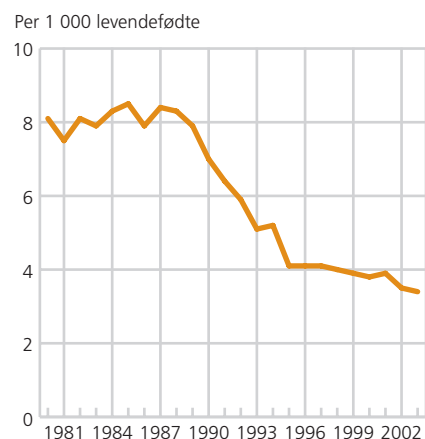


Gjennom hele 1900-tallet er den generelle helsetilstanden i den norske befolkningen blitt bedre. Den egenrapporterte helsetilstanden har vært uforandret de siste 20-25 årene, samtidig som forventet levealder øker. Endringer i spesialisthelsetjenesten har ført til flere polikliniske behandlinger og færre døgnopphold.

Jørgen Svalund og Julie Kjelvik

Figur 1. Spedbarnsdødelighet. Døde per 1 000 levendefødte (under 1 år). 1980-2003



Kilde: Dødsårsaksstatistikk.

Dødeligheten i Norge har gått ned siden midten av 1970-tallet for alle aldersgrupper. Spedbarnsdødeligheten er redusert. På 1980-tallet døde om lag 8 promille første leveåret. I 2003 har dette sunket til 3,4 promille, de laveste andelen som noen gang har vært registrert i Norge.

Den viktigste årsaken til dette er reduksjonen i krybbedødtillfeller på mer enn 80 prosent siden toppåret 1988. Det har vært en mindre nedgang i dødeligheten for personer mellom ett og 40 år i siste tiårsperiode. Hele denne nedgangen i dødelighet kan tilskrives en nedgang i ulykkesdødeligheten. For de aller yngste har det også vært en nedgang i sykdomsdødeligheten. Flere lever altså gjennom barne- og ungdomsårene, sammenlignet med tidligere. Samtidig øker levealderen og flere blir eldre.

Økt forventet levealder

I 1900 kunne rundt 50 prosent vente å bli over 65 år med dødeligheten som ble observert rundt århundredskiftet, i 1980 var dette tallet steget til 80 prosent, mens andelen i 2003 var hele 88 prosent (Mamelund og Borgan 1996). Den forventede levealderen i 2003 er 77 år for nyfødte gutter og nesten 82 år for nyfødte jenter. Det er en økning på nesten fem år for menn og vel tre år for kvinner fra perioden 1976-1980. Den reduserte forskjellen mellom menn og kvinner i de senere år skyldes i hovedsak lavere hjerte-kar-dødelighet blant menn. I løpet av ti år er denne dødeligheten redusert med nær 50 prosent for menn og 40 prosent for kvinner. Nedgangen i dødeligheten av hjerte- og karsykdommer er fortsettelsen på en trend som begynte omkring 1970 for menn og ti år tidligere for kvinner. Den nedadgående trenden er nå brattere enn noen gang.

Den reduserte dødeligheten skyldes ikke bare fremveksten av helsevesenet. Mens forventet levealder ved fødsel økte med omtrent 25 år i det 20. århundret, antas det at høyst fem av disse årene skyldes medisinske tiltak (Bunker mfl. 1994). Økningen i forventet levealder skyldes både bedret ernæring, høyere levestandard og bedre arbeidsforhold. Gjennom dette ble dødsfall som skyldes infeksjoner og infeksjonssykdommer kraftig redusert (Mamelund og Borgan 1996: 17). Befolkningens helse er avhengig av økonomiske, sosiale og kulturelle forhold i samfunnet. Oppbygningen av den norske velferdsstaten, hvordan arbeidsliv og familieforhold er organisert i stort, påvirker samfunnsmedlemmenes helse. På samme måte vil kultur, gjennom matvaner, fritidsaktiviteter og andre livsstilsmønstre, virke inn på befolkningens helsetilstand (Elstad 2003).

Vesentlige sosiale forskjeller

Grupper med lav sosial posisjon i forhold til utdanningsnivå, yrkesklasse og inntekt har lavere forventet levealder enn grupper med høy sosial posisjon.

Jørgen Svalund er førstekonsulent i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk (jorgen.svalund@ssb.no).

Julie Kjelvik er førstekonsulent i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk (julie.kjelvik@ssb.no).

Menn i akademiske yrker og høyere funksjonærstillinger lever betydelig lengre enn menn i manuelle yrker, som fiskere og ufaglærte arbeidere. Menn som hadde eller har hatt et liv som fisker eller ufaglært kunne på slutten av det 20. århundret vente å leve i 74 år, mens tilsvarende levealder blant høyere funksjonærer var om lag 79 år. Forskjellene er mindre blant kvinner (Borgan 2004). Helsetilstanden forverres etter synkende sosial posisjon. Dette gjelder viktige helseindikatorer som dødelighet, kroniske lidelser og egenvurdert helsetilstand. Levekår, som arbeidsmiljø, boforhold, kosthold, helse og livsstil spiller sammen over tid, og skaper helsemessige ulikheter i befolkningen. På den andre siden virker befolkningens helse inn på velferdsstaten og organiseringen av for eksempel arbeidslivet, noe debatter om pensjonsalder og uføretrygd er eksempler på.

Vi lever lenger med sykdom

Den egnevurderte helsen har vært tilnærmet uforandret over lang tid. Tilbake til midten av 1980-tallet har andelen som sier de har meget god eller god helse holdt seg stabil på omkring 90 prosent blant ungdom og yngre voksne, 80 prosent blant voksne og nær 60 prosent blant eldre (Ramm 2002). Fra midten av 40-årene øker forekomsten av helseproblemer markert både for kvinner og menn. Flere rammes av til dels alvorlige sykdommer, og forekomsten av symptomer og helseplager i hverdagen øker. Om lag 8 prosent av voksne mellom 45 og 67 år, og rundt 14 prosent av de over 67 år har meget dårlig eller dårlig helse, etter eget utsagn.

Sammensetningen av sykdom i befolkningen, og hvilke sykdommer som "dominerer" sykdomsbildet endres som en følge av at vi lever lenger, og lever lenger med sykdommer.

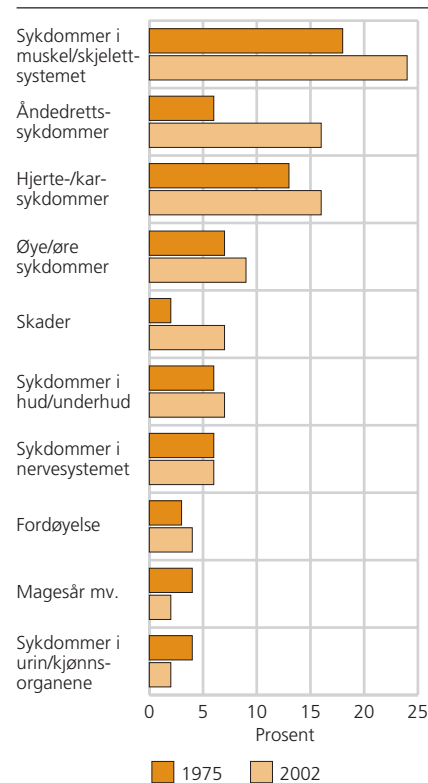
Sykdomsgruppene som refereres i figur 2 er sammensatte og egner seg best til å identifisere forekomst av brede grupper av lidelser. Fra 1975 til 2002 har sykdommer i åndedrettet og muskel/skjelett økt mest i omfang. Uspesifiserte allergier (ina) ble i 1975 klassifisert som sykdom i hud eller underhud og i 2002 som sykdom i åndedrett. Veksten i åndedrettssykdommer er derfor ikke så stor som figuren antyder. Av samme grunn har det forekommet en faktisk vekst i andelen sykdommer i hud eller underhud. På den andre siden er det færre i 2002 enn i 1975 som oppgir at de har magesår med videre og sykdommer i urinveier eller kjønnsorgan.

Flest kvinner med muskel- og skjelettsykdom

Sykdommer med størst utbredelse i befolkningen er muskel- og skjelettsykdommer, hjerte- og karsykdommer og åndedrettssykdommer. Muskel- og skjelettlidelser omfatter ryggglidelser, leddbetennelser, stivhet i ledd, beinskjørhet med videre, og forekomsten av slike lidelser øker med alderen. Samtidig er forekomsten blant kvinner vesentlig høyere enn blant menn. I 2002 hadde om lag 15 prosent i alderen 25-44 år og 34 prosent av personer mellom 45 og 66 år en muskel- og skjelettlidelse. Høyest forekomst er det blant middelaldrende som nærmer seg pensjonsalderen. Blant eldre synker forekomsten noe igjen.

Imidlertid forekommer bruddskader oftere blant eldre. De vanligste bruddene blant eldre er lårhalsbrudd, lårbensbrudd, underarmsbrudd og hoftebrudd. I mange tilfeller er årsaken til bruddene beinskjørhet. I underkant av 6 prosent av sykehusoppholdene blant personer over 80 år skyldtes lårbeinsbrudd i 2003.

Figur 2. Sykdomsutbredelse, utvalgte sykdomsgrupper. 1975 og 2002. Prosent av befolkningen 16 år og over¹



¹ Kodepraksis er endret fra 1975 til 2002. Uspesifiserte allergier (ina) ble klassifisert som sykdom i hud/underhud i 1975 og som åndedrettssykdom i 2002.

Kilde: Helseundersøkelsen 1975 og Levekårsundersøkelsen 2002.



Nedgang i hjerte- og kardødelighet blant eldre

Hjerte- og karsykdom er en stor gruppe lidelser som omfatter hypertensjon (høyt blodtrykk), ischemisk hjertesykdom som angina og hjerteinfarkt, samt andre karsykdommer i hjernen, arterier eller vener. I siste 20-årsperiode har forekomsten i voksenbefolkningen vært relativt stabil. Andelen med alvorlige diagnoser innenfor sykdomsgruppen hjerte- og karsykdom øker markert etter 40-årsalder. Hjerte- og karsykdom er årsak til om lag 15 prosent av innleggelsene av voksne på sykehus. Både blant menn og kvinner i alderen 70 til 90 år har det vært en sterk reduksjon i dødeligheten av hjerte- og karsykdommer siden 1970-tallet. Nedgangen er fortsettelsen på en trend som har vart lenge. For menn er den nedadgående trenden sterkere enn noen gang, mens nedgangen blant kvinner ser ut til å flate ut. Nedgangen har vært størst for menn og for de yngste blant de eldre. Nedgangen i hjerte- og kardødeligheten er årsak til hele den sterke dødelighetsnedgangen som er observert blant eldre de siste ti år. Blant kvinner mellom 70 og 80 år er det faktisk en mindre økning i dødeligheten blant alle andre årsaker sett under ett.

Økende krefthyppighet

Krefthyppigheten i befolkningen har økt betydelig siden 1970-tallet. I 1988 ble det registrert vel 17 000 nye tilfeller av kreft, mens nesten 22 500 nye tilfeller ble registrert i 2001. Utbredelsen av en del kreftsykdommer øker utover i livsløpet. Generelt har menn høyere krefthyppighet enn kvinner. I aldersintervallet mellom 25 og 54 år er imidlertid krefthyppigheten blant kvinner høyere. Den viktigste årsaken er at den hyppigste kreftformen blant kvinner, brystkreft, debuterer 15-20 år tidligere enn den hyppigste kreftformen blant menn, prostatakreft. I tillegg forekommer kreft i de kvinnelige kjønnsorganene hyppigere enn i mannlige i denne aldersgruppen, når vi ser bort fra prostatakreft. Menns oversykelighet av lungekreft er mer enn halvert i løpet av 1990-tallet. Forekomsten av nye lungekrefttilfeller har økt med 50 prosent blant middelaldrende kvinner, mens nivået har vært stabilt blant menn. Dette skyldes at kvinnene i lengre tid har hatt røykevaner på linje med menn.

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

Høy forekomst av allergi og åndedrettssykdom blant unge ...

Ulike typer funksjonssvikt, hjerte- og karsykdom, muskel- og skjelettsykdom, kreft og sykdommer i øye og øre har høyest forekomst i eldre befolkningsgrupper. Samtidig er det i yngre aldersgrupper en høy og økende forekomst av allergiske lidelser og åndedrettssykdommer. Dette er sykdommer som har økt relativt mye i omfang fra 1975 til 2002. 21 prosent i alderen 16-24 år hadde en sykdom i åndedretsorganene i 2002, mot 16 prosent i befolkningen som helhet. Eldre har på sin side høy forekomst av KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom). Disse sykdommene er like vanlige blant kvinner som blant menn.

... og flere nedstemte og deprimerte, eller irritable og aggressive

Det er svært vanskelig å tallfeste psykiske lidelser, fordi antallet vil avhenge av hvilke kriterier som legges til grunn. Et skille som kan trekkes er mellom lettere psykiske lidelser som depresjon og angst, og tyngre psykiske lidelser som psykososer, hvor man opplever realitetsbrist, vrangforestillinger eller hallusinasjoner. Helse- og levekårsundersøkelsen 2002 viser at 10 prosent av den norske befolkningen mellom 16 og 79 år har psykiske helseproblemer (HSCL¹-25-skåre over 1,75). Det omfatter 13 prosent kvinner og 8 prosent menn. Personer med høy utdanning har i mindre grad psykiske helseproblemer enn personer med lav utdanning, også i 2002.

Omfanget av symptomer som søvnproblemer, konsentrasjonsvansker, nedstemthet med videre gir en indikasjon på sinnsstemning og på personers psykiske helse. Kvinner har slike tilstander i et større omfang enn menn. I alt sier 5 prosent mellom 16 og 79 år at de har vært plaget av angst eller fobier siste tre måneder. Dette er plager som øker i omfang med alder. De over 67 år er imidlertid noe mindre plaget enn personer i alderen 45-66 år. I aldersgruppen 45-66 år oppgir rundt 10 prosent menn og 14 prosent kvinner at de har vært nedstemte eller deprimerte siste tre måneder i 2002. Unge (16-24 år) oppgir i økende grad slike tilstander. Høye andeler av de unge føler seg nedstemte og deprimerte, eller irritable og aggressive. Særlig gjelder dette unge enslige kvinner. Samtidig er forbruket av beroligende medisiner og medisiner mot depresjoner høyest i aldersgruppen 45 til 79 år.

Selvmondsraten er nedadgående. Hyppigheten av selvmord ble i perioden 1960 til 1988 mer enn fordoblet, for så å synke noe de senere år. I 2002 døde 494 av selvmord, fordelt på 362 menn og 132 kvinner. Det er en nedgang på 10 prosent fra 2001. En må helt tilbake til 1979 for å finne lavere tall.

Helsesvikt og varig sykdom vanligst blant kvinner

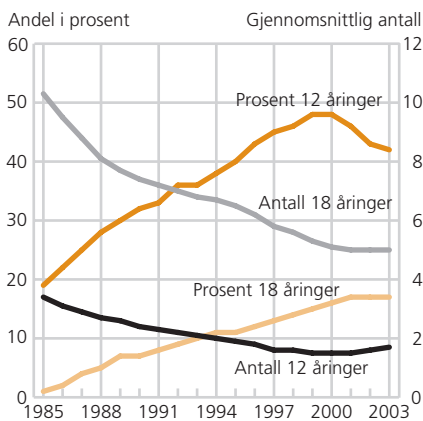
At mange opplever at helsen er god, betyr ikke nødvendigvis at det er en liten forekomst av varige sykdommer. Utbredelsen av varig sykdom og skader økte fra 1995 til 1998, men var tilnærmet stabil fra 1998 til 2002. Det generelle bildet for langvarige sykdommer er at forekomsten øker med økende alder, at den er høyere blant kvinner enn blant menn, og at det er mindre langvarig sykdom blant par enn blant de som lever alene. Unntakene er astma og allergiske sykdommer (sykdommer i åndedrettet), der forekomsten er høyere i yngre aldersgrupper enn i eldre.

Ikke flere som blir hemmet av sykdom

Flere i befolkningen har en varig sykdom. Det har ikke vært en tilsvarende økning i sykdom som oppleves som en begrensning i dagliglivet. I 1995 og i 1998 hadde 12 prosent en sykdom eller andre helseproblemer som påvirker hverdagen i høy grad. I 2002 rapporterte 9 prosent om slike problemer. En del av nedgangen skyldes at flere blant menn 80 år og over bedre mestrer sine varige helseproblemer i dagliglivet. Flere kvinner enn menn har langvarig sykdom, og kvinner har oftere enn menn sykdommer som påvirker hverdagen. Forskjellene er størst fra midten av 40-årene og frem mot pensjonsalderen. Her er forekomsten en del høyere blant kvinner. Andelen med langvarig sykdom, og som opplever den som svært eller ganske



Figur 3. Andel uten karieserfaring og gjennomsnittlig antall hull. 12- og 18-åringer. 1985-2003¹



¹ Andel uten karieserfaring beregnes av totalt antall personer registrert/undersøkt i aldersgruppen, og gjennomsnittlig antall hull av antall personer registrert/undersøkt i aldersgruppen.

Kilde: Statens helsetilsyn 1985-2000 og Statistikk for tannhelsetjenesten 2001-2003.

hemmende i hverdagen, har gått ned fra 36 prosent i 1995 til 30 prosent i 2002. Kombinasjonen av svakt økende sykkelighet og reduksjon i angitte sykdommers konsekvenser for hverdagen kan skyldes at tilstandene som ble angitt i 2002 er mindre belastende enn de som ble angitt som langvarig sykdom tidligere. Videre kan nye behandlingsmetoder og medisiner medføre at man lever bedre med sykdom i dag.

Eldre med helseplager har gjerne flere sykdommer eller plager. Mange har sykdom som de har levd med i mange år. Med økende alder øker andelen som har problemer med å bevege seg omkring, utføre daglige ærender eller å benytte offentlig transport. Det er flere kvinner enn menn som har problemer med førligheten, noe som henger sammen med at kvinner lever lenger enn menn, og at det er flere kvinner i høy alder. I aldersgruppen 67-79 år har 27 prosent nedsatt bevegelsesevne, det vil si at de ikke kan gå i trapper opp eller ned en etasje uten å hvile eller at de ikke kan gå en fem minutters tur i noenlunde raskt tempo. Samtidig har 16 prosent i denne aldersgruppen vansker med å bære fem kilo eller mer. Det er særlig mange kvinner som sier at de har vansker med å bære.

Bedring i tannhelsen

I de senere årene har det blitt uttrykt bekymring for barn og unges tannhelse, blant annet fordi forbruket av mineralvann, godteri og andre sukkerholdige varer har økt.

Tannhelsen, sett i forhold til andelen som aldri har hatt hull og i forhold til gjennomsnittlig antall hull blant barn og ungdom, er klart bedret fra 1985 og frem til i dag. Figur 3 tyder imidlertid på at forbedringen i tannhelsen blant barn og ungdom som var registrert eller undersøkt av den offentlige tannhelsetjenesten, stoppet opp mot slutten av 1990-tallet. I perioden er innkallingsintervallene endret. Pasienter med god tannhelse innkalles sjeldnere, mens det er nærliggende å anta at de som har dårlig tannhelse innkalles like ofte. De som registreres eller undersøkes hos tannlegen kan dermed være valgt ut på en annen måte enn tidligere. Av den grunn øker antallet hull blant de som er under tilsyn av offentlig tannlege, uten at vi av den grunn kan slutte at tannhelsen blant barn og ungdom ikke lenger bedres. Samtidig kan utviklingen ha sammenheng med endringer i befolkningssammensetningen. Enkelte undersøkelser og erfaring tyder på at barn med ikke-vestlig bakgrunn har høyere kariesforekomst (Statens helsetilsyn 2001: 7). Endelig er det mulig at økt bruk av sukker kan ha stoppet utviklingen fra midten av 1990-tallet.

Helsevesenet "produserer" sykdom

På samme måte som arbeidsliv, økonomiske og sosiale forhold virker inn på den enkeltes helse, henger den enkeltes opplevelse og rapportering av sykdom sammen med samfunnets organisering av helsevesenet. Utviklingen i helsevesenet har medført at det kan behandle et videre spekter av helselaterte tilstander og "sykdom" enn tidligere. Plager som tidligere var regnet som utenfor sykdomsbegrepet behandles nå av helsevesenet. På sett og vis produserer helsevesenet "sykdom" gjennom sin evne til å behandle stadig nye tilstander (Elstad 2003: 245). Delvis lever vi lenger med helseplager, og har kontakt med helsevesenet av den grunn. Delvis har fremgang innenfor medisin ført til at folkehelsen er bedret. Tall fra levekårsundersøkelsene viser at flere har vært hos primærlege med egen sykdom i 2002 sammenlignet

Primærlegetjenesten og fastlegeordningen

I 1997 vedtok Stortinget å innføre en landsomfattende fastlegeordning (FLO). Ordningen ble innført 1. juni 2001. FLO innebærer at alle med folkeregistrert adresse i Norge gis rett til å være registrert på en liste hos en fast allmennlege. Før FLO ble innført fikk hele befolkningen tilsendt et skjema for legevalg. På skjemaet hadde den enkelte mulighet til å fylle inn en prioritert liste på inntil tre leger, samt å angi hvor mange år vedkommende eventuelt hadde benyttet førstevalget sitt som fast allmennlege. Ansiennitet hos legen på førstevalg var det viktigste kriterium for legetildeling i den administrative fordelingsrutinen som Rikstrykdeverket benyttet til å fordele den norske befolkningen på fastlegenes lister.

med 1998. Videre har antallet opphold ved somatiske sykehus økt gjennom hele 1990-tallet.

De offentlige helsetjenestene i Norge har en *hierarkisk* oppbygning. Primærlegetjenesten, fastleger og andre allmennleger, tilbyr generelle tjenester. Primærlegetjenesten har en lav terskel, der den enkelte kan benytte seg av tjenesten ut fra eget ønske. Legene i primærlegetjenestene fungerer også som portvakter, og regulerer tilgangen til mer spesialisert behandling i behandlingshierarkiet. Disse mer spesialiserte tjenestene finnes på sykehus og institusjoner innenfor somatisk og psykisk helsevern, ambulansetjeneste og privatpraktiserende spesialister med driftsavtale (spesialisthelsetjenesten). Både primærlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten har vært gjenstand for store endringsprosesser de senere år.

Flere har fått fast lege

I valg av fastlege ved innføringen av FLO la de fleste vekt på å få beholde en lege de kjente fra før, mens en del var opptatt av praktiske hensyn som ventetid og tilgjengelighet. Et flertall av den norske befolkningen hadde fast lege før reformen, og de fortsatte dette forholdet også etterpå. For disse hadde FLO liten betydning (Finnvold, Lurås og Paulsen 2003). Mens 28 prosent var uten fast lege i 2001, er dette redusert til i underkant av 5 prosent i 2003. Spesielt har dette endret seg i kommuner som baserer primærlegetjenestene på fastlønnede leger og turnuskandidater (Finnvold og Svalund 2004).

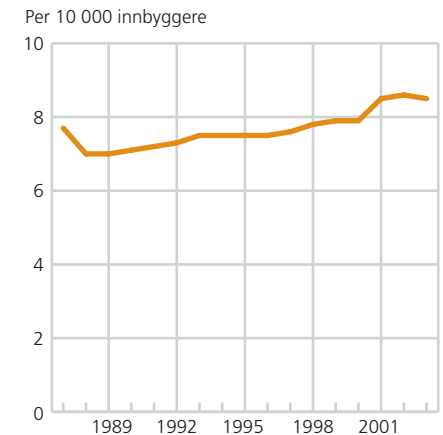
Etter 2000 har det vært en relativt stor vekst i antall årsverk i kommunelegetjenesten, noe som også har bidratt til disse endringene. Samtidig som flere har fått en fast lege, er det også flere som bytter sin faste lege i 2003, sammenlignet med i 2001. Hovedgrunnen er at deres faste lege hadde sluttet. Selv om innbyggerne i kommuner med ustabil legetilbud i større grad enn tidligere har en fast lege, opplever de oftere ufrivillige bytter av sin fastlege, og oftere at de må ha kontakt med leger som ikke er deres egen. Dette betyr at myndighetenes ønske om økt kontinuitet i lege-pasientrelasjonene i liten grad er oppnådd i slike kommuner.

I de senere tiår har kapasiteten i spesialisthelsetjenestene økt jevnt, noe som øker primærlegenes mulighet til å henvise pasienter videre. Mens 41 prosent av de som hadde vært hos primærlege siste tolv måneder i 2001 ble henvist videre, gjaldt dette 46 prosent i 2003 (Finnvold mfl. 2004). Spesielt har økningen i henvisningsraten kommet i sentrale områder, hvor grupper av befolkningen som tidligere hadde ustabil legetilknytning oftere enn før henvises videre i helsetjenestehierarkiet. Samtidig viser Levekårsundersøkelsen 2002 at den enkeltes bruk av retten til fritt sykehusvalg, som ble innført i 2001, henger sammen med sosial bakgrunn. Personer med høy utdanning vurderer i større grad muligheten for å velge sykehus selv (Godager og Iversen 2004).

Spesialisthelsetjenesten

Fra 1. januar 2002 overtok staten ansvaret for spesialisthelsetjenestene, og organiserte disse som helseforetak (HF) under fem regionale helseforetak (RHF). Staten overtok eierskapet av de fylkeskommunale sykehusene og institusjonene, mens (regionale) helseforetak (HF/RHF) inngikk driftsavtaler med en del sykehus og institusjoner eid av stiftelser. Viktige målsettinger med reformen var blant annet å korte ned pasientenes ventetid og øke effektiviteten.

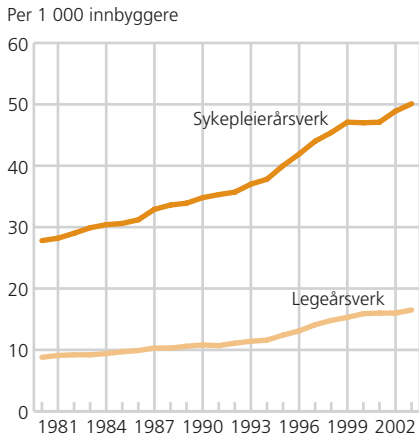
Figur 4. Årsverk av leger innenfor kommunehelsetjenesten per 10 000 innbyggere, 1987-2003¹



¹ Årsverk i institusjoner for eldre er ikke medregnet. Tallene for 2003 er foreløpige.

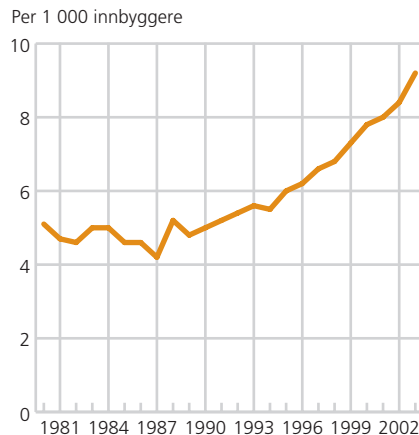
Kilde: Statistikk for kommunehelsetjenesten.

Figur 5. Lege- og sykepleierårsverk i somatiske sykehus, per 1 000 innbyggere. 1980-2003¹



¹ Tallene for 2003 er foreløpige.
Kilde: Spesialisthelsetjenesten.

Figur 6. Antall utskrivinger i psykiatriske institusjoner per 1 000 innbyggere. 1980-2003¹



¹ Tallene for 2003 er foreløpige.
Kilde: Spesialisthelsetjenesten.

Somatiske sykehus: Flere og kortere opphold

I de senere årene har kapasiteten i form av årsverk, økt betraktelig i spesialisthelsetjenesten. Antallet legeårsverk per 1 000 innbyggere er fordoblet i de somatiske sykehusene fra 1980 og frem til i dag. Samtidig har antallet sykepleierårsverk økt.

Det totale antall sengeplasser (heldøgns plasser) er redusert fra 16 040 i 1990 til 14 250 i 2003 (foreløpig tall). Samtidig har antall sykehusopphold økt mer blant de som er 40 år og eldre enn blant yngre fra 1999 til 2003. De som er 70 år og eldre står for nærmere en tredjedel av oppholdene ved norske sykehus. Oppholdene ved norske sykehus er blitt flere, men har kortere varighet. Ny teknologi og nye behandlingsformer har også åpnet for større grad av dagbehandling. Innføringen av innsatsstyrt finansiering (ISF) i 1997 bidro til denne utviklingen.

Hjerte- og karlidelser, kreft, skader og forgiftninger er de vanligste årsakene til heldøgnsopphold, og har i en årrekke utgjort om lag henholdsvis 15, 11 og 10 prosent av hoveddiagnosene. Både blant de yngre eldre og de eldste eldre er andelen kvinner med store helseproblemer vesentlig høyere enn for menn.

Psykisk helsevern: Satsing på barn og unge

I de senere år har det vært et politisk ønske å satse på psykisk helsevern og å bedre behandlingstilbudet, noe som blant annet har kommet til uttrykk i "Opptappingsplanen for psykisk helse" (St.prp. nr 63, 1997-98). Staten har i forbindelse med planen øremerket midler til psykisk helsevern, noe som er med på å forklare stigningen i lege- og sykepleierårsverk i de psykiatriske institusjonene.

Tallet på døgnplasser i voksenpsykiatriske sykehus og institusjoner er kraftig redusert de siste ti-femten årene. Fra 1990 til 2003 har mer enn hver tredje døgnplass i slike sykehus og institusjoner blitt nedlagt. Samtidig har antallet døgnplasser innenfor psykisk helsevern for barn og ungdom økt fra 266 i 1990 til 336 (foreløpig tall) i 2003. Antallet årsverk øker relativt sett kraftigere i psykisk helsevern for barn og ungdom enn i slikt helsevern for voksne, og det årlige antallet polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern for barn og ungdom har økt med over 84 prosent fra 1998 og frem til i dag.

Liggetiden på sykehus og institusjoner innenfor psykisk helsevern har blitt vesentlig redusert fra 1980 til 2003, fra gjennomsnittlig 191 oppholdsdøgn per utskriving i 1980 til 43 døgn per utskriving i 2003. Reduksjonen kommer delvis av en ønsket dreining i behandlingstilbudet i retning av mer poliklinisk behandling. Slike polikliniske konsultasjoner er mer enn doblet, fra 92 per 1 000 innbyggere i 1990 til 215 per 1 000 innbyggere i 2003. Det har de senere år vært et mål at institusjonene skal yte aktiv behandling, og ikke være et varig bosted for langtidspasienter. Et resultat er at flere enn tidligere blir utskrevet fra psykiatriske institusjoner.

Økte kostnader til helsevesenet

Bruk av helsetjenester på grunn av sykdom, grad av uførepensjonering i befolkningen og lignende påvirker fordelingen av økonomiske midler i samfunnet. På første del av 1990-tallet utgjorde helseutgiftene om lag 8 prosent av bruttonasjonalproduktet (BNP). Foreløpige tall for 2003 viser at helseutgiftene utgjorde over 9 prosent av BNP. Hovedårsaken er at BNP og helseutgiftene vokste i ulik takt. Mens BNP hadde en økning på 2,1 prosent fra 2002 til 2003, økte helseutgiftene med 7 prosent i samme periode. Andelen helseutgifter av BNP er svært avhengig av prisene på olje og gass, noe som avspeiles i andelen for 2000. Prisene på olje og gass ga da en høy BNP og reduserte helseutgiftenes andel av BNP. Andelen helseutgifter sett i forhold til BNP for Fastlands-Norge er noe mer stabil, men viser en årlig økning.

En økning registreres også for totale helseutgifter per innbygger: I 1990 var offentlige og private utgifter til helseformål vel 13 000 kroner per innbygger. I 2003 var nivået steget til nesten 20 000 kroner per innbygger. Utgiftene er målt i faste 1990-priser, noe som betyr at de er korrigert for lønns- og prisvekst.

Helseutgiftene har vist en relativ stabil vekst, noe som tyder på at helse har vært et politisk prioritert område. Mens utgiftene til helse utgjorde 13 prosent av de totale offentlige utgiftene i 1990, viser foreløpige tall for 2003 at 17 prosent av de offentlige utgiftene gikk til helseformål. Økningen må ses i sammenheng med at flere handlingsplaner på området er iverksatt de senere årene. På 1990-tallet var det blant annet flere satsinger på eldre og helse, opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 og Nasjonal kreftplan 1999-2003. I tillegg har sykehusreformen og fastlegeordningen blitt iverksatt. Med rusreformene, hvor staten gjennom helseforetakene fra 2004 overtok eierskap og driftsansvar for den delen av rustiltakene som tidligere var fylkeskommunal, ble en rekke tidligere sosialtjenester omdefinert til spesialiserte helsetjenester. Med det er nok en reform på vei til å bli gjennomført, og det er lite som tyder på at om-rådet helse får lavere politisk prioritet i årene som kommer.

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

Referanser

Borgan, Jens-Kristian (2004): Prester og fysioterapeuter lever lengst, *Samfunnsspeilet* 3, 2004. Statistisk sentralbyrå.

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

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

Finnvold, Jon Erik, Hilde Lurås og Bård Paulsen (2003): Fastlegeordningen: De fleste fikk den de ville ha, *Samfunnsspeilet*, 2, 2003, Statistisk sentralbyrå.

Finnvold, Jon Erik og Jørgen Svalund (2004): Kontinuitet mellom lege og pasient: Blanda resultat av fastlegereforma, *Samfunnsspeilet*, 2, 2004, Statistisk sentralbyrå.

Finnvold, Jon Erik, Jørgen Svalund og Bård Paulsen (2004): *Etter innføring av fastlegeordning – brukervurderinger av allmenntjenesten*, Rapport under utgivelse, Statistisk sentralbyrå.

Godager, Geir og Tor Iversen (2004): Hvem bruker retten til fritt sykehusvalg?: Resultater fra fritt sykehusvalg 2002, *Økonomisk forum* nr. 4/5: 49-56.

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

Ramm, Jorun (2003): Helse, *Samfunnsspeilet*, 4, 2003, Statistisk sentralbyrå.

Statens helsetilsyn (2001): *Tannhelsetjenesten i Norge: Årsmelding 1999-2000*, Oslo, Statens helsetilsyn.

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