

BAKGRUNN OG RESULTATER FRA HELSEUNDERSØKELSEN I HEDMARK

Innhold

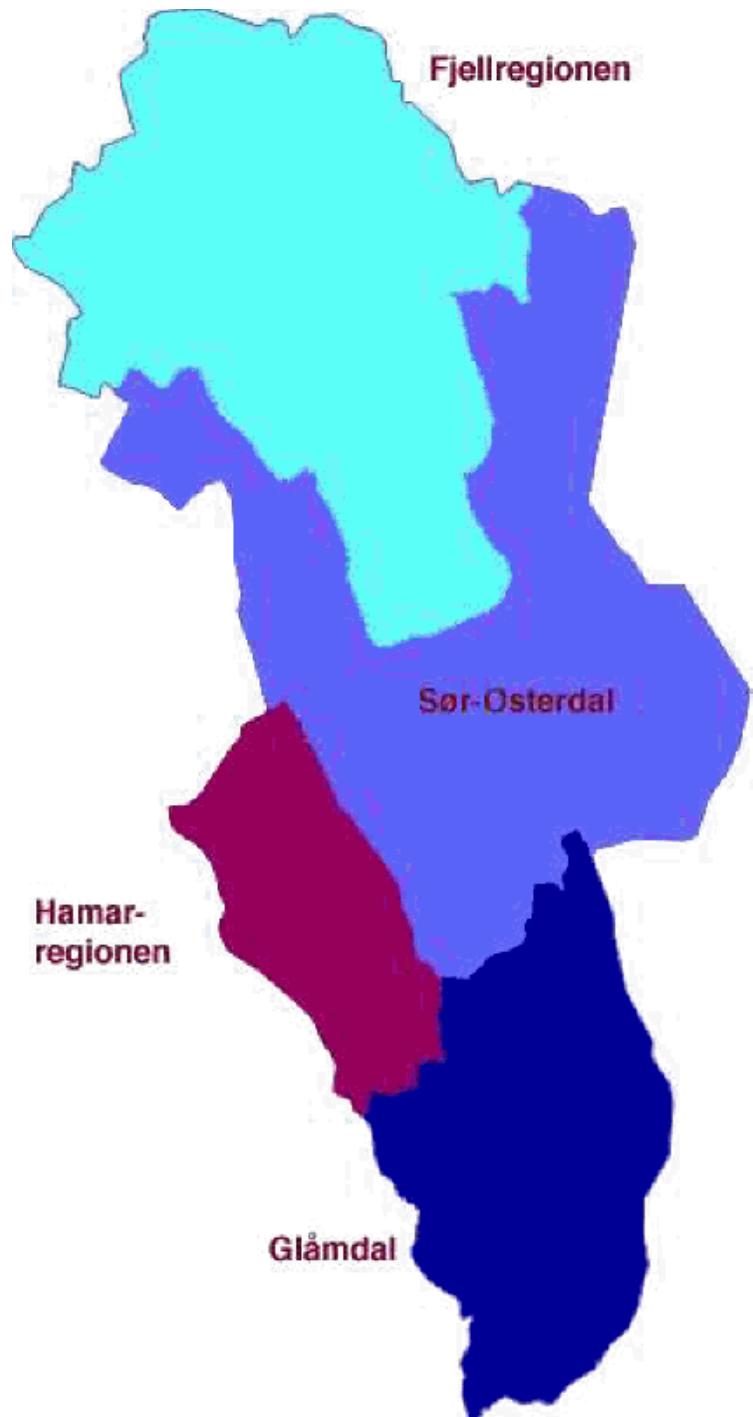
1. Bakgrunn og usikkerhet	2
1.1 Frammøte og usikkerhet i resultatene	3
1.2 Typiske feilkilder	4
2. Definisjoner på variable	5
2.1 Vurdering av egen helse	5
2.2 Sykdommer	5
2.3 Symptomer på psykiske plager	5
2.4 Plaget av smerter/ stivhet i muskler og ledd	6
2.5 Total serum kolesterol	6
2.6 HDL-kolesterol	7
2.7 Triglyserider	7
2.8 Blodsukker (glukose)	7
2.9 Blodtrykk	8
2.10 Røyking	8
2.11 Kroppsmasseindeks (KMI eller BMI)	8
2.12 Fysisk aktivitet	9
3. Vurdering av egen helse i Hedmark	9
3.1 Best helse i Hamar- og Fjellregionen	9
3.2 Symptomer på depresjon /angst	11
4. Daglig røyking	11
4.1 Nedgang i andel røykere siden 1997	14
5. Overvekt og andelen fysisk inaktive	14
5.1 Hedmarkingene følger trenden og blir rundere	16
5.2 Har befolkningen blitt mer stillesittende?	17
6. Blodtrykk	18
6.1 Blodtrykket synker	20
7. Kolesterol	21
7.1 Mest bruk av kolesterolsenkende medisin i Sør-Østerdal	23
7.2 Kolesterolverdiene synker	25
8. Bruk av helsetjenester	25
8.1 Lite bruk av allmennlege i Fjellregionen	26

1. Bakgrunn og usikkerhet

Totalt deltok 6362 hedmarkinger i helseundersøkelsen i 2000-2001. Helseundersøkelsen var først og fremst et kartleggings- og forskningsprosjekt. Deltakerne fikk en gratis helsesjekk mot visse sykdommer som takk for at de møtte frem.

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 Hedmark.

Vi presenterer tall for alle aldersgrupper på fylkesnivå og for regionene Hamarregionen, Glåmdal og Sør-Østerdal. I Fjellregionen gir vi ikke tall for de yngste (30 år) og de eldste mennene (75 år), og ikke for de eldste kvinnene. Vi kan bare gi tall for 7 av 22 kommuner i Hedmark, og bare for 40- og 60-åringene. Senere i dokumentet finner du tallene for hele Hedmark fylke og de fire regionene og de kommunene vi offentliggjør tall for.



Regionene og kommunene vi offentliggjør tall fra, er i *kursiv*.

Hamarregionen	Glåmdal	Sør-Østerdal	Fjellregionen
<i>Hamar</i>	<i>Kongsvinger</i>	<i>Elverum</i>	<i>Rendalen</i>
<i>Ringsaker</i>	<i>Nord-Odal</i>	<i>Trysil</i>	<i>Tolga</i>
<i>Løten</i>	<i>Sør-Odal</i>	<i>Åmot</i>	<i>Tynset</i>
<i>Stange</i>	<i>Eidskog</i>	<i>Stor-Elvdal</i>	<i>Alvdal</i>
	<i>Grue</i>	<i>Engerdal</i>	<i>Folldal</i>
	<i>Åsnes</i>		<i>Os</i>
	<i>Våler</i>		

For Hedmark har vi nå muligheten til å sammenstille data fra fem helseundersøkelser blant 40-åringene. Den første ble gjennomført i 1988 og den siste i 2000-2001 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.

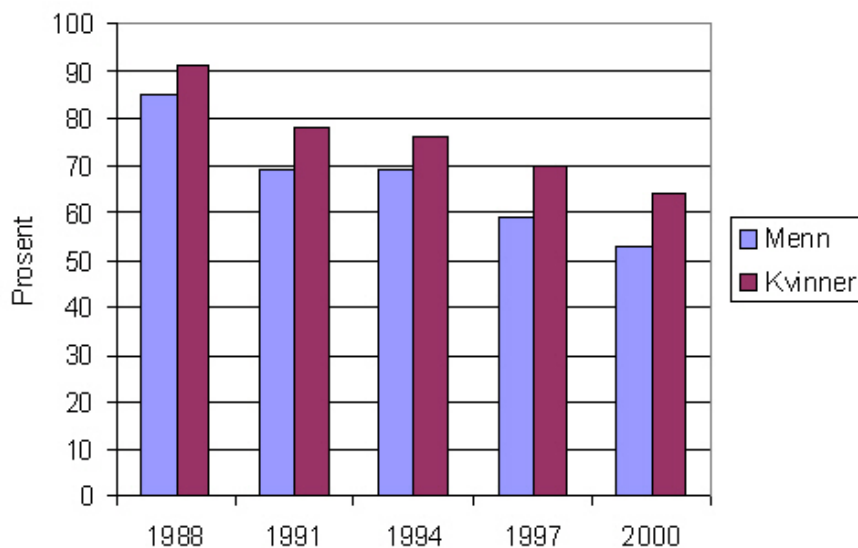
Den siste undersøkelsen i 2000-2001 var rettet mot et bredere spekter av sykdommer og sykdomsårsaker og flere aldersgrupper ble inkludert (alle som var bosatt i Hedmark og som var 30, 40, 45, 60 eller 75 år i år 2000). Vi omtaler her 40- og 45-åringene som "40-åringene", og regner med at utbredelsen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

1.1 Frammøte og usikkerhet i resultatene

I Hedmark var det nær 90 % som møtte fram til undersøkelsen i 1988. På begynnelsen av 1990-tallet var det vel 70 %. Siden har frammøteprosenten sunket ytterligere, og lå i 2000-2001 på 57 % 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 5520 menn invitert og 5706 kvinner. Av disse deltok 2921 menn og 3441 kvinner, altså til sammen 6363 personer. Svarprosenten var 52,9 for menn og 60,3 for kvinner.

Fremmøte blant 40-åring i Hedmark i perioden 1988 til 2000-2001



Kilde: Flere årganger av rapporten Hjertesaken fra Statens helseundersøkelser og Helseundersøkelsen i Hedmark 2000-01.

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 regionene Hamarregionen, Glåmdal og Sør-Østerdal. I Fjellregionen gir vi av samme grunn ikke tall for de yngste (30 år) og de eldste mennene (75 år), og ikke for de eldste kvinnene. 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 7 av 22 kommuner i Hedmark.

1.2 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.

2. Definisjoner på variable

Her finner du definisjoner og forklaringer på de variablene som presenteres i tabellene. Noe er spørsmål fra spørreskjemaet, mens andre er målte risikofaktorer for hjerte- og karsykdom.

2.1 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.

2.2 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.

2.3 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.

2.4 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.

2.5 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).

2.6 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.

2.7 Triglyserider

Når vi spiser mat med mye mettett 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.

2.8 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.

2.9 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.

2.10 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 kryssset 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.

2.11 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.

2.12 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”.

3. Vurdering av egen helse i Hedmark

Menn vurderte oftere enn kvinner sin helse som god. Det var i Hamar- og Fjellregionen vi fant den bste vurderingen av egen helse.

Er det bedre helse blant 40-åringer i 1997 enn i 2000? Deltakerne ble spurt om hvordan de vurderte sin egen helse og det viste seg at 73% mente at egen helse var *god eller meget god*. Menn vurderte oftere enn kvinner sin helse som god, og kjønnsforskjellen var mest utpreget for 75-åringer.

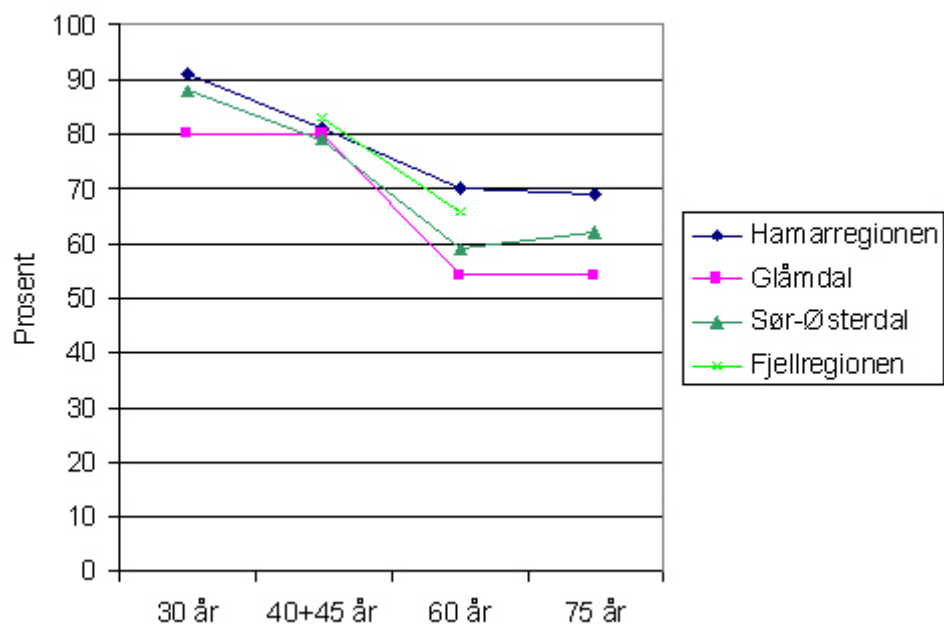
I denne siste undersøkelsen rapporterte ca 80% av 40-åringene god eller svært god helse, i den forrige undersøkelsen fra 1997 var tilsvarende tall 89% for menn og 86% for kvinner. I tidligere Hedmark-undersøkelser ble dette spørsmålet ikke stilt. I de to yngste aldersgruppene, 30- og 40-åringer, var andelen med god eller svært god helse nesten helt lik i Hedmark og Oslo. I de to eldste aldersgruppene var det flere i Oslo enn i Hedmark som vurderte egen helse som god eller svært god, 63% blant 60-årige menn i Hedmark og 73% i Oslo. Blant 60-årige kvinner var det 58% i Hedmark og 64% i Oslo som mente at egen helse var god eller svært god.

3.1 Best helse i Hamar- og Fjellregionen

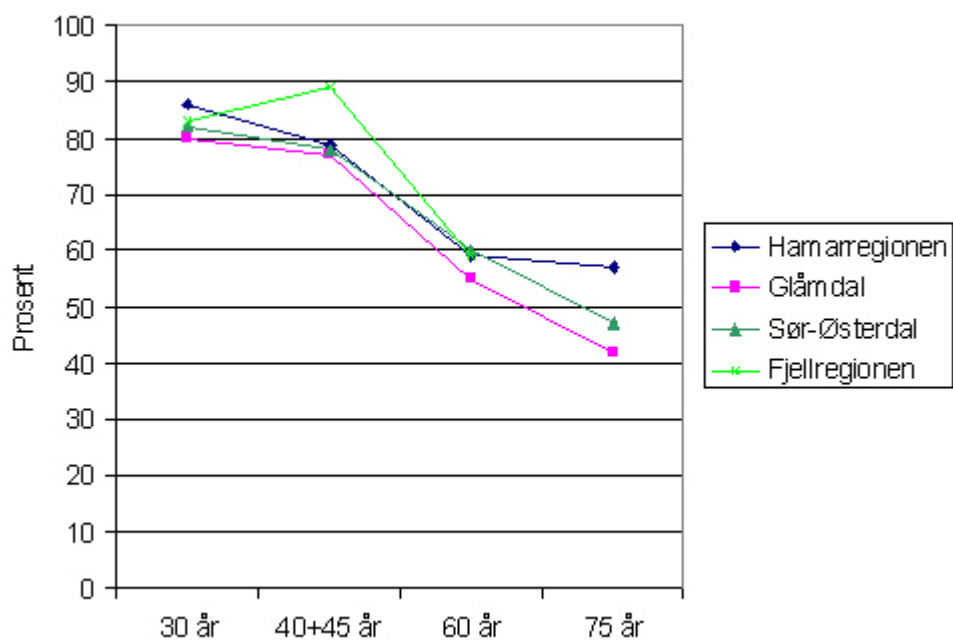
Blant menn i Hedmark hadde Hamarregionen best vurdering av egen helse, rundt 70% av både 60- og 75-åringer vurderte helsa som god eller svært god. I Glåmdal vurderte 54% av menn i samme aldersgrupper helsa si som god eller svært god. Blant de eldste kvinnene var det også høyest andel med god eller svært god helse i Hamarregionen og lavest andel i Glåmdalregionen. I Fjellregionen var en generelt høy andel menn og kvinner som vurderte sin

egen helse som god eller svært god, blant kvinner i 40-årsalderen vurderte hele 90% helsa som god/svært god, sammenlignet med i underkant av 80% i de andre regionene.

*Andel menn i ulike aldre som vurderer egen helse som god eller svært god.
Regioner i Hedmark 2000-2001*



*Andel kvinner i ulike aldre som vurderer egen helse som god eller svært god.
Regioner i Hedmark 2000-2001*



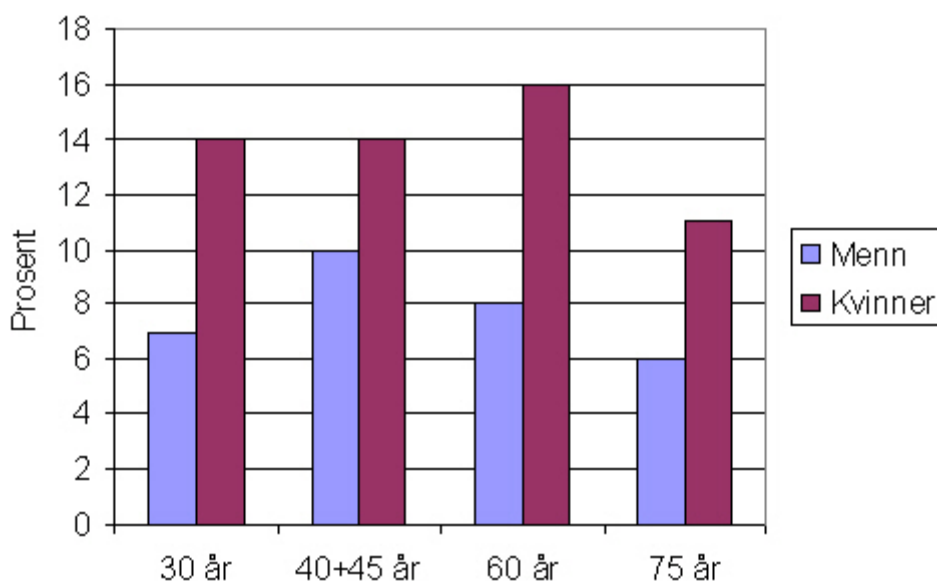
Kilde: Helseundersøkelsen i Hedmark 2000-01.

3.2 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 Hedmark og andre steder i landet. I Hedmark hadde, samlet sett, 9% av mennene og 14% av kvinnene symptomer. 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. Menn hadde oftest symptomer på psykiske plager i 40-årsalderen, mens det var mindre vanlig blant yngre og eldre menn. Dette likner på mønsteret for utbredelsen av slike plager i Oslo.

I Glåmdal var symptomer på psykiske plager blant 30-åringer mer utbredt enn andre steder i Hedmark. Her hadde 16 % av mennene og 19 % av kvinnene på 30 år slike symptomer. Tilsvarende tall for 30-åringer i hele Hedmark var på 7 % for menn og 14 % for kvinner. Forskjellene mellom regionene var statistisk sikre for menn, men ikke for kvinner.

Andel menn og kvinner med symptomer på psykiske plager i Hedmark i ulike aldersgrupper. Prosent



Kilde: Helseundersøkelsen i Hedmark 2000-01.

4. Daglig røyking

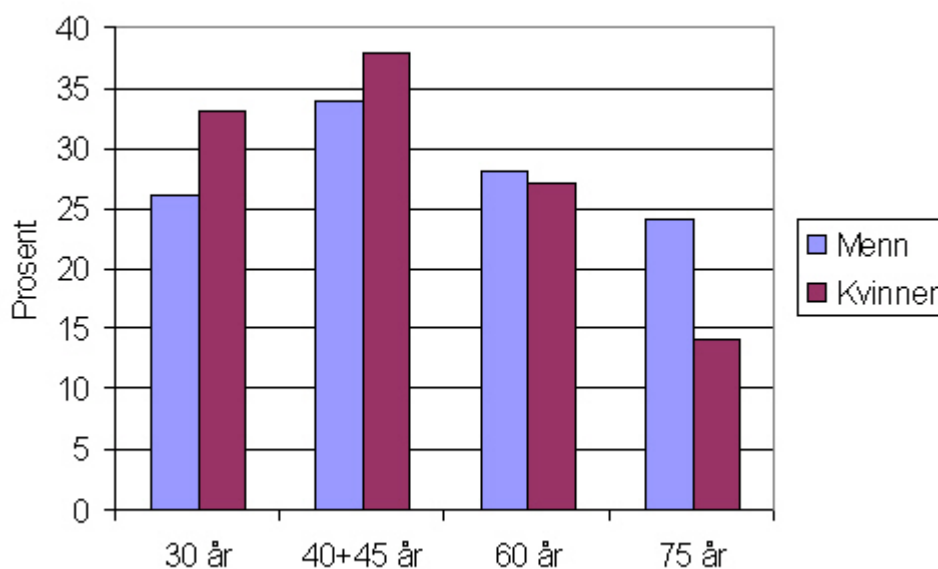
Når det gjelder røyking er det store forskjeller mellom menn og kvinner og i de ulike aldersgruppene. Vi finner også regionsforskjeller når vi ser på røykevanene hos hedmarkingene.

Daglig røyking var vanligere blant yngre kvinner enn blant yngre menn. Det var ikke kjønnsforskjeller blant 60-åringer, mens det var forskjell vanligere blant eldre menn enn blant

eldre kvinner å røyke. Dette er forskjellig fra Oslo, der menn og kvinner hadde like stor andel røykere i alle aldersgrupper.

Andel daglig røykere var høyest i Glåmdalregionen, der 43% av kvinnene og 36% av mennene i alderen 40+45 år røykte daglig. Andelen var lavest i Fjellregionen, der vel 30% av menn og kvinner i 40-årsalderen røykte daglig. Forskjellene var statistisk sikre for kvinner i de to yngste aldersgruppene. Kvinner på 30 år i Sør-Østerdal hadde en røykeandel som var nesten like lav som for kvinner i Oslo og Akershus. Oslo og Akershus hadde sammen med Nord-Trøndelag lavest røykeandel av alle fylkene i perioden 1997-2001 (Statens tobakkskaderåd – Sosial- og helsedirektoratet). I Oslo var det 26% dagligrøykere både blant menn og kvinner i alle aldersgrupper samlet (30 år, 40+45 år, 59+60 år, 75+76 år) i 2000-2001. Tilsvarende røykeandel i Hedmark for alle aldersgruppene var 30% for menn og 31% for kvinner. Forskjellen mellom Hedmark og Oslo var størst for unge kvinner og eldre menn.

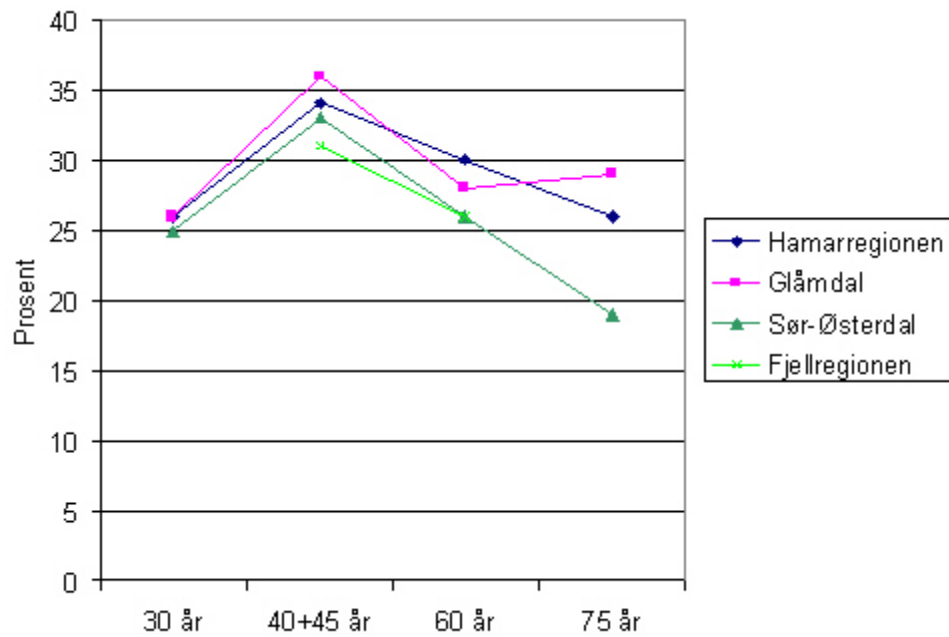
Andel dagligrøykere i Hedmark. 2000-2001



Kilde:

Helseundersøkelsen i Hedmark 2000-01.

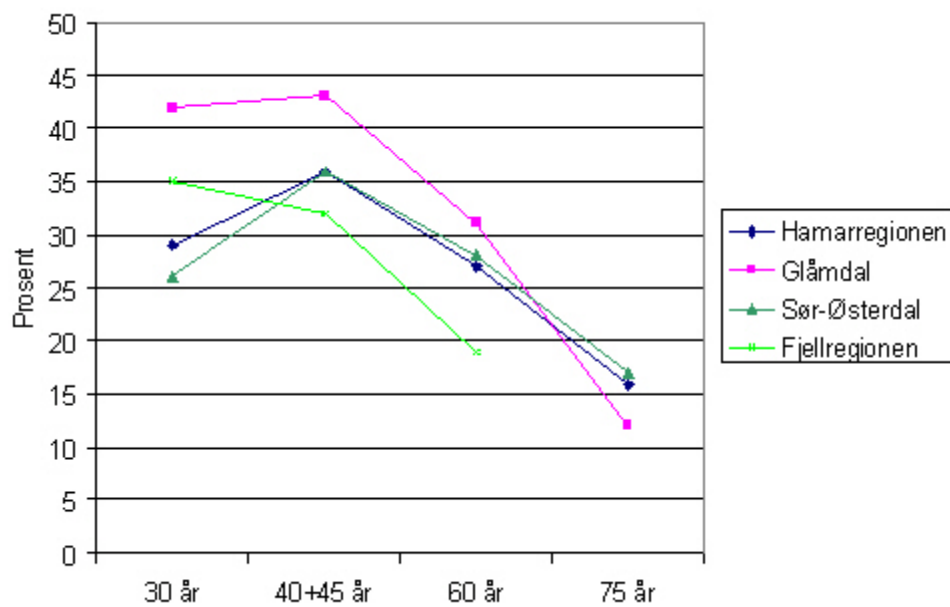
Andel menn som røyker daglig. Regioner i Hedmark. 2000-2001



Kilde:

Helseundersøkelsen i Hedmark 2000-01.

Andel kvinner som røyker daglig. Regioner i Hedmark. 2000-2001



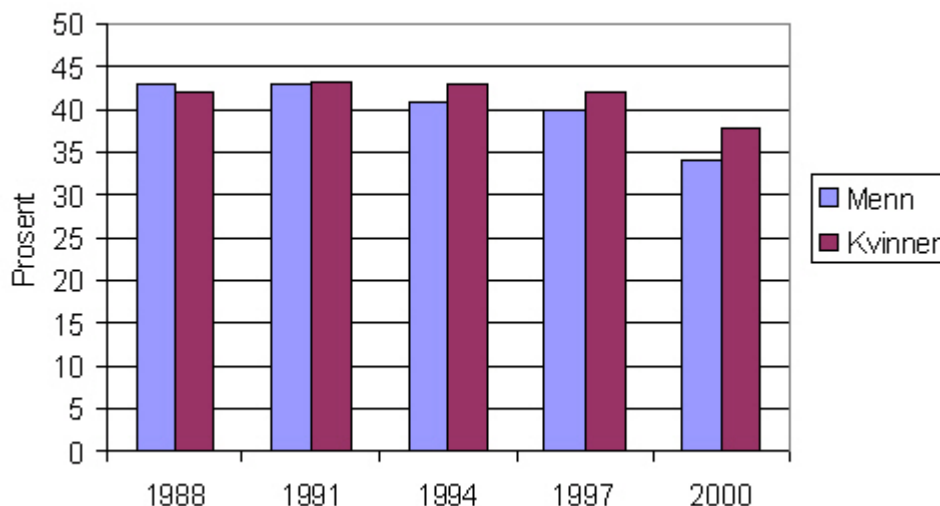
Kilde:

Helseundersøkelsen i Hedmark 2000-01.

4.1 Nedgang i andel røykere siden 1997

Det var bare små endringer i andelen 40-åringere som røyker daglig i Hedmark mellom 1988 og 1997, særlig var det lite som tydet på at kvinnene sluttet å røyke. Etter 1997 har det vært mer bevegelse i andelen røykere, og i 2000-2001 røykte 34% menn og 38% kvinner. Dette er en reduksjon på 15% for menn og 10% for kvinner i forhold til nivået i 1997.

Andel dagligrøykere blant 40-åringere i Hedmark 1988-2000



Kilde: Flere årganger av rapporten Hjertesaken fra Statens helseundersøkelser og Helseundersøkelsen i Hedmark 2000-01.

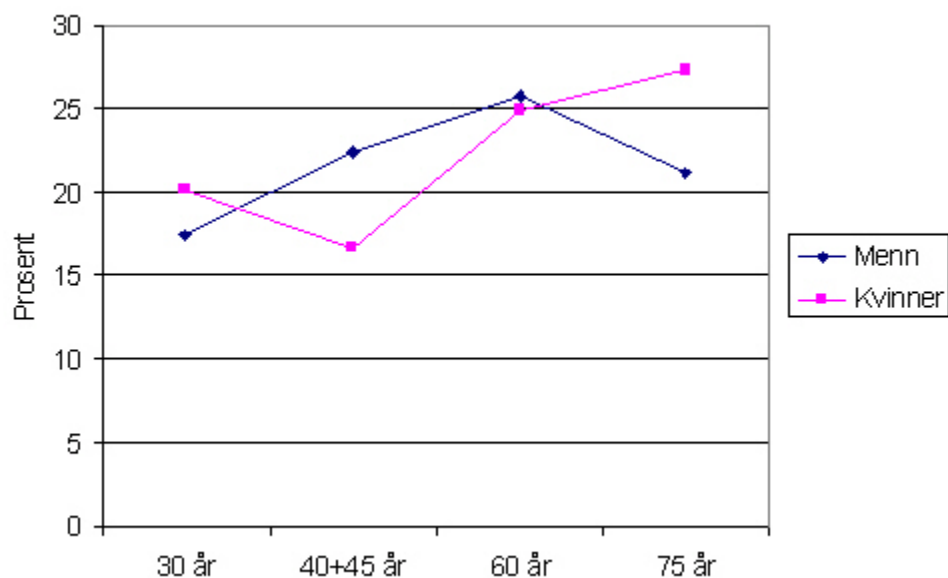
5. Overvekt og andelen fysisk inaktive

Hedmarkingene følger trenden og blir rundere og rundere. Blant de godt voksne har nå 25% såkalt helsefarlig overvekt, mens andelen fysisk inaktive har gått opp.

Kroppsmasseindeks (KMI) 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).

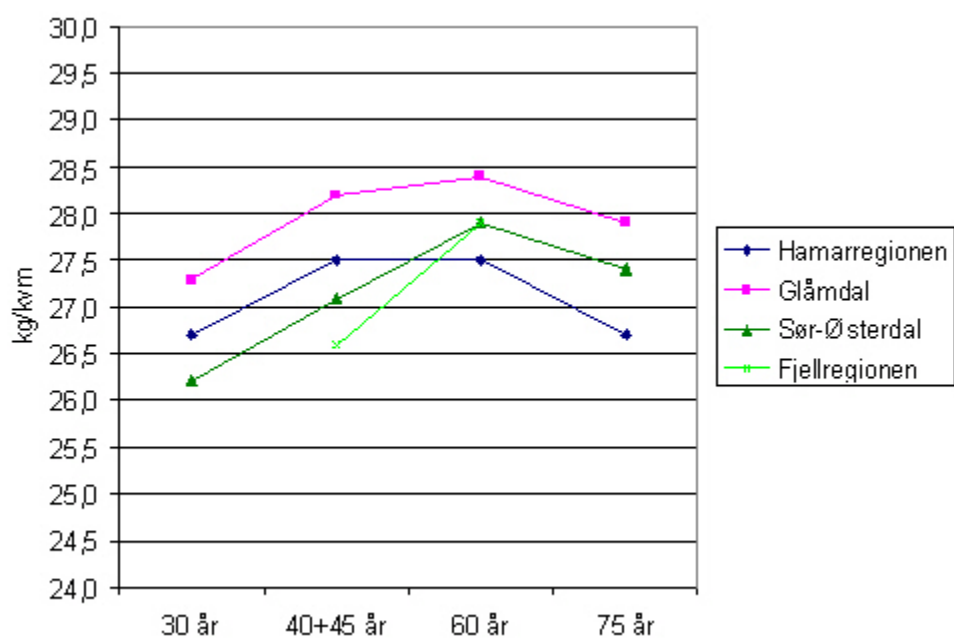
I Hedmark lå andelen med fedme på ca en av fem i de to yngre aldersgruppene og på ca en av fire i de to eldste aldersgruppene. Dette er høyere enn det man fant for Oslo for de samme aldersgruppene for 2000-2001. Gjennomsnittlig KMI var høyest i Glåmdalregionen både blant menn og kvinner, bortsett fra for 30-årige kvinner, der gjennomsnittet var høyest i Hamarregionen.

Andel menn og kvinner med fedme (kroppsmasseindeks på 30 og over) i Hedmark 2000-2001)



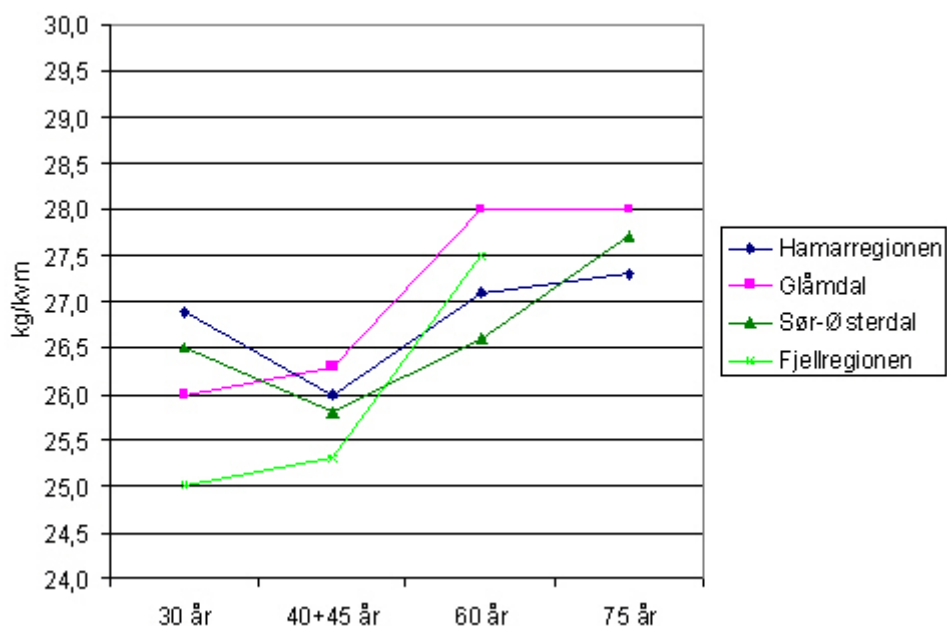
Kilde: Helseundersøkelsen i Hedmark 2000-01.

*Kroppsmasseindeks blant menn. Regioner i Hedmark. 2000-2001.
Gjennomsnittsverdier i kg per kvadratmeter.*



Kilde: Helseundersøkelsen i Hedmark 2000-01.

*Kroppsmasseindeks blant kvinner. Regioner i Hedmark. 2000-2001.
Gjennomsnittsverdier i kg per kvadratmeter.*

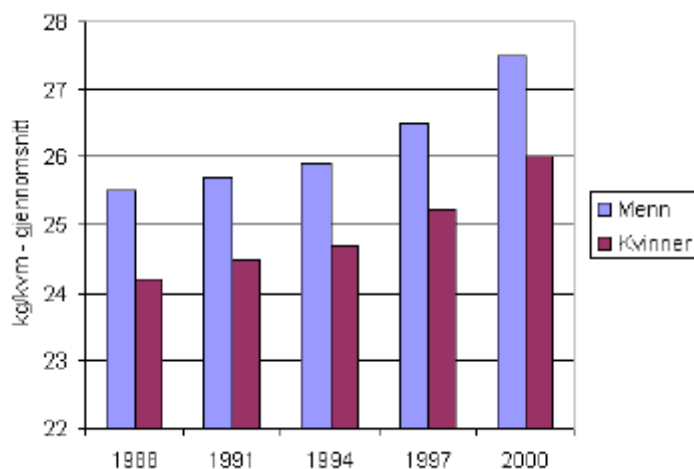


Kilde: Helseundersøkelsen i Hedmark 2000-01.

5.1 Hedmarkingene følger trenden og blir rundere

Selv om total kolesterol og blodtrykk viser en gunstig utvikling, har kroppsvekten økt jevnt både for kvinner og menn fra 1988 til år 2000-2001. Dette er en trend som gjelder både for Hedmark og for andre fylker, og som man dessuten finner internasjonalt. I den siste undersøkelsen var gjennomsnittet for kvinner i 40-årsalderen 26 og for menn 27,5 kg/kvm. Når 40-årige menn i Hedmark 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-åringer i Hedmark i perioden 1988-2000

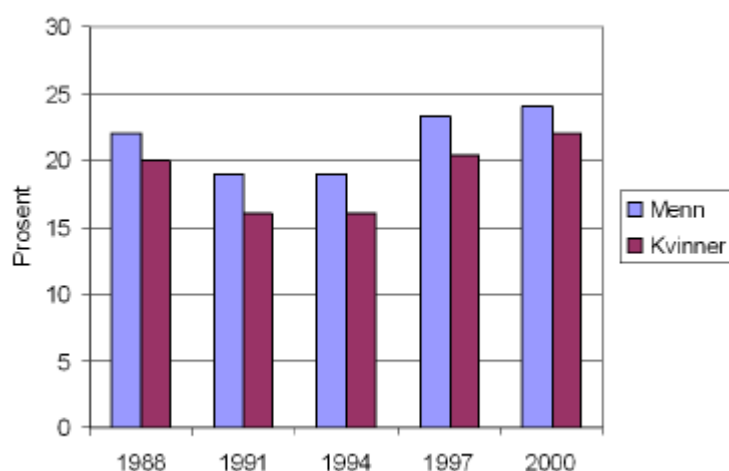


Kilde: Flere årganger av rapporten Hjertesaken fra Statens helseundersøkelser og Helseundersøkelsen i Hedmark 2000-01.

5.2 Har befolkningen blitt mer stillesittende?

Andelen fysisk inaktive blant 40-åringer i Hedmark var høyere i 1988 enn i 1994. Målt med det samme spørsmålet som tidligere (leser, ser på fjernsyn eller annen stillesittende aktivitet i fritiden), fant man nå i 2000-2001 en høyere andel inaktive enn i 1988. Fra 1994 til 2000 har det altså vært en økning i KMI og andel fysisk inaktive. Fra 1988 til 1994 var det en økning i KMI sammen med en nedgang i andel fysisk inaktive. Det er altså først etter 1994 at økning i kroppsmasseindeks kan sees i sammenheng med økning i fysisk inaktivitet målt med dette spørsmålet.

Andel inaktive 40-åringer (leser, ser på fjernsyn e.l. i fritiden) i Hedmark i perioden 1988-2000



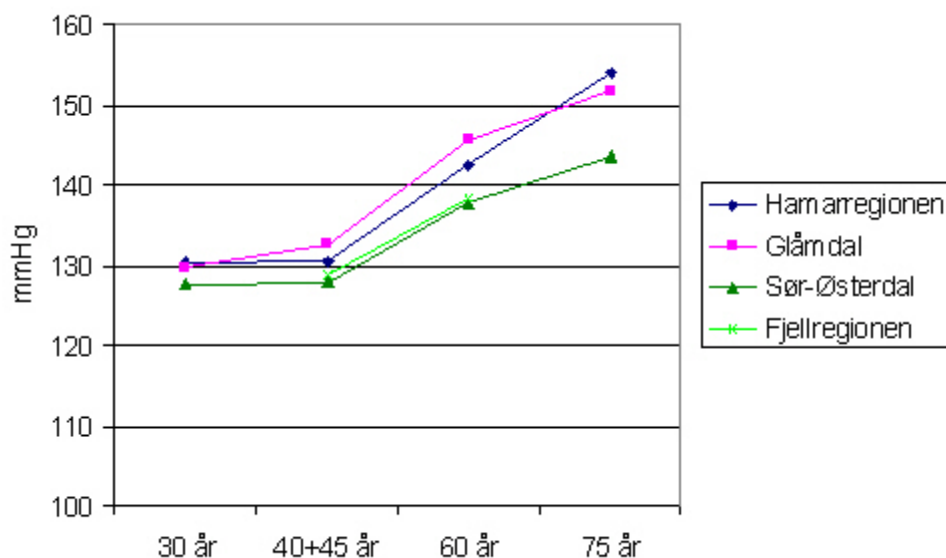
6. Blodtrykk

Blodtrykket er høyest i Glåmdal og Hamar. Gjennomsnittsverdier for systolisk blodtrykk økte med alder og var nokså likt for menn og kvinner i de to eldste aldersgruppene.

Det var ikke forskjeller mellom regionene for 30-åringene, men for de andre aldersgruppene var blodtrykksnivået høyere i Glåmdal og Hamarregionen enn i de andre to regionene. Det var bare små forskjeller i bruken av blodtrykksenkende medisin mellom regionene i Hedmark. Forskjellene mellom regionene var statistisk sikre bare for kvinner i 40-årsalderen; det var flest som brukte medisin i Glåmdal og Sør-Østerdal (6-7%) og færrest i Hamarregionen (3%).

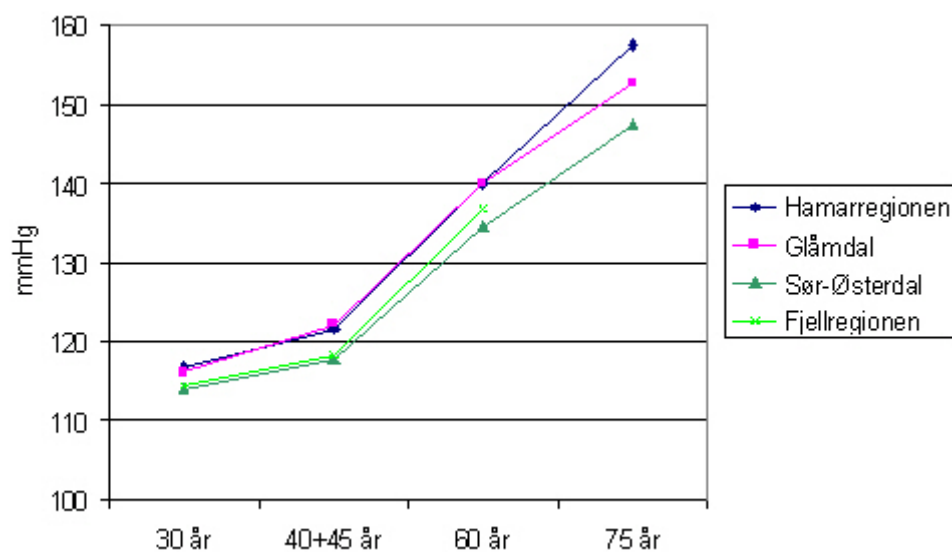
Bruken av blodtrykksmedisin økte sterkt med alder. Svært få brukte blodtrykksenkende medisiner blant 30-åringene. Blant 40-åringene brukte 7% av mennene og 5% av kvinnene slik medisin. I 60-årsalderen brukte flere menn enn kvinner blodtrykksenkende medisiner, i alt 29% av mennene og 24% av kvinnene. Blant de eldste økte bruken ytterligere og blant 75-åringene i Hedmark brukte 43% av mennene og 45% 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.

Gjennomsnittlige blodtrykksverdier (systolisk) for menn. Regioner i Hedmark 2000-2001



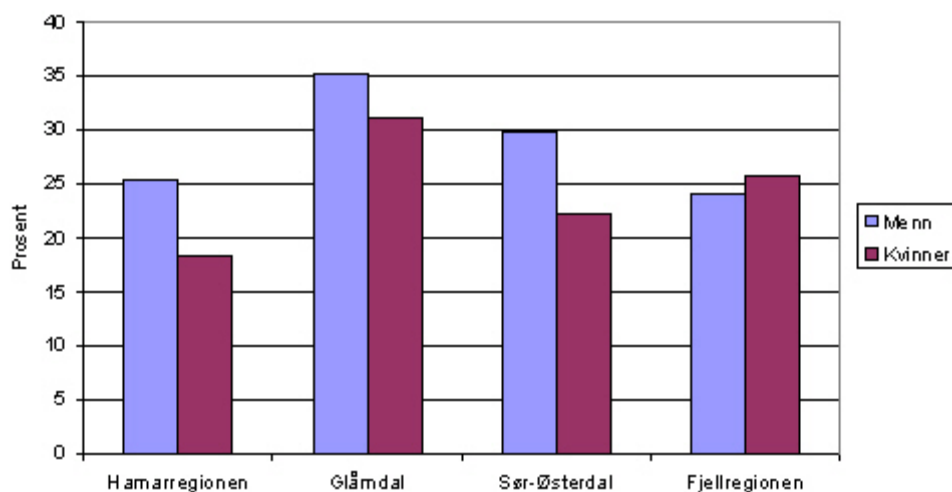
Kilde: Helseundersøkelsen i Hedmark 2000-01.

Gjennomsnittlige blodtrykksverdier (systolisk) for kvinner. Regioner i Hedmark 2000-2001



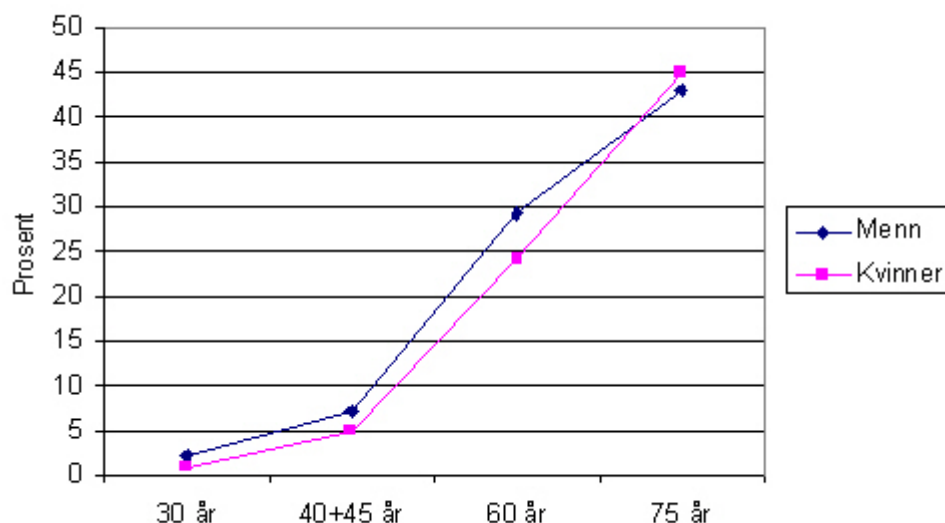
Kilde: Helseundersøkelsen i Hedmark 2000-01.

Bruk av blodtrykksenkende medisin blant 60-åringene. Regioner i Hedmark 2000-2001



Kilde: Helseundersøkelsen i Hedmark 2000-01.

Bruk av blodtrykksenkende medisin i Hedmark etter alder i 2000-2001

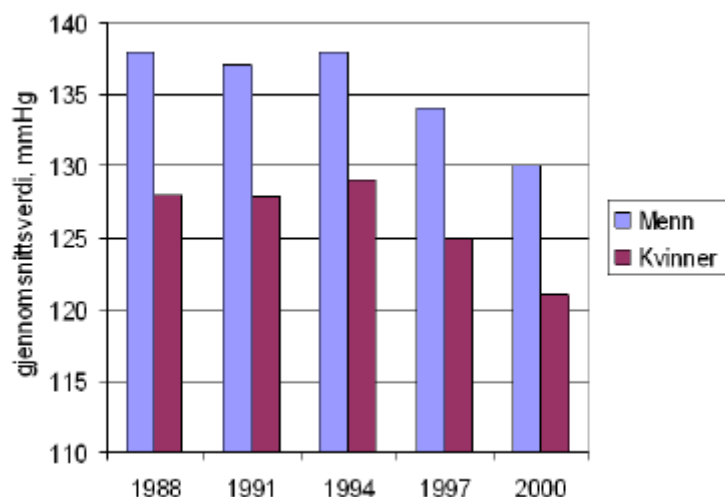


Kilde: Helseundersøkelsen i Hedmark 2000-01.

6.1 Blodtrykket synker

Mens blodtrykket (systolisk) blant 40-åringene var nokså stabilt mellom 1988 og 1994, har det sunket etter det både for menn og kvinner. I siste undersøkelse hadde menn en gjennomsnittsverdi på 130 og kvinner på 121 mmHg. Det diastoliske blodtrykket hadde også sunket noe fra 1994. I den siste undersøkelsen brukte 6% av 40-åringene blodtrykksenkende medisiner i Hedmark (7% av mennene og 5% av kvinnene). Det er mer enn en fordobling av andelen fra 1997, da 3% av mennene og 2% av kvinnene brukte blodtrykksenkende medisiner i Hedmark. Salget av blodtrykksenkende medisiner har økt i Norge fra tidlig på 1970-tallet, og økningen har vært særlig sterk etter 1992. Blodtrykksenkende medisiner brukes imidlertid i noen utstrekning også ved andre tilstander enn ved høyt blodtrykk.

Systolisk blodtrykk blant 40-åringene målt ved helseundersøkelser i Hedmark i perioden 1988 til 2000-2001



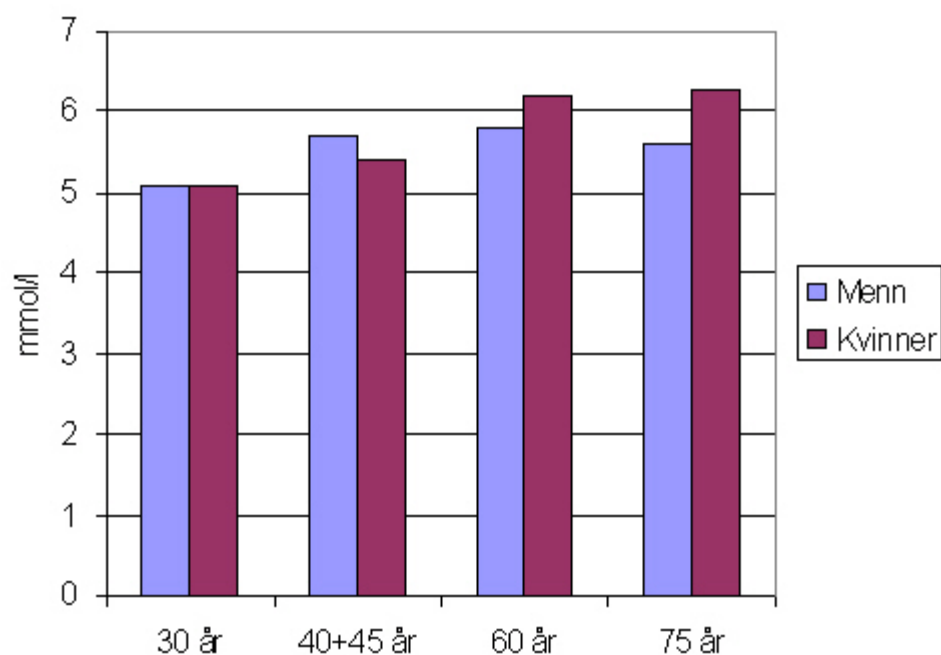
Kilde: Flere årganger av rapporten Hjertesaken fra Statens helseundersøkelser og Helseundersøkelsen i Hedmark 2000

7. Kolesterol

Totalkolesterol blant menn og kvinner i Hedmark har gått betydelig ned siden 1988. Blant 60- og 75-åringer hadde kvinnene i gjennomsnitt høyere kolesterolverdier enn menn. Bruken av kolesterolsenkende medisiner var mer utbredt i Sør-Østerdalen enn i de andre regionene.

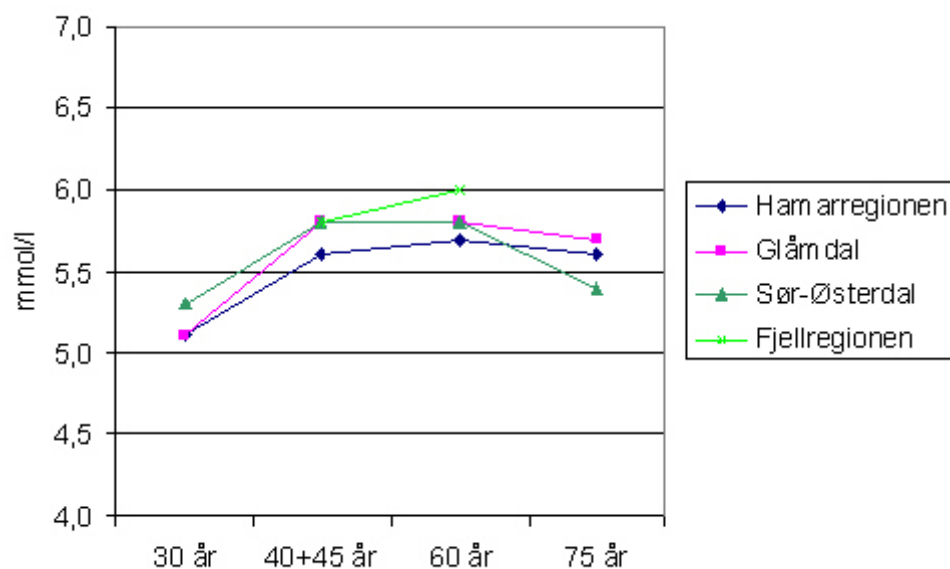
Kolesterolverdiene økte noe med alder for kvinner. Også for menn hadde 40-åringene høyere kolesterolverdier enn 30-åringene, men verdiene økte ikke videre med alderen. Kolesterolnivået i de eldre aldersgruppene vil sannsynligvis påvirkes noe av bruken av kolesterolsenkende medisiner. Blant menn i 40-årsalderen var kolesterolnivået lavere i Hamarregionen enn i de andre tre regionene. Ellers var det ingen tydelige forskjeller mellom regionene for menn. Blant kvinner i de to eldste aldersgruppene var gjennomsnittlig kolesterolnivå lavere i Sør-Østerdal enn i de andre regionene. Dette kan ha sammenheng med at bruken av kolesterolsenkende medisiner var mer utbredt her, se neste avsnitt.

Gjennomsnittlige kolesterolverdier for kvinner og menn i Hedmark. 2000-2001



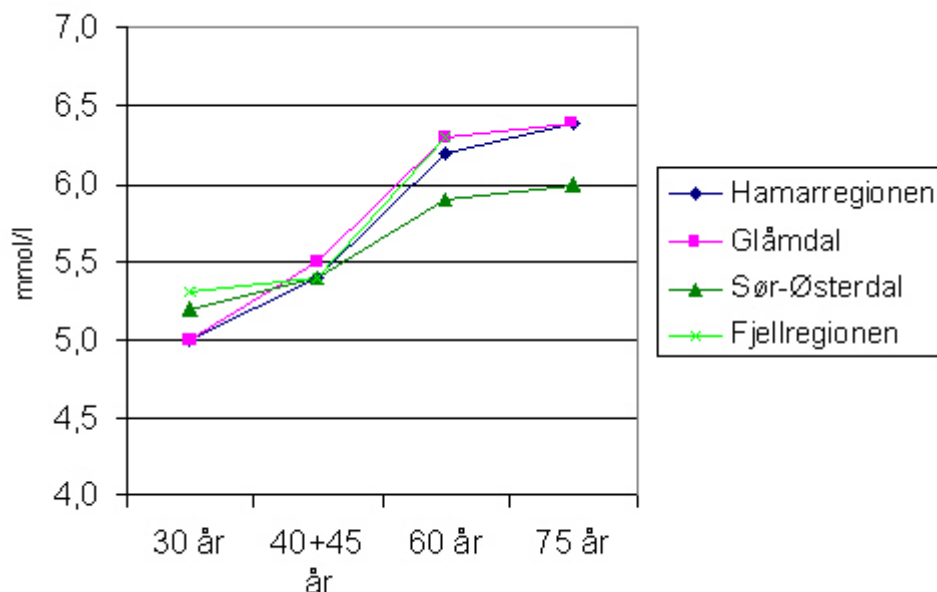
Kilde: Helseundersøkelsen i Hedmark 2000-01.

Gjennomsnittlige kolesterolverdier for menn. Regioner i Hedmark 2000-2001



Kilde: Helseundersøkelsen i Hedmark 2000-01.

Gjennomsnittlige kolesterolverdier for kvinner. Regioner i Hedmark 2000-2001

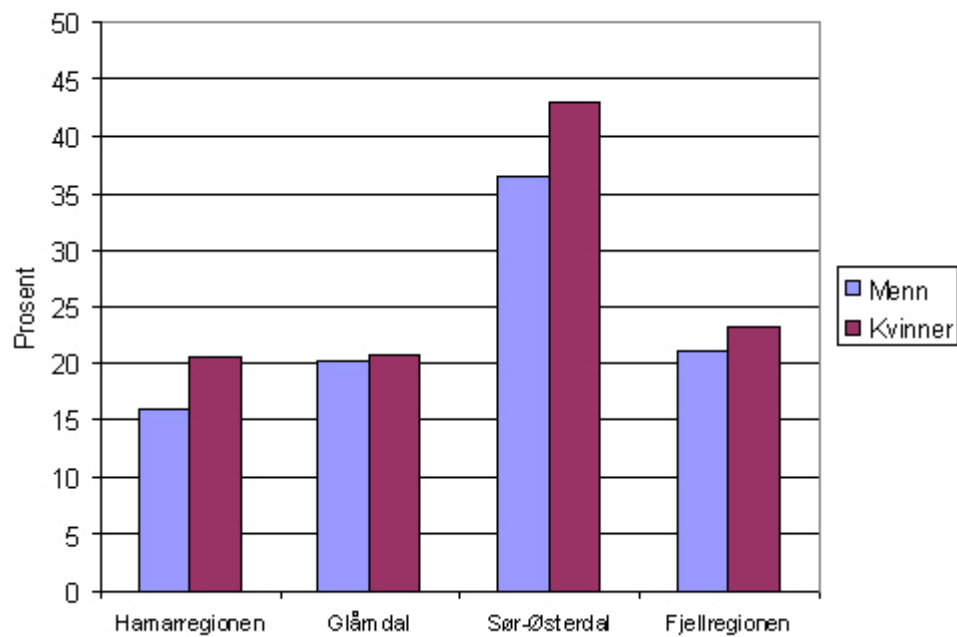


Kilde: Helseundersøkelsen i Hedmark 2000-01.

7.1 Mest bruk av kolesterolsenkende medisin i Sør-Østerdal

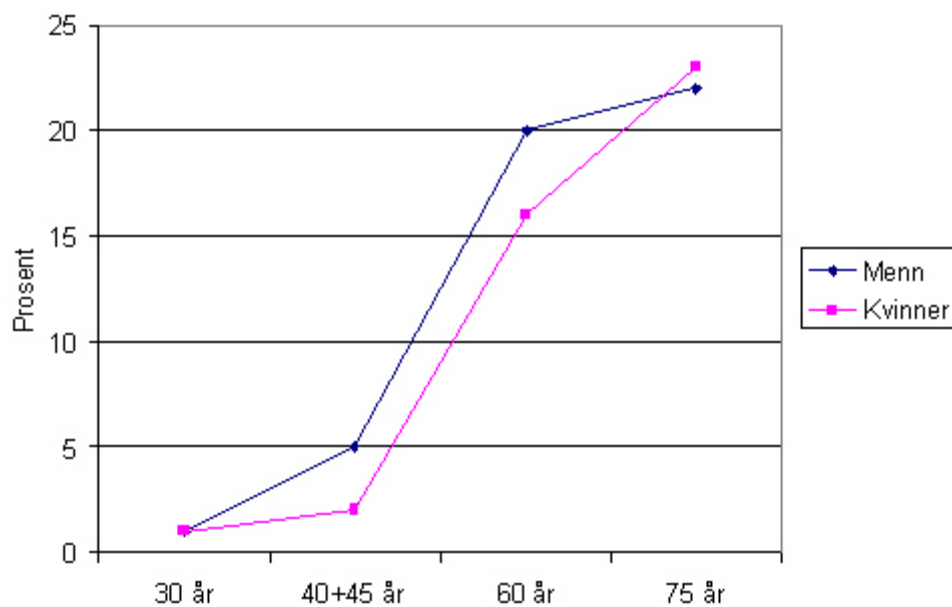
I de to eldste aldersgruppene var bruken av kolesterolsenkende medisiner adskillig vanligere i Sør-Østerdal enn i de andre regionene. I Sør-Østerdal og Fjellregionen brukte en av fem kvinner på 60 år kolesterolsenkende medisiner, i Hamarregionen og Glåmdal omtrent en av ti. Blant 75-åringene brukte to av fem kvinner og menn i Sør-Østerdal kolesterolsenkende medisiner, i de andre regionene omtrent en av fem. Det var en sterk økning i bruken av slik medisin med alder.

Bruk av kolesterolsenkende medisin blant 75-åringer. Regioner i Hedmark 2000-2001



Kilde: Helseundersøkelsen i Hedmark 2000-01.

Bruk av kolesterolsenkende medisin i Hedmark etter alder i 2000-2001

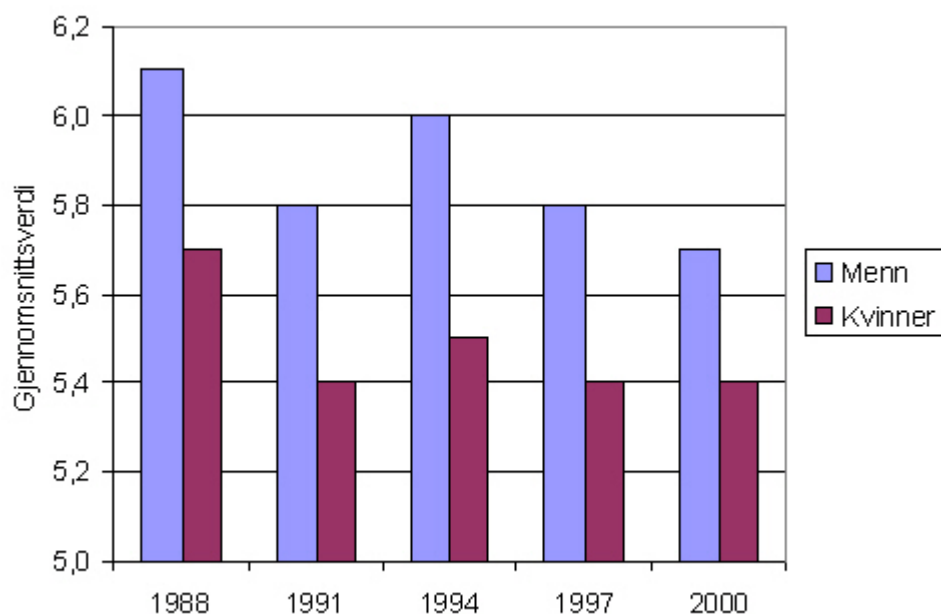


Kilde: Helseundersøkelsen i Hedmark 2000-01.

7.2 Kolesterolverdiene synker

Totalkolesterol blant menn og kvinner i Hedmark gikk betydelig ned fra 1988 til 1991, og har siden holdt seg på det samme lavere nivået, bortsett fra noe høyere verdier i 1994. En kunne tenke seg at økende bruk av kolesterolsenkende medisiner kan innvirke på nedgangen i kolesterolnivå de senere årene. Vi har ikke spørsmål om bruken av kolesterolsenkende medisiner fra tidligere år, men ved den siste undersøkelsen brukte bare 5% av mennene og 2% av kvinnene i Hedmark slik medisin i 40-årsalderen. I de to eldste aldersgruppene brukte omtrent en av fem kvinner og menn i Hedmark kolesterolsenkende medisin. Den relativt beskjedne bruken blant 40-åringer betyr lite for gjennomsnittlig kolesterolnivå. I tiden 1988 til 1991 var kolesterolsenkere lite brukt, og det er grunn til å tro at et mindre fettriakt kosthold forklarer nedgangen. Salgstallene for kolesterolsenkende medisiner har økt sterkt i Norge etter 1994, og i statistikken for 2001 hadde Hedmark størst omsetning av alle fylkene. Det ble solgt 100,3 døgndoser (DDD) per 1000 innbyggere i Hedmark av serumlipidsenkende midler, mens det på landsbasis ble solgt 71,7 DDD per 1000 innbyggere.

Totalkolesterol blant 40-åringer i Hedmark i perioden 1988 til 2000-2001



Kilde: Flere årganger av rapporten Hjertesaken fra Statens helseundersøkelser og Helseundersøkelsen i Hedmark 2000-01

8. Bruk av helsetjenester

Nesten halvparten av de eldre har gått til spesialist siste år. Kvinner brukte både allmennlege og spesialist mer enn menn. Sammenlignet med Oslo var det langt flere som brukte allmennlege i Hedmark, mens oslofolk i større grad brukte spesialister.

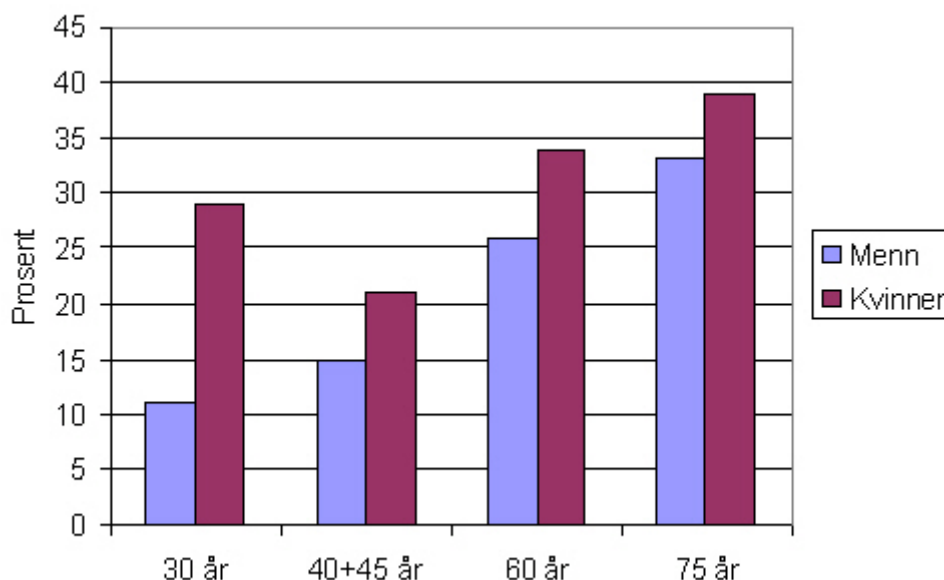
Kvinner bruk av allmennlege og spesialist gjelder for alle aldersgrupper og også i andre fylker med sammenlignbare data. Den høye raten blant 30-årige kvinner har sannsynligvis sammenheng med legebesøk i forbindelse med prevensjon og svangerskap. Blant de yngste hadde vel 1 av 5 vært hos spesialist siste år. Spesialistbruken økte jevnt med alderen, på samme måte som hyppig legebruk. I den eldste aldersgruppen hadde nesten halvparten vært hos spesialist siste år.

Det var mindre forskjell på menn og kvinners legebruk blant 75-åringer enn i yngre aldersgrupper, og det gjelder både for allmennlege og spesialist. Det var høyere tall for bruk av allmennlege i Hedmark enn i Oslo, og for kvinner var det vanligere å bruke allmennlege ofte i Hedmark i alle aldersgrupper unntatt for 40-åringer. Derimot var det vanligere å bruke spesialist i Oslo enn i Hedmark, særlig i den eldste aldersgruppen. I Oslo hadde vel 60% av 75-76-åringer vært hos spesialist minst én gang siste år.

8.1 Lite bruk av allmennlege i Fjellregionen

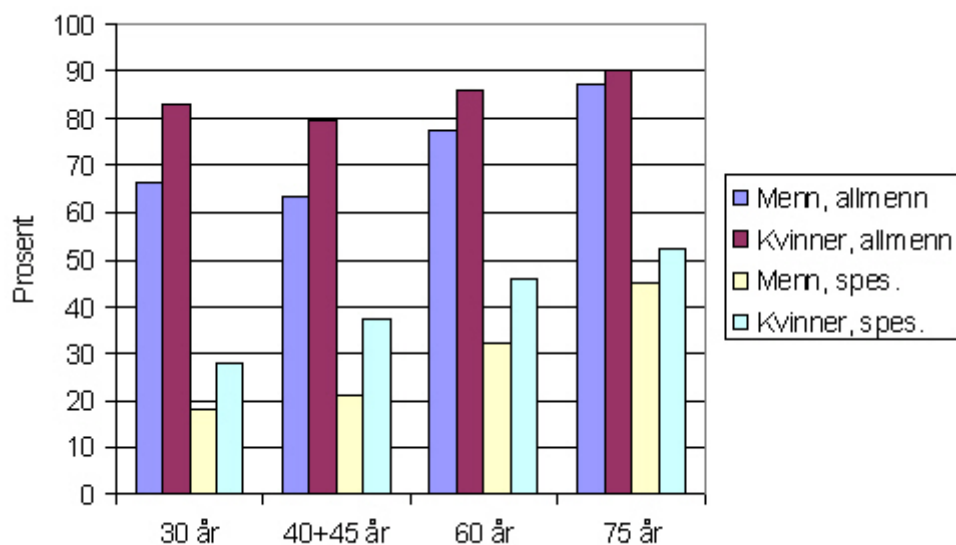
Det var ikke forskjeller mellom regionene i Hedmark i andelen menn og kvinner som hadde vært hos spesialist siste år. For menns bruk av allmennlege 4 ganger eller mer siste år, var forskjellene mellom regionene tydeligst for 60 åringer. Fjellregionen hadde lavest legebruk med 14% menn som hadde vært såpass ofte hos legen siste år, Sør-Østerdal høyest med 33%. Blant kvinner i 40-årsalderen (40+45 år) fra Fjellregionen hadde bare 10% vært 4 ganger eller mer hos legen, sammenlignet med over 20% i de andre regionene. (Datagrunnlaget tillater ikke at vi presenterer tall for alle aldersgrupper i Fjellregionen).

Bruk av allmennlege 4 ganger eller mer siste 12 mnd. 2000-2001



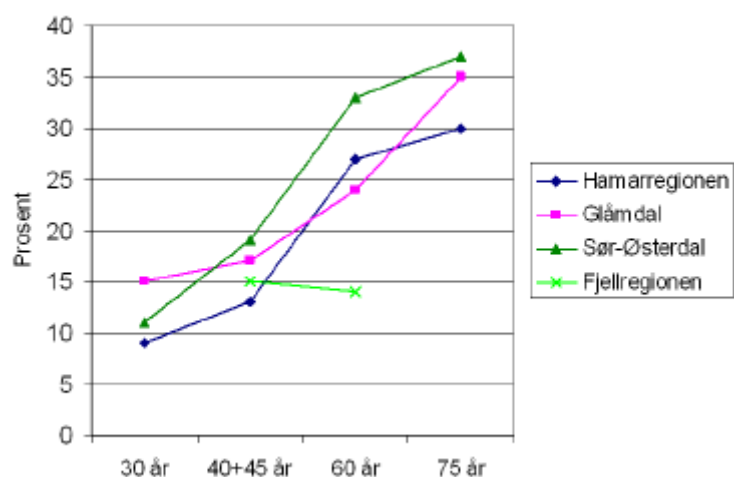
Kilde: Helseundersøkelsen i Hedmark 2000-01.

Bruk av allmennlege eller spesialist minst én gang siste 12 mnd. 2000-2001



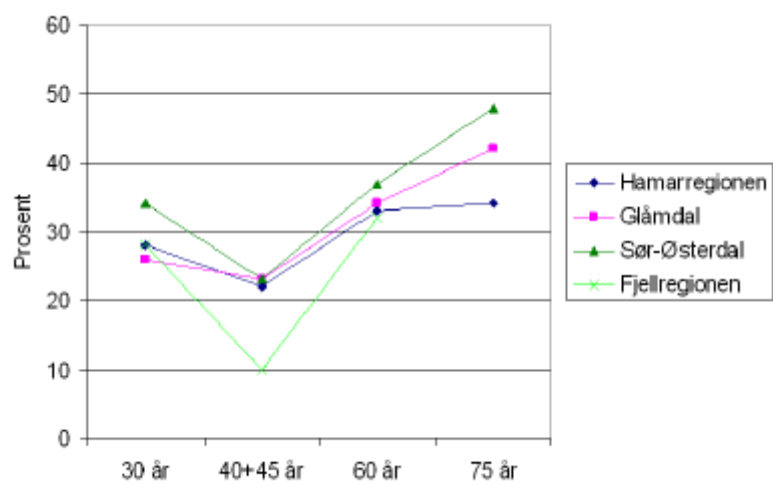
Kilde: Helseundersøkelsen i Hedmark 2000-01. Psykiater er her ikke medregnet som spesialist, men ble spurt om separat. I aldersgruppen 75-76 år ble det bare spurt om spesialist, og ikke om bruk av psykiater.

Andel menn som brukte allmennlege 4 ganger eller mer siste 12 mnd. Regioner i Hedmark. 2000-2001



Kilde: Helseundersøkelsen i Hedmark 2000-01.

*Andel kvinner som brukte allmennlege 4 ganger eller mer siste 12 mnd.
Regioner i Hedmark. 2000-2001*



Kilde: Helseundersøkelsen i Hedmark 2000-01.