



6-2000

Hunt (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag) – en jakt på ulikhet?



Fotograf: Ann Peggy M. Dalehaug

*HUNT (Helseundersøkelsen i
Nord-Trøndelag) - en jakt på ulikhet?*

*Kjønnsulikheter
i helse, sykdommer og plager 1995–97*

IK-2712



Statens helsetilsyn

Calmeyers gate 1
Pb. 8128 Dep., 0032 Oslo
Tlf. sentralbord: 22 24 88 88
Faks: 22 24 95 90
E-post: postmottak@helsetilsynet.dep.telemax.no
Internett: <http://www.helsetilsynet.no>

Forord

På Stortingets initiativ ble Statens helsetilsyn i 1997 gitt i oppdrag av Sosial- og helsedepartementet å integrere kvinnehelsesatsing i Helsetilsynets og fylkeslegenes ordinære virksomhet. Som et ledd i denne satsingen skal Helsetilsynet etablere bedre rutiner for å overvåke og kvalitetssikre helsetjenestetilbud overfor kvinner. God kunnskap og oversikt over kvinners helseproblemer, og om kjønnsforskjeller i helse, er en nødvendig forutsetning for å vurdere om helsetjenesten ivaretar kvinners behov.

En av konklusjonene i NOU 1999: 13, *Kvinnens helse i Norge*, er at vi har for dårlig kunnskap om kjønnsforskjeller i forekomst av en rekke ulike sykdommer og lidelser. I mange tilfeller må anslag om forekomst baseres på funn fra studier i andre land, fordi det ikke finnes gode norske undersøkelser.

Helsetilsynet tok i 1998 initiativ til et samarbeidsprosjekt med Fylkeslegen i Nord-Trøndelag, Folkehelsa (Avdeling for samfunnsmedisin, Samfunnsmedisinsk forskningssenter, Verdal), og Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim (NTNU). Utgangspunktet var å bruke data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 1995-97 (HUNT). Til forskjell fra andre helseundersøkelser er HUNT ingen utvalgsundersøkelse. Hele fylkets befolkning inngår. Dessuten har HUNT spørsmål om et større antall sykdommer, lidelser og symptomer enn andre norske befolkningsundersøkelser om helse.

Formålet med dette prosjektet var å beskrive forskjeller i selvvalgt helse, sykdommer, plager og funksjon i forhold til kjønn og i forhold til noen utvalgte bakgrunnsvariabler som belyser ressurser, livsstil og sosialt nettverk. Resultatene av samarbeidsprosjektet som nå foreligger som rapport, er en del av Helsetilsynets arbeid med overordnet faglig tilsyn. Det er vårt håp at helsetjenesten kan bruke rapporten i planlegging, overvåkning og kvalitetssikring av et likeverdig helsetjenestetilbud for kvinner og menn.

Statens helsetilsyn vil takke alle som har bidratt til prosjektet for et grundig utført arbeid. Berit Schei (professor i kvinnemedisin, NTNU) har vært faglig hovedansvarlig for prosjektet. Samarbeidspartnere har vært Inger Stensvold (seniorrådgiver, Helsetilsynet), Jostein Holmen (daglig leder, Folkehelsa Verdal) og Einar Vandvik (fylkeslege, Nord-Trøndelag). Rapporten er skrevet av Linda Grytten (rådgiver, Helsetilsynet). Vi takker Bitte Dillan (forskningstekniker, Folkehelsa Verdal) for datateknisk hjelp og Statens helseundersøkelser for tilgang til data fra 40-årsundersøkelsene.

Oslo, mai 2000



Petter Øgar,
kst. helsedirektør

Innhold

1 Sammendrag	6
2 English Summary	7
3 Innledning	8
3.1 Hensikten med foreliggende rapport.....	9
4 Materiale og metoder	10
4.1 Data fra spørreskjema.....	10
4.2 Frammøte/deltakelse.....	11
5 Resultater	12
5.1 Deltakelse, kjønns- og alders-fordeling.....	12
5.2 Bakgrunnsvariabler.....	13
5.2.1 Sivilstatus.....	13
5.2.2 Utdanning.....	13
5.2.3 Yrkesaktivitet.....	14
5.2.4 Alkoholvaner.....	14
5.2.5 Røykevaner.....	15
5.2.6 Ensomhet.....	15
5.2.7 Venner.....	16
5.2.8 Deprimert.....	17
5.2.9 Økonomiske vansker.....	17
5.3 Selvvurdert helse.....	17
5.3.1 Selvvurdert helse i Nord-Trøndelag.....	17
5.3.2 Selvvurdert helse i hele landet.....	18
5.3.3 Endringer i selvvurdert helse i Nord-Trøndelag det siste tiåret.....	18
5.3.4 Selvvurdert helse i forskjellige fylker.....	18
5.3.5 Selvvurdert helse i forhold til bakgrunnsfaktorer.....	19
5.4 Kroniske sykdommer.....	20
5.5 Plager.....	21
5.5.1 Hodepine.....	21
5.5.2 Hjertebank.....	22
5.5.3 Treg mage.....	22
5.6 Muskel/skjelettplager.....	23
5.6.1 Smerter og/eller stivhet i muskler og ledd.....	23
5.6.2 Muskel-/skjelettplager.....	23
5.7 Nedsatt funksjon.....	25
5.8 Medisinbruk.....	25

6	Diskusjon	27
6.1	Teorier om årsaker til kjønnsulikheter	27
6.2	Deltakelse	28
6.3	Vurdering av metoder	28
6.4	Forskjeller mellom kvinner og menn	30
6.4.1	<i>Forskjeller i forhold til bakgrunnsfaktorer</i>	30
6.4.2	<i>Forskjeller i selvvurdert helse</i>	31
6.4.3	<i>Forskjeller i selvrapporterte sykdommer og plager</i>	31
6.4.4	<i>Forskjeller i forhold til livsfasen</i>	32
7	Referanser	34
8	Vedlegg	36

1 Sammendrag

Formålet med rapporten er å beskrive forskjeller i selvvaldert helse, sykdommer, plager og funksjon i forhold til kjønn og i forhold til noen utvalgte bakgrunnsvariabler som belyser ressurser, livsstil og sosialt nettverk.

Rapporten er basert på data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 1995-97 (HUNT). 66 000 mennesker, hvilket representerer 71 % av fylkets befolkning i de aktuelle aldersgrupper, deltok i HUNT. Deltakelsen var høyest for middelaldrende menn og kvinner og lavest for unge (20-29 år) og eldre (80 år eller eldre). Opplysningene er selvrapporterte. Det innebærer at resultatene reflekterer både deltakernes egne oppfatninger om hva slags sykdommer og plager de har eller har hatt, og om de oppfatter seg selv som syke eller friske i forhold til en bestemt tilstand.

Resultatene viser systematiske forskjeller i selvvaldert helse, sykdommer og plager i forhold til kjønn, livsfase og bakgrunnsfaktorer.

Andelen menn som vurderte helsen sin som god eller svært god var høyere enn andelen kvinner i alle aldersgrupper. Forskjellene var små – mellom 1 og 7 prosentpoeng, avhengig av alderen.

For de fleste sykdommene og plagene som vi studerte, har vi funnet klare kjønnsforskjeller. Ofte har en høyere andel kvinner enn menn i samme aldersgruppe rapportert at de har en sykdom eller plage. Slik var situasjonen for psykiske plager hvor man har søkt hjelp, kreftsykdommer, stoffskiftesykdommer, hodepine, hjertebank, treg mage, smerter og/eller stivhet i muskler og ledd, beinskjørhet, fibromyalgi, leddgikt, slitasjegikt og lårhalsbrudd. Brudd i håndledd og underarm var rapportert av en større andel eldre kvinner enn eldre menn. Forskjellene mellom kjønnene var størst for smerte eller stivhet i muskler og ledd og for hodepine. Det var få sykdommer hvor den selvrapporterte andelen var høyere for menn enn for kvinner. En større andel menn enn kvinner rapporterte at de hadde eller hadde hatt hjerteinfarkt og angina pectoris. For noen få sykdommer var andelen omtrent lik for begge kjønn: astma, hjerneslag, diabetes, epilepsi, Bechterews sykdom, nakkesleng og nedsatt funksjon i daglig livet pga. langvarig sykdom, skade eller lidelse av fysisk eller psykisk art.

Den hyppigste plagen blant unge kvinner var hodepine. Plagene som var hyppige blant middelaldrende kvinner, var hodepine, og smerter og stivhet i muskler og ledd. Det som karakteriserer eldre kvinner, er at det er mange forskjellige sykdommer og plager som rammer dem, og mange sliter med flere sykdommer og plager samtidig. Plagene som var hyppige blant eldre kvinner, var smerter og stivhet i muskler og ledd, nedsatt funksjon, slitasjegikt og treg mage. Hodepine og hjertebank var også vanlige plager.

De to bakgrunnsfaktorene som mest skilte mellom grupper av kvinner og grupper av menn, var yrkesaktivitet og ensomhet. Begge disse to faktorene slo mye sterkere ut enn sivilstatus, utdanning og røyking. Vi vet imidlertid ikke om folk har dårlig helse fordi de er ensomme eller om de er ensomme fordi de har dårlig helse. Det er sannsynlig at begge fenomener forsterker hverandre.

2 English Summary

In this report we aim to describe differences in self-evaluated health, diseases, complaints and functioning in relation to gender, and in relation to a selection of background variables reflecting people's resources, lifestyle and social network.

The report is based on data from the Health Study in the Norwegian county of Nord-Trøndelag, which was carried out in 1995-97 (HUNT). 66 000 people, representing 71 % of the adult population in the county, took part in HUNT. The response rate was highest for middle-aged men and women and lowest for young adults (20 - 29 years old) and elderly people (80 years old and older). The information was self-reported. This means that the results reflect both the participants' own perceptions of what kind of sickness or complaint they had then or in the past, and whether they perceived themselves as ill or healthy in relation to a given condition.

The results show systematic differences in self-evaluated health, diseases and complaints in relation to gender, phase of life and background variables.

The proportion of men who evaluated their health as good or very good was higher than the proportion of women, for all age groups. The differences were small – between 1 and 7 percentage points, dependent on age.

We found clear differences between men and women for most of the diseases and complaints which we studied. Often, a higher proportion of women than men reported that they had a sickness or complaint. This was the case for mental disorders (for which one had sought help), cancer, endocrine disorders, headache, palpitations of the heart, constipation, pain and/or stiffness in muscles or joints, osteoporosis, fibromyalgia, rheumatoid arthritis, osteoarthritis and fracture of the hip. A higher proportion of women than men reported fracture of the wrist and forearm. The differences between men and women were greatest for pain and/or stiffness in muscles or joints and for headache. There were few diseases for which the self-reported proportion was higher for men than for women. A higher proportion of men reported cardiac infarction and angina. There was a small number of diseases for which the self-reported proportion was about the same for women and men: asthma, stroke, diabetes, epilepsy, Bechterew's disease (ankylosing spondylitis), whiplash injury and reduced functioning in daily life resulting from long-term physical or mental illness, injury or complaint.

The most common complaint for young women was headache. The complaints which were most common for middle-aged women were headache and pain and/or stiffness in muscles or joints. Elderly women suffered from a range of different sicknesses and complaints, often several at the same time. The complaints which were most common for elderly women were pain and/or stiffness in muscles or joints, reduced functioning, osteoarthritis and constipation. Headache and palpitations of the heart were also common complaints.

The two background variables which distinguished most between different groups of women and different groups of men were employment and loneliness. These two factors had a much greater effect than marital status, education and smoking. However, we do not know whether people have poor health because they are lonely, or whether they are lonely because they have poor health. Both these factors probably reinforce each other.

3 Innledning

Helsetilsynet har som oppgave å etablere bedre rutiner for å overvåke og kvalitetssikre helsetjenestetilbud overfor kvinner¹. For å kunne overvåke helsetjenestetilbudet og for å kunne sørge for et likeverdig tilbud for kvinner og menn, trengs dokumentasjon, ikke bare om tilgjengelige tjenester, men også om kvinners behov for, bruk av og tilgjengelighet til helsetjenester. Dette må sees i sammenheng med situasjonen når det gjelder kvinners helse, kvinners spesielle behov og kjønnsforskjeller i sykdomsforekomst.

Resultater fra befolkningsundersøkelser viser at kvinner rapporterer flere sykdommer, plager og symptomer enn menn og at flere menn enn kvinner vurderer helsen sin som god eller meget god. Selv om det finnes unntak, er hovedmønsteret at kvinner er sykere og lider av flere somatiske og psykiske sykdommer enn menn, mens menn har høyere dødelighet og lavere gjennomsnittlig levealder^{2 3 4 5 6 7}.

NOU 1999: 13, *Kvinnens helse i Norge*, har på en omfattende måte dokumentert tilgjengelig kunnskap når det gjelder kvinners og menns helse og sykdomsbilde⁸. Utredningen konkluderer bl.a. med at kunnskapen er mangelfull når det gjelder kjønnsforskjeller i sykkelighet. Kjønnsforskjellene varierer, både i forhold til sykdomsdiagnose og i forhold til den fasen i livet kvinner og menn befinner seg i. Kvinner og menn har ulik risiko for å få en rekke sykdommer. Gitt samme sykdom kan kvinner og menn oppleve ulike sykdomsforløp og kanskje ha behov for ulik behandling.

Dødelighet, kreft og visse infeksjonssykdommer registreres rutinemessig i Norge. For øvrig baseres mye av kunnskapen på utvalgsstudier, intervjuundersøkelser og utenlandske data. Selvrapportert helse, sykdom og plager kan bidra til å beskrive forekomst av sykdom og lidelser blant kvinner og menn i en befolkning.

Til dette prosjektet valgte vi å bruke hovedsakelig data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 1995-97 (HUNT). En fordel med HUNT er at dataene omfatter hele fylkets befolkning 20 år og eldre. Til sammenligning er helseundersøkelser utført av Statistisk sentralbyrå (SSB) utvalgsundersøkelser. Undersøkelser utført av Statens helseundersøkelser (SHUS) omfatter hovedsakelig 40-42 åringer. En annen fordel med HUNT er at dataene omfatter flere sykdommer, plager og symptomer enn andre befolkningsundersøkelser. Ulempen med HUNT er at dataene kun gjelder ett fylke.

HUNT 1995-97 var en oppfølger av tilsvarende undersøkelse i 1984-86. Formålet med studien var å kartlegge helseforhold, sykdomspanorama, livskvalitet og levevaner til bruk for forskning og forebygging (se nærmere i protokoll for HUNT: <http://www.hunt.folkehelsa.no>).

3.1 Hensikten med foreliggende rapport

Selv om vi vet at menn og kvinner er forskjellige i forhold til helse, fins det flere spørsmål som trenger nærmere utredning:

- Hvor stor er kjønnsforskjellene for ulike sykdomsgrupper, plager og lidelser? Varierer kjønnsforskjellene i ulike aldersgrupper?
- Hvordan er forskjellige kvinner forskjellige fra hverandre?
- Er forskjellene mellom grupper av kvinner større enn forskjellene mellom kvinner og menn?
- Hva karakteriserer kvinner som vurderer helsen sin som dårlig, og hva skiller dem fra kvinner som vurderer helsen sin som god?
- Kan vi identifisere noen risikofaktorer? Er faktorer som livsstil, ressurser og sosialt nettverk viktige, eller er andre faktorer avgjørende?

En tversnittsstudie som denne kan ikke brukes for å belyse alle disse problemstillinger. Den kan gi oss nyttig basiskunnskap for å gå videre. Hovedmålet med rapporten er å beskrive egenvurdert helse, sykdomsforekomst og plager i forhold til kjønn, alder, og noen utvalgte variabler.

To delmål er som følger:

- å beskrive forskjeller i selvvurdert helse, sykdommer, plager og funksjon mellom kvinner og menn
- å beskrive kvinners og menns selvvurderte helse, sykdommer, plager og funksjon i forhold til bakgrunnsvariabler som belyser ressurser, livsstil og sosialt nettverk.

4 Materiale og metoder

Til dette prosjektet har vi brukt data for både menn og kvinner fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT). Data fra ungdomsundersøkelsen UNG-HUNT 13-19 år, som foregikk samtidig ved alle ungdomsskoler og videregående skoler i samme fylke, er ikke tatt med her.

Innbyggerne 20 år og eldre fikk et personlig invitasjonsbrev inneholdende et 3-siders spørreskjema per post. Her ble de bedt om å møte fram til en helseundersøkelse som inkluderte måling av høyde, vekt og blodtrykk, samt at det ble tatt blodprøve. Spørreskjema i utfylt stand ble levert og de fikk med seg et nytt 4-6 siders spørreskjema hjem til utfylling. Dette skulle returneres per post. En del av de frammøtte deltok også i enkelte tilleggsundersøkelser (måling av bentetthet, hørsel m.m.).

4.1 Data fra spørreskjema

Alle deltakere i HUNT ble stilt spørsmål om de hadde eller hadde hatt en rekke sykdommer, mest kroniske sykdommer. I denne rapporten presenterer vi data om alle disse sykdommene:

Astma, hjerteinfarkt, angina pectoris, hjerneslag, diabetes, epilepsi, psykiske plager, kreft, stoffskiftesykdom, smerter og stivhet i muskler og ledd, beinskjørhet, fibromyalgi, leddgikt, slitasjegikt, Bechterews syndrom, lårhalsbrudd, brudd i håndledd/underarm, nakkesleng

Deltakere ble også stilt spørsmål om en rekke plager og symptomer. Vi har valgt ut noen vanlige plager hvor det er tydelige kjønns- og aldersforskjeller i prevalens. I denne rapporten presenterer vi data om disse plager og symptomer:

Nedsatt funksjon pga. langvarig sykdom, treg mage, hjertebank, hodepine.

Vi har i tillegg brukt data om egenvurdert helse og medisinbruk.

Når det gjelder kroniske sykdommer, er det spurt om man har *eller noen gang har hatt* de forskjellige sykdommer. Dette betyr at svarene representerer *livstids prevalens*. Dette er viktig å ta i betraktning ved tolkning av tallene med hensyn til aldersfordeling.

Selvurdert helse, sykdommer og plager ble sett på i forhold til andre variable som kunne belyse noe om livsstil, sosialt nettverk og ressurser. Vi hadde ikke ambisjoner om å inkludere alle variabler som kunne ha betydning for disse områdene. Målet vårt var å plukke ut noen bakgrunnsvariabler innenfor hvert område som illustrerer forskjeller mellom kvinner og menn.

De demografiske variabler vi brukte, er kjønn, alder, sivilstatus, utdanning og yrkesaktivitet. Røyking og alkoholbruk valgte vi som variabler om livsstil. Vi valgte variabler om utdanning, yrkesaktivitet og økonomiske problemer for å illustrere folks tilgang til ressurser. Ensomhet, om man har nok gode venner og depresjon er tre variabler som vi brukte som mål for sosialt nettverk.

Noen spørsmål hadde flere svaralternativer som vi slo sammen. Mange av spørsmålene hadde bare to svaralternativer: ja eller nei. Spørsmålene og svaralternativene som er benyttet er gjengitt i tabell 1 i vedlegget.

Dataene ble analysert ved bruk av statistikkprogrammet SPSS.

4.2 Frammøte/ deltakelse

«Deltatt» i HUNT 95-97 er av prosjektledelsen definert som: personlig frammøte, inkludert registrerte spørreskjemadata og måledata, frammøte uten spørreskjemadata, kun innsendte spørreskjemadata eller deltatt i aldersinstitusjonsprosjektet⁹.

Av alle som ble invitert til undersøkelsen, var det noen som ikke hadde mulighet til å møte fram eller sende inn spørreskjema, bl.a. fordi en del var døde og en del hadde flyttet ut av fylket eller hadde «studiefravær». Deltakelsesprosenten er beregnet ut fra de som hadde mulighet til å delta i undersøkelsen.

5 Resultater

5.1 Deltakelse, kjønns- og aldersfordeling

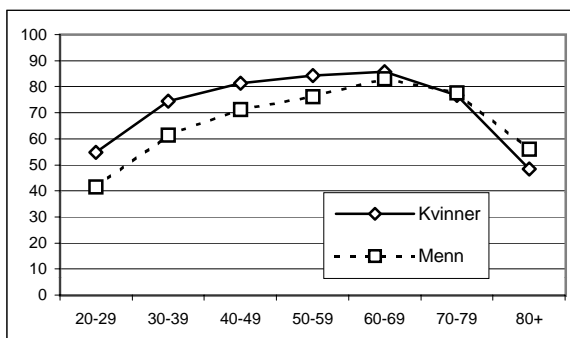
Totalt var 94 247 personer i Nord-Trøndelag invitert til å delta i HUNT-undersøkelsen, mens 92 936 hadde mulighet til å delta. Av disse deltok 66 140 (71,2 %) og herav møtte 65 333 (70,4 %) opp på selve undersøkelsen. Deltagelsen var lavest i aldersgruppen 20-29 år - henholdsvis 55,8 % og 42,2 % for kvinner og menn, og høyest i aldersgruppen 60-69 år – henholdsvis 87,0 % og 84,3 % for kvinner og menn. Av alle som deltok var 53 % kvinner og 47 % menn. (Tabell 2 og figurene 2.1 – 2.3 i vedlegget)

Spørreskjema 1 (som ble sendt ut med invitasjonen) ble besvart av 65 220 personer eller 70,2 % av de som hadde mulighet til å delta. Imidlertid er det mange som ikke har besvart alle spørsmålene, for eksempel har 69,3 % av de som deltok besvart spørsmålet om selvvurdert helse, 62,3 % spørsmålet om ensomhet og 53,5 % spørsmålet om plager i muskler og ledd. De laveste svarprosentene for spørsmålet om selvvurdert helse var blant eldre kvinner (80 år og over) - 48,3 %, og unge menn (20-29 år) - 41,6 %.

(Figur 1, og tabell 2 og figurene 2.1 – 2.3 i vedlegget)

Figur 1

Prosent som svarte på spørsmålet: hvordan er helsa di nå?
(spørreskjema 1)

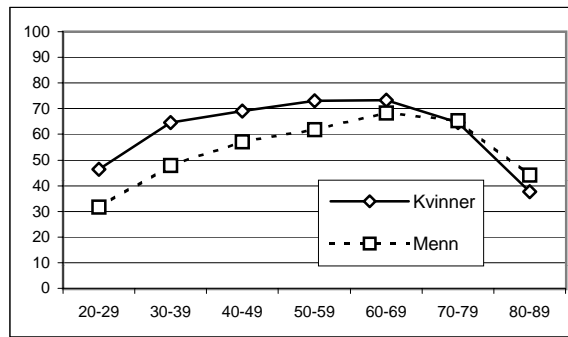


Spørreskjema 2 (som skulle fylles ut hjemme og sendes tilbake med post) ble sendt inn av 57 316 eller 61,7 % av de som hadde mulighet til å delta. Av de personer som møtte til undersøkelsen og derved mottok spørreskjema 2, var det 87,7 % som sendte dette i retur. Også her har mange ikke besvart alle spørsmål, for eksempel har 57,4 % besvart spørsmålet om venner og 55,8 % besvart spørsmålet om hodepine. Som for spørreskjema 1, var svarprosenten lavest blant unge og eldre. Svarprosenten for spørsmålet: har du mange nok gode venner, var 32 % for menn 20-29 år, og 37,6 % for kvinner 80 år og eldre.

(Figur 2, og tabell 2 og figurene 2.1 – 2.3 i vedlegget)

Figur 2

Prosent som svarte på spørsmålet: har du mange nok gode venner?
(spørreskjema 2)



5.2 Bakgrunnsvariabler

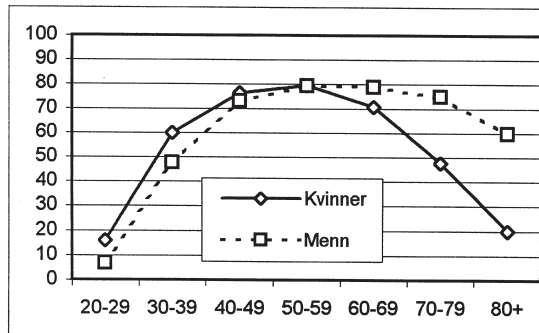
5.2.1 Sivilstatus

Andelen som var gift eller hadde registrert partner varierte med alder, og var henholdsvis 16 % og 7 % for kvinner og menn 20-29, år og 80 % og 79 % for kvinner og menn 50-59 år. Ved 70-års alderen mistet mange kvinner partneren sin og andelen gifte sank til 48 %, mens 75 % av mennene fortsatt var gift. Dette betyr at det var mange flere enslige eldre kvinner enn menn.

(Figur 3, og tabell 3 og figur 3.1 i vedlegget)

Figur 3

Andel som er gift

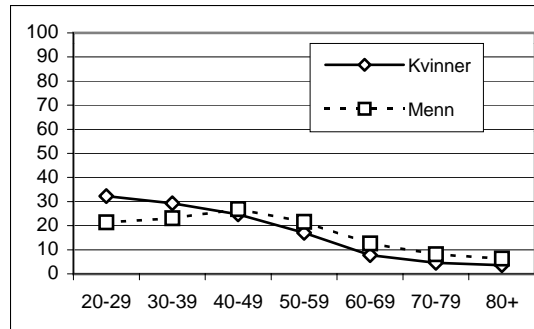


5.2.2 Utdanning

Den høyeste andelen med høgskole- eller universitetsutdanning (32 %) fantes for kvinner i aldersgruppen 20-29 år. Fra 40-års alderen var det flere menn enn kvinner med høyere utdanning, men forskjellen var liten. Bare 5 % av kvinner og 8 % av menn 70-79 år hadde høgskole- eller universitetsutdanning.

(Figur 4, og tabell 3 og figur 3.2 i vedlegget)

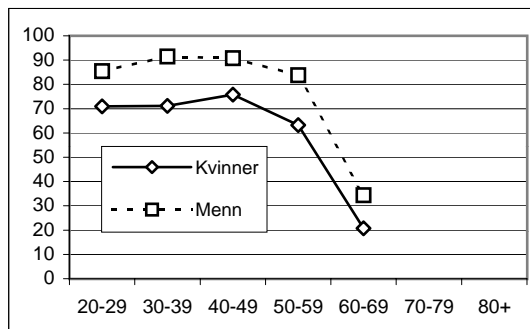
Figur 4
Andel med høyskole- eller universitetsutdanning



5.2.3 Yrkesaktivitet

For menn i yrkesaktiv alder lå andelen som er yrkesaktive eller under utdanning mellom 84 % (50-59 åringer) og 92 % (30-39 åringer). Andelene for kvinner var litt lavere, og varierte fra 63 % (50-59 åringer) til 76 % (40-49 åringer). (Figur 5, og tabell 3 og figur 3.3 i vedlegget)

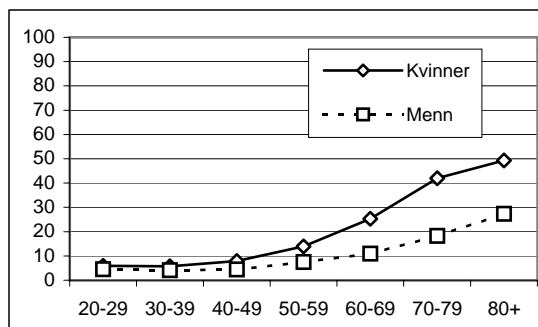
Figur 5
Andel yrkesaktive/under utdanning



5.2.4 Alkoholvaner

Andelen avholdskvinner var større enn andelen avholdsmenn i alle aldersgrupper, og andelen steg med alder, fra 5 % for 20-29 årige menn til 27 % for menn 80 år og eldre og tilsvarende fra 6 % til 49 % for kvinner. (Figur 6, og tabell 3 og figur 3.4 i vedlegget)

Figur 6
Andel avholdsmenn/-kvinner

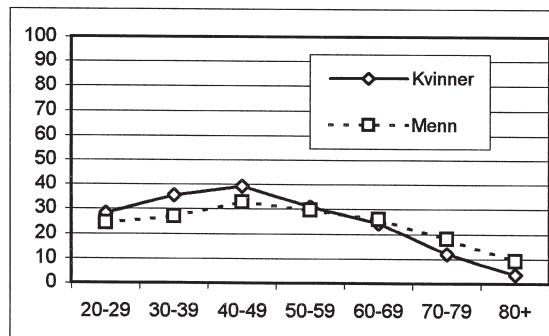


5.2.5 Røykevaner

Tjueåtte prosent av kvinnene og 26 % av mennene var daglige røykere. Andel kvinnelige røykere var større enn andel mannlige røykere i aldersgruppene fra 20-59 år. Blant de som var 60 år og over var røyking hyppigere blant menn. Den høyeste andelen daglige røykere var for kvinner i aldersgruppen 40-49 (39 %), mens bare 4 % av kvinner 80 år og over var daglige røykere. Andel røykere var høyere i alle aldersgrupper for de som i løpet av de siste to ukene hadde følt seg ensomme, sammenlignet med de som ikke hadde følt seg ensomme. Dette gjaldt både for kvinner og for menn.

(Figur 7, og tabell 3 og figurene 3.5 – 3.7 i vedlegget)

Figur 7
Andel daglige røykere



5.2.6 Ensomhet

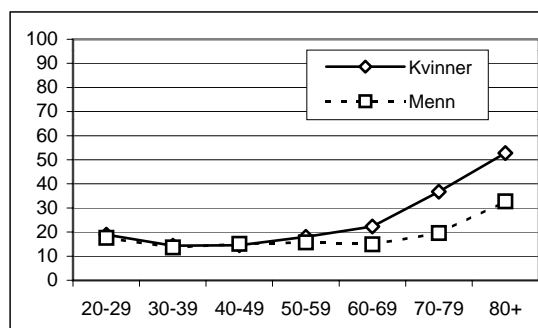
En liten andel unge menn og kvinner svarte at de hadde følt seg ensomme en god del/svært mye de siste 2 ukene – mellom 3 - 6 % opp til 69 år - og kjønnsforskjellen var liten. Andelen, særlig blant kvinner, økte kraftig etter 70-års alderen til 21 % av kvinner og 12 % av menn over 80 år. De fleste som hadde følt seg ensomme var enslige eller separert. Det var få blant de som var gift. Blant de som var yrkesaktive eller under utdanning (20 – 69 år) var det få som hadde følt seg ensomme (mellom 2-3 % for både kvinner og menn). Derimot var det flere blant de som ikke var yrkesaktive: 8-9 % av kvinnene og 5-16 % av mennene.

(Tabell 3 og figurene 3.9 - 3.11 i vedlegget)

Hvis vi inkluderer de som hadde følt seg litt ensomme i løpet av de siste to ukene, hadde hver tredje kvinne og hver femte mann i 70 års alderen følt seg ensom de siste to ukene.

(Figur 8, og tabell 3 og figur 3.8 i vedlegget)

Figur 8
Andel som hadde følt seg litt, en god del eller svært mye ensom i løpet av de siste 2 ukene

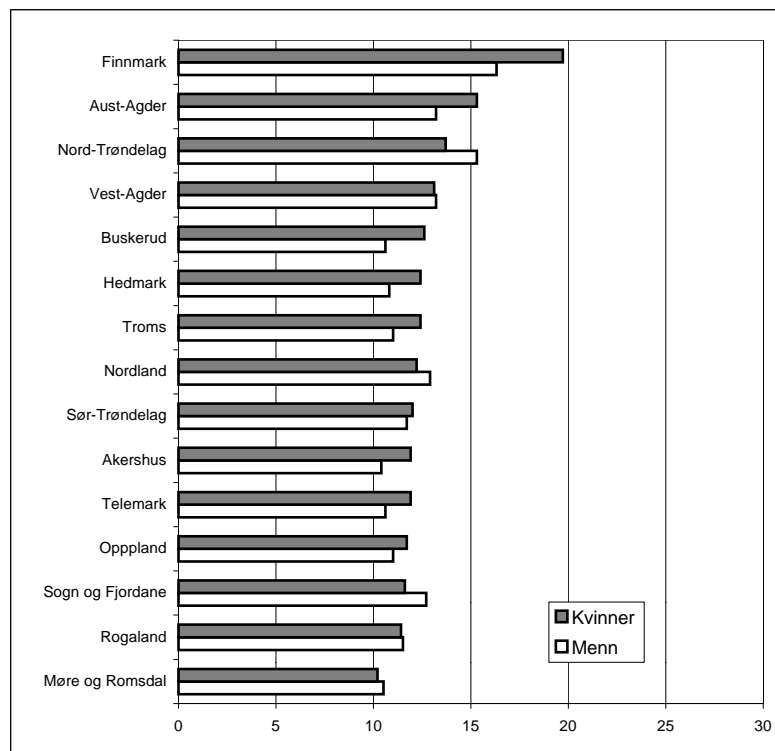


Tallene fra Statens helseundersøkelser for 40-42 åringer viser at, sammenlignet med andre fylke, lå Nord-Trøndelag på tredje plass fra toppen når det gjelder andel kvinner og menn som har følt seg ensomme – litt, en god del eller svært mye de siste 2 ukene – henholdsvis 13,7 % og 15,3 %. Men forskjellene mellom fylkene er ikke store.

(Figur 9, og tabell 4 og figur 4 i vedlegget)

Figur 9

Andel personer 40-42 år som har følt seg ensom – litt, en god del eller svært mye de siste 2 ukene, fordelt på fylke



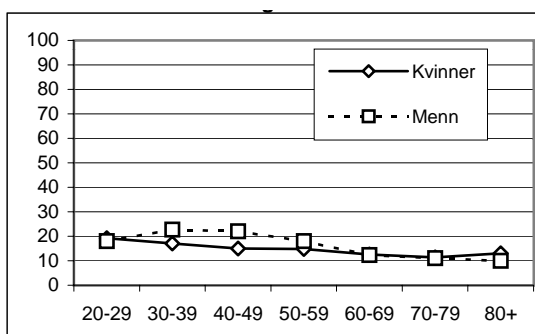
5.2.7 Venner

Det var en betydelig mindretall som sa at de ikke hadde nok gode venner – 15 % av kvinnene og 18 % av mennene. Andelen ble mindre med økende alder: 19 % av kvinner mellom 20-29 og 23 % av menn mellom 30-39 år sa at de ikke hadde nok gode venner.

(Figur 10, og tabell 3 og figur 3.12 i vedlegget)

Figur 10

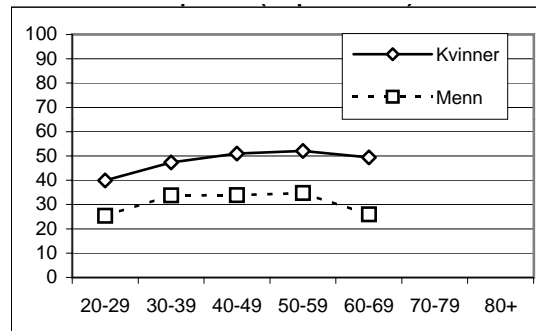
Andel som sier at de ikke har nok gode venner



5.2.8 Deprimert

Nesten halvparten av kvinnene (48 %) hadde noen gang i løpet av livet følt seg deprimert, trist eller nedfor i sammenhengende perioder på 2 uker eller mer, sammenlignet med en tredel menn (31 %). Her var det klare kjønnsforskjeller i alle aldersgrupper, varierende fra 14 til 23 prosentpoeng. (Figur 11, og tabell 3 og figur 3.13 i vedlegget)

Figur 11
Andel som har vært deprimerte, trist eller nedfor

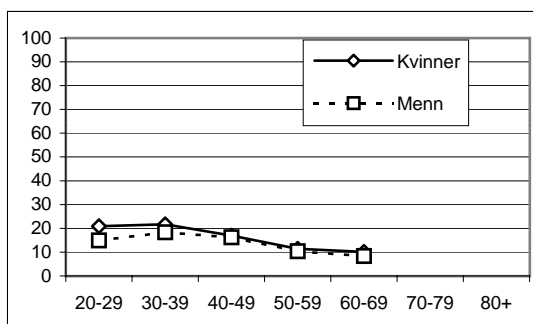


5.2.9 Økonomiske vansker

Seksten prosent av kvinnene og 14 % av mennene hadde hatt økonomiske vansker i løpet av det siste året. Andelen var minkende med økende alder: Henholdsvis 21 % og 15 % av kvinner og menn i aldersgruppen 20-29 år hadde hatt økonomiske vansker, sammenlignet med 10 % og 8 % i aldersgruppen 60-69 år. Andelen kvinner som hadde hatt økonomiske vansker var større enn andelen menn i alle aldersgrupper.

(Figur 12, og tabell 3 og figur 3.14 i vedlegget)

Figur 12
Andel som har hatt økonomiske vansker



5.3 Selvvurdert helse

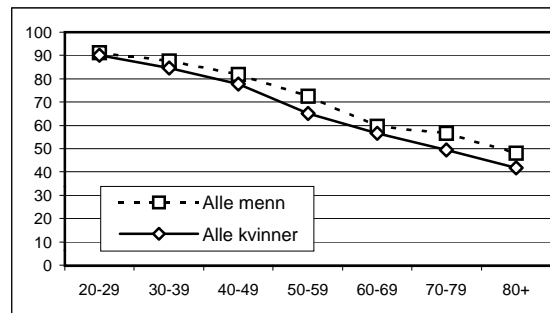
5.3.1 Selvvurdert helse i Nord-Trøndelag

Andelen personer i Nord-Trøndelag som vurderte helsen sin enten som god eller svært god var høyest for unge mennesker: henholdsvis 91 % og 90 % for 20-29 årige menn og kvinner. Andelen sank jevnt til henholdsvis 48 % og 42 % for menn og kvinner 80 år eller eldre. Andelen var litt høyere for menn enn for kvinner i alle aldersgrupper. Disse kjønnsforskjellene var små, men statistisk signifikante. (Figur 13, og tabell 5 og figur 5.1 i vedlegget)

Figur 13

Andel personer 20 år og over i Nord-Trøndelag som vurderer egen helse som god/svært god

Kilde: HUNT



5.3.2 Selvvurdert helse i hele landet

Resultatene for selvvurdert helse fra HUNT-undersøkelsen overensstemmer ganske godt med resultatene fra Statistisk sentralbyrås helseundersøkelse 1995. Blant menn og kvinner i aldersgruppen 16-24 i hele landet svarte 91 % at helsen var god eller meget god, sammenlignet med bare 54 % av kvinnene og 56 % av mennene 80 år og over. Imidlertid var spørsmålene og svaralternativene om selvvurdert helse ulike i disse to undersøkelsene¹, hvilket betyr at resultatene ikke er helt sammenlignbare. (Tabell 6 og figurene 6.2 og 6.4 i vedlegget)

5.3.3 Endringer i selvvurdert helse i Nord-Trøndelag det siste tiåret

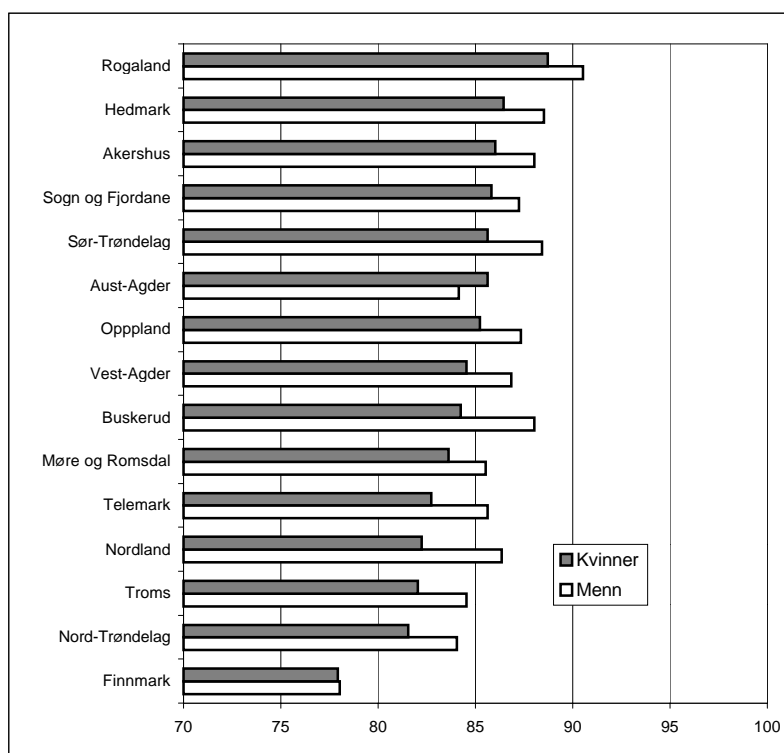
Data om selvvurdert helse fra HUNT-undersøkelsen som ble gjennomført i 1984-86¹⁰ kan sammenlignes med tilsvarende data fra 1995-97. I 1984-86 var andelen kvinner totalt som vurderte helsen sin som god eller svært god litt lavere enn for menn (henholdsvis 71 % og 75 %). Slik var situasjonen også ti år senere (henholdsvis 70 % og 75 %). Med andre ord, situasjonen for menn og for kvinner totalt sett har ikke endret seg. Men for noen aldersgrupper var andelen kvinner høyere enn andelen menn i 1984-84 og omvendt i 1995-97. Resultatene for selvvurdert helse fra HUNT-undersøkelsen 1985-87 overensstemmer ganske godt med resultatene fra Statistisk sentralbyrås helseundersøkelse 1985. (Tabell 6 og figurene 6.1 og 6.3 i vedlegget)

5.3.4 Selvvurdert helse i forskjellige fylker

Tallene fra Statens helseundersøkelser for 40-42 åringer viser at andelen i Nord-Trøndelag som vurderte helsen sin som god eller svært god var nest lavest etter Finmark (henholdsvis 84 % og 80 %). Rogaland kom på toppen med 90 %. I alle fylker var andelen menn som vurderte helsen sin som god eller svært god litt høyere enn andelen kvinner, bortsett fra i Aust Agder. (Figur 14, og tabell 7 og figur 7 i vedlegget)

¹ (SSB helseundersøkelse 1995: Hvordan vurderer du din egen helse sånn i sin alminnelighet. Vil du si at den er: meget god, god, verken god eller dårlig, dårlig, meget dårlig – 5 inndelinger. HUNT-undersøkelsen 1995-97: Hvordan er helsen din nå? dårlig, ikke helt god, god, svært god – 4 inndelinger).

Figur 14
 Andel personer 40-42 år og over som vurderer egen helse som god/svært god
 (Kilde: SHUS)



5.3.5 Selvvurdert helse i forhold til bakgrunnsfaktorer

Selvvurdert helse for kvinner og menn ble sett på i forhold til bakgrunnsfaktorer som kan belyse noe om livsstil, sosialt nettverk og ressurser. (Tabell 5 og figurene 5.1 – 5.25 i vedlegget).

Livsstil

Andelen som vurderte helsen sin som god eller svært god var mindre for menn og kvinner som røyker daglig enn for de som ikke røyker. Forskjellen var forholdsvis liten for unge voksne – mellom 5 til 7 prosentpoeng, men var så mye som 9 prosentpoeng for middelaldrende kvinner (40-49 åringer). Blant eldre (80 år og eldre) var forholdet omvendt, men dette resultatet må tolkes med forsiktighet siden antall eldre i utvalget var lite.

Blant de som sa at de var totalavholdende var det færre som vurderte helsen sin som god eller svært god i forhold til den gruppen som ikke var avholdende. Dette gjelder for begge kjønn og alle aldersgrupper. Forskjellen var mellom 2 til 10 prosentpoeng i de forskjellige aldersgruppene.

Sosialt nettverk og ressurser

Det var en større andel som vurderte helsen sin som god eller svært god i de følgende gruppene:

- De som var gift, sammenlignet med de som var ugift eller separert
- De som hadde høyskole- eller universitetsutdanning, sammenlignet med de som hadde lavere utdanning
- De som var yrkesaktive eller i utdanning, sammenlignet med de som ikke var yrkesaktive

- De som ikke hadde følt seg ensomme eller hadde følt seg litt ensomme de siste to ukene, sammenlignet med de som hadde følt seg en god del eller svært mye ensomme
- De som følte at de hadde mange nok gode venner, sammenlignet med de som følte at de ikke hadde mange nok gode venner
- De som ikke hadde følt seg deprimert, sammenlignet med de som hadde følt seg deprimert (Spørsmålet: har det noen gang i løpet av ditt liv vært sammenhengende perioder på 2 uker eller mer da du følte deg deprimert, trist og nedfor?)
- De som ikke hadde hatt økonomiske vansker, sammenlignet med de som hadde hatt økonomiske vansker (Spørsmålet: Har det i løpet av det siste året hendt at husholdningen har hatt vansker med å klare de løpende utgifter til mat, transport, bolig og liknende?)

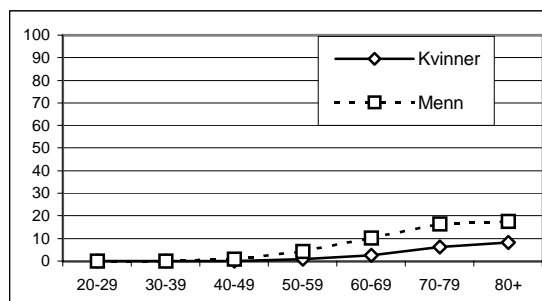
De to variablene som viste de største forskjellene var yrkesaktivitet og ensomhet. For eksempel, 75 % av yrkesaktive kvinner vurderte helsen sin som god eller svært god, sammenlignet med bare 33 % av ikke-yrkesaktive kvinner. Tilsvarende tall for menn var henholdsvis 79 % og 36 %. Syttini prosent av kvinner mellom 40-49 år som ikke hadde følt seg ensomme i løpet av de siste 2 ukene vurderte helsen sin som god eller svært god, sammenlignet med bare 47 % av de som svarte at de ikke hadde følt seg ensomme (dette utgjør 98 kvinner). Tilsvarende andeler for menn 40-49 år var 84 % og 52 %. Andel som vurderte helsen sin som god eller svært god i aldersgruppe 70-79 år var: 52 % (ikke-ensom) og 34 % (ensom) for kvinner, og 60 % (ikke-ensom) og 41 % (ensom) for menn.

5.4 Kroniske sykdommer

Noen sykdommer var hyppigere blant menn: hjerteinfarkt (prevalens: 16 % for menn og 6 % for kvinner 70-79 år) og angina pectoris (prevalens: 21 % for menn og 15 % for kvinner 70-79 år), mens noen sykdommer var hyppigere blant kvinner: psykiske plager hvor man har søkt hjelp (prevalens: 11 % for menn og 19 % for kvinner 50-59 år), kreftsykdommer (prevalens: 9 % for menn og 11 % for kvinner 70-79 år) og stoffskiftesykdommer (prevalens: 3 % for menn og 12 % for kvinner 60-69 år). Det var små kjønnsforskjeller i prevalensen av astma (prevalens i underkant av 11 % i alle aldersgrupper), hjerneslag (prevalens økende fra 0-9 % fra 20-80 år), diabetes (prevalens økende fra 1-11 % fra 20-80 år) og epilepsi (prevalens i underkant av 2 %). Prevalensen var økende med økende alder for alle sykdommer bortsett fra astma, epilepsi og psykiske plager. (Figurene 15 og 16, og tabell 8 og figurene 8.1 – 8.9 i vedlegget)

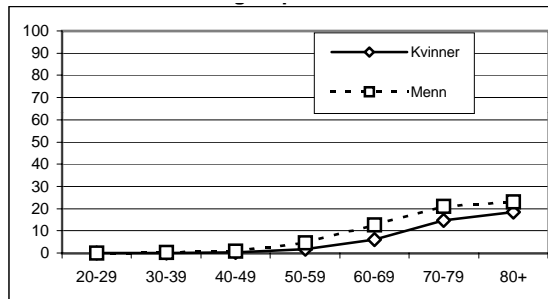
Figur 15

Andel personer 20 år og over som sier at de har eller har hatt hjerteinfarkt



Figur 16

Andel personer 20 år og over som sier at de har eller har hatt angina

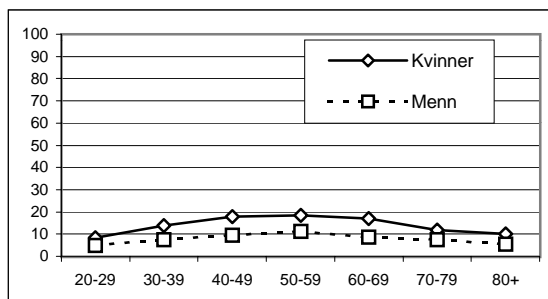


Når det gjelder psykiske plager (hvor man har søkt hjelp), var det en liten forskjell mellom røykere og ikke røykere. Men forskjellen mellom de som sa at de hadde følt seg ensomme i løpet av de siste 2 ukene og de som ikke hadde følt seg ensomme var stor. Prevalensen var høyest for kvinner og menn som hadde følt seg ensomme i aldersgruppen 40-49 (henholdsvis 61 % og 41 %), sammenlignet med henholdsvis 16 % og 8 % kvinner og menn som ikke hadde følt seg ensomme i samme aldersgruppen.

(Figur 17, og tabell 9 og figurene 9.1 – 9.5 i vedlegget)

Figur 17

Andel personer 20 år og over som sier at de har eller har hatt psykiske plager hvor de har søkt hjelp



5.5 Plager

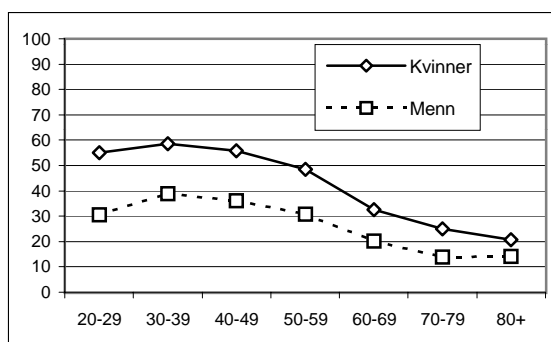
5.5.1 Hodepine

Prevalensen av hodepine var høyere for kvinner enn for menn i alle aldersgrupper. Femtini prosent av kvinner i aldersgruppen 30-39 år var plaget med hodepine, sammenlignet med 39 % av menn i samme aldersgruppen. Menn og kvinner som hadde følt seg ensomme i løpet av de siste 2 ukene var mer plaget av hodepine enn de som ikke hadde følt seg ensomme (86 % av kvinner og 47 % av menn i aldersgruppen 30-39 år).

(Figur 18, og tabell 10 og figurene 10.1 - 10.5 i vedlegget)

Figur 18

Andel personer 20 år og over som har vært plaget med hodepine i løpet av de siste 12 måneder (enten anfallsvis - migrene - eller annen slags hodepine)



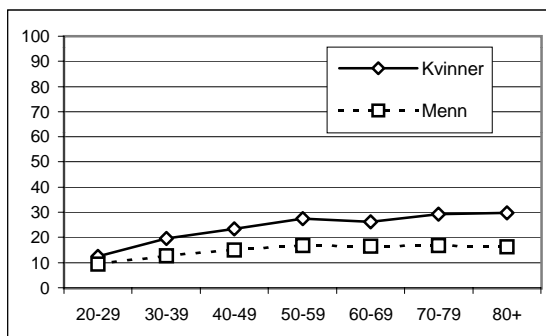
5.5.2 Hjerterebank

Prevalensen av hjerterebank var høyere for kvinner enn for menn i alle aldersgrupper. Dette er en plage som forekommer hyppigere med økt alder. Både menn og kvinner som hadde følt seg ensomme de siste 2 ukene var mer plaget med hjerterebank enn de som ikke hadde følt seg ensomme, men forskjellen mellom daglige røykere og ikke røykere var liten.

(Figur 19, og tabell 11 og figurene 11.1 – 11.5 i vedlegget)

Figur 19

Andel personer 20 år og over som har vært litt eller mye plaget med hjerterebank de siste 12 måneder



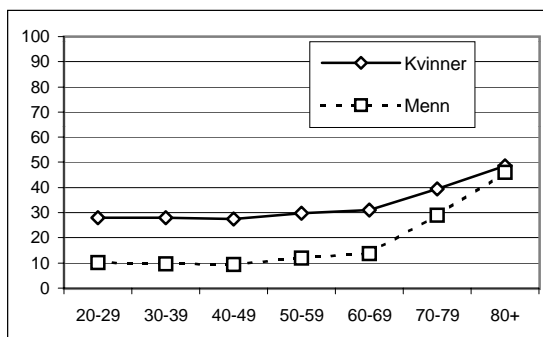
5.5.3 Treg mage

Prevalensen av treg mage ligger rundt 30 % for kvinner og 10 % for menn opp til 60-års alderen. Deretter stiger prevalensen til litt under 50 %. Både menn og kvinner som hadde følt seg ensomme de siste 2 ukene var mer plaget med treg mage enn de som ikke hadde følt seg ensomme, men det var nesten ikke forskjell mellom daglige røykere og ikke røykere.

(Figur 20, og tabell 12 og figurene 12.1 – 12.5 i vedlegget)

Figur 20

Andel personer 20 år og over som har vært litt eller mye plaget med treg mage de siste 12 måneder



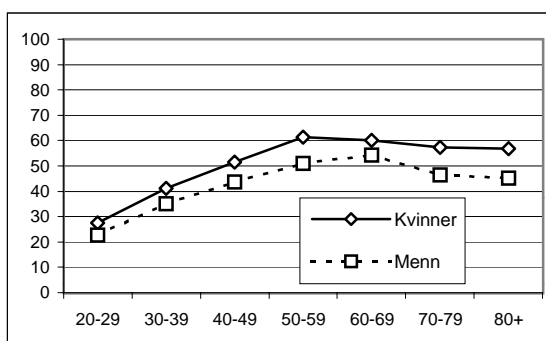
5.6 Muskel-/skjelettplager

5.6.1 Smerter og/eller stivhet i muskler og ledd

Smerter og/eller stivhet i muskler og ledd var en vanlig plage for middelaldrende og eldre menn og kvinner. Mens 27 % av kvinner i aldersgruppen 20-29 år rapporterte 3 måneders sammenhengende plager i løpet av siste år, var tilsvarende andel for kvinner 50 år og over rundt 60 %. Mønsteret var det samme for menn, men andelen var 5-12 prosentpoeng lavere. Både menn og kvinner som hadde følt seg ensomme de siste 2 ukene var mer plaget enn de som ikke hadde følt seg ensomme, men forskjellen mellom daglige røykere og ikke røykere var liten. (Figur 21, og tabell 13 og figurene 13.1 – 13.4 i vedlegget)

Figur 21

Andel personer 20 år og over som har vært plaget med smerter og/eller stivhet i muskler og ledd som har vart i minst 3 måneder sammenhengende



5.6.2 Muskel-/skjelettplager

Deltakerne i HUNT ble spurt om de hadde eller om de noen gang hadde hatt én eller flere av en rekke muskel-/skjelettplager:

- Beinskjørhet (osteoporose)
- Fibromyalgi
- Leddgikt (rheumatoid artritt)
- Slitasjegikt (artrose)
- Bechterews sykdom
- Lårhalsbrudd
- Brudd i håndledd/underarm
- Nakkesleng (whiplash)

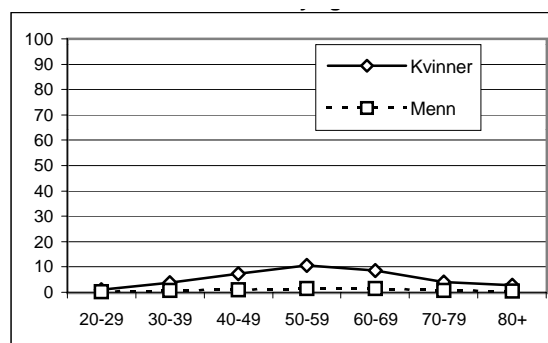
Beinskjørhet, leddgikt og slitasjegikt er plager som i liten grad rammer personer under 50, men de er vanlige plager blant eldre kvinner. Førtifire prosent av kvinner og 24 % av menn i aldersgruppen 80 år og over hadde slitasjegikt. Beinskjørhet var sjelden blant menn (1 % eller mindre), mens 13–14 % av eldre kvinner var plaget med denne sykdommen. Fibromyalgi var hyppigst blant kvinner i 50-års alderen. Bare én prosent av mennene hadde eller hadde hatt denne sykdommen. Mens brudd i håndledd/underarm var hyppigere blant unge menn enn kvinner, var det 28 % av kvinner i 70-års alderen som hadde hatt denne type brudd, sammenlignet med 9 % av menn i samme aldersgruppen.

(Figurene 22 – 24,

og tabellene 14 og 15, figurene 14.1 – 14.5 og figurene 15.1 – 15.3 i vedlegget)

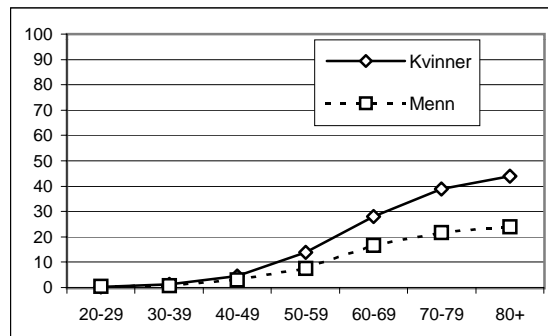
Figur 22

Andel personer 20 år og over som sier at legen noen gang har sagt at de har hatt fibromyalgi



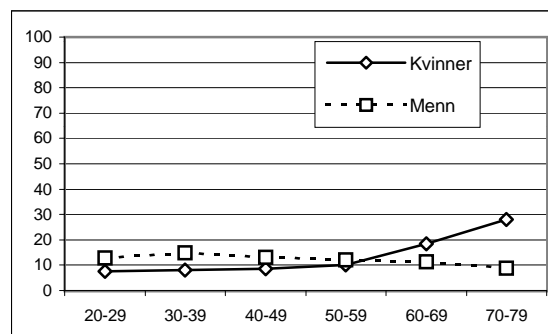
Figur 23

Andel personer 20 år og over som sier at legen noen gang har sagt at de har hatt slitasjegikt



Figur 24

Andel personer 20 år og over som sier at de noen gang har hatt brudd i håndledd/underarm



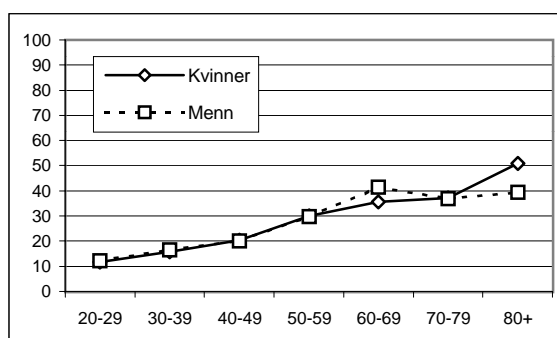
5.7 Nedsatt funksjon

Andelen som sa at de hadde noen langvarig sykdom, skade eller lidelse av fysisk eller psykisk art som nedsetter deres funksjon i daglig livet, var nesten det samme for kvinner som for menn i alle aldersgrupper, med unntak av de som var 80 år eller eldre (men antall i den eldste aldersgruppen var liten: 638 kvinner og 356 menn som hadde nedsatt funksjon). Prevalensen steg med stigende alder. Mens bare 12 % av kvinner og menn i aldersgruppen 20-29 år hadde nedsatt funksjon, hadde andelen økt til 37 % for kvinner og menn i aldersgruppen 60-79 år. Andelen menn og kvinner med nedsatt funksjon var høyere blant de som hadde følt seg ensomme de siste 2 ukene (cirka 50 %), men forskjellen mellom daglige røykere og ikke røykere var liten.

(Figur 25, og tabell 16 og figurene 16.1 – 16.5 i vedlegget)

Figur 25

Andel personer 20 år og over som sier de hadde noen langvarig sykdom, skade eller lidelse av fysisk eller psykisk art som nedsetter deres funksjon, fordelt på alder og kjønn



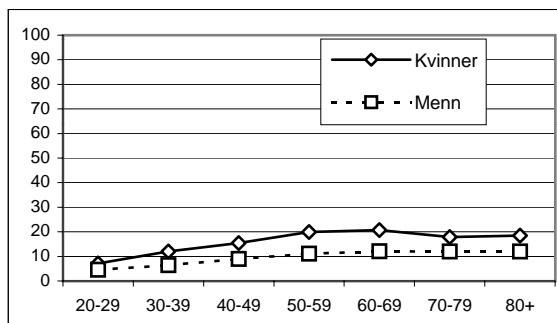
5.8 Medisinbruk

I HUNT-undersøkelsen ble deltakerne spurt om de i deler av de siste 12 månedene hadde brukt en rekke medisiner daglig eller nesten daglig. Vi plukket ut smertestillende medisiner, sovemedisiner, beroligende medisiner og medisiner mot depresjon. Bruk av disse medisinene var stigende med alder og høyere for kvinner enn for menn i alle aldersgrupper. Bruken var lavest blant kvinner og menn 20-29 år (henholdsvis 7 % og 5 %) og høyest for kvinner og menn 60-69 år (henholdsvis 21 % og 12 %). En mye høyere andel menn og kvinner som hadde følt seg ensomme de siste 2 ukene brukte medisiner enn de som ikke hadde følt seg ensomme. Førti prosent av middelaldrende kvinner som hadde følt seg ensomme i løpet av de siste to ukene hadde brukt disse medisinene. Det var en liten forskjell mellom daglige røykere og ikke røykere.

(Figur 26, og tabell 17 og figurene 17.1 – 17.5 i vedlegget)

Figur 26

Andel personer 20 år og over som har brukt medisiner daglig eller nesten daglig



Tabell 18 og figurene 18.1 – 18.4 i vedlegget viser salg av legemidler i 1998 fordelt på fylke. Salget er angitt i definerte døgndoser per 1000 innbyggere per døgn. Definerte døgndoser er brukt som måleenhet for å kunne sammenligne bruken av alternative legemidler uavhengig av prisdifferanser. Måleenheten er definert som den antatte gjennomsnittlige døgndose brukt ved preparatets hovedindikasjon hos voksne¹¹. Statistikken viser at salg av smertestillende medisiner og medisiner mot depresjon i Nord-Trøndelag ligger på samme nivået som landsgjennomsnittet. Derimot ligger salg av beroligende medisiner og sovemedisiner litt under gjennomsnittet for hele landet.

6 Diskusjon

6.1 Teorier om årsaker til kjønnsulikheter

For de fleste sykdommene og plagene som vi studerte, ved å bruke data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, har vi funnet klare kjønnsforskjeller. Ofte har en høyere andel kvinner enn menn i samme aldersgruppen rapportert at de har en sykdom eller plage. Det var bare noen få av de sykdommene vi studerte hvor andelen var høyere for menn enn for kvinner. For noen få sykdommer var andelen omtrent lik for begge kjønn.

Forskjeller i andelen menn og kvinner som har en sykdom eller en plage påvirkes av mange forskjellige faktorer. Slike faktorer kan være biologiske, sosiale, psykologiske og kulturelle. Menn og kvinner kan være forskjellige i hvordan de selv rapporterer hva som er en sykdom eller plage og hvordan en sykdom eller plage oppleves.

I NOU 1999: 13, *Kvinnerens helse i Norge*, er forståelsen av sykdom og helse basert på et kjønnsperspektiv. Forståelsen av kjønn er belyst ved å beskrive kjønn på forskjellige nivåer: kjønn som biologi, som identitet, som symbol og som struktur. Det påstås at gjennom en drøfting av kjønnsperspektivet på helse på disse nivåene vil vi kunne finne forklaringer på kvinners helse og sykdom, på hvordan kvinners sykdommer kommer til uttrykk og hvordan kvinners helse og sykdom blir forstått og møtt¹².

Elstad har i sin rapport om kjønnsulikheter i helse oppsummert forskjellige teorier om kjønnsforskjeller¹³. Han klassifiserer teoriene i forhold til de følgende gruppene: de biologiske forskjellene, patriarkat og mannlig herredømme, mannlighetens pris, sosialisering og relasjonsorientering og strukturelle forklaringer. Han mener at teoriene på mange måter kan ansees som komplementære. De er ikke nødvendigvis uforenlige, men utfyller hverandre.

Hormonelle forskjeller er et eksempel på biologiske forskjeller mellom kvinner og menn. Hormoner påvirker enkeltceller og organer på en komplisert måte, og kan resultere i ulik mottakelighet for sykdommer. Et annet eksempel på biologiske forskjeller er forskjeller i immunapparatet. Kvinner har bedre immunrespons enn menn, noe som kan beskytte mot infeksjoner, men som også kan føre til sykdom når immunapparatet overreager¹⁴.

Det finnes flere eksempler på sosiale ulikheter mellom menn og kvinner som fører til ulikheter i helse. Slike ulikheter har ofte blitt forsøkt belyst med utgangspunkt i studier av menn, fordi kvinners sosiale status er vanskeligere å definere. Det har skjedd dramatiske forandringer i kvinners sosiale liv fra 1970-tallet der kvinner i liten grad var fulltids yrkesaktive utenfor hjemmet, til dagens kvinner som er yrkesaktive også i småbarnsperioden¹⁵. Hvordan disse forandringer har utviklet seg over tid, og hvordan de virker inn på endringer i sykkelighet mellom kjønnene er spørsmål man kan forsøke å besvare gjennom videre forskning. De tradisjonelle spørsmål som har vært stilt har ofte vært basert på forståelse av hva som kan gjøre menn syke, mens forhold som nesten bare berører kvinner, som seksuelle overgrep og privat vold, inntil nylig har vært fraværende fra undersøkelsene.

Sosiale forskjeller resulterer i at kvinner og menn lever ulike liv og utsettes for ulike eksterne påkjenninger som kan resultere i sykdom. Kvinner har tradisjonelt i mindre

grad enn menn vært utsatt for farefulle situasjoner. Yrkessykdommer har tradisjonelt vært oppfattet som noe som rammer menn. De rammer selvfølgelig begge kjønn, men kan være av forskjellige typer. Muskelskjelettlidelser er et eksempel på en gruppe plager som er hyppigere hos kvinner, og som kan være yrkesrelaterte.

Elstad studerte kjønnsulikheter i helse i en periode som han kaller for «det moderne likestillingsprosjektet», perioden fra 1970 til midten av 1990-tallet. Han konkluderer med at datamaterialet (fra dødelighetsstatistikk og Statistisk sentralbyrås intervjuundersøkelser om helse) ikke gir noe grunnlag for å trekke en konklusjon i tråd med hypotesen som sier at perioden med det moderne likestillingsprosjektet har brakt helsesituasjonen blant kvinner og menn tydelig nærmere hverandre. Tendensen er heller i retning av stabile forskjeller enn i retning av mindre forskjeller i hvordan menn og kvinner opplever helsetilstanden sin¹⁶.

Det går ut over rammene for denne rapporten å gi en utdypende forklaring på ulikhetene i helse. Hensiktene har vært å beskrive egenvurdert helse, sykdomsforekomst og plager i forhold til kjønn, alder, og noen utvalgte variabler. Vi har sett på noen faktorer som kan ha betydning for de observerte ulikheter mellom kjønnene. Målet har vært å utvide kunnskapsgrunnlaget. Slik kunnskap kan brukes i videre forskning om årsakene til ulikhetene, slik at man kan utvikle likeverdige, men ikke nødvendigvis like, strategier for å forebygge og behandle sykdom hos kvinner og menn.

6.2 Deltakelse

Med over 66 000 mennesker i Nord-Trøndelag som har deltatt i HUNT-undersøkelsen, er utvalget stort. Dette representerer 71 % av fylkets befolkning i de aktuelle aldersgrupper. Selv om deltakelsen totalt er høy, er imidlertid deltakelsen i noen aldersgrupper lavere. Det er særlig for 20-29 åringer (deltakelsen 49 %) og for de som er 80 år eller eldre (deltakelse 64 %) at vi må være forsiktige med tolkning av resultater, fordi gruppene der er mindre enn i de andre aldersgruppene. Deltakelsen var høyest for middelaldrende menn og kvinner, og resultatene er derfor mest pålitelige for dem.

Mens 70 % av dem som hadde mulighet til å delta svarte på spørreskjema 1, var spørreskjema 2 besvart av kun 62 % av dem som hadde mulighet til å delta (for en oversikt over hvilke spørsmål som var på spørreskjema 2, se tabell 1 i vedlegget). Det må også tas i betraktning at ikke alle spørsmål var besvart.

Deltakelsen var høyere for kvinner enn for menn, både totalt og i alle aldersgrupper. Dette kan ha betydning når vi skal vurdere forskjeller mellom kvinner og menn.

6.3 Vurdering av metoder

Ved fortolkningen av resultatene må det tas hensyn til at opplysningene er selvrapporterte. Dette innebærer at resultatene reflekterer både deltakernes egne oppfatninger om hva slags sykdommer og plager de har eller har hatt og om de oppfatter seg selv som syke eller friske i forhold til en bestemt tilstand.

Opplysninger om noen av sykdommene er basert på medisinske diagnoser (har legen noen gang sagt at du har ...). Dette betyr at slike opplysninger sannsynligvis er pålitelige, men at de også er påvirket av i hvilken grad deltakerne bruker helsetjenester og hvordan kommunikasjonen mellom legen og pasienten er.

Kvinner har hyppigere kontakt med helsevesenet enn menn⁶ og er oftere innkalt til helseundersøkelser (f.eks. mammografiscreening og screening for kreft i livmorhalsen). Dette betyr at kvinner har flere anledninger enn menn til å få en

medisinsk diagnose. Det at kvinner oftere får undersøkt bentetthet kan bidra til økt rapportering av osteoporose. Menn rapporterer sår i tolvfingertarmen hyppigere, fordi de hyppigere blir undersøkt med gastroskopi, mens kvinner med samme plager ikke blir undersøkt¹⁷. Det er mulig at menn og kvinner undersøkes ulikt på tross av like symptomer, for eksempel når det er mistanke om hjerteinfarkt. Undersøkelsesmetodene kan være bedre egnet til å avdekke alvorlig sykdom hos menn enn hos kvinner, selv om sykdommen er den samme.

I tolkning av resultatene er det også viktig å vurdere tidsperspektivet i forhold til variablene. Noen av spørsmålene gjelder situasjonen ved undersøkelsestidspunkt, slik som spørsmålene om selvvurdert helse, røyking, alkohol og venner. Noen av spørsmålene gjelder en spesifisert tidsperiode, f.eks. siste 2 uker eller siste 12 måneder, slik som spørsmålene om ensomhet, økonomiske vansker, smerter og stivhet i muskler og ledd, hjertebank, treg mage, bruk av medisiner og hodepine. Noen av spørsmålene gjelder for hele livet, både ved undersøkelsestidspunkt og i fortiden, slik som spørsmålene om kroniske sykdommer, nedsatt funksjon og depresjon.

For spørsmål om situasjonen ved oppmøte og spørsmål om en spesifisert tidsperiode, er direkte sammenligninger mellom de forskjellige aldersgruppene hensiktsmessig for hver enkelt sykdom eller plage. For spørsmål hvor en tidsperiode er spesifisert, må lengden på tidsperioden i forhold til sykdommen eller plagen tas i betraktning ved tolkning av resultatene. For eksempel: spørsmålet om hodepine gjelder for et helt år, mens spørsmålet om ensomhet gjelder for 2 uker. Jo lengre tidsperioden er, desto lettere blir det å fange opp periodiske plager. Kroniske plager vil derimot også fanges opp selv om tidsperioden er kort.

Sammenligninger av svarene i forskjellige aldersgrupper på spørsmål som gjelder hele livet er kompliserte på grunn av den kumulative effekten. En økende livstidsprevalens av en tilstand (en sykdom eller plage) betyr ikke nødvendigvis at flere eldre har vedkommende tilstand ved fram møte, men de kan ha hatt den for lenge siden. Håndleddsbrudd, for eksempel kan ha skjedd når som helst i livet. Men for sykdommer som i hovedsak rammer eldre - reumatoid artritt, artrose, osteoporose, hjerteinfarkt, angina pectoris, hjerneslag - kan en økende andel bety økt prevalens blant eldre.

Vi har valgt å presentere resultatene som presenter, både i tabeller og figurer. Forskjellen i andelen kvinner og menn som rapporterer at de har eller har hatt en sykdom eller plage representerer den *absolutte* kjønnsforskjellen. Den *relative* kjønnsforskjellen framkommer ved å beregne ratioen, dvs. andel kvinner dividert med andel menn, for en gitt sykdom eller plage.

Selv om større prosentforskjeller indikerer større ulikheter mellom menn og kvinner, har samme prosentforskjellen ulik betydning på ulike nivåer. Vi kan bruke et eksempel for å illustrere dette. La oss ta aldersgruppen 30-39 år. Femtini prosent av kvinnene i denne aldersgruppen rapporterte at de hadde vært plaget av hodepine i løpet av de siste 12 månedene, sammenlignet med 39 % av mennene – en prosentdifferanse på 20 prosentpoeng. Fire komma fem prosent av kvinnene rapporterte at de hadde eller hadde hatt stoffskiftesykdommer, sammenlignet med 0,7 % av mennene – en prosentdifferansen på bare 3,8 prosentpoeng. Men kjønnsratioene er 1,5 for hodepine og 6,0 for stoffskiftesykdommer. Med andre ord: den *relative* forskjellen mellom kvinner og menn i aldersgruppen 30–39 år er mye større for stoffskiftesykdommer enn for hodepine, mens den *absolutte* forskjellen er mye mindre.

Vi presenterer resultatene som prosenter, siden forskjellene i andelene gir en god indikasjon på forskjellene mellom kvinner og menn. Kjønnratioene for forskjellige aldersgrupper kan være misvisende, fordi våre resultater representerer *livstidsprevalens* og ikke insidensrater (se avsnittet over). Måten resultatene er presentert på gir imidlertid mulighet til å beregne kjønnratioene for alle sykdommer og plager.

6.4 Forskjeller mellom kvinner og menn

Resultatene i foreliggende rapport viser systematiske forskjeller i selvvurdert helse, sykdommer og plager i forhold til kjønn og livsfase, og i forhold til bakgrunnsfaktorer som yrkesaktivitet og ensomhet.

6.4.1 Forskjeller i forhold til bakgrunnsfaktorer

Røyking er en risikofaktor i forhold til en rekke sykdommer og plager. Følgelig kunne man forvente at andelen som vurderer helsen sin som god eller svært god ville være mindre for menn og kvinner som røyker daglig enn for de som ikke røyker. Dette stemmer. Den største forskjellen var blant 40-49 åringer: henholdsvis 9 og 7 prosentpoeng for kvinner og menn.

Sammenhengen mellom røyking og en rekke alvorlige sykdommer, f.eks. lungesykdommer, hjerte/-karsykdommer og kreft, er godt dokumentert^{2, 18, 19}. Vi fant forskjeller blant røykere og ikke-røykere også for en rekke plager og sykdommer som ikke vanligvis forbindes med røyking. Andelen røykere som rapporterte at de hadde følgende sykdommer og plager var noe høyere enn andelen for ikke-røykere: psykiske plager hvor man har søkt hjelp, hodepine, hjertebank, nedsatt funksjon og bruk av medisiner. Datamaterialet vårt viser slike forskjeller, men gir ikke noe grunnlag for å si hvorfor disse forskjellene forekommer. Røyking kan ha sammenheng med, og kan forsterke effekten av, andre faktorer som gir økt risiko for sykdom. Slike faktorer kan være ensomhet, å være enslig, lav utdanning og arbeidsledighet. Våre resultater viste at andel røykere var høyere blant de som hadde følt seg ensomme i løpet av de siste to ukene. Dette gjaldt både for kvinner og for menn i alle aldersgrupper.

Forsén analyserte data om lårhalsbrudd fra HUNT-undersøkelsen for personer over 50 år²⁰. Hun fant en tydelig kjønnsforskjell i andelen lårhalsbrudd tilskrevet røykevaner i Nord-Trøndelag i årene 1986-89. Denne andelen var adskillig høyere for menn enn for kvinner.

Kreyberg undersøkte kjønnsulikheter og sammenhengen mellom selvvurdert helse, sivilstatus, utdanningslengde, risikofaktorer og helseatferd blant 40-årige kvinner og menn i Aust-Agder²¹. Hun rapporterer at både kvinner og menn som levde i ekteskap rapporterte generelt bedre helse. De fleste kvinner og menn som rapporterte dårlig eller svært dårlig helse hadde lav utdanning. Røykere rapporterte relativt oftere dårlig helse enn ikke-røykere. Våre resultater samsvarer med Kreybergs resultater. Vi fant også en høyere andel som vurderte egen helse som god eller svært god blant de som var gift, de som hadde høyere utdanning og de som ikke var daglige røykere.

De to bakgrunnsfaktorene som mest skilte mellom grupper av kvinner og grupper av menn i forhold til selvvurdert helse, sykdommer og plager var yrkesaktivitet og ensomhet. Begge disse to faktorene slo mye sterkere ut enn sivilstatus, utdanning og røyking.

West et al har foretatt en oppsummering av litteraturen om ensomhet²². Studiene de

refererer til er stort sett fra USA, derfor er resultatene ikke nødvendigvis overførbare til Norge. Hovedfunn fra deres literaturgjennomgang viser at ensomhet er et problem for en betydelig andel av befolkningen. I de fleste studiene rapporterer kvinner ensomhet oftere enn menn, og enslige oftere enn gifte, men enslige menn rapporterer ensomhet oftere en enslige kvinner. Ensomhet, selv om den er et separat fenomen fra depresjon og tap av ektefelle, kan overlapse, være en følge av eller forsterke begge. Noen studier viste at ensomhet har en negativ effekt på helse.

Som West et al, fant vi at kvinner rapporterte ensomhet oftere enn menn, og enslige oftere enn gifte. Men i motsetning til West et al, fant vi ikke forskjeller mellom enslige menn og enslige kvinner, eller mellom unge menn og unge kvinner. Tvert imot, fant vi at eldre voksne rapporterte ensomhet hyppigere en unge voksne. Etter 60-års alderen steg andelen som hadde følt seg en god del eller svært mye ensomme i løpet av de siste to ukene, men andelen steg kraftigere for kvinner enn for menn til 21 % for kvinner og 12 % for menn 80 år og over.

Våre resultater bekrefter konklusjonene til West et al at ensomhet har stor betydning for helse. Vi vet imidlertid ikke om folk har dårlig helse fordi de er ensomme eller om de er ensomme fordi de har dårlig helse. Det er sannsynlig at begge fenomener kan forsterke hverandre.

Spørsmålet i HUNT-undersøkelsen om ensomhet gjelder for de to siste ukene. Vi vet ikke om de to siste ukene var representative for en lengre tidsperiode eller om de siste to ukene var atypiske.

Borge et al studerte livskvalitet, ensomhet og sosial kontakt hos mennesker med langvarige psykiske lidelser²³. Grad av ensomhet, meningsfulle fritidsaktiviteter og tilfredshet med nabolag og omgivelser var de variablene som best kunne forklare variasjon i subjektivt velvære. Våre resultater tyder på at middelaldrende menn og kvinner som rapporterer ensomhet også er utsatt for psykiske plager.

6.4.2 Forskjeller i selvvurdert helse

Andelen menn som vurderte helsen sin som god eller svært god var høyere enn andelen kvinner i alle aldersgrupper, men forskjellene var små – mellom 1 og 7 prosentpoeng, avhengig av alderen. Dette resultatet stemmer med resultater for hele landet fra SSBs helseundersøkelse⁴ og med resultater for de forskjellige fylkene fra SHUS sine 40-årsundersøkelser⁵. Bare Aust-Agder har en høyere andel kvinner sammenlignet med menn som vurderer helsen sin som god eller svært god.

Det har skjedd en interessant utvikling i Nord-Trøndelag over en tiårsperiode. For hele utvalget har ikke forskjeller mellom menn og kvinner i hvordan de vurderer helsen sin endret seg. Men i noen av aldersgruppene har andelen menn som vurderer helsen sin som god eller svært god økt, mens andelen kvinner har minsket. Vi kan ikke forklare disse endringene, men det kan ha noe med endringer i sysselsetting, familieforhold eller helseatferd å gjøre. Bare videre forskning kan belyse dette. I Elstads studie³, basert på data fra SSBs helseundersøkelser, hadde ikke forskjellene mellom menn og kvinner endret seg mye siden 1970.

6.4.3 Forskjeller i selvrapporterte sykdommer og plager

For de fleste sykdommene og plagene som vi studerte, var den selvrapporterte andelen høyere for kvinner enn for menn. Slik var situasjonen for psykiske plager hvor man har søkt hjelp, kreftsykdommer, stoffskiftesykdommer, hodepine, hjertebank, treg mage, smerter og/eller stivhet i muskler og ledd, beinskjørhet,

fibromyalgi, leddgikt, slitasjegikt og lårhalsbrudd. Brudd i håndledd og underarm var rapportert av en større andel eldre kvinner enn eldre menn.

Smerte eller stivhet i muskler og ledd var én av tilstandene der forskjellene mellom kjønnene var svært tydelig, med en høyere andel hos kvinner enn menn. Denne tilstanden er ikke én sykdom eller plage, men en gruppe forskjellige tilstander. Hoddevik og Selmer studerte kroniske korsryggssmerter hos 40-åringere i 12 norske fylker²⁴. Undersøkelsen viste at forekomsten av korsryggssmerter alene er uavhengig av kjønn, geografi, sivilstand og utdanningsnivå. Denne tilstandens epidemiologi skiller seg således fra forekomsten av smerter andre steder i muskel- og skjelettsystemet.

Det var få sykdommer hvor den selvrapporterte andelen var høyere for menn enn for kvinner. En større andel menn enn kvinner rapporterte at de hadde eller hadde hatt hjerteinfarkt og angina pectoris. Middelaldrende menn har ca. 4 ganger høyere forekomst av hjerteinfarkt enn middelaldrende kvinner, og dette gjenspeiler seg også i dødelighetsforskjeller. Kardiovaskulær sykdom er den viktigste dødsårsaken for både kvinner og menn. Koronarsykdom forekommer omtrent like hyppig i de to kjønn, men kvinner er gjennomsnittlig 10 år eldre enn menn ved sykdomsdebut²⁵.

Andel unge menn som sa at de noen gang hadde hatt brudd i håndledd/underarm var større enn andel kvinner, men forholdet mellom eldre menn og eldre kvinner var omvent. Disse forholdene er sannsynligvis påvirket av hyppigheten av ulykker hos unge menn og forekomsten av osteoporose hos eldre kvinner.

For følgende sykdommer var andelen nesten like stor for begge kjønn: astma, hjerneslag, diabetes, epilepsi, Bechterews sykdom, nakkesleng og nedsatt funksjon i daglig livet pga. langvarig sykdom, skade eller lidelse av fysisk eller psykisk art.

Når det gjelder kjønnsforskjeller i insidens av nakkesleng, refererer NOU 1999:13 kun til en undersøkelse i Quebec²⁶. Denne studien viste en årlig insidens (antall nye tilfeller per år) av erstatningsberettigede med nakkeslengskade på 70 per 100 000. Insidensen var 1,5 ganger høyere blant kvinner (86 per 100 000) enn blant menn (54 per 100 000).

6.4.4 Forskjeller i forhold til livsfasen

Unge kvinner (20 – 39 år)

Den hyppigste plagen blant unge kvinner var hodepine. Drøyt halvparten av unge kvinner var plaget av hodepine, mens 85 % av «ensomme» kvinner hadde hatt hodepine i løpet av de siste to ukene. Hodepine var en av de hyppigste forekommende plagene i den foreliggende studien.

De vanligste hodepineformene er migrene og spenningshodepine. I HUNT-undersøkelsen ble deltakerne spurt om de hadde vært plaget av hodepine i løpet av de siste 12 månedene, enten anfallsvis (migrene) eller annen slags hodepine. I vår presentasjon av resultatene er tall for de to typer hodepine slått sammen. Vi gjorde dette fordi forekomsten av migrene var lav (5 % for hele utvalget) slik at antallene i noen av aldersgruppene var små.

Hodepine er en av de vanligste plager i befolkningen. Mange er betydelig plaget, kvinner mer enn menn. Forekomsten av migrene angis i Norge til 5-6 %. Etter puberteten er det en klar kjønnsforskjell med opp til dobbelt så mange kvinner enn menn som er plaget av migrene. Forekomsten av spenningshodepine varierer i

forskjellige studier, fra 13 % hos kvinner i en norsk undersøkelse, til 88 % i en dansk undersøkelse. Kjønnsforskjellen er mindre enn for migrene²⁷.

Resultatene om hodepine fra HUNT-undersøkelsen kan ikke sammenlignes direkte med resultater fra andre undersøkelser, fordi andre kriterier er brukt. Spørsmålet i HUNT-undersøkelsen er om man *har vært plaget* av hodepine i løpet av de siste 12 månedene. Svaret vil være avhengig av hva man legger i begrepet *plaget*. Tolkningen av hva som er en plage kan være systematisk forskjellig for eksempel for menn og kvinner, for eldre og unge, for kronisk syke og friske og for de som er ensomme og de som ikke er ensomme.

Andre vanlige plager for unge kvinner var treg mage, og smerter og stivhet i muskler og ledd. Hjertebank og nedsatt funksjon var mindre hyppige plager i denne livsfasen.

Middelaldrende kvinner (40 – 59 år)

Plagene som var hyppige blant middelaldrende kvinner var hodepine, og smerter og stivhet i muskler og ledd. Hjertebank, treg mage og nedsatt funksjon var vanlige plager. Psykiske plager, stoffskifte sykdommer, fibromyalgi og slitasjegikt var mindre hyppige plager i denne livsfasen.

Den høyeste andelen som svarte at de hadde hatt psykiske plager hvor de har søkt hjelp var middelaldrende. Dette kan tolkes slik at psykiske plager er hyppigst blant middelaldrende. Det kan også tolkes slik at det er middelaldrende som oftest søker hjelp for slike plager. Både hva man definerer som psykiske plager, og mønsteret i forhold til å søke hjelp for slike plager, kan ha forandret seg over tid.

Eldre kvinner (60 år og over)

Det som karakteriserer eldre kvinner er at det er mange forskjellige sykdommer og plager som rammer dem. Mange eldre kvinner sliter med flere sykdommer og plager samtidig. Plagene som var hyppige blant eldre kvinner var smerter og stivhet i muskler og ledd, nedsatt funksjon, slitasjegikt og treg mage. Hodepine og hjertebank var også vanlige plager. Mindre vanlige sykdommer og plager blant eldre kvinner (men mer vanlig enn blant kvinner i andre livsfaser) var angina, diabetes, psykiske plager, kreft, stoffskifte sykdommer, hodepine, beinskjørhet og leddgikt.

7 Referanser

- 1 St prp nr 1 (1998-99) s114. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- 2 NOU 1999:13. Kvinners helse i Norge. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- 3 Elstad JI. Mindre kjønnsulikheter i helse? Helseforskjeller mellom kvinner og menn i perioden med «Det moderne likestillingsprosjektet». NOVA rapport 13/99. Oslo. NOVA.
- 4 Helseundersøkelsen 1995. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- 5 Hjertesaka. Rapport om hjerte-karundersøkelser. Oslo: Statens helseundersøkelser. 1999.
- 6 Vabø m. Kvinners møte med helsetjenesten. En kunnskapsoversikt. NOVA rapport 26/98. Oslo: NOVA 1998.
- 7 Schei B (red). Temahefte: Kjønnulikheter i helse. Norsk epidemiologi 1999; 9 (2).
- 8 NOU 1999:13. Kvinners helse i Norge. 125-64. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- 9 HUNT. Frammøttestatistikk 1999. Verdal. Folkehelsa.
- 10 Holmen J, Midthjell K. The Nord-Trøndelag Health Survey 1984-86. Report no. 4 1990. Senter for samfunnsmedisinsk forskning. Verdal. Folkehelsa.
- 11 Norsk Medisinaldepot AS. Legemiddelforbruket i Norge 1994 – 1998. Oslo 1999.
- 12 NOU 1999:13. Kvinners helse i Norge. 30-32. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- 13 Elstad JI. Mindre kjønnsulikheter i helse? Helseforskjeller mellom kvinner og menn i perioden med «Det moderne likestillingsprosjektet». NOVA rapport 13/99: 22-44. Oslo. NOVA.
- 14 Schei B, Nesheim BI. Økt satsning på kvinners helse. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 1634-6.
- 15 Schei B, Rostad B. Historiske tilbakeblikk på kvinnehelse i vårt århundre. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 4526-9.
- 16 Elstad JI. Mindre kjønnsulikheter i helse? Helseforskjeller mellom kvinner og menn i perioden med «Det moderne likestillingsprosjektet». NOVA rapport 13/99: 141-3 . Oslo. NOVA.

-
- 17 Schei B, Botten G, Sundby J. Kvinnemedisin - 100 år etter Marie. I: Schei B, Botten G, Sundby J (red). Kvinnemedisin. Ad Notam Gyldendal, 1993: 27-39.
- 18 Statens helsetilsyn 1997. Karsykdommer og røyking. Utredningsserie 6-97. Statens helsetilsyn. Oslo. 1997.
- 19 Cancer in Norway 1995. Kreftregisteret. Institutt for epidemiologisk kreftforskning. Oslo. 1998.
- 20 Forsén L. kjønnsforskjeller i andelen lårhalsbrudd tilskrevet røykevaner: Tilskrivbar andel, et nyttig begrep innen forebyggende helsearbeid, men ikke uten reservasjoner. Norsk Epidemiologi 1999; 9 (2): 173-6.
- 21 Kreyberg SE. Kjønnsulikheter i mønstrene av sammenhenger mellom selvopplevd helse, sivil status, utdanningslengde, risikofaktorer og helseatferd i en tverrsnittundersøkelse av 40-årige kvinner og menn i Aust-Agder i 1996. Norsk Epidemiologi 1999; 9 (2): 135-42.
- 22 West DA, Kellner R, Moore-West M. The effects of loneliness. a review of the literature. Comprehensive Psychiatry 1986; 27: 351-63.
- 23 Borge L, Martinsen EW et al. Livskvalitet, ensomhet og sosial kontakt hos mennesker med langvarige psykiske lidelser. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 1: 52-5.
- 24 Hoddevik GH, Selmer R. Kroniske korsryggssmerter hos 40-åringer i 12 norske fylker. Tidssk Nor lægeforen 1999; 15: 2224-8.
- 25 Njølstad I, Løchen M-L. Koronarsykdom hos kvinner og menn: fellestrekk og ulikheter i forekomst, risikofaktorer og behandling. Norsk Epidemiologi 1999; 9 (2): 149-57.
- 26 Wolland AM (1999). Nakkeslengskade. NOU 1999: 13: 477-8.
- 27 Wolland AM (1999). Hodepine. NOU 1999: 13: 474-7.

8 Vedlegg

Tabell 1	<i>Variabeldefinisjoner ved HUNT 1995-97</i>
Tabell 2	<i>Deltagelse etter registrert alder ved frammøte</i>
Figurene 2.1 - 2.3	<i>Deltagelse etter registrert alder ved frammøte</i>
Tabell 3	<i>Bakgrunnsvariabler fordelt på alder og kjønn</i>
Figurene 3.1 - 3.14	<i>Bakgrunnsvariabler</i>
Tabell 4	<i>Andel personer 40-42 år som hadde følt seg ensom - litt, en god del eller svært mye de siste 2 ukene, fordelt på kjønn og fylke. Kilde: Statens helseundersøkelser</i>
Figur 4	<i>Andel personer 40-42 år som hadde følt seg ensom - litt, en god del eller svært mye de siste 2 ukene, fordelt på kjønn og fylke. Kilde: Statens helseundersøkelser</i>
Tabell 5	<i>Antall og andel personer 20 år og over som vurderer egen helse som god/svært god, fordelt på bakgrunnsvariabler</i>
Figurene 5.1 - 5.28	<i>Andel personer 20 år og over som vurderer egen helse som god/svært god</i>
Tabell 6	<i>Andel personer 20 år og over som vurderer egen helse som god/meget god, fordelt på alder og kjønn Kilder: HUNT-undersøkelser 1984-86 og 1995, og SSB helseundersøkelser 1985 og 1995</i>
Figurene 6.1 - 6.4	<i>Andel personer 20 år og over som vurderer egen helse som god/svært god Kilder: HUNT-undersøkelser 1984-86 og 1995, og SSB helseundersøkelser 1985 og 1995</i>
Tabell 7	<i>Andel personer 40-42 år som vurderer egen helse som god/svært god, fordelt på kjønn og fylke. Kilde: Statens helseundersøkelser</i>
Figur 7	<i>Andel personer 40-42 år som vurderer egen helse som god/svært god, fordelt på kjønn og fylke. Kilde: Statens helseundersøkelser</i>
Tabell 8	<i>Antall og andel personer 20 år og over som sier at de har eller har hatt forskjellige sykdommer, fordelt på alder og kjønn</i>
Figurene 8.1 - 8.9	<i>Andel personer 20 år og over som sier at de har eller har hatt forskjellige sykdommer</i>
Tabell 9	<i>Antall og andel personer 20 år og over som noen gang har hatt psykiske plager hvor de har søkt hjelp, fordelt på alder, kjønn, røyking og ensomhet</i>
Figurene 9.1 - 9.5	<i>Andel personer 20 år og over som noen gang har hatt psykiske plager hvor de har søkt hjelp</i>
Tabell 10	<i>Antall og andel personer 20 år og over som har vært plaget med hodepine i løpet av de siste 12 måneder (enten anfallsvis (migrene) eller annen slags hodepine), fordelt på alder, kjønn, røyking og ensomhet</i>
Figurene 10.1 - 10.5	<i>Andel personer 20 år og over som har vært plaget med hodepine i løpet av de siste 12 måneder (enten anfallsvis (migrene) eller annen slags hodepine)</i>

Tabell 11	<i>Antall og andel personer 20 år og over som har vært litt eller mye plaget av hjertebank i de siste 12 måneder, fordelt på alder, kjønn, røyking og ensomhet</i>
Figurene 11.1 - 11.5	<i>Andel personer 20 år og over som har vært litt eller mye plaget av hjertebank i de siste 12 måneder</i>
Tabell 12	<i>Antall og andel personer 20 år og over som har vært litt eller mye plaget med treg mage i de siste 12 måneder, fordelt på alder, kjønn, røyking og ensomhet</i>
Figurene 12.1 - 12.5	<i>Andel personer 20 år og over som har vært litt eller mye plaget med treg mage, i de siste 12 måneder</i>
Tabell 13	<i>Antall og andel personer 20 år og over som har vært plaget med smerter og/eller stivhet i muskler og ledd, som har vart i minst 3 måneder sammenhengende, fordelt på alder, kjønn, røyking og ensomhet</i>
Figurene 13.1 - 13.5	<i>Andel personer 20 år og over som har vært plaget med smerter og/eller stivhet i muskler og ledd, som har vart i minst 3 måneder sammenhengende</i>
Tabell 14	<i>Antall og andel personer 20 år og over som sier at legen noen gang har sagt at de har muskel-/skjelettplager, fordelt på alder og kjønn</i>
Figurene 14.1 - 14.5	<i>Andel personer 20 år og over som sier at legen noen gang har sagt at de har muskel-/skjelettplager</i>
Tabell 15	<i>Antall og andel personer 20 år og over som sier at de noen gang har hatt lårhalsbrudd, brudd i håndledd/underarm, eller nakkesleng, fordelt på alder og kjønn</i>
Figurene 15.1 - 15.3	<i>Andel personer 20 år og over som sier at de noen gang har hatt lårhalsbrudd, brudd i håndledd/underarm, eller nakkesleng</i>
Tabell 16	<i>Antall og andel personer 20 år og over som har noen langvarig sykdom, skade eller lidelse av fysisk eller psykisk art som nedsetter deres funksjon i deres daglige liv, fordelt på alder, kjønn, røyking og ensomhet</i>
Figurene 16.1 - 16.5	<i>Andel personer 20 år og over som har noen langvarig sykdom, skade eller lidelse av fysisk eller psykisk art som nedsetter deres funksjon i deres daglige liv</i>
Tabell 17	<i>Antall og andel personer 20 år og over som i løpet av de siste 12 månedene har brukt noen av de følgende medisiner daglig eller nesten daglig: smertestillende medisiner, sovemedisiner, beroligende medisiner, medisiner mot depresjon, fordelt på alder, kjønn, røyking og ensomhet</i>
Figurene 17.1 - 17.5	<i>Andel personer 20 år og over som i løpet av de siste 12 månedene har brukt noen av de følgende medisiner daglig eller nesten daglig: smertestillende, sovemedisin, beroligende medisin, medisin mot depresjon</i>
Tabell 18	<i>Salg av legemidler 1998, fordelt på fylke, angitt i definerte døgndoser per 1000 innbyggere per døgn</i>
Figurene 18.1 - 18.4	<i>Salg av legemidler 1998, fordelt på fylke, angitt i DDD/1000 innbyggere/døgn</i>

Tabell 1

Variabeldefinisjoner ved HUNT 1995-97

Variabel	Spørsmål	Svaralternativer
Bakgrunnsvariabler		
Kjønn		Mann; kvinne
Alder	(Alder ved frammøte, dvs fødselsår minus frammøteår)	
Sivilstatus	(Data er hentet fra folkeregisteret)	1 ugift; 2 gift; 3 enke eller enkemann; 4 skilt; 5 separert; 6 registrert partner; 7 separert partner; 8 skilt partner; 9 gjenlevende partner <i>Kategoriene ble slått sammen slik:</i> 2 og 6: gift 1, 3-5, 7-9: ugift/separert
Utdanning	Hvilke utdanning er den høyeste du har fullført?	1 grunnskole 7-10 år, framhaldsskole, folkehøgskole 2 realskole, middelskole, yrkesskole, 1-2 årig videregående skole; 3 artium, øk. gymnas, allmennfaglig retning i videregående skole; 4 høgskole/universitet < 4 år 5 høgskole/universitet 4 år eller mer <i>Kategoriene ble slått sammen slik:</i> 1-3: lavere utdanning 4-5: høgskole-/universitetsutdanning
Yrkesaktivitet	Hva slags arbeidssituasjon har du nå?	1 lønnet arbeid 2 selvstendig næringsdrivende 3 heltids husarbeid 4 utdanning, militærtjeneste 5 arbeidsledig, permittert 6 pensjonist, trygdet <i>Kategoriene ble slått sammen slik:</i> 1,2 og 4: yrkesaktiv/utdanning 3: heltids husarbeid 5-6: ikke yrkesaktiv
Røyking	Røyker du selv sigaretter/sigarer/sigarillos/pipe daglig?	Ja; nei eller aldri røykt daglig
Alkohol	Er du total avholdsmann/-kvinne?	Ja, nei
Ensomhet	Har du de siste 2 ukene følt deg ensom?	Nei; litt; en god del; svært mye
Venner (2)	Føler du at du har mange nok gode venner?	Ja; nei
Deprimert (1,2)	Har det noen gang i løpet av ditt liv vært sammenhengende perioder på 2 uker eller mer da du følte deg deprimert, trist og nedfor?	Ja; nei
Økonomiske vansker (1,2)	Har det i løpet av det siste året hendt at husholdningen har hatt vansker med å klare de løpende utgifter til mat, transport, bolig og liknende?	Ja, ofte; ja, av og til; ja, en sjelden gang; nei aldri

(1) Disse spørsmålene var ikke stilt til menn og kvinner 70 år og eldre

(2) Spørreskjema 2. Alle andre spørsmål er fra spørreskjema 1

Tabell 1 (forts.)

Variabeldefinisjoner ved HUNT 1995-97

Variabel	Spørsmål	Svaralternativer
Variabler om helse, sykdommer og plager		
Egenvurdert helse	Hvordan er helsa di nå?	Dårlig; ikke helt god; god; svært god
Sykdommer	Har du, eller har du hatt: Astma Hjerteinfarkt Angina pectoris Hjerneslag Diabetes	Ja; nei Ja; nei Ja; nei Ja; nei Ja; nei
	Har du, eller har du noen gang hatt: Epilepsi Psykiske plager hvor du har søkt hjelp Kreftsykdommer Stoffskiftesykdom (3)	Ja; nei Ja; nei Ja; nei Ja; nei
Muskel-/skjelettplager	Har du i løpet av det siste året vært plaget med smerter og/eller stivhet i muskler og ledd som har vart i minst 3 måneder sammenhengende? Har lege noen gang sagt at du har/har hatt noen av disse sykdommene: Beinskjørhet (osteoporose) Fibromyalgi Leddgikt (rheumatoid artritt) Slitasjegikt (artrose) Bechterews sykdom	Ja; nei Ja; nei Ja; nei Ja; nei Ja; nei
	Har du noen gang hatt: Lårhalsbrudd Brudd i håndledd/underarm Nakkesleng (whiplash)	Ja; nei Ja; nei Ja; nei
Nedsatt funksjon	Har du noen langvarig sykdom, skade eller lidelse av fysisk eller psykisk art som nedsetter dine funksjoner i ditt daglige liv?	Ja, nei
Plager	I hvilken grad har du hatt disse plagene i de siste 12 månedene: Hjertebank Treg mage	Ikke plaget; litt plaget; mye plaget Ikke plaget; litt plaget; mye plaget
Medisinbruk (2)	Har du i deler av de siste 12 måneder brukt noen medisiner daglig eller nesten daglig? (Smertestillende medisiner, sovemedisiner, beroligende medisiner, medisiner mot depresjon)	Ja; nei
Hodepine (2)	Har du vært plaget av hodepine i løpet av de siste 12 måneder?	Ja, anfallsvis (migrene); ja, annen slags hodepine; nei

(2) Spørreskjema 2. Alle andre spørsmål er fra spørreskjema 1

(3) Inkluderer: for høyt stoffskifte, for lavt stoffskifte, struma og annen sykdom i skjoldbruskkjertelen

Tabell 2

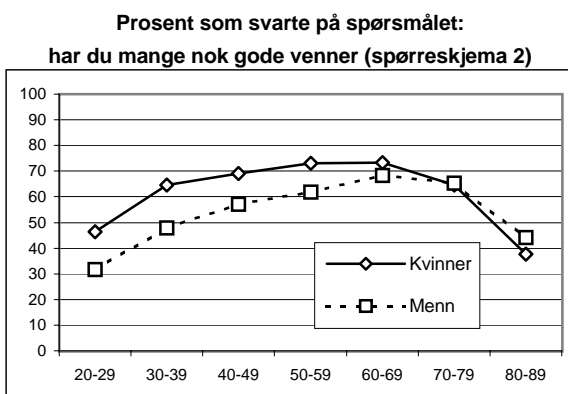
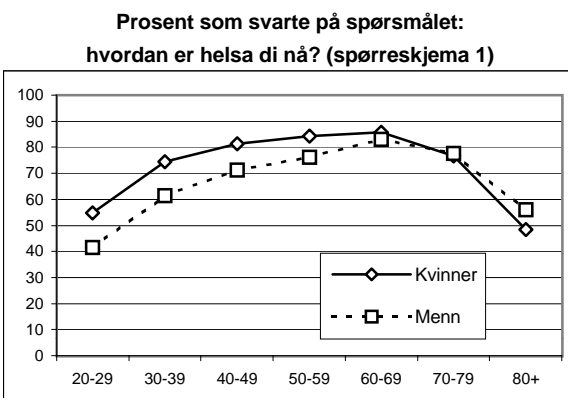
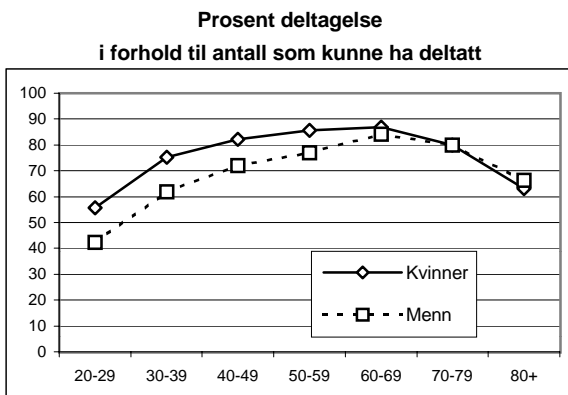
Deltagelse etter registrert alder ved frammøte

	Alder								Alle
	19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+	
Antall som kunne ha deltatt									
Kvinner	56	8 541	8 141	8 582	6 753	5 430	5 675	3 531	46 709
Menn	49	9 379	8 755	9 054	7 032	5 181	4 725	2 052	46 227
Totalt	105	17 920	16 896	17 636	13 785	10 611	10 400	5 583	92 936
Antall deltatt*									
Kvinner	56	4 763	6 133	7 058	5 787	4 723	4 534	2 226	35 280
Menn	49	3 960	5 417	6 511	5 418	4 366	3 776	1 363	30 860
Totalt	105	8 723	11 550	13 569	11 205	9 089	8 310	3 589	66 140
Prosent deltagelse i forhold til antall som kunne ha deltatt									
Kvinner		55,8	75,3	82,2	85,7	87,0	79,9	63,0	75,5
Menn		42,2	61,9	71,9	77,0	84,3	79,9	66,4	66,8
Alle		48,7	68,4	76,9	81,3	85,7	79,9	64,3	71,2
Prosent som svarte på spørsmålet: hvordan er helsa di nå? (spørreskjema 1)									
Kvinner		54,7	74,5	81,4	84,2	85,7	76,7	48,3	73,2
Menn		41,6	61,3	71,3	76,2	83,1	77,6	55,9	65,4
Alle		47,9	67,7	76,2	80,1	84,5	77,1	51,1	69,3
Prosent som svarte på spørsmålet: har du mange nok gode venner (spørreskjema 2)									
Kvinner		46,4	64,5	69,1	72,9	73,4	64,5	37,6	62,3
Menn		31,7	47,8	57,1	62,0	68,3	65,4	44,2	52,4
Alle		38,7	55,8	62,9	67,3	70,9	64,9	40,0	57,4

* Deltakelse etter beskrivelse - personlig møtt fram eller levert spørreskjema, eller deltatt i aldersinstitusjonsprosjektet

Figurene 2.1 - 2.3

Deltagelse etter registrert alder ved frammøte



Tabell 3*Bakgrunnsvariabler fordelt på alder og kjønn***Antall**

	Alder							Alle
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+	
Kvinner								
Sivilstatus								
- gift/registrert partner	759	3 674	5 390	4 602	3 329	2 115	386	20 255
- ugift/enke/enkemann/skilt/sep	3 956	2 447	1 654	1 173	1 381	2 331	1 549	14 491
Utdanning								
- andre	3 135	4 285	5 243	4 655	3 909	3 397	1 343	25 967
- høyskole/universitet	1 497	1 778	1 718	953	327	162	50	6 485
Yrkesaktivitet								
- yrkesaktiv/utdanning	3 345	4 356	5 342	3 655	976	15	3	17 692
- heltids husarbeid	630	1 103	845	841	773	161	35	4 388
- ikke yrkesaktiv	614	572	772	1 168	2 806	3 976	1 535	11 443
Røyker daglig	1 331	2 174	2 767	1 787	1 150	531	69	9 809
Daglige røykere:								
- ikke ensom	1 215	2 009	2 476	1 460	817	333	46	8 356
- ensom en god del/svært mye	70	84	96	99	80	63	12	504
Er avholdsmann/-kvinne	274	345	548	786	1 139	1 713	771	5 576
Ensom: litt, en god del, svært mye	862	845	950	906	845	1 178	678	6 264
Ensom: en god del, svært mye:								
- alle	171	174	209	209	234	369	272	1 638
- gift/registrert partner	24	59	108	115	81	54	20	461
- ugift/enke/enkemann/skilt/sep	147	115	101	94	153	315	252	1 177
Ikke nok gode venner (2)	761	896	889	729	499	415	173	4 362
Deprimert (1,2)	1 572	2 465	2 982	2 500	1 809	..	..	11 328
Økonomiske vansker (1,2)	822	1 138	1 004	562	402	..	..	3 928
Menn								
Sivilstatus								
- gift/registrert partner	269	2 567	4 750	4 282	3 421	2 794	752	18 835
- ugift/enke/enkemann/skilt/sep	3 658	2 835	1 745	1 118	924	934	507	11 721
Utdanning								
- andre	3 021	4 100	4 696	4 139	3 488	2 896	890	23 230
- høyskole/universitet	824	1 233	1 724	1 138	503	257	61	5 740
Yrkesaktivitet								
- yrkesaktiv/utdanning	3 355	4 943	5 901	4 526	1 495	37	8	20 265
- heltids husarbeid	3	18	16	10	12	1	4	64
- ikke yrkesaktiv	468	396	511	792	2 728	3 531	1 064	9 490
Røyker daglig	955	1 462	2 133	1 591	1 128	674	115	8 058
Daglige røykere blant:								
- ikke ensom	895	1 349	1 895	1 345	899	474	77	6 934
- ensom en god del/svært mye	44	52	109	88	55	44	10	402
Er avholdsmann/-kvinne	176	222	285	398	458	634	289	2 462
Ensom: litt, en god del, svært mye	676	712	932	773	553	574	276	4 496
Ensom: en god del, svært mye:								
- alle	106	152	223	204	159	191	102	1 137
- gift/registrert partner	5	22	80	86	54	55	27	329
- ugift/enke/enkemann/skilt/sep	101	130	143	118	105	136	75	808
Ikke nok gode venner (2)	537	951	1 139	787	437	342	91	4 284
Deprimert (1,2)	751	1 404	1 729	1 489	880	..	..	6 253
Økonomiske vansker (1,2)	441	772	848	454	302	..	..	2 817

Tabell 3 (forts.)*Bakgrunnsvariabler fordelt på alder og kjønn***Andel (3)**

	Alder							Alle
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+	
Kvinner								
Sivilstatus								
- gift/registrert partner	16,1	60,0	76,5	79,7	70,7	47,6	19,9	58,3
- ugift/enke/enkemann/skilt/sep	83,9	40,0	23,5	20,3	29,3	52,4	80,1	41,7
Utdanning								
- andre	67,7	70,7	75,3	83,0	92,3	95,4	96,4	80,0
- høyskole/universitet	32,3	29,3	24,7	17,0	7,7	4,6	3,6	20,0
Yrkesaktivitet								
- yrkesaktiv/utdanning	70,9	71,2	75,8	63,3	20,7			50,9
- heltids husarbeid	13,4	18,0	12,0	14,6	16,4			12,6
- ikke yrkesaktiv	13,0	9,3	11,0	20,2	59,6			32,9
Røyker daglig								
Daglige røykere blant:								
- ikke ensom	27,7	35,1	39,1	30,3	23,0	11,7	4,5	29,2
- ensom en god del/svært mye	40,9	48,3	45,9	47,4	34,2	17,1	4,4	30,8
Er avholdsmann/-kvinne	5,9	5,7	7,9	14,0	25,3	42,0	49,3	16,7
Ensom: litt, en god del, svært mye	18,9	14,3	14,5	18,0	22,3	36,7	52,8	20,7
Ensom: en god del, svært mye:								
- alle	3,7	3,0	3,2	4,2	6,2	11,5	21,2	5,4
- gift/registrert partner	3,3	1,7	2,2	2,9	3,1	3,7	8,5	2,6
- ugift/enke/enkemann/skilt/sep	3,8	4,9	6,6	9,2	13,5	17,9	24,0	9,3
Ikke nok gode venner (2)	19,2	17,1	15,0	14,8	12,5	11,3	13,0	15,0
Deprimert (1,2)	39,9	47,3	51,0	52,1	49,4			48,3
Økonomiske vansker (1,2)	20,9	21,7	16,9	11,4	10,1			16,3
Menn								
Sivilstatus								
- gift/registrert partner	6,9	47,5	73,1	79,3	78,7	74,9	59,7	61,6
- ugift/enke/enkemann/skilt/sep	93,1	52,5	26,9	20,7	21,3	25,1	40,3	38,4
Utdanning								
- andre	78,6	76,9	73,1	78,4	87,4	91,8	93,6	80,2
- høyskole/universitet	21,4	23,1	26,9	21,6	12,6	8,2	6,4	19,8
Yrkesaktivitet								
- yrkesaktiv/utdanning	85,4	91,5	90,9	83,8	34,4			66,3
- heltids husarbeid	0,1	0,3	0,2	0,2	0,3			0,2
- ikke yrkesaktiv	11,9	7,3	7,9	14,7	62,8			31,1
Røyker daglig								
Daglige røykere blant:								
- ikke ensom	24,0	26,7	31,9	28,6	25,4	17,4	10,4	26,2
- ensom en god del/svært mye	41,5	34,2	48,9	43,1	34,6	23,0	9,8	35,4
Er avholdsmann/-kvinne	4,5	4,2	4,5	7,5	10,9	18,3	27,4	8,3
Ensom: litt, en god del, svært mye	17,7	13,7	15,1	15,7	14,9	19,7	32,7	16,3
Ensom: en god del, svært mye:								
- alle	2,8	2,9	3,6	4,2	4,3	6,5	12,1	4,1
- gift/registrert partner	1,9	0,9	1,8	2,2	1,8	2,5	5,3	2,0
- ugift/enke/enkemann/skilt/sep	2,8	4,8	8,8	11,9	13,9	18,8	22,5	7,5
Ikke nok gode venner (2)	18,1	22,7	22,0	18,1	12,3	11,1	10,0	17,7
Deprimert (1,2)	25,4	33,8	33,9	34,8	26,0			31,4
Økonomiske vansker (1,2)	14,9	18,3	16,3	10,3	8,4			13,8

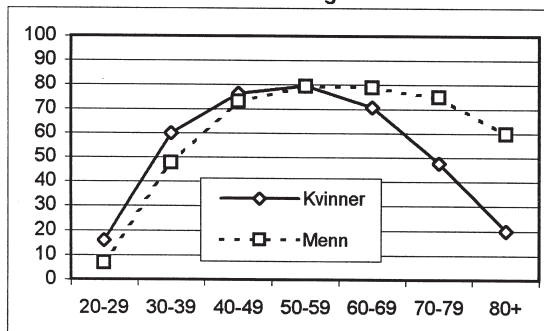
(1) Disse spørsmålene var ikke stilt til menn og kvinner 70 år og eldre

(2) Spørreskjema 2. Alle andre spørsmål er fra spørreskjema 1

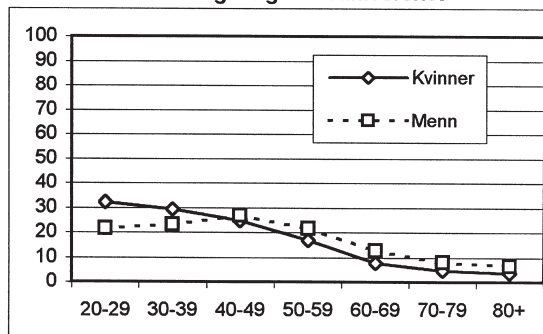
(3) Andel av dem som har levert spørreskjema og besvart det aktuelle spørsmålet

Figurene 3.1 - 3.7
 Bakgrunnsvariabler

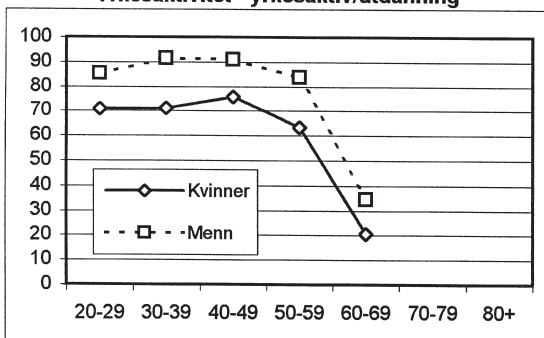
Sivilstatus - gift



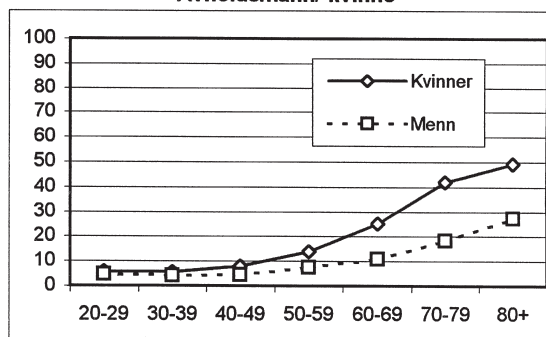
Utdanning- høyskole/universitet



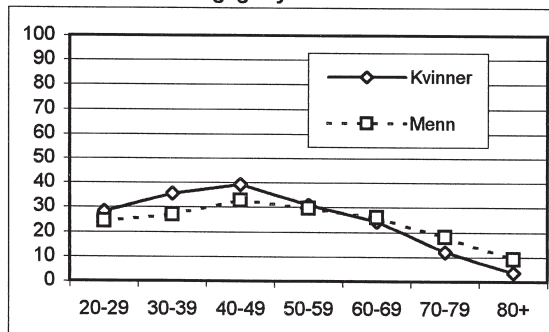
Yrkesaktivitet - yrkesaktiv/utdanning



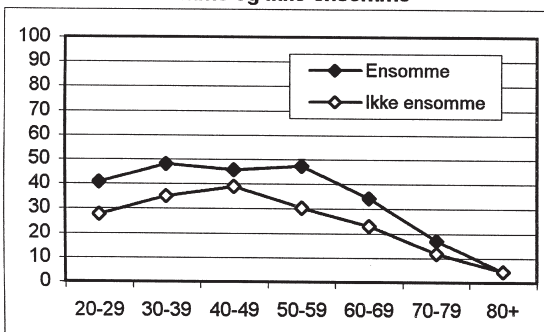
Avholdsmann/-kvinne



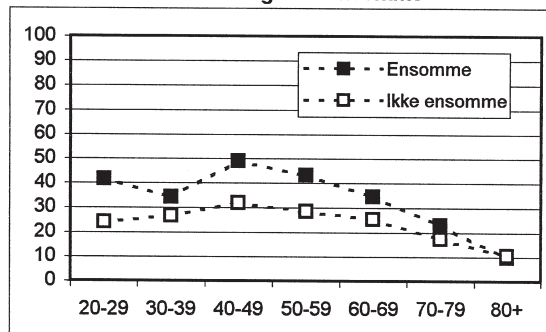
Daglig røykere - alle



**Daglig røykere: kvinner
 ensomme og ikke-ensomme**



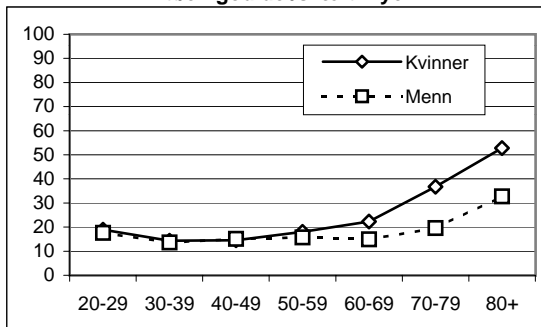
**Daglig røykere: menn
 ensomme og ikke-ensomme**



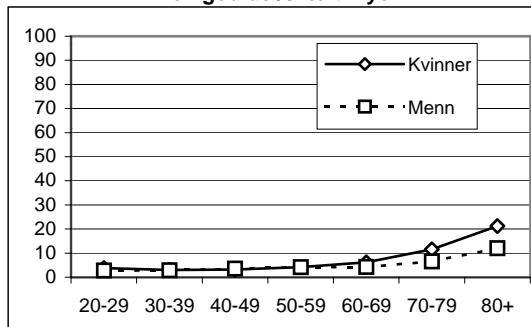
Figurene 3.8 - 3.14

Bakgrunnsvariabler (forts.)

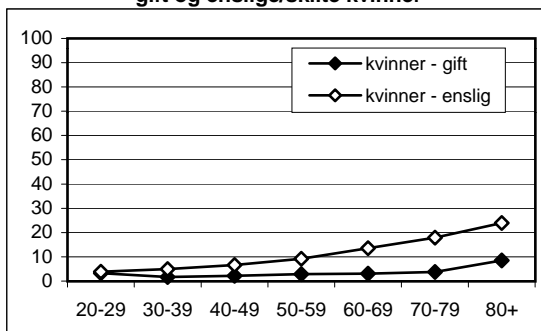
**Ensom i løpet av de siste 2 ukene:
litt/en god del/svært mye**



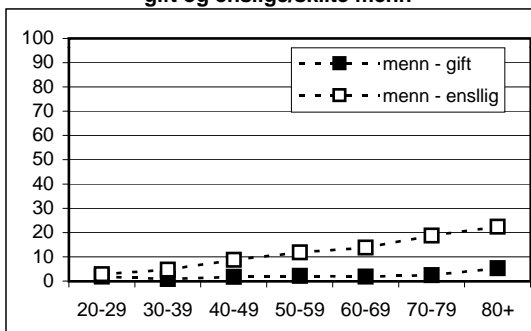
**Ensom i løpet av de siste 2 ukene:
en god del/svært mye**



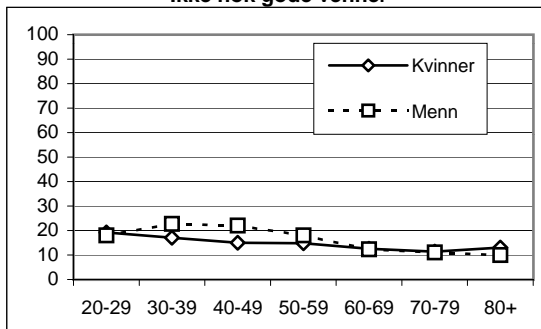
**Ensom i løpet av de siste 2 ukene:
en god del/svært mye
gift og enslige/skilte kvinner**



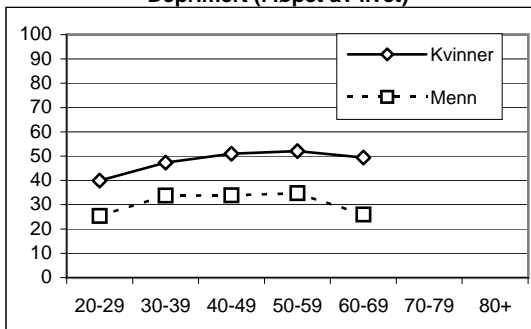
**Ensom i løpet av de siste 2 ukene:
en god del/svært mye
gift og enslige/skilte menn**



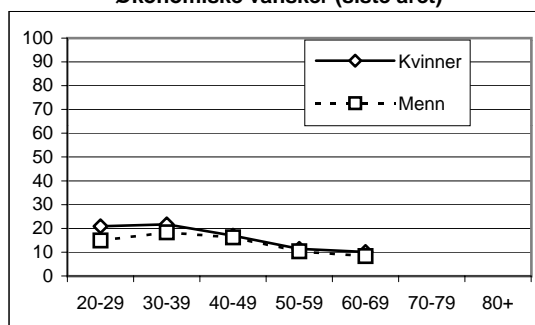
Ikke nok gode venner



Deprimert (i løpet av livet)



Økonomiske vansker (siste året)



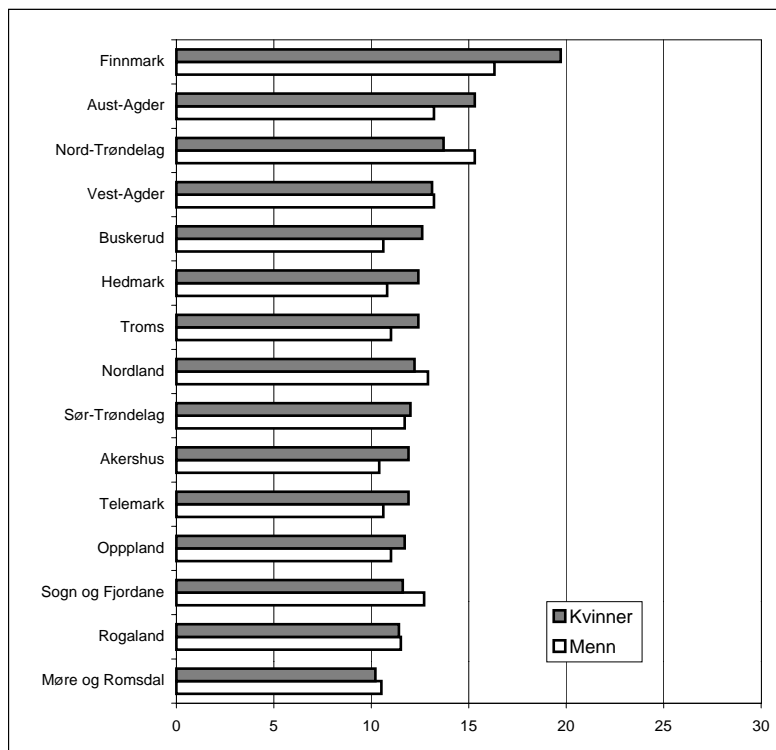
Tabell 4

Andel personer 40-42 år som hadde følt seg ensom - litt, en god del eller svært mye de siste 2 ukene, fordelt på kjønn og fylke
Kilde: Statens helseundersøkelser

Fylke	År	Menn	Kvinner
Møre og Romsdal	1996	10,5	10,2
Rogaland	1998-99	11,5	11,4
Sogn og Fjordane	1999	12,7	11,6
Opppland	1997-98	11,0	11,7
Telemark	1995-96	10,6	11,9
Akershus	1996-97	10,4	11,9
Sør-Trøndelag	1998	11,7	12,0
Nordland	1997-98	12,9	12,2
Troms	1997	11,0	12,4
Hedmark	1997	10,8	12,4
Buskerud	1996	10,6	12,6
Vest-Agder	1996	13,2	13,1
Nord-Trøndelag	1995	15,3	13,7
Aust-Agder	1998	13,2	15,3
Finnmark	1996-97	16,3	19,7

Figur 4

Andel personer 40-42 år som hadde følt seg ensom - litt, en god del eller svært mye de siste 2 ukene, fordelt på kjønn og fylke
Kilde: Statens helseundersøkelser



Tabell 5

Antall personer 20 år og over som vurderer egen helse som god/svært god, fordelt på bakgrunnsvariabler

Antall	Alder							Alle
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+	
Kvinner								
Alle	4 213	5 141	5 437	3 702	2 640	2 157	713	24 003
Gift	649	3 132	4 235	2 982	1 858	1 024	138	14 018
Ugift/separert	3 564	2 009	1 202	720	782	1 133	575	9 985
Lavere utdanning	2 762	3 531	3 930	2 925	2 160	1 658	550	17 516
Høgskole-/univers.utdanning	1 379	1 570	1 452	697	232	103	25	5 458
Yrkesaktiv/utdanning	3 055	3 805	4 404	2 698	708	9	1	14 680
Heltids husarbeid	542	923	645	576	485	79	15	3 265
Ikke yrkesaktiv	510	358	338	377	1 365	1 966	632	5 546
Ikke røykere	3036	3345	3361	2585	1993	1850	657	16827
Røykere	1134	1734	2003	1053	597	243	31	6795
Ikke avholds	3919	4825	4985	3168	1985	1244	360	20486
Avholds	237	260	394	445	561	751	291	2 939
Ikke ensom	3 965	4 867	4 998	3 215	2 102	1 469	439	21 055
Ensom	123	104	98	81	81	126	87	700
Nok gode venner	2 932	3 767	4 023	2 802	2 045	1 706	494	17 769
Ikke nok gode venner	638	669	622	375	208	124	54	2 690
Ikke deprimert	2 215	2 491	2 472	1 715	1 237	..	..	10 130
Deprimert	1 328	1 924	2 115	1 386	880	..	..	7 633
Ikke økonomiske vansker	2 865	3 575	4 013	2 963	2 088	..	..	15 504
Økonomiske vansker	679	855	632	235	158	..	..	2 559
Menn								
Alle	3 562	4 710	5 289	3 879	2 570	2 075	553	22 638
Gift	240	2 269	3 943	3 141	2 027	1 602	345	13 567
Ugift/separert	3 322	2 441	1 346	738	543	473	208	9 071
Lavere utdanning	2 732	3 539	3 732	2 858	2 022	1 633	420	16 936
Høgskole-/univers.utdanning	768	1 117	1 509	950	373	184	42	4 943
Yrkesaktiv/utdanning	3 086	4 393	4 993	3 558	1 091	23	6	17 150
Heltids husarbeid	3	14	12	4	9	0	1	43
Ikke yrkesaktiv	396	274	241	284	1 425	1 980	509	5 109
Ikke røykere	2 694	3 440	3 577	2 718	1 850	1 596	465	16 340
Røykere	827	1 227	1 645	1 082	633	355	56	5 825
Ikke avholds	3 372	4 471	5 017	3 535	2 241	1 634	374	20 644
Avholds	153	173	211	270	257	335	134	1 533
Ikke ensom	3 405	4 464	4 962	3 501	2 231	1 633	379	20 575
Ensom	83	99	113	100	57	79	35	566
Nok gode venner	2 251	2 906	3 368	2 632	1 895	1 597	412	15 061
Ikke nok gode venner	468	770	867	531	225	175	33	3 069
Ikke deprimert	2 062	2 511	2 928	2 187	1 609	..	..	11 297
Deprimert	646	1 147	1 254	933	447	..	..	4 427
Ikke økonomiske vansker	2 335	3 109	3 700	2 960	2 047	..	..	14 151
Økonomiske vansker	377	591	570	227	106	..	..	1 871

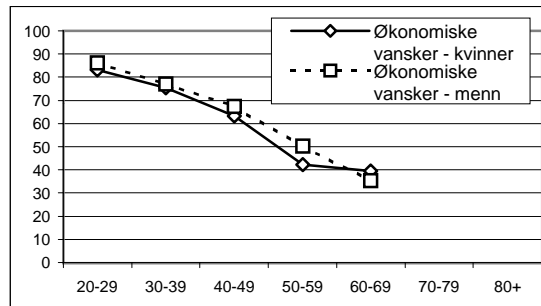
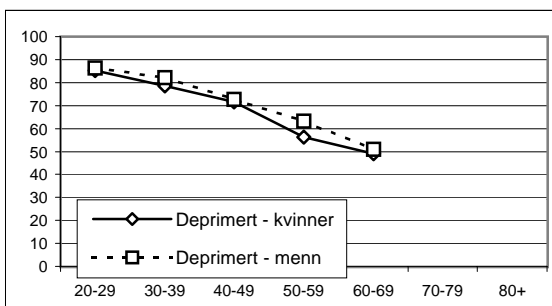
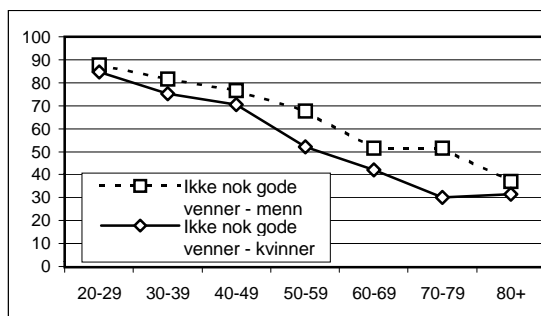
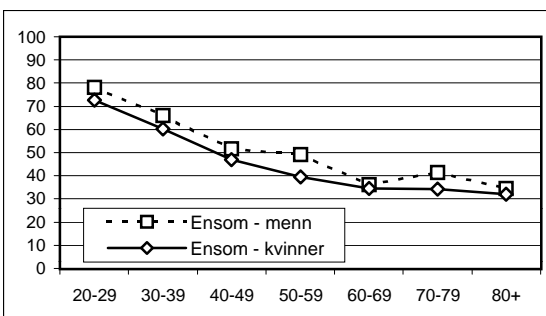
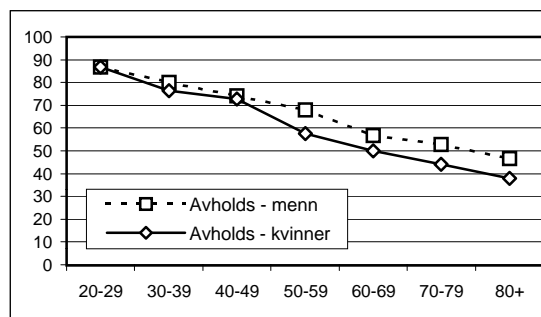
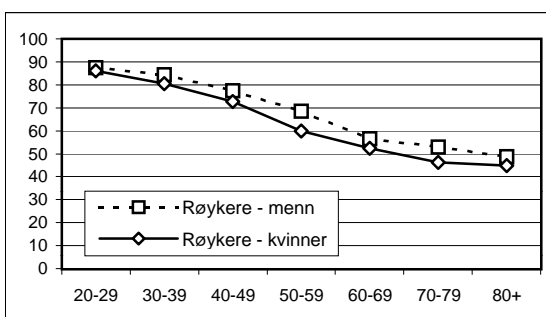
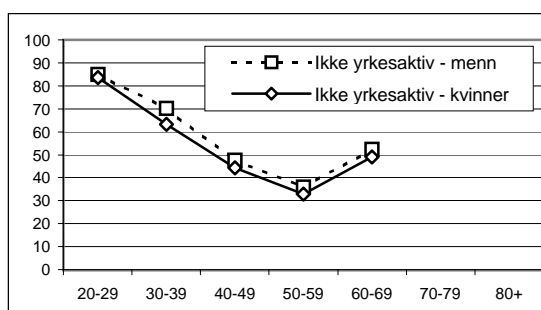
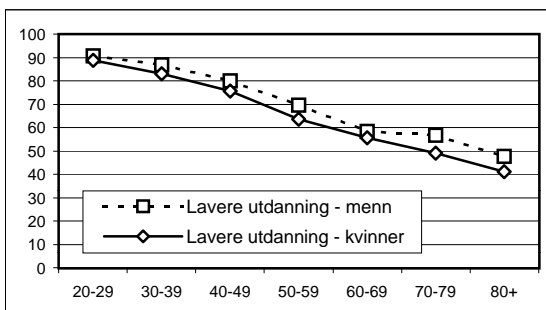
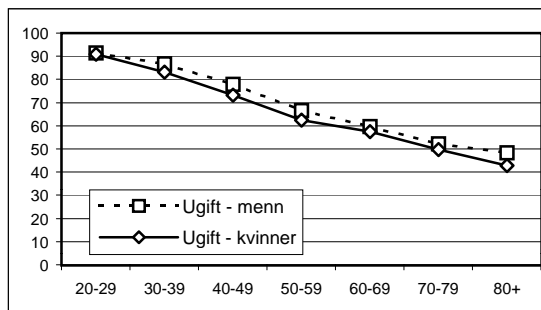
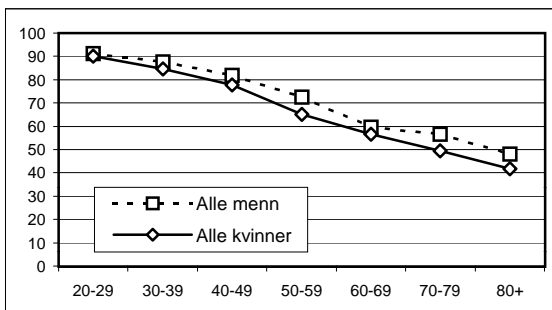
Tabell 5 (forts.)

Andel personer 20 år og over som vurderer egen helse som god/svært god, fordelt på bakgrunnsvariabler

Andel	Alder							Alle
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+	
Kvinner								
Alle	90,1	84,7	77,8	65,1	56,7	49,6	41,8	70,3
Gift	86,6	85,8	79,2	65,8	56,4	49,3	38,2	70,1
Ugift/separert	90,8	83,0	73,1	62,4	57,4	49,8	42,7	70,7
Lavere utdanning	88,9	83,0	75,5	63,7	55,7	49,1	41,2	68,0
Høgskole-/univers.utdanning	92,6	89,0	85,0	74,2	72,3	64,8	50,0	84,9
Yrkesaktiv/utdanning	92,0	88,1	83,0	74,8	73,4			83,7
Heltids husarbeid	86,7	84,1	77,1	69,2	63,3			75,0
Ikke yrkesaktiv	83,6	63,1	44,2	32,9	49,2			48,9
Ikke røykere	91,7	87,2	81,3	67,6	58,5	49,7	41,6	70,7
Røykere	86,1	80,4	72,8	59,9	52,2	46,4	44,9	69,9
Ikke avholds	90,4	85,2	78,5	66,3	59,6	53,0	45,7	74,2
Avholds	86,8	76,5	72,7	57,5	49,9	44,2	37,9	53,2
Ikke ensom	91,0	85,7	79,4	67,7	59,7	52,1	43,6	74,1
Ensom	72,8	60,1	46,9	39,5	34,6	34,3	32,1	43,0
Nok gode venner	92,2	87,2	80,4	67,6	59,2	53,0	43,8	72,7
Ikke nok gode venner	84,7	75,3	70,4	52,0	42,1	30,2	31,4	62,2
Ikke deprimert	94,4	91,3	86,6	75,5	67,3			84,0
Deprimert	85,3	78,6	71,5	56,2	49,0			67,8
Ikke økonomiske vansker	92,7	87,8	81,9	68,5	59,2			77,7
Økonomiske vansker	83,2	75,5	63,3	42,3	39,4			65,4
Menn								
Alle	91,3	87,7	81,9	72,4	59,7	56,6	48,2	74,9
Gift	89,2	88,8	83,4	73,9	59,6	58,0	48,1	72,7
Ugift/separert	91,4	86,7	77,8	66,6	59,7	52,3	48,3	78,7
Lavere utdanning	90,8	86,8	79,9	69,5	58,3	56,7	47,6	73,3
Høgskole-/univers.utdanning	93,5	91,2	87,9	84,2	74,5	71,9	68,9	86,6
Yrkesaktiv/utdanning	92,4	89,3	85,1	79,2	73,4			85,1
Heltids husarbeid	..	..	..	..	..			..
Ikke yrkesaktiv	85,0	70,1	47,5	36,0	52,5			54,2
Ikke røykere	92,6	89,1	84,2	74,2	61,5	57,3	48,0	76,2
Røykere	87,4	84,4	77,5	68,4	56,6	52,8	48,7	72,7
Ikke avholds	91,6	88,2	82,6	72,8	60,5	58,0	49,1	76,6
Avholds	86,9	80,1	74,0	67,8	56,6	52,9	46,7	62,6
Ikke ensom	91,9	88,8	83,8	74,8	63,3	60,1	51,6	78,2
Ensom	78,3	66,0	51,6	49,3	36,1	41,4	34,7	50,2
Nok gode venner	93,0	90,2	83,9	74,2	61,5	58,5	51,4	76,0
Ikke nok gode venner	87,6	81,7	76,7	67,8	51,5	51,6	37,1	72,1
Ikke deprimert	93,8	91,5	87,4	78,8	64,6			83,2
Deprimert	86,5	82,2	72,8	63,2	51,0			71,1
Ikke økonomiske vansker	93,1	90,9	85,2	75,7	62,3			80,9
Økonomiske vansker	86,1	77,1	67,5	50,2	35,3			66,7

Figurene 5.1 - 5.10

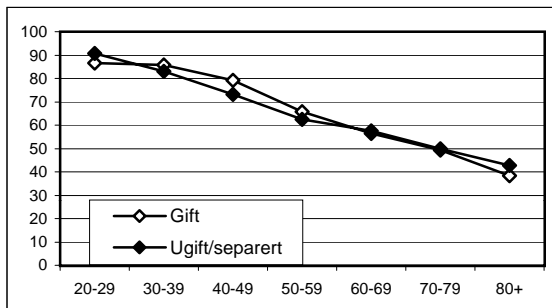
Andel personer 20 år og over som vurderer egen helse som god/svært god



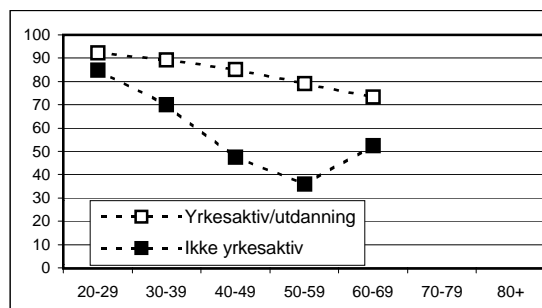
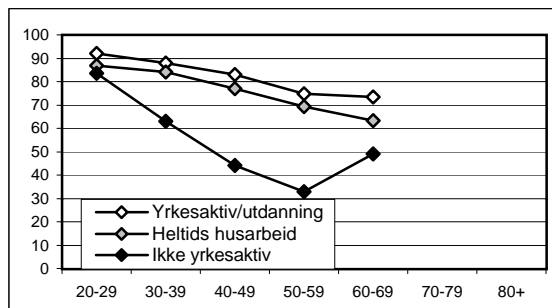
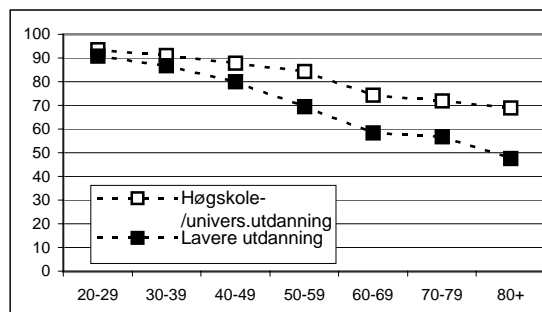
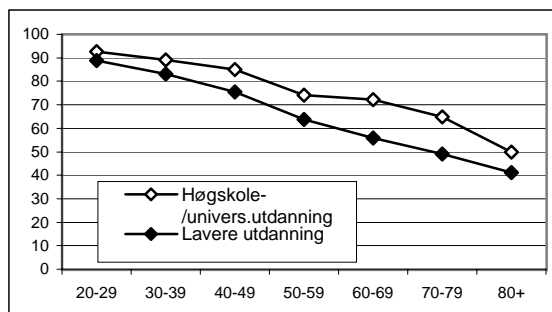
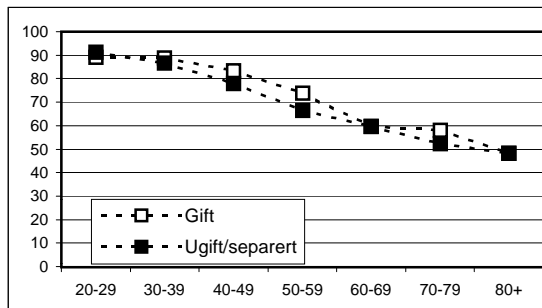
Figurene 5.11 - 5.16

Andel personer 20 år og over som vurderer egen helse som god/svært god

Kvinner



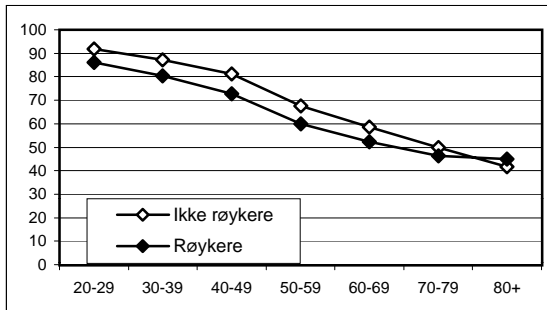
Menn



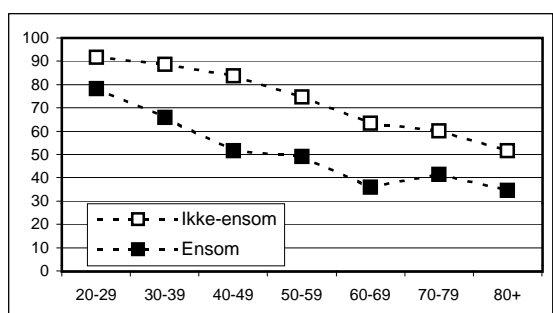
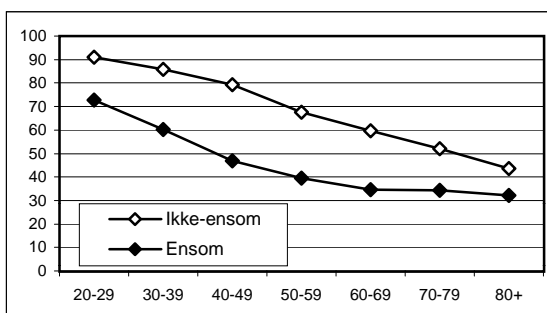
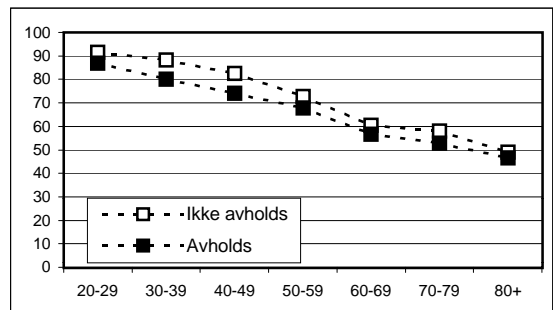
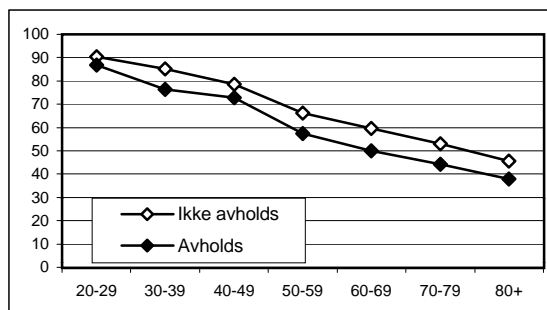
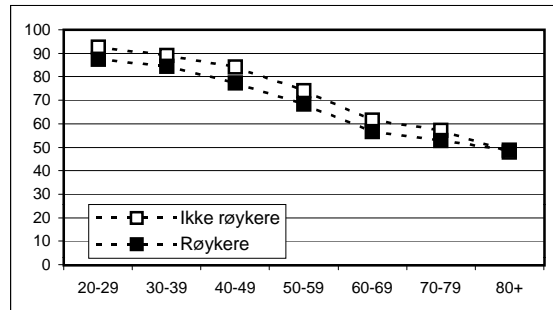
Figurene 5.17 - 5.22

Andel personer 20 år og over som vurderer egen helse som god/svært god

Kvinner



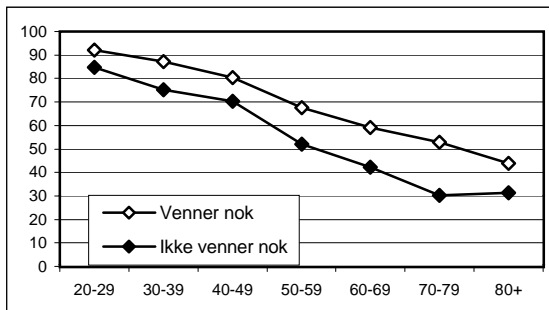
Menn



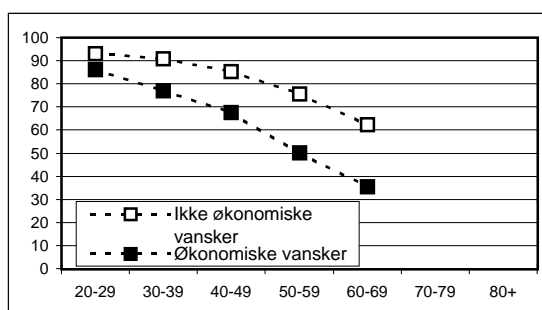
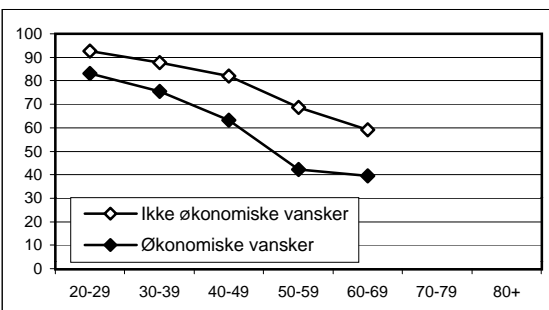
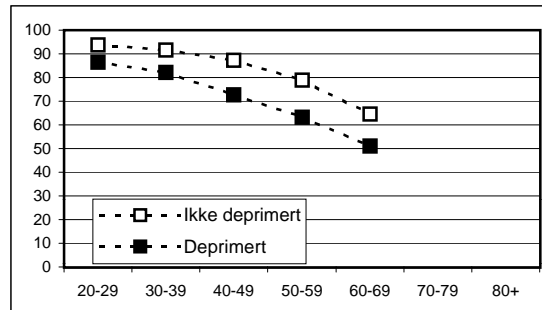
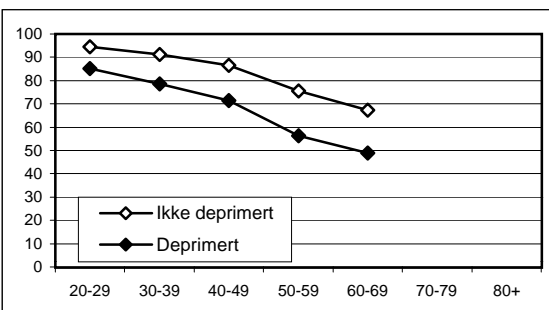
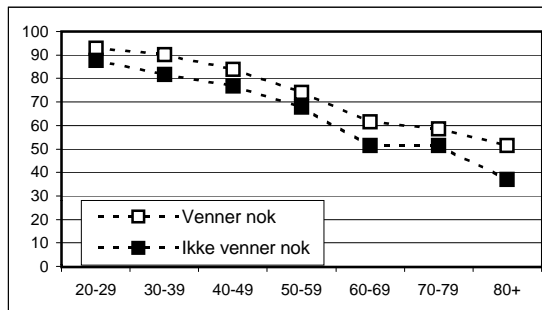
Figurene 5.23 - 5.28

Andel personer 20 år og over som vurderer egen helse som god/svært god

Kvinner



Menn



Tabell 6

Andel personer 20 år og over som vurderer egen helse som god/meget god, fordelt på alder og kjønn

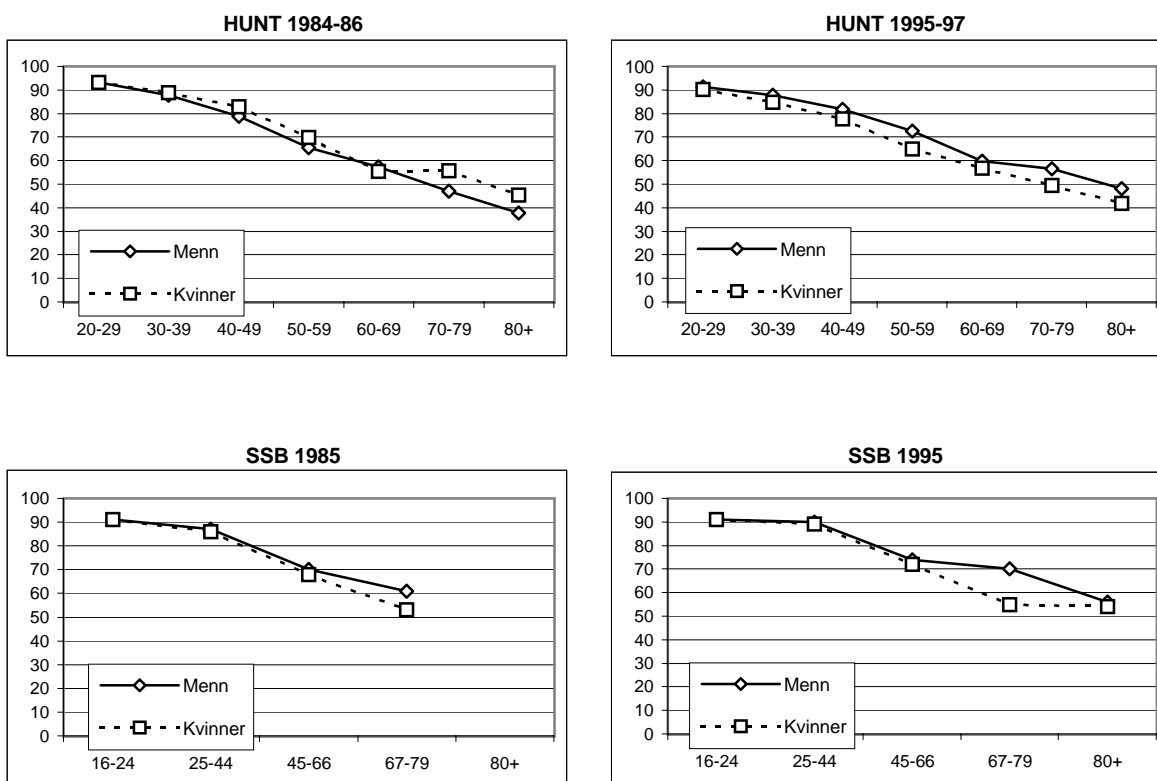
Kilder: HUNT-undersøkelser 1984-86 og 1995-97, og SSB helseundersøkelser 1985 og 1995

Alder	HUNT 1984-86		HUNT 1995-77		Alder	SSB 1985		SSB 1995	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner		Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
20-29	93,3	93,1	91,3	90,1	16-24	91	91	91	91
30-39	87,8	88,9	87,7	84,7	25-44	87	86	90	89
40-49	78,9	83,0	81,9	77,8	45-66	70	68	74	72
50-59	65,4	70,0	72,4	65,1	67-79	61	53	70	55
60-69	57,4	55,4	59,7	56,7	80+			56	54
70-79	47,1	55,6	56,6	49,6	Alle	83	80	81	77
80+	37,7	45,4	48,2	41,8					
Alle	74,9	71,2	74,9	70,3					

Figurene 6.1 - 6.4

Andel personer 20 år og over som vurderer egen helse som god/svært god

Kilder: HUNT-undersøkelser 1984-86 og 1995-97, og SSB helseundersøkelser 1985 og 1995



Tabell 7

Andel personer 40-42 år som vurderer egen helse som god/svært god, fordelt på kjønn og fylke

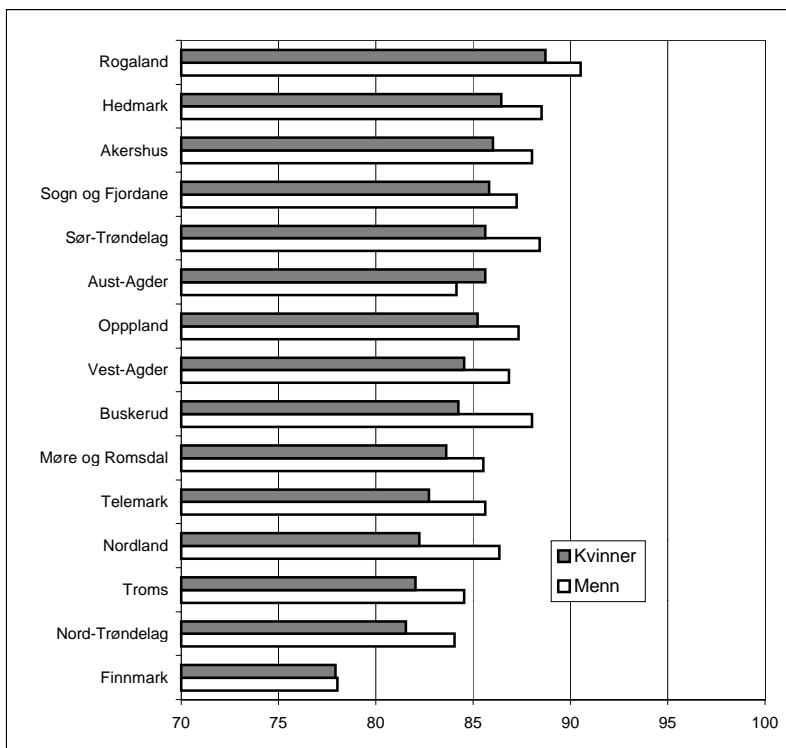
Kilde: Statens helseundersøkelser

Fylke	År	Menn	Kvinner
Finnmark	1996-97	78,0	77,9
Nord-Trøndelag	1995	84,0	81,5
Troms	1997	84,5	82,0
Nordland	1997-98	86,3	82,2
Telemark	1995-96	85,6	82,7
Møre og Romsdal	1996	85,5	83,6
Buskerud	1996	88,0	84,2
Vest-Agder	1996	86,8	84,5
Oppland	1997-98	87,3	85,2
Aust-Agder	1998	84,1	85,6
Sør-Trøndelag	1998	88,4	85,6
Sogn og Fjordane	1999	87,2	85,8
Akershus	1996-97	88,0	86,0
Hedmark	1997	88,5	86,4
Rogaland	1998-99	90,5	88,7

Figur 7

Andel personer 40-42 år som vurderer egen helse som god/svært god, fordelt på kjønn og fylke

Kilde: Statens helseundersøkelser



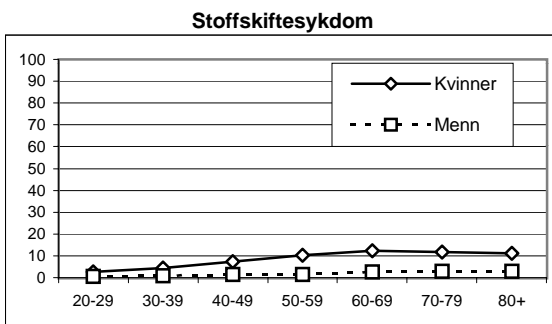
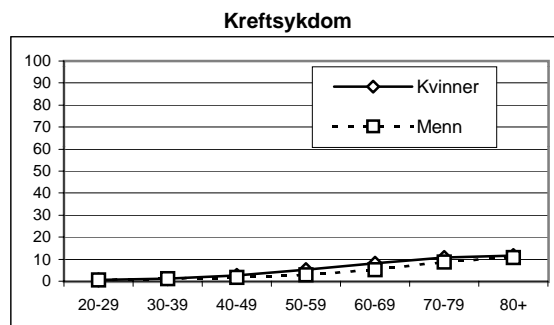
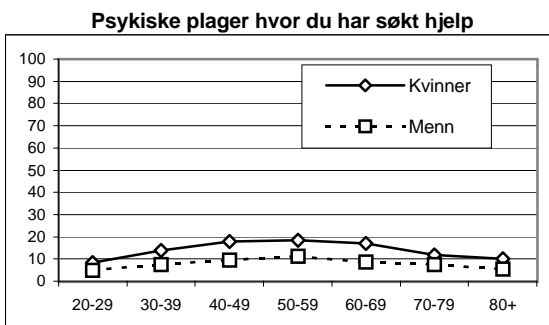
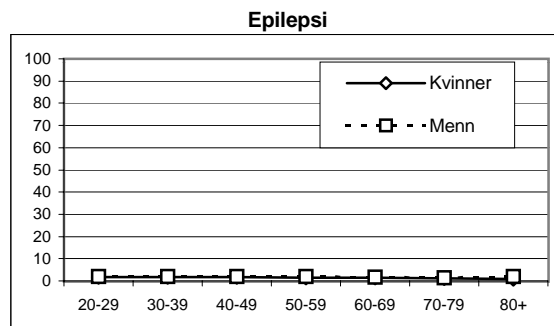
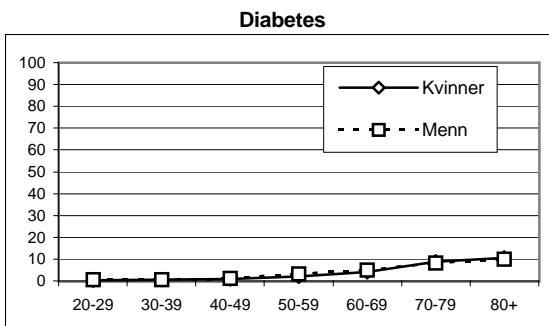
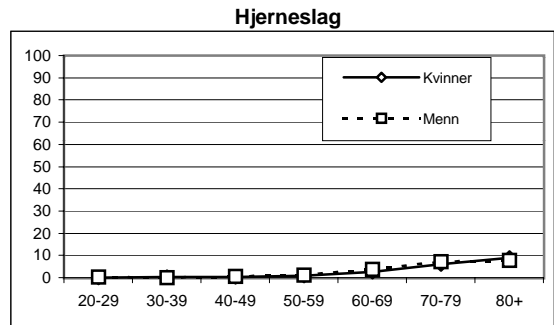
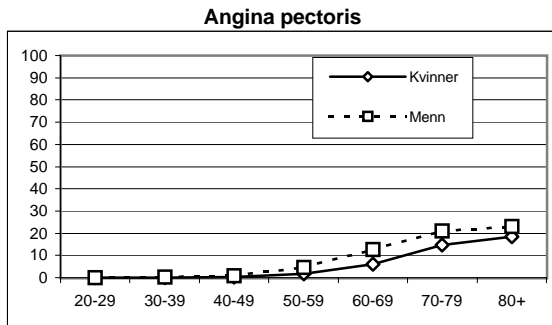
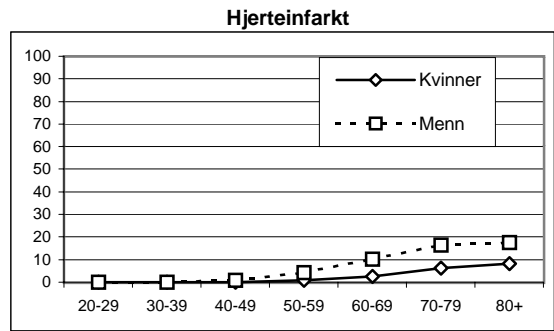
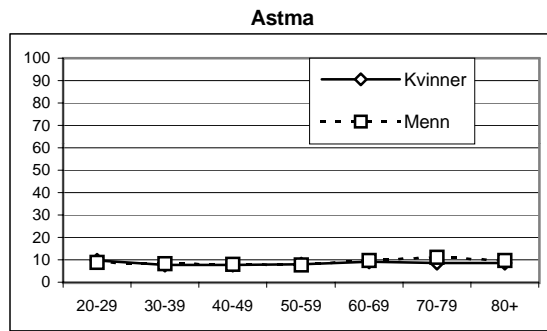
Tabell 8

Antall og andel personer 20 år og over som sier at de har eller har hatt forskjellige sykdommer fordelt på alder og kjønn

	Alder							Alle
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+	
Antall								
Kvinner								
Astma	456	467	546	459	433	370	147	2 878
Hjerteinfarkt		4	9	55	126	269	141	604
Angina pectoris		6	19	104	282	644	314	1 369
Hjerneslag	6	12	23	52	119	259	154	625
Diabetes	16	40	70	121	194	387	183	1 011
Epilepsi	77	100	109	79	55	47	10	477
Psykiske plager hvor du har søkt hjelp	382	833	1216	1006	709	422	132	4 700
Kreftsykdom	25	76	187	285	338	393	160	1 464
Stoffskiftesykdom	122	272	506	586	570	498	185	2 739
Menn								
Astma	346	447	522	417	418	405	113	2 668
Hjerteinfarkt	2	5	52	225	435	599	203	1 521
Angina pectoris	5	9	61	251	549	772	263	1 910
Hjerneslag	8	7	30	65	162	263	90	625
Diabetes	27	35	83	169	215	296	115	940
Epilepsi	78	109	124	112	68	44	19	554
Psykiske plager hvor du har søkt hjelp	186	398	608	587	353	246	52	2 430
Kreftsykdom	26	55	103	147	209	290	104	934
Stoffskiftesykdom	18	40	88	86	117	106	35	490
Andel								
Kvinner								
Astma	9,7	7,7	7,8	8,0	9,2	8,5	8,6	8
Hjerteinfarkt	0,0	0,1	0,1	1,0	2,7	6,2	8,3	2
Angina pectoris	0,0	0,1	0,3	1,8	6,0	14,8	18,4	4
Hjerneslag	0,1	0,2	0,3	0,9	2,5	5,9	9,1	2
Diabetes	0,3	0,7	1,0	2,1	4,1	8,8	10,7	3
Epilepsi	1,6	1,7	1,6	1,5	1,3	1,3	0,7	1
Psykiske plager hvor du har søkt hjelp	8,2	13,8	17,8	18,6	17,0	11,9	10,0	15
Kreftsykdom	0,5	1,3	2,7	5,3	8,1	10,8	11,6	5
Stoffskiftesykdom	2,6	4,5	7,3	10,4	12,4	11,6	11,0	8
Menn								
Astma	8,9	8,3	8,1	7,7	9,7	11,0	9,8	9
Hjerteinfarkt	0,1	0,1	0,8	4,2	10,1	16,3	17,7	5
Angina pectoris	0,1	0,2	0,9	4,7	12,7	21,1	23,1	6
Hjerneslag	0,2	0,1	0,5	1,2	3,8	7,2	7,8	2
Diabetes	0,7	0,6	1,3	3,1	5,0	8,1	10,0	3
Epilepsi	2,0	2,0	1,9	2,1	1,7	1,3	1,9	2
Psykiske plager hvor du har søkt hjelp	4,8	7,5	9,5	11,3	8,7	7,6	5,5	8
Kreftsykdom	0,7	1,0	1,6	2,8	5,2	8,9	10,8	3
Stoffskiftesykdom	0,5	0,7	1,4	1,6	2,7	2,9	3,1	2

Figurene 8.1 - 8.9

Andel personer 20 år og over som sier at de har eller har hatt forskjellige sykdommer



Tabell 9

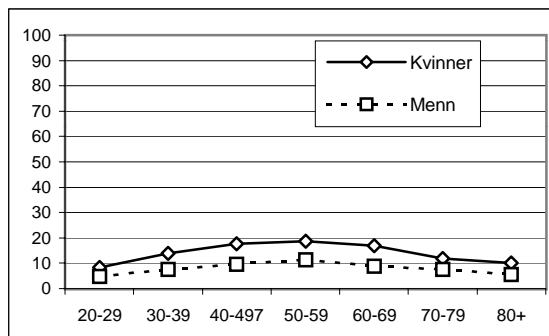
Antall og andel personer 20 år og over
som noen gang har hatt psykiske plager hvor de har søkt hjelp
fordelt på alder, kjønn, røyking og ensomhet

	Alder							Alle
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+	
Antall								
Kvinner								
Alle	382	833	1 216	1 006	709	422	132	4 700
Ikke røykere	208	445	600	577	483	343	126	2 782
Røykere	172	377	603	406	215	73	3	1 849
Ikke ensom	312	714	993	782	501	268	79	3 649
Ensom	54	80	124	95	81	78	33	545
Menn								
Alle	186	398	608	587	353	246	52	2 430
Ikke røykere	113	233	324	351	236	186	41	1 484
Røykere	70	158	279	222	104	51	7	891
Ikke ensom	158	334	475	454	261	167	31	1 880
Ensom	23	45	90	76	38	36	13	321
Andel								
Kvinner								
Alle	8,2	13,8	17,8	18,6	17,0	11,9	10,0	14,7
Ikke røykere	6,3	11,7	14,7	15,8	15,7	11,3	10,2	12,5
Røykere	13,2	17,7	22,4	24,3	21,0	16,2	5,1	19,8
Ikke ensom	7,2	12,6	16,0	16,9	15,1	10,7	9,1	13,3
Ensom	33,1	48,2	61,1	50,8	38,9	25,6	15,8	37,8
Menn								
Alle	4,8	7,5	9,5	11,3	8,7	7,6	5,5	8,4
Ikke røykere	3,9	6,1	7,7	9,8	8,3	7,5	5,0	7,2
Røykere	7,5	11,0	13,3	14,5	9,9	8,6	7,9	11,5
Ikke ensom	4,3	6,7	8,1	9,9	7,6	6,5	4,7	7,3
Ensom	22,8	31,0	40,9	38,8	26,0	20,9	15,5	30,2

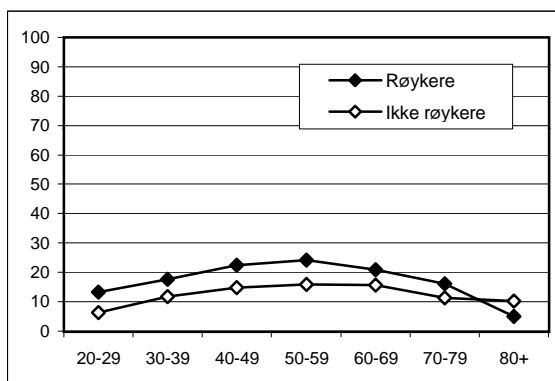
Figurene 9.1 - 9.5

Andel personer 20 år og over som noen gang har hatt psykiske plager hvor de har søkt hjelp

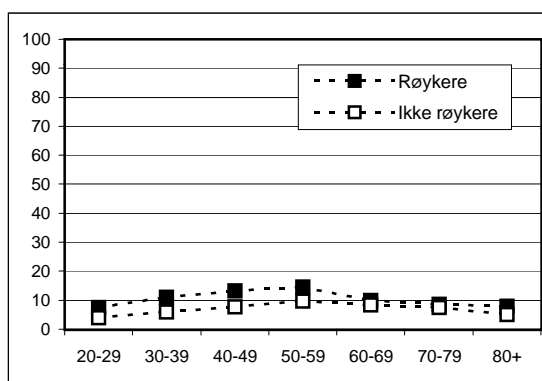
Alle



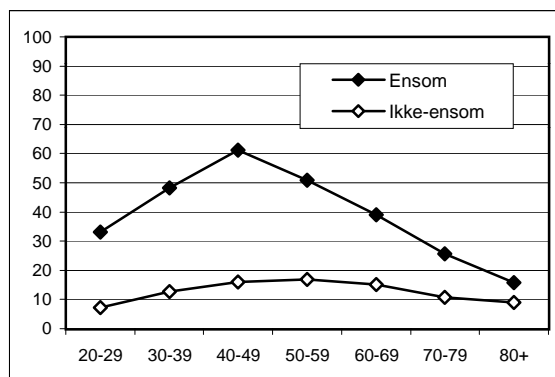
Kvinner



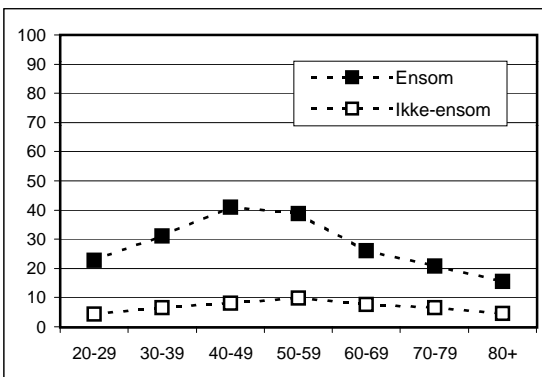
Menn



Kvinner



Menn



Tabell 10

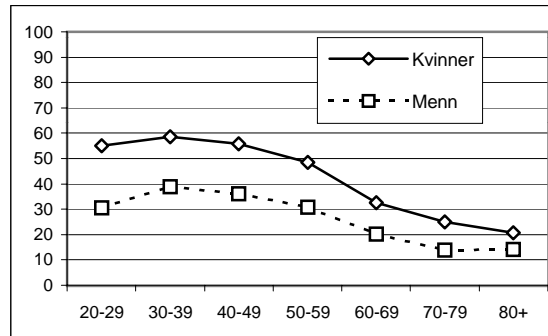
Antall og andel personer 20 år og over som har vært plaget med hodepine i løpet av de siste 12 måneder (enten anfallsvis (migrene) eller annen slags hodepine) fordelt på alder, kjønn, røyking og ensomhet

	Alder							Alle
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+	
Antall								
Kvinner								
Alle	2 162	3 065	3 271	2 315	1 199	830	248	13 090
Ikke røykere	1 466	1 901	1 990	1 604	913	714	230	8 818
Røykere	676	1 133	1 243	669	262	102	4	4 089
Ikke ensom	1 997	2 832	2 947	1 931	906	536	133	11 282
Ensom	110	124	124	100	84	94	64	700
Menn								
Alle	901	1 611	1 856	1 324	694	419	125	6 930
Ikke røykere	624	1 105	1 207	970	492	329	105	4 832
Røykere	266	484	616	330	165	67	10	1 938
Ikke ensom	851	1 510	1 675	1 150	571	297	70	6 124
Ensom	32	50	89	67	33	37	17	325
Andel								
Kvinner								
Alle	55,0	58,6	55,8	48,6	32,6	24,9	20,8	46,8
Ikke røykere	51,2	56,3	55,8	48,8	33,1	24,8	21,2	44,5
Røykere	65,2	63,4	56,2	48,1	30,7	26,6	7,5	53,0
Ikke ensom	54,2	57,6	55,0	47,5	31,4	23,5	18,4	47,2
Ensom	74,3	85,5	73,8	60,2	45,9	33,9	33,3	54,7
Menn								
Alle	30,6	38,8	36,2	30,9	20,2	14,0	14,0	29,1
Ikke røykere	27,8	36,5	35,4	32,5	20,1	14,2	13,9	28,1
Røykere	40,1	44,8	37,5	27,3	19,8	12,8	12,3	32,1
Ikke ensom	30,3	38,5	35,4	30,1	19,7	12,7	11,7	29,0
Ensom	41,0	47,2	48,9	43,5	26,6	23,6	21,8	37,0

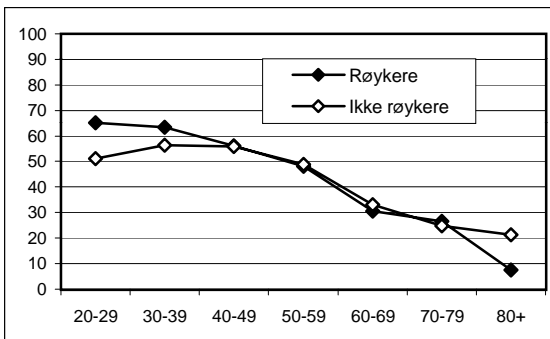
Figurene 10.1 - 10.5

Andel personer 20 år og over som har vært plaget med hodepine i løpet av de siste 12 måneder (enten anfallsvis (migrene) eller annen slags hodepine)

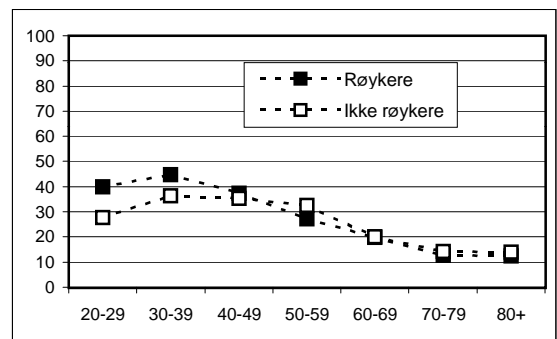
Alle



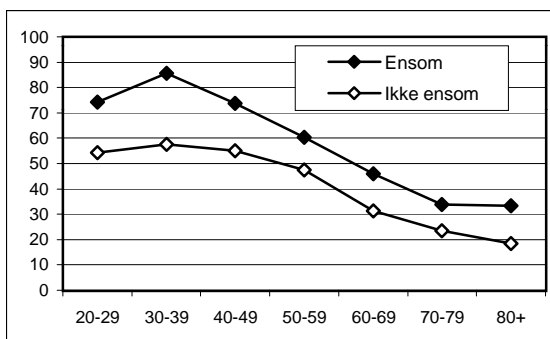
Kvinner



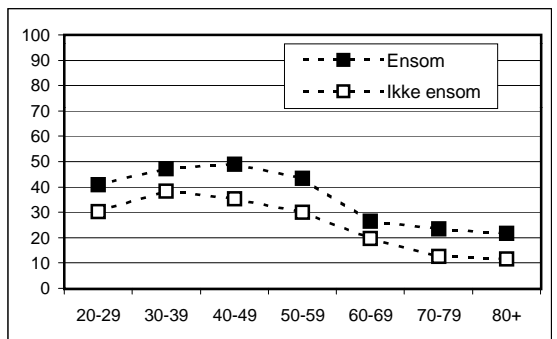
Menn



Kvinner



Menn



Tabell 11

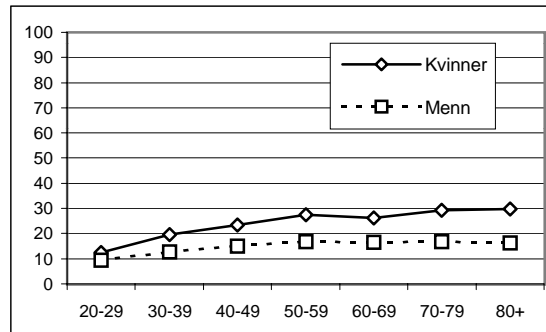
Antall og andel personer 20 år og over som har vært litt eller mye plaget av hjertebank i de siste 12 måneder fordelt på alder, kjønn, røyking og ensomhet

	Alder							Alle
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+	
Antall								
Kvinner								
Alle	564	1 146	1 525	1 373	965	875	346	6 794
Ikke røykere	321	603	824	863	692	752	328	4 383
Røykere	238	529	682	485	248	107	9	2 298
Ikke ensom	495	1 035	1 334	1 097	711	593	221	5 486
Ensom	50	73	88	99	81	118	70	579
Menn								
Alle	358	664	923	830	613	478	128	3 994
Ikke røykere	218	420	545	551	431	366	103	2 634
Røykere	138	239	368	265	156	89	15	1 270
Ikke ensom	327	595	804	679	496	357	82	3 340
Ensom	26	46	64	64	40	45	22	307
Andel								
Kvinner								
Alle	12,5	19,6	23,3	27,4	26,1	29,1	29,7	22,8
Ikke røykere	10,0	16,3	21,1	25,5	25,4	29,4	30,1	21,3
Røykere	18,6	25,4	26,6	31,5	27,5	26,9	17,0	26,1
Ikke ensom	11,7	18,8	22,3	25,4	23,8	27,1	27,9	21,1
Ensom	30,5	44,2	45,1	55,0	43,3	42,0	36,6	42,5
Menn								
Alle	9,5	12,8	15,0	16,9	16,5	16,7	16,2	14,6
Ikke røykere	7,7	11,2	13,4	16,2	16,4	16,6	15,0	13,5
Røykere	15,0	17,1	18,3	18,4	16,4	17,2	19,0	17,4
Ikke ensom	9,0	12,2	14,1	15,5	15,6	15,4	14,2	13,5
Ensom	26,0	32,6	32,0	37,0	29,4	28,7	30,1	31,3

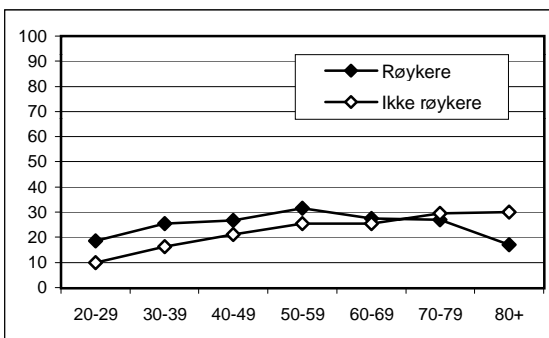
Figurene 11.1 - 11.5

Andel personer 20 år og over som har vært litt eller mye plaget av hjertebank i de siste 12 måneder

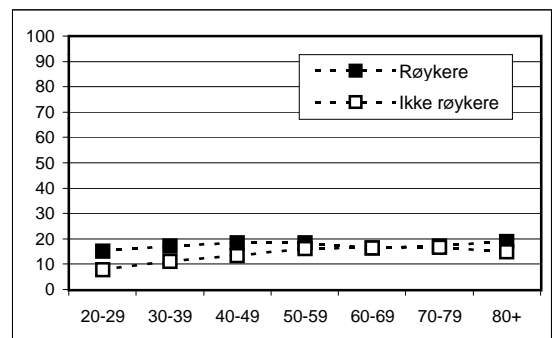
Alle



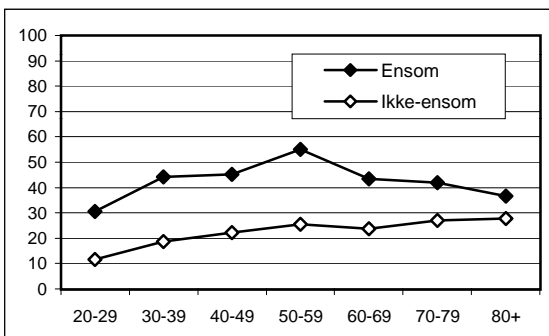
Kvinner



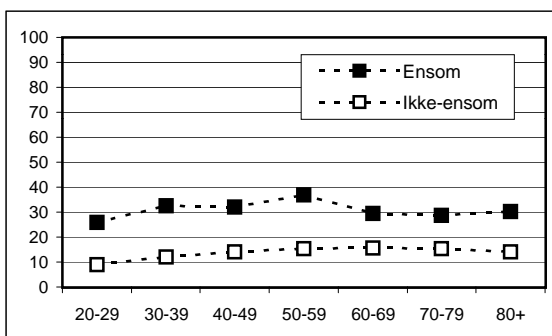
Menn



Kvinner



Menn



Tabell 12

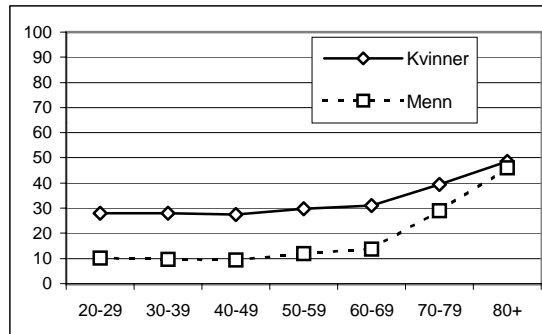
Antall og andel personer 20 år og over som har vært litt eller mye plaget med treg mage i de siste 12 måneder fordelt på alder, kjønn, røyking og ensomhet

	Alder							Alle
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+	
Antall								
Kvinner								
Alle	1 277	1 640	1 799	1 481	1 158	1 241	625	9 221
Ikke røykere	885	1 013	1 094	1 033	878	1 055	580	6 538
Røykere	379	607	680	426	255	165	30	2 542
Ikke ensom	1 174	1 513	1 610	1 258	876	838	384	7 653
Ensom	57	73	89	72	90	147	137	665
Menn								
Alle	383	503	579	576	504	862	410	3 817
Ikke røykere	265	339	357	384	373	660	355	2 733
Røykere	113	160	213	183	114	159	40	982
Ikke ensom	359	455	506	482	415	634	279	3 130
Ensom	18	30	45	39	24	67	50	273
Andel								
Kvinner								
Alle	28,1	27,9	27,6	29,7	30,9	39,4	48,6	30,6
Ikke røykere	27,4	27,1	28,1	30,4	31,7	39,2	48,3	31,3
Røykere	29,7	29,3	26,9	28,1	28,0	40,1	50,8	29,0
Ikke ensom	27,5	27,3	27,0	29,0	28,9	37,1	45,7	29,2
Ensom	35,2	45,9	47,6	41,9	47,9	50,0	62,3	48,1
Menn								
Alle	10,1	9,7	9,5	11,9	13,7	29,1	46,0	13,9
Ikke røykere	9,3	9,1	8,8	11,4	14,3	28,9	45,9	13,9
Røykere	12,3	11,5	10,8	12,9	12,1	29,7	45,5	13,5
Ikke ensom	9,9	9,3	8,9	11,1	13,1	26,7	44,2	12,7
Ensom	18,0	20,5	22,4	22,7	17,6	42,9	56,8	27,3

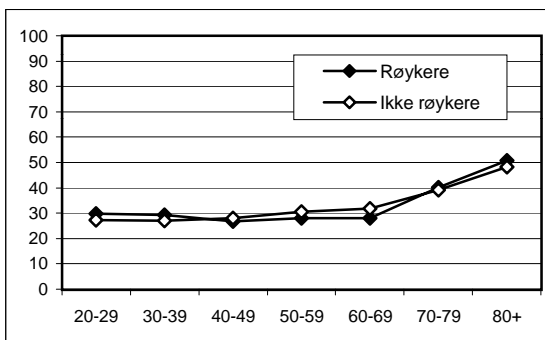
Figurene 12.1 - 12.5

Andel personer 20 år og over som har vært litt eller mye plaget med treg mage i de siste 12 måneder

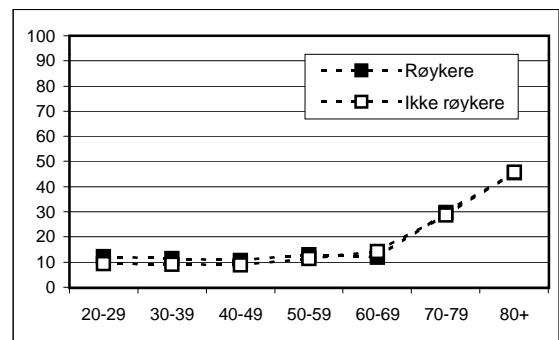
Alle



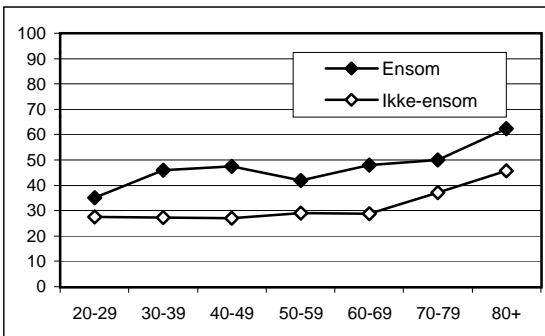
Kvinner



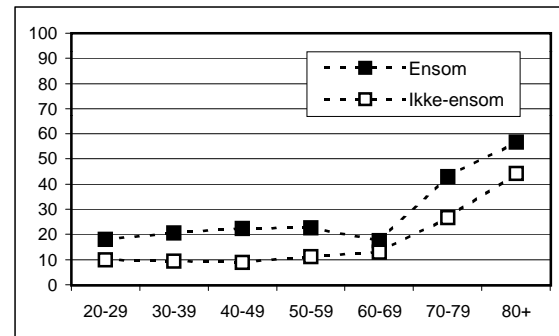
Menn



Kvinner



Menn



Tabell 13

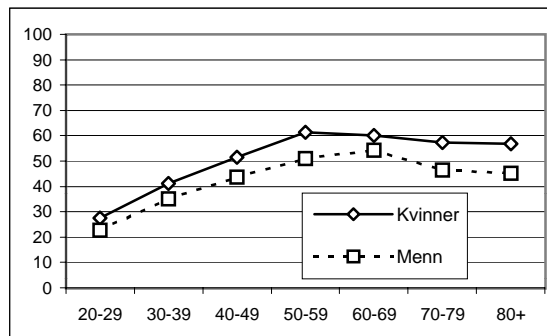
Antall og andel personer 20 år og over som har vært plaget med smerter og/eller stivhet i muskler og ledd som har vart i minst 3 måneder sammenhengende fordelt på alder, kjønn, røyking og ensomhet

	Alder							Alle
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+	
Antall								
Kvinner								
Alle	1 288	2 505	3 620	3 507	2 795	2 484	961	17 160
Ikke røykere	801	1 407	1 998	2 276	1 994	2 119	893	11 488
Røykere	469	1 059	1 569	1 158	732	313	40	5 340
Ikke ensom	1 148	2 288	3 209	2 836	2 079	1 596	553	13 709
Ensom	76	104	152	165	169	241	180	1 087
Menn								
Alle	889	1 896	2 824	2 731	2 336	1 696	517	12 889
Ikke røykere	604	1 249	1 742	1 815	1 628	1 307	430	8 775
Røykere	276	626	1 048	861	608	287	55	3 761
Ikke ensom	832	1 747	2 536	2 331	1 865	1 247	315	10 873
Ensom	35	69	129	127	105	103	53	621
Andel								
Kvinner								
Alle	27,4	41,1	51,6	61,2	60,1	57,4	56,9	50,2
Ikke røykere	24,1	36,5	48,1	59,2	58,6	57,2	57,1	48,2
Røykere	35,3	48,9	57,0	65,2	64,1	60,0	58,8	54,7
Ikke ensom	26,2	40,1	50,8	59,3	59,0	56,8	55,3	48,1
Ensom	44,7	60,1	72,7	79,3	72,5	66,2	67,2	66,9
Menn								
Alle	22,7	35,2	43,7	50,9	54,3	46,6	45,2	42,6
Ikke røykere	20,7	32,2	40,9	49,4	54,3	47,2	44,5	40,9
Røykere	29,0	42,8	49,3	54,5	54,1	43,4	48,7	46,9
Ikke ensom	22,4	34,6	42,8	49,7	53,0	46,1	42,8	41,3
Ensom	33,0	45,4	57,8	62,9	66,0	54,5	53,0	54,9

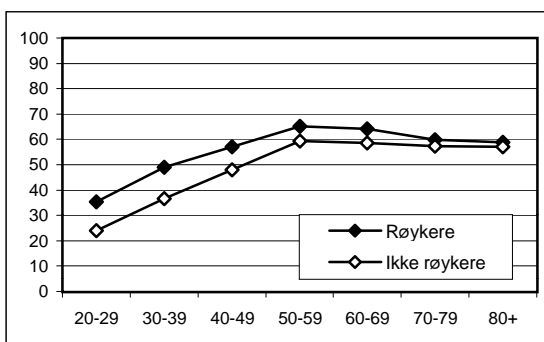
Figurene 13.1 - 13.5

Andel personer 20 år og over som har vært plaget med smerter og/eller stivhet i muskler og ledd som har vart i minst 3 måneder sammenhengende

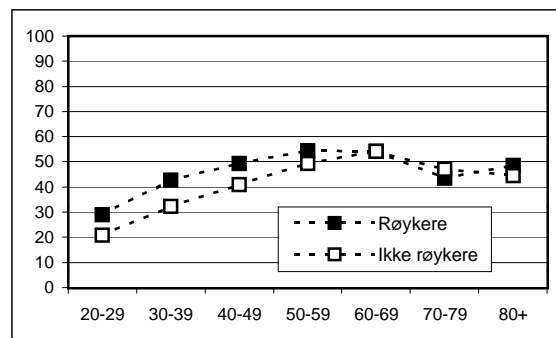
Alle



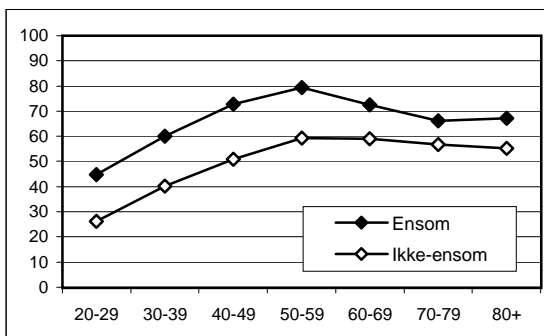
Kvinner



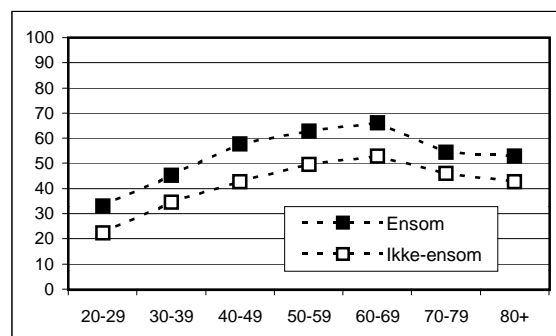
Menn



Kvinner



Menn



Tabell 14

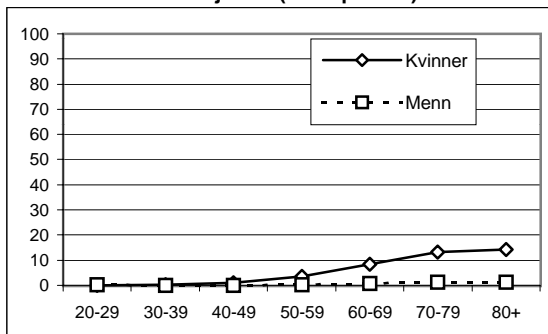
Antall og andel personer 20 år og over som sier at legen noen gang har sagt at de har muskel-/skjelettplager, fordelt på alder og kjønn

	Alder							Alle
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+	
Antall								
Kvinner								
Beinskjørhet (osteoporose)	3	8	62	188	335	459	189	1244
Fibromyalgi	50	221	498	552	333	122	32	1808
Leddgikt (reumatoid artritt)	47	123	155	200	248	262	147	1182
Slitasjegikt (artrose)	15	82	293	705	1112	1358	576	4141
Bechterews sykdom	53	117	161	109	59	31	7	537
Menn								
Beinskjørhet (osteoporose)	5	5	7	19	25	39	13	113
Fibromyalgi	13	36	69	73	58	24	4	277
Leddgikt (reumatoid artritt)	30	47	91	105	123	119	36	551
Slitasjegikt (artrose)	22	44	193	383	646	676	214	2178
Bechterews sykdom	39	80	146	115	53	32	2	467
Andel								
Kvinner								
Beinskjørhet (osteoporose)	0,1	0,1	0,9	3,7	8,5	13,3	14,4	4,0
Fibromyalgi	1,1	3,7	7,4	10,6	8,7	3,9	2,7	5,9
Leddgikt (reumatoid artritt)	1,0	2,1	2,3	4,0	6,5	8,3	12,1	3,9
Slitasjegikt (artrose)	0,3	1,4	4,4	13,8	28,1	38,8	44,0	13,3
Bechterews sykdom	1,1	2,0	2,4	2,2	1,6	1,0	0,6	1,8
Menn								
Beinskjørhet (osteoporose)	0,1	0,1	0,1	0,4	0,6	1,2	1,4	0,4
Fibromyalgi	0,3	0,7	1,1	1,4	1,5	0,8	0,5	1,0
Leddgikt (reumatoid artritt)	0,8	0,9	1,4	2,1	3,2	3,9	4,1	1,9
Slitasjegikt (artrose)	0,6	0,8	3,1	7,5	16,8	21,7	24,0	7,7
Bechterews sykdom	1,0	1,5	2,3	2,3	1,4	1,1	0,2	1,7

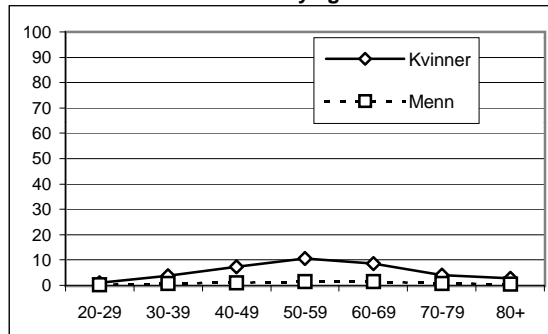
Figurene 14.1 - 14.5

Andel personer 20 år og over som sier at legen noen gang har sagt at de har muskel-/skjelettplager

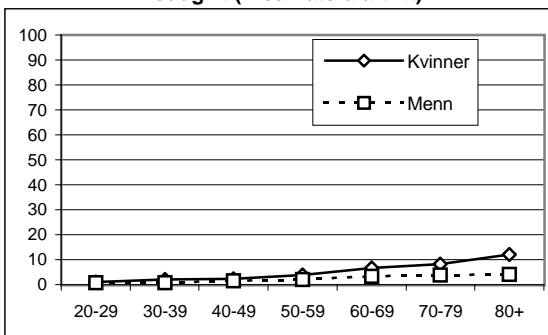
Beinskjørhet (osteoporose)



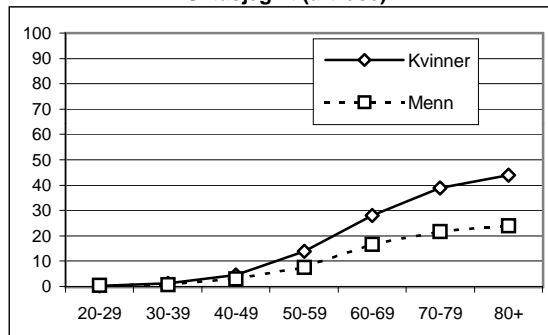
Fibromyalgi



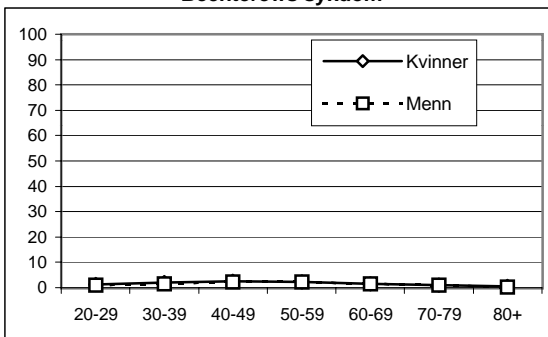
Leddgikt (rheumatoid artritt)



Slitasjegikt (artrose)



Bechterews sykdom



Tabell 15

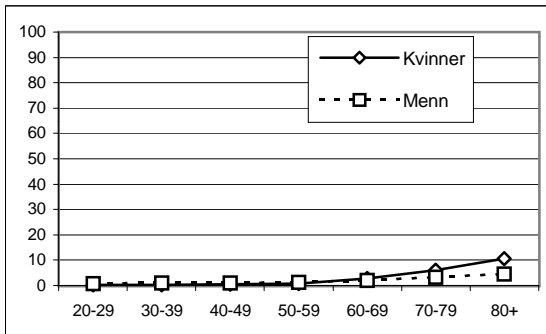
Antall og andel personer 20 år og over som sier at de noen gang har hatt lårhalsbrudd, brudd i håndledd/underarm, eller nakkesleng, fordelt på alder og kjønn

	Alder							Alle
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+	
Antall								
Kvinner								
Lårhalsbrudd	16	20	30	46	110	215	144	581
Brudd i håndledd/underarm	354	490	587	553	780	1038	457	4259
Nakkesleng (whiplash)	147	183	185	172	66	67	32	852
Menn								
Lårhalsbrudd	25	50	67	65	85	110	45	447
Brudd i håndledd/underarm	493	782	813	628	458	284	88	3546
Nakkesleng (whiplash)	90	150	212	171	114	82	25	844
Andel								
Kvinner								
Lårhalsbrudd	0,3	0,3	0,4	0,9	2,7	6,1	10,7	1,8
Brudd i håndledd/underarm	7,7	8,2	8,6	10,2	18,5	28,1	32,8	13,3
Nakkesleng (whiplash)	3,2	3,1	2,8	3,3	1,7	2,0	2,6	2,8
Menn								
Lårhalsbrudd	0,7	1,0	1,1	1,3	2,1	3,4	4,6	1,6
Brudd i håndledd/underarm	12,9	14,9	13,0	12,2	11,4	8,9	9,4	12,4
Nakkesleng (whiplash)	2,4	2,9	3,5	3,4	2,9	2,6	2,8	3,0

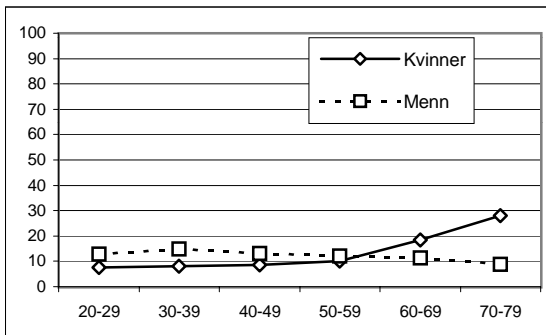
Figurene 15.1 - 15.3

Andel personer 20 år og over som sier at de noen gang har hatt lårhalsbrudd, brudd i håndledd/underarm, eller nakkesleng

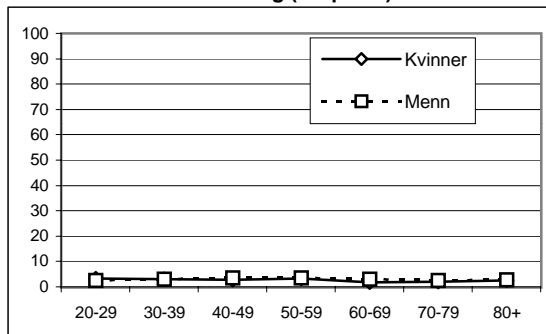
Lårhalsbrudd



Brudd i håndledd/underarm



Nakkesleng (whiplash)



Tabell 16

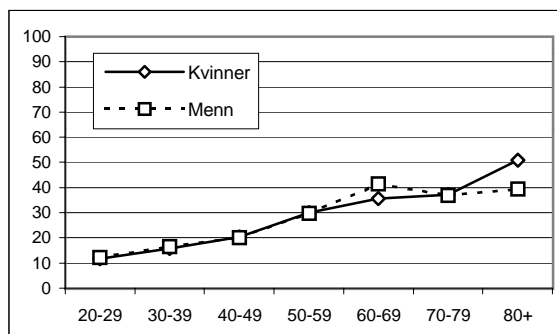
Antall og andel personer 20 år og over som har noen langvarig sykdom, skade eller lidelse av fysisk eller psykisk art som nedsetter deres funksjon i deres daglige liv fordelt på alder, kjønn, røyking og ensomhet

	Alder							Alle
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+	
Antall								
Kvinner								
Alle	541	933	1 367	1 579	1 391	1 211	638	7 660
Ikke røykere	332	498	693	962	987	1 014	607	5 093
Røykere	205	418	649	583	379	178	23	2 435
Ikke ensom	465	825	1 169	1 270	1 041	835	399	6 004
Ensom	48	66	93	108	117	140	131	703
Menn								
Alle	464	870	1 268	1 523	1 612	1 116	356	7 209
Ikke røykere	318	562	749	993	1 107	895	306	4 930
Røykere	142	297	506	494	440	184	34	2 097
Ikke ensom	416	767	1 062	1 248	1 292	833	238	5 856
Ensom	31	52	119	107	96	84	50	539
Andel								
Kvinner								
Alle	11,8	15,7	20,3	29,9	35,7	37,1	50,8	24,7
Ikke røykere	10,1	13,1	17,3	26,9	34,2	36,2	51,2	23,7
Røykere	16,0	20,0	24,5	36,2	40,3	43,7	46,9	27,0
Ikke ensom	10,8	14,7	19,1	28,2	33,7	35,9	49,6	22,4
Ensom	29,6	39,3	47,2	59,3	60,3	50,0	63,0	50,5
Menn								
Alle	12,2	16,5	20,1	29,7	41,6	36,8	39,5	25,4
Ikke røykere	11,2	14,8	18,0	28,2	40,5	37,9	39,1	24,4
Røykere	15,5	21,0	24,4	32,8	43,7	34,1	38,6	27,8
Ikke ensom	11,5	15,5	18,3	27,5	39,5	35,0	38,2	23,2
Ensom	31,3	35,9	54,3	56,0	66,7	52,2	60,2	51,7

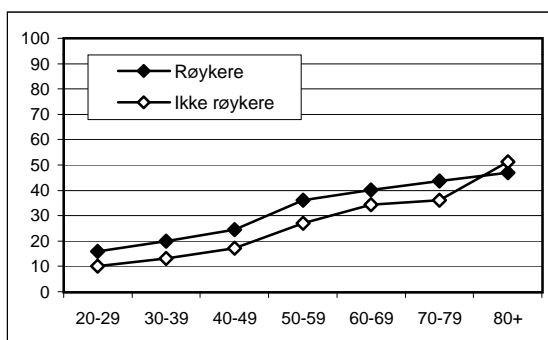
Figurene 16.1 - 16.5

Andel personer 20 år og over som har noen langvarig sykdom, skade eller lidelse av fysisk eller psykisk art som nedsetter deres funksjon i deres daglige liv

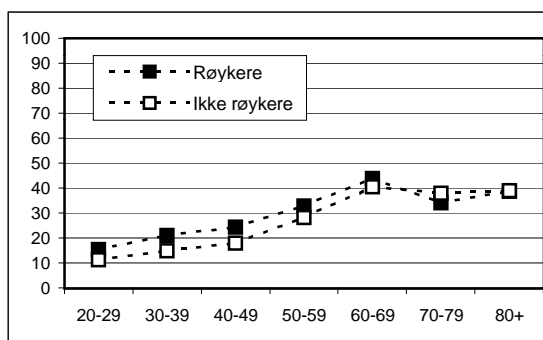
Alle



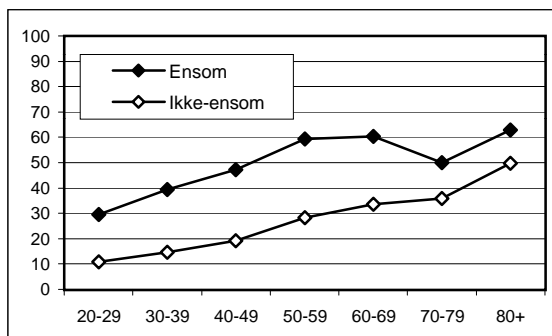
Kvinner



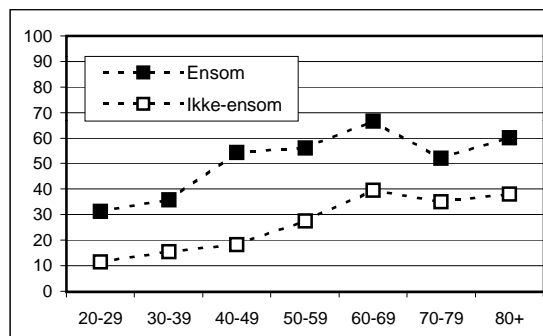
Menn



Kvinner



Menn



Tabell 17

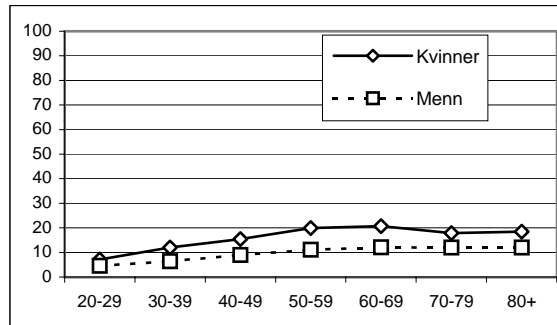
Antall og andel personer 20 år og over som i løpet av de siste 12 månedene har brukt noen av de følgende medisiner daglig eller nesten daglig: smertestillende medisiner, sovemedisiner, beroligende medisiner, medisiner mot depresjon fordelt på alder, kjønn, røyking og ensomhet

	Alder							Alle
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+	
Antall								
Kvinner								
Alle	338	733	1 085	1 153	975	796	358	5 438
Ikke røykere	184	355	517	688	671	650	326	3 391
Røykere	149	367	554	444	284	125	17	1 940
Ikke ensom	285	645	926	932	719	532	204	4 243
Ensom	41	57	84	82	87	93	80	524
Menn								
Alle	182	349	582	599	528	446	151	2 837
Ikke røykere	115	213	327	375	355	327	115	1 827
Røykere	64	132	249	209	148	95	18	915
Ikke ensom	167	310	483	502	413	309	90	2 274
Ensom	10	24	61	42	40	49	19	245
Andel								
Kvinner								
Alle	7,2	12,0	15,4	20,0	20,7	17,9	18,5	15,7
Ikke røykere	5,5	9,2	12,4	17,8	19,5	17,4	20,5	14,1
Røykere	11,2	16,9	20,0	24,8	24,7	23,5	24,6	19,8
Ikke ensom	6,5	11,3	14,6	19,4	20,2	18,7	20,1	14,8
Ensom	24,0	32,8	40,2	39,2	37,2	25,2	29,4	32,0
Menn								
Alle	4,6	6,5	9,0	11,1	12,2	12,0	12,0	9,3
Ikke røykere	3,9	5,5	7,7	10,2	11,7	11,7	11,8	8,5
Røykere	6,7	9,0	11,7	13,1	13,1	14,1	15,7	11,4
Ikke ensom	4,5	6,1	8,1	10,7	11,7	11,3	12,1	8,6
Ensom	9,4	15,8	27,4	20,6	25,2	25,7	18,6	21,5

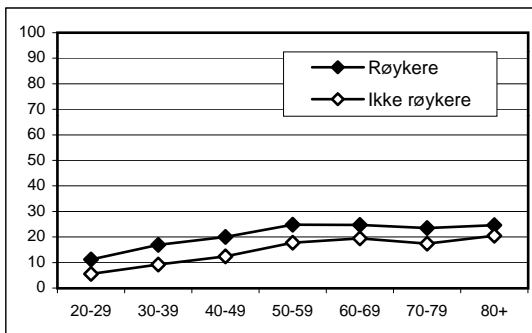
Figurene 17.1 - 17.5

Andel personer 20 år og over som i løpet av de siste 12 månedene har brukt noen av de følgende medisiner daglig eller nesten daglig: smertestillende, sovemedisin, beroligende medisin, medisin mot depresjon

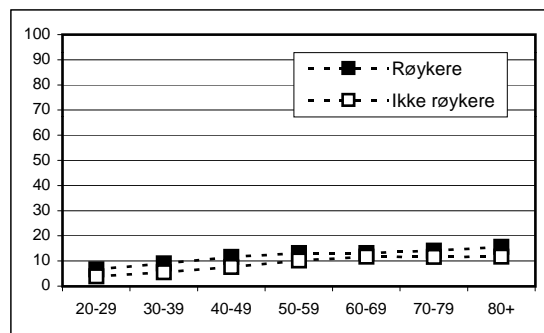
Alle



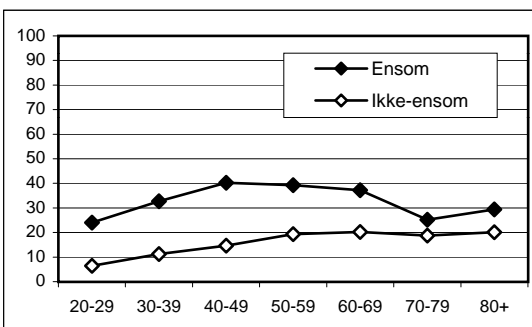
Kvinner



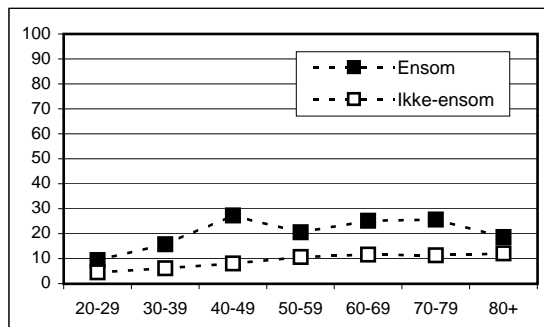
Menn



Kvinner



Menn



Tabell 18

Salg av legemidler 1998

fordelt på fylke, angitt i definerte døgndoser per 1000 innbyggere per døgn

Fylke	Smerte- stillende medisiner	Beroligende- medisiner	Sove- medisiner	Medisiner mot depresjon
Østfold	31,8	28,7	36,0	39,4
Akershus	21,6	15,1	24,4	24,3
Oslo	27,7	22,0	40,1	32,4
Hedmark	32,3	17,5	26,6	35,6
Oppland	30,4	19,9	31,9	41,7
Buskerud	28,1	21,1	32,2	31,0
Vestfold	27,1	20,2	31,2	31,6
Telemark	32,2	25,6	34,7	39,8
Aust-Agder	31,9	24,0	38,1	43,8
Vest-Agder	32,3	23,5	37,8	41,5
Rogaland	24,6	19,7	29,2	34,7
Hordaland	21,6	15,0	25,0	33,6
Sogn og Fjordane	21,6	10,7	18,8	34,1
Møre og Romsdal	22,9	14,3	27,1	25,2
Sør-Trøndelag	24,6	16,8	26,5	24,4
Nord-Trøndelag	25,2	13,7	25,7	33,4
Nordland	22,6	14,0	25,0	27,2
Troms	21,0	12,9	18,5	19,4
Finnmark	20,3	10,9	14,9	18,0
Hele landet	25,9	18,4	29,4	31,8

Noter:

En definert døgndose tilsvarer den mengden av legemiddelet som normalt anvendes i løpet av et døgn ved den type lidelse legemiddelet vanligvis anvendes mot.

Smertestillende medisin:

Analgetika og antipyretika (NO2B): acetylsalisylsyre, diflunisal, fenazon, paracetamol

Beroligende medisin:

Anxiolytika (NO5B): diazepam, oxazepam, alprazolam, hydroksyzin og buspiron

Sovemedisin:

Hypnotika og sedativa (NO5C): nitrazepam, flunitrazepam, midazolam, zopiklon, zolpidem og klometiazol

Medisin mot depresjon:

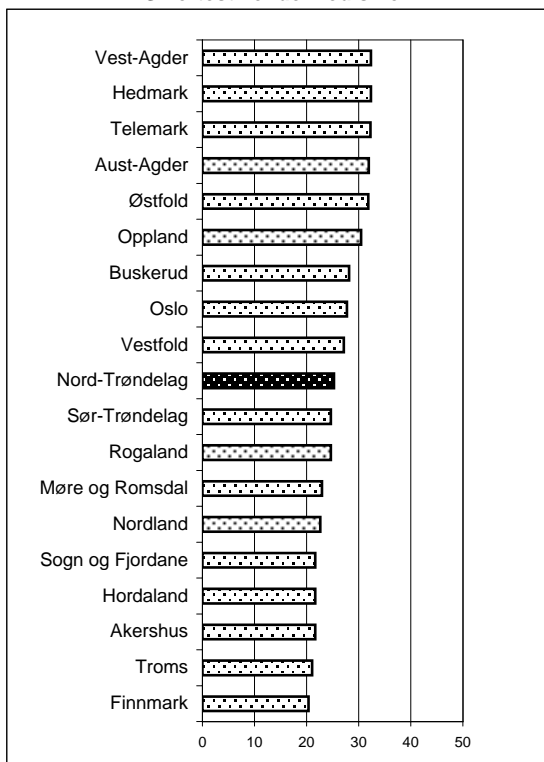
Antidepressiva (NO6A): imipramin, klomipramin, trimipramin, amitriptylin, nortriptylin, doxepin, fluoxetin, citalopram, paroxetin, sertralin, fluxoksamin, moklobemid, mianserin, nefazodon, venlafaxin

Kilde: Norsk Medisinaldepot AS. Legemiddelforbruket i Norge 1994 - 1998

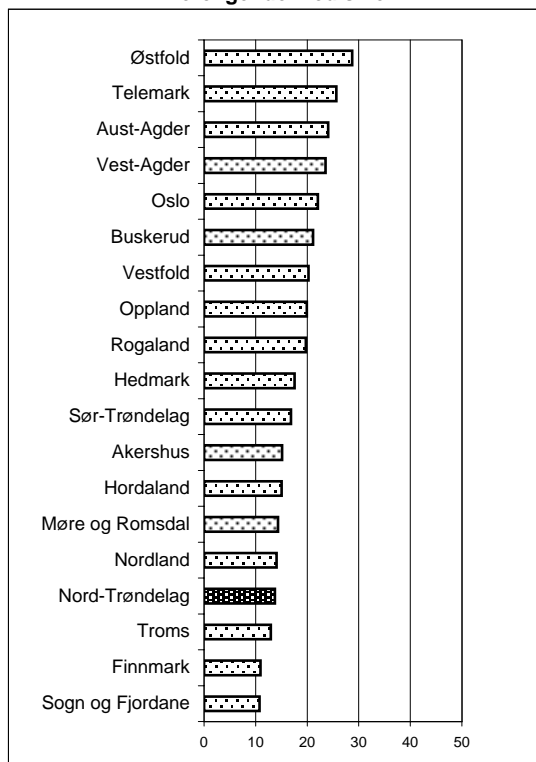
Figurene 18.1 - 18.4

Salg av legemidler 1998, fordelt på fylke, angitt i DDD/1000 innbyggere/døgn

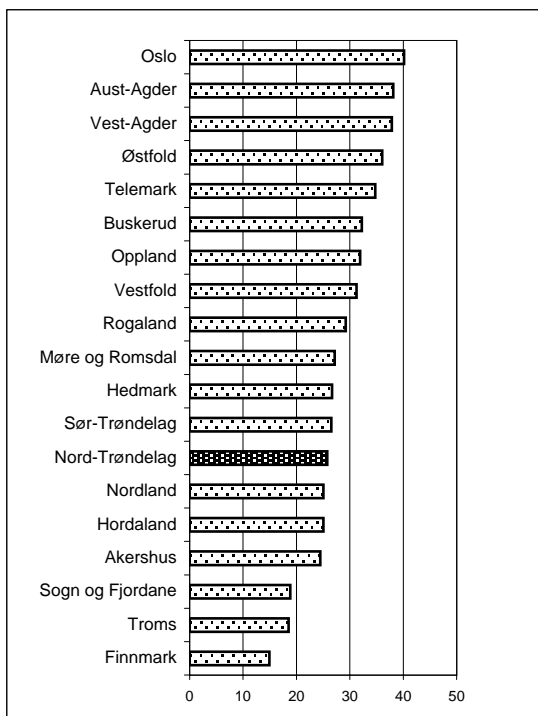
Smertestillende medisiner



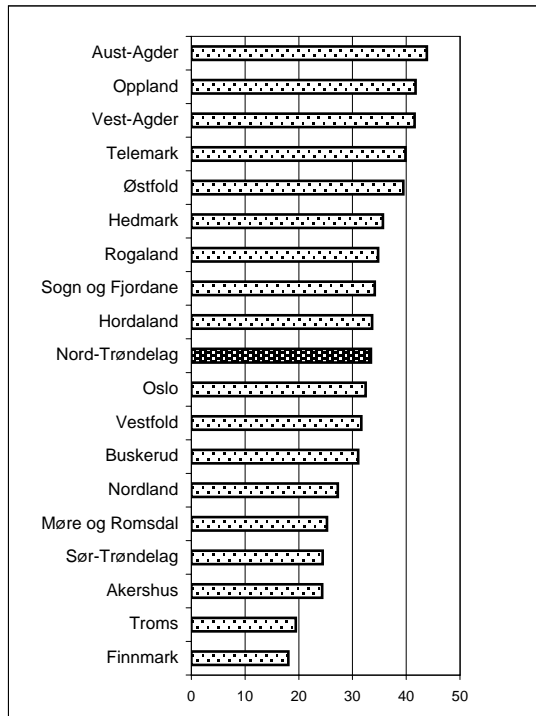
Beroligende medisiner



Sovemedisiner



Medisiner mot depresjon



STATENS HELSETILSYNS UTREDNINGSSERIE

PRIS

3-1994	Pasientjournalen.....	IK-2451	(100)
4-1994	Selvmordsforebyggende arbeid Bærumsmodellen.....	IK-2456	(100)
6-1994	Organisering av gastro-enterologisk cancerkirurgi i Norge.....	IK-2463	(100)
9-1994	Spesialisthelsetjenester i indremedisin og kirurgi.....	IK-2467	(100)
10-1994	EØS/EU og helsesektoren.....	IK-2468	(100)
3-1995	Folkehelse - et nytt traktatfestet samarbeidsområde i EU.....	IK-2496	(100)
4-1995	Styring av høyspesialiserte funksjoner innen psykisk helsevern for voksne.....	IK-2506	(100)
6-1995	Prioriteringer innen hjertekirurgi.....	IK-2511	(100)
1-1996	Spesialisthelsetjenester i indremedisin og kirurgi - Del 2.....	IK-2519	(100)
2-1996	Prioriteringer innen palliativ kreftbehandling.....	IK-2541	(100)
3-1996	Spesialisert rehabilitering av pasienter med leddgikt og beslektede sykdommer.....	IK-2544	(100)
1-1997	Faglige krav til fødeinstitusjoner.....	IK-2565	(100)
2-1997	Fremtidig struktur for blodbankene i Norge.....	IK-2571	(100)
3-1997	Organisering av kvalitetsarbeid i kommunehelsetjenesten.....	IK-2582	(100)
4-1997	El-overfølsomhet.....	IK-2599	(100)
5-1997	Tannskader hos barn og ungdom	IK-2600	(100)
6-1997	Karsykdommer og røyking.....	IK-2602	(100)
1-1998	Somatiske undersøkelser (helseundersøkelser/screening) av barn og unge 0-20 år.....	IK-2611	(100)
2-1998	Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner - til deg som leder.....	IK-2615	(100)
3-1998	Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner - til deg som medarbeider....	IK-2616	(100)
4-1998	Undersøkelser i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.....	IK-2618	(100)
5-1998	Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 1-20 år	IK-2621	(100)
6-1998	Katarakt som samfunnsproblem.....	IK-2626	(100)
7-1998	Oppfølging av personell som har tjenestegjort i internasjonale fredsoperasjoner.....	IK-2631	(100)
8-1998	Bruk av tannrestaureringsmaterialer i Norge.....	IK-2652	(100)
1-1999	Norsk nevrokirurgisk virksomhet – innstilling fra en arbeidsgruppe nedsatt av Statens helsetilsyn	IK-2680	(100)
2-1999	Patologifaget i det norske helsevesen	IK-2682	(100)
3-1999	Miljø og helse i plan – kvalitetsverktøy og teknikker	IK-2685	(100)
4-1999	Angstlidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling .	IK-2694	(100)
5-1999	Utdanning av spesialister og opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentra.....	IK-2701	(100)
6-1999	Scenario 2030. Sykdomsutviklingen for eldre fram til 2030	IK-2696	(100)
7-1999	Gamle i sykehus. Innlagte 75 år og over i medisinsk avdeling 1998	IK-2697	(100)
8-1999	Legetjenester i sykehus. En nasjonal kartlegging 1999	IK-2698	(100)

STATENS HELSETILSYNS VEILEDNINGSSERIE

1-1994	Godkjenning som lege i Norge.....	IK-2447	(100)
2-1994	Målemetoder for inneklimateparametre.....	IK-2462	(100)
3-1994	Kvalitetsutvikling i helsetjenesten. Analyse-Tiltak-Evaluering	IK-2464	(100)
1-1995	Sped- og småbarnsernæring.....	IK-2475	(100)
2-1995	Behandling av saker om tillatelse til bruk av avløpsslam.....	IK-2481	(100)
5-1995	Veileder i svangerskapsomsorg for kommunehelsetjenesten.....	IK-2492	(100)
6-1995	Norsk vassforsyning, fylkesleganes tilsyn med kommunane.....	IK-2477	(100)
7-1995	Vondt i ryggen? Hva er det? Hva gjør vi?.....	IK-2508	(100)
8-1995	Retningslinjer for håndtering av cytostatika utenfor sykehus.....	IK-2520	(100)
1-1996	Retningslinjer for GMP i blodbanker.....	IK-2527	(100)
2-1996	Taushetspliktens betydning for samarbeidet mellom medisinsk nødmeldtjeneste og andre nødetater.....	IK-2531	(100)
4-1996	Veileder i rehabilitering av slagrammede.....	IK-2542	(100)
5-1996	Opplæringshefte ICD-10.....	IK-2549	(100)
1-1997	Retningslinjer for håndtering av antimikrobielle midler i helsevesenet.	IK-2568	(100)
2-1997	Veiledning for utfylling av helseattest for førerkort m.v.....	IK-2562	(100)
1-1998	Veileder i habilitering av barn og unge.....	IK-2614	(100)
2-1998	Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten - barn og unge 0- 20 år.....	IK-2617	(100)
3-1998	Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v.....	IK-2619	(100)
4-1998	Behandling av ryggmargsskade i Norge.....	IK-2620	(100)
1-1999	Tenner for livet - Helsefremmende og forebyggende arbeid.....	IK-2659	(100)
2-1999	Veiledning i journalføring i helsestasjons- og skolehelsetjenesten	IK-2700	(100)

STATENS HELSETILSYNS SKRIFTSERIE

2-1994	Helsefremmende tiltak i kommunene.....	IK-2471	(100)
1-1995	Sykepleietjenester i kommunene.....	IK-2498	(100)
2-1995	Den fylkeskommunale habiliteringstjenesten - 3 år etter HVPU-reformen.....	IK-2502	(100)
3-1995	Støtte til egen mestring - en veileder om organisering av sosial støtte i lokalsamfunnet, basert på erfaringer fra samarbeids- prosjektet Sorg og Omsorg.....	IK-2507	(100)
1-1996	Bærummodellen 1984-1994.....	IK-2524	(100)
1-1997	Retningslinjer for transfusjonstjenesten.....	IK-2590	(100)
1-1998	The Bærum Model 1984-1994.....	IK-2624	(100)
1-1999	Du bestemmer – en annerledes helseveiledning	IK-2702	(100)

Samling av lover, forskrifter og rundskriv

Det psykiske helsevern - Samling av relevante lover, forskrifter og lover.....	IK-2607	(60)
Krav om forsvarlig virksomhet i tannhelsetjenesten - Samling av relevante lover, forskrifter og rundskriv.....	IK-2608	(60)
Krav om forsvarlig virksomhet i sykehus - samling av relevante lover, forskrifter og rundskriv.....	IK-2609	(60)
Krav om forsvarlig virksomhet i kommunehelsetjenesten - Samling av relevante lover, forskrifter og lover.....	IK-2610	(60)

Alle prisene er oppgitt med forbehold om endringer uten forutgående varsel.

Hunt (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag) – en jakt på ulikhet?



På Stortingets initiativ ble Statens helsetilsyn i 1997 gitt i oppdrag av Sosial- og helsedepartementet å integrere kvinnehelsesatsing i Helsetilsynets og fylkeslegenes ordinære virksomhet. Dette innebærer en anerkjennelse av særpremissen og av nødvendig prioritering for å oppheve uønskede ulikheter mellom kjønn.

Intensjonen med satsingen er at kvinne- og kjønnsperspektivet blir integrert i tenkningen innen Helsetilsynets tre hovedaktiviteter: tilsyn, rådgivning og regelverksutvikling. Å måtte forholde seg aktivt til kvinne- og kjønnsperspektivet vil kunne bidra til et solid og bredere beslutningsgrunnlag for kvinnehelse spørsmål i statsforvaltningen, og bidra til at kunnskap om kvinners helse blir tilgjengelig og ivarettatt i helsetjenesten. I Helsetilsynet arbeides det både på kort og lang sikt for å etablere bedre rutiner for å overvåke og kvalitetssikre helsetjenestetilbud overfor den enkelte kvinnen og overfor grupper av kvinner. Fokus rettes mot rettferdighet som overordnet verdi. Det betyr at (i) kvinner må få like god tilgang til helsetjenester og øvrige ytelser som menn for samme type plager (sjanselighet), (ii) behandlingstilbudet skal være kunnskapsbasert og kjønnsspesifikt både for plager som rammer begge kjønn, men som ytrer seg ulikt eller trenger ulik behandling, og for særlige kvinnehelseplager eller belastninger, enten disse er biologisk eller sosialt betinget (resultatlighet).

En av konklusjonene i NOU 1999: 13, Kvinner helse i Norge, er at vi har for dårlig kunnskap om kjønnsforskjeller i forekomst av en rekke ulike sykdommer og lidelser. I mange tilfeller må anslag om forekomst baseres på funn fra studier i andre land, fordi det ikke finnes gode norske undersøkelser.

Helsetilsynet tok i 1998 initiativ til et samarbeidsprosjekt med Fylkeslegen i Nord-Trøndelag, Folkehelse (Avdeling for samfunnsmedisin, Samfunnsmedisinsk forskningssenter, Verdal), og Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim (NTNU). Utgangspunktet var å bruke data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 1995-97. Formålet med dette prosjektet var å beskrive forskjeller i selvvalgt helse, sykdommer, plager og funksjon i forhold til kjønn og i forhold til noen utvalgte bakgrunnsvariabler som belyser ressurser, livsstil og sosialt nettverk. Resultatene av samarbeidsprosjektet som nå foreligger som rapport, er en del av Helsetilsynets arbeid med overordnet faglig tilsyn. Det er vårt håp at helsetjenesten kan bruke rapporten i planlegging, overvåkning og kvalitetssikring av et likeverdig helsetjenestetilbud for kvinner og menn.



Statens helsetilsyn

Trykksaksbestilling:

Tlf.: 22 24 88 86 Faks: 22 24 95 90

E-post: trykksak@helsetilsynet.dep.telemax.no

Internett: <http://www.helsetilsynet.no>