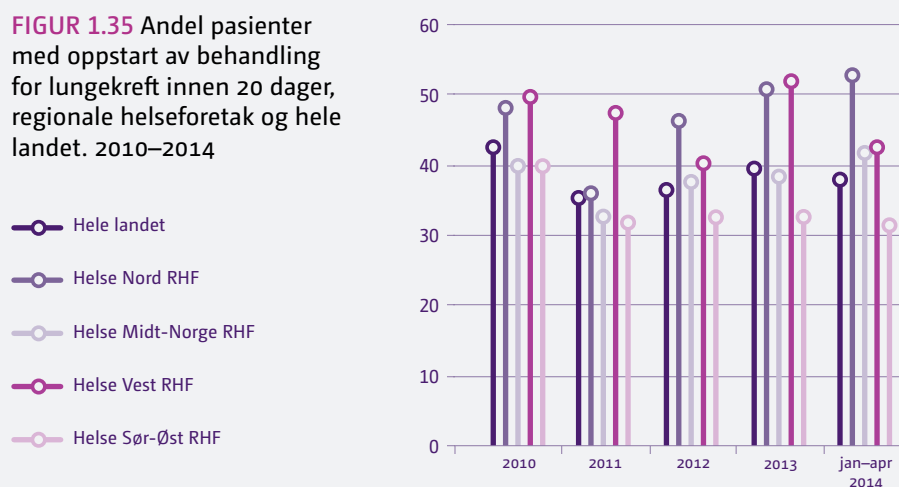
Det var store forskjeller mellom regionene for andel pasienter som får behandling innen 20 dager i 1. tertial 2014. Helse Midt-Norge hadde høyest andel med 68 prosent. Helse Vest og Helse Nord hadde henholdsvis 51 prosent og 64 prosent. Helse Sør-Øst hadde den laveste andelen pasienter med oppstart av behandling innen 20 dager med 50 prosent.

Median antall arbeidsdager fra mottatt henvisning til første behandling for brystkreft var på landsbasis 19 arbeidsdager i 1. tertial 2014.

1.6.2 Startet behandling av lungekreft innen 20 dager

Lungekreft er den tredje hyppigste kreftformen blant både menn og kvinner. Hvert år får om lag 2 500 nye pasienter diagnosen lungekreft i Norge, og tallet er økende. Økningen er størst blant kvinner. Forekomsten blant kvinner mellom 50 og 69 ble nesten tredoblet fra 1984 til 2008, mens det har vært en nedgang blant menn i samme aldersgruppe. I likhet med brystkreft er et mål og en kvalitetsindikator at 80 prosent av pasientene skal ha startet behandling innen 20 arbeidsdager fra mottatt henvisning.

FIGUR 1.35 Andel pasienter med oppstart av behandling for lungekreft innen 20 dager, regionale helseforetak og hele landet. 2010–2014



Helse Nord og Helse Vest har høyest andel pasienter med oppstart av behandling for lungekreft innen 20 dager. I 2013 fikk litt over halvparten av pasienter med identifisert lungekreft behandling innen 20 dager i Nord og Vest, mens andelen var henholdsvis 38 og 33 i Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst. Tallene varierer imidlertid fra år til år, og det kan ikke identifiseres en klar utviklingstendens gjennom de siste fire årene.

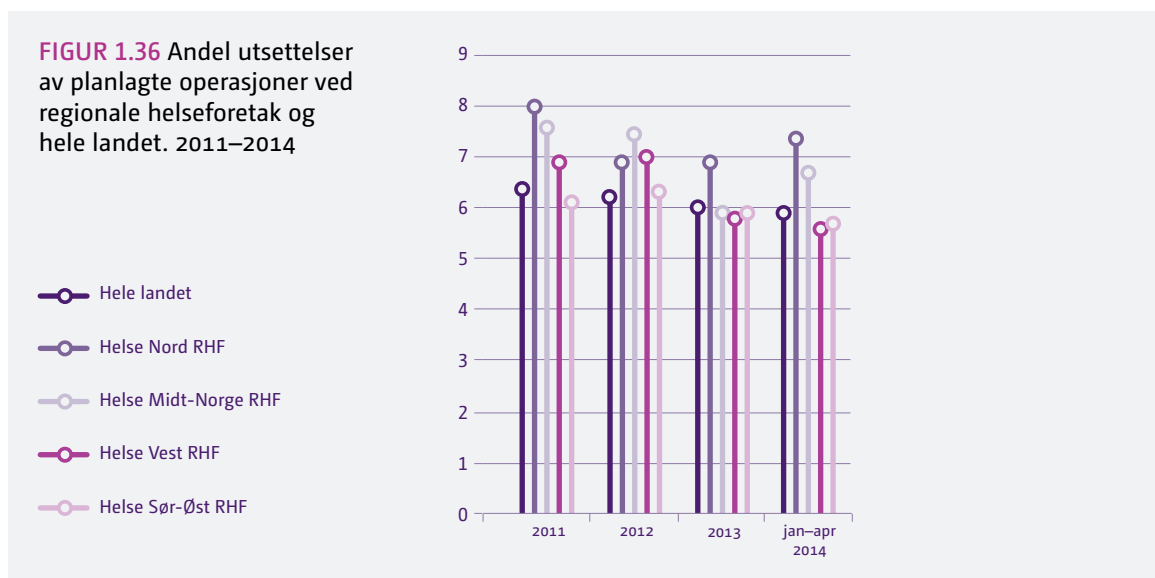
På landsbasis fikk 38 prosent av pasienter behandling for lungekreft innen 20 dager i 1. tertial 2014. Totalt for 2013 var det en økning i andel pasienter som starter behandling for lungekreft innen 20 dager, fra 36 prosent til 39 prosent i 2013.

Det er store forskjeller mellom regionene i andelen pasienter som får behandling innen 20 dager. Helse Nord hadde høyest andel på 53 prosent av pasientene til behandling innen 20 dager i 1. tertial 2014. Helse Sør-Øst hadde lavest andel med 32 prosent.

Median antall arbeidsdager fra mottatt henvisning til første behandling for lungekreft var på landsbasis 28 arbeidsdager i 1. tertial 2014.

1.6.3 Utsettelse av planlagte operasjoner

Med utsettelse fra operasjonsprogrammet menes at en planlagt operasjon ikke blir gjennomført den dagen pasienten er satt opp på programmet. Utsettelse fra planlagt operasjonsprogram er en uønsket praksis. For pasienten er det en negativ opplevelse å få utsatt operasjonen. Denne indikatoren måler andel utsettelse i forhold til planlagte operasjoner i løpet av ett år.

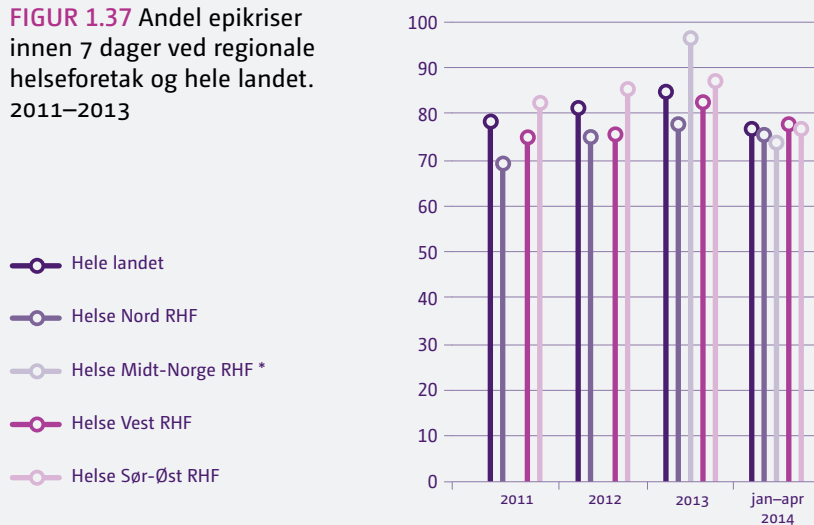


På landsbasis ble 5,9 prosent av planlagte operasjoner utsatt i 1. tertial 2014. Helse Vest hadde lavest andel utsettelse med en andel på 5,6 prosent 1. tertial 2014, og ligger også lavt og lavest tidligere år, sammen med Helse Sør-Øst. Helse Nord har den høyeste andelen utsettelse med 7,4 prosent 1. tertial 2014, og ligger også høyt/høyest de øvrige årene.

1.6.4 Epikrise innen 7 dager

Epikrise er en oppdatert informasjon om sykehusoppholdet, som skal sendes innen 7 kalenderdager. Epikrise er en sammenfatning av journalopplysninger som sendes til fastlege eller annet helsepersonell som trenger opplysninger for å kunne gi pasienten nødvendig og forsvarlig oppfølging. Epikrisen er knyttet til én innleggelse ved et behandlingssted og tjener som dokumentasjon på pasientbehandlingen. Begrepet epikrisetid brukes om tiden fra pasienten skrives ut av sykehuset til epikrisen er sendt fra sykehuset. Denne tiden er dermed et uttrykk for samhandling og kommunikasjon mellom ett behandlingssted og øvrig helsetjeneste. Hvis det går lang tid før epikrisen sendes fra sykehuset, svekkes muligheten til å få kontinuitet i behandlingen og sikker oppfølging etter at pasienten er skrevet ut. Kortere epikrisetid bidrar til mer helhet og kontinuitet i tilbudet til pasienten.

FIGUR 1.37 Andel epikriser innen 7 dager ved regionale helseforetak og hele landet. 2011–2013



* Helse Midt-Norge rapporterer for første gang 1. tertial 2014 grunnet tekniske utfordringer.

På landsbasis var andel epikriser sendt innen 7 dager på 76,9 prosent i 1. tertial 2014. Dette er en nedgang fra 84,8 i hele 2013. Helse Vest og Helse Sør-Øst rapporterer høyest andel epikriser sendt innen 7 dager, med henholdsvis 77,9 og 77 prosent. Tallene for 1. tertial 2014 viser derimot en nedgang i andel epikriser innen 7 dager for samtlige helseregioner sammenlignet med samme periode i 2013.

1.7 OPPSUMMERING – HELSETJENESTENE

Rundt 2 millioner mennesker var i kontakt med spesialisthelsetjenesten i 2013. 36 prosent hadde minst én kontakt med somatisk spesialisthelsetjeneste, og henholdsvis 4,3 prosent av den voksne befolkningen og 5,1 prosent av alle barn og unge hadde kontakt med psykiske helsevern, mens under 1 prosent fikk oppfølging av tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer.

Med innføringen av samhandlingsreformen i 2012 er forventningen at færre legges inn på sykehus, og at færre ferdigbehandlede pasienter blir værende på sykehus, men at de i stedet får tilbud i kommunene, og at dette bidrar til reduksjon i antall oppholdsdøgn og vekst i avsluttede døgnopphold samt større poliklinisk aktivitet.

Målt per innbygger viser aktivitetstallene for somatisk spesialisthelsetjeneste en betydelig nedgang i liggedager for perioden 2008–2013, parallelt med en økning i poliklinisk virksomhet. Nedgangen i liggedager er tilsvarende sterk for eldre pasienter som for resten av befolkningen. Både for døgnopphold og for dagbehandling er det totalt sett en svak nedgang i perioden 2008–2013.

Om lag halvparten av pasientene som hadde kontakt med somatiske sykehus i 2013, var over 60 år, og i gruppen under 60 år var flest kvinner. Noe av årsaken skyldes helsetjenestebruk i forbindelse med svangerskap og fødsler. Menns kontakt med somatiske sykehus øker etter fylte 35 år, og etter fylte 70 år er det en høyere andel blant menn enn blant kvinner som er i kontakt, for øvrig et mønster som vises i andre tjenester.

Innen psykiske helsetjenester har det i mange år vært en politisk målsetting å forskyve virksomheten fra døgnvirksomhet til poliklinisk og ambulant virksomhet. I perioden der Opptrappingsplanen for psykisk helse pågikk (1998–2008), var det en reduksjon på 45 prosent for oppholdsdøgn, og en økning på om lag 50 prosent når det gjelder polikliniske kontakter. Antallet oppholdsdøgn går fremdeles ned, og det siste året med større prosentvis nedgang enn tidligere. Det var en nedgang på 7,7 prosent (målt per 1000 innbygger) på landsbasis fra 2012 til 2013, men her er det ulikheter mellom helseregionene. Videre går antallet utskrivninger noe ned. Polikliniske kontakter øker fortsatt, men saktere enn under opptrappingsplanperioden.

Det er gutter 10–14 år og jenter 15–19 år som har mest kontakt med psykiske spesialisthelsetjenester, og



kvinner har vesentlig mer kontakt enn menn. Befolkningens kontakt med disse tjenestene går gradvis ned med alderen, og svært få over 70 år har kontakt. Samtidig blir også kjønnsforskjellene mindre med alderen, og ender med at de eldste mennene har mer kontakt med tjenestene enn de eldste kvinnene (et mønster vi også finner i statistikken for de somatiske spesialisthelsetjenestene).

Habilitering og rehabilitering er ett av de områdene som det skal legges økt vekt på, ifølge samhandlingsreformen. Sykdommer i muskel- og skjelettsystemet samt sykdommer i sirkulasjonssystemet utgjør de største diagnosegruppene for rehabiliteringsaktiviteten totalt sett. Rehabilitering i regi av spesialisthelsetjenesten tilbys ved helseforetakene eller ved private rehabiliteringsinstitusjoner. Fra 2008 til 2009 økte antallet pasienter og mottakere av rehabiliteringstjenester vesentlig i private institusjoner. Fra 2009 til 2011 gikk imidlertid antallet ned til samme nivå som i 2008 med kun små endringer i 2012 og 2013. I helseforetakene har antallet pasienter i dag- og poliklinisk rehabilitering økt, bortsett fra siste år. Samtidig har antallet pasienter i døgnrehabilitering blitt redusert. De siste årene gjelder dette særlig for primær døgn-rehabilitering. Tilgjengelige data for rehabilitering viser tydelige regionale forskjeller, mens målet er et mest mulig likt tilbud uavhengig av bosted.

Kommunen skal sikre tilgjengelige tjenester for å løse oppgaver innen forebyggende helsearbeid, diagnostikk og behandling, medisinsk rehabilitering, pleie og omsorg samt hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner. Kommunehelsetjenester og pleie- og omsorgstjenester utgjør det som i offentlige lov- og styringsdokument nå blir omtalt som kommunale helse- og omsorgstjenester.

Det totale antallet legeårsverk i kommunehelsetjenesten, inklusive fastlegeårsverk, øker og var i 2013 i alt 5197 årsverk. Av disse var 4387 fastleger, blant dem 40 prosent kvinner. Bruk av fastlege er lavest blant barn i skolealder og høyest blant eldre mellom 80 og 89 år. Kvinner oppsøker fastlege i vesentlig større grad enn menn i aldersgruppene fra 16–19 og opp til pensjonsalder. Igjen ser vi at blant de eldste er det høyere frekvens av menn som oppsøker helsetjenesten.

I 2013 var det i alt 4535 fysioterapeutårsverk i kommunene, og en vekst i antall årsverk på 5,7 prosent fra 2010. Over 80 prosent av arbeidsoppgavene til fysioterapeutene i kommunene er knyttet til behandling og rehabilitering. Under 10 prosent dreier seg om arbeid i institusjon, om lag 5 prosent om forebygging i skole og helsestasjon. Det er så godt som ingen endring i fordeling av arbeidsoppgaver gjennom perioden 2009–2013.

Med samhandlingsreformen (St.meld. 47 [1998–2006]) og den nye helse- og omsorgsloven (lov om kommunale helse- og omsorgstjenester) har kommunene fått økt ansvar for å sikre at innbyggere får et godt habiliterings- og rehabiliteringstilbud gjennom forebygging, helsefremmende arbeid og tidlig innsats, herunder habilitering og rehabilitering. Mottakere av tidsbegrenset opphold for rehabilitering i kommunene økte i landet

totalt sett fra 2010 til 2012, mens antallet mottakere av andre typer rehabiliteringstjenester i hovedsak var stabilt. Veksten gjaldt alle regioner og knyttes i hovedsak til økt gjennomstrømming av plassene.

Kommunale pleie- og omsorgstjenester består i hovedsak av ulike former for hjemmetjenester, som for eksempel hjemmesykepleie og praktisk hjelp, opphold i institusjon, herunder sykehjem, og tilbud om avlastningstiltak, støttekontakt og omsorgslønn. Ut fra målene i samhandlingsreformen forventes økt bruk av tidsavgrenset opphold i institusjonene. Utviklingen viser også at det går i retning av mer til hjemmetjenester og mindre til institusjonstjenester.

Pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten, skal, innen 10 dager etter at henvisningen er mottatt av spesialisthelsetjenesten, få informasjon om han eller hun har rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp (rettighetspasienter). Gjennomsnittlig vurderingstid for nødvendig helsehjelp har gått ned for tjenestene totalt sett fra rundt 11 dager i 2009 til i overkant av seks dager i 2013. På landsbasis ble 56 prosent av pasientene innen somatiske fagområder tildelt rett til nødvendig helsehjelp per 3. tertial 2013. Andelen innen psykisk helsevern for voksne var 71 prosent, og innen psykisk helsevern for barn og unge var det 94 prosent som ble tildelt rett til nødvendig helsehjelp.

Gjennomsnittlig fristlengde for somatiske spesialisthelsetjenester i 2013 varierer mellom 81 og 99 dager og er høyest i Helse Sør-Øst og lavest i Helse Nord.

Gjennomsnittlig ventetid før igangsatt behandling for rettighetspasienter har blitt redusert i perioden 2008–2013 for alle tre gruppene, men er kortest for voksne i psykisk helsevern. Ventetiden er lengst for barn og unge som henvises til psykisk helsevern.

Alle pasienter som har rett til prioritert helsehjelp, skal ha fastsatt en dato for oppstart av behandling. Fristbrudd oppstår når helsehjelpen er startet etter den oppsatte fristen. Gjennomsnittlig fristlengde for somatiske

spesialisthelsetjenester i 2013 varierer mellom 81 og 99 dager, og er høyest i Helse Sør-Øst og lavest i Helse Nord. Andelen fristbrudd har gått vesentlig ned for alle fagområder i perioden 2009–2013, og varierer mellom 3 og 9 prosent. Den høyeste andelen finner vi i BUP i Midt-Norge. Når det gjelder pasienter som venter på behandling gikk antallet opp fra 2009–2011, og deretter ned med 8 prosent i perioden 2011–2013. Det var omtrent 2100 færre ventende ved utgangen av 2013 sammenlignet med samme tidspunkt i 2012.

Pasienter som henvises til undersøkelse og behandling i spesialisthelsetjenesten, har rett til å velge ved hvilket sykehus de ønsker behandling, en av de viktigste rettighetene i pasient- og brukerrettighetsloven, som trådte i kraft i 2001. Forventet ventetid er for mange viktig i valget av sykehus. Regionale helseforetak er pålagt å bidra til at informasjonsgrunnlaget og informasjonstjenesten for fritt sykehusvalg fungerer. Helseinstitusjonene rapporterer data om forventet ventetid til Fritt sykehusvalg Norge. På landsbasis var 90 prosent av ventetidene på fritt sykehusvalg.no oppdatert innenfor fysisk helse 1. tertial 2014. Dette er en økning fra 85 prosent i forrige periode. Helse Midt-Norge har høyest andel oppdatert ventetid med 97 prosent, mens Helse Nord har lavest andel med 77 prosent.

Nasjonale kvalitetsindikatorer er ment å fungere som støtte til intern kvalitetsforbedring, helsepolitisk styring, virksomhetsstyring, og de kan benyttes av pasienter og brukere for å sammenligne tjenestenes standard ved valg av tjenesteyter eller tjenestested. Vi har i denne rapporten sett på startet behandling av brystkreft og lungekreft innen 20 dager, utsettelse av planlagte operasjoner samt epikrise utsendt innen sju dager.

Når det gjelder brystkreft, fikk 54 prosent av pasientene oppstart av behandling innen 20 dager i 1. tertial 2014. Andelen var 38 prosent for pasienter med lungekreft. Både for brystkreftpasienter og for pasienter med lungekreft har andelen som fikk behandling innen 20 dager, gått ned fra 2010. Videre er det stor spredning mellom regionene for andel pasienter som får behandling innen 20 dager.

Når det gjelder utsettelse av planlagte operasjoner, skjedde dette for 5,9 prosent av operasjonene i 1. tertial 2014. Helse Vest hadde lavest andel utsettelser med en andel på 5,6 prosent, og ligger også lavt og lavest, sammen med Helse Sør-Øst, i tidligere år. Helse Nord hadde den høyeste andelen utsettelser med 7,4 prosent.

Epikrise er en oppdatert informasjon om sykehusoppholdet, som skal sendes innen 7 kalenderdager. På landsbasis var andel epikriser sendt innen 7 dager på 76,9 prosent i 1. tertial 2014. Dette er en nedgang fra 84,8 i hele 2013.

En Cochrane-oversikt viser at offentliggjøring av kvalitetsindikatorer muligens har liten eller ingen innvirkning på brukeres valg av helsetjenester og på kvaliteten av helsetjenestene, men på den annen side vurderes konklusjonene i oppsummeringen å ha lav kvalitet (Ketelaar et al., 2011).



2 Helse i Norges befolkning

Helsen til nordmenn har blitt betydelig forbedret de siste tiårene. En av de viktigste årsakene til økt levealder i Norge siden 1970-tallet er nedgang i dødelighet som følge av hjerte- og karsykdommer. Totalt sett har det også vært en nedgang i kreftdødeligheten de siste tiårene, en nedgang som forventes å fortsette. Et stort antall har kols, og denne sykdommen er en av de vanligste årsakene til innleggelse i norske sykehus i dag. Muskel- og skjelettlidelser er på sin side den største årsaken til sykefravær i landet, men andelen sykmeldte med denne typen lidelser har sunket fra 50 prosent i 1994 til 41 prosent i 2010. Samtidig økte andelen personer som er syke på grunn av psykiske lidelser, med 8 prosentpoeng, fra 10 til 18 prosent mellom 1994 og 2010, mens andelen av alle andre medisinske tilstander forble stabil (OECD, 2013). Til tross for at alle nordmenn har fått betydelig bedre levekår de siste fire tiårene, vedvarer sosiale ulikheter i helse (Dahl et al., 2014).

I dette kapittelet skal vi ta for oss helsetilstand og medikamentbruk i befolkningen.

Hjerte- og karsykdom
insidens per 100 000
innbygger:

HJERTEFLIMMER

968 | ↑ | 1054
2008 | | 2012

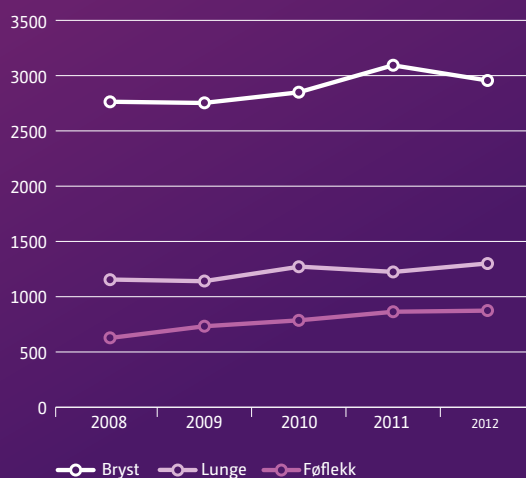
AKUTT HJERTEINFARKT

340 | ↓ | 309
2008 | | 2012

 **218 683**

Antall doser kolesterol-
senkende midler i 2013

Nye tilfeller kreft per år hos kvinner:



2.1 HELSETILSTAND

Vi skal i det følgende se på forekomst av fem sentrale sykdommer i befolkningen:¹⁷ hjerte- og karsykdommer, kreft, kols, psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser.

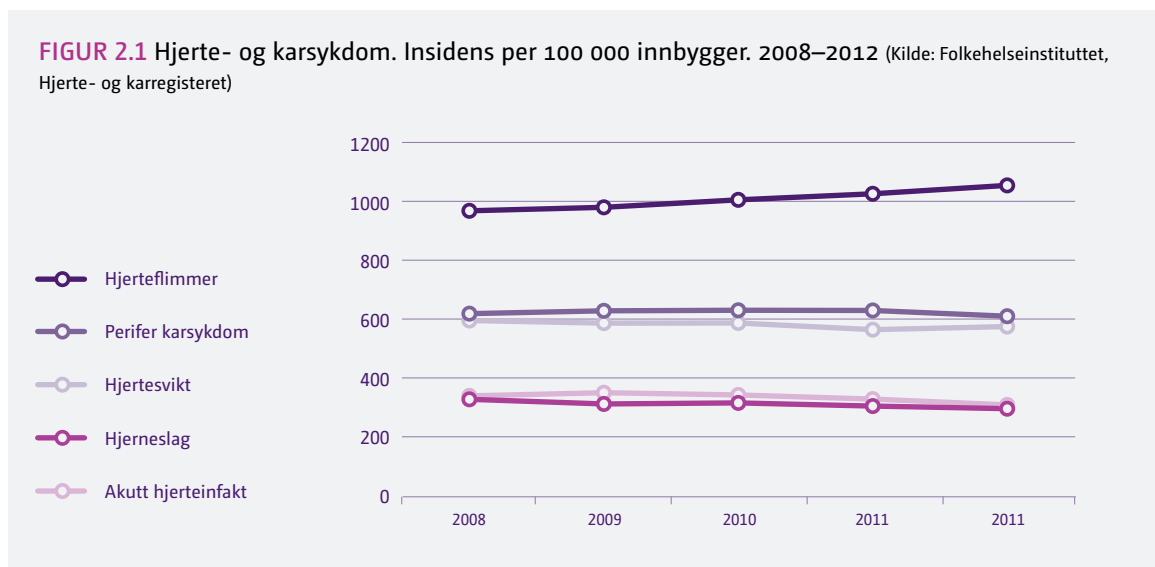
2.1.1 Hjerte- og karsykdom

Hjerte- og karsykdommene omfatter hjerteinfarkt, hjertekrampe (angina pectoris), hjertesvikt, hjerneslag og andre sykdommer i hjerte og blodårer. Sykdommene skyldes arvelige faktorer i samspill med miljøfaktorer som røyking, høyt blodtrykk, høyt kolesterolnivå og diabetes.

I 1970-årene var dødeligheten av hjerte- og karsykdommer i Norge blant de høyeste i verden. I gjennomsnitt har dødelighetsraten for iskemisk hjertesykdom (akutt hjerteinfarkt) falt med 40 prosent siden 1990 i OECD-landene, og nedgangen har vært mest markant i Norge, sammen med Danmark og Nederland (OECD, 2013). I dag ligger Norge på nivå med Frankrike og Spania, som også har fått redusert sin dødelighet, men som i utgangspunktet hadde en svært mye lavere dødelighet for akutt hjerteinfarkt enn det Norge hadde i 1970- og 80-årene, og helt inntil midten av 1990-tallet. Til tross for den massive nedgangen i dødsfall utgjør hjerte- og karsykdommene den sykdomsgruppen som forårsaker flest dødsfall i Norge.

I 2012 var 339 155 pasienter i kontakt med sykehus og poliklinikker for hjerte- og karrelatert lidelse. Av disse døde 19 472 samme året, og i tillegg døde 5892 personer av hjerte- og karsykdom uten å ha vært innom spesialisthelsetjenesten.

Figuren under viser forekomst av hjerte- og karsykdommer: hjerteblimner, perifer karsykdom, hjertesvikt, hjerneslag og akutt hjerteinfarkt. Figuren viser forekomst per 100 000 innbygger i perioden 2008–2012.



Statistikken over forekomst av ulike hjerte- og karsykdommer i perioden 2008–2012 viser en svak nedgang i akutt hjerteinfarkt, og samtidig en økning i tilfeller av hjerteblimner. Insidensrater for akutt hjerteinfarkt viser imidlertid store forskjeller mellom ulike aldersgrupper. Det har ikke vært noe nedgang i akutt hjerteinfarkt for de aller yngste i aldersgruppen 25–44 år, ifølge statistikken, og dette gjelder helt tilbake til år 2001. Det er imidlertid flere som overlever. Det er derfor knyttet bekymring til at sykdommen ikke har sunket i denne aldersgruppen i motsetning til blant de eldre.

Figuren under viser fylkesvis fordeling av personer (rater per 1000 innbygger) lagt inn i spesialisthelsetjenesten for behandling av hjerte- og karsykdommer.

17 Folkehelse rapporten 2014 utgjør en sentral kilde i dette kapittelet, når det gjelder både fakta om sykdommer og referanser til forskning på tema (Folkehelseinstituttet, 2014, tilgjengelig på: <http://www.fhi.no/publikasjoner-og-haandboker/folkehelse-erapporten>)



Figuren viser at det er flest pasienter innlagt på grunn av hjerte- og karsykdommer i Finnmark og færrest i Nord-Trøndelag.

2.1.2 Kreft

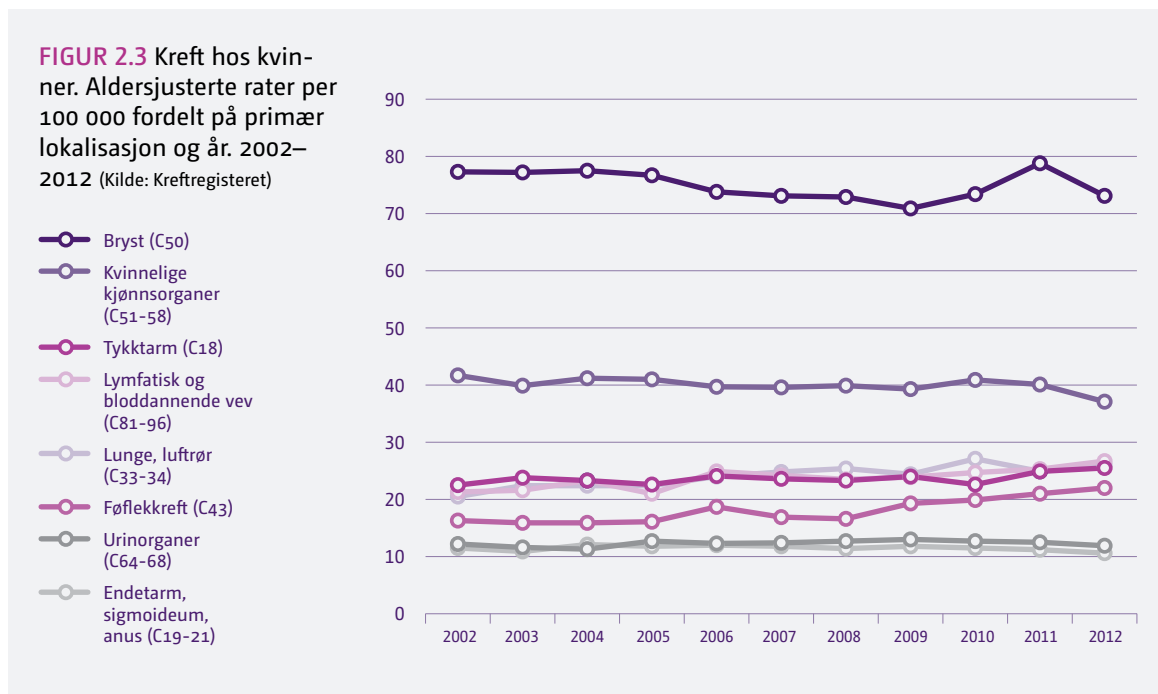
Kreft er en fellesbetegnelse for en hel rekke sykdommer som kan ha forskjellige risikofaktorer og ulik sykdomsutvikling. Felles er at de starter med ukontrollert celledeling, og at kreftcellene kan spre seg via blod- eller lymfesystemet til andre deler av kroppen og lage nye kreftsvulster (metastaser) (Kreftregisteret, 2014). Norge har den høyeste kreftforekomsten i Norden blant menn, mens forekomsten blant kvinner er omtrent som gjennomsnittet for Norden. I over 90 prosent av tilfellene hos menn, og 85 prosent av tilfellene hos kvinner, diagnostiseres kreft hos personer over 50 år. Om lag halvparten av disse diagnostiseres når de er eldre enn 70 år.

Med økt levealder, og med den økende andelen eldre i befolkningen, har antallet krefttilfeller økt mye, ganske enkelt på grunn av befolkningsveksten (Kreftregisteret, 2014). Kreftene har økt med 120 prosent hos menn og 60 prosent hos kvinner siden midten av 1950-tallet. Hva som er de sentrale krefttypene, har også endret seg fullstendig gjennom de siste 60 år (ibid.)

Vi ser en bedret overlevelse for alle de fire store kreftformene: brystkreft, prostatakreft, lungekreft og tykk- og endetarmskreft. Denne økningen er dels et resultat av økt oppmerksomhet rundt kreft både fra pasient og fra behandlerens side, og dels konsekvensen av bedre behandling (Kreftregisteret, 2014). Dødelighet som følge av ondartede svulster har imidlertid økt, og utgjør fortsatt den nest hyppigste dødsårsaken.

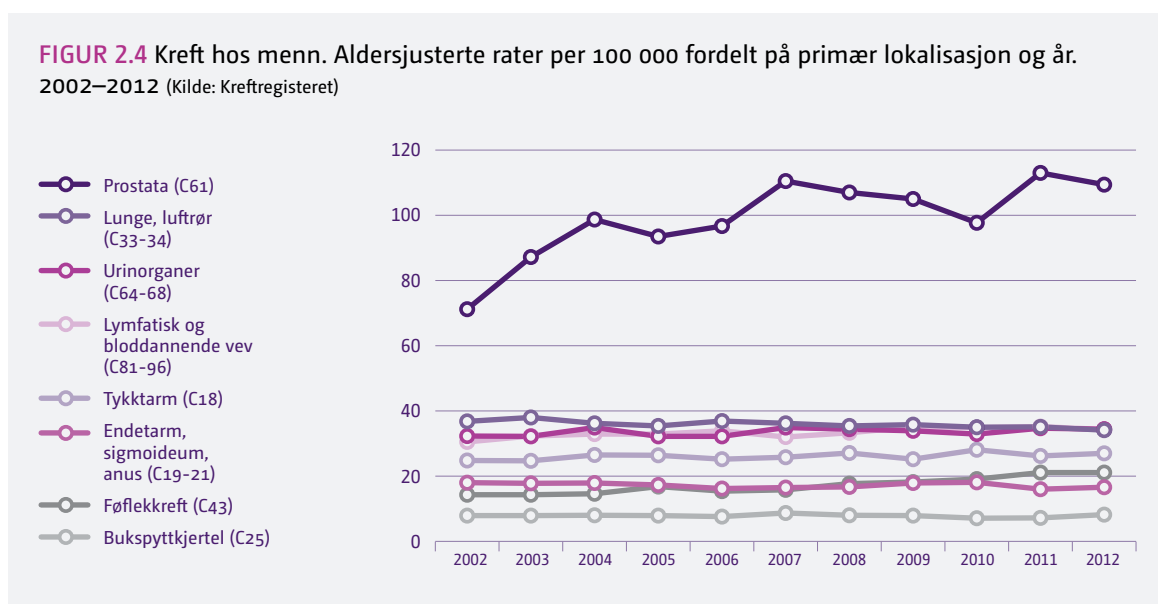
2.1.2.1 Forekomst av kreft

I 2012 var det i underkant av 225 000 personer i Norge som hadde kreft. Figuren under viser forekomst av kreft hos kvinner i perioden 2002–2012 (befolkningsjusterte rater per 100 000 innbygger).



Brystkreft er den hyppigste kreftformen blant kvinner i Norge, på lik linje med resten av den vestlige verden. I Norge utgjorde brystkreft 31 prosent av de totale krefttilfellene blant kvinner. Kreft i kvinnelige kjønnsorganer (C51-58) inkluderer kreft i livmorhals, livmor, eggstokker, morkake og andre kvinnelige genitalier. Samlet utgjorde disse krefttypene om lag 16 prosent av det totale antallet kvinner med kreft i 2012. Kvinner med tykktarmskreft, leukemi og lungekreft utgjorde hver for seg om lag 11 prosent av det totale antallet kvinner med kreft i 2012. Føflekkreft utgjorde 9 prosent, men har økt mest av krefttypene de siste årene, som vi skal komme tilbake til når vi ser på nye tilfeller av kreft.

I neste figur ser vi på forekomst av kreft hos menn i samme periode.

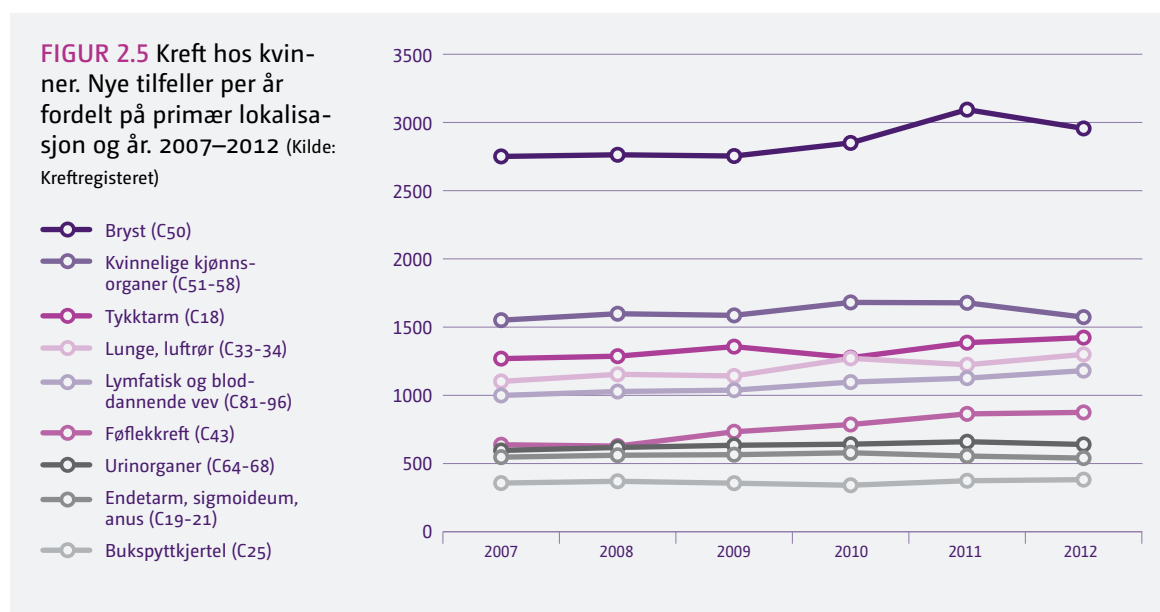


Hos menn er det prostatakreft som er mest hyppig, og utgjorde 38 prosent av krefttilfellene i 2012. Lungekreft, kreft i urinorganer samt leukemi utgjør hver for seg 12 prosent av tilfellene blant menn, og tykktarmskreft 9 prosent. Føflekkreft utgjør 7 prosent av det totale antallet krefttilfeller blant menn. Når det gjelder føflekkreft, har det imidlertid vært en stor økning når det gjelder nye tilfeller, noe vi kommer tilbake til i neste del.

2.1.2.2 Nye tilfeller av kreft per år

Totalt var det om lag 30 000 nye tilfeller av kreft i 2012 (om lag 16 500 menn og 13 500 kvinner) (Kreftregisteret, 2014). Prostatakreft, brystkreft og lungekreft utgjorde 45 prosent av tilfellene.

Figuren under viser nye krefttilfeller per år hos kvinner i perioden 2007–2012 fordelt på type kreft.



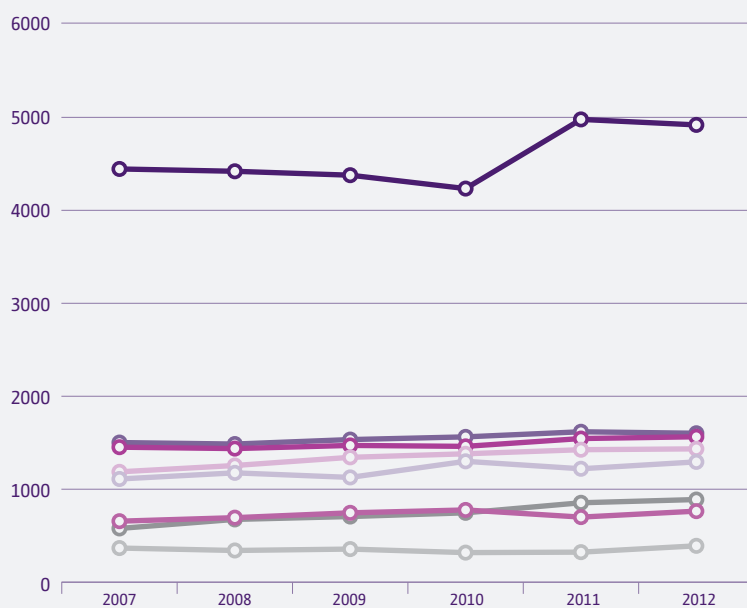
Brystkreft fortsetter å være den mest hyppige krefttypen blant kvinner, med 2956 nye tilfeller i 2012. Deretter følger ulike krefttyper i kvinnelige kjønnsorganer (livmorhals, livmor, eggstokker, morkake og andre kvinnelige genitalier), fulgt av tykktarmskreft og lungekreft. Når det gjelder nye tilfeller av kreft, har føflekkreft økt mest, med hele 37 prosent i perioden. Videre har nye tilfeller av leukemi og lungekreft økt med 18 prosent. Nye tilfeller av tykktarmskreft økte med 12 prosent i 2012 i forhold til 2007.

Når det gjelder overlevelse, har kvinner med brystkreft en overlevelse på 89 prosent over en 5-årsperiode (2007–2011).

Figuren under viser nye tilfeller av kreft hos menn per år fordelt på type kreft.

FIGUR 2.6 Kreft hos menn. Nye tilfeller per år fordelt på primær lokalisasjon og år. 2007–2012 (Kilde: Kreftregisteret)

- Prostata (C61)
- Lunge, luftrør (C33-34)
- Urinorganer (C64-68)
- Lymfatisk og bloddannende vev (C81-96)
- Tykktarm (C18)
- Føflekkreft (C43)
- Endetarm, sigmoideum, anus (C19-21)
- Bukspyttkjertel (C25)



Hos menn fortsetter prostatakreft å være den hyppigste krefttypen med i underkant av 5000 nye tilfeller hvert år de siste årene. Det var en kraftig økning i antallet nye tilfeller fra 2010–2011, og deretter en svak nedgang fra 2011–2012. Den største økningen i nye krefttilfeller i 2012 i forhold til 2007 er i føflekkreft, som økte med 54 prosent. Nye tilfeller av leukemi økte med 21 prosent, og nye tilfeller av kreft i tykktarm og endetarm økte hver med 16 prosent.

Statistikken viser at menn med prostata hadde en overlevelse på 89,5 prosent over en 5-årsperiode (2007–2011).

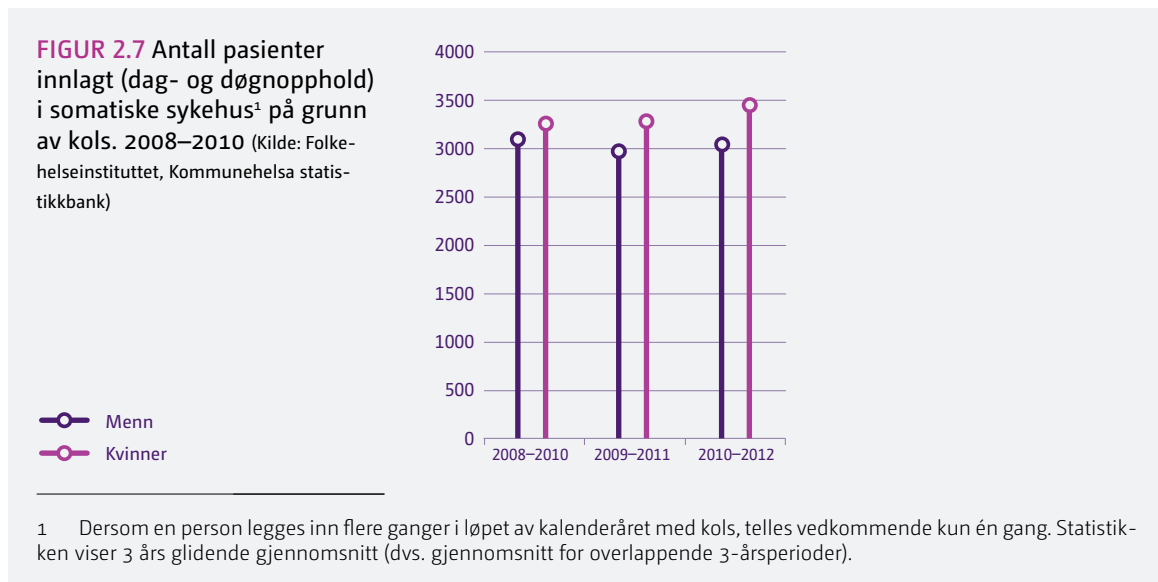
2.1.3 Kols-lungesykdommer

Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) er en samlebetegnelse på en gruppe kroniske lungesykdommer som fører til hindret luftstrøm gjennom luftveiene. Symptomene på kols er vanskeligheter med å puste, kronisk hoste og økt slimproduksjon. Noen av de som har kols, får også astmatiske anfall fordi slimhinnene er betente og reaktive. Kols skyldes i hovedsak røyking. Kols er uhelbredelig, men riktig og tidlig behandling kan lindre symptomene og forsinke sykdomsutviklingen. Kols er en svært vanlig tilstand i den voksne delen av befolkningen, og en av de vanligste årsakene til innleggelse i norske sykehus i dag (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Det fins ikke registre som kan benyttes til direkte beregning av antall kolstilfeller i Norge, og forekomsten må beregnes fra helseundersøkelser og andre relevante kilder, ifølge Folkehelseinstituttet. Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2014) er det i underkant av 400 000 personer som har kols i Norge i dag, og det tilkommer 30 000–40 000 nye tilfeller per år. Dette er beregninger og ikke diagnostiserte personer. Den såkalte Hordalandsundersøkelsen (2003–2005) tyder på at forekomsten av kols er på 14 prosent, men funnene tydet samtidig på en betydelig underrapportering av kols (Waatevik, 2013).

2.1.3.1 Pasienter med kols innlagt i sykehus

I det følgende skal vi se på utviklingen de siste årene når det gjelder antall pasienter innlagt i somatisk sykehus på grunn av kols. Figuren under viser antall pasienter innlagt i somatisk sykehus på grunn av kols i perioden 2008–2012.



Det totale antallet pasienter innlagt på grunn av kols har ligget stabilt på rundt 3000 for menn i hele perioden fra 2008–2012. Antall kvinner innlagt med kols har vært høyere hele perioden, og har dessuten steget til nesten 3500.

Selv om flere kvinner enn menn er innlagt for kols i spesialisthelsetjenesten, er det langt flere menn enn kvinner som har kols. Kjønnsforskjellene i kols er imidlertid i ferd med å bli mindre, ifølge Folkehelseinstituttet, og det vises til ulike røykevaner over tid som en av årsakene til dette. Statistikken fra dødsårsaksregisteret viser for øvrig at dødeligheten har vært økende blant kvinner og samtidig minkende for menn.

I figuren under vises den fylkesvise fordelingen av pasienter innlagt i spesialisthelsetjenesten på grunn av kols.



Figuren viser at raten for pasienter innlagt for kols er høyest i Finnmark og lavest i Vestfold. Dette gir en indikasjon på forekomst av kols.

Røyking kobles mot kols som den mest åpenbare årsaken til sykdommen, men en rekke sosioøkonomiske

forhold som økonomi, utdanning og yrke, spiller inn (Halvorsen et al., 2014). Forekomsten av kols øker med alder, og Folkehelseinstituttet påpeker at økningen i antall eldre vil føre til at antall personer som lever med kols, vil øke. På den annen side vil reduksjonen i antall røykere kunne motvirke økningen over tid.

2.1.4 Psykisk helse

Tall fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse i 2008 viser at om lag 8–10 prosent av den voksne befolkningen i Norge har betydelige psykiske plager (Nes, 2011). Ifølge Folkehelseinstituttet (Mykletun, 2009) vil omtrent halvparten av den norske befolkningen rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet, og ca. en tredjedel i løpet av et år. Dette er omtrent på nivå med andre vestlige land. Angst og depresjon er mest vanlig, men også alkoholavhengighet/misbruk. Forekomsten av angstlidelser, depressive lidelser og spiseforstyrrelser er høyere hos kvinner, mens rusrelaterte lidelser er vanligere hos menn. Ifølge Kringlen (2006) er livstidsforekomsten av psykiske lidelser over 50 prosent i Oslo, mens den er rundt 30 prosent i Sogn og Fjordane. Når det gjelder barn og unge, regner man til enhver tid med at 15–20 prosent av barn og unge mellom 3 og 18 år har ned-satt funksjon på grunn av psykiske plager som angst, depresjon og atferdsproblemer. Omtrent 8 prosent av barn og unge har så alvorlige problemer at det tilfredsstillende kriteriene til en psykisk lidelse (Heiervang, 2007; Wichstrøm, 2012; Mykletun, 2009).

2.1.4.1 Personer med psykiske vansker eller lidelser i kontakt med fastlege eller legevakt

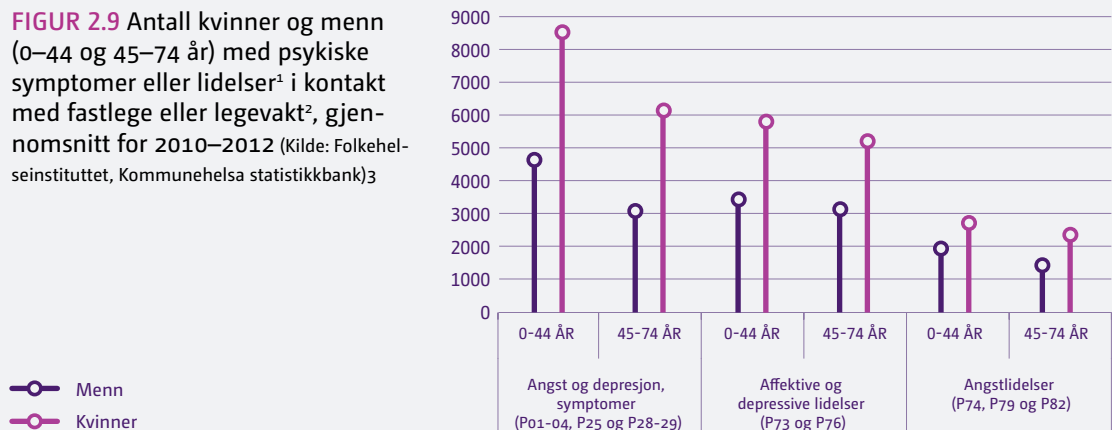
Vi har tidligere i rapporten sett hvor mange som har hatt kontakt med psykisk spesialisthelsetjeneste de siste årene, og på hvilke diagnoser de har. Om lag 3 prosent av den voksne befolkningen og 6 prosent av barn og unge mottar behandling i psykisk spesialisthelsetjeneste. De som har mest kontakt, er gutter 10–14 år og jenter 15–19 år, og kvinner har vesentlig mer kontakt enn menn. Videre går befolkningens kontakt med tjenestene gradvis ned med alderen.

De siste årene har rundt 12 prosent av den voksne befolkningen oppsøkt primærlege for psykiske problemer. Mange som rammes av en psykisk lidelse, kommer dog aldri i kontakt med helsetjenesten. Figuren under viser kvinner og menn, 0–74 år, med psykiske plager (symptomer) eller psykiske lidelser¹⁸ i kontakt med primærhelsetjenesten i 2010–2012. Det må tas høyde for at data¹⁹ er basert på legenes diagnostiseringspraksis.

18 Det er vanlig å skille mellom psykiske plager/vansker (symptomer) og psykiske lidelser. Med psykiske plager/vansker mener vi tilstander som oppleves som belastende, men ikke i så stor grad at de karakteriseres som diagnoser. Betegnelsen psykiske lidelser brukes bare når bestemte diagnostiske kriterier er oppfylt. Psykiske lidelser omfatter alt fra enkle fobier og lettere angst og depresjonslidelser, til omfattende og alvorlige tilstander som schizofreni.

19 Ifølge Kommunehelsas statistikkbank har data med utgangspunkt i helserefusjonskrav i liten grad vært brukt til å si noe om helsetilstanden i befolkningen tidligere, og vi vet foreløpig ikke nok om datakvaliteten. Det antas at tallene påvirkes av legenes diagnostiseringspraksis. Fra og med 2010 gjøres registrering av egenandeler og utstedelse av frikort elektronisk, og det anses at dette har bidratt til å redusere feil og mangler ved utfylling (<http://khs.fhi.no/webview/>).

FIGUR 2.9 Antall kvinner og menn (0–44 og 45–74 år) med psykiske symptomer eller lidelser¹ i kontakt med fastlege eller legevakt², gjennomsnitt for 2010–2012 (Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelse statistikkbank)³

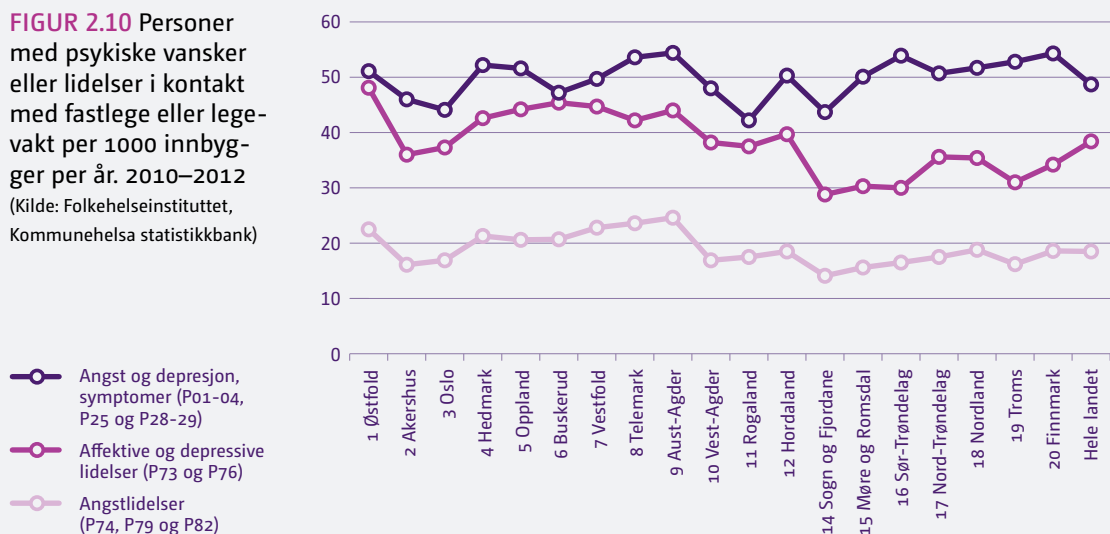


- 1 Klassifisert etter ICPC-kodeverket, som inkluderer hovedkategoriene psykiske symptomer (P01–29), som inkluderer angst og depresjon (P01–04, P25 og P28–29) og psykiske lidelser (P70–99), som inkluderer affektive og depressive lidelser (P73 og P76) og angstlidelser (P74, P79 og P82).
- 2 Antall unike personer 0–74 år i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbygger per år. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang.
- 3 Data er fra Kontroll og Utbetaling av HelseRefusjon (KUHR)-databasen i HELFO, Helsedirektoratet. KUHR er et system for behandling og kontroll av refusjonsutbetalinger til blant annet fastleger og legevakt (data fra andre behandler- og leverandørgrupper som det utbetales refusjon til, er ikke med i statistikken). KUHR-databasen er basert på elektronisk innsendte refusjonskrav fra leger til HELFO. Refusjonskrav innsendt på papir inngår ikke, men utgjør en svært liten og synkende andel <http://khs.fhi.no/webview/>

I gjennomsnitt over 146 000 kvinner 0–74 år var i kontakt med fastlege eller legevakt hvert år i perioden 2010–2012 på grunn av psykiske symptomer på angst og depresjon. Dette var om lag dobbelt så mange som antall menn. I alle de tre diagnosekategoriene er det hyppigere kontakt med fastlege eller legevakt blant personer under 45 år enn blant de som er 45 år og eldre. Størst er forskjellen mellom de to aldersgruppene blant de med symptomer på angst og depresjon. Her er det 30 prosent flere i gruppen 0–44 år enn eldre. Det er 19 prosent flere yngre enn eldre i gruppen som har tatt kontakt på grunn av angstlidelser, og 10 prosent flere yngre enn eldre som har tatt kontakt på grunn av affektive og depressive lidelser.

I figuren under vises den fylkesvise fordelingen av pasienter i kontakt med fastlege eller legevakt på grunn av psykiske vansker eller lidelser.

FIGUR 2.10 Personer med psykiske vansker eller lidelser i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbygger per år. 2010–2012 (Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelse statistikkbank)



Figuren viser at raten for personer som tar kontakt med kommunehelsetjenesten på grunn av symptomer på angst og depresjon, er høyest i Aust-Agder, Finnmark og Sør-Trøndelag, og lavest i Sogn og Fjordane og Rogaland. Også når det gjelder angstlidelser, er raten høyest for personer som tar kontakt i Aust-Agder. Når det gjelder affektive eller depressive lidelser, er det flest som tar kontakt med fastlege eller legevakt i kommuner i Østfold. Sogn og Fjordane har laveste rater for personer som tar kontakt både om lettere og om tyngre psykiske lidelser, og sammen med Rogaland lavest på psykiske symptomer på angst og depresjon.

2.1.5 Muskel- og skjelettlidelser

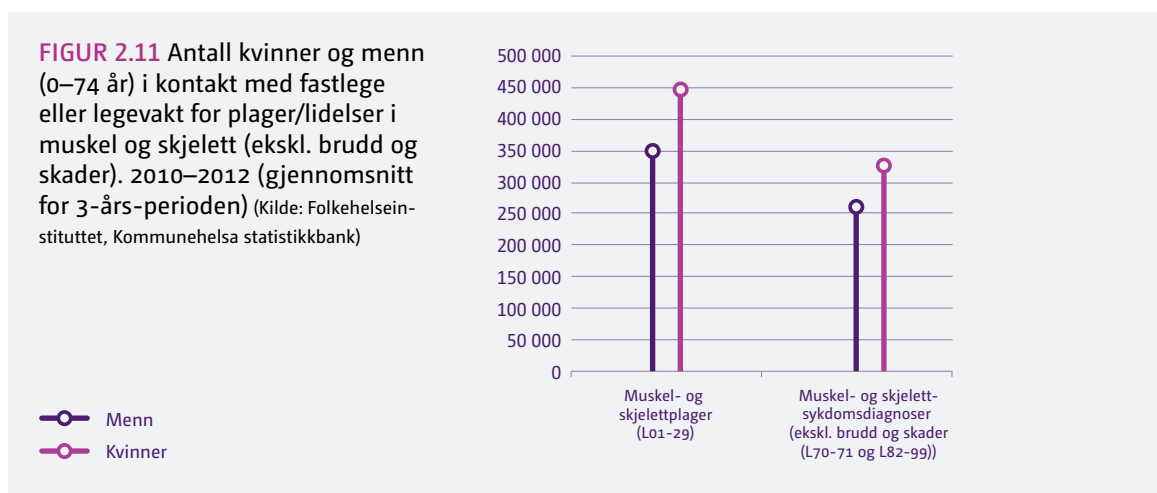
Muskel- og skjelettlidelser omfatter en lang rekke ulike tilstander som har det til felles at de er forbundet med smerte og eventuelt nedsatt funksjon knyttet til muskel- og skjelettsystemet, for eksempel rygg- og nakkeplager, osteoporose, revmatiske sykdommer og bekkenløsning i svangerskapet. Muskel- og skjelettlidelser er de vanligste årsakene til sykefravær og uførhet.

Ifølge Lærum (2013) har 15–20 prosent av alle voksne ryggplager, og 60–80 prosent vil være plaget av rygg-smerter i løpet av livet. Når det gjelder osteoporose, er dette en betydelig risikofaktor for brudd, særlig i hofte, ryggrad og håndledd, hvorav hoftebruddene er de mest alvorlige. Ifølge Omsland (2012) skjer om lag 9000 hoftebrudd per år i Norge. Resultater fra internasjonale undersøkelser viser at rundt 8 prosent rammes av en eller annen form for inflammatorisk revmatisk lidelse i løpet av livet (Crowson, 2011). Når det gjelder bekkenleddsmerter, rammes hver femte gravide kvinne (Vleeming, 2008). Bekkenløsning er en viktig årsak til sykmelding i svangerskapet (Dørheim, 2013).

Folkehelse rapporten 2014 viser videre til resultater fra helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag som viser at blant personer 20 år og eldre hadde andelen med muskel- og skjelettplager økt ved målinger i 2006–2008 sammenlignet med samme aldersgrupper 11 år tidligere (Hagen, 2011). Den største økningen var hos de yngste voksne (20–29 år), noe som Folkehelse rapporten peker på at kan være et tegn på at endret atferd hos barn og ungdom kan ha betydning for framtidig utvikling av muskel- og skjelettlidelser.

2.1.5.1 Personer med muskel- og skjelettplager eller lidelser i kontakt med fastlege eller legevakt

Figuren under viser antall kvinner og menn (0–74 år) i kontakt med fastlege eller legevakt for muskel- og skjelettplager/diagnoser (brudd og skader er utelatt) i gjennomsnitt de tre årene 2010–2012.



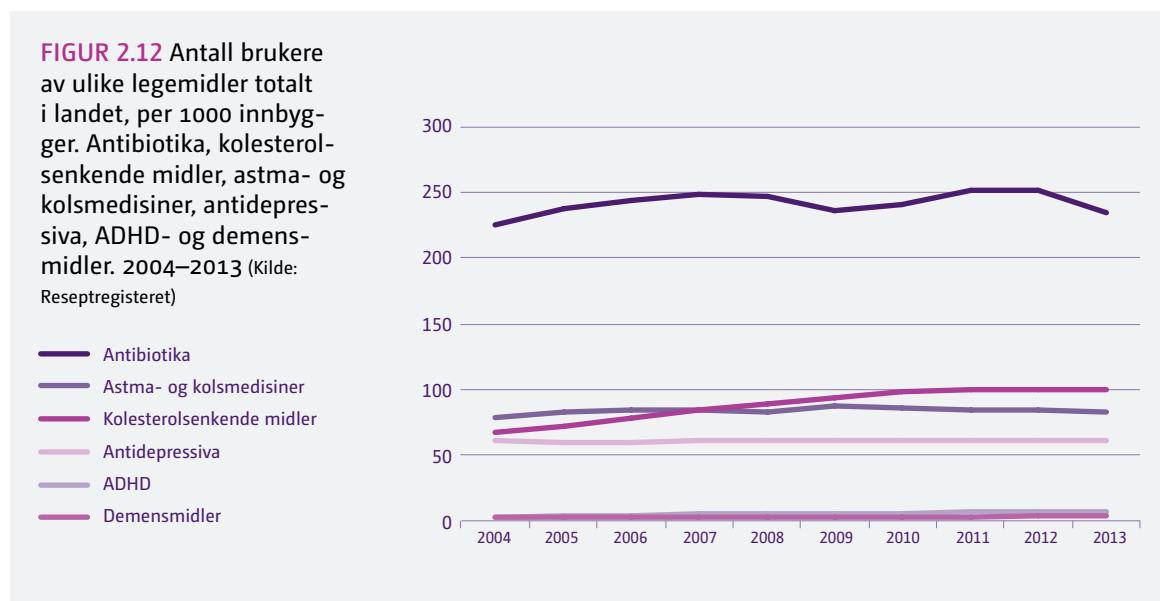
Statistikken viser at i gjennomsnitt 450 000 kvinner og 350 000 menn var i kontakt med fastlege eller legevakt for muskel- og skjelettplager per år i perioden 2010–2012. En del færre, 325 000 kvinner og 260 000 menn, var i kontakt der en muskel- og skjelettdiagnose var konstatert.

2.2 LEGEMIDLER

2.2.1 Legemiddelbruk

Bruken av legemidler gjenspeiler sykdommer og tilstander i befolkningen. Det er flest som bruker antibiotika og ulike smertestillende legemidler (Folkehelse rapporten, 2014). Ifølge Reseptregisteret går flest legemiddeldoser til forebygging og behandling av hjerte- og karsykdommer, men også sovemidler, midler mot allergi og astma og midler mot spiserørsbetennelse er inkludert på listen over de 30 mest brukte legemidlene.

Figuren under viser antall brukere av ulike legemidler (per 1000 innbygger), henholdsvis antibiotika, kolesterol-senkende midler, astma og kolsmedisiner, antidepressiva, ADHD- og demensmidler i 2004 og i 2013. Derne ser vi på statistikken for medikamentdoser for de samme gruppene.

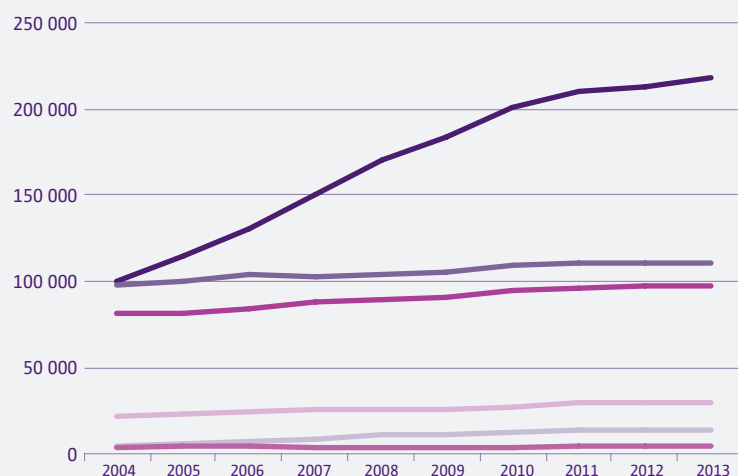


Av gruppene av legemidler inkludert her er det flest brukere av antibiotika. Antallet brukere har variert i perioden, og det er 4 prosent flere brukere i 2013 enn i 2004. Antall brukere av kolesterol-senkende midler har økt så mye som 50 prosent i 2013 i forhold til antallet i 2004. Brukere av medikamenter for astma og kols var 4,6 prosent høyere i 2013 i forhold til i 2004. Antallet brukere av antidepressiva har ikke økt vesentlig (1,1 prosent), mens antall brukere av sentralstimulerende medikamenter i forbindelse med ADHD var 159 prosent høyere i 2013 enn i 2004. Brukere av demensmidler var 7 prosent høyere i 2013 i forhold til 2004. I det følgende skal vi imidlertid se på omsetningen av medikamentdoser for å vurdere om det har skjedd en økning i det totale forbruket.

Figuren under viser antallet medikamentdoser i 2004 og 2013 for de samme legemidlene.

FIGUR 2.13 Antall medikamentdoser (/1 000). Antibiotika, kolesterolsenkende midler, astma- og kolsmidler, antidepressiva, ADHD- og demensmidler. 2004–2013 (Kilde: Reseptregisteret)

- Kolesterolsenkende midler
- Astma- og kolsmedisiner
- Antidepressiva
- Antibiotika
- ADHD-midler
- Demensmidler



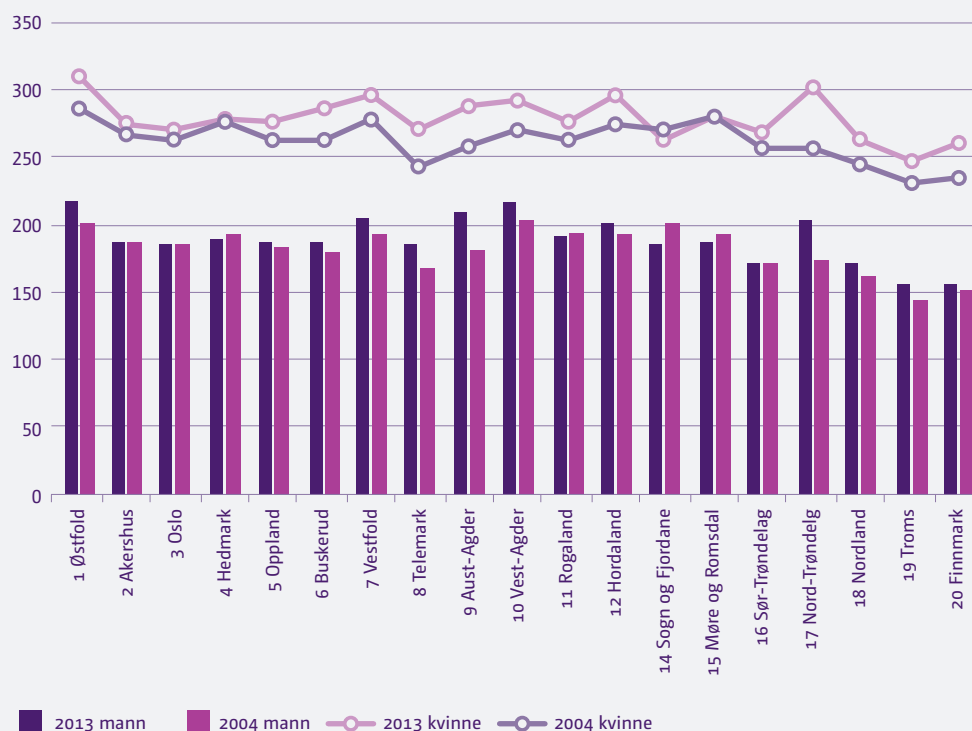
Målt i antall medikamentdoser har det vært en økning på hele 225 prosent når det gjelder forbruk av sentralstimulerende medikamenter for ADHD når vi sammenligner 2013 med 2004. Når det gjelder kolesterolsenkende legemidler, har det vært en økning på 119 prosent i samme periode. Doser for antidepressiva har økt med 21 prosent, mens antibiotika har økt med 39 prosent. Astma- og kolsmidler har økt med 13 prosent, mens doser med demensmidler har økt med 17 prosent.

2.2.1.1 Bruk av antibiotika

Den vanligste hensikten med bruk av antibiotika er å forkorte et sykdomsforløp, lindre symptomer ved tilstander og forhindre smittespredning. I noen tilfeller er målet å behandle potensielt livstruende tilstander eller å forhindre komplikasjoner. Nasjonale retningslinjer for antibiotikabruk sier at «all antibiotikabruk fører til resistensutvikling og endringer av den normale bakteriefloraen», og at det er derfor en målsetting å redusere bruk av antibiotika (på helsedirektoratet.no).

Figuren under viser antall personer som fikk forskrevet antibiotika (per 1000 innbyggere) blant kvinner og menn, og fordelt på fylke på to tidspunkt; 2004 og 2013.

FIGUR 2.14 Antall brukere av antibiotika per 1000 innbygger blant kvinner og menn, fordelt på fylke. 2004 og 2013 (Kilde: Reseptregisteret)

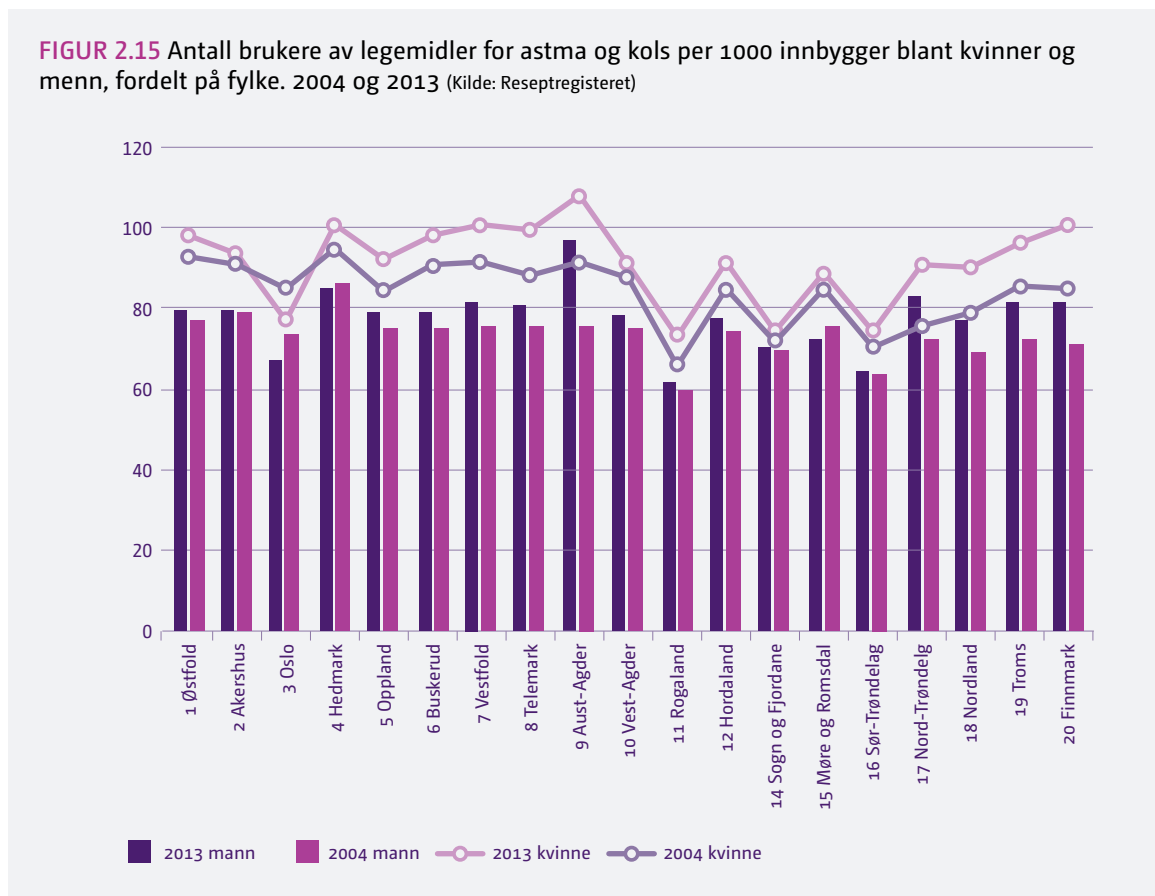


Totalt sett i landet var det 4,4 prosent flere personer som fikk antibiotika i 2013 enn i 2004, men vi har sett at antallet medikamentdoser økte med 39 prosent. Det vil altså si at gjennomsnittlig antall doser per bruker har gått opp. Antallet brukere av antibiotika (per 1000 innbygger) varierer noe mellom fylker, med flest brukere i Østfold. Det varierer også mellom fylker hvorvidt antallet brukere av antibiotika har økt eller ikke. Antall brukere har økt mest i Nord-Trøndelag. Det er vesentlig flere kvinner enn menn som har fått forskrevet antibiotika. Det er kun i Sogn og Fjordane at antallet brukere av antibiotika har gått ned, og det gjelder både kvinner og menn.

2.2.1.2 Legemiddelbruk astma og kols

Legemidler for kols helbreder ikke, men kan lindre symptomene slik at pasientene får mindre plager og bedret livskvalitet.

Figuren under viser antall personer (per 1000 innbygger) blant kvinner og menn som fikk legemidler for astma og kols.

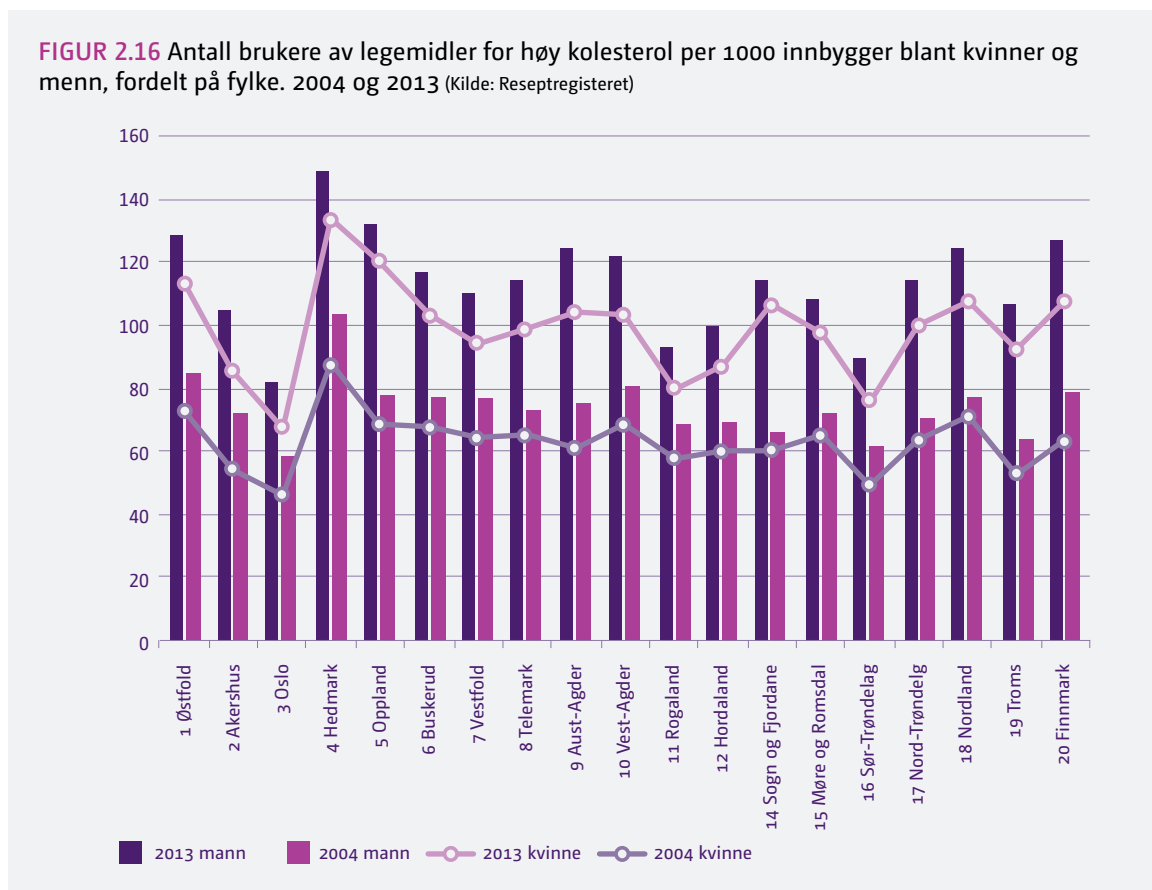


Statistikken over astma- og kolsrelatert legemiddelbruk viser ingen stor økning i antall brukere. I 2013 var antallet brukere 4 prosent høyere enn i 2004. Kvinner bruker legemidler for astma og kols i større grad enn menn. Dette til tross for at forekomsten av kols er høyere blant menn. En viktig årsak til høyere legemiddelbruk blant kvinner er at det er flere kvinner enn menn som er i kontakt med spesialisthelsetjenesten for kols (se Figur 2.7). Antall brukere per 1000 innbygger varierer mellom fylker, med flest brukere i Aust-Agder og færrest i Rogaland i 2013. For øvrig var det mange flere brukere i Aust-Agder i 2013 enn i 2004, mens forskjellene på de to tidspunktene ikke var så store i de andre fylkene. Oslo hadde et lavere antall brukere i 2013 enn i 2004.

2.2.1.3 Legemiddelbruk kolesterol

Kolesterol er et fettstoff som avleires i kroppens blodkar, og som med tiden kan innsnevre karene, og eventuelt tette dem helt. Ifølge Reseptregisteret brukte litt over en halv million nordmenn kolesterolsenkende medisiner i 2013. De aller fleste var over 50 år. Høyt kolesterol er en viktig risikofaktor for utvikling av hjertesykdom som angina pectoris (hjertekrampe) og hjerteinfarkt, og høyt kolesterol betegnes som et folkehelseproblem (LHL).

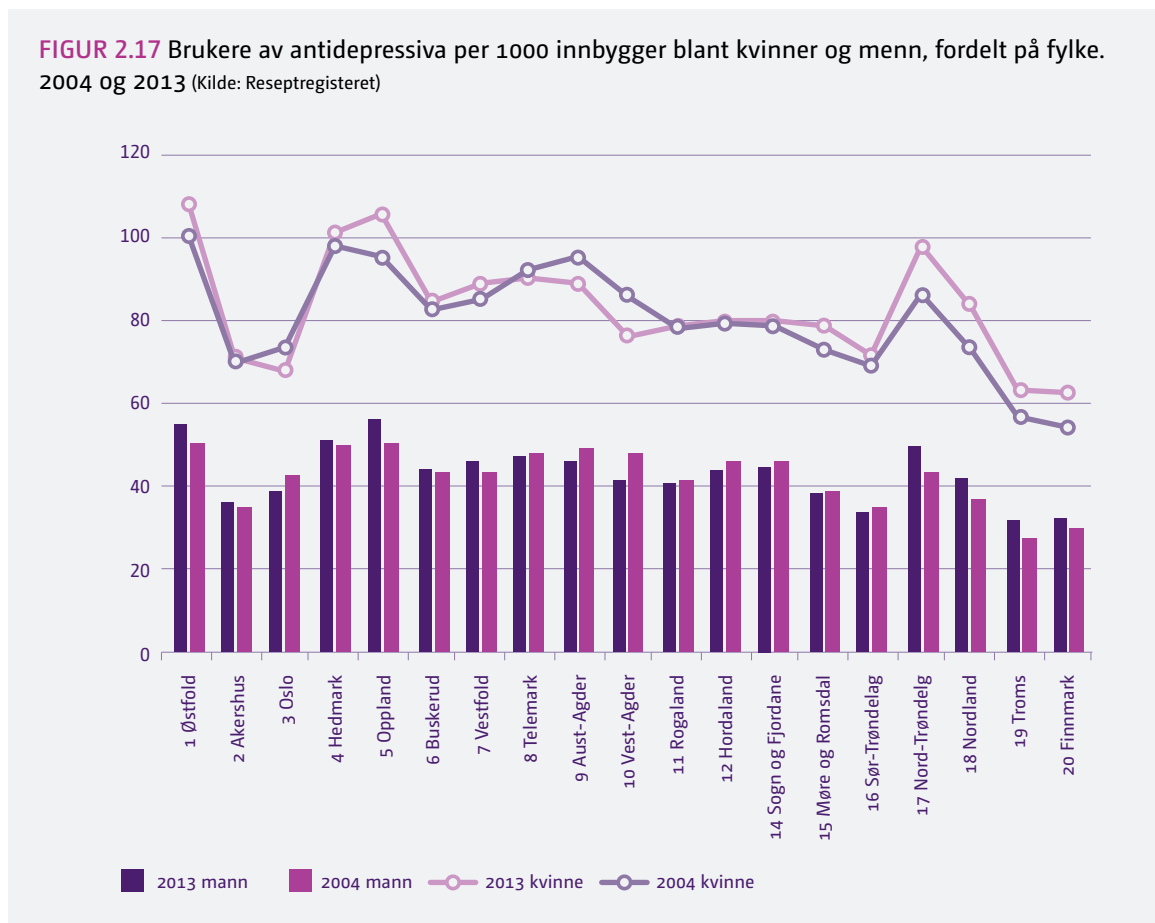
Figuren under viser antall personer (per 1000 innbygger) som fikk kolesterolsenkende legemidler i 2004 og 2013.



Antall brukere av kolesterolsenkende medikamenter har økt kraftig, hele 50 prosent i 2013 i forhold til 2004. Videre har vi sett at antallet doser for samme tidsrom økte med hele 119 prosent. I 2013 var antallet brukere høyest i Hedmark og lavest i Oslo og Sør-Trøndelag.

2.2.1.4 Legemiddelbruk antidepressiva

Antidepressiva er blant de mest forskrevne medikamenter på verdensbasis. Figuren under viser antall brukere (per 1000 innbygger) av antidepressiva i 2004 og 2013.



Antallet kvinner som bruker antidepressiva, er dobbelt så høyt som antallet menn. Antallet brukere totalt har ikke økt vesentlig, kun 1,1 prosent flere i 2013 enn i 2004. Målt som omsetning i doser så vi imidlertid at forbruket hadde økt med 21 prosent. Antallet personer som bruker antidepressiva, var høyest i Østfold og Oppland, og lavest i Troms og Finnmark.

I en kronikk i Tidsskrift for norsk legeförening tar Waaler og Fasmer (2013) til orde for at antidepressive legemidler er mindre effektive enn det omfattende forbruket skulle tilsi. De mener det er mange holdepunkter for å anta at det er et overforbruk av antidepressive legemidler i norsk praksis, og viser til at den omfattende bruken dels kan sees på som et uttrykk for en økende medikalisering.

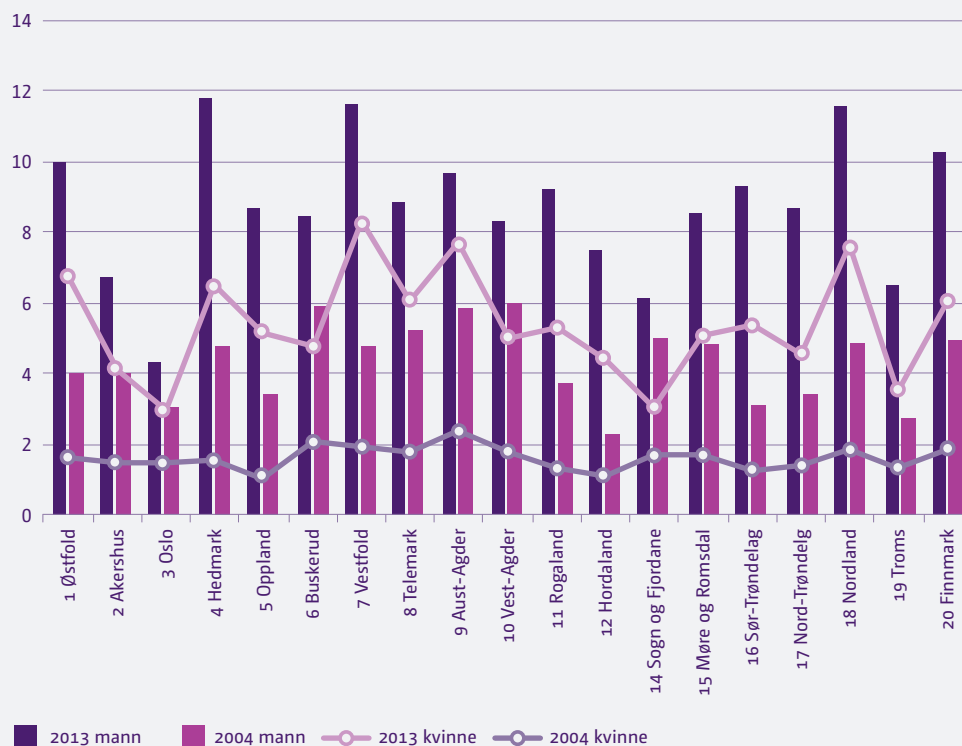
2.2.1.5 Legemiddelbruk ADHD

Det har vært en sterk økning i antallet barn og unge som diagnostiseres med ADHD, og som følge av dette har det vært en stor økning i legemiddelbruk. De sentralstimulerende legemidlene bidrar til en endring i tre kjernesymptomer ved ADHD: oppmerksomhet, hyperaktivitet og impuls kontroll.

Det er to hovedtrekk når det gjelder legemiddelbruk blant personer med ADHD, hovedsakelig barn og unge, nemlig en kraftig økning de siste årene, samt at gutter utgjør størstedelen av brukerne.

Figuren under viser antallet brukere av sentralstimulerende legemidler for ADHD.

FIGUR 2.18 Antall brukere av sentralstimulerende legemidler ved ADHD per 1000 innbygger blant kvinner og menn, fordelt på fylke. 2004 og 2013 (Kilde: Reseptregisteret)



Figuren viser de store kjønnsforskjellene, med flere menn (gutter) enn kvinner som bruker sentralstimulerende medikamenter. Vi ser videre en vesentlig økning i forbruk fra 2004 til 2013. Antall brukere av sentralstimulerende medikamenter var hele 159 prosent høyere i 2013 enn i 2004, og vi har sett at antallet doser økte med 225 prosent. Når det gjelder fylkesvise forskjeller i antall brukere av sentralstimulerende midler, ser vi at Vestfold, Nordland og Hedmark lå høyest i forbruk, mens Sogn og Fjordane lå lavest i antallet brukere av sentralstimulerende medikamenter.

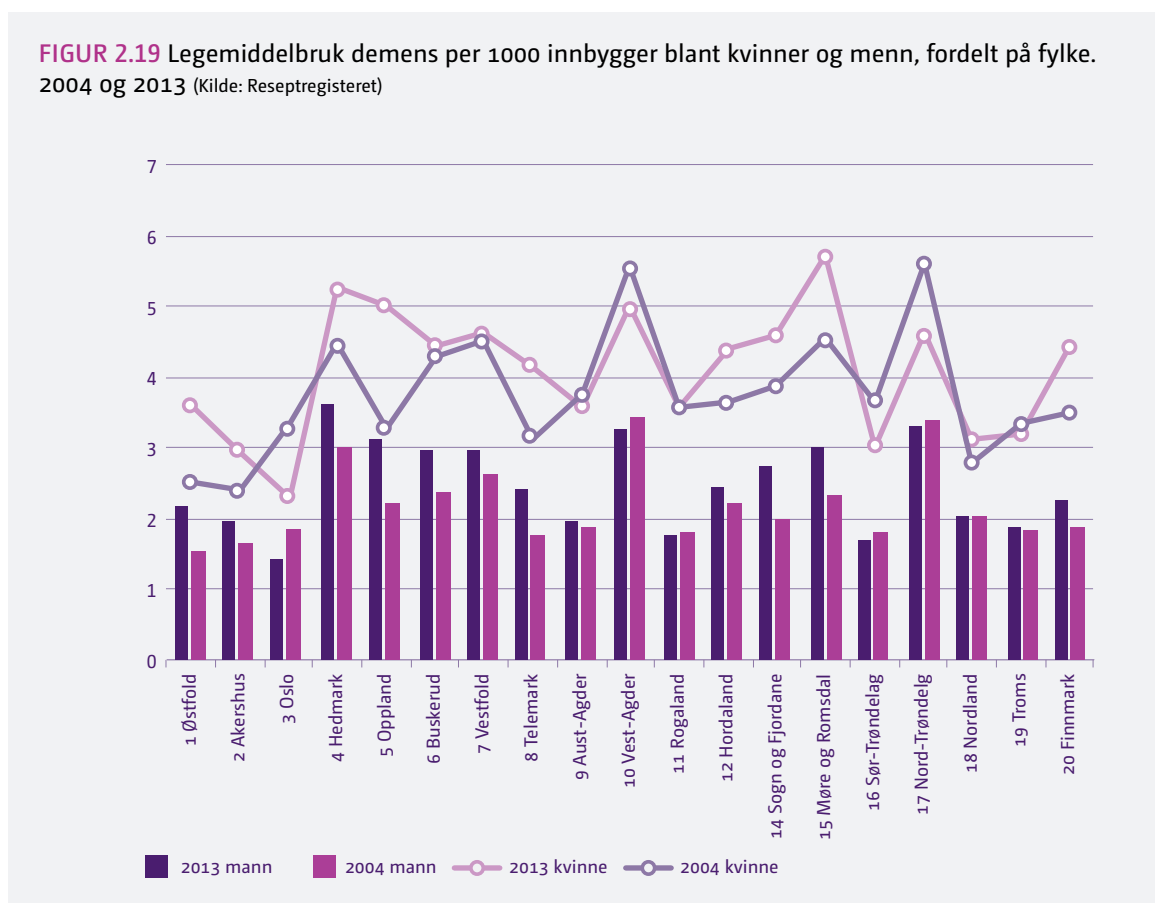
Den kraftige økningen i bruk av sentralstimulerende midler kan delvis forklares med at det i Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998–2008) ble påpekt en underdiagnostisering og underbehandling av ADHD / hyperkinetisk atferdsforstyrrelse. Opptrappingsplanen hadde som mål at 5 prosent av barn og unge skulle få et tilbud i spesialisthelsetjenesten, og dette målet ble nådd. Dermed får flere barn og unge også medikamentell behandling for ADHD. Videre er det flere voksne som får sentralstimulerende legemidler for sin ADHD. Økningen kan, ifølge Folkehelseinstituttet, også skyldes en sterkere markedsføring av nye preparater de siste to–tre årene.²⁰

20 <http://www.fhi.no/tema/adhd/legemidler-ved-adhd>

2.2.1.6 Legemiddelbruk demens

Demens er fellesbetegnelsen på flere sykdommer som medfører kognitiv svikt, forbundet med funksjonstap i hjernen. Man regner at rundt 70 000 personer i aldersgruppen over 65 år lider av demens i Norge i dag, og at 1000–1500 personer under 65 år har lidelsen. Kvinner har også større sannsynlighet for å få demens enn menn. Ettersom andelen eldre øker, øker også tallet på demenstilfeller, og det er anslått at tallet på personer med demens vil være om lag 142 000 i år 2050 dersom dagens utvikling fortsetter (Hjort & Waaler, 2010).

Figuren under viser bruk av legemidler for demens blant kvinner og menn (per 1000 innbygger).



Antall brukere av demensmidler var 7 prosent høyere i 2013 sammenlignet med 2004, og vi har sett at antallet doser økte med 17 prosent. Det er 40 prosent flere kvinner enn menn som bruker demensmidler. Antallet brukere er høyest i Hedmark, Møre og Romsdal, Vest-Agder og Oppland, og lavest i Oslo, Sør-Trøndelag og Akershus.

2.3 OPPSUMMERING

2.3.1 Helsetilstand

Sterk nedgang i dødelighet som følge av hjerte- og karsykdommer er den viktigste årsaken til økt levealder i Norge. Det har totalt sett vært en nedgang i kreftdødeligheten de siste tiårene, men en økning innen enkelte krefttyper. Videre har mange kols, som har blitt en av de vanligste årsakene til sykehusinnleggelse. Muskel- og skjelettlidelser er den største årsaken til sykefravær i landet, og psykiske lidelser er økende. I dette kapittelet har vi sett nærmere på forekomst og insidens samt utviklingstrekk ved disse sykdomsgruppene.

Statistikken over forekomst av ulike hjerte- og karsykdommer i perioden 2008–2012 viser fortsatt en svak

nedgang i akutt hjerteinfarkt, men samtidig en økning i tilfeller av hjerteflimmer. Det er imidlertid bekymringsfullt at det ikke har vært noe nedgang i akutt hjerteinfarkt for de aller yngste i aldersgruppen 25–44 år. Det har nesten ikke vært noen endring de siste årene over antallet pasienter lagt inn i sykehus på grunn av hjerte- og karsykdom. Nesten 340 000 personer var til behandling i 2012 enten på sykehus eller poliklinikk.

Det er bedret overlevelse for alle de fire store kreftformene: brystkreft, prostatakreft, lungekreft og tykk- og endetarmskreft. Dødelighet som følge av ondartede svulster har imidlertid økt, og utgjør fortsatt den nest hyppigste dødsårsaken. Brystkreft er den hyppigste kreftformen blant kvinner i Norge, på lik linje med resten av den vestlige verden, og utgjorde 31 prosent av det totale antallet kvinner med kreft i 2012. Blant menn er det prostatakreft som er hyppigst. Når vi ser på insidensrater, det vil si nye tilfeller av kreft per år, ser vi at brystkreft og prostatakreft fortsetter å være den hyppigste krefttypen blant henholdsvis kvinner og menn. Når det gjelder nye tilfeller av kreft, økte føflekkreft mest, henholdsvis 37 hos kvinner og 54 prosent hos menn i perioden 2007–2012.

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2014) er det i underkant av 400 000 personer som har kols i Norge i dag, og det tilkommer 30 000–40 000 nye tilfeller per år. Dette er beregninger og ikke diagnostiserte personer. Flere menn enn kvinner har kols, men flere kvinner enn menn er innlagt for kols i spesialisthelsetjenesten. Kjønnsforskjellene i kols er imidlertid i ferd med å bli mindre, og her vises det til ulike røykevaner over tid som en av årsakene. Statistikken fra dødsårsaksregisteret viser for øvrig at dødeligheten har vært økende blant kvinner og minkende for menn. Antallet pasienter innlagt for kols (justert for befolkning) gir en indikasjon på forekomst av kols, og er høyest i Finnmark og lavest i Vestfold.

Om lag 3 prosent av den voksne befolkningen og 6 prosent av barn og unge mottar behandling i psykisk spesialisthelsetjeneste. De siste årene har rundt 12 prosent av den voksne befolkningen oppsøkt primærlege for psykiske problemer. Flest tar kontakt på grunn av symptomer på angst og depresjon. Det er flest som tar kontakt med kommunehelsetjenesten på grunn av symptomer på angst og depresjon, i Aust-Agder, Finnmark og Sør-Trøndelag og færrest i Sogn og Fjordane og Rogaland.

Når det gjelder muskel- og skjelettlidelser, viser statistikken at i gjennomsnitt 450 000 kvinner og 350 000 menn var i kontakt med fastlege eller legevakt for muskel- og skjelettplager per år i perioden 2010–2012. Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag viser at den største økningen i muskel- og skjelettlidelser er blant de yngste voksne (20–29 år).

2.3.2 Legemidler

Bruken av legemidler gjenspeiler sykdommer og tilstander i befolkningen. I denne rapporten har vi sett på både antall brukere av ulike legemidler (per 1000 innbygger) og på medikamentdoser. Vi har sett på antibiotika, kolesterolsenkende midler, astma- og kolsmedisiner, antidepressiva, ADHD- og demensmidler.

Antall brukere av kolesterolsenkende midler har økt så mye som 50 prosent i 2013 i forhold til antallet i 2004, men antallet doser har hatt en økning på 119 prosent i samme periode. Brukere av medikamenter for astma og kols var 4,6 prosent høyere i 2013 i forhold til i 2004, mens antallet doser økte 13 prosent. Antallet brukere av antidepressiva har ikke økt vesentlig (1,1 prosent), men antallet doser økte med 21 prosent. Videre har brukere av sentralstimulerende medikamenter i forbindelse med ADHD økt med 159 prosent fra 2004, mens antallet medikamentdoser har økt hele 225 prosent. Brukere av demensmidler var 7 prosent høyere i 2013 i forhold til 2004, mens antallet doser med demensmidler økte med 17 prosent. Alt i alt har altså antallet doser økt mye mer enn antallet brukere.

Når det gjelder forbruk av legemidler, eksisterer det store kjønnsforskjeller. Det er omtrent dobbelt så mange kvinner som menn som bruker antidepressiva, og det er vesentlig flere kvinner enn menn som bruker antibiotika. Det er også litt flere kvinner enn menn som bruker astma- og kolsmedisiner, og det er 40 prosent flere kvinner enn menn som bruker demensmidler. Menn eller gutter på sin side bruker vesentlig mer sentralstimulerende legemidler i forbindelse med ADHD, og menn bruker i større grad legemidler for høyt kolesterol.






Del 2

LHLs HELSEBAROMETER

Forfatter: Karin Dyrstad, forsker,
SINTEF Teknologi og samfunn, avdeling Helse

LHL
Vestby





3 Befolkningens vurdering av egen helse, helsetilbud og prioriteringer i helsevesenet

I resten av rapporten undersøkes det hvordan folk oppfatter sin egen helse, helsetjenestene og prioriteringer i helsevesenet. Datagrunnlaget er en opinionsundersøkelse basert på et spørreskjema utviklet av SINTEF i samarbeid med LHL, sendt til 7500 tilfeldig utvalgte norske borgere. I det følgende refererer vi til undersøkelsen som Helsebarometeret eller LHLs Helsebarometer. Før vi presenterer funn fra undersøkelsen, går vi kort gjennom datamaterialet og vurderer kvaliteten. Vi beskriver også kort de viktigste analyseteknikkene som brukes i de senere kapitlene, og hvordan kapitlene er bygd opp.

3.1 DATAMATERIALE OG REPRESENTATIVITET

Spørreundersøkelsen ble sendt til et representativt utvalg på 7500 personer. Bruttoutvalget var et tilfeldig uttrekk fra befolkningen (5000 personer i alderen 18–75 år og 2500 personer i alderen 40–75 år). Personer over 40 år er dermed overrepresentert. Hensikten med denne overrepresentasjonen var å sikre et stort nok utvalg som bruker helsetjenesten, og for å få et utvalg av en viss størrelse innenfor de ulike sykdomsgruppene.

For å øke deltakelsen i undersøkelsen var deltakerne med i en trekning om to gavekort à kr 5000. Uttrekket fra Folkeregisteret ble gjort av Evry. Undersøkelsen ble sendt ut i januar 2014, og etter en puring ble undersøkelsen avsluttet i midten av april. Da var det 2688 personer som hadde svart, noe som gir en brutto svarprosent på 35,9. 161 skjema kom i retur eller ble sendt til feil adresse, mens 16 personer ikke lenger var registrert bosatt i Norge. Ser vi bort fra disse, ligger netto svarprosent på 36,7, noe som må sies å være bra for denne typen undersøkelser. Svarprosenten i spørreundersøkelser har gått ned i hele den vestlige verden de siste tiårene, men det er ikke klart om lavere svarprosent nødvendigvis gir større utvalgsskjevhet og dårligere representativitet (Groves, 2006; Singer, 2006). For å vurdere datakvaliteten bør man derfor vurdere representativitet, ikke bare utvalgsstørrelse. Fra uttrekket fra Folkeregisteret kjenner vi bostedsfylke og alder både på de som har svart, og de som ikke har svart. Dette danner grunnlag for å vurdere hvor representativt det endelige utvalget vårt er. I tillegg sammenligner vi utvalgssammensetningen med tilgjengelig befolkningsstatistikk. Disse dataene blir i tillegg brukt til å utvikle en populasjonsvekt for å gi et mer representativt utvalg.

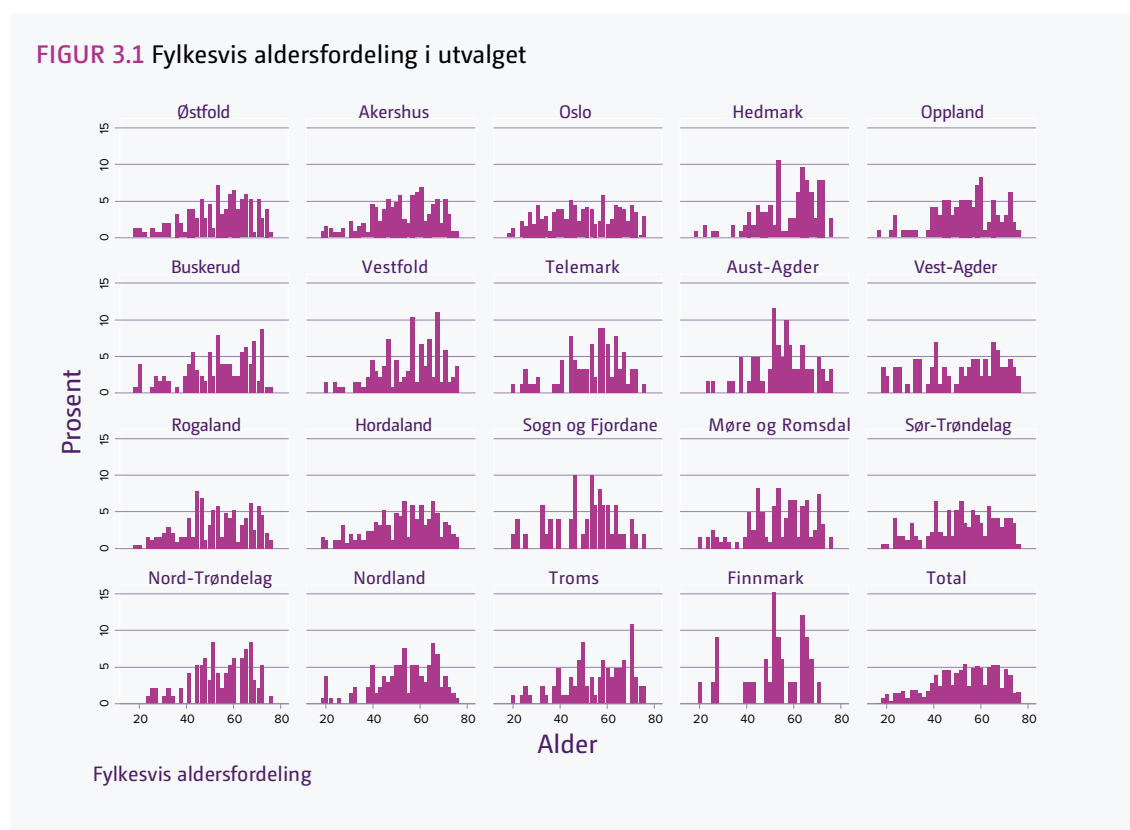
En sammenligning av det originale uttrekket fra Folkeregisteret og det endelige utvalget (de som svarte) viser at svarprosenten varierer noe med kjennetegn ved respondentene og hvor de bor. Nord-Trøndelag ligger helt øverst, med signifikant høyere ($p = 0,01$) svarprosent enn de andre fylkene. Ellers er det ingen statistisk signifikante forskjeller mellom fylkene (Tabell 3.1).

TABELL 3.1 Svarprosent, etter fylke

FYLKE	LHL-UTVALG		UTTREKK FRA FOLKeregISTERET
	PROSENT	N	
Nord-Trøndelag	46,2	96	208
Sør-Trøndelag	39,9	173	434
Vestfold	38,3	140	366
Rogaland	38,0	247	650
Hedmark	37,3	115	308
Akershus	37,2	311	836
Aust-Agder	36,9	62	168
Nordland	36,7	132	360
Troms	36,2	83	229
Østfold	35,5	153	431
Vest-Agder	35,5	89	251
Hordaland	34,5	252	730
Oppland	34,3	98	286
Telemark	34,2	90	263
Oslo	33,1	313	947
Buskerud	32,9	129	392
Møre og Romsdal	32,4	121	373
Sogn og Fjordane	32,3	50	155
Finnmark	30,1	34	113
Total	35,8	2 688	7 500

Sammenligner vi alderen på de som har svart, med alderen til de som ikke har svart, finner vi at gjennomsnittsalderen er høyere blant de som har svart. Mens gjennomsnittsalderen blant de som har svart, er 52,7 år, er snittalderen 46,4 år blant de som ikke har svart. Også denne forskjellen på om lag seks år er statistisk signifikant. I tillegg ligger det sannsynligvis en skjevhet i hvem blant de eldre som har svart, ved at relativt friske, hjemmeboende eldre er overrepresentert på bekostning av syke, pleietrengende eldre, og spesielt eldre som har behov for omfattende omsorgstjenester. Dette er vanskelig å undersøke omfanget av eller korrigere for, men er viktig å ta i betraktning når resultatene tolkes.

Figuren nedenfor viser fylkesvis aldersfordeling på de som har svart. Aldersfordelingen varierer noe mellom fylkene, men med unntak av særlig Finnmark viser figuren en ganske jevn fordeling. Jo mindre utvalg, jo større vekt får hver enkelt respondent i fordelingen, og den ujevne fordelingen i Finnmark henger sammen med at det fylkesvise utvalget er lite. Sett under ett viser figuren imidlertid en relativt jevn aldersfordeling.



Uttrekket fra Folkeregisteret inneholder ikke individkjennetegn utover alder og bostedsfylke. Derimot kan vi sammenligne svarene på spørreundersøkelsen med tilgjengelig befolkningsstatistikk for å få et bredere grunnlag for å vurdere utvalsrepresentativiteten. Informasjon fra Folkeregisteret er tilgjengelig på nettsidene til Statistisk sentralbyrå (SSB), og vi bruker disse dataene som sammenligningsgrunnlag for å vurdere sammensetningen av kjønn, alder og utdanning i utvalget. 54 prosent av de som har svart på undersøkelsen, er kvinner. I befolkningen ellers er det 50,2 prosent kvinner, noe som vil si at kvinner er svakt overrepresentert.

Svaralternativene for sysselsetting i Helsebarometeret er ikke identiske med kategoriene i Folkeregisteret. Helsebarometeret har blant annet mer detaljerte svarkategorier, noe som sannsynligvis forklarer at en lavere andel har svart «annet». Videre hadde respondentene anledning til å krysse av for flere enn ett svaralternativ. Sammenligningen gir likevel et visst grunnlag for å vurdere representativiteten i nettoutvalget vårt. I og med at personer over 40 år var overrepresentert i uttrekket, er det ikke overraskende at utvalget vårt har en lavere andel sysselsatte og færre under utdanning. I tillegg oppgir 13 prosent av respondentene at de mottar en annen form for trygd eller pensjon enn alderspensjon/AFP, noe som gir en klart høyere samlet andel av personer som mottar pensjon eller trygd.

TABELL 3.2 Aktivitet, registrert i befolkningen og oppgitt i Helsebarometeret, i prosent*

AKTIVITET	LHL	SSB	AVVIK
Sysselsatte	59,5	63,4	-3,9
Arbeidsledige	1,6	1,2	0,4
Under utdanning	4,5	6,9	-2,4
Pensjonister/AFP-mottaker	20,4	21,3	-0,9
Mottaker av annen type trygd/pensjon	12,1	-	-
Annet	2,0	7,2	-5,2
Total	100	100	0

* I spørreskjemaet i LHLs Helsebarometer kunne respondentene krysse av for flere svaralternativer, noe som gjør at summen blir mer enn 100 prosent. De opprinnelige verdiene er kodet om etter en manuell gjennomgang av svarene, der vi også har tatt hensyn til alder. For eksempel har personer over 62 år blitt kodet til pensjonister dersom de har krysset av for «pensjonist», «annen trygd» eller «hjemmeværende». Personer i førstegangstjeneste (n = 2) har blitt slått sammen med «under utdanning». Hjemmeværende i pensjonsalder har også blitt kodet til pensjonister. Åpenbare feil har også blitt rettet; for eksempel har en 63 år gammel respondent som krysset av for førstegangstjeneste, blitt kodet til «annet». «Annet» og «hjemmeværende» er slått sammen.

Som sagt er svarkategoriene såpass forskjellige at vi ikke med sikkerhet kan fastslå at utvalget er fullt representativt med hensyn til sysselsetting/aktivitet, men eventuelt store avvik ville blitt avdekket. Tabellen gir ikke grunn til å tro at det er store skjevheter i utvalget.

En tilsvarende sammenligning av utdanningsnivå i befolkningen generelt med utdanningsnivå i utvalget gir noe større avvik. Både blant menn og blant kvinner er personer uten universitet- eller høgskoleutdanning underrepresentert. Den største skjevheten finner vi blant kvinner med kun fullført grunnskole, der det er hele 17,5 prosentpoeng forskjell mellom andelen i utvalget og befolkningen som helhet. Den faktiske forskjellen er sannsynligvis enda høyere, i og med at eldre kohorter (årskull) har lavere utdanning enn yngre, og at eldre er overrepresentert i utvalget vårt. Tabell 3.3 viser utdanning i befolkningen og i datagrunnlaget vårt.

TABELL 3.3 Høyeste fullførte utdanning i befolkningen (SSB) og utvalget (LHL), etter kjønn, i prosent. Avvik i prosentpoeng

UTDANNINGSNIVÅ	KVINNER			MENN			SAMLET		
	LHL	SSB	AVVIK	LHL	SSB	AVVIK	LHL	SSB	AVVIK
Grunnskolenivå	10,9	28,4	-17,5	14,4	28,0	-13,6	12,5	28,2	-15,7
Videregående skole / gymnas	38,2	39,1	-0,9	36,5	44,9	-8,4	37,5	42,0	-4,6
Kort høyere utdanning	34,1	26,0	8,1	27,8	18,1	9,7	31,2	22,1	9,1
Lang høyere utdanning	14,7	6,5	8,2	18,7	9,0	9,7	16,5	7,7	8,8
Uoppgitt / ingen fullført utdanning	2,1	0,0	2,1	2,5	0	2,5	2,3	0	2,3
Total	100	100		100	100		100	100	

Blant menn er skjevheten blant de med grunnskole som høyeste utdanningsnivå noe mindre; til gjengjeld er også personer med utdanning tilsvarende videregående skole underrepresentert. I sum er menn med høyere utdanning (kort eller lang) mer overrepresentert i utvalget enn kvinner. Totalt er personer med utdanning utover videregående skole eller tilsvarende overrepresentert med nesten 18 prosentpoeng. Både tidligere forskning og data fra Helsebarometeret viser at det er en klar sammenheng mellom utdanning og helse, så denne skjevheten er det viktig å ta hensyn til i analyser og tolkninger av datamaterialet.

For å bedre representativiteten på utvalget utviklet vi en populasjonsvekt, basert på fordelingen av kjønn, aldersgrupper, utdanningsnivå og fylkestilhørighet, slik den er registrert i befolkningen. Disse befolkningsandelene er hentet fra SSBs nettsider (2014-verdier). Vektvariabelen har et gjennomsnitt på 1,03, med 0,11



som laveste verdi og 9,6 som høyeste verdi. Den gir spesielt større vekt til menn, unge og særlig menn med lav utdanning. Tilsvarende har godt voksne kvinner med lang høyere utdanning fått lavere verdi på populasjonsvekten. På fylkesnivå gir vektevariabelen kun små utslag, men den justerer blant annet for den relativt mye høyere svarprosenten i Nord-Trøndelag, og gir en noe høyere vekt til respondenter fra Buskerud, Sogn og Fjordane, Møre og Romsdal og Finnmark. Vi har ikke systematisk sammenlignet vektete og uvektete resultater, til det er analysene i denne rapporten for omfattende. Stikkprøver underveis har imidlertid vist at det er liten forskjell mellom resultater fra vektete og uvektete data. Vi har derfor valgt å gjengi resultatene fra det uvektede datamaterialet, ut fra et ønske om å holde analysene mest mulig enkle og forståelige, og ikke minst transparente. Det å vekte dataene innebærer også å innføre nye potensielle feilkilder og usikkerhet, og når stikkprøvene uansett tyder på at det å vekte dataene vil gi små utslag, har vi valgt å ikke vekte. Det vil uansett være mulige skjevheter vi ikke får korrigert for, for eksempel knyttet til hvordan helsetilstand, sykdomshistorikk og erfaringer med helsetjenesten påvirker mulighet og motivasjon til å svare på undersøkelsen.

3.2 METODE

Størsteparten av analysene i kapitlene 4–6 er rent deskriptive. Det vil si at svarfordelinger presenteres enten i tabeller eller grafisk i form av ulike figurer. Vi har imidlertid også lagt vekt på å undersøke om forskjellene mellom grupper er så store at de mest sannsynlig er systematiske, det vil si at de ikke skyldes tilfeldigheter i utvalget, men er så store at man vil finne de samme mønstrene også i resten av befolkningen. For å vurdere om forskjellene er systematiske bruker vi ulike former for statistiske tester, som gir en sannsynlighet for at de observerte forskjellene er tilfeldige. Jo lavere sannsynlighet for tilfeldige forskjeller, jo mer sannsynlig er det at tilsvarende mønster også finnes dersom man studerer hele befolkningen. Der vi finner at forskjellene er store nok til at det er snakk om systematiske forskjeller, skriver vi at de er statistisk signifikante, eventuelt også med sannsynlighetsverdien, f.eks. ($p < 0,05$). Verdien angir sannsynligheten for at forskjellen ikke er statistisk signifikant. En sannsynlighet på mindre enn 0,05 vil si at det er mindre enn 5 prosent sannsynlig at forskjellen ikke kan generaliseres til populasjonen. Et slikt 0,05-nivå er relativt vanlig ved analyser av spørreundersøkelser som Helsebarometeret (Ringdal, 2007).

Eksempler på statistiske analyser som brukes i denne rapporten, er t-test (Student's t), vanlig lineær regresjon (minste kvadraters metode eller ordinary least square) og i enkelte tilfeller logistisk regresjon, som brukes for dikotome variabler, det vil si variabler som bare har to verdier (for eksempel ja og nei). Lineær regresjon brukes for å forklare variasjon i variabler som kan betraktes som tilnærmet kontinuerlige (for eksempel en skala for helse som går fra svært dårlig til svært god). Logistisk regresjon brukes blant annet til å beregne sannsynligheten for et gitt utfall (for eksempel å ha hatt kreft), gitt andre kjennetegn (for eksempel kjønn eller alder).

Helsebarometeret inneholder flere såkalte spørsmålsbatterier, eller grupper av spørsmål som er konstruert for å måle samme underliggende fenomen. Slike spørsmålsbatterier brukes bl.a. innenfor psykologisk forskning for å forsøke å måle forhold som ikke er direkte observerbare, som ulike personlighetstrekk eller sinnstilstander. Svarene blir deretter slått sammen ved hjelp av faktoranalyse, som brukes til å vurdere i hvilken grad variablene måler det samme (felles varians), om fenomenet har én eller flere dimensjoner, og hvor stor vekt hver av variablene skal ha i den sammensatte skalaen (Spector, 1992). Vanlige mål på om variabler kan slås sammen til en felles faktor, er Cronbach's α og KMOs mål (Kaiser-Meyer-Olkins Measure of sampling adequacy). Der vi slår sammen flere variabler til en felles skala, bruker vi faktoranalyse for å vurdere om variablene kan slås sammen, eller om de er for forskjellige.

Utvalgsstørrelsen varierer noe i de ulike analysene etter hvilke variabler som brukes. Dette er særlig relevant for mindre vanlig sykdom, som nyresykdom, eller tjenester som få oppgir å ha mottatt (f.eks. innleggelse i psykisk helsevern). Der utvalget er betydelig mindre enn det fulle utvalget, står det angitt i tekst eller noter til figurene. Dersom utvalgsstørrelsen ikke er oppgitt, kan utvalget være noe mindre enn det totale utvalget på 2688 personer, men ikke så mye at det påvirker påliteligheten i resultatene.

3.3 STRUKTUR OG VARIABLER I ANALYSENE

Det er et omfattende empirisk materiale som presenteres i de neste tre kapitlene, med mange muligheter for å strukturere. To mulige framgangsmåter peker seg særlig ut: en tematisk organisering (for eksempel erfaringer med bruk av spesialisthelsetjenesten eller syn på private aktører) og organisering etter individkjennetegn som kjønn, alder, utdanning og pasienthistorie. Å organisere etter ulike grupper ville for eksempel vært å se først hvordan tidligere kreftpasienter vurderer en rekke helsetjenester, og deretter hvordan personer med psykiske lidelser vurderer de samme tjenestene. Vi har imidlertid valgt å organisere kapitlene tematisk, slik at vi f.eks. ser på erfaringer med fastlegetjenesten etter kjønn, alder, utdanning og pasientgruppe, og deretter på spesialisthelsetjenesten etter kjønn, alder, utdanning og pasientgruppe. To typer individkjennetegn går igjen, nemlig forskjeller knyttet til sosiodemografiske kjennetegn som kjønn, alder og utdanning, og forskjeller i helsetilstand, målt som egenvurdert eller opplevd helse, helseplager og ulike sykdomsgrupper. Enkelte steder trekker vi også på inntekt, yrkesaktivitet, landbakgrunn og partipreferanse. Vi har valgt å beskrive de ulike spørsmålene eller variablene i Helsebarometeret underveis, etter hvert som de blir brukt i analysene, framfor å gi en samlet beskrivelse av dem her. Et par generelle kommentarer om spørsmåls- og svarformuleringer i spørreskjemaet er likevel på sin plass.

Kun spørsmålene om inntekt, utdanning og hva man stemte ved forrige valg, hadde «vet ikke» og «vil ikke svare» som svaralternativer. For utdanning og inntekt er det kun et fåtall som ikke har ønsket å svare, og disse respondentene er stort sett utelatt fra analysene. På spørsmål om partipreferanse har imidlertid over 10 prosent svart at de ikke ønsker å svare, mens 9 prosent har svart at de ikke stemte. For disse to gruppene er svarfordeling oppgitt, men ikke kommentert nærmere i teksten, da det fort blir spekulasjoner.

Spørsmålene som er brukt i spørreskjemaet, er i stor grad hentet fra andre, tilsvarende undersøkelser, som HUNT og Levekårsundersøkelsen (SSB). I rapportens framstilling av resultater brukes i størst mulig grad de samme begrepene som i spørreskjemaet, noe som gir en mest mulig presis gjengivelse av datamaterialet. Det vil si at vi bruker begrepet psykiske plager i omtalen av framstillinger der spørsmål om man har eller har hatt psykiske plager, inngår, og begrepet psykisk sykdom på spørsmål om sykdommer man er redd for å utvikle i framtiden. Tilsvarende skriver vi sykdom eller skade i bevegelsesapparatet (muskler, sener, ledd, skjelett) på spørsmål om man har eller har hatt slik sykdom, og muskel- og skjelettplager på spørsmål om helseplager siste måned og spørsmål om sykdom eller plager man er redd for å utvikle i framtiden.







4 Oppfatning av egen helse og sykdomstilstand

Norge har hatt stor befolkningsvekst de siste årene, noe som skyldes en kombinasjon av innvandring og at folk lever lenger. Det gjør at også befolkningssammensetningen endrer seg, og med det også helsetilstanden og behovet for helsetjenester (Zahl, 2014).

Egenvurdert eller opplevd helse er ikke nødvendigvis et godt mål på faktisk helsetilstand, slik medisinsk personell eller medisinske tester ville beskrevet den (Sen, 2002), selv om enkelte studier tyder på at befolkningen blir flinkere til å vurdere helsen sin over tid (Schnittker og Bacak, 2014). Flere studier viser at egenrapportert helse kan brukes til å predikere blant annet dødelighet (Burström og Fredlund, 2001; Shadbolt et al., 2002), og det enkle spørsmålet er mye brukt som indikator på helse. Hvor godt egenrapportert helse eller sykdom samsvarer med faktisk sykdom som målt ved medisinske undersøkelser, kan variere med type sykdom, og kan gi noe høyere forekomst av somatisk sykdom, men en underrapportering av psykiske lidelser. Den har også vist seg å predikere sykdomsattferd, som uførepensjon, og ikke minst om man oppsøker helsetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). I det følgende ser vi først på hva den norske befolkningen oppfatter som god helse, og deretter på hvordan de vurderer eller opplever sin egen helse.

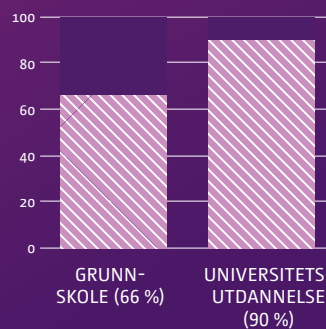
Andel som bekymrer seg for å få følgende sykdom i stor eller svært stor grad:

4%
PSYKISK SYKDOM

12%
HJERTE- OG KARSYKDOM

14%
KREFT

Opplever helsen som god eller meget god, etter utdanningsnivå:



Andel som opplever helsen som god eller meget god:



PERSONER UTEN PSYKISKE PLAGER

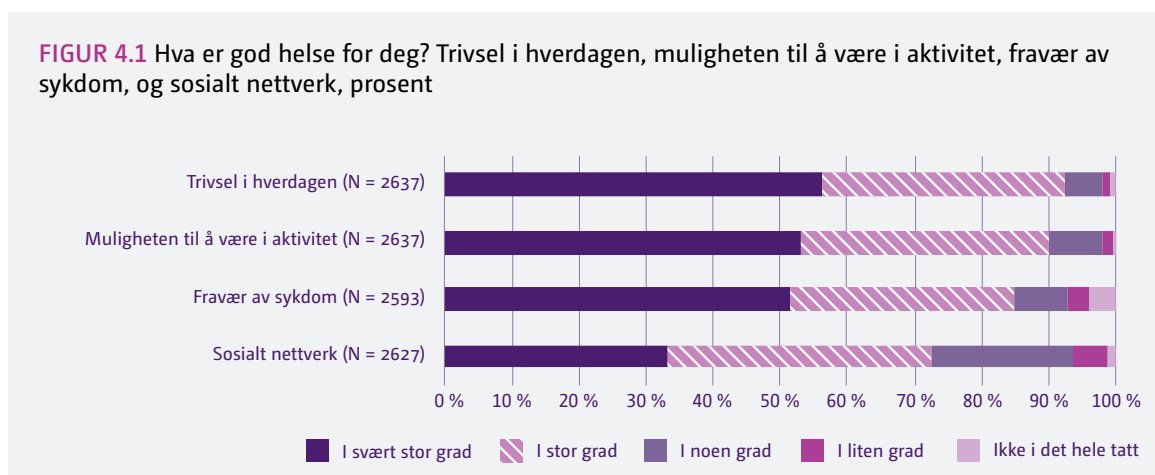


PERSONER MED PSYKISKE PLAGER

4.1 HVA ER GOD HELSE?

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer helse som «en tilstand av fullkomment legemlig, sjelelig og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lyter», en svært vid definisjon, som klart går utover hva som kan forstås som sykdom, og hva som kan behandles av helsetjenesten.

Ett av spørsmålene i Helsebarometeret var «Hva er god helse for deg?», med fire mulige svaralternativer som respondentene skulle ta stilling til.



Svarene viser at folk i stor grad deler en oppfatning om at helse er trivsel i hverdagen og muligheten til å være i aktivitet. Rundt ni av ti mener at en slik definisjon stemmer i stor eller svært stor grad. En noe lavere andel støtter en snevrere definisjon av helse som fravær av sykdom (84 prosent), mens det er klart færre som i svært stor grad forstår helse som det å ha et sosialt nettverk (73 prosent). En utvidet forståelse av helse, der helse forbindes med trivsel og aktivitet, ligger nært opp til WHO's definisjon. Samtidig kan en slik forståelse også innebære høye forventninger, både til egen helsetilstand og til hva helsetjenesten kan tenkes å bidra med. På den annen side åpner disse definisjonene for at man kan ha god helse også ved sykdom, dersom man lever relativt godt med sykdommen.

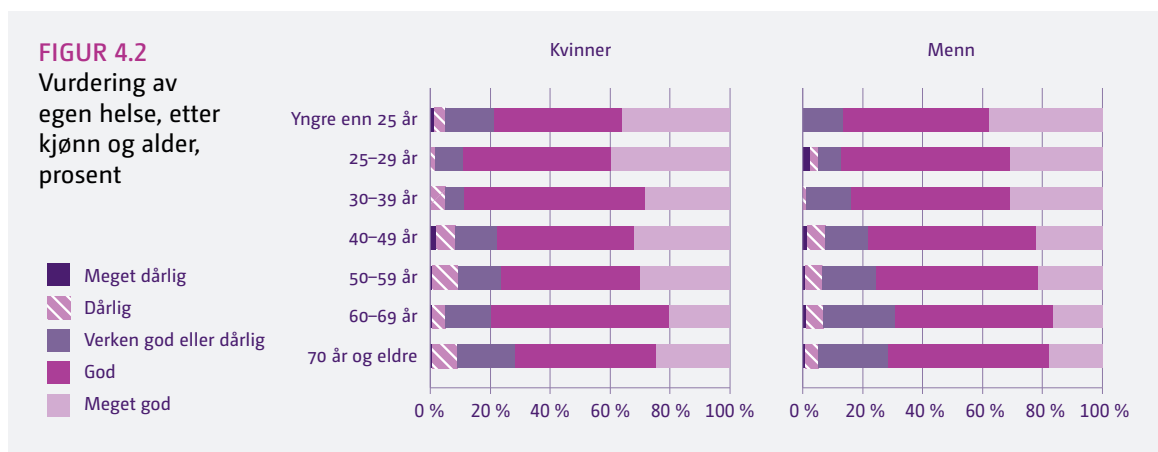
4.2 OPPLEVD HELSE

4.2.1 Opplevd helse blant kvinner og menn og i ulike aldersgrupper

Helsebarometeret gir blant annet informasjon om hvordan befolkningen opplever sin egen helse. Vi ser først på hvordan vurderingen av egen helse varierer blant menn og kvinner, og mellom ulike aldersgrupper, før vi ser på sammenhengen mellom egenvurdert helse og aktivitetsbegrensninger, plager og sykdommer. Sammenhengen mellom vurdering av helse og om helsetilstanden påvirker evnen til å utføre oppgaver og aktiviteter er interessant fordi den gjenspeiler forståelsen av helse, som sett i forrige avsnitt. Sammenhengen mellom vurdering av helse og ulike plager og sykdommer er viktig fordi den sier noe om hvilke sykdommer og plager som i størst grad påvirker hvordan folk opplever helsen sin.

Figuren nedenfor viser fordelingen av egenvurdert helse blant menn og kvinner etter alder. Kun en liten andel vurderer at de har dårlig helse. Kvinner ser ut til å ha en noe mer positiv vurdering av egen helse enn menn, spesielt blant de eldre respondentene.

En signifikant høyere andel yngre vurderer at de har meget god helse, og andelen som vurderer at de verken har god eller dårlig helse, er lavere. Blant de med selvrapportert dårlig eller svært dårlig helse, er det ikke klare forskjeller mellom kvinner og menn. Dette er interessant når man vet at kvinner blant annet har høyere sykefravær enn menn. En mulig forklaring på dette er at respondentene, både menn og kvinner, ser sin egen helse i sammenheng med helsen til personer eller grupper de opplever at det er relevant å sammenligne seg med, og tilpasser vurderingen etter forventninger ut fra disse sammenligningene. Blant kvinner er andelen som vurderer sin egen helse som meget god, relativt lik på tvers av aldersgruppene, selv om den går noe ned med alder.



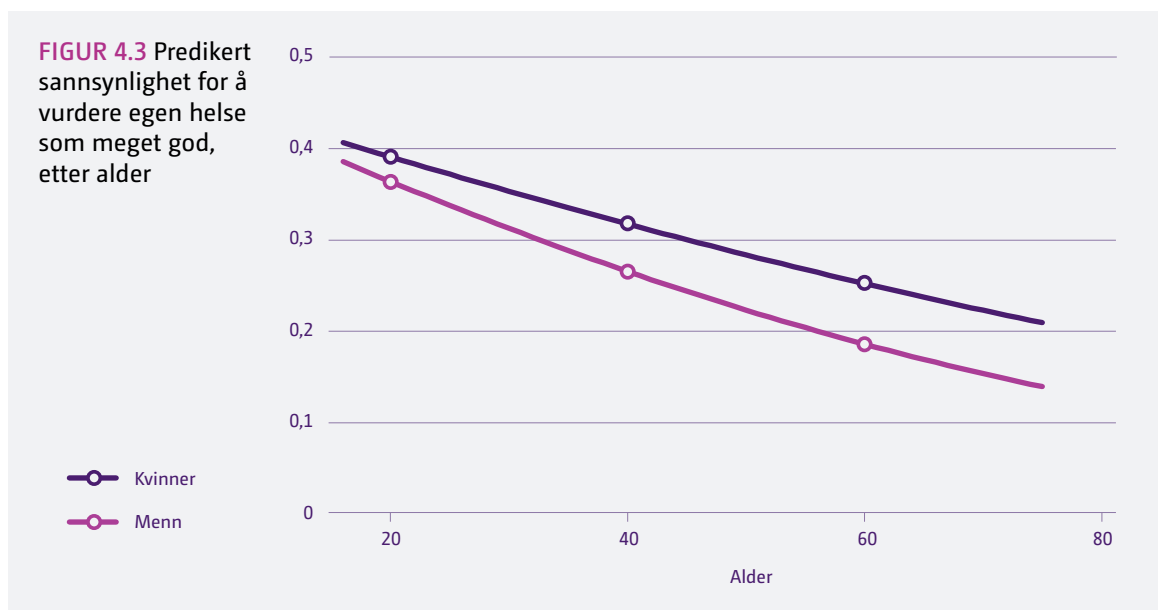
Den fullstendige spørsmålsformuleringen var «Hvordan vurderer du din egen helse sånn i alminnelighet. Vil du si at den er meget dårlig, dårlig, verken god eller dårlig, god eller meget god?».

Vi ser også at det er betydelig spredning blant de yngste kvinnene. En relativt stor andel har en mer negativ vurdering av egen helse, samtidig som andelen med meget god helse er høy.

For menn er sammenhengen mellom helse og alder klarere og mer lineær. Med økende alder rapporterer flere om dårligere helse, samtidig som andelen med meget god helse går ned.

Den kanskje mest nærliggende tolkningen av figuren er at vurderingen av helse ikke er absolutt, men relativ til forventninger om hva som er vanlig eller normalt. Dersom disse forventningene justeres med økende alder, vil vurderingen av egen helse justeres tilsvarende. Blant menn ser vi at andelen som vurderer helsen som meget dårlig går noe ned. Det er også mulig at utvalgsskjevheter spiller inn her, ved at blant de over 70 år har vi fått en overrepresentasjon av friske eldre som bor hjemme. Dette forklarer i så fall hvorfor andelen som beskriver sin egen helse som meget god, er høyere blant de over 70 år enn blant de i 60-årene. Samtidig ser vi tendenser til at det også er større spredning i den eldste aldersgruppen, det vil si at det er flere som plasserer seg i ytterkantene av skalaen.

Figur 4.3 viser predikert sannsynlighet for å vurdere egen helse som meget god etter alder, for menn og kvinner.

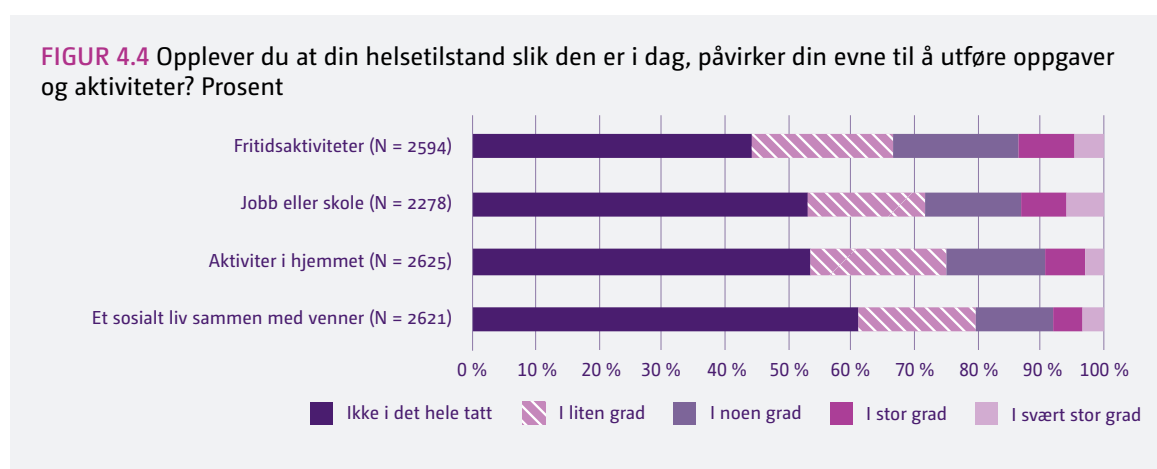


Sannsynlighetene er beregnet separat for menn og kvinner. Statistiske tester (logistisk regresjon) viser at effekten av alder ikke er signifikant forskjellig for menn og kvinner.

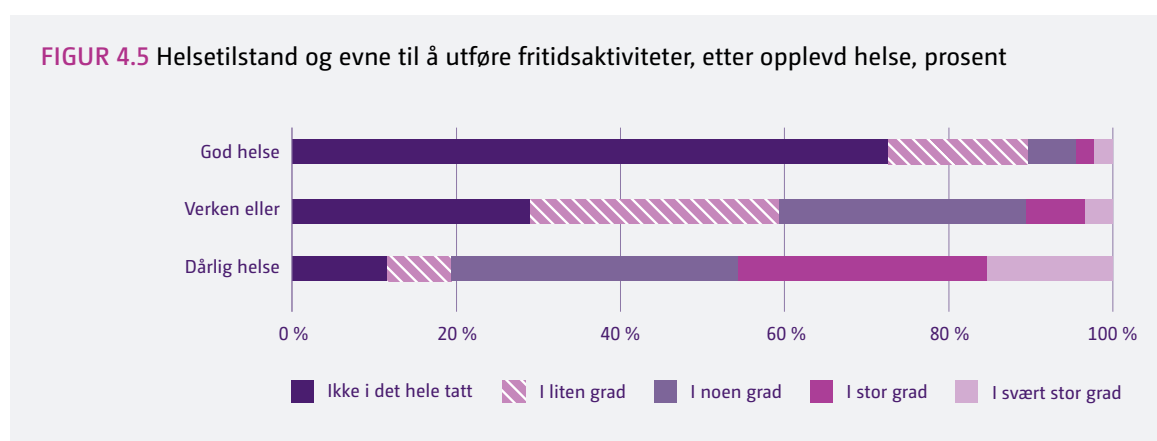
4.2.2 Opplevd helse og aktivitetsbegrensninger

Helsebarometeret inneholdt flere andre spørsmål om vurdering av egen helse, blant annet spørsmål om faktiske plager og sykdommer, om helsetilstanden påvirker evnen til å utføre oppgaver og aktiviteter, og bekymring for framtidig sykdom, som vi ser på senere i dette kapittelet. Av disse variablene var det klart sterkest samvariasjon mellom opplevd helse og spørsmålet om helsetilstanden påvirker evnen til å utføre ulike oppgaver og aktiviteter. Korrelasjonen mellom disse variablene ligger mellom 0,41 og 0,48, med sterkest korrelasjon mellom opplevd helse og om helsetilstanden påvirker evnen til å delta i fritidsaktiviteter. Alle korrelasjonene er statistisk signifikante ($p < 0,001$). Det er dermed en tydelig sammenheng mellom hva folk legger i det å ha god helse, og hvordan de faktisk vurderer sin egen helse. De som vurderer at helsetilstanden hindrer dem i å utføre vanlige oppgaver, rapporterer også i større grad at de har dårlig helse.

Figur 4.4 viser svarfordelingen på spørsmål om helsetilstanden påvirker henholdsvis fritidsaktiviteter, jobb eller skole, aktiviteter i hjemmet og et sosialt liv sammen med venner.



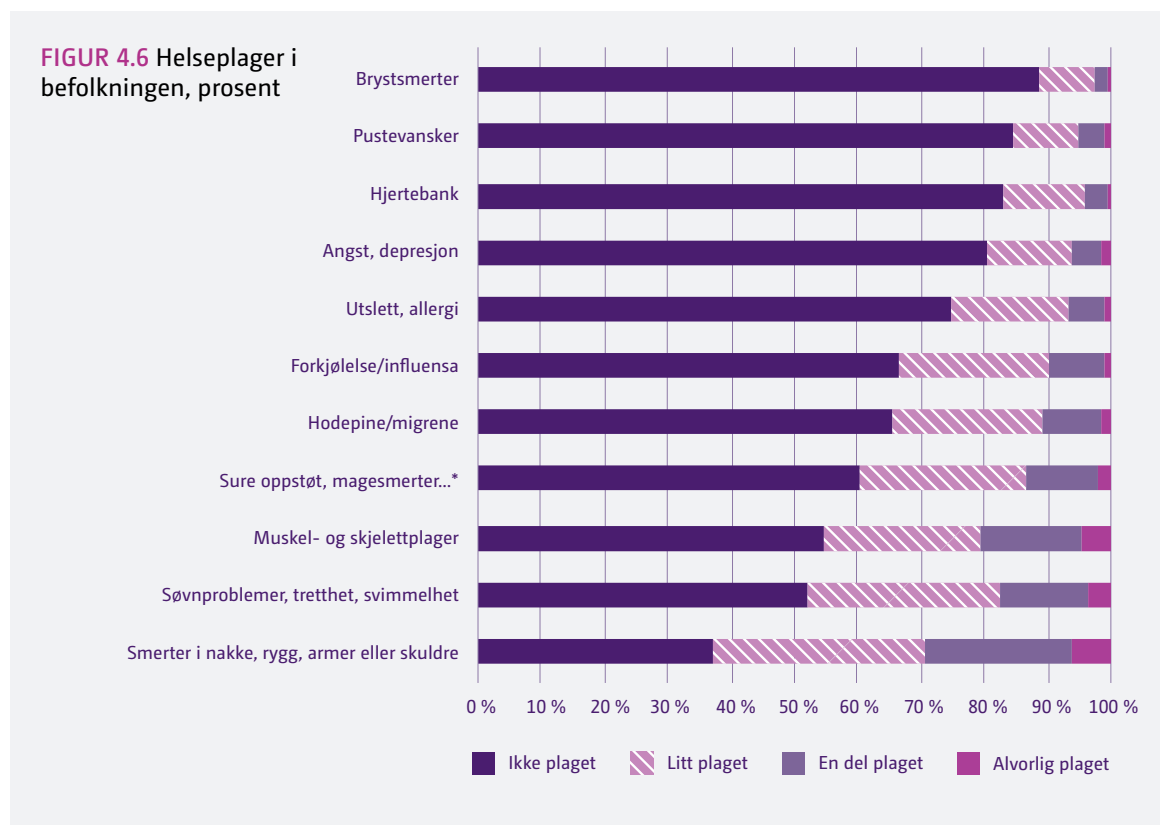
Figur 4.5 viser svarfordelingen for spørsmålet om helsetilstanden påvirker muligheten for fritidsaktiviteter, etter hvordan man har vurdert egen helse. For enkelhets skyld har vi slått sammen svært god og god og svært dårlig og ganske dårlig. Blant de som vurderer at de har dårlig helse, svarer ca. fire av fem at helsetilstanden påvirker evnen til å utføre fritidsaktiviteter, enten i noen grad eller i stor grad. Blant de som mener at de har god helse, er tilsvarende svarandel knapt 15 prosent.



Den fullstendige formuleringen var «Opplever du at din helsetilstand, slik den er i dag, påvirker din evne til å utføre oppgaver og aktiviteter knyttet til: Fritidsaktiviteter». Vurdering av egen helse er slått sammen til tre kategorier. Noen få respondenter svarte at spørsmålet ikke var relevant. Disse er utelatt fra figuren.

4.2.3 Opplevd helse og helseplager

Helsebarometeret inneholdt også spørsmål om respondentene hadde eller hadde hatt en rekke sykdommer, fra lungesykdom til hjerneslag (ja/nei), og spørsmål om de den siste måneden hadde vært plaget av sykdommer eller symptomer, fra forkjølelse og hodepine til søvnproblemer og angst/depresjon.



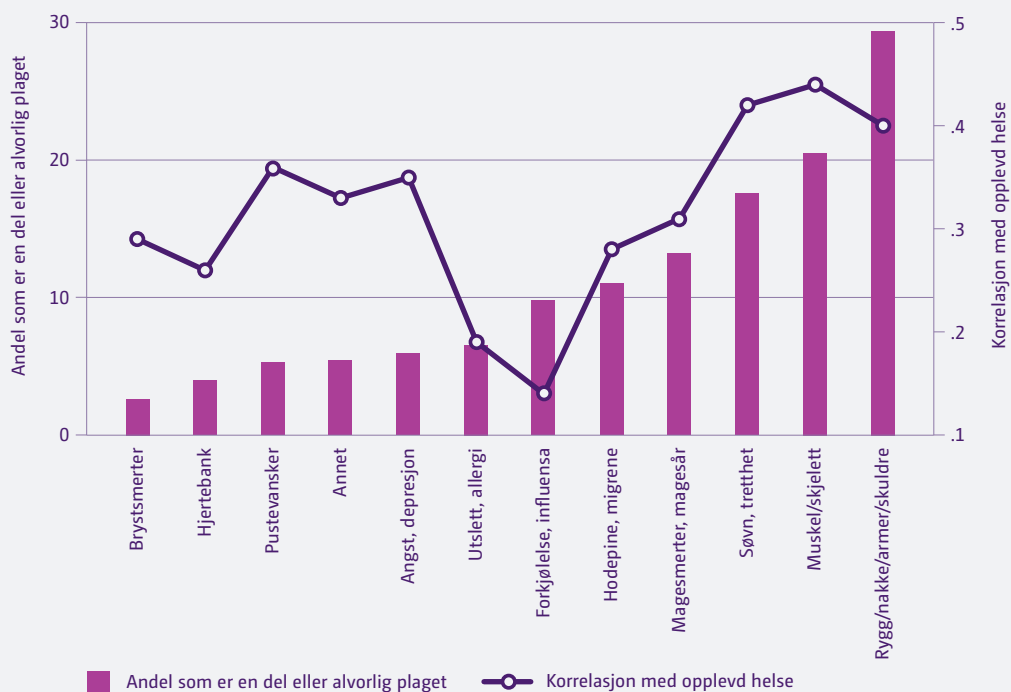
Den fullstendige spørsmålsformuleringen var «Har du den siste måneden vært plaget av [navn på plage]». * Sure oppstøt, magesmerter, magesår, luftplager, diaré eller forstoppelse.

Ifølge figuren er de vanligste plagene smerter i nakke, rygg, armer eller skuldre, fulgt av søvnproblemer, muskel- og skjelettplager og mageproblemer. Dette er i tråd med andre studier (Sivertsen et al., 2006; Øyane et al., 2009), og gjenspeiles blant annet i årsaker til sykefravær. Ifølge tall fra NAV er muskel- og skjelettplager den klart vanligste årsaken til sykefravær, og innenfor muskel- og skjelettplager igjen dominerer nakke, rygg, armer og skuldre. Det er mer overraskende at såpass få rapporterer om plager knyttet til angst og depresjon, når vi vet at også dette er relativt vanlige lidelser i befolkningen og en viktig årsak til sykefravær.

Hvilke av disse plagene har så størst betydning for hvordan folk vurderer sin egen helse? Den sterkeste samvariasjonen med egenvurdert helse finner vi for muskel- og skjelettplager, fulgt av smerter i nakke, rygg, armer eller skuldre, pustevansker, og angst og depresjon. Korrelasjonen for disse variablene med opplevd helse varierer mellom 0,14 og 0,44, og alle er statistisk signifikante ($p < 0,001$). Den klart svakeste korrelasjonen finner vi for forkjølelse/influenza, som bare i liten grad påvirker opplevd helse. Figuren nedenfor viser korrelasjon²¹ med opplevd helse og andel i befolkningen som oppgir at de er en del plaget eller alvorlig plaget av en del vanlige plager og sykdommer. Den viser blant annet at de tre sykdommene som flest oppgir å være plaget av, også har de høyeste absolutte korrelasjonene med opplevd helse. Et interessant unntak her er forkjølelse/influenza, som en del oppgir å være plaget av, samtidig som korrelasjonen med opplevd helse er svært lav, sannsynligvis fordi det å være forkjølet i liten grad går ut over muligheten til å fungere i dagliglivet. Forkjølelse og annen luftveisinfeksjon blir også i større grad oppfattet som noe forbigående, som folk i mindre grad blir bekymret for.

21 For en lettere tolkning er korrelasjonene snudd fra negative til positive verdier. Jo høyere verdi, jo sterkere samvariasjon med å ha dårlig helse.

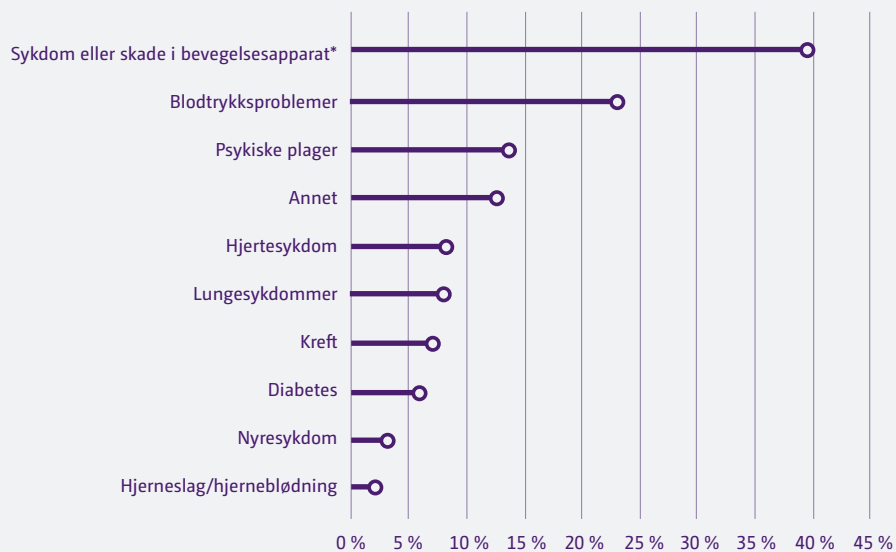
FIGUR 4.7 Andel som er en del plaget eller alvorlig plaget (prosent), og korrelasjon med opplevd helse, etter helseplage



4.2.4 Opplevd helse og sykdom

Figuren nedenfor viser andelen som oppgir at de har eller har hatt sykdom innenfor en rekke sykdomsgrupper. Igjen er sykdom eller skade i bevegelsesapparatet klart mest vanlig, fulgt av blodtrykksproblemer, psykiske lidelser og en ikke nærmere definert kategori for andre sykdommer.

FIGUR 4.8 Vanlige sykdommer i befolkningen, andel som har hatt, i prosent

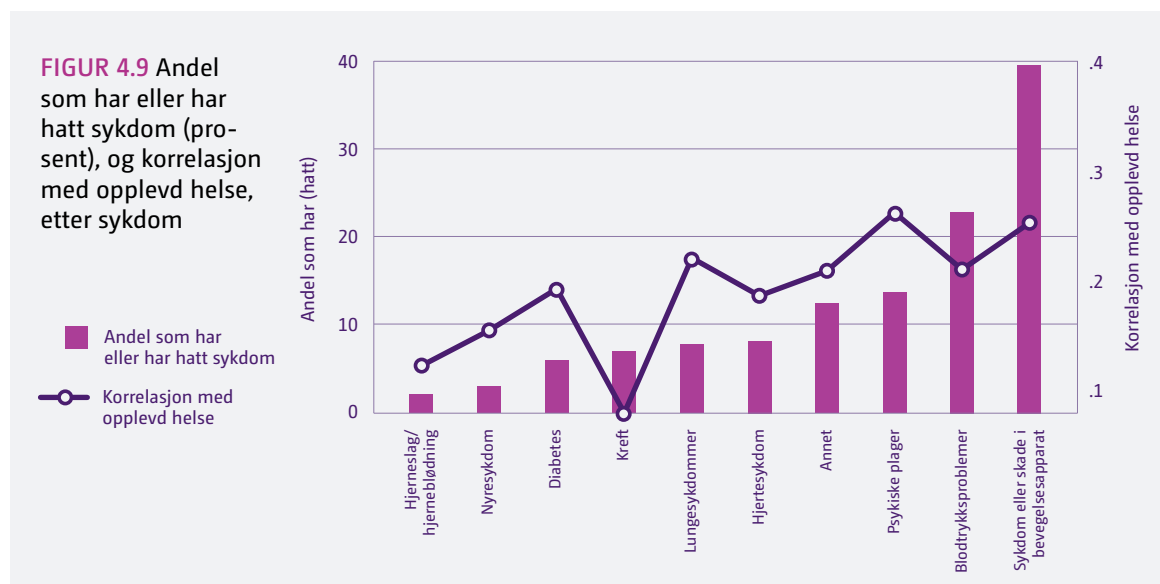


Spørsmålsformuleringen var «Har du eller har du hatt [navn på sykdom]? (ja/nei)». *Sykdom eller skade i bevegelsesapparat (muskler, sener, ledd, skjelett).

Igjen er det interessant å se på i hvilken grad det å ha eller ha hatt disse sykdommene henger sammen med folks vurdering av egen helse. Figuren under viser forekomst av sykdommene og korrelasjon med opplevd helse (absoluttverdier). Det kanskje mest påfallende i figuren er at det å ha eller ha hatt kreft i svært liten grad påvirker hvordan folk oppfatter helsen sin. Sannsynligvis er det få svært alvorlig syke kreftpasienter som har deltatt i undersøkelsen. Det kan likevel tenkes at noen alvorlig syke pasienter har valgt å svare, som nettopp på grunn av sykdommen har ønsket å bidra med sine erfaringer for å gjøre helsetjenesten bedre.

Bildet som tegner seg, er uansett at konkrete, akutte sykdommer har mindre innvirkning på helsen enn mer kroniske og diffuse sykdommer. En mulig tolkning er at selv om både hjerneslag, hjertesykdom og kreft er alvorlige sykdommer, kan pasienter bli friske eller leve godt med dem. De to høyeste korrelasjonene med opplevd helse finner vi for psykiske plager og sykdom eller skade i bevegelsesapparatet (muskler, sener, ledd, skjelett), som gjerne er mer diffuse, kroniske plager, der mulighetene for behandling er dårligere.

En annen faktor her er at alvorlig sykdom kan gi et nytt perspektiv på livet, noe litteraturen om posttraumatisk vekst vitner om (Sears et al., 2003). En person som har vært alvorlig syk, kan derfor vurdere helsen mer positivt enn en person som aldri har vært alvorlig syk, selv om helsetilstanden objektivt sett er omtrent den samme.



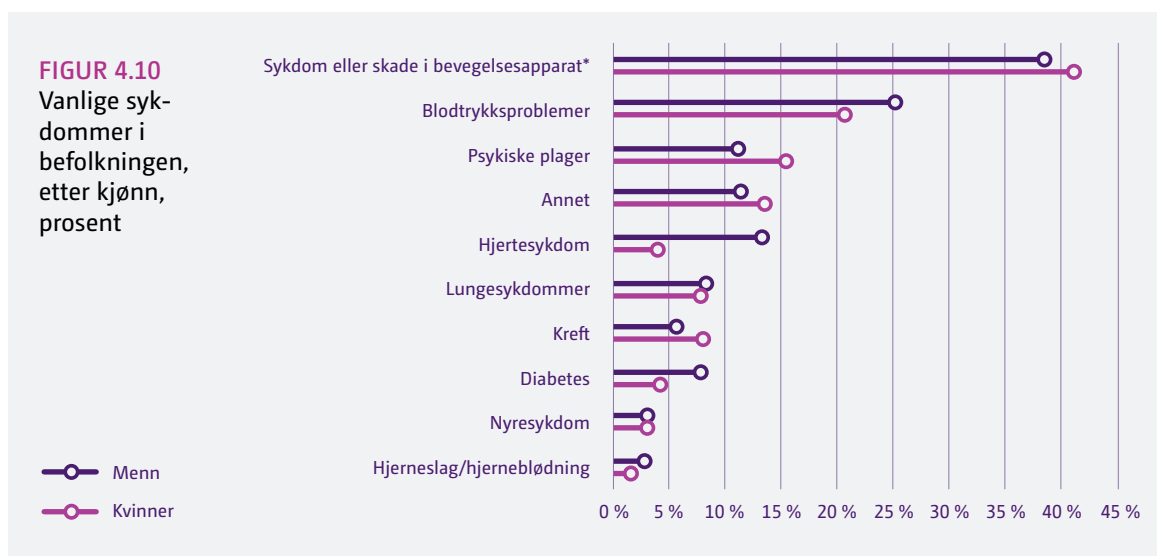
I neste delkapittel ser vi nærmere på forekomsten av sykdommer og plager blant menn og kvinner og for ulike aldersgrupper.

4.3 SYKDOM OG HELSEPLAGER BLANT KVINNER OG MENN OG I ULIKE ALDERSGRUPPER

Den foreløpige utgaven av Folkehelse rapporten 2014 viser at to av tre tapte leveår i Norge skyldes kreft og hjerte- og karsykdom, mens de fem viktigste årsakene til tapte leveår er hjerte- og karsykdom, hjerneslag, lungekreft, tykktarmskreft og kols (Knudsen et al., 2014).

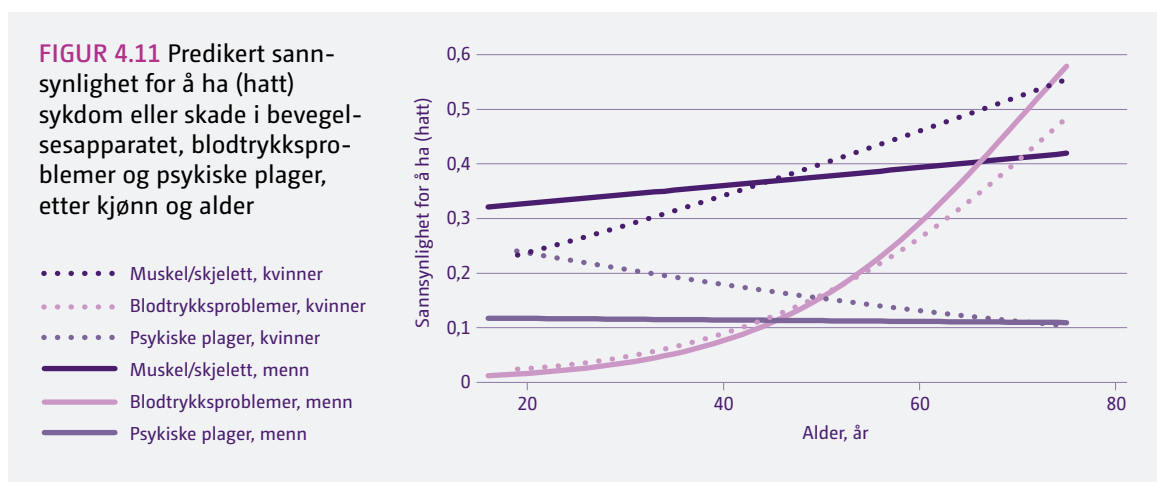
Figuren nedenfor viser fordelingen av sykdom etter kjønn. Bortsett fra nyre- og lungesykdom, der andelene blant menn og kvinner er nesten like, er det klare forskjeller i sykdomsbildet blant menn og kvinner. Flere menn rapporterer om problemer med blodtrykk, hjerte og stoffskifte (diabetes), mens flere kvinner har sykdom eller skade i bevegelsesapparatet, psykiske plager og kreft, og en høyere andel rapporterer om andre, ikke spesifiserte sykdommer. Vi har tidligere sett at en noe høyere andel av kvinner oppgir at de har god helse, til tross for at kvinner har noe flere sykdommer og plager enn menn.

4.3.1 Sykdom blant kvinner og menn og etter alder



* Sykdom eller skade i bevegelsesapparat (muskler, sener, ledd, skjelett). Den fullstendige spørsmålsformuleringen var «Har du eller har du hatt [navn på sykdom]? (ja/nei)».

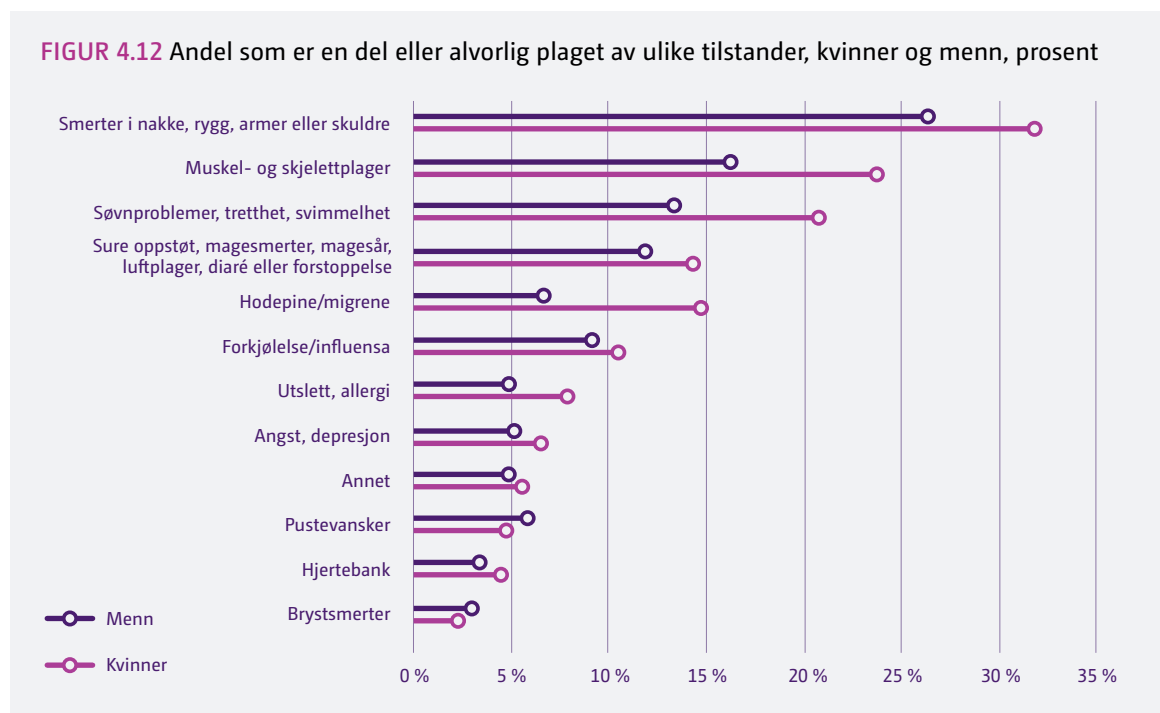
For å se utviklingen ved økende alder har vi tatt for oss de tre vanligste sykdommene, og beregnet sannsynligheten for å ha eller ha hatt disse etter alder og kjønn. Figur 4.11 viser resultatene.



For blodtrykksproblemer er det ingen signifikant forskjell mellom menn og kvinner; sannsynligheten for å ha eller ha hatt blodtrykksproblemer er kun betinget av alder, mens sannsynligheten for å ha eller ha hatt sykdom eller skade i bevegelsesapparatet og psykiske plager varierer med både kjønn og alder, og forskjellen mellom menn og kvinner varierer over tid. Alle disse forskjellene er statistisk signifikante. Figuren viser at unge kvinner har lavere sannsynlighet for å ha sykdom eller skade i bevegelsesapparatet enn menn, men over tid øker forekomsten mer blant kvinner enn menn, slik at blant de eldre aldersgruppene har kvinner klart høyere sannsynlighet for å ha eller ha hatt sykdom eller skade i bevegelsesapparatet, noe vi også så i figuren over. Mens psykiske lidelser er ganske jevnt fordelt mellom menn og kvinner i de eldste aldersgruppene, har yngre kvinner klart høyere sannsynlighet for å utvikle psykiske lidelser enn det yngre menn har. Forekomsten av psykiske lidelser blant menn ser altså ut til å være uavhengig av alder, mens den blant kvinner reduseres noe med økende alder. Vi har også undersøkt om effekten kan være kurvelineære (u-formet), men finner ingen støtte for det i datamaterialet. Ut fra det man vet om demens og depresjon blant eldre, er dette noe overraskende, men kan skyldes skjevheter i utvalget, ved at friske, hjemmeboende eldre i større grad er representert, og eldre som bor på institusjon, ikke har svart på undersøkelsen.

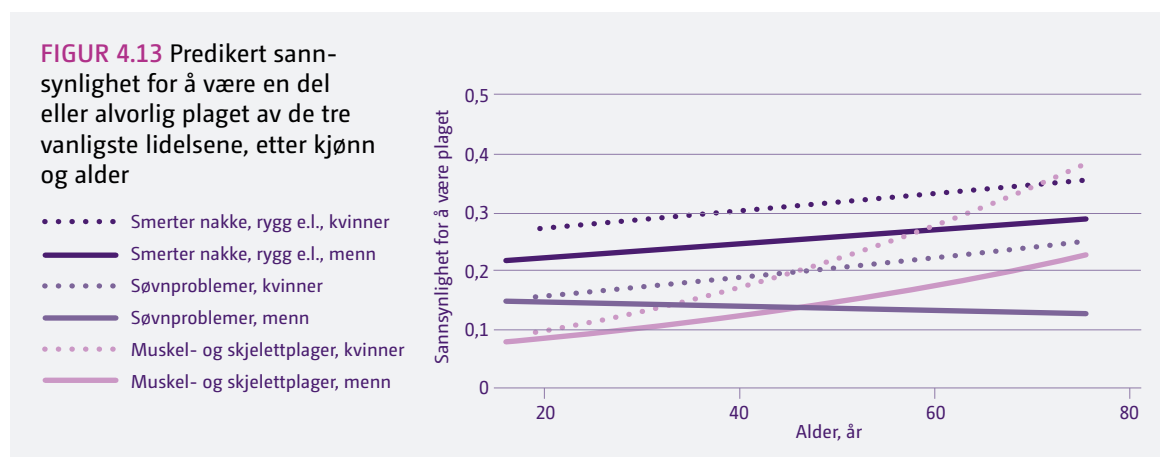
4.3.2 Helseplager blant kvinner og menn og etter alder

Graden av plager i befolkningen varierer også mellom menn og kvinner. Respondentene ble bedt om å vurdere om de den siste måneden hadde vært plaget av ulike sykdommer og tilstander, med svaralternativer fra ikke plaget til litt plaget, en del plaget og alvorlig plaget, som vist i Figur 4.7 tidligere. I figuren under er de to siste svaralternativene slått sammen, slik at den viser andelen blant kvinner og menn som oppgir at de er en del eller alvorlig plaget.



Selve rangeringen av lidelsene er stort sett den samme for menn og kvinner; de vanligste lidelsene blant kvinner er også de vanligste lidelsene blant menn. Forekomsten er likevel jevnt over høyere blant kvinner. Unntaket er pustevansker, der noen flere menn oppgir at de er en del eller alvorlig plaget. Bare forskjellene i hodepine/migrene, søvnproblemer/tretthet/svimmelhet og muskel- og skjelettplager, det vil si to av de tre vanligste plagene, er statistisk signifikante. Mønsteret som danner seg, er imidlertid klart; kvinner rapporterer om flere plager enn menn. Disse funnene holder seg hvis vi ser på de enkelte svarkategoriene for seg. Sett på bakgrunn av dette er det ekstra overraskende at kvinner generelt vurderer helsen sin som bedre enn det menn gjør, slik vi så i kapittel 4.2.

For å se hvordan de ulike plagene varierer også med alder, har vi tatt for oss de tre vanligste lidelsene, og beregnet sannsynlighetene for å ha eller ha hatt disse etter alder og kjønn. Figur 4.13 viser resultatene.



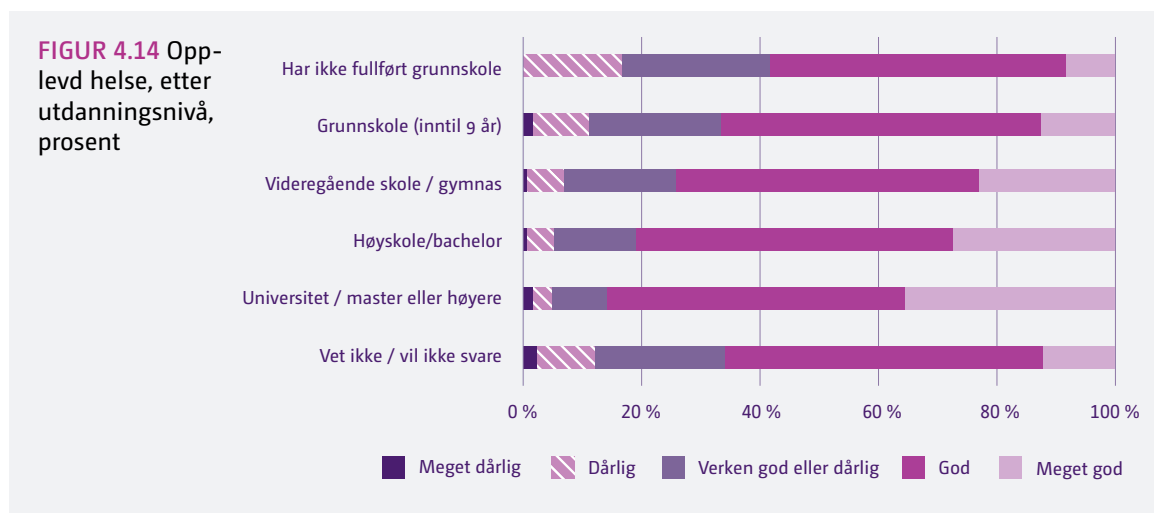
Med unntak av søvnplager blant menn øker sannsynligheten for disse plagene med alder. Økningen er særlig sterk for muskel- og skjelettplager, og da spesielt for kvinner.

4.4 HELSE OG SOSIAL ULIKHET

Sykkelighet og helsetilstand varierer ikke bare med kjennetegn som kjønn og alder, men også med sosiale forhold, som sosioøkonomisk status. Den sosiale gradienten i helse er etter hvert godt dokumentert både i Norge og i andre land, og den sosiale ulikheten i helse og dødelighet har økt over tid (Sosial- og helsedirektoratet, 2005; Dahl et al., 2014). Den sosiale ulikheten er heller ikke begrenset til utsatte grupper, men kan best beskrives som en sosial gradient, der helsen blir bedre jo høyere opp i det sosiale hierarkiet man befinner seg (Fosse, 2012). I det følgende ser vi på helsetilstanden i befolkningen særlig i forhold til utdanningsnivå. Enkelte studier finner også at det å leve med sykdom kan oppleves verre i mindre ressurssterke områder, slik at den samlede sykdomsbelastningen blir en dobbel byrde (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

4.4.1 Opplevd helse etter utdanningsnivå

Figuren nedenfor viser opplevd helse etter utdanningsnivå. Tendensen er klar; jo høyere utdanning, jo bedre vurderer respondentene at helsen deres er. Forskjellene er imidlertid bare statistisk signifikante for de to gruppene med høyere utdanning, som har klart bedre opplevd helse enn personer i de andre utdanningskategoriene.



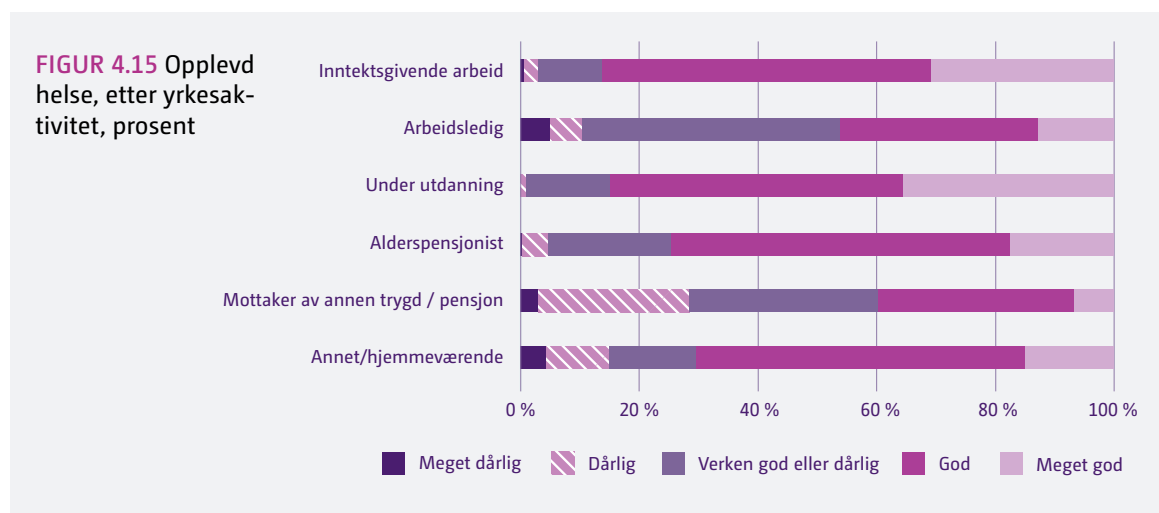
Noe av dette kan være en alderseffekt, ved at flere eldre har lavere utdanning, og andelen som vurderer helsen som god, går noe ned ved økende alder. Nærmere analyser viser imidlertid at utdanning har en selvstendig effekt på egenvurdert helse også når man kontrollerer for alder og kjønn.

Personer som ikke har svart på spørsmål om utdanning, vurderer helsen sin ganske likt som de som oppgir grunnskole eller ikke fullført grunnskole som høyeste utdanningsnivå. Personer med lav utdanning har gjerne høyere sannsynlighet for ikke å svare på spørsmål om utdanning, noe som kan forklare hvorfor de som ikke har oppgitt utdanningsnivået sitt, har et svarmønster som ligner på de respondentene med minst utdanning. I videre analyser der utdanning inngår, skiller vi mellom grunnskoleutdanning eller lavere, videregående skole / gymnas og kort og lang høyere utdanning.

4.4.2 Opplevd helse etter yrkesaktivitet

Utdanning påvirker også hva slags type arbeid man utfører, og hvor stor fysisk og psykisk belastning jobben medfører. Ser vi på opplevd helse og yrkesaktivitet, er det også her store forskjeller. Personer under utdanning og personer som er i inntektsgivende arbeid, uten å motta noen form for trygdeytelser i tillegg, rapporterer om klart best helse; 85 prosent innenfor disse gruppene opplever at de har meget god eller god helse. Alle de andre gruppene har signifikant dårligere helse.

De som i størst grad rapporterer om dårlig helse, er personer som mottar trygd eller pensjon utenom alderspensjon. I denne gruppen opplever knapt 40 prosent at de har god eller meget god helse. I og med at disse ytelsene er knyttet til nedsatt arbeidsevne og også dermed dårligere helsetilstand, er ikke dette så overraskende; da er det mer overraskende at arbeidsledige har klart dårligere helse enn befolkningen for øvrig, og også dårligere enn alderspensjonister. Blant pensjonistene mener tre av fire at de har god eller meget god helse; tilsvarende tall for arbeidsledige er 45 prosent, bare litt over verdien for de som mottar helserelaterte ytelser. Forskning på arbeidstilknytning og helse har vist at det å være arbeidsledig i seg selv kan ha en negativ effekt på helsen, inkludert den psykiske helsen, samtidig som personer med dårligere helse gjerne også har en svakere tilknytning til arbeidslivet, og dermed har større sannsynlighet for å bli arbeidsledige (Dorling, 2009; Paul og Moser, 2009; Modrek og Cullen, 2013). Langvarig arbeidsledighet fører med seg større usikkerhet om fremtiden, og kan også gi dårligere privatøkonomi, svekkede sosiale nettverk og endret boligsituasjon. Alt dette kan igjen gi dårligere helse. Det ville vært nyttig å se tilsvarende fordeling på et tidspunkt med lavkonjunktur og større ledighet.



I en enkel lineær regresjonsmodell der utdanning og yrkesstatus inngår som forklaringsvariabler, forsvinner utdanningsforskjellene, slik at bare forskjellene mellom de ulike sysselsettingskategoriene er statistisk signifikante. Det betyr at helseforskjellene mellom personer med ulik utdanning hovedsakelig skyldes at personer med liten utdanning i større grad står utenfor arbeidslivet. Andelen som mottar en form for helserelatert ytelse, er klart høyere blant de med bare grunnskole, mens arbeidsledigheten er størst blant de med videregående som høyeste fullførte utdanning.

Som diskutert innledningsvis er sammenhengene mellom utdanning, yrkesstatus og helse komplekse. Helsebarometeret viser at personer med lav utdanning og svak tilknytning til arbeidslivet i større grad opplever at de har dårlig helse. Effekten av utdanning ser ut til å være indirekte, ved at personer med lav utdanning har større sannsynlighet for å stå utenfor arbeidslivet, enten på grunn av helse eller på grunn av arbeidsledighet. Tidligere studier har også diskutert om uførhet delvis også er en skjult arbeidsledighet, ved at personer med helseproblemer, som ønsker og er i stand til å arbeide, ender opp med uføretrygd fordi de ikke får jobb.

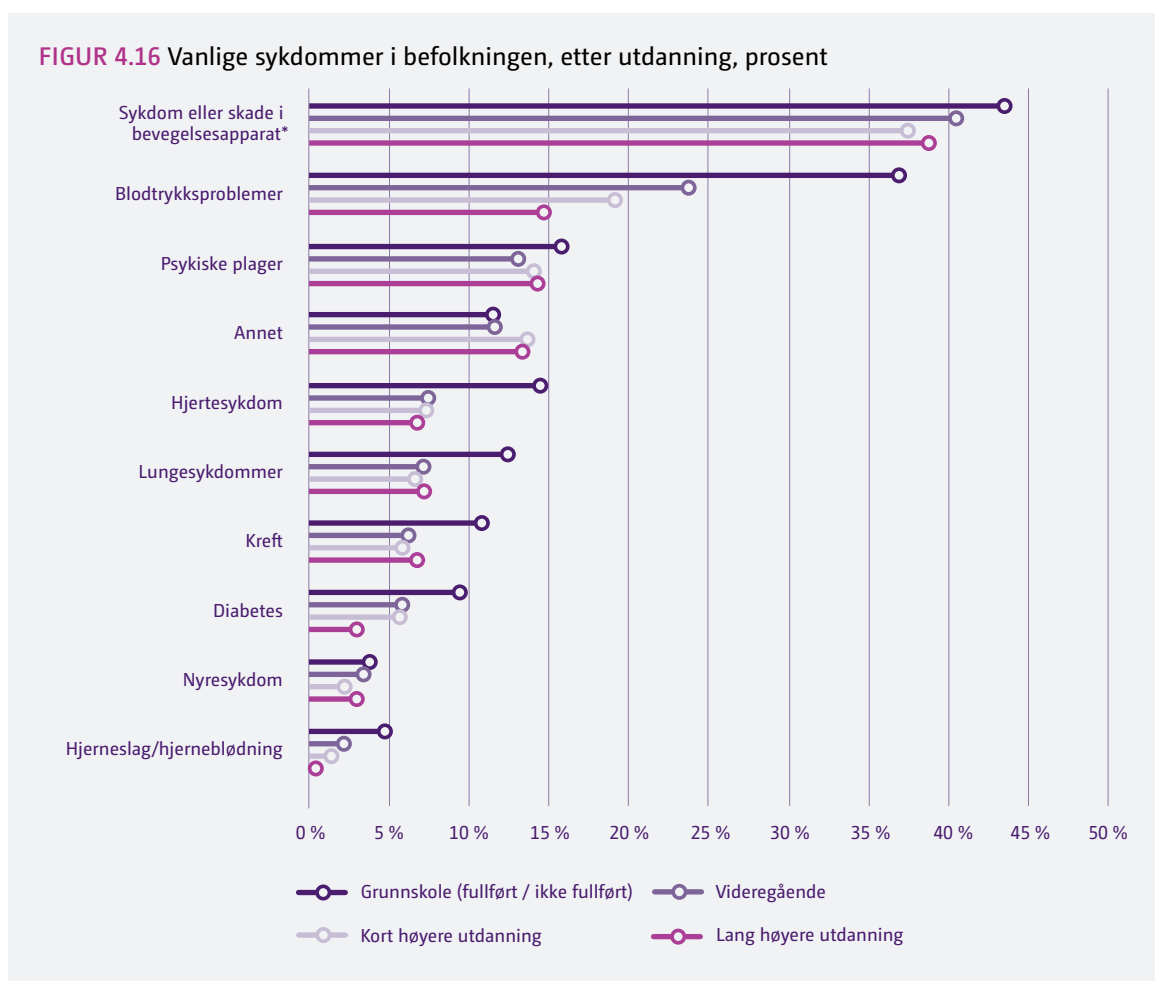
Helsebarometeret viser også at det er en sammenheng mellom opplevd helse og opplevd økonomisk situasjon. Også her er forskjellene statistisk signifikante, mens årsakssammenhengen kan gå begge veier, ved at dårlig helse kan gi redusert yrkesaktivitet, men også at dårlig økonomi og stress forbundet med det kan disponere for ulike sykdommer. Det er også verdt å merke seg at både opplevd helse og opplevd økonomi er subjektive vurderinger. Sammenhengen mellom de to variablene kan også være spurios, ved at personlige egenskaper eller andre forhold spiller inn og påvirker sannsynligheten for å gi en negativ vurdering av både helse og økonomi. I slike tilfeller ville mer objektive mål, som helsetilstand vurdert av en lege og økonomisk situasjon beregnet ut fra månedlig disponibel inntekt, gi en svakere sammenheng. I resten av delkapittelet om sosial ulikhet ser vi kun på utdanning som indikator på sosial status.

4.4.3 Sykdom etter utdanningsnivå

Figur 4.16 viser fordelingen av sykdom etter utdanningsnivå. For enkelhets skyld er de få respondentene som

oppgir å ikke ha fullført grunnskole, slått sammen med de som har grunnskole som høyeste utdanningsnivå. Vi ser at i utvalget er sykdom eller skade i bevegelsesapparatet den klart vanligste tilstanden, fulgt av blodtryksproblemer og psykiske plager. Figuren viser også at det er klare forskjeller i sykdomsbildet til personer med ulikt utdanningsnivå. Forskjellene er statistisk signifikante for hjertesykdom, blodtryksproblemer, lungesykdom, hjerneslag/hjerneblødning ($p < 0,001$) og diabetes, magesmerter og kreft ($p < 0,05$), men ikke for sykdom eller skade i bevegelsesapparatet, psykiske plager og nyresykdom. Gjennomgående er andelen som oppgir at de har eller har hatt de ulike sykdommene, høyest blant de med lavest utdanning, og spesielt blant de med grunnskoleutdanning. De største forskjellene mellom utdanningsgruppene finner vi for hjerte- og karsykdommer, mens forskjellen er minst for nyresykdom. Mens over 35 prosent av de med kun grunnskoleutdanning oppgir at de har eller har hatt blodtryksproblemer, er tilsvarende andel knapt 15 blant de med 3-årig høyere utdanning. Det er også stor forskjell i andelen med lungesykdom; de med kun grunnskoleutdanning peker seg ut med en klart høyere andel.

FIGUR 4.16 Vanlige sykdommer i befolkningen, etter utdanning, prosent

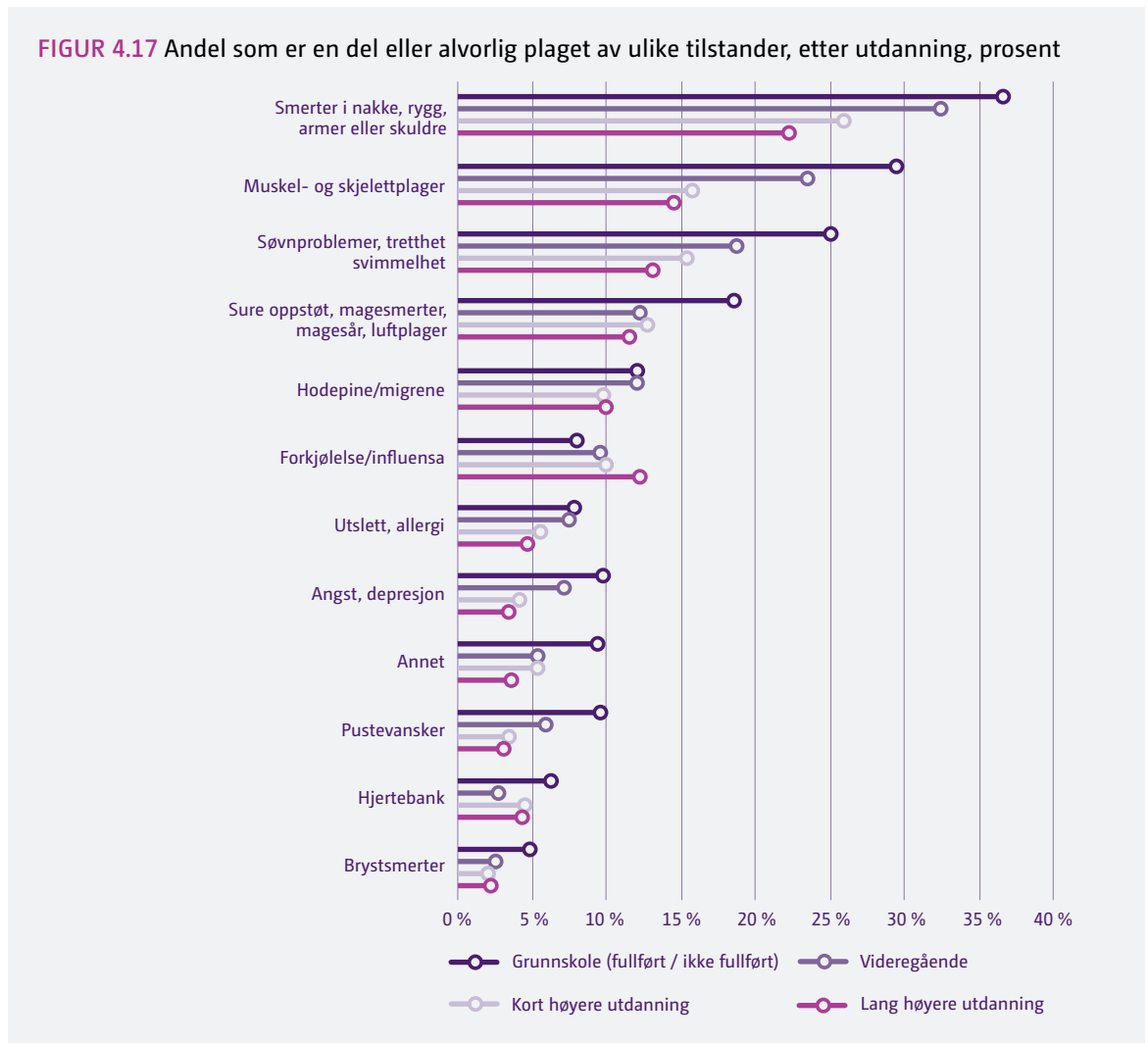


Den fullstendige spørsmålsformuleringen var «Har du eller har du hatt [navn på sykdom]? (ja/nei)». *Sykdom eller skade i bevegelsesapparat (muskler, sener, ledd, skjelett).

4.4.4 Helseplager etter utdanningsnivå

Graden av plager i befolkningen varierer også med utdanningsnivå. Respondentene ble bedt om å vurdere om de den siste måneden hadde vært plaget av ulike sykdommer og tilstander, med svaralternativer fra ikke plaget til litt plaget, en del plaget og alvorlig plaget. Som tidligere er de to siste svaralternativene slått sammen, slik at den viser andelen som er en del eller alvorlig plaget, etter høyeste fullførte utdanningsnivå.

FIGUR 4.17 Andel som er en del eller alvorlig plaget av ulike tilstander, etter utdanning, prosent



Rangeringen av lidelsene er stort sett uavhengig av utdanningsnivå, men andelen som oppgir at de er plaget av de ulike lidelsene, varierer. Med unntak av hodepine/migræne og utslett/allergi, der forskjellene mellom gruppene er svært små, er de observerte forskjellene statistisk signifikante på et 0,05-nivå eller lavere. Figuren støtter også opp under inntrykket av at det er store sosiale forskjeller i befolkningens helse: jo høyere utdanning, jo bedre helse. Det eneste unntaket er forkjølelse og influensa; her er det flere av de med høyere utdanning som svarer at de er plaget.

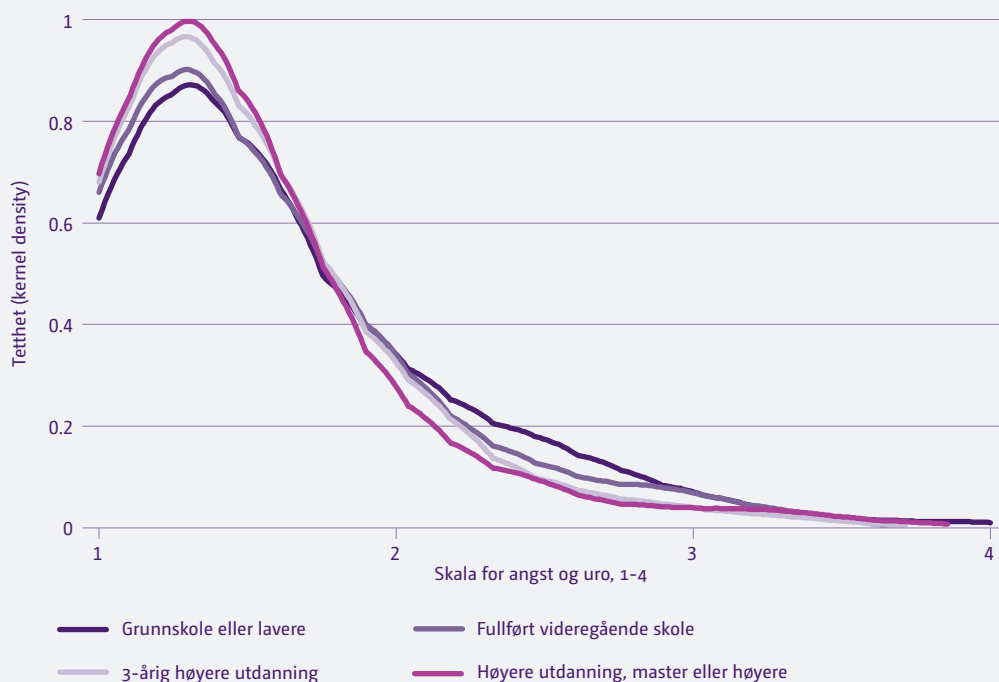
Helseforskjellene mellom utdanningsgruppene er også større for de vanligste plagene. Sammenlignet med Figur 4.16 over sykdommer ser det ut til at de sosiale forskjellene i helseplager er større. Det er også større forskjell mellom alle utdanningskategoriene, ikke bare mellom personer med og uten utdanning utover grunnskolen. Særlig for de vanligste helseplagene er det en klar tendens til at andelen synker for hvert ekstra nivå av utdanning. For de vanligste sykdommene (Figur 4.16) ligger den største helsegevinsten i å ha utdanning utover grunnskole; forskjellene mellom de med videregående utdanning og de med kort og lang høyere utdanning er mindre markerte.

4.4.5 Angst og uro etter utdanningsnivå

Vi har sett at personer med kun grunnskoleutdanning i større grad rapporterer å ha (hatt) psykiske plager eller være plaget av angst eller depresjon. Spørreundersøkelsen inneholdt også et sett med spørsmål om angst og depresjon. Spørsmålene var formulert som «Har du de siste to ukene følt deg: trygg og rolig / glad og optimistisk / nervøs og urolig / plaget av angst / irritabel / nedfor/deprimert / ensom?», med fire svaralternativer: «nei», «litt», «en god del» og «svært mye». Faktoranalyse viste at spørsmålene skalerte godt, og de ble slått sammen til

en skala ved at svarene ble summert og deretter dividert på antall spørsmål. De to positivt ladede spørsmålene (trygg og rolig, glad og optimistisk) ble reversert før de ble slått sammen med de andre til en felles skala for angst og uro. Høyere verdi på skalaen representerer mer angst og uro, og maksimumsverdien på 4 tilsvarer at en person har svart «svært mye» på alle spørsmålene. Figuren under sammenligner sannsynligheten for at en respondent skal ha en gitt verdi på skalaen for angst og uro, etter utdanningsnivå.

FIGUR 4.18 Predikert sannsynlighet (kernel density) for å føle angst og uro, etter utdanningsnivå, prosent



Forskjellen mellom utdanningsgruppene er små, men det er en tendens til at de med lavere utdanning i større grad rapporterer om plager. Disse forskjellene er også statistisk signifikante, og den største forskjellen er mellom de som har høyere utdanning, på den ene siden og de som bare har utdanning fra grunnskole eller videregående, på den andre.

En annen måte å se på angst og uro i befolkningen er å sette en såkalt «cut off» – eller terskelverdi som angir de som er mer alvorlig plaget. Det kan være vanskelig å definere kriterier for en slik terskel og hvor den skal ligge. Det er også viktig å huske på at dette er selvrapporterte plager i en spørreundersøkelse som uansett ikke kan oversettes til en klinisk diagnose, men en terskelverdi kan likevel brukes til å skille mellom de som er mer eller mindre plaget. I figuren over begynner kurvene å flate ut ved en verdi på rundt 2 på x-aksen, noe som betyr at svar over 2 er mindre vanlig. En verdi på 2 på skalaen tilsvarer at man i gjennomsnitt har svart «litt» på alle spørsmålene beskrevet over, mens en høyere verdi angir at man i gjennomsnitt også har svart «en god del» eller «svært mye» på flere spørsmål. Tabell 4.1 viser andel med verdier over 2 etter utdanningsnivå. I utvalget som helhet har 12,7 prosent av respondentene en verdi over 2, det vil si at de føler mer enn «litt» angst og uro. Andelen blant de med grunnskole som høyeste utdanningsnivå er klart høyere; nesten én av fem rapporterer om følelser som indikerer angst og uro.

TABELL 4.1 Andel som føler angst og uro, etter utdanning, prosent

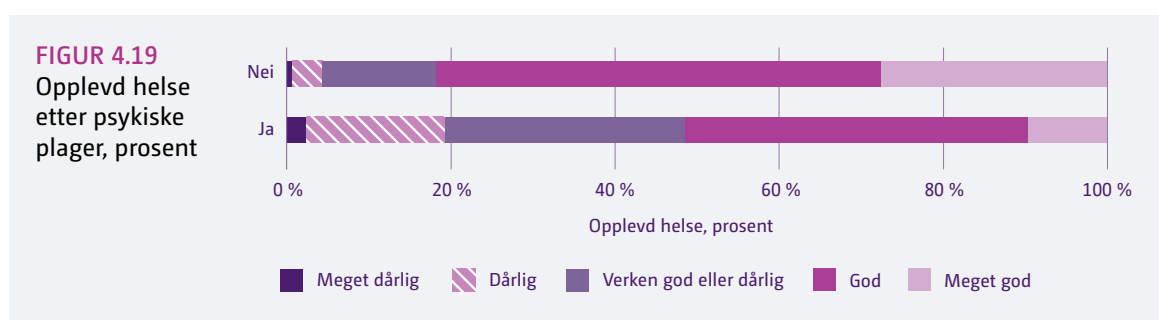
UTDANNINGSNIVÅ	ANDEL MED ANGST OG URO
Grunnskole	18,4
Videregående	13,8
Kort høyere utdanning	10,1
Lang høyere utdanning	10,9
I alt	12,7

4.5 PSYKISK HELSE

Som vi har sett, inneholder Helsebarometeret i alt tre spørsmål som handler om psykisk helse; om respondentene har eller har hatt psykiske plager, i hvilken grad de er plaget av angst eller depresjon, og et spørsmålsbatteri om angst og uro som er nærmere beskrevet i kapittel 4.4.5. Svarfordelingen for disse variablene er til en viss grad gjennomgått tidligere i dette kapittelet. Siden psykiske lidelser er en av de vanligste lidelsene i befolkningen, har vi valgt å samle temaet i et eget delkapittel. På spørsmål om de har vært plaget av angst eller depresjon den siste måneden, svarer 80 prosent at de ikke har vært plaget. Ca. 6 prosent oppgir at de har vært en del eller alvorlig plaget. 14 prosent svarer at de har eller har hatt psykiske plager. Vi har også sett at en betydelig andel av respondentene våre har følt angst og uro de siste ukene.

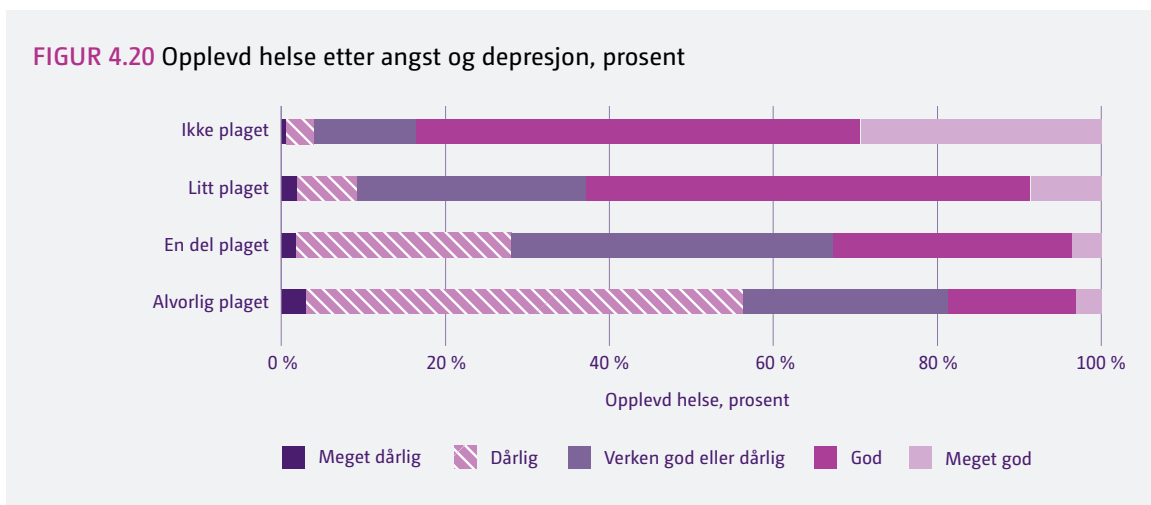
4.5.1 Psykisk helse og opplevd helse

Vi så i kapitlene 4.2.3 og 4.2.4 at psykiske plager og angst og depresjon samvarierer med hvordan folk vurderer sin egen helse; psykiske lidelser er sterkt korrelert med opplevd helse. Også skalaen for angst og uro har en signifikant korrelasjon med opplevd helse, slik at jo høyere en person scorer på angst og uro, jo færre er det som vurderer sin egen helse som god. Figur 4.19 viser at personer som har eller har hatt psykiske plager, i større grad vurderer helsen som mindre god. Om lag én av fem med psykiske plager vurderer egen helse som meget dårlig eller dårlig, og bare halvparten mener at de har god eller meget god helse. Til sammenligning mener fire av fem uten psykiske plager at de har god helse, og kun et lite mindretall (knappt 5 prosent) vurderer helsen som dårlig eller meget dårlig.



Samme mønster finner vi for opplevd helse og angst og depresjon (Figur 4.20), og sammenhengen er tilnærmet lineær; jo mer plaget, jo dårligere opplevd helse. Over halvparten, eller 56 prosent, av de som er mest plaget av angst og depresjon, vurderer at de har dårlig helse, mot ca. 4 prosent av de som ikke er plaget i det hele tatt. Det vil si at forskjellen i opplevd helse er på nesten over 50 prosentpoeng for de som er minst og mest plaget av angst eller depresjon.

FIGUR 4.20 Opplevd helse etter angst og depresjon, prosent

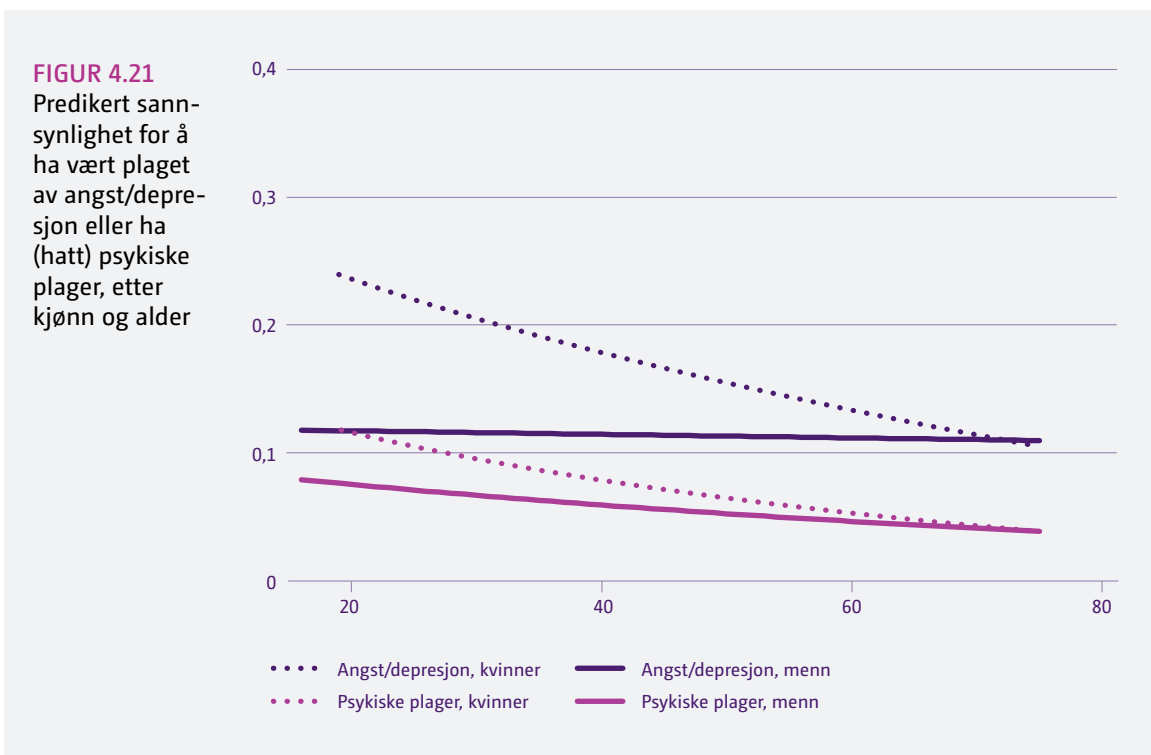


Det er viktig å huske på at disse sammenhengene ikke sier noe om årsaksforholdet mellom variablene. Det er rimelig å tenke seg at dårlig helsetilstand i seg selv kan gi grobunn for angst og uro eller andre psykiske lidelser. For eksempel er det godt dokumentert at kolspasienter har høyere forekomst av angst og uro enn resten av befolkningen (Kunik et al., 2005). Samtidig er det klart at den psykiske helsen også har betydning for opplevd helse, siden disse variablene korrelerer sterkere med opplevd helse enn mange av variablene for fysiske plager og sykdommer.

4.5.2 Psykisk helse blant menn og kvinner og i ulike aldersgrupper

Det er godt dokumentert at flere kvinner enn menn rammes av psykiske lidelser i løpet av livet. Prevalensen varierer også med alder. Også Helsebarometeret støtter opp om dette, som vi også så i kapittel 4.3. Vi finner imidlertid at sannsynligheten for å ha psykiske plager eller angst/depresjon synker med økende alder (Figur 4.21). Forekomsten er særlig høy blant unge kvinner, men kjønnsforskjellen reduseres over tid, slik at for de eldste aldersgruppene er det liten forskjell mellom kvinner og menn. Dette er i tråd med Levekårsundersøkelsen til SSB (Mørk, 2011).

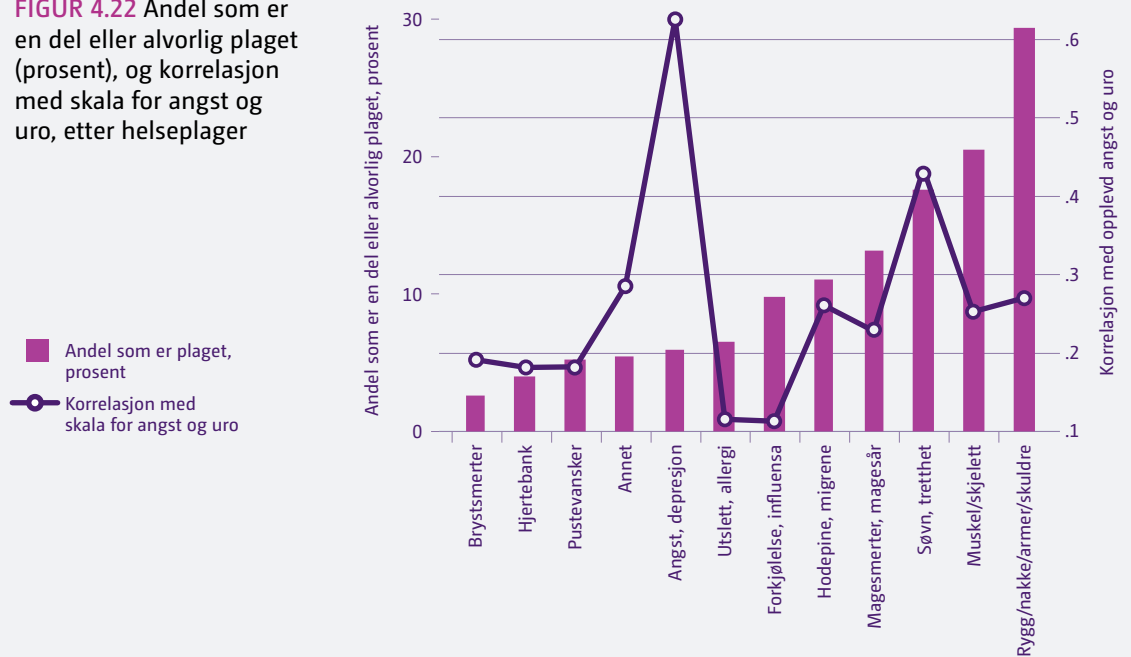
FIGUR 4.21 Predikert sannsynlighet for å ha vært plaget av angst/depresjon eller ha (hatt) psykiske plager, etter kjønn og alder



4.5.3 Psykisk helse og andre sykdommer

Samvariasjonen mellom psykisk helse og generell helsetilstand kommer bedre fram hvis vi ser på korrelasjonen mellom angst og uro, og det å ha ulike plager og sykdommer, som vist i de neste to figurene. Som ventet er det sterkest korrelasjon mellom angst og uro og psykiske plager (Figur 4.22) og angst og depresjon (Figur 4.23), men også andre plager korrelerer relativt sterkt, som søvnplager (Figur 4.22) og lungesykdommer (Figur 4.23). Generelt er det en sterkere sammenheng mellom helseplager og angst og uro, enn sykdommer og angst og uro.

FIGUR 4.22 Andel som er en del eller alvorlig plaget (prosent), og korrelasjon med skala for angst og uro, etter helseplager



FIGUR 4.23 Andel som har eller har hatt sykdom (prosent), og korrelasjon med skala for angst og uro, etter sykdom



For å få en bedre forståelse for hva som ligger bak disse korrelasjonene, kan vi se på andelen som har ulike sykdommer eller helseplager fordelt etter om folk har eller har hatt psykiske plager eller ikke. Tabellene 4.2 og 4.3 viser andel som har hatt ulike sykdommer og helseplager, etter om de har (hatt) psykiske plager eller ikke, og forskjellen i de to andelenes. Sykdommene er rangert etter størrelsen på forskjellen.

TABELL 4.2 Andel som har eller har hatt ulike sykdommer, etter psykiske plager (ja/nei), prosent

HAR ELLER HAR HATT	JA	NEI	AVVIK
Sykdom eller skade i bevegelsesapparatet	55,27	36,47	18,8***
Annet	22,34	10,98	11,36***
Lungesykdom	11,97	6,83	5,14***
Blodtrykksproblemer	25,99	21,65	4,34*
Nyresykdom	6	2,4	3,6***
Diabetes	8,36	5,43	2,93**
Kreft	8,88	6,4	2,48*
Hjertesykdom	9,97	7,61	2,36
Hjerneslag/hjerneblødning	2,84	1,87	0,97

Tallene viser prosentandeler i de to gruppene, og differansen mellom dem i prosentpoeng. * angir at forskjellen mellom de to gruppene er statistisk signifikant på 0,10-nivå, ** angir at forskjellen er signifikant på et 0,05-nivå mens *** angir at forskjellen er signifikant på et 0,01-nivå.

TABELL 4.3 Andel som er en del eller alvorlig plaget av ulike tilstander, etter psykiske plager (ja/nei), prosent

EN DEL ELLER ALVORLIG PLAGET	JA	NEI	DIFFERANSE
Angst, depresjon	33,52	1,35	32,17***
Søvnproblemer, tretthet	38,7	13,73	24,97***
Rygg/nakke/armar/skuldre	48,87	25,79	23,08***
Muskel- og skjelettplager	39,71	16,89	22,82***
Hodepine/migrene	23,8	8,89	14,91***
Annet	16,61	3,76	12,85***
Magesmerter, magesår	22,38	11,33	11,05***
Pustevansker	10,34	4,32	6,02***
Brystsmerter	6,14	1,86	4,28***
Hjertebank	7,23	3,28	3,95***
Utslett, allergi	8,7	5,95	2,75***
Forkjølelse/influenza	11,85	9,36	2,49

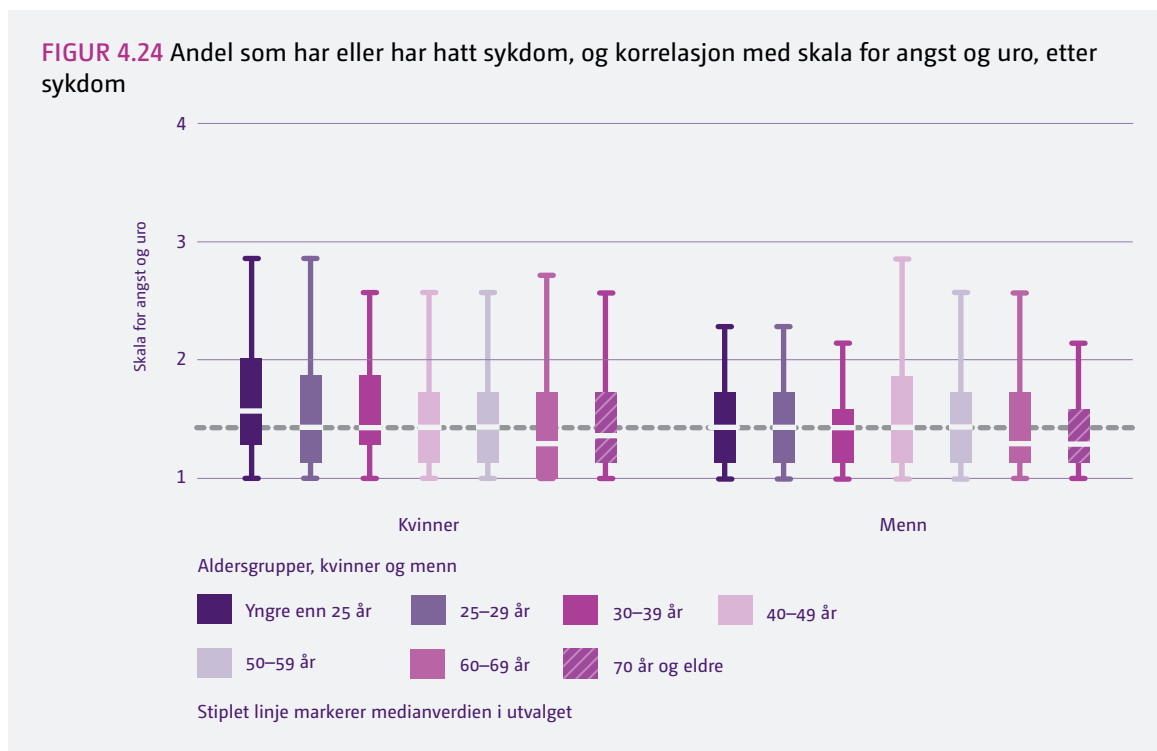
Tallene viser prosentandeler i de to gruppene, og differansen mellom dem i prosentpoeng. *** angir at forskjellen er signifikant på et 0,01-nivå.

Det er slående forskjell i andelen som har ulike sykdommer og helseplager blant personer som har (hatt) psykiske plager, sammenlignet med de som aldri har hatt psykiske plager. Personer med psykiske plager er overrepresentert i nær sagt alle grupper av sykdom og helseplager, og forskjellene er til dels store. Den største forskjellen finner vi for andelen som er plaget av angst og depresjon, fulgt av søvnproblemer, tretthet og svimmelhet, plager i rygg/nakke/armar/skuldre og muskel- og skjelettplager (Tabell 4.3). En større andel med psykiske plager rapporterer også at de har (hatt) sykdom eller skade i bevegelsesapparatet og lungesykdom, og en høyere andel svarer at de har «andre sykdommer».

Alt i alt bekrefter Helsebarometeret at komorbiditet (samtidige lidelser) blant personer med psykiske lidelser er et reelt problem.

4.5.4 Angst og uro

Boksplottene i Figur 4.24 median og spredning (se note under figuren) for angst og uro i befolkningen, fordelt på kjønn og aldersgrupper.



For enkelhets skyld er ekstremverdier utelatt fra figuren. Boksene angir hvor midterste 50 prosent av utvalget befinner seg, med midtverdien (median) markert som et horisontalt belte. De resterende 50 prosent av gruppen er markert med vertikale haler over og under boksen.

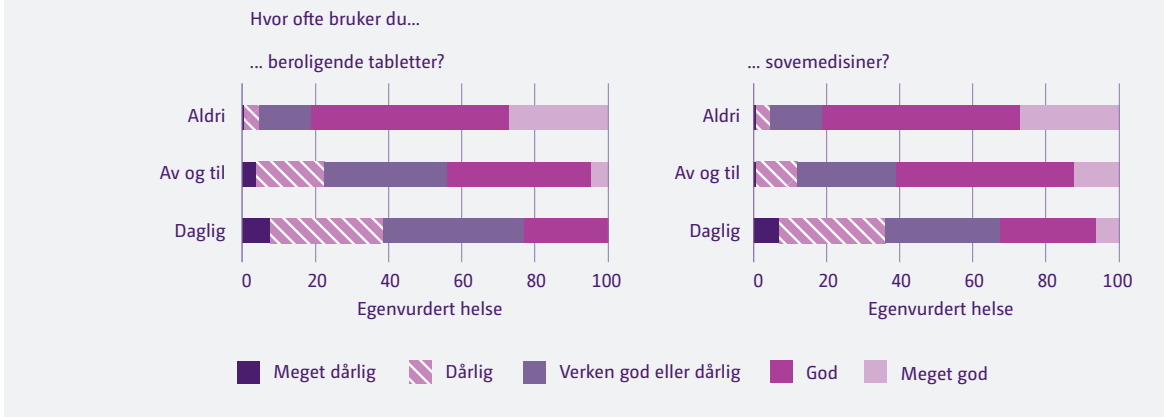
Medianverdien er ganske lik for de ulike gruppene, men spredningen varierer. Enkelte grupper markerer seg også med klart høyere eller lavere nivå av angst og uro. Nivået for angst og uro er lavere jo eldre respondentene er – for både kvinner og menn. Nivået er også høyere blant kvinner, dette gjelder alle aldersgruppene. Størst grad av angst og uro finner vi blant kvinner under 25 år. Menn i samme aldersgruppe skiller seg ikke særlig fra utvalget som helhet. For kvinner går også spredningen eller variasjonen innad i gruppene ned med økende alder, mens for menn er det ikke noen klar tendens her.

4.5.5 Bruk av beroligende tabletter, sovemedisiner og narkotiske stoffer

Avslutningsvis om psykisk helse ser vi på bruk av beroligende tabletter, sovemedisiner og narkotiske stoffer. Det er en viss korrelasjon mellom variablene, særlig mellom bruk av beroligende tabletter og sovemedisiner. Andelen som oppgir at de bruker disse midlene, er lave; 9 prosent svarer at de bruker beroligende tabletter (av og til eller daglig), 13 prosent bruker sovemedisiner, og drøyt 1 prosent, eller 33 respondenter, oppgir at de bruker narkotiske stoffer. Av respondentene som bruker narkotika, bruker de fleste også beroligende tabletter, mens få bruker sovemedisiner. Vi velger å se bort fra forskjeller i helse etter bruk av narkotiske stoffer fordi det er få respondenter som har svart, noe som gir mer usikre estimater. I og med at inntak av narkotiske stoffer er ulovlig, er det også større sjanse for underrapportering på dette spørsmålet.

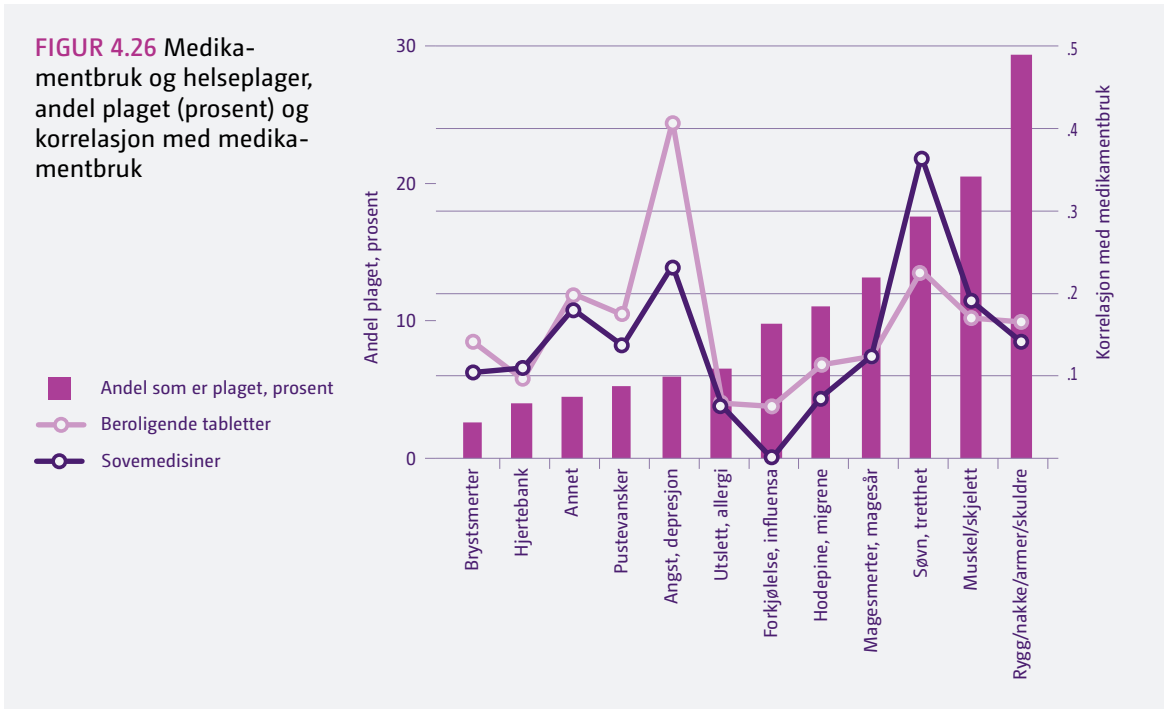
Figur 4.25 viser bruk av beroligende tabletter og sovemedisiner og egenvurdert helse. Det er en klar og signifikant sammenheng mellom begge disse typene medisin og egenvurdert helse, og effektene er til dels store. For eksempel vurderer ingen av de som bruker beroligende tabletter, at de har meget god helse, og bare drøyt 20 prosent vurderer helsen som god. I klartekst vil det si at nesten fire av fem av de som bruker beroligende tabletter daglig, vurderer helsen sin som mindre god. Dette er helt motsatt fordeling av de som aldri bruker beroligende tabletter. Forskjellene i egenvurdert helse etter bruk av sovemedisin er noe mindre, men tendensen er likevel den samme.

FIGUR 4.25 Egenvurdert helse etter bruk av beroligende tabletter og sovemedisiner, prosent



Bruk av beroligende midler og sovemedisin er knyttet til bestemte lidelser, og korrelasjonene med vanlige helseplager varierer mye med hva slags helseplager det er snakk om. Figur 4.26 viser korrelasjonen med bruk av beroligende tabletter og sovemedisiner og vanlige helseplager. Figuren viser også hvor vanlige plagene er i befolkningen. Som ventet finner vi de sterkeste korrelasjonene for beroligende tabletter med angst/depresjon, og sovemedisiner for søvnrelaterte plager. Figuren illustrerer likevel at det er en klar overlapp mellom bruken av de to medikamenttypene; bruk av beroligende tabletter er også sterkt korrelert med søvnproblemer, og sovemedisin med å være plaget av angst/depresjon.

FIGUR 4.26 Medikamentbruk og helseplager, andel plaget (prosent) og korrelasjon med medikamentbruk



Dersom vi antar at det er sammenheng mellom faktisk helse, og da spesielt psykisk helse, og bruken av slike legemidler, er det rimelig å anta at forbruket er høyere blant personer med lav utdanning, og dette finner støtte i datamaterialet. Forskjellene er statistisk signifikante ($p < 0,01$). Bruken er illustrert i Figur 4.27. Både bruken av sovemedisin og bruken av beroligende midler er høyest for de med lavest utdanning. Den største forskjellen finner vi i andelen som bruker slike midler daglig. Svært få oppgir å bruke disse legemidlene daglig, men andelen er klart høyere blant de som har grunnskole som høyeste fullførte utdanningsnivå.

FIGUR 4.27 Bruk av beroligende tabletter og sovemedisiner, etter utdanning, prosent



Det er flere mulige tolkninger av dette. En første tolkning er at dårligere helsetilstand, og spesielt høyere grad av angst og uro i deler av befolkningen, fører til større medisinbruk. Det kan også tenkes at stigmaet knyttet til slik medisinbruk er høyere i sosiale grupper med høyere utdanning, og at det er en større grad av underreportering blant de med høyere utdanning. Vi vet også at utdanningsnivået i Norge har økt jevnt i etterkrigstiden, slik at andelen med bare grunnskole er høyere blant eldre. Eldre har også dårligere helsetilstand og et høyere forbruk av medisiner. En enkel regresjonsmodell (ordered logit, eller rangert logistisk regresjon) der også alder blir lagt til som forklaringsvariabel, viser imidlertid at forskjellene i medisinbruk blant ulike utdanningsgrupper ikke endres særlig når vi tar hensyn til dette. Det er derfor sannsynlig at forskjellene mellom ulike sosiale grupper, målt ved utdanningslengde, er reell, og ikke skyldes underliggende aldersforskjeller mellom gruppene.

4.6 HELSE BLANT INNVANDRERE

Internasjonalt finnes det flere teorier om helsetilstanden blant innvandrere og hvorvidt de har bedre eller dårligere helse enn den øvrige befolkningen (Lunde og Texmon, 2013). Hvem som regnes som innvandrer, varierer mellom studier, og gjør at resultatene ikke alltid er sammenlignbare. Som vi skal se i neste avsnitt, er det flere problemer knyttet til å kartlegge innvandrerhelse, på grunn av både frafallsproblematikk, små utvalg og mangelfulle språkferdigheter. Levekårsundersøkelsene blant innvandrere som SSB gjennomførte i 1996 og 2005/2006, illustrerer også at format og formulering på spørsmålene også har betydning for hva man finner. Mens hovedkonklusjonen i 1996 var at innvandrerne var friskere enn den øvrige befolkningen, var resultatet i neste runde at innvandrere i de utvalgte landene vurderte sin egen helse mindre positivt enn resten av befolkningen, de rapporterer om flere psykiske plager, og opplever helseproblemene sine som mer belastende. Antallet sykdommer som rapporteres, er likevel ikke særlig forskjellig fra befolkningen som helhet (Blom, 2010, 2011). Levekårsundersøkelsen fant også at helseproblemene øker fortere med alder enn i resten av befolkningen, og at forskjellen mellom menn og kvinner er større (Blom, 2011).

SSB bruker begrepene innvandrer og norskfødt med innvandrerforeldre, der en innvandrer er en person født utenfor Norge. Per i dag utgjør personer fra Polen, Sverige og Litauen de tre største innvandrergruppene i Norge. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre utgjør en økende andel av befolkningen. Innvandring endrer befolknings sammensetningen og dermed behovet for helsetjenester. Det er derfor viktig å ha god nok kunnskap om helsen til innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre (Brunborg, 2013).

4.6.1 Innvandrere i Helsebarometeret

Det er et vanlig problem at færre innvandrere deltar i spørreundersøkelser, og mulighetene for utvalgsskjevhet er større, som blant annet en grundig gjennomgang fra Fafo viser (Djuve et al., 2009). Innvandrere med dårlige språkkunnskaper vil for eksempel i mye mindre grad ha mulighet til å svare på undersøkelser på norsk. Utvalgsskjevheter kan også være knyttet til mangelfull registrering av intern flytting, slik at personer som er trukket ut til å delta, ikke kan kontaktes på grunn av mangelfull eller feil kontaktinformasjon (dekningsfeil). Svarprosenten er også gjennomgående lavere. Kombinasjonen av større avgang i bruttoutvalget, lavere svarprosent og et i utgangspunktet mindre bruttoutvalg (fordi minoriteter utgjør en mindre andel av befolkningen) gjør at data samlet inn blant minoriteter er forbundet med større usikkerhet. Dataene i Helsebarometeret er ikke et unntak.

Før vi ser på helsetilstanden blant innvandrere i utvalget, går vi derfor kort gjennom noen kjennetegn ved re-

spondentene som ikke er født i Norge, og sammenligner med informasjon fra SSB om innvandrerbefolkningen og med resten av utvalget. Vi har også gjort samme gjennomgang etter hvor respondentens far og mor er født, men korrelasjonen mellom de tre variablene er såpass sterk, og mønsteret for de fire landgruppene så tydelig, at ulike omkodinger og spesifikasjoner gjør liten forskjell, og vi tar derfor utgangspunkt i hvor respondenten selv er født. Uten nærmere bakgrunnsinformasjon er det også problematisk å klassifisere personer etter ulike kombinasjoner av hvor de selv og foreldrene deres er født (f.eks. en person født i et nordisk land, med en norskfødt forelder og en forelder født i et annet europeisk land).

På spørsmål om hvor de er født, svarte 90 prosent i utvalget at de var født i Norge. Omtrent 10 prosent, eller 257 respondenter, er altså født utenfor Norge. Til sammenligning oppgir SSB at innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre utgjør 14,9 prosent av totalbefolkningen.

Ser vi på landbakgrunn blant ikke-norskfødte i utvalget, utgjør EU/EØS utenom Norden den største gruppen (30 prosent), fulgt av nordiske land utenom Norge (23 prosent) og andre europeiske land (12 prosent). Kun et fåtall respondenter er født utenfor Europa. Tabell 4.4 viser fordelingen av fødeland blant de respondentene i Helsebarometeret som er født utenfor Norge. Omtrent samme rangering finner vi i en oversikt fra SSB over landbakgrunn blant innvandrere, men størrelsen på gruppene varierer. Sammenlignet med totalbefolkningen er personer fra Norden noe overrepresentert, mens personer fra EU/EØS-området, Asia og Afrika er noe underrepresentert.

TABELL 4.4 Fødeland blant respondenter født utenfor Norge, antall og prosent

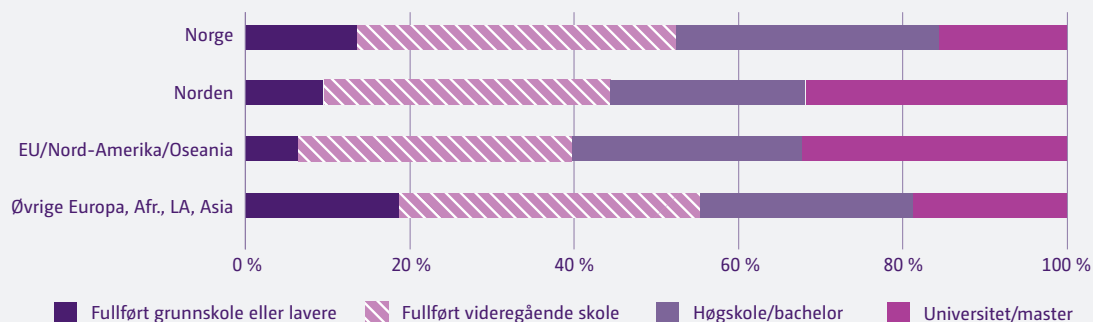
HVOR ER DU FØDT?	ANTALL	PROSENT
Annet nordisk land	60	23,4
Annet EU/EØS-land	76	29,6
Annet europeisk land	30	11,7
Nord-Amerika	11	4,3
Mellom-/Sør-Amerika	7	2,7
Oseania	2	0,8
Afrika	13	5
Asia	58	22,6
I alt	257	100

Dersom vi sammenligner respondenter født utenfor Norge med respondenter født i Norge, er de utenlandskfødte i gjennomsnitt yngre, de har høyere utdanning, og det er færre som mottar alderspensjon eller annen type trygd. For å unngå å ha grupper med svært få respondenter har vi valgt å slå sammen landbakgrunn til fire større grupper: Norge; Norden utenom Norge; EU/EØS, Nord-Amerika og Oseania; Europa utenom EU/EØS, Afrika, Latin-Amerika og Asia. Figurene på neste side viser utdanningsnivå (Figur 4.28) og yrkesaktivitet (Figur 4.29) etter landbakgrunn.

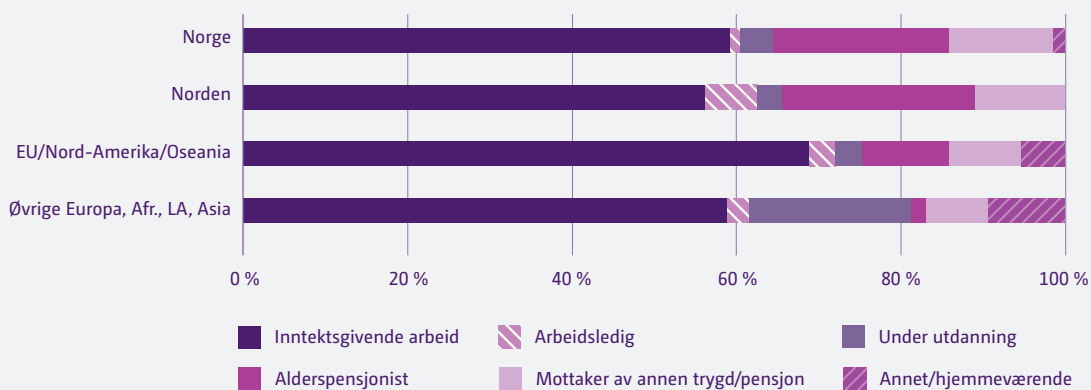
Vi ser at særlig innvandrere fra de nordiske landene, EU/EØS-området, Nord-Amerika og Oseania har høyere utdanning enn norskfødte. Utdanningsnivået blant de som er født i europeiske land utenom EU/EØS, Afrika, Asia, Sør- og Mellom-Amerika, er omtrent som for norskfødte, men andelen med kun grunnskoleutdanning er noe høyere. Samtidig er en signifikant større andel i denne gruppen under utdanning, som figuren over yrkesaktivitet viser. Yrkesaktiviteten blant respondenter fra de andre nordiske landene er omtrent som for norskfødte, mens de andre gruppene har en høyere andel som er i arbeid eller under utdanning, men også i samlekategorien «hjemmeværende/annet». Kun en liten andel mottar trygd eller pensjon.

Gjennomgangen av alder, utdanning og yrkesstatus tyder på at innvandrerne i utvalget i stor grad er ressurssterke personer, antakelig med en høy andel arbeidsinnvandrere, som dermed ikke er helt representative for innvandrerbefolkningen i Norge som helhet. Dette er viktig å huske på når vi går videre til å se på helsetilstanden i disse gruppene. Studier fra spesielt USA og Canada har identifisert en såkalt «healthy immigrant effect» (McDonald og Kennedy, 2004; Ng, 2011), som blant annet forklares med en seleksjonseffekt, der det i større grad er friske og ressurssterke som flytter ut. Denne seleksjonseffekten vil være spesielt relevant for arbeidsinnvandrere (Lunde og Texmon, 2013).

FIGUR 4.28 Utdanningsnivå, etter fødeland, prosent



FIGUR 4.29 Yrkesaktivitet, etter fødeland, prosent

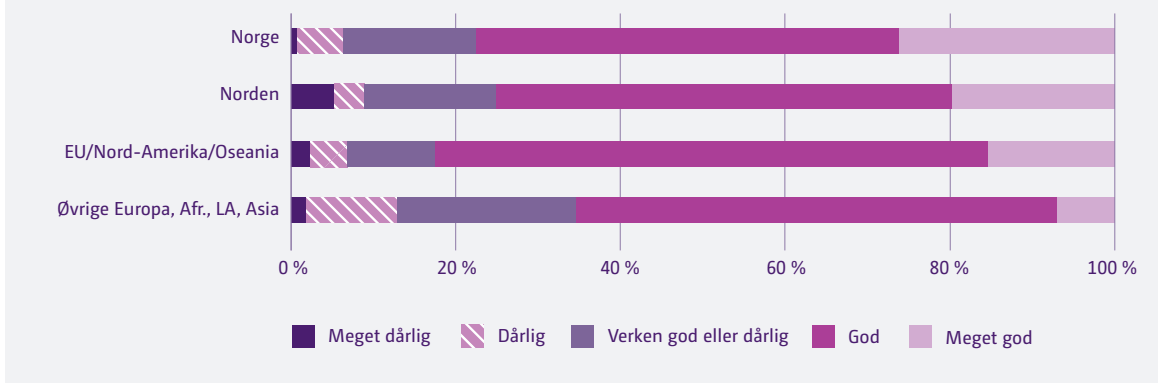


4.6.2 Opplevd helse, sykdom og helseplager etter landbakgrunn

SSBs levekårsundersøkelse blant innvandrere 2005–2006 fant at en lavere andel blant innvandrerne vurderer sin egen helse som god eller meget god. Undersøkelsen er basert på et utvalg med bakgrunn fra ti utvalgte land,²² og funnene kan ikke uten videre sammenlignes med utvalget vårt, som i større grad omfatter vestlige innvandrere og arbeidsinnvandrere. Figur 4.30 viser at i Helsebarometeret er det liten forskjell mellom Norge og personer født i andre nordiske land, selv om andelen som vurderer helsen som svært dårlig, er høyere i sistnevnte gruppe. Det er heller ikke signifikante forskjeller mellom personer født i Norge og personer født i EU/EØS-området, Nord-Amerika eller Oseania. Det er kun innvandrere fra ikke-vestlige land og Europa utenfor EU som vurderer helsen som signifikant dårligere enn personer født i Norge. Som sett over er det få respondenter i enkelte av gruppene, og en mer finmasket inndeling gir derfor lite mening.

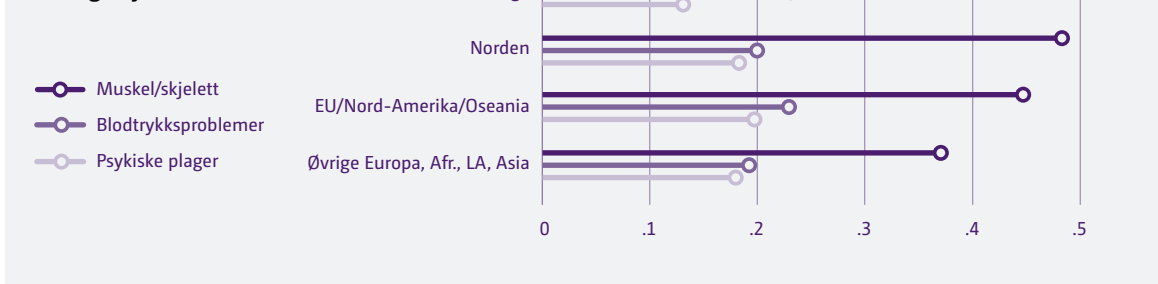
²² Respondentene i undersøkelsen hadde bakgrunn fra Bosnia-Hercegovina, Serbia, Tyrkia, Irak, Iran, Pakistan, Vietnam, Somalia og Chile.

FIGUR 4.30 Opplevd helse etter fødeland, prosent



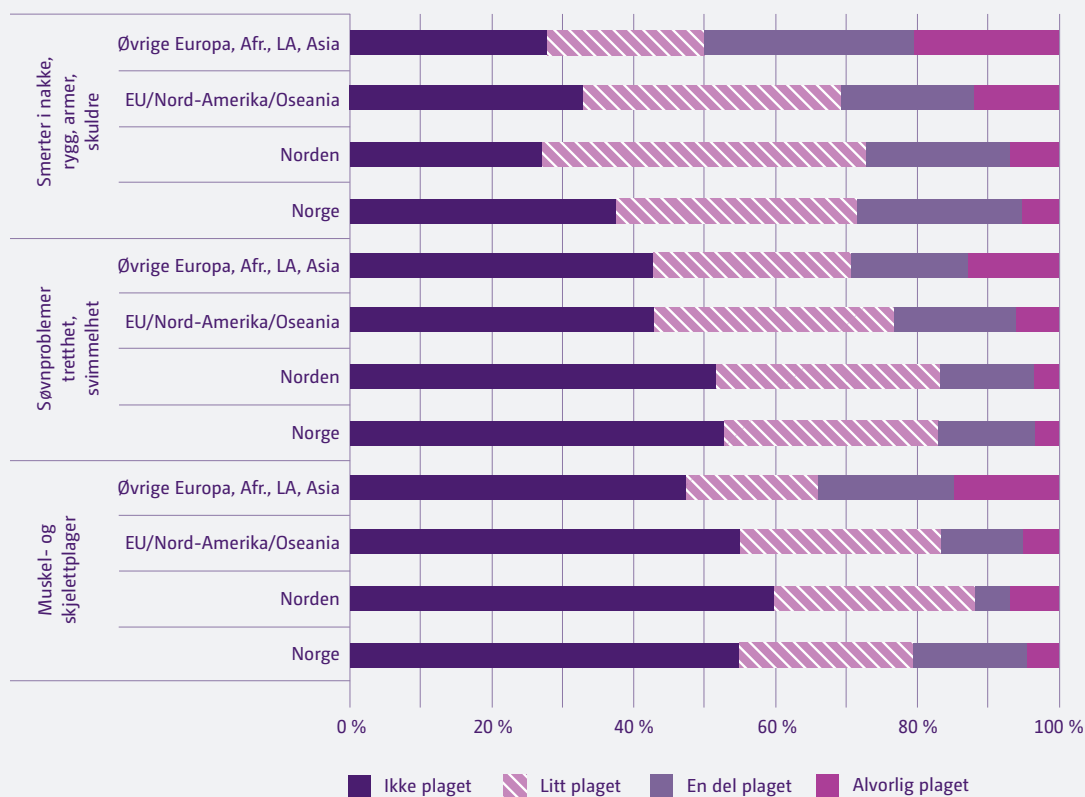
For å se nærmere på forekomsten av sykdom og helseplager blant innvandrere tar vi utgangspunkt i de tre vanligste sykdommene og plagene, som vist i kapittel 4.3, og sammenligner fordelingen blant personer født utenfor Norge. Ifølge Figur 4.31 er det visse forskjeller i forekomsten av sykdommene, men nærmere analyse viser at forskjellene ikke er statistisk signifikante. Sett under ett har imidlertid personer født utenfor Norge signifikant høyere sannsynlighet for å ha psykiske plager ($p < 0,05$).

FIGUR 4.31 Andel som har (hatt) tre vanlige sykdommer, etter fødeland



Også forekomsten av de vanligste plagene varierer noe med landbakgrunn. Den viktigste forskjellen er at personer født i Europa utenfor EU, Afrika, Asia og Latin-Amerika rapporterer om signifikant større plager enn personer født i Norge. Personer født i EU, Nord-Amerika og Oseania skiller seg ikke signifikant fra norskfødte, selv om tendensen er at plagene øker med landenes avstand til Norge.

FIGUR 4.32 Vanlige helseplager, etter fødeland, prosent

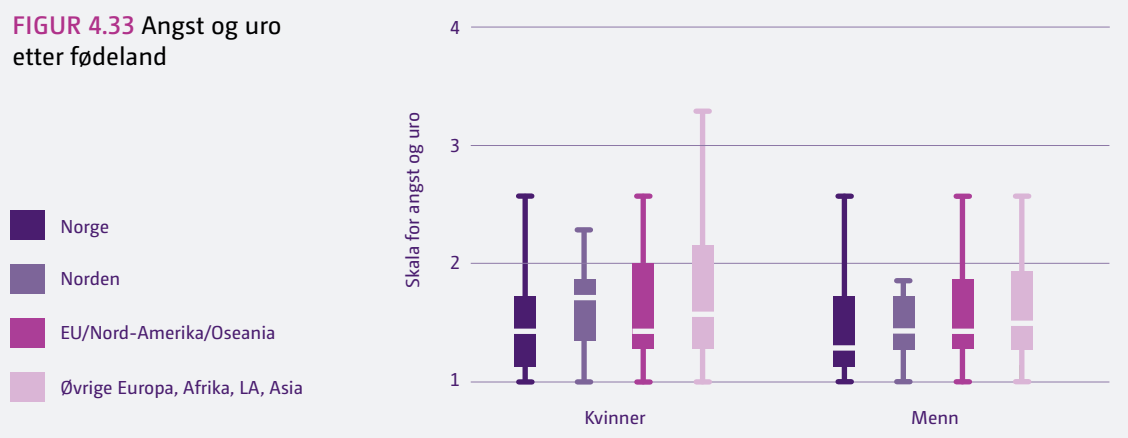


Som nevnt er det bare rundt 10 prosent av respondentene i utvalget som ikke er født i Norge, og det gjør det problematisk å dele dem inn i mindre grupper, også hvis vi slår sammen alle som er født utenfor Norge, til én kategori. Gjennomgangen over viser også at en del av innvandrerne kan ha like mye til felles med norskfødte som med personer fra en annen landbakgrunn. Vi velger derfor ikke å se på forskjeller mellom ulike aldersgrupper blant personer som er født utenfor Norge.

4.6.3 Psykisk helse blant innvandrere

Både tidligere undersøkelser og tallene fra Helsebarometeret tyder på at innvandrere har dårligere psykisk helse enn personer som er født i Norge. Vi tar derfor utgangspunkt i skalaen for angst og uro, beskrevet i delkapittel 4.4.5 og diskutert nærmere i 4.5.4. Figur 4.33 viser fordelingen på skalaen etter landbakgrunn.

FIGUR 4.33 Angst og uro etter fødeland



For enkelthets skyld er ekstremverdier utelatt fra figuren. Boksene angir hvor midterste 50 prosent av utvalget befinner seg, med midtverdien (median) markert som et horisontalt belte. De resterende 50 prosent av gruppen er markert med vertikale haler over og under boksen.

Forskjellene er signifikante for alle gruppene, men effekten er størst for ikke-vestlige innvandrere. Her er også variasjonen større. Uten mer detaljert informasjon om bakgrunn er det vanskelig å si noe om årsakene til dette, men det er rimelig å anta at andelen flyktninger er høyere i denne gruppen. Det kan også tenkes at større språkproblemer og kulturforskjeller gjør møtet med det norske samfunnet vanskeligere, noe som igjen kan gi utslag i psykiske problemer.

4.7 HELSE OG LIVSSTIL

Som diskutert innledningsvis i dette kapittelet er egenvurdert helse mye brukt som indikator på faktisk helse, og gjennomgangen vår har vist at variabelen er signifikant korrelert med sykdom og helseplager. Tidligere i kapittelet har vi sett på indikatorer på helse, fra egenvurdert helse til helseplager og sykdommer og psykisk helse. Når vi nå ser på sammenhengen mellom helse og ulike mål på livsstil og vaner, som kosthold, inntak av alkohol, tobakk og rusmidler, fysisk aktivitet og overvekt, tar vi utgangspunkt i egenvurdert helse.

I gjennomgangen av helse og livsstil er det viktig å huske at de rapporterte sammenhengene ikke sier noe om årsaksforhold. Rent teoretisk kan man tenke seg at årsaksforholdene går flere veier. For eksempel kan fysisk aktivitet og trening påvirke helsetilstanden, men sykdom og helseplager kan også gjøre det vanskeligere å være i aktivitet. Tilsvarende kan et sunt kosthold gi bedre helse, men det kan også tenkes at personer som opplever enkelte helseproblemer, også er mer bevisst kostholdet sitt og forsøker å spise sunt. Livsstil henger også sammen med andre forhold som påvirker helsen, spesielt sosioøkonomisk status og alder, og det kan være vanskelig å skille de ulike effektene fra hverandre. Særlig røyking har etter hvert blitt svært skjevt sosialt fordelt, men også kosthold, fysisk aktivitet og alkoholvaner henger sammen med sosioøkonomisk status, og bidrar dermed til å styrke den sosiale gradienten i helse.

Avslutningsvis vil vi imidlertid se mer overordnet på helse og livsstil ved hjelp av regresjonsanalyse. En slik teknikk gjør det mulig å sammenligne de ulike livsstilsvariablene og kontrollere for andre forhold som samvarierer med helse, som kjønn, alder og utdanning. Her bruker vi et såkalt sammensatt mål på helse som bruker informasjon fra egenvurdert helse, helseplager og sykdommer. Sammensatte mål er nyttig for fenomen som ikke kan måles eller kvantifiseres direkte, som livskvalitet, tillit eller lykke. Helse er også et slikt fenomen, gitt at vi ikke måler helse direkte i klinisk forstand, men som respondentenes egen vurdering av hvilke plager og sykdommer de har. Samme framgangsmåte blir bl.a. brukt i SSBs undersøkelse om helse blant innvandrere (Blom, 2010).

Skalaen for helse er konstruert ved hjelp av faktoranalyse. Vi har tidligere sett at egenvurdert helse, grad av helseplager og om respondentene har (hatt) visse sykdommer korrelerer til dels sterkt, og faktoranalyse viser at variablene skalerer godt. I den ferdige skalaen har variablene fått vekt etter hvor stor andel av variansen som forklares av den identifiserte fellesfaktoren, slik at variabler som i mindre grad måler helse, har fått mindre vekt. Helseskalaen går fra 0 til 6,3, der en høyere verdi indikerer bedre helse. Gjennomsnittsverdien for skalaen er 5,25, noe som reflekterer at utvalget stort sett vurderer helsen sin som god. Skalaen har en korrelasjon på 0,68 med egenvurdert helse.

4.7.1 Kosthold

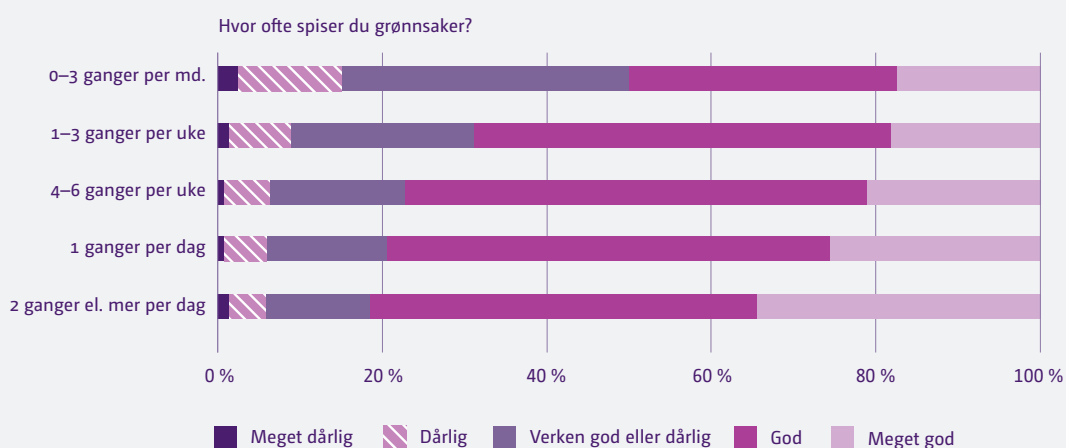
Helsebarometeret inneholdt flere spørsmål om kosthold og hvor ofte man spiser gitte matvarer, som frukt og bær, grønnsaker, fet fisk, boller og wienerbrød og lignende, og pølser/hamburgere. Av disse matvaregruppene er det to som peker seg særlig ut: grønnsaker og pølser/hamburgere. For de andre variablene er sammenhengen med egenvurdert helse svakere. Figurene 4.34 og 4.35 viser fordelingen av egenvurdert helse og hvor ofte respondente oppgir at de spiser henholdsvis grønnsaker og pølser/hamburgere – indikatorer på henholdsvis sunt og usunt kosthold.

Vi ser en klar tendens til at en høyere andel av de som sjelden spiser grønnsaker, vurderer helsen sin som mindre god. Om lag halvparten i gruppen som spiser grønnsaker sjeldnere enn én gang i uka, vurderer at de har god eller meget god helse. Av de som spiser grønnsaker flere ganger om dagen, vurderer ca. fire av fem

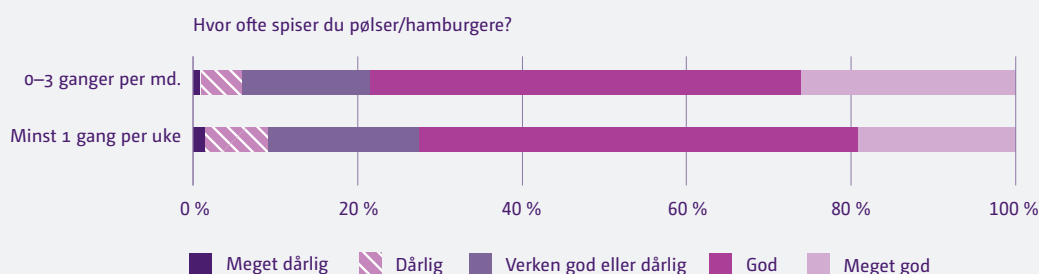
at de har god eller meget god helse.

For inntak av pølser/hamburgere er sammenhengen motsatt: jo oftere, jo dårligere helse. Ca. 80 prosent av utvalget spiser sjelden pølser (null til tre ganger i måneden), og bare drøyt 1 prosent spiser burgere oftere enn én til tre ganger i uka. I Figur 4.35 skiller vi derfor bare mellom de som spiser pølser/hamburgere sjeldnere enn én gang i uka, og de som spiser det oftere enn det. Med en mer finmasket inndeling blir tendensen klarere, men tallene mer usikre. Vi ser uansett at andelen med meget god helse er lavere, og andelen med mindre god helse er høyere blant de som spiser pølser/hamburgere ofte. Forskjellen mellom gruppene er også statistisk signifikant.

FIGUR 4.34 Egenvurdert helse etter kosthold, grønnsaker, prosent



FIGUR 4.35 Egenvurdert helse etter kosthold, pølser/hamburgere, prosent



4.7.2 Alkohol og tobakk

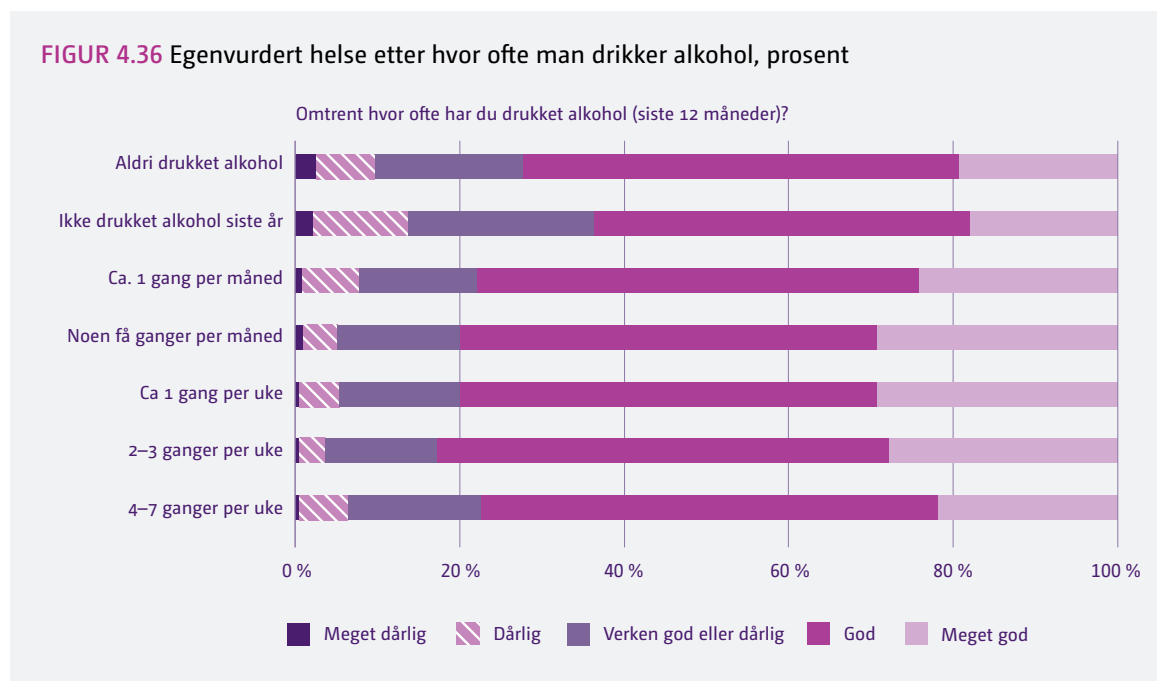
De helseskadelige effektene av alkohol- og tobakksbruk er godt dokumentert. Det er også kjent at forbruksmønsteret i den norske befolkningen har endret seg mye de siste årene, og det ville vært interessant å se nærmere på variasjoner her blant kvinner og menn og i ulike aldersgrupper. Det går imidlertid ut over rammene for denne rapporten. Det er uansett verdt å merke seg at variabelen også kan fange opp kjønns- og aldersrelaterte helseforskjeller.

Det er store feilmarginer knyttet til egenrapportert alkoholforbruk, fordi mange undervurderer eller underslår hvor mye de drikker. Totalt forbruk i befolkningen beregnet ut fra intervjudata gir derfor et mye lavere forbruk enn dersom man beregnet forbruket ut fra faktiske salgstall (Horverak og Bye, 2007).

Figur 4.36 viser fordelingen av egenvurdert helse etter hvor ofte man drikker alkohol. Figuren gir ikke et entydig bilde av forholdet mellom alkoholbruk og helse, og ikke alle forskjellene er statistisk signifikante. Vi ser at andelene med dårlig helse faktisk er lavere blant de som ikke drikker (siste år / aldri drukket), men disse forskjellene er ikke statistisk signifikante. Det finnes flere mulige forklaringer på dette. Som nevnt tidligere

varierer alkoholvanene i befolkningen med blant annet kjønn, alder og utdanning, og vi har allerede sett at sosioøkonomisk status og sosiodemografiske kjennetegn har betydning for helsetilstanden. Effekten kan derfor være spuriøs.²³ Det kan også tenkes at en del slutter å drikke av helsemessige årsaker. En slik effekt vil i så fall virke motsatt vei av en positiv effekt av lavt alkoholinntak, slik at den samlede effekten ikke gir utslag.

To grupper peker seg ut med signifikant bedre helse enn de andre, nemlig de som drikker én gang i uka eller to til tre ganger i uka. Igjen er det sannsynlig at dette delvis skyldes andre kjennetegn ved personer med et moderat alkoholinntak.

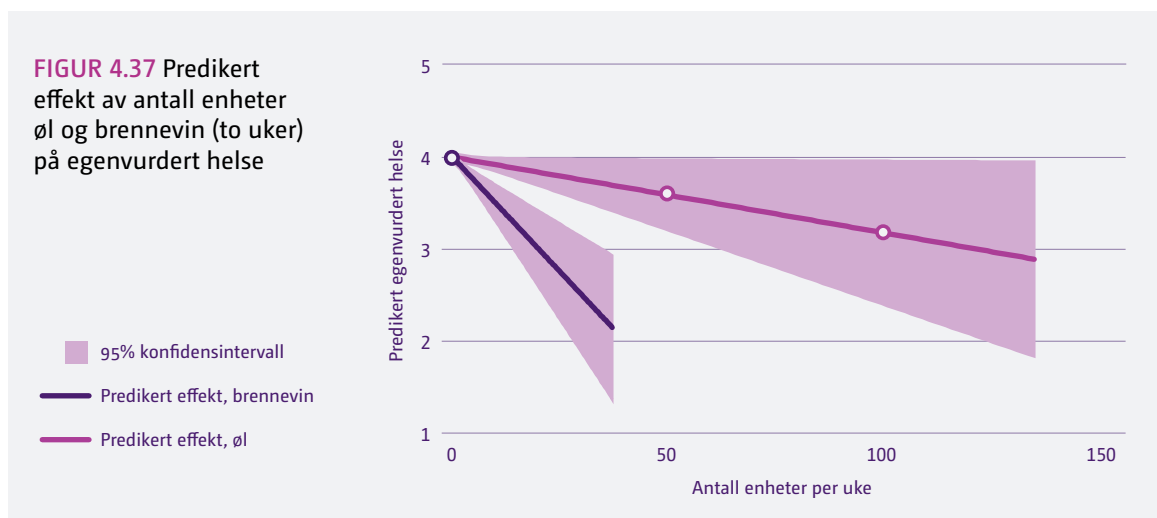


Disse antakelsene støttes delvis når vi ser nærmere på hva respondentene drikker, og hvor mye. Helsebarometeret inneholdt også spørsmål om hvor mange enheter øl, vin og brennevin man vanligvis drikker i løpet av to uker. Tallene er vanskelig å illustrere på grunn av bredden på fordelingene (svært mange drikker ingen enheter, mens noen oppgir at de f.eks. drikker opptil 250 enheter øl i løpet av to uker), og noen av anslagene virker også urealistisk høye. Regresjonsanalyse viser imidlertid at mengden øl og brennevin som inntas har en signifikant, negativ effekt på egenrapportert helse, mens vin ikke har en slik effekt. En nærliggende tolkning er at flertallet av de som drikker ukentlig, er personer med høy sosioøkonomisk status med et moderat inntak av vin, som ellers har en sunn livsstil og god helse, slik at det kan være at de friske og velstående drikker vin, ikke at man holder seg frisk av vin.

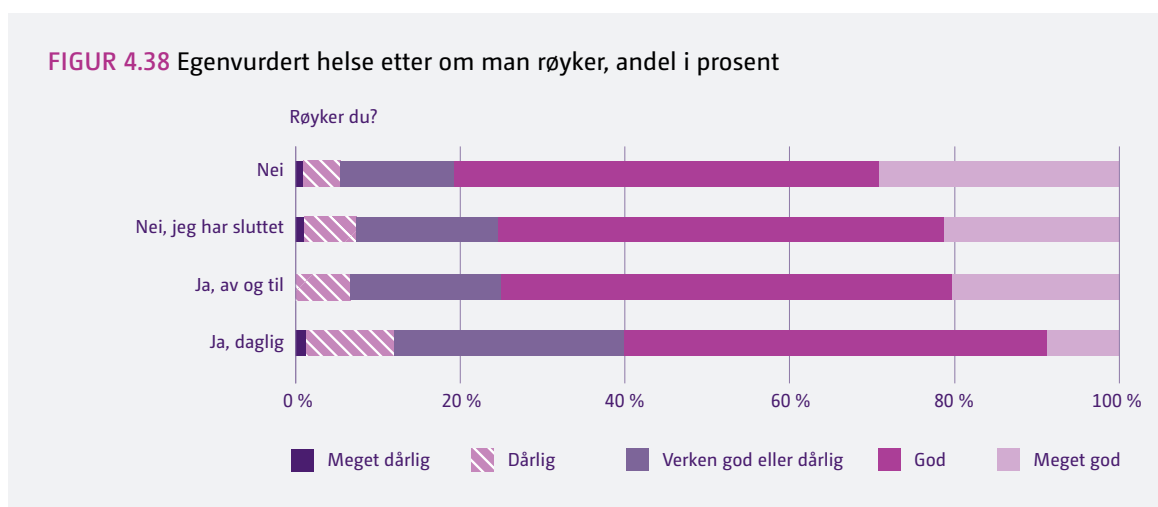
Den predikerte effekten av mengden inntak øl og brennevin er illustrert i Figur 4.37, med 95 prosent konfidensintervall. For at det skal være lettere å tolke resultatene, er begge variablene regnet om til antall enheter i uka (ikke per to uker). Vi ser at begge alkoholtypene har en negativ effekt på egenvurdert helse, og ikke overraskende er effekten per ekstra enhet større for brennevin enn for øl. Den predikerte effekten av fem ekstra enheter øl i uka er på ca. -0,04, og dermed relativ lav, gitt at egenvurdert helse måles på en skala fra 1 (meget dårlig helse) til 5 (meget god helse). Én enhets økning i antall enheter brennevin per uke gir en effekt på ca. -0,05.

Konfidensintervallet viser samtidig at usikkerheten rundt estimatet øker med antall enheter. Det skyldes blant annet at det er færre respondenter med et så høyt alkoholinntak, slik at spredningen blir større.

23 En spuriøs sammenheng er en statistisk sammenheng mellom to variabler uten at det er en logisk sammenheng mellom dem, ofte fordi begge påvirkes av samme underliggende årsak, som i dette tilfellet at sosioøkonomisk status påvirker både helse og alkoholforbruk.

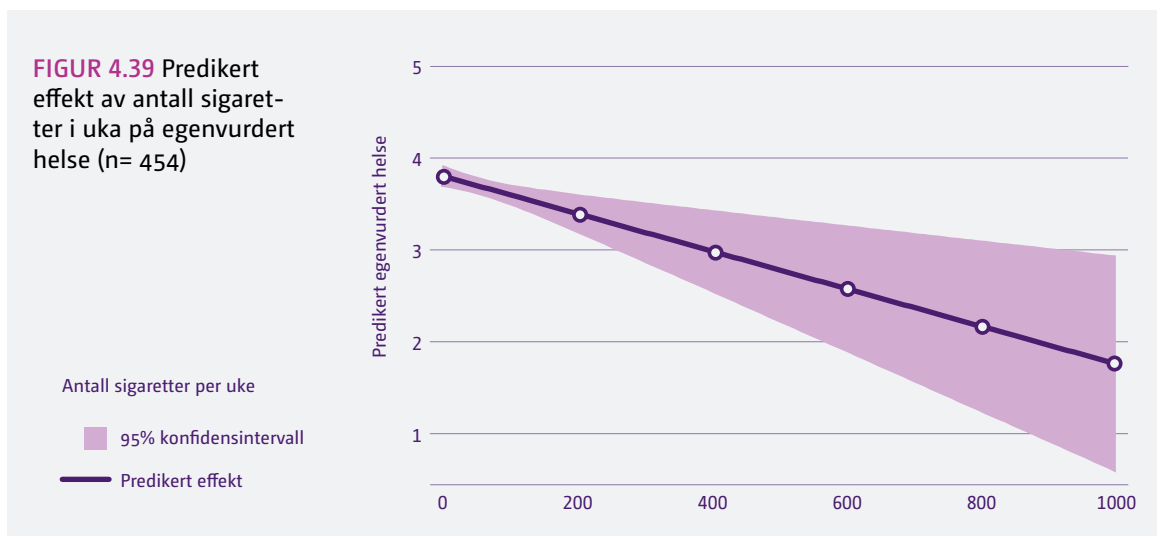


Av forhold som kan endres eller forebygges, er røyking den enkeltfaktoren som har størst påvirkning på folks helse. Tobakksforbruk har etter hvert blitt svært skjevfordelt sosialt (Sosial- og helsedirektoratet, 2005; Lund et al., 2009; Vedøy, 2014). På spørsmål om de røyker, svarte 64 prosent av respondentene nei, 19 prosent at de har sluttet, og 16 prosent at de røyker, enten av og til eller daglig. Figur 4.38 viser fordelingen på spørsmål om egenvurdert helse etter røykevaner blant respondentene. Det er også en klar sammenheng mellom egenvurdert helse og tobakksvaner. De som ikke røyker, rapporterer om signifikant bedre helse enn de som røyker eller har røykt tidligere. Det er liten forskjell på de som har sluttet å røyke, og de som røyker av og til, mens de som oppgir at de røyker daglig, vurderer at de har signifikant dårligere helse. 40 prosent av de som røyker daglig, vurderer helsen sin som mindre god, mot 20 prosent av de som ikke røyker.



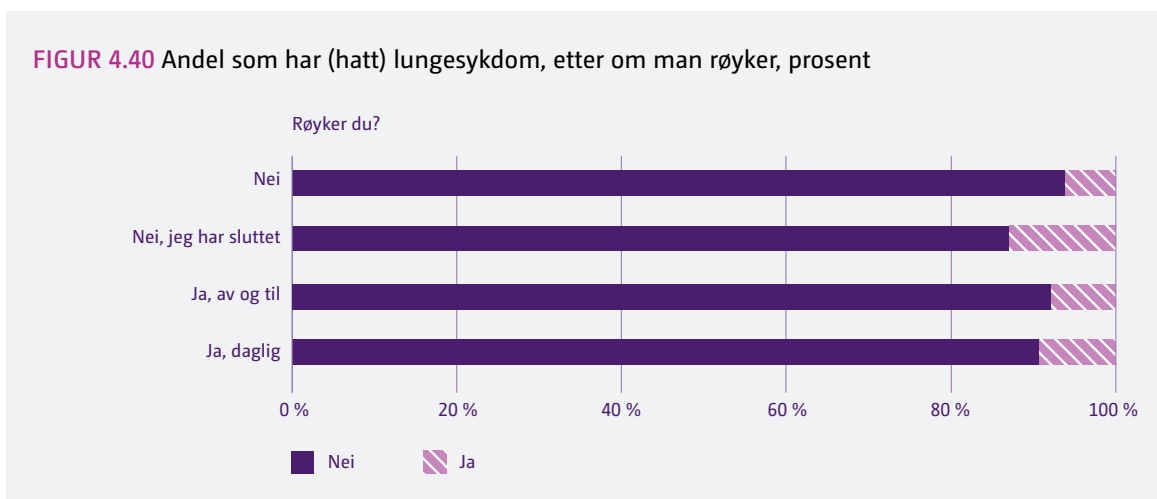
Ser vi på forbruket av sigaretter per uke på opplevd helse, er effekten signifikant og negativ. Også her er konfidensintervallet mye større for svært høyt forbruk. Figur 4.39 viser at effekten av 20 ekstra sigaretter i uka er ca. -0,04, altså igjen ikke en veldig sterk effekt, men det er også store forskjeller i røykevanene til folk, slik at forskjellen mellom de som røyker minst, og de som røyker mest, likevel er betydelig.

FIGUR 4.39 Predikert effekt av antall sigaretter i uka på egenvurdert helse (n= 454)



For tobakksbruk kan det være spesielt interessant å se på forekomst av lungesykdom. Figur 4.40 viser andel som har eller har hatt lungesykdom, etter røykevaner. Her skiller to grupper seg ut med signifikant andel som svarer ja: det er de som røyker daglig, og de som har sluttet. Begge disse effektene er statistisk signifikante ($p < 0,001$ og $p < 0,05$). Blant de som aldri har røykt, er andelen som har eller har hatt lungesykdom, ca. 6 prosent, mot 9 prosent blant de som røyker daglig, og hele 13 prosent blant de som har sluttet. Tallene bekrefter altså den helseskadelige effekten av røyking, men viser samtidig at mange velger å slutte når de får påvist lungesykdom.

FIGUR 4.40 Andel som har (hatt) lungesykdom, etter om man røyker, prosent

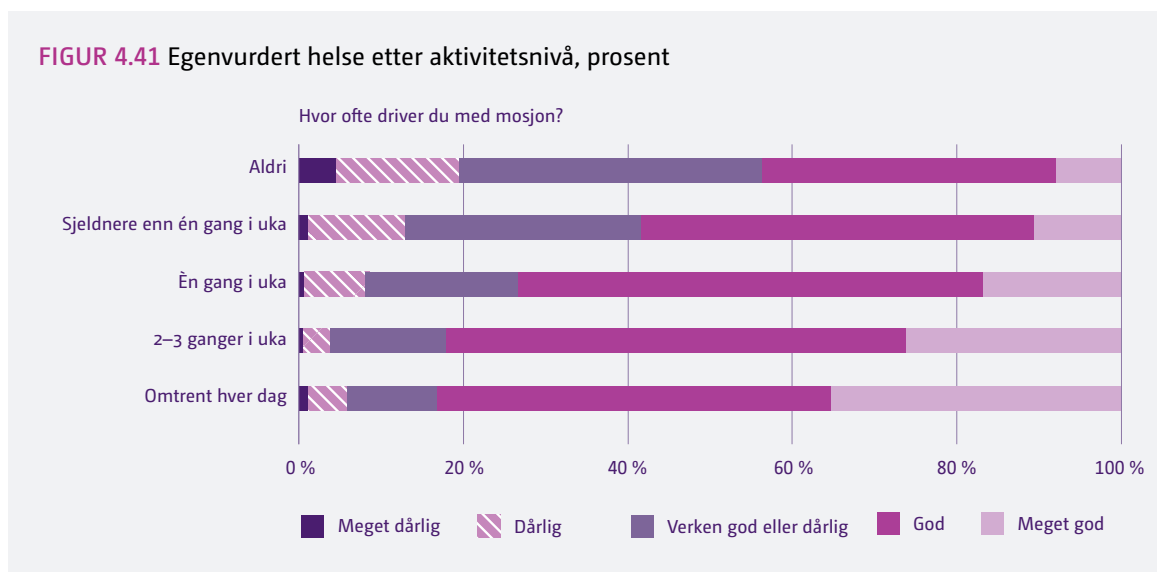


4.7.3 Trening og fysisk aktivitet

På spørsmål om fysisk aktivitet svarte nesten tre av fire at de driver med mosjon flere ganger i uka, flere også hver dag. I spørreskjemaet presiseres det at med mosjon menes aktiviteter som «går tur, svømmer eller driver trening/idrett». De høye andelenene som beskriver at de er aktive, gjør det likevel sannsynlig at folk har tolket spørsmålet ganske vidt.

Sammenhengen mellom fysisk aktivitet og egenvurdert helse er statistisk signifikant ($p < 0,001$). Figur 4.41 viser egenvurdert helse etter aktivitetsnivå. Det er en tendens til at forskjellene mellom gruppene øker med høyere aktivitetsnivå, det vil si at effekten av trening på helse blir større jo mer man driver med mosjon. Igjen er det verdt å huske at årsaksforholdet mellom helse og fysisk aktivitet kan gå begge veier, så lenge man ikke kan observere utviklingen over tid. Trening og mosjon er også sosialt skjevfordelt (Lindström et al., 2001; Cerin og Leslie, 2008).

FIGUR 4.41 Egenvurdert helse etter aktivitetsnivå, prosent



4.7.4 Hva er sammenhengen mellom helse og livsstil?

Som diskutert innledningsvis i delkapittelet er det til dels nær sammenheng mellom flere av livsstilsvariablene, og livsstil henger igjen sammen med sosioøkonomisk status, kjønn og alder. For å få et bedre grunnlag for å vurdere hvilke sammenhenger som er sterkest, har vi brukt lineær regresjon for å estimere effekten av flere variabler på egenvurdert helse og på den sammensatte skalaen for helse. Modellen inkluderer kjønn, alder, utdanningsgrupper, kosthold (pølser/hamburgere), alkohol- og tobakksbruk. Vi ser bort fra medikamentbruk og landbakgrunn. Ulike modellspesifikasjoner (variabelvalg og koding av variablene) gir noe ulike resultater, men hovedfunnene holder seg stabile. Vi finner at menn vurderer helsen sin som noe dårligere enn det kvinner gjør, men scorer høyere på den sammensatte helseskalaen. Ingen av disse forskjellene er imidlertid statistisk signifikante. Andelen med god helse går ned med økende alder, og effekten er statistisk signifikant selv om den er liten. Utdanning har motsatt effekt; de med høyere utdanning har i større grad god helse.

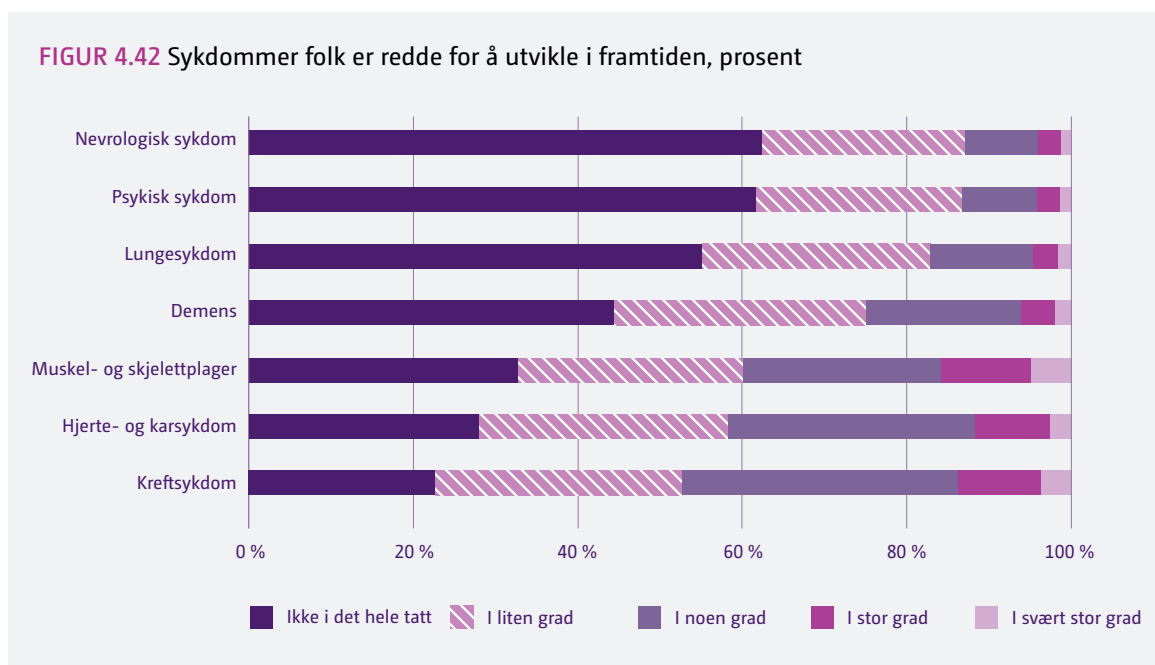
Flere indikatorer på kosthold ble forsøkt inkludert i modellen, men den mest robuste effekten fant vi for pølser og hamburgere som indikator på usunt kosthold. Modellen viser at i gjennomsnitt har de som ofte spiser pølser og lignende, signifikant dårligere helse enn personer med et lavt forbruk av slike matvarer.

Effekten av alkoholbruk er statistisk signifikant og svakt positiv. Dette stemmer overens med det vi så i kapittel 4.7, men strider med etablert kunnskap om skadevirkningene av stort alkoholkonsum. Vi så tidligere at den positive effekten av alkohol først og fremst gjaldt de med et moderat alkoholforbruk (et par ganger i måneden til én gang i uka), at helseeffekten av antall enheter øl og brennevin i uka var negativ, mens antall enheter vin i uka ikke hadde noen effekt. Effekten i modellen er uansett liten.

De som røyker daglig, har klart dårligere helse enn de som ikke røyker. Mosjon har en signifikant, positiv effekt. Det er stor forskjell i egenvurdert helse mellom de som aldri driver med mosjon, og de som mosjonerer omtrent hver dag. Av livsstilsvariablene er det altså røyking og mosjon som har størst effekt.

4.8 FORVENTET FRAMTIDIG HELSE

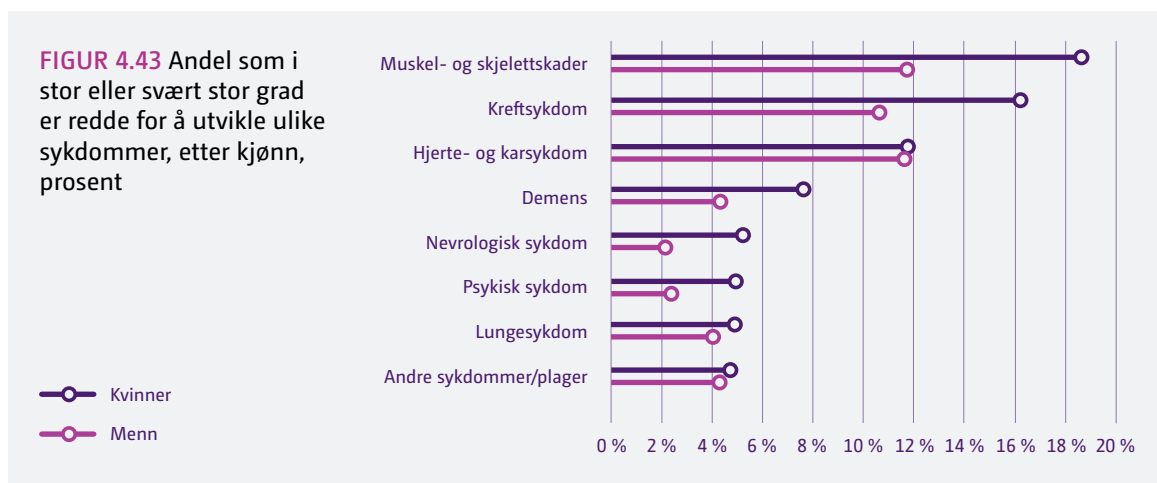
Helsebarometeret inneholdt også et spørsmål om hvilke plager og sykdommer folk er redd for at de kan utvikle i framtiden, basert på egen helse, arv, livsstil, kosthold, fysisk aktivitet og lignende. Figur 4.42 viser svarfordelingen.



Inntrykket fra figuren er at befolkningen i liten grad er redd for å utvikle sykdom. Kun et fåtall er i stor grad bekymret for at de kan utvikle ulike sykdommer i framtiden. For eksempel er under 4 prosent i stor eller svært stor grad redd for at de skal utvikle nevrologisk eller psykisk sykdom, mens knapt 7 prosent er redd for å få demens. Tre sykdomsgrupper peker seg imidlertid ut. Klart flere uttrykker bekymring for å utvikle muskel- og skjelettplager, hjerte- og karsykdom eller kreft, altså tre av de store folkesykdommene. Én av tre er i noen grad redd for å få kreft, og om lag 14 prosent bekymrer seg i stor eller svært stor grad. Bare 23 prosent er ikke redd for å få kreft i det hele tatt. Drøyt 15 prosent svarer at de i stor eller svært stor grad er redd for å utvikle muskel- og skjelettplager. I det følgende ser vi på fordelingen etter kjønn, alder og utdanning, med særlig vekt på muskel- og skjelettplager, kreftsykdom og hjerte- og karsykdom, siden det er disse tre sykdomsgruppene flest er bekymret for å få.

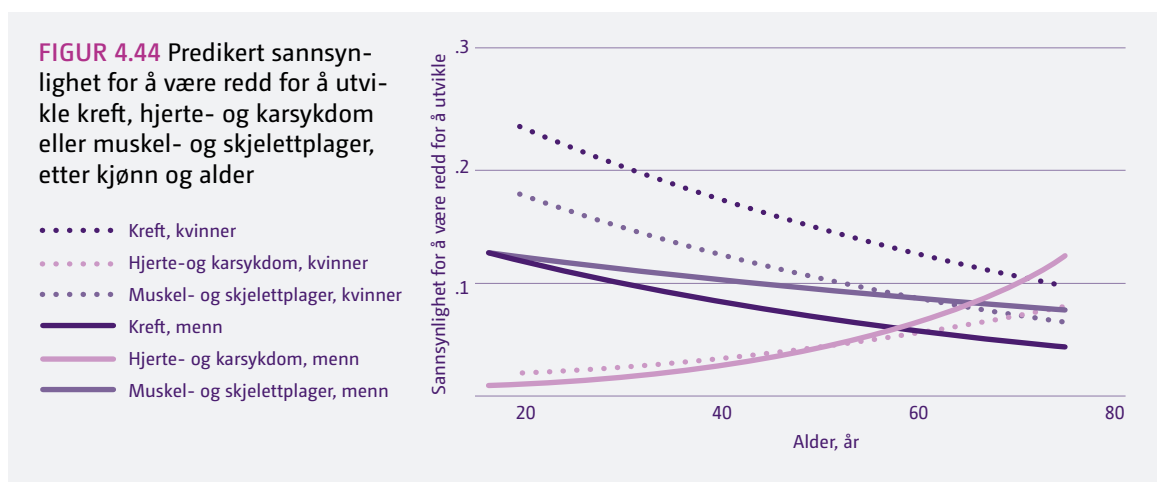
4.8.1 Bekymring for framtidig helse etter kjønn og alder

Figur 4.43 viser bekymring for framtidig sykdom etter kjønn. Her har vi slått sammen de som har svart at de i stor eller svært stor grad er redd for å få de ulike sykdommene. Ut fra figuren er det klart at kvinner bekymrer seg over framtidig helse i større grad enn hva menn gjør. Forskjellen er særlig stor for muskel- og skjelettplager og kreftsykdom, men er signifikant større for demens, psykisk sykdom og nevrologisk sykdom. En noe høyere andel kvinner er bekymret for å utvikle hjerte- og kar- og lungesykdom, men disse forskjellene er ikke statistisk signifikant.



Vi ser også at det er forskjell i hvilke sykdommer det er knyttet størst bekymring til hos menn og hos kvinner. Blant kvinner er det klart flest som er bekymret for å utvikle muskel- og skjelettplager. Hos menn er omtrent like mange bekymret for å få hjerte- og karsykdom. Blant kvinner er det knyttet klart større bekymring til å utvikle kreft enn til å utvikle hjerte- og karsykdom, mens flere menn bekymrer seg for hjerte- og karsykdom enn for kreft. Tilsvarende er det omtrent like mange kvinner som er bekymret for lungesykdom, psykisk sykdom og nevrologisk sykdom, mens klart flere menn er bekymret for lungesykdom enn for psykisk og nevrologisk sykdom.

Andelene varierer også med alder. Vi finner imidlertid ikke at effekten av alder varierer med kjønn. Siden svært få har svart at de i stor eller svært stor grad bekymrer seg for å utvikle nevrologisk sykdom, lungesykdom og psykisk sykdom, er det lite variasjon å forklare, og anslagene blir mer usikre. Vi ser derfor på sannsynligheten for å være redd for å utvikle én av de tre sykdommene som flest bekymrer seg for, det vil si kreft, muskel- og skjelettplager og hjerte- og karsykdom. Figur 4.44 viser predikert sannsynlighet for å utvikle en av disse sykdommene etter alder, beregnet separat for kvinner og menn.



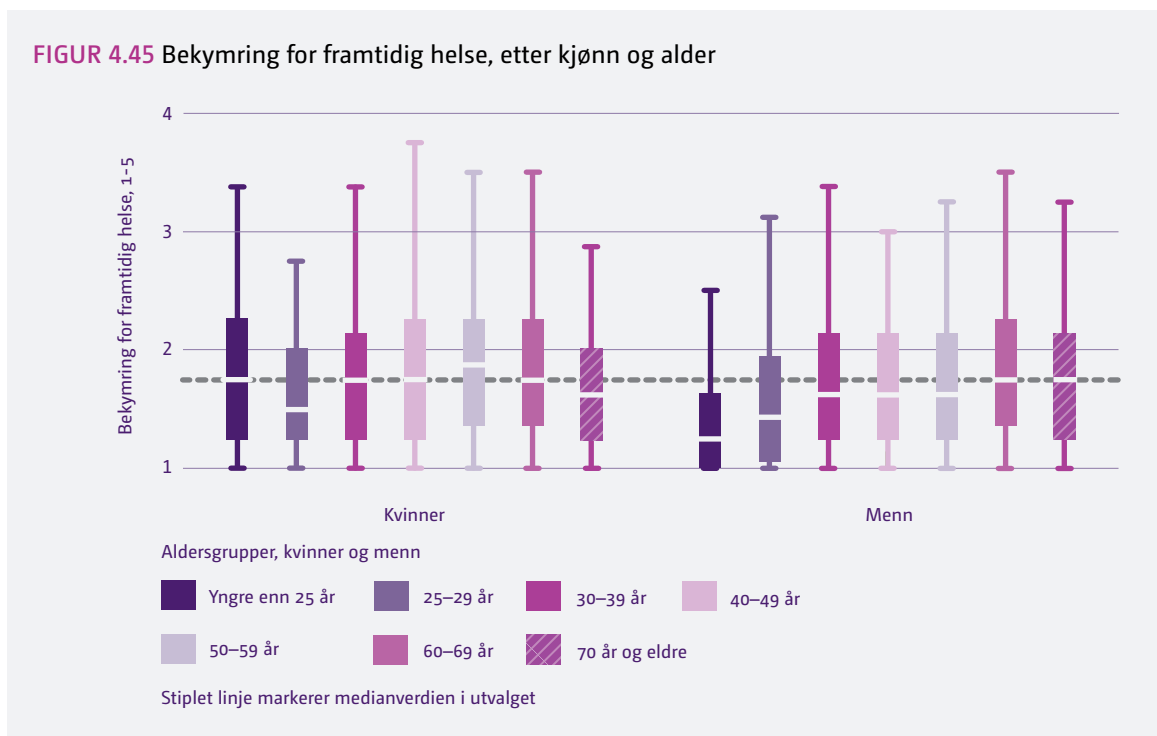
Vi ser at sannsynligheten for å være redd for å få kreft og muskel- og skjelettplager reduseres med økende alder. For muskel- og skjelettplager ligger kvinner klart høyere enn menn i alle aldergrupper, selv om forskjellen mellom menn og kvinner er noe lavere blant de eldste. For kreft er forskjellen mellom kvinner og menn klart størst blant de yngste og jevner seg ut, slik at blant de eldste respondentene er det ingen særlig forskjell.

Sannsynligheten for å være bekymret for å få hjerte- og karsykdom øker derimot med alder. Figur 4.43 viste at kvinner og menn var omtrent like bekymret for å utvikle hjerte- og karsykdom. Dette finner vi igjen også her, og selv om forskjellen varierer noe mellom de ulike aldersgruppene, har alder lite å si for forskjellen mellom menn og kvinner.

Figuren illustrerer også at hvilken sykdom flest er redde for å utvikle, er en funksjon av alder og kjønn. Blant

kvinner ligger rekkefølgen ganske fast; stort sett uavhengig av alder er flest redde for å få muskel- og skjelettplager, fulgt av kreft og hjerte- og karsykdom. Blant menn varierer rangeringen av de tre sykdommene i større grad med alder. Blant yngre menn er omtrent like mange redd for å utvikle kreft og muskel- og skjelettplager, og sannsynligheten for å bekymre seg for hjerte- og karsykdom er nesten null. Blant menn litt over 60 år har rekkefølgen begynt å endre seg; det er flere som er redde for hjerte- og karsykdom enn for kreft, og flere er redde for å utvikle kreft enn muskel- og skjelettplager.

Etter faktoranalyse som viste sterk korrelasjon mellom sykdommene i Figur 4.42, ble de slått sammen til en felles skala for bekymring for framtidig helse. Figur 4.45 viser fordelingen for ulike aldersgrupper fordelt etter kjønn.

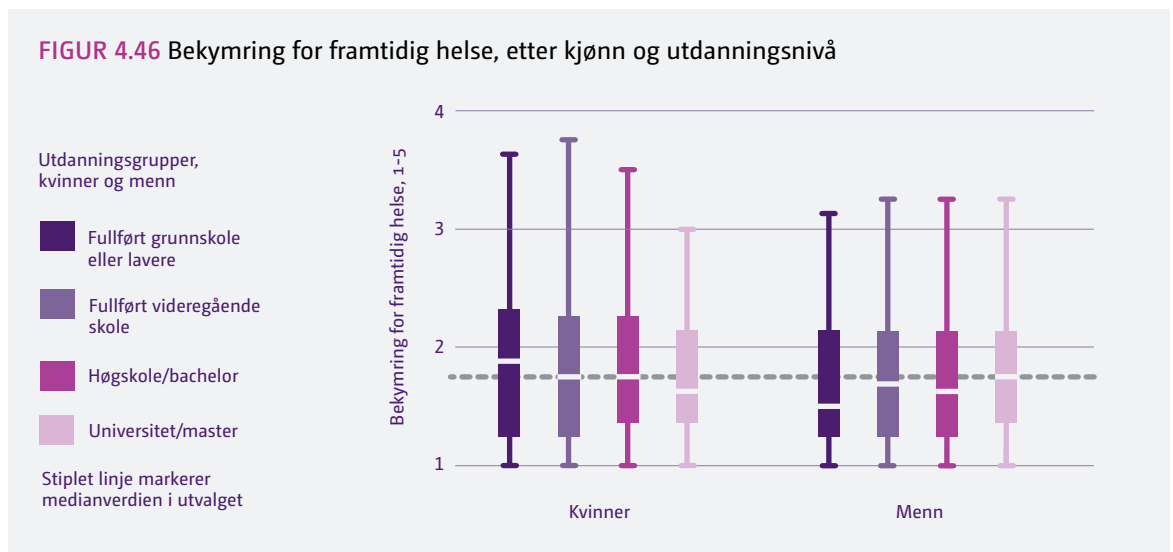


Vi ser at det er større spredning blant kvinner enn blant menn. Andelen som er bekymret for sykdom, øker mer med alder blant menn enn blant kvinner, der alder ikke har en klar effekt.

4.8.2 Bekymring for framtidig helse etter kjønn og utdanning

Utdanning har liten betydning for hvordan folk vurderer sin framtidige helse. Siden det er så store kjønnsforskjeller her, viser vi fordelingen etter utdanning separat for menn og kvinner. Figur 4.46 viser fordelingen. Utdanning ser ut til å ha motsatt effekt for menn og for kvinner. Mens færre kvinner med høyere utdanning er bekymret for framtidig helse, er menn med høyere utdanning mer bekymret enn de med bare grunnskoleutdanning.

FIGUR 4.46 Bekymring for framtidig helse, etter kjønn og utdanningsnivå



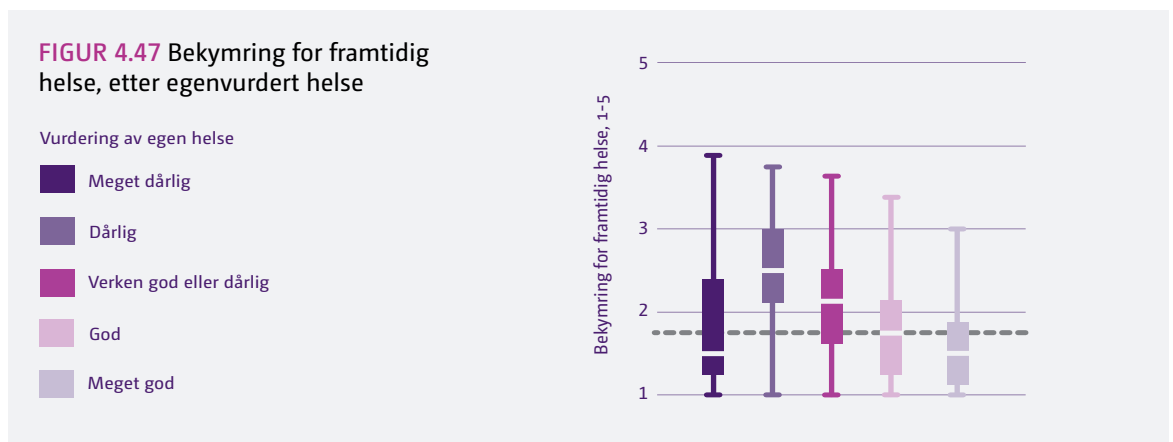
Når vi undersøker dette i ulike regresjonsmodeller, finner vi imidlertid at effektene er små og lite robuste. Ser vi nærmere på enkeltvariablene som utgjør skalaen for framtidig helse, finner vi at de med høyere utdanning i mindre grad bekymrer seg for å utvikle hjerte- og karsykdom og muskel- og skjelettplager, men effekten er liten. Sannsynligvis er effekten av utdanning betinget av andre forhold, som alder og ikke minst nåværende helse, som er tema i neste delkapittel.

4.8.3 Bekymring for framtidig helse etter sykdom og helseplager

Det er vanskelig å gi en oversiktlig framstilling av effekten av nåværende helse. Vi har valgt å ta utgangspunkt i egenvurdert eller opplevd helse, og heller gjengi forskjeller mellom ulike sykdomsgrupper i form av tekst. Figur 4.47 viser fordeling av skalaen for bekymring for framtidig helse etter hvordan man vurderer helsen sin i dag. Vi finner ingen forskjell mellom kvinner og menn, så vi gjengir resultatene samlet.

Figuren illustrerer en klar kurvelineær effekt av egenvurdert helse. Effekten er også statistisk signifikant. De som vurderer helsen sin som meget dårlig eller som meget god, er i liten grad bekymret for framtidig helse, mens de som i størst grad er bekymret for å utvikle sykdom i framtiden, er de som vurderer at de har dårlig helse, eller at helsen verken er god eller dårlig. Tolkningen av dette er at de som allerede har dårlig helse, i liten grad bekymrer seg over å utvikle mer sykdom, mens de som opplever at de har en del helseproblemer, er redde for å bli dårligere og utvikle ytterligere plager og sykdommer. De som opplever at de har god helse i dag, er i liten grad bekymret for framtidig sykdom og plager.

FIGUR 4.47 Bekymring for framtidig helse, etter egenvurdert helse



Ser vi nærmere på de enkelte sykdommene folk har eller har hatt, finner vi at det å ha hatt en gitt sykdom øker bekymringen for at man skal få samme sykdom igjen, men påvirker i liten grad hvordan man vurderer risikoen for å utvikle andre sykdommer. En signifikant høyere andel av de som har eller har hatt lungesyk-

dom, er redde for å utvikle lungesykdom, de som har hatt hjertesykdom eller problemer med blodtrykket, er i større grad redde for hjerte- og karsykdom, og (tidligere) kreftpasienter er redde for å utvikle ny kreft. De som har (hatt) sykdom eller skade i bevegelsesapparatet, er i signifikant større grad redde for å utvikle muskel- og skjelettplager og nevrologisk sykdom.

Personer som har hatt hjerneslag eller hjerneblødning, utmerker seg ved at de ikke har høyere sannsynlighet for å være bekymret for framtidig helse. Personer som har (hatt) nyresykdom, er i større grad redde for å utvikle nevrologisk sykdom og lungesykdom.

Vi så i kapittel 4.5 om psykisk helse at det er høyere forekomst av de fleste vanlige sykdommene blant personer med psykiske plager. Vi finner her at personer med psykiske plager i langt større grad bekymrer seg for å utvikle sykdom og helseplager. De som har (hatt) psykiske plager, er ikke bare signifikant mer bekymret for å utvikle nye psykiske plager i framtiden, de er også signifikant mer bekymret for å utvikle kreft, lungesykdom, muskel- og skjelettplager, demens og nevrologisk sykdom.

Skalaen for angst og uro, som ble beskrevet i kapittel 4.5.4, gir også signifikant utslag på alle sykdomsgruppene det ble spurt om. Høy verdi på skalaen for angst og uro henger altså sammen med større grad av bekymring for å utvikle framtidig sykdom.

4.8.4 Livsstil og bekymring for framtidig helse

Avslutningsvis ser vi bekymring for framtidig helse i sammenheng med faktisk livsstil. Igjen er det verdt å påpeke at livsstil varierer med sosioøkonomisk status, og at ulike vaner også henger sammen med alder, kjønn og helsetilstand. Det er altså mange forhold som virker inn på hverandre, og det er vanskelig å skille de ulike effektene fra hverandre. For å vurdere hva som faktisk driver effektene, bør derfor alle de relevante variablene inkluderes. Derfor har vi brukt multivariat regresjonsanalyse for å vurdere effekten av ulike livsstilsvariabler på bekymring for framtidig helse. Som tidligere (kapittel 4.7) ser vi på kosthold, alkoholforbruk, røykevaner og fysisk aktivitet. Vi har sett på bekymring for de enkelte sykdomsgruppene og generell bekymring for framtidig helse som målt med en felles skala. Disse analysene støtter opp under resultatene vist tidligere om framtidig helse; kvinner er mer bekymret enn menn, mens effekten av alder varierer både med kjønn og med den enkelte sykdommen. Heller ikke utdanning har en klar effekt på vurdering av framtidig helse og utsikten til å utvikle ulike sykdommer i framtiden.

Det overordnede inntrykket er at livsstil har lite å si når man også tar hensyn til sosiodemografiske kjennetegn og helsetilstand. Kosthold har for eksempel ingen betydning for om man er redd for å utvikle sykdom. Utover det finner vi enkelte sammenhenger som rent intuitivt virker rimelige: Personer med et høyt alkoholforbruk er mer redde for å utvikle kreft og hjerte- og karsykdom, de som røyker daglig, er mer redde for å utvikle lungesykdom, og de som er lite fysisk aktive, er mer redde for å utvikle muskel- og skjelettplager.

Ingen av disse sammenhengene er særlig sterke, men de er statistisk signifikante. Tolkningen er at livsstil i noen grad påvirker bekymring for framtidig helse, og denne bekymringen virker relativt rasjonell ut fra det man vet om sammenhengen mellom livsstil og helse.

4.9 OPPFATNING AV EGEN HELSE OG SYKDOMSTILSTAND OPPSUMMERT

Verdens helseorganisasjon definerer helse som «en tilstand av fullkomment legemlig, sjelelig og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lyter». I befolkningen er det bred enighet om at god helse kan forstås som trivsel i hverdagen og muligheten til å være i aktivitet. En slik forståelse kan innebære høye forventninger, både til egen helsetilstand og til hva helsetjenesten skal bidra med. Samtidig åpner den for at man kan ha god helse også ved sykdom. Vi har også sett at personer som svarer at helsetilstanden hindrer dem i å utføre vanlige oppgaver, i større grad vurderer at de har dårlig helse.

Kun en liten andel av respondentene i Helsebarometeret vurderer at de har dårlig helse. Kvinner ser ut til å ha en noe mer positiv vurdering av egen helse enn menn, spesielt blant de eldre respondentene. For menn øker andelen med dårligere helse relativt jevnt med alder, mens for kvinner er det større variasjon mellom

aldersgruppene. En større andel av de yngste kvinnene, det vil si yngre enn 25 år, vurderer helsen som mindre god. Materialet vårt tyder på at folk vurderer helsen sin relativt til forventninger om hva som er normalt blant dem man sammenligner seg med, slik at ikke bare faktisk helse, men også forventninger varierer med kjønn og alder. Kvinner rapporterer imidlertid om klart flere helseplager og noe mer sykdom enn menn. Flere kvinner har også psykiske lidelser, men kjønnsforskjellen er lavere blant de eldre enn de yngre. Generelt finner vi også at færre eldre enn yngre har psykiske lidelser. En særlig stor andel blant unge kvinner plages av angst og uro. Flere kvinner er også redde for å utvikle sykdom i framtiden, og da særlig muskel- og skjelettplager, kreft og hjerte- og karsykdom. Menn er redde for å utvikle de samme tre sykdommene, men i mindre grad enn kvinner. Sannsynligheten for å være redd for å utvikle sykdom går imidlertid noe ned med alder, for både kvinner og menn.

Egenvurdert helse korrelerer med sykdom og helseplager, men styrken på sammenhengen varierer med type sykdom. Sammenhengen er sterkest for sykdommer som blodtrykksproblemer og sykdom eller skade i bevegelsesapparatet, lungesykdom og psykiske plager, og for helseplager som pustevansker, magesmerter og magesår, angst og depresjon, søvnproblemer og tretthet, altså i stor grad kroniske sykdommer. Andelen som har hatt ulike sykdommer og plager, er høyere blant personer med dårlig psykisk helse. Psykisk helse ser også ut til å ha stor betydning for hvordan man vurderer risikoen for å utvikle sykdom i framtiden. Ellers ser det ut til at det å ha hatt en gitt sykdom stort sett påvirker om man er bekymret for å utvikle lignende sykdom i framtiden. Det betyr at de som har hatt lungesykdom, er mer redde for å få lungesykdom, personer som har (hatt) hjertesykdom eller blodtrykksproblemer, er i større grad redde for å utvikle hjerte- og karsykdom, og de som har (hatt) kreft, er mer redde for å utvikle kreft.

Sosial ulikhet i helse er etter hvert godt dokumentert, og LHLs Helsebarometer viser også en sosial gradient i helse som er spesielt tydelig hvis man ser på egenvurdert helse. De med bare grunnskoleutdanning peker seg særlig ut med en klart høyere andel av sykdom og helseplager, og andelen som har sykdom og plager, synker for hvert trinn man beveger seg oppover utdanningshierarkiet. Forbruket av sovemedisin og beroligende tabletter er også høyere blant de med lav utdanning. Utdanning har imidlertid lite å si for om man er redd for å utvikle sykdom i framtiden. For kvinner er det en tendens til at bekymring for framtidig sykdom går ned med økende utdanning, mens effekten er motsatt for menn.

Økt innvandring gjør at befolkningssammensetningen i Norge endrer seg. De av respondentene i Helsebarometeret som ikke er født i Norge, er i stor grad arbeidsinnvandrere fra Norden og andre vestlige land, og de framstår som relativt ressurssterke sammenlignet med norskfødte som har svart på undersøkelsen. Innvandrerne i Helsebarometeret kan derfor deles i to. En gruppe framstår som velutdannede arbeidsinnvandrere, i første rekke fra Norden, EU, Nord-Amerika og Oseania. Denne gruppen har i gjennomsnitt bedre utdanning og bedre egenvurdert helse, men en noe større andel av sykdom enn den øvrige befolkningen. Den andre gruppen av innvandrere er født i Afrika, Asia, Latin-Amerika eller Europa utenfor EU. Sysselsettingsnivået er lavere, mens utdanningsnivået er som for befolkningen for øvrig eller lavere. I denne gruppen er andelen som vurderer at de har dårlig helse, høyere enn i resten av befolkningen, mens andelen med sykdom er noe lavere enn i den andre gruppen av innvandrere. Andelen med helseplager er imidlertid større. Funnene viser at innvandrerbefolkningen er like heterogen som resten av befolkningen. Helsetilstanden varierer sannsynligvis med landbakgrunn og kjennetegn ved hver enkelt, på samme måte som den gjør det for resten av befolkningen, inkludert sosioøkonomisk status og livsstil. På grunn av at få respondenter i Helsebarometeret født utenfor Norge er det ikke mulig å se på nærmere på forskjeller innad i gruppen av innvandrere.

Forskjeller i livsstil eller såkalt helsereelatert atferd har også betydning for helsen. En del forhold, og spesielt røyking, har etter hvert blitt svært skjevfordelt. Vi har imidlertid ikke gått inn på forskjeller i livsstil blant ulike grupper, men sett hvordan egenvurdert helse samvarierer med kosthold, fysisk aktivitet og alkohol- og røykevaner. Når vi kontrollerer for sosiodemografiske forskjeller (kjønn, alder og utdanning), finner vi størst effekt av røyking og fysisk aktivitet, mens kosthold har noe mindre betydning. Livsstil har liten betydning for frykt for å utvikle sykdom i framtiden.



5 Oppfatning av helsetilbudet i Norge

Ifølge SSBs nasjonale helseregnskap brukte Norge vel 288 milliarder kroner på helse i 2013, noe som tilsvarer ca. 57 000 kroner per innbygger (se kapittel 1). For at kostnadsnivået skal oppfattes som legitimt, er det viktig at befolkningen får tjenester de er fornøyde med. Kunnskap fra brukerundersøkelser er også et nyttig virkemiddel for å forbedre tjenester. Kunnskapscenterets siste rapport om pasienterfaringer med norske sykehus viser at det er betydelige variasjoner mellom sykehusene. Til tross for positiv utvikling over tid er det fortsatt rom for forbedringer blant annet innenfor ventetider, organisering av sykehusets arbeid, samhandling og utskrivning (Kunnskapscenteret 2014).

I det følgende går vi blant annet gjennom hvor fornøyde folk er med ulike helsetjenester, fra fastlege til pleie- og omsorgstjenester, samarbeid mellom ulike aktører, påvirkning på eget behandlingsforløp, en generell vurdering av kvaliteten i helsetjenesten, samt hva som oppfattes som de viktigste kriteriene for kvalitet.

Er ganske eller svært misfornøyd med pleie-/omsorgs-/hjemmetjeneste:



UNDER 40 ÅR

26 %



OVER 70 ÅR

11 %

Er godt fornøyd eller svært godt fornøyd med

29 %

INNLEGGELSE I PSYKISK HELSEVERN

Har tiltro til at de får eller har fått den riktige behandlingen



PASIENTER SOM HAR ELLER HAR HATT SYKDOM ELLER SKADE I BEVEGELSESSAPPARATET



PASIENTER SOM HAR ELLER HAR HATT KREFT

82 %

INNLEGGELSE PÅ SYKEHUS

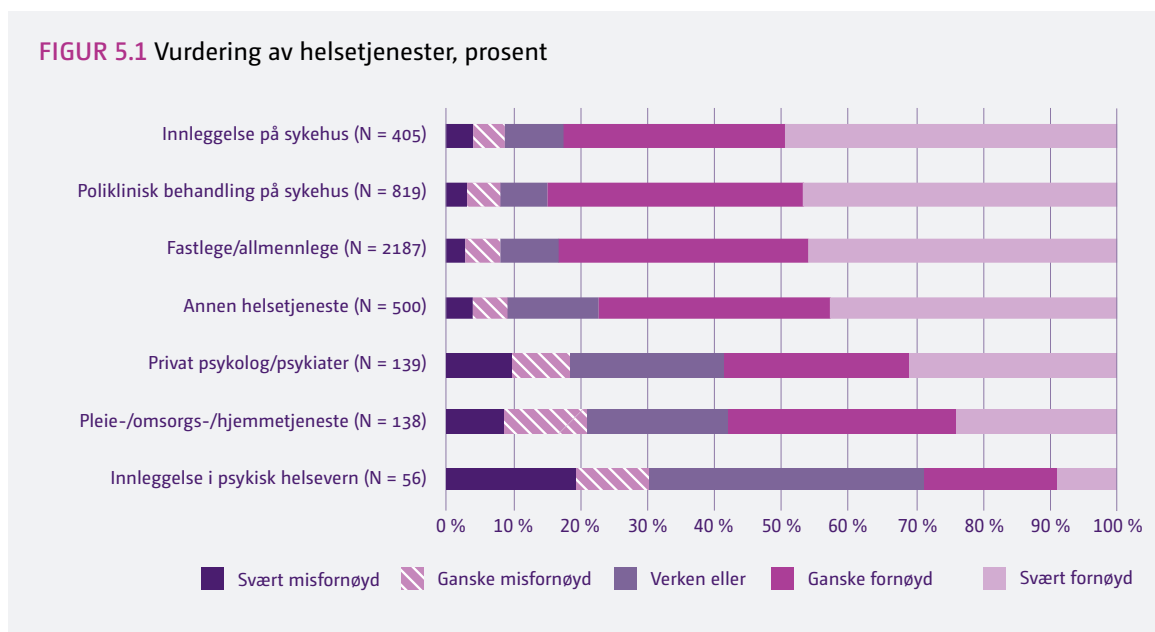
85 %

POLIKLINISK BEHANDLING PÅ SYKEHUS

5.1 OPPFATNING AV HELSETJENESTER

På spørsmål om hvor fornøyd man er med ulike helsetjenester, fikk respondentene beskjed om å krysse av for «ikke aktuelt» dersom de ikke hadde brukt tjenesten siste 12 måneder. Antall gyldige svar på spørsmålene varierer dermed med hvor mange som har mottatt tjenesten. Det er derfor færre som har vurdert mer spesialiserte helsetjenester, som innleggelse i psykisk helsevern, enn det er som har vurdert fastlegen. I alt er det 32 personer som har vurdert alle tjenestene som er inkludert i spørreskjemaet.

Mens over 80 prosent av respondentene har vurdert fastlegetjenesten, har ca. 5 prosent, eller 139 respondenter vurdert tilbudet de har fått av privat psykolog/psykiater, og bare 2 prosent, eller 56 personer, har svart på hvor fornøyd de er med innleggelse i psykisk helsevern. Når få har svart på et spørsmål, betyr det også at tallene må tolkes med større forsiktighet, fordi svarene fra hver enkelt person får større vekt. Det som er interessant i dette tilfellet, er at det er en tendens til at tjenester som færre personer har vurdert, også blir vurdert klart mer negativt enn mer vanlige tjenester.



Figur 5.1 over viser hvor fornøyd eller misfornøyd folk er med helsetjenestene. De tre høyest vurderte tjenestene er fastlegetjeneste og poliklinisk behandling og innleggelse på sykehus, fulgt av annen helsetjeneste, som ikke er nærmere spesifisert. Nesten halvparten av respondentene er svært fornøyd med tilbudet de mottok ved innleggelse på sykehus, og én av tre er ganske fornøyd. Det vil si at bare 17 prosent er mindre fornøyd med tilbudet. Tilsvarende andel er mindre fornøyd med fastlegetilbudet, mens bare 15 prosent er mindre fornøyd emed tilbudet de mottok ved poliklinisk behandling på sykehus. Sett under ett må dette vurderes som svært gode resultater for de tre vanlige helsetjenestene.

Vurderingen er markant dårligere av pleie- og omsorgstjenester og tilbudet innen psykisk helse, og da spesielt innleggelse i psykisk helsevern. Knappt halvparten er fornøyd med tilbudet de fikk eller har fått av psykolog/psykiater eller pleie- og omsorgstjenesten, mens over 70 prosent er mindre fornøyd med innleggelse i psykisk helsevern, og én av fem er svært misfornøyd. Selv om det er større usikkerhet rundt disse tallene fordi færre har svart, er forskjellene såpass store at det er grunn til å ta dem på alvor.

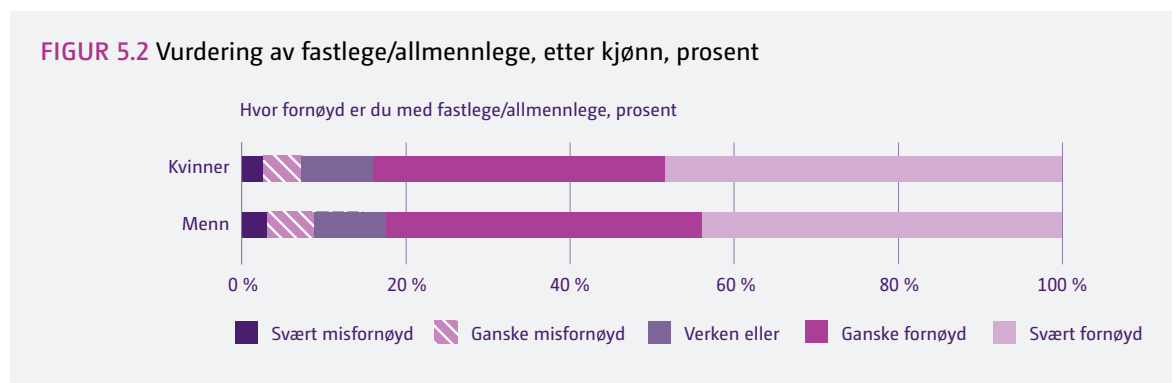
Vi har sett nærmere på hvordan de respondentene som har vurdert de tre tjenestene med de minst fornøyd brukerne, har vurdert de tre tjenestene som folk er mest fornøyd med, og finner at personer som har mottatt tjenester innenfor psykisk helsevern og pleie- og omsorgstjenester, konsekvent har en mer negativ vurdering også av de andre helsetjenestene, og forskjellene er statistisk signifikante. Det vil si at for eksempel en person som mottar pleie- og omsorgstjenester, i gjennomsnitt er mindre fornøyd med f.eks. fastlegen enn en person som ikke mottar pleie- og omsorgstjenester. Forskjellen er særlig stor for personer som har vært innlagt i psykisk helsevern. Disse personene skiller seg ikke fra resten av respondentene i alder og kjønn, men vi finner at de scorer signifikant lavere på egenvurdert helse. Spesielt blant yngre mottakere av pleie- og omsorgstjenester er det sannsynlig at en stor andel har store, sammensatte behov, og at det dreier seg om en gruppe med gjennomgående dårlig helse (Romøren, 2007)

Det er en viss risiko for at personer har vurdert tjenester i egenskap av pårørende, ikke som pasient, selv om det står i spørreskjemaet at man bare skal svare dersom man har mottatt tjenesten eller fått behandling siste år. Variasjonene i hvor mange som har svart på spørsmålene, tyder imidlertid på at dette i liten grad er et problem; i så fall kunne man tenke seg at langt flere ville ha vurdert for eksempel pleie- og omsorgstjenester, i og med at svært mange kjenner noen som mottar slike tjenester, selv om de ikke har behov for det selv.

For å få mer kunnskap om hvordan de ulike helsetjenestene vurderes, er det viktig å se på hva som kjennetegner brukerne av de ulike tjenestene, og hva som kjennetegner henholdsvis fornøyde og mindre fornøyde brukere. Det er mange måter dette kan gjøres på, men vi har organisert gjennomgangen slik at vi først går gjennom de enkelte helsetjenestene og ser på forskjeller i vurderingen etter kjønn, alder og utdanning. Vi ser bort fra innleggelse i psykisk helsevern, siden det gir lite mening å dele så få respondenter inn i mindre grupper. Vi går heller ikke nærmere inn på «andre helsetjenester», i og med at folk potensielt vurderer mange ulike tjenester. Etter en oppsummering av disse forskjellene ser vi på forskjeller i vurderingene etter sykdomsgruppe. I og med at det er færre respondenter i de enkelte sykdomsgruppene, holder vi oss til de to tjenestene som flest har vurdert, nemlig fastlege/allmennlege og poliklinisk behandling.

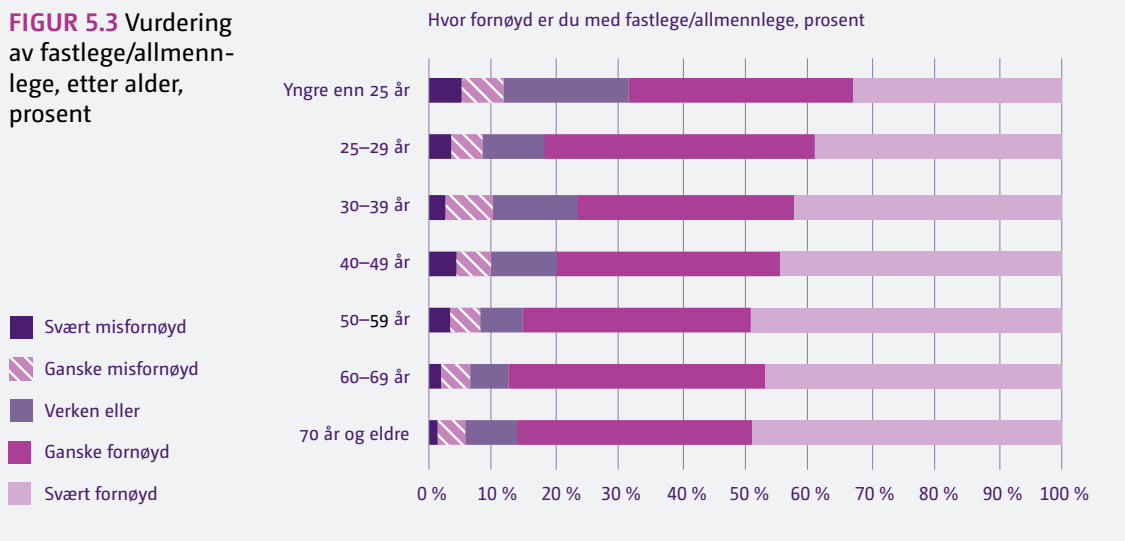
5.1.1 Fastlege/allmennlege

Fastlege er den klart mest brukte helsetjenesten i Norge, og fungerer som portvokter for de andre helsetjenestene. 95 prosent av utvalget vårt oppga at de hadde hatt kontakt med fastlegen det siste året. Figur 5.2 viser vurdering av fastlege etter kjønn. Det er en tendens til at kvinner er noe mer fornøyde med fastlegen enn menn, men med en p-verdi på 0,06 er ikke forskjellen statistisk signifikant på et 0,05-nivå.



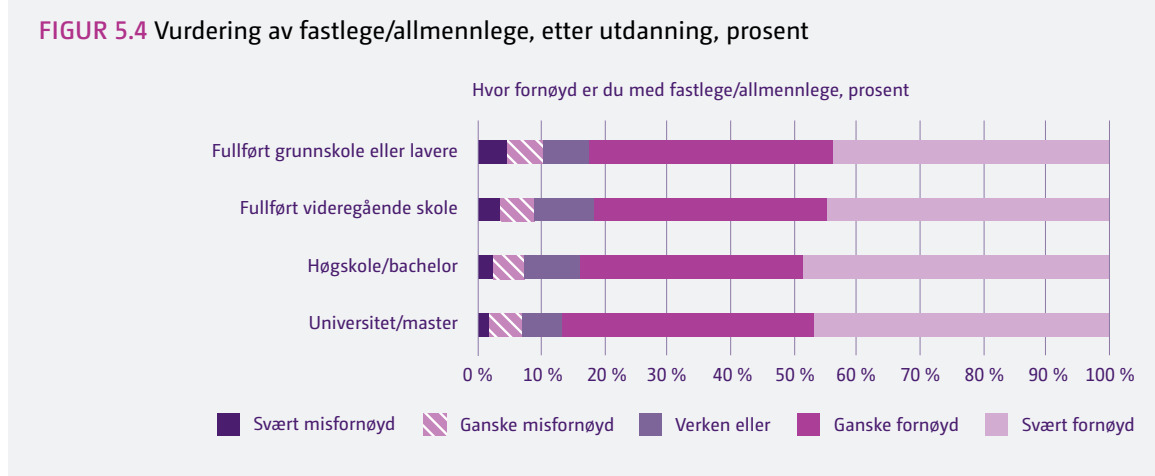
Det er større forskjeller i hvor fornøyde personer i ulike aldersgrupper er med fastlegetjenesten (Figur 5.3), og tendensen er at de eldste er mest fornøyde. Figuren viser at de yngste aldersgruppene i større grad er misfornøyde. En mulig forklaring kan være høyere forventninger. En annen forklaring er at flere unge har relativt god helse, og derfor kan bli nedprioritert til fordel for pasienter med mer alvorlige sykdommer og plager. En annen mulighet er at unge gjerne flytter mer på seg og derfor bytter fastlege oftere, noe som kan føre til at færre har en fastlege de kjenner godt. Imidlertid er også personer i alderen 30–39 mindre fornøyde med fastlegen, noe som gjør den siste forklaringen mindre sannsynlig.

FIGUR 5.3 Vurdering av fastlege/allmennlege, etter alder, prosent



Tilfredsheten med fastlegen øker også med utdanning (Figur 5.4). Personer med utdanning utover videregående skole er klart mer fornøyd med fastlegen sin enn de som ikke har høyere utdanning. Fra før vet vi at personer med lavere sosioøkonomisk status har dårligere helse enn personer i høyere sosiale lag. Det er derfor problematisk at de i mindre grad er fornøyd med fastlegetjenesten. Tidligere forskning har også vist at sosioøkonomisk status påvirker kommunikasjonen mellom lege og pasient. Pasienter fra høyere sosiale lag kommuniserer mer aktivt med legen, og får til gjengjeld mer informasjon, råd og støtte fra legen (Willems et al., 2005).

FIGUR 5.4 Vurdering av fastlege/allmennlege, etter utdanning, prosent



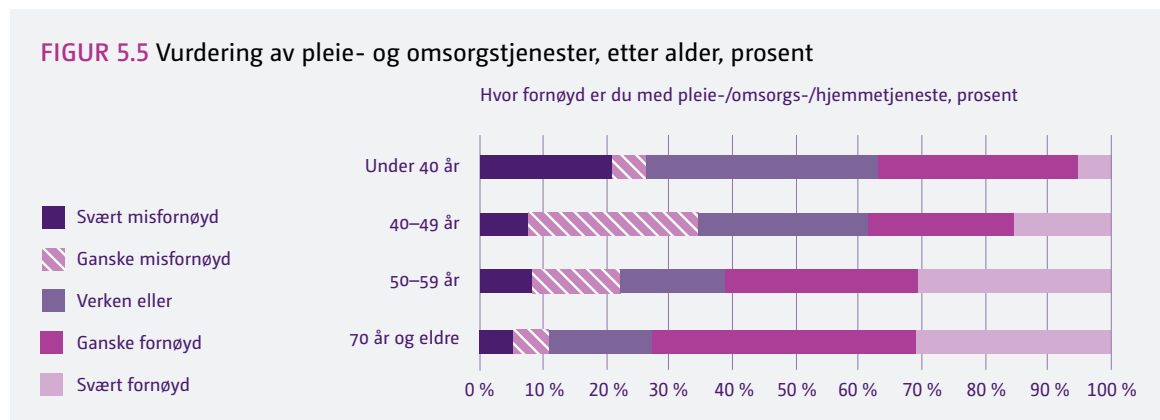
Det er også verdt å merke seg at denne effekten sannsynligvis er sterkere hvis man kontrollerer for alderssammensetningen i utvalget, i og med at eldre har en mer positiv vurdering av fastlegetjenesten, men også et lavere utdanningsnivå enn resten av befolkningen.

5.1.2 Pleie-/omsorgs-/hjemmetjeneste

Vi så innledningsvis i kapittelet at færre respondenter har brukt og vurdert pleie- og omsorgstjenester (n = 138). Dette henger sammen med overrepresentasjonen av relativt friske eldre. I praksis er det altså mest sannsynlig hjemmebaserte omsorgstjenester folk har vurdert, ikke omsorgstjenester i institusjon.

Pleie- og omsorgstjenesten peker seg ut som en tjeneste der flere er mindre fornøyd. Nærmere undersøkelser viser at det er umulig å spore forskjeller mellom menn og kvinner, og fordelingen er ikke vist her. Derimot er det store forskjeller mellom personer i ulike aldersgrupper. På grunn av få respondenter i de yngste alderska-

tegoriene har vi slått sammen respondenter under 40 år til én kategori. Figur 5.5 viser fordelingen. Tendensen er at de eldre er langt mer fornøyd med tjenestene de mottar, enn det de yngre er, og disse forskjellene er statistisk signifikante. Bare 5 prosent av de yngste respondentene er meget fornøyd med tilbudet de får, mot 30 prosent blant respondenter over 50 år, og ca. én av fem er svært misfornøyd.

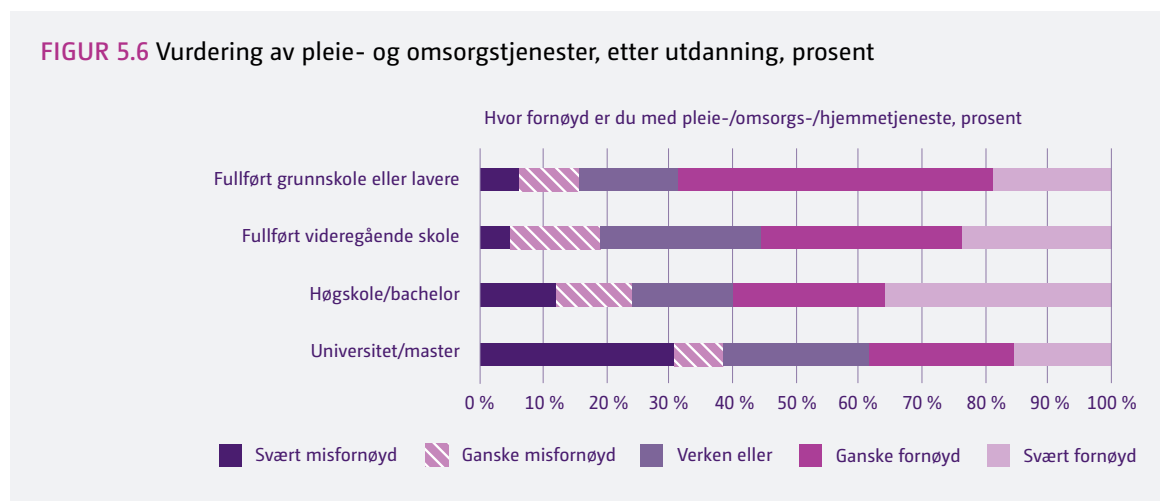


Merk at det ikke var noen respondenter i gruppen 60–69 år, og at kategorien derfor mangler.

De siste årene har det vært en sterk økning i yngre tjenestemottakere. Yngre brukere skiller seg fra eldre brukere på flere måter. Blant annet har flertallet behov for mye hjelp og omfattende tjenester, og de er mer ressurskrevende enn eldre brukere (Romøren, 2007). Forskjellene vist i figuren over dreier seg derfor sannsynligvis om en effekt av funksjonsnivå og behov like mye som en alderseffekt. Det er vanskelig å undersøke dette nærmere med et såpass lite utvalg. Ulike regresjonsmodeller viser at alderseffekten holder seg også når man kontrollerer for ulike sykdommer og helseplager. En forklaring på det er at personene det er snakk om, har omfattende, men varierte og sammensatte helseplager som er vanskelig å fange opp uten et større datamateriale. Uansett årsak er det bekymringsfullt at yngre personer med behov for omsorgstjenester er såpass misfornøyd med tilbudet de får. Blant de eldste respondentene er også vurderingen av omsorgstjenestene noe dårligere enn vurderingen av andre helsetjenester, men forskjellen er ikke like markant.

Ser vi på forskjeller mellom personer med ulik utdanningslengde, skiller de med lengst utdanning seg signifikant fra de andre gruppene som mindre fornøyd med pleie- og omsorgstjenestene de mottar (Figur 5.6). Det er forskjeller mellom de andre gruppene også, men de er altså ikke statistisk signifikante. Blant de med lang høyere utdanning er ca. 60 prosent mindre fornøyd med tjenestene de mottar, og over 30 prosent er svært misfornøyd.

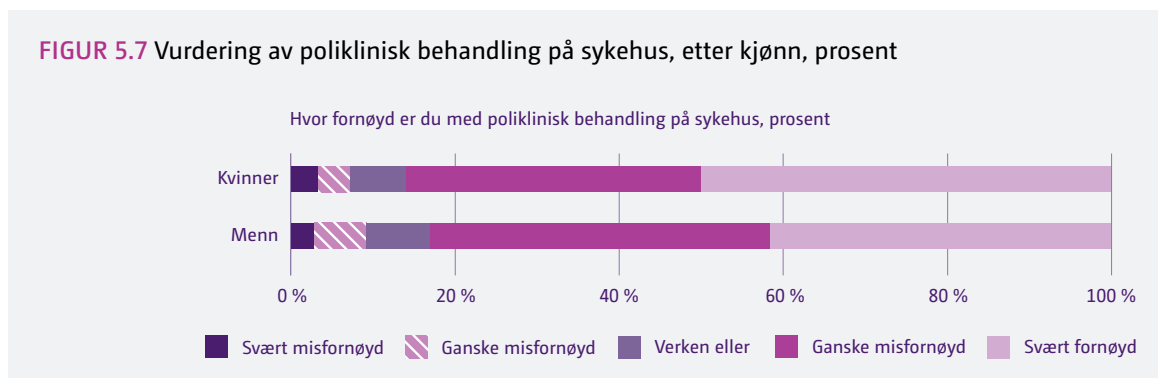
I og med at det er liten grunn til å tro at personer med høy utdanning blir negativt forskjellsbehandlet i møte med pleie- og omsorgstjenesten, er det nærliggende å tro at den negative vurderingen skyldes et større gap mellom forventninger og faktisk tilbud heller enn at tilbudet de mottar, faktisk er dårligere.



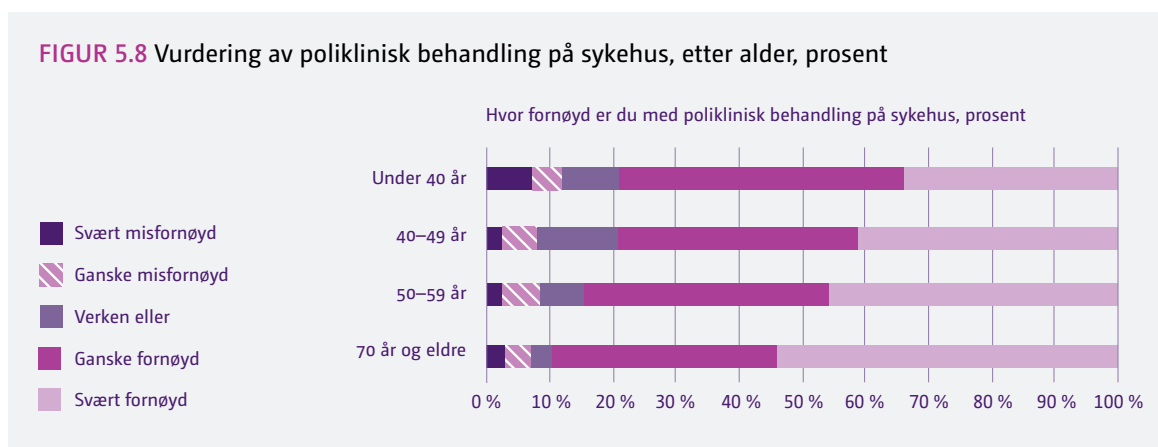
5.1.3 Poliklinisk behandling på sykehus

Den innledende analysen viste at behandling på sykehus, både poliklinisk behandling og innleggelse, var de tjenestene folk i størst grad er fornøyd med, og poliklinisk behandling kom enda bedre ut enn innleggelse på sykehus. Bare 15 prosent var mindre fornøyd med poliklinisk behandling ved sykehus. Likevel finner vi noen forskjeller mellom ulike grupper i samfunnet.

Det er en tendens til at menn er noe mindre fornøyd enn kvinner, men forskjellen er ikke statistisk signifikant på 0,05-nivå ($p = 0,08$). Figur 5.7 viser at forskjellen særlig ligger i andelene som er ganske fornøyd versus svært fornøyd.

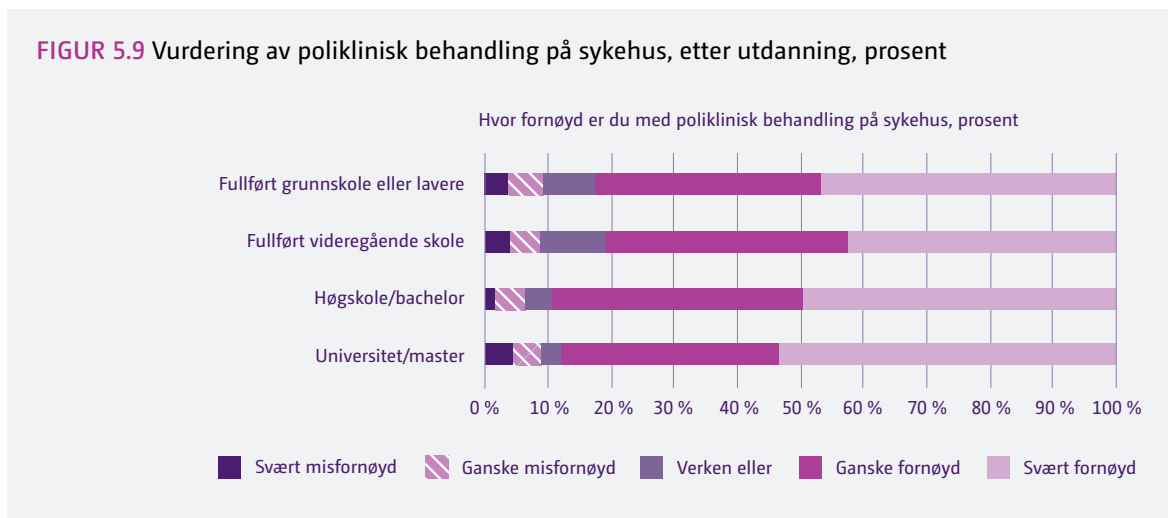


Figur 5.8 viser samme fordeling gruppert etter alder. Effekten av alder er positiv og statistisk signifikant. Det vil si at eldre jevnt over er mer fornøyd med tjenesten enn det yngre brukere er. Mens drøyt 20 prosent av de yngste brukerne er mindre fornøyd, er andelen blant de eldste drøyt 10 prosent, mens over halvparten er svært fornøyd.



Omtrent samme effekt finner vi for utdanning (Figur 5.9). Personer med videregående skole som høyeste fullførte utdanning er signifikant mindre fornøyd med poliklinisk dagbehandling enn personer med utdanning utover videregående skole. Knappt 20 prosent av de uten høyere utdanning er mindre fornøyd med tjenesten, mot under 10 prosent av de med høyere utdanning. Forskjellene er altså ikke store, men de er der. Forskjellen blir også sterkere hvis vi kontrollerer for alder, fordi færre eldre har høyere utdanning, mens flere er fornøyd med tjenesten de mottar.

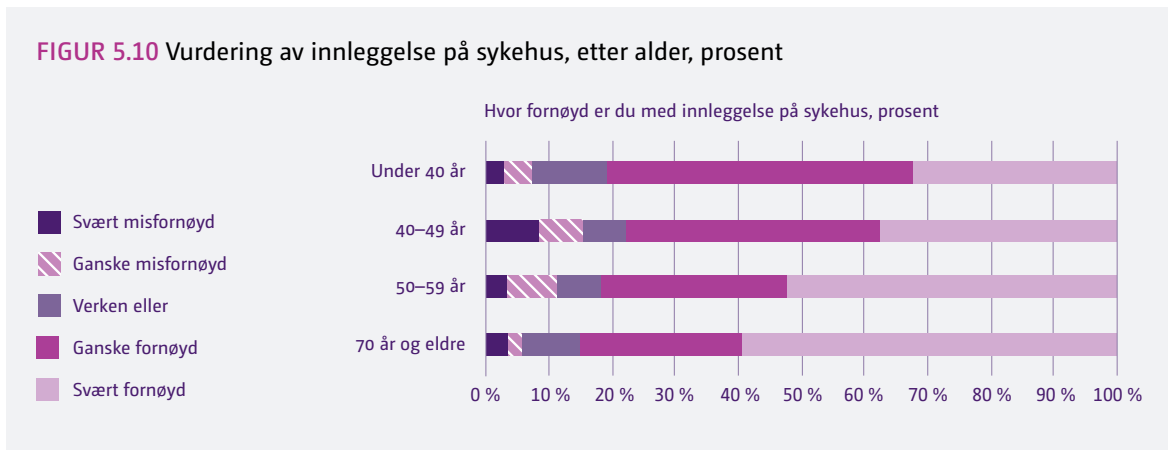
FIGUR 5.9 Vurdering av poliklinisk behandling på sykehus, etter utdanning, prosent



5.1.4 Innleggelse på sykehus

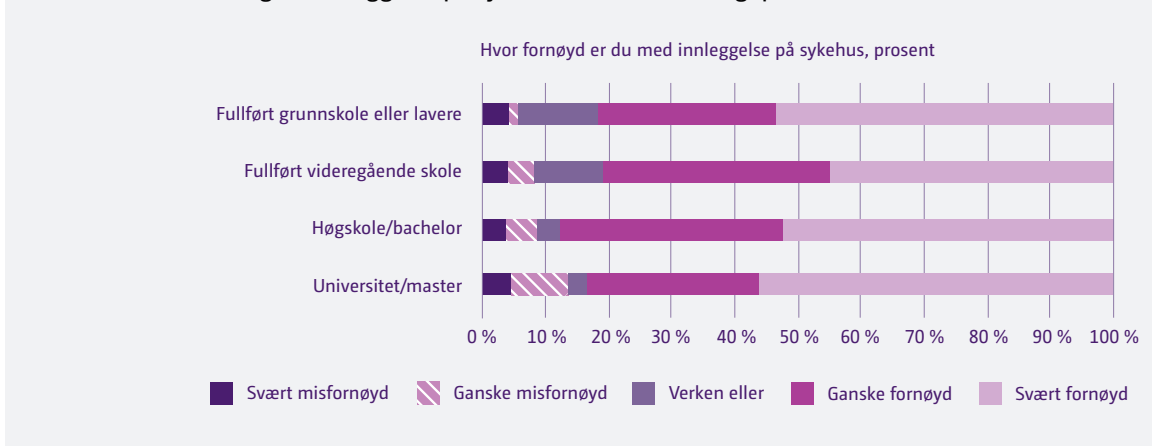
Ser vi videre på innleggelse på sykehus, finner vi ingen forskjeller mellom menn og kvinner, og fordelingen er ikke vist. Effekten av alder er derimot positiv (Figur 5.10) og statistisk signifikant. Igjen er mønsteret altså at eldre er mer fornøyd med tjenesten enn de yngre tjenestemottakere er. Selv om andelen mindre fornøyd er lav i alle aldersgruppene, er den klart større i de yngste alderskategoriene. Samtidig øker andelen som er svært fornøyd, med alder. Sett på bakgrunn av at de fleste er godt fornøyd med denne tjenesten, er det også interessant å se at en klart større andel av 40-åringene er svært misfornøyd; 8 prosent mot 4 prosent i utvalget som helhet.

FIGUR 5.10 Vurdering av innleggelse på sykehus, etter alder, prosent



Det er visse forskjeller mellom personer med ulik utdanningslengde, men disse forskjellene er ikke statistisk signifikante. Figur 5.11 viser fordelingen.

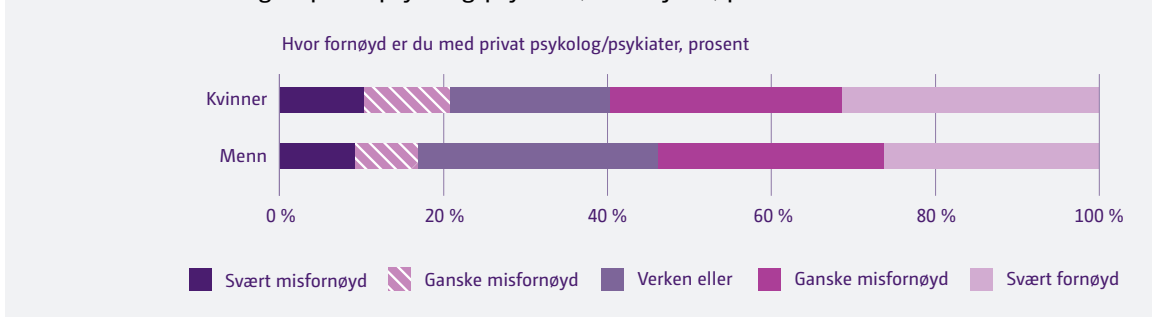
FIGUR 5.11 Vurdering av innleggelse på sykehus, etter utdanning, prosent



5.1.5 Privat psykolog/psykiater

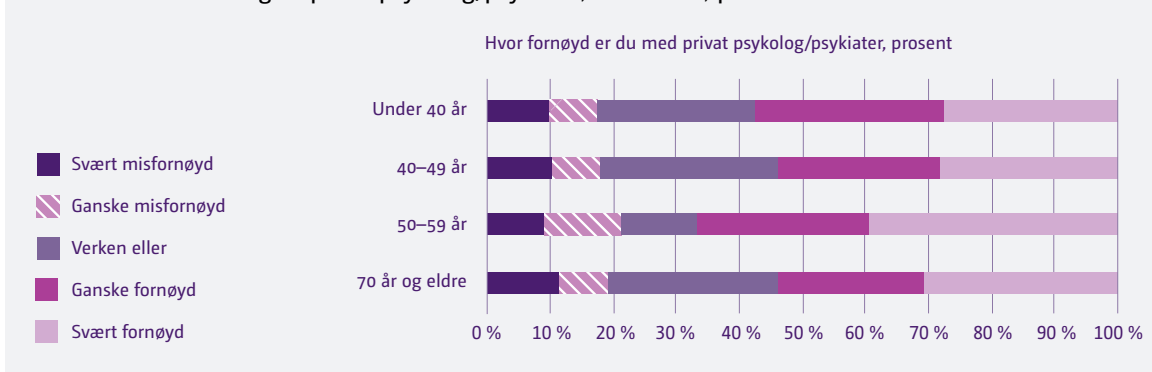
Få personer i utvalget oppga at de hadde brukt privat psykolog/psykiater de siste tolv månedene (n = 139), noe som gjør at anslagene blir mer usikre. Tendensen i Figur 5.12 er at kvinner er mer fornøyd enn menn, men forskjellen er ikke statistisk signifikant.

FIGUR 5.12 Vurdering av privat psykolog/psykiater, etter kjønn, prosent



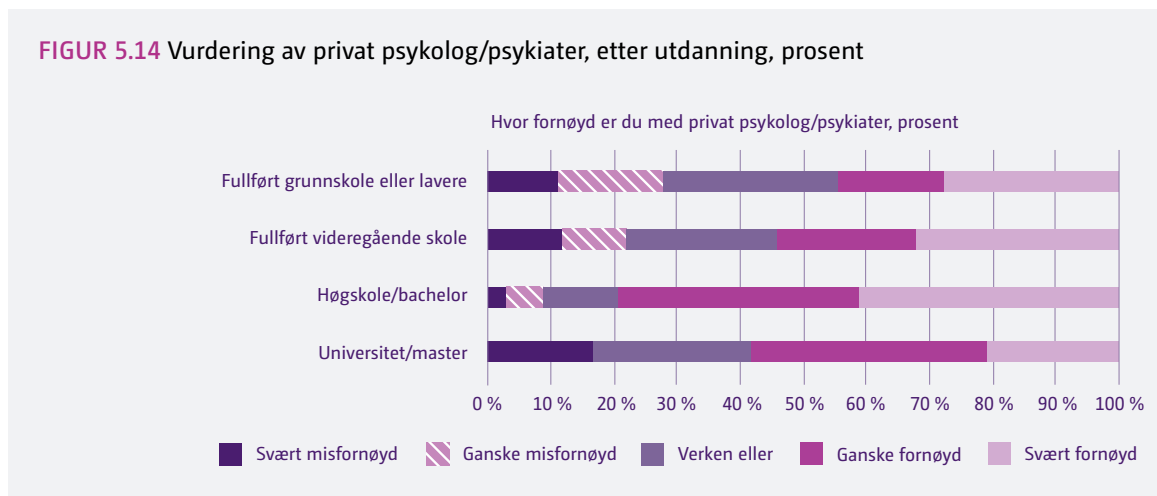
Tilsvarende ser det ut til at respondenter i 50-årene er noe mer fornøyd enn andre (Figur 5.13), men forskjellen er ikke statistisk signifikant. Det er også større spredning i denne gruppen, ved at en noe større andel også er misfornøyd med tjenesten.

FIGUR 5.13 Vurdering av privat psykolog/psykiater, etter alder, prosent



Vi finner heller ingen klare effekter av utdanning, men personer med kort høyere utdanning er signifikant mer fornøyd med tjenesten enn andre grupper (Figur 5.14).

FIGUR 5.14 Vurdering av privat psykolog/psykiater, etter utdanning, prosent



Det er vanskelig å tolke slike spredte effekter i små utvalg, og sannsynligvis bør man ikke legge for stor vekt på det. Hovedfunnet her er uansett at psykologtjenester kommer klart dårligere ut enn de fleste andre helsetjenestene.

5.1.6 Sosiodemografiske forskjeller oppsummert

Gjennomgangen over viser at det er liten forskjell mellom menns og kvinners vurdering av helsetjenestene. Hvis vi sammenligner på tvers av tjenester, er tendensen likevel at kvinner er noe mer fornøyd enn menn, selv om forskjellen er liten og effekten bare nesten, eller så vidt, statistisk signifikant.

Eldre ser jevnt over ut til å være mer fornøyd med tjenestene de bruker. Dette gjelder alt fra fastlegetjenester, til behandling i spesialisthelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenester. Det er uklart hva dette skyldes, og det kan være at årsaken er en kombinasjon av flere faktorer. Mer erfaring med de ulike helsetjenestene blant eldre brukere kan føre til at de har forventninger som er mer avstemt i forhold til det faktiske nivået på tjenestene. Det kan også tenkes at en del tjenester i større grad er tilpasset eldre tjenestemottakere, og at de møtes med større forståelse og omsorg enn yngre, jevnt over friskere, pasienter; det kan tenkes at de i større grad opplever å bli prioritert og tatt på alvor. En annen forklaring som vi har vært inne på, er at de i større grad kan ha akseptert helseplager og økende behov for helsetjenester som «noe som hører alderen til», og at dette også påvirker vurderingen deres av tjenestene de mottar. Noe kan også være en effekt av utvalgssammensetningen og det at relativt friske eldre er overrepresentert.

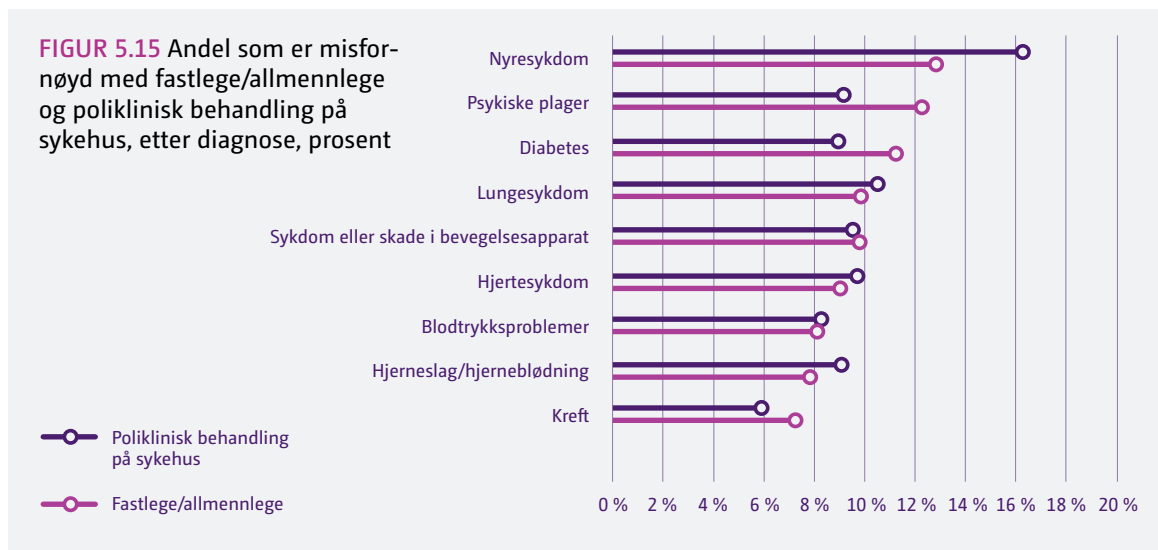
Yngre brukere er i stor grad misfornøyd med tjenestene de mottar. Dette gjelder alle tjenester, men er spesielt påfallende for pleie- og omsorgstjenester, der de yngste brukerne (under 40 år) er markant mindre fornøyd med tjenesten. Som diskutert tidligere kan dette være en effekt av funksjonsnivå og tjenestebehov snarere enn en alderseffekt i seg selv. Uansett årsak er det problematisk at unge tjenestemottakere er såpass misfornøyd med tjenestene de mottar.

Personer med høyere utdanning er generelt mer fornøyd med helsetjenestene de mottar. Unntaket er pleie- og omsorgstjenester, der høyere utdanning er forbundet med større misnøye. Igjen kan man bare spekulere i årsakene til dette. Personer med lavere sosioøkonomisk status har generelt dårligere helse og et høyere innslag av livsstilsrelaterte sykdommer. Det vil si at de mottar behandling for andre typer sykdom og plager. Forventningsnivå, eller bedre tilpassede forventninger, kan også være en del av bildet. Det kan også tenkes at personer med høyere utdanning kommuniserer bedre med helsepersonell, som med unntak av pleie- og omsorgssektoren, stort sett også har høyere utdanning, og de kan ha bedre forutsetninger for å nyttiggjøre seg råd og informasjon som de får fra helsepersonell. Denne forklaringen er spesielt interessant med tanke på at personer med høyere utdanning var minst fornøyd med pleie- og omsorgstjenester, som i større grad er lavstatusyrker som utføres av ufaglærte og personer uten høyere utdanning. Tidligere forskning på nordiske barns bruk av helsetjenester har vist at barn av foreldre med høyere utdanning har et høyere forbruk av spesialisthelsetjenester enn barn av foreldre med lav utdanning, til tross for at forekomsten av sykdom var høyere i familier der foreldrene hadde lav utdanning, mens barn av foreldre med lav utdanning oftere legges inn på sykehus. Forfatterne tolket dette som at foreldre med lav utdanning har høyere terskel for å oppsøke

helsetjenesten, slik at barna er sykere når de først kommer til lege (Grøholt og Nordhagen, 2002). En annen studie finner ikke spor av diskriminering etter utdanning i ventelistedata fra spesialisthelsetjenesten, men peker på at forskjeller i bosettingsmønsteret gjør at flere med høyere utdanning bor nærmere sykehuset, og at sykehusene i områder med lavere inntekt har lengre ventetider enn sykehus lokalisert i områder der innbyggerne har høyere inntekt (Kaarboe og Carlsen, 2014). En undersøkelse av brukere av fastlegetjenesten fant blant annet at personer med høyere utdanning i signifikant større grad vurderte at fastlegen tok seg god nok tid til dem (Grytten et al., 2009).

5.1.7 Helsetjenester og diagnoser

I tillegg til å se hvordan vurderingen av helsetjenester varierer med sosiodemografiske kjennetegn, er det naturligvis viktig å vite hvordan ulike pasientgrupper vurderer tjenestene de mottar. For enkelte grupper er utvalget for lite til at det gir mening å gå inn på enkeltdiagnoser. For å unngå at de ulike underutvalgene blir for små, begrenser vi oss her til de to helsetjenestene som klart flest har vurdert, nemlig fastlege/allmennlege og poliklinisk behandling på sykehus. Antall respondenter varierer fra 22 (kombinasjonen poliklinisk behandling og hjerneblødning/hjerneslag) til 915 (kombinasjonen fastlege og sykdom eller skade i bevegelsesapparat). For hjerneblødning og nyresykdom er utvalgsstørrelsen såpass liten at tallene må tolkes med forsiktighet; vi har likevel valgt å vise dem i figuren. Figur 5.15 viser andel som er misfornøyd med fastlegetjenesten og poliklinisk behandling på sykehus.



At personer som har eller har hatt nyresykdom, er mest negative til helsetjenestene, kan delvis være et utslag av utvalgsstørrelse og mer usikre estimater. Forskjellen i vurderingen av poliklinisk behandling mellom de som har hatt, og de som ikke har hatt nyresykdom, er imidlertid statistisk signifikant.

Det er verdt å notere seg at personer med psykiske plager er signifikant mindre fornøyde med tjenestene de har mottatt. Det gjelder både fastlege og poliklinisk behandling på sykehus. Vi husker at privat psykolog/psykiater og innleggelse i psykisk helsevern fikk relativt dårlige vurderinger; her ser vi at personer med psykiske plager også er mindre fornøyde med tilbudet de får av fastlegen og på sykehus, og disse forskjellene er statistisk signifikante. Vi vet ikke hva slags plager disse personene har oppsøkt behandling for, og nøyaktig hvilke helsetjenester de har fått. Det tegner seg likevel et bilde av at tilbudet til personer med psykiske helseplager vurderes som mindre godt av pasientene selv.

Pasienter med hjerte- og karsykdommer og kreft er blant de mest fornøyde. Av personer som har eller har hatt kreft, er om lag 7 prosent ganske eller svært misfornøyde med fastlegen, og 6 prosent misfornøyde med poliklinisk behandling på sykehus. Også blant personer med hjertesykdom, blodtrykksproblemer og sykdom eller skade i bevegelsesapparatet er det få som er misfornøyde med tilbudet; under 10 prosent oppgir at de er misfornøyde med tilbudet de har mottatt. Ingen av disse verdiene er imidlertid signifikant annerledes enn resten av befolkningen. Vi har tidligere sett at folk generelt er godt fornøyde med helsetjenestene de mottar.

Statistiske tester viser at forskjellen i vurderingen av de to tjenestene ikke er signifikant forskjellig på 0,05-nivå

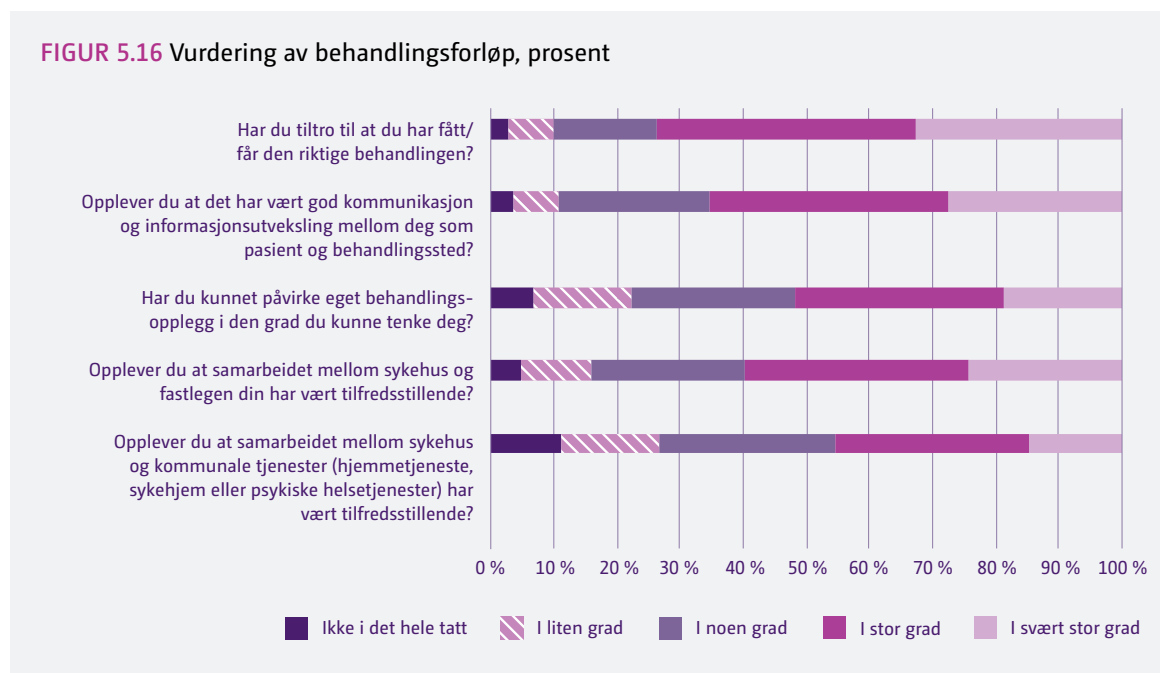
for noen av gruppene. Forskjellene bør uansett tolkes med forsiktighet, siden det er svært små utvalg det er snakk om. Det er for eksempel bare 15 personer med nyresykdom som har vurdert begge tjenestene, og 32 personer med diabetes.

5.2 SAMHANDLING, BEHANDLINGSFORLØP OG KOMMUNIKASJON

Samhandlingsreformen la opp til rett behandling på rett sted og bedre samhandling mellom de ulike aktørene i helse- og omsorgstjenesten. Helsebarometeret inneholdt også et sett spørsmål om blant annet samarbeid mellom sykehus og fastlege, muligheten til å påvirke eget behandlingsopplegg, og kommunikasjon mellom behandlersted og pasient. Utgangspunktet for dette delkapittelet er fem spørsmål som respondentene ble bedt å svare på dersom de hadde fått behandling på sykehus det siste året (som innlagt, poliklinisk eller dagpasient). Personer som ikke hadde mottatt slik behandling, ble bedt om å hoppe over spørsmålene. Derfor er utvalgsstørrelsen mindre for disse spørsmålene også, og spesielt for spørsmålet om samarbeid mellom sykehus og kommunale tjenester, fordi få respondenter mottok kommunale tjenester (pleie- og omsorgstjenester eller psykiske hjelpetjenester). Her er utvalgsstørrelsen nede i 201 respondenter.

5.2.1 Behandlingsforløp og tilfredshet med tjenester

Figur 5.16 viser hvordan personer som har mottatt behandling på sykehus det siste året, har opplevd behandlingsforløpet. Generelt er vurderingene mer positive enn negative, men kanskje noe mer kritiske enn man kunne ventet ut fra hvor fornøyde folk var med behandling (poliklinikk og innleggelse) på sykehus, som sett i kapittel 5.1.



For å ta det mest grunnleggende først, tiltro til selve behandlingen, har et klart flertall tiltro til at de får riktig behandling på sykehus. Nesten tre av fire oppgir at de i stor eller svært stor grad har tiltro til at behandlingen de får, er den riktige. Knappt 10 prosent har i liten eller ingen grad tillit til behandlingen de mottar. Ser vi videre på kommunikasjon og informasjonsutveksling med behandlingsstedet, opplever omtrent to av tre at den i stor grad har vært god. Samtidig mener omtrent 11 prosent at de i liten eller ingen grad har hatt god kommunikasjon med behandlingsstedet. Videre mener drøyt halvparten at de i stor eller svært stor grad har kunnet påvirke eget behandlingsopplegg i den grad de har ønsket det. Samtidig oppgir om lag én av fem respondenter at dette i liten eller ingen grad er tilfelle. De skulle altså ønsket større innflytelse over behandlingsopplegget.

Ser vi videre på samarbeid mellom sykehus og andre helsetjenester, mener om lag 60 prosent at samarbeidet

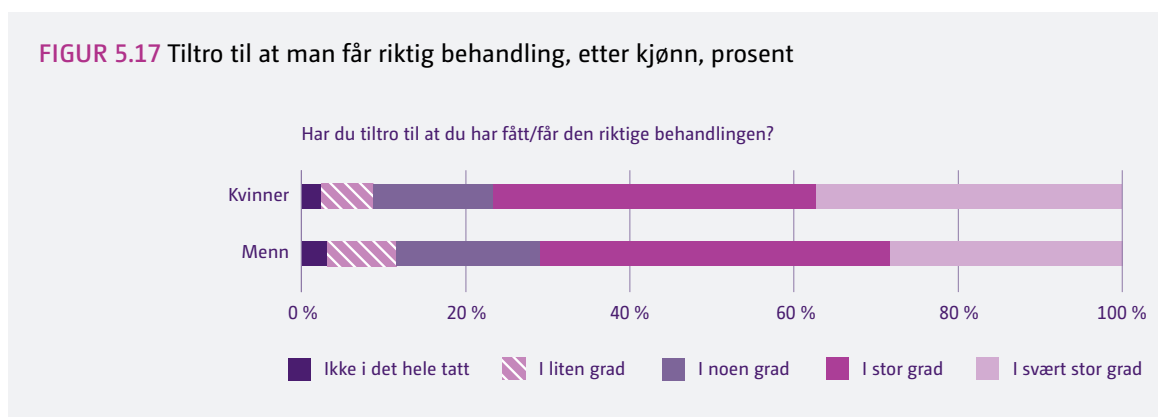
mellom sykehus og fastlege i stor eller svært stor grad har vært tilfredsstillende, mens 45 prosent mener det samme om samarbeidet mellom sykehus og kommunale tjenester. 25 prosent mener at samarbeidet i liten eller ingen grad har vært bra nok. Her ser det altså ut til å være potensial for bedre samhandling, sett fra tjenestemottakernes side. Vi har tidligere sett at kommunale pleie- og omsorgstjenester har relativt mindre fornøyde brukere enn de andre helsetjenestene. Merk igjen at utvalgsstørrelsen også er mindre for spørsmål som handler om kommunale helsetjenester.

Hvor mye har disse faktorene å si for hvor fornøyd folk er med helsetjenestene de mottar? Av variablene over er det naturlig nok samarbeid mellom sykehus og fastlege som korrelerer sterkest med hvor fornøyd folk er med fastlegen. Hvor fornøyd man er med behandling på sykehus, både poliklinisk og innleggelse, er sterkest korrelert med kommunikasjon mellom pasient og behandlingssted, og mulighet til å påvirke eget behandlingsforløp. Hvor fornøyd man er med tjenesten ser altså ut til å henge sammen med egen samhandling med sykehuset mer enn samhandlingen mellom ulike aktører. På grunn av varierende utvalgsstørrelse og få respondenter i disse kombinasjonene av variabler er det en viss usikkerhet knyttet til styrken på korrelasjonen, og vi oppgir derfor ingen tall.

5.2.2 Sosiodemografiske forskjeller

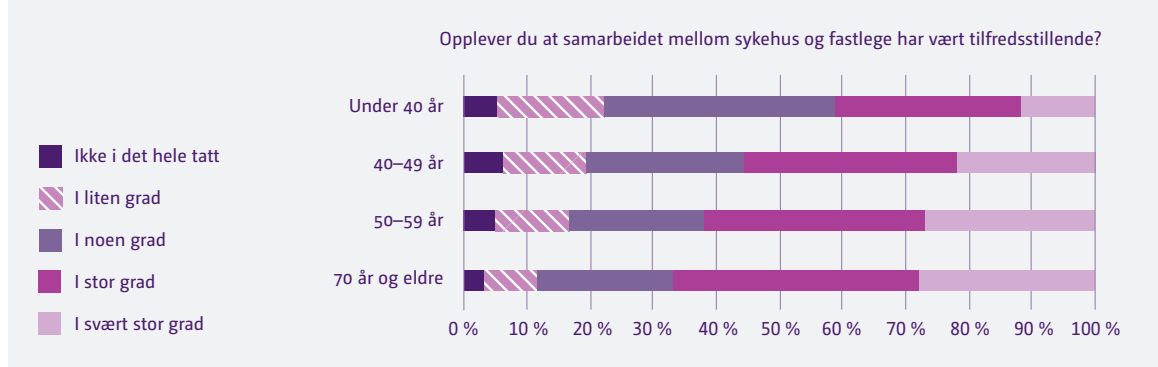
Det er lite forskjell mellom menns og kvinners vurdering av behandlingsforløpet og grad av samhandling. Unntaket er spørsmålet om tiltro til at behandlingen man får, er den riktige. Her er det en større andel blant menn som uttaler seg mer negativt, og denne forskjellen er statistisk signifikant. Figur 5.17 viser svarfordelingen blant menn og kvinner. Vi ser her at sammenlignet med kvinner er det en klart lavere andel blant menn har svært stor tiltro til at de mottar riktig behandling, og andelen som i mindre grad har tillit til behandlingen er større.

FIGUR 5.17 Tiltro til at man får riktig behandling, etter kjønn, prosent



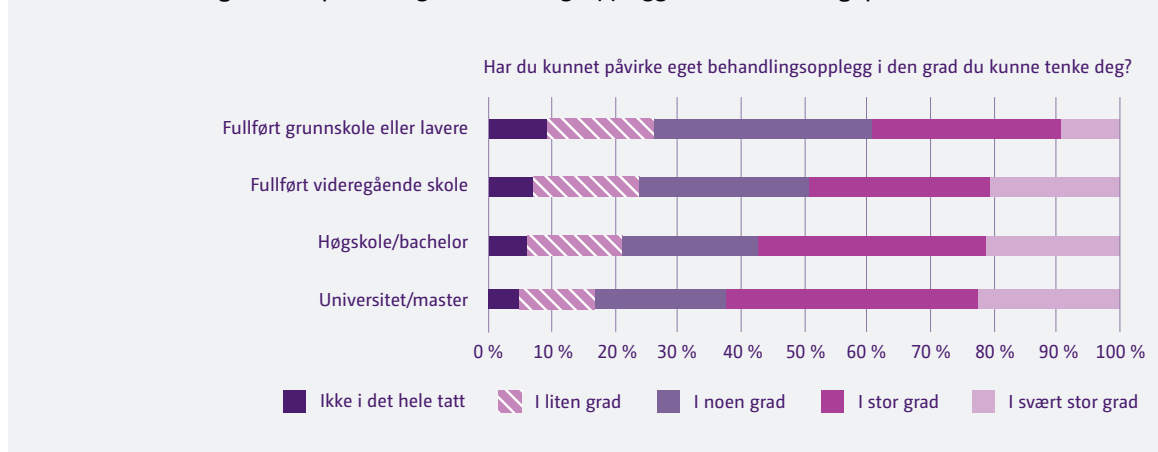
Vi så i kapittel 5.1 at eldre generelt er mer fornøyd med helsetjenestene de mottar, og dette gjenspeiler seg også i vurderingen av samhandling og kommunikasjon i pasientforløpet; eldre har i større grad tiltro til behandlingen de får, de er mer positive til samhandlingen mellom sykehus og fastlege og sykehus og kommunale tjenester, og de mener i større grad at det har vært god kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom dem og behandlingsstedet. Unntaket er innflytelse på eget behandlingsopplegg; her finner vi ingen statistisk signifikant effekt av alder. Forskjellene er særlig tydelig for vurderingen av samarbeid mellom sykehus og fastlege, som vist i Figur 5.18.

FIGUR 5.18 Vurdering av samarbeidet mellom sykehus og fastlege, etter alder, prosent



Utdanning har liten effekt på hvordan behandlingsløpet vurderes. Unntaket er spørsmål om man har kunnet påvirke eget behandlingsopplegg i den grad man har ønsket. Personer med høyere utdanning svarer i større grad bekreftende på spørsmålet, og disse forskjellene er statistisk signifikante. Figur 5.19 viser fordelingen.

FIGUR 5.19 Mulighet til å påvirke eget behandlingsopplegg, etter utdanning, prosent



Vi har tidligere sett at personer med høyere utdanning generelt er mer fornøyde med helsetjenestene de mottar, og vi spekulerte i om bedre kommunikasjon med helsepersonell kan være en del av forklaringen. Selv om utdanning ikke har en signifikant effekt på vurderingen av kommunikasjon og informasjonsutveksling med behandlingsstedet, ser vi altså at høyere utdanning gjør at pasientene i større grad føler at de kan være med og påvirke behandlingsopplegget, noe som igjen forutsetter at de kommuniserer godt med behandlerne, og at de forstår og klarer å bruke den informasjonen de får.

5.2.3 Forskjeller mellom pasienter med ulike diagnoser

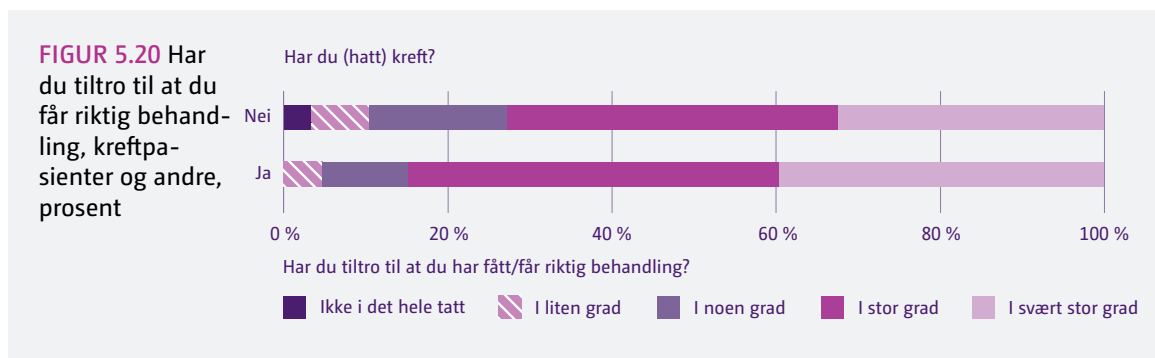
Vi har tidligere sett at det er en del forskjell i hvor fornøyde ulike pasientgrupper er med tjenestene de mottar. Mens pasienter med hjerte- og karsykdommer og kreft er blant de mest fornøyde, er personer med psykiske plager mindre fornøyde.

Statistiske analyser (tosidige t-tester) av variablene som beskriver pasientforløpet, viser at det er spesielt tre pasientgrupper som peker seg ut; kreftpasienter er signifikant mer positive til de ulike sidene ved forløpet, mens personer med sykdom eller skade i bevegelsesapparatet (muskler, sener, ledd, skjelett) og psykiske plager er signifikant mer negative i sine vurderinger. Vi ser nærmere på hver av disse gruppene etter tur.

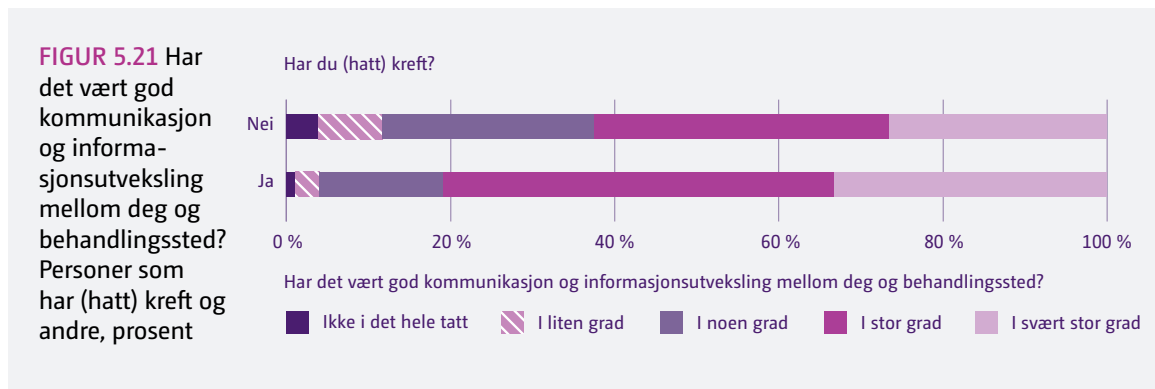
Personer som har eller har hatt kreft, scorer signifikant mer positivt på to dimensjoner, nemlig tiltro til at de får riktig behandling på sykehuset, og om de opplever at kommunikasjon og informasjonsutveksling med behandlingsstedet har vært god. Her er det viktig å huske på at det mest sannsynlig er en skjevhet i utvalget

vårt, ved at kreftpasienter eller tidligere kreftpasienter som har deltatt i undersøkelsen, sannsynligvis er i ganske god form etter behandlingen. De sykeste pasientene, for eksempel personer som har vært gjennom langvarig og tung behandling uten å ha blitt frisk, har mest sannsynlig ikke svart. Samtidig kan en del alvorlig syke ha prioritert å svare, nettopp fordi de er mer opptatt av helsetjenesten og føler at de har viktige erfaringer å bidra med. Figur 5.20 viser tiltro til behandling, etter om man har (hatt) kreft eller ikke.

At personer som har blitt friske etter å ha hatt kreft, har stor tillit til at de får riktig behandling, er i seg selv ikke så overraskende, men at 85 prosent svarer at de i stor eller meget stor grad har tiltro til behandlingen, bør likevel anses som et godt resultat for spesialisthelsetjenesten. Andelen med stor eller svært stor grad av tiltro ellers i befolkningen er 72 prosent.

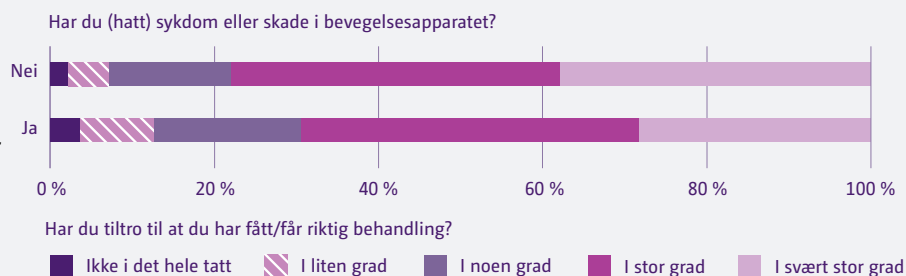


Det er mer interessant at (tidligere) kreftpasienter også er mer fornøyde med kommunikasjonen med behandlingsstedet og informasjonen de har fått underveis (Figur 5.21). Også her er andelen som er misfornøyde, svært små. Omlag 4 prosent mener at de i liten eller ingen grad har opplevd god kommunikasjon og informasjonsutveksling, mens 80 prosent i stor eller svært stor grad er fornøyde med kommunikasjonen. Tilsvarende tall for personer som ikke har hatt kreft, er henholdsvis 11 prosent og 62 prosent, altså en klart dårligere vurdering.



Ser vi videre på personer med sykdom eller skade i bevegelsesapparatet, har de en signifikant mer negativ vurdering av alle dimensjonene bortsett fra samarbeid mellom sykehus og kommunale tjenester (hjemmetjeneste, sykehjem eller psykisk helsetjenester). Forskjellen er størst for om de har tiltro til at de får riktig behandling, som vist i Figur 5.22. Ca. 12 prosent har i liten eller ingen grad tiltro til at de får riktig behandling, mot 7 prosent i befolkningen som helhet. Tendensen er den samme for de andre spørsmålene, som samarbeid mellom sykehus og fastlege, kommunikasjon og informasjonsutveksling med behandlingsstedet, og muligheten til å påvirke eget behandlingsopplegg.

FIGUR 5.22 Har du tiltro til at du får riktig behandling? Personer med sykdom eller skade i bevegelsesapparatet og andre, prosent

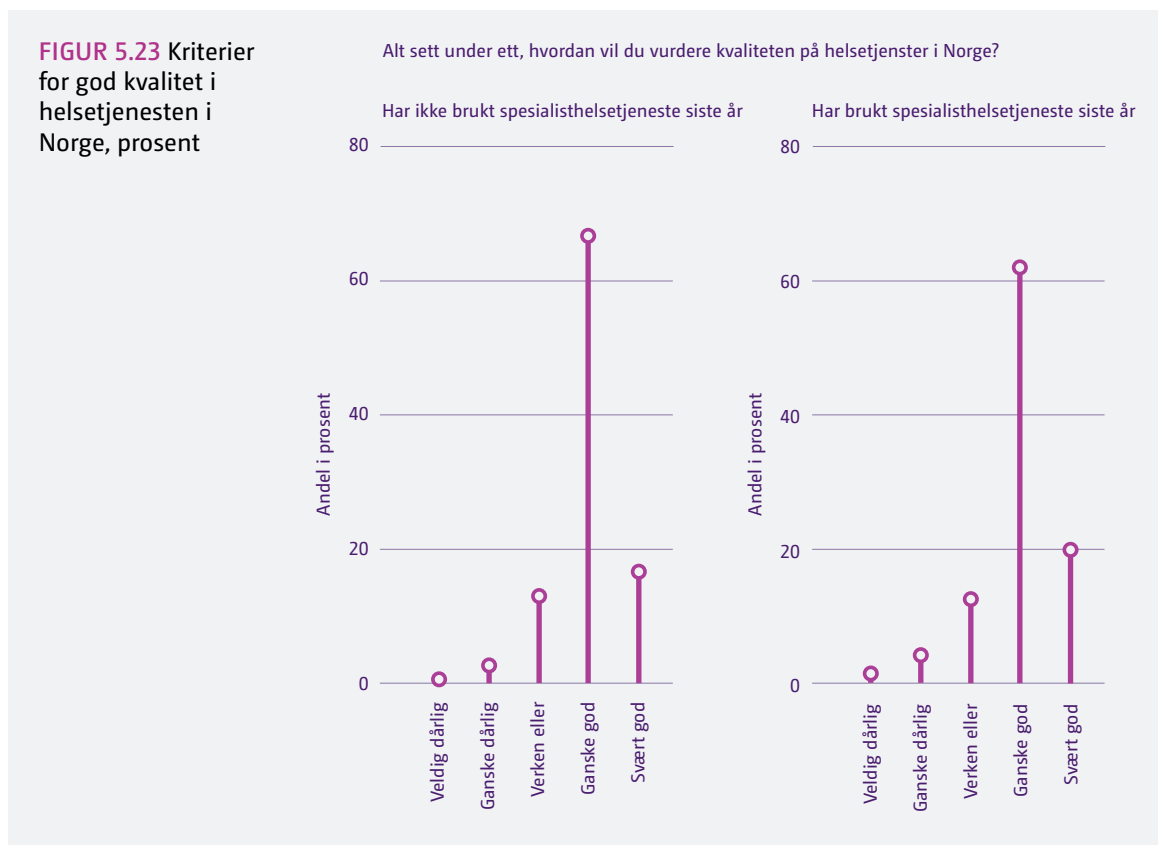


Resultatene for personer med psykiske plager er ganske like. Med unntak av spørsmål om samarbeid mellom fastlege og kommunale tjenester, vurderer de alle dimensjonene av behandlingsforløpet mer negativt enn resten av befolkningen: De har mindre tiltro til behandlingen de får, de mener i mindre grad at samarbeidet mellom sykehus og fastlege har vært tilfredsstillende, de er i mindre grad fornøyd med kommunikasjonen med behandlingsstedet, og de mener i mindre grad at de har hatt mulighet til å påvirke behandlingsopplegget selv.

Både muskel- og skjelettplager og psykiske plager kan være vanskeligere å behandle enn mer konkrete, somatiske lidelser, og behandlingen kan være langvarig. Det er imidlertid ingen grunn til at disse faktorene skal føre til at pasientene ikke opplever å ha en god dialog med behandlingsapparatet, eller at de i mindre grad opplever at de kan påvirke behandlingsopplegget i den grad de skulle ønske. Det er en viss usikkerhet rundt disse resultatene i og med at vi ikke kjenner til detaljene rundt de enkelte pasientforløpene. Forskjellen mellom pasienter med ulike plager er likevel så store og systematiske at de er verdt å ta på alvor. Sett under ett støtter funnene i 5.1 og 5.2 opp om tidligere forskning på sykdomshierarkier, der medisinske spesialiteter og sykdomsgrupper kan rangeres som mer eller mindre prestisjefylte (Norredam og Album, 2007; Album og Westin, 2008). I hierarkiet disse studiene beskriver, blir sykdommer og spesialiteter rangert slik at sykdom som innebærer øyeblikkelig behandling og inngrep i vitale organer i overkroppen, har høyest prestisje, mens det er mindre prestisje knyttet til kroniske tilstander og sykdom i nedre deler av kroppen, eller sykdom som ikke kan knyttes til bestemte deler av kroppen, og som krever mindre synlige rutiner.

5.3 KVALITET I HELSETJENESTEN

Fra spørsmål om ulike helsetjenester og ulike aspekter ved behandlingsforløpet ser vi videre på kvalitet i helsetjenesten generelt. Innledningsvis ser vi på hvordan folk vurderer kvaliteten i helsetjenesten, alt sett under ett. Figur 5.23 viser fordelingen.



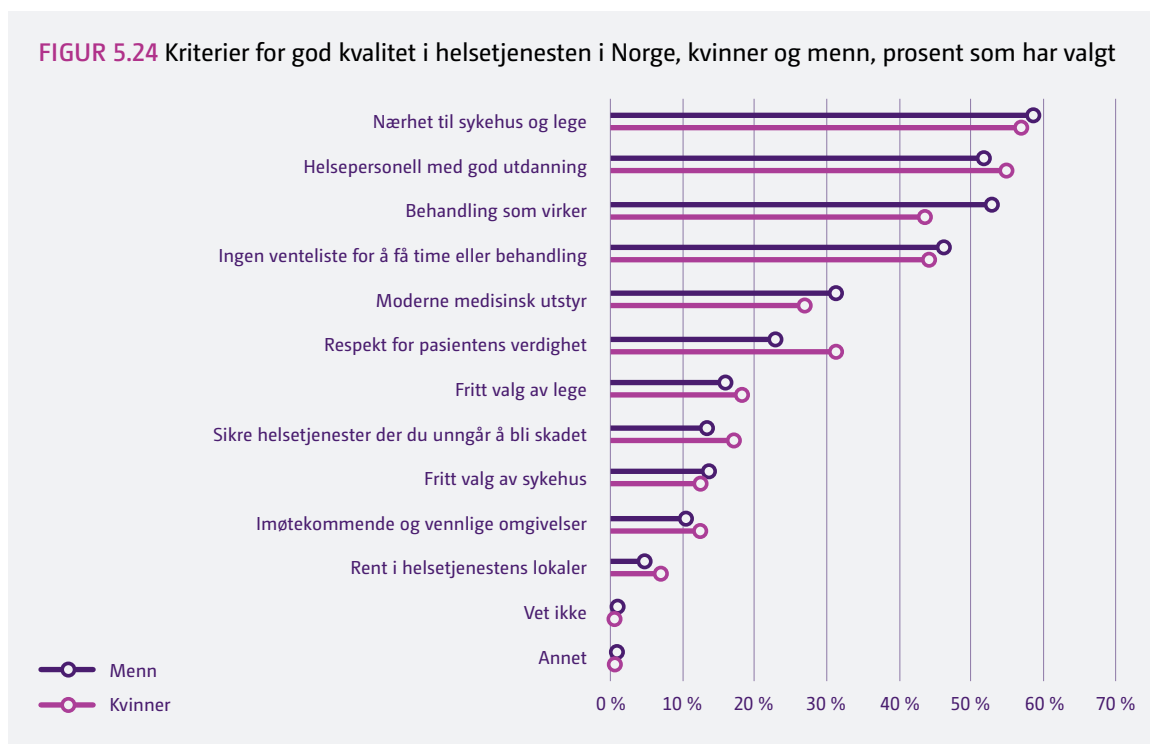
I alt 83 prosent vurderer at kvaliteten på helsetjenestene er god eller veldig god, 13 prosent svarer verken eller, mens 4 prosent mener at den er dårlig eller veldig dårlig. Vi finner ingen signifikant forskjell mellom de som har brukt spesialisthelsetjenesten siste år, og de som ikke har det, selv om vi ser at en noe høyere andel av brukerne mener at tjenesten er svært god, og en noe lavere andel mener den er ganske god. Spørsmålet bekrefter dermed inntrykket fra tidligere om at folk flest stort sett er fornøyd med helsetjenestene slik de fungerer i dag. Vi finner heller ingen signifikant forskjell mellom kvinner og menn.

Tallene er vanskelig å sammenligne direkte med tall fra f.eks. Kunnskapssenterets undersøkelser av pasienterfaringer på grunn av ulike målemetoder, men også disse undersøkelsene rapporterer gjennomgående om fornøyde pasienter (Kunnskapssenteret, 2014).

Respondentene ble også bedt om å velge tre kriterier for god kvalitet i helsetjenesten. Figur 5.24 viser andel som har krysset av for de ulike kriteriene, gruppert etter kjønn. Fire kriterier peker seg ut som de klart viktigste, som mellom 40 og 60 prosent har krysset av for. Øverst finner vi nærhet til sykehus og lege (57 prosent), fulgt av helsepersonell med god utdanning (53 prosent), behandling som virker (45 prosent), og ingen venteliste for å få time eller behandling (43 prosent). Interessant nok kommer fritt valg av lege og fritt valg av sykehus klart lenger ned på lista. Nærhet ser altså ut til å være viktigere enn valgfrihet for folk flest. Godt utdannet helsepersonell blir også vurdert som viktigere enn det medisinske utstyret.

Det er stort sett små forskjeller mellom menn og kvinner i figuren, men en del av dem er statistisk signifikante. Kvinner legger større vekt på helsepersonell med god utdanning, respekt for pasientens verdighet, sikre helsetjenester der du unngår å bli skadet, og at det skal være rent i helsetjenestens lokaler, mens menn legger mer vekt på behandling som virker, og moderne medisinsk utstyr.

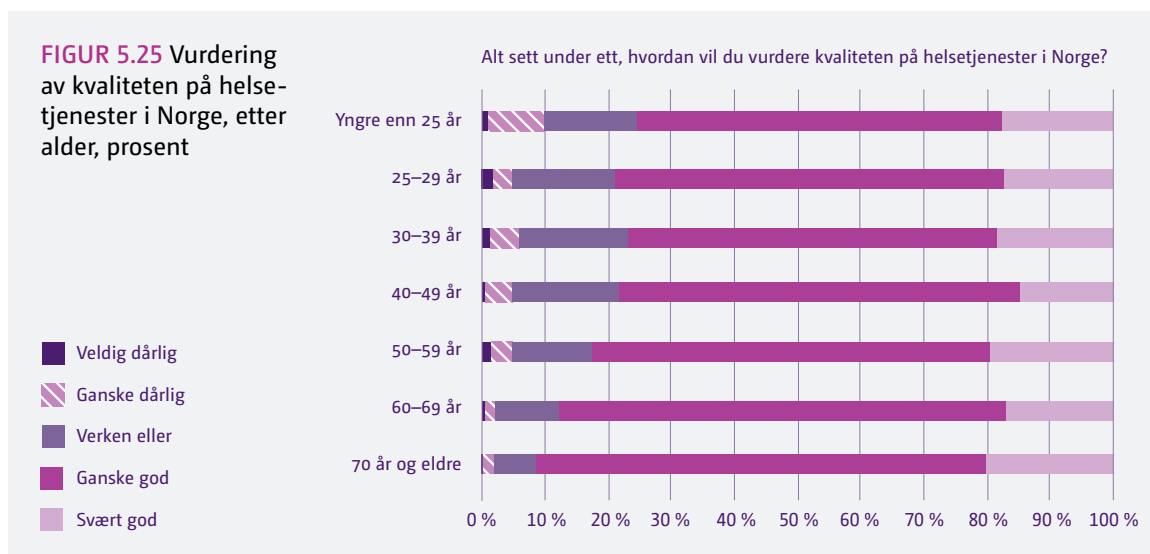
FIGUR 5.24 Kriterier for god kvalitet i helsetjenesten i Norge, kvinner og menn, prosent som har valgt



5.3.1 Aldersforskjeller i vurdering av kvalitet i helsetjenesten

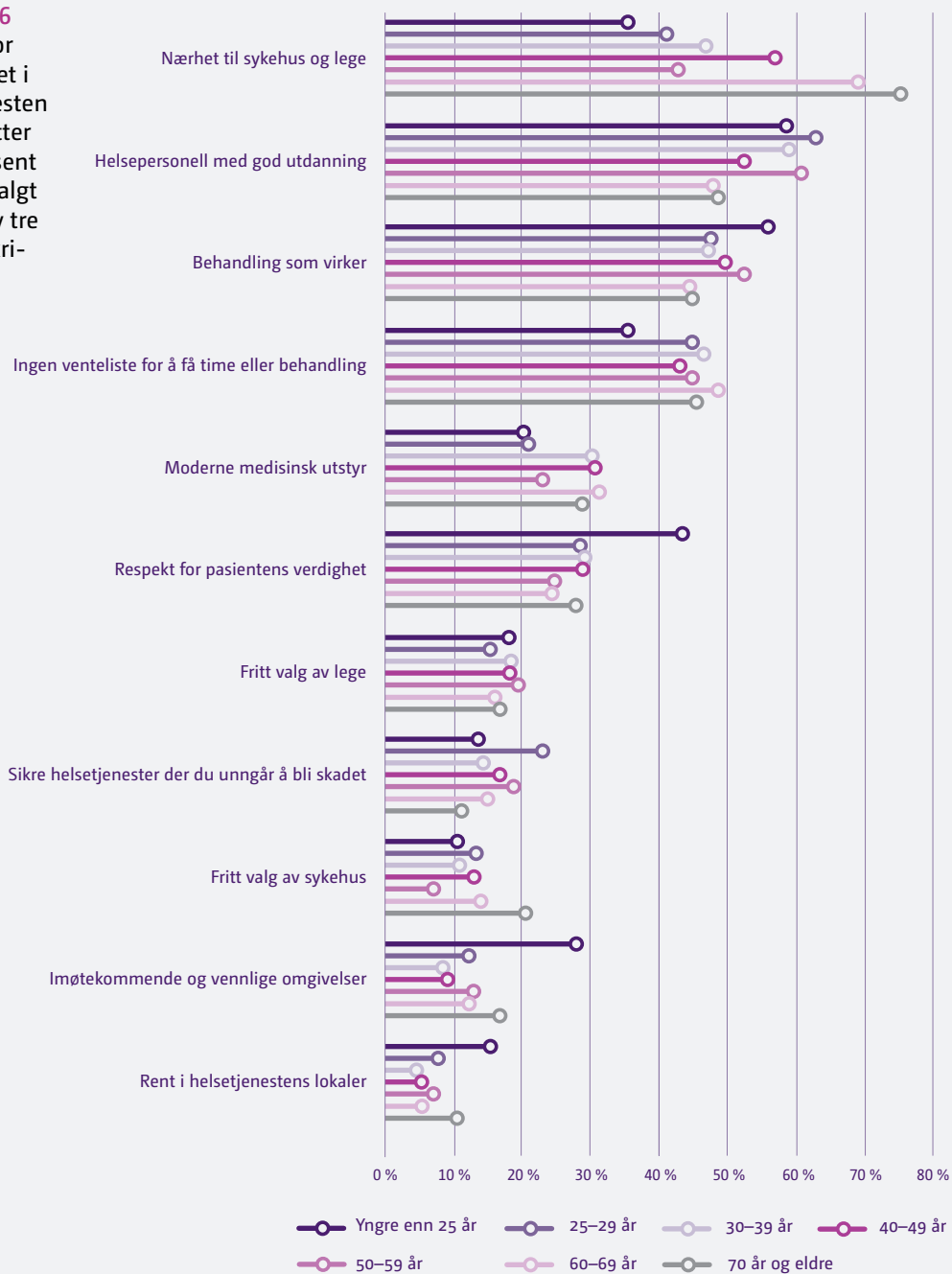
Vi har tidligere sett at eldre generelt er mer fornøyd med de ulike tjenestene de mottar. Det samme gjelder for vurderingen av kvaliteten i helsetjenesten generelt (Figur 5.25). Andelen som mener at helsetjenester i Norge er av god kvalitet, øker med alder. I og med at eldre generelt har behov for flere helsetjenester enn yngre, er det positivt at de mener at kvaliteten i helsetjenesten er god. Samtidig husker vi fra gjennomgangen i kapittel 3 at det sannsynligvis er en skjevhet i utvalget, ved at de som har svart på undersøkelsen, sannsynligvis er relativt friske, og denne skjevheten øker antakelig også med alder, slik at utvalgsskjevheten blant de eldste alderskategoriene er større enn utvalgsskjevheten for 40- og 50-åringene. Vi finner ingen signifikant forskjell i effekten av alder for kvinner og for menn.

FIGUR 5.25 Vurdering av kvaliteten på helse-tjenester i Norge, etter alder, prosent



Figur 5.26 viser hvordan folk i ulike aldersgrupper rangerer kriterier for kvalitet i helsetjenesten. Som beskrevet tidligere skulle respondentene velge i alt tre kriterier som de så på som de viktigste for god kvalitet. Figuren viser altså andel som har valgt de ulike kriteriene. Vi ser at særlig de yngste skiller seg fra de litt eldre.

FIGUR 5.26
Kriterier for god kvalitet i helsetjenesten i Norge, etter alder, prosent som har valgt som ett av tre viktigste kriterier

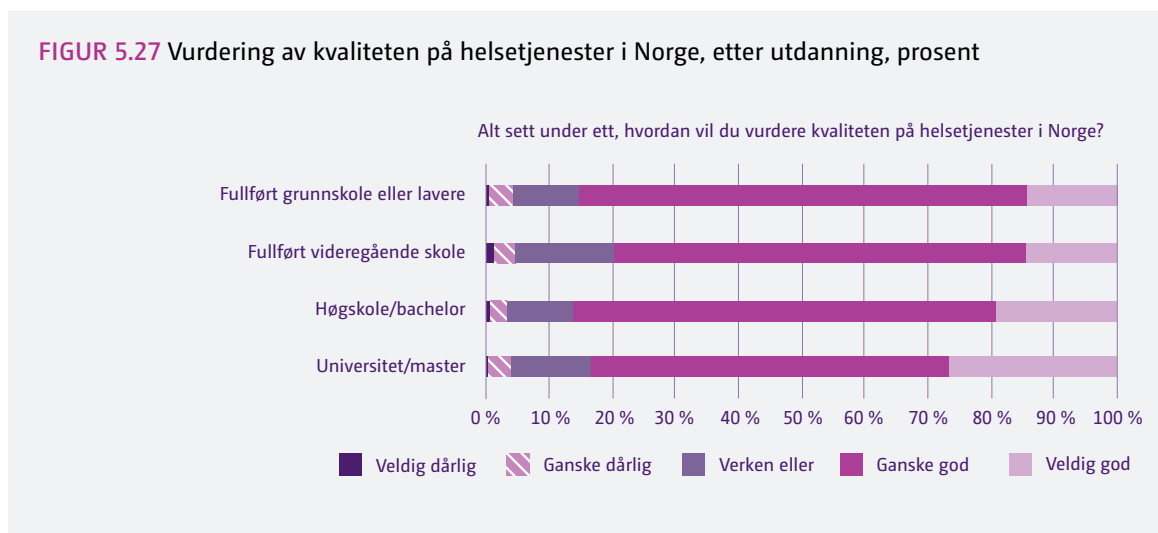


Betydningen av kort avstand til sykehus og lege øker lineært med økende alder. Unntaket er personer i 30-årsalderen, der relativt færre har valgt dette kriteriet som ett av de tre viktigste for kvalitet i helsetjenesten. Mens personer under 25 år i mindre grad legger vekt på nærhet, er dette i særklasse det viktigste kriteriet for personer over 60 år. Noe av denne forskjellen kan også skyldes hvor folk bor, og at flere yngre bor sentralt, slik at nærhet framstår som et mindre relevant kriterium.

Med økende alder øker også betydningen av fritt sykehusvalg og moderne medisinsk utstyr. Yngre respondenter legger større vekt på respekt for pasientens verdighet, helsepersonell med god utdanning og sikre helsetjenester der man unngår å bli skadet. En noe høyere andel legger også vekt på behandling som virker, men dette er et av de viktigste kriteriene i alle aldersgruppene. Alle disse forskjellene er statistisk signifikante, selv om styrken på effektene varierer en del, som figuren viser.

5.3.2 Utdanningsforskjeller i vurdering av kvalitet i helsetjenesten

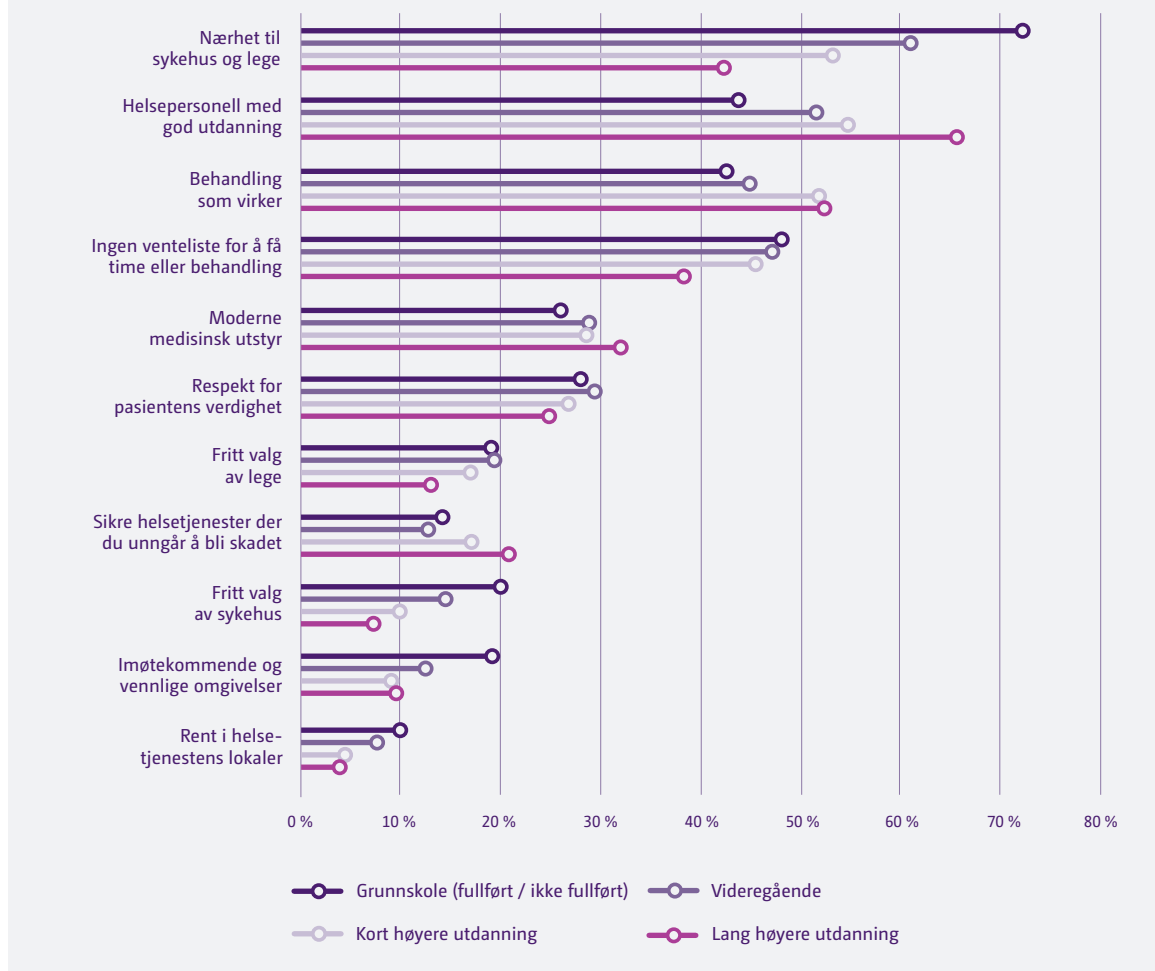
Helsebarometeret viser at utdanning har lite å si for vurderingen av kvalitet i helsetjenesten. Figur 5.27 sammenligner svarfordelingen etter utdanning. Tendensen her er at personer med høyere utdanning vurderer kvaliteten i helsetjenesten noe mer positivt enn personer som har videregående skole eller lavere som høyeste fullførte utdanningsnivå. Imidlertid er bare effekten av lang høyere utdanning statistisk signifikant, og forskjellene er uansett små.



Derimot er det en del forskjeller i hvordan kriteriene for kvalitet rangeres. Betydningen av nærhet til sykehus og lege er signifikant viktigere for folk uten høyere utdanning. Igjen kan dette delvis være et resultat av bosettingsmønsteret i Norge. Utdanningsnivået er generelt høyere i byene, der det uansett er kortere vei til tjenestene og liten risiko for at sykehuset blir lagt ned.

Folk med lavere utdanning er også mer opptatt av fritt sykehusvalg og at det ikke skal være ventetid på behandlingen. Lavere utdanning øker også sannsynligheten for at en person skal legge vekt på omgivelsene: at det er rent i helsetjenestens lokaler, og at de fysiske omgivelsene er vennlige og imøtekommende. Med høyere utdanning øker sannsynligheten for at folk vektlegger at helsepersonell har god utdanning, at behandlingen virker, og at helsetjenestene er sikre slik at man unngår skader. Alle disse forskjellene er statistisk signifikante. Figur 5.28 viser andelen som har krysset av for de ulike kriteriene etter utdanningskategori.

FIGUR 5.28 Kriterier for god kvalitet i helsetjenesten i Norge etter utdanning, prosent som har valgt som ett av tre viktigste kriterier



5.3.3 Betydningen av diagnose for vurderingen av kvalitet

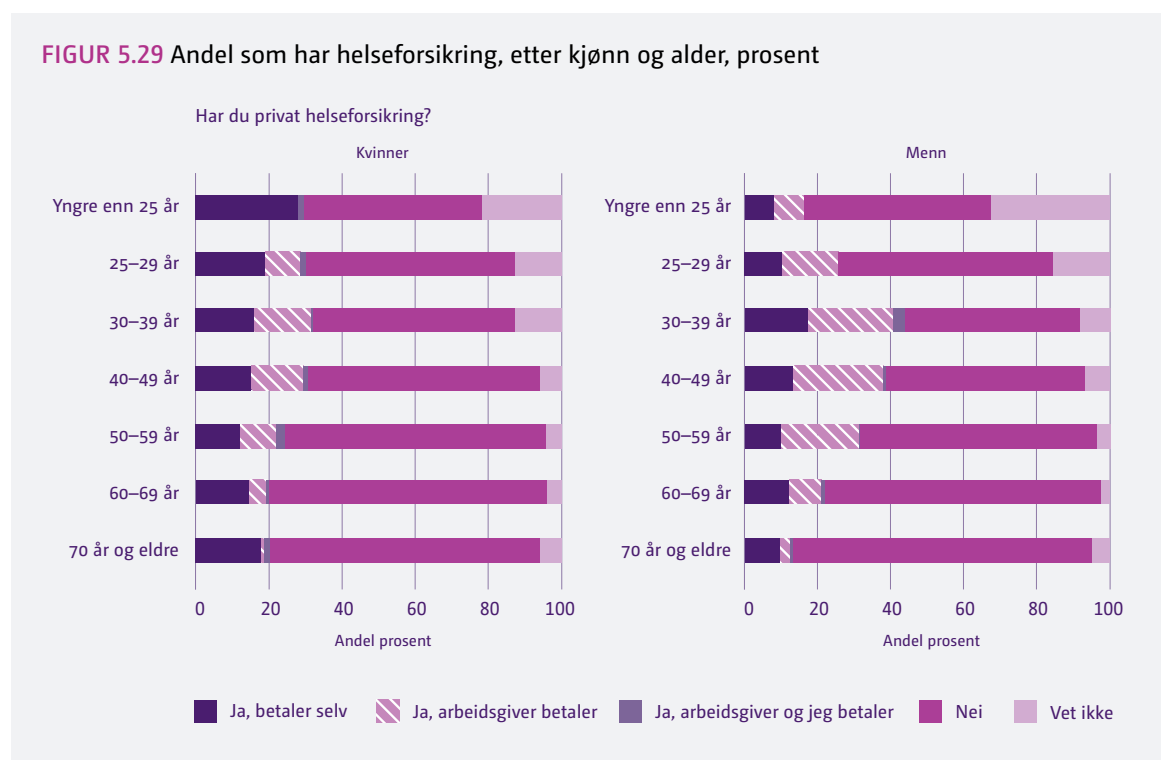
Det er vanskelig å gi en god grafisk framstilling av vektleggingen av de ulike kriteriene etter diagnosegruppe fordi det blir så mange kategorier. Statistiske tester (logistisk regresjon) gjør det imidlertid mulig å finne ut om personer som har eller har hatt en bestemt type sykdom, har større eller mindre sannsynlighet for å angi et kriterium som viktig. En del kriterier og pasientgrupper skiller seg ut. Nærhet til sykehus og lege er viktigere for personer som har eller har hatt hjertesykdom, blodtryksproblemer, lungesykdom, diabetes og hjerneslag/hjerneblødning, altså pasienter som kan ha behov for rask behandling. Personer som har (hatt) hjertesykdom, blodtryksproblemer og lungesykdom, legger også signifikant større vekt på helsepersonell med god utdanning. En signifikant høyere andel av (tidligere) kreftpasienter legger vekt på moderne medisinsk utstyr. Med tanke på den raske utviklingen i kreftbehandling de siste ti årene er heller ikke dette særlig overraskende. Personer som har eller har hatt psykiske plager, er signifikant mer opptatt av fritt valg av lege og respekt for pasientens verdighet. Disse funnene bør sees i lys av at tjenester innenfor psykisk helsevern har en klart høyere andel misfornøyde pasienter, og at personer med psykiske plager også er mindre fornøyde med andre helsetjenester, som fastlegen (se kapittel 5.1).

Ingen av disse forskjellene er spesielt store, og endrer ikke inntrykket av at befolkningen er ganske samstemt i hvilke kriterier som er viktigst: tjenester som er tilgjengelige (korte avstander og ventetider), og behandling som virker, utført av godt kvalifisert helsepersonell. Disse kriteriene kommer ut som de viktigste uavhengig av sykdomsgruppe, selv om rekkefølgen varierer noe. For personer som har eller har hatt kreft eller nyresykdom, kommer i tillegg moderne medisinsk utstyr omtrent like høyt opp.

5.4 BRUK AV PRIVAT HELSEFORSIKRING

Som en siste del av kartleggingen av folks bruk av helsetjenester ser vi på hvor mange som har privat helseforsikring, og hvem som har det. Omtrent én av fire oppgir at de har privat helseforsikring. Drøyt halvparten av disse betaler selv, mens den andre halvparten får helseforsikring av arbeidsgiver. Bruk av privat helseforsikring har økt kraftig i Norge de siste årene, særlig fordi flere arbeidsgivere velger å kjøpe forsikring til sine ansatte. Samtidig er ordningen omdiskutert, fordi det bryter med prinsippet om at pasienter skal prioriteres etter hvor alvorlig sykdommen er, ikke etter betalingsevne.

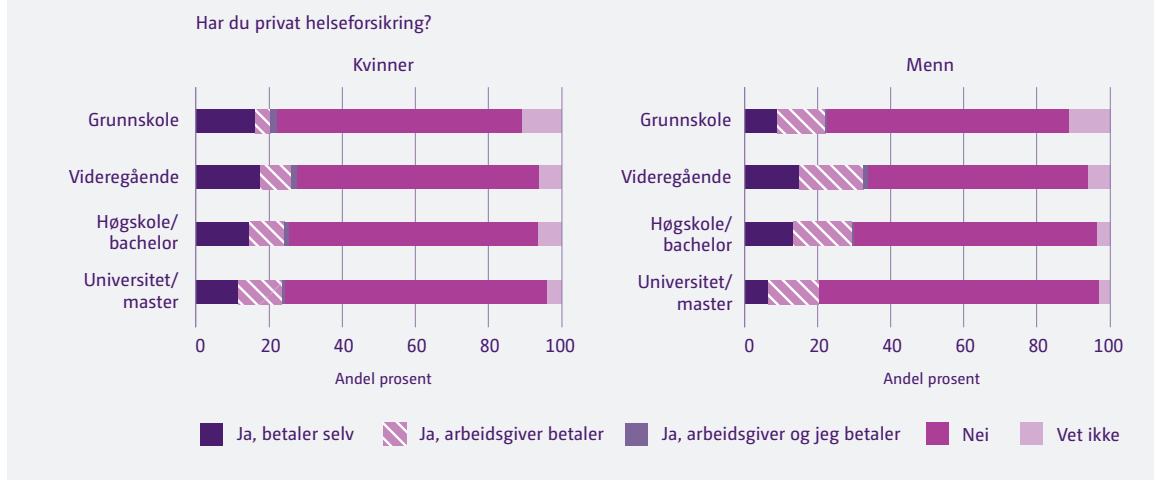
Siden bruk av helseforsikring delvis henger sammen med tilknytning til arbeidslivet og type arbeidsplass, som igjen varierer med kjønn, alder og utdanning, viser vi fordelingene først etter alder og kjønn (Figur 5.29), og deretter utdanning og kjønn (Figur 5.30).



Figur 5.29 viser at blant både menn og kvinner er andelen med helseforsikring høyest blant unge voksne og middelaldrende. I alle aldersgruppene er andelen som får helseforsikring dekket av arbeidsgiver, høyere blant menn enn blant kvinner. Av de under 25 år er det relativt mange som ikke vet om de har helseforsikring (ca. 27 prosent), noe som antakelig gjenspeiler at sviktende helse i mindre grad er en bekymring blant de yngste. Andelen unge kvinner som svarer at de har helseforsikring, er likevel relativt høy; nesten 15 prosent svarer at de betaler for helseforsikring. Dersom vi kun ser på de som betaler for helseforsikring selv, det vil si at de har gjort en selvstendig vurdering av om de ønsker privat helseforsikring, er det få systematiske forskjeller mellom menn og kvinner, og mellom personer i de ulike aldersgruppene. Statistiske analyser viser at signifikant flere kvinner enn menn har privat helseforsikring som de betaler selv, mens andelen synker med alder.

Andel med helseforsikring etter kjønn og utdanning er vist i Figur 5.30. Utdanning ser ikke ut til å ha noe å si for hvorvidt kvinner har helseforsikring, men kan se ut til å spille en viss rolle for menn. Forskjellene mellom utdanningsgruppene er imidlertid ikke statistisk signifikante, verken for menn eller for kvinner. Andelen uten privat helseforsikring er spesielt stor blant høyt utdannede menn. Blant menn med videregående utdanning og kort høyere utdanning er det flere både som velger å ha helseforsikring, og som får forsikring dekket av arbeidsgiver. Sannsynligvis varierer andelen også med yrkestilknytning, og da spesielt hvor folk er ansatt, inkludert om folk er selvstendig næringsdrivende, men datamaterialet vårt gir ikke slike opplysninger. På grunn av den sterke veksten i bruken av privat helseforsikring de siste årene ville det vært nyttig å gå nærmere inn på hvem som velger å ha slik forsikring.

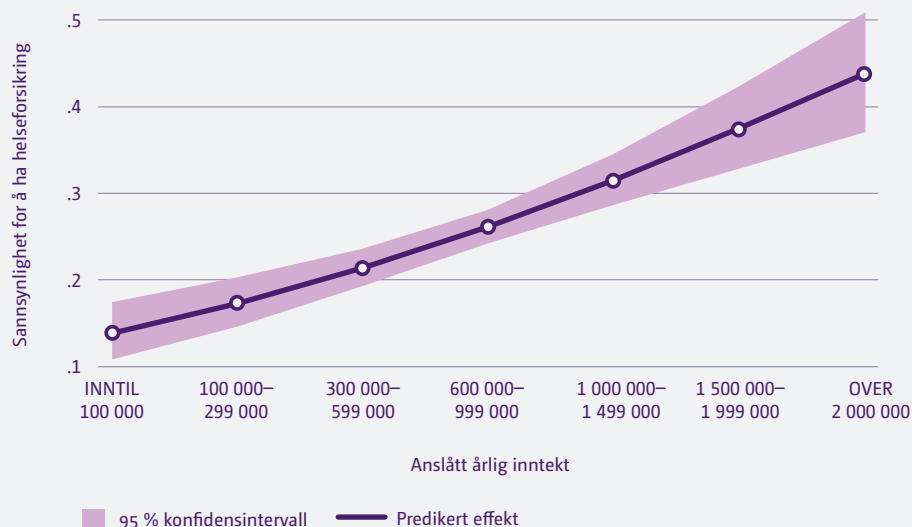
FIGUR 5.30 Andel som har helseforsikring, etter utdanning og alder, prosent



Dersom bruken av privat helseforsikring samvarierer systematisk med egenvurdert helse eller med bestemte sykdommer eller plager, kan det tolkes som en indikasjon på at helsetjenesten fungerer bedre eller dårligere for bestemte sykdomsgrupper. Vi har brukt logistisk regresjonsanalyse for å undersøke om egenvurdert helse eller det å ha eller ha hatt bestemte sykdomstyper påvirker sannsynligheten for å ha valgt å tegne privat helseforsikring, og finner ingen systematiske forskjeller. Det er en tendens til at personer som har eller har hatt lungesykdom eller sykdom i bevegelsesapparatet, har noe lavere sannsynlighet for å betale for privat helseforsikring, men effekten er ikke statistisk signifikant på det vanlige 0,05-nivået (bare på 0,10). Egenvurdert helse har heller ingen betydning. Konklusjonen er at helsetilstand i liten grad påvirker beslutningen om å ha privat helseforsikring.

Den største kritikken mot privat helseforsikring er imidlertid at den skaper et skille mellom de som kan betale ekstra for helsetjenester, og de som ikke har råd til det. Som nevnt finner vi ingen systematiske forskjeller etter kjønn, alder og utdanning, selv om det er visse variasjoner. Ser vi derimot på helseforsikring under ett, både betalt av arbeidsgiver og betalt av personen selv, finner vi en klar effekt både av personlig inntekt og av vurdering av egen økonomisk situasjon, der sannsynligheten for å ha helseforsikring øker signifikant med inntektsnivå. Effekten er lik for menn og kvinner. Figur 5.31 viser predikert sannsynlighet for å ha helseforsikring (enten betalt selv eller dekket av arbeidsgiver) etter inntekt, med tilhørende 95 prosent konfidensintervall. Sannsynligheten stiger tilnærmet lineært med økende inntekt. Kritikken om at helseforsikring skaper et økende skille i befolkningen har altså et visst belegg.

FIGUR 5.31
Predikert sannsynlighet for å ha helseforsikring, etter anslått årsinntekt





5.5 OPPFATNING AV HELSETILBUDET I NORGE OPPSUMMERT

Befolkningens tilfredsnivå med helsetjenestene kan sees på som en indikator for hvor godt de fungerer, og ikke minst hvem de fungerer for. Kunnskap om dette er nyttig i arbeidet med å forbedre og videreutvikle helsetjenesten. Helsebarometeret viser at folk i stor grad er fornøye med kvaliteten på helsetjenesten. Det ser ikke ut til å være forskjell mellom de som har mottatt tjenester på sykehus det siste året, og de som ikke har det. Mer enn fire av fem er fornøye med tjenestene de mottar fra fastlege og sykehus (både innleggelse og poliklinisk behandling), og under 10 prosent er misfornøye. Tre tjenester kommer imidlertid relativt dårlig ut. Knappt halvparten av de som mottar helsetjenester fra privat psykolog/psykiater og pleie- og omsorgstjenester, er fornøye, og rundt 20 prosent er misfornøye. Innleggelse i psykisk helsevern kommer enda dårligere ut; her er 30 prosent fornøye og 30 prosent misfornøye (mens 40 prosent verken er fornøye eller misfornøye). Pasienter med psykiske plager er også signifikant mindre fornøye med tilbudet de har mottatt fra fastlege og den somatiske spesialisthelsetjenesten. På spørsmål om hva som er de viktigste kriteriene for god kvalitet i helsetjenesten, vektlegger personer med psykiske plager i større grad enn resten av befolkningen retten til fritt valg av lege og respekt for pasientens verdighet. Personer med psykiske plager har også mindre tiltro til at de får riktig behandling, og de er mer kritisk til de ulike sidene ved pasientforløpet, som kommunikasjon, samhandling og mulighet for å påvirke behandlingsopplegget. Sett under ett tegner disse funnene et bilde av en helsetjeneste som fungerer klart dårligere for personer med psykiske lidelser.

Det er liten forskjell på hvordan menn og kvinner vurderer helsetjenestene, men det er en tendens til at kvinner er mer fornøye enn menn. Kvinner har også større tiltro til at de får riktig behandling. Både blant menn og blant kvinner er det stor enighet om at nærhet til sykehus og lege, godt utdannet helsepersonell, effektiv behandling og korte ventelister er de viktigste kriteriene for kvalitet i helsetjenesten. Kvinner legger i tillegg

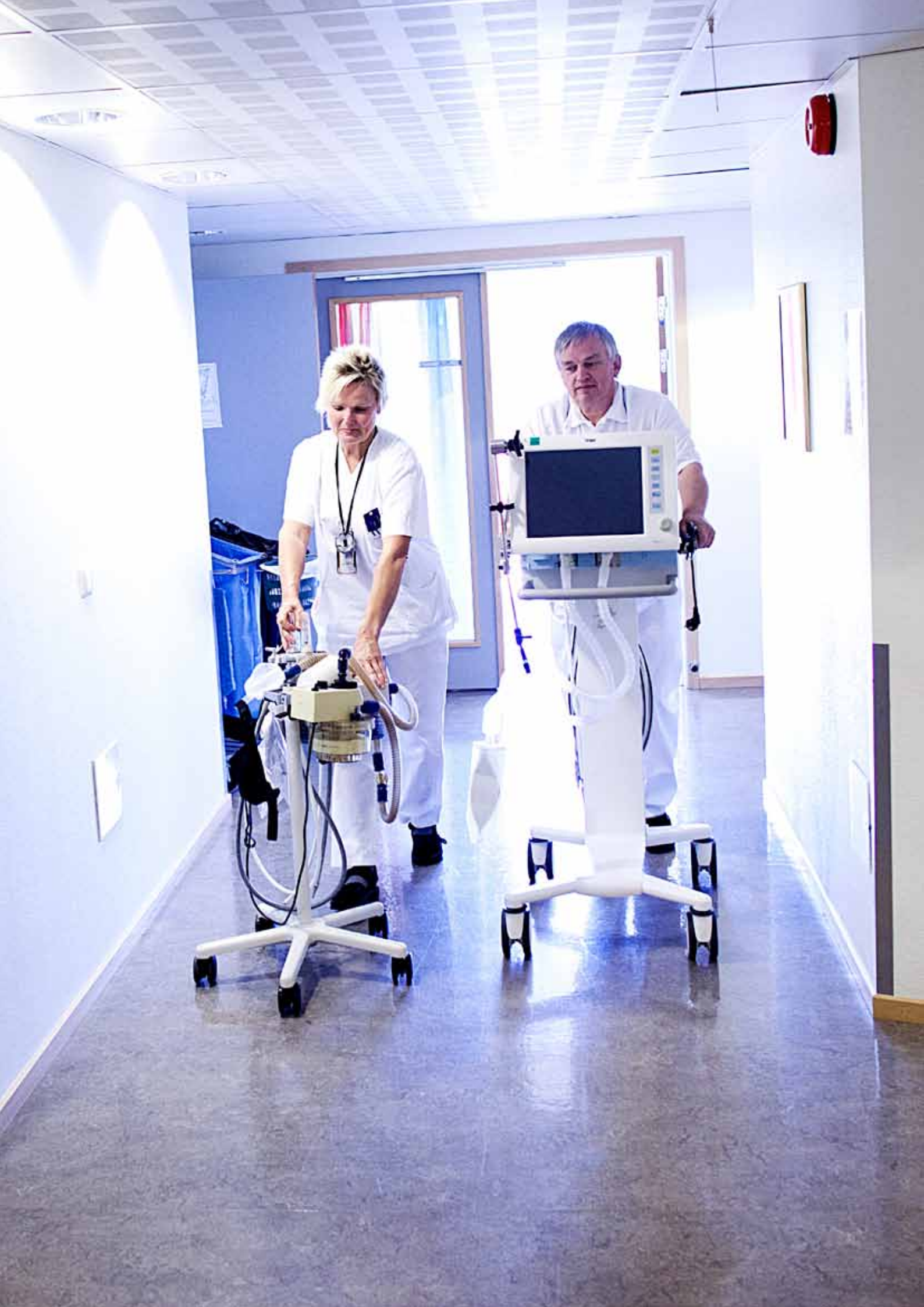
noe mer vekt på helsepersonell med god utdanning, respekt for pasientens verdighet og sikre helsetjenester, mens menn i større grad vektlegger behandling som virker, og moderne medisinsk utstyr.

Eldre er gjennomgående mer fornøyde med tjenestene enn yngre, særlig pleie-, omsorgs- og hjemmetjenester. Fordi det er få personer i utvalget som har mottatt omsorgstjenester, er det knyttet noe større usikkerhet til resultatene, men forskjellen er likevel markant. Dette kan ihvertfall delvis være en funksjonseffekt mer enn en alderseffekt, ved at yngre (personer under 40 år) som mottar hjemmetjenester, sannsynligvis også har et lavere funksjonsnivå og et større hjelpebehov enn eldre tjenestemottakere. Likevel holder forskjellen mellom aldersgruppene seg når man kontrollerer for egenvurdert helse, sykdom og helseplager. I vurderingen av ulike sider ved pasientforløpet mener eldre i større grad enn yngre at samarbeidet mellom sykehus og fastlege har vært tilfredsstillende.

Personer med høyere utdanning er generelt mer fornøyde med tjenestene de mottar. Bedre kommunikasjon med helsepersonell og bedre tilpassede forventninger kan være en del av forklaringen. Unntaket er pleie- og omsorgstjenester, der de med høyere utdanning er signifikant mer misfornøyd. Personer med høyere utdanning er mer positive til kvaliteten generelt i helsetjenesten, og i vurderingen av pasientforløpet rapporterer de i større grad at de har kunnet påvirke eget behandlingsopplegg. Ser vi på kriterier for kvalitet, er folk med lavere utdanning mer opptatt av nærhet til tjenestene, fritt sykehusvalg og korte ventelister. Dette kan være en funksjon både av bosettingsmønster (utdanningsnivået er lavere i spredtbygde strøk, der det er lengre avstand til tjenesten) og av sykdomsbilde. Personer med høyere utdanning legger signifikant mer vekt på godt utdannet helsepersonell, behandling som virker, og sikre helsetjenester.

Personer som har eller har hatt kreft, er spesielt fornøyde med tjenestene de mottar, både av fastlegen og av spesialisthelsetjenesten. En klart større andel har også tiltro til at de får riktig behandling. Personer som har eller har hatt kreft, er også signifikant mer fornøyde med kommunikasjons- og informasjonsutvekslingen med behandlerstedet. Også blant personer som har eller har hatt hjerte- og karsykdom eller hjerneslag/hjerneblødning, er de aller fleste fornøyde med behandlingen i primær- og spesialisthelsetjeneste. I likhet med personer med psykiske plager er personer med sykdom eller skade i bevegelsesapparatet mer kritisk i vurderingen av flere sider ved pasientforløpet. De har lavere tiltro til at de får riktig behandling, de er mindre fornøyd med kommunikasjon og informasjonsutveksling med behandlerstedet, de er mer kritisk til samarbeidet mellom sykehus og fastlege, og de mener i mindre grad at de har hatt mulighet til å påvirke eget behandlingsopplegg. Det er til dels få respondenter i de ulike sykdomskategoriene, og vi kjenner heller ikke detaljer i sykdomsbilde og faktisk pasientforløp, så det er usikkerhet knyttet til en del av tallene. Forskjellen mellom pasientgruppene er likevel såpass systematiske at de bør bli tatt på alvor.

Hva som blir oppfattet som de viktigste kriteriene for kvalitet i helsetjenesten, varierer noe mellom pasientgruppene. Som nevnt er det stor enighet om at nærhet til sykehus og lege, godt utdannet helsepersonell, effektiv behandling og kort venteliste er de fire viktigste kriteriene for kvalitet, mens personer som har eller har hatt psykiske plager, er i noe større grad opptatt av fritt valg av lege og respekt for pasientens verdighet. Personer med kroniske lidelser (hjerte- og karsykdom, lungesykdom og diabetes) vektlegger i noe større grad nærhet til tjenestene. Personer som har eller har hatt kreft eller nyresykdom, vurderer også moderne medisinsk utstyr som et av de viktigste kriteriene.





Sep Clot Activator

6 Prioriteringer i helsevesenet

Selv i et velstående land som Norge er prioritering mellom ulike oppgaver og tjenester nødvendig (Helsedirektoratet, 2012b). Spørsmål om hva eller hvem man skal prioritere, er viktige og vanskelige. I debatten om økonomi og «mest mulig helse for pengene» er det imidlertid ikke alltid at de som bruker helsetjenestene, kommer til orde. Det er flere grunner til at folk skal få være med og uttale seg om spørsmål om prioriteringer i helsevesenet: Det er viktig for legitimitet og for at prioriteringene skal oppfattes som rettfærdige, det kan begrunnes ut fra hensynet til demokratiet, det kan øke tilliten til helsetjenesten, og ikke minst kan det være med og bidra til bedre kvalitet i prioriteringene (Bruni et al., 2008).

LHLs Helsebarometer inneholder spørsmål om ulike prioriteringer fra offentlig versus privat ansvar og tjenestetilbud, ressursbruk i helsetjenesten, syn på ansvar for helse, bruk av egenandeler, betydningen av tilgjengelighet, og ikke minst prioritering av ulike pasientgrupper. Forklaringsvariablene her er som tidligere kjønn, alder, utdanning og helsetilstand. Der det er relevant trekker vi også inn andre forhold, som livsstil og politisk ståsted. Til sammen gir disse spørsmålene god og detaljert informasjon om hvordan folk ønsker at helsetjenestene skal utvikle seg.



Det bør være høyere egenandeler for behandling av «selvforskyldte» sykdommer (grunnet f.eks. røyking):

LITT ELLER HELT ENIG

28 %



Ansvar for å tilby helse-tjenester bør hovedsakelig være offentlig:

HELT ELLER GANSKE ENIG

79 %



Det bør bli flere private sykehus i Norge:

HELT ELLER GANSKE ENIG

20 %

Bør samfunnet bruke mer penger på helse?

44 %

JA, MER PENGER ENN NÅ

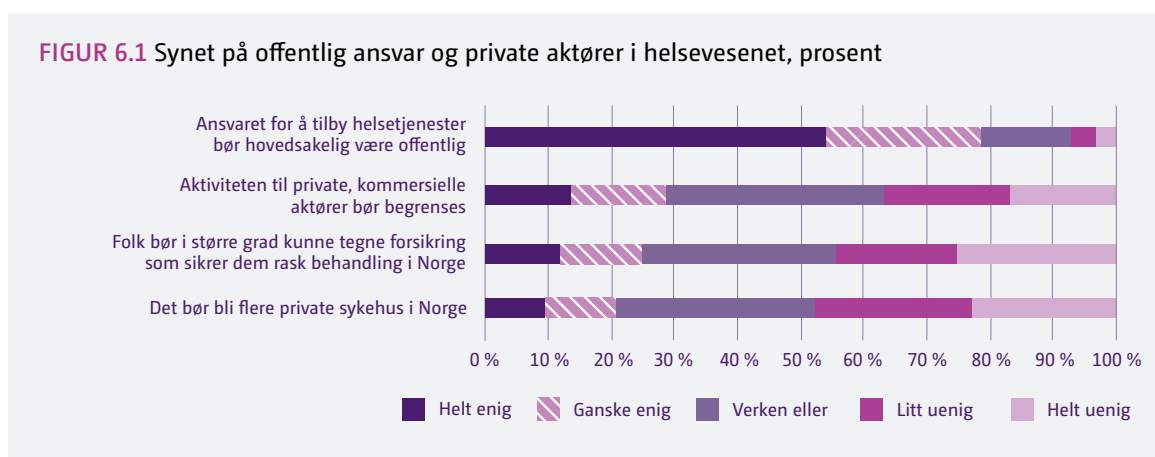
43 %

NEI, BRUKE PENGER MER EFFEKTIVT

6.1 HVEM BØR HA ANSVAR FOR Å TILBY HELSETJENESTER?

En grunnleggende skillelinje i politikken er synet på hvor stor staten skal være, og hvilke oppgaver som bør være offentlige. Hvor langt bør det offentlige ansvaret strekke seg? Det samme spørsmålet finner vi igjen i synet på hvordan helsetjenestene bør organiseres: Hvor stort skal det offentlige ansvaret være, og hvilken rolle skal private aktører spille? Synet på bruk av helseforsikring faller også inn under dette.

Fire spørsmål i Helsebarometeret handler om offentlig ansvar for helsetjenester og syn på private aktører. Spørsmålene ble stilt i form av påstander som respondentene skulle si seg enige eller uenige i. Figur 6.1 viser svarfordelingene.



Et stort flertall, eller nesten fire av fem, mener at ansvaret for å tilby helsetjenester bør være offentlig. Kun et fåtall, eller knappe 7 prosent, er helt eller delvis uenige i påstanden. Samtidig er det ikke slik at flertallet ønsker å begrense private aktørers rolle; knapt 30 prosent er enige i påstanden om at aktiviteten til private, kommersielle aktører bør begrenses. Samtidig ser det ikke ut til at folk har et ønske om å styrke den private delen av helsevesenet. Nesten halvparten av respondentene er uenige i at det bør bli flere private sykehus i Norge, mens kun 20 prosent er enige i påstanden. Det ser heller ikke ut til å være noe stort ønske om å øke bruken av privat sykeforsikring. Nesten 45 prosent er uenige i at det bør bli lettere å tegne forsikring som sikrer folk rask behandling ved sykdom, mens under 25 prosent er enige.

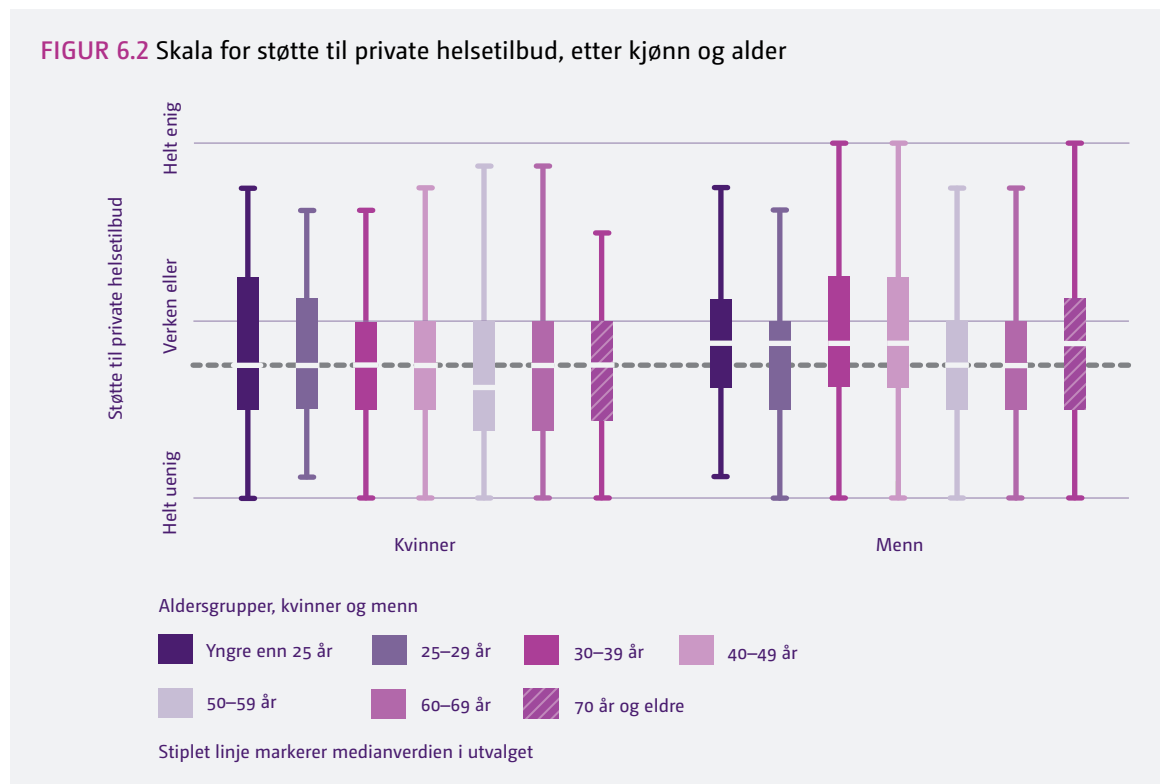
Sett under ett tegner spørsmålene et bilde av at mange støtter dagens organisering av helsevesenet, med et tydelig offentlig ansvar, kombinert med et visst innslag av private aktører. På spørsmålene om private aktører er det store andeler som verken er enige eller uenige, noe som tyder på at mange er fornøyd med dagens nivå. Det er ikke flertall for å øke innslaget av private aktører, men det er heller ikke noe sterkt ønske om å redusere den private aktiviteten.

De fire variablene i figuren over korrelerer ganske sterkt, og faktoranalyse viser at de kan slås sammen til en felles skala for støtte til private helsetilbud. For å gjøre det lettere å sammenligne variablene på tvers av ulike grupper har vi derfor slått sammen de fire variablene fra Figur 6.1 til en felles variabel, der minimumsverdien 1 tilsvarer at man er helt enig i at ansvaret for å tilby helsetjenester bør være offentlig, og at aktiviteten til private kommersielle aktører bør begrenses, og helt uenig i at folk i større grad bør tegne sykeforsikring, og at det bør bli flere private sykehus. På samme måte tilsvarer maksimumsverdien 5 at man er helt uenig i at ansvaret for å tilby helsetjenester bør være offentlig, og at aktiviteten til private kommersielle aktører bør begrenses, og helt enig i at folk i større grad bør tegne sykeforsikring, og at det bør bli flere private sykehus. Vi bruker denne variabelen i de videre analysene av hvem som ønsker et større innslag av private helsetjenester, og hvem som ønsker mest mulig offentlig løsning.

6.1.1 Støtte til private helsetjenester etter sosiodemografiske kjennetegn

Boksplottet i Figur 6.2 viser fordelingen til den nye variabelen, fordelt etter kjønn og aldersgrupper. For enkelhets skyld er ekstremverdier utelatt fra figuren. Størrelsen på boksene angir hvor midterste 50 prosent av utvalget befinner seg, med midtverdien (median) markert som et horisontalt belte. De resterende 50 prosent

av hver gruppe er markert med vertikale haler over og under boksen. Medianverdien på 2,4 er markert med en stiptet, horisontal linje. Denne verdien tilsvarer at respondenten i gjennomsnitt har svart et sted mellom «ganske enig» og «verken eller» på alle spørsmålene. Medianvelgeren er altså noe mer negativ enn positiv til private helsetilbud.



Vi ser at menn generelt er noe mer positive til private løsninger i helsevesenet enn det kvinner er. At kvinner er mer positive til statlige ordninger, og mer skeptiske til private løsninger er godt kjent fra studier av politisk opinion generelt, både i Norge og i andre land. Støtten til private helsetilbud går også noe ned med økende alder. Begge disse effektene er statistisk signifikante. Figuren viser også at det er større spredning blant menn enn blant kvinner, og særlig blant middelaldrende.

Nærmere analyser av enkeltvariablene som inngår i skalaen, viser at forskjellen mellom menn og kvinner er størst for de to variablene som måler støtte til private sykehus, og om aktiviteten til private aktører bør begrenses. Aldersforskjellen er størst for spørsmålet om private helseforsikringer. Blant menn er det ikke en klar alderseffekt, mens blant kvinner er støtten til private løsninger høyest blant de yngste, og lavest blant kvinner i 50-årene.

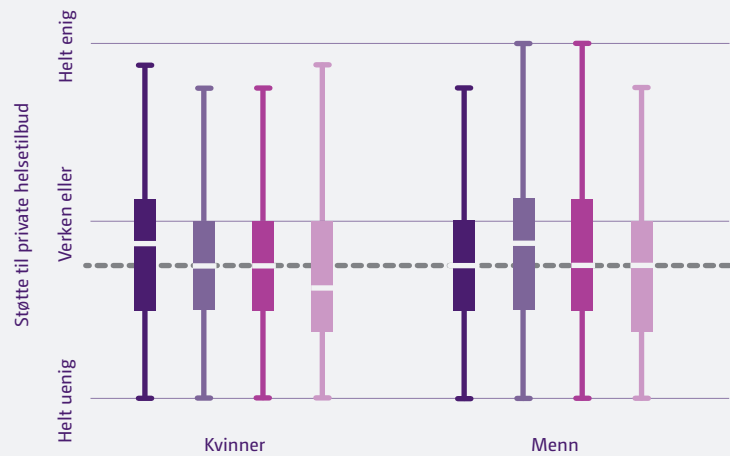
Støtten til private løsninger i helsevesenet går også ned med økende utdanningsnivå. Figur 6.3 viser at kvinner med kun grunnskoleutdanning er blant de mest positive til private løsninger, mens kvinner med lang høyere utdanning er de som i størst grad ønsker offentlige tjenester. Blant menn er det særlig de med videregående som høyeste utdanningsnivå som støtter private løsninger, men også her er det stor spredning. Regresjonsanalyser viser at effekten av utdanning er statistisk signifikant, og er ikke signifikant forskjellig for menn og kvinner.

FIGUR 6.3 Skala for støtte til private helsetilbud, etter kjønn og utdanning

Utdanningsgrupper, kvinner og menn

- Fullført grunnskole eller lavere
- Fullført videregående skole
- Høgskole/bachelor
- Universitet/master

Stiplet linje markerer medianverdien i utvalget

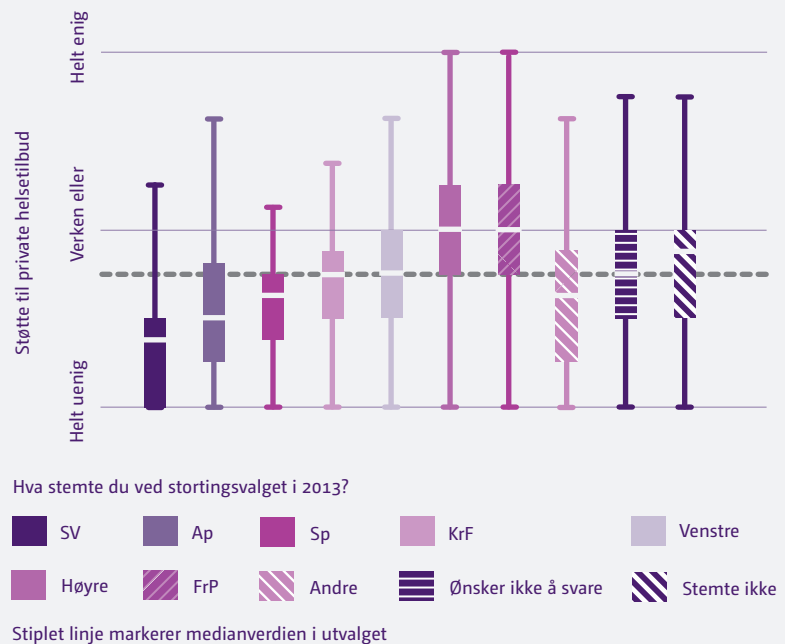


6.1.2 Støtte til private helsetjenester etter partipreferanse

Som nevnt innledningsvis er synet på offentlig sektor og hvor stor den skal være, en av de grunnleggende politiske skillelinjene, som de politiske partiene plasserer seg henholdsvis til høyre og til venstre for. Det er rimelig å anta at folks syn på offentlige versus private løsninger også i stor grad følger partipreferanse. Figur 6.4 viser folks plassering på skalaen for støtte til private helsetilbud, fordelt etter partipreferanse, målt etter hvilket parti man stemte på ved stortingsvalget i 2013. Partiene er her rangert etter plassering på høyre-venstreaksen i norsk politikk. Median for utvalget som helhet er markert med en horisontal, stiplet linje. Dersom støtte til private helsetilbud kan tolkes som en dimensjon av skillelinjen høyre-venstre, vil lave verdier (helt uenig i private helsetilbud) tilsvare en plassering lenger til venstre i det politiske landskapet, mens høyere verdier (helt enig i private helsetilbud) tilsvare en plassering lenger til høyre. Resultatet er at vurderingen av private aktørers rolle i helsetjenesten i stor grad har en ideologisk dimensjon. Det er tydelig sammenfall mellom folks syn på private helsetjenester og ståstedet til partiet de oppgir at de har stemt på. De rødgrønne velgerne plasserer seg i stor grad lenger ned (eller lenger til venstre) på skalaen for støtte til privat helsetilbud enn medianvelgeren. Over tre fjerdedeler av de som stemte på Sosialistisk venstreparti eller Senterpartiet ved forrige stortingsvalg, og 75 prosent av Arbeiderpartiets velgere, plasserer seg nedenfor median for utvalget som helhet, det vil si lenger til venstre. De ønsker i større grad offentlige tjenester. Velgerne til de borgerlige sentrumspartiene Venstre og Kristelig Folkeparti befinner midt blant velgerne, verken mer til høyre eller mer til venstre. Tre fjerdedeler av Høyres og Fremskrittspartiets velgere befinner seg derimot mer til høyre i det politiske landskapet, med større støtte til private løsninger. Det er verdt å merke seg at medianverdien for de som stemte Høyre og FrP, tilsvare verken enig eller uenig. Heller ikke i disse velgergruppene er det flertall for større innslag av private løsninger.

De som oppgir at de stemte på andre politiske partier, har sannsynligvis stemt på Rødt eller Miljøpartiet De Grønne, og de plasserer seg også til venstre for medianvelgeren i synet på private helsetilbud.

FIGUR 6.4 Skala for støtte til private helsetilbud, etter partipolitisk preferanse



Alt i alt er det god konsistens mellom partipreferanse og syn på private helsetjenester, noe som tyder på at folk i stor grad stemmer på det partiet som representerer dem best. Dette tyder også på at helsepolitikk er viktig for folks partivalg. Alle forskjellene er statistisk signifikante, og effektene er til dels store. Politisk orientering er for eksempel mye viktigere enn sosiodemografiske forskjeller.

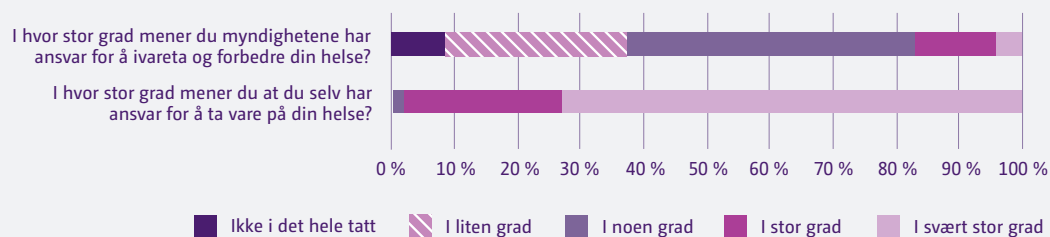
6.1.3 Støtte til private helsetjenester etter sykdomsbilde

Statistiske undersøkelser viser at syn på private helsetjenester i liten grad henger sammen med egen helse, verken egenvurdert helse eller bestemte sykdommer eller plager. Unntaket er enkelte mindre spesifikke sykdommer og psykiske lidelser. Personer som plages mer av angst og depresjon, eller har ulike plager knyttet til mage og fordøyelsessystem (sure oppstøt, magesmerter, magesår, luftplager, diaré eller forstoppelse), og personer som har eller hatt psykiske plager, er i større grad tilhengere av offentlige helsetjenester. Disse effektene er imidlertid små, og sammenhengene er lite robuste, så vi har valgt å ikke vise resultatene.

6.2 HVEM BØR HA ANSVAR FOR Å IVARETA FOLKS HELSE?

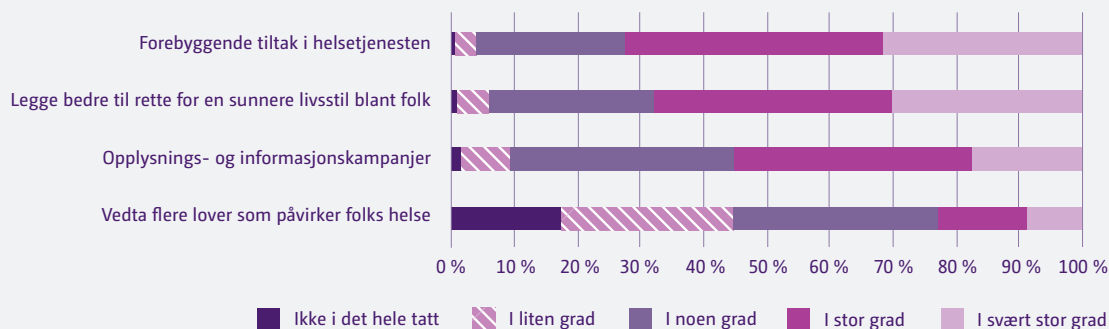
To spørsmål i Helsebarometeret handler om hvilket ansvar myndighetene og en selv har for å ivareta folks helse. Fordelingen er vist i Figur 6.5, der vi ser at folk stort sett er enstemmige i at man selv i stor grad har ansvar for å ta vare på egen helse. 97 prosent svarer at man i stor eller svært stor grad har et ansvar selv, og 73 prosent mener at man i svært stor grad har et ansvar selv. Folk er mye mer delt i synet på hvilken rolle myndighetene bør spille i å ivareta befolkningens helse. Ca. 37 prosent mener at myndighetene i liten eller ingen grad har et slikt ansvar, mot 46 prosent som mener at myndighetene i noen grad har ansvar for å ivareta folks helse. Bare 17 prosent mener at myndighetene i stor eller svært stor grad har et slikt ansvar.

FIGUR 6.5 I hvor stor grad myndighetene og en selv har ansvar for å ta vare på folks helse



Ser vi nærmere på konkrete tiltak som myndighetene kan iverksette for å ivareta og forbedre folks helse, som opplysnings- og informasjonskampanjer, forebyggende tiltak i helsetjenestene, legge til rette for en sunnere livsstil, eller vedta lover som påvirker folks helse, er bildet imidlertid mer nyansert. Figur 6.6 viser at et flertall i befolkningen har en klar forventning om at myndighetene driver med forebyggende helsearbeid, i første rekke gjennom forebyggende tiltak i helsetjenestene og ved en bedre tilrettelegging for en sunnere livsstil, og deretter gjennom opplysnings- og informasjonskampanjer. Det er i mindre grad ønske om flere lover som påvirker folks helse. Mens 73 prosent, eller nesten tre av fire, i stor eller svært stor grad støtter forebyggende tiltak i helsetjenestene, mener 68 prosent at myndighetene bør legge bedre til rette for en sunnere livsstil. Tilsvarende tall for opplysnings- og informasjonskampanjer er henholdsvis 55 prosent, mens bare 23 prosent er tilhenger av lover som påvirker folks helse.

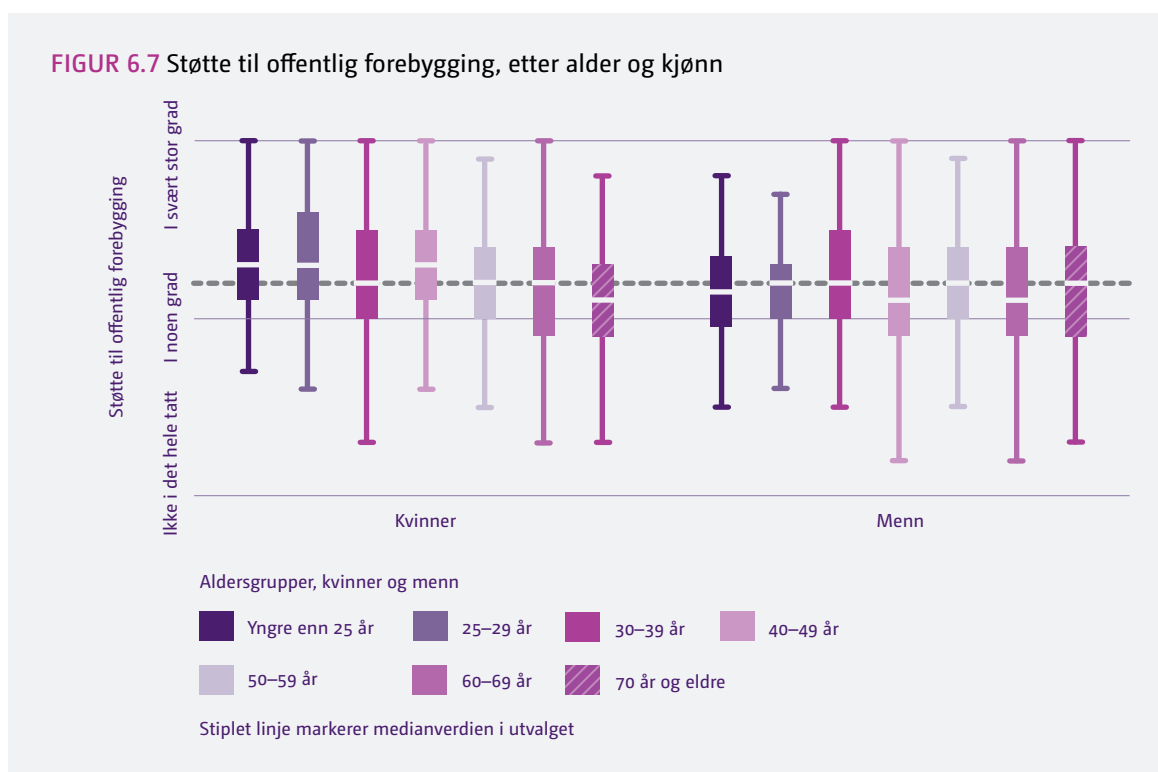
FIGUR 6.6 I hvilken grad mener du myndighetene bør gjøre følgende for å ivareta og forbedre folks helse



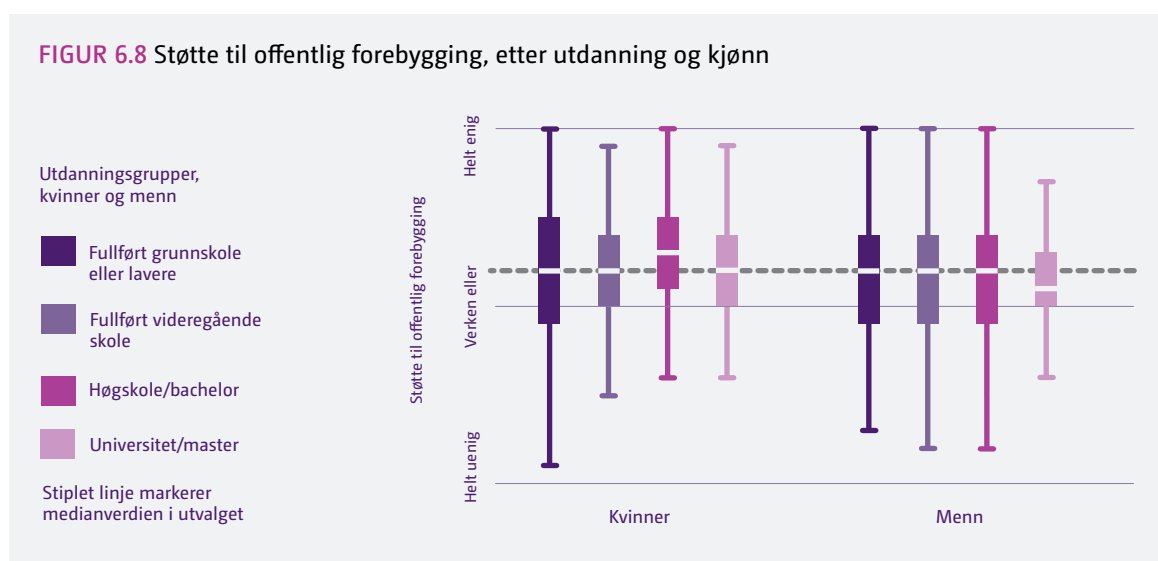
Variabelen om offentlig ansvar for folks helse (Figur 6.5) og de fire variablene om syn på typer offentlig forebyggende tiltak i Figur 6.6 korrelerer ganske sterkt, og faktoranalyse bekrefter at de kan slås sammen til en felles faktor for syn på offentlig ansvar for forebygging. Den nye variabelen er kodet slik at den går fra 1 til 5, der 1 tilsvarer at man har svart «ikke i det hele tatt» på alle fem spørsmål, mens en verdi på 5 tilsvarer at man har svart «i svært stor grad» på alle spørsmålene. I det følgende ser vi hvordan støtte til offentlig forebygging fordeler seg etter kjønn, alder, utdanning og partipolitisk preferanse.

6.2.1 Syn på forebyggende helsearbeid etter sosiodemografiske kjennetegn

Figur 6.7 viser at kvinner ønsker noe større grad av offentlig forebyggende og helsefremmende aktiviteter enn det menn gjør. Denne forskjellen er også statistisk signifikant, selv om den ikke er særlig stor. Gjennomsnittsverdien blant kvinner er 3,5, mot 3,2 blant menn. Blant kvinner går støtten imidlertid signifikant ned med alder. For menn finner vi ingen systematiske forskjeller mellom de ulike aldersgruppene.

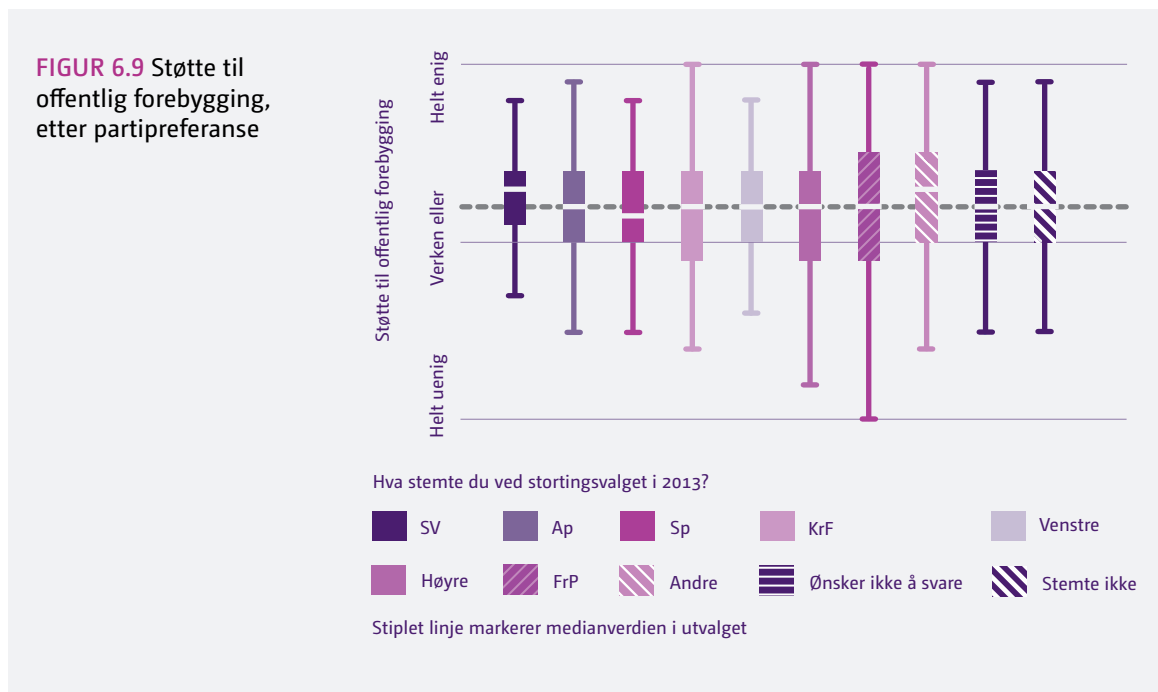


Utdanning ser ut til å ha en viss betydning for synet på myndighetenes forebyggende og helsefremmende arbeid (Figur 6.8). Blant menn er støtten minst blant de med lang høyere utdanning, mens det blant kvinner er størst støtte til offentlig forebygging blant de med kort høyere utdanning. Forskjellene er imidlertid små. Regresjonsanalyse viser at både kvinner og menn med høyere utdanning er signifikant mer positive til offentlig forebygging, noe som er overraskende tatt i betraktning at menn med lang høyere utdanning utmerker seg som de minst positive til offentlig forebygging. Alt i alt virker det som at utdanning har lite å si for synet på forebyggende arbeid.



6.2.2 Syn på forebyggende helsearbeid etter partipreferanse

I motsetning til synet på offentlig–privat aktivitet i helsetjenesten (kapittel 6.1) gir ikke partipolitisk preferanse særlig stort utslag på vurderingen av hva myndighetenes bør drive med av forebyggende og helsefremmende innsats. Figur 6.9 illustrerer fordelingen etter hva man stemte ved forrige stortingsvalg.



Figuren viser at tre grupper skiller seg ut: de som stemte på Sosialistisk venstreparti og på småpartiene, er mer positive til offentlig forebygging, mens de som stemte Senterpartiet, er noe mer negative enn medianvelgeren. Tyngdepunktet i de andre partiene sammenfaller med median for utvalget som helhet.

Regresjonsanalyse viser at de som oppgir at de ved forrige stortingsvalg stemte på Sosialistisk venstreparti, Arbeiderpartiet eller noen av de mindre partiene, som Miljøpartiet De Grønne eller Rødt, er signifikant mer positive til ulike former for statlig forebygging. I figuren ser det også ut til at Senterpartiets velgere i noe mindre grad ønsker statlig forebygging, men denne forskjellen er ikke signifikant.

Nærmere undersøkelser av enkeltvariablene som inngår i skalaen, viser at SV-velgerne scorer høyere på stort sett alle variablene, mens Arbeiderpartiets velgere scorer spesielt høyt på forebyggende tiltak og på støtte til et mer helsefremmende lovverk. Selv etter suksessen med innføringen av røykeloven som KrFs helseminister Dagfinn Høybråten stod i spissen for i 2004, har ikke KrFs velgere mer tro på helsefremmende lover enn de andre velgerne.

De som oppgir at de stemte på Høyre ved forrige stortingsvalg, mener i noe mindre grad at myndighetene bør innføre flere lover som påvirker folks helse, mens Fremskrittspartiets velgere er signifikant mer negative til forebyggende tiltak i helsetjenestene. Dette var som vi husker, det av de helsefremmende tiltakene som flest støttet. De som stemte på «andre» partier, markerer seg med særlig sterk støtte til at myndighetene bør legge bedre til rette for en sunnere livsstil blant folk. Dette er særlig i tråd med Miljøpartiet De Grønnes partiprofil, og slik sett som forventet.

6.2.3 Syn på forebyggende helsearbeid etter sykdomsbilde

I motsetning til synet på offentlig ansvar og private aktører i helsetjenesten, finner vi at folks helse og sykdomsbilde henger sammen med synet på det offentliges rolle i å forebygge sykdom og dårlig helse. Sammenhengen er i hovedsak at de som vurderer at de har dårligere helse, eller har eller har hatt visse sykdommer, i mindre grad mener at myndighetene bør ta ansvar for å ivareta og forbedre folks helse. Tabell 6.1 viser gjennomsnittlig verdi på syn på ulike typer forebyggende tiltak, etter om en person har eller har hatt bestemte sykdommer.

Asteriskene (*) angir om verdien for gruppen er signifikant forskjellig fra de som ikke har (hatt) sykdommen.

TABELL 6.1 Vurdering av i hvilken grad myndighetene bør drive med helseforebyggende arbeid, etter hvilken sykdom en person oppgir å ha (hatt)

SYKDOM	OPPLYS- NINGS- OG INFORMASJONS- KAMPANJER	LEGG TIL RETTE FOR SUNNERE LIVSSTIL	FOREBYGGENDE TILTAK I HELSE- TJENESTENE	VEDTA FLERE LOVER SOM PÅVIRKER FOLKS HELSE
Hjertesykdom	3,32	3,75*	3,93	2,61
Blodtrykksproblemer	3,56	3,75*	3,95	2,61*
Lungesykdom	3,43*	3,73*	3,94	2,38*
Hjerneslag/hjerneblødning	3,36*	3,62*	3,92	2,25*
Sykdom eller skade i bevegelsesapparatet	3,56*	3,86*	4,01	2,60*
Diabetes	3,62	3,81	3,97	2,70
Kreft	3,56	3,81	3,93	2,45*
Nyresykdom	3,59	3,90	3,92	2,49
Psykiske plager	3,59	3,90	4,06	2,90*
I alt	3,62	3,91	3,99	2,70

* Statistisk signifikant på 0,05-nivå eller lavere. Verdiene angir gjennomsnittlig score for variabel for i hvilken grad myndighetene bør drive med ulike helsefremmende tiltak (1 = i ingen grad, 5 = i svært stor grad).

Tabellen viser at personer som har eller har hatt en av de store folkesykdommene eller andre vanlige sykdommer, er noe mindre positive til ulike forebyggende tiltak enn befolkningen som helhet. Unntaket er forebyggende tiltak i helsetjenestene. Her finner vi ingen statistisk signifikante forskjeller. Det er særlig pasienter med lungesykdom eller hjerte- og karsykdommer og personer som har hatt slag eller hjerneblødning, som er mindre positive til forebyggende tiltak, både tilrettelegging for en sunnere livsstil og et mer helsefremmende lovverk. Felles for disse forebyggende tiltakene er at de implisitt legger til grunn at helseplager kan forebygges eller unngås ved riktig livsstil, som myndighetene enten kan legge positivt til rette for, eller aktivt fremme ved å forby eller regulere mer usunn atferd. Det er derfor interessant at personer som har eller har hatt sykdommer som nettopp er forbundet med livsstil (f.eks. lungesykdom og røyking), er noe mindre positive til denne typen forebygging. Forskjellene er imidlertid ikke store.

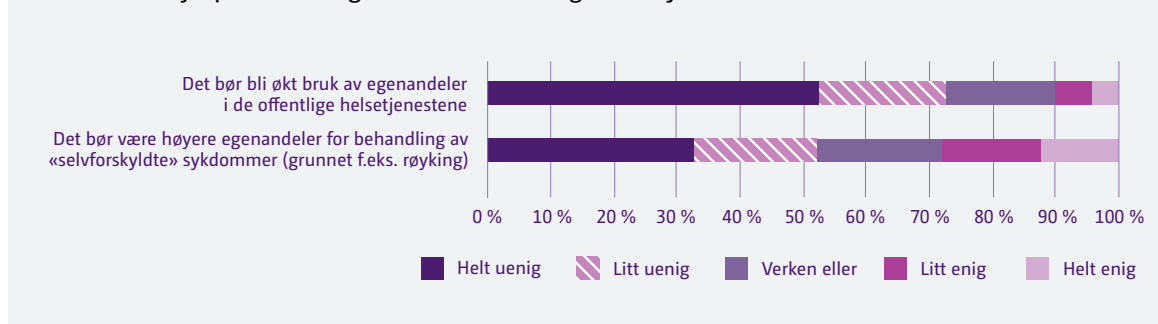
I motsetning til de andre pasientgruppene utmerker personer som har eller har hatt psykiske plager, seg som signifikant mer positive til at myndighetene vedtar flere lover som påvirker folks helse. Også denne effekten er liten.

I neste delkapittel ser vi på syn på bruk av egenandeler i de offentlige helsetjenestene, inkludert egenandeler ved sykdommer som oppfattes som selvforskyldte.

6.3 BRUK AV EGENANDELER

Drøyt halvparten av befolkningen er helt uenige i at det bør bli økt bruk av egenandeler i de offentlige helsetjenestene, mens ytterligere 20 prosent er litt uenige (Figur 6.10). Kun 10 prosent støtter påstanden om at egenandelene bør bli høyere.

FIGUR 6.10 Syn på bruk av egenandeler i offentlige helsetjenester

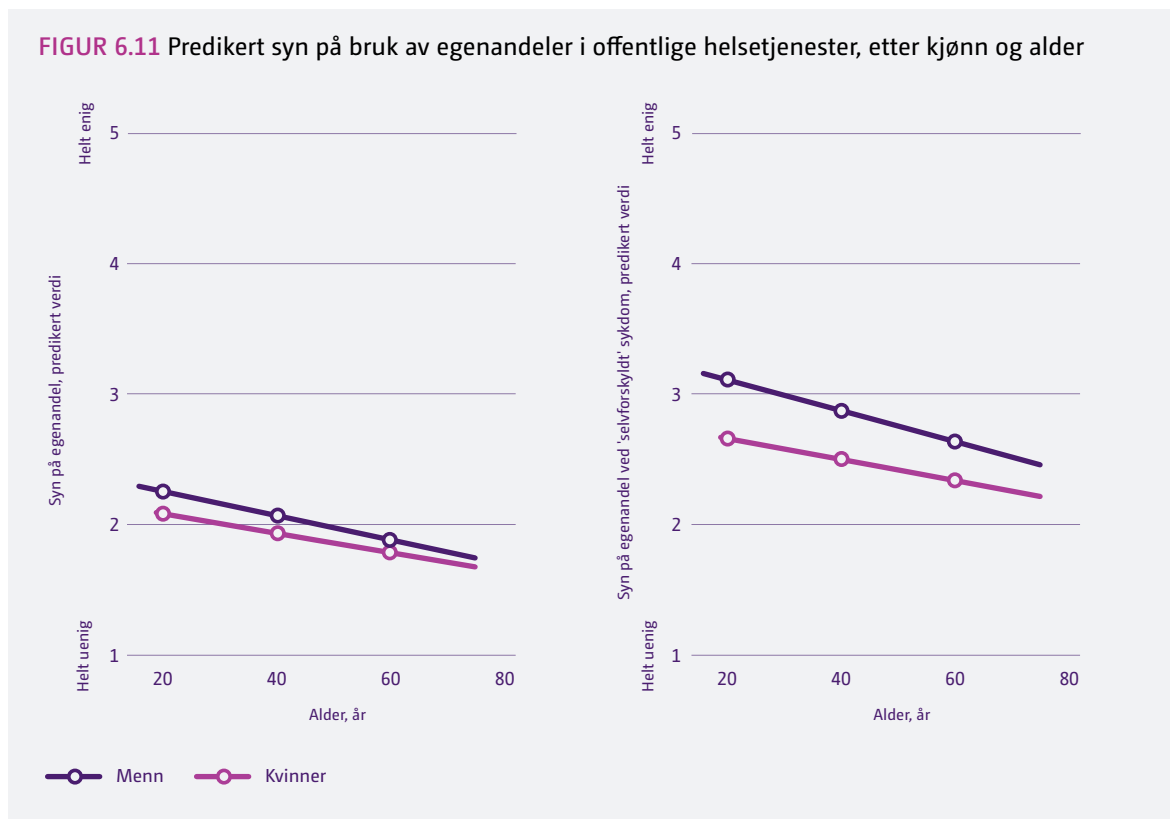


Derimot er det større støtte for å differensiere egenandelene dersom sykdommen kan oppfattes som selvforskyldt. Pasienter som mottar behandling for livsstilsrelaterte sykdommer, oppfattes altså i mindre grad som verdig trengende, i og med at de selv kan klandres for at de har blitt syke. Det problematiske med en slik differensiering er selvfølgelig at både helse og livsstil i stor grad henger sammen med sosial ulikhet, noe som blir tydeligere når vi i neste omgang ser på hvem som ønsker større egenandeler.

6.3.1 Syn på økte egenandeler etter sosiodemografiske kjennetegn

Statistiske analyser viser at det er signifikante forskjeller både mellom menn og kvinner og mellom ulike utdanningsgrupper. Figur 6.11 viser predikert verdi på variablene fra Figur 6.10, etter kjønn og alder. Vi ser at menn er noe mer positive til egenandeler enn kvinner. Dette stemmer godt overens med det vi har sett tidligere i dette kapitlet, nemlig at kvinner i større grad enn menn ønsker offentlige helsetjenester og offentlig forebyggende helsearbeid. For egenandeler generelt er det imidlertid små forskjeller. Forskjellen er større på spørsmål om behandling av sykdommer som oppfattes som selvforskyldte, bør ha høyere egenandel. Her er andelen positive blant menn klart større enn blant kvinner. Eldre er i mindre grad positive til egenandeler, blant både menn og kvinner, både generelt og for sykdom som kan anses som selvforskyldt.

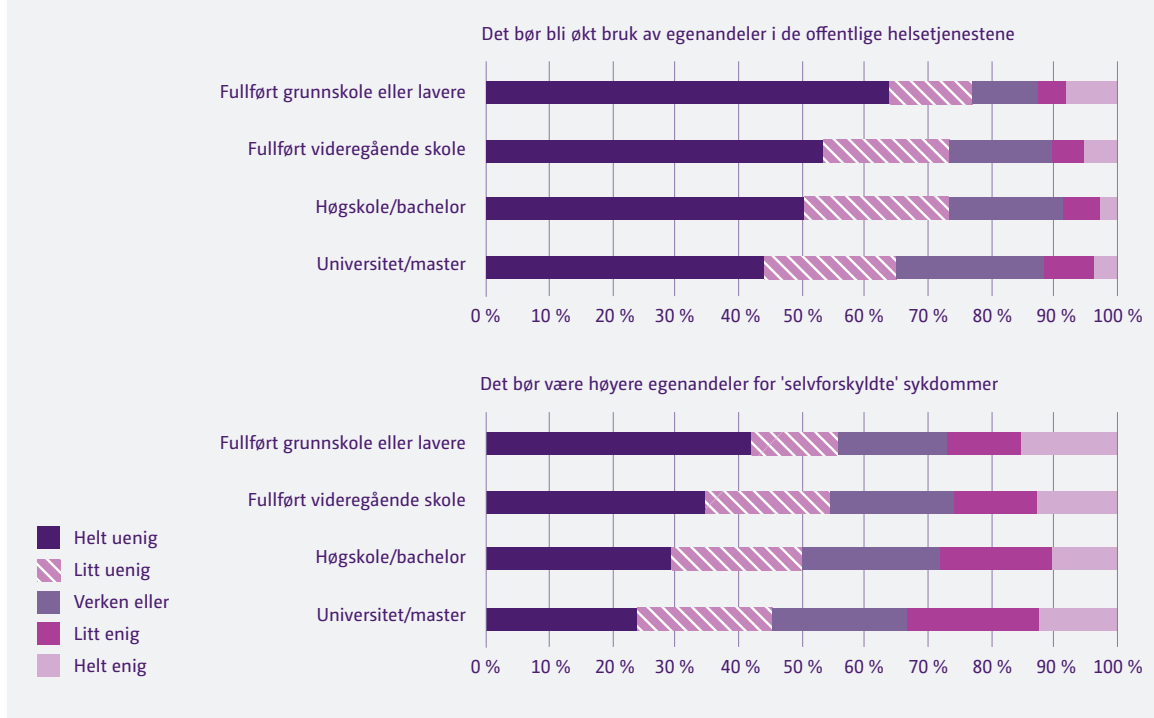
FIGUR 6.11 Predikert syn på bruk av egenandeler i offentlige helsetjenester, etter kjønn og alder



Figur 6.12 viser at det også er store forskjeller mellom utdanningsgruppene. Personer med lavere utdanning er mindre positive til økt bruk av egenandeler, både generelt og for behandling av sykdommer som kan skyldes egen atferd (livsstilsrelaterte sykdommer). Andelen som er helt eller delvis enige, er imidlertid ganske like på tvers av utdanningsgrupper. Det vil at den største forskjellen er at andelen som er helt uenig i økt bruk av egenandeler, går ned med økende utdanningslengde. Figuren viser også at det er sterkere polarisering, eller større uenighet, i gruppene med lav utdanning. Gruppen med kun grunnskoleutdanning har den største andelen som er helt uenig i at egenandelene bør bli høyere, men det er også her vi finner den største andelen som er helt enig. Samme mønster finner vi for bruk av egenandeler for sykdom som kan oppfattes som selvforskyldt.

Det er godt kjent at det er store sosiale forskjeller i både helse og livsstil, noe vi også så i kapittel 4. Den mest nærliggende tolkningen av resultatet i Figur 6.11 er at de mest positive til økt bruk av egenandeler er de som i minst grad vil rammes av en eventuell økning. Personer høyere opp i det sosiale hierarkiet lever sunnere, er generelt friskere og har lavere sannsynlighet for å utvikle livsstilsrelatert («selvforskyldt») sykdom. På grunn av høyere inntekt vil heller ikke økte egenandeler merkes i like stor grad.

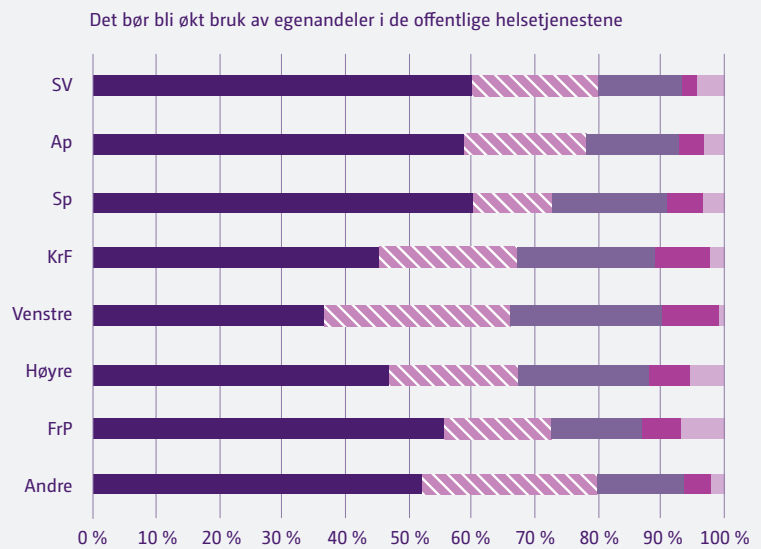
FIGUR 6.12 Syn på bruk av egenandeler i offentlige helsetjenester, etter utdanning, prosent



6.3.2 Syn på økte egenandeler etter partipreferanse

Som for synet på offentlige versus private tjenester i helsevesenet finner vi signifikante forskjeller etter partipreferanse, målt ved hvilket parti man stemte på ved forrige stortingsvalg. Figur 6.13 viser fordelingen. De som oppgir at de stemte på et av de rødgrønne partiene (Arbeiderpartiet, SV og Sp), er signifikant mer kritiske til økt bruk av egenandeler enn de borgerlige partiene Venstre, Kristelig Folkeparti og Høyre. Venstres velgere har en klart lavere andel som er uenig i økt bruk av egenandeler, og har også den laveste andelen som er helt enig. Fremskrittspartiets velgere skiller seg ikke signifikant fra de som oppgir at de stemte på et av de rødgrønne partiene. Det er imidlertid stor polarisering blant FrP-velgerne, det vil si at det er en stor andel som er helt uenig, men det er også blant de som stemte FrP, at vi finner den største andelen som er helt enig i økte egenandeler. Heller ikke de som stemte på et av småpartiene, det vil de «Andre» i figuren, skiller seg signifikant fra tilhengerne av den forrige regjeringen. Ca. 80 prosent er helt eller delvis enig i at egenandelene bør øke.

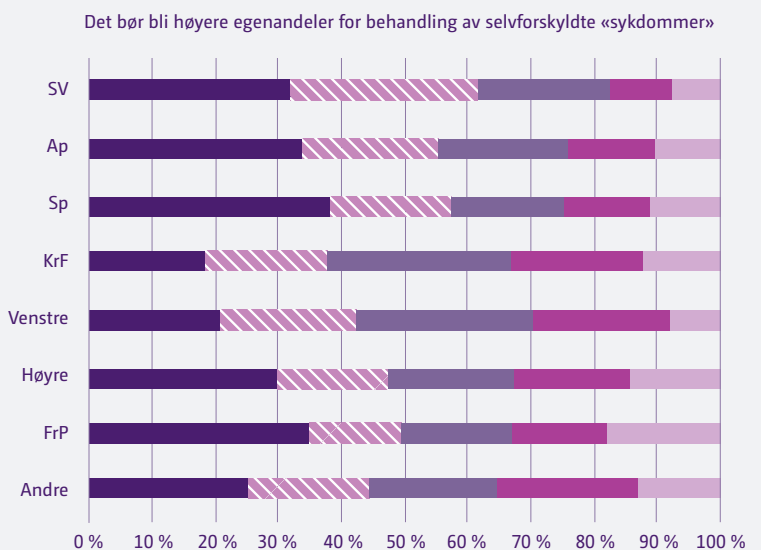
FIGUR 6.13 Syn på bruk av egenandeler i offentlige helsetjenester, etter partipreferanse, prosent



Forskjellene blir mindre klare når vi skiller ut behandlingen for «selvforskyldt» sykdom (Figur 6.14), men fortsatt er de rødgrønne velgerne i større grad uenige i påstanden om høyere egenandeler. Samtidig blir uenighetene innad i velgergruppene sterkere.

Det er flest som er helt eller delvis enige i påstandene blant de som stemte KrF, «andre» partier, og FrP og Høyre, mens det er flest som er helt eller delvis uenige blant velgerne til Ap, SV, og Sp. Imidlertid er store andeler helt uenige blant de som stemte Høyre og særlig FrP. Disse to velgergruppene framstår som særlig splittet. Sett under ett er det størst støtte (og minst motstand) blant de som stemte Venstre og KrF.

FIGUR 6.14 Syn på høyere egenandeler for behandling av «selvforskyldt» sykdom, etter partipreferanse, prosent



6.3.3 Syn på økte egenandeler etter sykdomsbilde

For økt bruk av egenandeler generelt finner vi ingen signifikante forskjeller mellom pasienter med ulike sykdommer. Derimot er personer som har eller har hatt de store folkesykdommene, signifikant mer negative til å differensiere egenandelene etter om sykdommen kan betraktes som selvforskyldt. Dette gjelder personer som har eller har hatt blodtrykksproblemer, lungesykdom, diabetes, kreft og psykiske plager. Vi finner også at personer som vurderer helsen sin som god, er signifikant mer positive til differensierte egenandeler. Tabell 6.2

viser gjennomsnittlig svarverdi for spørsmål om økt bruk av egenandel og høyere egenandel for «selvforskyldt» sykdom for de ulike sykdomsgruppene.

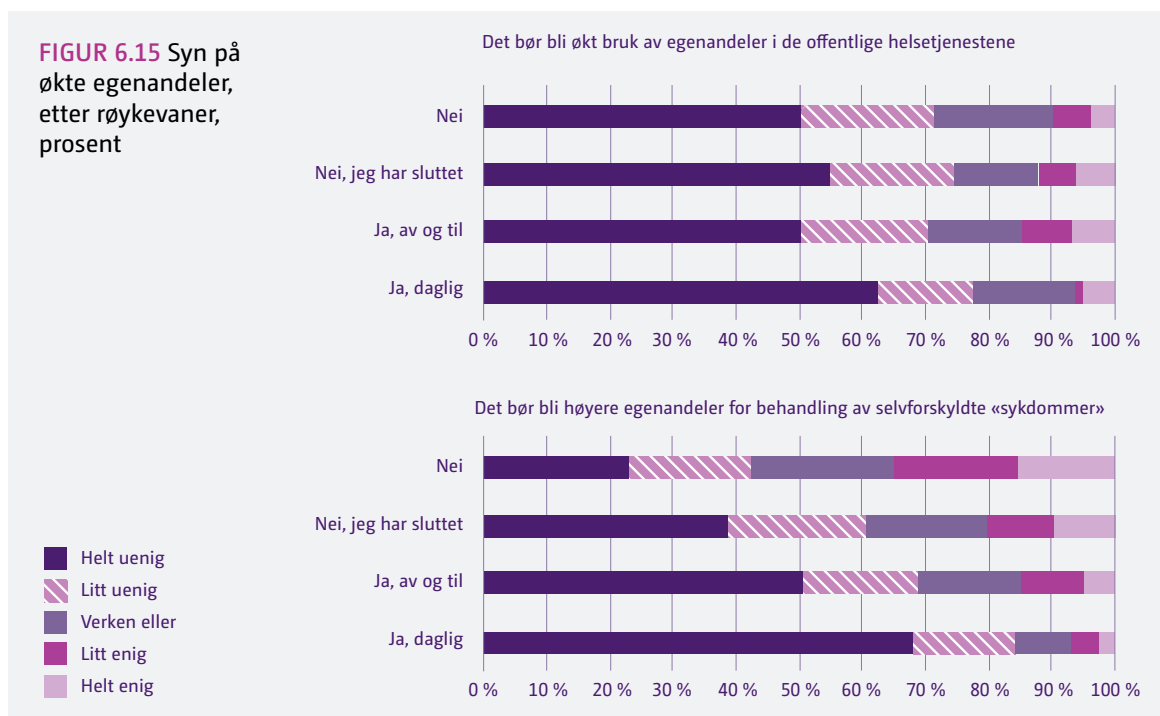
TABELL 6.2 Vurdering av økt bruk av egenandeler, etter hvilken sykdom en person oppgir å ha (hatt)

SYKDOM	ØKT BRUK AV EGENANDELER	HØYERE EGENANDELER FOR «SELVFORSKYLDT» SYKDOM
Hjertesykdom	2,0	2,55
Blodtrykksproblemer	1,87	2,43*
Lungesykdom	1,88	2,22*
Hjerneslag/hjerneblødning	1,94	2,37
Sykdom eller skade i bevegelsesapparatet	1,86	2,49
Diabetes	1,78	2,22*
Kreft	2,04	2,32*
Nyresykdom	1,97	2,31
Psykiske plager	1,95	2,42*
I alt	1,90	2,55

* Statistisk signifikant på 0,05-nivå eller lavere. Verdiene angir gjennomsnittlig score for variabel for økte egenandeler (1 = helt uenig, 5 = helt enig).

6.3.4 Syn på økte egenandeler etter livsstil

Som beskrevet i kapittel 4.8 inneholdt Helsebarometeret flere spørsmål om livsstil, fra fysisk aktivitet til kosthold, alkoholvaner og tobakksforbruk. Nærmere undersøkelser viser at kun røykevaner samvarierer med syn på bruk av egenandeler for helsetjenester. Sammenhengen er illustrert i Figur 6.15. Sammenhengen er tilnærmet lineær, men den største effekten finner vi for de som oppgir at de røyker daglig. I denne gruppen er det liten forskjell på vurderingen av en generell økning i bruken av egenandeler og en differensiering av egenandelen etter om behandlingen er for en sykdom som oppfattes som selvforskyldt. Blant de som røyker daglig, er drøyt 5 prosent enige i påstandene, mot henholdsvis 78 prosent og 84 prosent som sier seg uenige.



Siden det er en dokumentert sammenheng mellom livsstil, helse og sosioøkonomisk status, har vi gjort en regresjonsanalyse der vi inkluderte kjønn, alder, utdanning, egenvurdert helse og en rekke variabler om livsstil for å se om vi fant robuste sammenhenger. Av livsstilsvariablene var det fortsatt bare røykevaner som hadde en statistisk signifikant effekt på vurderingen av økte egenandeler.

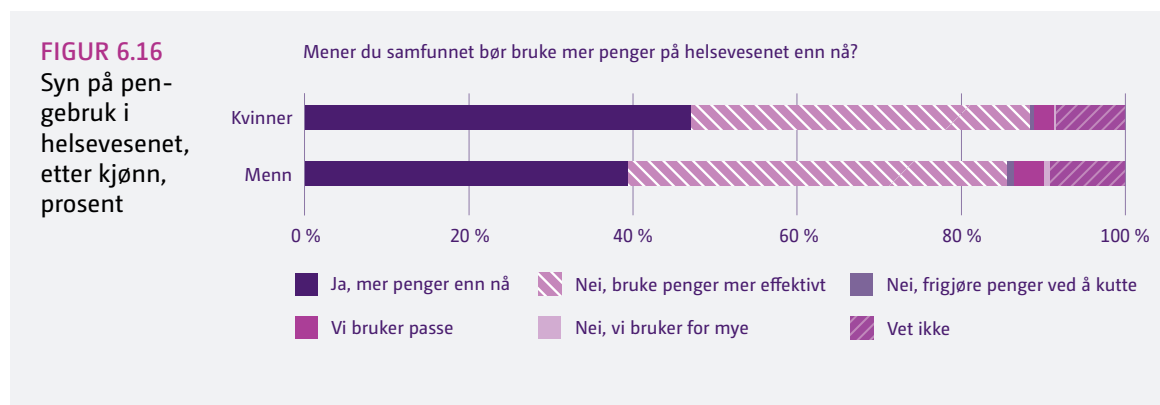
For økt bruk av egenandeler generelt er det bare samvariasjonen med kjønn, alder og utdanning som er statistisk signifikant. I og med at et klart flertall er negativ til økte egenandeler, er det vanskelig å finne signifikante effekter (det er lite varians å forklare). Vurderingen av høyere egenandel for selvforskyldt sykdom varierer også med kjønn og alder, men er uavhengig av utdanning når vi kontrollerer for andre forhold. Til gjengjeld er både kjønns- og aldersforskjellen enda sterkere. I tillegg ser vi at egenvurdert helse har en positiv, signifikant effekt, det vil si at personer som opplever at de har god helse, i større grad er positive til økte egenandeler for behandling for livsstilsrelaterte sykdommer. Den klart sterkeste effekten i modellen er imidlertid forskjellen mellom de som røyker daglig, og de som ikke gjør det. De som røyker daglig, ligger i gjennomsnitt nesten 1 poeng lavere på variabelen enn de som ikke røyker daglig. De store forskjellene fra Figur 6.15 holder seg altså når vi kontrollerer for sosiodemografisk status og helse. Som nevnt tidligere fant vi ingen effekt av andre livsstilsrelaterte variabler, som kosthold, fysisk aktivitet og alkoholvaner.

6.4 RESSURSBRUK I HELSEVESENET

Ifølge SSB utgjorde utgifter til helsevesenet ca. 9,6 prosent av Norges brutto nasjonalprodukt i 2013, og kostnadsnivået i norsk helsevesen er et tilbakevendende tema i den offentlige debatten (se Del 1). I det følgende ser vi på befolkningens syn på pengebruk i helsetjenesten, og hva som kjennetegner de som har de ulike synspunktene.

6.4.1 Syn på ressursbruk i helsetjenesten etter sosiodemografiske kjennetegn

I Helsebarometeret spurte vi om folk mener at samfunnet bør bruke mer penger på helsevesenet enn nå, med flere mulige svaralternativer. Av de seks svaralternativene pekte to seg klart ut: 44 prosent mener at samfunnet bør bruke mer penger, mens 43 prosent mener at vi bør bruke pengene mer effektivt. Videre svarte nesten 9 prosent at de ikke vet. Kun et fåtall respondenter mente at vi bruker for mye, eller at helsevesenet bør spare inn ved å kutte ned på helsetjenester. Figur 6.16 viser svarfordelingen blant kvinner og menn. Vi ser at en klart større andel av kvinnene mener at vi bør bruke mer. Blant menn mener et flertall at vi bør bruke pengene mer effektivt.

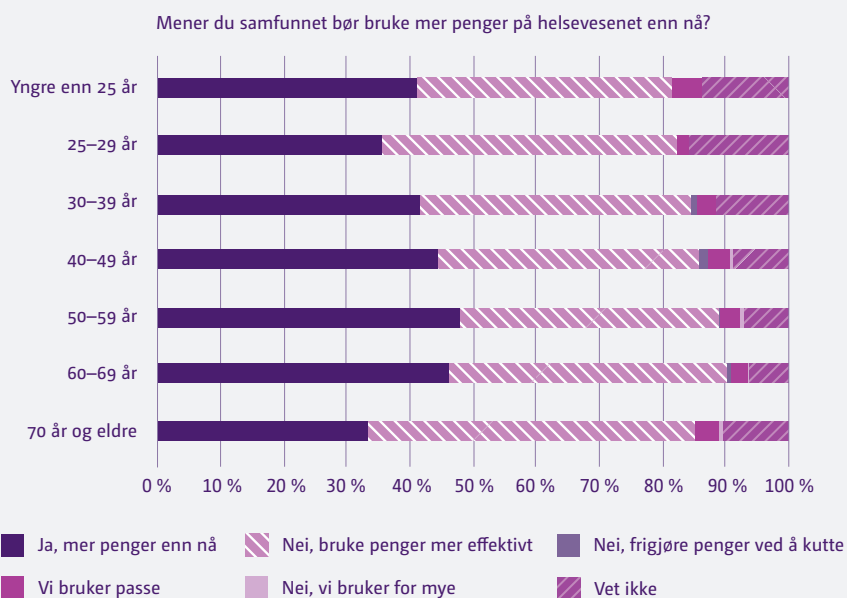


De fullstendige formuleringene var «Ja, mer penger enn nå», «Nei, bruk pengene mer effektivt», «Nei, man må kunne frigjøre penger til nye behandlingstilbud ved å kutte ned på helsetjenester», «Vi bruker passe som det er», «Nei, vi bruker allerede for mye penger på helsevesenet» og «Vet ikke».

Det kan tenkes at formuleringen av svaralternativene i en viss grad påvirker hva folk svarer. En tidligere undersøkelse fant at et stort og økende flertall (85 prosent i 2006) mente at det bør brukes mer ressurser på offentlige helsetjenester (Carlsen og Bringedal, 2009). Det er vanskelig å sammenligne på tvers av spørreundersøkelser, men det virker usannsynlig at holdningene har endret seg så mye på såpass kort tid, så i hvert fall noe av forskjellen skyldes sannsynligvis måten spørsmålet ble stilt på.

Figur 6.17 viser syn på pengebruk etter alder. Vi ser at det er en viss forskjell mellom de ulike aldersgruppene. For eksempel er andelen som svarer at de ikke vet, høyere blant de yngste respondentene. Andelen som ønsker mer midler til helsetjenesten, ser også ut til å være noe høyere blant de eldre respondentene, men er samtidig lavere blant de aller eldste. Det ser ikke ut til å være systematiske forskjeller mellom aldersgruppene, heller ikke når man bruker statistiske tester.

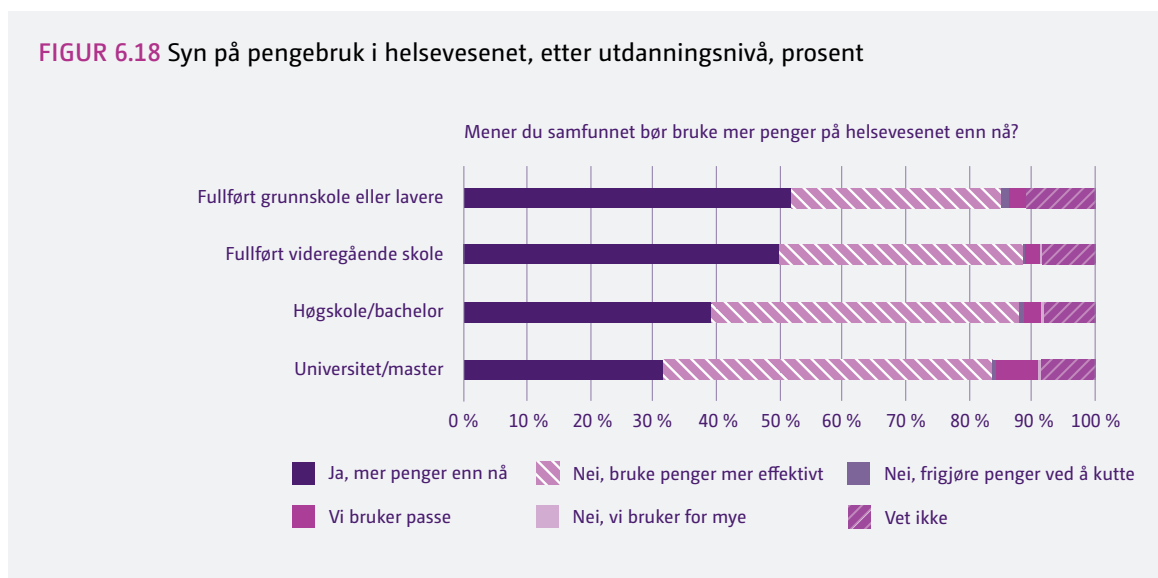
FIGUR 6.17 Syn på pengebruk i helsevesenet, etter alder, prosent



De fullstendige formuleringene var «Ja, mer penger enn nå», «Nei, bruke pengene mer effektivt», «Nei, man må kunne frigjøre penger til nye behandlingstilbud ved å kutte ned på helsetjenester», «Vi bruker passe som det er», «Nei, vi bruker allerede for mye penger på helsevesenet» og «Vet ikke».

Syn på pengebruk henger klart sammen med utdanningsnivå (Figur 6.18). Andelen som mener at helsetjenesten bør få større økonomisk spillerom enn i dag, går klart ned med høyere utdanning. Ca. halvparten av de med grunnskole eller videregående skole som høyeste utdanning mener at vi bør bruke mer penger på helse enn i dag, mot knapt 40 prosent blant de med treårig høyere utdanning, og drøyt 30 prosent blant de med lengre høyere utdanning. Blant de i den lengste utdanningskategorien er det imidlertid også en høyere andel som mener at dagens kostnadsnivå er passe. Nesten 7 prosent mener at dagens pengebruk er passe, mot 2–3 prosent i de andre utdanningsgruppene.

FIGUR 6.18 Syn på pengebruk i helsevesenet, etter utdanningsnivå, prosent

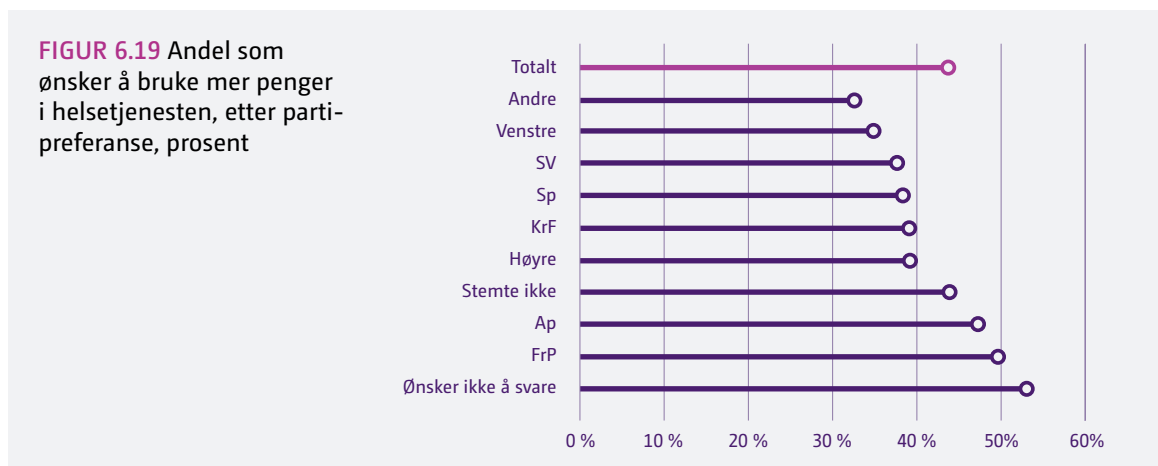


De fullstendige formuleringene var «Ja, mer penger enn nå», «Nei, bruke pengene mer effektivt», «Nei, man må kunne frigjøre penger til nye behandlingstilbud ved å kutte ned på helsetjenester», «Vi bruker passe som det er», «Nei, vi bruker allerede for mye penger på helsevesenet» og «Vet ikke».

I den videre gjennomgangen av syn på pengebruk i helsetjenesten har vi valgt å konsentrere oss om de som ønsker å bruke mer penger, sammenlignet med de som ikke ønsker det. Siden befolkningen er såpass splittet i dette spørsmålet, og siden de andre svaralternativene kan sees på som varianter av at dagens pengebruk er tilstrekkelig, har vi valgt å samle disse til en felles kategori, og se på hva som kjennetegner de som ønsker større økonomiske rammer til helsetjenesten.

6.4.2 Syn på ressursbruk i helsetjenesten etter partipreferanse

Syn på pengebruk i helsetjenesten henger også sammen med partipreferanse. Figur 6.19 viser andel som støtter økt bruk av penger i helsetjenesten, fordelt etter hvilket parti man stemte på ved forrige stortingsvalg. I motsetning til f.eks. syn på private aktørers rolle i helsetjenesten eller bruk av egenandeler finner vi ikke klare mønstre i partipreferanse og synet på om samfunnet bør bruke mer penger på helsetjenester. For eksempel er det ingen særlig forskjell på de som stemte på småpartiene, SV, Sp, KrF eller Høyre. I ingen av disse gruppene er det flertall for økt pengebruk i helsetjenesten.



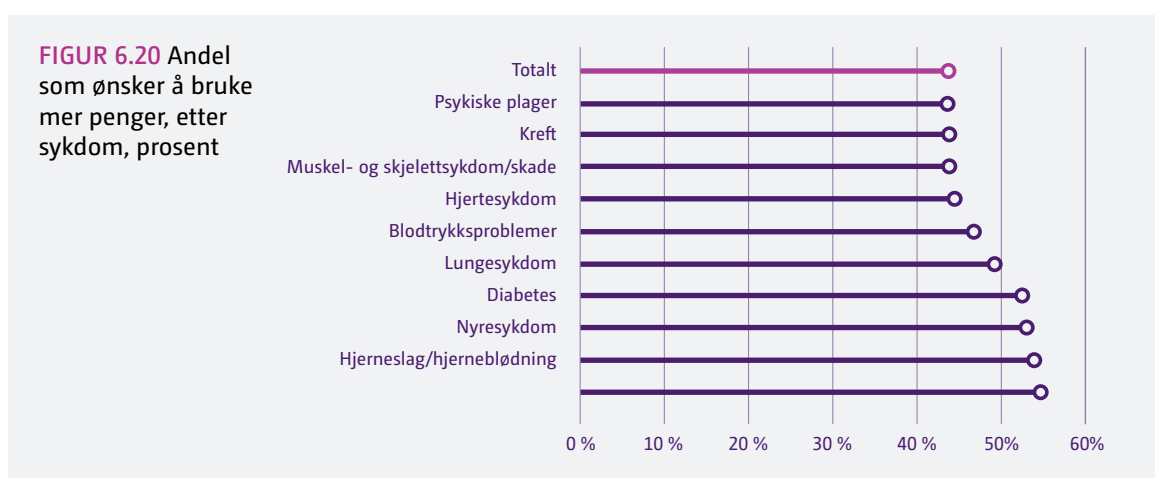
Tre grupper skiller seg signifikant ut fra de andre: de som stemte på Arbeiderpartiet eller FrP, og de som ikke stemte. I disse gruppene ønsker en signifikant høyere andel å bruke mer penger på helsetjenester. Imidlertid er det heller ikke her flertall for å bruke mer penger på helsetjenesten, selv om halvparten av de som oppgir

at de stemte FrP, svarte at samfunnet bør bruke mer penger enn i dag.

Bare blant de som svarte at de ikke stemte, ønsker over halvparten økte bevilgninger til helse. Denne gruppen er imidlertid liten, og forskjellen er ikke statistisk signifikant.

6.4.3 Syn på ressursbruk i helsetjenesten etter sykdomsbilde

Figur 6.20 viser at det også er forskjell mellom ulike pasientgrupper i hvorvidt man ønsker å bruke mer penger på helsetjenesten enn i dag. Personer som har eller har hatt psykiske plager, muskel- og skjelettsykdom eller kreft, skiller seg ikke fra befolkningen som helhet, mens særlig pasienter med kroniske sykdommer, som blodtryksproblemer, lungesykdom og diabetes, skiller seg ut ved at en signifikant høyere andel ønsker å øke overføringene til helsetjenesten. Også personer som har eller har hatt nyresykdom eller hjerneslag, mener at man bør bruke mer penger, men disse forskjellene er ikke statistisk signifikante, kanskje fordi personer i utvalget har hatt disse sykdommene, noe som gjør at forskjellene må være større før det gir utslag på testene.



6.5 KVALITET, TILGJENGELIGHET OG FAGLIGE VURDERINGER

I debatten om prioriteringer innenfor helsetjenesten er man ofte nødt til å vurdere ulike hensyn opp mot hverandre, og hva som er den beste løsningen, blir et spørsmål om hva som vektlegges høyest. En slik motsetning er idealet om nærhet til pasienter og brukere, som kan stå i konflikt med behovet for å ha store nok enheter til at det medisinske tilbudet holder god nok kvalitet, noe gjentatte offentlige debatter om lokalsykehus vitner om.

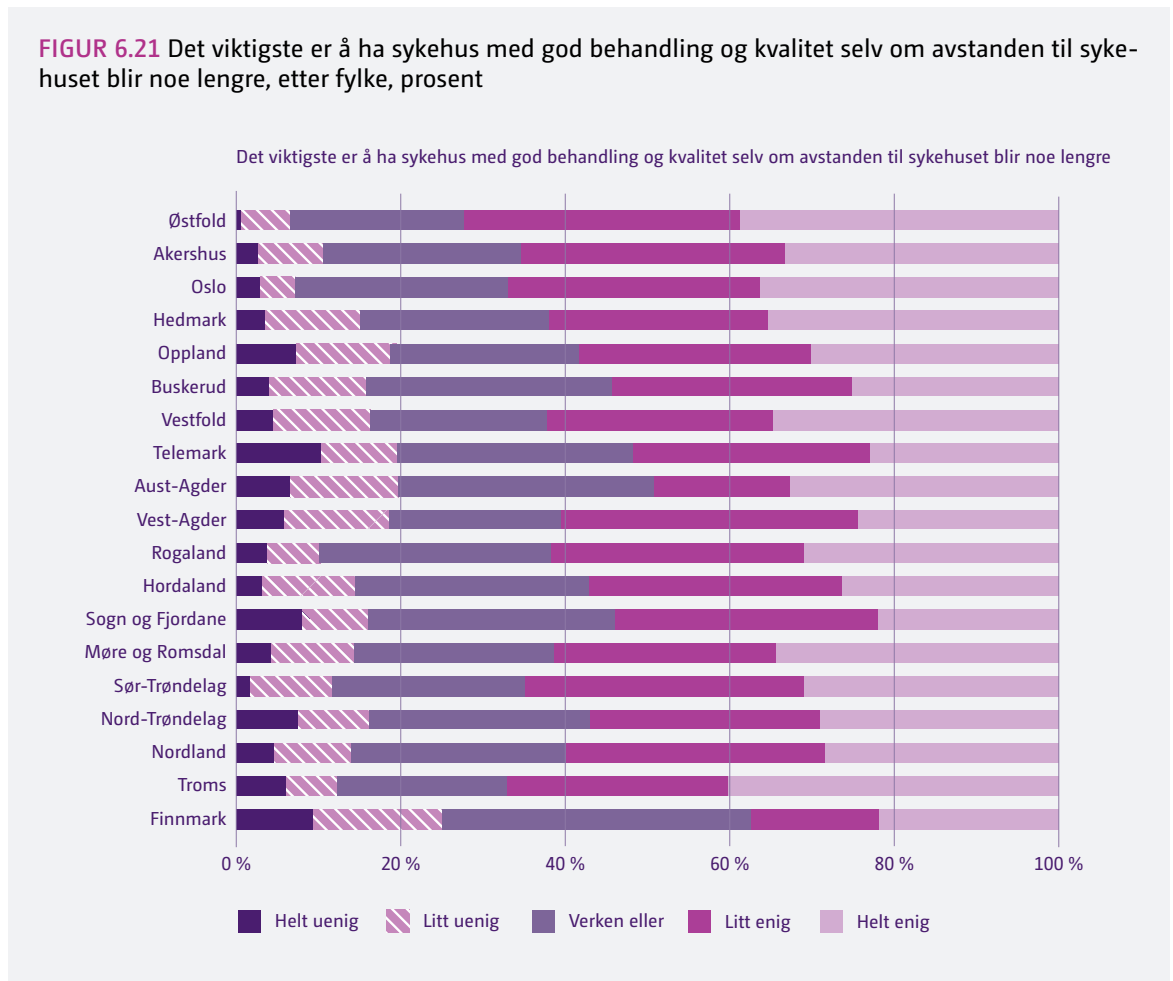
To spørsmål i Helsebarometeret fanger opp noen av disse motsetningene: kvalitet i behandlingen versus avstand til sykehuset, og hvem som bør ha størst innflytelse av fagfolk og politikere i spørsmål om prioritering av helsetjenester. Spørsmålene var formulert som en påstand som man skulle si seg enig eller uenig med.

6.5.1 God behandling versus avstand til sykehus

Sannsynligvis er bosted en av de viktigste forklaringsfaktorene for hvordan folk vektlegger geografiske avstander i prioriteringen av helsetjenester. Folk utenfor byene har i utgangspunktet lengre vei til behandling enn personer som bor i byer. Vi har ikke detaljert informasjon om hvor respondentene bor, f.eks. størrelse på stedet der de bor, eller avstand til nærmeste sykehus, men bostedsfylke gir i det minste en indikasjon på geografiske avstander og tilgjengelige transportmuligheter.

Figur 6.21 viser hvordan folk vurderer betydningen av god behandling versus avstand til sykehus fordelt etter fylke. Vi ser at det er store forskjeller mellom fylkene. Mens knapt noen i Østfold er helt uenig i at det viktigste er god behandling, er tilsvarende andel i Telemark og Finnmark på rundt 10 prosent. Også i Sogn og Fjordane, Nord-Trøndelag og Oppland er det relativt høye andeler som er helt uenig i påstanden.

FIGUR 6.21 Det viktigste er å ha sykehus med god behandling og kvalitet selv om avstanden til sykehuset blir noe lengre, etter fylke, prosent

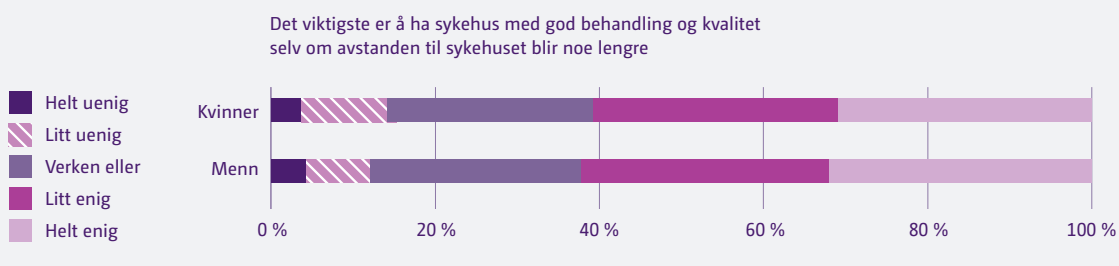


I de statistiske testene av forskjeller mellom fylkene har vi brukt Oslo, det vil si det mest sentrale fylket, som referansekategori. Sammenlignet med folk i Oslo er folk i omtrent halvparten av fylkene signifikant mer opptatt av avstand og mindre opptatt av kvaliteten på behandlingen. Disse fylkene er i første rekke Finnmark, Telemark, Sogn og Fjordane og Aust-Agder, fulgt av Buskerud, Vest-Agder, Nord-Trøndelag og Oppland, og i noe mindre grad Hordaland og Nordland. Felles for fylkene er få innbyggere i forhold til arealet, og en større andel bosatt i spredtbygde strøk eller i små tettsteder, store avstander og mindre utbygd veinett.

Som sagt har vi her ikke mulighet til å gå nærmere inn på hvor respondentene bor, eller hva slags type sted de bor på. I den videre gjennomgangen av sosiodemografiske forskjeller er det viktig å huske på at bosetningsmønsteret varierer med kjønn, alder og utdanning, slik at noen av de observerte forskjellene kan skyldes hvor i landet folk. For eksempel er utdanningsnivået høyere i de store byene enn på mindre steder.

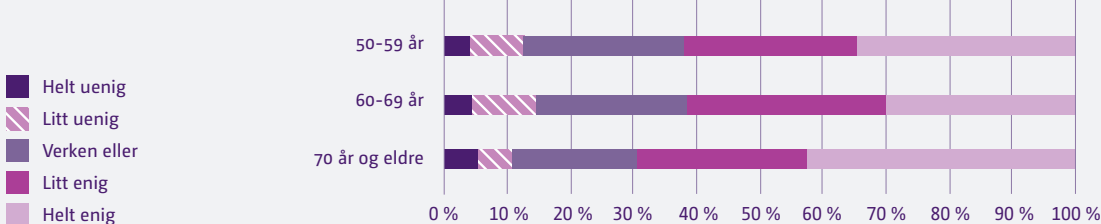
Figur 6.22 viser at det ikke er forskjell på menn og kvinner i synet på betydningen av god behandling versus geografisk nærhet. Om lag 60 prosent er helt eller delvis enige i at god behandling og kvalitet er det viktigste.

FIGUR 6.22 Det viktigste er å ha sykehus med god behandling og kvalitet selv om avstanden til sykehuset blir noe lengre, etter kjønn, prosent



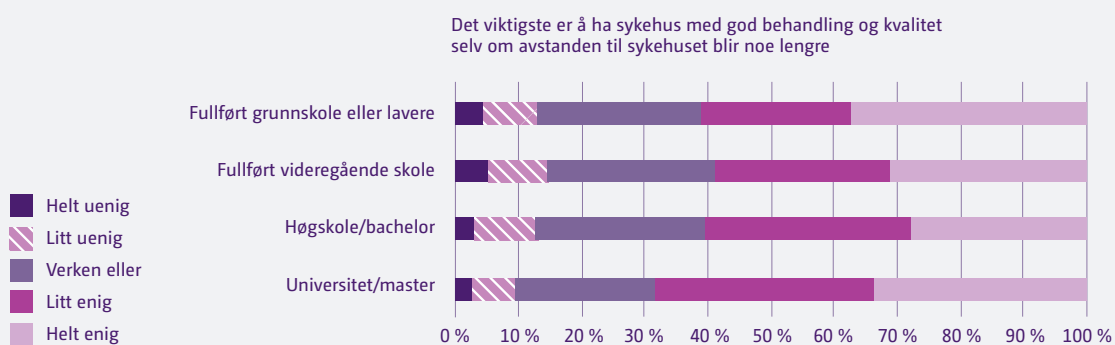
Andelen som er enig, øker noe med alder, og da spesielt blant de eldste, men effekten er svak (Figur 6.23).

FIGUR 6.23 Det viktigste er å ha sykehus med god behandling og kvalitet selv om avstanden til sykehuset blir noe lengre, etter alder, prosent



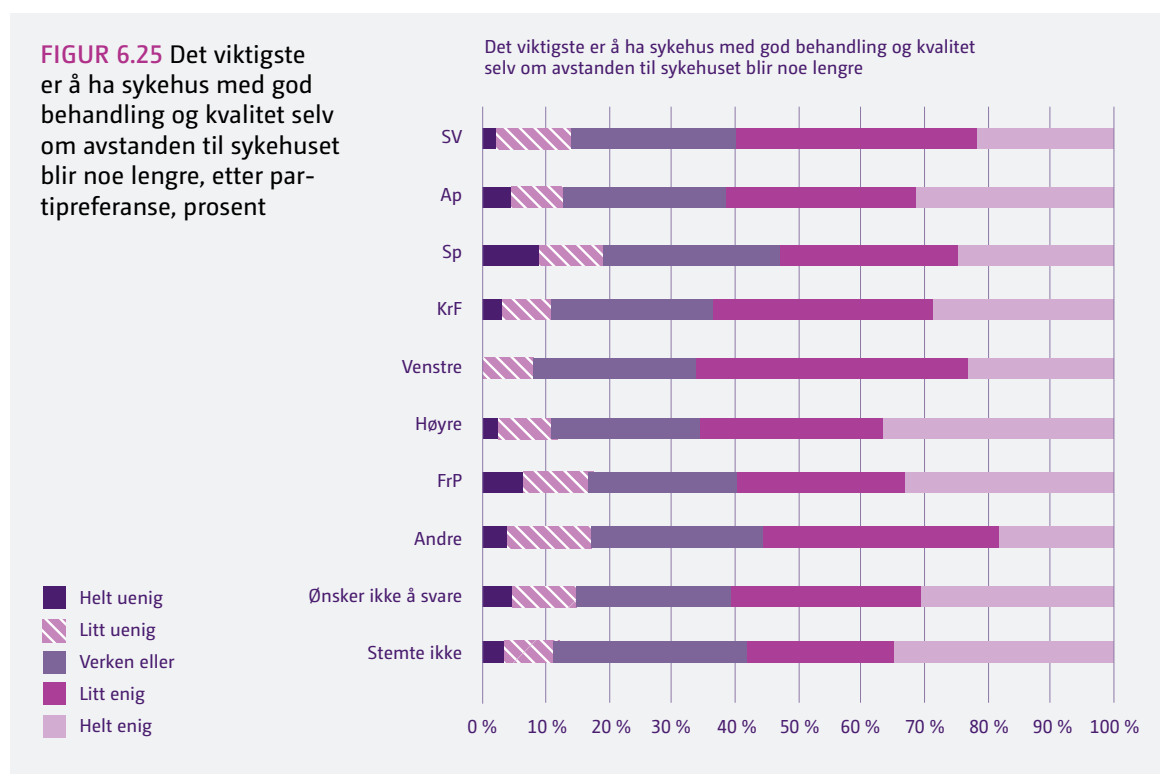
Ser vi videre på utdanning (Figur 6.24), er det kun de i kategorien lang høyere utdanning som skiller seg fra de andre. En signifikant større andel i denne gruppen er helt eller delvis enig i at sykehus med god behandling og kvalitet er viktigere enn avstanden. Som nevnt varierer utdanningsnivået mye mellom byer, mindre tettsteder og spredtbygde strøk, og det kan tenkes at noe av denne effekten skyldes hvor folk bor. Samtidig er det påfallende at det bare er de med lang høyere utdanning som skiller seg ut, og ikke de med kort høyere utdanning.

FIGUR 6.24 Det viktigste er å ha sykehus med god behandling og kvalitet selv om avstanden til sykehuset blir noe lengre, etter utdanning, prosent



Vi ser også på partipreferanse og vurdering av kvalitet i behandlingen versus avstand til sykehuset. Figur 6.25 viser at skillet mellom de som foretrekker de rødgrønne partiene, og de som foretrekker de borgerlige partiene,

slår ut også her. Vi har tidligere sett at det samme skillet blant annet i vurderingen av private helsetjenester og egenandeler. Tilhengerne av SV, Arbeiderpartiet, småpartiene og særlig Senterpartiet er i større grad uenige i at sykehus med god behandling og kvalitet er viktigere enn avstand til sykehuset. 17 prosent av de som stemte på FrP, og 19 prosent av de som stemte på Senterpartiet, er helt eller delvis uenige i at god behandling kommer foran avstand til sykehuset. Til sammenligning er ingen av Venstres velgere helt uenige i påstanden, og bare 8 prosent er delvis uenige. Ser vi på hvem som i størst grad er enige i at god behandling og kvalitet er viktigere enn nærhet, er det flest blant Høyres og FrPs velgere som er helt enige, fulgt av de som stemte på Ap eller et av småpartiene. Igjen er det altså ganske stor spredning innad i partiene.



Regresjonsanalyser viser at det er særlig Senterpartiets velgere og de som stemte på et av småpartiene, som skiller seg ut med større uenighet, mens Høyres velgere i større grad er enige. Disse forskjellene holder seg også når vi kontrollerer for kjønn, alder og utdanning.

Det er rimelig å tro at vurderingen av kvalitet i behandlingen versus nærhet til sykehuset har sammenheng med typen sykdom og dermed type behandlingsbehov. Noen sykdommer krever hyppig, men mindre komplisert behandling. En del sykdommer følger i stor grad et planlagt behandlingsløp, mens andre har et høyere innslag av akutttilfeller. Hva som er viktigst av nærhet og kvalitet for den enkelte, kan dermed være en avveining av hvor komplisert behandling sykdommen har, og hvor akutt den er. Tabell 6.3 viser gjennomsnittlig verdi på variabelen blant personer som har eller har hatt ulike sykdommer. Tre pasientgrupper skiller seg ut. Personer som har (hatt) kreft eller hjertesykdom, altså sykdommer som krever avansert behandling, er i større grad enige i at kvaliteten på behandlingen er det viktigste. Personer som har eller har hatt lungesykdom, er signifikant mer uenige i påstanden, noe som vil si at de legger større vekt på avstanden til sykehus. Med tanke på at spesielt kolspasienter gjerne har hyppige innleggelser, er dette omtrent som ventet. For de andre sykdomsgruppene kan det være stor grad av variasjon i hvor komplisert behandling de krever, og hvor stor del av behandlingen som er planlagt (i motsetning til f.eks. akutt innleggelse), og det kan være derfor vi finner få signifikante forskjeller mellom gruppene.

TABELL 6.3 Vurdering av kvalitet i behandlingen versus nærhet til sykehuset, etter hvilken sykdom en person oppgir å ha (hatt)

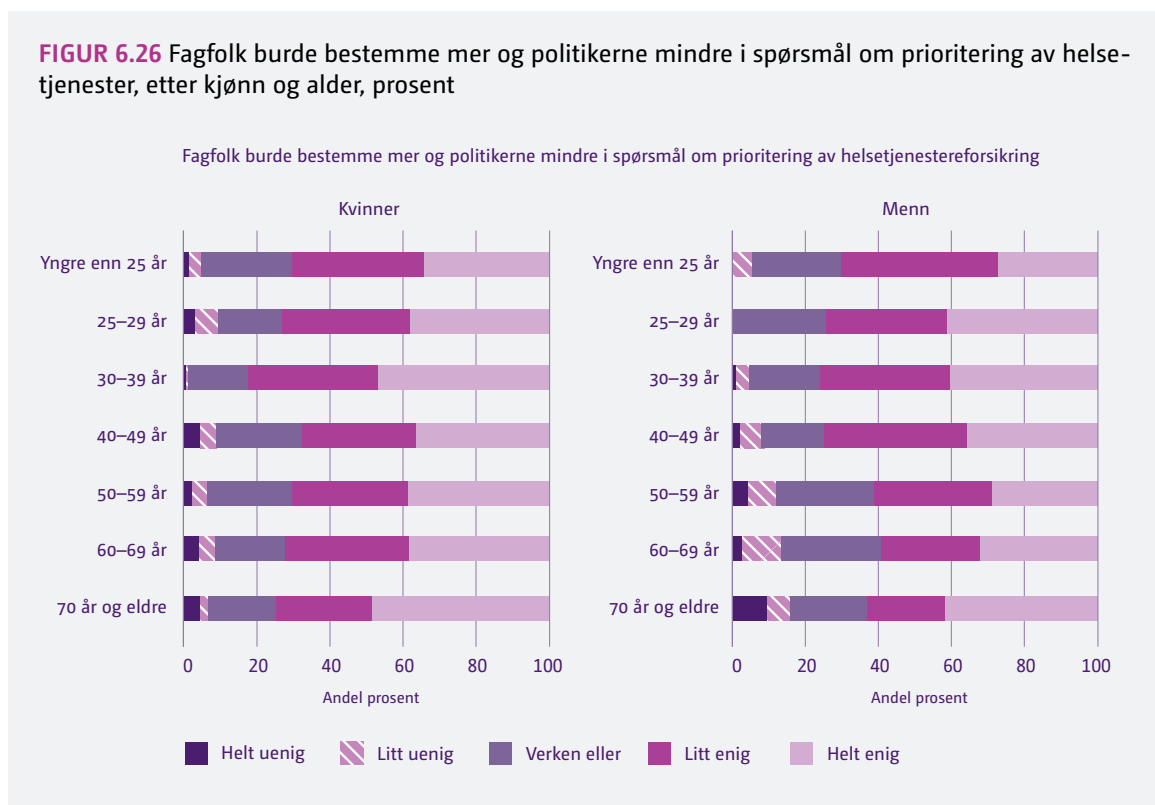
SYKDOM	GOD BEHANDLING VIKTIGERE ENN NÆRHET
Hjertesykdom	4,04
Blodtrykksproblemer	3,79
Lungesykdom	3,60
Hjerneslag/hjerneblødning	3,64
Sykdom eller skade i bevegelsesapparatet	3,73
Diabetes	3,71
Kreft	3,98
Nyresykdom	3,73
Psykiske plager	3,78
I alt	3,76

6.5.2 Faglige versus politiske prioriteringer

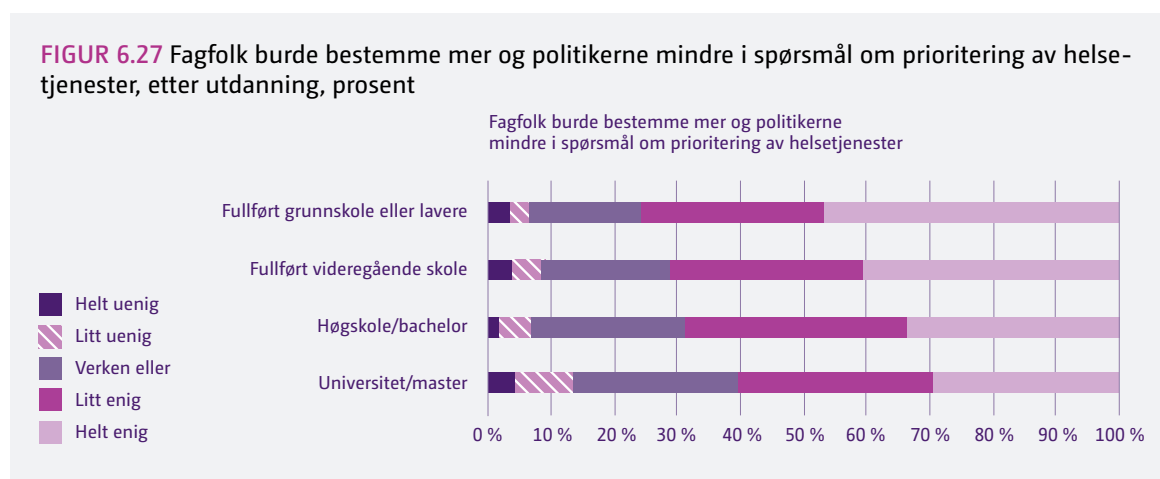
Spørsmålet om rollen til fagfolk versus politikere i prioriteringen av helsetjenester var formulert som en påstand om at fagfolk burde bestemme mer, og politikere mindre, i prioritering av helsetjenester, med svaralternativer fra helt uenig til helt enig. I utvalget totalt var drøyt 69 prosent, eller ca. to av tre, helt eller delvis enige.

Figur 2.26 viser fordelingen blant menn og kvinner etter alder, siden forskjellene mellom menn og kvinner varierer med alder. Generelt er menn noe mer uenige i påstanden, og selv om forskjellen samlet sett er liten, er den statistisk signifikant. Blant menn finner vi en negativ effekt av alder, slik at eldre menn i større grad er uenige i påstanden, mens vi ikke finner en slik effekt for kvinner. Det vil også si at forskjellen mellom menn og kvinner øker med alder. I alle gruppene er imidlertid et klart flertall enige i at fagfolk burde bestemme mer og politikere mindre.

FIGUR 6.26 Fagfolk burde bestemme mer og politikerne mindre i spørsmål om prioritering av helse-tjenester, etter kjønn og alder, prosent



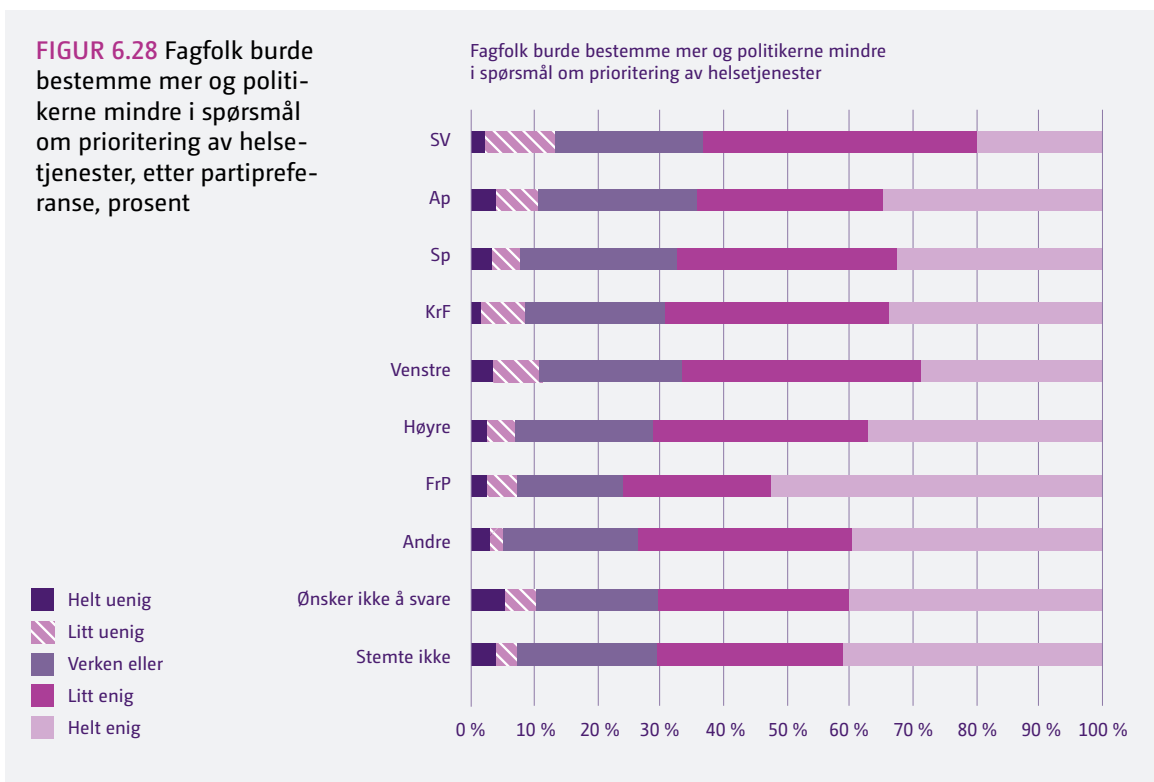
Utdanning har en klar negativ effekt (Figur 6.27). Det vil si at med høyere utdanning reduseres støtten til at fagfolk bør få mer å si, på bekostning av politikernes innflytelse. Blant de med grunnskole som høyeste utdanningsnivå er om lag tre av fire helt eller delvis enige i at fagfolk burde bestemme mer. Tilsvarende andel blant de med lang høyere utdanning er ca. 60 prosent, eller 15 prosentpoeng lavere. Det vil si at de med mest utdanning i større grad aksepterer politikernes rolle i prioritering av helsetjenester. Fra studier av politisk tillit og politisk atferd er det godt kjent at personer med høyere sosioøkonomisk status vanligvis har større tiltro til ulike institusjoner (Aardal, 2011). Større aksept for at prioriteringer ikke bare er et faglig, men også et politisk spørsmål kan være et uttrykk for dette.



En slik tolkning finner også støtte når vi ser på hvordan folks vurdering av fagfolks og politikeres rolle fordeler seg etter politisk preferanse. Fra før vet vi at FrPs velgere har mindre tillit til politiske partier enn andre velgere. Figur 6.28 viser nettopp at de som stemte FrP ved forrige stortingsvalg, er de som i størst grad ønsker at fagfolk skal bestemme i prioriteringer om helsetjenester. Over halvparten av FrPs tilhengere er helt enige i at fagfolk burde bestemme mer og politikere mindre.

Statistiske tester viser at partipreferanse ellers har liten betydning i vurderingen av om fagfolk burde ha større innflytelse i helserelaterte prioriterings spørsmål. Av de andre partiene utmerker SVs og i mindre grad Arbeiderpartiets velgere seg med noe større uenighet i påstanden. Særlig blant de som stemte SV, er en klart lavere andel helt enig i påstanden og en større andel uenig. For de andre partiene finner vi ingen statistisk signifikante forskjeller.

FIGUR 6.28 Fagfolk burde bestemme mer og politikerne mindre i spørsmål om prioritering av helsetjenester, etter partipreferanse, prosent



Vi har også undersøkt om syn på fagfolks og politikeres rolle i prioritering av helsetjenester varierer med sykdomsgrupper, men finner kun små forskjeller. Personer som har eller har hatt kreft, er noe mer enige i påstanden, mens personer med diabetes er noe mindre enige, men forskjellene er små, selv om de er statistisk signifikante. For de andre sykdomsgruppene finner vi ingen forskjeller, og resultatene er derfor ikke rapportert.

6.6 PRIORITERING MELLOM GRUPPER

I tillegg til prioritering mellom ulike hensyn, som diskutert over, handler prioritering av helsetjenester om prioritering mellom ulike grupper og behandlingstyper. Dagens prioriteringskriterier, som bygger på Lønning II-utvalget (NOU 1997: 18), er sykdommens alvorlighet, forventet nytte og et rimelig forhold mellom effekt og kostnader. I Helsedirektoratets rapport om prioriteringer i helsesektoren (2012b) skisseres flere utviklings-trekk som setter helsetjenesten på prøve, og som krever at vi prioriterer. Behovet for forebygging, som først gir resultater på lang sikt, er et slikt tema. Rask teknologisk utvikling gjør at nye, ofte dyre medikamenter og behandling blir tilgjengelig. Spørsmålet er hvordan man eventuelt skal få råd til å ta i bruk ny teknologi, og hvem eller hva som eventuelt skal nedprioriteres. Bør samfunnet bruke penger på kostbar behandling som kanskje ikke har en effekt? Prioritering av forebygging og behandling, inkludert lindrende behandling, de sykeste og de friskeste, unge og eldre, er tema i siste del av rapporten.

En elementær forutsetning for at spørreundersøkelser skal gi gode svar, er at de som skal delta i undersøkelsen, faktisk har forutsetninger for å svare på spørsmålene (Dillman et al., 2008). En del av spørsmålene om prioritering mellom grupper eller behandlingstyper er vanskelige etiske spørsmål som krever mye av respondentene. Noen av svarene i datamaterialet tyder på at spørsmålene har vært for vanskelige å besvare for folk som ikke uten videre har inngående kjennskap til helsetjenesten eller møter på denne typen problemstillinger til vanlig. Vanskelige spørsmål kan gi større grad av enighet, der folk som ikke egentlig har gjort seg opp en mening, velger å være enige i påstanden som er satt fram, såkalt «acquiescence bias». På spørsmål om all medisinsk behandling bør være tilgjengelig for alle, uavhengig av kostnad, var knapt 8 prosent helt eller delvis uenige, mens over 80 prosent var enige. Andelen som var helt enig, var også mye høyere blant personer med grunnskoleutdanning og mye lavere blant de med lang høyere utdanning. Det er nærliggende å tolke dette som at folk med kun grunnskoleutdanning har tolket spørsmålet rent prinsipielt, og gitt uttrykk for at de mener at alle bør ha rett på best mulig behandling, mens personer med høyere utdanning i større grad har tolket

spørsmålet innenfor en ramme der hva som er «best mulig» også avgjøres av hvor mye ressurser samfunnet velger å sette av til et gitt formål i konkurranse med andre gode formål.

Sett under ett gir materialet inntrykk av at spørsmålene har vært vanskelige å svare på. Dermed har man fått en feilkilde der folk i stor grad har valgt å være enige i påstandene som har vært satt fram, eller de har plassert seg på midten (verken enig eller uenig). Dermed blir det også interessant å se på variasjoner i andelen som ikke har tatt stilling til de ulike påstandene.

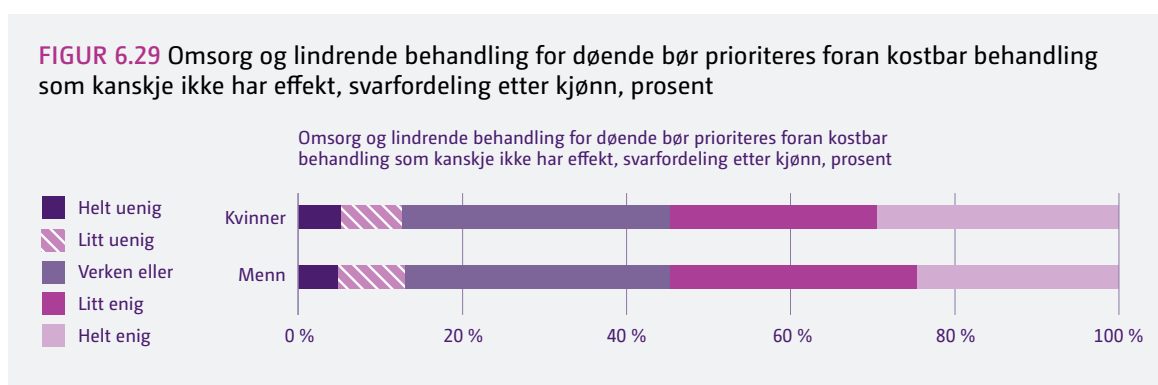
Helsebarometeret inneholdt to spørsmål om vektleggingen av forebygging og behandling. Nærmere undersøkelse av svarmønsteret på de to spørsmålene viste at folk var lite konsistent i hvordan de svarte på spørsmålene. For eksempel skulle man tro at en person som sa seg enig i at behandling burde prioriteres før behandling, ville være delvis uenig i at forebygging og behandling skulle prioriteres likt. For en som ønsker å prioritere behandling framfor forebygging, ville det vært logisk å si seg delvis uenig i at forebygging og behandling bør prioriteres likt, og helt uenig i at forebygging bør prioriteres før behandling. På begge spørsmålene er det vanligste svaret midtverdien verken enig eller uenig i påstandene. Det er nærliggende å tro at spørsmålsformuleringen ikke har vært god nok, slik at en del ikke har forstått spørsmålene godt nok til å svare konsekvent. Alternativt kan folk ha oppfattet spørsmålene som vanskelige, og derfor i større grad valgt å si seg enig med påstandene. Uansett årsak betyr de inkonsistente svarfordelingene at svarene er forbundet med stor usikkerhet, og vi har valgt å utelate temaet.

6.6.1 Palliativ eller kurativ behandling?

Palliativ medisin defineres av Verdens helseorganisasjon som «optimal lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer samt tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer», og omtales ofte også som lindrende behandling. I takt med den medisinske utviklingen blir det også vanskeligere å avgjøre når man skal sette strek for livsforlengende eller kurativ behandling. Også dette er et spørsmål om prioriteringer. Den teknologiske utviklingen har også gjort at mange nye former for behandling er tilgjengelig, slik at flere overlever ved skader og sykdom som var dødelige for få år siden. Behandlingen kan imidlertid være kostbar, og effekten usikker, noe blant annet Helsedirektoratets rapport om prioriteringer (2012b) problematiserer.

Helsebarometeret inneholdt et spørsmål der folk skulle ta stilling til en påstand om at omsorg og lindrende behandling for døende bør prioriteres foran kostbar behandling som kanskje ikke har effekt. Problemet er at spørsmålet kan tolkes på flere måter. En tolkning av spørsmålet er på pasientnivå, altså enten lindrende eller livsforlengende behandling for samme pasient (eller -gruppe). En annen tolkningsmulighet er lindrende behandling for én pasientgruppe framfor kostbar behandling for en annen pasient eller pasientgruppe. Flere mulige tolkninger medfører at det er knyttet større usikkerhet til svarene.

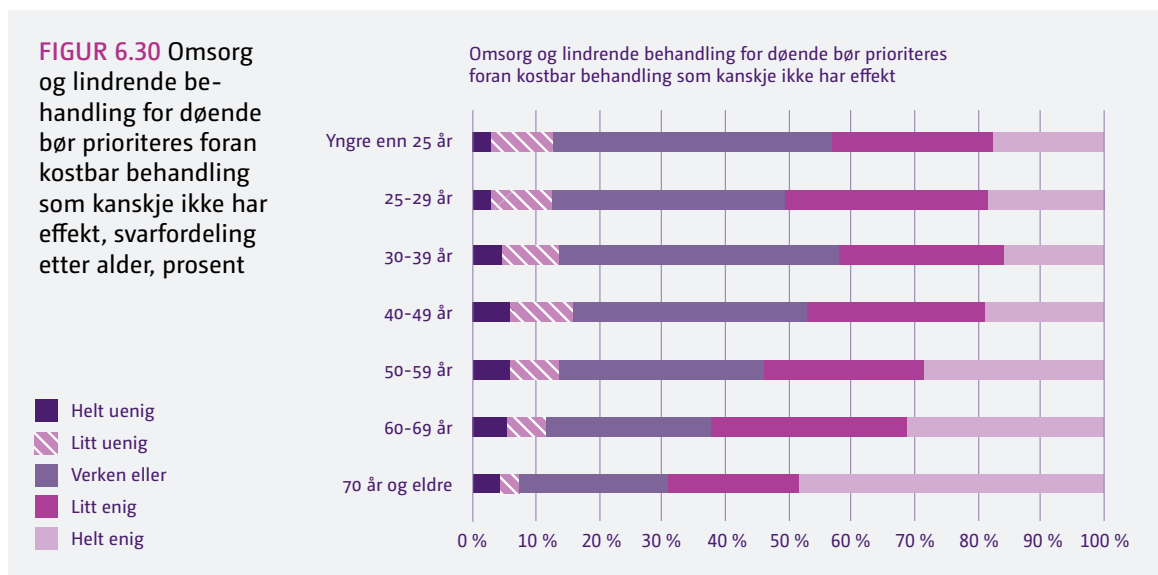
Figur 6.29 viser svarfordelingen blant menn og kvinner. Omtrent 55 prosent av både kvinner og menn er helt eller delvis enige i påstanden, mens en av tre verken er enig eller uenige.



Figur 6.30 viser svarfordelingen etter alder. Andelen som er helt enig i at lindrende behandling bør prioriteres, øker med alder, og effekten er statistisk signifikant.

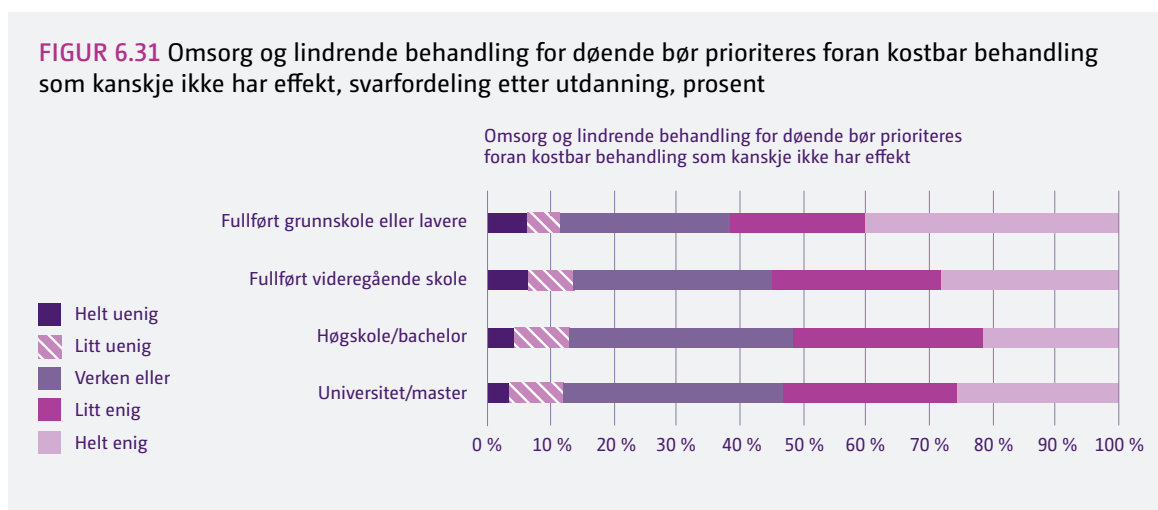
Kanskje det mest interessante i figuren er hvordan andelen som er verken enig eller uenig, går ned med alder. Innledningsvis diskuterte vi at det ser ut som at mange synes det er vanskelig å ta stilling til spørsmål om

prioritering av helsetjenester. I lys av en slik tolkning er det interessant at andelen som har tatt et standpunkt (det vil si er enig eller uenige i påstanden), øker med alder. Det kan se ut som at spørsmålet om lindrende eller mulig livsforlengende behandling blir mer relevant etter hvert som man blir eldre. Vi ser også at andelen som støtter palliativ behandling framfor kurativ behandling, også er større blant de eldre. En slik vurdering er kanskje heller ikke overraskende, i og med at de eldste uansett har den største delen av livet bak seg. For en person som nettopp har stiftet familie eller begynt å jobbe, ser regnestykket annerledes ut.



Figur 6.31 viser svarfordelingen etter høyest fullførte utdanning. En signifikant høyere andel av de med bare grunnskole er enig i påstanden, ellers er det ingen systematiske forskjeller mellom utdanningsgruppene.

Som nevnt innledningsvis er det en del usikkerhet knyttet til svarfordelingene. Tidligere forskning har også vist at personer med lav utdanning har større risiko for såkalt enighetsskjevheter, det vil si at de i større grad sier seg enige med påstander framsatt i spørreundersøkelser (Fowler og Cosanza 2008). Resultatene bør derfor brukes med forsiktighet. Utdanningsforskjellene her kan også delvis være et resultat av den klare alderseffekten vi så i Figur 6.30, siden eldre gjennomgående har mindre utdanning enn yngre.



Som ventet er det en del forskjeller mellom pasientgruppene (Tabell 6.4). Ikke alle forskjellene er statistisk signifikante, men tendensen er at de som har eller har hatt alvorlig sykdom, i større grad ønsker å prioritere lindrende behandling. Dette gjelder særlig de som har hatt kreft eller hjertesykdom, men også personer med diabetes og lungesykdom.

TABELL 6.4 Omsorg og lindrende behandling for døende bør prioriteres foran kostbar behandling som kanskje ikke har effekt, etter hvilken sykdom en person oppgir å ha (hatt)

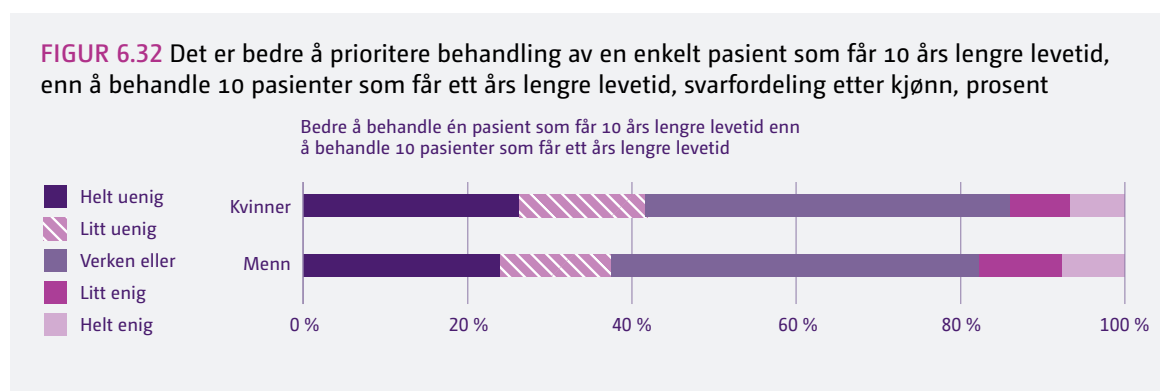
SYKDOM	LINDRENDE BEHANDLING BØR PRIORITERES
Hjertesykdom	3,78*
Blodtrykksproblemer	3,68
Lungesykdom	3,77*
Hjerneslag/hjerneblødning	3,64
Sykdom eller skade i bevegelsesapparatet	3,68
Diabetes	3,82*
Kreft	3,86*
Nyresykdom	3,73
Psykiske plager	3,64
I alt	3,64

* Statistisk signifikant på 0,05-nivå eller lavere. Verdiene angir gjennomsnittlig score for variabel for at omsorg og lindrende behandling for døende bør prioriteres foran kostbar behandling som kanskje ikke har effekt (1 = helt uenig, 5 = helt enig).

6.6.2 Flest mulig eller lengst mulig?

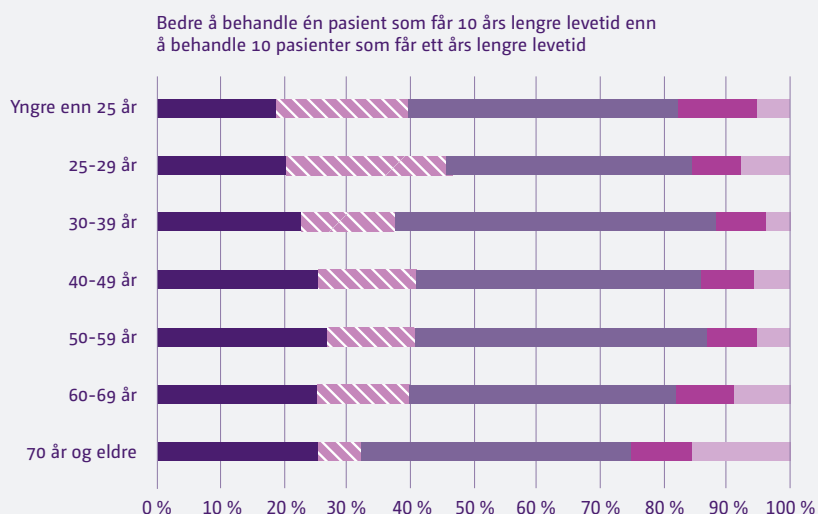
En relatert vurdering knyttet til behandling i livets siste fase er spørsmålet om man skal prioritere å behandle flest mulig, selv når livet går mot slutten (livsforlengende behandling) framfor behandling der sjansen for helbredelse eller livsforlengelse er større. Helsebarometeret inneholdt en påstand om at det er bedre å prioritere behandling av en enkelt pasient som får 10 års lengre levetid enn å behandle 10 pasienter som får ett års lengre levetid.

Figur 3.32 viser svarfordelingen for menn og kvinner. Vi ser at flere er uenige enn enige, men nesten halvparten har ikke tatt stilling, så det er tydelig stor usikkerhet rundt spørsmålet. Kvinner er signifikant mindre enige i påstanden enn menn. Andelen som svarer at de verken er enig eller uenig, er omtrent like stor i begge gruppene (om lag 45 prosent). Mens 42 prosent av kvinnene er helt eller delvis uenige, er tilsvarende andel blant menn 37 prosent, eller ca. 5 prosentpoeng mindre. Forskjellen er altså liten.



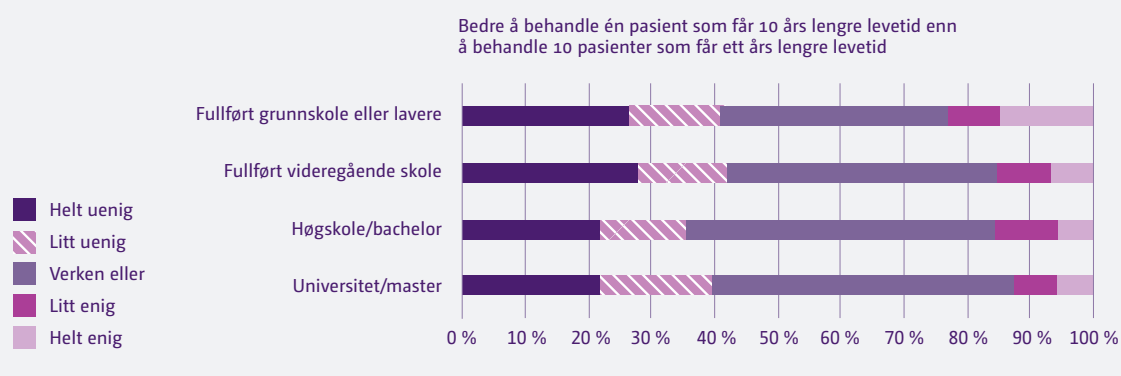
Figur 6.33 viser svarfordelingen blant ulike aldersgrupper. Igjen ser vi to effekter: For det første er andelen som er uenig, større i de yngste og de eldste gruppene. I disse gruppene er det også noen færre som plasserer seg på midten, noe som vil si at flere har inntatt et standpunkt. I det eldste segmentet har til sammen over 40 prosent svart at de er helt enige eller helt uenige, mot ca. én av fire i det yngste alderssegmentet. Det kan se ut som at det er en sterkere polarisering av meninger blant de eldre respondentene.

FIGUR 6.33 Det er bedre å prioritere behandling av en enkelt pasient som får 10 års lengre levetid, enn å behandle 10 pasienter som får ett års lengre levetid, svarfordeling etter alder, prosent



Utdanning ser i liten grad ut til å påvirke synet på om man skal prioritere litt for mange eller mye for de få, men det ser ut til å gå et skille mellom personer med og uten høyere utdanning (Figur 6.34). En høyere andel av de med grunnskole eller videregående skole er uenige i påstanden, men forskjellene er små. Det ser også ut til at forskjellene innad i hver gruppe øker noe med utdanning; det er færre blant de med høyere utdanning som sier seg helt enige eller helt uenige. Igjen er forskjellene små og bør ikke legges for stor vekt på.

FIGUR 6.34 Det er bedre å prioritere behandling av en enkelt pasient som får 10 års lengre levetid, enn å behandle 10 pasienter som får ett års lengre levetid, svarfordeling etter utdanning, prosent



Det er heller ikke store forskjeller mellom personer som har eller har hatt ulike sykdommer. Personer med blodtryksproblemer er signifikant mer enige, mens personer som har (hatt) sykdom eller skade i bevegelsesapparatet, er signifikant mer uenige.

TABELL 6.5 Det er bedre å prioritere behandling av en enkelt pasient som får 10 års lengre levetid, enn å behandle 10 pasienter som får ett års lengre levetid, etter hvilken sykdom en person oppgir å ha (hatt)

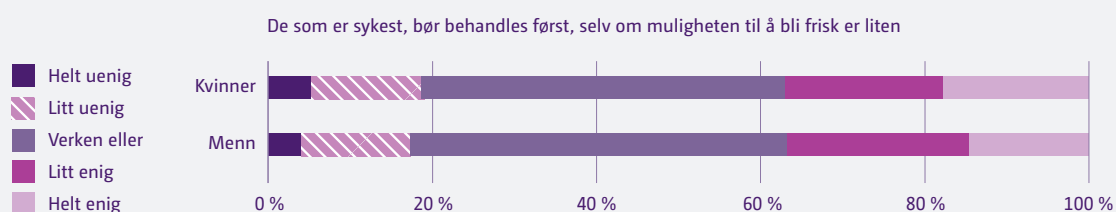
SYKDOM	BEDRE Å BEHANDLE ÉN PASIENT SOM FÅR 10 ÅR LENGRE LEVETID
Hjertesykdom	2,62
Blodtrykksproblemer	2,67*
Lungesykdom	2,56
Hjerneslag/hjerneblødning	2,48
Sykdom eller skade i bevegelsesapparatet	2,49*
Diabetes	2,65
Kreft	2,57
Nyresykdom	2,43
Psykiske plager	2,59
I alt	2,59

* Statistisk signifikant på 0,05-nivå eller lavere. Verdiene angir gjennomsnittlig score for variabel for at det er bedre å prioritere behandling av en enkelt pasient som får 10 års lengre levetid, enn å behandle 10 pasienter som får ett års lengre levetid (1 = helt uenig, 5 = helt enig).

6.6.3 De sykeste først?

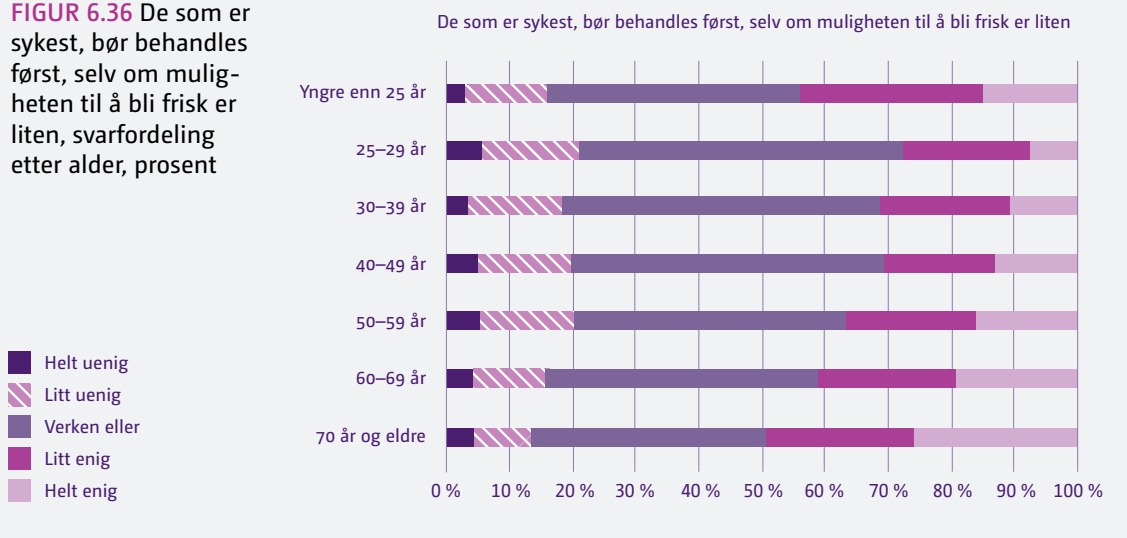
Et av de tre overordnede kriteriene for prioriteringer i helsesektoren er grad av alvorlighet. Helsebarometeret inneholdt blant annet påstand om at de som er sykest, bør behandles først, selv om muligheten til å bli frisk er liten. Figur 6.35 viser fordelingen blant menn og kvinner. Ca. 37 prosent er helt eller delvis enige i påstanden, mens ca. 45 prosent ikke har tatt stilling. Det er ikke signifikante forskjeller mellom kvinner og menn.

FIGUR 6.35 De som er sykest, bør behandles først, selv om muligheten til å bli frisk er liten, svarfordeling etter kjønn, prosent



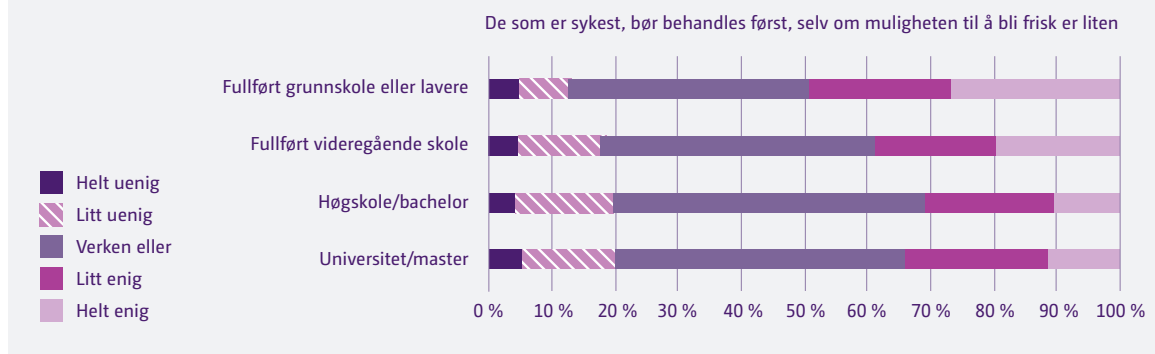
Heller ikke alder har en sterk effekt, men blant de eldste er det signifikant større enighet om at de sykeste bør prioriteres (Figur 6.36). I denne gruppen er andelen som ikke tar stilling, også lavere. Det mest påfallende er likevel at det også blant de yngste, det vil si respondenter yngre enn 25 år, er større enighet om å prioritere de sykeste.

FIGUR 6.36 De som er sykest, bør behandles først, selv om muligheten til å bli frisk er liten, svarfordeling etter alder, prosent



Figur 6.37 viser at kriteriet om at de sykeste skal prioriteres, har større oppslutning blant de som har grunnskole som høyeste utdanningsnivå. I denne gruppen er også andelen som ikke har tatt stilling, noe lavere. Blant de med lavest utdanning er omtrent halvparten helt eller delvis enige i at de sykeste bør prioriteres, mot ca. én av tre av de med lang høyere utdanning. Andelen som er helt uenig, holder seg imidlertid på rundt 5 prosent i alle gruppene.

FIGUR 6.37 De som er sykest, bør behandles først, selv om muligheten til å bli frisk er liten, svarfordeling etter utdanning, prosent



Ser vi videre på vurderingen blant personer som har eller har hatt ulike sykdommer (Tabell 6.6), finner vi en tendens til større enighet for prinsippet om å prioritere de sykeste blant de som har hatt en av sykdommene, enn i befolkningen som helhet, men forskjellen er bare statistisk signifikant for de som har eller har hatt blodtrykkproblemer, lungesykdom og kreft. Det at de andre forskjellene ikke er statistisk signifikante, kan skyldes større variasjon i svarene (spredning) innad i hver gruppe.

TABELL 6.6 De som er sykest, bør behandles først, selv om muligheten til å bli frisk er liten, etter hvilken sykdom en person oppgir å ha (hatt)

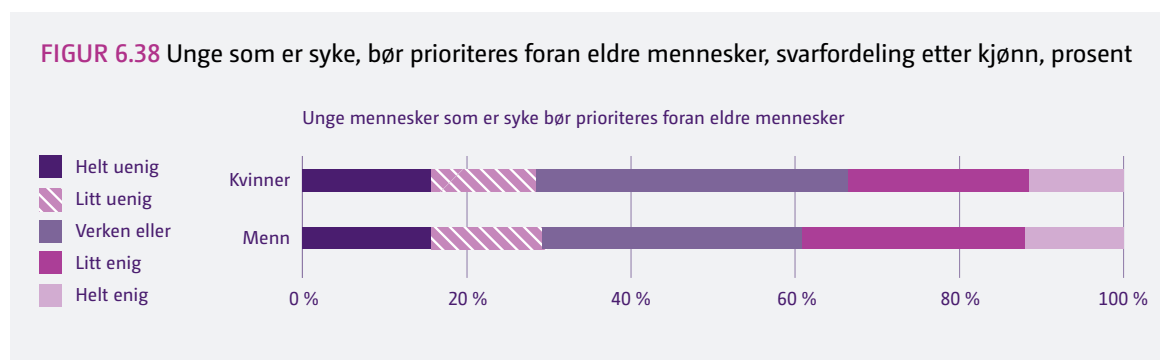
SYKDOM	DE SYKESTE BØR BEHANDLES FØRST, SELV OM MULIGHETEN FOR Å BLI FRISK ER LITEN
Hjertesykdom	3,38
Blodtrykksproblemer	3,44*
Lungesykdom	3,50*
Hjerneslag/hjerneblødning	3,35
Sykdom eller skade i bevegelsesapparatet	3,31
Diabetes	3,43
Kreft	3,50*
Nyresykdom	3,27
Psykiske plager	3,41
Totalt	3,31

* Statistisk signifikant på 0,05-nivå eller lavere. Verdiene angir gjennomsnittlig score for variabel for at de som er sykest, bør behandles først, selv om muligheten til å bli frisk er liten (1 = helt uenig, 5 = helt enig).

6.6.4 Unge foran eldre?

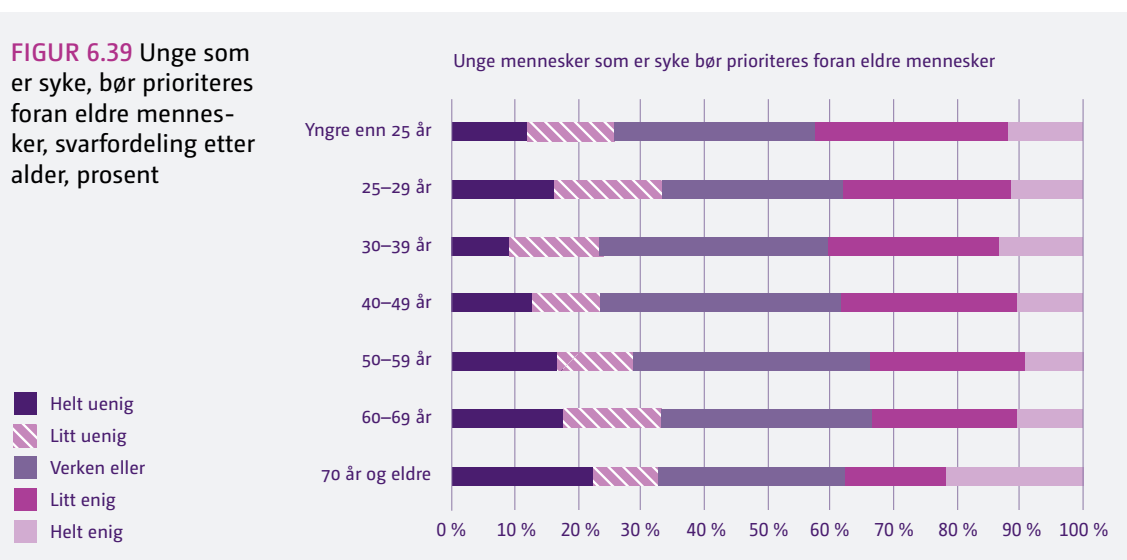
En siste dimensjon innenfor prioritering av helsetjenester handler om alder. Dette er ikke et kriterium i dag, men er diskutert som et mulig tilleggskriterium av Prioriteringsutvalget som ble nedsatt 21. juni 2013 for å vurdere hvordan prioriteringsutfordringer i helsesektoren bør møtes.

En av påstandene respondentene skulle ta stilling til i Helsebarometeret, var at unge mennesker som er syke, bør prioriteres foran eldre mennesker. Figur 6.38 viser svarfordelingen blant menn og kvinner. Uavhengig av kjønn er i underkant av 30 prosent helt eller delvis uenige i at unge bør prioriteres, mens 12 prosent er helt uenige. Videre ser vi at en høyere andel blant kvinner har valgt å ikke ta stilling til påstanden, mens noe flere menn er delvis enige. Forskjellen mellom menn og kvinner er imidlertid ikke statistisk signifikant.



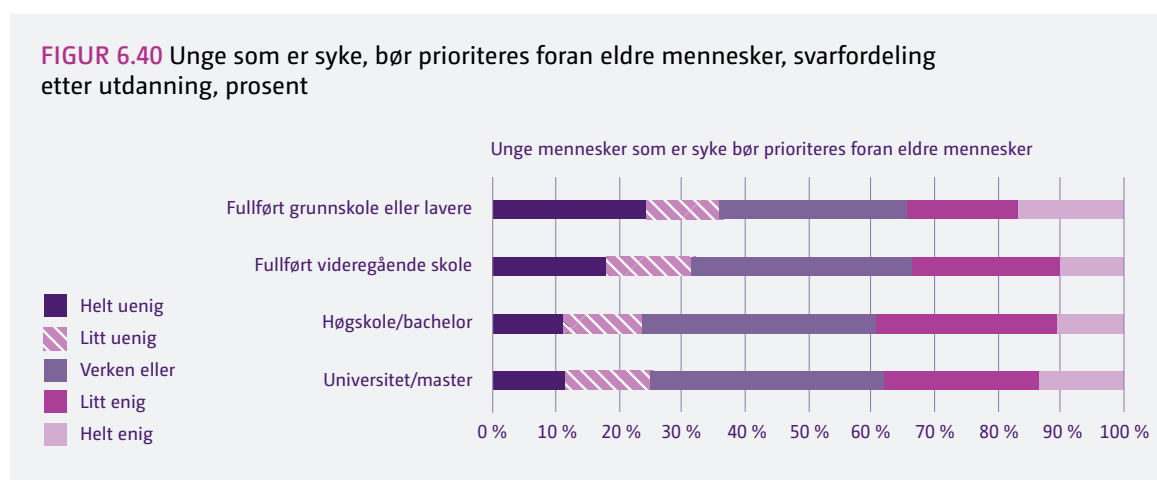
Figur 6.39 viser svarfordelingen etter alder. Igjen er det vanskelig å finne et klart mønster, men det ser ut til at andelen helt eller delvis uenig i at unge bør prioriteres, er høyest blant de yngste og de eldste, og at disse forskjellene er statistisk signifikante. Samtidig er det også blant de over 70 år at flest er helt enige i at unge som er syke, bør gå foran eldre. Som vi har sett for flere av de andre spørsmålene om prioritering mellom ulike pasienter, er det også en svak tendens til at det er større polarisering blant de eldre, det vil si at både andelen helt enig og andelen helt uenig øker med alder, mens færre inntar mellomposisjoner. Dette kan bety at det er et spørsmål som flere eldre enn yngre er opptatt av og har tenkt gjennom. Samtidig ser vi at det også er stor uenighet innad i de to yngste aldersgruppene.

FIGUR 6.39 Unge som er syke, bør prioriteres foran eldre mennesker, svarfordeling etter alder, prosent



Forskjellen mellom ulike utdanningsgrupper er vist i Figur 6.40. Forskjellen mellom de med og de uten høyere utdanning er statistisk signifikant. Mens nesten én av fire med kun grunnskoleutdanning er helt uenig i å prioritere unge, er andelen bare 12 prosent blant de med lang høyere utdanning. I alle gruppene er det vanligste svaret imidlertid at man verken er enig eller uenig i påstanden.

FIGUR 6.40 Unge som er syke, bør prioriteres foran eldre mennesker, svarfordeling etter utdanning, prosent

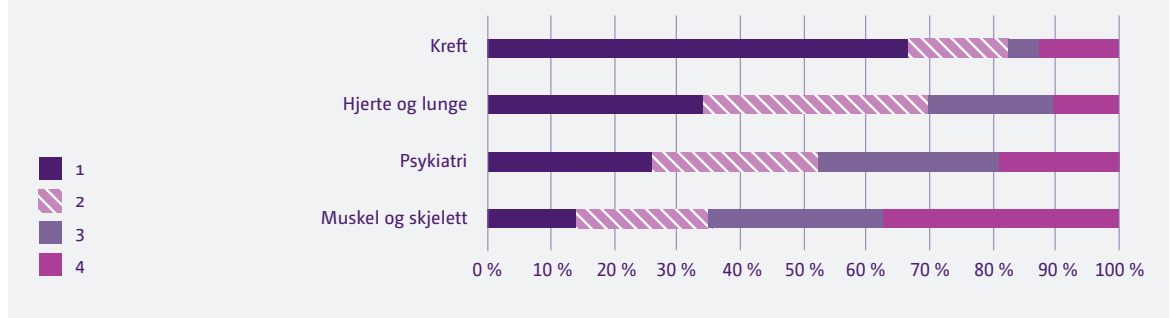


For spørsmålet om prioritering mellom unge og eldre finner vi ingen signifikante forskjeller mellom personer som har (hatt) ulike sykdommer, og resultatene er derfor utelatt.

6.6.5 Sykdomsgrupper

Avslutningsvis ser vi på hvordan folk mener at de store folkesykdommene bør prioriteres. Som en del av Helsebarometeret ble folk spurt om hvilke pasientgrupper de mener bør prioriteres foran andre i dagens helsevesen. I svaret ble de bedt om å rangere pasientgrupper innenfor kreft, hjerte-lunge, muskel-skjelett og psykiatri med verdier fra 1 til 4, der 1 representerer øverste prioritet. Figur 6.41 viser fordelingen. Merk at det var mulig å gi samme verdi til flere av gruppene (f.eks. gi både kreft og hjerte-lunge verdien 1). Det fører til at summen som har verdien 1 i figuren, er større enn summen av f.eks. 3 og 4. Faktisk har 7 prosent av respondentene gitt alle de fire pasientgruppene verdien 1, og ca. 4 prosent har gitt alle gruppene samme verdi (alle rangert som enten nr. 2, nr. 3 eller nr. 4). Med andre ord er summen av førsteprioriteter større enn antall respondenter, mens totalt antall pasientgrupper som er rangert som nr. 4, er lavere enn antall respondenter. Dette gjør at prosentandelene gjengitt nedenfor er inkonsistente, noe som igjen påvirkes hvordan resultatene tolkes, men det endrer ikke den samlede rangeringen av gruppene, som er relativt klar.

FIGUR 6.41 Prioritering av pasientgrupper: kreft, hjerte–lunge, psykiatri og muskel–skjelett, prosent



Et klart flertall, eller om lag to av tre mener at kreft bør prioriteres. Ytterligere 16 prosent har satt kreftpasienter på andreplass. Det vil si at til sammen mener over 80 prosent at kreft er en av de viktigste gruppene å prioritere. Hjerte–lunge kommer opp som nummer 2, med 38 prosent som har gitt denne gruppen øverste prioritet, og 45 prosent som har satt den opp på andreplass. Som nummer tre kommer pasientene i psykiatrien, som 26 prosent har plassert øverst og 26 prosent har plassert nest øverst. Nederst kommer muskel–skjelett, som ca. 35 prosent har rangert øverst eller nest øverst.

Andelene som har gitt de ulike verdiene, varierer noe mellom menn og kvinner, men selve rangeringen eller rekkefølgen er uavhengig av kjønn. Det ser ut til at menn og kvinner har tolket spørsmålsformuleringen noe forskjellig, slik at flere kvinner enn menn har gitt verdien 1 til flere enn én pasientgruppe. Det gjør at en høyere andel kvinner ønsker å prioritere kreft og psykiatri, uten at en tilsvarende andel blant menn ønsker å prioritere muskel–skjelett og hjerte–lunge høyere. Fordelingen er derfor ikke vist. Det samme gjelder utdanning. I og med at spørsmålet er tolket forskjellig, gir det lite mening å sammenligne på tvers av grupper.

6.7 PRIORITERINGER I HELSEVESENET OPPSUMMERT

Spørsmål om prioritering er viktige, men vanskelige. Det viser også resultatene fra Helsebarometeret. Særlig på spørsmål om direkte prioritering mellom grupper og behandlingstyper ser vi tendenser til at andelen som er enig i alt, eller velger å svare verken eller, øker. Årsaken til dette kan delvis være måten spørsmålene ble stilt på, men kan også tolkes som at folk faktisk synes det er vanskelig å ta stilling til en del prioriteringsspmål, som for eksempel om unge bør prioriteres framfor eldre, eller om enkelte pasientgrupper bør prioriteres framfor andre.

Vi finner bred støtte for at helsetjenestene i hovedsak bør være offentlige. Nesten fire av fem er enige i at ansvaret for å tilby helsetjenester bør være offentlig, mens bare én av fem mener at det bør bli flere private sykehus. Sett under ett viser Helsebarometeret at et stort flertall støtter dagens organisering av helsetjenestene der et tydelig offentlig ansvar kombineres med et innslag av private aktører. Kun 10 prosent støtter økt bruk av egenandel i de offentlige helsetjenestene, mens nesten 30 prosent åpner for høyere egenandel for livsstilsrelatert sykdom. Det er få som mener at myndighetene har ansvar å ivareta folks helse, selv om to av tre støtter forebyggende tiltak i helsetjenestene og tilrettelegging for en sunnere livsstil. Klart færre støtter opplysningskampanjer og helsefremmende lovverk.

Menn er generelt noe mer positive til private løsninger. Kvinner ønsker seg også en større grad av offentlig forebygging enn det menn gjør, og de er mer kritiske til økt bruk av egenandeler, både generelt og for livsstilsrelatert sykdom. Støtten til private helsetilbud reduseres svakt med økende alder, men forskjellene er ikke særlig tydelige. Blant kvinner finner vi størst støtte blant de under 25 år og størst motstand blant de i 50–årsalderen. Blant menn er støtten til private aktører lavest blant de mellom 50 og 70 år. Regresjonsanalyser tyder på at blant kvinner går støtten til forebyggende arbeid ned med alder, men effekten er svak. Både blant kvinner og blant menn er flere eldre kritisk til økt bruk av egenandeler, både generelt og for livsstilsrelaterte sykdommer.

Støtten til private helsetilbud går noe ned med økende utdanningslengde. Høyt utdannede kvinner er den gruppen som i størst grad ønsker seg offentlige løsninger. Forskjellene mellom ulike utdanningsgrupper i



synet på offentlig forebygging er små og lite systematiske, men regresjonsanalyser tyder på at støtten til forebyggende arbeid øker noe med utdanningslengde både for kvinner og for menn. Det er også større støtte til økt bruk av egenandeler blant de med høyere utdanning. Dette gjelder både egenandeler generelt og for livsstilsrelaterte sykdommer.

Til tross for stor støtte til en offentlig helsetjeneste følger synet på det offentliges rolle etablerte partipolitiske skillelinjer. De som stemte på Sosialistisk Venstreparti, Arbeiderpartiet og Senterpartiet, er mer kritiske til private helsetilbud og økte egenandeler. SVs og Aps velgere er i tillegg mer positive til ulike former for statlig forebygging. Venstre og Kristelig Folkepartis velgere plasserer seg stort sett i sentrum av befolkningen på spørsmålene. Høyres velgere er noe mer positive til private løsninger, de ønsker mindre offentlig forebygging og er noe mindre negative til økte egenandeler. Heller ikke blant Høyres velgere er det flertall for flere private aktører. Innad blant Fremskrittspartiets velgere er det til dels stor spredning, som kommer særlige fram ved spørsmål om økte egenandeler.

Sykdomsbilde og helse har liten betydning for syn på private helsetjenester. Det har heller ingen betydning for om man ønsker økte egenandeler i helsetjenesten. Derimot finner vi at personer som har hatt en av de store folkesykdommene, er mer negative til differensierte egenandeler, det vil si høyere egenandel for sykdom som kan sees på som selvforskyldt. Personer som vurderer helsen sin som god, er også mer positive til differensierte egenandeler. Personer med dårligere egenvurdert helse er noe mer negative til offentlig forebygging. Ingen av forskjellene er store, og de kan også delvis også skyldes underliggende sosiodemografiske forskjeller.

Befolkningen er delt i to på spørsmål om ressursbruk i helsetjenesten. Av de som har tatt standpunkt, ønsker nesten halvparten å bruke mer penger enn i dag, mens den andre halvparten ønsker å bruke ressursene mer effektivt. Flere menn ønsker en mer effektiv ressursbruk, mens flere kvinner ønsker å bruke mer på helse enn i dag. Det er ingen systematiske forskjeller mellom aldersgruppene. Et flertall av de med lavere utdanning ønsker å bruke mer penger, mens flertallet av de med høyere utdanning ønsker å bruke ressursene mer effektivt. Aps og FrPs velgere skiller seg ut ved at en større andel ønsker å bruke mer på helse enn i dag. Ellers er det lite systematikk i partipreferanse og syn på ressursbruk. Derimot finner vi at særlig pasienter med kroniske sykdommer, som blodtryksproblemer, lungesykdom og diabetes, skiller seg ut ved at en høyere andel ønsker økte overføringer til helsetjenesten.

God og avansert behandling kan stå i motsetning til ønsket om nærhet til tjenesten. Uavhengig av kjønn er omtrent 60 prosent av befolkningen enige i at god behandling er viktigere enn avstand til sykehuset, og andelen som er enig, øker med alder og utdanning. Effekten av alder er svak, mens utdanningseffekten først og



fremst slår ut ved at de med lang høyere utdanning i større grad støtter god behandling og kvalitet framfor nærhet til sykehuset. Forskjellene kan imidlertid være en effekt av hvor folk bor. Det er klart flere som er uenige i påstanden, i spredtbygde Finnmark enn i de sentrale østlandsfylkene, der avstandene uansett er korte. Spørsmålet faller også delvis sammen med partipreferanse, der særlig Sps og SVs velgere legger større vekt på nærhet. Høyres og særlig FrPs velgere er mer splittet enn de andre velgergruppene.

Et flertall i befolkningen ønsker å la fagfolk bestemme mer og politikere mindre i spørsmål om prioriteringer, spesielt blant personer uten høyere utdanning. De som stemte FrP, er særlig positive til å gi fagfolk økt innflytelse i prioriteringss spørsmål, mens det er noe større motstand blant Aps og SVs velgere. En mulig forklaring på dette kan være systematiske forskjeller i politisk tillit generelt, ikke bare i spørsmål om helseprioriteringer.

De vanskeligste spørsmålene i Helsebarometeret handler om prioritering mellom ulike grupper. Flest mener at kreft bør prioriteres, fulgt av hjerte-lunge, psykiatri og muskel-skjelett. Utover det er det liten enighet om kriterier for hvem eller hva som skal prioriteres. På disse spørsmålene trer alder fram som den viktigste forklaringsfaktoren, mens kjønn og utdanning har lite å si. En stor andel sier seg verken enig eller uenig i de ulike påstandene som ble satt fram i Helsebarometeret, noe som tyder på at mange synes det er vanskelig å ta stilling. Med økende alder er det flere som har tatt standpunkt, men det er også større spredning i svarene.

Et flertall ønsker å prioritere omsorg og lindrende behandling framfor kostbar behandling som kanskje ikke har effekt. På en relatert påstand om man skal prioritere én pasient som får 10 års lenger levetid framfor 10 pasienter som får ett års lengre levetid, svarer nesten halvparten svarer de verken er enige eller uenige, mens rundt 40 prosent er uenige. Andelen som ønsker å prioritere lindrende behandling, øker med alderen. Samtidig er det stor uenighet blant de over 70 år om man skal gi behandling til én pasient som får 10 års ekstra levetid, eller gi ett års lengre levetid til 10 pasienter. Den største gruppen ønsker imidlertid å gi litt lengre levetid til mange, framfor mye tid til få. Under halvparten har tatt stilling til en påstand om at de som er sykest, bør behandles først, selv om muligheten til å bli frisk er liten. Av de som har tatt stilling, støtter et klart flertall prinsippet om at de sykeste bør behandles først, og støtten er særlig sterk blant personer over 70 år og personer under 25 år. Det er ingen enighet om hvorvidt unge bør prioriteres foran eldre, og det er stor variasjon i svarene også innad i aldersgruppene.

Særlig (tidligere) kreftpasienter, men også personer som har (hatt) diabetes og lungesykdom, utmerker seg med større støtte til lindrende framfor livsforlengende behandling. Personer som har eller har hatt kreft, støtter også i større grad påstanden om at de som er sykest, bør behandles først, selv om muligheten til å bli frisk er liten. Ellers har helsetilstand og sykdomsbilde lite å si for hvordan man ønsker å prioritere.

7 Litteratur, del 1 og 2

- Aardal, B., 2011. Det politiske landskap: en studie av stortingsvalget 2009. Oslo: Cappelen Damm.
- Album, D. & S. Westin, 2008. Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social Science & Medicine* 66 (1):182–188.
- Blom, S., 2010. Sosiale forskjeller i innvandreres helse: funn fra undersøkelsen Levekår blant innvandrere 2005/2006. SSB Rapporter 47/2010. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Blom, S., 2011. Innvandreres helse. Dårligere helse blant innvandrerne. *Samfunnsspeilet* 2:63–68. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Brunborg, H., 2013. Hvor mange innvandrere er det – og blir det – i Norge? Framskrivning av innvandrere og norskfødte barn av innvandrere. *Samfunnsspeilet* (3):1–8. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Bruni, R.A., A. Laupacis, D.K. Martin, the University of Toronto Priority Setting in Health Care Research Group, 2008. Public engagement in setting priorities in health care. *Canadian Medical Association Journal* 179 (1):15–18.
- Burström, B. & P. Fredlund, 2001. Self rated health: Is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *Journal of Epidemiology and Community Health* 55 (11):836–840.
- Carlsen, F. & B. Bringedal, 2009. Befolkningens tilfredshet med helsetjenesten og legers tilfredshet med arbeidssituasjonen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 129 (5):405–7.
- Cerin, E. & E. Leslie, 2008. How socio-economic status contributes to participation in leisure-time physical activity. *Social Science & Medicine* 66 (12):2596–2609.
- Crowson, C.S., E.L. Matteson, E. Myasoedova, C.J. Michet, F.C. Ernste, K.J. Warrington, J.M. Davis, 3rd, G.G. Hunder, T.M. Therneau & S.E. Gabriel, 2011. The lifetime risk of adult-onset rheumatoid arthritis and other inflammatory autoimmune rheumatic diseases. *Arthritis Rheum* 63(3): 633–639.
- Dahl, E., K. Bergsli & K.A.V. der Wel, 2014. Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Dillman, D.A., E.D. de Leeuw & J.J. Hox, 2008. *International Handbook of Survey Methodology*. New York: Lawrence Erlbaum.
- Djuve, A.B., E. Gulløy, H.C. Kavli & F. Berglund, 2009. Datafangst når minoritetsbefolkningen er målgruppe. Fafo-rapport 2009:24. Oslo: Fafo.
- Dorling, D., 2009. Unemployment and health. *BMJ* 338.
- Dørheim, S.K., B. Bjorvatn & M. Eberhard-Gran, 2013. Sick leave during pregnancy: a longitudinal study of rates and risk factors in a Norwegian population. *BJOG* 120(5): 521–530.
- Folkehelseinstituttet, 2014. Folkehelse rapporten 2014. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig på <http://www.fhi.no/artikler/?id=110541>.
- Fosse, E., 2012. Norwegian experiences. D. Raphael (red.): *Tackling Health Inequalities: Lessons From International Experiences*. Toronto: Canadian Scholars' Press.
- Fowler, F.J. & C. Cosanza, 2008. Writing effective questions. D.A. Dillman, E.D. de Leeuw & J.J. Hox (red.): *International handbook of survey methodology*. New York: Lawrence Erlbaum.
- Groves, R.M., 2006. Nonresponse Rates and Nonresponse Bias in Household Surveys. *Public Opinion Quarterly* 70 (5):646–675.
- Grytten, J., F. Carlsen & I. Skau, 2009. Services production and patient satisfaction in primary care. *Health Policy* 89 (3):312–321.

- Grøholt, E.-K. & R. Nordhagen, 2002. Ulikhet i helse og helsetjenestebruk hos nordiske barn etter foreldrenes utdanning. *Norsk epidemiologi* 12 (1).
- Hagen, K.B., H.H. Holte, K. Tambs & T. Bjerkedal, 2000. Socioeconomic factors and disability retirement from back pain: a 1983–1993 population-based prospective study in Norway. *Spine (Phila Pa 1976)* 25(19): 2480–2487.
- Halvorsen, T. & Martinussen, P.E., 2014. The geography of chronic obstructive pulmonary disease: A population-based study of Norway. *Social Science & Medicine*, 111, 25–34.
- Heiervang, E., A. Goodman & R. Goodman, 2008. The Nordic advantage in child mental health: separating health differences from reporting style in a cross-cultural comparison of psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry* 49(6): 678–685.
- Helse- og omsorgsdepartementet, 2013. NCD-strategi 2013–2017. For forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft. Tilgjengelig på http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter_planer/planer/2013/ncd-strategi.html?id=735195
- Helsedirektoratet, 2010. Nasjonale kvalitetsindikatorer. IS-1878. Tilgjengelig på <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-kvalitetsindikatorer/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet, 2012a. Nasjonal faglig retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus. Tilgjengelig på <http://helsedirektoratet.no/sites/antibiotikabruk-i-sykehus/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet, 2012b. Prioriteringer i helsesektoren. Verdigrunnlag, status og utfordringer. IS-1967. Tilgjengelig på <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/prioriteringer-i-helsesektoren/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet, 2014a. Samhandlingsstatistikk 2012–13. IS-2138. Tilgjengelig på <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samhandlingsstatistikk-2012-13/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet, 2014b. SAMDATA 2013. Tilgjengelig på <http://helsedirektoratet.no/tall-analyse/samdata/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet, 2014c. Aktivitetsdata for somatisk spesialisthelsetjeneste 2013. Norsk pasientregister. IS-2177. Tilgjengelig på <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/aktivitetsdata-for-somatisk-spesialisthelsetjeneste-2013/Sider/default.aspx>
- Hjort, P.E. & Waaler, H.T., 2010. Demens frem mot 2050. *Tidsskr Nor Legeforen* 2010; 130:1356–8.
- Holmøy, E. & Scheel, H.H., 2012. Brukes det mye helsetjenester i Norge? Økonomiske analyser, 6/2012. Statistisk sentralbyrå. Tilgjengelig på http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/oa_201206/oa2012-6.pdf
- Horverak, Ø. & E.K. Bye, 2007. Det norske drikkemønsteret. En studie basert på intervjudata fra 1973–2004. SIRUS-rapport 2/2007. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Kaarboe, O. & F. Carlsen, 2014. Waiting times and socioeconomic status. Evidence from Norway. *Health Economics* 23 (1):93–107.
- Kalseth, J., T. Halvorsen & al., 2014. Cross-country comparisons of health-care costs: The case of cancer treatment in the Nordic countries. *Health Policy*, 115(2–3): 172–179.
- Ketelaar, N.A.B.M., M.J. Faber, S. Flottorp, L.H. Rygh, K.H.O. Deane & M.P. Eccles, 2011. Public release of performance data in changing the behavior of healthcare consumers, professionals or organisations (Review). *Cochrane Library* 2011, Issue 11
- Knudsen, A.K., J.M. Kinge, E. Nord, V. Skirbekk, R. White & S.E. Vollset, 2014. Sykdomsbyrde i den norske befolkningen. *Folkehelse rapporten 2014*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig på <http://www.fhi.no/artikler/?id=111836>.
- Kreftregisteret, 2014. Cancer in Norway 2012. Tilgjengelig på <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Publikasjoner/Cancer-in-Norway/Cancer-in-Norway-2012/>
- Kringlen, E., S. Torgersen and V. Cramer, 2006. «Mental illness in a rural area: A Norwegian psychiatric epi-

miological study.» *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 41(9): 713–719, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16732397>.

Kunik, M.E., K. Roundy, C. Veazey, J. Soucek, P. Richardson, N.P. Wray & M.A. Stanley, 2005. Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders. *CHEST Journal* 127 (4):1205–1211.

Kunnskapssenteret, 2014. Pasienterfaringer med norske sykehus i 2013. Nasjonale resultater, PasOpp rapport 2-2014. Tilgjengelig på <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/pasienterfaringer-med-norske-sykehus.nasjonale-resultater>

Lindström, M., B.S. Hanson & P.O. Östergren, 2001. Socioeconomic differences in leisure-time physical activity: the role of social participation and social capital in shaping health related behaviour. *Social Science & Medicine* 52 (3):441–451.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), 2011. LOV-2011-06-24-30.

Lund, K.E., M. Lund & A. Bryhni, 2009. Tobakksforbruket hos kvinner og menn 1927–2007. *Tidsskr Nor Laegeforen* 129 (18):1871–4.

Lunde, E. & I. Texmon, 2013. Innvandreres bruk av fastlegetjenesten. Innvandreres møte med fastlegen. *Samfunnsspeilet* 5:43–50. Oslo: Statistisk sentralbyrå.

Lærum, E., S. Brage, C. Ihlebæk, K. Johnsen, B. Natvig & E. Aas, 2013. Et muskel- og skjelettregnskap: forekomst og kostnader knyttet til skader, sykdommer og plager i muskel- og skjelettsystemet. MST-rapport 1/2013. Oslo: Oslo Universitetssykehus.

McDonald, J.T. & S. Kennedy, 2004. Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada. *Social Science & Medicine* 59 (8):1613–1627.

Modrek, S. & M.R. Cullen, 2013. Health consequences of the 'Great Recession' on the employed: Evidence from an industrial cohort in aluminum manufacturing. *Social Science & Medicine* 92 (0):105–113.

Mykletun, A., A.K. Knudsen & K.S. Mathisen, 2009. Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.

Mørk, E., 2011. Seniorer i Norge. Statistiske analyser. Oslo: Statistisk sentralbyrå.

Nes, R.B. & J. Clench-Aas, 2011. Psykisk helse i Norge: Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger. Rapport 2011: 2. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Ng, E., 2011. The healthy immigrant effect and mortality rates. *Health Reports* 22 (4):25.

Norredam, M. & D. Album, 2007. Review Article: Prestige and its significance for medical specialties and diseases. *Scandinavian Journal of Public Health* 35 (6):655–661.

NOU, 1997: 18. Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. Tilgjengelig på <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1997/nou-1997-18.html?id=140956>

OECD, 2013. Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing.

Ot.prp. 63 (2002–2003) Om lov om endringer i pasientrettighetsloven.

Paul, K.I. & K. Moser, 2009. Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior* 74 (3):264–282.

Ramm, J., 2012. Eldres bruk av helse og omsorgstjenester. Oslo: Statistisk sentralbyrå. Tilgjengelig på <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/eldres-bruk-av-helse-og-omsorgstjenester>

Reseptregisteret, 2012. Reseptregisteret 2007-2011. Tema: Legemidler og eldre. Tilgjengelig på <http://www.fhi.no/dokumenter/c100a19d8c.PDF>

Riksrevisjonen, 2011. Riksrevisjonens undersøkelse av ordningen med rett til fritt sykehusvalg. Dokument 3:3 (2011–2012). Tilgjengelig på https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2011-2012/Dokument-base_3_3_2011_2012.pdf

- Ringdal, K., 2007. Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode. Bergen: Fagbokforlaget.
- Romøren, T.I., 2007. Kommunale hjemmetjenester – fra eldreomsorg til ‘yngreomsorg’? Aldring og livsløp 1 (1):2–10.
- Schnittker, J. & V. Bacak, 2014. The Increasing Predictive Validity of Self-Rated Health. Plos One 9 (1):e84933.
- Sears, S.R., A.L. Stanton & S. Danoff-Burg, 2003. The yellow brick road and the emerald city: benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. Health Psychology 22 (5):487.
- Sen, A., 2002. Health: perception versus observation: Self reported morbidity has severe limitations and can be extremely misleading. BMJ: British Medical Journal 324 (7342):860.
- Shadbolt, B., J. Barresi & P. Craft, 2002. Self-rated health as a predictor of survival among patients with advanced cancer. Journal of Clinical Oncology 20 (10):2514–2519.
- Singer, E., 2006. Introduction: Nonresponse bias in household surveys. Public Opinion Quarterly 70 (5):637–645.
- Sivertsen, B., S. Overland, D. Neckelmann, N. Glozier, S. Krokstad, S. Pallesen, I.H. Nordhus, B. Bjorvatn & A. Mykletun, 2006. The long-term effect of insomnia on work disability: The HUNT-2 historical cohort study. American Journal of Epidemiology 163 (11):1018–1024.
- Sosial- og helsedirektoratet, 2005. Sosiale ulikheter i helse i Norge. En kunnskapsoversikt. IS-1304. Tilgjengelig på <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/-sosiale-ulikheter-i-helse-i-norge-en-kunnskapsoversikt/Sider/default.aspx>
- Spector, P.E., 1992. Summated rating scale construction: an introduction. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Stortingsmelding nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.
- Stortingsproposisjon nr. 63 (1997–98). Om Opptappingsplan for psykisk helse 1999–2006.
- Vedøy, T.F., 2014. Tracing the cigarette epidemic: An age-period-cohort study of education, gender and smoking using a pseudo-panel approach. Social Science Research 2014 (48):35.
- Vleeming, A., H.B. Albert, H.C. Ostgaard, B. Sturesson & B. Stuge, 2008. European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. Eur Spine J 17(6): 794–819.
- Waalder, A.E. & O.B. Fasmer, 2013. Antidepressive legemidler – klinisk praksis må endres. Tidsskr Nor Legeforen 133:428–30.
- Waatevik, M., T.D. Skorge, E. Omenaas, P.S. Bakke, A. Gulsvik & A. Johannessen, 2013. Increased prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in a general population. Respir Med 107(7): 1037–1045.
- Wichstrøm, L., T.S. Berg-Nielsen, A. Angold, H.L. Egger, E. Solheim & T.H. Sveen, 2012. Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. Journal of Child Psychology and Psychiatry 53(6): 695–705.
- Willems, S., S. De Maesschalck, M. Deveugele, A. Derese & J. De Maeseneer, 2005. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? Patient education and counseling 56 (2):139–146.
- Zahl, P.H., 2014. Befolkningen i Norge. Folkehelse rapporten 2014. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig på <http://www.fhi.no/artikler/?id=110609>.
- Øyane, N., A.M. van den Hoven, A. Fetveit, S. Pallesen & B. Bjorvatn, 2009. Symptommønstre ved kroniske søvnsykdommer. Tidsskrift for Den norske legeforening 129 (19):2011.





Del 3 | INNSIKT

ONS

FOR



Et liv i sykdommens tegn?

Hvis vi ser 50 år tilbake i tid, var standardbildet at leger stilte diagnoser og behandlet pasienter som oppsøkte dem fordi de opplevde plager.

LARS FR. H. SVENDSEN, professor i filosofi, Universitetet i Bergen

SELVSAGT ER DET fortsatt en helt sentral del av legens virke, men den mest bemerkelsesverdige utviklingen i nyere medisin er framveksten av en jakt på diagnoser og iverksettelse av behandling på pasienter som ikke opplever helseplager. I stedet for å oppfatte sykdommer som noe som oppstår og vanligvis tar slutt, blir de i stedet stående som permanente trusler.

Den samme medisinske teknologien som helbreder oss, gjør oss også mer redde. Den har ikke minst gjort oss bevisste på at vi kan være syke uten å oppleve noen som helst symptomer. Sykdommene er i en viss forstand flyttet fra det synlige området til det usynlige. Vi kan ikke stole på våre egne erfaringer av vår egen helsestilstand, og kan når som helst bli pasienter. Denne undermineringen av den umiddelbare tilliten vi alle i utgangspunktet har til at kroppen vår gir oss beskjed når noe er galt, skaper usikkerhet og frykt. Det er nok en viktig grunn til at antall legekon-sultasjoner – og leger – har økt dramatisk de siste tiårene: Vi stoler ikke lenger på at helsen er vår er tilfredsstillende selv om vi ikke har noen symptomer som skulle tyde på noe annet. Vi forsøker å komme sykdommene i forkjøpet, og eliminere dem før de overhodet oppstår.

I risikosamfunnet er vi mennesker ikke mer utsatt for farer enn tidligere. Tvert imot har vi aldri levd objektivt tryggere liv. Vi har imidlertid en annen og større bevissthet om risiko enn tidligere. Det vi frykter, er som regel ikke basert på noe vi selv har opplevd, eller noe som har rammet noen som står oss nær, men er vanligvis basert på forestillinger om alt det som kan skje. Vår risikobevissthet gir dessverre ofte et systematisk fordreid bilde av verden. Det skyldes blant annet at folk flest har en ganske svak forståelse av sannsynlighet, og legger mer vekt på hva som er



Foto: Trond Solberg / NTB Scanpix

LARS FR. SVENDSEN: Forfatter og filosof. Professor ved Institutt for filosofi og før-stesemesterstudier, Universitetet i Bergen. Han har gitt ut en rekke bøker og er oversatt til 27 språk. Han er også engasjert som prosjektleder i tankesmien Civita.

verst tenkelige utfall, enn hva som er mest sannsynlig. Statistisk svært signifikante forskjeller gjør små utslag i folks risikoppfatning.

Et paradoksalt trekk ved risikosamfunnet er at vi i våre forsøk på å håndtere risikoen rundt oss, ofte velger midler som er verre enn det problemet de er ment å bekjempe. En stadig større del av den medisinske behandlingen retter seg i dag mot iatrogene lidelser, dvs. lidelser som er forårsaket av medisinsk behandling. Problemet er særlig overdiagnostisering og overbehandling, som er i ferd med å bli en av de viktigste årsakene til helse-skader.

Ethvert tiltak for å begrense helsefarer skaper nye farer. For eksempel anslås det at en 45-åring som får én CT-scan av hele kroppen, vil ha en risiko på 1,25 promille for å pådra seg kreft med dødelig utfall på grunn av scanningen. Hvis den samme 45-åringen gjennomfører en årlig scan i 30 år fram til fylte 75, er risikoen hele 1,9 prosent. Poenget mitt er ikke å skremme folk fra CT-scan, men bare å påpeke at man innfører ny risiko gjennom forsøket på å redusere risiko.

Konsekvensene av screening er blandede. For eksempel synes allmenn screening for livmorhalskreft å være en suksesshistorie, mens PSA-tester for prostatakreft er det motsatte. Én ting er at PSA-testen gir mange falske negative – rundt 20 prosent av menn med prostatakreft har normale PSA-verdier. Vel så uheldig er at det er enormt mange falske positive. For å forhindre ett prostatakreftdødsfall må man teste over 1400 menn og behandle 48 av dem. Av de 48 vil et stort antall lide av impotens og inkontinens i lang tid etter behandlingen. Og verst av alt: Den totale mortaliteten er uendret, dvs. at én pasient dør av den samme behandlingen som redder en annen. Med andre ord er det totale helseregnskapet for all-



menn PSA-testing svært negativt. Langt flere skades enn dem som hjelpes av slik screening. Men mange av dem som er skadet, vil tro at de i realiteten er blitt hjulpet. De vil tro at de ikke pådro seg dødelig prostatakreft fordi de ble screenet og behandlet, men i realiteten ville de fleste av dem hatt en bedre helse uten dette. Men jo mer overdiagnostisering og overbehandling, jo flere vil tro at de skylder sitt liv og sin helse til diagnostiseringen og behandlingen. Screening genererer generelt veldig mange falske positive, og en del falske negative. Det er stadig mer belegg for at en rekke ulike screeningsformer alt i alt gir et negativt helseregnskap, men bildet er som nevnt blandet, og må vurderes fra tilfelle til tilfelle.

Den stadig mer omfattende bruken av ulike former for screening er et klart eksempel på en omseggripende prevensjonspolitik. En slik politikk forsøker ikke bare å forhindre aktuelle farer, men også de potensielle – og det finnes en uendelighet av potensielle farer. Det finnes ingen objektiv målestokk for hva som er et akseptabelt risikonivå – det er et pragmatisk spørsmål. Problemet er at det ikke finnes noen øvre grense for

«Sannsynligheten for at en mann i 40-årene med høyt blodtrykk eller høyt kolesterolnivå – eller begge deler – rammes av et hjerteinfarkt, er veldig liten.»

hvor omfattende tiltak man kan ty til i et forsøk på å redusere risiko. Da må man også veie disse tiltakene opp mot deres kostnader, ikke bare av økonomisk art, men også i form av en reduksjon av livskvalitet. Frykten for ulike helserisikoer berøver oss frihet. Den friheten som normalt kan tas for gitt i hverdagslivet, blir begrenset av utryggheten. Den som ustans-

lig må tenke over sine handlinger, selv i den enkleste hverdagslighet, har fått en innskrenkning av sitt frie handlingsrom.

Sannsynligheten for at en mann i 40-årene med høyt blodtrykk eller høyt kolesterolnivå – eller begge deler – rammes av et hjerteinfarkt, er veldig liten. Medisinering som senker blodtrykket eller kolesterolnivået, kan gjøre sannsynligheten veldig, veldig liten. For den enkelte pasienten er ikke nødvendigvis forskjellen på «veldig liten» og «veldig, veldig liten» særlig viktig, selv om forskjellen kan være betydelig i et epidemiologisk perspektiv, hvor man ser på alle menn i aldersgruppen. Slik sett kan det være fullstendig rasjonelt for den enkelte å spise bacon, drikke helmelk og la være å ta medisiner, hvis man mener at det alt i alt gir en bedre



livskvalitet og er innforstått med at det kan øke risikoen noe.

Hva slags nivå av helse kan vi forvente? Det offisielle norske helsebegrepet er identisk med det vi finner hos Verdens helseorganisasjon: «Helse er en tilstand av fullstendig fysisk, mental og sosial velvære, og ikke bare fravær av sykdom og lyter.» Definisjonen ble lansert i 1946 av blant andre Karl Evang, og er nedfelt i første paragraf av helseorganisasjonens grunnlov. Særlig intuitiv er denne definisjonen ikke, da de fleste nok umiddelbart oppfatter helse nettopp som fravær av sykdom m.m. Definisjon er i én forstand uhyre snever, da den angir en tom mengde: Det finnes ikke ett eneste menneske på kloden som oppfyller kriteriene for god helse, av den enkle grunn at ingen mennesker har fullstendig fysisk, mental og sosial velvære. Vi er alle dømt til alltid å komme til kort overfor en slik helsedefinisjon. Samtidig er definisjonen også ekstremt vid, i den forstand at det ikke finnes et eneste trekk ved et menneskes liv som ikke kan sies å være helserelevant.

Hele menneskelivet reduseres til én dimensjon, nem-

«Det finnes ikke ett eneste menneske på kloden som oppfyller kriteriene for god helse, av den enkle grunn at ingen mennesker har fullstendig fysisk, mental og sosial velvære.»

lig helse, og målet for menneskelivet som helhet blir å fremme helsen mest mulig. Vi må da stadig være på vakt mot alt som kan true den, i en fånyttets tro på at all helserisiko på den måten kan fjernes. I en førevar-verden er fremtiden dominert av farer snarere enn av muligheter. Framtidige trusler blir årsak til forandringer i dag. Hvis man avverger én trussel, er det alltid en uendelighet av nye man kan ta tak i. Det

er ingen grenser for hvilket omfang bekjempelsen av alle helsefarene kan få. Det er bemerkelsesverdig at mange lever i den villfarelse at vi i dag skulle være særlig utsatt for helserisikoer når vi faktisk lever lenger og er mindre syke enn noensinne. Vi loves et lenger og friskere liv hvis vi bare er villige til å underlegge oss et stadig mer gjennomgripende helseregime. Vi ser en innskriving av hele livet i sykdommens tegn, redusert til en kronisk kamp mot lidelser som mest sannsynlig aldri vil ramme de fleste av oss. Imidlertid er helsen bare én dimensjon ved livet, og den er bare et middel til å leve et godt liv snarere enn selve målet for livet. Slik sett er det mer hensiktsmessig å akseptere at sykdom er en del av menneskelivet snarere enn å være det hele livet brukes til å unngå.

Kvalitetsjusterte leveår

– THE DEVIL IS IN THE DETAILS

I fordeling av helseressurser har kvalitetsjusterte leveår (QALYs) fått en stadig mer sentral rolle. I motsetning til andre mål på helsegevinster tar QALYs høyde for gevinster og tap av både livskvalitet og livslengde samtidig.

KIM RAND-HENDRIKSEN OG LIV ARIANE AUGESTAD, Universitetet i Oslo

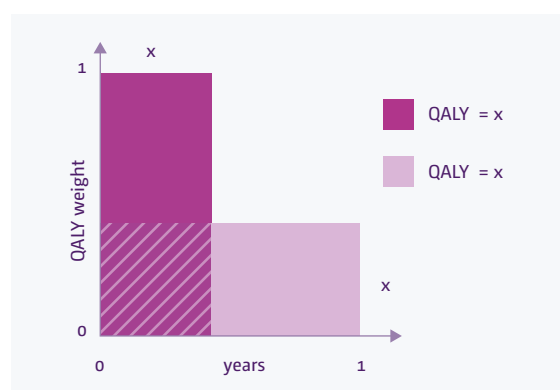
Muligheten for presis tallfesting av alle typer helseproblemer på én felles skala har vekket helseøkonomers entusiasme. Begge deler (tallfesting og entusiastiske økonomer) har samtidig ført til dels sterk skepsis fra pasientorganisasjoner og helsepersonell. Mye av denne bekymringen er ubegrunnet. Imidlertid er QALY-paradigmet komplisert og livskvalitet vanskelig å måle. Bak tallene skjules en rekke praktiske og etiske utfordringer.

Hvordan skal vi fordele våre helseressurser? Spør en pasient, avdelingsoverlege eller ekspert på forebygging om helseproblemet han eller hun er opptatt av, bør ha mer ressurser. Svaret blir antakelig det samme. Hva som er teknisk mulig å gjøre for å forbedre folks helse, øker langt raskere enn ressursene vi har til rådighet, selv i Norge. Hvordan ressursene er fordelt i Helse-Norge i dag, er i stor grad avgjort av hvordan fordelingen var i fjor. Iblant blir prioriteringene gjort om fordi bestemte helseproblemer har høy status, fordi noen typer problemer er på dagsorden, eller fordi bestemte grupper klarer å engasjere media. Det er lett å se hvorfor prioritertingsavgjørelser blir påvirket av historie, status, aktualitet og medietekke, men det er ingen god måte å sikre et godt helsevesen.

Med mindre man har et ubegrenset budsjett, vil prioriteringer av ressurser til et tiltak alltid føre til mindre ressurser til andre. Vi snakker ikke bare om penger. Eksempelvis førte beslutningen om å prioritere brystrekonstruksjon for kvinner som var rammet av kreft, til mangel på plastikkirurger og avdelingsplasser for barn med leppe-ganespalte. Vi ønsker et godt helsevesen, i betydningen et helsevesen som oppnår best mulig helse i befolkningen med ressursene som er tilgjengelige – helsemaksimering er et viktig etisk mål. Dette er selvsagt ikke eneste kriterium for hvordan helseressurser skal fordeles, men avvik bør begrunnes med at de er nødvendige av hensyn til andre, viktigere, etiske regler.

Kvalitetsjusterte leveår

Helsevesenet har grovt sett to hovedformål: å gjøre at folk lever lenger, og å gjøre at de har det bedre. «Har det bedre»-formålet er i denne sammenheng avgrenset til helse – reduksjon av smerte, depresjon, angst, ubehag m.m., og bedring av helsefunksjoner (mobilitet, seksualfunksjon, evne til å puste etc.). Historisk sett har måling av behandlingseffekt vært fokusert nesten utelukkende på formålet om å gjøre at folk lever lenger, enten ved å telle antall overlevende eller ved å måle livslengde. Dette er viktige mål, men dekker bare deler av helsevesenets oppgaver. Som samlebetegnelse bruker vi «helserelatert livskvalitet», et enkelt og greit begrep så lenge man ikke forsøker å definere nøyaktig hva som faller innenfor og utenfor. Kvalitetsjusterte leveår (QALYs) er et forsøk på å lage et samlet system for kvantifisering av helsegevinster og -tap som tar hensyn til både livskvalitet og livslengde. Modellen er forholdsvis enkel, og kan presenteres grafisk:



Den horisontale aksene viser tid målt i år, og den vertikale kvalitetsaksen viser helserelatert livskvalitet på en skala der 1 tilsvarer fullverdig helse. QALYs er arealet under kurven, slik at et år i fullverdig helse gir én QALY. Med lavere livskvalitet oppnår man færre QALYs pr år. Tiltak som bedrer livskvaliteten eller forlenger livet til pasienter, fører dermed til flere QALYs, og det er



denne endringen som er sentral. I en verden med begrensede helseressurser er den beste behandlingen den som gir flest QALYs per krone; dersom samfunnet bruker ressurser på et tiltak som gir lite helsegevinst, mister vi muligheten til å bruke de samme ressursene på et tiltak som ville gitt mer nytte til pasienter i form av bedret livskvalitet eller lengre levetid.

Måling av helserelatert livskvalitet

Den horisontale akse i QALY-modellen er forholdsvis grei å måle; i prinsippet trenger vi bare å vite hvor lenge pasienter er i en bestemt helsetilstand – utfordrende, men ikke umulig. Måling av helserelatert livskvalitet er vanskeligere. Dybdeintervju for å avdekke hvor god eller dårlig livskvalitet pasienter opplever, kan være nyttig, men er for krevende for de fleste situasjoner. I stedet brukes korte skjema der pasienter blir bedt om å beskrive sin egen helse langs et sett med forhåndsdefinerte helsedimensjoner, slik som smerte, ubehag, angst, mobilitet og sosial funksjon. Det finnes flere slike skjema, med forskjellig innhold og forskjellig lengde. Ved å få pasienter til å beskrive egen helse gjentatte ganger over tid får vi et bilde av hvordan helsen har utviklet seg.

Beskrivelser av helseprofil gir imidlertid ikke direkte informasjon om livskvalitet. For å kunne beregne QALYs må man definere livskvalitetsverdier for alle mulige helseprofiler. Dette reiser en lang rekke vesentlige spørsmål, blant annet om hvem man skal spørre for



Foto: Universitetet i Oslo

KIM RAND-HENDRIKSEN: Psykolog og postdoktor ved avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo. Tidligere stipendiat ved HØKH (Helse Sør-Øst kompetansesenter for helsetjenesteforskning) ved Akershus universitetssykehus.



Foto: Universitetet i Oslo

LIV ARIANE AUGESTAD: Lege og postdoktor ved avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo. Tidligere stipendiat ved HØKH (Helse Sør-Øst kompetansesenter for helsetjenesteforskning) ved Akershus universitetssykehus.

å definere livskvalitetsverdier og hvilke metoder man bør bruke. Slike spørsmål har vært debattert i flere årtier, og det har ikke blitt større enighet. I dag er det mest vanlig å spørre tilfeldige utvalg fra normalbefolkningen om hvor gode eller dårlige de synes at forskjellige helsetilstander framstår, og bruke det som utgangspunkt for beregning av livskvalitetsverdier. I enkelte land (inklusive Sverige) har man imidlertid valgt å spørre pasientene selv.



QALY brukes for å hjelpe oss til å vurdere hvilke helsetiltak som gir mest helsegevinst i forhold til pris. Et par momenter er særlig viktige å merke seg:

- QALYs brukes til å måle endringer i helse, og er ment til å gi grunnlag for beslutninger på overordnet nivå, dvs. om staten skal finansiere en ny type medisin, eller om det er hensiktsmessig å sette i gang med et vaksineringsprogram, eller hvilke rehabiliteringsopphold som blir godkjent for finansiering fra det offentlige.
- QALYs er ikke laget til prioritering av eller mellom pasientgrupper, men gir informasjon om hvilke helsetiltak som gir mest og minst helsegevinst. Når vi bestemmer oss for hvordan helsebudsjettet skal fordeles, kan vi i tillegg til å se på helsegevinst velge å se på andre faktorer som gjør at vi vil prioritere bestemte pasientgrupper. For eksempel vil mange si seg enige i at vi burde prioritere barn og unge.
- Det avgjørende for prioritering er ikke om en pasientgruppe får høye eller lave skårer på livskvalitetsaksen. En del pasientorganisasjoner har uttrykt bekymring for at personer som får lave livskvalitetsskårer, får lav prioritet, eller at personer med dårlig helse er mindre verdt. QALY-analyser ser bare på hvor stor bedring man observerer som følge av behandling. En pasient som starter med livskvalitet på 0,2 og ender på 0,5 etter behandling, har samme årlige QALY-gevinst som en som starter på 0,5 og

ender på 0,8. En lav skåre betyr ikke lav prioritet, men at det er stort rom for livskvalitetsforbedring.

KVALITETEN PÅ KVALITETSVERDIENE

QALY-mål er laget for å gjøre det mulig å sammenligne effekten av forskjellige helsetiltak både innen og på tvers av typer helseproblem. For at QALY-en skal være et godt mål på helsegevinst, må kvalitetsverdiene reflektere den helserelaterte livskvaliteten til pasientene. Det er flere ledd i prosessen med å finne slike verdier, og kvalitetsverdien er aldri bedre enn sitt svakeste ledd. For de fleste store grupper pasienter og de fleste behandlingsmetoder vil QALY-mål antakelig gi et rimelig dekkende bilde og et godt grunnlag for prioritering. Men ingen systemer er perfekte. Vi vil forsøke å peke på et knippe problemer som kan føre til systematiske feilprioriteringer.

Helseproblemer som ikke beskrives i skjemaene

Helsetilstandene defineres ved hjelp av korte skjema der helsen blir beskrevet langs noen viktige dimensjoner. Disse skjemaene er laget for å gi et rimelig dekkende bilde av helsen til de fleste pasienter i de fleste situasjoner. Noen helsetiltak rettes imidlertid mot helseproblemer som ikke passer godt inn i skjemaene. Dersom et helseproblem ikke blir beskrevet, vil en eventuell bedring ikke bli riktig registrert. Det er en fare for at helsetiltak rettet mot problemer som ikke kan beskrives i skjemaene, får lavere prioritet enn de bør ha. En intervensjon som pasienter faktisk har god nytte av, vil da ikke nødvendigvis bli godkjent for

refusjon fordi tiltaket tilsynelatende har liten effekt. Tenk om vi skulle vurdert kostnad per QALY for briller og linser, målt med et skjema uten spørsmål om syn.

Tiltak som ikke endrer helsen

En del helsetiltak har ikke til formål å kurere eller endre pasientenes helse per se. Dette gjelder antakelig særlig habiliterings- og rehabiliteringstiltak. Skjema som fokuserer selektivt på helsefunksjon er grunnleggende insensitive til en del slike tiltak. Et tiltak som lærer pasienter med gangeproblemer å bruke rullestol, rullator eller krykker, bedrer ikke selve gangefunksjonen. Felles for dette og forrige punkt: Bruk av QALYs i prioritering krever en vurdering av om undersøkelsen gir et rimelig bilde av helseforbedringer.

VERDSETTING AV HELSEPROBLEMER

En annen kilde til utfordringer ligger i verdsettingen av helse. Det finnes mange forskjellige måter å spørre folk om livskvaliteten som knytter seg til en helsetilstand. Måten man spør på, kan påvirke hvilke svar folk gir: Hvor fullt er glasset? Hvor tomt er glasset?

Forskyvning i absoluttnivå

I vår forskning har vi sett nærmere på noen av spørremetodene som brukes for å finne livskvalitetsverdier. Noen av metodene påvirker svarene slik at alle helsetilstander systematisk får høyere eller lavere verdier. Hvis alle livskvalitetsverdiene for helsetilstander forskyves i samme retning og med omtrent samme størrelse, vil det normalt ha liten betydning for hvilke intervensjoner som får prioritet når vi skal fordele helsebudsjettet, fordi det er endring i livskvalitet som er gevinsten. Sagt med andre ord: Hvis livskvalitetsverdiene som er knyttet til helsetilstanden, er forskyvet litt nedover før intervensjonen, gjør det ingenting så lenge den livskvaliteten som pasienter har etter intervensjonen, er forskyvet tilsvarende.

Forskyvning i relative nivå

Mer alvorlig er forskyvninger som fører til endringer i rekkefølgen på eller differansen mellom helsetilstander. Noen spørremetoder har mer problematiske systematiske variasjoner: De gir forskjellige relativ vekt til forskjellige helseproblemer. For eksempel er det noen spørremetoder som vil gjøre at depresjon blir vurdert som betydelig mer alvorlig for livskvaliteten enn mobilitetsnedsettelse, mens hvis man bruker en annen spørremetode blir de vurdert som omtrent like ille. Dersom man bruker den første spørremetoden, vil intervensjoner som reduserer depresjon, resultere i større QALY-gevinster, i forhold til om man hadde brukt den andre spørremetoden. Hvis livskvalitetsvektene er basert på spørremetode 1, vil altså antidepressiv behandling bli prioritert i forhold til intervensjoner som kurerer mobilitetsproblemer.

Hvem skal man spørre: pasienter eller normalbefolkningen?

Hvem skal verdsette helse? Økonomer argumenterer gjerne for at slik verdsetting må gjøres av normalbefolkningen av to grunner: Det er befolkningen som finansierer helsetjenesten (demokratiargument), og normalbefolkningen er uhildet i sine vurderinger (uavhengighet). Vel og bra. Uheldigvis (heldigvis?) har normalbefolkningen stort sett lite erfaring med helseproblemer, og vet lite om konsekvensene for livskvalitet. Når vi ber normalbefolkningen verdsette helse, får vi ikke mål på livskvalitet, men mål på hvilke typer problemer befolkningen frykter. Befolkningen kan ta feil og undervurdere konsekvensene av bestemte helseproblemer. Det kan virke åpenbart at man burde spørre pasientene, de vet tross alt hvor skoen trykker. Uheldigvis er også dette vanskelig. Mennesker har en fantastisk evne til tilpasning. Hvis vi spør en som nylig har havnet i rullestol om hans eller hennes helserelaterte livskvalitet, vil vi antakelig få vite at den er dårlig. Vent fem år, og vedkommende svarer at livskvaliteten er nær fullverdig. Dersom vi bruker verdsetting fra pasienter som har tilpasset seg sin situasjon godt, vil tiltak som bedrer deres helse, få lav prioritet. For å komplisere ting leder ulike helseproblemer til ulik grad av adaptasjon.

DETALJER

Uansett hvilke andre fordelingsprinsipper som legges til grunn i helsevesenet, er det vesentlig å ha kunnskap om både kostnader og helsegevinster. Det kan virke kynisk eller teknokratisk å kvantifisere helsegevinster på denne måten, men alternativet kan være verre. Dersom helsevesenets hovedmål er å gi befolkningen flere leveår og bedre livskvalitet, vil QALY-gevinst og kostnad være et godt utgangspunkt for prioriteringsvurderinger hvor også andre hensyn blir ivarettatt. Selv om QALYs stort sett gir et bedre beslutningsgrunnlag, er det viktig å huske at systemet kan gi uheldige konsekvenser for vurderingen av enkelte typer tiltak. Noen tiltak retter seg mot pasientgrupper som har problemer det er vanskelig å fange opp med dagens målemetoder. Dette gjelder spesielt tiltak rettet mot grupper med symptomprofil som ikke lar seg beskrive med spørreskjemaene som brukes i QALY-beregninger, eller behandlingssopplegg som gir livskvalitetsbedring uten å endre på pasientenes beskrivelse av egen helse. Vi mistenker at det siste særlig kan være en utfordring ved vurdering av rehabiliteringstiltak. For å vurdere i hvilken grad en QALY-analyse gir oss et godt bilde av den potensielle helsegevinsten, trenger man relativt detaljert informasjon. Både detaljer om pasientgrupper som tiltaket er rettet mot, og hvilke metoder som er brukt for å knytte livskvalitetsverdier til forskjellige helsetilstander, er sentralt. The devil is in the details.





Del 4 | LHLs VISJONER
OG PLANER



Kunnskap for et bedre liv

LHL har en stolt historie. Helt siden stiftelsen i 1943 har medlemmene og tillitsvalgte arbeidet jevnt og trutt både for en bedre hverdag for dem som sliter med helseproblemer, og for et samfunn med mindre sykdom og bedre hjelp når sykdom rammer.

LHLs visjon er «Et bedre liv». Det innebærer både å hjelpe mennesker som har en sykdom, og å bidra til å forme et samfunn som ikke skaper hjerte-, kar- og lungesykdom. Et av mange gode eksempler er LHLs arbeid for tuberkuloserammede, som var organisasjonens utgangspunkt fra starten. Informasjon og god hygiene for å forebygge smittespredning var blant grepene som ble tatt av myndighetene på 1940- og -50-tallet. Men også samfunnsbygging med utdanning, rettferdig fordeling, godt kosthold og gode boligforhold var viktig i kampen mot tuberkulose. Bedre levestandard og riktig ernæring for alle ga sterke immunforsvar, og til slutt måtte tuberkelbasillene gi opp.

Pionerprosjekt ga arbeid

LHL dro sin del av lasset: I 1946 etablerte Tuberkuløses Hjelpeorganisasjon (THO), LHLs forgjenger, Krokeide yrkesskole. Her kombinerte man behovene til de som var rammet av tuberkulose, med samfunnets behov. Mange med tapt utdanning på grunn av tuberkulose i ungdomsårene fikk et tilbud. Skolen tilpasset seg datidens forhold i arbeidslivet og utfordringer i næringslivet, og man alternerte mellom ulike faglinjer. Ved skoleavslutningen i 1948 hadde 36 av 38 elever fått seg jobb. Pionerprosjektet var vellykket!

Nordmenns oppfatning av helse

Ved å bygge organisasjonen, handle i tråd med egne verdier og ivareta interessene til store grupper, vokste LHL til en sterkere kraft i samfunnet. I dag er vi en av Norges største pasientorganisasjoner. Med utgangs-



FRODE JAHREN
generalsekretær i LHL

Foto: Anders Bergesen

punkt i våre medlemmers erfaringer blir vi lyttet til i helsedebatten. Men arbeidet er også kunnskapsbasert, ikke bare bygget på enkeltmenneskers erfaringer. Denne delen av vårt arbeid vil vi styrke framover. Derfor kan LHL nå presentere Helsebarometeret 2015. Ved å systematisere data fra etablerte registre, omsetningsstatistikk som er relevant for helsefeltet, og ved hjelp av en undersøkelse hvor vi har spurt 7500 personer om egen oppfatning av helse og helsetilbudet i Norge, får vi ny kunnskap om blant annet innbyggernes erfaringer

med helsetjenesten, vurderinger av kvalitet og syn på prioritering.

Sosial ulikhet i helse

Forskning viser at velferdssamfunnet ikke evner å utjevne sosial ulikhet i helse. Sykdomsbyrden er langt høyere hos personer med lav sosioøkonomisk status, sammenlignet med dem som har høy sosioøkonomisk status. Til tross for stor oppmerksomhet og oppslutning i samfunnet om utjevning av sosial og økonomisk ulikhet, minsker ikke de helsemessige ulikhetene. Særlig er ulikhetene store for sykdommer tett knyttet til livsstil, som kols, hjerte- og karsykdom, fedme og diabetes.

Mer utdanning og mindre flertall

Denne studien bekrefter de kjente sammenhengene mellom utdanning og helse. Utdanning er sannsynligvis den sterkeste enkeltforklaringen på god og mindre god helse gjennom livet, og dermed også levealder. Statistikken er helt entydig: Gruppen med kortest



Undersøkelsen bekrefter kjent kunnskap om at kvinner har flere helseplager enn menn, men samtidig er det et interessant funn at kvinner har en mer positiv vurdering av sin helse enn menn

vi skal utfordre myndighetene til å ta situasjonen på alvor og følge den opp. De store og viktige grepene som bør tas, er et sterkere kunnskapssamfunn, mer utdanning og mindre frafall fra skolen. Da er svaret å begynne tidligst mulig. Full barnehagedekning er første ledd i kjeden. Heldagsskole er neste. Så følger tiltak mot frafall i videregående skole. Suksess på disse trinnene vil redusere hjerte-, kar- og lungesykdom mer enn alle medikamenter og operasjoner.

Eldre mer fornøyde enn yngre

Kjønnsforskjeller er en annen viktig dimensjon. LHL

utdannelse har mer sykdom og kortest levealder. Gruppen med lengst utdanning har minst sykdom og høyest levealder. Ettersom tilgangen til utdanning ikke er rettferdig eller objektivt fordelt, blir resultatet dobbelt urettferdig. En av LHLs fanesaker er å bekjempe dette. LHL skal framover ha stor oppmerksomhet på sosial ulikhet i helse. Vi skal, med utgangspunkt i kunnskapen vi nå har, bidra med forslag til tiltak, og

har vist et ekstra engasjement når det gjelder kvinner og hjertesykdom. Denne undersøkelsen bekrefter kjent kunnskap om at kvinner har flere helseplager enn menn, men samtidig er det et interessant funn at kvinner har en mer positiv vurdering av sin helse enn menn.

Norge har en god helsetjeneste.

Denne undersøkelsen viser at innbyggerne er godt fornøyde, særlig med fastlegene og somatisk spesialhelsetjeneste. Eldre mennesker er mer fornøyde enn yngre, både med tjenestene i seg selv og med behandlingsforløpene. Samtidig er det forskjeller etter type sykdom. Personer som har hatt kreft, er mest fornøyde, og personer som har hatt psykiske plager eller skade i bevegelsesapparatet, er minst fornøyde. Vi tolker dette som en bekreftelse på et kjent hierarki i sykdomspanoramaet. Fra LHLs side opplever vi dette ved sykdom som assosieres med tobakksbruk. Det fører blant annet til at mange med kols ikke får diagnose og mulighet til behandling og god rehabilitering. I dag har 100 000 mennesker en kjent kolsdiagnose. Vi frykter at nesten 300 000 har kols uten at diagnosen er fastslått. Det betyr at mange mennesker ikke får god og viktig helsehjelp. En svakhet ved vår helsetjeneste er at aktiviteter med status som akutthjelp og



kreftbehandling har bedre kår enn aktiviteter som for eksempel forebyggende tiltak og rehabilitering. Det er godt dokumentert at rehabilitering har stor effekt ved både hjerte-, kar- og lungesykdom. LHL vil fortsette arbeidet for en nødvendig og rettferdig satsing på rehabilitering i Norge.

Ønsker sykehus av høy kvalitet

Framtidens helsetjeneste formes av kunnskap, behov og debatt. Sykehus- og helsetjenester angår oss alle. Både som pasienter og som pårørende. I samfunnsdebattene er helse blant de vanligste og mest engasjerende temaene. Denne undersøkelsen bekrefter at flertallet i befolkningen legger avgjørende vekt på at tjenesten er av høy kvalitet og tilgjengelig, og at behandlingen virker. Folk flest legger mindre vekt på valgfrihet når det gjelder sykehus og leger, og fysiske forhold som bygninger, omgivelser og renhold av lokalene. Nordmenn støtter grunnleggende tiltak som øker kvaliteten på helsetjenestene – dette må politikerne våre ta med seg videre i debatten.

Fagfolk skal prioritere

LHL har fulgt medisinsk forskning og utviklingen i fagene. Vi har vært tidlig ute med å ta i bruk nye be-

handlingsmetoder, blant annet på LHL-klinikken Feiring. Men nye muligheter gir også utfordringer når det gjelder ressurser og prioriteringer. Denne undersøkelsen viser stor allmenn støtte til et offentlig ansvar for helsetjenesten i Norge, og vi ser at befolkningen er delt ved spørsmålet om vi bruker nok ressurser eller ikke. Det er tydelig at mange synes prioriteringsspørsmålene er vanskelige, og flere ønsker at fagfolk skal få enda mer å si.

Sammen for et bedre liv

LHL har en stolt historie. Våre forgjengere har hatt visjoner som ledet til handling – både behandlingstilbud og et friskere samfunn. Denne jobben tar aldri slutt. Vår kraft for å nå våre mål bygges ved at medlemmer står sammen og er mange, og at vi ivaretar store gruppers interesser og oppfattes som relevant for både pasienter og medspillere med samme interesser som oss. Derfor er en sterk organisasjon og alliansebygging viktige virkemidler. Vi arbeider sammen for et bedre liv, med ny kunnskap om Helse-Norge, sett fra pasientens ståsted. Bare da kan vi virkelig se hvilke behov vi har her i landet, og hva som skal til for at folk flest skal leve lenger, være friskere og ha det bra.



LHL – ET BEDRE LIV

LHL, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, er en landsomfattende interesseorganisasjon for hjerte,- kar- og lungesyke og deres pårørende. LHL har ca. 47 000 medlemmer fordelt på rundt 260 lokallag.

LHLs visjon er «Et bedre liv». LHL driver likemannstiltak, politisk påvirkningsarbeid, informasjonsvirksomhet, kurs og opplæring, og har eget pasientombud.

LHL eier LHL-klinikkene AS, som tilbyr spesialiserte helsetjenester innen forebygging, utredning, behandling og rehabilitering over hele landet. LHL-klinikkene har virksomheter følgende steder: Feiring, Glittre, Krokeide, Nærland, Røros, Skibotn og Trondheim, og åpner nytt sykehus på Gardermoen i 2017. LHL-klinikkene driver også Kolslinjen.

lhl.no

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke

Tlf.: +47 22 79 90 00 | Faks: +47 22 22 50 37

Besøksadresse: Storgata 33 A, 6. etasje, 0184 Oslo

Postadresse: Pb. 8768 Youngstorget, 0028 Oslo
post@lhl.no, www.lhl.no