

Christine Friestad

Å leve med kronisk sykdom

Resultater fra et forprosjekt
blant voksne med astma og allergi

Christine Friestad

Å leve med kronisk sykdom
Resultater fra et forprosjekt
blant voksne med astma og allergi

© Forskningsstiftelsen Fafo 1999
ISSN 0804-5135

Innhold

Forord	5
1 Innledning	6
1.1 Bakgrunn	6
1.2 Utbredelse av overømfintlighetssykdommer – hva vet vi?	7
1.3 Levekår	8
1.4 Sammenheng mellom levekår og helse	9
1.5 Problemstillinger og disposisjon	10
1.6 Klassifisering og definisjon	10
1.7 Datamaterialet og statistiske analyser	11
2 Utbredelse av overømfintlighetssykdommer	14
2.1 Utbredelse av overømfintlighetssykdommer i utvalget	14
2.2 Sykdommens konsekvenser i hverdagen	14
3 Sosioøkonomiske ressurser	17
3.1 Utdanning	17
3.2 Arbeidssituasjon	18
3.3 Inntekt	19
3.4 Sosioøkonomisk status	20
4 Helsetilstand	22
4.1 Selvpoplevd helse	22
4.2 Kroppslige plager	23
4.3 Psykiske plager	24
5 Bruk av helsetjenesten	26
5.1 Innledning	26
5.2 Bruk av legetjenester	26
5.3 Bruk av andre typer behandlingstilbud, og medisinbruk	28
6 Sosialt nettverk	30
6.1 Slektskap, vennskap og organisasjonsdeltakelse	30
7 Oppsummering og diskusjon av resultatene	32
7.1 Astma blant voksne	33
7.2 Helseundersøkelsen og levekår	33
7.3 Selvpoplevd helse, og fysiske og psykiske plager	34

7.4 Overømfintlighetsykdom og sosial deltakelse	35
7.5 Helsetjenestens rolle og betydning	35
7.6 Avslutning	36
Referanser	37
Vedlegg	40

Forord

Prosjektet «Overømfintlighet og levekår» er finansiert av stiftelsen Helse og rehabilitering, og utført av Forskningsstiftelsen Fafo på oppdrag fra Norges Astma- og Allergiforbund (NAAF). NAAF har tatt initiativ til undersøkelsen, og de har videreutviklet ideene i samarbeid med Fafo. Prosjektet består av et forprosjekt, som denne rapporten presenterer resultatene fra, og en hovedundersøkelse som gjennomføres i løpet av 2000. I hovedundersøkelsen vil vi fokusere på livskvalitet blant astmatikere. I forprosjektet som vi nå presenterer, er det levekår blant personer med overømfintlighetssykdommer som er i søkelyset. Hensikten med forprosjektet er å avdekke om personer med overømfintlighetssykdommer skiller seg fra et generelt befolkningsutvalg på sentrale levekårsarenaer.

Til forprosjektet bruker vi datamateriale fra Helseundersøkelsen 1995 fra Statistisk sentralbyrå. Dette er gjort tilgjengelig for analyser av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Helseundersøkelsen 1995 består av tilfeldige utvalg blant tre aldersgrupper i befolkningen: barn (0–15 år), voksne (16–79 år), og eldre (80 år og over). I denne rapporten benytter vi data fra voksenutvalget, det vil si personer i alderen 16–79 år. Helseundersøkelsens formål er å presentere en generell oversikt over helseproblemer i den norske befolkningen, og i enkelte undergrupper av befolkningen. Helseundersøkelsen kartlegger hvordan folk oppfatter sin egen helse, og den kan blant annet brukes til å lage oversikter over hvilke helseproblemer som finnes, samt vise hvordan helsen påvirker hverdagsliv og aktiviteter (Wikholm og Hildrum 1997).

Forprosjektets referansegruppe har bestått av Arnfinn Aarnes og Barbra Noodt fra Norges Astma- og Allergiforbund og Espen Dahl fra Fafo. Referansegruppens medlemmer har sammen og hver for seg gitt gode råd og viktige innspill til rapportens utforming og innhold. Hver især takkes for et meget godt samarbeid. I tillegg fortjener Fafos publikasjonsseksjon en takk for bearbeiding og tilretteleggelse av manus til en ferdig rapport.

Fafo, august 1999

Christine Friestad

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Overømfintlighetsreaksjoner omfatter et bredt spekter av sykdomsbilder, som astma, allergi og eksem. Disse sykdommene utgjør et omfattende og økende folkehelseproblem i Norge. Anslagsvis 1,5 millioner nordmenn antas å ha astma- eller allergiplager i sterkere eller mildere grad. På bakgrunn av dette er forebygging av astma, allergi og inneklimasykdommer et av hovedsatsingsområdene i det helsefremmende og forebyggende arbeidet i Norge (St. meld. 37, 1992–93).

Årsakene til astma og allergier er lite kjent, selv om flere risikofaktorer er identifisert (Sosial- og helsedepartementet 1998). Ofte tar forklaringer på astma og andre atopiske sykdommer utgangspunkt i at folk er ulikt arvelig disponert for disse sykdommene. Tankegangen bak en slik forklaring er en samspillmodell der miljøfaktorer vil fremkalle astma relativt mye oftere hos personer som er disponert. I tillegg til dette, tenker man seg at tidspunkt for eksponering og dose er av betydning. Evnen til ikke å reagere på forskjellige allergener utvikles med alderen, og man antar derfor at store allergendoser i tidlig alder er en risikofaktor (Sosial- og helsedepartementet 1998). I tillegg til de genetiske komponentene er det kjent at forurensing, virusinfeksjoner, passiv røyking, kosthold, fuktige hus, infeksjoner i tidlig barnealder og flere andre faktorer kan bidra til å påvirke sensibiliseringsfasen, og på den måten hindre utvikling av en normal toleranse (Sosial- og helsedepartementet 1998).

Samspillmodellen har altså en kombinasjon av genetisk disposisjon og allergeneksponering som sine viktigste komponenter. Allergirisikoen kan reduseres dersom eksponering for allergener unngås. Men er muligheten til å unngå allergeneksponering likt fordelt i befolkningen? Fra et levekårsperspektiv er det interessant å se hvorvidt det er slik at personer i høyere sosiale lag har større muligheter for å unngå allergeneksponering, for eksempel ved at de har andre typer yrker eller bedre boliger, og dernest om slike eventuelle sammenhenger følger grensene for sykdom (astma/ikke astma, allergi/ikke allergi). Det kan tenkes både opplagte og mer subtile sammenhenger mellom allergeneksponering og for eksempel sosioøkonomisk status. En opplagt sammenheng er den hvor allergeneksponeringen er en følge av området man bor i (høy grad av forurensning), boligen i seg selv (høy fuktighet), eller arbeidet man har (manuelt arbeid med utsatthet for støv eller andre forurensningskilder). En mer subtil sammenheng er den hvor lav utdanning gjør at man ikke nås av helseopplysningstiltak om hva som kan gjøres for å unngå allergeneksponering eller forebygge utviklingen av overømfintlighetssykdommer. Det er dessuten relativt store forskjeller i forekomst av astma og allergi etter hvor i landet man bor (Sosial- og helsedepartementet 1998:16). De geografiske forskjellene er så store at de ikke kan forklares som et resultat av ulik eksponering for risikofaktorer. Kanskje er det andre variasjoner også? En rekke helsevaner er påvist å være sosialt skjevt fordelt i befolkningen, og flere av disse, i særdeleshet røyking, kan gi alvorlige helseskader og forverre tilstander som for eksempel overømfintlighetslidelser. Det

er derfor svært viktig å kartlegge forekomsten av slike og andre variasjoner i mulighetene til å unngå sykdom.

En av de uttrykte målsetningene i norsk helsepolitikk for øvrig er at alle funksjonshemmede personer skal ha fysiske, økonomiske og sosiale muligheter til å leve et sosialt og økonomisk tilfredsstillende liv (delmål 3 i WHO-strategien «Helse for alle innen år 2000», jf Innst. S. nr. 118, 1993–94). I den grad astma og allergi medfører alvorlig funksjonsnedsettelse, er dette en målsetning som også er relevant for personer med overømfintlighets sykdommer. Dersom overømfintlighets sykdom viser seg å medføre dårligere levekår i denne gruppen enn i resten av befolkningen, tyder det dermed på at en viktig målsetning i norsk helsepolitikk ikke er nådd. I dette forprosjektet ønsker vi å avdekke slike eventuelle forskjeller mellom grupper av allergikere, astmatikere og resten av befolkningen. I den grad personer med overømfintlighets sykdommer kommer dårligere ut, antyder det at de virkemidlene som hittil er benyttet for å bedre denne gruppens kår, ikke gir det ønskede resultatet. Økt kunnskap om slike eventuelle forskjeller vil kunne bidra til å målrette innsatsen overfor denne gruppen kronisk syke.

1.2 Utbredelse av overømfintlighets sykdommer – hva vet vi?

Andelen av befolkningen som har en astmadiagnose er uten tvil høyere nå enn før. Også antall sykehusinnleggelses og forbruk av astmamedisin antyder en økning i forekomsten av denne sykdommen (Sosial- og helsedepartementet 1998: 16). I Faktarapporten om forebygging av astma, allergi og inneklimas sykdommer (Sosial- og helsedepartementet 1998) anslås det at kanskje 40 prosent av befolkningen på ett eller annet tidspunkt i livet vil oppleve plager på grunn av allergi. I dette anslaget ligger alt fra alvorlige, invalidiserende plager til mer trivielle problemer som har liten eller ingen innvirkning på dagliglivet.

Det er generelt vanskelig å anslå forekomsten av allergi og allergisk sykdom i en befolkning, fordi kravene til diagnostisering ikke er entydige, og blir ulikt praktisert. Nystad, Magnus og Søyseth (1997) har dessuten vist hvordan forekomsten av astma varierer med hvilket spørsmål som benyttes for å kartlegge sykdommen. På bakgrunn av dette kan det være problematisk å sammenlikne ulike undersøkelser og diskutere endringer over tid og om overømfintlighets sykdommer øker i omfang. Det ligger likevel viktig informasjon i de tidlige undersøkelsene som er gjort blant voksne om forekomsten av astma og allergi i Norge.

En befolkningsundersøkelse av aldersgruppen 18–70 år i Hordaland i 1985 viste at 5,2 prosent av kvinnene og 5,6 prosent av mennene hadde diagnosen kols (Bakke, Baste, Hanoa et al 1991), mens prevalensen av astma var 2,4 prosent. Undersøkelser av forekomsten av kols viser varierende prevalens (mellom 5,5 prosent og 7,8 prosent) (Gulsvik, Bakke, Humerfelt et al 1993). Også når det gjelder eksem, varierer forekomsten mellom ulike undersøkelser, men generelt ser forekomsten ut til å være noe høyere enn for astma og kols (jf Sosial- og helsedepartementet 1998: 17). Fra tidligere publikasjoner fra Helseundersøkelsen 1995 vet vi en del om utbredelsen av astma blant barn. Grøtvedt (1997) viste for eksempel at nesten

hvert femte barn og hver fjerde ungdom hadde astma eller allergi i 1995, noe som innebærer en klar økning fra forrige helseundersøkelse (1985). Samtidig var det slik at det å ha både astma og allergi var vanligere i 1995 enn i 1985. Hensikten med denne rapporten er ikke å vise utbredelsen av astma og allergi i befolkningen. Uansett om forekomsten har økt eller ikke, så representerer overømfintlighetsykdommer lidelser som mange mennesker plages av.

1.3 Levekår

Levekårsforskning er opptatt av å avdekke og forklare sosiale ulikheter på forskjellige områder. Når det gjelder helse, så beskriver sosiale ulikheter det forhold at helse, sykdom og død følger sosiale og økonomiske forhold i samfunnet, som sosial klasse, utdanning og inntekt. Mer utdypet betegner sosial ulikhet i helse en fordeling med blant annet følgende egenskaper: helsetilstanden i befolkningen følger en sosial rangorden, den påvirkes av sosiale krefter, fordelingen oppfattes som urettferdig og uønsket, og den er i strid med uttalte målsettinger for offentlig helsepolitikk (jf Dahl 1994).

Hva er grunnene til at noen mennesker kommer dårligere ut enn andre innenfor den samme velferdsstaten? Et individs levekår er avhengig både av forhold han/hun har kontroll over, men også av forhold som ligger utenfor individets kontroll. Levekårsforskningen opererer med to hovedbegreper som levekårene er avhengige av: ressurser og arenaer. Arenaer er samfunnsområder, slik som utdanningssystemet og arbeidslivet, hvor det forventes at man kan sette inn sine ressurser og få et sosialt utbytte tilbake. Ressurser kan være av ulik type, men det er enighet om at de følgende er viktige levekårskomponenter (NOU 1993:17):

- helse og tilgang på medisinsk behandling
- sysselsetting og arbeidsvilkår
- økonomiske ressurser og forbruksvilkår
- kompetanse og utdanningsmuligheter
- familie og sosiale relasjoner
- boligforhold og tilgang på tjenester i nærmiljøet
- rekreasjon og kultur
- sikkerhet for liv og eiendom
- politiske ressurser og demokratiske rettigheter

Levekår er et resultat av individets tilgang til ressurser som kan brukes til å kontrollere og styre egne livsvilkår (NOU 1993:17). Som vi ser av listen ovenfor, er levekår et begrep som omfatter svært mange av livets sider. Denne rapporten kan bare belyse enkelte deler av en slik større helhet. Vi har valgt ut noen områder som vi ser nærmere på for å finne ut om fordelingen skiller seg ut for personer med overømfintlighetsykdommer i forhold til befolkningen generelt. Før vi presenterer resultatene av dette, er det nyttig å klargjøre hvorfor

man tenker seg at fordelingen av levekår kan være ulik i de to gruppene. Hvorfor kan det være en sammenheng mellom det å ha en overømfintlighetssykdom og det å ha dårligere levekår enn befolkningen ellers på andre områder?

1.4 Sammenheng mellom levekår og helse

I undersøkelser av sammenhengen mellom levekår og helse er det særlig den sosioøkonomiske komponenten av levekårene som er viet oppmerksomhet. Undersøkelsene har vist at det er klare sammenhenger mellom det å ha lav sosioøkonomisk status og det å ha dårligere helse, nær sagt uansett hvilke sykdommer det er snakk om. Om man har god eller dårlig helse henger altså sammen med om man har høy eller lav sosioøkonomisk status. Hvorfor er det slik? Å finne løsningen på dette spørsmålet er en utfordring. Mulige forklaringer er at dårlig helse gradvis setter individer ut av spill på viktige samfunnsarenaer. Dette kan for eksempel skje i forhold til yrkesaktivitet: sykdom fører til fravær og til slutt uførhet og avgang fra arbeidslivet. Helseproblemene fører slik til dårligere levekår på andre områder. Den motsatte årsaksrekken ville være: dårlige levekår gir dårligere helse. Et eksempel på dette er at dårlig økonomi kan gjøre at man er henvist til usunne boforhold (trekk, forurensingsbelastning, støy osv.) som igjen påvirker helsen i negativ retning. Ut fra en slik forklaring vil for eksempel allergeneksponeringen være større blant personer med lav sosioøkonomisk status og dermed gi denne gruppen høyere risiko for utvikling av overømfintlighetssykdommer. I sin undersøkelse av astma blant barn i Helseundersøkelsen fant Finnvedt et al (1997) nettopp en slik sosial gradient i forekomsten av sykdom: barn av foreldre med høy utdanning hadde lavere forekomst av astma enn andre. Det har imidlertid vært antydning at sammenhengen mellom overømfintlighetssykdom og levekår kan være positiv, det vil si at sykdomsforekomsten, særlig med hensyn til eksem, er høyere i høyere sosiale lag (Williams, Strachan og Hay 1994). En mulig grunn til dette kan være at personer med høy utdanning og inntekt i større grad oppsøker lege for sine helseproblemer og dermed har økt sannsynlighet for å få en diagnose for overømfintlighetssykdom.

Den tredje typen av forklaringer som er fremsatt for sammenhengen mellom levekår og helse, setter søkelyset på «indirekte seleksjon», det vil si at de faktorene som bidrar til dårlig helse også bidrar til fremtidig sosial posisjon. En forklaring av denne typen vil for eksempel fokusere på at personer i lavere sosioøkonomiske grupper generelt er mer utsatt for faktorer som er helsehemmende og/eller sykdomsfremkallende. En slik høyere utsatthet kan skyldes alt fra genetiske faktorer til stress og færre mestringsressurser. I tilfellet med overømfintlighetssykdommer kan man tenke seg at det å ha en slik kronisk lidelse i seg selv utgjør en form for vedvarende stress, som i neste omgang gjør en mer utsatt for andre helseproblemer, for eksempel psykiske plager (jf Elstad 1998). I denne rapporten vil vi se nærmere på om noen av disse forklaringene passer for situasjonen blant voksne med overømfintlighetssykdommer.

1.5 Problemstillinger og disposisjon

I denne rapporten er hovedspørsmålet hvorvidt personer med overømfintlighetssykdommer har dårligere levekår enn den øvrige befolkningen. Som overømfintlighetssykdommer regner vi astma, allergi og eksem (se pkt. 1.6 for nærmere definisjon). Vi har valgt å konsentrere vår undersøkelse av levekår blant personer med overømfintlighetssykdommer rundt følgende levekårskomponenter: sosioøkonomiske ressurser (utdanning, inntekt og yrkesstatus), kontakt med helsetjenesten (tilknytning til fast lege, sykehusinnleggelse, problemer med å få kontakt innen rimelig tid, bruk av alternative behandlingsformer med mere), helseplager utover overømfintlighetsdiagnosen (fysiske og psykiske plager, selvopplevd helse). Vi vil se om det er forskjeller mellom personer med overømfintlighetssykdommer og utvalget for øvrig når det gjelder tilgang til de ulike levekårsressursene, og også om det eventuelt er forskjeller innen gruppen av overømfintlige personer (mellom astmatikere og allergikere). På denne måten ønsker vi å avdekke både problemer som er felles for personer med ulike overømfintlighetssykdommer, og problemer som skiller mellom de ulike sykdomsgruppene.

Først i rapporten presenteres det tallmessige grunnlaget for undersøkelsen. Inndeling i diagnosegrupper kan gjøres på flere måter, og vi ser først nærmere på hvordan dette er gjort i denne undersøkelsen. Deretter kommer en kort introduksjon til hvilke teoretiske modeller som ligger til grunn for de analysene som foretas, samt en beskrivelse og forklaring av fremgangsmåtene vi har benyttet. Så følger kapitler som begynner med en beskrivelse av utbredelsen av overømfintlighetssykdommer i utvalget, og deretter i tur og orden tar for seg de ulike levekårskomponentene og beskriver situasjonen for astmatikere og allergikere på de forskjellige områdene. Rapporten avsluttes med et kort oppsummeringskapittel, der også mer overordnede spørsmål knyttet til de enkelte resultatene diskuteres.

1.6 Klassifisering og definisjon

Overømfintlighetssykdommer er en fellesbetegnelse på en lang rekke plager som enkelte mennesker opplever når de utsettes for bestemte miljøfaktorer (Sosial- og helsedepartementet 1998:8). Slike plager kan enten være lokalisert til bestemte organer i kroppen, eller de kan gi seg utslag i allmenne symptomer som tretthet, hodepine og kvalme. Overømfintlighetssykdommer kan betraktes som et overordnet begrep som omfatter alle de lidelsene som omtales i denne rapporten: astma, allergi, eksem og kronisk obstruktiv lungesykdom (kols).

Helseundersøkelsens sykdomsklassifisering er basert på Verdens helseorganisasjons system International Classification of Diseases (forkortet ICD). I dette systemet klassifiseres sykdommer og skader i tre- og firesifrede koder i henhold til internasjonale fellesstandarder som revideres om lag hvert tiende år. Helseundersøkelsen er kodet i henhold til ICD-9, og dens tresifferkoder er utgangspunkt for vår identifisering av personer med forskjellige former for overømfintlighetssykdommer. Vi har valgt å holde oss til de samme inndelinger som andre studier av Helseundersøkelsen har benyttet når det gjelder utbredelse av astma og allergi (se Finnvold, Nordhagen og Schjalm 1997, Grue 1998, Grøtvedt 1997, Grøtvedt og Belsby 1995). Det betyr at sykdomsgruppene er inndelt på følgende måte:

- astma: personer som har fått ICD-9-kode 493 («bronkial astma» med underkategorier)
- allergi: personer som har fått ICD-9-kode 691, 692 eller 708 (hhv «atopisk dermatitt og beslektede tilstander», «kontaktdermatitt og andre eksemmer», og «elveblest», alle med underkategorier inkludert). Til denne gruppen hører vanligvis også de som har ICD-9-kode 507, «pneumoni forårsaket av faste stoffer og væsker», men ingen blant voksen-utvalget hadde denne diagnosen.
- kols (forkortelse for kronisk obstruktiv lungesykdom, det vil si en tilstand som karakteriseres ved varig nedsatt evne til å puste luft raskt ut av lungene (Sosial- og helsedepartementet 1998:9): personer som har ICD-9-kode 490, 491 eller 492 (hhv «bronkitt», «kronisk bronkitt», og «emfysem»). Kols forekommer oftest blant personer over 40 år. Vanligvis omfatter kols-begrepet også personer med astma, og denne gruppen utgjør også i herværende undersøkelse den klart største kategorien. I befolkningsundersøkelser av voksne er kols og astma ofte slått sammen under betegnelsen obstruktive lungelidelser for å få et sikrere sammenlikningsgrunnlag, ettersom kravene til diagnostisering for disse lidelsene varierer noe (NOU 1999:13). På bakgrunn av dette har vi også i denne undersøkelsen valgt å slå kols og astma sammen i én sykdomsgruppe som vi for enkelhets skyld i resten av rapporten omtaler som «astma».

Et problem med å benytte ICD-koder er at de ikke sier noe om sykdommens alvorlighetsgrad eller konsekvenser i dagliglivet. En person som har astma eller allergi kan ha dette i forskjellige grader, uten at det fremgår av sykdomskodene. Vi kan imidlertid få en indikasjon på alvorlighetsgrad ved å se på andelen som oppgir at de må ta forholdsregler (f.eks. bruke medisiner, unngå rom hvor noen røyker, eller unngå dyrehold) for å unngå en allergisk reaksjon. I Grues (1998) undersøkelse blant barn defineres astma/allergi som en funksjonshemming når barnet må ta minst to forholdsregler for å unngå en allergisk reaksjon. På denne måten fremkommer det at barn med astma/allergi utgjør 70 prosent av det totale utvalget funksjonshemmede barn i alderen 7–15 år (Grue 1998:22).

1.7 Datamaterialet og statistiske analyser

Ved å analysere data fra Helseundersøkelsen, kan vi si noe om hvilke egenskaper og/eller livssituasjoner som henger sammen med det å ha en overømfintlighetssykdom. Å påvise slike sammenhenger er ikke det samme som å avdekke årsaksforhold. For å avdekke årsakssammenhenger må vi ha longitudinelle data, det vil si informasjon om de samme personene over flere år. Helseundersøkelsen omfatter ikke det, men gir oss et tverrsnittsbilde av situasjonen i befolkningen.

Tallene i denne rapporten er altså basert på Statistisk sentralbyrås Helseundersøkelse fra 1995. Deltakerne i Helseundersøkelsen utgjør et representativt utvalg av den norske befolkning. Helseundersøkelsen er delt i tre deler, en for barn opp til 16 år, en for voksne 16–79 år og en for eldre fra 80 år og oppover. Dette forprosjektet omhandler voksne i aldersgruppen 16–79 år, til sammen 7330 personer (3649 menn og 3681 kvinner).

Trekkmetoden i Helseundersøkelsen gjør at personer som bor i hushold med mange voksne er overrepresentert i utvalget. Tallene i denne rapporten er vektet for å kompensere for dette. Vektet består utvalget av 3518 personer (1805 kvinner og 1713 menn). Blant disse er informasjon innsamlet på to måter: gjennom telefon- eller personlig intervju, og gjennom et selvutfyllingsskjema som deltakerne fylte ut og sendte inn etter at intervjuet var ferdig.

Frafallet i Helseundersøkelsen 1995 var på 22,2 prosent (Wikholm og Hildrum 1997). Hovedårsaken til frafall i Helseundersøkelsen er at respondentene nektet å besvare spørsmål og ikke returnerte selvutfyllingsskjemaet (Wikholm et al 1997). Generelt er det ikke grunn til å tro at frafallet er så skjevt at det har innvirkning på resultatene (Belsby 1997), selv om det er funnet at funksjonshemmede i mindre grad svarer på selvutfyllingsskjemaet (Elstad 1998) og at sannsynligheten for at enslige svarer også er mindre (Belsby 1997, Bild, Finnvold, Lie, Nordhagen og Schjalm 1998).

I tillegg til frafallsproblematikken, er det to andre rapporteringsproblemer som det er viktig å være klar over. Det ene er at Helseundersøkelsen generelt kan *undervurdere* forekomsten av sykdom i befolkningen noe, fordi en viss underrapportering ofte skjer når folk blir spurt om sin egen helsetilstand, og fordi innlagte på institusjon, det vil si de antatt sykeste, ikke inngår i utvalget (Øverås 1995). Det andre er den motsatte muligheten, nemlig at Helseundersøkelsen *overvurderer* sykdomsforekomsten. Dette kan skyldes både en form for positivt responssett (dvs. faste svarmønstre), ved at folk har en tendens til å svare bekreftende på det de blir spurt om, men også at man blir så oppmerksom på egen helse gjennom å bli stilt en rekke helserelaterte spørsmål, at man faktisk oppgir flere sykdommer og plager enn man ellers ville gjort. Generelt antas det at sammenhenger mellom variabler er mindre sårbare overfor denne typen problemer enn det prevalensestimater er (jf Aaberge og Laake 1984). Med andre ord: I en undersøkelse som denne, der hensikten er å se på sammenhenger mellom overømfintlighetssykdom og levekår, er slike eventuelle tendenser et mindre problem enn dersom vi hadde hatt til hensikt å anslå forekomsten av overømfintlighetssykdom i befolkningen.

Presentasjon av data

Alle analyser er utført med programpakken SPSS 8.0. Vi har i hovedsak gjennomført enkle uni- og bivariate analyser, der gruppeforskjeller er signifikanstestet ved hjelp av F-test eller kji-kvadrat-test. At disse testene viser en statistisk signifikant sammenheng mellom to variabler, behøver ikke bety at det er en årsakssammenheng mellom variablene (jf Hellevik 1983). I denne rapporten er det i enkelte tilfeller kontrollert for alder, for å se om det er systematisk ulik aldersfordeling som forårsaker sammenheng mellom andre variabler (som f.eks. overømfintlighetssykdom og utdanning). I praksis er denne kontrollen for en tredje variabel gjort ved å dele inn alder i grupper og se på sammenhenger, for eksempel mellom overømfintlighetssykdom og utdanning, innen hver aldersgruppe.

Resultatene i rapporten er presentert i form av frekvensfordelinger og krysstabeller (der prosenteringen er foretatt med basis i diagnosegruppene), og personer med astma og allergi sammenliknes med resten av utvalget. «Resten» av utvalget består da av både friske personer og personer med andre sykdommer (også kroniske) enn overømfintlighetssykdommer. Dersom vi hadde valgt å sammenlikne personer med overømfintlighetssykdommer

bare med friske personer, ville vi sannsynligvis funnet større forskjeller enn vi nå har gjort. Et annet alternativ ville vært å sammenlikne personer med astma/allergi med alle, det vil si hele utvalget. Dette ville sannsynligvis medført mindre forskjeller mellom gruppene enn den fremgangsmåten vi har brukt. Når vi har valgt å sammenlikne de gruppene vi er interessert i med resten av utvalget, er det i tråd med en vanlig fremgangsmåte i denne typen undersøkelser. Vi har benyttet de tradisjonelle grensene på 1 prosent og 5 prosent for statistisk signifikans. Det betyr at der vi sier at forskjellene er statistisk signifikante (og oppgir en p-verdi på .001 eller .05), så er sannsynligheten for at forskjellene skyldes tilfeldigheter mindre enn henholdsvis 1 prosent og 5 prosent.

2 Utbredelse av overømfintlighetssykdommer

2.1 Utbredelse av overømfintlighetssykdommer i utvalget

Gitt utvalgskriteriene, hvor stor andel av den voksne befolkningen lider av overømfintlighetssykdommer? Tabell 2.1 på neste side gir en oversikt over utvalgets sammensetning, og fordelingen av ulike karakteristika i sykdomsgruppene sammenliknet med resten av utvalget.

Tabellen viser prosentfordelingen av overømfintlighetssykdommer i utvalget totalt. Vi ser at det er en overvekt av kvinner blant personer med overømfintlighetssykdommer, og særlig uttalt er kjønnsforskjellene for allergi. Tabellen viser at det er forskjeller mellom gruppene når det gjelder sivilstand. Hvis vi kontrollerer for alder (dvs. ser på fordelingen innenfor avgrensede aldersgrupper), viser det seg imidlertid at forskjellene skyldes ulikheter blant de eldste (67–79 år). I denne gruppen er det blant astmatikere og allergikere ingen ugifte, men en overrepresentasjon av enker/enkemenn. I de øvrige aldersgruppene er det ingen forskjeller i sivilstand mellom personer med overømfintlighetssykdommer og andre. Heller ikke for husholdssammensetning er det forskjeller mellom sykdomsgruppene og utvalget for øvrig. Tabellen viser også respondentenes bostedsfylke, inndelt i områdene svarende til de fem helseregionene. Som det fremgår av tabellen er det ingen forskjeller i fordelingen av overømfintlighetssykdommer mellom disse geografiske regionene.

Grøtvedt (1997) påpekte i sin undersøkelse blant barn at tendensen til å ha flere overømfintlighetsdiagnoser hadde økt fra forrige helseundersøkelse (1985) til 1995. Vi har sjekket dette i voksenutvalget og fant at det til sammen er 411 personer (11,7 prosent) som har en av de tre hoveddiagnosene. Av disse er det 36 personer som har mer enn én av diagnosene. Bare 2 personer har både astma, kols og allergi. Elleve personer har astma og kols, mens den vanligste dobbeltdiagnosen blant voksne er astma og allergi (18 personer).

2.2 Sykdommens konsekvenser i hverdagen

Overømfintlighetssykdommer kan forårsake alt fra mildere plager til alvorlige lidelser som begrenser mulighetene til å delta i hverdagslige aktiviteter. Tabell 2.2 viser svarfordelingen i de ulike gruppene når det gjelder spørsmålet om sykdom virker inn på hverdagen.

Tabellen viser klare forskjeller mellom gruppene, og til dels også mellom kvinner og menn. Særlig peker astmatikere seg ut med en stor andel som er plaget (i noen eller høy grad) av sykdom. Blant kvinnelige astmatikere er prosentandelen nær 70 prosent, mens tilsvarende tall for kvinnelige allergikere er 43 prosent. Disse forskjellene er til stede i alle aldersgrupper. Disse plagene er ikke nødvendigvis direkte knyttet til det å ha astma eller allergi, men

Tabell 2.1 Kjønn, alder og sivilstand blant allergikere, astmatikere og utvalget for øvrig (prosent)

Bakgrunnsopplysninger	Overømfintlighetssykdom			Andre
	Allergi	Astma	Kols	
Utbredelse totalt	6,5	4,9	1,4	-
Kjønn¹				
Mann	33,3	41,3	44,9	50,1
Kvinne	66,7	58,7	55,1	49,9
	100%	100%	100%	100%
N	(204)	(172)	(49)	(3107)
Alder¹				
16-24 år	18,1	17,5		14,0
25-44 år	54,4	29,6		40,8
45-66 år	21,1	34,0		31,1
67-79 år	6,4	18,9		14,1
	100%	100%		100%
(N)	(204)	(206)		(3108)
Bostedsfylke*				
1: Østfold, Hedmark og Oppland	16,2	17,1		18,4
2: Akershus, Østfold, Buskerud, Vest-fold, Telemark, Aust- og Vest-Agder	30,8	43,2		36,3
3: Hordaland, Rogaland, Sogn og Fjordane	18,7	14,6		18,5
4: Møre og Romsdal, Sør- og Nord-Trøndelag	18,7	12,6		14,1
5: Nordland, Troms og Finnmark	15,7	12,6		12,6
	100%	100%		100%
(N)	(198)	(199)		(3057)
Sivilstand²				
Ugift	39,3	32,2		31,4
Gift	50,2	47,8		53,6
Separert	1,5	0,5		1,8
Skilt	7,0	10,2		7,4
Enke/-mann	2,0	9,3		5,8
	100%	100%		100%
(N)	(201)	(205)		(3091)
Husholdningssammensetning				
Enslig	15,1	21,7		19,2
Par uten hjemmeboende barn	25,4	34,3		29,0
Par m/hjemmeboende barn	51,2	31,9		42,7
Enslig m/hjemmeboende barn	6,8	8,2		6,4
Flerfamiliehushold	1,5	3,9		2,7
	100%	100%		100%
(N)	(205)	(207)		(3108)

¹ p <0.01

² p <0.05

* Geografisk inndeling svarende til Helseregion 1-5

Tabell 2.2 Påvirket av sykdom i hverdagslivet, etter diagnose og kjønn (prosent)

	Astmatikere		Allergikere		Andre	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
I høy grad	20,7	30,0	14,7	16,2	9,8	14,4
I noen grad	37,9	39,2	20,6	27,2	18,4	22,8
I liten grad	28,7	20,8	38,2	36,0	20,1	18,8
Ikke i det hele tatt	12,6	9,2	26,5	20,6	13,7	10,9
	100%	100%	100%	100%	100%	100%
(N)	(87)	(120)	(68)	(136)	(1557)	(1550)

p <0.0001

forskjellene mellom gruppene tyder likevel på at sykdom påvirker hverdagen i større grad blant allergikere og astmatikere enn blant resten av utvalget (som også rommer andre grupper av kronisk syke).

Noen av de plagene som er direkte relatert til astma og/eller allergi, kan for enkelte forebygges eller mildnes ved at man tar spesielle forholdsregler for å unngå en allergisk reaksjon. Blant astmatikerne var det 66 prosent og blant allergikere 70 prosent som oppga at de tok slike forholdsregler. Oversikten nedenfor viser hvilke forholdsregler disse personene tar. Ettersom noen personer ikke tar noen forholdsregler og andre tar flere enn en, summerer ikke prosentene i hver sykdomsgruppe seg til 100 prosent.

Tabell 2.3 Forholdsregler for å unngå allergisk reaksjon, etter diagnose (prosent innen hver gruppe).

	Astmatikere	Allergikere	(N)
Bruk av medisin ¹	17,2	34,8	(107)
Opphold innendørs v/spes. værforhold ¹	1,0	9,2	(21)
Endring av matvaner	12,3	16,9	(60)
Spes. innredninger i hjemmet ¹	1,0	6,8	(16)
Unngår dyrehold ¹	5,9	23,2	(60)
Unngår spes. tekstiler/stoffer	6,4	12,6	(39)
Unngår rom hvor det røykes ¹	1,5	15,0	(34)
Unngår visse typer smykker/sminke ¹	17,2	12,1	(60)
Unngår visse typer kjemikalier	11,3	10,6	(45)
Skiftet arbeid/bolig, flyttet til annet sted	1,0	1,9	(6)
Annet	11,8	12,6	(50)

¹ p <0.01

Til sammen er det 107 personer, det vil si 26 prosent av de (411 personene) som har astma/kols eller allergidiagnose som bruker medisiner for å unngå allergiske reaksjoner. Ellers er det endring av matvaner og unngåelse av smykker/sminke og dyrehold som er de forholdsregler som omfatter flest personer.

3 Sosioøkonomiske ressurser

En rekke studier har vist at lav sosioøkonomisk status er en viktig risikofaktor for svært mange sykdommer og helseproblemer. Med sosioøkonomisk status menes vanligvis en kombinasjon av inntekt, sosial status (målt ved utdanning) og yrkesstatus (målt ved yrke/arbeid). Disse tre indikatorene er knyttet til hverandre, men måler hver for seg forskjellige aspekter ved sosioøkonomisk status (Adler, Boyce, Chesney, Cohen, Folkman, Kahn og Syme, 1994). I denne undersøkelsen inkluderer vi alle de tre aspektene ved sosioøkonomisk status.

Flere undersøkelser blant voksne har dokumentert forskjeller i kronisk sykkelighet mellom ulike sosioøkonomiske grupper i Norge (Elstad, 1981; Statistisk sentralbyrå, 1980; Statistisk sentralbyrå, 1982).

3.1 Utdanning

Tidligere studier av Helseundersøkelsen har vist at det er en sammenheng mellom foreldres utdanningsnivå og astma blant barn: barn av foreldre med høy utdanning er mindre plaget av astma enn andre (Finnvold, Nordhagen og Schjalm, 1997). Er det samme mønsteret til stede også blant voksne?

Tabell 3.1 Utdanningslengde blant astmatikere, allergikere og befolkningen for øvrig (prosent)

Utdanningslengde*	Overømfintlighets sykdom		Øvrige befolkning
	Allergikere	Astmatikere	
Barneskole	-	-	0,0
Ungdomsskole	24,0	36,5	22,8
Videregående – I	22,4	23,9	24,6
Videregående – II	27,6	24,4	29,0
Universitet/høgskole – I	10,7	7,6	10,3
Universitet/høgskole – II	11,2	5,1	8,9
Universitet/høgskole – III	4,2	2,5	4,2
Forskernivå	0,2	-	0,2
	100%	100%	100%
(N)	(196)	(197)	(2990)

*Lengste fullførte utdanning
p < 0.05

Personer med allergiske lidelser skiller seg svært lite ut fra utvalget for øvrig når det gjelder utdanningslengde. For astmatikere ser imidlertid situasjonen ganske annerledes ut: bare 15 prosent har utdanning utover videregående skole. For de to andre gruppene er det tilsvarende tallet henholdsvis 26 prosent for allergikere og 24 prosent for personer uten overømf-

fintlighetsdiagnose. Særlig skiller astmatikerne seg ut med en større andel personer som har ungdomsskole som lengste fullførte utdanning (36,5 prosent). Ved å kontrollere for alder, ser vi at disse forskjellene mellom diagnosegruppens utdanningslengde forsvinner.

3.2 Arbeidssituasjon

Når det gjelder sammenhengen mellom yrke og overømfintlighetssykdommer, er dette et komplekst forhold hvor årsakspilene kan gå begge veier. Overømfintlighet kan føre til at yrkesmulighetene innsnevres, eller det kan være slik at yrket man har fører til utvikling eller forverring av overømfintlighet. I Helseundersøkelsen har vi ikke anledning til å trekke konklusjoner om slike eventuelle årsakssammenhenger, ettersom undersøkelsen kun omfatter tverrsnittsdata. Inntrykket vi får gjennom analysene kan likevel gi viktig informasjon om sammenhengen mellom yrke og overømfintlighetssykdommer.

Et første inntrykk av situasjonen kan vi få ved å se på andelen som er yrkesaktiv i de ulike gruppene. Personer som har svart at de utførte inntektsgivende arbeid av minst en times varighet forrige uke (eller har slikt arbeid, men var midlertidig borte fra det forrige uke), er beskrevet som «yrkesaktive», mens de som har svart benektende på dette, har vi kalt «ikke-yrkesaktive».

Tabell 3.2 Andel yrkesaktive/ikke-yrkesaktive (prosent).

	Astmatikere	Allergikere	Andre
Yrkesaktive	55,3	76,0	69,5
Ikke-yrkesaktive	44,7	24,0	30,5
	100%	100%	100%
(N)	(206)	(204)	(3107)

¹ p <0.001

Som vi ser av tabellen, er det langt flere ikke-yrkesaktive blant astmatikerne enn i de øvrige gruppene. Kontrollerer vi disse tallene for alder, finner vi at forskjellene har sin rot i aldersgruppen 45–66 år. I denne aldersgruppen er det over 40 prosent ikke-yrkesaktive blant astmatikerne, mens tilsvarende andel i de andre gruppene er rundt 20 prosent.

For de som er i arbeid, kan vi, som Moum (1991:34), skille mellom fem forskjellige typer arbeidstidsordninger som kan ha betydning for opplevelsen av sykkelighet og eventuelt funksjonsnedsettelse i forbindelse med sykdom. De fem ordningene er: dagarbeid mellom kl. 06 og 18 (1) – annet dagarbeid: starter før kl. 06, slutter 06-18, eller starter 06-18, slutter etter 18 (2) – fast kvelds-/nattarbeid (3) – skiftarbeid (4) – turnus eller annen ordning (5). Vi har kalt variabelen med denne inndeling for «arbeidstidsordning». Fordelingen mellom astmatikere, allergikere og utvalget for øvrig er vist i tabell 3.3 neste side.

Som det fremgår av tabellen, er det ikke forskjeller mellom personer med overømfintlighetssykdommer og resten av befolkningen med hensyn til hva slags arbeidstidsordning man har.

Blant de som er i arbeid, ser det altså ikke ut til å være systematiske forskjeller mellom gruppene når det gjelder arbeidstidsordning. Det kan likevel være forskjeller mellom gruppene i hvem som først skyves ut av arbeidsmarkedet ved for eksempel nedbemanning

Tabell 3.3 Arbeidssituasjon blant astmatikere, allergikere og befolkningen for øvrig (prosent).

Arbeidstidsordning	Overømfintlighetssykdom		Øvrige befolkning
	Allergikere	Astmatikere	
Dagarbeid 06–18	61,4	63,3	67,5
Annet dagarbeid	11,8	12,8	13,0
Fast kvelds-/nattarbeid	7,2	5,5	5,1
Skiftarbeid	11,1	10,1	9,4
Turnusarbeid	8,5	8,3	5,0
N	153	109	2137

Ikke signifikante forskjeller

eller permittering. Vi har derfor sett på andelen i hver av gruppene som i løpet av det siste året har vært ufrivillig permittert, eller arbeidssøkende. Ikke for noen av disse situasjonene var det forskjeller mellom personer med overømfintlighetssykdom og andre. Det er imidlertid viktig å være klar over at det totale antall personer som enten har vært permittert eller arbeidssøkende er svært lavt (bare hhv. 90 og 57 personer), og at det derfor er svært vanskelig å påvise forskjeller mellom gruppene.

Nedenfor har vi plukket ut de som *ikke* har oppgitt noe hovedyrke (totalt omfatter det 1088 personer) og ser nærmere på hvilke kategorier de befinner seg i.

Tabell 3.4 Fordeling i ulike kategorier blant ikke-yrkesaktive (prosent).

	Astmatikere	Allergikere	Andre	(N)
Mottar alderspensjon ¹	36,7	20,6	38,2	(507)
Mottar uførepensjon ¹	27,5	13,2	16,2	(231)
Er skoleelev/student ¹	22,9	42,6	27,8	(384)
Er arbeidsledig	5,5	14,7	7,2	(102)
På yrkesm. attføring	4,6	4,5	2,8	(41)
Er langtidssykemeldt	6,4	4,4	4,0	(57)

¹ p <0.01 (målt ved kjiqvadrat)

Som det fremgår av tabellen, skiller allergikerne seg ut med en lav andel alderspensjonister og en høy andel skoleelever/studenter, noe som først og fremst illustrerer denne gruppens alderssammensetning. Tabellen viser også signifikante forskjeller mellom gruppene når det gjelder andel uførepensjonister, der astmatikerne skiller seg ut med langt høyere andel enn både allergikere og utvalget for øvrig.

3.3 Inntekt

Det kan være flere sammenhenger mellom sykdom og inntekt. Den mest åpenbare er at sykdom reduserer muligheten til å være i full jobb og dermed fører til at personer med overømfintlighetssykdommer får lavere inntekt enn andre. Vi så (jf tabell 3.2) at astma medførte økt sannsynlighet for å være ikke-yrkesaktiv blant personer i aldersgruppen 45–66 år. En annen mulighet er at det er dyrt å ha en overømfintlighetssykdom, i den forstand at det krever

investeringer og ekstraavgifter i form av for eksempel medisiner, medisinsk utstyr, tilretteleggelse av bolig, spesielle matvarer, og så videre. Tabellen nedenfor viser fordelingen av disponibel inntekt blant personer i de tre gruppene.

Tabell 3.5 Disponibel inntekt blant astmatikere, allergikere og utvalget for øvrig (prosent).

Disponibel inntekt (i kroner)	Overømfintlighetssykdom		Andre
	Allergikere	Astmatikere	
0	2,0	3,9	2,4
1 - 49 999	16,2	17,5	14,6
50 000 - 99 999	21,6	29,1	23,3
100 000 - 149 999	36,3	32,5	31,4
150 000 - 199 999	19,6	13,1	19,3
200 000 - 299 999	3,4	3,4	6,9
300 000 eller mer	1,0	0,5	2,1
	100%	100%	100%
(N)	(204)	(206)	(3101)

p<.05 (kji-kvadrattest med signifikantest av forskjellene)

Tabellen viser at det generelt er relativt små forskjeller mellom gruppene når det gjelder disponibel inntekt, men at det er flere astmatikere i de lave inntektsgruppene (opp til 100.000 kroner) og færre både astmatikere og allergikere enn i utvalget for øvrig i inntektsgrupper over 200.000 kroner. Ser vi på gjennomsnittlig disponibel inntekt for de tre gruppene er denne henholdsvis 145.658 kroner for gruppen uten overømfintlighetsdiagnoser, mens den for allergikere er på 131.111 kroner, og for astmatikere 129.043 kroner. Det er altså en signifikant sammenheng ($r=-.06$, $p=.000$) mellom diagnosegruppe og inntekt, i den forstand at det å ha en overømfintlighetssykdom er forbundet med lavere inntekt. Hvis vi tar hensyn til at denne sammenhengen også påvirkes av om man er yrkesaktiv eller ei, så svekkes relasjonen ($r=-.05$, $p<.01$). Med andre ord: sammenhengen mellom sykdom og inntekt blir noe svakere når vi kontrollerer for yrkesaktivitet, men den blir ikke borte.

I tillegg til at det kan være inntekts-ulikheter mellom gruppene, kan det også være forskjeller når det gjelder hvilke utgifter de har, for eksempel til behandling og medisiner. Når vi ser på gjennomsnittlige utgifter (utover det som dekkes av eventuelt frikort) de ulike gruppene har hatt til behandling eller medisiner i løpet av de siste 12 månedene, viser det seg å være til dels store forskjeller. Personer uten overømfintlighetssykdommer har i gjennomsnitt brukt 537 kroner. Derfra er det et mindre hopp opp til allergikere, som har brukt 615 kroner, og et stort hopp til astmatikere, som har brukt i gjennomsnitt 1022 kroner til behandling/medisin i løpet av det siste året (F-test, $p < .001$).

3.4 Sosioøkonomisk status

I Helseundersøkelsen er de tre aspektene ved sosioøkonomisk status også slått sammen i et felles mål som uttrykk for sosioøkonomisk status. Dette er gjort i henhold til de formelle

reglene som gjelder for yrkesklassifisering (jf Album, 1984), og gir et bilde som vist i tabellen nedenfor.

Tabell 3.6 Sosioøkonomisk status blant astmatikere, allergikere og utvalget for øvrig (prosent).

Sosioøkonomisk status	Overømfintlighets sykdom		Øvrige befolkning
	Allergikere	Astmatikere	
Ufaglært arbeider	7,5	7,5	8,7
Faglært arbeider	5,0	5,5	6,8
Funksjonær, lavere grad	10,0	6,0	8,3
Funksjonær, midlere grad	26,9	14,0	19,6
Funksjonær, høyere grad	15,4	10,0	13,7
Gårdbruker	1,5	0,5	1,9
Andre selvstendige	4,0	5,5	6,2
Studenter/elever	10,0	9,5	8,3
Pensjonister	7,0	18,5	13,9
Hjemmearbeidende	4,5	5,5	3,8
Andre ikke-yrkesaktive	3,0	13,5	5,4
Uoppgitt, uklassifisert	5,5	4,0	3,3
	100%	100%	100%
(N)	(201)	(200)	(3044)

p <0.001

Det er i hovedsak to grupper som skiller seg ut med overrepresentasjon blant astmatikere. Dette gjelder pensjonister (19 prosent) og andre ikke-yrkesaktive. Den store andelen pensjonister blant astmatikerne skyldes i første rekke at kronisk obstruktiv lungesykdom, som i hovedsak rammer eldre (jf tabell 1.1), er slått sammen med astmadiagnosene. Når det gjelder øvrige ikke-yrkesaktive har vi tidligere sett (jf tabell 3.4), at disse blant astmatikere består av en høyere andel uførepensjonister enn hva tilfellet er i de andre gruppene.

4 Helsetilstand

4.1 Selvopplevd helse

I tillegg til spørsmål om sykdommer, skader og lidelser den enkelte har, inneholder Helseundersøkelsen også spørsmål om egenvurdert helse. Nedenfor har vi satt opp i tabellform hvordan svarene i de tre utvalgsgruppene fordeler seg på spørsmålene «Hvordan vurderer du din egen helse sånn i alminnelighet?» (tabell 4.1) og «Sammenliknet med for ett år siden, hvordan er din helse alt i alt nå?» (tabell 4.2). Det er ikke selvsagt at det å ha en kronisk sykdom medfører at man vurderer sin egen helse som dårlig, og vår hensikt med å sammenlikne de to kronikergruppene med resten av utvalget, er nettopp å belyse noen slike sammenhenger.

Tabell 4.1 Egenvurdering av helsetilstand blant astmatikere, allergikere og utvalget for øvrig (prosent).

Egenvurdering	Overømfintlighetssykdom		Andre
	Allergikere	Astmatikere	
Meget god	34,5	14,6	37,7
God	49,3	42,2	44,4
Verken god eller dårlig	10,8	24,8	11,3
Dårlig	4,9	15,0	5,0
Meget dårlig	0,5	3,4	1,5
	100%	100%	100%
(N)	(203)	(206)	(3106)

p <0.001

Personer med allergiske lidelser ser ikke ut til å skille seg fra resten av deltakerne i Helseundersøkelsen når det gjelder egenvurdert helse: i begge grupper vurderer rundt 83 prosent sin egen helse som meget god eller god. Selv om et flertall (57 prosent) også blant astmatikere oppgir å ha meget god eller god helse, så er andelen betydelig lavere enn i de to andre gruppene. Samtidig ser vi at astmatikere skiller seg ut med den høyeste andelen personer som beskriver sin helse som dårlig eller meget dårlig (18 prosent).

Blant allergikere og befolkningen for øvrig er det rundt 10 prosent som opplever at helsetilstanden har forverret seg noe eller mye i løpet av det siste året. Blant gruppen av astmatikere er denne andelen nesten dobbelt så stor (19 prosent). Det er imidlertid verdt å legge merke til at i alle gruppene er det et stort flertall som ikke opplever endring i helsetilstanden. Vi undersøkte også de tre gruppenes svar på to spørsmål som dreier seg om generell tilfredshet og følelse av overskudd («Har du vært glad og tilfreds de siste to uker?» og «Hvor stor del av tiden har du følt deg opplagt og hatt overskudd i det siste?»). For alle gruppene var det som forventet en positiv sammenheng (signifikant korrelasjon) mellom det å oppleve å ha god helse og generell tilfredshet og overskudd.

Tabell 4.2 Helsetilstand sammenliknet med i fjor blant astmatikere, allergikere og utvalget for øvrig (prosent)

Helse sammenliknet med for ett år siden	Overømfintlighetssykdom		Andre
	Allergikere	Astmatikere	
Mye bedre	3,9	3,9	3,3
Noe bedre	7,8	10,1	8,0
Omtrent den samme	76,5	66,7	78,9
Noe dårligere	10,3	15,9	8,3
Mye dårligere	1,5	3,4	1,6
	100%	100%	100%
(N)	(204)	(207)	(3107)

p <0.001

4.2 Kroppslige plager

Som vist over er det et stort flertall som vurderer sin helse som god og lite endret på ett år. Dette gjaldt altså også i grupper av befolkningen som lider av overømfintlighetssykdommer. Dette stemmer overens med tidligere funn fra Helseundersøkelsen (Ramm, 1997) som viste at terskelen for å karakterisere egen helse som dårlig er høy, selv om man faktisk lider av en eller flere sykdommer. Bildet kan imidlertid vise seg å være annerledes når det spørres etter konkrete fysiske plager.

Opplevelse av kroppslige plager kan betraktes som en forløper til sykdom og dermed viktig å kartlegge av den grunn. Kroppslige plager kan imidlertid også ha andre sider som gjør dem viktige i en undersøkelse av levekår. Det har for eksempel vært hevdet at kroppslige plager oppleves i et omfang som er proporsjonalt med nivået av den påkjenningen man lever under (Parsons og Wakeley, 1991). Videre kan det være slik at personer som lever under særlige påkjenninger opplever plager i større grad, og/eller forsterker opplevelsen av kroppslige symptomer. Overømfintlighetssykdommer kan være et eksempel på påkjenninger som gjør en utsatt for å oppleve andre fysiske plager i tillegg.

Med fysiske plager mener vi i denne sammenhengen hvor mye plaget man de siste 14 dagene har vært av følgende: nakkesmerter, smerter i ryggen, korsryggen, armene, knærne,

Tabell 4.3 Ganske eller mye plaget av kroppslige plager blant astmatikere, allergikere og befolkningen for øvrig (prosent)

Antall kroppslige plager	Overømfintlighetssykdom		Andre
	Allergikere	Astmatikere	
Ingen	69,8	57,1	73,3
Én	16,4	17,9	12,9
To-tre	8,8	13,6	9,4
Fire-seks	3,8	9,3	3,9
Syv eller fler	1,2	2,1	0,4
	100%	100%	100%
(N)	(159)	(140)	(2300)

p <0.001

skuldrene, føttene, brystmerter, fordøyelsesproblemer og tørr munn. Vi har valgt å slå sammen de ti ulike kroppslige plagene til et felles mål. De som oppgir å være lite eller ikke plaget i løpet av de siste 14 dagene er gitt verdien null på hvert enkeltledd, mens de som er ganske eller veldig mye plaget er gitt verdien 1. Den endelige indeksen (fellesmålet) er dermed et uttrykk for hvor mange som er ganske eller veldig mye plaget av de forskjellige problemene.

Selv om de fleste både astmatikere og allergikere beskrev sin generelle helse som god, ser vi av tabellen over at det i begge gruppene er en betydelig andel som de siste to ukene har vært ganske eller veldig mye plaget av smerter i kroppen og/eller andre fysiske problemer. Også her peker astmatikere seg ut som den gruppen som kommer dårligst ut sammenliknet med utvalget for øvrig.

4.3 Psykiske plager

I tillegg til fysiske symptomer omfatter også Helseundersøkelsen spørsmål om psykiske plager og generell tilfredshet. Disse spørsmålene er hentet fra skalaen Hopkins Symptom Checklist med 25 ledd (HSCL-25). Dette er en skala som i hovedsak måler angst og depresjon, altså de symptomene som det er vanligst å finne blant personer med psykiske helseplager (Dalgard, 1996). Sammenhengen mellom psykisk helse og sosioøkonomisk status er mer uklar enn hva tilfellet er når det gjelder somatisk helse (jf Moum, Falkum, Tambs og Vaglum, 1991 i Moum, 1991).

Her har vi valgt å benytte samme fremgangsmåte som Elstad (1998) når det gjelder å slå sammen de ulike symptomene (HSCL-25) på psykiske plager til ett felles mål. I praksis betyr dette at vi har inndelt personene slik: de som har svart «noe/litt av tiden» eller «ikke på noe tidspunkt» på de to spørsmålene om generell tilfredshet (dvs. hvor stor del av tiden de har følt seg opplagt/hatt overskudd eller vært glad og tilfreds, de siste 14 dagene) har fått verdien 1, alle andre har fått verdien 0. Samme inndeling er gjort for de 25 enkeltspørsmålene om psykiske vansker (de som har svart ganske eller veldig mye plaget har fått verdien 1, alle andre har fått verdien 0). De 27 dikotome variablene ble deretter slått sammen til en sumskåre-indeks (som varierer mellom 0 og 26) som representerer et tallmessig uttrykk for antallet psykiske plager for hver person. Det er viktig å være klar over at de ulike symptomene ikke er vektet på noe vis. Det betyr at den endelige indeksen ikke nødvendigvis er et uttrykk for alvorlighetsgrad av symptomer, men snarere representerer den totale belastningen ved å oppleve en eller flere av de vanskene som er oppgitt (jf vedleggstabell 1). Grunnen til at vi har valgt denne fremgangsmåten er både at det forenkler fremstillingen å konsentrere seg om en samlet indikator for psykiske plager, og at det gjør det mulig å sammenlikne resultatene våre med den gruppen kronikere Elstad undersøkte (funksjonshemmede).

Tabell 4.4 Gjennomsnittlig antall psykiske plager, etter alder.

	Alle ¹	16–24 år	25–44 år ¹	40–66 år ¹	67–79 år
Astmatikere	2,1	1,1	1,8	2,7	2,2
Allergikere	1,3	0,8	1,4	1,4	1,3
Andre	1,1	1,0	1,0	2,6	1,3
(N)	(3515)	(509)	(1440)	(1078)	(488)

¹ p < 0.01

Ser vi utvalget under ett, peker astmatikere seg ut som den gruppen som har høyest gjennomsnittlig antall psykiske plager (2,1). Dekomponert i ulike aldersgrupper, ser vi at dette skyldes forskjeller mellom gruppene blant personer mellom 25 og 66 år. Ved å se på menn og kvinner hver for seg, fant vi at forskjellene mellom sykdomsgruppene har sitt utspring i ulikheter blant kvinner i de nevnte aldersgruppene. Blant menn er det ingen forskjeller i antall psykiske plager når det gjelder verken overømfintlighet eller alder. Blant kvinner peker imidlertid astmatikere i aldersgruppene mellom 25–44 og 45–66 seg ut med et betydelig høyere antall som er (ganske eller veldig mye) plaget av psykiske plager enn de øvrige gruppene (høyest i hele utvalget er kvinnelige astmatikere mellom 45–66 år, med gjennomsnittlig rapportering av 3,1 psykiske plager). Til sammenlikning hadde funksjonshemmede i gjennomsnitt 3,6 psykiske plager (jf Elstad, 1998). I tillegg til at funksjonshemmede hadde flere psykiske plager enn funksjonsfriske, var også forskjellene mellom disse to gruppene større enn hva vi ser i utvalget av personer med overømfintlighetssykdommer.

5 Bruk av helsetjenesten

Helsetjenesten bør være best mulig tilpasset dem som trenger den mest, og personer med kroniske sykdommer befinner seg klart i denne kategorien. Likevel har det vist seg at det er friske pasienter som er mest fornøyd både med helsetjenesten generelt og i forhold til egne konkrete erfaringer (Finnvold, 1998). En opplagt årsak til dette, er at friske pasienter per definisjon har fått sitt ønske om å bli kvitt sykdommen oppfylt gjennom sitt møte med helsevesenet, mens kronisk syke pasienter ikke får det. Denne forklaringen forutsetter at kronisk syke møter helsevesenet med de samme forventninger som en pasient med en forbigående sykdom, og det er lite trolig at virkeligheten er slik. Nedenfor forsøker vi å gi et innblikk i hvordan gruppen av personer med overømfintlighetssykdommer bruker og oppfatter helsetjenesten, og sammenlikner deres svar med resten av utvalget.

5.1 Innledning

For pasienter med kronisk sykdom og et vedvarende (om enn varierende) behov for helse-tjenester, er den opplevde kvaliteten på disse tjenestene særlig viktig, også for ens opplevelse av generell livskvalitet.

«En pasient som får et astmaanfall blir nesten alltid inadekvat behandlet» hevdes det i en svensk undersøkelse av astma-pasienters opplevelse av helsetjenesten (Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut, 1995). Dette antas å ha sin årsak enten i at behandlingen er «rutinisert» (behandlingsapparatet gir den behandlingen de pleier å gi, snarere enn en behandling som er tilpasset den aktuelle pasientens situasjon), eller at pasienten selv har dårlig kunnskap om sin sykdom og sine medisiner (s. 12). Bedring av begge disse punktene er en felles utfordring for helsetjenesten og pasientene. Til tross for den nokså dystre innledningen, konkluderer rapporten med at pasientene i hovedsak er fornøyd med den behandlingen de får ved hvert enkeltbesøk (dette skyldes sannsynligvis i stor grad at 2/3 av besøkene avhjelper akutte behov), men at mange astmapasienter savner å ha noen innenfor behandlingsapparatet som kjenner ansvar for deres sykdom, og at kommunikasjonen mellom de ulike leddene i helsetjenestekjeden er mangelfull.

5.2 Bruk av legetjenester

På neste side viser vi en tabell med oversikt over svarfordelingen på spørsmålet om man har tilknytning til fast lege eller legesenter.

Tabell 5.1 Tilknytning til fast lege eller legesenter blant astmatikere, allergikere og befolkningen for øvrig (prosent)

	Overømfintlighetssykdom		Andre
	Allergikere	Astmatikere	
Fast lege	54,9	65,7	55,3
Fast legesenter	28,9	24,2	25,2
Bedriftslege	2,5	0,5	2,1
Ikke fast tilknytning	13,7	9,7	17,4
	100%	100%	100%
(N)	(204)	(207)	(3107)

p < 0.05

På spørsmålet «Har du hatt kontakt med allmennpraktiserende lege, legesenter, kommunelege, legevakt eller bedriftslege siste 12 måneder?», svarer 88 prosent av astmatikerne og 80 prosent av allergikerne ja. For utvalget for øvrig er tallet 75 prosent. Blant de som hadde hatt kontakt det siste året, var det 48 prosent blant astmatikerne som hadde hatt kontakt i løpet av den siste måneden. Tilsvarende tall for allergikere var 34 prosent, og for utvalget for øvrig 33 prosent. For personer som er avhengig av til dels hyppig kontakt med helse-tjenesten, er det sentralt at denne kontakten oppleves som lett tilgjengelig. På spørsmål om man (i løpet av det siste året) har hatt problemer med å få kontakt med lege innen en tid man selv finner akseptabel, svarer totalt rundt 8 prosent ja. Det er ubetydelige forskjeller mellom gruppene og altså et stort flertall som opplever at tilgjengeligheten er god.

I tillegg til vanlig legekontakt, viser tabellen nedenfor fordelingen i de ulike gruppene som har hatt kontakt med privatpraktiserende spesialist.

Tabell 5.2 Kontakt med privatpraktiserende spesialist i løpet av de siste 12 måneder (prosent)

	Overømfintlighetssykdom		Andre
	Allergikere	Astmatikere	
Ja ¹	22,1	26,1	17,9
Nei	77,9	73,9	82,1
	100%	100%	100%
(N)	(204)	(207)	(3108)

¹p < 0.05

Som forventet, er det flere blant personer med overømfintlighetssykdommer enn andre som har vært i kontakt med legespesialist i løpet av det siste året, og høyest er andelen blant astmatikerne.

I tillegg til direkte legekontakt, har vi også sett på andelen som har vært til poliklinisk behandling, og andelen som har vært innlagt på sykehus i løpet av de siste 12 månedene. Totalt er det 380 personer som har vært innlagt på sykehus det siste året, og her finner vi forskjeller mellom gruppene. Blant astmatikere er det 17 prosent som har vært innlagt på sykehus, mens tilsvarende tall for allergikere er 11 prosent og for utvalget for øvrig 10 prosent (p < .01, målt ved kjikvadrat). Når det gjelder poliklinisk behandling (som totalt omfatter 385 personer), er det ikke forskjeller mellom gruppene.

Tabell 5.3 Utgifter (utover eventuelt frikort) til behandling/medisin for å lindre eller helbrede sykdom, skade eller lidelse siste 12 måneder (prosent)

	Overømfintlighetssykdom		Andre
	Allergikere	Astmatikere	
0	30,1	23,6	40,3
1 - 249 kroner	17,3	11,5	17,0
250 - 499 kroner	13,3	9,4	10,7
500 - 999 kroner	16,8	21,5	15,0
1000 - 1499 kroner	9,2	13,6	8,0
1500 - 1999 kroner	3,6	5,8	2,5
2000 eller mer	9,7	14,7	6,6
	100%	100%	100%
(N)	(196)	(191)	(3023)

p <0.001

Et flertall i alle gruppene har hatt utgifter utover det som dekkes av eventuelt frikort det siste året. Det er i denne sammenhengen viktig å huske på at gruppen vi har kalt «øvrige befolkning» ikke bare består av friske personer, men også rommer for eksempel andre grupper av kronisk syke. Personer med allergi ser ut til å likne mest på resten av utvalget når det gjelder utgifter, mens astmatikere skiller seg ut med en langt mindre andel uten utgifter til medisin/ behandling, og en langt større andel blant de med størst utgifter. 15 prosent av astmatikerne har det siste året hatt utgifter på 2000 kroner eller mer.

Det er viktig å huske på at utgiftene som er oppgitt her, er et omtrentlig anslag av hvor mye penger som har gått med til medisiner/behandling det siste året. For de som har hatt lite kontakt med helsevesenet og kanskje bare hatt behov for medisiner til en akutt lidelse, kan det være lettere å angi hvor store utgiftene faktisk har vært. For kronisk syke personer der utgiftene er forskjellige og spres utover året, kan anslaget være mer usikkert og kanskje medfører det at astmatikere og allergikere heller undervurderer enn overdriver hvor mye penger som faktisk er gått med.

5.3 Bruk av andre typer behandlingstilbud, og medisinbruk

Personer med kroniske lidelser kan ha behov for andre tjenester i tillegg til de som gis gjennom legetjenesten. Tabell 5.4 viser en oversikt over antallet personer i de ulike gruppene som har benyttet seg av forskjellige andre former for helsetjenestetilbud enn legekonsultasjoner i løpet av de siste 12 månedene. Andelene i hver gruppe summerer seg ikke til 100 prosent ettersom tabellen bare inkluderer de som har benyttet de ulike tjenestene.

Det er ikke statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene i andelene som har benyttet de ulike helsetjenestene. Ikke uventet er fysioterapi den behandlingsformen som flest har benyttet det siste året. Totalt er det 485 personer som har vært til fysikalsk behandling, mens 185 personer, eller rundt 5 prosent i hver av gruppene, har vært hos kiropraktor.

Tabell 5.4 Andel som har benyttet ulike helsetjenester i løpet av de siste 12 månedene (prosent).

	Allergikere	Astmatikere	Andre	(N)
Psykolog	4,9	2,9	2,3	(87)
Fysioterapeut	15,7	19,8	13,3	(485)
Kiropraktor	4,9	5,8	5,2	(185)
Akupunktør	3,9	4,4	3,0	(111)
Fotsoneoterapeut	2,0	2,9	2,2	(77)
Homeopat	2,9	2,9	1,9	(71)

Ikke signifikante forskjeller

Tabell 5.5 gir en oversikt over hvor stor andel i hver av gruppene som har brukt ulike typer medisiner de siste 14 dagene. Både reseptbelagte medisiner og andre legemidler er inkludert i tabellen. Ettersom det er mange som ikke har brukt noen medisiner i løpet av de siste to ukene, summerer ikke andelene i hver gruppe seg til 100 prosent.

Tabell 5.5 Medisinbruk siste 14 dager, andel innen hver gruppe (prosent).

	Astmatikere	Allergikere	Andre	(N)
Smertestillende (reseptfri) ¹	35,3	35,3	27,6	(1003)
Smertestillende (på resept)	15,0	11,3	10,3	(374)
Antibiotika	1,0	-	0,5	(17)
Hjertemedisin ²	9,2	1,5	4,5	(162)
Blodtrykksmedisin	9,7	2,9	7,2	(250)
Mot sure oppstøt/halsbrann (u/resept ²)	15,0	7,4	7,4	(275)
Mot sure oppstøt/halsbrann (m/resept)	2,9	2,9	1,7	(66)
Mot revmatisme	6,8	3,4	3,4	(130)
Astmamedisin ²	58,0	0,5	0,6	(140)
Allergimedisin ²	25,7	15,7	3,9	(205)
Beroligende midler	6,8	4,4	4,5	(164)
Mot depresjon	2,9	2,5	2,6	(93)
Sovemidler	8,7	3,4	5,3	(191)
Homeopatmedisin	2,4	2,0	1,2	(46)

¹ p <0.05

² p <0.01

Naturlig nok ser vi de største forskjellene i medisinbruk mellom gruppene når det gjelder astma- og allergimedisin. Også når det gjelder bruk av reseptfrie smertestillende midler og midler mot sure oppstøt, samt hjertemedisin, bruker astmatikerne mer av disse medikamentene enn de øvrige gruppene. Dette stemmer overens med bildet som ble tegnet over av astmatikere som mer plaget av ulike typer kroppslige plager enn de andre gruppene. For de andre typene av medisiner er det ikke signifikante forskjeller mellom gruppene i andelene som har brukt disse de siste to ukene.

6 Sosialt nettverk

Å ha muligheten til å delta i sosiale sammenhenger og være omgitt av et sosialt nettverk, er en viktig ingrediens i et tilfredsstillende liv for de fleste. For personer som lider av overømfintlighetssykdommer kan man tenke seg at denne muligheten for deltakelse svekkes i takt med symptomenes alvorlighetsgrad. I tillegg til de forholdsreglene som ble nevnt innledningsvis, kan dagligdagse aktiviteter som for eksempel å ta buss eller trikk, gå i butikken, med mere, være vanskelig eller umulig å gjennomføre for hardt angrepne allergikere eller astmatikere. Likeledes kan det å være avhengig av en helt bestemt diett sette rammer som begrenser muligheten til å delta i selskap, gå på restaurant, med mere. Overømfintlighetssykdommer kan altså sette rammer for sosial deltakelse direkte, men også indirekte ved at man selv trekker seg unna deltakelse for å unngå følelsen av å være til bry eller skape merarbeid for andre. Videre kan sykdommen påvirke hvor mye en orker å investere i sosiale fellesskap og på den måten begrense mulighetene til å etablere et nettverk. Begrenset evne til å utnytte støtte fra ens sosiale nettverk, er en av de individuelle sårbarhetsfaktorene som er kjent å bidra til utviklingen av psykiske problemer (jf Høstmark Nielsen, 1996).

Sosial deltakelse kan bestå av mange ulike komponenter. Nedenfor ser vi nærmere på familieforhold, vennskap og deltakelse i ulike former for organiserte fritidstilbud. Spørsmålet vi ønsker å besvare er om det er forskjeller mellom personer med overømfintlighetssykdommer og andre på disse områdene.

6.1 Slektskap, vennskap og organisasjonsdeltakelse

I tillegg til familiesituasjon (jf pkt. 2.1, tabell 1.1), kan samvær med andre enn de man bor sammen med være en indikasjon på hvorvidt man opplever å ha et sosialt nettverk rundt seg. I Helseundersøkelsen 1995 er det stilt spørsmål om hvor ofte man er sammen med slekt eller venner som man ikke bor sammen med, hvor mange familier i nabolaget man kjenner godt nok til å besøke av og til, og om man har noen personer som man kan snakke helt fortrolig med.

Ikke for noen av disse spørsmålene fant vi forskjeller mellom personer med overømfintlighetssykdommer og andre. I alle gruppene er det et stort flertall (rundt 70 prosent) som er sammen med slekt eller venner daglig eller ukentlig. Rundt 20 prosent har ikke noen familie i nærheten som de kjenner godt nok til å besøke av og til, mens rundt 50 prosent i alle gruppene kjenner 2–4 familier i nabolaget som de besøker av og til. Omtrent 10 prosent oppgir at de ikke har noen å snakke helt fortrolig med, mens resten av utvalget har en eller flere som fyller denne funksjonen. Disse resultatene stemmer overens blant annet med undersøkelser av levkår blant funksjonshemmede, der det viste seg å være ubetydelige forskjeller mellom funksjonshemmede og funksjonsfriske når det gjaldt sosial omgang med venner og familie (jf SINTEF, 1997).

Et annet aspekt ved sosial deltakelse kan være i hvilken grad man er innlemmet i ulike former for organiserte fritidstilbud. I Helseundersøkelsen 1995 er det stilt et generelt spørsmål om hvor ofte respondenten deltar i grupper, lag, foreninger og organisasjoner. Også her finner vi at fordelingen var relativt lik mellom de tre gruppene av astmatikere, allergikere og andre: 40–45 prosent deltok fra flere ganger i uken til omtrent hver måned, mens rundt 20 prosent deltok omtrent en gang i året. Det er grunn til å understreke at spørsmålet er svært generelt formulert og at fordelingen kan skjule forskjeller i hva slags type organisasjonsliv man deltar i. Fra andre undersøkelser vet vi at organisasjonsgraden generelt er høy i Norge og at folk ofte er medlem av flere organisasjoner, men at aktivitetsnivået varierer mye mellom organisasjonene (Langeland, Bjørnskau, Lorentzen og West Pedersen, 1999).

Tabell 6.1 Ulike former for sosiale relasjoner (prosent).

	Astmatikere	Allergikere	Andre
Sammen med slekt/venner	-	-	
Har ingen			0,6
<1 gang per år	0,6	0,6	0,7
Flere ganger. per år eller månedlig	27,3	28,2	30,6
Ukentlig eller daglig	72,2	71,2	68,1
	100%	100%	100%
(N)	(165)	(170)	(2568)
Kjennskap til nabofamilier			
Ingen	21,1	20,7	20,7
1–2 familier	39,2	37,3	37,6
3 eller flere familier	39,8	42,0	41,7
	100%	100%	100%
(N)	(166)	(169)	(2575)
Fortrolig venn			
Nei	11,4	8,7	9,5
Ja, en	36,7	29,1	34,3
Ja, flere	51,8	62,2	56,2
	100%	100%	100%
(N)	(166)	(172)	(2577)

Ikke signifikante forskjeller

7 Oppsummering og diskusjon av resultatene

Statistisk sentralbyrås Helseundersøkelse kartlegger helsetilstanden til et representativt utvalg av den norske befolkning. Resultatene i vår rapport er basert på Helseundersøkelsen 1995, og omfatter aldersgruppene 16–79 år. Vi har undersøkt forskjeller mellom personer med overømfintlighetssykdommer og andre når det gjelder utvalgte levekårsområder. I hovedsak har vi sett på ulikheter i fordelingen av ressurser på områdene sosioøkonomi og helse. Oppsummert kan vi trekke ut følgende hovedfunn for å beskrive situasjonen blant voksne med overømfintlighetssykdommer:

Overømfintlighetssykdommer generelt, og allergi spesielt, rammer kvinner i høyere grad enn menn, og er mer utbredt i aldersgruppene fra 16 til 44 år enn blant eldre (med unntak av kols). Sykdom setter sitt preg på hverdagen blant annet ved at de fleste er nødt til å ta forholdsregler for å unngå en allergisk reaksjon og ved at det, særlig blant astmatikere, er mange (65 prosent) som oppgir å være plaget av sykdom. I tillegg til de plagene som følger direkte av å ha astma eller allergi, undersøkte vi om overømfintlighetssykdom gjør en mer utsatt for andre fysiske belastninger. Ser vi på ulike kroppslige plager, viste det seg at både astmatikere og allergikere har flere slike fysiske plager enn resten av utvalget. Dette bildet forsterkes når vi ser på medisinbruk i de ulike gruppene. Her skiller allergikere og astmatikere seg ut med en høyere andel som bruker smertestillende midler.

Når det gjelder psykiske plager, ser det ut til at overømfintlighetssykdom medfører økt utsatthet blant kvinner, men ikke blant menn. Kvinnelige astmatikere mellom 25 og 66 år har flere psykiske plager enn menn med samme alder og diagnose, og langt flere plager enn gjennomsnittet i utvalget for øvrig. Det er igjen grunn til å minne om at vi ikke skiller mellom alvorlige og mindre alvorlige plager når vi rapporterer gjennomsnittstall på denne måten. Likevel gir det viktig informasjon om kvinnelige astmatikers subjektive opplevelse av sin egen psykiske tilstand når de oppgir at de ulike symptomene plager dem nokså mye eller veldig mye. På generelle spørsmål om egen helsetilstand, vurderer allergikere denne som i hovedsak god (slik tilfellet også er i resten av utvalget), mens astmatikere i langt større grad beskriver sin helse som dårlig.

Kroniske lidelser fordrer til dels hyppig kontakt med helsevesenet. I denne undersøkelsen så vi at de fleste har tilknytning til fast lege eller legesenter, og at de aller fleste med overømfintlighetssykdommer har hatt legekontakt det siste året. Det er ingen forskjeller mellom gruppene i opplevd tilgjengelighet av legetjenester: for alle grupper er denne svært høy. Andelen som har vært innlagt på sykehus i løpet av det siste året er høyere blant astmatikere enn i de andre gruppene. Når det gjelder utgifter til medisiner, er det over 1/3 av astmatikerne som i løpet av det siste året har hatt 1000 kroner eller mer i utgifter (utover frikort) i forbindelse med sykdom. Dette sett i sammenheng med at det også er blant astmatikerne vi finner flest med lavest inntekt, antyder at denne gruppen personer har en vanskeligere situasjon enn de øvrige på flere områder.

Når vi tar hensyn til aldersfordelingen i de to diagnosegruppene, finner vi ingen forskjeller mellom disse og resten av utvalget når det gjelder utdanningslengde. Alderssammensetningen blir også tydelig i fordelingen av ikke-yrkesaktive, der det er flere både skoleelever og alderspensjonister blant sykdomsgruppene enn i resten av utvalget. Astmatikerne hadde totalt en høyere andel ikke-yrkesaktive (44,7 prosent) og en relativt stor andel (14,5 prosent) uførepensjonister sammenliknet med de øvrige gruppene. Disse forskjellene gir seg også utslag når vi ser sosioøkonomisk status under ett: det er få forskjeller gruppene imellom når det gjelder de yrkesaktive, mens det blant astmatikerne er en høyere andel pensjonister og andre ikke-yrkesaktive.

7.1 Astma blant voksne

Denne rapporten har ikke hatt til hensikt å kartlegge forekomsten av astma og allergi i den voksne befolkningen, men vi har likevel beskrevet andelen som lider av de ulike diagnosene. Våre resultater viste at blant voksne var det 6,5 prosent som hadde allergi, 4,9 prosent som hadde astma, og 1,4 prosent som hadde kols. Sammenliknet med Bakke et al.s (1991) funn fra Hordaland, tyder dette på en lavere forekomst av kols, men en høyere forekomst av astma. Men som nevnt innledningsvis, er det flere grunner til at slike overslag over utbredelsen av overømfintlighetssykdommer varierer, og at det derfor er vanskelig å sammenlikne tall fra forskjellige undersøkelser. Det er viktig å huske på at tallene i denne rapporten er basert på en undersøkelse som kartlegger helseforhold og levekår generelt i befolkningen. Overømfintlighetssykdom rapporteres på samme måte som andre kroniske lidelser, og kategoriseringen i de mer formelle diagnosegruppene astma, allergi og kols som vi har benyttet, er til dels avhengig av hvordan respondenten selv definerer og beskriver sin sykdom. Det er derfor naturlig at antallet personer som faller i de ulike sykdomskategoriene varierer noe i forhold til for eksempel epidemiologiske undersøkelser der deltakerne er valgt ut på bakgrunn av en «objektiv» medisinsk diagnose alene. I motsetning til epidemiologiske undersøkelser som gjerne tar utgangspunkt i en gruppe personer som lider av en gitt sykdom (og velger et representativt utvalg fra dem), har vi i denne undersøkelsen begynt på motsatt hold. Vårt utgangspunkt var et representativt utvalg av den voksne norske befolkning som vi deretter delte i grupper av astmatikere, allergikere og kolspasienter. Dersom vi hadde benyttet en annen fremgangsmåte og sammenliknet et pasientutvalg med et utvalg friske personer, er det mulig at vi ville funnet flere forskjeller mellom gruppene, og at forskjellene som er kommet til syne i denne undersøkelsen ville vært mer markante.

7.2 Helseundersøkelsen og levekår

Levekårsundersøkelser er ofte anlagt som kartleggingsstudier der utvalget stilles et bredt spekter av spørsmål om familie, sosialt nettverk, bolig- og arbeidsforhold, helse, økonomi og utdanning. Informasjonen personene gir settes deretter sammen til et helhetlig bilde av

forskjellige gruppers ytre livssituasjon. Helseundersøkelsen er ikke en levekårsundersøkelse i tradisjonell forstand, men en spesialundersøkelse om helseforhold som også omfatter andre levekårsområder. Med et levekårsperspektiv på helse undersøker vi særlig om det er sosiale forskjeller i fordelingen av helse og sykdom i utvalget.

Tidligere undersøkelser har vist at det er en sosial gradient i allergi slik at de mer velstående har mer allergi, allergisk eksem og høysnue (Sosial- og helsedepartementet, 1998:11). I denne rapporten fant vi ingen forskjeller i sosioøkonomisk status mellom allergikere, astmatikere og andre når vi tok hensyn til aldersfordelingen i gruppene. For øvrig tyder våre funn på at allergikere likner mye på resten av utvalget når det gjelder de områdene vi har undersøkt, mens astmatikere ser ut til å ha en vanskeligere situasjon på flere felt, kanskje særlig når det gjelder fysiske og psykiske plager, men også i forbindelse med utgifter til medisiner og medisinsk behandling.

7.3 Selvopplevd helse, og fysiske og psykiske plager

Selvopplevd helse kan måles på mange måter og i denne undersøkelsen har vi stilt et enkelt spørsmål om hvordan folk vurderer sin helse sånn i sin alminnelighet. Til det svarer et stort flertall at helsen er god eller meget god. Hvordan skal vi tolke det, når vi samtidig vet at en del av de som svarer faktisk har en kronisk sykdom som kan være til dels svært plagsom? Dette tilsynelatende paradokset har interessert forskere i lang tid. Noe av forklaringen kan være at helse har flere aspekter enn de som knytter seg til en konkret sykdom og at forskjellige personer vektlegger ulike sider. På den måten er det mulig å oppleve god helse samtidig med alvorlig sykdom eller funksjonssvikt. Dessuten er det ikke så vanskelig å tenke seg at terskelen for å rapportere smerter eller dårlig helse er høyere for personer som lever med en kronisk sykdom. Dersom man er vant til å leve med et visst ubehag i kroppen, skal det kanskje en større forverring i tilstanden til for at man skal betrakte seg selv som syk, enn dersom man i utgangspunktet er uten erfaring med smerter og sykdom. Det som ligger i et enkelt spørsmål om selvopplevd helse, slik vi har sett på i denne undersøkelsen, kan ses på som «oppsummert» informasjon om tingenes tilstand, delvis frigjort fra diagnostiske merkelapper (Bjørndal, 1992:3013).

Som nevnt innledningsvis, definerte Grue (1998) i sin undersøkelse blant barn astma som en funksjonshemming når barnet i det daglige måtte ta minst to forholdsregler for å unngå en allergisk reaksjon. Vi har ikke gjort den samme inndelingen blant voksne, men registrerer at av de som har vært eller er plaget av astma eller allergi svarer 19 prosent at de i dag tar forholdsregler for å unngå en allergisk reaksjon. Jo flere forholdsregler som må tas for å unngå en allergisk reaksjon, jo mer hemmende vil dette selvfølgelig være for normal aktivitet og livsutfoldelse også blant voksne. I tillegg til de forholdsreglene som Helseundersøkelsen lister opp, kommer andre og kanskje mer begrensende sykdomskonsekvenser (som f.eks. det å være avhengig av medisinsk utstyr for å holde sykdommen i sjakk), som setter sitt preg på hverdagen til kronisk syke personer.

Overømfintlighetssykdom kan i seg selv medføre fysiske og psykiske sekundærlidelser av ulik art. Vi har i denne undersøkelsen sett at astmatikere er plaget av flere både fysiske og psykiske plager enn de andre gruppene, men vi vet lite om hvorfor det er slik. Det er

imidlertid ikke vanskelig å tenke seg at det å være sterkt angrepet av astma kan medføre en vanskelig livssituasjon og forringet livskvalitet på flere områder. Dette er i tråd med de resultatene Moum et al. (1991) kom frem til, nemlig at det er en klar sammenheng mellom antall syketilfeller og rapportering av psykiske plager.

Psykiske plager, slik vi har definert det i denne undersøkelsen, representerer belastninger av ulik art og styrke. Vi har konsentrert oss om å gi et innblikk i summen av belastning i de ulike gruppene. Når det ser ut til at astmatikerne opplever en større samlet psykisk belastning enn de øvrige gruppene, er det i neste omgang viktig å gå nærmere inn på hvilke konkrete problemer som ligger i dette og hvilke tiltak som kan iverksettes for å endre situasjonen.

7.4 Overømfintlighetsykdom og sosial deltakelse

Helseforskningsmiljøer har de senere årene forsøkt å finne gode indikatorer på hva vi kan kalle positiv helse, det vil si et helsebegrep som ikke begrenser seg til å omhandle fravær av sykdom. I den forbindelse legges det mer og mer vekt på at det å ha relasjoner til andre mennesker er et av de viktigste elementene i positiv helse (Ryff og Singer, 1998). I denne undersøkelsen var det vårt utgangspunkt at det å ha en overømfintlighets sykdom kan begrense mulighetene til å delta i sosiale fellesskap og dermed også minske potensialet for å utvikle et mangfold av sosiale relasjoner. Vi fant imidlertid ingen forskjeller mellom personer med overømfintlighets sykdom og resten av utvalget når det gjelder disse variablene. Overømfintlighets sykdom ser altså ikke ut til å gi seg utslag i sosial isolasjon i den formen som dreier seg om manglende familie- og venns relasjoner. Ettersom spørsmålene som dekker dette er få og generelt formulert i denne undersøkelsen, bør ikke funnene våre danne grunnlag for å avkrefte at overømfintlighets sykdommer kan ha innvirkning på sosiale relasjoner, men snarere motivere til å gå mer i dybden av dette spørsmålet i fremtidige undersøkelser.

7.5 Helsetjenestens rolle og betydning

Vi fant at et stort flertall i alle gruppene opplevde at tilgjengeligheten til helsevesenet var god, i den forstand at de fleste mente at de fikk kontakt innen en tid de selv fant akseptabel. Dette er et positivt funn i seg selv, men gir ingen utdypende informasjon om den opplevde kvaliteten på behandlingen. Et aspekt som kanskje er særlig viktig for personer med kroniske lidelser, er samhandlingen mellom ulike instanser i behandlingsapparatet, som primærlege/allmennelege og spesialist. En ny amerikansk undersøkelse påpeker at pasientene vurderer kontakten med sin primærlege som svært viktig og at pasientene ønsker at primærlegen skal fungere som koordinator for deres behandling og som døråpner i forhold til videre formidling til spesialisthelsetjeneste (Grumbach, Selby, Damberg, Bindman, Quesenberry, Truman og Uratsu, 1999). Helseundersøkelsen gir oss ikke anledning til å si noe om hvordan dette fungerer i en norsk virkelighet og hvordan pasientenes ønsker knyttet til dette er. Slike spørsmål bør vies plass i en egen undersøkelse blant denne gruppen.

7.6 Avslutning

Som nevnt innledningsvis, er « levekår» et omfattende begrep som rommer langt flere områder av livet enn de vi har vært innom i dette forprosjektet. Vi har forsøkt å gi et innblikk i hvordan livet fortoner seg på noen viktige områder for personer som har det til felles at de har en overømfintlighetssykdom. I og med at Helseundersøkelsen er beregnet på den generelle befolkningen, er temaer av betydning for spesielle undergrupper utelatt. Forprosjektet har derfor ikke kunne avdekke problemer som er helt spesielle for personer med overømfintlighetssykdommer. Til dette må man ha en undersøkelse som er spesielt utformet for personer som har astma, allergi eller eksem. Som nevnt innledningsvis, danner denne rapporten slutten på et forprosjekt. I hovedprosjektet, som er beregnet å starte i år 2000, vil vi nettopp fokusere spesielt på temaer som er viktige for personer med overømfintlighets sykdommer.

Referanser

- Aaberge, R. og P. Laake (1984). «Om statistiske teoriar for tolking av data.» *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 25, 165–186
- Adler, N. E., T. Boyce, M. A. Chesney, S. Cohen, S. Folkman, R. Kahn, og S. L. Syme, (1994). «Socioeconomic status and health. The challenge of the gradient.» *American Psychologist*, 49, 15–24
- Album, D. (1984). *Standard for inndeling etter sosialøkonomisk status. Standarder for norsk statistikk 5*. Oslo: SSB
- Bakke, P. S., V. Baste, R. Hanao, og A. Gulsvik, (1991), «Prevalence of obstructive lung disease in a general population: relation to occupational title and exposure to some airborne agents.» *Thorax*, 46:515-522
- Belsby, L. (1997). «Frafallsproblemet øker.» *Samfunnsspeilet*, 2, 1997
- Bild, H., J. E. Finnvold, K. K. Lie, R. Nordhagen, og A. Schjalm, (1998). *Hvordan møter småbarnsfamiliene helsetjenesten?* SSB-rapport, 11, 1998
- Bjørndal, A. (1992). «Hvordan står det til? Om bruk av egenrapportert helse i medisinsk forskning.» *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 112(23): 3013–16
- Dahl, E. (1994), *Sosial ulikhet i helse: Artefakter eller seleksjon?* Fafo-rapport 170. Oslo: Fafo
- Dalgard, O. S. (1996). «Psykisk helse relatert til sosialt miljø». I: Hurlen, P. og R. Nordhagen. (red.). *Folkehelse i forandring*, s. 103–117. Oslo: Universitetsforlaget
- Elstad, J. I. (1981). *Kroniske lidelser og sosial klasse*. En undersøkelse med data fra Helseundersøkelsen 1975. Institutt for sosiologi, Universitetet i Oslo
- Elstad, J. I. (1998). *Funksjonshemmede og psykisk helse*. NOVA-rapport nr. 3
- Finnvold, J. E., R. Nordhagen, og A. Schjalm. (1997). «Astma blant barn skjevt sosialt fordelt.» *Samfunnsspeilet*, 2, 36–41
- Finnvold, J. E. (1998), «Kan misfornøyde pasienter gi oss bedre helsetjenester?». *Samfunnsspeilet*, 3:16-27.
- Grue, L. (1998). *Barn med varig sykdom og funksjonshemming*. NOVA-rapport nr. 9. Oslo
- Grumbach, K., J. V. Selby, C. Damberg, A. B. Bindman, C. Quesenberry, A. Truman, og C. Uratsu (1999). «Resolving the gatekeeper conundrum.» *The Journal of the American Medical Association*, vol. 282, 261–266
- Grøtvedt, L. (1997). «Økende astma og allergi blant barn og unge.» *Samfunnsspeilet*, 2, 32–35

- Grøtvedt, L. og L. Belsby (1995). *Barns helse. Helseundersøkelsene*. Rapport 11/95. Oslo: Statistisk sentralbyrå
- Gulsvik, A., P. S. Bakke, S. Humerfeldt et al. (1993), «Obstruktive lungesykdommer hos voksne – forekomst og årsaksfaktorer.» *Norsk epidemiologi*, 3(3):8-11
- Hellevik, O. (1983~~4~~). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget
- Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut (1995), *Hur opplever patienten vården?* Sprirapport 411. Stockholm: Spris förlag
- Høstmark Nielsen, G. (1996). «Psykiske lidelser i befolkningen». I: Hurlen, P. og R. Nordhagen (1996) *Folkehelse i forandring*, s. 85–100. Oslo: Universitetsforlaget
- Innst. S. nr. 118 1993–94 (1993). *Innstilling fra sosialkomiteen om utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*. Oslo: Sosialkomiteen
- Langeland, O., T. Bjørnskau, H. Lorentzen, og A. West Pedersen (1999). *Mellom frihet og fellesskap*. Oslo: Tiden Norsk Forlag
- Moum, T. (1991), *Helse i Norge*. Oslo: Gyldendal
- Moum, T., E. Falkum, K. Tambs, og P. Vaglum (1991), «Sosiale bakgrunnsfaktorer og psykisk helse.» I: T. Moum (red.) *Helse i Norge*, s. 47-62. Oslo: Gyldendal
- NOU 1999:13. Kvinner helse i Norge.
- NOU 1993:17. Levekårsutredningen
- Nystad, W., P. Magnus, og V. Søyseth. (1997). «Forekomsten av astma blant skolebarn i Norge i perioden 1985–94.» *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 117, 644–647
- Parsons, C. D. F. og P. Wakeley (1991). «Idioms of distress: Somatic responses to distress in everyday life.» *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15, 111–132
- Ryff, C. D. og B. Singer (1998). «The contours of positive human health.» *Psychological Inquiry*, vol. 9 (1): 1–28
- SINTEF (1997). *Utviklingen av funksjonshemmedes livkår fra 1987 til 1995*. SINTEF-rapport (STF 78 A97409). Oslo: SINTEF-Unimed
- Sosial- og helsedepartementet (1998). *Faktarapport om forebygging av astma, allergi og inneklimate sykdommer*. Sosial- og helsedepartementet: Oslo
- Statistisk sentralbyrå (1980). Inntektsfordeling og livkår. Samfunnsøkonomiske studier nr. 46
- Statistisk sentralbyrå (1982). Livkårsundersøkelsen 1980. Norges offisielle statistikk B 320
- St.meld. nr. 37 (1992–93) *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*. Oslo: Sosialdepartementet
- Wikholm, S. og A. Hildrum (1997). *Helseundersøkelsen 1995*. Rapport nr. 111, Bergen: Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste

Williams, H. C., D. P. Strachan, og R. J. Hay, (1994). «Childhood eczema: disease of the advantaged?» *British Medical Journal*, 308: 1132–1135

Øverås, S. (1995). *Helseboka 1995*. Oslo: Statistisk sentralbyrå

Vedlegg

Vedleggstabell 1 Opplevelse av psykiske plager siste 14 dager. Prosent av alle voksne i alderen 16-79 år

	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget	Sum
Nakkesmerter	58,3	32,2	7,2	2,3	100% (N=2783)
Skjelving	92,2	6,2	1,1	0,5	100% (N=2812)
Matthet eller svimmelhet	79,3	16,6	3,3	0,7	100% (N=2829)
Nervøsitet, indre uro	75,3	19,6	3,8	1,3	100% (N=2837)
Plutselig frykt uten grunn	92,7	5,8	1,0	0,5	100% (N=2812)
Stadig redd eller engstelig	91,9	6,0	1,6	0,5	100% (N=2731)
Hjertebank	88,0	10,0	1,6	0,4	100% (N=2733)
Vært anspent, oppjaget	68,1	27,3	3,9	0,7	100% (N=2835)
Anfall av angst, panikk	93,9	5,0	0,7	0,3	100% (N=2731)
Rastløs, vansker med å sitte i ro	85,9	12,1	1,6	0,4	100% (N=2726)
Mangel på energi	64,7	28,2	5,5	1,7	100% (N=2855)
Lett for å klandre deg selv	75,3	20,0	3,7	1,0	100% (N=2817)
Lett for å gråte	82,4	14,3	2,4	0,9	100% (N=2741)
Tanker om ta ditt liv	96,0	3,5	0,3	0,2	100% (N=2820)
Dårlig matlyst	90,6	7,6	1,4	0,3	100% (N=2753)
Søvnproblemer	72,4	20,4	5,7	1,6	100% (N=2765)
Håpløshet med tanke på fremtiden	80,5	14,8	3,1	1,5	100% (N=2740)
Nedtrykt, tungsindig	79,3	16,7	3,1	0,9	100% (N=2823)
Følelse av ensomhet	81,8	14,5	2,9	0,8	100% (N=2742)
Tap av seksuell lyst	76,0	18,1	4,2	1,7	100% (N=2826)
Følelse av å være lur i en felle	93,9	5,0	0,8	0,3	100% (N=2815)
Mye bekymret eller urolig	75,3	19,6	3,8	1,2	100% (N=2741)
Uten interesse for noe	91,7	6,8	1,1	0,4	100% (N=2739)
Følelse av at alt er et slit	72,9	21,5	4,2	1,4	100% (N=2838)
Følelse av å være unyttig	86,3	10,6	2,2	0,9	100% (N=2833)
Følelse av å være unyttig	86,3	10,6	2,2	0,9	100% (N=2833)

Å leve med kronisk sykdom



Forskningsstiftelsen Fafo
Borgata 2B/Postboks 2947 Tøyen
N-0608 Oslo
<http://www.fafo.no>

Fafo-notat 1999:13
Bestillingsnr. 625