

## IV Helse og behandling

Annenhver nordmann har plager, enten som følge av sykdom eller som smerter, hodepine, søvnproblemer eller lignende. Tre av ti voksne tar medisiner daglig, mens seks av ti voksne sier de bruker legemidler av og til. Forbruket øker med alderen og kvinner bruker jevnt over mer medisiner enn menn. I tillegg er det store forskjeller etter hvor i landet en bor. Oversikter over legemiddelbruken viser at de fylkesvise forskjellene er store. Noe av forskjellen skyldes imidlertid ulikheter i tilbud og tilgjengelighet både av apotekervarer og legetjenester.

Tre av fire nordmenn har vært hos lege siste år, og knapt en av fire hadde hatt fem eller flere legekontakter. Vel halvparten av befolkningen sier de har en fast allmennlege, mens 12 prosent har spesialist som sin faste lege. Videre har to av tre fast tilknytning til allmennlege, spesialist eller bruker et fast legesenter. Forbruket av legetjenester viser store geografiske variasjoner og avhenger av tilbudet av og tilgjengeligheten til legetjenester der man bor.

Helseundersøkelsene viser at det har vært en økning i andelen av befolkningen som har oppsøkt fysioterapeut eller alternativt behandlere. Fysioterapeutene utgjør nå en like stor yrkesgruppe i kommunehelsetjenesten som legene. Mange har

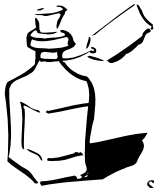
muskel- og skjelettsykdom som gir smerter og plager, og stadig flere har psykiske vansker som kan gi fysiske symptomer fra muskler og skjelett. Den vanskelige grenseoppgangen mellom fysiske plager fra muskler og skjelett og psykiske eller stressbetingede sykdommer har trolig gitt fysioterapeuter og psykologer flere felles berøringsflater i behandling av ulike pasientgrupper.

Det har vært en økning i andel av befolkningen som har oppsøkt alternative behandlere. Bruken av denne typen tjenester er fremdeles marginal sammenlignet andre helsetjenester i offentlig sektor. I 1995 hadde for eksempel nær 3 prosent vært hos akupunktør, og de fleste av dem var kvinner mellom 30 og 50 år.



Elin Skretting Lunde

## 9 Økt forbruk av legemidler



*En rekke mennesker er avhengige av legemidler for å holde sykdommen i sjakk eller for å mestre hverdagen. For mange medfører sykdom eller skader plager og smerter. En av fire rapporterte i Helseundersøkelsen 1995 at de var plaget av ganske mye eller veldig mye smerter. I den tilsvarende undersøkelsen fra 1998 var det 23 prosent som led av smerter i kroppen, 19 prosent slet med hodepine eller migrene og 14 prosent hadde søvnproblemer.*

*Dette er tilstander som i hvert fall i en viss grad kan behandles med medikamenter.*

### 9.1 Kraftig økning i medisinförbruket

Det har vært en sterk økning i legemiddelomsætningen de senere årene, både i Norge og i andre europeiske land. Tall fra apotekene viser oss at omsætningen har økt fra 4,6 milliarder kroner i 1990, til 10,7 milliarder kroner i 1999. Det vil si at vi bruker legemidler for i overkant av 2 400 kroner per person på årsbasis. Økningen skyldes generell prisøkning, økt forbruk og ikke minst overgangen til nye og dyrere preparater. Det er medisiner innenfor områdene hjerte og kar, nevrologi, psykiatri, magesår og astma som står bak veksten. En del pasienter som tidligere ikke hadde mulighet til adekvat medikamentell behandling, har nå fått tilgang på nye medisiner (Norsk medisinaldepot 1999 og 2000). Det kom 34 nye legemidler på markedet i 1999 og det markedsføres nå totalt 2 843 legemidler i Norge (Legemiddelindustriforeningen 2000). Halvparten av samlet legemiddelsalg dekkes av Folketrygden, totalt dekkes to tredeler av utgiftene til medisiner av det

offentlige, mens brukeren selv betaler en tredel (NOU 1997:6).

Tyder de økte salgstallene på at vi bruker for mye legemidler? Det er vanskelig å svare på om vi alltid bør ty til medisiner ved sykdom. For eksempel kan hyppig bruk av antibiotika medføre resistens. Og det er fortsatt slik at mange plager går over av seg selv, også uten bruk av medikamenter. Det er heller ikke primært medisinerbruk som gjør at vi er friskere enn før. Vaksiner, ernæring, boforhold og livsstil er de viktigste forklaringsfaktorene. Likevel gjør nye medikamenter hverdagen levelig for veldig mange mennesker. Legemiddelindustrien har nådd langt i sin streben etter bedre legemidler. Dette har medført at stadig flere sykdommer og plager kan behandles, og at smertenivået er redusert og funksjonsnivået økt for mange mennesker (Steen 2000). Vi kan nesten snakke om en revolusjon i utviklingen av legemidler de siste 60 årene. Blant annet har moderne medisiner vært med på å gi mange med redusert mental

helse en mulighet til et normalt liv eller i hvert fall lindring av symptomer. Det var først på 1950-tallet at *klorpromazin* ble syntetisk fremstilt første gang, og det ble mulig å lindre symptomene ved de alvorligste psykiske lidelsene som psykoser og schizofreni (St.meld. nr. 25 1996/97). Bruk av moderne medikamenter redder ikke bare liv, men kan også være gunstig i et samfunnsøkonomisk perspektiv: "*Viktige samfunnsmessige gevinster knyttet til bruken av legemidler kan være lavere behandlingstkostnader sammenlignet med annen behandling. Bruk av legemidler kan også føre til færre sykehusinnleggelseser og redusert sykefravær i arbeidslivet. Riktig legemiddelbruk vil ofte kunne ha positive virkninger på andre personer enn pasienten, såkalt eksterne (indirekte) virkninger i forbruk av legemidler*" (NOU 1997:6).

### **For kraftig økning?**

Det er to sider ved dagens medisinbruk, på den ene siden kan vi se en rivende utvikling av nye og bedre preparater, som gir muligheten til å forenkle og forlenge folks liv. På den annen side har vi problemene med overmedisinering, feilmedisinering og bivirkninger. Kanskje er det slik at enkelte tyr til medisiner istedenfor trim og diett. Ofte vil en livsstilsendring være å foretrekke fremfor piller. Det har blitt langt vanligere å behandle symptomfrie risikotilstander slik, som for eksempel mildt forhøyet blodtrykk og høyt kolesterolnivå. Bruken av medikamenter kan medføre at andre måter å redusere risikoen på, slik som livsstilsomlegging, ikke blir prioritert av legen eller pasienten (Holmen, Hetlevik og Krüger 1998). Vi må ikke bli ukritiske i vår omgang med legemidler, det er ikke bare positive sider ved dagens høye medisinforbruk.

### **Boks 9.1**

Spørsmålene om medisinbruk er kun stilt i Statistisk sentralbyrås helseundersøkelse fra 1995. Intervjuobjektene har besvart to spørsmål om bruk av medisin: *bruk av medisin de siste 14 dagene og daglig eller nesten daglig bruk i løpet av de siste fire ukene*. Prosenttallene presentert i teksten nedenfor er fra 1995 når ikke annet er nevnt. Aldersinndelingen er som følger: unge 16-24 år, voksne 25-44 år, middelaldrende 45-66 år, eldre 67-79 år og eldste eldre 80 år og over. Innimellom benyttes termen *eldre* for alle over 67 år, det er da spesifisert.

Som salgshallene fra Norsk medisinaldepot (NMD) har vist oss, kjøper vi store mengder legemidler. Men bruker vi dem? Undersøkelser viser at rundt 10 prosent av medisinene som skrives ut av legen, aldri blir benyttet (Thormodsen, Fonnelløp, Rytter og Tørisen 1997). Nesten seks av ti har brukt en eller annen form for medisin de siste 14 dagene ifølge helseundersøkelsen. Det er en stor andel av befolkningen, også når vi ser det i lys av at 61 prosent oppga varig sykdom. Men dette tallet viser periodisk bruk, daglig bruk er lavere. Medisinbruken øker kraftig med alderen, blant eldre over 80 år er det åtte av ti som benytter legemidler. Men det er også de eldste som sliter med flest sykdommer.

Kvinner bruker jevnt over mer medisiner enn menn. Mens 65 prosent av kvinnene har tatt medisiner i løpet av de siste 14 dagene, gjelder dette for 48 prosent av mennene. Mønsteret gjenfinnes også blant de unge, hvor 36 prosent av mennene og 54 prosent av kvinnene har tatt medisiner. Det er forskjeller mellom kjønnene i alle aldersgrupper. Men de fleste benytter ikke medisiner hver dag. Antallet dagligbrukere er betydelig

**Tabell 9.1 Andel personer som har brukt ulike typer medisiner de siste 14 dagene, etter alder. 1995. Prosent**

Medisinbruk	Alle	16-24 år	25-44 år	45-66 år	67-79 år	80 år og over
<b>I alt .....</b>	<b>57</b>	<b>45</b>	<b>50</b>	<b>60</b>	<b>73</b>	<b>81</b>
Smertestillende midler uten resept .....	28	33	31	27	20	18
Smertestillende midler på resept .....	11	4	8	14	17	23
Hjertemedisin .....	6	0	1	6	18	29
Blodtrykksmedisin .....	8	0	1	11	24	23
Medisin mot sure oppstøt, halsbrann, magesår uten resept .....	8	3	6	10	13	8
Medisin mot sure oppstøt, halsbrann, magesår på resept .....	2	0	1	2	3	4
Medisin mot revmatisme .....	4	1	2	6	8	7
Astmamedisin .....	4	5	3	4	7	7
Allergimedisin .....	6	6	6	6	5	3
Beroligende midler .....	5	1	2	6	11	13
Midler mot depresjon .....	3	0	2	3	5	4
Sovemidler .....	7	1	2	7	17	25
Andre medisiner .....	13	5	10	15	20	28
Homøopatmedisin .....	1	1	1	2	2	2
N .....	7 890	1 111	2 804	2 376	827	772

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

lavere. Tre av ti har brukt medisiner på daglig basis de siste fire ukene, 25 prosent av mennene og 32 prosent av kvinnene.

Når 57 prosent oppgir å ha brukt en eller annen form for medisiner siste 14 dager er det antagelig et minimumstall. Vi må regne med en viss underrapportering av legemiddelbruk i personlige intervjuundersøkelser. Dette fordi det kan oppleves som stigmatiserende å oppgi hyppig bruk av medisiner eller et høyt forbruk av forskjellige typer legemidler.

## 9.2 De mest brukte medisinerne

Enkelte medisiner fås kun på resept, og disse er generelt dyrere enn de reseptfrie medisinerne. I 1998 utgjorde reseptfrie legemidler 23 prosent av antall solgte doser (definert døgndose - DDD), mens reseptbelagte legemidler sto for de resterende 77 prosentene, og for 88 prosent av kostnadene (NMD 1999).



Tre av ti bruker medisin daglig.

### **Flest benytter hjerte- og karmedisiner**

Legemidler til behandling av hjerte- og karsykdommer, som for eksempel høyt blodtrykk og hjertekrampe (angina

pectoris), samt kolesterolsenkende midler, utgjør den største medisingruppen både i antall solgte doser og beløpsmessig. Salget av medisiner mot høyt blodtrykk økte med 11 prosent i 1999 målt i antall doser. Helseundersøkelsen viser at 19 prosent av den voksne befolkningen lever med hjerte- og karsykdommer. Vi kan derfor forvente et visst forbruk av denne typen legemidler i befolkningen. Totalt er det 6 prosent som går på hjertemedisiner og 8 prosent som går på blodtrykksmedisiner (tabell 9.1). Det er blant de middelaldrende og eldre vi finner størsteparten av brukerne. 21 prosent av de eldre over 67 år benytter hjertemedisiner, mens 24 prosent går på blodtrykksmedisiner. Totalt er det 32 prosent av de eldre som benytter hjerte- eller blodtrykksmedisiner. Dette må ses i sammenheng med at nesten halvparten av alle over 67 år lider av hjerte- og karsykdommer. Det er dermed naturlig å finne de fleste brukerne av denne typen medisiner her. Salget av disse legemidlene har vært jevnt stigende de siste årene ifølge Norsk medisinaldepot (1999).

Andelen menn og kvinner som går på hjerte- og blodtrykksmedisin er forholdsvis lik i aldersgruppen 67 til 79 år. Mens blant de aller eldste (80 år og over) er det en noe høyere andel menn enn kvinner som benytter hjertemedisiner. Både hjerte- og blodtrykksmedisiner brukes hyppigere av personer med lav utdanning. 39 prosent av alle menn og 37 prosent av alle kvinner som oppgir hjerte- og karsykdommer, benytter hjerte- og/eller blodtrykksmedisin.

### **Mange går på medisiner på grunn av fordøyelsen og stoffskiftet**

Legemidler med virkning på fordøyelsesorganene og stoffskiftet (herunder faller syrenøytraliserende midler,

avføringsmidler og midler til behandling av sukkersyke) utgjør den nest største medisingruppen i antall solgte døgndoser og den fjerde største kostnadmessig. Ifølge helseundersøkelsen blir medisin mot sure oppstøt, halsbrann og magesår uten resept benyttet av 8 prosent av befolkningen over 16 år, mens 2 prosent bruker denne typen medisiner på resept. De fleste brukerne finner vi i aldersgruppen 45 til 79 år for de reseptfrie midlene. Det er omtrent like mange menn som kvinner som bruker disse legemidlene, både med og uten resept. Det er heller ingen nevneverdige forskjeller mellom lavt og høyt utdannede innen denne medisingruppen.

### **Økt bruk av medisiner mot psykiske lidelser**

Legemidler med virkning på nervesystemet utgjør den tredje største legemiddelgruppen når vi måler salg av medisdoser, og den nest største beløpsmessig. Inn under denne gruppen faller for eksempel smertestillende medikamenter, sovemedisiner og midler til behandling av psykiske lidelser, uro og angst. Det er et skille mellom *nervesykdommer*, som for eksempel epilepsi, parkinsons og multipel sklerose, og *psykiske lidelser* som for eksempel schizofreni og manisk depressiv lidelse<sup>1</sup>. Men disse sykdommene behandles med medisiner som det er praktisk å presentere sammen.

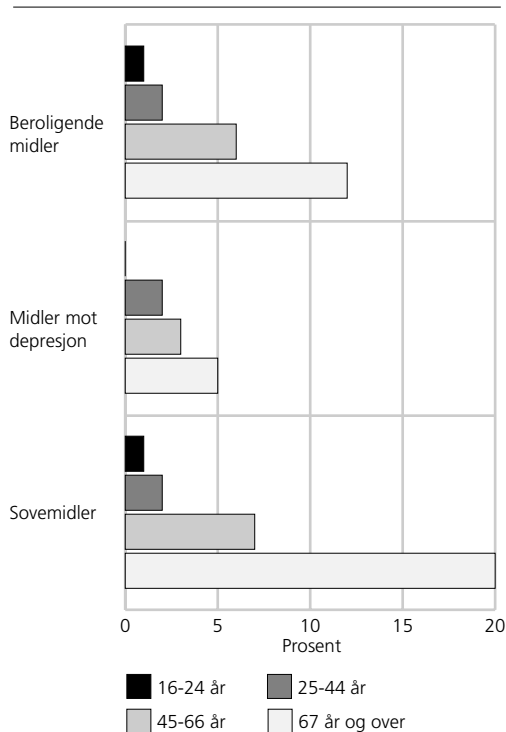
Salget av antidepressiva har økt kraftig de senere år. Forbruket ble fordoblet fra 1993 til 1996. En medvirkende årsak til denne utviklingen er at en rekke nye midler mot depresjon kom på markedet i den samme perioden, blant annet fikk vi de mye omtalte "lykkepillene". Etter en stagnasjon i salget av denne typen piller i 1997 og 1998, er forbruket igjen stigende. I 1999 kunne vi se en økning i salget

av antidepressiva (målt i doser) på drøye 13 prosent.

Det har vært en gradvis nedgang i forbruket av sovemidler og beroligende midler i perioden 1988 til 1996, men de siste tre årene har det vært en økning på 3 prosent per år. Salgstallene til Norsk medisinaldepot tilsier at 4,9 prosent av befolkningen benyttet sovemedisin og beroligende midler daglig i 1999. I helseundersøkelsen oppgir 5 prosent av den voksne delen av befolkningen at de har benyttet beroligende midler i 14-dagersperioden, mens 3 prosent oppgir å ha brukt slike medisiner på daglig basis. Flest brukere av beroligende midler finner vi blant de eldre (12 prosent). Disse forbrukstallene kan ses i sammenheng med at det er 8 prosent som rapporterer om psykiske lidelser og 7 prosent som lider av ulike sykdommer i nervesystemet.

Ifølge helseundersøkelsen benyttes sove- og medisiner av rundt 7 prosent. Blant de unge er 1 prosent brukere, mens blant eldre er det en av fem som går på slike medisiner. Helseundersøkelsen viser videre at midler mot depresjon benyttes av ca. 3 prosent av den voksne befolkningen. Også her øker forbruket med alderen. Blant eldre over 67 år er det 5 prosent som har benyttet midler mot depresjon de siste 14 dagene. Hver tredje hjemmeboende person over 80 år oppgir å ha brukt beroligende midler, midler mot depresjon eller sovemidler. Det er dobbelt så mange kvinner som menn som benytter denne typen medisiner. Her er det forskjeller etter utdanning også. Det viser seg at personer med lavere utdanning har et markert høyere forbruk av disse legemidlene, men dette jevner seg ut med økende alder.

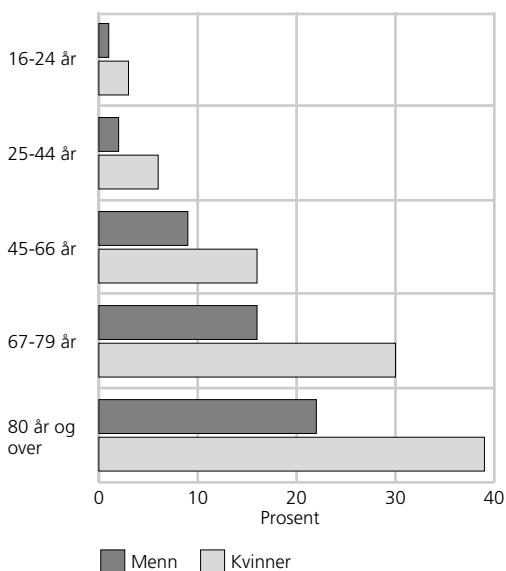
**Figur 9.1** Andel personer som har brukt beroligende midler, midler mot depresjon og sovemidler de siste 14 dager, etter alder. 1995. Prosent



Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

Det er vanskelig å danne seg et bilde av medisinbruken lenger bakover i tid, fordi ulike målemetoder gir ulike resultater. Ifølge levekårsundersøkelsen fra 1973 hadde 8 prosent av den voksne befolkningen benyttet sovemidler og 13 prosent beroligende midler i løpet av det siste året. I helseundersøkelsen fra 1975 var det 24 prosent som bekreftet at de *noen gang* hadde brukt beroligende midler eller medisiner for nervene. Andelen som hadde brukt beroligende midler de siste 14 dager var på 7 prosent, mot 5 prosent i 1995.

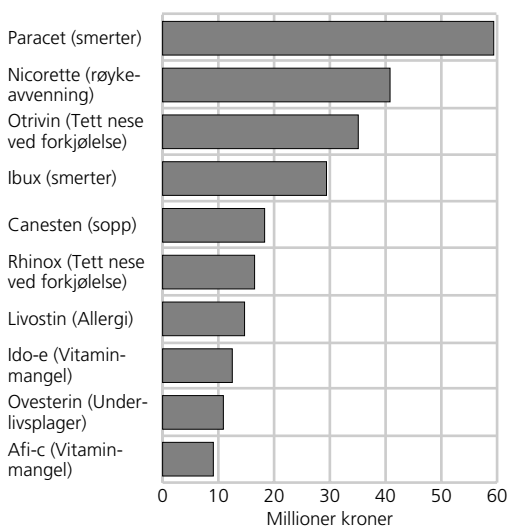
**Figur 9.2** Andel menn og kvinner som har brukt beroligende midler, midler mot depresjon eller sovemidler de siste 14 dager, etter alder. 1995. Prosent



Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

Bjørndal mfl. (1983) mener intervju- og spørreskjemaundersøkelser vanligvis gir for lave estimater av psykofarmakaforbruket i Norge. Han viser til en egen undersøkelse som viser at en firedel av befolkningen i Østfold og en femdel av befolkningen i Rogaland fikk resept på psykofarmaka en eller flere ganger i året. En annen undersøkelse utført av Fugelli i Værøy og Røst viste at 17 prosent av kvinnene og 10 prosent av mennene benyttet denne typen legemidler i løpet av et år (Bjørndal mfl. 1983). Men siden ulike resultater kan skyldes ulike målemetoder, er det vanskelig å trekke noen sikker konklusjon om forbruket. Tallene fra helseundersøkelsen stemmer likevel bra overens med tallene fra Norsk medisinaldepot.

**Figur 9.3** De ti mest solgte reseptfrie legemidlene i Norge i verdi (millioner kroner)



Kilde: FARMASTAT.

### ***Kvinner bruker mye smertestillende***

Det er mulig å få kjøpt reseptfrie legemidler mot en rekke ulike plager. De mest solgte reseptfrie legemidlene er paracetamoltabletter mot smerte. Andre midler som topper statistikken er produkter brukt ved røykeavvenning, forkjølelse, allergi, og sure oppstøt/halsbrann (Legemiddelindustriforeningen 2000).

De ti mest solgte preparatene står for til sammen 247 millioner kroner, noe som tilsvarer nærmere 40 prosent av det totale markedet for reseptfrie legemidler (Legemiddelindustriforeningen 2000).

Ifølge helseundersøkelsen bruker yngre mennesker mye smertestillende midler uten resept, 33 prosent av de unge mellom 16 og 24 år bruker slike medisiner, mens det gjelder 20 prosent av de eldre over 67 år. Dette mønsteret forandrer seg når vi ser på smertestillende midler gitt av lege. Her er det 4 prosent blant de



Yngste og 19 prosent blant de eldre som benytter reseptbelagte smertestillende medisiner. Vi finner et markert kjønnskil- le blant de unge, hvor 42 prosent av kvinnene og 25 prosent av mennene benytter reseptfrie smertestillende midler, og henholdsvis 7 og 1 prosent bruker smertestillende midler på resept. En mulig forklaring på det høye forbruket blant unge kvinner kan være at smerte- stillende midler som Paracet, Ibux og Paracetamol hyppig benyttes mot men- struasjonsmerter. Undersøkelser viser også at hodepine rammer kvinner dob- belt så hyppig som menn (NOU 1999:13). Ifølge NOU-en *Kvinnens helse i Norge* har kvinner generelt et noe høyere forbruk av medisiner enn menn i mange av legemiddelgruppene. Nærmere 70 prosent av alle legemidler mot psykiske lidelser og smerter brukes av kvinner. Ifølge Tromsø-studien hadde 30 prosent av alle kvinner benyttet smertestillende midler mot menstruasjonsplager og for- bruket var størst blant 15-19-åringene (NOU 1999:13). Også blant voksne og eldre i helseundersøkelsen er andelen kvinner som bruker smertestillende mid- ler (uten resept) nesten det dobbelte av andelen menn.

Muskel- og skjelettlidelser gir mye smer- ter i muskler og ledd. 32 prosent lever med denne typen lidelser. Mennesker som har slike sykdommer er hyppige brukere av smertestillende midler på resept. 15 prosent av mennene og 26 prosent av kvinnene som oppgir muskel- og skjelett- lidelser benytter denne typen legemidler. Blant de unge er det en litt høyere andel med videregående og lavere grads høg- skole-/universitetsutdanning som benyt- ter smertestillende midler uten resept. Bruken av smertestillende midler på resept viser en annen trend. Her er bru- ken betydelig høyere blant voksne og

eldre med lav utdanning enn blant dem med høyere utdanning.

### **Astma og allergimedisin er kostbare**

Denne medisinsgruppen omfatter legemid- ler til behandling av sykdommer i respira- sjonsorganene, for eksempel forkjølel- sesmidler og midler til behandling av astma og allergi. Gruppen havner på en fjerde- plass i forhold til mengde solgte doser, mens den ligger på en tredje plass målt i kroner. Antallet solgte doser er nær doblet siden 1987. En del av økningen forklares ved endring i anbefalt terapi når det gjelder behandling av astma.

Helseundersøkelsen 1995 viser at 4 pro- sent bruker astmamedisin, og 6 prosent benytter allergimedisin. Bruken av denne typen medisiner er forholdsvis jevnt spredd i befolkningen. Astmamedis- in benyttes av 5 prosent av de unge, 3 prosent av de voksne, 4 prosent av de middelaldrende og 7 prosent av de eldre over 67 år. I aldersgruppen 16-66 år er det 6 prosent som tar allergimedisin, mens andelen synker til 3 prosent blant de aller eldste. Det er en noe høyere andel kvinner enn menn som bruker medisin mot astma og allergi. Andelen personer som benytter astmamedisin synker med økende utdanning, mens bruken av allergimedisin er mer jevnt fordelt etter utdanning.

### **Liten bruk av homøopatmidler**

4 prosent bruker medisiner mot revmatis- me. Bruken øker med alderen, blant de eldste over 67 år er det 8 prosent som benytter denne typen medikamenter. Det er en større andel kvinner enn menn som bruker disse medisinene, og det er en noe høyere bruk blant de lavt utdannede enn blant høyere utdannede.



*En høyere andel eldre og en generell befolkningstilvekst er medvirkende årsaker til økt legemiddelbruk.*

Homøopatmedisiner er ennå lite utbredt. Bare 1 prosent hadde brukt det de siste 14 dagene. Kapitlet som omhandler alternativ medisin, bekrefter inntrykket av at bruken av homøopater i Norge ennå er beskjeden: 2 prosent av befolkningen hadde hatt kontakt med en homøopat i løpet av det siste året. Bruken av denne typen medisiner er jevnt fordelt etter alder. Andre medisiner (ikke nærmere spesifisert i helseundersøkelsen) ble benyttet av 13 prosent av befolkningen over 16 år. Også når det gjelder homøopatmedisiner og andre medisiner er brukerandelen litt høyere blant kvinner enn blant menn.

### **9.3 Tre av ti benytter medisin daglig**

En del personer er avhengige av å ta medisiner hver dag og ikke bare av og til. Tre av ti opplyser at de har brukt medisin daglig eller nesten daglig de siste fire ukene. Jo eldre vi blir, jo flere sykdommer og lidelser må vi leve med. Det er derfor ikke uventet at det er i denne gruppen vi finner de største forbrukerne av legemidler (fig. 9.4). Blant de eldste (over 80 år) var det 66 prosent som var avhengig av å ta medisiner hver dag.

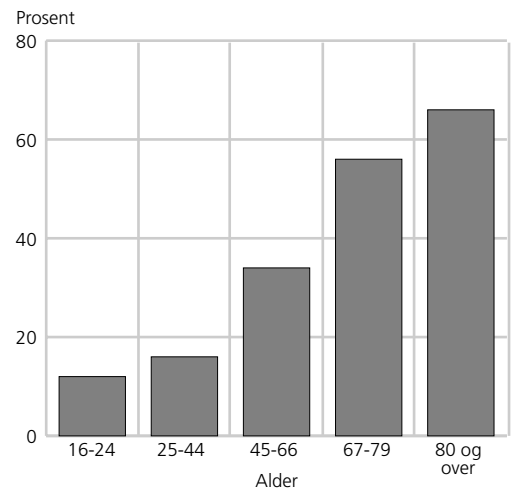
Hjertemedisin brukes daglig av rundt 5 prosent av befolkningen over 16 år, mens

forbruket øker til en av fire i aldersgruppen 80 år og over. Blodtrykksmedisin brukes totalt av 7 prosent. Dette øker til 10 prosent blant de middelaldrende og 21 prosent blant de eldre over 67 år. Det er få som benytter smertestillende midler uten resept på en daglig basis, bare 2 prosent. Andelen personer som tar smertestillende midler på resept utgjør 4 prosent. Forbruket er størst blant de aller eldste, hvor 11 prosent har brukt slike midler daglig i en periode på fire uker eller mer.

De unge bruker lite medisiner på daglig basis. Bare 2 prosent har brukt smertestillende midler, mens 1 prosent har brukt hjertemedisiner. Forbruket er størst av medisiner for luftveisplager: 3 prosent har brukt astma- og allergimedisiner og 3 prosent har brukt ulike andre medisiner daglig i løpet av de siste fire ukene. Blant de aller eldste (80 år og over) er det 8 prosent som har brukt beroligende midler på en daglig basis, og 15 prosent som har tatt sovemedisin daglig. 22 prosent går på andre medisiner som ikke er nærmere spesifisert i datamaterialet.

Det er flere kvinner enn menn som bruker medisin daglig, 32 mot 25 prosent. Blant unge menn og kvinner er andelen omtrent like store, men forskjellene øker med alderen. I aldersgruppen 67-79 år var brukerandelen økt til 52 prosent blant menn og 60 prosent blant kvinner. Mens det blant de eldste over 80 år var 58 prosent menn og 70 prosent kvinner som hadde tatt medisiner daglig i referanseperioden. Når vi vet at det er en større andel kvinner enn menn som rapporterer om smerter i kroppen, og som oppgir at de har varige sykdommer, er det kanskje ikke så uventet at flere kvinner enn menn går på ulike medikamenter.

**Figur 9.4** Andel personer som har brukt medisiner daglig eller nesten daglig de siste fire uker, etter alder. 1995. Prosent



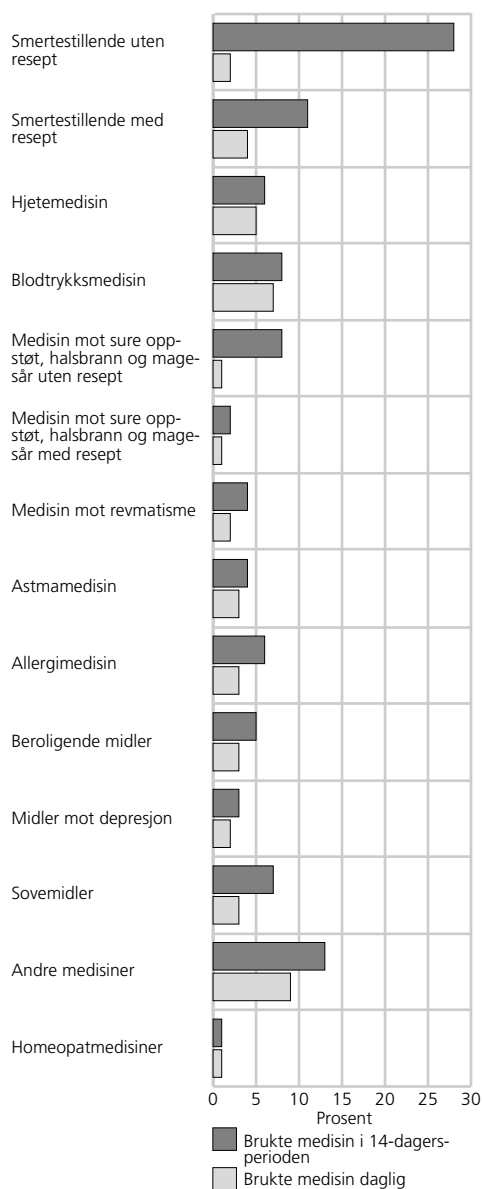
Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

Det er langt færre som benytter medisiner daglig enn av og til, spesielt blant unge og voksne. Som figur 9.5 viser, varierer forskjellene også med medisin-typene. Blant brukere av blodtrykksmedisiner er mesteparten av bruken basert på daglig basis. Tilsvarende er det også med hjertemedisiner. Smertestillende midler har et annet mønster, langt flere benytter disse periodisk enn hver dag, spesielt de reseptfrie midlene. Det samme gjelder også i en viss grad bruken av sovemidler og beroligende midler, mens det er mindre forskjeller mellom periodisk og daglig bruk når det gjelder midler mot depresjon. Her bruker de fleste medikamentene på daglig basis.

### **Store geografiske forskjeller i medisinbruk**

Norsk medisinaldepots statistikk viser oss at de fylkesvise forskjellene i medisinforbruk kan være store. Nå er det *salg* av medisiner som registreres av NMD, tallene må derfor anses som maksimumstall,

**Figur 9.5** Andel personer som har brukt ulike medisiner i løpet av 14-dagersperioden og andel personer som har brukt medisiner daglig eller nesten daglig i en fireukersperiode. 1995. Prosent



Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

det reelle legemiddelforbruket vil sannsynligvis ligge noe lavere. Forbruket av beroligende midler og sovemidler i Finnmark er bare en tredel av forbruket i Østfold. Faktorer som befolkningsstruktur (spesielt aldersfordeling), apotekdekning, antall leger per innbygger, sykehusdekning og tilgjengelighet av helsetjenester generelt kan sannsynligvis forklare noe av fylkesforskjellen. En annen forklaringsfaktor, ifølge NMD (2000), kan være at fylkesvariasjonen kan skyldes ulike terapitradisjoner og holdninger til bruk av legemidler.

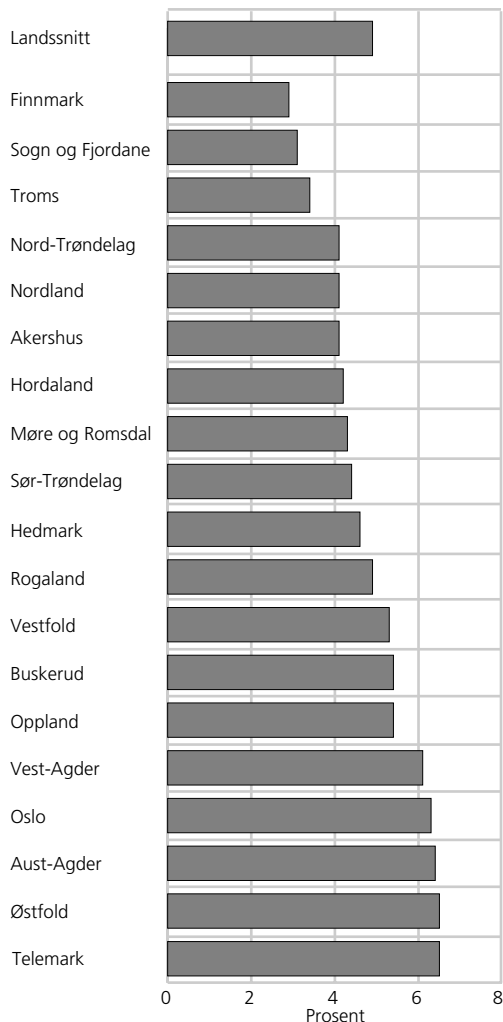
Som nevnt tidligere, viser statistikken at 4,9 prosent av den norske befolkningen bruker sovemedisiner og beroligende midler. Figur 9.6 viser at det er Østfold og Telemark fylke som har høyest andel brukere, mens Finnmark har lavest andel. Ifølge tall fra Norsk medisinaldepot holder de fylkesvise forskjellene seg relativt konstante fra år til år. I en analyse av NMD-data fra 1982 viser Bjørndal mfl. (1983) at de store ulikhetene i det fylkesvise forbruket av denne typen legemidler ikke er noe nytt. Også den gangen brukte Østfold dobbelt så mye beroligende midler som resten av landet, mens Finnmark hadde det laveste forbruket. Bjørndal mfl. fant ingen forklaring på dette fenomenet, men bemerker at forskjellene i psykofarmakabruken kan ha sammenheng med ulikheter i egenomsorgsevne, sosialt og terapeutisk nettverk i nærmiljøet, sykdomsoppfatning eller legesøkningsatferd. Hvis vi ser på den samlede medisinbruken i de ulike landsdelene ifølge helseundersøkelsen, viser det seg at forbruket er noe større i Trøndelag, hvor 61 prosent har brukt legemidler i løpet av 14-dagersperioden, enn på Vestlandet, hvor bruken er lavere (52 prosent). Oslo og Akershus havner i et midtsjikt med 58 prosent brukere i perioden. Forbruket av

sovemidler og beroligende midler er på landsdelsnivå lavest i Nord-Norge og høyest i Agder og Rogaland og Østlandet ellers. Forskjellen er ikke like markert i helseundersøkelsen, selv om vi finner liknende resultater som NMD. På fylkesnivå er det Telemark som har høyest andel brukere med 16 prosent i toukersperioden, mens Østfold hadde 11 og Finnmark 5 prosent brukere av sovemedisin og beroligende midler. Hvis vi, for sammenlikningens skyld, ser på dem som i helseundersøkelsen oppgir at de drikker nok til at de føler seg beruset syv ganger eller flere i løpet av en måned, så er det 1 prosent i Østfold, 2 prosent i Telemark og 6 prosent av beboerne i Finnmark. Her ligger Østfold og Telemark på samme nivå som landsgjennomsnittet, mens Finnmark skårer høyest av fylkene. Bruk av alkohol kan være en av mange mulige forklaringer på et lavere forbruk av denne typen legemidler. Men siden fylkestallene er spesielt usikre fordi det er få som har blitt intervjuet i hvert fylke, kan vi ikke trekke noen endelig konklusjon på dette grunnlaget.

### **Eldre bruker flere medisiner**

I perioden 1987-1998 økte legemiddelsalget med 190 prosent. Antallet solgte doser har økt med 5,8 prosent fra 1997 til 1998. Norge har hatt en volumvekst på 40 prosent i perioden 1987-1998 målt i antall definerte døgndoser. Generelt har Norge et lavt legemiddelforbruk sammenliknet med andre europeiske land. Som nevnt ovenfor, er økningen over tid et resultat av en stor tilgang på nye og moderne legemidler. En høyere andel eldre i befolkningen og en generell befolkningstilvekst er også medvirkende årsaker til økt legemiddelforbruk (Norsk medisinaldepot 1999).

**Figur 9.6 Fylkesvis salg av beroligende midler og sovemidler i 1999. Prosent**



Kilde: Norsk medisinaldepot.

6 av 10 eldre over 67 år brukte medisiner *daglig* i 1995. Legemidler må i det store og hele anses som et gode, men det er viktig å ikke bruke flere medisiner enn nødvendig. Eldre bruker mye medisiner, spesielt gjelder dette sove- og avføringsmidler, beroligende og smertestillende midler. Erfaring viser at det er lettere å

begynne med slike medisiner enn å slutte med dem. Enkelte kan kanskje føle at et legebesøk er "mislykket" om de ikke går derfra med en resept. Ifølge Norsk reseptstatistikk 1995 medfører 80 prosent av alle konsultasjoner hos allmennlege en reseptforeskrivning (NOU 1999:13).

Psykofarmaka kan gjøre hverdagen enklere for mange av dem som lever med lettere psykiske lidelser. Samtidig må vi være forsiktige med å sykeliggjøre personlige problemer. Enkelte problemer bør heller løses med terapi eller en endring av levekårene enn via medisinering. Midler mot angst og søvnløshet brukes mye hyppigere av de eldre i befolkningen enn de yngre, se figur 9.1. Mange eldre lever alene, eventuell ensomhet og isolasjon kan bidra til angst og søvnløse netter. Forebyggende tiltak som bedrer de eldre livssituasjon vil kunne redusere behovet for denne typen medikamenter, ifølge Bjørndal mfl. (1983).

Helseundersøkelsen viser oss at 11 prosent av de eldre (over 67 år) benytter to eller flere av følgende medisiner: sove-medisin, beroligende medisin, antidepressiva, reseptpliktige smertestillende midler, midler mot sure oppstøt, halsbrann og magesår. Det er en dobbelt så høy andel kvinner som menn som bruker to eller flere av disse legemidlene, henholdsvis 14 og 7 prosent. Forskjellene mellom kvinner og menn øker med alderen, fra 11 prosent i gruppen 67-79 år og til 19 prosent blant de eldste eldre (over 80 år).

#### 9.4 Oppsummering

Det selges flere og dyrere medisiner enn tidligere, og antallet solgte doser har steget. Det tas mye medisiner blant voksne. I Helseundersøkelsen 1995 hadde nesten seks av ti benyttet medisiner i

løpet av de siste 14 dagene og forbruket øker med alderen. Andelen som benytter medisiner hver dag er lavere, og gjelder tre av ti. Flere kvinner enn menn bruker legemidler. Det er hjertemedisiner, medisiner til bruk for fordøyelsen og nervemedisiner som brukes av flest. Medisinbruken varierer også mellom de ulike fylkene. Dette kan ha flere årsaker, blant annet i ulik legesøkningsatferd og i ulike måter å forholde seg til sykdom på.

<sup>1</sup> Dette er tyngre psykiske lidelser i motsetning til depresjon og angst som regnes som lettere psykiske lidelser, men begge deler faller inn under samme sykdomskategori.

#### Referanser

Bjørndal, Arild mfl. (1983): *Gagn eller ugagn? Forbruket av psykofarmaka i Norge*. Rapport nr. 4, Statens institutt for folkehelse.

Holmen, Hetlevik og Krüger (1998): Legemidler ved symptomfrie risikotilstander - dokumentasjonskravene bør skjerpes, *Tidsskrift for den norske lægeforening* 25.

Legemiddelindustriforeningen (2000): Tall og fakta 2000 - Legemidler og helsevesen.

Norsk medisinaldepot (1999): Legemiddelforbruket i Norge 1994 til 1998.

Norsk medisinaldepot (01.02.2000): "Nøkkeltall og utviklingstrekk ved legemiddelomsetningen i 1999". Pressemelding.

NOU (1999:13): *Kvinnens helse i Norge*, Sosial- og helsedepartementet.

NOU (1997:6): *Rammevilkår for omsetning av legemidler*, Sosial- og helsedepartementet.

Statistisk sentralbyrå (1999): *Helseundersøkelsen 1995*, Norges offisielle statistikk.

St.meld. nr. 25 (1996-97): *Åpenhet og helhet, psykiske lidelser og tjenestetilbudene*, Sosial- og helsedepartementet.

Steen, Vidar M. (2000): Skreddersøm av legemidler i et nytt millennium, *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 1.

Thormodsen, Fønneløp, Rytter og Tørisen (1997): Medisinretur som kvalitetsindikator for farmakoterapi - hva blir til overs? og Brukes etter avtale med legen - årsaker til at pasienten får medisin til overs, begge i *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 24.





Jon Erik Finnvold

## 10 Kontinuitet, kontakthypighet og tilfredshet med legetjenesten



Gjennom representative undersøkelser har vi undersøkt ulike aspekter ved befolkningens bruk av legetjenester. Hvor ofte folk bruker legetjenester, hvor fornøyd de er med kvaliteten på tilbudet, om de har fast lege, og hvor ofte de eventuelt bytter fast lege. Resultatene viser blant annet at et flertall er svært godt fornøyd med legen, og andelen tilfredse er større for de som har fast lege. Blant de som brukte fast allmennlege, svarte fire av ti at de hadde byttet sin faste lege minst en gang det siste året. Resultatene viste også at et stort flertall av legebyttene skjedde uten at pasientene selv ønsket det. Omfanget av ufrivillige bytter av lege var mindre for de som brukte spesialist. Til sammen 8 prosent av disse hadde ufrivillig måttet bytte sin faste legespesialist det siste året.

### 10.1 En samlet oversikt over legeressursene

Å gå til legen blir av mange oppfattet som det samme som kontakt med allmennpraktiserende lege. Mye tyder imidlertid på at det å gå til lege i dag innebærer kontakt med mer spesialiserte legetjenester enn tidligere. Løpende statistikker over personellutvikling og behandlingsskapasitet innenfor spesialisthelsetjenestene forteller at tallet på polikliniske kontakter ved sykehusene er økende, og at det blir stadig flere leger ved sykehusene (Statistisk sentralbyrå 2000). Den mest vanlige måten å samle inn informasjon om legetilbudet på, er å kontakte helsetjenesten selv, oftest ved å sende ut spørreskjema til sykehus, kommuner og andre administrative enheter som har ansvaret for å organisere legetjenestene. En slik strategi gir mye informasjon om virksomheten og ressursbruken i helsetjenesten, men kan komme til kort dersom vi f.eks. ønsker et mer samlet

bilde av legetjenesten og dens betydning for folk flest. I dette kapitlet er formålet å belyse ulike aspekter ved befolkningens samlede bruk av legeressursen. Vårt utgangspunkt er å gå direkte til de som bruker legetjenestene. Hvor ofte bruker folk ulike legetilbud, hvor mange har en fast relasjon til en lege, og hvor fornøyd er folk med legene de har hatt kontakt med når de har vært syke? Disse og andre spørsmål vil bli belyst med utgangspunkt i en undersøkelse blant et nettoutvalg på 5 000 personer som ble intervjuet ved årsskiftet 1999/2000 (se boks 10.1). Resultatene som er gjengitt bygger på foreløpige data fra dette utvalget.

### 10.2 Kontinuitet: Trenger egentlig alle en fast lege?

Det er en utbredt oppfatning at det å ha en fast lege er en fordel, og det er flere gode grunner til dette. Å forholde seg til de samme pasientene over tid, vil gi en bedre oversikt over tidligere syketilfeller

**Boks 10.1 Informasjon om legetjenestene i panel 2000**

Informasjonsgrunnlaget om befolkningens samlede bruk av legetjenester i Statistisk sentralbyrås utvalgsundersøkelser er relativt begrenset. I panel 2000 har vi forsøkt å samle inn informasjon om et representativt utvalg av befolkningens bruksfrekvens og kontinuitet med ulike legetilbud. Hovedformålene med dette er et ønske om å følge med på utviklingen over tid når det gjelder ulike aspekter ved bruken av legetjenestene. Det er to hovedgrunner til dette. For det første hevdes det at befolkningens bruk av legetjenester har vært økende. Man har konstatert en vekst i folketrygdens utbetalinger til refusjoner, men dokumentasjon på individnivå har vært begrenset. For det andre er det planlagt en ordning som innebærer at hele befolkningen i utgangspunktet skal ha sin egen faste lege. Dette er en betydelig helsepolitisk reform, og det vil være av stor interesse å forsøke å spore endringer i befolkningens relasjon til legen i tiden før, under og etter reformen.

Panelet besto i utgangspunktet av et nettoutvalg på 5 000 personer. Det var til sammen 734 personer som intervjuerne av ulike grunner ikke fikk stilt noen spørsmål. Mange av disse ønsket rett og slett ikke å delta. Andre var midlertidig fraværende på grunn av ferie, skolegang eller arbeid. Vi forutsetter at de som deltok i undersøkelsen er representative for befolkningen for øvrig. Av spesiell interesse er frafall på grunn av helsemessige årsaker. Undersøkelsen ga opplysninger om frafallsårsak, og viste at 31 personer ikke deltok på grunn av langvarig sykdom eller svekkelse. Det er dermed ikke grunn til å tro at vi har med et utvalg å gjøre som skiller seg vesentlig fra befolkningen for øvrig når det gjelder helse og behov for helsetjenester. For nærmere dokumentasjon av utvalget, se Sundvoll 1999.

og helsetilstanden i pasientens øvrige familie. Dette kan gjøre det lettere å erkjenne både nye og skjulte lidelser. Spesielt for kronisk syke mennesker er det viktig med en fast lege som kjenner det tidligere sykdomsforløpet, og lettere kan se endringer i sykdomsbildet, og vurdere eventuelle endringer i behandling eller medisiner. Det er altså god grunn til å tro at legene får mer kunnskap om sine faste pasienter. Det er også vist at de faktisk får mer interesse for og innlevelse i sine faste pasienter (Hjortdahl 1992). Sett fra pasientenes side er det slik at det store flertallet faktisk ønsker en fast lege. Fortrolighet bygges over tid, dessuten er det en åpenbar fordel å slippe å fortelle om sine tidligere helseproblemer ved hver ny konsultasjon. Likevel er ikke idealet om en fast lege entydig positivt. Noen mener at kontinuitet kan skape for sterke bånd, som kan svekke legens evne til å foreta medisinskfaglige vurderinger. En konsekvens av

kontinuitet kan også være at det skapes lojalitet som hindrer pasienter i å ta kontakt med andre leger for å nyvurdere helseproblemet.

**Allmennlege eller spesialist?**

De helsepolitiske myndigheter har besluttet å innføre en fastlegeordning, slik flere andre land tidligere har gjort. Blant andre har Danmark og Storbritannia en slik ordning. Oftest omfatter ordningen allmennpraktiserende leger. Tidligere undersøkelser av kontinuitet i legetjenesten har som regel handlet om allmennpraksis. I denne sammenhengen ønsker vi å inkludere også spesialisthelsetjenestene i og utenfor sykehus. Ettersom helsetjenesten er blitt stadig mer spesialisert, er det grunn til å tro at vi har fått en betydelig pasientgruppe som har en fast relasjon til privatpraktiserende spesialister, eller har leger tilknyttet en sykehusavdeling. Dette betyr ikke at allmennlegenes betydning er blitt mindre, men kan

innebære at allmennlegenes funksjon er under endring. I større grad vil allmennlegene fungere som en "veiviser" eller "advokat" som kan hjelpe pasienten i et voksende mangfold av spesialiserte behandlingstilbud. I panel 2000 har vi definert tre hovedkategorier leger som befolkningen faktisk kan benytte som sin faste lege: Allmennpraktiserende leger, leger tilknyttet sykehus, og privatpraktiserende spesialister utenfor sykehus. Samtlige i utvalget ble stilt spørsmålet "Har du en fast allmennpraktiserende lege eller et fast legesenter som du bruker når du trenger legehjelp? Regn ikke med legespesialist, sykehuslege o.l." Det var 51 prosent som hadde en fast allmennpraktiserende lege. Til sammen 19 prosent svarte at de brukte et fast legesenter. Det var 16 prosent som ikke hadde noen fast allmennpraktiserende lege, og som heller ikke brukte et fast legesenter.

**Tabell 10.1 Bruk av fast lege. Prosent**

	Hele utvalget (N=3 729)	Alle <sup>1</sup> med legekontakt for egen sykdom siste år (N=2 864)
<b>I alt</b> .....	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Fast lege</b>		
Allmennpraktiker og spesialist utenfor sykehus .....	5	6
Allmennpraktiker og spesialist ved sykehus .....	4	5
Spesialist utenfor sykehus .....	2	3
Spesialist ved sykehus .....	2	2
Allmennlege .....	50	54
Bedrifts-/skole-/student- helsetjeneste .....	3	2
<b>Uten fast lege</b>		
Fast legesenter .....	18	18
Uten fast lege eller legesenter	16	10

<sup>1</sup> Det var 4 personer som ikke ville besvare spørsmålet.  
Kilde: Levekårsundersøkelsene Panel 2000, Statistisk sentralbyrå.



*Idealet om fast tilknytning til samme lege er ikke entydig positivt.*

Det ble også spurt om de intervjuede hadde hatt kontakt med legespesialister ved eller utenfor sykehus på grunn av egen sykdom, og om disse regnet spesialister som sin faste lege. I tabell 10.1 har vi brukt opplysningene til å gi en oversikt over kontinuiteten som befolkningen har med hele legetjenesten. Spørsmålet om bruk av fast allmennpraktiserende lege ble stilt samtlige, mens spørsmålene om bruken av spesialister kun ble stilt til de som hadde hatt kontakt med slike leger på grunn av egen sykdom siste år. Dette betyr at vi ikke ville fange opp de som hadde en spesialist som sin faste lege, men som ikke hadde hatt kontakt det siste året.

### **13 prosent med spesialist som fast lege**

Ser vi på hele befolkningen, viser tabellen at 13 prosent av befolkningen oppga at de hadde en spesialist som sin faste lege. Et flertall av disse oppga også at de hadde en fast allmennpraktiserende lege, og hadde dermed en fast relasjon til både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det var 4 prosent som oppga at de utelukkende regnet spesialister som sin faste lege. Det mest vanlige er å ha en allmennlege som sin faste lege, denne gruppen utgjør halvparten av befolkningen.

**Tabell 10.2 Bruk av fast lege. Personer med legekontakt for egen sykdom siste år, etter bosted og utdanningslengde. 2000. Prosent**

	Alle (N=2 864)	Personer med høy utdanning (N=126)	Bosatte i Oslo (N=332)	Bosatte i Akershus (N=332)
<b>I alt .....</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
Fast lege				
Allmennpraktiker og spesialist utenfor sykehus .....	6	6	6	10
Allmennpraktiker og spesialist ved sykehus .....	5	1	3	5
Spesialist utenfor sykehus .....	3	6	5	4
Spesialist ved sykehus .....	2	3	2	2
Allmennlege .....	53	44	39	52
Bedrifts-/skole-/studenthelsetjeneste	2	4	4	4
Uten fast lege				
Fast legesenter .....	18	21	24	13
Uten fast lege eller legesenter .....	10	14	15	11

Kilde: Levekårsundersøkelsene Panel 2000, Statistisk sentralbyrå.

### **En av tre uten fast lege**

Imidlertid står 35 prosent av befolkningen uten en fast legekontakt. Dersom vi holder utenfor de som ikke hadde hatt kontakt med noen lege for egen sykdom siste år, var det 28 prosent som var uten en fast lege. Godt over halvparten av disse oppga at de brukte et fast legesenter. Denne gruppen brukte altså samme sted for sine legebeseøk, uten å ha en fast lege på legesenteret.

### **10.3 Hvem bruker spesialisthelsetjenesten?**

Vi kan betrakte spesialisthelsetjenesten som en begrenset ressurs, og er interessert i hvem som får tilgang til denne ressursen. Hvem er det som etablerer en fast relasjon til en spesialist? Spesialisthelsetjenesten skal naturlig nok forbeholdes pasienter med de mest alvorlige sykdomstilstandene, slik at ressursene i helsetjenesten utnyttes på en måte som gir den beste velferdsvirkningen for befolkningen. Om det virkelig forholder seg slik er ikke mulig å avgjøre med utgangspunkt i de foreliggende data. Det

er imidlertid mulig å tenke seg at enkelte grupper i befolkningen har bedre forutsetninger enn andre for å skaffe seg tilgang til spesialiserte helsetjenester. Dette gjelder for eksempel bosatte i det sentrale østlandsområdet, der konsentrasjonen av privatpraktiserende spesialister er høyere enn i landet for øvrig. Det kan også tenkes at akademikere eller andre grupper med lang utdanning lettere kan få tilgang til spesialiserte helsetjenester. For eksempel kan det tenkes at slike grupper i større grad har en lege i sitt sosiale nettverk, og dermed lettere kan bli klar over sine rettigheter og muligheter vis-à-vis helsevesenet. Det er i mange tilfeller også mulig å få tilgang til privatpraktiserende spesialister uten henvisning fra annen lege, men da må pasienten selv betale en større del av kostnadene enn tilfellet ville vært dersom han eller hun var henvist av annen lege.

I tabell 10.2 har vi forsøkt å belyse noen av disse spørsmålene. I denne undersøkelsen er det ikke slik at høyt utdannede bruker et mer spesialisert helsetilbud.

Imidlertid er det mer vanlig blant personer med høy utdanning å bruke spesialist alene, og da fortrinnsvis privatpraktiserende spesialist. Som tabellen viser, var det 6 prosent blant de med høy utdanning som hadde spesialist utenfor sykehus som sin faste lege. På grunn av utvalgets størrelse er mulighetene til å belyse geografiske forskjeller begrensede. Oslo og Akershus har imidlertid store fylker, og resultatene viser at det å ha spesialist som fast lege ikke er spesielt vanlig i Oslo, mens det er en noe høyere andel med spesialist som fast lege i Akershus.

#### 10.4 Hvor "fast" er en fast lege?

Et flertall har altså en fast lege. De som svarte at de hadde en fast allmennpraktiserende lege, ble spurt om de hadde byttet sin faste lege det siste året. Resultatene viste at 4 av 10 bytter sin faste allmennlege minst en gang om året. I alt 34 prosent svarte at de hadde byttet sin faste lege en gang, mens ytterligere 4 prosent hadde byttet sin faste lege flere ganger i løpet av de siste 12 måneder. Et spørsmål er om et år er nok til å realisere de positive virkningene det å ha faste leger innebærer. Hvis ikke, antyder resultatene at kontinuiteten i befolkningens relasjoner til allmennpraksis er mindre enn det vi kan få inntrykk av i tabell 10.1. Vi kan i alle fall stille spørsmål om kontinuiteten er tilfredsstillende dersom nesten 40 prosent bytter sin faste lege i løpet av et år. Men er disse byttene av faste leger noe pasienten selv velger å gjøre? Resultatene viser at det i større grad dreier seg om ufrivillige bytter av faste leger. Nesten 75 prosent av de som hadde byttet sin faste lege svarte at dette hadde skjedd uten at de ønsket det. Dette betyr at den populasjonen som bruker en fast allmennpraktiker, i betydelig grad utsettes for ufrivillige bytter av faste leger. Hva så med de som bruker spesialister som faste leger? Omfan-

**Tabell 10.3** Kontakt med flere ulike allmennleger. Respons på spørsmålet: *Vi er interessert i å høre hvorfor du har hatt kontakt med flere allmennleger i løpet av de siste 12 måneder? Var det fordi.....*

Svarkategorier	Prosent
<i>Din faste lege sluttet .....</i>	11
<i>Din faste lege var på ferie, syk eller midlertidig fraværende .....</i>	40
<i>Du ikke var tilfreds med din faste lege .....</i>	6
<i>Du ønsket en ny vurdering av sykdommen din .....</i>	9
<i>Du fikk en annen lege på et legesenter .....</i>	38
<i>Annen grunn .....</i>	33

<sup>1</sup> Spørsmålet ble stilt til personer som hadde hatt kontakt med mer enn én allmennlege, og som benyttet enten fast lege eller bedrifts-/skole-/studenthelsetjeneste (N=276). Svarkategoriene er ikke gjensidig utelukkende.

Kilde: Levekårsundersøkelsene Panel 2000, Statistisk sentralbyrå.

get av ufrivillige legebytter var mindre for denne gruppen, til sammen 8 prosent svarte at de hadde byttet sin faste legespesialist det siste året uten at de selv ønsket det.

#### **Brukes alltid den samme legen?**

Å ha en fast lege innebærer ikke nødvendigvis at det er denne legen som benyttes hver gang. En oversikt over hvor mange ulike allmennleger de som ble intervjuet hadde hatt kontakt med, viste at en tredjedel hadde hatt kontakt med to eller flere forskjellige leger, uten at legevaksleger var regnet med. En oversikt over bakgrunnen for å bruke flere forskjellige leger viste at det var mindre vanlig å selv ta initiativ til å få en annen lege: 6 og 9 prosent oppga misnøye eller behov for ny vurdering som årsak til å ha brukt flere leger. Fravær av faste leger var en viktig årsak (40 prosent), mange oppga også at de hadde fått en annen lege på legesenteret (38 prosent).

### 10.5 Hvem mangler fast lege?

Tidligere undersøkelser blant kronikere og småbarnsfamilier (Finnvold 1996, 1997) har vist at manglende kontinuitet er betinget av bosted. Gjelder dette også for gjennomsnittsbefolkningen? Det har også vært hevdet at problemet med mangel på fast legekontakt er størst i byene, mens de tynnere befolkede områdene av landet i realiteten alt har en fastlegeordning (Sosialdepartementet 1990:73). Tabell 10.2 mer enn antyder at bosatte i Oslo sjeldnere enn andre har en fast lege. Likevel er det ingen generell sammenheng med urbanitet, fordi Akershus har en større grad av kontinuitet enn landsgjennomsnittet. Når det gjelder de mindre sentrale kommunene, har tidligere undersøkelser slått fast at mindre sentrale kommuner har større problemer enn andre med å skaffe et kontinuerlig legetilbud, og at dette har sammenheng med hvordan legetilbudet er organisert (Finnvold 1996, 1997).

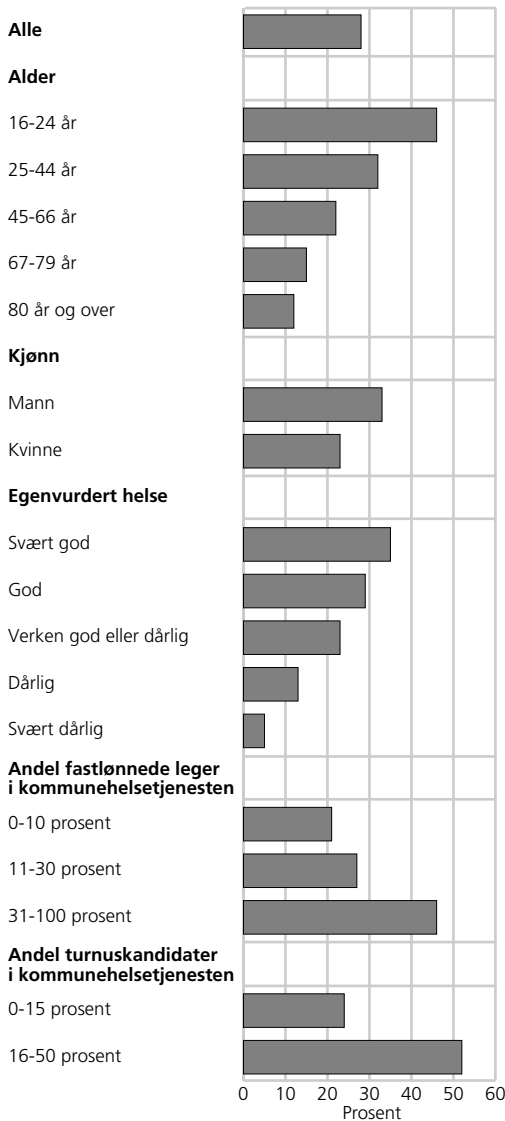
Det er fire grupper allmennpraktiserende leger, inkludert turnuskandidater, som arbeider i allmennlegetjenesten i kommunene. Turnuskandidatene er ennå ikke godkjente leger, men må regnes som en del av legetilbudet fordi disse i hovedsak utfører legepraksis på linje med ferdig utdannede leger. I mange mindre kommuner utgjør turnuskandidatene en vesentlig del av legetilbudet, og står for opptil 50 prosent av årsverksinnsatsen i allmennpraksis. De tre øvrige kategorier av leger skiller seg fra hverandre ved sine ansettelsesforhold til kommunen. Leger med fast lønn er ansatt som kommunale arbeidstakere lønnet av de kommunale budsjetter. Innholdet i arbeidet til fastlønnede leger er for en stor del er fastsatt gjennom kommunale instruksjer. Å ansette fastlønnede leger er mest vanlig i mindre sentrale kommuner, som ofte ikke

har et befolkningsgrunnlag for privatpraktiserende leger. Leger med kommunal avtale er privatpraktiserende leger som gjennom en avtale med kommunen blir en del av den kommunalt organiserte helsetjenesten. Disse får et kommunalt driftstilskudd, men er i hovedsak finansiert av trygdebudsjettet via refusjoner for den enkelte konsultasjon og behandling, samt egenandeler fra pasientene. Inntektene til disse legene er altså betinget av hvor mange pasienter som behandles. Det er også mulig å drive allmennpraksis som leger uten kommunal avtale, men dette er mindre vanlig.

Siden turnuskandidater i stor grad brukes som et virkemiddel til å skaffe leger til kommuner med en ellers ustabil legedekning, og ordningen i seg selv innebærer skifte av lege, er det åpenbart at bosatte i kommuner der turnuskandidater utgjør en vesentlig del av legetilbudet kan ha vanskeligere for å etablere en fast relasjon til en lege.

De siste årene har det pågått en diskusjon om lønns- og arbeidsbetingelsene til fastlønnede leger vis-à-vis leger med kommunal avtale. Andelen fastlønnede leger har avtatt etter 1993. Mye tyder på at det er relativt stor gjennomtrekk i denne type legestillinger. Privatpraktiserende leger investerer i større grad i sin egen praksis gjennom å etablere f.eks. kontorlokaler og utstyr. Spørsmålet er hvordan faktorer som fastlønnsandel og andel turnuskandidater påvirker sannsynligheten for å mangle en fast legetilknytning. Resultatene er entydige, jo høyere fastlønnsandel, og jo høyere andel turnuskandidater, jo større er sannsynligheten for å mangle en fast legetilknytning (tabell 10.2). Slike organisatoriske forhold har en relativt stor betydning, men også andre forhold virket inn. En analyse

**Figur 10.1** Andel som var uten fast lege, etter alder, kjønn, egenvurdert sykkelighet og organisering av allmennlegetjenesten. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsene, panel 2000, Statistisk sentralbyrå.

**Tabell 10.4** Kontakter med leger for egen sykdom siste 12 måneder. Antall kontakter. Prosent (N=3 729)

Kategori	Prosent
I alt .....	100,0
Ingen kontakt .....	23,2
1 kontakt .....	17,6
2 kontakter .....	14,3
3 kontakter .....	9,8
4 kontakter .....	8,5
5 kontakter .....	5,8
6-7 kontakter .....	5,5
8 eller flere .....	13,3

Kilde: Levekårsundersøkelsene Panel 2000, Statistisk sentralbyrå.

som inkluderer faktorer som alder, kjønn, utdanningslengde, sykkelighet, og bosted (Oslo og Akershus) viser at de fleste av disse faktorene har betydning for det å ha fast lege. Denne analysen bekrefter også det som tabell 10.2 antyder, nemlig at kontinuiteten er lavere i Oslo, og høyere i Akershus. Dessuten viser den at jo mer negativt folk vurderer sin egen helsetilstand, jo mer sannsynlig er det at de har fast lege. Når det tas hensyn til at høyt utdannede er mer friske enn gjennomsnittet, er det ikke lenger noe som tyder på at høyt utdannede i mindre grad enn andre knytter seg til en fast lege, slik tabell 10.2 også kan gi inntrykk av. Både kjønn og alder gir tydelige indikasjoner på fastlegetilknytning. Også når det tas hensyn til forskjeller i egenvurdert sykkelighet, viser det seg at kvinner og eldre mennesker oftere enn andre har en fast lege.

### 10.6 Hvor ofte oppsøker vi legen?

Ved hjelp av spørsmålene i panel 2000 er det for første gang mulig å generere et tall for konsultasjonsfrekvens for befolkningens bruk av den samlede legeressursen. Paneldeltakerne ble spurt om hvor mange ganger siste år de hadde hatt kontakt med leger for egen sykdom. Det ble skilt mellom kontakter med

allmennlege, legevaktslege og spesialister i og utenfor sykehus. I utvalget var det nesten en av fire som ikke hadde hatt noen kontakt med lege siste år (23 prosent, tabell 10.4). Variasjonen er imidlertid betydelig, en like stor gruppe (24 prosent) hadde hatt fem eller flere kontakter siste år. En gruppe på vel 13 prosent hadde hatt åtte eller flere kontakter.

De som ble intervjuet ble altså spurt om de hadde hatt kontakt med ulike typer leger de siste 12 måneder. Resultatene viste at det var ...

- 27 prosent som hadde hatt kontakt med legevaktslege
- 67 prosent som hadde hatt kontakt med allmennlege
- 15 prosent som hadde hatt kontakt med lege på sykehus (poliklinisk konsultasjon)
- 13 prosent som hadde hatt kontakt med privatpraktiserende spesialist utenfor sykehus.

Nesten 2 900 av et antall spurte på 3 700 hadde altså hatt kontakt med en av de nevnte typene leger. I løpet av de siste 12 måneder oppga disse over 14 500 kontakter, og kontaktene fordelte seg mellom de ulike typene leger med ...

- 15 prosent på legevaktslege
- 62 prosent på allmennlege
- 12 prosent ved lege på sykehus (poliklinisk konsultasjon)
- 11 prosent med privatpraktiserende spesialist utenfor sykehus.

I alt 62 prosent av kontaktene var med allmennlege. Denne andelen er noe overvurdert, siden også telefonkontakter er regnet med. Oversikten viser også at

nesten en av fire kontakter med legen er kontakter med spesialister, enten på eller utenfor sykehus.

### **Hvem er ofte hos legen?**

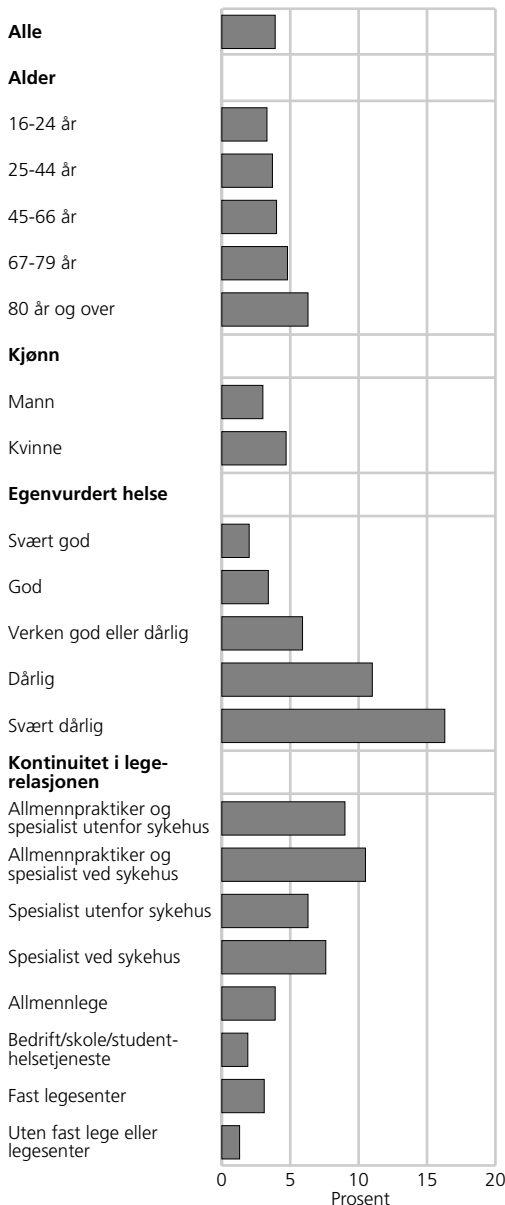
I gjennomsnitt har en person over 16 år 3,9 kontakter med legen i året for egen sykdom. Som antydning over er dette tallet høyere dersom den det gjelder har en fast relasjon til en spesialist. De som hadde en fast allmennpraktiserende lege, og i tillegg en fast spesialist ved et sykehus, hadde i gjennomsnitt 10,5 kontakter med lege siste 12 måneder. I figur 10.2 ser vi at tallet på kontakter naturlig nok øker med alder, og ikke minst med egenvurdert sykkelighet. Mens personer som vurderer sin egen helse som svært god eller god har to til tre kontakter i året, har personer som vurderer sin egen helse som dårlig eller svært dårlig 11 til 16 kontakter i året i gjennomsnitt.

Undersøkelsen viser at de som var uten fast lege hadde et gjennomsnitt på 1,3 kontakter. Et interessant spørsmål er da om manglende kontinuitet påvirker omfanget av bruken av legetjenester. Spørsmålet blir om de som ikke har fast lege i mindre grad bruker legetjenester, når det tas hensyn til faktorer som egenvurdert helsetilstand, alder og kjønn? I tidligere avsnitt har vi sett at det å mangle en fast legekontakt til dels avhenger av lokale organisatoriske forhold (figur 10.1). Vi har vist at dette ofte er en ufri-villig situasjon for de som mangler en fast lege, og ikke nødvendigvis en konsekvens av at behovet for en fast legekontakt ikke er der.

Resultatet av en analyse som tar hensyn til faktorene i figur 10.2 viser at både sykkelighet, kontinuitet, alder og kjønn har betydning for bruken av legetjenester uavhengig av hverandre. Med andre ord,



**Figur 10.2 Gjennomsnittlig antall kontakter med lege siste 12 måneder for egen sykdom, etter alder, kjønn, egenvurdert sykkelighet og kontinuitet i lege-relasjonen. Prosent**



Kilde: Levekårsundersøkelsene, panel 2000, Statistisk sentralbyrå.

for mennesker med samme behov for legetjenester, vil de som ikke har en fast legekontakt ha færre legekontakter enn andre. Dersom idealet er at behovene og sykkelighet alene skal bestemme bruksfrekvensen, kan denne situasjonen innebære et avvik fra et slikt ideal, og at det eksisterer et underforbruk av legetjenester. Dette er imidlertid en fortolkning. Det kan også tenkes at legene påvirker etterspørselen etter sine egne tjenester, og at de som er i en fast relasjon til en lege får et utvidet tilbud, uten at de nødvendigvis selv alltid tar initiativ. I det hele tatt er mekanismene som styrer disse variasjonene vanskelige å vurdere med denne type data.

### 10.7 Er folk fornøyd med legene?

Å øke den subjektive tilfredsheten er et viktig mål, fordi tilfredse brukere har en større tilbøyelighet til å følge helsepersonnellets råd og anvisninger (Hall og Dornan 1990). Tilfredshetsundersøkelser har en rekke metodiske begrensninger. Et hovedproblem er at det er vanskelig å få folk til å fortelle om sine negative erfaringer (Wilson 1993). Det er også slik at de som svarer har en tendens til å erklære seg enig i de utsagn de får presentert. Dersom utsagnet er formulert positivt, vil dette ofte resultere i en positiv vurdering av legetjenesten, mens det er lettere å uttrykke misnøye dersom man blir presentert for et negativt utsagn. Tabellen under viser svarene på to negative utsagn og to positive. Få har gitt en negativ vurdering, dvs. erklært seg litt eller helt uenig i de to positive utsagnene (hvv. 6 og 8 prosent). Andelen misfornøyd var klart høyere for de to negative utsagnene, 25 prosent mente at legen ikke ga dem nok tid, mens 30 prosent mente at det hadde tatt altfor lang tid å få time hos legen.

**Tabell 10.5** Subjektiv tilfredshet med ulike aspekter ved legekonsultasjonen<sup>1</sup> (N=2 698)

	Svaralternativer					
	I alt	Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig	Vet ikke
Legen tok meg og mine problemer på alvor .....	100	83	11	4	2	0
Jeg har full tillit til den behandlingen legen ga .....	100	79	12	5	3	0
Legen ga meg ikke nok tid .....	100	15	11	9	65	0
Det tok alt for lang tid å få time hos legen .....	100	18	12	7	63	0

<sup>1</sup> Personene i utvalget ble bedt om å ta stilling til ulike utsagn, om hvor godt disse utsagnene passet til siste gangene de var hos legen på grunn av egen sykdom. De som hadde fast lege ble bedt om å ta utgangspunkt i erfaringene fra de siste kontaktene med den faste legen. Kun personer som hadde hatt kontakt med lege siste år på grunn av egen sykdom ble stilt spørsmålene.

Kilde: Levekårsundersøkelsene Panel 2000, Statistisk sentralbyrå.

Det er også slik at tidligere studier av pasienttilfredshet ofte har funnet at personer med relativt alvorlige helseproblemer i større grad gir uttrykk for misnøye (Hall og Dornan 1990), og at tendensen til å være fornøyd med helse-tjenesten øker med alder. Nærmere undersøkelser av materialet fra panel 2000 bekrefter dette. Personer med negativ vurdering av egen helse har en større tendens til å være misfornøyd, akkurat som vi finner en høyere andel misfornøyd blant de yngre aldersgruppene.

Det følger av dette at pasienttilfredshet ikke uten videre kan betraktes som et uttrykk for kvaliteten i tjenestetilbudet (Finnvold 1998), eller at legenes kompetanse direkte kan leses ut av analyser av denne typen studier. Men det er i alle fall enighet om at misfornøyd pasienter ikke følger legens råd og anvisninger i samme grad som andre. Derfor vil det uansett være av interesse å belyse graden av tilfredshet med legetjenesten. Av spesiell interesse vil det være å følge utviklingen over tid. Siden dette er en panelundersøkelse, vil de samme menneskene svare på ulike tidspunkt. Vi har dermed muligheter for å følge disse pasientene over tid. Et interessant spørsmål er: Vil flere være fornøyd med legen

sin etter at fastlegeordningen har trådt i kraft?

Et konsistent funn i de fleste pasienttilfredshetsundersøkelser er at pasienter med fast lege er mer fornøyd enn andre (Hall og Dornan 1990). Dette er også et tydelig funn i andre undersøkelser gjennomført av Statistisk sentralbyrå (Finnvold 1998). Denne sammenhengen gjør seg også gjeldende i dette materialet. Mens andelen som svarte "helt enig" på utsagnet "legen tok meg og mine problemer på alvor" var 75 prosent for personer som ikke hadde fast lege, var denne

**Tabell 10.6** Tilfredshet med legetjenesten, etter fastlegetilknypning. Andel som svarte "helt enig" på utsagnet "legen tok meg og mine problemer på alvor". Prosent (N)

<b>Alle</b> .....	<b>83</b>	<b>(2 698)</b>
Allmennpraktiker og spesialist utenfor sykehus .....	85	(184)
Allmennpraktiker og spesialist ved sykehus .....	87	(134)
Spesialist utenfor sykehus .....	90	(82)
Spesialist ved sykehus .....	88	(59)
Allmennlege .....	86	(1 478)
Bedrifts-/skole-/studenthelsetjeneste	84	(61)
Fast legesenter .....	75	(465)
Uten fast lege eller legesenter .....	76	(235)

Kilde: Levekårsundersøkelsene Panel 2000, Statistisk sentralbyrå.

andelen mellom 85 og 90 prosent for de som hadde en fast lege (tabell 10.5). Tilfredsheten var høyest blant de som hadde en fast spesialist utenfor sykehus. Av disse var det 90 prosent som var helt enig i nevnte utsagn.

### 10.8 Vi bruken av legetjenestene andre seg?

Spørsmålet om endring over tid er kanskje vel så interessant når det gjelder andre aspekter ved befolkningens relasjoner til legetjenesten:

- Vil tallet på konsultasjoner og presset på legetjenestene øke når flere får fast lege? Våre funn kan tyde på at dette vil skje.
- Vil andelen som mangler kontinuitet i Oslo gå ned etter at en fastlegeordning er innført?
- Vil problemene med å etablere en kontinuerlig relasjon bli bedre for de som per i dag bor i mindre sentrale strøk med ustabil legedekning?
- Vil færre måtte bytte sin faste lege uten at de selv ønsker det etter innføringen av en fastlegeordning?

### Referanser

Finnvold, Jon Erik (1996): *Kommunale helsetilbud: Organisering, ulikhet og kontinuitet*, Rapporter 96/6, Statistisk sentralbyrå.

Finnvold, Jon Erik (1997): Fastlegetilknytning blant kronisk syke: Legene flytter fra pasientene. *Samfunnspeilet* 1997, 2, Statistisk sentralbyrå.

Finnvold, Jon Erik (1998): Kan misfornøyde pasienter gi oss bedre helsetjenester? *Samfunnspeilet* 1998, 3, Statistisk sentralbyrå.

Hall J. A. og M. C. Dornan (1990): Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis, *Social Science Medical Journal* 1990; 24: 811-817.

Hjortdahl, Per (1992): Continuity of care: General practitioners knowledge about, and sense of responsibility toward their patients, *Family practice* vol. 9 no.1, 1992.

Sosialdepartementet (1990): *Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane*. St.meld. nr. 36 1989-90.

Statistisk sentralbyrå (2000): *Spesialisthelsetjenesten, somatikk. Foreløpige tall*, 1999.

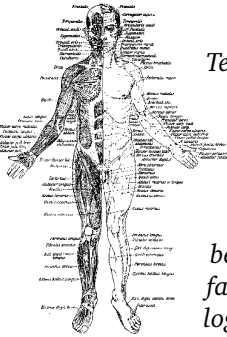
Sundvoll, Anne (1990): Samordnet levekårsundersøkelse 1999 - panelundersøkelsen. Dokumentasjonsrapport, Notater 1999/66, Statistisk sentralbyrå.

Wilson G. (1993): Users and providers. Different perspectives on community care services, *Journal of Social Policy* 1993; 22: 507-52.



Jon Erik Finnvold

## 11 Befolkningens bruk av psykolog- og fysioterapitjenester



*Temaet for dette kapitlet er bruken av psykolog- og fysioterapitjenester. To tjenester som retter seg mot tilsynelatende svært ulike helsemessige problemer. Imidlertid er det ikke uvanlig at tema av mer psykososial karakter dukker opp i fysioterapeutenes konsultasjoner. Stadig tilbakevendende muskelplager kan i mange tilfeller knyttes til perioder med angst og nervøsitet. Enkelte får behandling hos psykolog parallelt med behandling hos fysioterapeut, og det hender også at fysioterapeuter anbefaler sine pasienter å oppsøke psykolog. At noen fysioterapeuter og psykologer har valgt å samlokalisere sine tjenester peker også mot at det finnes felles berøringspunkter mellom de to yrkesgruppene.*

Et av spørsmålene vi stiller er i hvilken grad mer psykisk betingede plager påvirker omfanget av kontakten befolkningen har med psykologer og fysioterapeuter. Mer generelt vil vi forsøke å belyse hvilke følger variasjoner i befolkningens sykelighet har for bruken av de to yrkesgruppene: I hvilken grad bestemmer omfanget av helseproblemer som belastningsslidelser, muskel-skjelettsykdommer og symptomer på angst og nervøsitet bruken av fysioterapeuter og psykologer? Vi forventer at det finnes sammenhenger mellom bruksfrekvens og sykelighet. Det er jo et bærende prinsipp - i hvert fall for den delen av helsetjenesten som er finansiert av det offentlige - at mennesker med samme sykdomsbilde og alvorlighetsgrad skal få samme behandling. Det er behovene, eller sykelighet i en eller annen forstand, som ifølge både profesjonelle normer og helsepolitiske målsetninger

skal bestemme omfanget av det medisinske tilbudet som tilfaller den enkelte.

Det er også en helsepolitisk målsetting at det skal arbeides for at pasientens bosted, sosiale bakgrunn eller betalingsevne ikke skal ha betydning for omfanget eller kvaliteten av den helsehjelp som gis. Formulert på en litt annen måte: Når mennesker med samme behov for helse-tjenester sammenlignes, skal det ikke finnes systematiske forskjeller i bruken av fysioterapi- og psykologtjenester langs sosiale eller geografiske skillelinjer. Helseundersøkelsen materiale gir visse muligheter til å dokumentere avvik fra idealet om at behovene skal styre bruken av tjenestene. Er det for eksempel slik at pasienter som bor i mindre sentrale kommuner bruker fysioterapeuter og psykologer like ofte som bosatte i de mest sentrale kommunene? Det er påpekt flere steder i denne boken at sosial

bakgrunn har betydning for sykkelighet, for eksempel at enslige er mer utsatt for helseproblemer. Et spørsmål er derfor om disse sammenhengene også reflekteres i bruken av helsetjenester.

Når velstandsnivået øker, er det en tendens til at en større del av samfunnets ressurser går til helseformål. Også på individnivå vil det være slik at ved økende inntekt vil etterspørselen etter helsere-laterte goder øke relativt mer enn andre goder. Dette skaper grunnlag for et betydelig marked for helsegoder og helsetjenester. Hvis det er slik at fysioterapi- og psykologtjenester omsettes i et marked, er dette en grunn til å ta med inntekt i analysen av bruken av tjenestene.

### **11.1 Hva forteller helseundersøkelsene om bruk av helsetjenester?**

Bruken av fysioterapi- og psykologtjenester er målt ved å stille spørsmål til intervjupersonene om de har hatt kontakt det siste året på grunn av egen sykdom eller skade, og hvor mange kontakter de eventuelt har hatt. Denne informasjonen forteller ikke noe om innholdet i kontakten eller kvaliteten på den behandlingen som gis. Som indikatorer på bruken av tjenestene har målene også begrensninger. For to personer som har hatt like mange kontakter, kan varigheten av kontaktene likevel variere. Undersøkelser fra andre land har blant annet vist at personer med høy utdanning bruker lengre tid hos legen enn pasienter med lav utdanning (Wiggers og Sanson-Fisher 1997). Slike funn er ikke nødvendigvis overførbare til andre land eller andre velferdstjenester, men illustrerer en av begrensningene ved å anvende nevnte mål for kontakthypighet. Innenfor psykologi og fysioterapi finnes det også yrkesutøvere med spesialisert kunnskap og kompetanse på ulike områder. I hvil-

ken grad pasientene benytter mer eller mindre spesialiserte tilbud fanges heller ikke opp av registreringene av antall kontakter i løpet av året.

#### **Fysioterapitjenesten**

I en utredning fra slutten av 1980-tallet beskrives fysioterapitjenesten som en relativt diffus og tilbaketrukket del av det samlede tilbud av helsetjenester (Paulsen 1989). Det er ikke fysioterapeuten som redder liv, eller er til stede ved livsavslutning eller fødsel. Mange vil gjennom livsløpet ikke ha hatt kontakt med fysioterapeut i det hele tatt. Spørsmål om fysioterapidekning og ubesatte stillinger har ikke i samme grad vært gjenstand for debatt og helsepolitisk bekymring som tilfellet har vært for legetjenesten. Likevel har fysioterapitjenesten vokst betydelig i omfang siden den ble en del av kommunenes obligatoriske helsetilbud. Ved utgangen av 1998 ble det utført over 3 700 årsverk av fysioterapeuter i kommunene. Mange er kanskje ikke klar over at fysioterapeutene nå utgjør en like stor yrkesgruppe som legene i kommunehelsetjenesten. Men hva gjør fysioterapeutene, og hvilke pasientgrupper og sykdomstyper er dominerende i deres praksis? Nevnte utredning gir noen svar på disse spørsmålene. Blant annet at barn utgjør under 1 prosent av pasientmassen, og at de som bruker tjenesten mest er kvinner i alderen 50-69 år som har rygg- og nakkeplager. Basert på data fra 33 fysioterapi-praksiser konkluderer utredningen at kvinner og menn oppsøker fysioterapeuten for svært ulike problemer: *Den mannlige pasientens plager knytter seg nokså entydig til problemer med kroppslige ytelser. For kvinnene, særlig de yngre, nevnes i tillegg ofte plager av sosialmedisinsk og psykologisk karakter - ofte som en skisse av en vanskelig livssituasjon* (Paulsen 1989).

**Tabell 11.1 Andel personer 16 år og over som har hatt kontakt med fysioterapeut, etter alder, kjønn, husholdstype, høyeste utdanningsnivå, høyeste inntekt, sentralitet og smerteområde. 1995. Prosent**

	Alle	16-24 år	25-44 år	45-66 år	67-79 år	N
<b>Alle .....</b>	<b>14</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>17</b>	<b>15</b>	<b>7 330</b>
<b>Kjønn</b>						
Menn .....	11	9	11	12	11	3 648
Kvinner .....	16	8	15	21	18	3 682
<b>Husholdstype</b>						
Enslig .....	14	10	13	18	16	672
Par uten hjemmeboende barn .....	15	10	13	17	15	2 046
Par med hjemmeboende barn .....	13	8	14	14	13	3 945
Enslig med hjemmeboende barn .....	13	8	13	21	6	390
Flerfamiliehushold .....	14	8	14	21	12	277
<b>Høyeste utdanningsnivå</b>						
Ingen eller uoppgitt utdanning .....	7	7	4	9	24	242
Grunnskole .....	16	15	20	19	12	1 117
Videregående skole .....	13	7	13	17	14	3 554
Universitets-/høgskolenivå I .....	14	9	14	15	21	1 858
Universitets-/høgskolenivå II .....	14	7	13	13	32	559
<b>Høyeste inntekt</b>						
Under 160 000 kroner .....	13	9	10	20	13	1 958
160 000-199 999 kroner .....	14	8	13	19	16	1 360
200 000-299 999 kroner .....	14	8	15	15	19	2 633
300 000 kroner og over .....	13	8	13	14	21	1 379
<b>Sentralitet<sup>1</sup></b>						
Uoppgitt .....	40	-	-	33	50	4
Minst sentrale .....	12	7	12	16	10	1 183
Mindre sentrale .....	14	9	11	16	17	571
Sentrale .....	15	9	14	18	14	2 116
Mest sentrale .....	14	9	13	16	16	3 456
<b>Angst og nervøsitet<sup>2</sup></b>						
Uoppgitt .....	13	6	13	16	13	1 692
Ikke plaget .....	13	9	13	16	14	5 236
Plaget .....	25	16	20	29	43	402
<b>Smarter i armene</b>						
Ikke plaget .....	12	8	12	14	13	6 845
Plaget .....	37	36	41	36	35	485
<b>Smarter i nakken</b>						
Ikke plaget .....	12	7	12	13	14	6 713
Plaget .....	36	35	33	41	24	617
<b>Smarter i ryggen</b>						
Ikke plaget .....	13	7	12	15	14	7 005
Plaget .....	38	37	37	45	27	325
<b>Smarter i korsryggen</b>						
Ikke plaget .....	11	7	11	14	11	6 563
Plaget .....	33	26	32	33	39	767
<b>Smarter i knærne</b>						
Ikke plaget .....	13	8	13	16	13	6 938
Plaget .....	29	32	26	30	31	392
<b>Smarter i føttene</b>						
Ikke plaget .....	13	8	13	15	13	6 989
Plaget .....	30	18	27	33	30	341
<b>Smarter i skuldrene</b>						
Ikke plaget .....	11	7	11	14	12	6 697
Plaget .....	38	35	40	38	39	633

<sup>1</sup> Se "Standard for kommuneklassifisering", NOS C 192.<sup>2</sup> Svarpersoner som var plaget av angst og nervøsitet hadde verdien 9 eller høyere på indeks for psykisk helse, jf. avsnitt 11.2.

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

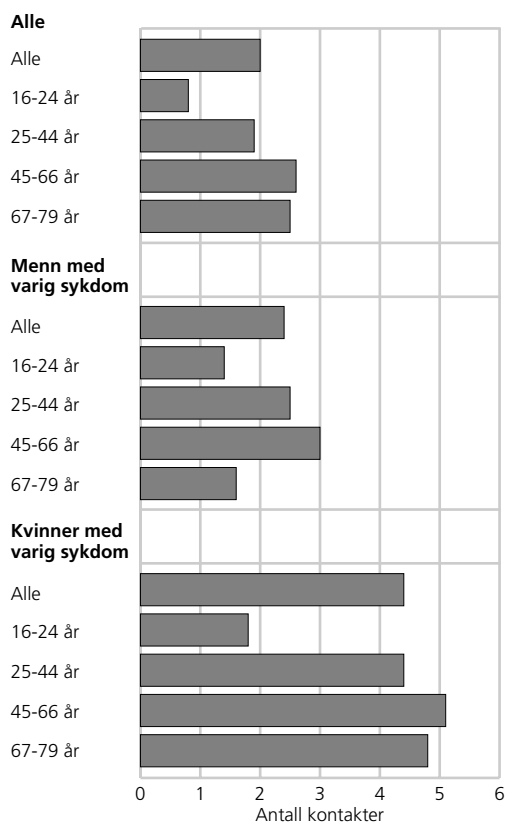
*Fysioterapi også til distriktene?*

Tjenesten har tidligere vært preget av en skjev geografisk fordeling: Mest i store og sentrale kommuner, minst i små distriktskommuner. Fortsatt er det slik at en del mindre kommuner har problemer med å skaffe et stabilt tilbud om fysikalsk behandling til sine innbyggere. Utviklingen har likevel vært positiv, det er blitt stadig færre kommuner som ikke har tilsatt fysioterapeut, og veksten i årsverk har vært størst i de minst sentrale kommunene. Sammenligner vi kontaktmønsteret til folk bosatt i kommuner av ulik sentralitet, er det små forskjeller når det gjelder andelen personer som har hatt kontakt med fysioterapi (tabell 11.1). Det ser altså ut til at den positive utviklingen når det gjelder veksten i ressursinnsats i noen grad også reflekteres i bruken av tjenesten. Men ser vi på antallet kontakter, ser det ut til at bosatte i de minst sentrale kommunene fortsatt har færre kontakter med fysioterapeuter enn andre. Mens det i totalbefolkningen i gjennomsnitt var 2 kontakter med fysioterapeut i løpet av året, var det i de minst sentrale kommunene 1,3 kontakter i året.

**Nesten dobbelt så mange kvinner som menn...**

Ifølge Helseundersøkelsen 1995 besøkte 14 prosent mellom 16 og 79 år fysioterapeut i løpet av det siste året på grunn av egen sykdom, skade eller funksjonshemming (tabell 11.1). Det er fortsatt slik at kvinner over 44 år har størst sannsynlighet for å ha vært hos fysioterapeut. I disse aldersgruppene er det en nesten dobbelt så høy andel kvinner som menn som har hatt kontakt det siste året. Også når vi sammenligner menn og kvinner med kroniske sykdommer, er kjønnsforskjellene tydelige. Mest markert blir forskjellen når det gjelder tallet på kontakter i løpet av året (figur 11.1). Kvinner

**Figur 11.1** Gjennomsnittlig antall kontakter med fysioterapeut i løpet av året, etter alder, kjønn og varig sykdom. 1995



Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

med varige sykdommer rapporterte i gjennomsnitt 4,4 kontakter i året, mens menn med varige sykdommer oppga 2,4 kontakter i gjennomsnitt. For kvinner øker denne kontaktfrekvensen med alder, og er høyest i alderen 45 til 66 år, med 5,1 kontakter, mens aldersgruppen 67 til 79 år hadde 4,8 kontakter i gjennomsnitt.

For menn øker også kontaktfrekvensen med alder, men faller til 1,6 for aldersgruppen 67 til 79 år, faktisk lavere enn for gjennomsnittsbefolkningen. Nedgangen i bruken av fysioterapitjenester kan



nok dels forklares med at omgivelsenes krav til fysisk rørlighet avtar etter at pensjonsalderen inntreffer. Hvorfor kontrasten mellom kjønnene er så stor er mer uklart.

### **Flere barn får fysioterapi**

Mye tyder imidlertid på at barn har blitt en viktigere bruker av fysioterapitjenester. Utviklingen når det gjelder fordeling på virksomhetsområder i kommunehelsetjenesten (Statistisk sentralbyrå 1999) viser at en økende andel av årsverksinnsatsen foregår innenfor skole- og helsestasjonsvirksomheten. Oversikten over tallet på konsultasjoner med fysioterapeut siste året for befolkningen under 80 år viste at vel 5 prosent gjaldt barn under 17 år.

### **Fysioterapi for somatiske problemer**

Som tabell 11.1 viser, finner vi ikke uventet en overrepresentasjon av intervjupersoner med smerter i ulike ledd og deler av kroppen. Mellom 30 og 40 prosent av de som oppgir å ha slike smerter, har vært hos fysioterapeut siste år. For eksempel oppga nesten 10 prosent av utvalget at de hadde smerter i skuldrene. Av disse hadde 38 prosent vært hos fysioterapeut siste år, mens andelen var 11 prosent blant de som ikke hadde slike smerter. Tabellen viser også at vel 7 prosent hadde hyppige symptomer på angst og nervøsitet ( $N = 402$ ). I denne gruppen hadde hver fjerde person hatt kontakt med psykolog siste år, mot et gjennomsnitt på 13 prosent. Som nevnt, er det vist at problemstillinger av psykisk eller psykososial karakter også dukker opp i den behandling som ytes av fysioterapeuten, slik den refererte praksisundersøkelsen fant. Tabellen viser at det er ikke tvil om at mennesker med lettere psykiske plager er overrepresentert blant brukerne av fysioterapitjenester. Imidlertid er det slik

at dersom man tar utgangspunkt i den gruppen som har smerter i ulike kroppsdelar, og sammenligner de som har symptomer på lettere psykiske problemer med de som ikke har slike problemer, finner vi ubetydelige forskjeller i bruken av fysioterapitjenester. Dette kan tyde på at psykisk betingede lidelser neppe alene er årsaken til at folk blir henvist til fysioterapeut. Det er blant mennesker med relativt hyppige symptomer på både psykiske og fysiske plager vi finner en større bruk av fysioterapiressursen.

Det er ikke noe i vårt materiale som tyder på at inntektsnivå, utdanning eller husholdstype er særlig viktig for å forstå variasjoner i bruken av fysioterapeuter. I tabell 11.1 finner vi små variasjoner. Også når vi tar hensyn til at omfanget av sykdom varierer mellom gruppene, er det lite som tyder på at det er forskjeller i bruken av fysioterapeuter.

## **11.2 Hvem har kontakt med psykolog?**

Psykiatrien beskrives ofte som en av de mest forsømte deler av norsk helsetjeneste. Terskelen for kontakt oppfattes som meget høy. Ventetiden er lang, og mulighetene for å bli henvist av lege begrenset. Resultatene fra helseundersøkelsen i 1995 viser at 2 prosent av alle menn mellom 16 og 79 år hadde hatt kontakt med psykolog det siste året på grunn av egne helseproblemer, mens 3 prosent av alle kvinner hadde hatt tilsvarende kontakt (tabell 11.2).

### **800 000 kontakter med psykolog**

Ser vi på antallet kontakter intervjupersonene har hatt i løpet av året, impliserer dette at det i befolkningen mellom 16 og 79 år skjer 800 000 møter mellom yrkesutøver og pasient. Hva forteller egentlig dette oss om den kontaktflaten befolkning

gen har med psykologtjenestene? Utvalgsundersøkelser basert på spørreskjema og personlige intervjuer representerer en betydelig begrensning når det gjelder å fange opp personer med behov for hjelp fra psykiatrien. Statistisk sentralbyrås intervjuundersøkelser inkluderer normalt ikke institusjonsbeboere, hvor mange tunge brukere av psykologtjenester finnes. Og det er usikkert hvordan mennesker med mer alvorlige psykiske lidelser vil forholde seg til en intervjusituasjon eller et spørreskjema. Det er likevel mulig å fange opp symptomer på lettere psykiske plager i spørreundersøkelser. Gjennom å stille spørsmål om temaer som for eksempel manglende framtidstro, ensomhet og livsglede, er det mulig å skille ut grupper av personer som ut fra en helsemessig vurdering har hyppige symptomer på angst og nervøsitet. Vi kan dermed få en del informasjon om denne gruppens kontakt med psykologtjenesten.

### **Psykologtjenester: et målrettet tilbud?**

Hvordan går man fram for å velge ut de som har særlige behov for hjelp fra psykolog blant de som deltok i helseundersøkelsen? En tidligere undersøkelse har vist at man ved å sette sammen svaralternativene på fem spørsmål som handler om angst og nervøsitet, kan konstruere et relativt treffsikkert mål på graden av psykisk betingede helseproblemer (Tambs og Moum 1993). De samme spørsmålene ble brukt i Helseundersøkelsen 1995. De som deltok i undersøkelsen ble bedt om å angi hvor mye hvert enkelt problem de hadde vært plaget av, eller som hadde vært til besvær siste 14 dager. Problemerkarakterene var

- Nervøsitet, indre uro
- Stadig redd eller engstelig
- Følelse av håpløshet med tanke på fremtiden

- Nedtrykt, tungsindig
- Mye bekymret eller urolig

Svarpersonene ble gitt fire svaralternativer, *ikke plaget, litt plaget, ganske mye plaget, og veldig mye plaget*. Svaralternativene ble så tildelt en tallverdi fra 1 til 4. Verdien på hvert enkelt spørsmål ble summert til en skala, eller indeks, et mer sammensatt mål på psykisk helse. Den minste verdien som kunne oppnås var 5, dette er de som oppga at de ikke var plaget av noen av problemene nevnt i spørsmålene. Maksimumsverdien var 20, og omfattet de som var veldig mye plaget av samtlige problemer. Utbredelsen av denne type problemer i befolkningen er slik at det store flertall ikke har noen, eller svært få problemer av denne typen: Hele 65 prosent fikk verdien 5, mens 93 prosent hadde verdien 8 eller mindre. Omtrent 7 prosent hadde fått verdien 9 eller høyere, og vil i det følgende omtales som personer med relativt hyppige symptomer på psykiske lidelser.

På spørsmålet om kontakt med psykolog siste år, hadde 14 prosent av de som hadde hyppige symptomer på angst og nervøsitet hatt slik kontakt med psykolog. Om denne kontakten var tilfredsstillende i forhold til gruppens behov vet vi ikke. Vi vet heller ikke om problemene til de resterende 86 prosentene var av en slik karakter at kontakt med psykolog var påkrevet. Men sammenlignet med fysioterapitjenesten, er det en mer tydelig sammenheng mellom bruk og behov. Tabell 11.2 viser også fordelingen for et av indeksens spørsmål (nervøsitet, indre uro), og gradienten er tydelig. En ubetydelig andel (1 prosent) av de som ikke var plaget hadde hatt kontakt, mens 22 prosent av de som oppga at de var veldig mye plaget, hadde hatt kontakt.

**Tabell 11.2 Andel personer 16 år og over som har hatt kontakt med psykolog, etter alder, kjønn, husholdstype, høyeste utdanningsnivå, høyeste inntekt, sentralitet og helseproblemer. Prosent. 1995**

	Alle	16-24 år	25-44 år	45-66 år	67-79 år	N
<b>Alle</b> .....	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>7 330</b>
<b>Kjønn</b>						
Menn .....	2	2	2	1	1	3 648
Kvinner .....	3	2	4	4	1	3 682
<b>Husholdstype</b>						
Enslig .....	4	3	5	5	1	672
Par uten hjemmeboende barn .....	2	0	4	2	1	2 046
Par med hjemmeboende barn .....	2	2	2	1	0	3 945
Enslig med hjemmeboende barn .....	5	3	6	7	0	390
Flerfamiliehushold .....	3	3	4	5	0	277
<b>Høyeste utdanningsnivå</b>						
Ingen eller uoppgitt utdanning .....	2	1	4	1	0	242
Grunnskole .....	3	8	3	4	1	1
Videregående skole .....	2	1	3	2	1	3 554
Universitets-/høgskolenivå I .....	2	2	3	2	0	1 858
Universitets-/høgskolenivå II .....	3	2	4	3	4	559
<b>Høyeste inntekt</b>						
Under 160 000 kroner .....	3	3	5	4	1	1 958
160 000-199 999 kroner .....	2	2	3	2	2	1 360
200 000-299 999 kroner .....	2	2	3	2	0	2 633
300 000 kroner og over .....	2	2	3	2	0	1 379
<b>Sentralitet<sup>1</sup></b>						
Uoppgitt .....	0	-	-	0	0	4
Minst sentrale .....	2	3	3	2	1	1 183
Mindre sentrale .....	1	0	3	1	1	571
Sentrale .....	2	2	3	3	1	2 116
Mest sentrale .....	3	2	4	3	1	3 456
<b>Angst og nervøsitet<sup>2</sup></b>						
Uoppgitt .....	2	4	2	3	1	1 692
Andre .....	2	1	2	1	1	5 236
Hyppige symptomer .....	14	7	20	12	5	402
<b>Plaget av nervøsitet/indre uro siste 14 dager<sup>3</sup></b>						
Uoppgitt .....	2	3	2	3	1	1 369
Ikke plaget .....	1	1	1	0	0	4 548
Litt plaget .....	6	2	9	6	2	1 140
Ganske mye plaget .....	11	4	16	12	3	207
Veldig mye plaget .....	22	15	34	21	0	66

<sup>1</sup> Se "Standard for kommuneklassifisering", NOS C 192.

<sup>2</sup> Svarpersoner som var plaget av angst og nervøsitet hadde verdien 9 eller høyere på indeks for psykisk helse, jf. avsnitt 11.2.

<sup>3</sup> Se avsnitt 11.2 for nærmere presisering av spørsmålsformuleringen.

Sammenhengen mellom psykisk helse og omfanget av kontakt med psykolog bekräftes av nærmere analyse av antall kontakter. Omfanget av kontakt økte systematisk med verdiene på indeksen for psykiske helseproblemer.

### **Enslige oftere til psykolog**

Andelen som har vært til psykolog er noe høyere blant de som er enslige, 4-5 prosent av de som bodde alene eller var alene om omsorgen for barn, hadde vært hos psykolog siste år. Det er kjent at enslige i større grad enn andre strever med psykiske problemer (se kapittel 4), og dette er en viktig delforklaring til at enslige oftere har kontakt.

### **Menn har sjeldnere kontakt**

Som for mange sykdomsgrupper, rapporterer menn i mindre grad om symptomer på lettere psykiske problemer. Er dette bakgrunnen for at de sjeldnere synes å ha kontakt med psykolog? Det er imidlertid slik at selv når det tas hensyn til at omfanget av psykiske helseproblemer kan være skjevt fordelt mellom kjønnene, er det likevel en statistisk sikker forskjell. Denne forskjellen kan anskueliggjøres ved å sammenligne menn og kvinner blant de som ble definert som svarpersoner med hyppige symptomer på nervøse lidelser. I denne gruppen hadde 9 prosent av mennene hatt kontakt med psykolog, mens 16 prosent av kvinnene hadde hatt kontakt.

### **Inntekt ingen betydning for bruken av psykologtjenester**

Psykologprofesjonen er ikke på samme måte som fysioterapitjenesten regulert av det offentlige. Henvisning fra lege er fortsatt en sentral henvisningskanal, som i stor grad styrer hvordan vesentlige deler av psykologenes ressurser anvendes innenfor en offentlig sfære, med refusjo-

ner fra folketrygden. Likevel finnes det særlig innenfor større byer psykologer som tilbyr sine tjenester på siden av et offentlig tilbud. Hvem som helst kan ta direkte kontakt, henvisning fra lege er ikke nødvendig. Forutsetningen er imidlertid at man har kunnskap om at tilbudet finnes, at det finnes innenfor en rimelig avstand til bostedet, og at man kan betale for tjenesten. Dette er momenter som peker mot at inntekt kan ha betydning for bruken av tjenester. Materialet fra helseundersøkelsen tyder ikke på at utdanningslengde eller inntekt hadde betydning for bruken av psykologtjenester. En rekke andre studier fra andre land har gitt andre resultater. Lavinntektsgrupper er gjennomgående underrepresentert i behandlingstilbud rettet mot mental helse (Unutzer mfl. 1999:237). Heller ikke bostedets sentralitet synes å ha særlig betydning for bruken av psykologtjenester.

### **11.3 Oppsummering**

Lite i vårt materiale tyder på at det finnes systematiske forskjeller i bruken av fysioterapi- og psykologtjenester langs andre dimensjoner enn sykkelighet. Kontakten med tjenestene, målt som andel som hadde hatt kontakt siste år, og antall kontakter siste år, viste klare sammenhenger med brukernes sykkelighet. Til en viss grad hadde bostedets sentralitet betydning for hvor mange kontakter brukerne hadde hatt med fysioterapitjenester, et funn som ikke er overraskende ut fra det vi vet om lokaliseringen av fysioterapitjenestene. Denne tjenesten avviker altså i noen grad fra idealet om et likeverdig helsetilbud.

Sykkelighet bestemmer bruken av tjenesten, men det er likevel et unntak fra denne regelen: Flere kvinner enn menn har kontakt, og har flere kontakter i løpet

av året. Dette faktum står fast, også når det er tatt hensyn til variasjoner i egen-vurdert sykkelighet mellom de to kjønn. Det er veldokumentert i flere ulike undersøkelser at kvinner bruker legetjenester mer enn menn (Vabø 1998). Siden bruken av fysioterapeuter og psykologer i stor grad er betinget av henvisninger fra lege, er kjønnsforskjellene delvis en indirekte konsekvens av legenes portvokterfunksjon. Kjønnsforskjellen i bruken av legetjenester er i noen grad knyttet til kvinners reproduktive funksjoner. Men når det tas hensyn til den merbruk av helsetjenester som f.eks. følger av svangerskap og fødsel, gjenstår likevel klare kjønnsforskjeller. Våre tabeller viser at kjønnsforskjellene er tydelige også blant eldre. For fysioterapien er det nesten snakk om kontraster mellom kjønnene i de eldre aldersgrupper. Kjønnsforskjellene kan videre tilbakeføres til både biologiske og sosiale forhold. Bruker kvinner mer helsetjenester fordi de rett og slett er sykere enn menn? Eller skal det mindre til før kvinner oppfatter sine egne helsemessige problemer som sykdom som krever behandling fra helsevesenet? Eller er det slik at terskelen for å ta kontakt med helsevesenet er lavere for kvinner enn for menn, at kvinner har lettere for å erkjenne at de faktisk trenger hjelp? Resultatene fra undersøkelser om egen-vurdert helse gir ikke grunnlag for å trekke konklusjoner i denne sammenhengen. Men dersom vi forutsetter at de kjønnsmessige forskjellene i sykkelighet som helseundersøkelsene dokumenterer, også har en rent biologisk bakgrunn, er det mer sannsynlig at forskjellene skyldes en lavere terskel for å søke hjelp hos kvinner. I så fall kan dette bety at når kvinner lever lenger enn menn, kan noe av forklaringen ligge i at kvinner er mer

tilbøyelige til å søke profesjonell hjelp når problemer oppstår?

### Referanser

- Paulsen, Bård (1989): Hva dreier det seg om? En analyse av møtet mellom pasienter og behandlere i kommunale fysioterapitjenester, NIS-Rapport 4/89.
- Tambs K. og Moum T. (1993): How well can a few questionnaire items indicate anxiety and depression? *Acta Psychiatr Scand* 1993: 87 364-367.
- Unutzer, Jurgen, Wayne Katon, Mark Sullivan og Jeanne Miranda (1999): Treating depressed older adults in primary care: Narrowing the gap between efficacy and effectiveness. *The Milbank Quarterly*, Vol. 77, No. 2.
- Wiggers, J. H. og R. Sanson-Fisher (1997): Duration of general practice consultations: Association with patient occupational and educational status. *Social science and medicine* vol 44 No. 7 925-934.
- Vabø, Mia (1998): Kvinners måte med helsetjenesten: en kunnskapsoversikt. Nova-rapport 26/1998.



Jon Erik Finnvold

## 12 Befolkningens bruk av alternative behandlere



*Ifølge Helseundersøkelsen 1995 hadde bruken av alternative behandlere et visst omfang i befolkningen. Kiropraktorer var mest innarbeidet. Vel 4 prosent hadde hatt kontakt det siste året. Nesten 3 prosent hadde hatt kontakt med akupunktør, mens 2 prosent hadde benyttet fotsoneterapeut eller homøopat. I hele befolkningen hadde vel 10 prosent benyttet en eller flere av disse fire mest vanlige formene for alternativ behandling.*

### 12.1 Hva er egentlig "alternativ medisin"?

De fleste av oss er kjent med yrkesbetegnelser som kiropraktor, homøopat, fotsoneterapeut, eller akupunktør. Tidligere har kiropraktikk vært regnet som alternativ medisin. I en nylig fremlagt utredning om alternativ medisin er imidlertid denne yrkesgruppen holdt utenfor (NOU 1998:21 Alternativ medisin). Dette kan stå som en illustrasjon på at oppfatninger om hva som er alternativ medisin endrer seg over tid, og at grensene mellom alternativ medisin og skolemedisin ikke er entydige.

I tillegg til de fire nevnte yrkesgruppene, ble svarpersonene også spurt om de hadde vært hos "andre alternative behandlere". Nesten 2 prosent hadde oppsøkt personer de oppfattet som "andre alternative behandlere". Dette var en åpen svarkategori, der svarpersonene kunne fortelle hva slags alternative behandlere de hadde oppsøkt. Resultatene gir inntrykk av et betydelig mangfold.

Fire hovedgrupper av behandlingsformer peker seg likevel ut som de mest vanlige: Naturmedisin, kinesiologi, healing og aromaterapi. Disse omfatter noe over halvparten av de som hadde brukt "andre alternative behandlere". *Naturmedisin* er ofte anvendt som en generell fellesbetegnelse på alternativ behandling, og kan inneholde mange forskjellige behandlingsformer. *Healing* handler som regel om å overføre helberedende krefter fra utøveren til pasienten via håndspåleggelse. I *aromaterapi* behandles pasienten med eteriske oljer for å påvirke hud, muskler og blodomløp, men også mental tilstand. *Kinesiologi* er en behandlingsform som blant annet har som formål å redusere stress og lærevansker.

### 12.2 En av tolv hadde hatt kontakt

Kategorien "andre alternative behandlere" - sammen med homøopati, fotsoneterapi og akupunktur - er det som i det følgende omtales som alternativ medisin. I helseundersøkelsens utvalg hadde vel 8 prosent erfaring med en eller flere av

**Tabell 12.1 Andel personer 16 år og over som har hatt kontakt med alternative behandlere, etter alder, kjønn, husholdstype, høyeste utdanningsnivå, høyeste inntekt og sentralitet. Prosent**

	Alle	16-24 år	25-44 år	45-66 år	67-79 år	N
<b>Alle</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>7 330</b>
Kjønn						
Menn .....	5	4	5	6	8	3 648
Kvinner .....	11	6	13	12	10	3 682
Husholdstype						
Enslig .....	9	6	10	8	9	672
Par uten hj.boende barn .....	9	7	10	9	9	2 046
Par med hj.boende barn .....	8	4	8	9	10	3 945
Enslig med hj.boende barn .....	11	5	14	11	10	390
Flerfamiliehushold .....	7	5	10	9	0	277
Varig sykdom						
Ikke varig sykdom .....	6	4	6	6	8	3 990
Varig sykdom .....	11	8	13	11	9	3 339
Egenvurdert sykdom						
Meget god .....	7	4	8	7	7	6 006
Middels .....	12	10	11	12	13	853
Dårlig/meget dårlig .....	16	41	20	17	10	471
Høyeste utdanningsnivå						
Ingen eller uoppgitt utdanning .....	9	7	11	9	4	242
Grunnskole .....	8	10	11	8	7	1 117
Videregående skole .....	8	4	8	9	11	3 554
Universitets-/høgskolenivå I .....	10	6	10	11	11	1 858
Universitets-/høgskolenivå II .....	7	4	8	6	6	559
Høyeste inntekt						
Under 160 000 kroner .....	8	6	10	8	9	1 958
160 000-199 999 kroner .....	8	6	9	8	11	1 360
200 000-299 999 kroner .....	8	3	8	8	9	2 633
300 000 kroner og over .....	10	6	9	11	7	1 379
Sentralitet <sup>1</sup>						
Minst sentrale .....	7	4	7	6	10	1 183
Mindre sentrale .....	6	3	4	8	9	571
Sentrale .....	9	5	10	9	8	2 116
Mest sentrale .....	9	6	10	9	9	3 456

1 Se "Standard for kommuneklassifisering" NOS C 192.

disse behandlingene det siste året (1995). Hva er så typisk for de som bruker alternativ medisin? Dreier dette seg i hovedsak om svært syke mennesker som har "prøvd alt", og som vender seg mot alternativ medisin som siste utvei? Eller handler det om mennesker som er skeptisk til skolemedisinen, og som velger alternative behandlingsformer i stedet?

### 12.3 Alder og sosial bakgrunn liten betydning

Det er ingen tvil om at alternativ medisin har fått voksende oppmerksomhet, og trolig er bruken av den økende. Det kan være mange grunner til dette, og et offentlig utvalg har reflektert over noen av dem (NOU 1999:21): En grunn kan være at den moderne skolemedisinen vellykkethet også skaper økt etterspørsel etter andre helse relaterte goder og tjenester. Dette er fordi tiltroen til medisin-



ens muligheter til å behandle og forebygge sykdom er betydelig i moderne samfunn. I stadig større grad blir dermed avvik fra lykke oppfattet som sykdom som krever tiltak. Tidligere tiders innstilling var mer fatalistisk. Sykdom var i stor grad sett på som skjebnebestemt. Lidelse og død rammet tilfeldig, det var ikke så mye man kunne gjøre med det.

På den annen side har også den moderne medisins spesialisering og vektlegging på teknologi ført til mindre tid til samtale og kommunikasjon mellom lege og pasient. Den alternative medisinen kan dermed ha tatt opp i seg den gamle huslegens interesse for andre aspekter ved pasienten enn de rent medisinske og diagnostiske.

På grunn av manglende sammenlignbarhet, kan vi ikke ut fra helseundersøkelsen materiale slutte om det er flere nå enn før som benytter alternativ medisin. Det vi kan si, er at det er brukere av alternativ medisin i alle aldersgrupper, og at det ikke ser ut til at noen sosiale grupper utmerker seg med spesielt liten eller stor bruk av alternativ medisin.

#### **12.4 Alternativ medisin: definitivt en dameting**

Som ventet, er det også for alternativ medisin forskjeller i bruk mellom kjønnene. I alt 11 prosent av kvinnene har hatt alternativ behandling, mot 5 prosent av mennene (tabell 12.1). Kjønnforskjellene betyr faktisk mer enn sykkelighet når det gjelder å forstå bakgrunnen for individuelle variasjoner. Statistisk sett er kjønn den variabelen som alene best skiller mellom brukere og ikke-brukere av alternativ medisin. Dette skiller seg klart fra bruk av fysioterapeuter og psykologer, der det er langt mindre kjønnforskjeller. Sykkelighet legger også føringer på bruken



*Alternative behandlingsformer får økende oppmerksomhet og trolig er bruken av dem økende.*

av alternativ medisin. 11 prosent av de som oppga at de hadde varige sykdommer, og 16 prosent av de som oppfattet sin egen helse som dårlig eller meget dårlig, hadde brukt alternativ medisin. Likevel hadde så mange som 7 prosent av de som oppfattet sin egen helse som meget god hatt kontakt, og 6 prosent av de som ikke hadde varige sykdommer hatt kontakt.

#### **12.5 Alternativ medisin som distriktspolitikk?**

Alternativ medisin har tidligere blitt oppfattet som et urbant fenomen. Ifølge den tidligere siterte utredning, ...*finner man i dag homøopater, soneterapeuter og lignende i nært sagt hvert utkantstrøk i landet vårt* (NOU 1999:21, s. 39). Det pekes på at alternativmedisinsk utdanning kan være et attraktivt alternativ til arbeidsløshet, kortvarig som den ofte er. Ifølge vårt materiale har også bruken av

alternativ medisin god geografisk spredning (tabell 12.1). Kanskje ser vi en løsning på problemene med vedvarende legemangel i mindre sentrale strøk?

### **12.6 Ja takk, begge deler...**

Vi har tatt utgangspunkt i de som hadde en kronisk sykdom, og sammenlignet bruken av lege blant brukere og ikke brukere av alternativ medisin. Det var 89 prosent som hadde hatt kontakt med lege blant brukere av alternativ medisin, mens 82 prosent av de øvrige svarpersonene med varig sykdom hadde hatt kontakt med lege. Dette resultatet tyder på at alternativ medisin er et tilskudd til skolemedisinen, og ikke noe "alternativ" til den.

### **Referanser**

NOU 1998:21 Alternativ medisin.