

Vi klager ikke før vi må

14

Mange mener de har god helse selv om de har én eller flere sykdommer. Terskelen for å karakterisere sin egen helse som dårlig, synes høy for de fleste. En forringet helseopplevelse oppstår som regel først når sykdom, funksjonshemming eller andre forhold gjør at man ikke kan utfolde seg som før, eller fungere tilfredsstillende i yrkes- eller utdanningssammenheng. Psykosomatiske forhold og svake sosiale relasjoner bidrar også til en negativ vurdering av egen helse.

Jorun Ramm

Det finnes ingen faglig enighet om innholdet i helsebegrepet. Helse kan avgrenses strengt klinisk-medisinsk som "fravær av sykdom eller svekkelse", eller svært vidt og altomfattende som i Verdens helseorganisasjons (WHO) definisjon av helse som "en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller svekkelse" (WHO 1958). Forskjelligheten i de refererte definisjonene antyder at det heller ikke er enighet om hvilke instrumenter som er best egnet til å måle befolkningens helsestatus/-tilstand.

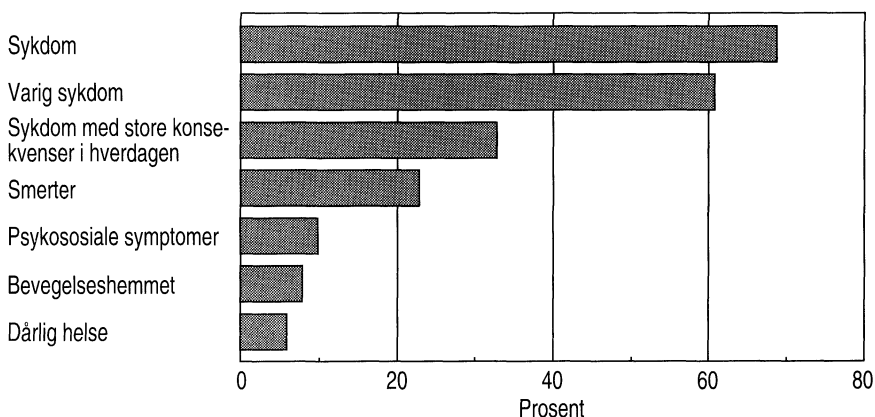
Subjektive og objektive helsemål

Hvis man betrakter ulike mål på helse langs en objektiv/subjektiv skala, vil ytterpunktene utgjøres av medisinsk definerte biologiske tilstander på den ene siden, og alminnelige folks vurderinger av egen helse på den annen¹. Helseprofesjonens diagnostiseringspraksis baserer seg i hovedsak på "objektive" eller faglig definerte standarder. Innenfor denne rammen av gitte kriterier må det imidlertid også

foretas skjønnsmessige vurderinger på et mer subjektivt grunnlag. Det andre ytterpunktet på skalaen er personens egne vurderinger av hvilke plager og helseproblemer han eller hun har. Fordi lekfolk ikke avgrenser sine vurderinger strengt til medisinske problemstillinger, vil folks egenvurderte helse være farget av kunnskap og erfaring den enkelte har om seg selv, og av egen utsatthet for sykdom. Det er med andre ord den totale livssituasjonen som vil utgjøre grunnlaget for vurderingene og synspunktene.

Helseundersøkelsens helsemål baserer seg utelukkende på subjektivt rapporterte opplysninger. Målene kan ha en beskrivende eller evaluende karakter. Sykelighetsmålet i helseundersøkelsen baserer seg primært på at intervjupersonen selv beskriver en tilstand, mens mål for egenvurdert helse impliserer at intervjupersonen blir bedt om å gjøre en vurdering av egen tilstand. Metodisk hevdes det at såkalte "harde" data, dvs. spørsmål som i stor grad støtter seg til rapportering av faktaopplysninger, er lettere for intervju-

Figur 1: Andel med ulike helseplager i prosent av den voksne befolkningen 16-66 år. Prosent. (N=6 501)



Kilde: Helseundersøkelsen 1995

personen å forholde seg til, og også enklere å fortolke i etterkant. Mens såkalte "myke" data, som i stor grad baserer seg på den enkeltes synspunkter og vurderinger, er vanskeligere både å rapportere og å fortolke.

Helseundersøkelsens spørsmål om sykdom, skade eller funksjonshemming danner grunnlaget for å anslå "sykeligheten" i befolkningen. Spørsmålet er subjektivt farget, men faktaorientert. Fordi det i noen grad er tale om en beskrivelse av faktiske forhold, vil målet kunne klassifiseres som et "hard"-datamål. Opplysningene om sykdom, skader eller funksjonshemming blir en kombinasjon av hva en lege har diagnostisert, og symptomer og plager personen selv mener at han har. Målet for "egenvurdert helse" har større preg av evaluering enn av beskrivelse. Den subjektivt-vurderende dimensjonen blir således en tilleggsdimensjon til faktaorientert helseinformasjon.

Helseundersøkelsen

Statistisk sentralbyrås helseundersøkelse har en viktig plass i arbeidet med å kartlegge sykdomsforekomst og -utbredelse i befolkningen. Et sentralt redskap i så måte er mål på befolkningens "sykelighet", dvs. intervjupersonenes rapportering av lidelser, funksjonshemming og skader klassifisert etter den internasjonale klassifikasjonslisten for sykdom, skader og dødsårsaker (ICD-9). Sykelighetsmålet gir en indikasjon på forekomst av ulike sykdomstyper, og er over tid også et godt mål på endring i sykdomsmønsteret i befolkningen. Men er det en god indikator på befolkningens helsetilstand?

Gjennomslag for å se individet som et hele, samt i relasjon til sosial kontekst, har ført til større oppmerksomhet omkring subjektive helsemål. Folks opplevelse av og erfaring med egen tilstand blir tillagt vekt. I 1985

Spørsmål om sykdom, skade eller funksjonshemming:

"Har du noen sykdom eller lidelse av mer varig natur, noen medfødt sykdom eller virkning av skade?" (inntil 10 svarmuligheter)

følges opp med spørsmål om "er det noen sykdom, skade eller lidelse du ennå ikke har fortalt om - hva slags sykdom, skade eller lidelse dreier det seg om?" (inntil 10 svarmuligheter)

og videre "har du noen funksjonshemming som du ikke regner som sykdom, skade eller lidelse og som du derfor ennå ikke har fortalt om?" (inntil 4 svarmuligheter)

ble også spørsmål av mer subjektiv karakter innlemmet i helseundersøkelsens spørreskjema. Det dreier seg om indikatorer som forsøker å fange opp andre sider ved intervjupersonenes helse enn utelukkende "medisinsk" avgrenset sykelighet; blant annet egenvurdering av helse, trivsel og livskvalitet.

Sykelighetsmålet i helseundersøkelsen

Spørsmål om sykdom, skade eller funksjonshemming er sentrale i arbeidet med å avdekke helsemessige plager og problemer i befolkningen. Sykdom og plager som angis er i første rekke en gjengivelse av hva profesjonelle har diagnostisert på et medisinsk grunnlag. Knappt 90 prosent sier at det er en lege som har sagt at de har "diagnosen". I tillegg er rapporteringen et produkt av hva den enkelte selv opplever og erfarer som plager og problemer.

Sykelighetsmålet i helseundersøkelsen har fra ulike hold vært kritisert for å favne for vidt. En manglende nyansering av tilfelle-nes alvorlighetsgrad fører til at alle typer plager blir tillagt like stor vekt som syketilfelle. En kan si at slik sykelighet har vært målt,

bidrar plager som eksem og åreknuter like mye til sykeligheten som alvorligere diagnoser som hjerteinfarkt og lungelidelser. En praksis med manglende differensiering har ført til at den norske befolkningens helsetilstand (jf. sykelighet) har vært fremstilt i et skjevt lys. Med det vidt definerte sykelighetsbegrepet finner en at 69 prosent av befolkningen mellom 16 og 66 år, har en eller annen sykdom, skade eller funksjonshemming (figur 1). At godt over halvparten av Norges befolkning har sykdommer eller lyter, sier på mange måter mer om hva som utgjør en kulturell og menneskelig "normaltilstand", enn om faktiske avvik fra denne.

"Den vet best hvor skoer trykker, ..."

Fra et metodologisk synspunkt er spørsmålet om hvordan folk vurderer sin helse "sånn i sin alminnelighet" vanskelig tolkbart. I motsetning til rapportering av mer fakta-relaterte forhold (som sykelighet), er egenvurdert helse i større grad sensitivt overfor intervjupersonenes erfaring, holdninger og følelser. I vurderinger av egen helse er det individet selv som er ekspert.

Den enkelte vurderer sin helse ut fra flere kilder til informasjon, der

Spørsmål om egenvurdert helse:

"Hvordan vurderer du din egen helse sånn i sin alminnelighet?"

Vil du si at den er meget god
 god
 verken god eller dårlig, middels
 ganske dårlig
 dårlig

erfaring og kunnskap om egen tilstand, samt fysisk, mental og sosial mestring er sentrale indikatorer. En studie av Williams (1983) antyder at helsebegrepet, i tillegg til å omfatte sykdom og funksjonsevne, også inkluderer positive aspekter ved helse. Slik som å være i fysisk form, ha sunt kosthold, samt forhold som kan sammenfattes i begrepet psykososialt velvære. Målet vil med andre ord ikke bare fange opp medisinskrelaterte tilstander, men også forventninger den enkelte har til seg selv, ofte relatert til grupper man velger å sammenligne seg med.

Målet gir i stor grad rom for individuelle tolkninger: Det overlates til den enkelte svarperson å gi helsebegrepet innhold innenfor sin referanseramme. Lundberg og Manderbacka har i en artikkel fra 1996 sett på målets svake og sterke sider fra et metodisk ståsted. De konkluderer i sine analyser, i tråd med tidligere forskning (bla. Mackenbach mfl. 1994), med at målet til tross for vag formulering og vide svaralternativer, har stor gyldighet. Styrken ved målet er nettopp subjektiviteten og direktheten.

"- takk, bare bra"

Kun 6 prosent av befolkningen (tilsvarende 240 000 personer) sier at helsen er "ganske dårlig" eller "dårlig", til tross for at langt flere har sykdommer og plager (figur 1). Dette kan tyde på at det generelt

sett skal mye til for at man sier at helsa er dårlig. Individet tilpasser seg sine ressurser til enhver tid. Mechanic (1968) argumenterer for at folk flest forholder seg til plager og symptomer ved i første omgang å tolke dem som normale. De fleste vil forsøke å opprettholde en positiv helsevurdering til plager og ubehag blir så sterke at de ikke lenger kan undertrykkes. Når imidlertid sykdom, funksjonshemming eller symptomer oppleves som vanskelige for individet selv f.eks. gjennom redusert mestringsevne, og også blir synlige for omgivelsene, vil sannsynligheten for negativ helsevurdering også øke. Det kan være at man ikke lenger er i stand til å utøve sitt yrke og blir uføretrygdet, eller at tilstanden legger begrensning på deltakelse i sosiale sammenhenger og fritidsaktiviteter generelt. Det er også rimelig å tenke seg at når mangler eller skranker berører en høyt skattet eller verdsatt aktivitet

eller egenskap, vil sannsynligheten for at man rapporterer om svekket helse øke. Når sykdom eller funksjonshemming er et faktum, er også veien kort inn i sykerollen.

God helse som fravær av sykdom og svekkelse?

Helseundersøkelsene i 1985 og 1995 viser at målene for egenvurdert helse og rapportering av sykdomsforekomst ikke er sammenfallende helsemål. Til tross for at nærmere 70 prosent av befolkningen i yrkesaktiv alder (16-66 år) rapporterer om alvorlige eller mindre alvorlige sykdommer og plager, vurderer 8 av 10 sin helse som god eller ganske god (tabell 1). 16 prosent velger imidlertid ikke disse alternativene i beskrivelser av egen helse, og 6 prosent opplever helsen som direkte dårlig i 1995.

Til tross for sykdom eller funksjonshemming har størstedelen av Norges voksne ikke-institusjonaliserte befolkning (16-66 år), høy subjektiv velferd sett fra et helsemessig synspunkt. 98 prosent av den sykdomsfrie delen av befolkningen mener de har god helse, mens 77 prosent av de som har en eller annen sykdom, skade eller funksjonshemming (uavhengig av sykdomstype og alvorlighetsgrad) sier det samme i 1995. Dersom sykdom, funksjonshemming eller skade skaper særlige

Tabell 1: Hvordan vil du vurdere din egen helse "sånn i sin alminnelighet"? Tallene omfatter befolkning i yrkesaktiv alder 16-66 år. 1985 og 1995. Prosent

	1985			1995		
	Alle	u/sykdom	m/sykdom	Alle	u/sykdom	m/sykdom
Meget god/god helse	82	94	70	84	98	77
Verken god eller dårlig	14	6	23	11	2	15
Ganske dårlig/dårlig	4	-	8	6	-	8
(N)	6 651	3 216	3 390	6 501	2 045	4 456

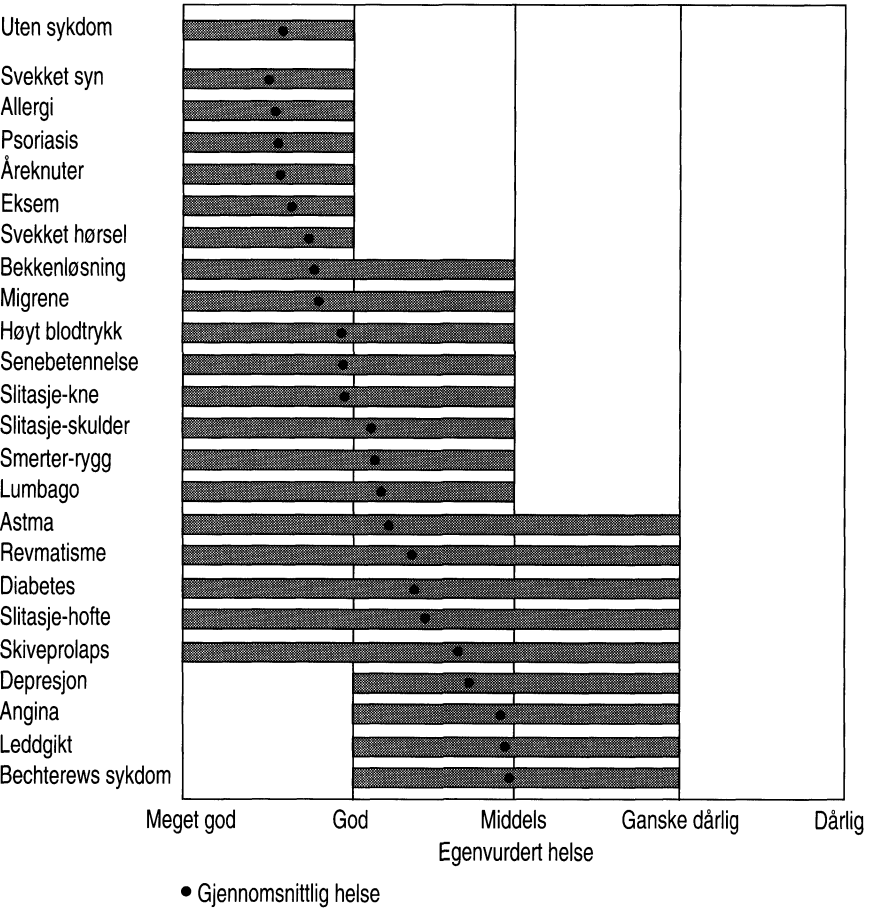
Kilde: Helseundersøkelsen 1995

Tabell 2: Fordeling på egenvurdert helse etter om og i hvilken grad eventuell sykdom/funksjonshemming virker inn på hverdagen. Tallene omfatter befolkning i yrkesaktiv alder 16-66 år. 1995. Prosent

	Med sykdom ¹				
	Uten sykdom	Ingen problemer	Innvirker i liten grad	Innvirker i noen grad	Innvirker i høy grad
Meget god/god helse	98	97	91	73	36
Verken god eller dårlig	2	3	9	22	30
Dårlig/meget dårlig	-	1	1	6	34
(N)	2 265	8 25	1 317	1 382	712

¹ "Hvordan vil du vurdere den/de varige sykdommene/funksjonshemmingene du har fortalt om. I hvilken grad virker noen av disse inn på din hverdag?"
Kilde: Helseundersøkelsen 1995

Figur 2: Rangering av de hyppigst angitte diagnosene i Helseundersøkelsen 1995 (minimum 30 personer), etter gjennomsnittsscore på spørsmål om hvordan man vurderer sin helse sånn i sin alminnelighet¹



¹ Referert i figuren er gjennomsnittstall. Horisontale søyler angir svarvariasjonen i egenvurdert helse for enkelt diagnoser innenfor 10- og 90-percentiler
Kilde: Helseundersøkelsen 1995

problemer, og virker inn på hverdagen i høy grad, faller andelen med god helse dramatisk.

Om lag 34 prosent av befolkningen med sykdom som virker inn på hverdagen i høy grad, sier at helsen er dårlig (tabell 2). Det kan arte seg som smerter, angst, søvnproblemer, tretthet eller begrensninger i utfoldelse. Noen flere, 36 prosent, anser helsen som god til tross for alvorlige plager.

Sykdommer og egenvurdert helse

Sykdom og funksjonsproblemer oppleves forskjellig. En "diagnose" kan objektivt sett arte seg ulikt og individuelle toleransegrenser bidrar til at plagene "tas" forskjellig. En person med funksjonshemming vil ikke nødvendigvis anse sin helse som dårlig, dersom personen ellers er frisk og fungerer tilfredsstillende innenfor subjektivt satte rammer. Et utvalg "diagnoser", valgt etter forekomst i utvalget, er rangert etter gjennomsnittsscore på en helse-skala fra meget god til dårlig helse (figur 2). For å illustrere variasjonen i svarene er svarintervallene avgrenset til å omfatte de midterste 80 prosent av angivelsene for den enkelte diagnose (jf. 10- og 90-percentiler i figuren). Figuren gir en indikasjon på, og er ment å være en illustrasjon av, hvordan den enkelte "lever med" ulike sykdommer eller plager. Rangeringen viser i korte trekk at det er store forskjeller mellom ulike sykdommer mht. hvilken effekt de har på selvopplevd helse. Noen har sykdommer uten at de oppleves å påvirke helsen i nevneverdig grad, mens andre angir verdier som tyder på større helsereduksjon.

Helsevurderingene for de utvalgte sykdommene samles grovt sett innenfor fire svarintervaller med

Den mest plagsomme sykdommen:

Sykdomsvariablen i figuren er en sammenstilling av syketilfeller som intervjupersonene har referert. Personer som har oppgitt ett syketilfelle, samt personer som har oppgitt flere syketilfeller og som kan identifisere "det mest plagsomme" syketilfellet - dvs. sykdommen eller funksjonshemmingen som virker inn på hverdagen i størst grad, sammenlignet med individets øvrige lidelser eller plager. I tilfeller der intervjupersonen ikke er i stand til å identifisere én diagnose som mer plagsom enn en annen, er personen utelatt fra rangeringen. Intervallene for hver "diagnose" angir variasjonen i de midterste 80 prosent av svarene på spørsmål om hvordan man vurderer helsen "sånn i sin alminnelighet".

ulik avgrensning. Rangeringen antyder at tilstander som åreknuter, eksem, allergi, samt svekket syn eller hørsel, ikke påvirker helsevurderingen utover hva personer uten sykdom angir. Svarangivelsene for disse tilstandene er konsentrert i den positive enden av helseskalaen "meget god" og "god helse". For en del slitasjeplager, migrene, høyt blodtrykk mv. utvides intervallet. For disse lidelsene varierer egenvurdert helse innenfor intervallet for "meget god helse" til "verken god eller dårlig" (middels). Svarintervallet utvides ytterligere når det er tale om tilstander som astma, diabetes, revmatisme mv. Enkelte mener at tilstandene ikke medfører svekket helse, mens andre opplever at tilstandene medfører en vesentlig helsereduksjon ("meget god") til ("ganske dårlig"). Mindre enn 10 prosent av intervjupersonene med diagnoser som angina, leddgikt og depresjon svarer at helsen er meget god. Helseverdiene for disse tilstandene varierer innenfor intervallet "god" til "ganske dårlig helse".

Egenvurdert helse i forhold til andre helseindikatorer

Indikatorer på helse som sykdom, bevegelighet, smerter samt psykosomatiske symptomer henger sammen, og det kan være vanskelig å betrakte dem uavhengig av

hverandre. Varig sykdom fanger i noen tilfeller opp både smertetilstander, bevegelsesproblemer og psykosomatiske forhold.

Bevegelseshemming er målt ved om man klarer å gå trapper, samt om man er i stand til å gå en distanse på mer enn 200 meter. Dersom man har vansker som omfattes av disse målene, er åpenbart ens livsutfoldelse innskrenket. Psykosomatiske forhold måles ved om man har

nedsatt appetitt, er søvnløs, eller er trett og sliten. Vi vet lite om årsakene til disse plagene, og i noen tilfeller kan det være en varig lidelse, eller medisinbruk som følger av denne, som er den underliggende årsaken.

Grupper som vurderer egen helse negativt, har konsekvent høyere rapportering av "helseproblemer", sammenlignet med andre (tabell 3). Flere har nedsatt bevegelsesevne, fysiske smerter, psykosomatiske symptomer, samt varig sykdom, sammenlignet med grupper som vurderer helsen sin positivt. Vel så interessant er det at høye andeler av de som sier de har god/ganske god helse også har varig sykdom (55 prosent), og at 17 prosent er ganske eller veldig mye plaget med fysiske smerter. Kun lave andeler av de som har god helse, oppgir å ha nedsatt bevegelsesevne og psykosomatiske symptomer. Ved hjelp av logistisk regresjonsanalyse² er det mulig å skille ut hvilken eller hvilke

Tabell 3: Andel med ulike "helseproblemer", etter om de vurderer egen helsetilstand negativt (ganske dårlig/dårlig), middels (verken god eller dårlig) eller positivt (meget god/god). 1995. Prosent

	Negativ helsevurdering		Middels helsevurdering		Positiv helsevurdering	
	ja	nei	ja	nei	ja	nei
Varig sykdom ¹	95	5	91	9	55	45
Nedsatt bevegelsesevne ²	54	46	23	77	4	96
Fysiske smerter ³	65	35	49	51	17	83
Psykosomatiske symptomer ⁴	47	53	23	77	5	95
(N)	322		681		5 498	

¹ Varig sykdom omfatter diagnoser som er nevnt av intervjupersonen og som ut fra medisinske kriterier anses for å være varige pr. def., samt diagnoser som anses som varige dersom de har vart i mer enn seks måneder. Variabelen har to verdikategorier; har varig sykdom og har ikke varig sykdom (jf. Carlson 1987)

² Nedsatt bevegelsesevne er målt med to indikatorer. Dersom intervjupersonen ikke klarer eller har vanskelig for å gå i trapper en etasje opp eller ned uten å hvile, eller dersom intervjupersonen ikke klarer eller har vanskelig for å bevege seg en distanse på maks. 200 meter

³ Intervjupersonen blir registrert med fysiske smerter dersom han er ganske mye eller veldig mye plaget med smerter i enten nakke, rygg, armer, skuldre, knær eller føtter

⁴ Psykosomatiske symptomer er målt ved om intervjupersonen har vært ganske mye eller veldig mye plaget med én av følgende forhold siste 14 dager før intervjuet: dårlig matlyst, mangel på energi eller søvnproblemer

Kilde: Helseundersøkelsen 1995

helseindikatorer som har størst innflytelse på sannsynligheten for å vurdere egen helse negativt. Oddsforholdet mellom målevariabelen og forklaringsvariablene gir en indikasjon på "risiko" for å angi egen helse som dårlig. I analysen har vi også inkludert intervjupersonenes alder fordi helse i høy grad er aldersavhengig.

Det er nedsatt bevegelsesevne som i størst grad bidrar til negativ helse-rapportering, selv om også langvarig sykdom og psykosomatiske forhold er viktige i betraktninger omkring egen helse. Analysen viser at det er en vesentlig større (nærmere åtte ganger så høy) sannsynlighet for at personer med redusert bevegelsesevne sier at helsen er dårlig, sammenlignet med personer uten bevegelseshemming. Samtidig er forholdstallet for negativ helsevurdering 5:1 mellom personer som har psykosomatiske problemer eller varig sykdom, og folk som ikke har disse plagene.

Det er den voksne befolkningen (16-66 år) som er målgruppen for analysene. For mennesker i aktiv alder, oppleves sannsynligvis innskrenkninger i utfoldelsesmuligheter tungt, særlig hvis en sammenligner seg med funksjonsfriske på egen alder. En overgang fra yrkesaktivitet til uføretrygd vil medføre en velferdsreduksjon for de fleste. Videre er ens funksjonsevne synlig for omgivelsene, og innebærer at man stadig blir konfrontert med det faktum at man ikke fungerer "på linje" med andre mennesker. Også symptomer som dårlig matlyst, søvnløshet og slapphet påvirker livskvaliteten, og virker inn på helse-rapporteringen. Slike symptomer eller tilstander øker risikoen/muligheten for at helsen oppleves som dårlig.

Varig sykdom er altså ikke den primære forklaringsfaktor i analysen. Dette støtter opp om eller illustrerer at sykkelighetsmålet i helseundersøkelsen, som utelukkende fanger opp intervjupersonenes sykdomsangivelser, i seg selv er et lite egnet mål for å gripe forhold som omfattes av selvopplevd helse. Andre helseindikatorer som nedsatt bevegelighet og psykosomatiske symptomer er vel så sentrale i intervju-personenes vurderinger omkring egen helsetilstand. Således vil man kunne slutte at en betydelig andel av "diagnosene" i helseundersøkelsen har små eller ingen konsekvenser for hvordan man opplever, og gir uttrykk for at helsetilstanden er.

Ikke sykdom alene...

Vi har sett at negativ helseopplevelse påvirkes av sykdom, og at sykdom som påvirker hverdagen i betydelig grad, samt nedsatt bevegelighet og psykosomatiske forhold, fører til økte andeler som sier at helsen er dårlig. Fordi en relativt stor andel av de som har god eller ganske god helse også har ulike sykdommer, skader og funksjonshemninger, samt fysiske smerter, er det ikke utelukkende "helseproblemer" eller medisinsk relaterte forhold som påvirker ens helsemessige velferd, eller subjektivt opplevde helsetilstand. Vi stiller derfor spørsmål om hvilke andre faktorer som virker inn på vurderinger av helse i negativ retning.

Sosiologiske og sosiokulturelle forhold som ikke fanges opp gjennom mål på den enkeltes "helseproblemer", bidrar til å gi et mer nyansert og sammensatt bilde av den enkeltes helseopplevelse. Det kan være forhold som er vanskelig å måle i en spørreundersøkelse direkte, men som reflekteres i mål på hvordan individet fungerer i ulike hverdags-situasjoner eller roller.

Egenvurdert helse og kjennetegn ved intervjupersonene

Forventninger til eget prestasjonsnivå vil variere både med alder, kjønn og kontekst. Den enkeltes behov for å opprettholde et høyt nivå med hensyn til mental og fysisk funksjon justeres og reduseres med økende alder. Eksempelvis vil manglende kapasitet til å løpe til bussen kunne være en vesentlig helse-/velferdsreduksjon for en ungdom, men kanskje ikke så vesentlig for en som har passert 60? Likeledes vil stivhet i ledd ikke nødvendigvis oppfattes som et helseproblem for eldre personer, men betraktes som en naturlig del av aldringsprosessen. Med økende alder justeres krav og forventninger til egen helsetilstand og kapasitet, men samtidig øker forekomsten av medisinsk relaterte "helseproblemer".

I likhet med resultater fra helseundersøkelsen viser også andre studier at andelen som rangerer egen helse negativt øker med økende

Tabell 4: Hvordan vurderer du din egen helse "sånn i sin alminnelighet", fordelt på kjønn og alder. Prosent



	Menn			Kvinner		
	16-24	25-44	45-66	16-24	25-44	45-66
Meget god/god helse	91	90	74	91	89	72
Verken god eller dårlig	9	7	17	8	7	17
Dårlig/meget dårlig	1	3	9	1	4	11
(N)	699	1 353	1 201	598	1 471	1 179

alder (Moum 1991, Murray mfl. 1982).

Alder gir et likt svarmønster for kvinner og menn. Også andre studier viser til små kjønnsforskjeller i egenvurdert helse. Flertallet av studier som benytter et tilsvarende mål for egenvurdert helse som det som benyttes her, viser at sosiale bakgrunnsfaktorer ikke påvirker rapporteringen i særlig grad. Annerledes er det i tilfeller der intervju-personene eksplisitt anmodes å sammenligne seg med andre på sin alder (jf. "Hvordan vil du vurdere egen helsetilstand sammenlignet med andre mennesker på din alder?").

Indikatorer på helsetilstand som omfatter helseproblemer og sykdomsrelaterte forhold, viser at kvinner er overrepresentert i "problem-grupper". Helseundersøkelsen, i likhet med andre undersøkelser av helse og helseforhold, viser til at kvinner har dårligere helse enn menn målt ved hjelp av subjektivt rapporterte faktaopplysninger (bl.a. Wright 1987). Helseundersøkelsen 1995 viser at 66 prosent av kvinner (16-66 år) har varig sykdom, og at kvinner med sykdom i gjennomsnitt har 2,4 syketilfelle. Tilsvarende tall for menn er 60 prosent med varig sykdom, og 2 syketilfeller i gjennomsnitt pr. syk person (N=6 756).

Egenvurdert helse og sosial deltakelse

Opplevelse av egen evne til å møte utenforliggende krav og forventninger generelt antas å bli reflektert i folks helsevurderinger. Ens kapasitet til å møte hverdagens krav og til å utføre dagliglivets gjøremål, kan fanges opp gjennom mål på hvordan den enkelte fungerer i ulike samfunnsdefinerte roller. For eksempel hvordan man fungerer i familien (rollen som mor/far), i jobbsammenheng (yrkesrollen) eller i

Tabell 5: Andel med ulike "sosiale problemer", etter om de vurderer egen helsetilstand negativt (ganske dårlig/dårlig), middels (verken god eller dårlig) eller positivt (meget god/god). 1995. Prosent

	Negativ helsevurdering		Middels helsevurdering		Positiv helsevurdering	
	ja	nei	ja	nei	ja	nei
Personer med sykdom som har						
problemer med å begynne/mestre jobb ¹	53	47	21	79	3	97
problemer med å begynne/fullføre utdanning ²	31	69	8	93	2	98
problemer i deltakelse i forenings-/fritidsaktivitet ³	9	91	1	97	-	100
vansker med sosial kontakt ⁴	3	97	1	99	-	100
Personer uavhengig av sykdom som						
ikke har noen fortrolig samtalepartner ⁵	17	83	13	87	8	92
ikke bor sammen med andre voksne ⁶	20	80	16	84	12	88
ikke er i arbeid ⁷	61	39	38	62	22	78

¹ Positivt svar indikerer at det er "ikke mulig" eller "svært vanskelig" å finne en jobb intervjupersonen kan klare eller han har vansker med å klare den jobben han har (dette spørsmålet er kun stilt til personer med sykdom, skade eller funksjonshemming). (N=4 228)
² Positivt svar indikerer at det er "ikke mulig" eller "svært vanskelig" å gjennomføre eller sette i gang med ønsket utdanning eller opplæring (dette spørsmålet er kun stilt til personer med sykdom, skade eller funksjonshemming). (N=4 053)
³ Positivt svar indikerer at det er "ikke mulig" eller "svært vanskelig" å delta i foreningsliv eller i andre fritidsaktiviteter pga. sykdom, skade eller funksjonshemming. (N=4 014)
⁴ Positivt svar indikerer at det er "svært vanskelig" eller "ikke mulig" å få kontakt med eller snakke med andre mennesker (dette spørsmålet er kun stilt til personer med sykdom, skade eller funksjonshemming). (N=4 156)
⁵ Spørsmålet er fra selvutfyllingsskjemaet og intervjupersonen registreres uten fortrolig samtalepartner dersom han svarer nei på om han har noen han kan snakke fortrolig med. (N=5 418)
⁶ Variabelen er konstruert ut fra husholdssammensetning. (N=6 501)
⁷ Yrkesaktivitet omfatter de som har oppgitt et yrke og som arbeider 10 timer i uka eller mer. (N=6 501)

interaksjon med andre mennesker (sosiale roller). En av sosiologiens klassikere definerte god helse som "en tilstand av et individs optimale kapasitet for effektiv utførelse av roller og oppgaver som han er sosialisert til å fylle" (Parsons 1958). I dette perspektivet ses "god helse" som en samfunnsmessig investering. Manglende kapasitet til å delta i arbeidslivet på grunn av dårlig helse vil i tillegg til å være samfunnsøkonomisk ufordelaktig, også være en velferdsmessig ulempe for individet som rammes. Kapasitetsmangler hos individet bør imidlertid ses i forhold til hvilke konkrete roller og aktiviteter den enkelte står overfor. Hvis "helseproblem" er årsak til at en person ikke kan utøve sitt yrke, eller drive med spesifikke interesser, påvirkes personens velferd.

Hvis aktivitetene i tillegg er høyt skattet, vil velferdsreduksjonen være tilsvarende høyere. For det enkelte individ oppleves sannsynligvis ens evne til å kunne ta vare på seg selv og egen familie som mest grunnleggende, dvs. hvordan man fungerer i familierollen, eller i interaksjon med andre mennesker.

Andelene med problemer i forhold til rolleutførelse og sosial funksjon er konsistent/høyere ved negativ helserapportering, sammenlignet med grupper som vurderer egen helse som meget god eller god, eller som verken god eller dårlig (middels). Det å fungere tilfredsstillende i en arbeidsrolle eller utdanningsrolle viser seg viktig for den helsemessige velferd. 53 prosent av de som vurderer helsen negativt, har

problemer med å komme inn i eller mestre yrkesrollen pga. sykdom, mens 29 prosent har sykdom, men ikke slike problemer. Det er også flere av dem som vurderer helsen som dårlig, som sier at de har problemer med å delta i foreningsvirksomhet og fritidsaktiviteter, og som har vansker med sosial kontakt. Spørsmål som er stilt til hele befolkningen uavhengig av sykdom, viser at flere av de som vurderer egen helse som dårlig, har svake sosiale relasjoner, sammenlignet med andre grupper. Andelen som ikke har noen fortrolig venn utgjør 17 prosent av de som sier at helsen er dårlig. Samtidig viser tallene at det er flere som ikke er i arbeid og som bor alene uten andre voksne i husholdet som sier at helsen er dårlig. Dette resultatet kan være uttrykk for seleksjonsprosesser der grupper med helseproblemer "støtes ut" fra samfunnsmessige og sosiale roller.

Bildet av helsetilstanden er kompleks. Ofte er det en samstilling av både medisinsk relaterte helseproblemer og ikke-medisinske forhold som bidrar til at situasjonen blir vanskelig, og at velferden oppleves som dårlig fra et helsesynspunkt. Det er særlig innskrenkninger i bevegelsesevne som gir negativ helsevurdering. Mye tyder på at sykdommer, funksjonshemminger og skader som fører til begrensninger sammenlignet med ens tidligere aktivitetsnivå, påvirker helsevurdering i større grad enn sykdommer eller lidelser som har kommet gradvis og som man har tilpasset seg eller lært å "leve med" f.eks. svekket syn/hørsel. Men i den grad hverdagslige utfoldelsesmuligheter og ens evne til å fylle ulike roller påvirkes, reduseres velferden - dvs. i den grad *individet selv* opplever innskrenkningen som en belastning. Det at man har sykdom, er ikke ensbetydende med at man opplever egen helse

som dårlig. Langt de fleste gir uttrykk for en positiv livsholdning - anser helsen for å være god - selv om de har (smerter eller andre) plager i hverdagen.

- 1. Se Cleary (1997) for diskusjon av subjektive og objektive helsemål.
- 2. Sammenhengen mellom ulike helseindikatorer og sannsynlighet for å vurdere egen helse som dårlig. Logistisk regresjon.

	Koeffi-	S.E.	Kji-	Odds-
	sient		kvadrat	rate
Konstant	-5.4	0.36	229.0***	
Nedsatt be-				
vegelsesevne				
(trapp/gå				
200 m)	2.1	0.20	110.1***	8.4
Langvarig				
sykdom	1.6	0.38	17.6***	4.8
Fysiske				
smerter	0.8	0.20	16.9***	2.3
Psykoso-				
matiske				
symptomer ..	1.6	0.21	57.1***	4.9
Alder				
16-25 år ..	1.0			
55-66 år ..	0.5	0.21	4.7*	1.6
(N)				6 179

***p<0.001, **p<0.01,* p<0.05

Litteratur

Carlson, Otto (1987): Arkivkatalog for hel-seundersøkelsen 1985, Interne notater 87/7, Statistisk sentralbyrå.

Cleary, Paul D. (1997): Subjective and objective measures of health: which is better when? *Journal of Health Service Resource Policy* **2**, 1.

Lundberg, Olle og Kristiina Manderbacka (1996): Assessing reliability of a measure of self-rated health, *Scandinavian Journal of Social Medicine* **24**, 3.

Mackenback, J.P., J. van den Bos, I.M.A Joung, H. van de Mheen og K. Stronks (1994): The Determinants of Excellent Health: Different from the Determinants of Ill-Health? *International Journal of Epidemiology* **23**, 6.

Mecanic, David (1968): *Medical Sociology*, Free Press, New York.

Moum, Torbjørn (1991): Egenvurdert helse: Medisinske og sosiologiske forklaringsmodeller i Moum, Torbjørn (red.) (1991): *Helse i Norge; Sykdom, livsstil og bruk av helsetjenester*, Gyldendal Norsk Forlag.

Murray, Johanna, Graham Dunn og Alex Tarnopolsky (1982): Self-assessment of health: an exploration of the effects of physical and psychological symptoms, *Psychological Medicine* **12**, 371-378.

Parsons, Talcott (1958): Definitions of health and illness in the light of American values and social structures. I E. Garley Jaco (red.) (1958): *Patients, Physicians and Illness*, 165-187. Free Press of Glencoe: New York.

Statistisk sentralbyrå (1993): *Klassifikasjon av sykdommer, skader og dødsårsaker*, Norsk utgave av ICD-9, Norges offisielle statistikk.

Williams, R. (1983): Concepts of health: an analysis of lay logic, *Sociology* **17**, 185-205.

World Health Organization (1958): *The First Ten Years of the World Health Organization*, Geneva: WHO.

Wright, Stephen (1987): Self-ratings of Health: The Influence of Age and Smoking Status and the Role of Different Explanatory Models, *Psychology and Health* **1**, 379-397.

Jorun Ramm er førstekonsulent i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk.