

BAKGRUNN OG RESULTATER FRA HELSEUNDERSØKELSEN I OPPLAND

Innhold

1.	Bakgrunn	3
2.	Frammøte og usikkerhet i resultatene	4
2.1	Typiske feilkilder.....	4
3.	Definisjoner på variable.....	5
3.1	Vurdering av egen helse	5
3.2	Sykdommer.....	5
3.3	Symptomer på psykiske plager.....	5
3.4	Plaget av smerter/ stivhet i muskler og ledd.....	6
3.5	Total serum kolesterol.....	6
3.6	HDL-kolesterol.....	7
3.7	Triglyserider.....	7
3.8	Blodsukker (glukose)	7
3.9	Blodtrykk.....	8
3.10	Røyking	8
3.11	Kroppsmasseindeks (KMI eller BMI).....	8
3.12	Fysisk aktivitet	9
4.	Vurdering av egen helse i Oppland	9
4.1	Dårligst helse blant de eldste i Valdres?	10
4.2	Symptomer på depresjon /angst.....	12
5.	Daglig røyking	13
5.1	Nedgang i andel røykere siden 1991	16
6.	Overvekt og fysisk inaktivitet i Oppland.....	17
6.1	Opplendingene følger trenden og blir rundere.....	18
6.2	Har vi blitt mer stillesittende?	19
7.	Blodtrykket i Oppland.....	20
7.1	Blodtrykket synker.....	24
8.	Kolesterolverdier i Oppland	25
8.1	Lavest kolesterolverdier blant Lillehammerkvinner.....	25
8.2	Små forskjeller mellom regionene i bruk av medisin	27
8.3	Kolesterolverdiene synker	27
9.	Bruk av helsetjenester i Oppland	28

9.1 Mest legebruk i Lillehammerregionen 30

1. Bakgrunn

Totalt deltok 6142 opplendinger i helseundersøkelsen i 2001. Resultatene blir brukt til helseovervåking og forskning. Deltakerne fikk gjennomført en helsesjekk inkludert blodprøver, og svarte på et omfattende spørreskjema.

Vi har valgt å offentliggjøre tall for kommuner og regioner som har minst 50 deltakere for hvert kjønn. Det betyr at vi ikke offentliggjør tallene fra de mindre kommunene, slik at den statistiske usikkerheten i tallene ikke skal være for stor. Disse kommunene er presentert i regionresultater. Inndelingen av kommuner i regioner har vi fått fra Fylkesmannen i Oppland. Tilsvarende undersøkelser har blitt gjennomført i Oslo og Hedmark samme år, derfor kan vi nå sammenligne Oppland med disse fylkene.



Vi presenterer tall for alle aldersgrupper på fylkesnivå og for følgende seks regioner: Lillehammerregionen, Midt-Gudbrandsdal, Nord-Gudbrandsdal, Gjøvik-Toten-Land, Hadeland og Valdres. Det kan offentliggjøres tall for 9 av 26 kommuner i Oppland.

For Oppland har vi nå muligheten til å sammenstille data fra sju helseundersøkelser blant 40-åringene. Den første ble gjennomført allerede i 1976 og den siste i 2001 av tidligere Statens helseundersøkelser, nå Nasjonalt folkehelseinstitutt. I de tidligere undersøkelsene har fokus vært rettet mot hjerte- og karsykdommer og forebygging av disse. 40-42-åringene ble invitert til å delta.

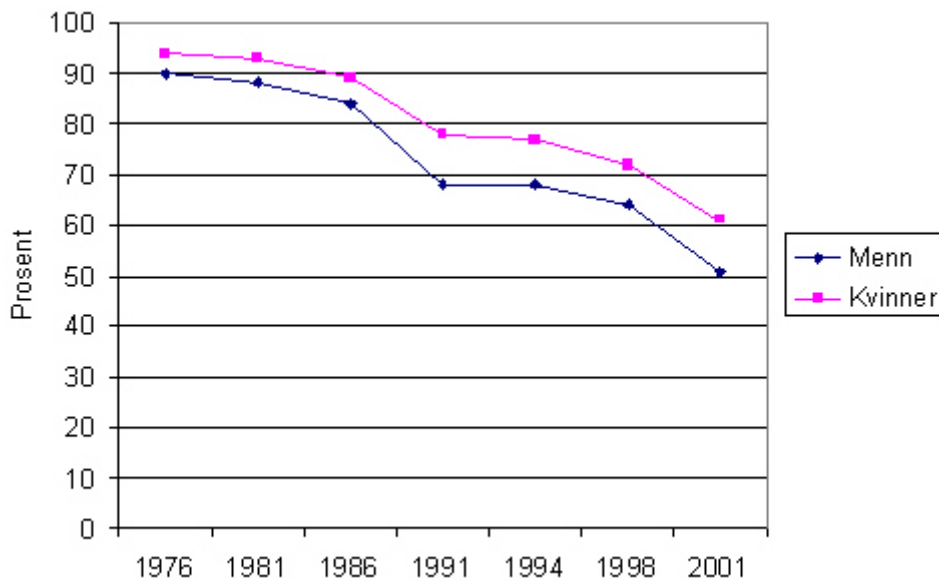
Den siste undersøkelsen i 2001 var rettet mot et bredere spekter av sykdommer og sykdomsårsaker og flere aldersgrupper ble inkludert (alle som var bosatt i Oppland og som var 30, 40, 45, 60 eller 75 år i år 2000). Vi omtaler her 40- og 45-åringene som "40-åringene", og regner med at utbredelsen av sykdom og risikofaktorer vil være nokså lik hos 40-42-åringene og 40 og 45-åringene.

I tillegg til å fylle ut et spørreskjema har deltakerne i helseundersøkelsene blitt undersøkt med hensyn på kolesterol, blodtrykk, høyde, vekt og noen andre risikofaktorer for hjerte- og karsykdom. Den enkelte deltaker har senere mottatt sine resultater i posten og fått vite om de målte verdiene kunne innebære klart øket risiko for hjerte- og karsykdom. De som ble informert om forhøyet risiko, ble anbefalt å søke sin faste lege for etterundersøkelse.

2. Frammøte og usikkerhet i resultatene

I Oppland var det over 90 % som møtte fram til den første undersøkelsen i 1976. På begynnelsen av 1990-tallet hadde frammøteprosenten sunket til vel 70 %. Siden har frammøteprosenten sunket ytterligere, og lå i 2001 på 56 % for menn og kvinner samlet. Lavt frammøte kan representere en økende sjanse for at de som møter er forskjellige fra dem som ikke møter, og dermed en økende sjanse for skjevhet i resultatene. I vår siste undersøkelse ble totalt 5464 menn og 5582 kvinner invitert. Av disse deltok 2763 menn og 3379 kvinner, altså til sammen 6142 personer. Svarprosenten var 50,6 % for menn og 60,5 % for kvinner.

Frammøte blant 40-åringene i Oppland fra 1976 til 2001



Kilde: Flere årganger av rapporten Hjertesaken fra Statens helseundersøkelser og Helseundersøkelsen i Oppland 2001.

Vi har valgt å gi tall for kommuner og regioner som har minst 50 deltakere for hvert kjønn. Dette er gjort slik at den statistiske usikkerheten i tallene som publiseres ikke skal være for stor.

Det betyr at vi kan presentere tall for alle aldersgrupper på fylkesnivå og for Lillehammer-regionen, Gjøvik-Toten-Land og Hadeland. I Midt-Gudbrandsdal gir vi av samme grunn bare tall for 40+45-åringene og for 60-årige kvinner. I Nord-Gudbrandsdal kan vi ikke gi tall for de eldste mennene (75 år). I Valdres mangler også tall for de eldste mennene og for 30-åringene av begge kjønn. På kommunenivå bruker vi bare aldersgruppene 40+45 år og 60 år, fordi antall deltakere ofte blir for lite blant de yngste og de eldste. Likevel kan vi bare gi tall for 9 av 26 kommuner i Oppland og en del av kommunene får bare tall for 40-åringene.

2.1 Typiske feilkilder

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. Noen steder i teksten skriver vi at forskjellene kan være statistisk sikre eller usikre. Forskjeller som her betegnes som statistisk sikre, har en p-verdi på 0,05 eller mindre.

Resultater i tabellene blir presentert som hele prosenter, uten desimaler. Når for eksempel tallet 0 angis i tabellen, betyr dette at verdien ligger et sted mellom 0,0 og 0,049. Tall fra slike undersøkelser er alltid beheftet med en viss usikkerhet, og angivelse av desimaler gir dermed liten mening.

3. Definisjoner på variable

Definisjoner og forklaringer på de variablene som presenteres i tabellene følger nedenfor. Noe er spørsmål fra spørreskjemaet, mens andre er målte risikofaktorer for hjerte- og karsykdom.

3.1 Vurdering av egen helse

Det aller første spørsmålet i spørreskjemaet til helseundersøkelsen i Hedmark og Oppland 2000-2001 lød:

”Hvordan er helsen din nå?” Det var mulig å krysse av på ett av fire svaralternativ: Dårlig, ikke helt god, god eller svært god. Slik generell vurdering av egen helse brukes i spørreundersøkelser over hele verden og det har lenge vært kjent at spørsmålet gir uttrykk for både fysisk og psykisk helsetilstand, at dårlig egenvurdering fører til økt bruk av helsetjenester og at de som vurderer sin egen helse som god, lever lengre enn de som vurderer den som dårlig.

3.2 Sykdommer

Spørsmålene om sykdommer ble stilt på følgende måte:

”Har du, eller har du hatt” for eksempel astma, høysnue, diabetes etc. Spørsmålene ble stilt slik fordi det for noen sykdommer passer best å spørre om man har dem (for eksempel diabetes), mens det for andre er riktigere å spørre om man har hatt dem tidligere (for eksempel hjerteinfarkt). Spørsmålene om psykiske plager stammer fra et eget spørreinstrument, se neste avsnitt.

3.3 Symptomer på psykiske plager

I helseundersøkelsen ble symptomer på psykiske plager/ symptomer på angst og depresjon kartlagt med et instrument bestående av 10 spørsmål. På grunnlag av dette kan man lage gjennomsnittsverdier for denne typen plager, 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 slike psykiske plager.

Instrumentet på 10 spørsmål som ble stilt i spørreskjema (selvutfylling – ikke intervju), 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 plager.

3.4 Plaget av smerter/ stivhet i muskler og ledd

”Plaget generelt” betyr at man har krysset av for at man *de siste 4 ukene har vært en del plaget eller sterkt plaget* av smerter/stivhet i muskler og ledd enten i nakke/skuldre, armer/hender, øvre del av ryggen, korsryggen, hofter, ben, føtter eller andre steder. På samme måte angir muskel og skjelettplager for eksempel i nakke/ skuldre at man *de siste 4 ukene har vært en del plaget eller sterkt plaget* av smerter/stivhet i nakke og/eller skuldre.

3.5 Total serum kolesterol

Kolesterol produseres for en stor del i tarmen når vi spiser mettet fett. Mettet fett kommer hovedsakelig fra dyreriket, for eksempel fett kjøtt og fete melkeprodukter. Stort inntak av slike produkter øker kolesterolinnholdet i blodet fordi vi har for liten kapasitet til å kvitte oss med kolesterol vi ikke trenger. I noen matvarer som f. eks eggeplomme er det høyt innhold av kolesterol, stort forbruk av slike varer bidrar også i noen grad til å øke kolesterolet. I tillegg til kostholdet er kolesterolinnholdet i blodet også regulert av arvelige faktorer.

Kolesterol fraktes i blodet bundet til store eggehvitmolekyler (lipoproteiner). Vedvarende høye konsentrasjoner av kolesterol bundet til et slikt lipoprotein (low density lipoprotein eller LDL), kan etter hvert skade innsiden av blodårene, noe som igjen fører til at disse blir trangere og til slutt kan bli helt tette. Resultatet blir det vi med et samlebegrep kaller hjerte-karsykdommer.

Folk med tendens til høyt kolesterol kan redusere risikoen for sykdom ved å bruke mindre mettet fett og mer frukt og grønnsaker, dersom det er mulig. Fet fisk er gunstig. Siden tobakksrøyking bidrar til å forverre åreskadene, er det viktig for røykere å kutte ut tobakken. Regelmessig fysisk aktivitet reduserer også mulighetene for hjerte-karsykdom. Folk med meget høye kolesterolverdier, og som ikke reagerer tilfredsstillende på omlegging av kosten, kan få redusert kolesterolet med medikamenter.

Til vanlig måler vi konsentrasjonen av alt kolesterol i blodet (total kolesterol). Vi vet fra slike målinger at gjennomsnittlig kolesterolverdi i befolkningen øker med alderen: Hos menn fra ca 5.5 mmol/l i 30-39 årene til ca. 6.4 mmol/l hos 60-69 åringer. Kvinner i 30-39 årene ligger litt lavere enn menn i samme alder (ca. 5.3 mmol/l), men ender i 60-69 årene høyere (ca. 6.8 mmol/l).

3.6 HDL-kolesterol

Det som i dagligtale kalles kolesterol heter egentlig total-kolesterol. En mindre del av totalkolesterolet kalles HDL-kolesterol (high density lipoprotein) fordi dette kolesterolet er bundet til lipoproteinet HDL. HDL-kolesterol regnes for å være gunstig (det gode kolesterolet). Det vil si jo mer, jo bedre. Vanlige verdier hos menn er 0,80-2,00 mmol/l, hos kvinner 0,95-2,20 mmol/l. Vi vet for lite om hva som fører til høyt eller lavt HDL-kolesterol og hva dette betyr for helsen. Vi måler derfor HDL-kolesterol i våre undersøkelser for å skaffe et bedre grunnlag for forskning. Vi vet at de som driver mye fysisk aktivitet har høyere HDL-kolesterol enn dem som sitter mest i ro. Dette er kanskje en grunn til at det er sunt å drive fysisk aktivitet regelmessig.

3.7 Triglyserider

Når vi spiser mat med mye mettet fett, øker mengden av fettsyrer i blodet, og stoffet triglyserider dannes. Triglyserider bør helst måles hos fastende individer. Vanlige verdier hos fastende personer er 0,20-1,80 mmol/l. Hos ikke-fastende individer er det vanlig med høyere verdier. Etter et stort fettriikt måltid kan triglyseridene etter noen timer være oppe i 5-6 mmol/l eller mer. De som driver mye fysisk aktivitet får lavere triglyserider. Vi regner med at det er gunstig å ha lave triglyserider. Men også her er det mange ting vi ikke vet. Personer som har triglyserider på 5 mmol/l eller mer, og som ikke hadde spist et stort fettriikt måltid de siste timene før blodprøven, bør få kontrollert denne prøven i fastende tilstand.

3.8 Blodsukker (glukose)

Blodsukkeret er til vanlig fint regulert etter kroppens behov. Ved diabetes (sukkersyke) er det svikt i reguleringen av blodsukkeret slik at blodsukkeret over tid blir for høyt. Ved ubehandlet eller dårlig regulert diabetes skades flere av kroppens vev som f. eks årer og nerver. Overvekt og fedme bidrar sterkt til problemer med sukkerstoffskiftet og utvikling av diabetes.

Fordi blodsukkeret øker raskt etter et måltid, er det bare blodsukkeranalyser i blodprøver fra fastende personer som sikkert kan si oss om blodsukkeret er for høyt. Med faste mener vi at en person ikke har spist eller drukket de siste 8 timene før prøven. Fastende blodsukker ligger normalt mellom 3.5 og 6.0 mmol/l. Ved helseundersøkelsen blir prøvene vanligvis tatt av ikke-fastende personer. Personer med for høyt blodsukker ved undersøkelsen og som ikke har kjent diabetes, vil i et svarbrev bli anbefalt å ta kontakt med sin lege. En ny blodsukkerprøve tas fastende.

3.9 Blodtrykk

Blodtrykk måles i millimeter kvikksølvhøyde (mmHg) og noteres f. eks 140/80 mmHg der 140 er det systoliske og 80 det diastoliske trykket. Med økende blodtrykk øker risikoen for hjerte-karsykdom, spesielt for hjerneslag.

Folk med for høyt blodtrykk anbefales hjertevennlig kosthold (se avsnittet om kolesterol), lite kokesalt i maten, regelmessig trimming og å passe på vekten. Høyt blodtrykk som ikke senkes med slike tiltak kan behandles med medikamenter. Gjennomsnittlig blodtrykk øker (i vestlige land) med økende alder, og er hos menn i alderen 30-39 år ca. 130/80 mmHg og ca. 150/90 mmHg hos 60-69 åringer. Hos kvinner er de tilsvarende tallene ca. 120/75 mmHg og ca. 155/90 mmHg.

3.10 Røyking

I tabellene oppgir vi andelen personer som røyker daglig, det vil si de som røyker sigaretter, sigarer eller pipe til daglig. Spørsmålet er stilt slik: "Har du røykt/ røyker du daglig?" med svaralternativene "Ja, nå", "Ja, tidligere" og "Aldri". En linje i tabellene tar med dem som har krysset av for at de har røykt tidligere. De fleste dagligrøykere røyker sigaretter, men i de eldre aldersgruppene av menn er det en del som (i det neste spørsmålet) svarer at de røyker pipe eller sigarer.

Alle vet selv hva de eventuelt røyker og hvor mye de røyker. De fleste kjenner til at røyking av tobakk innebærer økt risiko for sykdom i en rekke organer, spesielt i lunger og i hjerte-karsystemet. Jo mer en røyker, jo større er risikoen for sykdom. Også "passiv røyking" fører til helseskade.

I Norge dør det hvert år ca 7500 personer på grunn av røykerelaterte sykdommer. De viktigste dødsårsakene ved røyking er kreft, hjerte- og karsykdommer og luftveissykdommer. I tillegg rammes mange av sykdommer som fører til betydelige helseplager og redusert livskvalitet, som for eksempel astma, kronisk bronkitt og lungeemfysem. Risikoen for noen sykdommer blir gradvis mindre etter røykeslutt, mens noen skader, og da spesielt i lungene forårsaket av langvarig tobakksrøyking, bedres lite selv om en slutter å røyke.

3.11 Kroppsmasseindeks (KMI eller BMI)

Høyde og vekt ble målt ved frammøte til helseundersøkelsen. Overvekt betyr at vekten er høyere enn vanlig sett i forhold til kroppslengden. Et enkelt mål for overvekt er KMI som er vekten i kilo delt på kvadratet av høyden i meter ($\text{kg}/(\text{meter} \times \text{meter})$). En person som er 80 kg og 1.79 m høy, har en KMI på 25 ($80/(1.79 \times 1.79) = 25$.) Til vanlig skyldes overvekt at det er for mye kroppsfett. Men spesielt muskuløse personer kan være svært tunge i forhold til

høyden uten at de er fete, og KMI skiller ikke mellom muskler og fett. Dette kan nok forklare noe av kjønnsforskjellen i KMI.

Overvekt ser ut til å være et økende problem. Når antall overvektige eller fete øker, vil det medføre at antall personer med diabetes øker. Overvektige kan også etter hvert få problemer med hjerte og lunger, og det blir økt belastning og slitasje på muskel- og skjelettsystemet, spesielt i bena. Selv om arv betyr mye for vekt, skyldes overvekt nesten alltid at det over tid tas inn flere kalorier enn det brukes. Teoretisk er det derfor enkelt å fjerne overvekt ved å redusere kaloriinntaket og å øke den fysiske aktiviteten som igjen øker kaloriforbruket. Fordi det har vist seg vanskelig for mange å redusere vekten, uten å gå opp igjen senere, er det viktig å forsøke å forebygge vektøkning – uansett hva KMI er.

Verdens helseorganisasjon regner grensen for overvekt allerede ved 25 kg/kvm, mens fedme defineres ved en KMI på 30 og over. Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet foreslo i år 2000 å sette 27 kg/kvm som grense for potensielt helseskadelig overvekt.

3.12 Fysisk aktivitet

Deltakerne i undersøkelsen har svart på spørsmål både om lett (ikke svett/andpusten) og om hard (svett/andpusten) fysisk aktivitet. De som har krysset av for ”3 timer og mer pr. uke” er med i tabellene. I tillegg har vi tatt med dem som i det hele tatt var fysisk aktive 3 timer og mer per uke, enten med lett aktivitet eller med hard aktivitet, eller begge deler. Denne gruppen finnes i tabellen som ”Fysisk aktivitet minst 3 timer pr. uke”. *Det presiseres i spørsmålet at man skal tenke seg et ukentlig gjennomsnitt for året, og at arbeidsvei regnes som fritid.*

I tillegg er det brukt et annet spørsmål om fysisk aktivitet, som også har vært med i tidligere hjerte-karundersøkelser. Spørsmålet gir mulighet til å se på fysisk aktivitet over tid for 40-åringene, spørsmål 10.2 i hoved-spørreskjemaet. Her ber man deltakerne om å angi bevegelse og kroppslig anstrengelse i sin fritid det siste året. Det står også ”Hvis aktiviteten varierer meget for eksempel mellom sommer og vinter, så ta et gjennomsnitt”. Spørsmålet har 4 avkrysningsalternativer, og i tabellen presenteres gruppen som i fritiden ”leser, ser på fjernsyn eller annen stillesittende beskjeftigelse”.

4. Vurdering av egen helse i Oppland

Menn i alle aldersgrupper vurderte oftere enn kvinner sin helse som god. På samme måte som i Hedmark, hadde andelen 40-åringene som opplevde sin helse som ”god eller svært god” gått noe ned de siste årene.

Er det bedre helse blant 40-åringene i 1998 enn i 2001? Deltakerne ble spurt om hvordan de vurderte sin egen helse og det viste seg at 73% mente at egen helse var god eller svært god. Menn i alle aldersgrupper vurderte oftere enn kvinner sin helse som god, se figur.

57% av alle som ble spurt i Oppland, mente at egen helse var *god*, i tillegg mente 16% at den var *svært god*. Dette er helt likt resultatene fra Hedmark. I denne siste undersøkelsen rapporterte 82% menn og 79% kvinner i 40-årsalderen god eller svært god helse, i den forrige

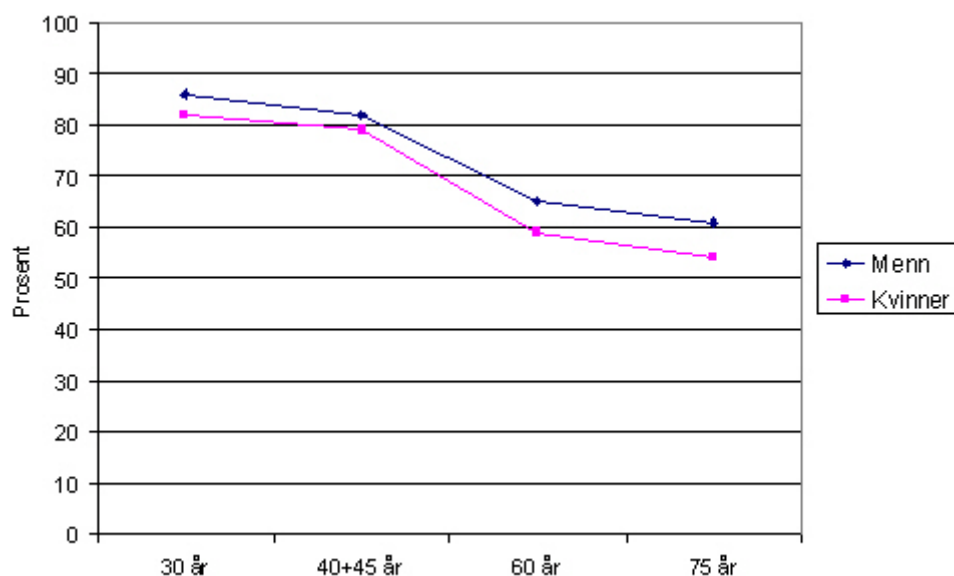
undersøkelsen fra 1998 var tilsvarende tall 87% for menn og 85% for kvinner. På samme måte som i Hedmark, hadde andelen 40-åringer som opplevde sin helse som ”god eller svært god” gått noe ned de siste årene. Spørsmålet om vurdering av egen helse ble ikke stilt før 1998 i Oppland.

I de to yngste aldersgruppene, 30- og 40-åringer, var andelen med god eller svært god helse nesten helt lik i Oppland, Hedmark og Oslo. I de to eldste aldersgruppene var det flere i Oslo enn i Oppland og Hedmark som vurderte egen helse som god eller svært god, 65% blant 60-årige menn i Oppland og 73% i Oslo. Blant 60-årige kvinner var det 59% i Oppland og 64% i Oslo som mente at egen helse var god eller svært god.

4.1 Dårligst helse blant de eldste i Valdres?

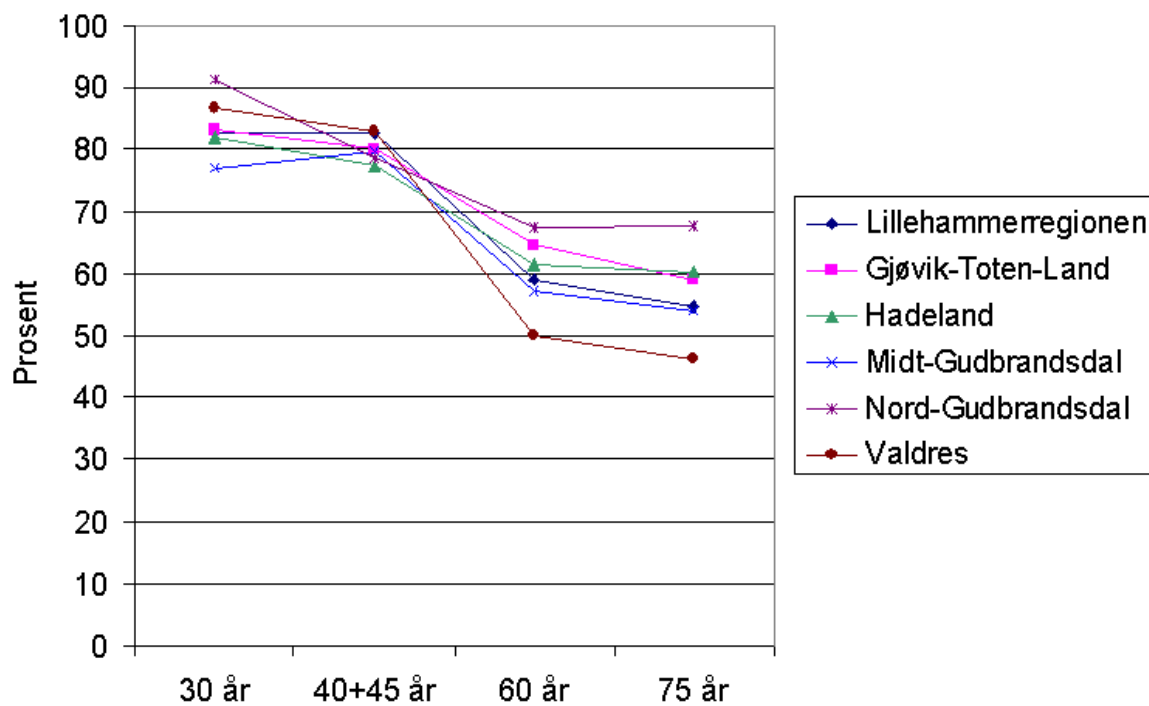
Det var små forskjeller mellom regionene i Oppland når det gjelder vurdering av egen helse. Forskjellene var relativt tydelige i de to eldste aldersgruppene, der Nord-Gudbrandsdal kom best ut og Valdres dårligst. Forskjellene var statistisk sikre for begge kjønn samlet i de to eldste aldersgruppene.

Andel menn og kvinner som vurderer egen helse som god eller svært god i ulike aldersgrupper. Oppland 2001



Kilde: Helseundersøkelsen i Oppland 2001

Andel personer som vurderer egen helse som god eller svært god. Begge kjønn samlet. Regioner i Oppland 2001



Kilde: Helseundersøkelsen i Oppland 2001

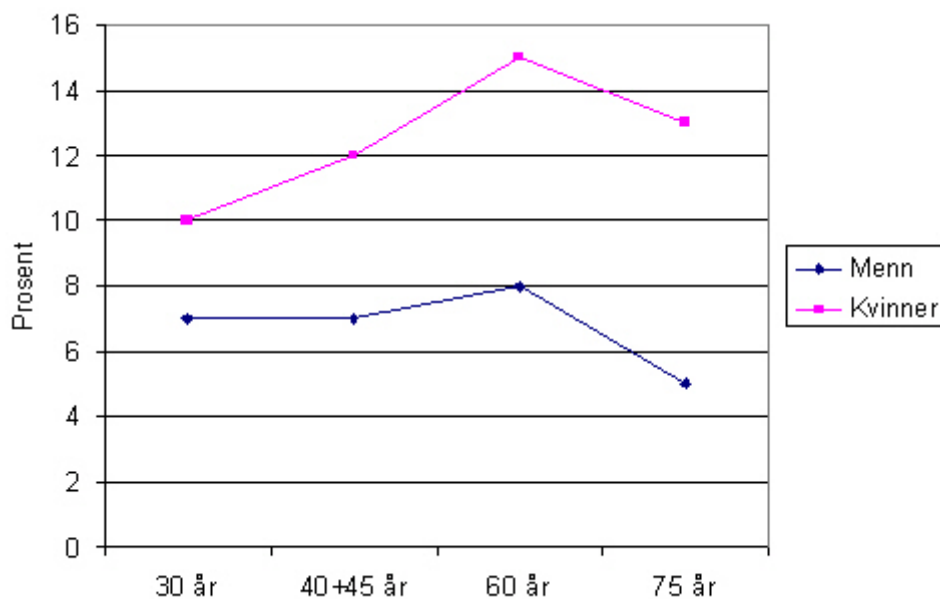
4.2 Symptomer på depresjon /angst

Det var vanligere blant kvinner enn blant menn å ha symptomer på psykiske problemer eller plager. Slik var det både i Oppland og andre steder i landet. I Oppland hadde, samlet sett, 7 % av mennene og 12 % av kvinnene symptomer, en litt lavere andel enn i Hedmark. De som kommer inn under kategorien ”symptomer på psykiske plager” hadde krysset av på at de var litt, ganske mye eller veldig mye plaget på flere av 10 delspørsmål om psykisk helse. Spørsmålene måler psykiske plager som depresjon og angst forholdsvis godt (se definisjoner).

60-årige kvinner hadde oftere slike plager enn yngre og eldre kvinner. Dette likner på mønsteret for utbredelsen av slike plager i Hedmark og Oslo. Det var jevnere aldersfordeling for slike psykiske plager blant menn i Oppland enn det var blant menn i Hedmark og Oslo. I de andre fylkene var denne typen psykiske plager mest utbredt blant 40-årige menn.

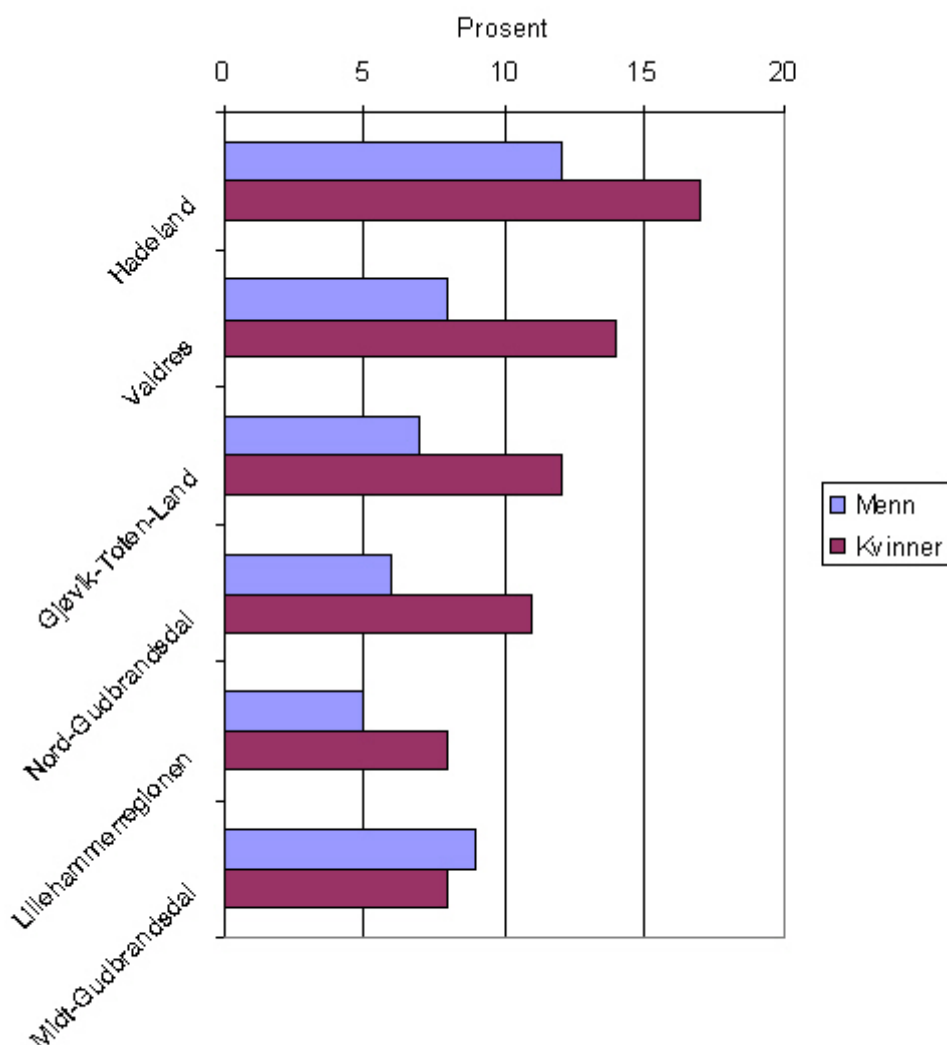
Blant kvinner i 40-årsalderen var det bare 8 % med psykiske plager i Lillehammer-regionen og Midt-Gudbrandsdal, mens det var 17 % på Hadeland. Menn i samme alder hadde også relativt lav andel med plager i Lillehammerregionen (5 %) og høy andel på Hadeland (12 %). Forskjellene mellom regionene var statistisk sikre for kvinner, men ikke for menn.

Andel menn og kvinner med symptomer på psykiske plager i ulike aldersgrupper Oppland 2001



Kilde: Helseundersøkelsen i Oppland 2001

Andel menn og kvinner i alderen 40+45 år med symptomer på psykiske plager i regioner i Oppland 2001



Kilde: Helseundersøkelsen i Oppland 2001

5. Daglig røyking

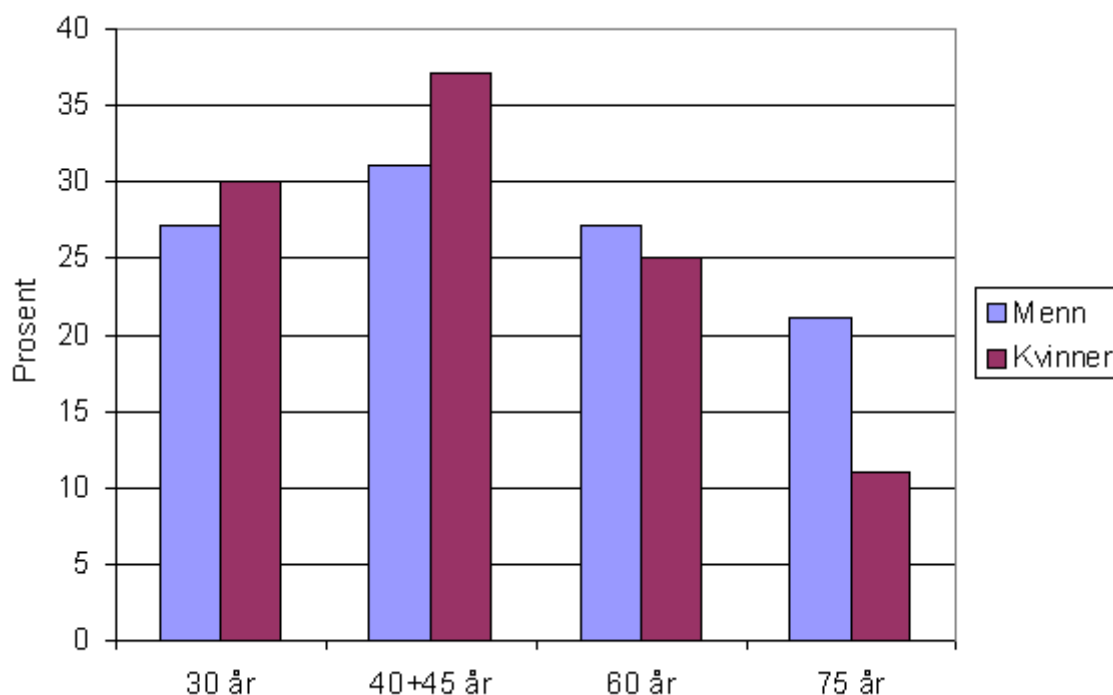
I Oppland var det 28 % menn og 30 % kvinner som røykte daglig. Dette er noe lavere enn i Hedmark. Det var ikke så store forskjellene mellom regionene i menns røykevaner, men noe mer for kvinner.

I Oppland var 28 % menn og 30 % kvinner dagligrøykere i alle aldersgrupper samlet (30 år, 40+45 år, 60 år, 75 år). I Oslo var det 26 % dagligrøykere både blant menn og kvinner i 2000-2001. Tilsvarende røykeandel i Hedmark var 30 % for menn og 31 % for kvinner.

I de to yngste aldersgruppene, 30- og 40-åringene, var daglig røyking vanligere blant kvinner enn blant menn i Oppland. Det var lite kjønnsforskjeller blant 60-åringene, men det var adskillig vanligere blant eldre menn enn blant eldre kvinner å røyke. Dette ligner mye på røykevanene i Hedmark, men er forskjellig fra Oslo, der menn og kvinner hadde like stor andel røykere i alle aldersgruppene. Det var noe lavere andel røykere i Oppland enn i Hedmark, men for menn på 30 år og for middelaldrende kvinner var andelen lik i de to fylkene. Eldre kvinner i Hedmark og Oppland (75 år) røyker mindre enn eldre Oslo-kvinner.

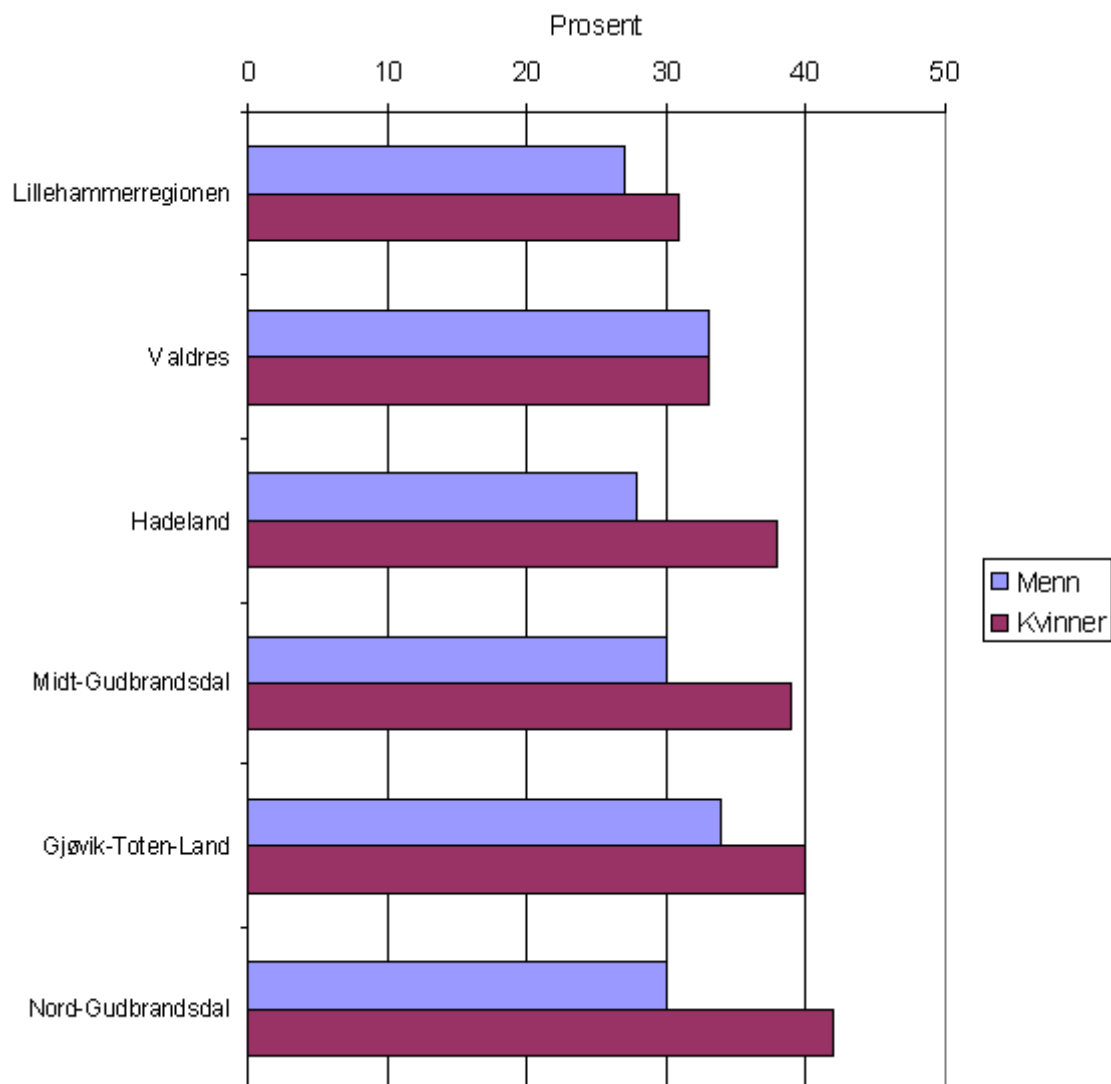
Det var ikke så store forskjellene mellom regionene i menns røykevaner, men noe mer for kvinner. Blant 40-åringene var det lavest andel røykere i Lillehammerregionen med vel 30 % og høyest i Nord-Gudbrandsdal med vel 40 %. Blant kvinner på 60 år røykte vel 20 % i Lillehammerregionen og hele 38 % i Midt-Gudbrandsdal. 64 kvinner på 60 år møtte fram til helseundersøkelse i Midt-Gudbrandsdal, det er hele 89 % av det inviterte årskullet av 60-åringene i kommunene Nord-Fron, Sør-Fron og Ringebu. Det er da grunn til å tro at tallet på 38 % røykere skulle gjenspeile virkeligheten blant 60-årige kvinner i regionen.

Andel dagligrøykere i Oppland. 2001



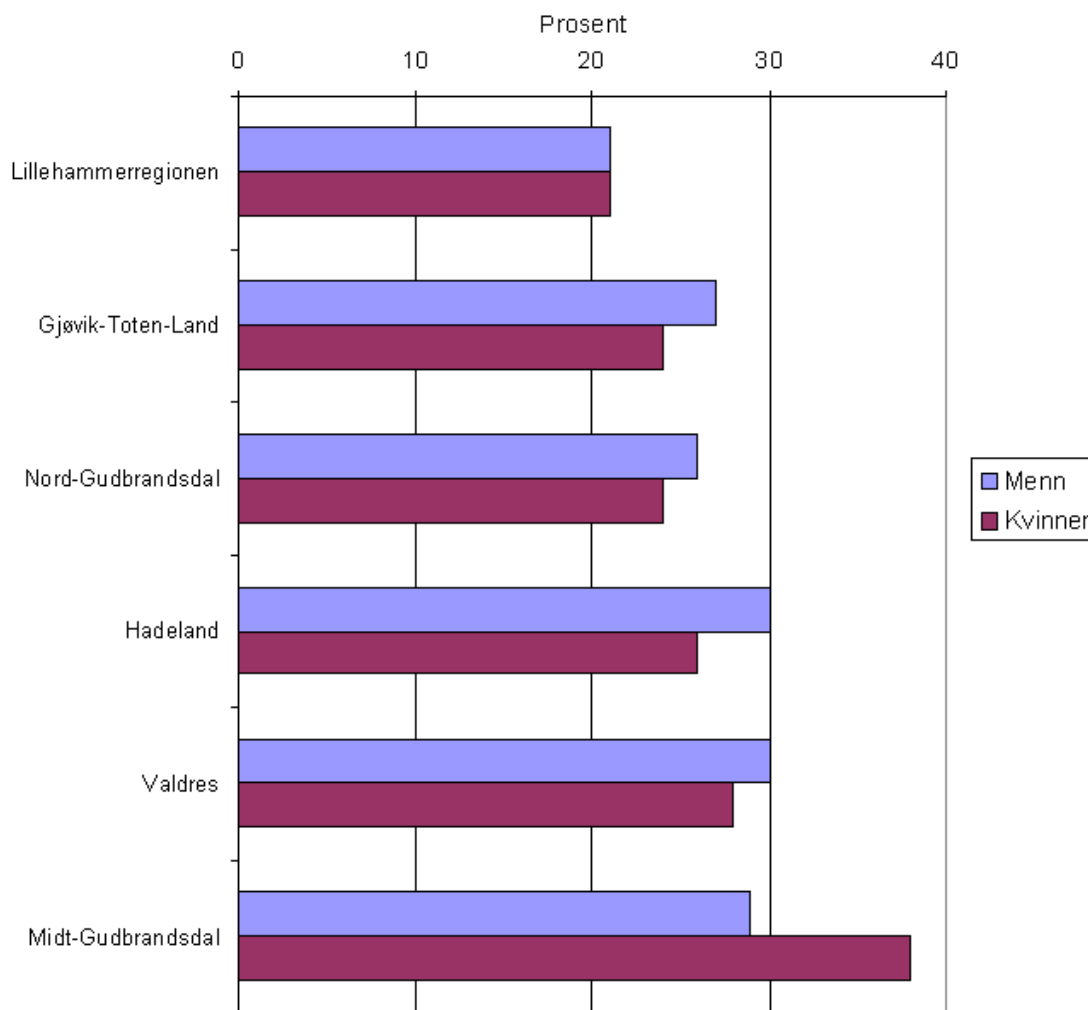
Kilde: Helseundersøkelsen i Oppland 2001

Andel 40+45-åringe som røyker daglig. Regioner i Oppland. 2001



Kilde: Helseundersøkelsen i Oppland 2001

Andel 60-åringer som røyker daglig. Regioner i Oppland. 2001

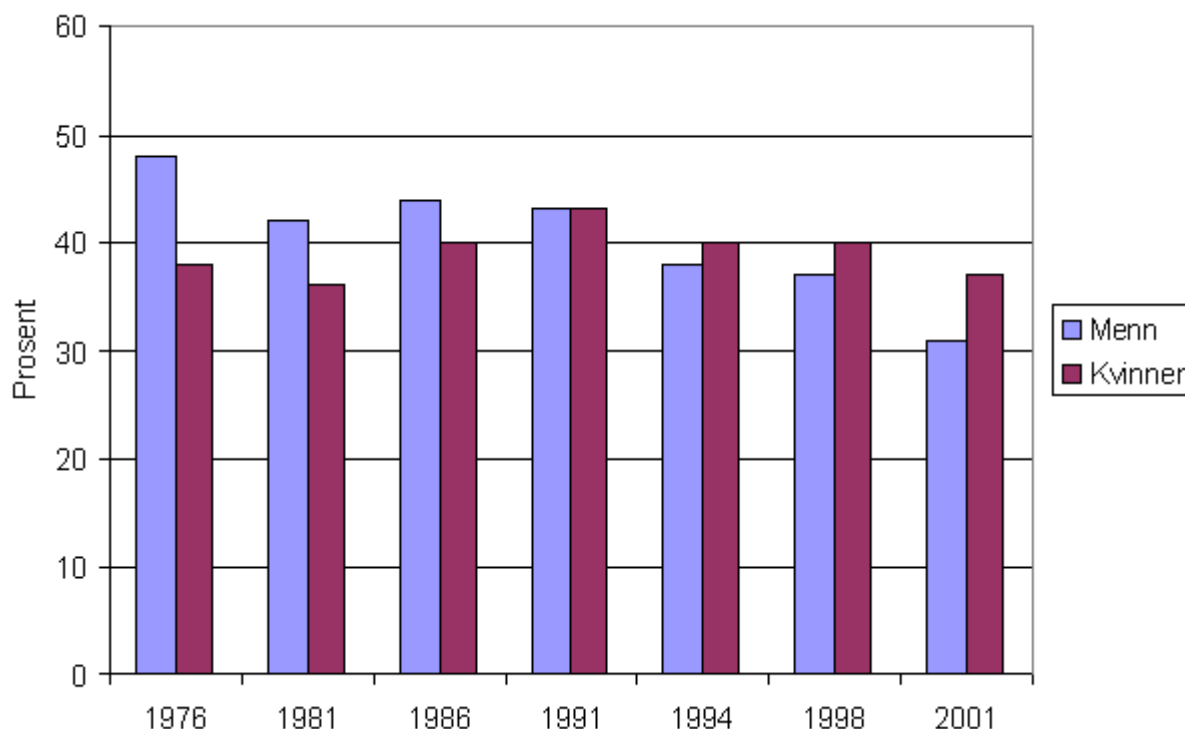


Kilde: Helseundersøkelsen i Oppland 2001

5.1 Nedgang i andel røykere siden 1991

Det var først etter 1991 at andelen røykere blant 40-årige kvinner begynte å gå ned. I 1991 var andelen dagligrøykere helt lik blant menn og kvinner i Oppland i denne aldersgruppen. Etter det har andelen røykere sunket mer for menn enn for kvinner. Mellom 1998 og 2001 var det en nedgang i andelen dagligrøykere fra 37 til 31 % for menn og fra 40 til 37 % for kvinner. Prosentvis var nedgangen i perioden dobbelt så stor for menn (16 %) som for kvinner (8 %).

Andel dagligrøykere blant 40-åringere i Oppland 1976-2001



Kilde: Flere årganger av rapporten Hjertesaken fra Statens helseundersøkelser og Helseundersøkelsen i Oppland 2001

6. Overvekt og fysisk inaktivitet i Oppland

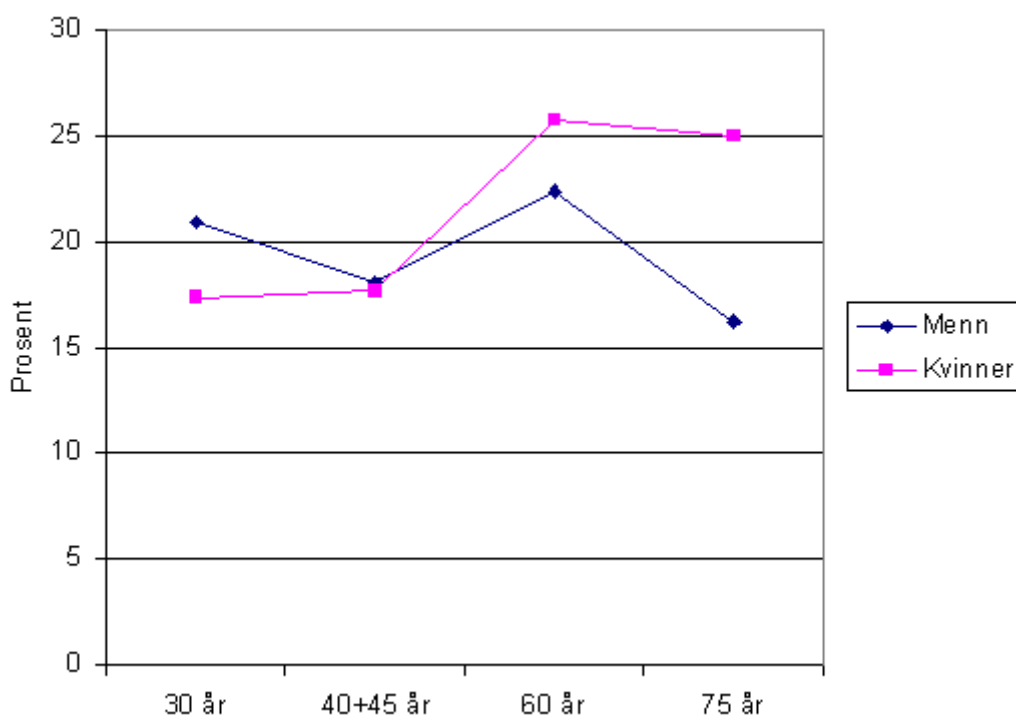
Som for Hedmark går også trenden i Oppland mot rundere former. 60-åringene var kraftigst og knapt 25 % i denne alderen hadde helsefarlig overvekt eller fedme.

Samtidig økte andelen fysisk inaktive på 1990-tallet, og blant 60-åringene i Oppland var 25 % inaktive i siste undersøkelse (24 % av mennene og 26 % av kvinnene).

Kroppsmasseindeks (KMI eller BMI) er et mål for overvekt, der både høyde og vekt inngår i beregningen. Verdens helseorganisasjon regner grensen for overvekt allerede ved 25 kg/kvm, mens fedme defineres ved en KMI på 30 og over. Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet fant i en utredning om vekt og helse fra år 2000 grunnlag for å sette 27 kg/kvm som grense for potensielt helseskadelig overvekt (Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet 2000).

I Oppland lå andelen med fedme i underkant av 20 % i de to yngste aldersgruppene, andelen var på knapt en av fire 60-åringere, og en av fem 75-åringere for menn og kvinner samlet. Dette er høyere enn det man fant for Oslo for de samme aldersgruppene for 2000-2001. Kvinner i Hedmark og Oppland lå ganske likt i andelen overvektige, mens menn i Oppland befant seg midt i mellom Hedmark og Oslo i andelen overvektige. Unntaket var menn på 30 år, der Oppland hadde flere overvektige enn Hedmark. Mellom regionene i Oppland var det ingen tydelige forskjeller i andelen overvektige eller fete.

Andel menn og kvinner med fedme (kroppsmasseindeks på 30 og over) i Oppland 2001

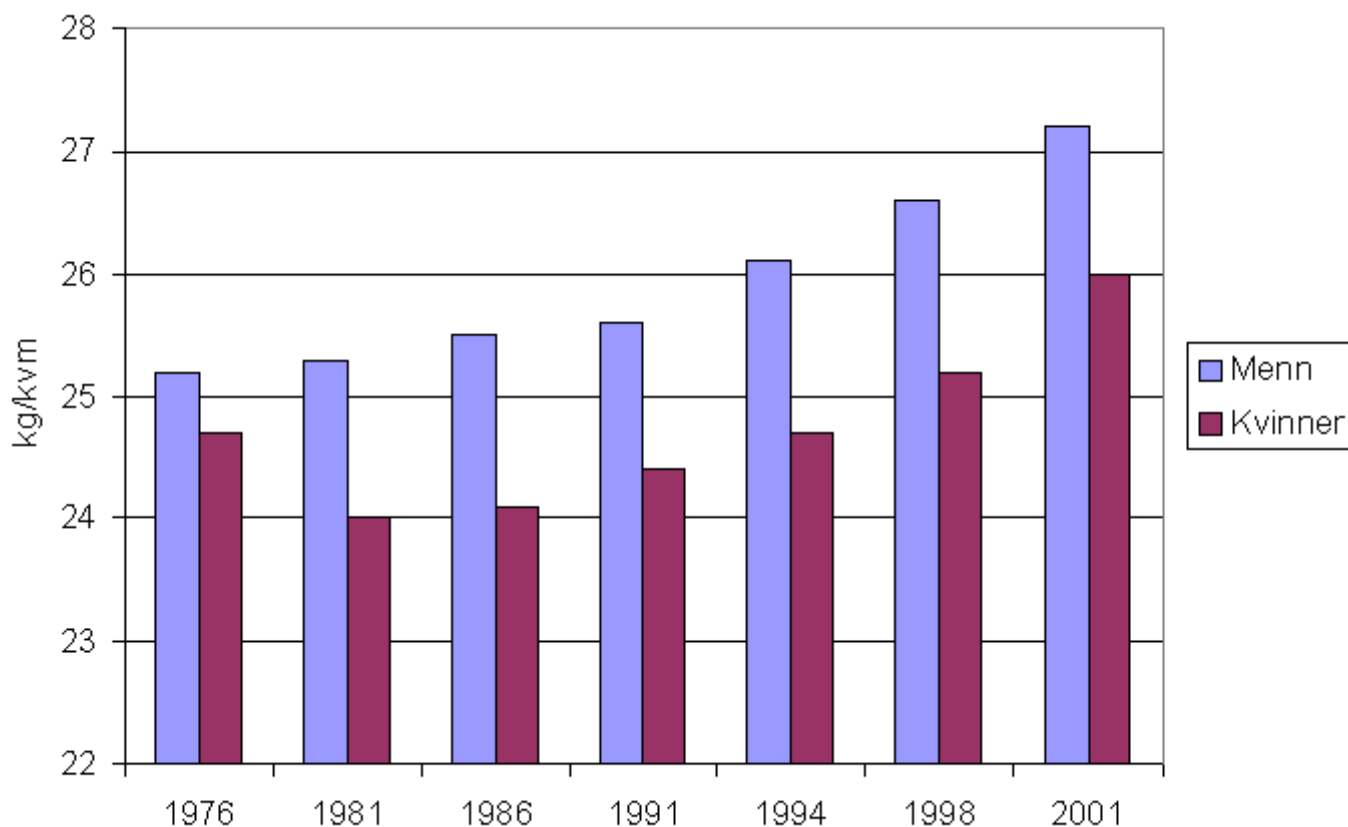


Kilde: Helseundersøkelsen i Oppland 2001

6.1 Opplendingene følger trenden og blir rundere

Selv om totalkolesterol og blodtrykk viser en gunstig utvikling, har kroppsvekten økt jevnt både for kvinner og menn fra 1981 til år 2001. Dette er en trend som gjelder både for Oppland og for andre fylker, og som man dessuten finner internasjonalt. I den siste undersøkelsen var gjennomsnittet for kvinner i 40-årsalderen 26,0 og for menn 27,2 kg per kvadratmeter. Når 40-årige menn ligger såpass mye høyere enn kvinner, må en ta i betraktning at KMI ikke skiller mellom muskler og fett. Dette kan nok forklare noe av kjønnsforskjellen i KMI i denne aldersgruppen. Variasjonen i gjennomsnittlig KMI er ellers større for kvinner enn for menn, det vil si at det både er flere fete og flere tynne blant kvinnene.

Kroppsmasseindeks blant 40-åringene i Oppland i perioden 1976-2001



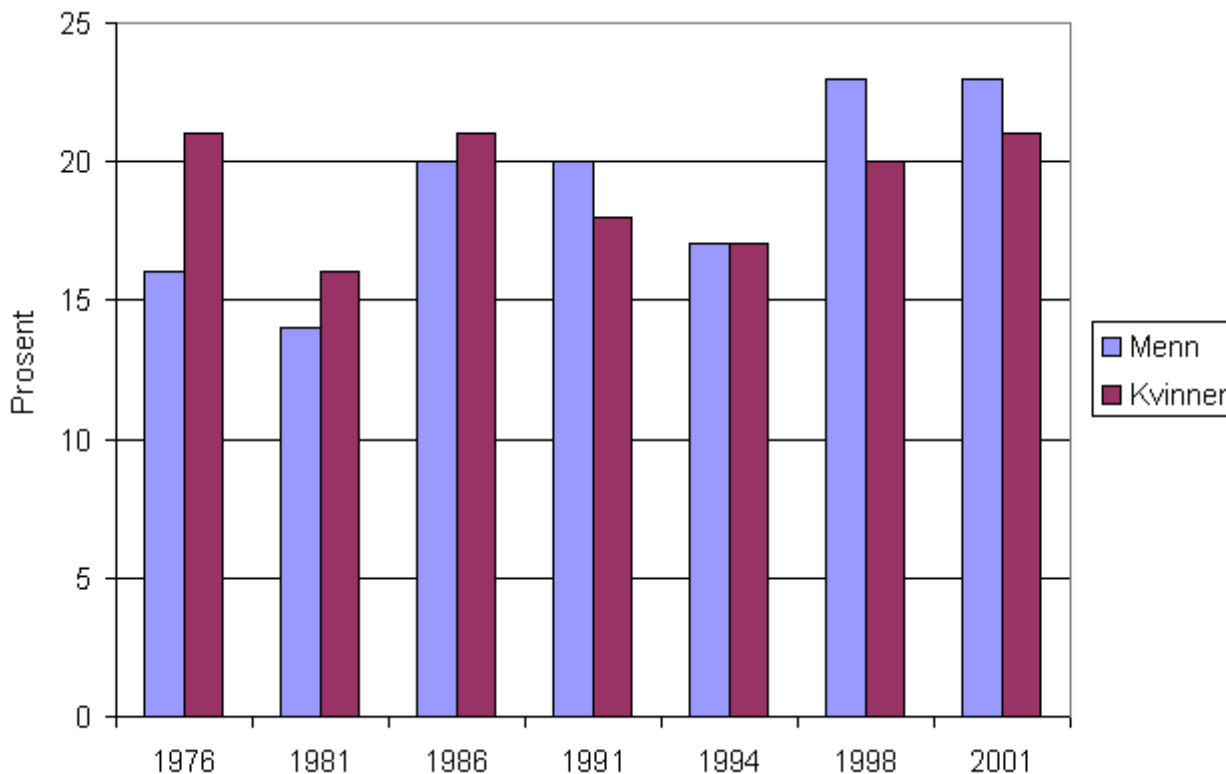
Kilde: Flere årganger av rapporten Hjertesaken fra Statens helseundersøkelser og Helseundersøkelsen i Oppland 2001

6.2 Har vi blitt mer stillesittende?

Andelen fysisk inaktive blant 40-åringene i Oppland var høyere ved de to siste undersøkelsene enn ved tidligere undersøkelser på 1990-tallet. I 2001 var 21% av kvinnene og 23% av mennene fysisk inaktive i 40-årsalderen. Andelen inaktive kvinner har imidlertid vært like høy ved tidligere undersøkelser både i 1976 og 1986. Andelen inaktive menn var høyere i 1998 og 2001 enn ved noen av de tidligere undersøkelsene. Ved hver undersøkelse har det samme spørsmålet blitt stilt, og de som sier at de i fritiden leser, ser på fjernsyn eller på annen måte er stillesittende, og ikke oppgir noen form for fysisk aktivitet minst 4 timer i uka, klassifiseres som fysisk inaktive (se avsnitt om definisjoner).

Som vi har sett, har det vært økning i kroppsmasseindeks i Oppland både på 1980- og 1990-tallet, men økningen var sterkest på 1990-tallet. Dette samsvarer sannsynligvis ganske godt med at andelen fysisk inaktive gikk litt opp og ned på 1980-tallet, mens det var et tydeligere hopp til en høyere andel fysisk inaktive på 1990-tallet.

Andel inaktive 40-åringar (leser, ser på fjernsyn e.l. i fritiden) i Oppland i perioden 1976-2001



Kilde: Flere årganger av rapporten Hjertesaken fra Statens helseundersøkelser og Helseundersøkelsen i Oppland 2001

7. Blodtrykket i Oppland

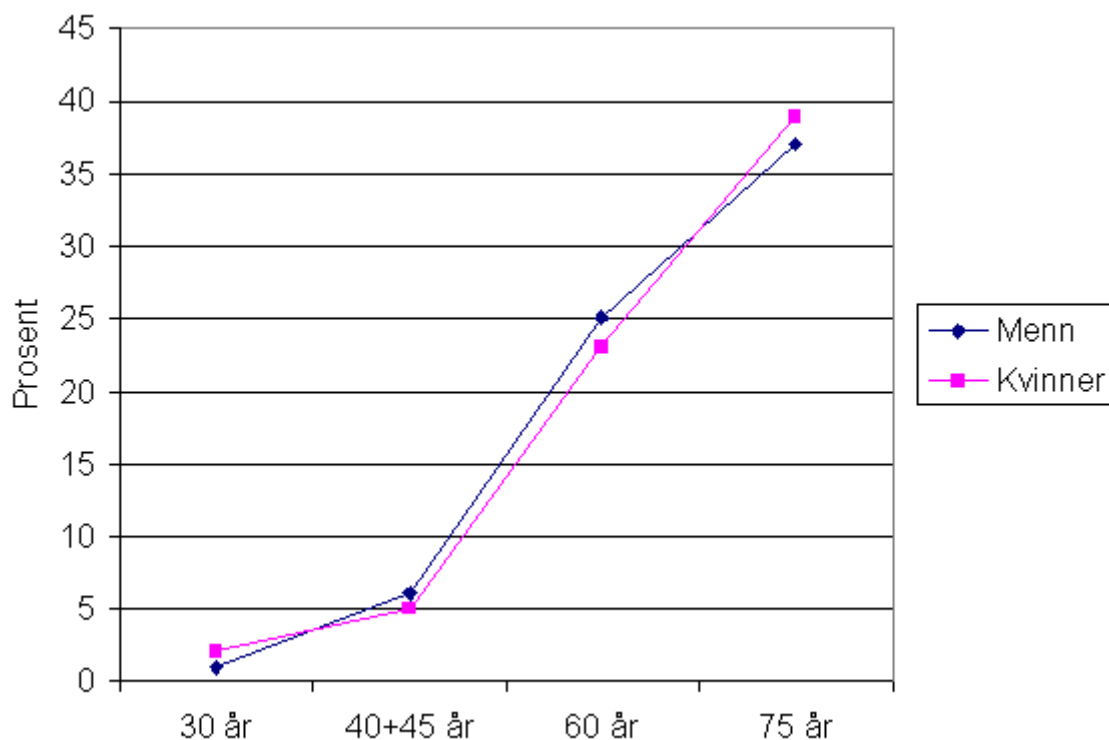
Gjennomsnittsverdier for systolisk blodtrykk økte med alder og var nokså likt for menn og kvinner i de to eldste aldersgruppene. I de to yngste aldersgruppene var blodtrykket høyere for menn enn for kvinner.

Forskjellene mellom regionene i Oppland i målt blodtrykksnivå og i bruken av blodtrykksenkende medisiner var små og ikke statistisk sikre. Sammenligner man fylkene Oslo, Hedmark og Oppland, som alle har hatt den samme helseundersøkelsen til samme tid, er gjennomsnittlig systolisk blodtrykk lavest i Oslo og høyest i Hedmark, mens Oppland inntar en mellomstilling. Dette gjelder både for kvinner og menn i alderen 60 og 75 år.

Bruken av blodtrykksmedisin økte sterkt med alder. Svært få brukte blodtrykksenkende medisiner blant 30-åringene. Blant 40-åringene brukte 6% av mennene og 5% av kvinnene slik medisin. I 60-årsalderen brukte 25% av mennene og 23% av kvinnene blodtrykksenkende medisin. Blant de eldste økte bruken ytterligere og blant 75-åringene i Oppland brukte 37% av mennene og 39% av kvinnene blodtrykksenkende medisiner. En så utbredt bruk av blodtrykksenkende midler i den eldre del av befolkningen vil i betydelig grad virke inn på blodtrykksnivået i de samme gruppene.

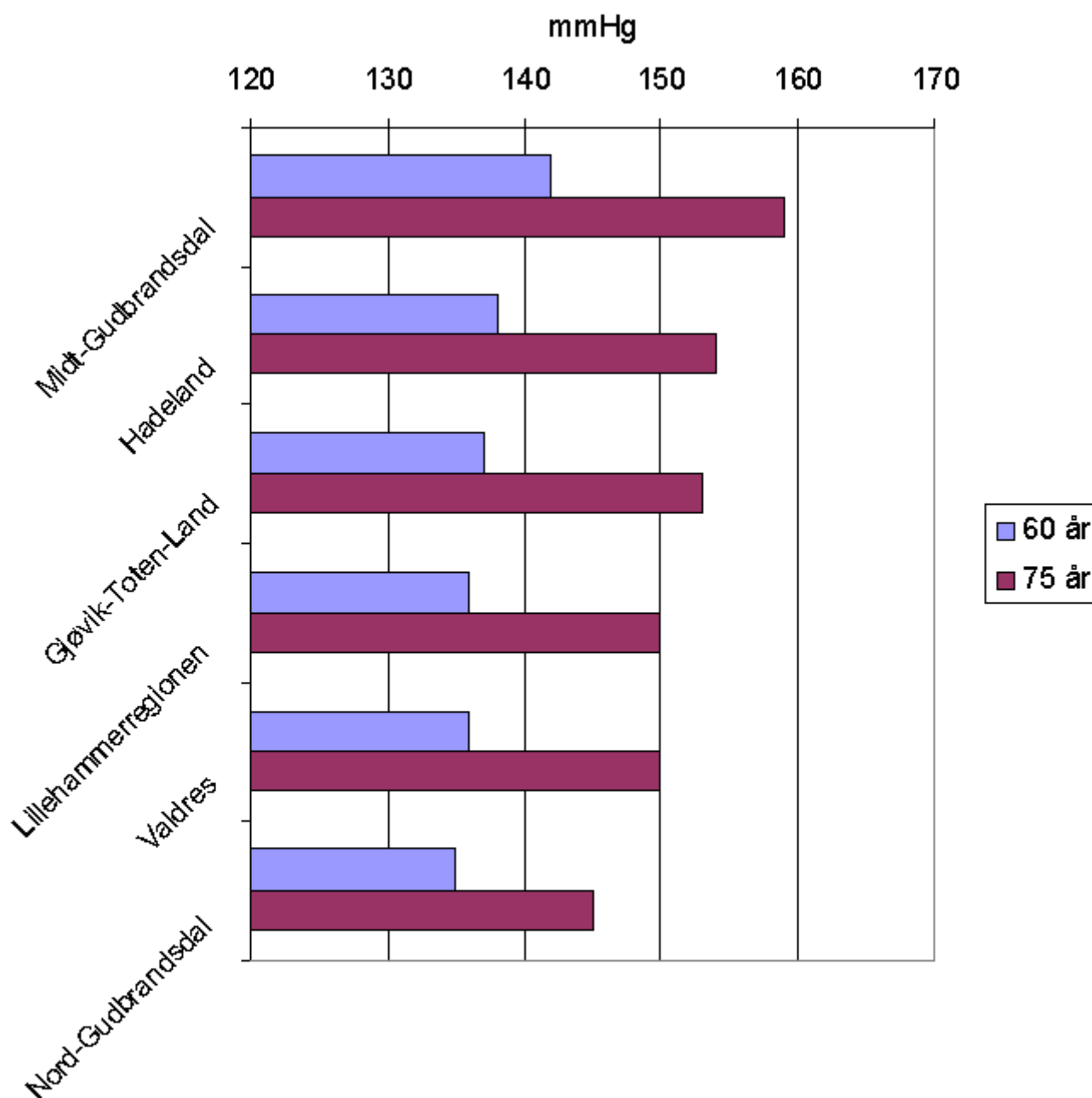
Som nevnt var bruken av blodtrykksenkende medisiner relativt jevnt fordelt i fylket. Det kan likevel se ut til at medisinbruken i regionene blant kvinner på 60 og 75 år har betydning for kvinnenes blodtrykksnivå i de samme regionene (se figurer). Blodtrykksnivået var relativt høyt i Midt-Gudbrandsdal og relativt lavt i Nord-Gudbrandsdal. I Midt-Gudbrandsdal blir det brukt relativt lite blodtrykksenkende medisiner, mens det brukes relativt mye i Nord-Gudbrandsdal. Blant menn var det ikke slikt tydelig samsvar.

Bruk av blodtrykksenkende medisin i Oppland etter alder i 2001



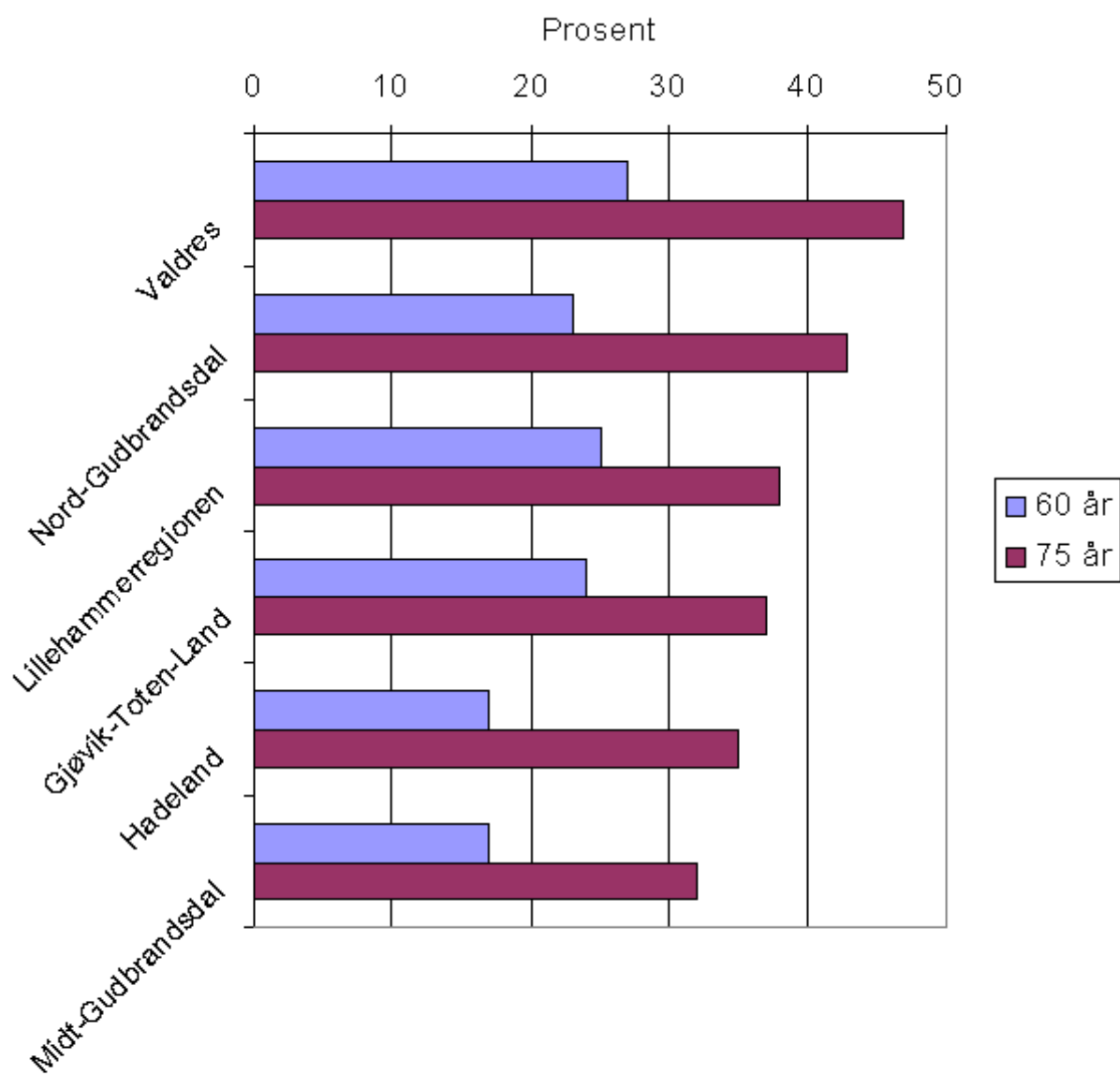
Kilde: Helseundersøkelsen i Oppland 2001

Gjennomsnittlige blodtrykksverdier (systolisk) blant kvinner i regionene i Oppland 2001



Kilde: Helseundersøkelsen i Oppland 2001

Bruk av blodtrykksenkende medisin blant kvinner i regionene i Oppland i 2001



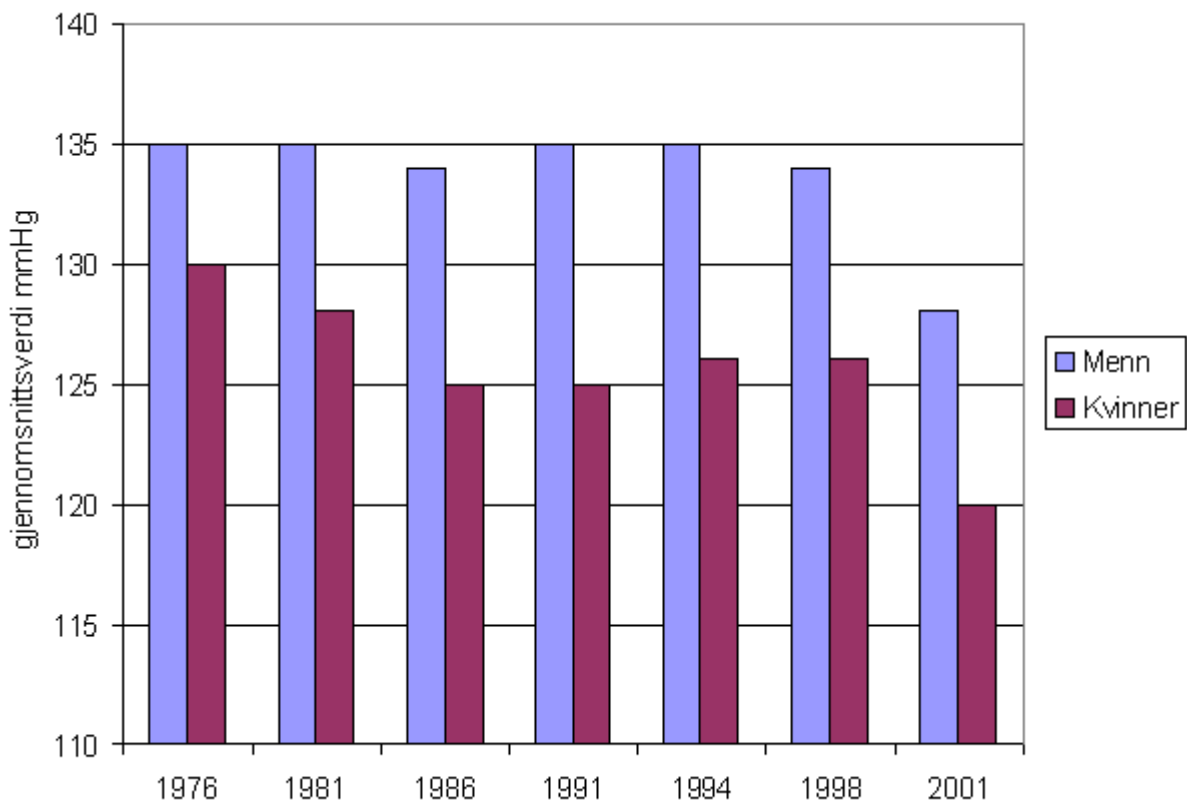
Kilde: Helseundersøkelsen i Oppland 2001

7.1 Blodtrykket synker

40-åringenes blodtrykk (systolisk) i Oppland var nokså stabilt for menn mellom 1976 og 1994, og har sunket etter det. Blant kvinner gikk blodtrykket ned mellom 1976 og 1986 og var nokså stabilt på 1990-tallet. Mellom 1998 og den siste undersøkelsen i 2001 har systolisk blodtrykk sunket kraftig både for menn og kvinner. I siste undersøkelse hadde menn en gjennomsnittsverdi på 128 og kvinner på 120 mmHg.

I den siste undersøkelsen brukte 6% av mennene og 5% av kvinnene blodtrykksenkende medisiner i Oppland (40+45 år). Som i Hedmark, er dette mer enn en fordobling av andelen fra forrige undersøkelse, da 2,5% av mennene og 2% av kvinnene brukte blodtrykksenkende medisiner i Oppland. Likevel er bruken av medisiner blant 40-åringene relativt beskjeden, og kan ikke forklare den store nedgangen fra 1998 til 2001. Salget av blodtrykksenkende medisiner har økt i Norge fra tidlig på 1970-tallet, og økningen har vært særlig sterk etter 1992. Det er imidlertid vanskelig å skille klart mellom medisiner som brukes som blodtrykksenkere og medisiner med andre bruksområder i legemiddelstatistikken.

Systolisk blodtrykk blant 40-åringene målt ved helseundersøkelser i Oppland i perioden 1976 til 2001



Kilde: Flere årganger av rapporten Hjertesaken fra Statens helseundersøkelser og Helseundersøkelsen i Oppland 2001

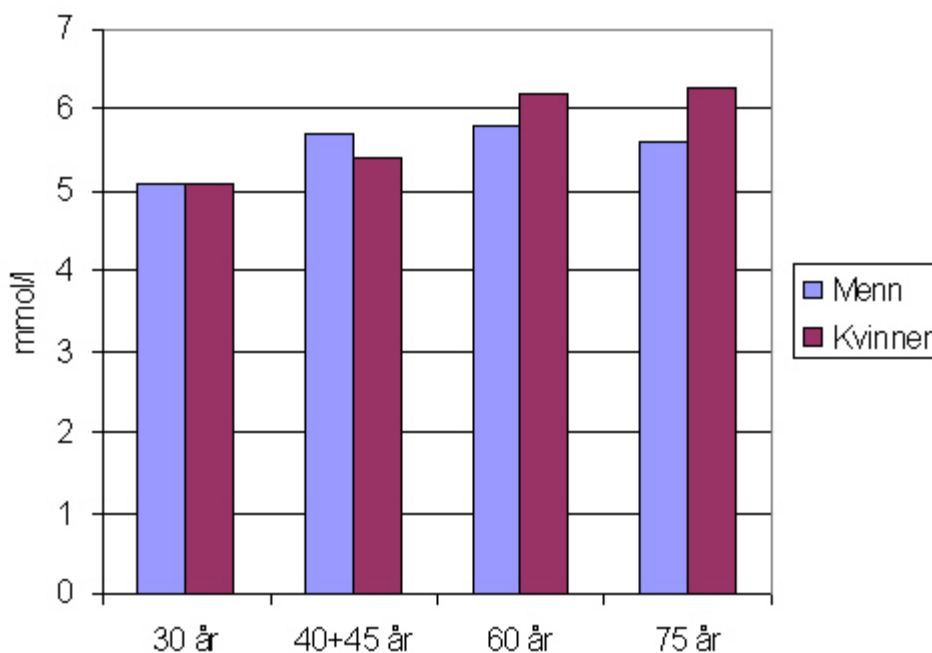
8. Kolesterolverdier i Oppland

Som ellers i landet økte kolesterolverdiene mer med alder for kvinner enn for menn. Det var forskjeller i kolesterolnivået mellom regionene i Oppland for kvinner, men ikke for menn. Det var mer vanlig blant menn enn blant kvinner å bruke kolesterolsenkende medisiner.

8.1 Lavest kolesterolverdier blant Lillehammerkvinner

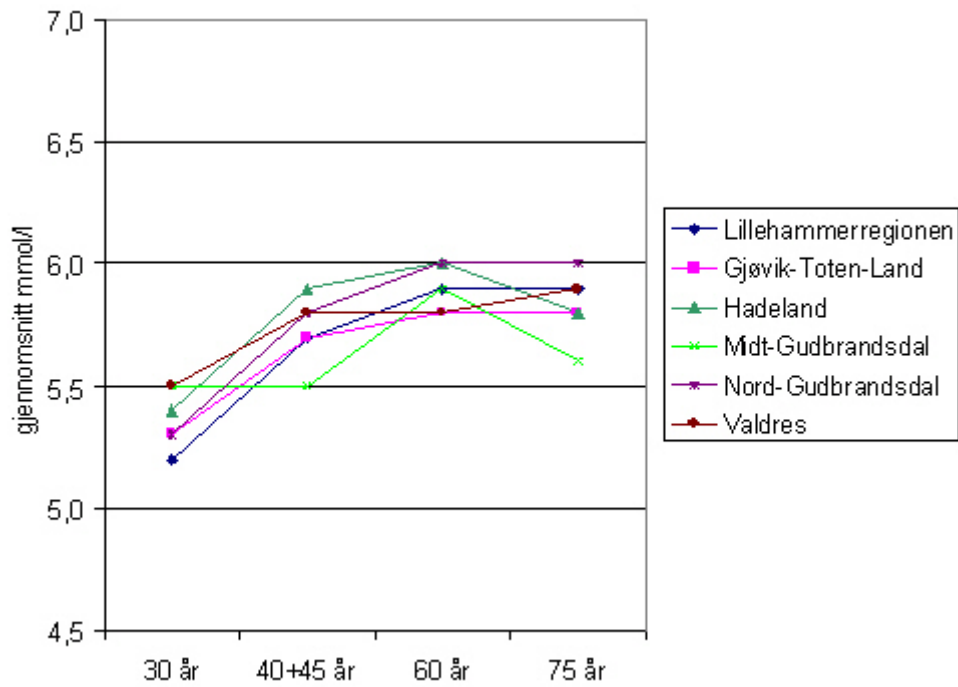
Som ellers i landet økte kolesterolverdiene mer med alder for kvinner enn for menn. Kolesterol-nivået i de eldre aldersgruppene vil sannsynligvis påvirkes noe av bruken av kolesterol-senkende medisiner. Det var forskjeller i kolesterolnivået mellom regionene i Oppland for kvinner, men ikke for menn. Blant kvinner i 40- og 60-årsalderen var det lavere kolesterolnivå i Lillehammerregionen enn i de andre regionene, og blant 75-åringene hadde Lillehammerregionen og Valdres lavest kolesterolnivå. Høyest kolesterolnivå i de to eldste aldersgruppene av kvinner hadde Hadeland og Nord-Gudbrandsdal.

Gjennomsnittlige kolesterolverdier for kvinner og menn i Oppland 2001



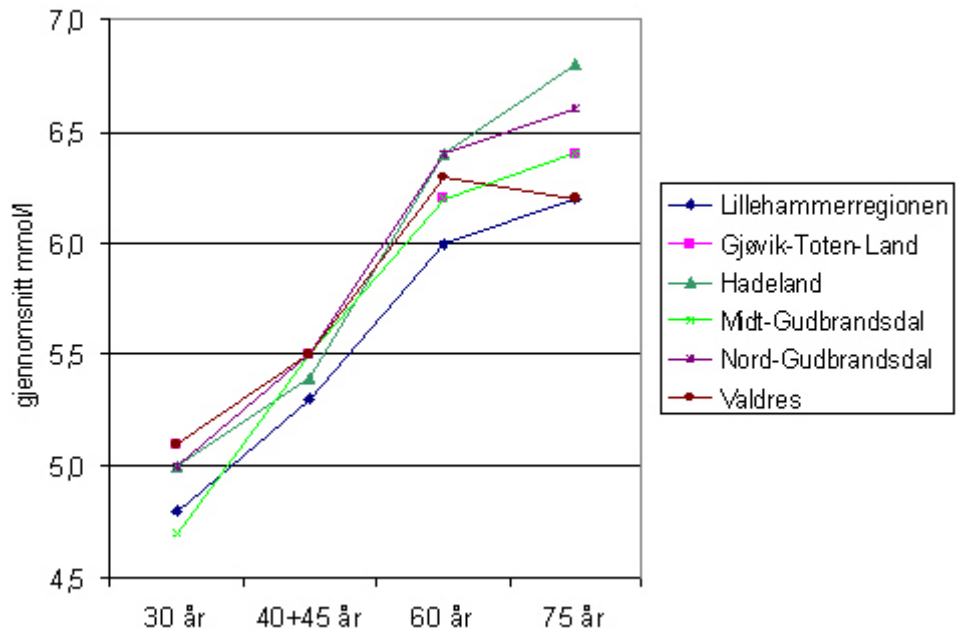
Kilde: Helseundersøkelsen i Oppland 2001

Gjennomsnittlige kolesterolverdier for menn. Regioner i Oppland 2001



Kilde: Helseundersøkelsen i Oppland 2001

Gjennomsnittlige kolesterolverdier for kvinner. Regioner i Oppland 2001

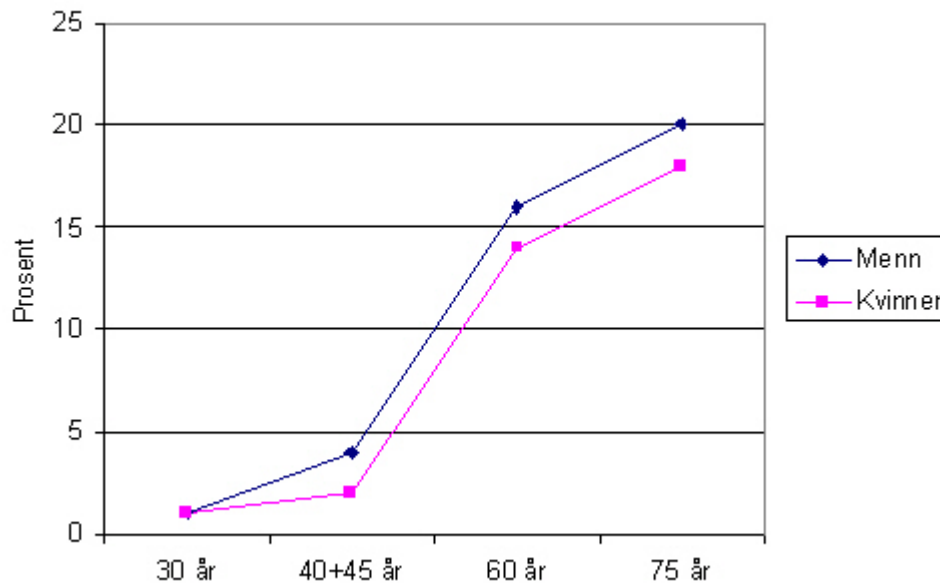


Kilde: Helseundersøkelsen i Oppland 2001

8.2 Små forskjeller mellom regionene i bruk av medisin

Som i Oslo og Hedmark var det også i Oppland mer vanlig blant menn enn blant kvinner å bruke kolesterolsenkende medisiner, og bruken økte sterkt med alder for begge kjønn. Bruk av kolesterolsenkende medisiner var nokså jevnt fordelt mellom regionene i Oppland, til forskjell fra Hedmark der det var betydelige geografiske forskjeller.

Bruk av kolesterolsenkende medisin i Oppland etter alder i 2001



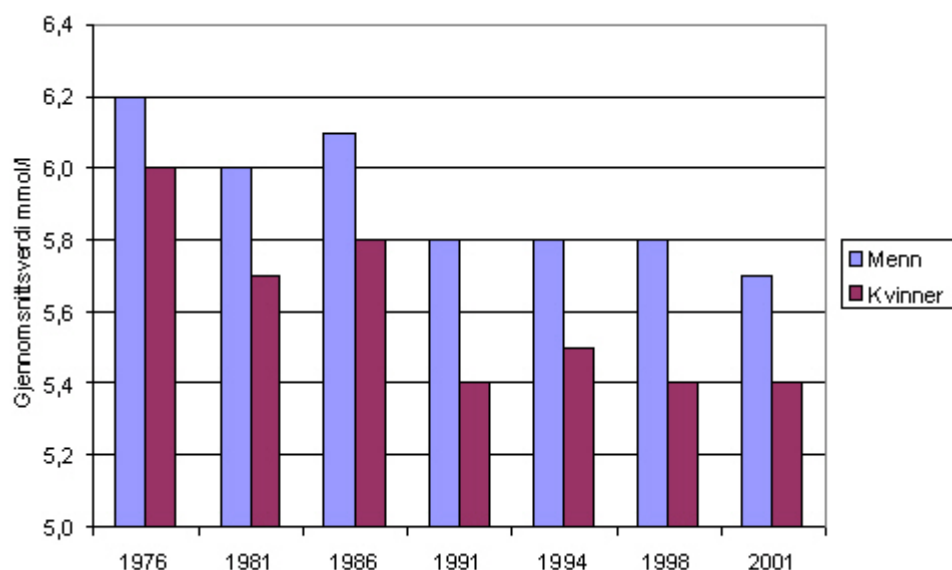
Kilde: Helseundersøkelsen i Oppland 2001

8.3 Kolesterolverdiene synker

Totalkolesterol blant 40-årige menn og kvinner i Oppland har gått ned fra relativt høye nivåer på 1970- og 80-tallet til lavere nivåer på 1990-tallet. Det var et stort hopp ned fra 1986 til 1991 for Oppland, og siden det har kolesterolverdiene (i mmol per l) ligget på rundt 5,8 for menn og 5,4 for kvinner. I 2001 var verdiene 5,7 for menn og 5,4 for kvinner.

Vi har ikke spørsmål om bruken av kolesterolsenkende medisiner fra tidligere år, men ved den siste undersøkelsen brukte bare 4% av mennene og 2% av kvinnene i Oppland slik medisin i 40-årsalderen. Bruken blir adskillig mer vanlig i eldre aldersgrupper, blant 60-åringene brukte ca 15% og blant 75-åringene knapt 20% medisiner mot høy kolesterol. Den relativt beskjedne bruken blant 40-åringene betyr lite for gjennomsnittlig kolesterolnivå. I tiden 1986 til 1991 var kolesterolsenkere dessuten lite brukt, og det er grunn til å tro at et mindre fettriakt kosthold forklarer nedgangen. Salgstallene for kolesterolsenkende (serumlipidsenkende) medisiner har økt sterkt i Norge etter 1994 og i statistikken for 2001 ble det solgt 71,7 døgndoser (DDD) per 1000 innbyggere på landsbasis, mens tallet for 1998 var 37,7 DDD per 1000. Oppland lå i 2001 omtrent på landsgjennomsnittet med 70,7 DDD per 1000 innbyggere.

Totalkolesterol blant 40-åringer i Oppland i perioden 1976 til 2001



Kilde: Flere årganger av rapporten Hjertesaken fra Statens helseundersøkelser og Helseundersøkelsen i Oppland 2001

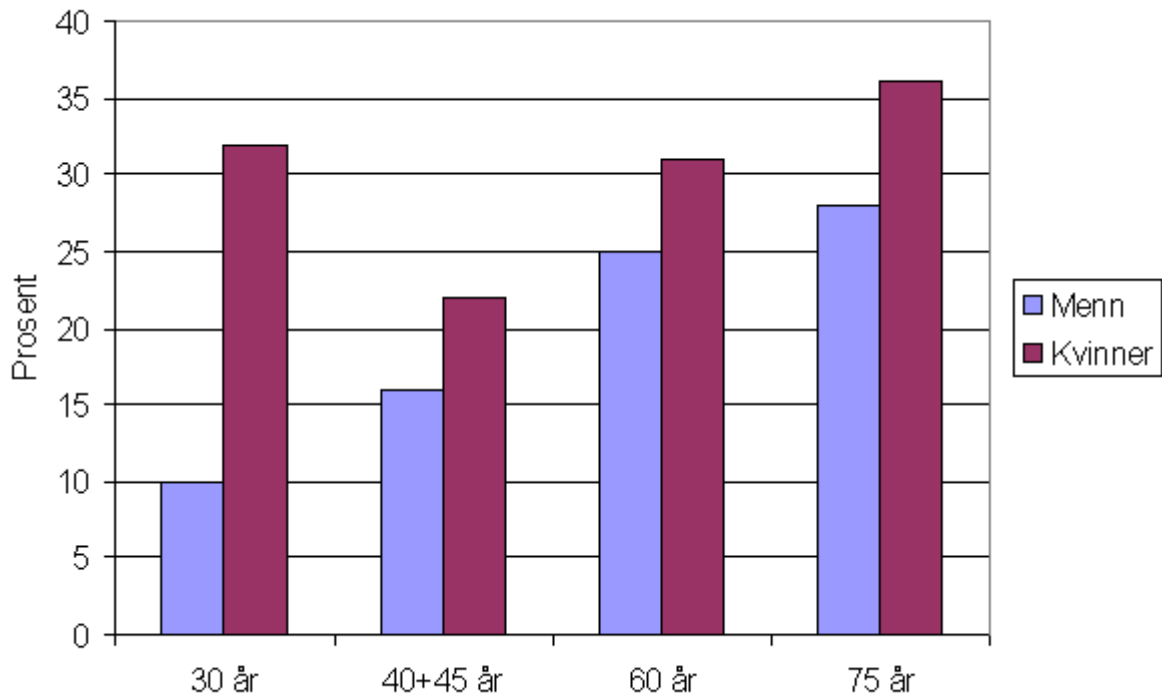
9. Bruk av helsetjenester i Oppland

Kvinner brukte både allmennlege og spesialist mer enn menn. Spesialistbruken økte jevnt med alderen, på samme måte som hyppig legebruk. Det var høyere tall for bruk av allmennlege i Oppland og Hedmark enn i Oslo.

Kvinner brukte både allmennlege og spesialist mer enn menn. Dette gjelder for alle aldersgrupper og også i andre fylker med sammenlignbare data. Den høye raten blant 30-årige kvinner har sannsynligvis sammenheng med legebeseøk i forbindelse med prevensjon og svangerskap. Blant de yngste hadde 31% av kvinnene og 13% av mennene i Oppland vært hos spesialist siste år. Kjønnforskjellen i spesialistbruk var mindre i de andre aldersgruppene og var minst blant 60-åringene. Spesialistbruken økte jevnt med alderen, på samme måte som hyppig legebruk. I den eldste aldersgruppen hadde rundt halvparten vært hos spesialist siste år, og 90% hadde vært hos allmennlegen minst en gang i løpet av det siste året.

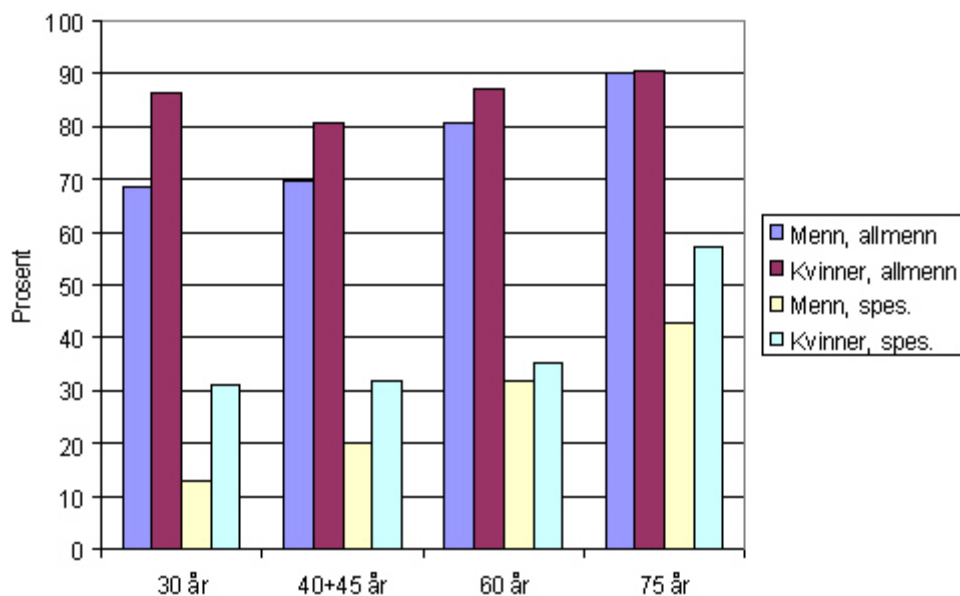
Det var høyere tall for bruk av allmennlege i Oppland og Hedmark enn i Oslo. I den eldste aldersgruppen lå Oppland og Oslo nokså likt i allmennlegebruk, men Hedmark lå noe høyere. Spesialistbruk var vanligere i Oslo enn i Oppland og Hedmark, særlig blant eldre menn. Spesialistbruk var også vanligere blant middelaldrende kvinner både i Oslo og Hedmark enn det var i Oppland. Blant 60-årige kvinner hadde 35% vært hos spesialist siste år i Oppland, sammenlignet med nær halvparten av kvinner i samme alder i Oslo og Hedmark.

Bruk av allmennlege 4 ganger eller mer siste 12 mnd. Oppland 2001



Kilde: Helseundersøkelsen i Oppland 2001

Bruk av allmennlege eller spesialist minst én gang siste 12 mnd. Oppland 2001



Kilde: Helseundersøkelsen i Oppland 2001. Psykiater er her ikke medregnet som spesialist, men ble spurt om separat. I aldersgruppen 75-76 år ble det bare spurt om spesialist, og ikke om bruk av psykiater

9.1 Mest legebruk i Lillehammerregionen

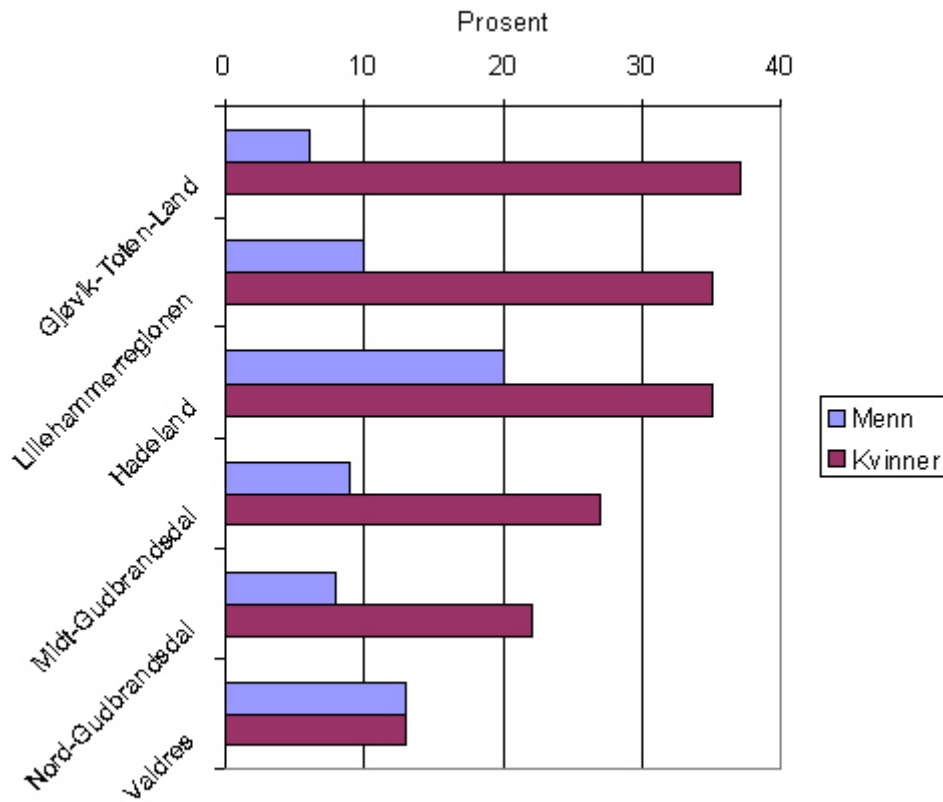
Det var små forskjeller i 40-åringenes bruk av allmennlege mellom regionene i Oppland. Ellers var det større forskjeller i legebruken mellom regionene for kvinner enn for menn. For kvinner var det statistisk sikre forskjeller mellom regionene i aldersgruppene 30 år, 60 år og 75 år, mens det for menn ikke var sikre forskjeller i noen av aldersgruppene. Yngre kvinner (30 år) i Valdres og Gudbrandsdalen brukte allmennlegen mindre enn yngre kvinner i de andre regionene i Oppland. I Gjøvik-Toten-Land hadde 37% av 30-åringene vært 4 ganger eller mer hos allmennlegen siste året, i Valdres bare 13%.

I de to eldre aldersgruppene (60 og 75 år) var derimot kvinner i Valdres og Lillehammerregionen forholdsvis ofte hos legen. Gjøvik-Toten-Land og Hadeland hadde mindre bruk av allmennlege i de samme aldersgruppene. Blant kvinner på 60 år hadde 42% vært 4 ganger eller mer hos allmennlege i Midt-Gudbrandsdal sammenlignet med 21% i Hadeland. Blant kvinner på 75 år hadde 48% vært ofte hos legen siste året i Valdres og til sammenligning rundt 30% i regionene Midt-Gudbrandsdal, Gjøvik-Toten-Land og Hadeland. Midt-Gudbrandsdal hadde altså høyest rate for legebruk blant 60-årige kvinner, men lavest rate blant 75-åringene. Valdres og Lillehammerregionen hadde relativt høye rater for legebruk i begge de to eldste aldersgruppene av kvinner. Lillehammerregionen hadde i tillegg en høy andel av 30-åringer som hadde vært ofte hos legen.

Det var ikke store forskjeller i spesialistbruken mellom regionene i Oppland, men forskjellene var statistisk sikre blant kvinner på 60 år. Mens 46% av kvinner på 60 år hadde vært hos spesialist siste år i Lillehammerregionen og Midt-Gudbrandsdal, hadde bare 25% av kvinner på samme alder vært hos spesialist i Nord-Gudbrandsdal.

Bruk av allmennlege blant 30-åringe i regionene i Oppland 2001.

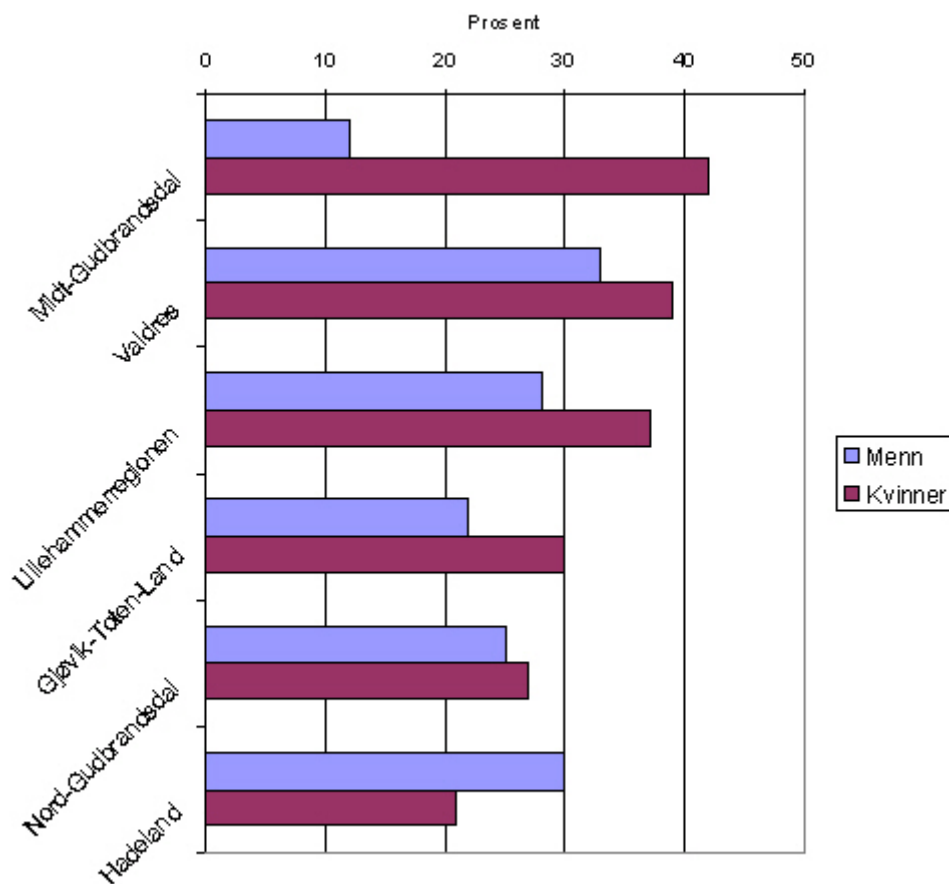
(Var hos legen 4 ganger eller mer siste 12 mnd)



Kilde: Helseundersøkelsen i Oppland 2001

Bruk av allmennlege blant 60-åringer i regionene i Oppland 2001.

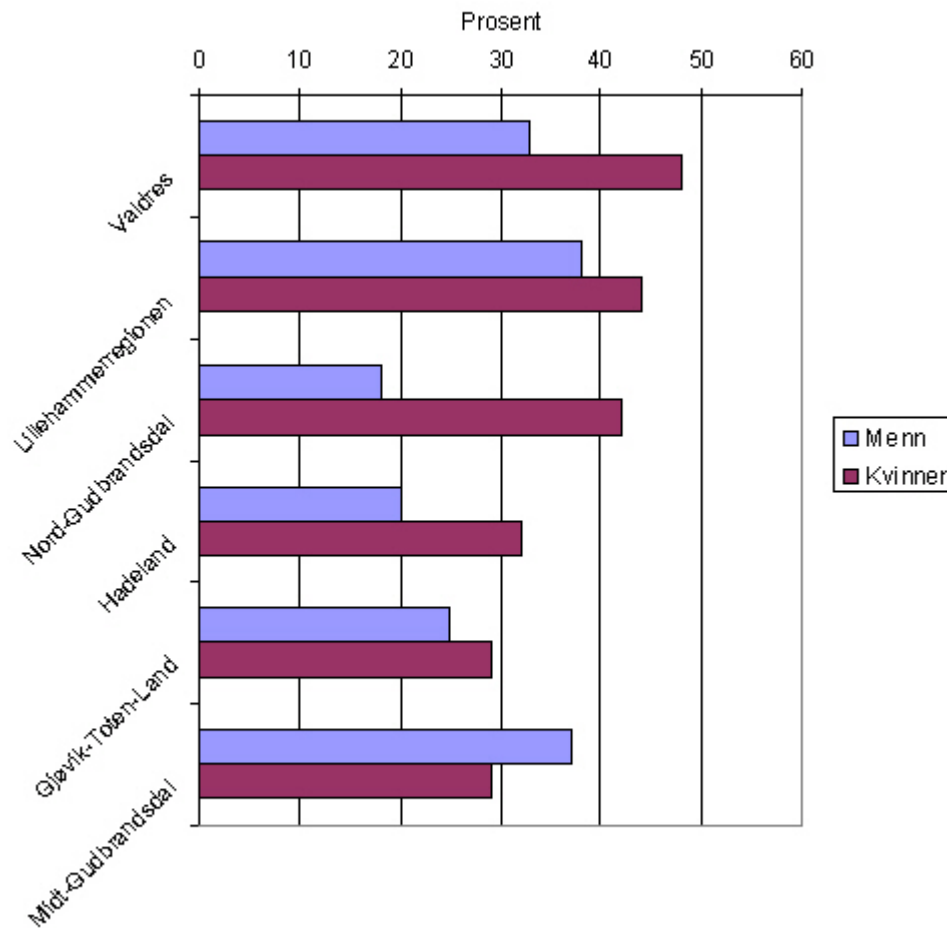
(Var hos legen 4 ganger eller mer siste 12 mnd)



Kilde: Helseundersøkelsen i Oppland 2001

Bruk av allmennlege blant 75-åringer i regionene i Oppland 2001.

(Var hos legen 4 ganger eller mer siste 12 mnd)



Kilde: Helseundersøkelsen i Oppland 2001.