

HELSEPROFIL FOR OSLO

ELDRE

Liv Grøtvedt
og
Anne Gimместad

Nasjonalt folkehelseinstitutt
Oslo kommune
Program for storbyrettet forskning
Juli 2002

Forord

Storbyhelseprofil med interessante helseindikatorer !

Hvordan står det egentlig til med helsen til oss som bor i tigerstaden ? Er vi friskere enn før? Dette er blant de spørsmål det er forsøkt å gi svar på i Helseundersøkelsen i Oslo, ”HUBRO”

Undersøkelsen er et samarbeid mellom Oslo kommune, Universitetet i Oslo og Statens Helseundersøkelser, nå en del av Nasjonalt folkehelseinstitutt. Prosjektet om storbyhelseprofilen er del-finansiert av KS- forskning v/ Program for storbyrettet forskning.

Formålet med prosjektet var å:

- Forbedre datagrunnlaget for planlegging av helsetjenester
- Belyse årsaksforholdene til geografiske og sosiale helseforskjeller i byen
- Utvikle et system for befolkningsundersøkelser i storbyer
- Utvikle former for formidling av relevante data til beslutningstakere og publikum
- Gi tilbud om helseundersøkelse til de deltagende personer

Faktaopplysningene som har kommet frem i undersøkelsen har gitt oss ny kunnskap om helse og sykdom i hovedstaden. I tillegg til hovedundersøkelsen er det en rekke tilleggsundersøkelser, som forskere fra ulike miljøer og institusjoner står bak.

Det har vært mangel på helsedata på enkelte områder, men det er også et betydelig ”dataoverskudd” på andre områder. Problemstillingen med hensyn til bruk av helsedata/ kunnskap til å informere planleggingsavgjørelser er således ikke bare å skaffe nye data/ kunnskap, men å sortere, analysere og formidle eksisterende data/kunnskap. Det innsamlede og bearbejdede materialet har gitt ny informasjon som kan gi bedre grunnlag for den kommunale helseplanleggingen. Helsedataene for byen samlet og bydelene er nå lett tilgjengelig for hele byens befolkning.

I middelalderen var det ofte vitaminmangel og dårlig kosthold som førte til sykdom i Oslo. Dette er fremdeles tilfelle i enkelte miljøer. Og det er fortsatt store helseforskjeller mellom øst og vest. Helseforskjellene mellom bydelene i Oslo er større enn mellom kommunene i Norge.

Denne helseprofilen kan være nyttig for planlegging av innholdet i helsetjenesten. For helsetjenesten i Oslo kan bli bedre. Men vi har alle også et personlig ansvar. Det viser blant annet livsstilssykdommene.

Storbyhelseprofilen har gjennom sitt materiale gitt grunnlaget for en lettfattelig og oversiktlig måte å presentere data på. Innholdet har kvalitet og er lett tilgjengelig.

Jeg oppfordrer politikere og andre interesserte til å gå gjennom denne helseprofilen for Oslo kommune med kritisk øyne. For det fremlagte materialet kan vi som osloborgere ikke stille oss likegyldige til. I en tid hvor helse nærmest har blitt ”frelse,” er det kanskje viktigere enn noensinne å sette søkelys på de ulike helseindikatorer helseprofilen legger frem.

Ellen Chr. Christiansen
Byråd for helse og barnevern

Innholdsfortegnelse

Bakgrunn	5
Innledning	3
Datagrunnlag	6
Skjevhet og frafall i HUBRO	8
Eldrebefolkningen i Oslo	10
Selvrapportert helse/sykdom	12
Vurdering av egen helse	12
Astma	14
Diabetes	15
Hjerneslag/ hjerneblødning	16
Hjerteinfarkt	17
Muskel- og skjelettplager	18
Psykisk helse	20
Tannhelse	22
Forventet gjenværende leveår for eldre	23
Ulykker	25
Dødelighet av ulykker blant eldre i Oslo	25
Dødelighet av fall blant eldre i Oslo	25
Sykehusopphold på grunn av brudd	26
Hoftebrudd (lårhalsbrudd)	27
Førlighet og funksjon i dagliglivet	29
Funksjon i dagliglivet	28
Bevegelsesvansker	30
Nedsatt syn	31
Nedsatt hørsel	32
Trygt å ferdes alene i nærområdet?	34
Demens	36
Tilbud og bruk av helsetjenester	36
Allmennlege	36
Legevakt	38
Spesialisthelsetjeneste	39
Tannhelsetjenester	41
Innleggelse på sykehus	43
Tilrettelagte tilbud for personer med demens	43
Tilbud om spesialisthelsetjeneste innen geriatri/ alderspsykiatri	44
Hjemmesykepleie og hjemmehjelp	45
Trygg på å få hjelp?	47
Plasser i sykehjem og serviceboliger	48
Bidragstyttere	50
Referanser	51

Bakgrunn

Innledning

Helse og levekår har gjentatte ganger vært tema for rapporter og utredninger om Oslo (Gjestland og Moen 1988, Hagen m.fl. 1994, Kristofersen og Borgan 1989, Barstad 1997).

Betydelige geografiske og sosiale ulikheter i helseforhold innen Oslo framheves i alle disse publikasjonene. Den siste større utredningen, "Oslohelsa", ble utgitt av Ullevål sykehus og Oslo kommune (Rognerud og Stensvold 1998).

Det ble i 1999 innledet et samarbeid mellom Oslo kommune og tidligere Statens helseundersøkelser, nå en del av Nasjonalt folkehelseinstitutt, for utarbeidelse av en storbyhelseprofil. Kontrakt ble underskrevet 19.06.2000, og prosjektleder startet arbeidet senere samme år. Det ble innledet et samarbeide med Oslo kommune om utarbeidelse av en profil eller et sett av helseindikatorer, basert på data fra Helseundersøkelsen i bydeler og regioner i Oslo (HUBRO) og andre datakilder. Kommunen ønsket helseindikatorer som kunne belyse:

- behov for helsetjenester: demografi, risikofaktorer, sykdomsforekomst, subjektiv sykdomsopplevelse, funksjonsnedsettelse
- tilbud av helsetjenester: 1. linjetjenester, kvalitet, kvantitet, fordeling m.v.
- etterspørsel etter helsetjenester: forbruk av 1. og 2. linje, legetjenester, fysioterapi, rehabilitering, pleie m.v. ventetid, subjektiv behovsvurdering m.m.

Noen temaer, som tilbud av helsetjenester, er allerede i stor grad belyst gjennom andre statistikkssystemer (Styrings- og informasjonshjulet, KOSTRA) i Statistisk sentralbyrå. I foreliggende "Helseprofil for Oslo" har vi i liten grad tatt inn data som blir publisert andre steder. Ved å kombinere en del av indikatorene fra Helseprofil for Oslo med eksisterende systemer for helsestatistikk, kan det utvikles et instrument med færre indikatorer. For en del mer stabile helseindikatorer vil det sannsynligvis være tilstrekkelig å innhente data med flere års mellomrom.

Sykdomsforekomst, subjektiv sykdomsopplevelse og bruken av helsetjenester er vektlagt i "Helseprofil for Oslo". Det er også lagt vekt på å belyse geografiske og sosiale forskjeller i helseforhold innen Oslo. Vi håper at rapportene vil være et hjelpemiddel til kunnskapsbasert styring og planlegging av helsetjenester og forebyggende innsats i kommunen.

Helseprofil for Oslo er tredelt, med en rapport for barn og unge, en for yngre voksne og middelaldrende og en for eldre. Inndelingen i aldersgrupper er tilpasset arbeidsområdene innen helseforvaltningen og vil forhåpentligvis gjøre det lettere å finne raskt fram til det man leter etter.

Datagrunnlag

Heftet inneholder både registerdata, som sykehusopphold og dødelighet, samt data fra Helseundersøkelsen i bydeler og regioner i Oslo, HUBRO. Datakildene er beskrevet under de enkelte temaer der dette synes nødvendig. Datakilden HUBRO beskrives her mer i detalj. Kildehenvisninger er gitt under tabeller og figurer.

Hoved-HUBRO omfatter alle som var bosatt i Oslo per 03.03.2000, og som var født i 1924, 1925, 1940, 1941, 1955, 1960 og 1970. Totalt utgjorde dette 41.353 personer. Årskullene 1924 og 1941 ble tatt med fordi de tilstøtende årskullene (1925 og 1940) var små.

Tabell 1 viser antall kvinner og menn i de ulike grupper og inndelinger som vi bruker i dette heftet. Antall svarpersoner vil likevel variere noe i de enkelte tabeller fordi antallet som har svart på de enkelte spørsmål ikke alltid er det samme. Av hensyn til oversiktighet og forenkling velger vi å presentere presenter, uten å oppgi de absolutte tallene i hver tabell.

Tabell 1: Oversikt over antall deltakere i HUBRO i aldersgruppen 75-76 år

	Kvinner		Menn	
	antall	%	antall	%
Alle	2057		1522	
Regioner i Oslo:				
Ytre vest	634	31	489	34
Indre vest	251	12	140	10
Indre øst	145	7	102	7
Ytre øst	916	45	700	49
Total bydelsplassert	2057	100	1431	100
Utdanning				
Grunnskole (t.o.m. 9 år)	779	40	383	26
Videregående (10-12 år)	644	33	399	27
Universitet/ høyskole (13 år eller mer)	547	28	675	46
Total utdanning	1970	100	1457	100
Sivil status				
Bor med ektefelle/ samboer	821	41	1143	76
Enke/ enkemann/ enslig	1164	59	352	24
Total sivilstatus	1985	100	1495	100

For 75-76-åringene tillater ikke tallgrunnlaget presentasjon av bydelstall for menn og kvinner hver for seg. Tallgrunnlaget tillater heller ikke å skille ut fødeland som egen gruppe i tabellene. Blant 75-76-åringene som hadde deltatt i HUBRO, var det 133 innvandrere fra Vest-Europa, Nord-Amerika eller Australia (44 menn og 89 kvinner) og 58 innvandrere fra andre eller "ikke-vestlige" land (25 menn og 33 kvinner).

Sivilstatus deles her inn etter om deltakerne bor sammen med ektefelle/samboer eller ikke. I den ene gruppen er de som har krysset av for at de bor sammen med ektefelle/samboer. Gruppen enslige er da alle de andre, som enten bor alene eller sammen med barn eller andre personer.

Gruppering av **utdanning** i tre grupper baserer seg på et spørsmål i spørreskjemaet: "Hvor mange års skolegang/utdanning har du gjennomført totalt?" Vi har kalt 1-9 års utdanning for grunnskole, 10-12 år for videregående og 13 år eller mer for universitet eller høyskole.

Bydelene ble gruppert på samme måte som i Oslohelsa: Utredningen om helse, miljø og sosial ulikhet i bydelene (Rognerud og Stensvold 1998):

Ytre vest:

- 7 Ekeberg-Bekkelaget
- 8 Nordstrand
- 21 Grefsen-Kjelsås
- 22 Sogn
- 23 Vinderen
- 24 Røa
- 25 Ullern
- 27 Marka

Indre vest

- 1 Bygdøy-Frogner
- 2 Uranienborg-Majorstua
- 3 St. Hanshaugen-Ullevål
- 26 Sentrum

Indre øst

- 4 Sagene-Torshov
- 5 Grünerløkka-Sofienberg
- 6 Gamle Oslo

Ytre øst

- 9 Søndre Nordstrand
- 10 Lambertseter
- 11Bøler
- 12 Manglerud
- 13 Østensjø
- 14 Helsefyr-Sinsen
- 15 Hellerud
- 16 Furuset
- 17 Stovner
- 18 Romsås
- 19 Grorud
- 20 Bjerke

Noen steder i heftet, der vi mener at behovet er størst, er spørsmålsformuleringen tatt med. Vi henviser ellers til <http://www.fhi.no/tema/helseundersokelse/oslo/> for nøyaktig utforming av spørreskjemaene.

Skjevhet og frafall i HUBRO

Intervjuundersøkelser basert på frivillig deltakelse har alltid et visst frafall i utvalget av intervjuede personer pga nekting eller manglende oppmøte, som ved sykdom, fravær på grunn av arbeid og ferie m.v. De som ikke svarer er som regel forskjellige fra de som svarer på en systematisk måte og dette danner skjevhet i resultatene. Derfor skaper frafall problemer for vurdering og anvendelse av resultater i en totalpopulasjon. Når dataene hentes inn fra administrasjonen, slik at alle er inkludert, som for eksempel for sykehusinnleggelser, har man ikke dette problemet.

Svarprosent i utvalgsundersøkelser har sunket over tid. I Helseundersøkelsen 1975 var det 89% av utvalget som svarte, mens den gikk ned til 75% i Helseundersøkelsen 1995. Begge ble gjennomført av Statistisk sentralbyrå. I undersøkelsen "Norgesprofilen 2000" (utført av Nettverket for helse- og miljøkommuner), hvor 15-79 åringer fikk spørreskjema tilsendt, var svarprosenten enda lavere, 46%. I bydelen Søndre Nordstrand, den eneste bydelen fra Oslo som var med i undersøkelsen, svarte 38%.

HUBRO føyer seg inn i en tradisjon for store helseundersøkelser som har vært gjennomført i flere norske fylker siden 1974. Svarprosent i HUBRO var på 46% for undersøkelsen totalt sett for alle aldersgruppene. Svarprosent på Søndre Nordstrand var 48%. Ellers hadde bydelene Nordstrand, Manglerud og Østensjø høyest svarprosent med 54% og bydelene Uranienborg-Majorstua, Sagene-Torshov og Grünerløkka-Sofienberg lavest med 39%.

Analyse av frafall kan knyttes til enkelte kjennemerker, slike som alder, kjønn eller utdanning. Svarprosent/frammøte var lavest for 30-åringer (36%) og høyest for 59-60-åringer (55%). Kvinner hadde i gjennomsnitt høyere svarprosent enn menn, alt i alt hadde 49% av kvinnene og 42% av mennene svart og/eller møtt fram til undersøkelse i HUBRO. Blant 75-76 åringer hadde 53% svart, 50% av kvinnene og 58% av mennene.

Det ble foretatt purring 2 ganger, første gang til Olafiagangen på Grønland der hovedundersøkelsen ble gjort. Andre gang ble purringen delt i to etter hvilken bydel man tilhørte, og de inviterte fra ytre bydeler fikk tilbud om å møte opp i busser som ble parkert 1-2 dager i de forskjellige bydelene. Det ble tilbudt språkhjelp til utfylling av spørreskjemaet i forbindelse med 2. purrerunde – ved fremmøte i Olafiagangen. Det ble gjennomført en ringerunde i bydelene Furuset og Nordstrand før siste purrerunde, der det ble spurt om man ønsket en ny invitasjon.

Utdanningsdata fra Statistisk sentralbyrå ble koblet til HUBRO-data, slik at man kunne sammenligne utdanningsnivå hos dem som deltok i undersøkelsen med utdanningsnivå hos dem som ikke deltok. Utdanning ble delt i tre kategorier etter høyeste fullførte utdanning: grunnskoleutdanning, videregående utdanning og høyskole/universitetsutdanning. Sammenligningen viser at de med universitets- og høyskoleutdanning var noe overrepresentert blant HUBRO-deltakere, sammenlignet med hele årskullet av inviterte (populasjonen av 30, 40, 45- åringer osv. bosatt i Oslo i år 2000). Samme tendens gjelder for begge kjønn, i alle aldersgrupper og i alle regioner i Oslo. Forskjellene i utdanningsnivå mellom deltakerne og alle i årskullet var noe større for 75-76 åringer og 30-åringer. Dette betyr at bildet for slike helse- og risikofaktorer som har sammenheng med utdanningsnivå, delvis vil kunne bli påvirket. I den grad dette fører til skjevhet i resultatene, vil det være i retning av at resultatene viser noe bedre helseforhold i Oslo enn resultatene man hadde fått hvis alle inviterte hadde møtt.

Usikkerhet:

I alle statistiske analyser forekommer to typer feil: tilfeldige feil som skyldes at vi har et begrenset antall personer med i undersøkelsene våre og systematiske skjevheter som kan oppstå ved at de fremmøtte skiller seg fra de ikke fremmøtte. For hver tabell som presenteres fra HUBRO, er det undersøkt om forskjellene er statistisk signifikante, og dette er angitt ved p-verdier. En liten p-verdi betyr at vi med stor sikkerhet kan si at det er en reell forskjell, at de observerte forskjellene ikke bare skyldes tilfeldigheter. p-verdien sier derimot ingenting om systematiske skjevheter.

For å beregne p-verdier er kji-kvadrattesten benyttet.

ns: ikke statistisk signifikant

* $0,01 < p \leq 0,05$

** $0,001 < p \leq 0,01$

*** $p \leq 0,001$

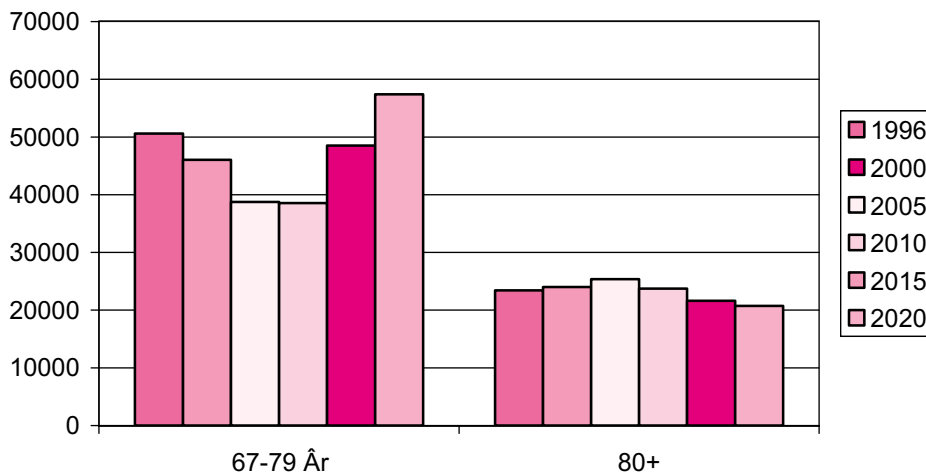
HUBRO-resultater blir i rapporten som regel presentert som hele prosenter, uten desimaler. Tall fra slike undersøkelser er alltid beheftet med en viss usikkerhet, og angivelse av desimaler gir dermed liten mening.

Eldrebefolkningen i Oslo

Andelen eldre over 80 år har de siste årene økt mindre i Oslo enn i resten av landet. Fram mot 2020 vil andelen eldre over 80 år synke noe i Oslo, men øke på landsbasis. Andelen menn i alderen 75-76 år som bodde sammen med noen var nesten dobbelt så høy som for kvinner i samme alder. Over 80% av mennene i Ytre vest hadde ektefelle/ samboer og 55% i Indre øst. Blant kvinnene hadde vel 40% ektefelle/ samboer i Ytre vest og Ytre øst og 30% i Indre vest og Indre øst.

Befolkningsutviklingen i Oslo er noe forskjellig fra resten av landet. Andel yngre eldre (70-79 år) synker nå fram til 2010. Andelen personer over 80 år vil i perioden 1996-2005 øke mindre i Oslo enn i resten av landet (8 % i Oslo mot 22 % i landet for øvrig), og etter 2005 vil andelen over 80 år i Oslo synke. I 2020 forventes andelen personer over 80 år å være 11 % lavere enn i 1996 (fig. 1), mens tilsvarende andel forventes å stige med over 20% på landsbasis. Det er store forskjeller i andelen eldre i bydelene i Oslo. Antallet personer som er over 80 år, vil gradvis synke i 6 bydeler og øke i 16 bydeler som i dag har en relativt lav eldreandel (Oslo kommune 1998).

Figur 1: Befolkningsutvikling i eldre aldersgrupper i Oslo 1996-2020



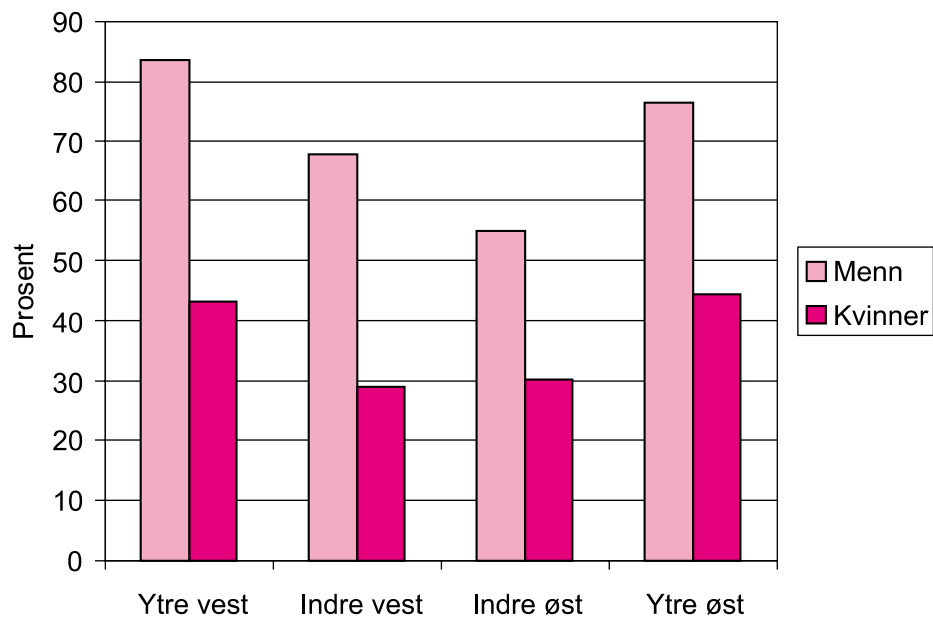
Kilde: Statistisk sentralbyrå: Framskrivning av folkemengden 1990-2030 og 1996-2050

Å bo alene eller sammen med noen

Trivsel og helse henger sammen, og det å bo sammen med noen ser i mange tilfeller ut til å ha en sammenheng med helse, særlig for eldre menn. Det vil også ha en del å si for behovet for hjelp, og vi har sett at de som bor alene bruker hjemmehjelp og hjemmesykepleie mer enn andre (fig. 31).

Blant eldre på 75-76 år var det langt flere menn (76%) enn kvinner (41%) som bodde sammen med ektefelle/ samboer. Det var mye vanligere både blant menn og kvinner i ytre regioner av Oslo å ha ektefelle/ samboer enn det var i indre by (fig. 2). Både kjønnsforskjellene og forskjellene mellom ytre og indre by er så store at det sannsynligvis vil ha betydning for behovet for helsetjenester. Andelen enslige eldre varierte ikke med utdanningsnivå (tab. 2).

Figur 2: Andel eldre 75-76 år som bodde sammen med ektefelle/ samboer. Oslo 2000-2001. Prosent



Kilde: HUBRO

Tabell 2: Andel eldre 75-76 år som bodde sammen med ektefelle/ samboer. Oslo 2000-2001. Prosent

	Kvinner	Menn
Alle	41	76
Region		
Ytre vest	43	83
Indre vest	29	68
Indre øst	30	55
Ytre øst	44	76
sign.	***	***
Utdanning		
Grunnskole	41	73
Videregående	44	77
Universitet/ høyskole	39	79
sign.	ns	ns

Kilde: HUBRO

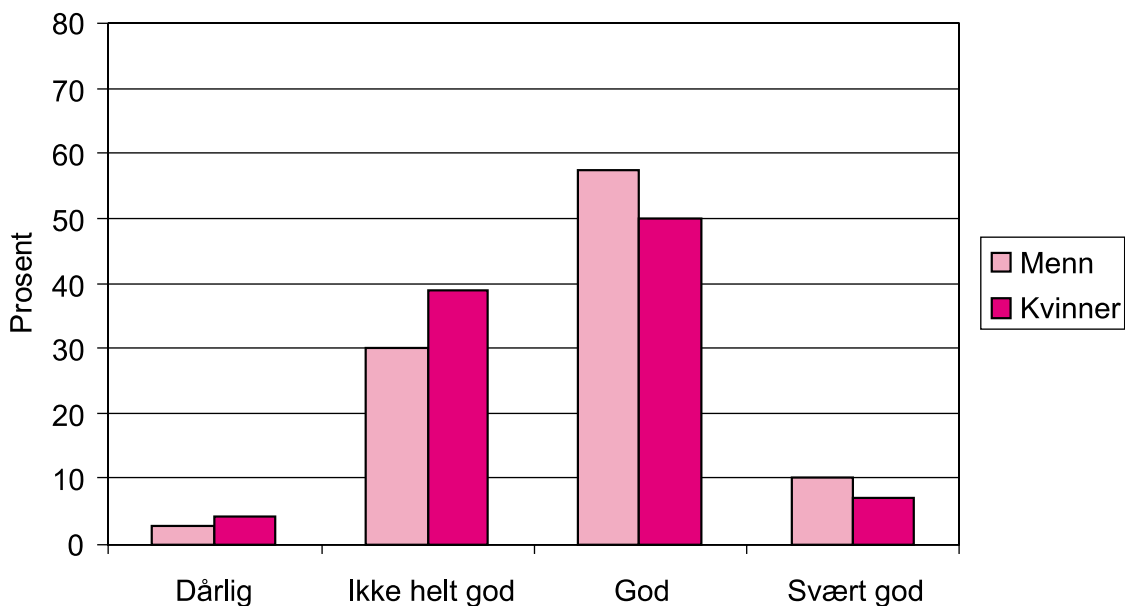
Selvrapportert helse/sykdom

Vurdering av egen helse

Flere menn enn kvinner i alderen 75-76 år i Oslo vurderte egen helse som god eller svært god, 67% av mennene og 57% av kvinnene. Det var høyest andel av de eldre i vestlige deler av Oslo som vurderte egen helse som god/ svært god. Eldre menn som bodde alene hadde dårligere vurdering av egen helse enn menn som bodde sammen med ektefelle/ samboer.

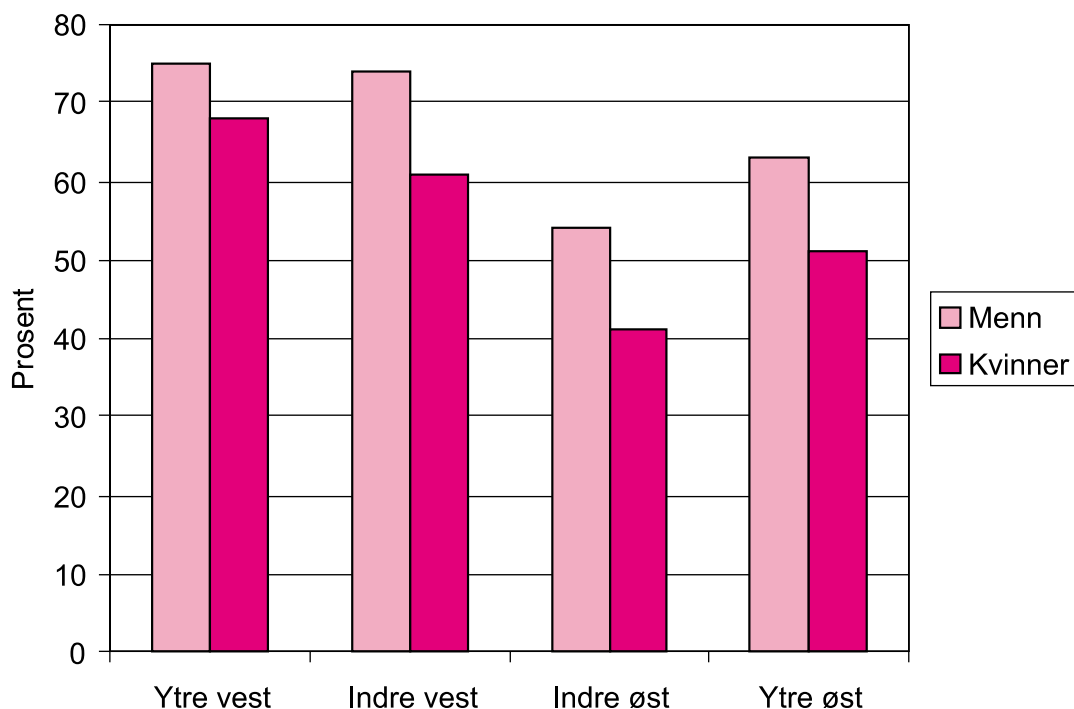
Over halvparten av Oslos 75-76-åringer mente at deres egen helse var "god". I tillegg mente nesten 10% at de hadde "svært god" helse (fig. 3). Det var høyere andel menn enn kvinner - og høyere andel i vestlige enn i østlige bydeler som vurderte sin helse som god eller svært god (fig. 4, tab. 3). Dette er det samme mønsteret som for yngre aldersgrupper. Kjønnforskjellene hadde samme gradient i alle regioner, men var klart mindre i Ytre vest enn i de øvrige regionene. Under halvparten av eldre med bare grunnskoleutdanning vurderte helsa som god eller svært god, mens vel 70% av eldre med universitet/høyskole hadde en tilsvarende vurdering. Menn som bodde sammen med ektefelle/ samboer hadde bedre vurdering av egen helse enn menn som bodde alene, mens dette ikke var tilfelle for kvinner (tab. 3).

Figur 3: Vurdering av egen helse blant eldre 75-76 år. Oslo 2000-2001. Prosent



Kilde: HUBRO

Figur 4: Andel eldre 75-76 år som vurderer egen helse som god eller svært god. Regioner i Oslo 2000-2001. Prosent



Kilde: HUBRO

Tabell 3: Andel eldre 75-76 år som vurderer egen helse som god eller svært god. Oslo 2000-2001. Prosent

	Kvinner	Menn
Alle	57	67
Region		
Ytre vest	68	75
Indre vest	61	74
Indre øst	41	54
Ytre øst	51	63
sign.	***	***
Utdanning		
Grunnskole	48	58
Videregående	60	63
Universitet/ høyskole	67	75
sign.	***	***
Sivil status		
Bor med ektefelle/samboer	56	69
Bor alene	59	61
sign.	ns	**

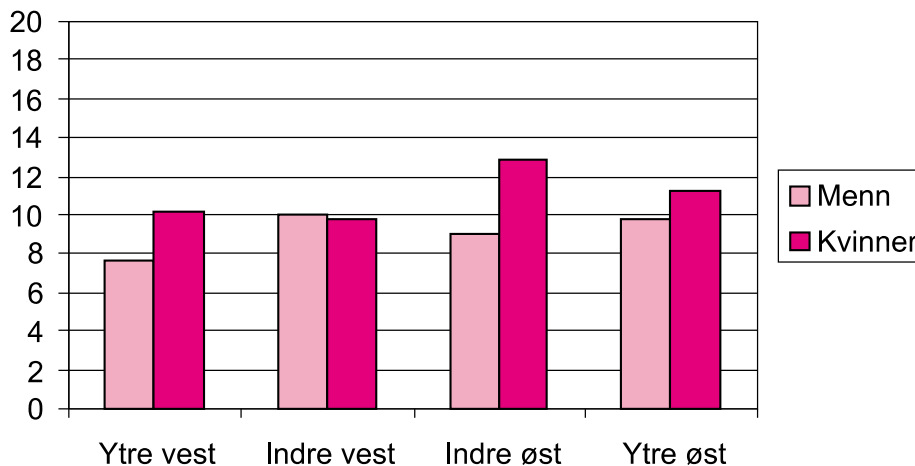
Kilde: HUBRO

Astma

Astma, slik det blir rapportert i helseundersøkelsen i Oslo, ser ut til å være nokså jevnt fordelt i befolkningen. Uansett alder, kjønn, utdanning eller bosted var det rundt en av ti som sa at de "har eller har hatt astma". Slik var det også for de eldre.

En av ti eldre i Oslo (75-76 år) hadde astma, 9% av mennene og 11% av kvinnene. Det ble stilt spørsmål om de hadde eller hadde hatt astma, slik at de også kunne hatt astma tidligere og være uten symptomer nå. Forskjellene i hyppighet av astma mellom regionene i Oslo var ikke signifikante (fig. 5). Det var ikke særlig forskjell på utbredelsen av astma i yngre og eldre aldersgrupper, og også i yngre alder var det var liten forskjell mellom bydelene. Det var heller ingen forskjeller i hyppighet av astma i ulike utdanningsgrupper eller etter sivilstand (tab. 4).

Figur 5: Andel menn og kvinner 75-76 år som hadde eller hadde hatt astma. Oslo 2000-2001. Prosent



Kilde: HUBRO

Tabell 4: Andel eldre 75-76 år som hadde eller hadde hatt astma i ulike grupper. Oslo 2000-2001. Prosent

	Kvinner	Menn
Alle	11	9
Region		
Ytre vest	10	8
Indre vest	10	10
Indre øst	13	9
Ytre øst	11	10
sign.	ns	ns
Utdanning		
Grunnskole	12	9
Videregående	11	8
Universitet/ høyskole	10	10
sign.	ns	ns
Sivil status		
Bor med ektefelle/samboer	11	9
Bor alene	11	9
sign.	ns	ns

Kilde: HUBRO

Diabetes

Blant eldre menn i Oslo var det like vanlig å ha diabetes som å ha astma; omtrent 1 av 10 hadde diabetes. Diabetes var vanligere blant menn enn blant kvinner i denne aldersgruppen.

Diabetes så ut til å være nokså jevnt fordelt blant de eldre i Oslo, men var litt vanligere blant kvinner med grunnskole enn blant kvinner med høyere utdanning.

I Oslo rapporterte 9% av mennene og 6% av kvinnene i alderen 75-76 år at de hadde diabetes. Det var ikke tydelige forskjeller mellom regioner og bosted i Oslo, slik det var for diabetes i yngre aldersgrupper (Helseprofil for Oslo: Voksenheftet). Det var litt vanligere å ha diabetes i gruppen med bare grunnskoleutdanning enn i gruppen med høyskole/ universitetsutdanning (tab. 5 og fig. 6).

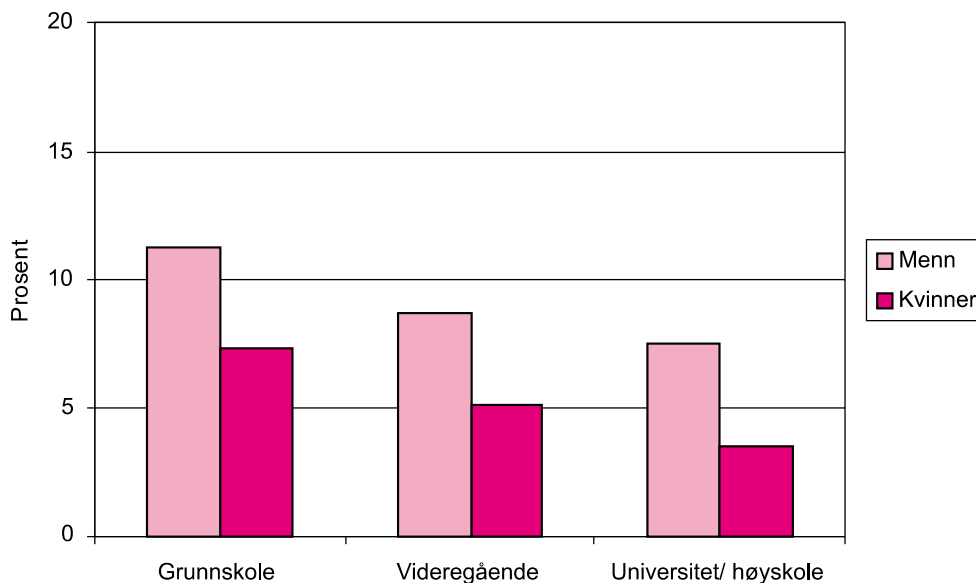
Spørsmålet som ble stilt i helseundersøkelsen i Oslo var:

Har du eller har du hatt diabetes (sukkersyke)

- ja
- nei

Det skilles ikke mellom ulike typer av diabetes i spørsmålet, og de fleste som krysset av for diabetes hadde sannsynligvis type 2 diabetes, fordi type 1 diabetes er relativt sjelden. Type 1 diabetes blir man ikke helbredet for, slik at hvis man har fått den som ung, vil man fortsatt ha den som 70-åring. Som regel blir man heller ikke helbredet for type 2 diabetes, som er den mest vanlige i eldre aldersgrupper. Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO) gir en samlet oversikt over ca forekomst av begge typer diabetes.

Figur 6: Andel menn og kvinner 75-76 år som hadde diabetes. Oslo 2000-2001. Prosent



Kilde: HUBRO

Tabell 5: Andel eldre 75-76 år som hadde diabetes i ulike grupper. Oslo 2000-2001. Prosent

	Kvinner	Menn
Alle	6	9
Region		
Ytre vest	4	8
Indre vest	7	6
Indre øst	5	14
Ytre øst	6	9
sign.	ns	ns
Utdanning		
Grunnskole	11	
Videregående	5	9
Universitet/ høyskole	4	8
sign.	*	ns
Sivil status		
Bor med ektefelle/samboer	5	8
Bor alene	6	11
sign.	ns	ns

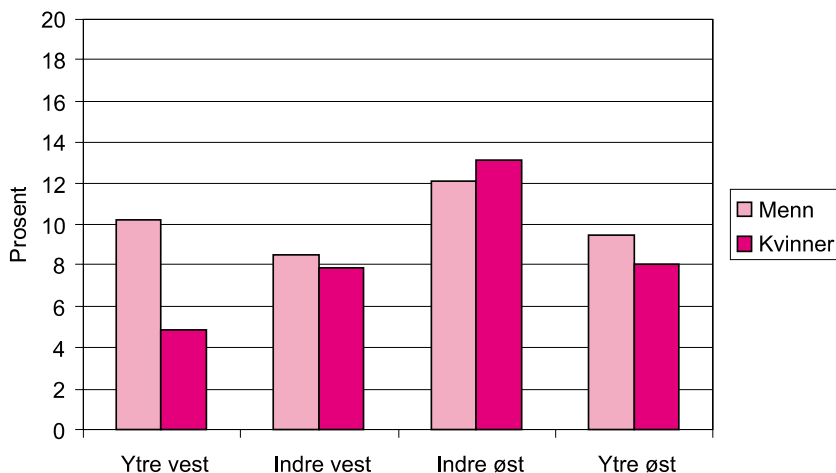
Kilde: HUBRO

Hjerneslag/ hjerneblødning

I Ytre vest var det blant eldre menn dobbelt så vanlig å ha hatt hjerneslag som blant eldre kvinner. I de andre regionene var det nesten ikke kjønnsforskjeller. For eldre kvinner var hjerneslag vanligst i Indre øst og minst vanlig i Ytre vest, mens det ikke var geografiske forskjeller innen Oslo for eldre menn.

Det var litt flere menn (10%) enn kvinner (8%) som oppgav at de hadde hatt hjerneslag eller hjerneblødning, men kjønnsforskjellen var størst i Ytre vest. Blant kvinner i Indre øst var andelen som hadde hatt hjerneslag mer enn dobbelt så høy som blant kvinner i Ytre vest (fig. 7, tab. 6). De samme geografiske forskjellene finner man til dels også i andre aldersgrupper og også for dødelighet av hjerneslag (Helseprofil for Oslo: Voksenheftet). Forekomst av hjerneslag, slik det ble spurt om i helseundersøkelsen, hadde ingen sammenheng med utdanning eller sivilstatus.

Figur 7: Andel menn og kvinner 75-76 år som oppgav å ha hatt slag/ hjerneblødning. Oslo 2000-01. Prosent



Kilde: HUBRO

Tabell 6: Andel eldre 75-76 år som oppgav å ha hatt hjerneslag/ hjerneblødning i ulike grupper. Oslo 2000-2001. Prosent

	Kvinner	Menn
Alle	8	10
Region		
Ytre vest	5	10
Indre vest	8	9
Indre øst	13	12
Ytre øst	8	9
sign.	**	ns
Utdanning		
Grunnskole	8	9
Videregående	8	11
Universitet/ høyskole	6	10
sign.	ns	ns
Sivil status		
Bor med ektefelle/samboer	7	10
Bor alene	8	11
sign.	ns	ns

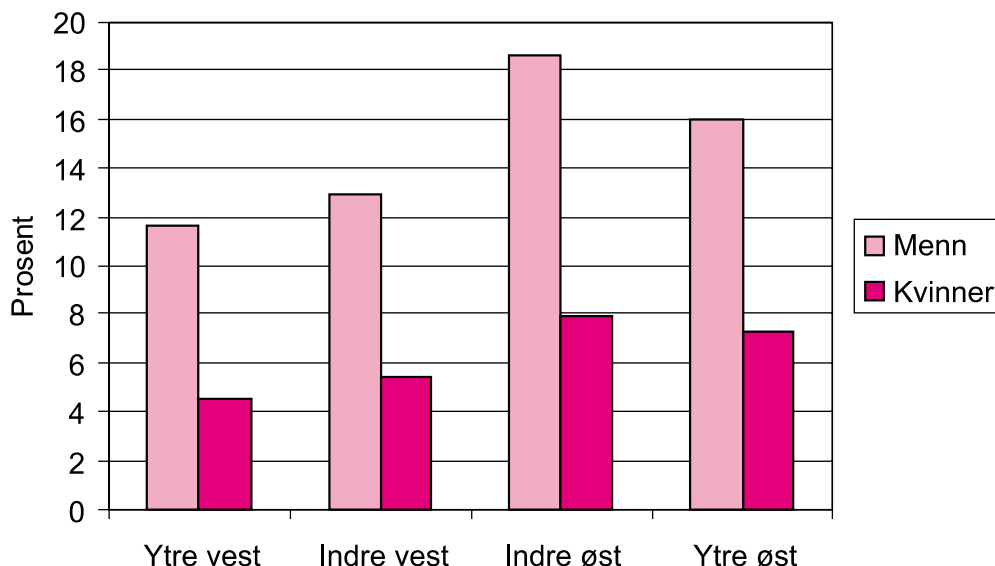
Kilde: HUBRO

Hjerteinfarkt

Det var i alle regioner i Oslo langt flere eldre menn enn eldre kvinner som hadde hatt hjerteinfarkt. Det var ellers bare små forskjeller mellom regioner og utdanningsgrupper.

Andelen som hadde hatt hjerteinfarkt, var over dobbelt så høy for menn (15%) som for kvinner (6%) på 75-76 år (fig. 8, tab. 7). Selv om forskjellene mellom regioner i figur 8 ikke er statistisk sikre, finner man lignende geografiske forskjeller også i andre aldersgrupper og i dødelighet av hjerteinfarkt (Helseprofil for Oslo: Voksenheftet). Det er også samme ulikhetsmønster både for kvinner og menn.

Figur 8: Andel eldre 75-76 år som oppgav å ha hatt hjerteinfarkt i regioner i Oslo 2000-2001. Prosent



Kilde: HUBRO

Tabell 7: Andel eldre 75-76 år som oppgav å ha hatt hjerteinfarkt i ulike grupper. Oslo 2000-2001. Prosent

	Kvinner	Menn
Alle	6	15
Region		
Ytre vest	5	12
Indre vest	5	13
Indre øst	8	19
Ytre øst	7	16
sign.	ns	ns
Utdanning		
Grunnskole	7	16
Videregående	6	15
Universitet/ høyskole	4	14
sign.	ns	ns
Sivil status		
Bor med ektefelle/samboer	7	15
Bor alene	6	14
sign.	ns	ns

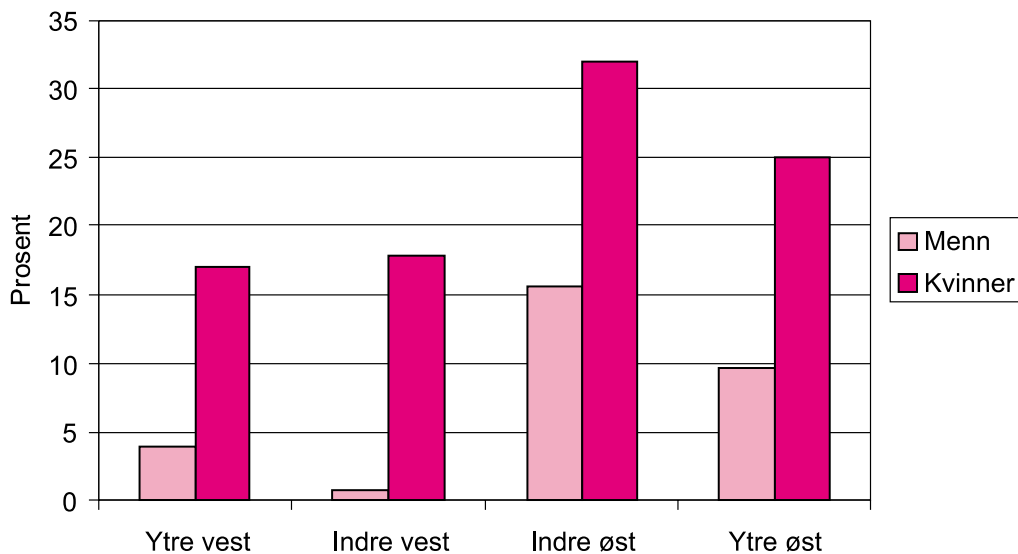
Kilde: HUBRO

Muskel- og skjelettplager

I motsetning til mange andre sykdomsgrupper, der forekomsten øker jevnt med alderen, var muskel-skjelettplager mindre vanlig blant eldre Oslo-borgere enn blant middelaldrende. Det var markante øst-vestforskjeller innen Oslo, med høyere andel som hadde plager i øst enn i vest. En høyere andel hadde slike plager i gruppen med grunnskole enn i gruppen med høyere utdanning. Eldre menn som bodde alene hadde en høyere andel med muskel-skjelettplager enn eldre menn med ektefelle/ samboer.

Over tre ganger så mange eldre kvinner som menn i Oslo var mye plaget av smerter i muskler og ledd, 22% av kvinnene og 7% av mennene (se tab. 8 og boks for definisjoner). Det var en lavere andel eldre på 75-76 år som var plaget av slike smerter enn for 59-60-åringene. Østlige regioner hadde betydelig høyere andeler med plager enn vestlige (fig. 9, tab. 8). Eldre med grunnskoleutdanning var mer plaget av denne typen smerter enn eldre med høyere utdanning, og forskjellene var særlig uttalt for kvinnene. Blant eldre menn var de som bodde alene mer plaget av smerter enn de som bodde sammen med ektefelle/ samboer.

Figur 9: Andel menn og kvinner 75-76 år som var mye plaget av smerter i muskler og ledd. Oslo 2000-01. Prosent



Kilde: HUBRO

Tabell 8: Andel eldre 75-76 år som var mye plaget av smerter i muskler og ledd. Oslo 2000-2001. Prosent

	Kvinner	Menn
Alle	22	7
Region		
Ytre vest	17	4
Indre vest	18	1
Indre øst	32	16
Ytre øst	25	10
sign.	***	***
Utdanning		
Grunnskole	27	11
Videregående	20	7
Universitet/ høyskole	16	5
sign.	***	*
Sivil status		
Bor med ektefelle/samboer	23	6
Bor alene	22	12
sign.	ns	***

Kilde: HUBRO

Spørsmålet som ble stilt i helseundersøkelsen i Oslo var:

”Har du vært plaget med smerter og/eller stivhet i muskler og ledd i løpet av de siste 4 ukene?”
Man kunne krysse av på svaralternativene ”Ikke plaget”(verdi 1) ”En del plaget” (verdi 2) eller ”Sterkt plaget” (verdi 3) av smerter i

Nakke/skuldre
Armer, hender
Øvre del av ryggen
Korsryggen
Hofter, ben, føtter
Andre steder

Svarverdiene fra hvert av spørsmålene ble summert, og dividert på antall svar, slik at en person som har svart 1 eller ikke plaget på alle spørsmål ville få en gjennomsnittlig verdi på $6:6=1$, mens en person som har svart 3 eller sterkt plaget på alle spørsmålene ville fått en gjennomsnittsverdi på $18:6=3$. Graden av smerter varierer dermed fra 1 til 3 for den enkelte. Vi har satt en grense på 2 eller over 2, og får med de 14% som var mest plaget av smerter/ stivhet i muskler og ledd (9% av mennene og 19% av kvinnene). For å få verdien 2 i gjennomsnitt, kunne man for eksempel ha krysset av for en del plaget på alle 6 spørsmålene eller man kunne ha krysset av for sterkt plaget på 4 av 6 spørsmål. (Mange andre kombinasjoner av svar kan også gi et gjennomsnitt på 2 eller mer).

Psykisk helse

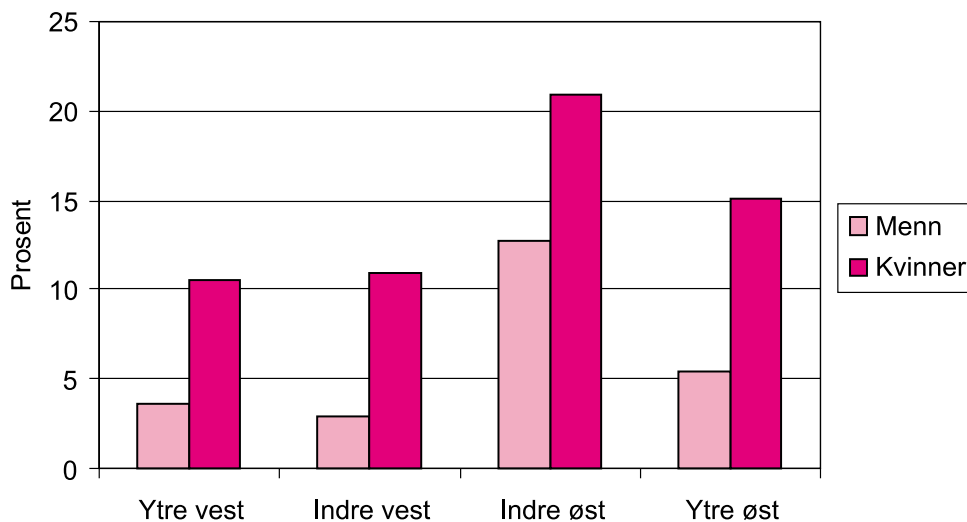
Både blant menn og kvinner var det en lavere andel med psykiske plager blant 75-76 åringer enn i yngre aldersgrupper. Forskjellene mellom regioner i Oslo og utdanningsgrupper lignet på dem vi fant for muskel-skjelettplager; en høyere andel med psykiske plager i øst enn i vest og høyest andel med plager i gruppen med grunnskoleutdanning. Eldre menn som bodde alene var mer plaget av psykiske symptomer enn dem som hadde ektefelle/ samboer.

Symptomer på psykiske problemer ble kartlagt med et instrument bestående av 10 spørsmål i helseundersøkelsen i Oslo. På grunnlag av dette kan man lage gjennomsnittsverdier for psykisk helse, og finne ut hvor mange som får verdier over et visst nivå. Det nivået vi bruker her, gir et anslag over hvor stor andel av befolkningen som har psykiske problemer (se egen beskrivelse innfelt). Det betyr *ikke* at denne gruppen defineres som ”psykiatrisk syke” eller ”behandlingstrengende”. I det følgende blir denne gruppen omtalt som personer med ”symptomer på psykiske problemer”.

Flere kvinner (13%) enn menn (5%) hadde symptomer på psykiske problemer. De eldre hadde imidlertid mindre psykiske problemer enn 59-60-åringene. Kvinner på 75-76 år hadde omtrent like mye symptomer på psykiske problemer som 40 og 45-åringene i samme materiale, mens menn på 75-76 år hadde mindre symptomer enn 40-åringene og lå omtrent på samme nivå som 30-åringene.

På samme måte som for muskel- og skjelettplager var det store forskjeller mellom forekomst av psykiske problemer i østlige og vestlige bydeler og regioner (fig. 10). Særlig var det en høy andel kvinner og menn med psykiske problemer i Indre øst. Som for muskel- og skjelettplager var det de med lavest utdanning og menn som bodde alene, som hadde høyest andel med psykiske problemer (tab. 9). Eldre kvinner som bodde alene var ikke mer plaget av slike symptomer enn dem som hadde ektefelle, i likhet med mønsteret for generell helse og muskel- og skjelettplager.

Figur 10: Andel eldre 75-76 år med symptomer på psykiske problemer. Oslo 2000-2001. Prosent



Kilde: HUBRO

Tabell 9: Andel eldre 75-76 år med symptomer på psykiske problemer. Oslo 2000-2001. Prosent

	Kvinner	Menn
Alle	13	5
Region		
Ytre vest	11	4
Indre vest	11	3
Indre øst	21	13
Ytre øst	15	5
sign.	**	***
Utdanning		
Grunnskole	18	9
Videregående	11	3
Universitet/ høyskole	9	4
sign.	***	***
Sivil status		
Bor med ektefelle/samboer	14	3
Bor alene	13	10
sign.	ns	***

Kilde: HUBRO

Instrumentet på 10 spørsmål som ble stilt i spørreskjemaet, er en kortform av et større spørsmålsbatteri SCL-25 (Hopkins Symptom Check List). SCL-25 regnes for å være et spørreskjema som måler angst og depresjon forholdsvis godt. Det skulle settes ett kryss for hvert delspørsmål, og svaralternativene var ”ikke plaget”, ”litt plaget”, ”ganske mye plaget” eller ”veldig mye plaget”.

Spørsmålet lød:

”Under finner du en liste over ulike problemer. Har du opplevd noe av dette den siste uken (til og med i dag)?”

Plutselig frykt uten grunn
Føler deg redd eller engstelig
Matthet eller svimmelhet
Føler du deg anspent eller oppjaget
Lett for å klandre deg selv
Søvnproblemer
Nedtrykt, tungsindig
Følelse av å være unyttig, lite verd
Følelse av at alt er et slit
Følelse av håpløshet mht. framtida

Svarverdiene ble summert og dividert på antall svar, slik at en person som hadde svart 1 (ikke plaget) på alle spørsmålene ville få gjennomsnittlig verdi på $10:10=1$, mens en som hadde svart 4 (veldig mye plaget) på alle, ville få $40:10=4$ i gjennomsnitt. For SCL-10 har det blitt anslått at de som får en gjennomsnittsverdi på 1,85 eller høyere har symptomer på psykiske problemer (Strand m.fl. 2002). Instrumentet måler særlig symptomer på angst og depresjon.

NB: I helseundersøkelsen i Oslo spurte man om symptomer den siste uken, som brukes i den originale SCL 25, i motsetning til en del andre undersøkelser der det ble spurt om symptomer siste 14 dager.

Tannhelse

De fleste eldre på 67 år og over i byområder har egne tenner. Blant friske hjemmeboende eldre i Oslo var det mindre enn 10% tannløse. På slutten av 1990-tallet var andelen tannløse eldre i Norge betraktelig lavere enn på slutten av 1970-tallet.

Tannhelsen er et viktig område innen eldreomsorgen. En vond munn og vonde tenner gjør det vanskelig for den gamle å få tilstrekkelig næring, med de helsekonsekvenser dette kan ha for eldre mennesker.

Tannhelseproblemer hos eldre kan beskrives ved andel tannløse, men kariesproblemer og tannkjøtt- og slimhinnetilstand i munnen er også av betydning for de eldres tannhelse. Tall for andel tannløse på landsbasis er tilgjengelige, men det er vanskelig å finne tall for Oslo.

Det ble gjennomført en landsomfattende tannhelseundersøkelse blant eldre over 67 år i 1996-99. Undersøkelsen omfattet både friske hjemmeboende, personer i hjemmesykepleie og på institusjon.

Gruppen ”friske” hjemmeboende var på i alt 1152 personer, derav 200 fra Oslo. I alt ble 582 personer i gruppen intervjuet og klinisk undersøkt (tab. 10). Tannløsheten var på rundt 30% blant friske hjemmeboende i hele landet. Tilsvarende andel var på ca 50% i perioden 1973-85 (Ambjørnsen m.fl. 2002). Andelen tannløse blant de ”friske” hjemmeboende i Oslo var under 10% i 1996-99 (Henriksen BM, pers. med.).

Tannhelseundersøkelsen 1996-1999 viste at tannløsheten økte med økende alder. Det var en tendens til at menn oftere hadde egne tenner enn kvinner, og det var stor og signifikant forskjell i tannløshet mellom eldre i byer og på småsteder. De fleste i byområdene hadde egne tenner (88%), mens eldre på småsteder hadde helproteser. Tannløsheten økte jo lenger nord man kom (Ambjørnsen m.fl. 2002).

Eldre i hjemmesykepleie og i institusjon hadde sjeldnere egne tenner enn de ”friske” hjemmeboende i landet (41% mot 68%), mens det var liten forskjell i tannstatus mellom eldre i institusjon og i hjemmesykepleie. Tallene for Oslo er ennå ikke publisert.

Plager, smerter og spiseproblemer uttrykker også noe om tannhelsetilstanden. Rundt 10% av de ”friske” hjemmeboende eldre i den landsomfattende undersøkelsen sa at de hadde smerter og plager, og omtrent hver tredje anga problemer med spising. Blant eldre i institusjon og hjemmesykepleie var tilsvarende tall 15 og 30 %.

Tabell 10: Tannstatus i Oslo og hele landet blant hjemmeboende eldre 67 år og over 1996-99. Prosent

	Egne tenner	Tenner og proteser	Bare proteser	Antall personer i alt
Hele landet*	40	28	32	582
Oslo	69	24	7	86

* 3 personer hadde verken tenner eller protese

Kilde: Henriksen BM. Personlig meddelelse.

Forventet gjenværende leveår for eldre

Siden første del av 1990-tallet har forventet gjenværende leveår for 65-åringer i Oslo økt med 0,9 år for menn og 0,8 år for kvinner. Forventet gjenværende leveår økte mer i Oslo enn i hele landet.

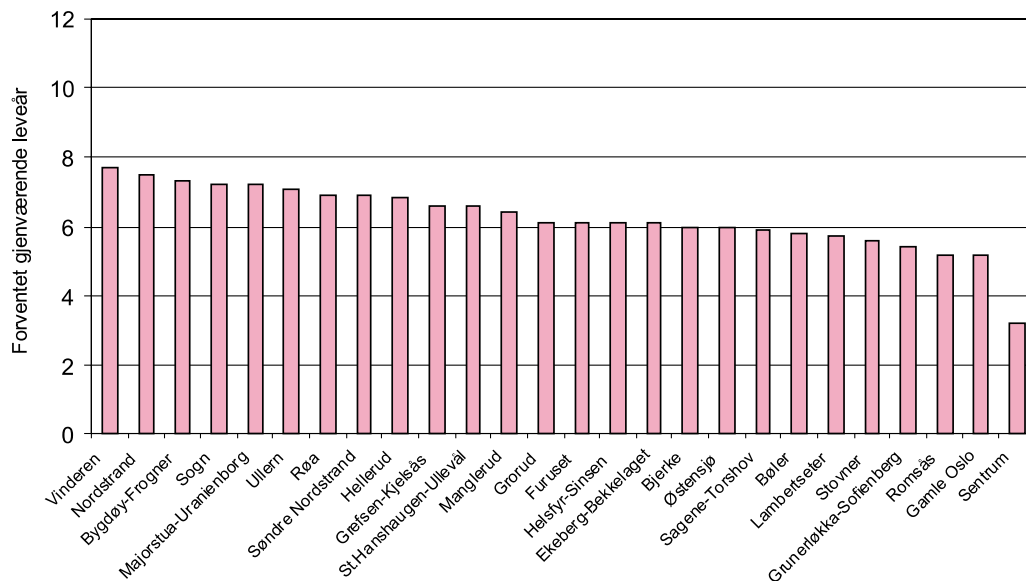
Forventet gjenværende leveår for 65-åringer i Oslo var på 15,3 år for menn og 19,2 år for kvinner i perioden 1996-2000. Forventet gjenværende leveår for 65-åringer i Oslo hadde økt med 0,9 år for menn og 0,8 år for kvinner fra første del av 1990-tallet. Forventet gjenværende leveår for 65-åringer i hele landet i perioden 1996-2000 var 15,7 år for menn og 19,5 år for kvinner (Statistisk sentralbyrå 2002a). Hele landet hadde en økning på 0,7 år for menn og 0,5 år for kvinner fra forrige periode. Forventet gjenstående leveår økte altså mer i Oslo enn i hele landet og litt mer for menn enn for kvinner.

For årene etter 1997 har det ikke blitt publisert tall for kommuner og bydeler. Tallene i dette avsnittet er derfor for perioden 1993-97, da det ble laget bydelstall for forventet gjenværende leveår for 80 åringer.

Forventet gjenværende leveår i Oslo for 80-åringer var på 6,4 år for menn og 8,2 år for kvinner.

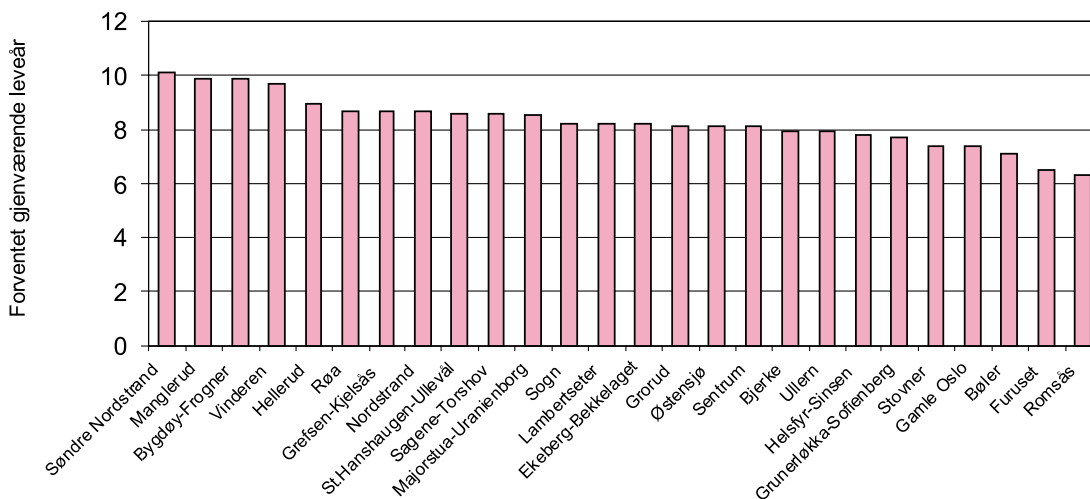
Forventet gjenværende leveår varierte mellom bydelene. Nesten 4 år skilte mellom bydelene for 80-årige kvinner og 2,5 år for 80-årige menn. Forventet gjenværende leveår for 80-årige menn var 7,7 på Vinderen og 7,5 på Nordstrand, sammenlignet med 5,2 år i bydelene Romsås og Gamle Oslo. I Sentrum bydel var forventet gjenværende leveår på 3,2, men innbyggertallet i Sentrum er så lavt at det sannsynligvis knytter seg stor usikkerhet til tallet. 80-årige kvinner på Søndre Nordstrand hadde en forventet gjenværende levetid på 10,1, på Manglerud og Bygdøy-Frogner på 9,9 år. På Romsås hadde 80-årige kvinner en forventet gjenværende levetid på 6,3 og på Furuset 6,5 år.

Figur 11: Forventet gjenværende leveår for menn på 80 år i Oslo. 1993-97



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 12: Forventet gjenværende leveår for kvinner på 80 år i Oslo. 1993-97



Kilde: Statistisk sentralbyrå

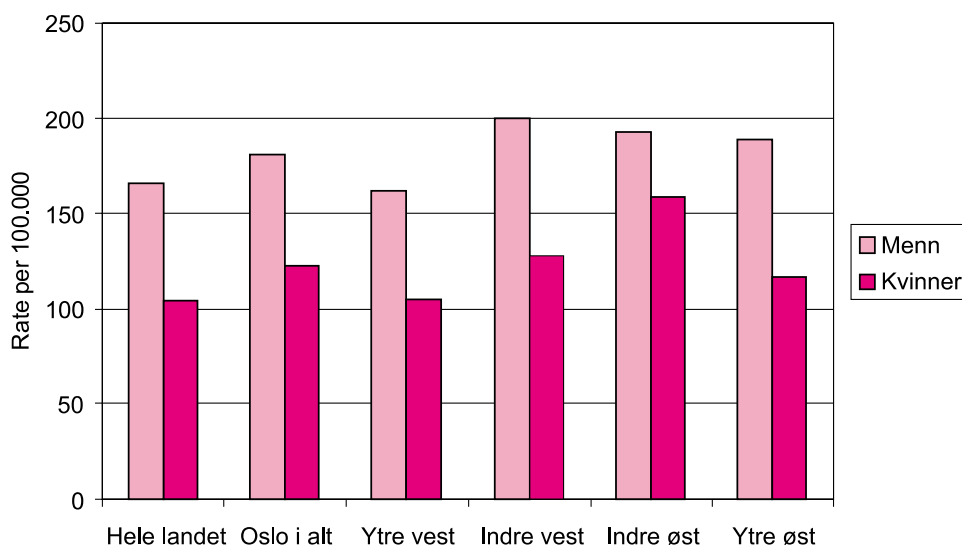
Ulykker

Dødelighet av ulykker blant eldre i Oslo

Dødelighet av ulykker blant eldre var vanligere i Oslo enn i landet som helhet. Eldre menn i Ytre vest hadde lavere ulykkesdødelighet enn menn i de andre regionene.

Blant menn og kvinner på 65 år og over var dødsfall på grunn av ulykker vanligere i Oslo enn i landet som helhet. For menn var raten 182 per 100 000 i Oslo og 166 per 100 000 for hele landet (alderstandardisert). Kvinner på samme alder hadde en ulykkesrate på 122 i Oslo og 104 i landet som helhet. Ytre vest hadde lavest dødelighet av ulykker blant eldre menn i Oslo, mens de andre tre regionene hadde nokså lik ulykkesrate (fig. 13).

Figur 13: Dødelighet av ulykker* i alt blant eldre 65 år og over 1994-98. Aldersstandardiserte rater per 100 000 innb.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

*Ulykker som underliggende/viktigste dødsårsak

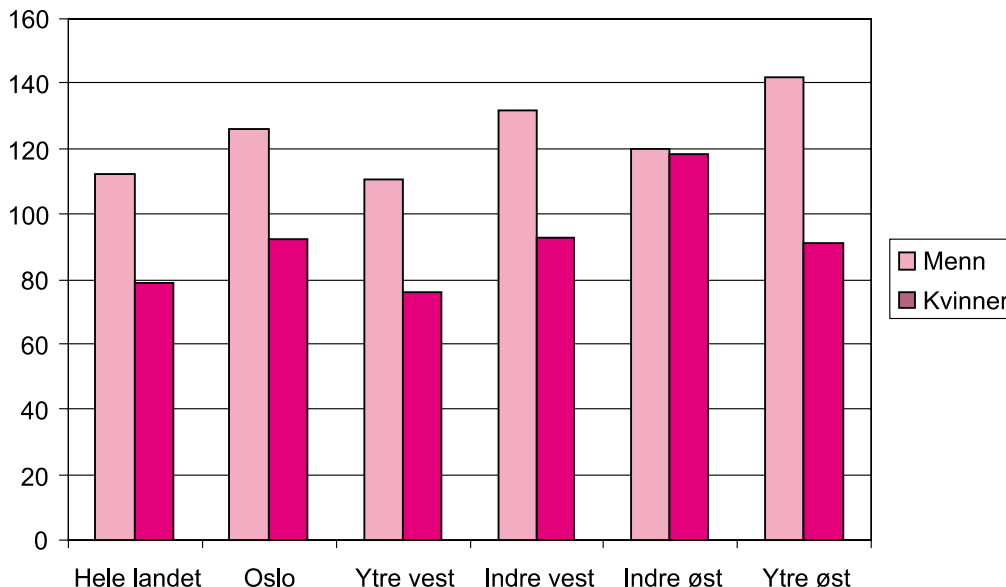
Dødelighet av fall blant eldre i Oslo

Falldødeligheten blant eldre var høyere blant menn enn blant kvinner. Det var høyere dødelighet av fall blant eldre i Oslo enn for hele landet.

Dødsfall på grunn av fall er en viktig undergruppe av ulykkesdødelighet, blant menn utgjorde fallene 40% og blant kvinner 67% av alle dødsulykker i 1999 (Statistisk sentralbyrå 2002b). Dødeligheten av fall blant eldre (65 år og eldre) var noe høyere i Oslo enn i landet som helhet – både for menn og kvinner (fig.14). Dødeligheten var, i motsetning til rater for hoftebrudd blant eldre, høyere blant menn enn blant kvinner.

Dødelighet av fallulykker blant de eldste (80 år og over) ligger betydelig høyere enn raten for alle på 65 år og over. For hele Oslo var raten for de eldste 200 per 100 000 for kvinner og 203 per 100 000 for menn (ikke alderstandardisert), mens ratene for personer 65 år og over var hhv. 126 og 92 for menn og kvinner. I gjennomsnitt døde 68 kvinner og 26 menn på 80 år og over av fallulykker hvert år i Oslo i perioden 1994-98.

Figur 14: Dødelighet av fall* blant menn og kvinner på 65 år og over 1994-98. Aldersjusterte rater per 100 000



Kilde: Statistisk sentralbyrå

*Ulykker som underliggende/viktigste dødsårsak

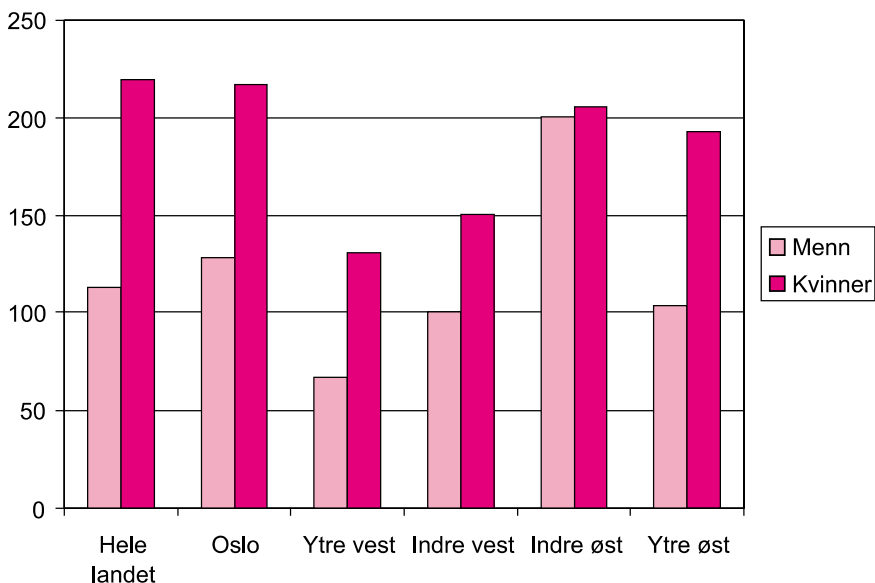
Sykehusopphold på grunn av brudd

Den vanligste typen brudd blant eldre var lårhals-, lårbens- eller underarmsbrudd. Det var høyere utskrivningsrater etter sykehusopphold pga. brudd blant de eldste i Oslo enn i hele landet. Det var høyere rate for utskrivninger blant kvinner enn blant menn, og høyere i Indre øst enn i Ytre vest.

Det ble i Oslo i perioden 1998-2000 årlig registrert i gjennomsnitt 1963 utskrivninger fra sykehus på grunn av brudd hos personer over 70 år, og av disse var 67% over 80 år. Den vanligste typen brudd blant eldre var lårhals-, lårbens- eller underarmsbrudd. Utskrivningsraten var noe høyere i Oslo enn gjennomsnittet for landet, særlig blant dem over 80 år. Det var også forskjell mellom bydeler og regioner i Oslo, og raten var høyest i Indre øst og lavest i Ytre vest for alle over 70 år. Bruddraten var nesten dobbelt så høy for kvinner som for menn. Menn i Indre øst hadde en påfallende høy rate for brudd, særlig i alderen 70-79 år (fig. 15 og 16).

Definisjon: "Utskrivninger" er antall utskrivninger fra sykehus i løpet av året, der pasienter med flere innleggelses og utskrivninger i løpet av året blir telt flere ganger. En person som er innlagt og utskrevet flere ganger i 2000, vil derfor bidra til flere utskrivninger i 2000-statistikken (selv om det var på samme sykehus). Samme brudd kan altså bli telt flere ganger, fordi man ikke har personidentifiserbare registre. Pasienter som er innlagt i løpet av 2000, men ikke utskrevet ved slutten av året, er ikke med i 2000-statistikken. Pasienter som dør i løpet av sykehusoppholdet regnes også med i tallet for utskrivninger.

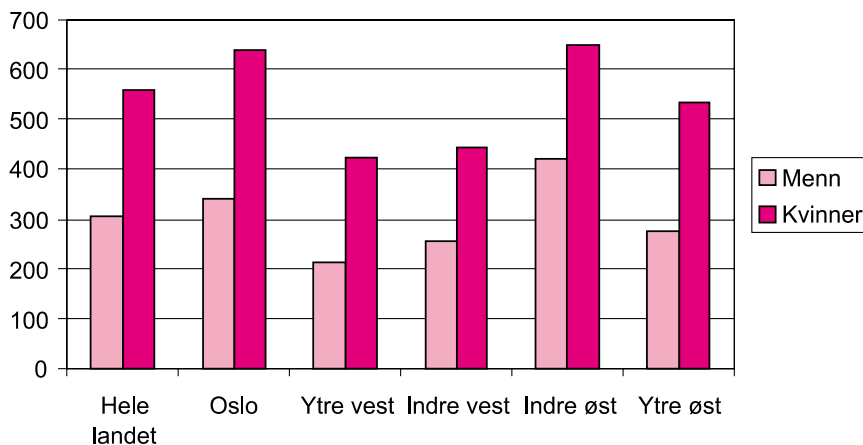
Figur 15: Utskrivninger etter brudd i alderen 70-79 år 1998-2000.* Rate per 10 000



Kilde: Statistisk sentralbyrå

* Regionfordelingen av antallet utskrivninger er noe usikkert, idet 20% av registreringene mangler bydelstilhørighet. Regionene kan sammenlignes innbyrdes og Oslo kan sammenlignes med hele landet.

Figur 16: Utskrivninger etter brudd i aldersgruppen over 80 år 1998-2000. * Rate per 10 000



Kilde: Statistisk sentralbyrå

* Regionfordelingen av antallet utskrivninger er noe usikkert, idet 20% av registreringene mangler bydelstilhørighet. Regionene kan sammenlignes innbyrdes og Oslo kan sammenlignes med hele landet.

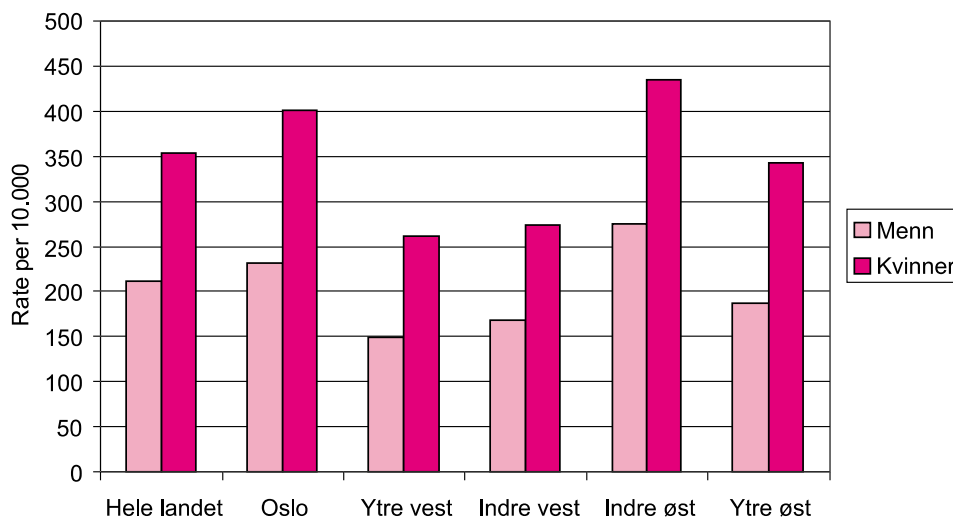
Hoftebrudd (lårhalsbrudd)

Oslo har høyest forekomst av hoftebrudd i verden. Oslo hadde også en høyere rate for utskrivninger fra sykehus enn hele landet. Utskrivningsraten for hoftebrudd var høyere i østlige enn i vestlige regioner. Raten for hoftebrudd økte sterkt med alder. Blant 75-76-åringene i HUBRO rapporterte 4% av mennene og 6% av kvinnene at de hadde brukket lårhalsen.

Hoftebrudd er den bruddtypen som har de alvorligste følger for den enkelte og medfører store utgiftene for samfunnet. Dødeligheten hos pasienter med hoftebrudd er 10-30%, og av dem som overlever, er det mange som aldri blir selvhjulpne igjen (Falck og Meyer 1998). Årlig skjer rundt 9000 hoftebrudd her i landet. Risikoen for brudd øker med alderen, og det er langt flere kvinner enn menn som brykker hoften.

Oslo har den høyeste forekomst av hoftebrudd i verden (Loftshus m.fl. 2001). Data for utskrivninger fra sykehus viser at det i Oslo i perioden 1998-2000 årlig ble registrert i gjennomsnitt 1155 utskrivninger av personer over 70 år etter hoftebrudd. Det var i Oslo en årlig rate på 207 utskrivninger/10 000 i perioden 1998-2000, mot 167/10 000 i landet som helhet. Særlig for kvinner over 80 år var bruddraten høyere i Oslo enn i resten av landet, 401/10 000 i Oslo mot 353/10 000 i landet som helhet. Det var også store forskjeller mellom regionene i Oslo, og ratene var høyest i østlige bydeler (fig. 17). Dette stemmer også med analysene av data fra 1995 (Røgnerud og Stensvold 1998). På grunnlag av sykehusdata gjorde Loftshus og medarbeidere (2001) mer nøyaktige beregninger av rater for hoftebrudd i ulike aldersgrupper i Oslo (fig. 18).

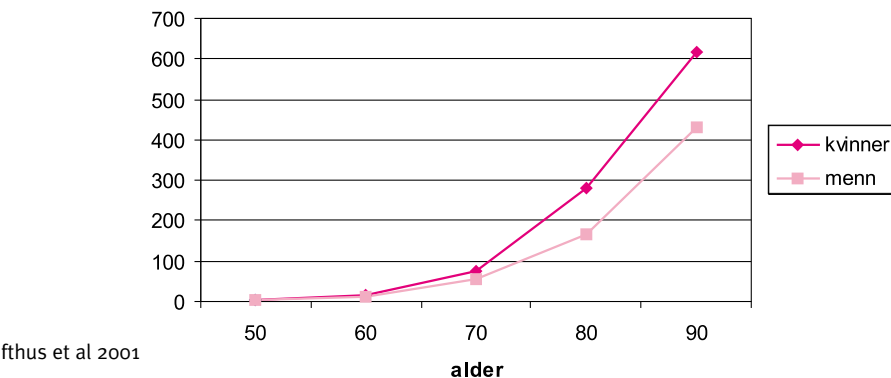
Figur 17: Hoftebrudd i Oslo for menn og kvinner 80 år og over 1998-2000. Rate per 10 000



Kilde: Statistisk sentralbyrå

* Regionfordelingen av antallet utskrivninger er noe usikkert, idet 20% av registreringene mangler bydelstilhørighet. Regionene kan sammenlignes innbyrdes og Oslo kan sammenlignes med hele landet.

Figur 18: Hoftebrudd i Oslo etter alder 1996-97. Rate per 10 000



Kilde: Loftshus et al 2001

I Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO) oppgav 4% av mennene og 6% av kvinnene i alderen 75-76 år at de hadde brukket lårhalsen. Her fant man ikke de samme geografiske forskjellene mellom regioner i Oslo som for pasientdataene. Det var heller ikke forskjeller i grupper for utdanning. Blant menn som bodde alene var det flere som hadde brukket lårhalsen (7%) enn blant menn som bodde sammen med ektefelle eller samboer (3%).

Førlighet og funksjon i dagliglivet

Funksjon i dagliglivet

Blant eldre i alderen 75-76 år som kom til Helseundersøkelsen i Oslo hadde de fleste god førlighet, og relativt få hadde problemer med å utføre daglige ærend eller bruke offentlig transport. Det var litt flere kvinner enn menn som hadde slike problemer.

De aller fleste Oslo-folk i alderen 75-76 år som møtte til HUBRO, kunne uten problemer bevege seg i egen bolig og ut av boligen, 90% av kvinnene og nesten 95% av mennene. Noen flere opplevde begrensninger når det gjaldt å delta i foreningsliv, men 80-85% hadde ingen problemer med dette. Det var størst kjønnsforskjeller for bruk av offentlig transport og for å kunne utføre daglige ærend, 80% av kvinnene og 90% av mennene kunne uten problemer gjøre slike ting (fig. 19). Det er nok veldig sannsynlig at eldre med bevegelingsproblemer hadde større frafall til undersøkelsen enn eldre med høy grad av førlighet. Andel eldre med funksjonsproblemer i Oslo vil dermed bli noe undervurdert i HUBRO-resultatene.

Spørsmålene som ble stilt i HUBRO var:

Har du på grunn av varige helseproblemer vansker med å

Bevege deg rundt i egen bolig?

Komme deg ut av boligen på egen hånd?

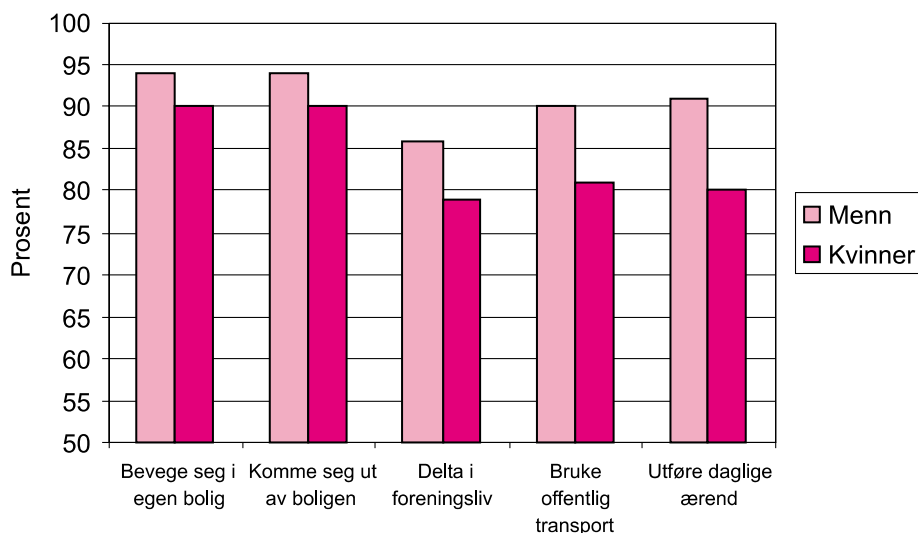
Delta i foreningsliv eller andre fritidsaktiviteter?

Bruke offentlige transportmidler?

Utføre nødvendige daglige ærend?

For hvert spørsmål skulle man krysse av for ett av tre: Ingen vansker / noen vansker / store vansker

Figur 19: Andel eldre 75-76 år som ikke hadde noen vanskeligheter (på grunn av varige helseproblemer) med bestemte gjøremål. Oslo 2000-01. Prosent



Kilde: HUBRO

Bevegelsesvansker

I alderen 75-76 år var det dobbelt så mange kvinner som menn som hadde problemer med å bevege seg i egen bolig eller ut av boligen. Det var ikke geografiske forskjeller eller forskjeller mellom utdanningsgrupper.

73% av mennene og 66% av kvinnene på 75-76 år svarte at de uten problemer kunne gå en 5 minutters tur i noenlunde raskt tempo. 5% av alle eldre kunne "med store problemer" gjennomføre en slik tur og 5% kunne ikke klare det.

Av alle i alderen 75-76 år hadde 14% av kvinnene og 7% av mennene vansker med å bevege seg i egen bolig eller ut av boligen (tab. 11). Inndeling i regioner i Oslo, utdanningsgrupper og sivilstand gir stort sett bare små og ikke statistisk sikre forskjeller (tab. 11). Menn som bodde alene hadde imidlertid oftere slike bevegelsesvansker enn menn som hadde ektefelle eller samboer. Også her må vi regne med at de som ikke møtte til HUBRO, kan ha hatt større bevegelsesvansker enn de som møtte.

Tabell 11: Andel eldre 75-76 år som hadde noen vansker/ store vansker med å bevege seg i eller ut av boligen. Oslo 2000-2001. Prosent

	Kvinner		Menn	
	Noen vansker	Store vansker	Noen vansker	Store vansker
Alle	11	3	6	1
Region				
Ytre vest	9	2	6	1
Indre vest	9	1	4	0
Indre øst	14	4	9	3
Ytre øst	11	3	6	1
sign.	ns	ns	ns	ns
Utdanning				
Grunnskole	12	2	9	2
Videregående	11	3	6	2
Universitet/ høyskole	8	2	5	0
sign.	*	ns	ns	ns
Sivil status				
Bor med ektefelle/samboer	10	3	5	1
Bor alene	11	2	9	2
sign.	ns	ns	**	*

Kilde: HUBRO

Nedsatt syn

En av ti eldre rapporterte i Helseundersøkelsen i Oslo at de hadde synsproblemer. Det var noe vanligere for eldre i østlige regioner å ha synsproblemer enn for eldre i vestlige regioner.

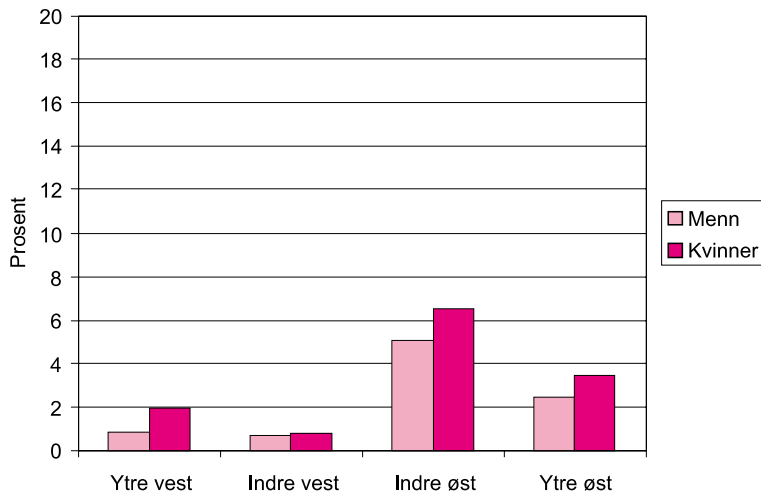
I Oslo hadde omtrent en av ti eldre problemer med synet i alderen 75-76 år (tab. 12). Det var høyere hyppighet av slike problemer i øst enn i vest (fig. 20). De med bare grunnskole rapporterte i større grad problemer enn de som hadde universitet/høyskoleutdanning. Kvinner og menn som bodde alene hadde til dels større problemer med synet enn dem som var gift/ samboende (tab. 12).

Kan du lese vanlig tekst i aviser, evt. med briller?

- Uten problemer
- Med litt problemer
- Med store problemer
- Nei

I gruppen “store problemer” i tabeller og figurer er også inkludert dem som *ikke* kunne lese tekst i aviser

Figur 20: Andel eldre 75-76 år som hadde store problemer med å lese vanlig tekst i aviser. Oslo 2000-2001. Prosent



Kilde: HUBRO

Tabell 12 Andel eldre 75-76 år som hadde problemer med å lese vanlig tekst i aviser (litt eller store problemer). Oslo 2000-2001. Prosent

	Kvinner, litt probl.	Kvinner, store probl.	Menn, litt probl.	Menn, store probl.
Alle	12	3	8	2
Region				
Ytre vest	10	2	6	1
Indre vest	10	1	9	1
Indre øst	19	6	18	5
Ytre øst	13	3	8	2
Sign.	*	**	***	*
Utdanning				
Grunnskole	14	4	9	4
Videregående	13	3	8	2
Universitet/ høyskole	9	1	8	1
Sign.	ns	*	ns	***
Sivil status				
Bor med ektefelle/samboer	10	3	8	2
Bor alene	14	3	10	4
Sign.	**	ns	ns	*

Kilde: HUBRO

Nedsatt hørsel

Flere menn enn kvinner hadde problemer med hørselen, og hele 33% av alle oppgav å ha problemer. Imidlertid var det bare 4% som hadde store problemer med å høre.

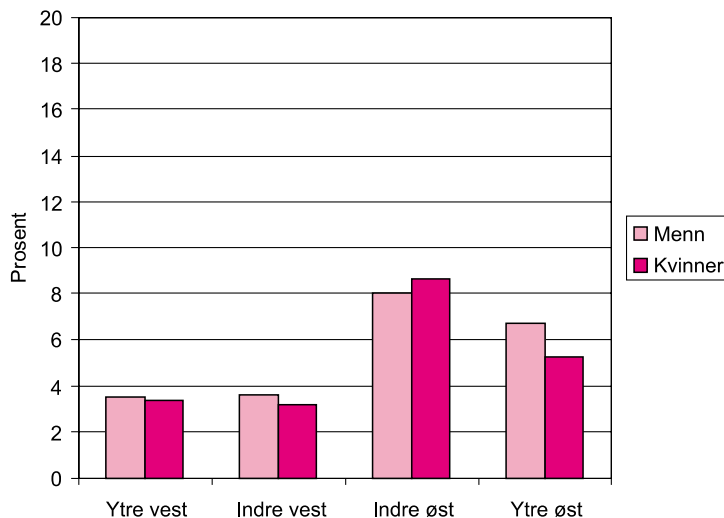
Det var adskillig flere eldre som hørte dårlig enn som så dårlig. 28% av kvinnene og 39% av mennene hadde problemer med hørselen. Også her var det bare noen få prosent som hadde store problemer (tab. 13). Det var en litt høyere andel med *store* hørselsproblemer i Indre øst enn i vestlige bydeler og regioner (fig. 21), og det var færre med dårlig hørsel i gruppen med høy utdanning.

Kan du høre hva som blir sagt i en normal samtale?

- Uten problemer
- Med litt problemer
- Med store problemer
- Nei

I gruppen "store problemer" i tabeller og figurer er også inkludert dem som *ikke* kunne høre hva som blir sagt i en normal samtale

Figur 21: Andel eldre 75-76 år som hadde store problemer med å høre hva som blir sagt i en normal samtale. Oslo 2000-2001. Prosent



Kilde: HUBRO

Tabell 13: Andel eldre 75-76 år som hadde problemer med å høre hva som blir sagt i en normal samtale (litt eller store problemer). Oslo 2000-2001. Prosent

	Kvinner, litt probl.	Kvinner, store probl.	Menn, litt probl.	Menn, store probl.
Alle	25	3	34	5
Region				
Ytre vest	27	3	35	4
Indre vest	25	3	27	4
Indre øst	28	9	32	8
Ytre øst	25	5	34	7
sign.	ns	*	ns	*
Utdanning				
Grunnskole	24	6	33	8
Videregående	27	5	35	6
Universitet/ høyskole	26	2	34	4
sign.	ns	*	ns	*
Sivil status				
Bor med ektefelle/samboer	23	4	35	6
Bor alene	27	5	30	4
sign.	ns	ns	ns	ns

Kilde: HUBRO

Trygt å ferdes alene i nærområdet?

Det var stor forskjell på eldre kvinner og menn når det gjelder følelse av trygghet ved å ferdes ute på kvelden. Både blant kvinner og menn var det prosentvis flest som følte seg utrygge i Indre øst, og her var også kjønnsforskjellene minst. Eldre med grunnskoleutdanning følte seg oftere utrygge enn eldre med høyere utdanning.

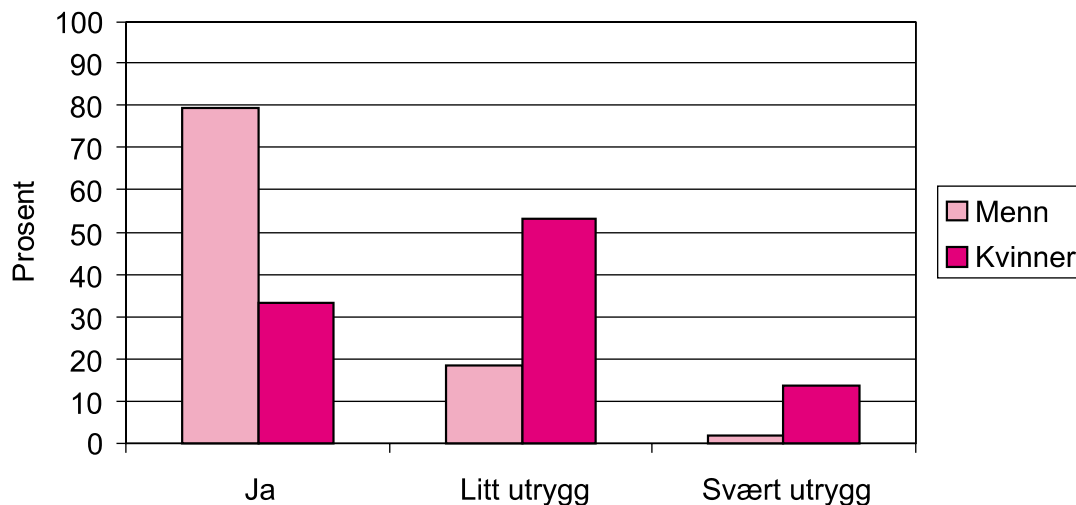
Menn på 75-76 år følte seg stort sett trygge ved å ferdes alene ute på kveldstid, mens kvinner på samme alder ofte opplevde utrygghet. Hele 67% av kvinnene og bare 21% av mennene følte seg litt eller svært utrygge. Det var forskjeller mellom østlige og vestlige regioner i Oslo, med prosentvis flere som følte seg utrygge i østlige enn i vestlige regioner. Fire av fem kvinner i Indre øst følte seg utrygge ved å ferdes ute om kvelden (fig. 23). Eldre med mange års utdanning følte seg oftere trygge i slike situasjoner enn eldre med grunnskole som høyeste utdanning. Det var flere som følte seg utrygge blant dem som bodde alene enn blant dem som bodde sammen med ektefelle/ samboer (tab. 14).

Spørsmålet som ble stilt var:

Ville du følt deg trygg ved å ferdes alene på kveldstid i nærområdet der du bor?

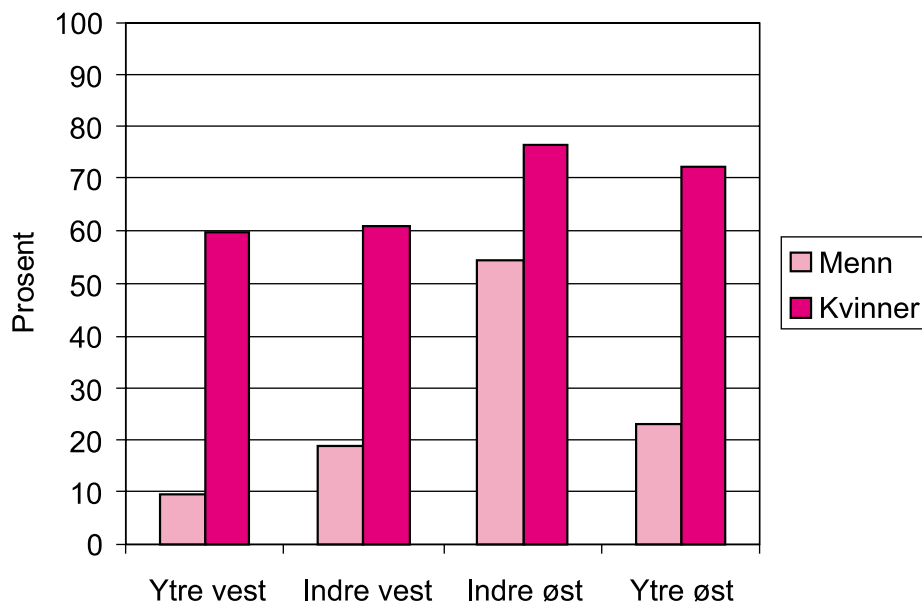
- Ja
- Litt utrygg
- Svært utrygg

Figur 22: Ville du følt deg trygg ved å ferdes alene på kveldstid i nærområdet der du bor? Svar fra eldre 75-76 år i Oslo 2000-2001. Prosent



Kilde: HUBRO

Figur 23: Andel eldre 75-76 år som ville følt seg litt utrygge eller svært utrygge ved å ferdes alene på kveldstid i nærområdet. Oslo 2000-2001. Prosent



Kilde: HUBRO

Tabell 14: Andel eldre 75-76 år som ville følt seg litt utrygge eller svært utrygge ved å ferdes alene på kveldstid i nærområdet der de bor. Oslo 2000-2001. Prosent

	Kvinner, litt utrygg	Kvinner, svært utrygg	Menn, litt utrygg	Menn, svært utrygg
Alle	53	14	19	2
Region				
Ytre vest	53	7	8	1
Indre vest	52	9	18	1
Indre øst	47	30	48	6
Ytre øst	55	17	21	2
sign.	ns	***	***	**
Utdanning				
Grunnskole	56	19	27	4
Videregående	53	14	21	2
Universitet/ høyskole	50	6	12	1
sign.	ns	***	***	**
Sivil status				
Bor med ektefelle/samboer	56	11	16	1
Bor alene	51	15	27	3
sign.	*	*	***	*

Kilde: HUBRO

Demens

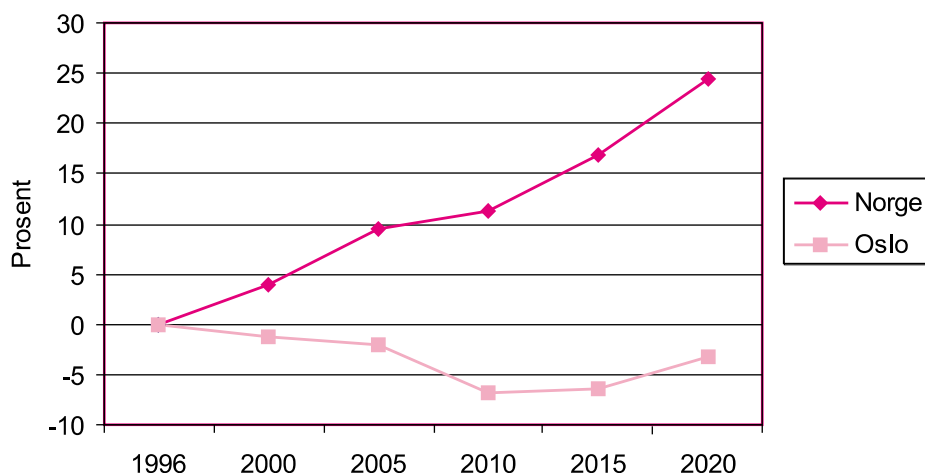
Antall personer med aldersdemens i Oslo forventes å synke noe fram mot år 2010, som følge av befolkningsutviklingen. Antallet for hele landet forventes derimot å øke jevnt fram mot år 2020.

Forekomsten av demens øker med økende alder. I aldersgruppen 67 til 79 år regnes en forekomst på 4,5 prosent, mens det i aldersgruppen over 80 år er vanlig å regne en forekomst på ca 20 prosent. Per 1.1. 2002 ville dette ha gitt nær 60.000 personer med demens i hele landet og mellom 6500 og 7000 personer i Oslo. Fordi andelen eldre i Oslo forventes å synke noe fram til 2010, vil antall personer med aldersdemens i Oslo trolig å synke fra ca 7000 i 1996 til ca 6700 i 2020, se figur 24 (Eek og Nygård 1999).

Aldersdemens:

En ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som språkevne, læring, hukommelse og tenkning. Sykdommen er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid (Engedal og Haugen 1996)

Figur 24: Forventet utvikling i andel personer med demens i Norge og i Oslo 1996-2020. Prosent



Kilde: Eek og Nygård 1999

Tilbud og bruk av helsetjenester

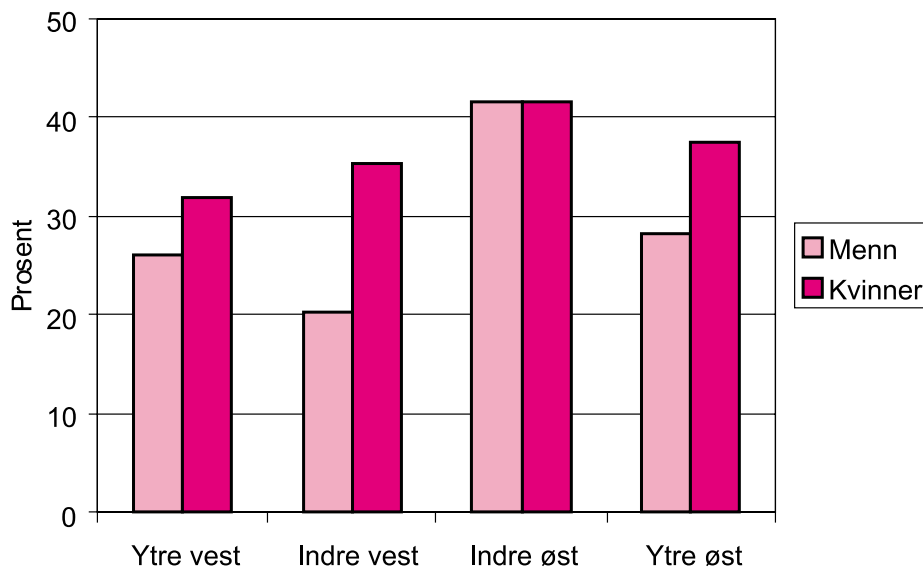
Allmennlege

Vel halvparten av de eldre hadde vært hos allmennlege 1-3 ganger siste år og rundt 30% hadde vært der minst 4 ganger. Indre øst hadde hyppigst bruk av allmennlege, 40% vært minst 4 ganger hos legen. Det var ingen kjønnsforskjell på hyppig bruk av allmennlege i Indre øst, mens det i de andre regionene var en høyere andel kvinner enn menn som hadde vært ofte hos legen.

Noen 75-76-åringere hadde ikke brukt allmennlege siste året, dette gjaldt 11% av mennene og 14% av kvinnene. De kan likevel ha vært hos spesialist, lege på sykehus eller legevakt, dette spørsmålet gjaldt

kun bruk av allmennpraktiserende lege. Over halvparten hadde vært hos allmennlege 1-3 ganger og rundt 30% hadde vært 4 ganger eller mer hos legen. Indre øst hadde høyest andel med minst 4 besøk, mens de vestlige bydelene lå lavest (fig. 25). Menn med grunnskoleutdanning og menn som bodde alene hadde høyere andel med minst 4 legebesøk enn gifte menn og menn med høy utdanning (tab. 15).

Figur 25: Andel eldre 75-76 år som hadde vært hos allmennlege minst 4 ganger siste 12 måneder. Oslo 2000-2001. Prosent



Kilde: HUBRO

Tabell 15: Andel eldre 75-76 år som hadde vært hos allmennlege minst 4 ganger siste 12 måneder. Oslo 2000-2001. Prosent

	Kvinner	Menn
Alle	36	28
Region		
Ytre vest	32	26
Indre vest	35	20
Indre øst	42	42
Ytre øst	37	28
sign.	*	**
Utdanning		
Grunnskole	39	33
Videregående	34	29
Universitet/ høyskole	33	25
sign.	ns	*
Sivil status		
Bor med ektefelle/samboer	37	27
Bor alene	35	33
sign.	ns	*

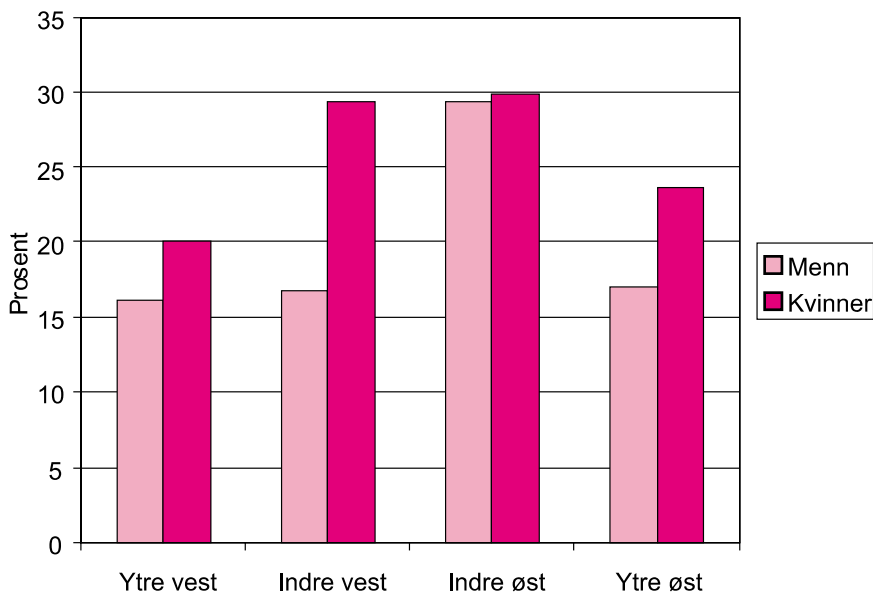
Kilde: HUBRO

Legevakt

En høyere andel eldre kvinner enn eldre menn hadde brukt legevakten siste året. Forskjellene i bruken av legevakt mellom regionene i Oslo lignet mye på forskjellene i allmennlegebruk, og det var en høyere andel brukere i Indre øst. Blant kvinner i Indre vest hadde en like høy andel vært på legevakten siste år som blant kvinner i Indre øst. Som for bruk av allmennlege var det heller ikke for bruk av legevakt noen kjønnsforskjell i Indre øst.

Omtrent én av fem eldre på 75-76 år hadde vært på legevakten minst én gang siste året, litt flere kvinner enn menn (tab. 16). Bare 2% hadde vært på legevakten 4 ganger eller mer. En høyere andel kvinner fra indre bydeler hadde vært på legevakten enn kvinner fra ytre bydeler, og flere menn fra Indre øst enn fra de andre regionene (fig. 26). Det var ikke forskjeller i legevaktbruk etter utdanning. Bruk av legevakt var litt vanligere blant eldre menn som bodde alene enn blant eldre menn med ektefelle/ samboer.

Figur 26: Andel eldre 75-76 år som hadde vært på legevakten minst én gang siste 12 måneder. Oslo 2000-2001. Prosent



Kilde: HUBRO

Tabell 16: Andel eldre 75-76 år som hadde vært på legevakten minst én gang siste 12 måneder. Oslo 2000-2001. Prosent

	Kvinner	Menn
Alle	24	18
Region		
Ytre vest	20	16
Indre vest	29	17
Indre øst	30	29
Ytre øst	24	17
sign.	*	*
Utdanning		
Grunnskole	22	19
Videregående	24	19
Universitet/ høyskole	24	16
sign.	ns	ns
Sivil status		
Bor med ektefelle/samboer	21	16
Bor alene	25	22
sign.	ns	*

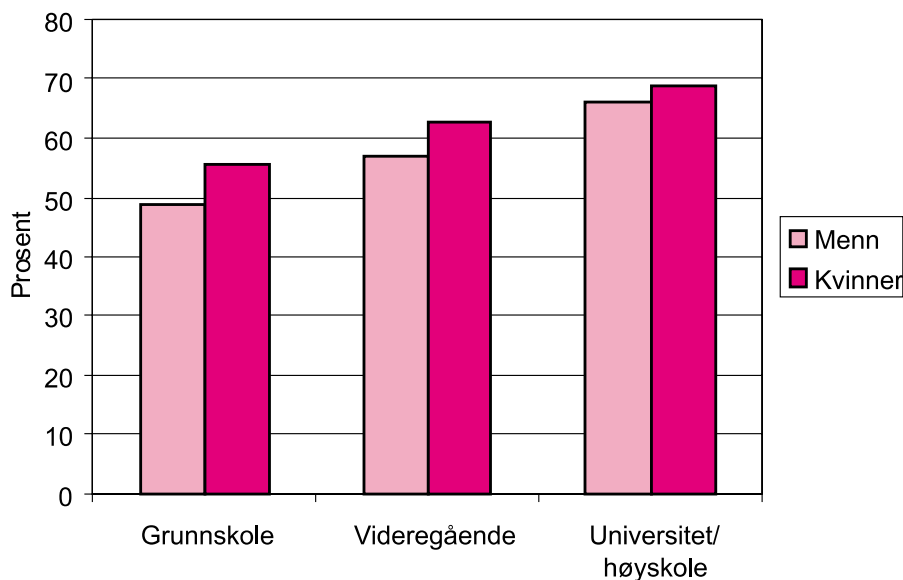
Kilde: HUBRO

Spesialisthelsetjeneste

Vel 60% av de eldre hadde vært minst én gang hos spesialist siste år. Blant eldre med høyere utdanning hadde prosentvis flere vært hos spesialist siste år (minst én gang) enn blant eldre med grunnskoleutdanning.

Nærmere halvparten av de eldre hadde vært 1-3 ganger og 14% hadde vært minst 4 ganger hos spesialist i løpet av siste år. Når vi ser på andel som hadde vært hos spesialist minst 4 ganger siste år var det ingen forskjeller etter kjønn, regioner, sivilstatus eller utdanning (tab. 17). Det viste seg likevel at bruk av spesialist minst én gang siste år var vanligere blant eldre med mange års utdanning enn blant eldre med relativt få års utdanning (fig. 27). Fordi vi har vist at sykkeligheten gjennomgående er størst blant dem med grunnskoleutdanning, er det tankevekkende at andelen som bruker spesialist 1-3 ganger siste år er høyest blant dem med lengst utdanning – og ”friskest”.

Figur 27: Andel eldre 75-76 år som hadde vært hos spesialist (minst én gang) siste 12 måneder. Oslo 2000-2001. Prosent



Kilde: HUBRO

Tabell 17: Andel eldre 75-76 år som hadde vært hos spesialist minst 4 ganger siste 12 måneder. Oslo 2000-2001. Prosent

	Kvinner	Menn
Alle	15	13
Region		
Ytre vest	14	14
Indre vest	15	14
Indre øst	16	17
Ytre øst	16	11
sign.	ns	ns
Utdanning		
Grunnskole	14	9
Videregående	16	14
Universitet/ høyskole	15	14
sign.	ns	ns
Sivil status		
Bor med ektefelle/samboer	14	13
Bor alene	16	14
sign.	ns	ns

Kilde: HUBRO

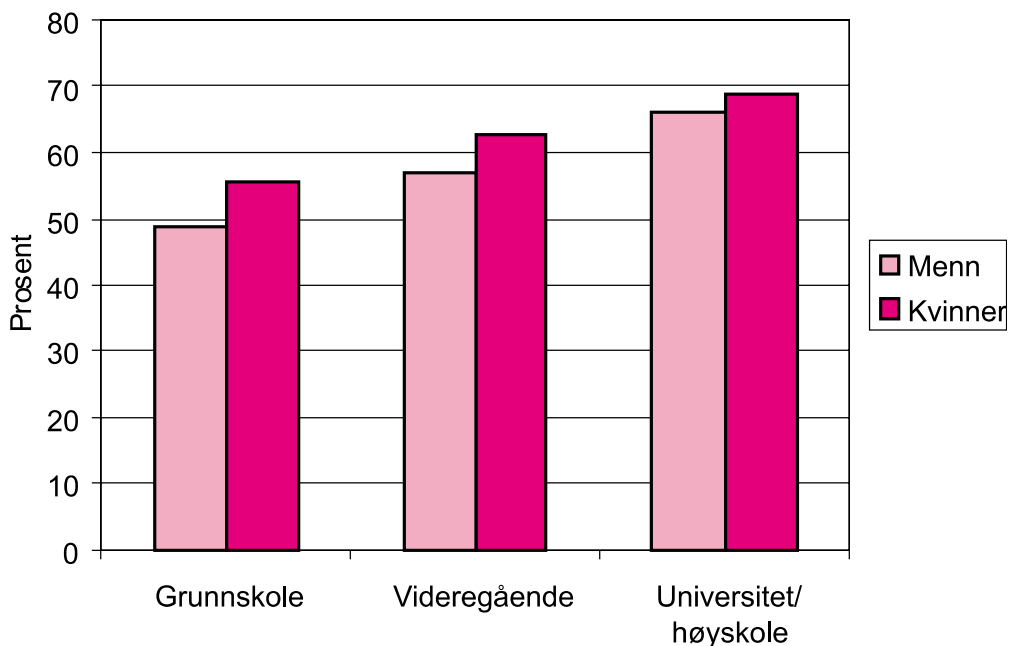
Tannhelsetjenester

De aller fleste eldre hadde vært hos tannlegen siste år, og andelen eldre som hadde vært hos tannlegen var like høy som for 60-åringene i Helseundersøkelsen i Oslo. Det var betydelige forskjeller etter bosted i Oslo, flere i vest enn i øst hadde vært hos tannlegen. De geografiske forskjellene var større for menn enn for kvinner. Både for kvinner og menn var det en høyere andel som hadde vært hos tannlegen siste år blant dem som bodde sammen med ektefelle/ samboer enn blant dem som bodde alene.

Eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie har rett til gratis behandling i den offentlige tannhelsetjenesten. I Oslo var 85% av eldre i institusjoner og dagsentra og 25% av pasienter med hjemmesykepleie under tilsyn av offentlig tannhelsetjeneste i 2001 (Tannhelseetaten i Oslo 2002). Siden stadig flere beholder egne tenner opp i høy alder, særlig i byene, er det naturlig å forvente en stor økning i behovet for tannbehandling i disse gruppene i årene framover.

På spørsmål i helseundersøkelsen i Oslo oppga de aller fleste 75-76-åringene at de hadde vært hos tannlegen siste året, noen flere kvinner enn menn. Som for de yngre aldersgruppene var det betydelige forskjeller mellom utdanningsgrupper og etter bosted i Oslo. Det var flere som hadde vært hos tannlege i vestlige enn i østlige regioner, og det var flere blant dem med høy utdanning enn blant dem med lav (fig. 28 og tab. 18). En del av disse forskjellene kan muligens ha sammenheng med økonomiske forhold, da alle kostnader ved å gå til tannlege må dekkes av den enkelte, så lenge man ikke er i institusjon eller har hjemmesykepleie. Både for menn og kvinner var det flere av gifte/ samboende som hadde vært hos tannlegen enn blant dem som bodde alene.

Figur 28: Andel eldre 75-76 år som hadde vært hos tannlege minst én gang siste år i grupper for utdanning. Oslo 2000-2001. Prosent



Kilde: HUBRO

Tabell 18: Andel eldre 75-76 år som hadde vært hos tannlege (minst én gang) siste år. Oslo 2000-2001. Prosent

	Kvinner	Menn
Alle	86	83
Region		
Ytre vest	92	89
Indre vest	88	88
Indre øst	78	70
Ytre øst	83	79
sign.	***	***
Utdanning		
Grunnskole	78	72
Videregående	91	81
Universitet/ høyskole	93	90
sign.	***	***
Sivil status		
Bor med ektefelle/samboer	90	85
Bor alene	83	77
sign.	***	***

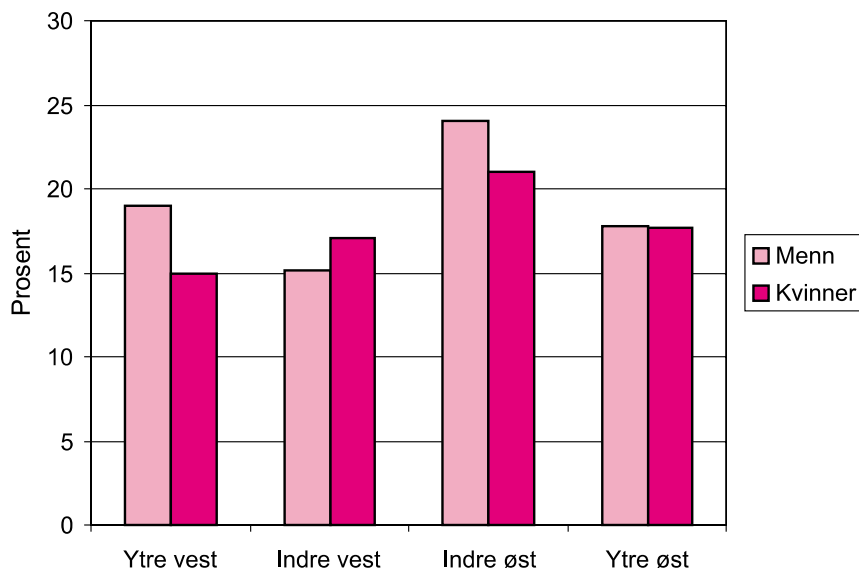
Kilde: HUBRO

Innleggelse på sykehus

Samlet sett oppgav litt flere eldre menn (20%) enn eldre kvinner(18%) at de hadde vært innlagt på sykehus siste år, en høyere andel i Indre øst enn i de andre regionene. I Indre øst hadde 24% av mennene og 21% av kvinnene vært innlagt på sykehus siste år.

Alt i alt hadde litt flere menn enn kvinner vært innlagt på sykehus siste år (fig 29 og tab.19). En høyere andel av dem som bodde i Indre øst hadde vært på sykehus siste år. Det var ellers lite eller ingen forskjeller ved inndeling i utdanningsgrupper eller sivilstand, men kvinner med grunnskoleutdanning hadde i noe større grad enn dem med høy utdanning, vært på sykehus siste år.

Figur 29: Andel eldre 75-76 år som hadde vært innlagt på sykehus siste år. Oslo 2000-2001. Prosent



Kilde: HUBRO

Tabell 19: Andel eldre 75-76 år som hadde vært innlagt på sykehus minst én gang siste år. Oslo 2000-2001. Prosent

	Kvinner	Menn
Alle	18	20
Region		
Ytre vest	15	19
Indre vest	17	15
Indre øst	21	24
Ytre øst	18	18
sign.	*	**
Utdanning		
Grunnskole	21	20
Videregående	17	19
Universitet/ høyskole	14	19
sign.	*	ns
Sivil status		
Bor med ektefelle/samboer	16	19
Bor alene	19	23
sign.	ns	ns

Kilde: HUBRO

Tilrettelagte tilbud for personer med demens

I år 2000 hadde Oslo en dekningsgrad av institusjonsplasser som var tilrettelagt for personer med demens på 11,4%. Dette var i forhold til beregnet antall personer med demens over 67 år. Det var store regionale forskjeller i andel tilrettelagte plasser, og Lovisenberg hadde best dekning av sykehussektorene.

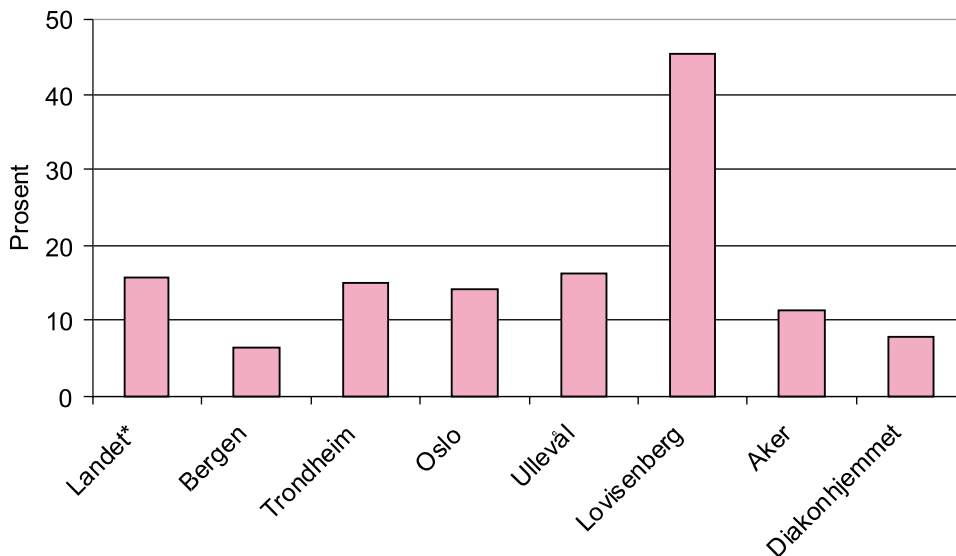
Eek og Nygård utførte i 1996-97 en kartlegging av kommunenes tilbud til personer med demens, med en oppfølger i 2000. Det følgende bygger hovedsakelig på deres funn i undersøkelsen 1996-97. Enkelte tall fra undersøkelsen 2000-01 er referert (personlig meddelelse Arnfinn Eek).

I 1996 var det på 51 sykehjem i Oslo til sammen 30 skjermede enheter for personer med demens, med totalt 603 plasser. I tillegg var 12% av sykehjemsplassene lagt til rette for personer med demens. Fem bydeler hadde bokollektiv for personer med aldersdemens med til sammen 53 plasser, og en bydel hadde åtte plasser i spesielt tilrettelagte omsorgsboliger for personer med demens. I år 2000-01 hadde 32 sykehjem skjermede enheter, med totalt 710 plasser.

Undersøkelser viser at over 70 prosent av beboere i sykehjem har en demens. I forhold til antall personer med demens over 67 år, hadde Oslo ved Eek og Nygårds undersøkelse i 2000, en dekningsgrad av tilrettelagte institusjonsplasser på 11,4%. Gjennomsnittet for resten av landet unntatt de tre største byene, var på 13,8%. Innen Oslo var dekningen av slike institusjonstilbud svært ulikt fordelt mellom sykehussektorene (tall for 1996 i fig. 30). Lovisenberg sektor hadde langt bedre dekning enn de øvrige sykehussektorene (Eek og Nygård 1999). I tillegg til institusjonsplassene var det i 2000 opprettet dagsenterplasser tilrettelagt for personer med demens i 17 av Oslos 25 bydeler.

I skjermede enheter var bemanningen på ettermiddagen og i helger noe lavere i Oslo enn ellers i landet (1996). Landsgjennomsnittet var en dekning på 1 pleier/ 4-5 beboere på ettermiddagstid og i helger, mens dekningen i Oslo var 1 pleier/5-6 beboere på ettermiddager og i helgene.

Figur 30: Plasser tilrettelagt for personer med demens i forhold til antall personer med demens 80 år og over i 1996-1997. Prosent



* Unntatt Oslo, Bergen og Trondheim

Kilde: Eek og Nygård 1999

Tilbud om spesialisthelsetjeneste innen geriatri/ alderspsykiatri

Oslo hadde bedre tilbud om spesialistutredning for personer med mulig demenssykdom enn resten av landet. Tilbudet til eldre pasienter med vanskelig atferd var også bedre i Oslo.

Tilbudet om utredning i spesialisthelsetjenesten var bedre i Oslo enn i resten av landet, likedan tilbudet til pasienter med spesielt vanskelig atferd (tab. 20). I Oslo var utredning vesentlig knyttet til geriatri, mens tilbudet i forhold til atferd ble gitt innen alderspsykiatri.

Bare en av bydelene i Oslo manglet tilbud om spesialistutredning, men åtte bydeler manglet spesialisttilbud til personer med spesielt vanskelig atferd (tab. 21). Tolv av bydelene oppgav at de hadde pasienter med så vanskelig atferd at skjermet enhet ikke var tilstrekkelig. Seks av bydelene ønsket en forsterket skjermet enhet i kommunal regi som et tilbud til denne gruppen, mens tre bydeler ønsket et tilbud for slike pasienter i psykisk helsevern.

Tabell 20: Kommunenes og bydelenes vurdering av tilbudet på spesialistnivå til personer med demens. Prosent av kommuner/bydeler

Kommuner/ bydeler	Tilbud om spesialistutredning				Spesialisttilbud ved vanskelig atferd			
	Har tilbud	Har, men ønsker mer	Har ikke tilbud	ubesvart	Har tilbud	Har, men ønsker mer	Har ikke tilbud	ubesvart
Landet*	21	27	43	9	34	32	27	7
Oslo	64	20	4	12	24	32	32	12
Bergen					67	33		
Trondheim	17	50	17	17	21	27	43	9

*Unntatt Oslo, Bergen og Trondheim

Kilde: Eek og Nygård 1999

Tabell 21: Bydelenes vurdering av tilbudet på spesialistnivå til personer med demens. Antall bydeler innen hver sektor og totalt i Oslo .

Sektor	Tilbud om spesialistutredning				Spesialisttilbud ved vanskelig atferd			
	Har tilbud	Har, men ønsker mer	Har ikke tilbud	ubesvart	Har tilbud	Har, men ønsker mer	Har ikke tilbud	ubesvart
Lovisenberg	2	0	0	1	0	1	1	1
Ullevål	7	3	0	1	3	4	3	1
Aker	3	2	1	1	1	2	3	1
Diakonhjemmet	4	0	0	0	2	1	1	0
Oslo samlet	16	5	1	3	6	8	8	3

Kilde: Eek og Nygård 1999

Hjemmesykepleie og hjemmehjelp

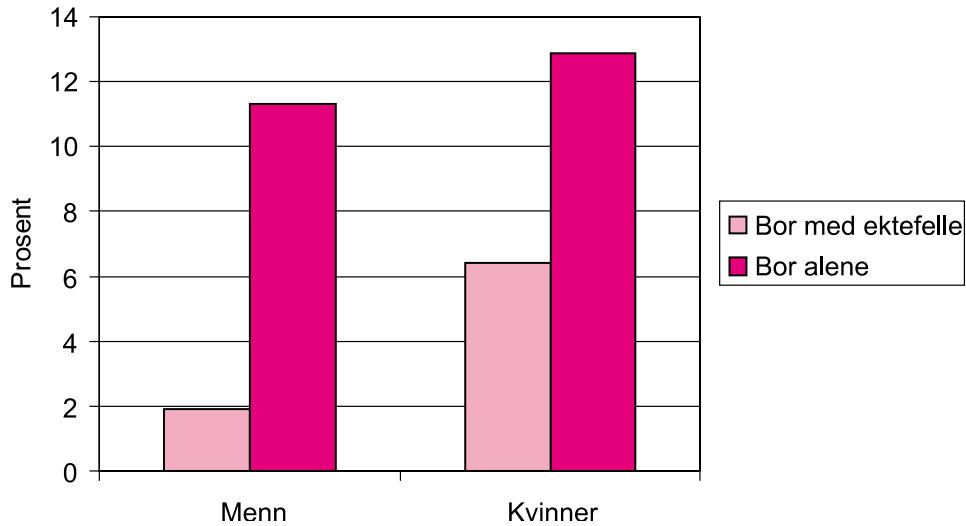
Av de eldre som deltok i Helseundersøkelsen i Oslo hadde 2% hatt hjemmesykepleie minst 4 ganger siste år, 8% hadde hatt hjemmehjelp minst 4 ganger. Blant dem som bodde alene var det flere som hadde hatt hjemmehjelp enn blant dem som bodde sammen med ektefelle/ samboer. Menn som bodde sammen med ektefelle/ samboer fikk sjeldnere hjemmehjelp enn kvinner i samme situasjon.

Av de eldre på 75-76 år hadde bare 2% hatt **hjemmesykepleie** 4 ganger eller mer siste år. Denne andelen var høyere blant menn som bodde alene (5%). Kvinner som bodde alene hadde ikke mer bruk av hjemmesykepleie enn dem som bodde sammen med noen.

Det var flere eldre kvinner (10%) enn menn (4%) som hadde hatt **hjemmehjelp** 4 ganger eller mer siste år. De som bodde alene hadde oftere hjemmehjelp enn dem som bodde sammen med ektefelle/ samboer (fig. 31). Den høyere andelen enker enn enkemenn i denne aldersgruppen forklarer nok en høyere andel brukere blant kvinnene. Menn som bodde sammen med ektefelle/ samboer fikk sjeldnere hjemmehjelp enn kvinner i samme situasjon, noe som kanskje forklares av ekteskapsmønsteret, hvor kvinnen ofte er yngre enn ektemannen.

Det var lavest andel mottakere av hjemmehjelp blant kvinner i Ytre vest, og høyest andel mottakere blant personer med bare grunnskole (tab. 22).

Figur 31: Andel eldre 75-76 år som hadde hjemmehjelp minst 4 ganger siste år. Oslo 2000-2001. Prosent



Kilde: HUBRO

Tabell 22: Andel eldre 75-76 år som hadde hjemmehjelp minst 4 ganger siste år. Oslo 2000-2001. Prosent

	Kvinner	Menn
Alle	10	4
Region		
Ytre vest	7	3
Indre vest	12	5
Indre øst	10	6
Ytre øst	12	4
sign.	***	ns
Utdanning		
Grunnskole	12	7
Videregående	11	4
Universitet/ høyskole	7	3
sign.	***	**
Sivil status		
Bor med ektefelle/samboer	6	2
Bor alene	13	11
sign.	***	***

Kilde: HUBRO

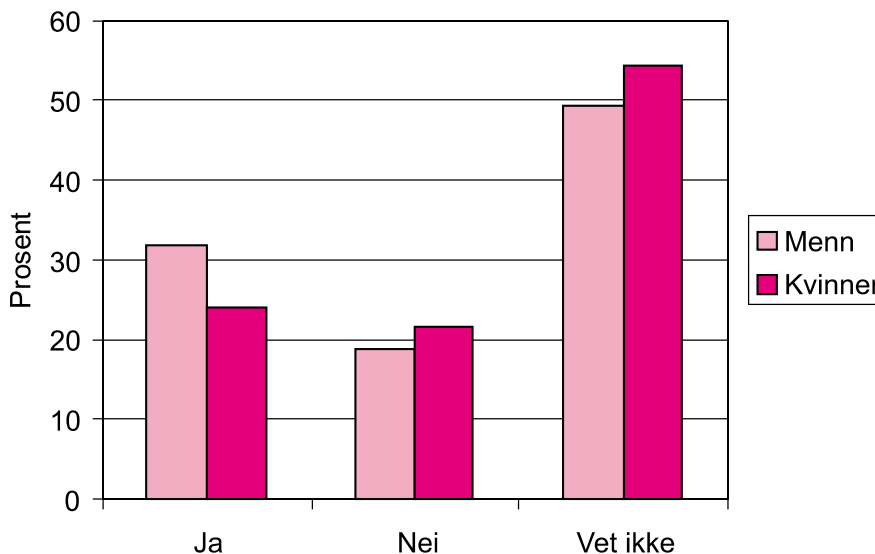
Trygg på å få hjelp?

En av fem eldre trodde ikke de ville få hjelp fra helse- eller hjemmetjenesten hvis de skulle trenge det. Halvparten svarte "vet ikke" på spørsmålet om de trodde de ville få hjelp. 32% av mennene og 24% av kvinnene svarte at de var trygge på å få hjelp fra helse- eller hjemmetjenesten. Det var ikke geografiske forskjeller innen Oslo i andelen som følte seg trygge på å få hjelp.

Flere menn enn kvinner i alderen 75-76 år i Oslo (HUBRO) følte seg trygge på at de ville få hjelp av helse- og hjemmetjenesten hvis de skulle trenge det (fig. 32 og tab. 23). Halvparten var usikre på om de ville få slik hjelp, og en av fem eldre mente at de ikke ville få hjelp om de trengte det.

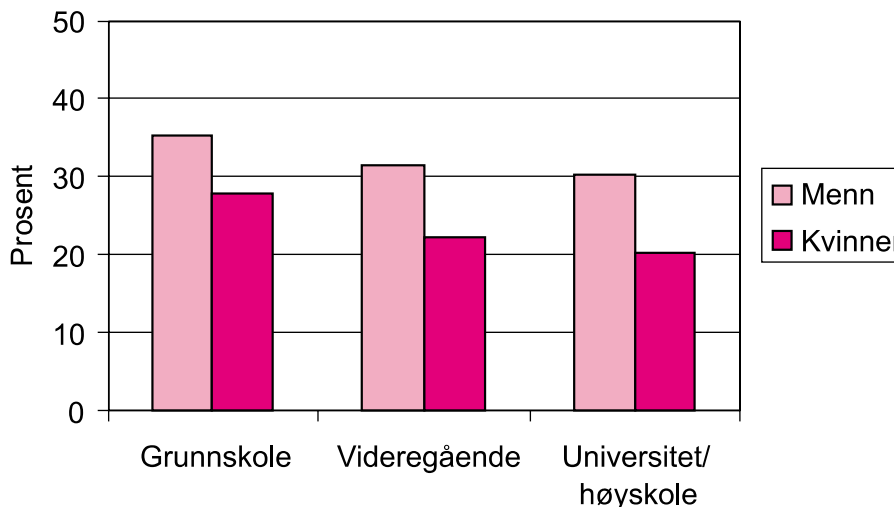
Kvinner med høyere utdanning uttrykte mindre tillit til helse- og hjemmetjenesten enn kvinner med grunnskoleutdanning. Det var samme retning på utdanningsforskjellene for menn (fig. 33). Eldre menn som bodde alene var i større grad trygge på å få hjelp enn dem som bodde sammen med ektefelle/ samboer (tab. 23).

Figur 32: Er du trygg på at du kan få hjelp av helse- og hjemmetjenesten hvis du trenger det? Andel eldre 75-76 år som svarte ja, nei eller vet ikke. Oslo 2000-2001. Prosent



Kilde: HUBRO

Figur 33: Andel eldre 75-76 år som følte seg trygge på at de ville få hjelp av helse- og hjemmetjenesten. Oslo 2000-2001. Prosent



Kilde: HUBRO

Tabell 23: Andel eldre 75-76 år som var trygge på å få hjelp av helse- og hjemmetjenesten hvis de trengte det. Oslo 2000-2001. Prosent

	Kvinner	Menn
Alle	24	32
Region		
Ytre vest	23	32
Indre vest	22	35
Indre øst	23	31
Ytre øst	25	30
sign.	ns	ns
Utdanning		
Grunnskole	28	35
Videregående	22	32
Universitet/ høyskole	20	30
sign.	**	ns
Sivil status		
Bor med ektefelle/samboer	22	30
Bor alene	25	37
sign.	ns	*

Kilde: HUBRO

Plasser i sykehjem og serviceboliger

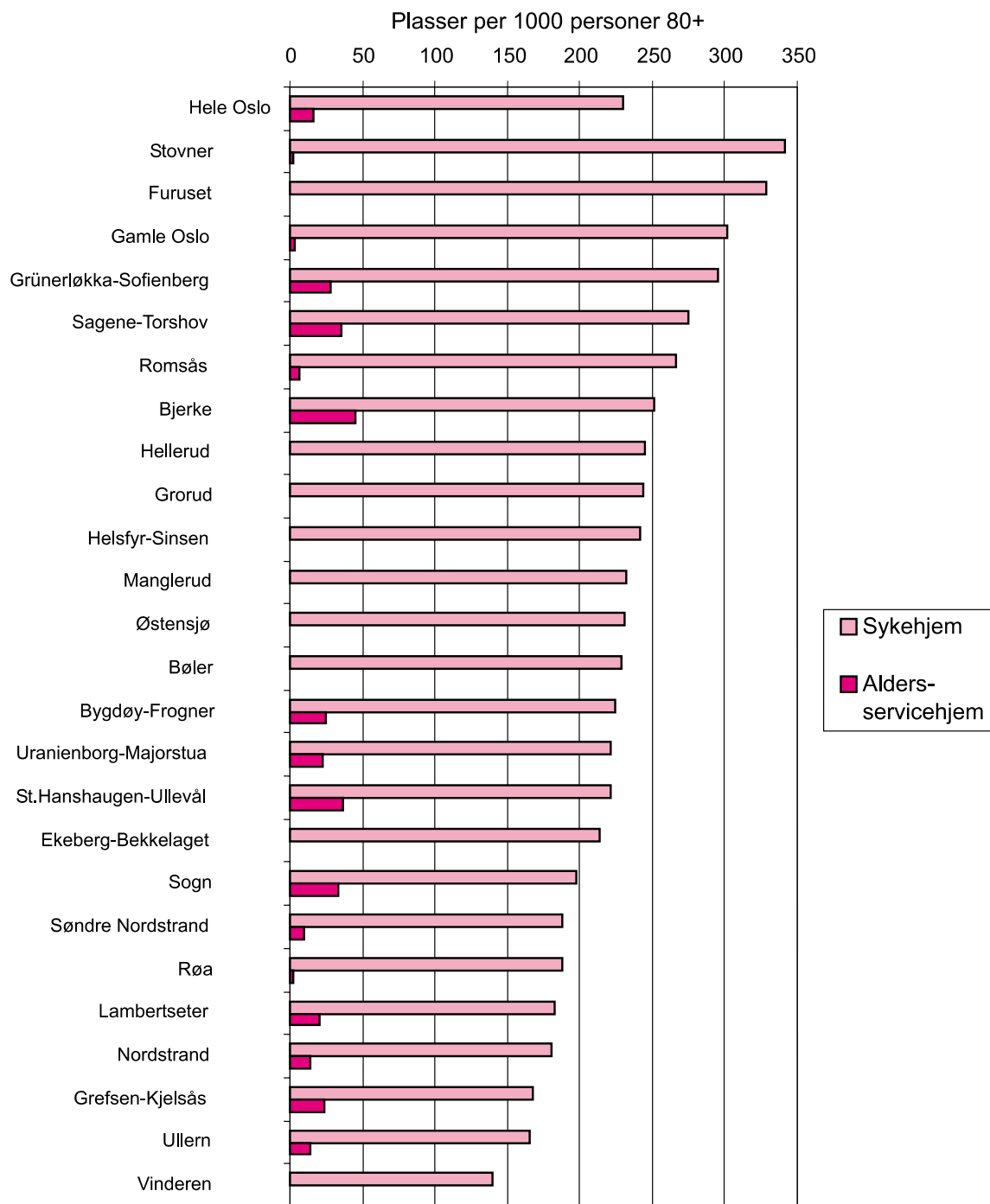
Antall sykehjems plasser ble redusert med 81 fra 1999 til 2000. På slutten av år 2000 var det 230 sykehjems plasser per 1000 innbyggere over 80 år i Oslo.

Det var per 31. desember 2000 i gjennomsnitt 230 plasser i **sykehjem** per 1000 innbyggere over 80 år i Oslo. Andelen varierte mellom bydelene. Vinderen hadde 140 og Ullern 165 plasser, mens Furuset og Gamle Oslo hadde hhv. 329 og 302 plasser per 1000 innbyggere over 80 år (fig. 34).

Fra 1999 til 2000 ble antall sykehjems plasser redusert med til sammen 230 i 14 av bydelene, mens antallet i de 11 andre bydelene økte med til sammen 131 plasser. Totalt var det en reduksjon på 81 sykehjems plasser i Oslo fra 1999 til 2000 (antall utenbys plasser økte med 18).

17 av bydelene hadde en eller flere plasser i **alders- og servicehjem** per 1000 innbyggere over 80 år, mens 8 bydeler ikke hadde slike plasser per 31. desember 2000. Bjerke hadde flest plasser med 45 per 1000 (fig. 32). Gjennomsnittet for Oslo var 16 plasser per 1000 innbyggere over 80 år og antall plasser var nesten det samme i 2000 som i 1999.

Figur 34: Antall plasser i sykehjem og alders-/servicehjem per 1000 personer 80 år og over i bydelene i Oslo. Per 31.12.2000



Kilde: Oslo-statistikken. Årsstatistikk for bydelene. Notat 3/2001

Bidragstere

Arbeidet med utarbeidelse av "Helseprofil for Oslo" har vært organisert med regelmessige møter i en referansegruppe bestående av personer fra Oslo kommune, bydelene og institusjoner med ansvar for datainnsamling og helseforskning. Vi takker for all hjelp og medvirkning fra referansegruppen, som har bestått av følgende personer:

Kommuneoverlege, avdelingssjef Gunnar Kvalvåg, Helsevernetaten i Oslo kommune
Spesialkonsulent Kostas Vilimas, Helsevernetaten i Oslo kommune
Bydelsoverlege Åsa Rytter Evensen, Røa
Bydelsoverlege Turi Bondeson, Gamle Oslo
Bydelslege Sissel Steihaug, Stovner
Helse- og miljøkonsulent Solveig Andresen, Nordstrand
Bydelsdirektør Jens Helgebostad, Stovner
Rådgiver Harald Tønseth, Statistisk sentralbyrå
Forsker Tor Inge Romøren, NOVA – Gruppe for aldersforskning
Overlege Marit Rognerud, tidligere Folkehelsa, nå Nasjonalt folkehelseinstitutt
Direktør Yngve Haugstvedt, tidligere Statens helseundersøkelser (deltok fram til 1.1.02)
Avdelingsleder Sidsel Graff-Iversen, tidligere Statens helseundersøkelser, nå Nasjonalt folkehelseinstitutt

Kostas Vilimas har dessuten bidratt utover vanlig deltakelse i referansegruppen, og har i noen grad vært direkte involvert i databearbeidingen. Seniorforsker, dr. philos. Anne Johanne Sjøgaard og overlege dr.med. Rannveig Nordhagen her på Nasjonalt folkehelseinstitutt har bidratt med god faglig støtte og nyttige innspill i sluttfasen av prosjektet. Forskningssjef Randi Selmer har bidratt vesentlig når det gjelder frafallsproblematikk og metode.

Konsulent Heidi Lyshol ved Nasjonalt folkehelseinstitutt har gjort en stor innsats i ferdigstillingen av heftene, og har stått for redigering og kartproduksjon.

Vi takker for velvillig medvirkning og tilrettelegging fra **dataleverandører** i Statistisk sentralbyrå ved Knut Strøm, Finn Gjertsen, Merethe Thonstad m.fl., Norsk pasientregister v/ May-Britt Aronsen, Tannhelseetaten i Oslo v/ Helge Bakkan og Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens v/ Arnfinn Eek.

Helseundersøkelsen i bydeler og regioner i Oslo, HUBRO, var et samarbeidsprosjekt mellom tidligere Statens helseundersøkelser, nå en del av Nasjonalt folkehelseinstitutt, Universitetet i Oslo og Oslo kommune. HUBRO har hatt en styringsgruppe med representanter fra de samarbeidende institusjoner og en intern arbeidsgruppe i Statens helseundersøkelser.

Direktør Yngve Haugstvedt ledet arbeidet med styringsgruppen og arbeidsgruppen. Helt sentral for gjennomføringen var Yngve Haugstvedt, seniorforsker, dr.philos. Anne Johanne Sjøgaard og avdelingsoverlege Per Lund-Larsen. Anne Johanne Sjøgaard koordinerte også de mange tilleggsprosjektene.

Informasjonssjef Gunhild Wøien og informasjonskonsulent Kristin Kværnsveen har stått for utadrettet virksomhet. Mange flere har vært involvert og gjort en stor innsats for gjennomføringen av HUBRO, ikke minst alle som har deltatt i manuell dataregistrering i Statens helseundersøkelser, under ledelse av førstesekretær Ingrid Andrea Martinsen.

Referanser

Ambjørnsen E, Axell T, Henriksen BM. Er tannhelsen hos eldre så dårlig som vi tror? *Nor Tannlegeforen Tid* 2002; 112: 272-74.

Barstad A. Store byer, liten velferd? Om segregasjon og ulikhet i norske storbyer. *SØS* 97, 1-153. 1997. Statistisk sentralbyrå. Sosiale og økonomiske studier.

Engedal K, Haugen PK. Aldersdemens – Fakta og utfordringer. Sem: INFO-banken. 1996

Eek A, Nygård AM. Innsyn og utsyn. Tilbud til personer med demens i norske kommuner. Sem: INFO-banken 1999.

Falch JA, Meyer HE. Osteoporose og brudd i Norge: Forekomst og risikofaktorer. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998;118:568-572

Gjestland T, Moen E. «East is east, and west is west...». 21. 1988. Oslo, Norsk institutt for by- og regionsforskning. Rapport.

Hagen K, Djuve AB, Vogt P. Oslo: den delte byen? FAFO-rapport 161, 1-320. 1994. Oslo, Forskningsstiftelsen FAFO.

Kristofersen LB, Borgan JK, Christie VM. Speilbilder av helsetilstanden i storby: sosioøkonomiske forskjeller i dødelighet i regioner i Norge og Oslo 1970-1985. 131, 1-33. 1989. Oslo, Norsk institutt for by- og regionsforskning. NIBR-notat.

Lofthus CM, Osnes EK, Falch J, Kaastad TS, Kristiansen IS, Stensvold I, Nordsletten L, Meyer HE. Epidemiology of hip fractures in Oslo, Norway. *Bone* 2001; 29:413-18

Oslo kommune. Oslo-statistikken. Byrådsavdeling for finans 2001.

Oslo kommune. Bystyremelding nr 8. 1998.

Rognerud M, Stensvold I. Oslohelse. Utredningen om helse, miljø og sosial ulikhet i bydelene. 1-175. 1998. Oslo, Ullevål sykehus, Klinik for forebyggende medisin.

Statens helsetilsyn. Årsberetning 1999-2000. Tannhelsetjenesten i Norge. IK-2758. 2001. Statens helse-tilsyn. Årsmelding.

Statistisk sentralbyrå 2002a: <http://www.ssb.no/emner/02/02/10/dode/tab-2002-06-27-11.html>

Statistisk sentralbyrå 2002b: <http://www.ssb.no/emner/03/01/10/dodsarsak/>

Strand BH, Dalgard OS, Tambs K, Rognerud M. Measuring the mental Health Status of the Norwegian Population: a comparison of the instruments SCL-25 SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nord J of Psychiatry* 2002; In press.

Tannhelseetaten, Årsberetning 2000. Oslo kommune, Tannhelseetaten 2001.

For notater
