

Nasjonalt helseindikatorsystem og helsedatabasen



Copyright© Nasjonalt Helseindikatorsystem, Folkehelse

i år 2000

Statens institutt for folkehelse, juli 2000

| | |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TITTEL | Nasjonalt helseindikatorsystem og helsedatabasen Norgeshelsa i år 2000 |
| INSTITUTT | Statens institutt for folkehelse |
| AVDELING | Avdeling for samfunnsmedisin |
| ANSVARLIG | Bodolf Hareide, direktør |
| FORFATTERE | Marit Rognerud Inger Stensvold Bjørn Heine Strand Øyvind Hesselberg Heidi Lyshol |
| ANTALL SIDER | 46 |
| ISBN | |
| KONTAKTADRESSE | Statens institutt for folkehelse Postboks 4404 Torshov 0403 Oslo TLF: 22 04 22 00 FAX: 22 04 25 93 www.folkehelsa.no/fag/nhis/ |
| STATUS FOR RAPPORTEN | Den tverretatlige arbeidsgruppen som ble konstituert for å komme fram til et samlet opplegg for et nasjonalt helseindikatorsystem i Norge har vært et viktig rådgivende organ for valg av presentasjonsprogram for helsedatabasen, hvilke data som programmet i dag inneholder, beskrivelser av indikatorer og kvalitet på dataene. |
| Trykket i 1000 eksemplarer hos Nordberg Aksidenstrykkeri AS | |

Den tverretatlige arbeidsgruppen har følgende medlemmer:

Statens helsetilsyn v/ Inger Stensvold
 Statistisk sentralbyrå (SSB) v/ Ann Lisbeth Brathaug
 Statens helseundersøkelser (SHUS) v/ Haakon Meyer
 Kreftregisteret (KR) v/ Kristina Kjørheim
 Medisinsk fødselsregister (MFR) v/ Anne K. Dahltvedt
 Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (SEF) v/ Lars Johansson
 Rusmiddeldirektoratet v/ Ingvild Hoel
 Statens tobakkskaderåd v/ Rita Lindbak
 Rikstrykdeverket (RTV) v/ Tor Bjerkedal
 HEMILsenteret v/ Leif Edvard Aarø
 Arbeidstilsynet v/ Axel Wannag
 Folkehelsa v/ ovennevnte forfattere

Innholdsfortegnelse

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| BAKGRUNN | 4 |
| SAMMENDRAG AV STATUS MEDIO ÅR 2000 | 4 |
| 2. VALGT LØSNING | 6 |
| 2.1 NORGESHELSEA – FELLES DATABASE OG PRESENTASJONSPROGRAM FOR ALLE HELSEREGISTRENE | 6 |
| 2.2 TILGJENGELIGHET OG INFORMASJON | 7 |
| 2.3 HJELPEFIL | 9 |
| 3. STRUKTUR | 12 |
| 4. BESKRIVELSER AV ULIKHETER OG UTVIKLING OVER TID | 13 |
| 4.1 ULIKHETER KNYTTET TIL KJØNN OG ALDER | 13 |
| 4.2 GEOGRAFISKE FORSKJELLER | 14 |
| 4.3 SOSIO-ØKONOMISK ULIKHET | 17 |
| 4.4 INTERNASJONALE SAMMENLIKNINGER | 19 |
| 4.5 UTVIKLING OVER TID | 19 |
| 5. GENERELT OM DATAKVALITETEN PÅ DE VIKTIGSTE DATAKILDENE | 21 |
| 5.1 DØDSÅRSAKER FRA STATISTISK SENTRALBYRÅ | 21 |
| 5.2 UTSKRIVINGER FRA SOMATISKE SYKEHUS | 21 |
| 5.3 DATA FRA PSYKIATRISKE BEHANDLINGSINSTITUSJONER | 22 |
| 5.4 SKADER OG ULYKKER | 23 |
| 5.5 REPRODUKTIV HELSE | 23 |
| 5.6 KREFTSYKDOMMER | 24 |
| 5.7 MELDINGSSYSTEM FOR SMITTSOMME SYKDOMMER (MSIS) | 24 |
| 5.8 ERNÆRING – KOSTHOLD | 24 |
| 5.9 DATA OM TOBAKKSBRUK | 25 |
| 5.10 FYSISK AKTIVITET | 26 |
| 5.11 DATA OM ALKOHOL OG NARKOTIKA | 26 |
| 5.12 DATA OM SEKSUALITET OG BRUK AV PREVENSJON | 26 |
| 5.13 BIOLOGISKE DATA | 27 |
| 5.14 HELSE- OG LEVEKÅRSUNDERSØKELSENE (SSB) | 27 |
| 5.15 DATA OM VOLD OG NARKOTIKAFORBRYTELSE | 29 |
| 5.16 VAKSINASJONSDATA | 30 |
| 5.17 TRYGDEDATA | 30 |
| 5.18 LEGEMIDLER | 30 |
| 5.19 ANDRE DATALEVERANDØRER | 31 |
| 6. INTERNASJONALT SAMARBEID | 32 |
| 6.1 MONITORING AND REPORTING OF SOCIO-ECONOMIC DIFFERENCES IN HEALTH IN EUROPE | 32 |
| 6.2 EUROPEAN COMMUNITY HEALTH INDICATORS (ECHI) | 32 |
| 6.3 EUS FOLKEHELSE RAPPORT I ÅR 2000 | 33 |
| 6.4 BRUK AV SAMLEMÅL PÅ TAPT LIVSKVALITET (PGA SYKDOM) OG TAPT LEVETID | 33 |
| 6.5 UTVIKLING AV ET INFORMASJONSSYSTEM FOR MILJØRETTELT HELSEVERN (WHO) | 34 |
| 7. PUBLIKASJONER PR JULI 2000 | 35 |
| VEDLEGG 1 | 36 |

Bakgrunn

Nasjonalt helseindikatorsystem (NHIS) ble etablert som et fast helseovervåkingsprogram på Folkehelsa 01.01.2000. Løsningene som er valgt (struktur, tilgjengelighet, database og presentasjonsprogram, valg av indikatorer) er basert på forslaget som ble beskrevet i *Nasjonal helseindikatorsystem. Fase 2. Rapport fra arbeidsgruppen, juni 1999*. Dette var en revisjon av rapporten som ble sendt på høring i 1998: *Utvikling av nasjonalt helseindikatorsystem. Fase 1. Sluttrapport. Folkehelsa, desember 1997*. Forslaget fra arbeidsgruppen i juni 1999 fikk bred tilslutning - både fra Sosial- og helsedepartementet, som var oppdragsgiver, fra dataleverandørene og fra andre helsefaglige miljøer.

Sammendrag av status medio år 2000

NHIS lanserte 13.04.00 helsedatabasen og presentasjonsprogrammet *Norgeshelsa*.

Norgeshelsa kan lastes ned gratis via Internett-adressen:

<http://www.folkehelsa.no/fag/nhis/>

eller den kan bestilles på CD-rom.

Norgeshelsa kan bl. a brukes til å studere geografiske forskjeller innen Norge (mellom fylker og kommuner), forskjeller mellom kjønnene og utvikling over tid samt studere samvariasjon mellom ulike datasett.

Det mangler fortsatt mange data i Norgeshelsa ved midten av år 2000. Den viktigste årsaken til forsinkelsene i dataleveransene er manglende evne eller vilje til å framskaffe dataene hos dataleverandørene. Dataene fra Rikstrygdeverket og Norsk pasientregister har vist seg å være særdeles vanskelige å framskaffe i den foreslåtte form. Det er pr. dags dato relativt få datasett som er lagt ut på kommunenivå. Etter vår mening er det svært viktig å gjøre kommunale data tilgjengelige i Norgeshelsa i og med at kommunene er tildelt ansvaret for mesteparten av det forebyggende helsearbeidet og tjenestetilbudet til befolkningen. Det er også en lovpålagt oppgave for kommunene å ha "oversikt over helsetilstanden og faktorer av betydning for denne" (*Kommunehelsetjeneste-loven § 1-4*). Norgeshelsa vil med tiden gjøre det lettere for kommunene å følge opp denne lovpålagte oppgaven. Mange data på kommunalt nivå vil gjøres tilgjengelig i Norgeshelsa i løpet av året, men det vil være noen begrensninger for hvilke data som kan presenteres på kommunalt nivå knyttet til forhold som f. eks. personvern og usikkerhet i nivåberegninger der disse er basert på få observasjoner.

En innvending mot Norgeshelsa er at det ikke er en online database, men en database og presentasjonsprogram som må lastes ned fra nettsidene. Mange pc-brukere har aversjon mot å laste ned programvare fra Internett. Utviklingen innenfor programvare for presentasjon av data skjer raskt, vi har imidlertid ikke funnet noen annen løsning med like god funksjonalitet som Norgeshelsa ennå. Videreutvikling av programvaren er imidlertid en kontinuerlig og høyt prioritert oppgave.

For å få til et overvåkingssystem som også monitorerer helseforskjeller etter sosio-økonomisk status er det behov for datakoblinger og grundigere metodevurderinger.

1. Målsetninger

De viktigste målene for Nasjonalt helseindikatorsystem er at systemet skal

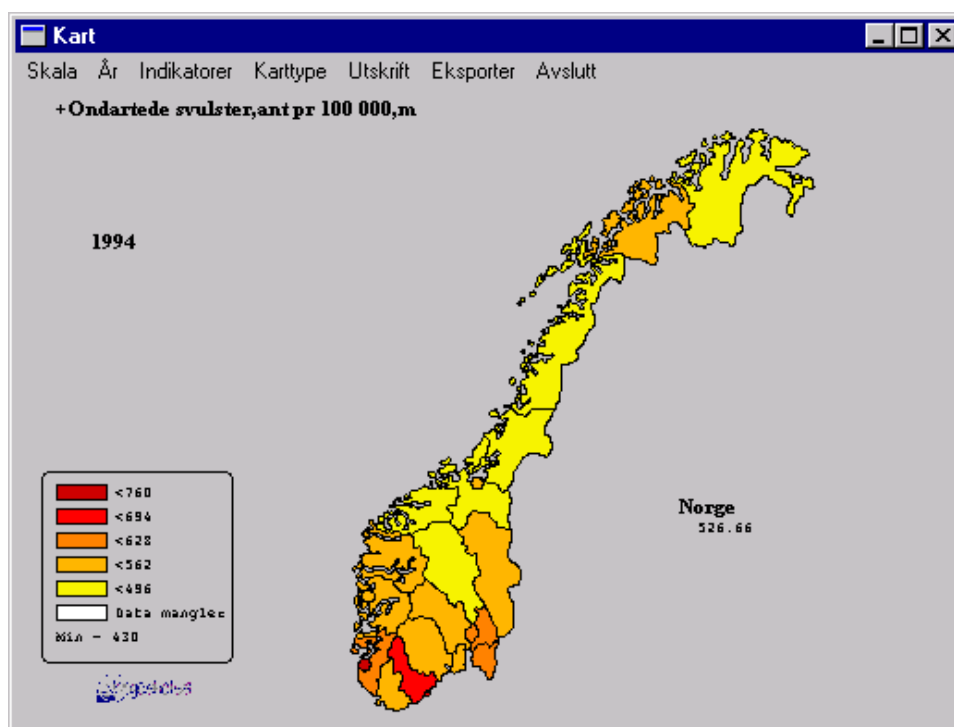
- *fremskaffe relevante data og informasjon om helse og helserelaterede forhold, herunder viktige risiko- og beskyttelsesfaktorer i den norske befolkningen.*
- *gjøre dataene tilgjengelige for aktuelle brukere. Data om helsetjenestene er ikke sentrale i denne sammenhengen. Med aktuelle brukere siktes det til et bredt spekter av grupper som er engasjert i det helsefremmende og forebyggende arbeidet, bl.a. politikere, beslutningstakere, media, ulike profesjoner og de frivillige organisasjonene.*
- *gi en samlet presentasjon av de viktigste datene til samfunnet. Dette tilsier at det legges vekt på å utvikle et mest mulig enkelt, tilgjengelig og oversiktlig system.*
- *gi grunnlag for regelmessige rapporter til Regjering og Storting om helsetilstand- og utvikling i befolkningen for å bedre kunnskapsgrunnlaget for politisk handling.*
- *bidra til å bedre grunnlaget for prioritering av målgrupper, innsatsområder og strategier.*
- *beskrive ulikheter mellom ulike befolkningsgrupper og etter geografiske skillelinjer, samt utviklingen over tid.*

2. Valgt løsning

2.1 Norgeshelsa – felles database og presentasjonsprogram for alle helseregistrene.

Hva er Norgeshelsa?

Norgeshelsa er et Windows-basert presentasjonsprogram som inneholder en samlet presentasjon av viktige data om helse og sykdom hos den norske befolkningen. I Norgeshelsa kan man raskt få en oversikt over både helsetilstanden og faktorer av betydning for denne (risiko- eller beskyttende faktorer). Man kan se på den geografiske fordelingen av f. eks. en sykdom eller en risikofaktor på Norgeskartet.



Figur 1: Temakart for fylkesvis sammenligning kan lett lages i Norgeshelsa. I dette eksemplet er det antall ondartede svulster/100 000 menn som presenteres.

Kartet er interaktivt, og ved å klikke med musa på et fylke kommer fylket inndelt i kommuner opp. De fire største byene er inndelt i bydeler. I tillegg til kartene inneholder Norgeshelsa også en rekke andre visuelle framstillinger av data, som linjediagrammer, søylediagrammer, rangerte søylediagrammer, scatterplot, som viser korrelasjon av flere faktorer, og tabeller som gjør det lett å få presentert viktige helsedata på ulike måter. Man har for eksempel mulighet til å sammenstille risikofaktorer med hyppighet/forekomst av sykdom i økologiske analyser. Figurene, kartene, histogrammene og tabellene kan eksporteres til programmer som Word, Excel og PowerPoint eller de kan skrives ut i svart/hvitt eller farger direkte fra programmet.

Hvorfor valgte vi Norgeshelsa?

I mandatet til arbeidsgruppen, datert 15.04.99, legger Sosial- og helsedepartementet vekt på at NHIS skal være et mest mulig enkelt, tilgjengelig og oversiktlig system. For å etterkomme

departementets ønsker om å utarbeide et brukervennlig system vurderte vi noen presentasjonsprogrammer som har vært brukt til å presentere tilsvarende datasett. En av de store utfordringene har vært å lage et system som er lett tilgjengelig og lett å bruke og likevel presenterer data på en faglig forsvarlig måte.

Verdens helseorganisasjon (WHO) har benyttet programmet Health For All – Data Base (HFA-DB) siden 1988 og det har vist seg å være funksjonelt og enkelt i bruk. Epidemiologisk centrum (EPC) i Sverige laget en nasjonal variant av HFA-DB og kalte denne ”Hur mår Sverige?”. Vi testet ut noen andre alternativer (NSD-stat, EPIinfo med mer) men fant ut at en norsk variant av ”Hur mår Sverige?” ville være det beste alternativet, tatt i betraktning både pris, funksjonalitet og driftssikkerhet. Særlig kartfunksjonen var vi godt fornøyd med.

Hvem har laget programmet?

HFA-DB og ”Hur mår Sverige?” er utviklet av programmereren Algis Vysniauskas ved Health Information Centre i Litauen. Algis Vysniauskas byttet ut de svenske kartene i ”Hur mår Sverige?” med norske kart, samt gjorde noen forbedringer og endringer, og dermed var Norgeshelsa en realitet. Oversettingen av programmet ble gjort i nært samarbeid med Nasjonalt helseindicatorsystem ved Folkehelsa.

HFA-DB versjon januar 2000 kan lastes gratis ned fra WHO sine nettsider:

<http://www.who.dk/country/country.htm>.

”Hur mår Sverige?” kan lastes gratis ned fra EPC sine nettsider:

<http://www.sos.se/epc/hms/hms2.htm>.

Det er lagt ut lenker til begge disse databasene samt enkelte andre under *Helsestatistiske lenker* på NHIS sine Internett-sider.

Oppdateringer – når og hvor?

Dataene i Norgeshelsa oppdateres fortløpende så snart dataene gjøres tilgjengelig fra leverandørene. Den nyeste versjonen av Norgeshelsa kan lastes gratis ned fra Nasjonalt helseindicatorsystem (NHIS) sine nettsider:

<http://www.folkehelsa.no/fag/nhis/>

eller man kan få programmet tilsendt på CD-ROM mot selvkost.

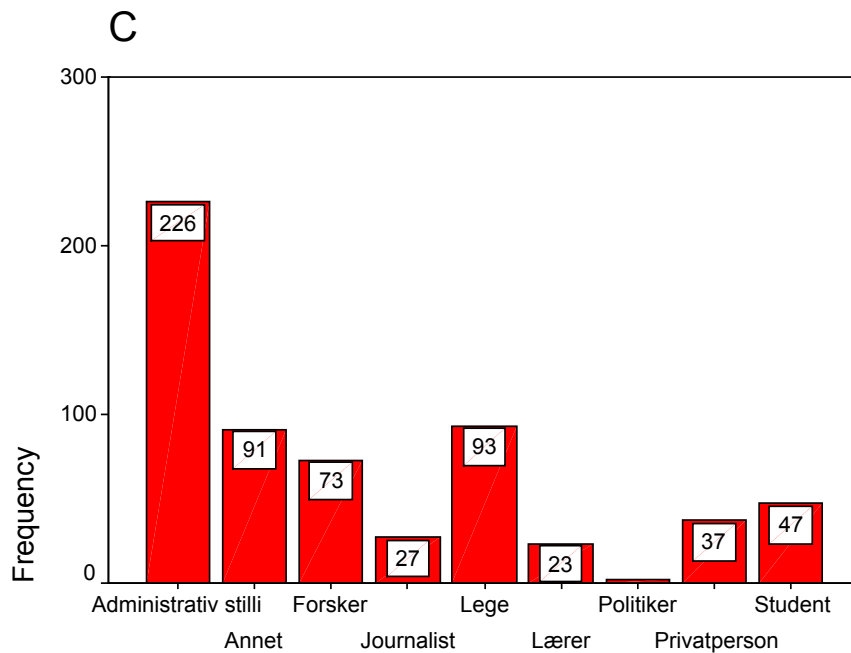
2.2 Tilgjengelighet og informasjon

Tilgjengelighet

Norgeshelsa ble lagt ut på Folkehelsas nettsider 13. april 2000. Pr 01.07.2000 hadde 620 personer lastet ned Norgeshelsa. I tillegg har vi mottatt mange bestillinger av Norgeshelsa på CD-rom. En innvending mot Norgeshelsa er at det ikke er en online database, men en database og presentasjonsprogram som må lastes ned fra nettsidene. Mange pc-brukere har aversjon mot å laste ned programvare fra Internett. Utviklingen innenfor programvare for presentasjon av data skjer raskt, men vi har ennå ikke funnet noen annen løsning med like god funksjonalitet som Norgeshelsa.

Noen få har rapportert om tekniske problemer med å laste ned Norgeshelsa. Hva dette skyldes har vi ikke god oversikt over enda. En brukerundersøkelse som gjennomføres i juli 2000 vil gi oss mer informasjon om dette. Denne brukerundersøkelsen vil forhåpentligvis gi oss informasjon om

brukervennligheten, hva Norgeshelsa brukes til med mer. Dialogen med brukerne skal bl.a bidra til videreutvikling av det nasjonale helseindikatorsystemet.



C

Figur 2: Hvem har lastet ned Norgeshelsa pr 01.07.2000?

Informasjonsstrategi

For å synliggjøre Norgeshelsa var det nødvendig å etablere en informasjonsstrategi. I forbindelse med lanseringen inviterte vi alle de viktigste fagmiljøene til en dagskonferanse om helseovervåking 13. april 2000. Anne Hafstad skrev en fin artikkel i Aftenpostens morgenummer 12. april 2000. Et innslag på TV (NRK-nyhetene), en artikkel i "Tidsskriftet for Den norske lægeforening", i "Nytt fra miljø og samfunnsmedisin" og i flere andre fagtidsskrifter har også bidratt til å gjøre det kjent for målgruppene. Svein Søyland, Førstelektor ved Høgskolen i Buskerud, har skrevet en veldig god anmeldelse av Norgeshelsa og nettstedet til Folkehelsa i Skolemagasinet (Nr. 3 2000). I tillegg har vi presentert Nasjonalt helseindikatorsystem for Stortingets sosialkomité, for Statens helsetilsyn, for Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin på Universitetet i Oslo og på flere faglige møter og konferanser.

Mange eksterne nettsteder har lenker til Norgeshelsa. Nettstedet til NHIS og Folkehelsa har hatt en betydelig økning i antall treff på nettstedet etter lanseringen. Gjennomsnittlig antall besøkende per dag på nettstedet til NHIS i april var 103 personer. Vi er fornøyd med publisiteten rundt lanseringen av Norgeshelsa, men informasjonsarbeidet må evalueres fortløpende og strategien justeres underveis. En av målsetningene med informasjonsstrategien var å skape dialog med brukerne. Dette har vi bare delvis lyktes med. Å bedre dialogen med brukerne gis derfor enda høyere prioritet fremover.

2.3 Hjelpetil

Hvordan komme i gang etc



Figur 3: Åpningsvinduet for hjelpefilen i Norgeshelsa.

Hjelpefilen i Norgeshelsa har en bruksanvisning for hvordan man kommer i gang med programmet. Den består av skjermbilder og bilder av knappene i menyraden. I CD-versjonen følger det med en illustrert instruksjonsbok. Denne boken kan også lastes ned fra NHIS sine nettsider som en pdf-fil.

For å få fram datamaterialet i Norgeshelsa må man alltid:

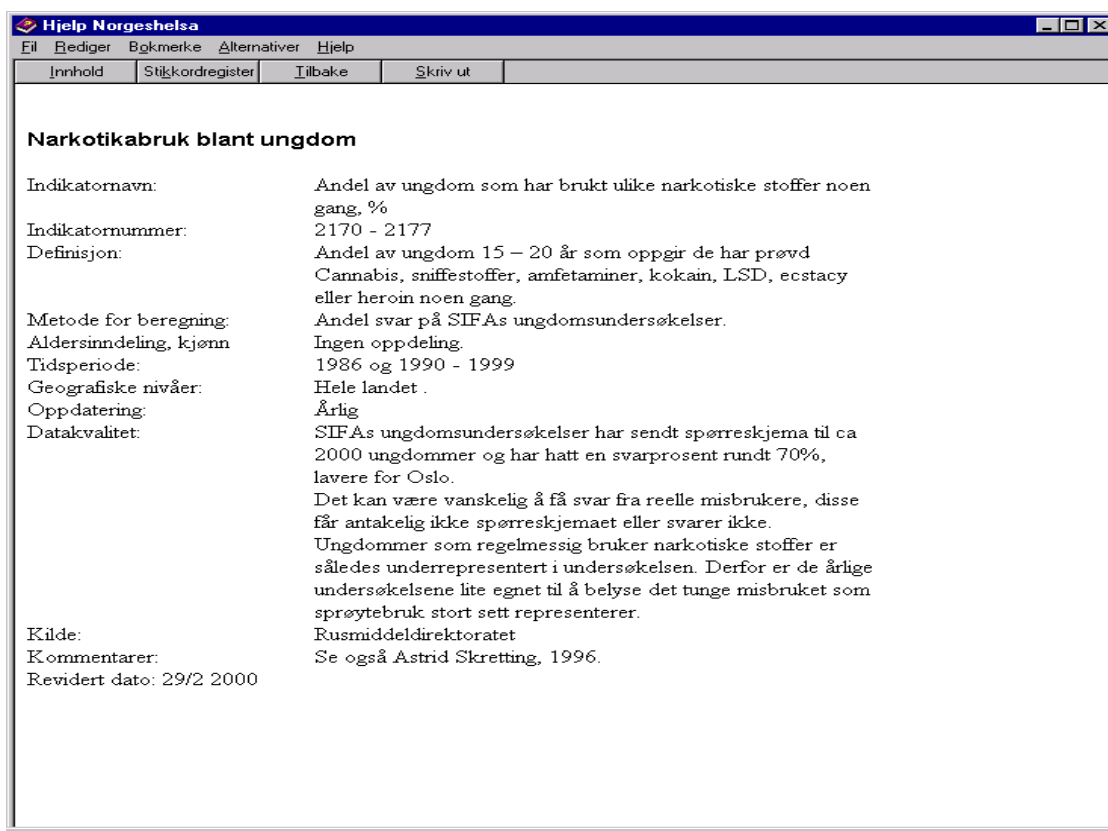
1. Velge indikator, enten ved å bla seg fram i den logisk oppdelte lista, eller ved å bruke frittekstsøkemotoren.
2. Velge geografisk område. For eksempel Oslo, Østfold, Finnmark, Bergen, Norge.
3. Velge årstall (1970-1999).

Deretter kan man velge om dataene skal presenteres på kart, som søylediagrammer, trenddiagrammer eller i rene tabeller. Disse kan så skrives ut eller eksporteres til andre programmer som Word, Excel eller PowerPoint. Talltabellene kan eksporteres som txt-filer.

Beskrivelse av indikatorene, innsamlingsmetode, beregningsmetoder og datakvalitet

For hver indikator/indikatorgruppe er det laget en indikatorbeskrivelse som inneholder 12 punkter:

- *indikatornavn og -nummer*
- *definisjon*
- *metode for beregning*
- *aldersinndelinger og kjønn*
- *tidsperiode*
- *geografiske nivåer*
- *oppdatering*
- *datakvalitet*
- *kilde*
- *kommentar*
- *revidert dato*



Figur 4: I hjelpefila ligger det utfyllende bakgrunnsinformasjon om indikatorene og henvisning til datakilden

I punktet datakvalitet er det forsøkt å belyse usikkerheten og kvaliteten til de forskjellige datasettene som er benyttet.

Datainnsamlingen tok til i november 1999 ved at en kontaktperson hos de forskjellige dataleverandørene fikk et brev med en skissert dataønskeliste. Siden har vi vært i dialog med leverandørene for å diskutere om denne ønskelisten er den optimale. Dataleverandørene sitter med detaljkunnskap omkring sine data som det er viktig at vi tar med oss i vurderingen. Dataene blir sendt til NHIS som txt-filer eller Excel-filer. Indikatorbeskrivelsene blir laget på samme måte. Per dags dato mangler det fortsatt mange data, og en del data var vanskeligere tilgjengelig enn først antatt. Dette gjorde at den første versjonen av Norgeshelsa som ble lansert 13.april ikke inneholdt alle de indikatorene NHIS ønsket seg. Datainnsamlingen og oppdateringen av Norgeshelsa er en kontinuerlig prosess, og innholdet i Norgeshelsa vil stadig bli revidert etter som vi får inn nye data, etter ønsker fra brukerne og overordnede myndigheter. Når andre versjon av Norgeshelsa lanseres i juli 2000 vil datamengden ha økt betraktelig.

3. Struktur

Hovedstrukturen og nivåinndelingen som ble foreslått i *Nasjonalt helseindikatorsystem. Fase 2. Rapport fra arbeidsgruppen, juni 1999* var nesten identisk med den opprinnelige strukturen fra fase 1 rapporten. Inndelingen hadde 4 nivåer med 5 hovedgrupper av indikatorer og en logisk epidemiologisk oppbygging. Denne inndelingen fikk en bred tilslutning i alle fagmiljøene. Imidlertid har det ikke latt seg gjøre å innpasse denne strukturen i databasen og presentasjonsprogrammet som er brukt i Norgeshelsa. Norgeshelsa tillater bare to nivåer med inntil 10 grupper på nivå 1 og totalt 10 000 indikatorer i systemet. Vi har derfor gjort følgende endring av den opprinnelige strukturen for at denne skal kunne brukes i Norgeshelsa:

Opprinnelige forslag til hovedstruktur

1. Befolkningsbeskrivelser

- Demografi
- Geografiske inndelinger
- Sosio-økonomi
- Sosio-økonomisk status (definisjoner)

2. Risiko- og beskyttende faktorer

- Fysisk miljø (bomiljø og arbeidsmiljø)
- Sosialt miljø (bomiljø og arbeidsmiljø)
- Individuelle psykologiske faktorer
- Adferd/livsstil
- Biologisk individuelt

3. Registerbaserte opplysninger om helse- og sykdom

- Dødelighet og forventet levetid
- Kreftsykelighet
- Smittsomme sykdommer
- Skader
- Reproduktiv helse

4. Selvrapportert helse og sykdom

- Generell vurdering av egen helse
- Selvrapporterte sykdommer, symptomer og plager
- Helsetilstandens innvirkning på andre livsområder

5. Helse- og sosiale tjenester

- Somatiske og psykiatriske sykehusopphold
- Primærhelsetjenester og andre helsetjenester
- Forbruk av legemidler/medisiner
- Trygdeytelser og andre økonomiske bidrag

Struktur tilpasset Norgeshelsa

0. Befolkningsbeskrivelser

1. Miljø, vold, psykososiale forhold

2. Tobakk, alkohol, narkotika, kost, vekt, blodtrykk, kolesterol mm

3. Dødelighet og forventet levealder

4. Kreft, smittsomme sykdommer, skader

5. Reproduktiv helse, abort mm

6. Selvrapportert helse

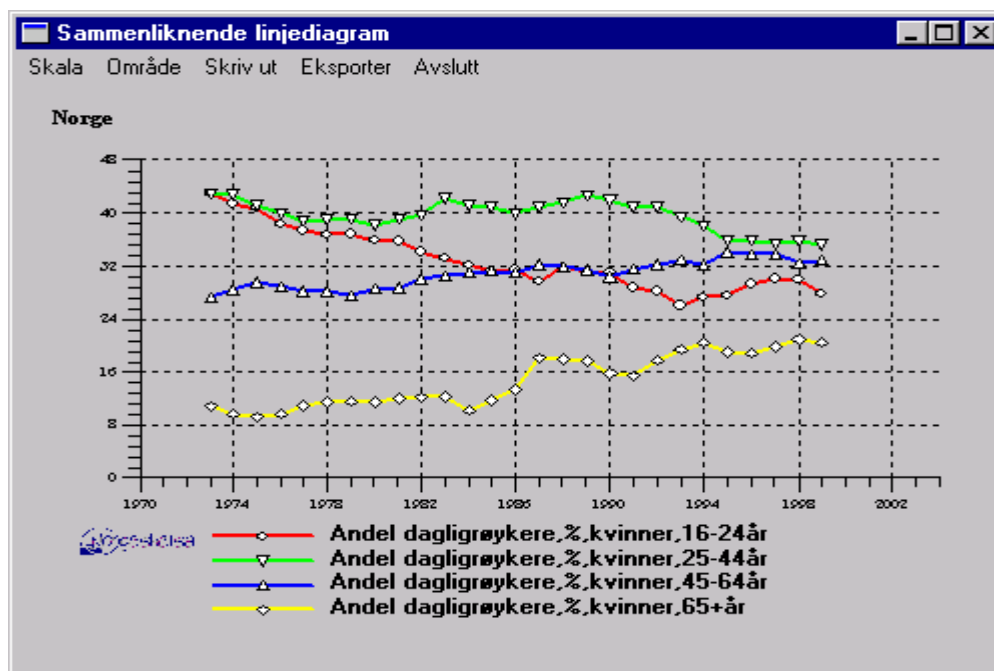
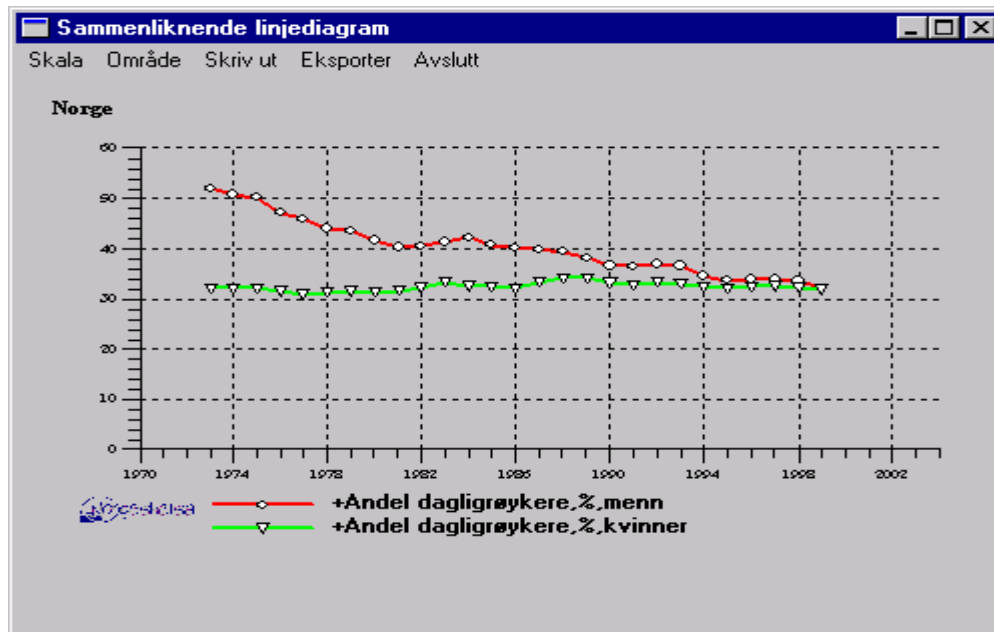
7. Helsetjenester, legemidler

8. Trygd og bidragsordninger

4. Beskrivelser av ulikheter og utvikling over tid

4.1 Ulikheter knyttet til kjønn og alder

Norgeshelsa kan brukes til å studere forskjeller mellom kjønn og aldersgrupper. Aldersgruppene som er brukt er, så langt det lar seg gjøre, tilpasset de mest brukte inndelingene i Europa, i helsestatistikk som *HFA-DB*, *OECD*, *Eurostat*, *Hur mår Sverige?* og *NOMESCO*.



Figur 5: Andel dagligrøykere, kjønns- og aldersforskjeller, utvikling over tid basert på data fra Statens Tobakksskaderåd

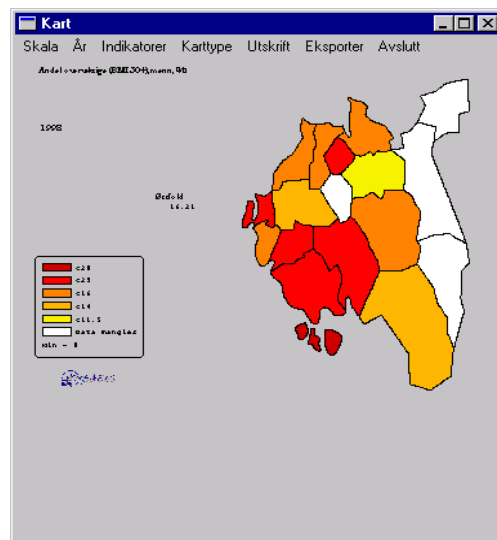
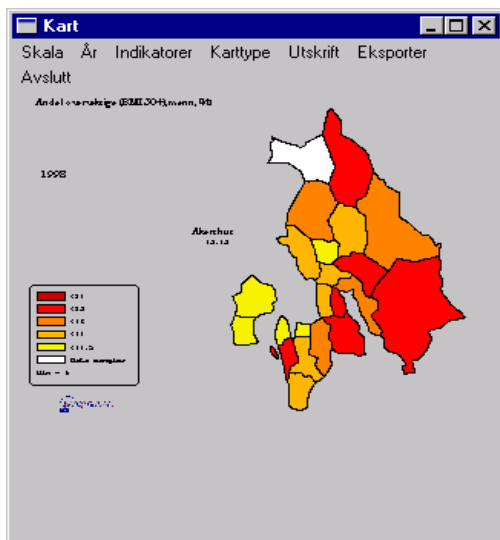
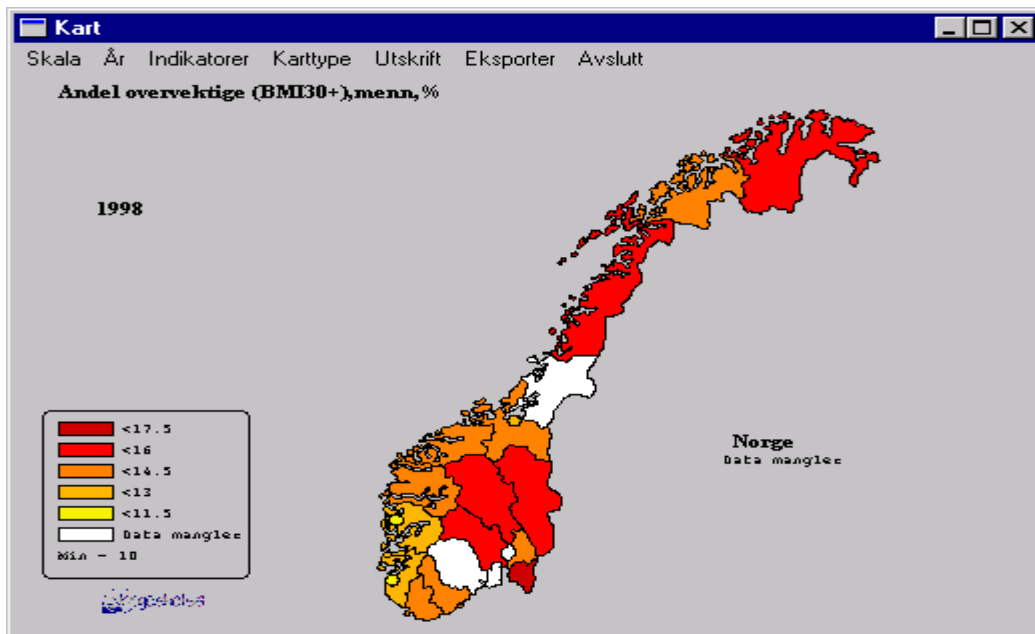
4.2 Geografiske forskjeller

En viktig målsetning for det nasjonale helseindikatorsystemet er å beskrive ulikheter bl. a relatert til geografiske enheter som:

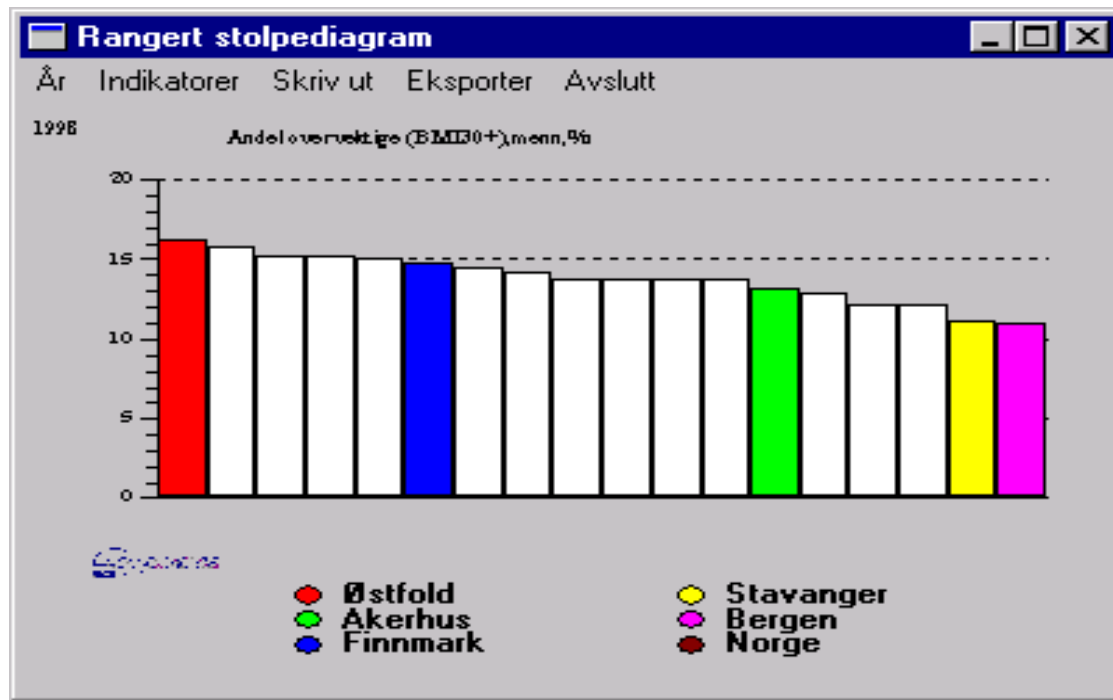
- *hele landet*
- *fylker*
- *store byer*
- *kommuner / bydeler i de største byene*

Noen data fra utvalgsundersøkelser kan eventuelt presenteres etter:

- *landsdel (regional inndeling)*
- *urbaniseringsgrad av bostedskommune, sentralitet eller Kommunestandard 1994 (SSB 1994)*



Figur 6: Fylkeskart og kommunekart over andel overvektige menn 40-42 år (Body Mass Index, BMI, over 30) basert på data fra Statens helseundersøkelser i 1998



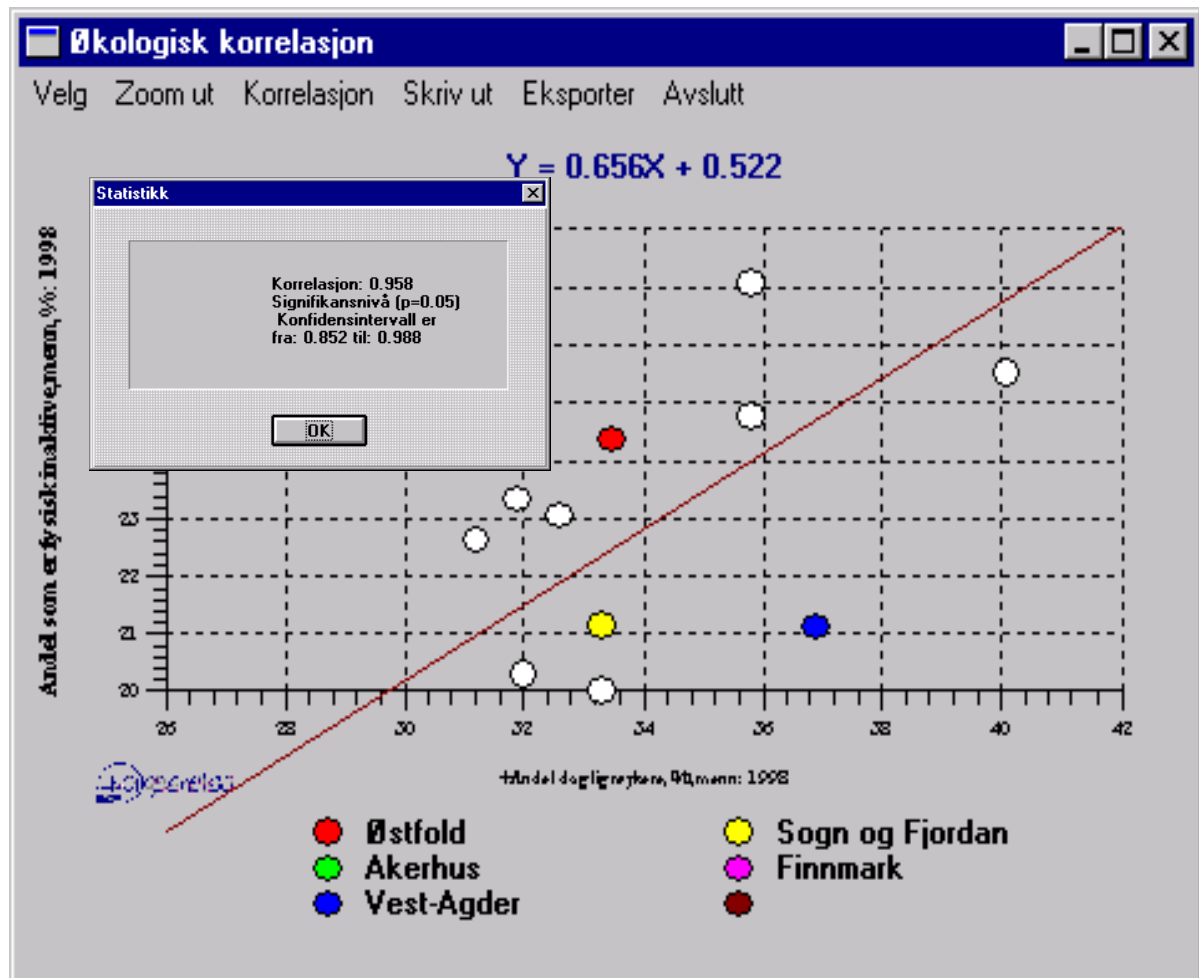
Figur 7: Rangert søylediagram over andel overvektige menn 40-42 år (Body Mass Index, BMI, over 30) basert på data fra Statens helseundersøkelser i 1998

De fleste datasettene finnes på nasjonalt nivå, men også svært mange på fylkesnivå. Foreløpig er det lagt ut lite data på kommunenivå.

Kommunene og fylkene er administrative enheter med ansvar for planlegging og gjennomføring av forebyggende tiltak samt mesteparten av tjenestetilbudet til befolkningen. På fylkesnivå er annenlinjetjenestene og de statlige planleggings- og tilsynsmyndighetene viktige aktører, mens kommunene bl. a har ansvaret for viktige forebyggende tjenester som helsestasjon, skolehelsetjenester, miljørettet helsevern samt kurative primærhelsetjenester, pleie- og omsorgstjenester med mer. En rekke data fra Styrings- og informasjonshjulet og KOSTRA (basert på statistikk utarbeidet av SSB) er allerede tilgjengelige både på kommunalt nivå og fylkesnivå. Kommunenes innsats innen forebyggende og helsefremmende arbeid er tema for et annet prosjekt ved Folkehelsa. Det er utarbeidet et rapporteringssystem som skal ende opp i indikatorer som sier noe om innsatsen innen de ulike forebyggingsområdene. Dette kan være interessante data å se i sammenheng med data om helsetilstand og risikofaktorer over tid. For registerbaserte sykdomsregistre vil imidlertid tilstandenes hyppighet og kommunens størrelse gi noen begrensninger i offentliggjøring av data. Vi arbeider imidlertid med å legge til rette data som kan legges ut på kommunenivå – f. eks i form av glidende middelerverdier over flere år.

Indikatorer på helsetilstand samt risiko- og beskyttende faktorer på kommunalt nivå vil gjøre det mulig å se flere datasett i sammenheng, gjøre økologiske analyser og generere hypoteser om sammenhenger. Ved å identifisere geografiske problemområder - samt identifisere hva problemene består i - kan man også målrette mer spesifikk innsats mot de mest utsatte områdene. Overvåking av helsetilstanden og viktige risikofaktorer i kommunene er dessuten en lovpålagt oppgave for kommunene i henhold til Kommunehelsetjenesteloven § 1-4 og statlige tilsynsmyndigheter (Fylkeslegene) skal se til at kommunene følger opp lovverket og nasjonale målsetninger (som f. eks. "Helse for alle", "Agenda 21" m. fl). Norgeshelsa vil således legge forholdene til rette for at dette lovverket kan følges opp.

Ved bruk av Norgeshelsas kartmateriale kan vi i dag for eksempel tydelig se store geografiske forskjeller når det gjelder kardiovaskulære risikofaktorer som blodtrykk, røyking og overvekt og dødeligheten ulike steder i landet. Tallene har vært kjente, men Norgeshelsa gjør det enklere å vise de større sammenhengene.



Figur 7: Opphopning av livsstilsfaktorer med negativ innvirkning på helsen basert på datasett fra 40-årsundersøkelsene til SHUS (Mangler data om fysisk aktivitet for Akershus og Finnmark).

Data fra SSBs utvalgsundersøkelser på helse og levekår vil måtte begrense seg til landet, landsdel (regional inndeling) og eventuelt en grovere kategorisering av type bostedskommune. Det vil ofte være behov for å kunne sammenlikne data for områdetyper, dvs grupper av regionale enheter som kan sies å være like med hensyn til viktige variable. Inndelinger som har vært brukt av SSB er bosettingstetthet/urbaniseringsgrad, sentralitet og Kommunestandard 1994. Som mål for bosettingstetthet/urbaniseringsgrad bruker SSB prosent av befolkningen som i vedkommende kommune bodde i tettbygde strøk ved folketellingstidspunktet 3. november 1990. SSB rapporterer bl.a antall årsverk i kommunehelsetjenesten etter sentralitet, i tillegg til kommunestørrelse og fylke. Med kommunenes sentralitet menes kommunenes geografiske beliggenhet sett i forhold til et senter hvor det finnes funksjoner av høy orden (sentrale funksjoner som er lokalisert til tettsteder/byer). Kommunestandard 1994 er sammensatt av bosettingstetthet, sentralitet og næringstilknytning. Det er en fordel å ha flere geografiske indikatorer til tross for at de er høyt korrelerte. I noen analyser vil man kanskje vektlegge botetthet/urbanisering eller sentralitet og i andre analyser er kanskje næringsstrukturen i kommunen det essensielle. Slike inndelinger vil kunne gi kommunesektoren et verdifullt grunnlag for sammenlikning av kommuner med fokus på utfordringer i forebyggende

helsearbeid. For å få en helhetlig rapportering for både kommunenes risikonivå, befolkningens helsetilstand og tjenestetilbud, bør man satse på noen av de samme inndelingene i de to systemene.

NHIS planlegger å teste ut om det er systematiske forskjeller i helse og helserelevante forhold knyttet til slike geografiske inndelinger i datamaterialet fra SSBs Helse og Levekårsundersøkelser. Geografiske helseforskjeller kan nok i mange tilfeller tilskrives geografiske forskjeller i befolkningens sosio-økonomiske status (jf Rognerud M. og Stensvold I., 1998: Oslohelsa. Utredning om helse, miljø og sosial ulikhet mellom bydelene). Dataene fra helse- og levekårsundersøkelsene vil imidlertid gi oss verdifull informasjon om det er store systematiske forskjeller i livsstil eller miljøforhold mellom ”by og land”.

4.3 Sosio-økonomisk ulikhet

Sosial- og helsedepartementet har tillagt beskrivelser av sosio-økonomiske helseforskjeller stor vekt i mandatet. I Stortingets behandling av Folkehelse rapporten ble dette temaet også vektlagt av de politiske myndighetene. Dette er bl.a viktig for å komme nærmere identifisering av risikogrupper. Vi ønsker etter hvert å kunne presentere sosio-økonomiske forskjeller for noen av de mest sentrale helsemål og risikofaktorene - både en beskrivelse av dagens situasjon og utviklingen som har skjedd over tid for disse indikatorene. Vi tror dette vil kunne bidra til å gi brukerne av systemet en større helhetsforståelse av bakgrunnen for noen av helseforskjellene som er relatert til sosio-økonomisk status. Å få fram slike data krever imidlertid datakoblinger, analyser og vurderinger før de kan gjøres tilgjengelig på samme måte som de øvrige dataene.

Inntekt, utdanning og yrke er kriterier som er mye brukt for å dele inn befolkningen etter sosio-økonomisk status. Hadde disse variablene vært gjensidig positivt avhengige av hverandre, slik at den med høyest inntekt samtidig hadde høyest utdanning og det mest prestisjefylte yrke, ville det være vilkårlig hvilket kriterium som ble valgt. Sammenhengene er imidlertid ikke entydige. Det er foreløpig ikke utarbeidet noen europeisk standard for inndeling i sosio-økonomiske grupper. Empirisk forskning på feltet er svært fragmentarisk og ofte sterkt knyttet til nasjonale sammenhenger. Statistisk sentralbyrå (SSB) har utarbeidet inndelingene som hittil har vært brukt som standard i Norge. I 1998 ble det innført en ny standard for yrkesklassifikasjoner. Denne samsvarer på 3-siffernivå med den internasjonale klassifikasjonen som benyttes i EU-området, ISCO-88 (COM). På 4-siffernivå er den norske yrkesstandard tilpasset norske forhold i så stor grad som mulig innenfor ISCO-88 (COM)s rammer. Den nye standarden for yrkesklassifikasjoner er ikke tilpasset den sosio-økonomiske inndelingen som har vært brukt i Norge. I år 2000 vil det bli arbeidet med å etablere en ny standard på området. Arbeidet vil bli harmonisert og koordinert med tilsvarende arbeid som pågår for EU-landene

Som ledd i EU-programmet ”Health monitoring” er det nedsatt en gruppe ledet av professor J. P. Machenbach og A. Kunst fra Erasmusuniversitetet i Rotterdam. EU-prosjektet vil bl.a. ta for seg metodiske problemer knyttet til overvåking av sosio-økonomiske helseforskjeller, bruk av ulike inndelinger for sosio-økonomisk status og fremlegge anbefalinger for overvåking av helseulikheter. Både Folkehelsa og Statistisk sentralbyrå deltar på vegne av Norge i dette prosjektet. Dette prosjektet vil legge sterke føringer på valg av metode for å monitorere sosio-økonomiske helseforskjeller i EU-regionen. Men EUs valg av metode vil i stor grad måtte begrense seg til data og koblinger som er tilgjengelig i de fleste av EU-landene.

Norge har flere muligheter til å koble ulike opplysninger om inntekt, utdanning og yrkesbakgrunn til våre individbaserte helseregistre og helseundersøkelser enn de fleste EU-landene. Vi kan bl.a. studere helseforskjeller og utviklingen av disse over tid ved bruk av alternative sosio-økonomiske

inndelinger og sammenlikne resultatene ved bruk av f. eks. faste verdier for inndeling i sosio-økonomisk status (som vil medføre at andelene i hver gruppe endres over tid) med relative sosio-økonomiske inndelinger der man tilstreber at andelene i hver gruppe holdes konstant over tid.

Arbeidsgruppen mener det er nødvendig å utrede betydningen av å velge ulike inndelinger i et overvåkningssystem. I samarbeid med SSB har vi derfor satt i gang et utredningsprosjekt der vi vil bruke data fra Dødsårsaksregisteret for perioden 1960 - 1995. Dødsårsaksregisteret er blant de mest sentrale registrene som blir brukt til helseovervåking både nasjonalt og internasjonalt. Ved å koble dataene fra Dødsårsaksregisteret til Folke- og boligtellinger tilbake til 1960 vil vi også kunne studere utviklingen av helseforskjellene i en periode der mange viktige sosiale reformer er innført i Norge. Prosjektet vil dessuten gi oss et bedre grunnlag for valg av metode for å monitorere forskjeller også relatert til andre datasett.

Følgende sentrale indikatorer er foreløpig mest aktuelle å koble til sosio-økonomiske bakgrunnsvariabler:

Helsemål:

Totaldødelighet / forventet levetid:

-årsaksspesifikk dødelighet – hyppigste dødsårsaker

Spedbarnsdødelighet:

-hyppigste årsaker til dødsfall i første leveår (medfødte misdannelser og krybbedød)

Selvopplevd helse:

-fysisk og psykisk

Faktorer som påvirker helsen:

Mål på materielle levekår:

-disponibel inntekt er foreslått - relatert til utdanning og yrke.

Livsstil/levevaner:

-røyke- og alkoholvaner

-BMI – Body Mass Index, fedmeindeks - forholdet mellom vekt og høyde

Miljø (fysisk- og psykososialt):

-arbeidsmiljø

-bomiljø

Utvikling av forskjeller i materielle levekår over tid er en viktig dimensjon å avklare i forhold til strategi for å utjevne helseforskjeller. Livsstils- og miljøfaktorer er andre arenaer for forebyggende og helsefremmende arbeid.

4.4 Internasjonale sammenlikninger

På Internettssidene til Nasjonalt helseindikatorsystem er det lagt ut lenker til internasjonale helsestatistiske databaser som "Hur mår Sverige?", NOMESCO, WHO-HFA DB, OECD og National Center for Health Statistics i USA. Dette gjør det mulig å foreta internasjonale sammenlikninger. Sverige ("Hur mår Sverige?" og Verdens helseorganisasjon (WHO - "Health for All" database) bruker også det samme presentasjonsprogrammet som Norgeshelsa. Dessuten medfører vår omfattende deltakelse i prosjekter knyttet til EU's Health Monitoring Programme at en rekke norske data blir tilrettelagt og sammenliknet med medlemslandene i EU og kommer med i rapporter som blir produsert i regi av de ulike EU-prosjektene. Se for øvrig kap. 6 Internasjonalt samarbeid.

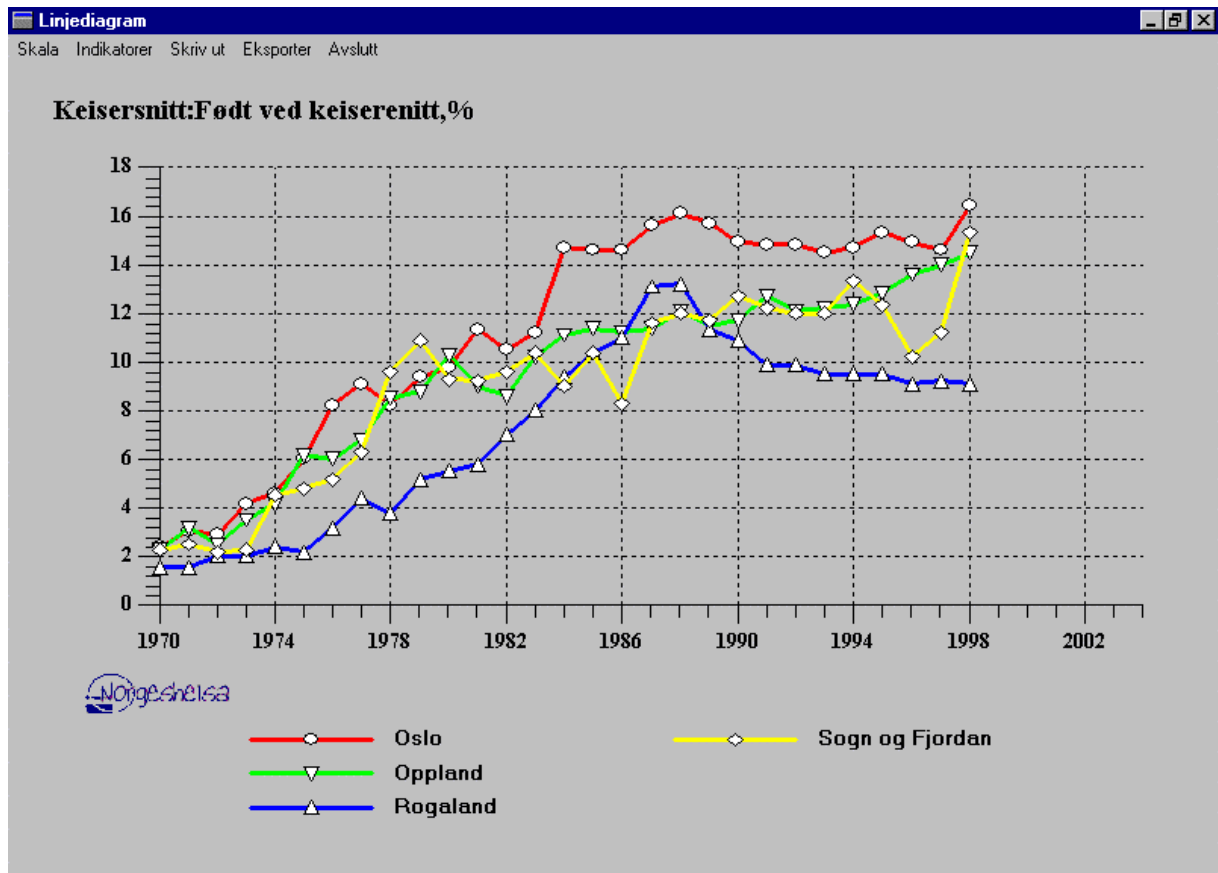
4.5 Utvikling over tid

Dataene i Norgeshelsa er i hovedsak tilgjengelige for hvert år. Det er begrensede mengder data fra og med 1970 som for eksempel kreftdata fra Kreftregisteret, fødselsdata fra Medisinsk fødselsregister og befolkningsdata fra SSB. Siden det er så mange forskjellige datakilder i Norgeshelsa vil det også være ulike tidsrekker. I indikatorlista som ligger som vedlegg til denne rapporten finnes en mer detaljert beskrivelse av hvilke år det er data for. I Norgeshelsa finnes en oversikt kalt "Tilgjengelig data" og her får man raskt overblikk over hvilke år det finnes data for når det gjelder de forskjellige indikatorene. Denne oversikten er forbedret i juli 2000-versjonen av Norgeshelsa, og vises under.

| Tilgjengelig data | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| fylke Indikatorgruppe Avslutt | | | | | | | | | | | | | | |
| Indikatorer | 1986 | 1987 | 1988 | 1989 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 |
| :600 Andel av spedbarn som amm... | | | | | | | | | | | | | | |
| :760 Infarktrisiko,menn | | | | | | | | | | | | | | |
| :770 Infarktrisiko,kvinner | | | | | | | | | | | | | | |
| :780 BMI,gjennomsnitt,menn | | | | | | | | | | | | | | |
| :790 BMI,gjennomsnitt,kvinner | | | | | | | | | | | | | | |
| :800 Andel overvektige (BMI30+)... | | | | | | | | | | | | | | |
| :810 Andel overvektige (BMI30+),k... | | | | | | | | | | | | | | |
| :820 Andel med høyt kolesterolniv... | | | | | | | | | | | | | | |
| :830 Andel med høyt kolesterolniv... | | | | | | | | | | | | | | |
| :840 Andel med diabetes,menn,% | | | | | | | | | | | | | | |
| :850 Andel med diabetes,kvinner,% | | | | | | | | | | | | | | |
| :860 Andel med blodtrykk som er f... | | | | | | | | | | | | | | |
| :870 Andel med blodtrykk som er f... | | | | | | | | | | | | | | |
| :880 Andel med blodtrykk som er i ... | | | | | | | | | | | | | | |
| :890 Andel med blodtrykk som er i ... | | | | | | | | | | | | | | |
| :900 Andel som bruker blodtrykksr... | | | | | | | | | | | | | | |
| :910 Andel som bruker blodtrykksr... | | | | | | | | | | | | | | |
| :920 Andel som er fysisk inaktive... | | | | | | | | | | | | | | |
| :930 Andel som er fysisk inaktive,k... | | | | | | | | | | | | | | |
| :940 Andel personer med lavt HDL... | | | | | | | | | | | | | | |
| :950 Andel personer med lavt HDL... | | | | | | | | | | | | | | |

Figur 9: Oversikt over hvilke årstall det finnes tilgjengelige data for (merket grønt). Data både på kommune-, fylke- og landsnivå vil gi heldekkende grønn farge for det aktuelle årstallet.

Så sant det finnes data tilbake i tid, kan Norgeshelsa framstille utvikling over tid fra og med 1970 relatert til kjønn og aldersgrupper (se figur 5) eller for ulike geografiske områder (figur 9).



Figur 7: Utvikling i prosentandel som fødes ved keisersnitt i noen utvalgte fylker

5. Generelt om datakvaliteten på de viktigste datakildene

Dette kapitlet lister opp og tar for seg generell vurdering av hovedgruppene av data i Norgeshelsa. For å finne en mer spesifikk beskrivelse av den enkelte indikator, innsamlingsmetode, beregning og vurdering av datakvalitet må man slå opp i hjelpefilen i Norgeshelsa.

Ved vurdering av datakvalitet må man spesielt se på representativitet og validitet. Er utvalget som er undersøkt eller intervjuet representativt for hele populasjonen? Hvis frafallet er stort, har dette betydning for representativiteten? Er det systematiske feil ved undersøkelsen/intervjuene? Måler undersøkelsen/intervjuet det som det er meningen å måle? Hvis resultater fra flere undersøkelser skal sammenliknes, var forholdene/målemetodene like?

Her følger en gjennomgang av datakvaliteten for noen av de aktuelle variablene eller undersøkelsestypene. I dagens versjon av Norgeshelsa knyttes kommentarene om datakvaliteten til hver enkelt indikatorbeskrivelse.

5.1 Dødsårsaker fra Statistisk sentralbyrå

Alle dødsfall i landet registreres fortløpende med personnummer i dødsårsaksregisteret. Dette er blitt gjort siden 1966. I hovedsak er datakvaliteten bra, men det er lenge siden det er gjort en grundig undersøkelse om legenes praksis når det gjelder å fastsette dødsårsaken. Det utføres færre og færre obduksjoner, slik at kvalitetssikring av diagnoser er vanskelig. Fra og med 1996-årgangen gikk SSB over fra å kode etter ICD-9 til ICD-10-standarden. Det blir viktig å dokumentere hvilken effekt endret klassifikasjonsstandard har på dødsårsaksdataene. SSB vil høsten 1999 gjennomføre en "bridge-koding" (kode en del meldinger etter både ICD-9 og ICD-10) for å kunne analysere dette.

Resultatene fra koding av dødsårsaker bør komme før det er gått to år.

SSB har vært hjelpsomme og hyggelige, men listen på data de skal levere oss er svært lang, og på grunn av en presset arbeidssituasjon med mange sykmeldinger har de bare i begrenset grad vært i stand til å overholde tidsfrister. Vi venter fortsatt på mange data fra SSB.

5.2 Utskrivninger fra somatiske sykehus

Norsk pasientregister (NPR) er et register med informasjon om alle pasienter som innlegges på sykehus eller som undersøkes/behandles på sykehusenes poliklinikker. NPR har overtatt ansvaret for de pasientdataene som Norsk institutt for sykehusforskning (NIS) tidligere samlet inn. Registeret er rimelig komplett (landsomfattende) fra 1990.

Registeret egner seg til å beskrive forbruk av sykehus tjenester i befolkningen. Det er rimelig å anta at registeret er valid. Antall sykehusinnleggelser er reelt nok, unnlater man å registrere innleggelser får man ikke refusjon, og fabrikkerte innleggelser er usannsynlige. Det er imidlertid noe ulik praksis mellom sykehusene når det gjelder innskriving av pasienter som er døde ved ankomst til sykehus.

En rekke variabler som alder, kjønn, kommunenummer, liggedager etc. er entydige og derfor relativt lette å kode riktig. For enkelte andre variabler, spesielt skaderegistreringsvariablene, er utfyllingsgrad og datakvalitet ikke tilfredsstillende.

NPR er ikke et register som er oppbygd med tanke på å overvåke helsetilstanden i befolkningen. Registeret er derfor ikke uten videre egnet til epidemiologisk overvåkning. Ulik kodepraksis er en hovedårsak til dette.

En stor begrensning ved NPR er at det ikke har en unik pasientidentifikasjon, men kun et anonymisert pasientnummer generert fra 1 til N ved hvert sykehus i hvert kalenderår. Dette gjør at det ikke er mulig å følge samme pasient fra et sykehus til et annet, og det er heller ikke mulig å følge pasienter ved samme sykehus fra et år til et annet. Det er derfor ikke mulig å overvåke reinnleggelsene fullstendig. Videre er det ikke mulig å sammenstille data fra NPR med Det sentrale personregisteret for å få påført/registrert pasientens dødsdato.

Et annet problem, knyttet til bruk av hoveddiagnose, oppstår for eksempel hvis en pasient er innlagt med både hjerteinfarkt og lårbensbrudd. Lårbensbruddet vil da gjerne være hoveddiagnosen, og hjerteinfarkt vil bli en bidiagnose. NPR gir ingen informasjon om hva som inntraff først, kom lårbensbruddet før hjerteinfarkt eller var det omvendt, og hvor lang tid det var mellom de to hendelsene. Om man kun ser på hoveddiagnosen mister man bidiagnosene, og dermed mister man mye verdifull informasjon i epidemiologisk sammenheng. Videre har utfyllingsgraden av bidiagnoser tidligere (før 1998) vært meget lav.

Etter innføring av innsatsstyrt finansiering (ISF) har utfyllingsgraden av bidiagnoser økt betraktelig i og med at dette kan være avgjørende for hvilken DRG* man havner i, og dermed avgjørende for størrelsen på refusjonen. Innføring av ISF kan imidlertid gi en vridningseffekt, ved at koding av diagnoser skjer ut fra hva som "lønner" seg, ikke ut fra hva som er medisinsk riktig.

* DRG=diagnose relatert gruppe, av betydning for pengesummen som sykehuset får for å behandle pasienten.

Vi har foreløpig ingen data fra NPR i systemet, men håper å få det innen utgangen av år 2000.

5.3 Data fra psykiatriske behandlingsinstitusjoner

SAMDATA psykiatri (utgitt av SINTEF NIS) rapporterer data fra psykiatriske institusjoner. Tallmaterialet for personellinnsatsen er hentet fra institusjonsdata fra SSB. Der psykiatrien er integrert i et somatisk sykehus forsøker SSB å fordele administrasjon og andre felles kostnader mellom somatisk og psykiatrisk virksomhet.

Når det gjelder data om pasientenes diagnoser, er disse svært mangelfulle. Diagnoseinformasjon ble registrert fra og med 1992 fra voksenpsykiatriske institusjoner. Det er rapportert data fra 1992, 1994 og 1996, men det har vært umulig å etablere komplette nasjonale datasett. Fra disse tre årene er det gitt diagnoseopplysninger fra 20 av i alt 32 psykiatriske sykehus. Manglende etablering av pasientadministrative systemer og ufullstendig utfylling for den enkelte pasient gjør at data mangler. Selv for de data som er presentert (SAMDATA-psykiatri 1998) fra 20 institusjoner, mangler nesten 20 % en utfylt diagnose. Denne mangelen vil bli forsøkt rettet opp i nytt "Minste Basis Data Sett" for psykiatrien (Ref: Hatling T, Krogen T. Revisjon av minste basis datasett. SINTEF Unimed NIS rapport 1998).

Vi har så langt mottatt utskrivelsestall fra psykiatriske sykehus, og håper at vi etter hvert kan få andre data.

5.4 Skader og ulykker

Folkehelsas personskaderegister ble gjort permanent fra 1990. Deltakende sykehus/legevakter er Harstad sykehus og legevakt, Regionsykehuset i Trondheim, Sentralsjukehuset i Rogaland og Stavanger legevakt, Buskerud sentralsjukehus og Drammen legevakt, og fra og med 1994 Lillehammer fylkessykehus (med en annen registreringsrutine). Opptaksområdene når det gjelder innleggelser og brudd til de fire førstnevnte sykehusene dekker i alt 41 kommuner. For å få et grovt anslag over hvor representative tallene i Skaderegisteret er for det totale antall skader som behandles av leger i de fire byene registeret dekker, er det utført undersøkelser i Trondheim og Stavanger. I Trondheim ble det beregnet at det var 21 % flere personskader blant personer bosatt i Trondheim som ble behandlet av lege enn det som var registrert i Skaderegisteret. I Stavanger var tilsvarende tall 25 %. I tillegg kommer skader som behandles av bedriftsleger, skolehelsetjeneste og tannhelsetjeneste.

Som grunnlag for *nasjonal* skadeovervåking har man måttet basere seg på estimer basert på Folkehelsas skaderegister med data fra sykehus/legevakt i Drammen, Stavanger, Trondheim og Harstad (7,5 % av landets totale befolkning) og registrerte skadediagnoser fra sykehusenes utskrivningsregistre. Dette er ikke et tilfredsstillende grunnlag for nasjonal skadeovervåking.

Data fra NPR kan bare i liten grad brukes til å overvåke omfang av skader og ulykker. Registrering av koder for ytre årsak til skader blir i liten grad fulgt opp ved sykehusene og disse opplysningene blir derfor ikke overført fra sykehusene til NPR. Det er et arbeid i gang (i regi av KITH) for å endre datasystemene ved sykehusene, for slik å kunne registrere multipl koding ved innføring av ICD-10 koding. Selv om ICD-10 ble innført fra og med 1999, vil de nye datasystemene tidligst være operative i 2000. Det kan imidlertid bli svært vanskelig å få gode registreringer av ytre årsak fordi legene som *skriver ut* pasientene (og setter diagnosekodene) ofte ikke har kunnskap om forholdene som medførte innleggelse (dvs. ytre årsakskode).

5.5 Reproduktiv helse

Fødsler og fødselsresultater

Opplysninger om fødsler og fødselsresultater er blitt registrert i Medisinsk fødselsregister (MFR) fra hele landet siden 1967. I hovedsak er datakvaliteten god. På samme måte som for dødelighet, vil kodepraksis både for dødsårsak og ikke minst for registrering av misdannelser kunne variere fra sykehus til sykehus, avhengig av legenes spesialiteter og interesseområder. MFR har ikke tillatelse til å få informasjon om barnets helsetilstand etter f. eks. en måned, og mister derved data om misdannelser som først oppdages på et senere tidspunkt.

Provoserte svangerskapsavbrudd/abortinngrep

Provoserte svangerskapsavbrudd er blitt registrert for hele landet siden 1979. Statistisk sentralbyrå (SSB) er ansvarlig utgiver av abortstatistikken. SSB har vist at mange av abortskjemaene er

ufullstendig utfylt. Ofte mangler alder, kommune, svangerskapets lengde m.m. Abortdata kan også innhentes fra sykehusene (via NPR).

5.6 Kreftsykdommer

Datakvaliteten er meget bra. Kreftregisteret har registrert alle nye krefttilfeller i Norge siden 1953. Meldingene har vært kodet etter en modifisert versjon av International Classification of Diseases versjon 7 (ICD-7) helt fram til 1996, da ICD-10 i tillegg ble tatt i bruk. Meldingene er personidentifiserte, hvilket muliggjør kvalitetskontroller mht. komplettethet og korrekthet, og gjør at informasjonen kan koples bl.a. til Dødsårsaksregisteret. Kreftregisteret publiserer rutinemessig data om forekomsten av kreft i landet totalt, i de enkelte fylkene og kommunene, og om overlevelse av de ulike kreftsykdommene.

5.7 Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS)

Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) ble iverksatt på landsbasis 1. januar 1975. Formålet er å overvåke og kartlegge den epidemiologiske situasjonen for å kunne iverksette effektive smitteverntiltak.

Dataene kan fordeles på kjønn, alder og bosted (fylke og kommune).

Datakvaliteten vil variere fra sykdom til sykdom. Forhold som sykdommens alvorlighet, om pasientene oppsøker lege og om det er tilgang på laboratoriediagnose vil være av betydning for graden av rapportering. For mindre alvorlige sykdommer som går over av seg selv uten legebehandling vil det være en underrapportering. Datakvaliteten ansees imidlertid for å være god for alvorlige smittsomme sykdommer – særlig for sykdommer der det finnes gode diagnostiske laboratorietester.

5.8 Ernæring – kosthold

Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (SEF) er kilde til data om kosthold og ernæring. Statens ernæringsråd gikk over til å hete Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (SEF) fra 1. mars 1999.

Kostholdet kan beskrives med statistikk fra tre prinsipielt forskjellige nivåer:

- a) matforsyningsstatistikk,
- b) forbruksundersøkelser på husholdningsnivå og
- c) undersøkelser blant grupper av individer.

Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet har tilgang til data fra alle disse tre nivåene.

Matforsyningsstatistikken er basert på statistikk over import, eksport, produksjon og omsetning av matvarer på nasjonalt nivå. Den viser mengden av matvarer som står til rådighet for hele befolkningen. Den er sammenstilt årlig siden 1952.

Statistisk sentralbyrås forbruksundersøkelser registrerer hvor mye mat som blir anskaffet (dvs. kjøpt, tatt av egen produksjon, fått som gave o.l.) av et landsrepresentativt utvalg av privathusholdninger i løpet av 2 uker. Undersøkelsen har vært gjennomført årlig siden 1975. Ca. 2000-2500 husholdninger inngår i undersøkelsen per år, og svarprosent har sunket fra 68 % i 1975

til 62 % i 1995. Frafallet er ikke likt fordelt for alle husholdningsgrupper. For å rette opp skjevheter i materialet gis husholdningsgrupper med stort frafall relativt større vekt ved beregning av gjennomsnittstall. Det blir registrert matvarer som blir kjøpt til husholdningen (ikke nødvendigvis spist) og delt per person, uavhengig av alder på familiemedlemmene. Mat som spises utenfor hjemmet (restauranter, gatekjøkken, ferier m.m.) blir ikke registrert

Kostholdsundersøkelser som utføres mer sjelden, gir opplysninger om inntaket på individnivå. Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet har gjennomført kostholdsundersøkelser blant landsrepresentative utvalg i tre ulike aldersgrupper: spedbarn og barn 1/2-2 år (Spedkost 1998-99), skoleelever 13 og 18 år (Ungkost 1993) og 16-79 år (Norkost 1993-94 og 1997). I de tre typene undersøkelser har man brukt selvadministrerte spørreskjemaer, hvor man spør om hva den enkelte vanligvis spiser. Undersøkelsene planlegges gjentatt. I Norkost 1993-94 var det invitert ca. 5000 og 63 % svarte på spørreskjema.

Vi har valgt å bruke opplysninger om nevnte kostindikatorer fra to forskjellige typer datasett, nemlig forbruksundersøkelser og den nasjonale kostholdsundersøkelsen Norkost. De to undersøkelsene bruker forskjellig metodikk, henholdsvis prospektiv registrering av anskaffelse av matvarer i løpet av to uker på husholdningsnivå og retrospektiv intervju om hva den enkelte vanligvis spiser av ca 180 matvarer i løpet av det siste året. De to datasettene har derfor forskjellig utvalgsenheter og type feilkilder for datainnsamling, og bør kunne komplettere hverandre. Forbruksundersøkelsene har den fordel at de er foretatt årlig siden 1975 og derfor er spesielt egnet til å vise tidstrender. Norkostundersøkelsene gir data på inntak blant et utvalg av individer som kan deles opp i undergrupper etter en rekke bakgrunnsvariabler. Utvalgene i begge undersøkelsene kan imidlertid deles opp i en rekke undergrupper, bl.a. handelsfelt, bosetningstetthet og sosio-økonomiske variabler. Det blir opp til NHIS hvilke grupperinger man ønsker data fra.

Det er mulig å få data om amming fra Spedkost 1998-99.

5.9 Data om tobakksbruk

Statens tobakksskaderåd og SSB har gjennomført spørreundersøkelser om tobakksbruken i Norge siden 1973. Mange av spørsmålene har gått igjen i hele perioden og disse datene gir derfor gode muligheter for å følge trender over tid. Det finnes en beskjeden underrapportering av tobakksforbruk, men underklassifikasjonen ser ikke ut til å øke, så måling av endring er forholdsvis pålitelig (jfr flere kilder, oversikt i Lund, Karl Erik, 1996, "Samfunnsskapte endringer i tobakksbruk i Norge i det 20. århundre", Universitetet i Oslo.)

Statistikk over tobakkssalg er basert på avgiftspliktig salg oppgitt til Toll- og avgiftsdirektoratet. Det vil si at kjøp i utlandet og smugling ikke er med. Beregninger har vist at det uregistrerte forbruket av sigaretter og rulletobakk utgjorde rundt 10-15% av alt konsum i begynnelsen av 1990-årene (Lund, Karl Erik, 1996).

Salgsstatistikk pleier (fra STRs side) å oppgis for perioden juli-juni og ikke for hvert kalenderår. Årsaken til det er at en spesielt stor avgiftsøkning ved et årsskifte kan medføre betydelig hamstring hos forhandlere og kunder, og dermed unaturlig stort desembersalg og uvanlig lite januarsalg.

Data om selvrapportert røyking er med årlig i omnibus-undersøkelsene til SSB. Svarprosenten på disse spørsmålene er 65-70%. Spørsmål om "dagligrøyking" og "av-og-til-røyking" går til ca. 5 000 personer hvert år, og det vil være mulig å dele opp på kjønn, alder og utdanning. For å få data på

fylkesnivå, må man slå sammen undersøkelsene fra flere år. I tillegg er det spørsmål om alder ved røykestart, type og mengde røyking m.m. Her spørres kun ca. 1 300 personer, og det blir vanskeligere å dele inn i undergrupper.

5.10 Fysisk aktivitet

Mange ulike spørsmål er brukt både ved Statens helseundersøkelser (SHUS) sine undersøkelser (CONOR) og ved SSB sine spørreundersøkelser. Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (SEF) utarbeider nå et system for innsamling av data som kan beskrive utviklingen i fysisk aktivitet i befolkningen. Sentrale data herfra bør innarbeides i NHIS, når de foreligger.

Foreløpig er det foreslått å ta med spørsmål fra SHUS om fysisk aktivitet. Disse spørsmålene har vært like ved alle undersøkelsene etter 1994.

5.11 Data om alkohol og narkotika

Data for alkohol gjelder salgstall, dvs. registrert omsetning eller beskattet forbruk av alkohol. Det uregistrerte forbruk i form av hjemmeproduert alkohol, turistimport og smuglervarer omfattes ikke.

Ungdomsundersøkelsen fra SIFA har vært gjort årlig fra og med 1986 for hele landet, og fra 1975 for et utvalg i Oslo. Spørreskjema sendes til ca. 2000 ungdommer i alderen 15-20 år, og det er en svarprosent på omkring 70%. Svarprosenten har gått noe ned de siste par årene. Dette gjelder spesielt for Oslo-utvalget, og i 1995 var svarprosenten nede i 60%. Ungdom blir spurt om de har drukket alkohol noen gang, mens spørsmål om narkotika dreier seg om man noen gang har brukt ulike stoffer. Det kan være vanskelig å få svar fra reelle misbrukere, disse får antakelig ikke spørreskjemaet eller svarer kanskje ikke. De ungdommer som regelmessig bruker narkotiske stoffer, enten regelmessig bruk av cannabis eller de som tar narkotika med sprøyter er underrepresentert i undersøkelsene. Dette skyldes langt på vei at de ikke oppholder seg på sin offisielle adresse og dermed ikke vil motta spørreskjemaet. De vil også i mindre grad enn andre svare på slike spørreskjemaer. De årlige ungdomsundersøkelsene er lite egnet til å belyse det såkalte "tunge" misbruket som sprøytebruk stort sett representerer (Skretting, Astrid 1996: Ungdom og rusmidler : data fra de årlige spørreskjemaundersøkelsene til Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning). Det er imidlertid foretatt andre undersøkelser (Skretting, Astrid o. a. 1993: AIDS-informasjonsbussen i Oslo : en intervju-undersøkelse av brukere, Anne Line Bretteville Jensen 1994: Narkotikadødsfall i Norge : en analyse av utviklingen fra 1976-1993).

Kriminalpolitisen har bidratt med data om narkotikabeslag.

5.12 Data om seksualitet og bruk av prevensjon

Det har vært gjennomført seksualvaneundersøkelser på et landsrepresentativt utvalg på 10.000 personer i 1987, 1992 og 1997 i regi av Folkehelsa/SSB. I 1987 og 1992 var utvalgets alderssammensetning 18-60 år, mens i 1997 ble 18-49 åringer inkludert i undersøkelsen. I 1987 var svarresponen 63%, i 1992 48% og i 1997 38%. I 1997 ble det i tillegg gjort en egen seksualvaneundersøkelse for Oslo på et utvalg på 5000 personer i alderen 18-49 år. Responen på

denne undersøkelsen var 48%. Med så lav svarprosent er nytteverdien av undersøkelsen noe tvilsom.

Folkehelsa/SSB har videre gjennomført seksualvaneundersøkelser på et landsrepresentativt utvalg på 3000 ungdommer i alderen 17-19 år i 1988 og i 1989. I 1988 var oppslutningen om undersøkelsen 62% og i 1989 var den 63%.

I SSBs Helse- og levekårsundersøkelse i 1998 var det flere spørsmål om fruktbarhet og bruk av prevensjon. Det finnes tilsvarende landsrepresentative data for et utvalg av godt og vel 2000 kvinner i aldersgruppen 18-44 år fra 1977 og 1988.

5.13 Biologiske data

Statens helseundersøkelser har gjennomført helseundersøkelser der det er gjort kliniske undersøkelser og tatt biologiske prøver. SHUS er således datakilden til indikatorer som blodtrykk, høyde, vekt, triglyserider, kolesterol, HDL-kolesterol, blodsukker, bentetthet med mer. Dataene er av god kvalitet på grunn av at undersøkelsene er blitt gjennomført etter kriterier som er brukt over lang tid og samme laboratorium stort sett er brukt for alle blodprøvene.

Landsomfattende undersøkelser gjelder aldersgruppen 40-42 år. Frammøteprosenten har sunket over tid, og varierer mellom 52 % og 69 % i de fem fylkene som ble undersøkt i 1998/99. I tillegg er bredere aldersgrupper undersøkt flere ganger i Tromsø, Nord-Trøndelag og Hordaland, og alle disse undersøkelsene inngår i CONOR. Den planlagte undersøkelsen i Oslo (HUBRO) vil også fange bredere aldersgrupper.

5.14 Helse- og levekårsundersøkelsene (SSB)

Statistisk sentralbyrås helseundersøkelser er gjennomført regelmessig over en tredveårs periode. Den ble første gang gjennomført i 1968, senere i 1975, 1985, 1995, og senest i 1998. Tema som tradisjonelt omfattes av undersøkelsene er fra og med 1998 samlet inn som levekårsdata. Samordnet levekårsundersøkelse 1998 dreier seg om temaene helse, omsorg og sosial kontakt.

1998-undersøkelsen hadde et frafall på vel 26 % for intervjudelen og ca. 30 % for den postale undersøkelsen. Det er ennå ikke undersøkt hvorvidt det er skjevhet i frafallet i denne undersøkelsen. Ved Helseundersøkelsen 1995 ble det gjort en frafallsundersøkelse og skjevheten i frafallet antas ikke å ha vesentlig betydning for resultatene i undersøkelsen. Betrakter man undersøkelsene gjennom hele perioden har det vært et økende frafall. Svarprosentene var 93, 89, 79, 75 og 73 i henholdsvis 1968, 1975, 1985, 1995 og 1998.

Opplysninger fra helseundersøkelsene er i hovedsak samlet inn ved personlig intervju av et utvalg av befolkningen. Ved undersøkelsen i 1998 ble det også delt ut et skjema for selvrapportering av helse (bl.a. SF36 og HSCL). Erfaring viser at svarene blir noe forskjellige ved intervju og ved selvrapportering.

Utvalgene er trukket slik at de i størst mulig grad er representative for hele Norges befolkning. Det er den hjemmeboende befolkningen (privathusholdninger) som er målgruppen for undersøkelsene. Helseundersøkelsen 1995 og tidligere undersøkelser har husholdningen som utvalgsenhet. De gir med andre ord informasjon både på person- og husholdsnivå og åpner for analyse av sammenheng mellom variable for personer innenfor samme husholdning. Lavekårsundersøkelsen 1998 om helse

er basert på personutvalg (ikke husholdsutvalg som ved tidligere helseundersøkelser), og gir kun husholdsinformasjon referert av intervjupersoner, samt tilgjengelige registeropplysninger.

Det er omtrent samme antall intervjupersoner fra undersøkelse til undersøkelse (ca. 10 000 i alle aldre) og de er gjennomført på samme tid av året (sept/nov). Dataene fra samtlige undersøkelser kan fordeles etter bakgrunnskjenntegn som kjønn, alder, bosted, utdanning, inntekt m.m.

Undersøkelsene er bygget over samme lest, men i løpet av perioden er det foretatt nødvendige justeringer og utvidelser for å fange opp aktuelle helsepolitiske utfordringer på tidspunktet enkeltundersøkelser ble gjennomført. Sykelighetsdata og data om konsekvenser av sykdom og sosial aktivitet er tilnærmet sammenlignbare fra år til år, mens dataene om funksjonsevne ikke gir grunnlag for tidsserier. En del enkeltspørsmål om funksjonsproblemer kan imidlertid gjenfinnes i de ulike årgangene.

Spørsmål om sykdom, skade eller funksjonshemming er sentrale i SSB's helse- og levekårsundersøkelser. Det er viktig informasjon for å avdekke helsemessige plager og problemer i befolkningen. Sykdom og plager som angis skal i første rekke være en gjengivelse av legenes medisinske diagnoser fra pasientene. Omlag 90 prosent sier at det er en lege som har sagt at de har diagnosen. I tillegg er rapporteringen et produkt av hva den enkelte selv opplever og erfarer av plager og problemer. I et forsøk på å vurdere intervjuobjektens utsagn om egen sykdom, ble det med tillatelse fra intervjuobjektene sendt ut spørreskjema til behandlende lege/sykehus for en del av de rapporterte syketilfellene (Bjerkedal og Bakketeig 1975: Påliteligheten av intervjuopplysninger om helseforhold. SSB; Samfunnsspeilet 2/97). Overensstemmelsen mellom pasientenes utsagn og legenes diagnose ble funnet å være rimelig god, i hvert fall når det gjaldt godt definerte somatiske diagnoser.

Luftveissykdommer – herunder astma

For pasienter som legges inn på sykehus får vi de samme problemstillingene som omtalt under NPR. Folks oppmerksomhet om en diagnose som f. eks. astma har økt over tid. Flere oppsøker antakelig lege for å få utredet en mulig astma og legenes muligheter til å utrede og diagnostisere astma har også økt. Dessuten har det vært noen endringer av diagnostiske kriterier for astma over tid. Noe av den selvrapporterte økningen av astma kan sannsynligvis tilskrives slike mekanismer (Nystad W: Epidemiological studies of astma among school children. Norsk epidemiologi 1999; 9, suppl. 1).

Muskel-skjelettsykdommer

Betegnelsen muskel- og skjelettplager viser til plager som relateres til muskel- og skjelettsystemet. Kardinalplagen er smerter. Ofte resulterer smertene i nedsatt funksjon i form av nedsatt kraft, utholdenhet og bevegelighet. Betegnelsen muskel- og skjelettplager inkluderer i prinsippet alle sykdommer i muskel- og skjelettsystemet:

- *belastningsrelaterte muskel- og skjelettlidelser som kronisk muskelsmerte-syndrom, tendinitter og myalgier. Også ryggglidelser med påviste degenerative forandringer må inkluderes her, blant annet fordi degenerative ryggforandringer er et normalt aldringsfenomen.*
- *betennelsesaktige muskel- og skjelettlidelser som omfatter leddgikt, Bekhterevs sykdom, polymyalgia reumatika og andre betennelsesaktige tilstander i muskler, skjelett og bindevev.*
- *degenerative muskel- og skjelettlidelser som osteoporose og artroser.*
- *øvrige muskel- og skjelettlidelser. Dette omfatter først og fremst skader og deformiteter, men også svulster og infeksjoner.*

Symptomer fra muskel- og skjelettsystemet er det den norske befolkningen oftest klager over i intervjuundersøkelser. Det er også det folk oftest oppsøker lege for, og det er den hyppigste årsaken til sykefravær og uføretrygding. I følge SSBs helse- og levekårsundersøkelser ser det ut til at befolkningen i økende grad rapporterer muskel- og skjelettplager. Folk oppsøker dessuten oftere hjelpeapparatet på grunn av slike plager. At det ser ut til å være en økning av disse lidelsene kan synes paradoksalt i en tid der de fysiske belastningene i arbeidslivet er avtagende. De observerte økningene i forekomsten av muskel- og skjelettplager som er kommet fram i helse- og levekårsundersøkelsene er ikke større enn at det muligens kan være et resultat av en endret rapporteringskultur. Tilsvarende kan gjelde den økte bruken av primærhelsetjenesten. Den behøver ikke nødvendigvis å avspeile en reell bakenforliggende økt forekomst av disse plagene i befolkningen. Fra ulike spørreundersøkelser er det vist store forskjeller i svarprosenten med hensyn til plager i muskel-skjelettsystemet, avhengig av hvordan spørsmålene er stilt og hvem som spør. SHUS fikk en økning i andel ”plagede” på 10-15 prosentpoeng da de spurte et identisk spørsmål i en intervjusituasjon og så gikk over til at personene fylte ut svarene alene hjemme. Sykehusdata er ikke egnet til å overvåke muskel- og skjelettsykdom. Ofte blir tryggedata brukt, andel langtidssykmeldte eller uføretrygdete på grunn av muskel-skjelettlidelser. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at trygdeutbetalinger (stønader) er konsekvenser av sykdom slik lokale trygdekontor vurderer søknadene om stønad, og ikke uttrykk for hyppigheten eller forekomsten av sykdom i befolkningen.

Mental helse og psyko-sosiale miljøfaktorer

Helse- og levekårsundersøkelsene er også en kilde til informasjon om befolkningens psykiske helse. Hopkin’s Symptom Check List, (HSCL) er blitt samlet inn med samme metode både i 1995 and 1998. 1998-undersøkelsen ligger også SF 36 inne – som i tillegg inneholder en psykisk helsekomponent. Data om psyko-sosiale forhold i bomiljøet og arbeidsmiljøet har vært samlet inn over lengre tid. Disse dataene er for tiden gjenstand for grundige analyser og vurderinger. NHIS samarbeider med professor Odd Steffen Dalgard og med SSB i vurderingen av disse dataene. Resultatrapportering forventes i løpet av vinteren 2000-2001.

5.15 Data om vold og narkotikaforbrytelser

Statistisk sentralbyrå publiserer data om antall anmeldte og etterforskede volds- og narkotikaforbrytelser etter alvorlighetsgrad. Dataene er basert på politiets registre over anmeldte og etterforskede tilfeller av volds- og narkotikaforbrytelser samt rettslig behandlede overgrep mot barn. Dataene rapporteres etter åsted for hendelsen (ikke etter gjerningsmannens eller offerets bosted). Disse dataene gir neppe et tilstrekkelig grunnlag for å kartlegge volds- og narkotikaproblematikken, men det kan muligens gi visse indikasjoner på utviklingen over tid. Imidlertid kan endringer i antall politianmeldelser også skyldes endringer i befolkningens vilje/evne til å rapportere slike saker. For å få et bedre bilde av omfanget av vold i samfunnet har det i tillegg vært gjort flere befolkningsbaserte spørreundersøkelser om utsatthet for vold bl.a av SSB i Levekårsundersøkelsene 1991 og 1995, samt to studier av Oslos befolkning i 1992 (hele befolkningen: Hagen, K., Djuve, A. B., Vogt P.:Oslo: Den delte byen? FAFO-rapport 161, 1994)

og 1995 (ungdom: Gautun H. Voldens ansikt. Ungdoms erfaring med vold i Oslo og landkommuner. FAFO-rapport 189, 1996). (Når det gjelder data om forbruk av narkotika, se kap. 5.11 Data om alkohol og narkotika).

5.16 Vaksinasjonsdata

I SYSVAK finnes data om vaksinasjonsstatus fra de fleste av helsestasjonene i hele landet. En del av helsestasjonene har problemer med overføring av data til det sentrale systemet. Dette medfører at en del kommuner urettmessig får oppgitt svært lav vaksinasjonsdekning. Det mangler videre opplysninger om barn som vaksineres utenfor den offentlige helsetjenesten, men privat vaksinasjon utgjør bare en liten del av manglene i statistikken. På grunn av problemer med overføring av data fra enkelte kommuner, er disse dataene foreløpig ikke tatt med i Norgeshelsa.

5.17 Tryggedata

Rikstrygdeverket krever diagnose på den medisinske tilstanden som legen mener ligger til grunn for konsultasjonen (kontakten), sykemeldingen, medisinsk rehabilitering og yrkesrettet attføring. Allmenpraktiserende leger angir diagnoser med ICPC-koder. Spesialister og poliklinikker bruker i stor utstrekning ICD-9 (fra 01.01.99: ICD-10). ICD-9 (10) koder blir konvertert til ICPC sentralt som grunnlag for diagnosespesifikk statistikk over sykemelding, rehabilitering og attføring. I alle tilfeller er det den behandelende legens diagnoseangivelse som registreres. Validiteten av denne diagnosen er ukjent.

Diagnosekoden (ICPC) som blir angitt på regningskort fra lege/laboratorium/institutt for refusjon etter gjeldende takster brukes til kontroll og blir ikke bearbeidet for helse-/trygdestatistikkformål.

Ved uføretrygdpensjonering blir medisinsk dokumentasjon (legeerklæring) lagt til grunn for den sentrale koding av uførepensjonsgrunn etter ICD-10. Denne ordningen gir rimelig sammenliknbare data (geografisk og over tid), men validiteten er ukjent.

For Rikstrygdeverkets statistikk gjelder det generelt at denne bygger på registrering av hendelser, og således i utgangspunktet ikke er personbasert. Hendelsene, dvs. utbetalinger av stønader, er komplett registrert og regnes for å være rimelig korrekte hva beløp angår. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at trygdeutbetalinger (stønader) er konsekvenser av sykdom slik lokale trygdekontor vurderer søknadene om stønad, og ikke uttrykk for hyppigheten eller forekomsten av sykdom i befolkningen.

5.18 Legemidler

Norsk medisinaldepot fører register over omsetning og forbruk av legemidler i Norge. Omsetning målt i DDD (definert døgndose) sier mer om mengden av legemidler som konsumeres enn omsetning målt i verdi (kr). Muligheten for sammenligninger over tid, uavhengig av prisdifferanser, er bedre med DDD som måleenhet. Mengdeangivelser gir også et bedre grunnlag for faglige vurderinger. En del av variablene foreslås enten målt i DDD, eller i både DDD og kroner.

Måleenheten DDD er definert som *den antatte gjennomsnittlige døgndose brukt ved preparatets hovedindikasjon hos voksne*. DDD må derfor betraktes som en teknisk verdi som ligger nær opptil et gjennomsnitt av de dosene som benyttes. Dette innebærer at DDD ikke nødvendigvis er den mest foreskrevne eller brukte dose, noe som må tas i betraktning når tallene vurderes. Videre er det tatt utgangspunkt i salgstall av legemidler fra grossist, og det er ingen informasjon om at legemidlene virkelig er tatt i bruk. Videre kan en del av fylkesforskjellene skyldes at det i enkelte fylker finnes sykehus med mange pasienter fra andre fylker, eller spesialiserte sykehus der det er behov for flere legemidler (for eksempel Radiumhospitalet).

Alle nordiske land med unntak av Norge har nå etablert, eller har under etablering, en offentlig heldekkende reseptbasert statistikk på individnivå. Dette er nå også under planlegging i Sosial- og helsedepartementet for Norge. En nasjonal reseptbasert legemiddelstatistikk vil kunne gi mange helseindikatorer som er av interesse for NHIS. Det vil bl.a. være mulig å vurdere legemiddelbruk fordelt på kjønn, aldersgrupper, bosted og sosio-økonomisk status.

5.19 Andre dataleverandører

Drikkevann registeret ved Folkehelsa og Befolkningsstatistikk fra SSB er ikke omtalt i denne omgang. Heller ikke data som blir lagt inn i neste utgave av Norgeshelsa som antall blinde og årsaker til blindhet i Norge (Norsk blindkartotek 1968-1995) og data om tannhelse (Statens helsetilsyn – avdeling for primærhelsetjeneste).

6. Internasjonalt samarbeid

6.1 Monitoring and reporting of socio-economic differences in health in Europe

Prosjektet er todelt.

1. Den ene delen fokuserer på å *monitorere utviklingen av helseforskjeller* relatert til sosio-økonomisk status i landene i Europa og forsøke å anbefale felles metoder for overvåking basert på data fra dødsregistrering og helseundersøkelser (selvopplevd helse): "*Trends in health inequalities*" (Mackenbach JP / Kunst A, Erasmus University, Rotterdam). Statistisk sentralbyrå har ansvaret for å tilrettelegge og levere norske data.
2. Den andre delen vil spesielt ta for seg *helsetilstand og levekår hos utsatte grupper* i landene i Europa samt beskrive hva som er gjort og kunnskap om effekt av sosialpolitiske strategier og helsepolitiske tiltak overfor disse utsatte gruppene. "*Health inequalities in the European Union and the situation of disadvantaged groups*" (Streich, Waldemar et al, Lögd, Bielefeld).

Fra den første delen forventes det en rapport i løpet av høsten 2000 som sier noe om mulighetene til å få til et felles monitoreringssystem for sosial ulikhet i helse i EU.

Den andre delen om helsetilstand hos utsatte grupper i EU-landene (Barn som lever i fattigdom, fattige eldre, enslige mødre, unge arbeidsledige, langtidsarbeidsledige, innvandrere, asylsøkere, personer uten fast bopel/uteliggere, alkoholikere, narkomane, fenslede) forventes også å foreligge i løpet av høsten 2000. Folkehelsa (ved NHIS) har innhentet og formidlet de norske dataene i denne rapporten som også ble publisert som en egen norsk rapport i mai 2000.

Kontaktpersoner:

Folkehelsa: Marit Rognerud, Nasjonalt helseindikatorsystem (NHIS), Seksjon for forebyggende og helsefremmende arbeid, Avdeling for samfunnsmedisin.

Telefon: 22 04 24 45. E-post: marit.rognerud@folkehelsa.no

Statistisk sentralbyrå: Jorun Ramm. E-post: jorun.ramm@ssb.no

6.2 European Community Health Indicators (ECHI)

ECHI er et prosjekt under EUs Health Monitoring Programme (HMP), hvor 14 Europeiske land deltar i tillegg til WHO, OECD, Eurostat og DG5. Tidsperspektivet for dette prosjektet er 2 år, med start november 1998.

Målet med prosjektet er å foreslå et sett med Europeiske helseindikatorer. Disse indikatorene skal betjene tre hoved hensikter:

- Overvåke helsetilstanden og vise trender på viktige helseområder
- Gi et bedre grunnlag for planlegging, monitorering og evaluering av lokale programmer og tiltak
- Gi medlemsland felles mål for sammenlikninger og å bedre kunnskapsgrunnlaget for politisk handling

Prosjektgruppen vil arbeide med å definere og sdele indikatorene inn i kategorier, videre vil man velge indikatorer innen disse kategoriene. Man vil også arbeide med å definere nøkkelindikatorer og bakgrunnsindikatorer. Resultatet fra prosjektet vil først og fremst bli veiledende for andre prosjekter og ikke nødvendigvis legge føringer for datainnsamling. Prosjektet har nesten identiske målsetninger med NHIS. Det er derfor av stor faglig betydning for den videre utviklingen av NHIS.

Kontaktperson: Bjørn Heine Strand, NHIS, Seksjon for forebyggende og helsefremmende arbeid, Avdeling for samfunnsmedisin, Folkehelsa.

Telefon: 22 04 23 32 E-post: bjorn.heine.strand@folkehelsa.no

6.3 EUs Folkehelse rapport i år 2000

Målsettingen med dette prosjektet er å produsere en folkehelse rapport for alle landene som deltar i EUs "Health monitoring" program. Rapporten skal fungere som et bakgrunnsdokument for politikere med hensyn til hva som er viktige prioriteringer på dette feltet. Målgruppa for rapporten er først og fremst beslutningstakere på EU-nivå, men også beslutningstakere og politikere i deltakerlandene. Rapporten skal derfor være kort og enkel. Det vil bli utarbeidet både en sammendragsrapport på 20 sider og en mer omfattende rapport der fagfolk i større grad er målgruppe. Hensikten er ikke bare å få en oversikt over helsestatusen i deltakerlandene og foreta sammenlikninger på tvers av landene: Rapporten skal også være en øvelse for å se hva vi har av data i EU/ EFTA, med tanke på å forbedre tilgjengeligheten og kvaliteten på disse dataene. Rapporten er planlagt overlevert til EU-kommisjonen i midten av oktober år 2000.

Kontaktperson for dette prosjektet: Camilla S. Knudsen, Seksjon for forebyggende og helsefremmende arbeid, Avdeling for samfunnsmedisin, Folkehelsa.

Telefon: 22 04 25 67 E-post: camilla.sandvik.knudsen@folkehelsa.no

6.4 Bruk av samlemål på tapt livskvalitet (pga sykdom) og tapt levetid

WHO satser stort på å anslå sykdomsbyrde i verden i termer av "Disability Adjusted Life Years" (DALYs). Anslagene skal være en hjelp til å identifisere satsingsområder og til å bedømme effekten av helseprogrammer. Byrden av sykdom anses å bestå av to hovedposter: Tapt livskvalitet og tapte leveår. For å gjøre det enkelt å sammenlikne sykdommer med ulik type byrde, uttrykkes disse to formene for tap i en felles måleenhet. Den felles måleenheten er det tapte leveår i god helse og kalles 1 DALY. Vekting av sykdommer er vanskelig, og det er uenighet blant forskere om det kan gjøres på en valid og meningsfull måte. I en foreløpig utgave av DALY-statistikk fra WHO's side er det brukt alvorlighetsvekter bestemt av en fokusgruppe som møttes i Geneve i 1995. Gruppen besto av helsearbeidere fra flere verdensdeler. Den brukte en vektingsteknikk som Folkehelsa har bidratt til å utvikle og gjøre kjent (antallsekvivalensteknikken, på engelsk 'person trade-off').

Innenfor EU's Biomedprogram pågår et samarbeidsprosjekt mellom forskere fra Danmark, England, Frankrike, Nederland, Spania og Sverige med sikte på å frambringe alvorlighetsvekter for de viktigste folkesykdommene i Europa, basert på verddivurderingene til europeere. WHO ønsker å dra lærdom av de metodeerfaringer som gjøres i det europeiske prosjektet. Folkehelsa deltar som rådgiver på metodesiden og vurderer å organisere en eller flere fokusgrupper i Norge med sikte på å

anslå alvorlighetsvekter basert på norske verdier. Vi vil bl.a. på bakgrunn av metodeerfaringene i prosjektet vurdere om DALYs bør få en plass i det norske helseindikatorsystemet.

Kontaktpersoner: Erik Nord og Trude Arnesen, Avdeling for samfunnsmedisin, Folkehelsa.
Telefon: EN: 22 04 23 43. TA: 22 04 25 59. E-post: erik.nord@folkehelsa.no og trude.arnesen@folkehelsa.no

6.5 Utvikling av et informasjonssystem for miljørettet helsevern (WHO)

WHO, europeisk region, har startet implementeringen av National Environment and Health Action Plans (NEHAP). I denne forbindelse er et av målene å utvikle nøkkelindikatorer for å monitorere innsats og utvikling innenfor satsingsområdene til NEHAP og å utvikle indikatorer og verktøy som muliggjør sammenligning mellom land innen miljørettet helsevern. Arbeidet med dette startet i begynnelsen av år 2000. Områder som det ønskes indikatorer på er: Luftkvalitet (inne og ute), bolig/boligmiljø, støy, sanitærforhold, avfallshåndtering, forurensning, drikkevann, matkvalitet, sysselsetting/arbeidsmiljø, rekreasjon, stråling, kjemiske ulykker.

Kontaktperson: Øyvind Hesselberg, Statens institutt for folkehelse, Avdeling for Samfunnsmedisin.
Telefon: 22 04 22 13. E-post: oyvind.hesselberg@folkehelsa.no

7. Publikasjoner pr juli 2000

Kopjar, B. og Hafstad, A.: Utvikling av nasjonalt helseindikatorsystem. Fase 1. Sluttrapport. Folkehelsa, desember 1997.

Sosial- og helsedepartementet. Redegjørelse. Om folkehelsen. Helseminister Dagfinn Høybråtens redegjørelse i Stortinget 10. mai 1999. Vedlegg: Faktarapport fra Statens institutt fra Folkehelse. Sosial- og helsedepartementet 1999.

Rognerud, M., Stensvold, I., Strand, B. H. og Hesselberg, Ø.: Nasjonal helseindikatorsystem. Fase 2. Rapport fra arbeidsgruppen. Folkehelsa, juni 1999.

Rognerud, M., Strand, B. H., Hesselberg, Ø.: The Health of Disadvantaged Groups in Norway. Rapport 2000:2. Folkehelsa, mai 2000

Nasjonalt helseindikatorsystem og Norgeshelsa på Internett – Folkehelsa, aril 2000:
<http://www.folkehelsa.no/fag/nhis/>

Vedlegg 1.

Indikatorliste, NHIS

Rødt betyr at vi ikke har data per i dag

| Indikatornavn | År | Geografisk nivå | Kilde |
|------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------|-------|
| 0. Befolkning, sosiale faktorer | | | |
| Demografi | | | |
| Befolkningsstørrelse, antall (totalt og etter kjønn og aldersgrupper) | 1971-99 | Landet, fylker, kommuner | SSB |
| Befolkningsstørrelse, % (totalt og etter kjønn og aldersgrupper) | 1971-99 | Landet, fylker, kommuner | SSB |
| Absolutt årlig befolkningsvekst | 1972-99 | Landet, fylker, kommuner | SSB |
| Relativ årlig befolkningsvekst | 1972-99 | Landet, fylker, kommuner | SSB |
| Antall fødte barn (totalt og etter kjønn) | 1972-98 | Landet, fylker, kommuner | SSB |
| Antall fødte barn (totalt og etter mors opprinnelse og alder) | 1987-99 | Landet, fylker, kommuner | SSB |
| Antall barn født pr/1000 (totalt og etter mors opprinnelse og alder) | 1987-99 | Landet, fylker, kommuner | SSB |
| Innvandrerbefolkningen, tot antall (etter kjønn og alder) | 1980-99 | Landet, fylker, kommuner | SSB |
| Innvandrerbefolkningen-antall (etter opprinnelse og alder) | 1980-99 | Landet, fylker, kommuner | SSB |
| Innvandrerbefolkningen, % av total befolkning | 1986-99 | Landet, fylker, kommuner | SSB |
| Antall som har skiftet bosted i løpet av de siste 12 mnd | | | SSB |
| Antall som har skiftet bostedskommune i løpet av de siste 12 mnd | | | SSB |
| Sosio-økonomiske variable | | | SSB |
| Totalt antall sysselsatte | | | SSB |
| Andel sysselsatte | | | SSB |
| Syssesttingsstatus etter kjønn og alder | | | SSB |
| Syssesttingsstatus etter industri | | | SSB |
| Totalt antall arbeidsledige | | | SSB |
| Arbeidsledige i prosent av arbeidsstyrken | | | SSB |
| Arbeidsledighet etter alder og kjønn, totalt | | | SSB |
| Langtidsledighet | | | SSB |
| BNP pr. innbygger | | | SSB |
| Brutto inntekt etter alder og kjønn | | | SSB |
| Netto (disponibel) inntekt etter alder og kjønn | | | SSB |
| Sivilstatus - andel gifte, enslige - etter kjønn og alder | | | SSB |
| Husholdningsstørrelse - gjennomsnitt | | | SSB |
| Andel enpersonshusholdninger | | | SSB |
| Andel enslige forsørgere i % av alle forsørgere med barn under 16 år | | | SSB |
| Enslige forsørgere – antall og andel menn/kvinner | | | SSB |
| Fordeling på ulike boligtyper | | | SSB |
| Antall som bor i institusjoner etter alder og kjønn pr. 1,000 personer | | | SSB |
| Utdannelsesnivåer – etter kjønn og aldersgrupper | | | SSB |
| Utdannelsesnivå etter alder og kjønn- høy vs lav? | | | SSB |
| Sosio-økonomisk status | | | SSB |
| Utdanning | | | SSB |
| Inntekt | | | SSB |
| Yrke | | | SSB |

1. Miljøfaktorer, vold, sosialt miljø

Fysisk miljø**Bomiljø**

| | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------|--|--------------------|
| Andel som opplever dårlig luft i hjemmet (etter kjønn og alder) | | | | SSB |
| Andel som opplever boligen som trang/for liten (etter kjønn og alder) | | | | SSB |
| Andel som opplever boligen som mørk/for lite lys (etter kjønn/alder) | | | | SSB |
| Andel som har lekkasje fra tak og/eller råde i vinduer (kjønn/alder) | | | | SSB |
| Andel som bor i fuktige boliger (etter kjønn og alder) | | | | SSB |
| Antall som bor i kalde boliger (etter kjønn og alder) | | | | SSB |
| Antall eksponert for støy over xx Db i hjemmet | | | | SFT |
| Antall eksponert for støy over xx Db på egen eiendom | | | | SFT |
| Svoveldioksyd (SO ₂) - antall personer som årlig eksponeres for skadelige mengder | | | | SFT/NILU |
| Oson (O ₃) - antall personer som årlig eksponeres for skadelige mengder | | | | SFT/NILU |
| Nitrogenoksyd (NO _x) - antall personer som årlig eksponeres for skadelige mengder | | | | SFT/NILU |
| Karbonmonoksyd (kulløs, CO) - antall personer som årlig eksponeres for skadelige mengder | | | | SFT/NILU |
| Støv (PM ₁₀) - antall personer som årlig eksponeres for skadelige mengder | | | | SFT/NILU |
| Bly (Pb) - antall personer som årlig eksponeres for skadelige mengder | | | | SFT/NILU |
| Toxiske produkter - antall personer som årlig eksponeres for skadelige mengder | | | | SFT/PE |
| Antall personer eksponert for høye verdier av radonstråling i boliger | | | | Statens strålevern |
| Antall personer som bor i nærheten av høyspentlinjer | | | | Statens strålevern |
| Andel personer med tilfredstillende vannkvalitet | 1994 | Landet, fylker, kommuner | | Folkehelsa |
| Andel personer tilknyttet vannverk | 1994 | Landet, fylker, kommuner | | Folkehelsa |
| Andel personer med tilfredstillende vannkvalitet av de tilknyttede | 1994 | Landet, fylker, kommuner | | Folkehelsa |
| Antall og andel godkjente vannverk etter de nye forskriftene | | | | Folkehelsa |
| Antall og andel kommuner der minimum 70% av befolkningen forsynes av vannverk godkjent etter nye forskrifter | | | | Folkehelsa |
| Antall og andel av husholdningene som forsynes av ikke godkjent drikkevann | | | | Folkehelsa |
| Drikkevann – mikrobiologisk smitterisiko | | | | Folkehelsa |
| Drikkevann – fare for kjemisk forurensning | | | | Folkehelsa |
| Drikkevann – ph (surt drikkevann – kommunenivå) | | | | Folkehelsa |
| Fordeling etter type drikkevannskilde | | | | Folkehelsa |
| Antall personer bosatt i områder med stor fare for flom | | | | Htll/DSB |
| Antall personer bosatt i områder med stor fare snøskred | | | | Htll/DSB |
| Antall utsalsteder for alkohol pr. 1000 personer | | | | |
| Antall offentlige utendørs sports- eller fritidsanlegg pr. 1000 personer | | | | SSB |
| Antall offentlige innendørs sports- eller fritidsanlegg pr. 1000 personer | | | | SSB |

Arbeidsmiljø

| | | | | |
|----------------------------------------------------|--|--|--|-----|
| Type ansettelse (full/deltid) | | | | SSB |
| Kontraktstype (permanent/midlertidig) | | | | SSB |
| Bruker mesteparten av tiden innendørs | | | | SSB |
| Andel som opplever temperaturer | | | | SSB |
| Andel som opplever høye temperaturer | | | | SSB |
| Andel som opplever trekk | | | | SSB |
| Andel som opplever dårlig luft i omgivelsene | | | | SSB |
| Andel som opplever høyt støynivå | | | | SSB |
| Andel som opplever skaderisiko på arbeidsplassen | | | | SSB |
| Andel som opplever dårlig sosialt arbeidsmiljø | | | | SSB |
| Andel av ansatte som er fornøyd med nåværende jobb | | | | SSB |

Sosialt miljø

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Vold – andel som utsettes for vold eller trussel om vold | SSB |
| Antall og andel rettslig behandlede overgrep mot barn | Politi/SSB |
| Antall og andel Rettslig behandlede overgrep mot eldre over 65 år | Politi/SSB |
| Familievold politianmeldt -Antall tilfeller og andel (pr kvinner i alderen 18 år+) | SSB/politi-HUS |
| Politianmeldte seksuelle overgrep/voldtekter – antall og andel | Politi/SSB |
| Politianmeldt vold mot andre personer – antall og andel | Politi/SSB |
| Politianmeldte innbrudd i hus- – antall og andel | Politi/SSB |
| Politietterskete saker om narkotikasalg – antall og andel | Politi/SSB |

Psykososialt miljø

| | |
|---------------------------------------------------------------|-------------|
| Indikatorer for sosial støtte | SSB |
| Andel med få (0-2) personer som står dem nært | O.S.Dalgard |
| Sosialt nettverk (aggregert) | SSB |
| Andel som opplever ensomhet | SSB |
| Mål for negative livsbegivenheter | O.S.Dalgard |
| Mål for positive livsbegivenheter | O.S.Dalgard |
| Mål for vedvarende motgang /psykososiale/økonomiske problemer | O.S.Dalgard |

Individuelle psykologiske faktorer

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Politiske aktivitet – antall og andel | SSB |
| Fritidsaktivitet – antall og andel | SSB |
| Medlemskap i NGOs pr. 1,000 befolkning | SSB |
| Medlemskap i sports-/fritidsklubber pr. 1000 personer etter alder og kjønn SSB-HUS | SSB |
| Mål for mestring (Self-efficacy) | O. S. Dalgard |
| Mål for selvtillit (Rosenberg) | O. S. Dalgard |

2. Tobakk, alkohol, kost, blodtrykk**Rusmidler: Alkohol**

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------------|-------------------------------|
| Årlig omsetning av alkohol pr innbygger 15+ i liter ren alkohol, totalt | 1970-97 | Norge | Rusmiddel-direktoratet |
| Årlig omsetning av alkohol pr innbygger 15+ i liter ren alkohol, brennevin | 1970-97 | Norge, Oslo, fylker | Rusmiddel-direktoratet |
| Årlig omsetning av alkohol pr innbygger 15+ i liter ren alkohol, vin | 1970-97 | Norge, Oslo, fylker | Rusmiddel-direktoratet |
| Årlig omsetning av alkohol pr innbygger 15+ i liter ren alkohol, øl | 1970-97 | Norge | Rusmiddel-direktoratet |
| Årlig alkoholkonsum pr. innbygger 15+ (etter alder og kjønn) | | | Rusmiddel-direktoratet |
| Andel av ungdom (15-20år) som har drukket alkohol noen gang, (totalt og etter alder i ett og ett år og etter kjønn) | 1972-99 | Norge, Oslo | Rusmiddel-direktoratet |
| Andel som har nytt alkohol i løpet av de siste 7 dagene (etter alder/kjønn) | | | Rusmiddel-direktoratet |
| Andel som har smakt øl i løpet av de siste 12 mnd (etter alder/ kjønn) | 1993-98 | Norge | Rusmiddel-direktoratet |
| Andel som har smakt brennevin i løpet av de siste 12 mnd (etter kjønn/alder) | 1993-98 | Norge | Rusmiddel-direktoratet |
| Andel som har smakt vin i løpet av de siste 12 mnd (etter alder/ kjønn) | 1993-98 | Norge | Rusmiddel-direktoratet |

Rusmidler: Narkotika

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------|------------------------|
| Antall narkotikabrukere i kontakt med politi og/eller sosialetat (etter kjønn og alder) | | | Politi |
| Andel narkotikabrukerne - av alle kontakter i politi og/eller sosialetat, (etter alder/ kjønn) | | | |
| Andel av ungdom som har brukt ulike narkotiske stoffer noen gang | 1986-99 | Norge | Rusmiddel-direktoratet |
| Andel av ungdom som har brukt Cannabis noen gang | 1986-99 | Norge | Rusmiddel-direktoratet |

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------|
| Andel av ungdom som har brukt Sniffestoffer noen gang | 1986-99 | Norge | Rusmiddel- direktoratet |
| Andel av ungdom som har brukt Amfetaminer noen gang | 1986-99 | Norge | Rusmiddel- direktoratet |
| Andel av ungdom som har brukt Kokain noen gang | 1990-99 | Norge | Rusmiddel- direktoratet |
| Andel av ungdom som har brukt LSD noen gang | 1986-99 | Norge | Rusmiddel- direktoratet |
| Andel av ungdom som har brukt Ecstasy noen gang | 1994-99 | Norge | Rusmiddel- direktoratet |
| Andel av ungdom som har brukt Heroin noen gang | 1986-99 | Norge | Rusmiddel- direktoratet |
| Narkotikabeslag, antall | 1974-99 | Norge, Fylker (1996-99) | Kriminalpoliti sentralen. |
| Cannabis, antall beslag + beslag i gram | 1974-99 | Norge, Fylker (1996-99) | Kriminalpoliti sentralen. |
| Amfetamin, antall beslag+ beslag i gram | 1974-99 | Norge, Fylker (1996-99) | Kriminalpoliti sentralen. |
| Kokain, antall beslag+ beslag i gram | 1974-99 | Norge, Fylker (1996-99) | Kriminalpoliti sentralen. |
| Heroin, antall beslag+ beslag i gram | 1974-99 | Norge, Fylker (1996-99) | Kriminalpoliti sentralen. |
| LSD, antall beslag+ beslag i gram | 1989-99 | Norge, Fylker (1996-99) | Kriminalpoliti sentralen. |
| Ecstasy, antall beslag+ beslag i piller | 1990-99 | Norge, Fylker (1996-99) | Kriminalpoliti sentralen. |
| Khat, antall beslag | 1990-99 | Norge | Kriminalpoliti sentralen. |
| Tobakk | | | |
| Salg av tobakk pr. capita | 1970-99 | Norge | Statens tobakksskad eråd, STR |
| Andel daglig røykere, % (etter kjønn og aldersgrupper) | 1973-99 | Norge, fylker (1995-98) | STR |
| Andel av og til røykere, % (etter kjønn og aldersgrupper) | 1973-99 | Norge | STR |
| Gjennomsnittlig antall sigaretter pr. uke - daglig røykere (etter kjønn) | 1973-99 | Norge | STR |
| Gjennomsnittlig antall sigaretter pr. uke - av og til røykere (etter kjønn) | 1980-99 | Norge | STR |
| Ernæring | | | |
| Fett (E% dvs prosentandel av kostens energiinntak) | 1977-97 | Norge | Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, SEF |
| Mettede fettsyrer (E%) | 1977-97 | Norge | SEF |
| Kostfiber (g/person/dag) | 1977-97 | Norge | SEF |
| Poteter, grønnsaker, frukt, bær og juice – totalt inntak (g/person/dag) | 1977-97 | Norge | SEF |
| Andel med mindre enn 10 E% mettede fettsyrer i kosten, % (etter kjønn og aldersgrupper) | 1993,94, 97 | Norge | SEF |
| Andel som spiser grønnsaker, frukt, bær og juice minst 5X pr dag, % (etter kjønn og aldersgrupper) | 1993,94, 97 | Norge | SEF |
| Andel av spedbarn som ammes ved 6 mnd's alder, % | 1998 | Norge | SEF SEF |
| Andel av spedbarn som ammes ved 12 mnd's alder, % | | Norge | SEF |
| Fysisk aktivitet | | | |
| Andel av befolkningen som deltar i fysiske aktiviteter i minst 4 timer pr. uke (alder, kjønn) | | | |
| Andel som av befolkningen som deltar i fysisk aktivitet i minst 4 timer pr. uke etter aktivitet, alder og kjønn | | | |
| Andel fysisk inaktive – 40-42 år etter kjønn | 1986, 1986, 1992, 1995, 1998 | Fylker, kommuner | Statens helseunders økelses |
| Skaderisiko/bruk av sikkerhetsutstyr | | | |
| Andel av sikkerhetsbelte i bil (%), (alder, kjønn) | | | |
| Andel av sykkelhjelmer (%), (alder, kjønn) | | | |
| Andel av husholdningene som har røykvarsler | | | |

Andel småbarns-husholdninger med sikker oppbevaring C307av medisiner
Andel av personer over 70 år som bruker ispigger, etter kjønn

Biologisk individuelt

Kardiovaskulære risikofaktorer (40-42 år)

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------|---------|------------------|-----------------------------------|
| Infarkttrisiko (risikoscore for hjerteinfarkt) – etter kjønn | 1988-94 | Fylker, kommuner | Statens helseundersøkelser (SHUS) |
| BMI – gjennomsnitt, etter kjønn | 1985-94 | Fylker, kommuner | SHUS |
| Andel overvektige (BMI 30+) etter kjønn | 1985-94 | Fylker, kommuner | SHUS |
| Andel med høyt kolesterolnivå - etter kjønn | 1985-94 | Fylker, kommuner | SHUS |
| Andel med diabestes, etter kjønn | 1985-94 | Fylker, kommuner | SHUS |
| Andel med blodtrykk som er for høyt - etter kjønn | 1985-94 | Fylker, kommuner | SHUS |
| Andel med moderat forhøyet blodtrykk - etter kjønn | 1985-95 | Fylker, kommuner | SHUS |
| Andel personer som bruker blodtrykksregulerende medikamenter, kjønn | 1985-94 | Fylker, kommuner | SHUS |
| Andel personer med lavt HDL-kolesterol - etter kjønn | 1985-94 | Fylker, kommuner | SHUS |

Benskjørhet/osteoporose

Bentetthet i radius g/cm², gjennomsnitt – etter kjønn/aldersgrupper
Osteoporose prevalsens, – etter kjønn/aldersgrupper

3. Dødelighet, forventet levetid, tapte år

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------|---------|---------------|-----|
| Antall døde per 100 000 innbyggere, alle aldre | 1986-96 | Norge, fylker | SSB |
| Antall døde per 100 000 (etter aldersgr. 1-44, 45-64, 65+ og kjønn) | 1986-96 | Norge, fylker | SSB |
| Døde av ondartede svulster (etter kjønn/aldersgrupper) | 1986-96 | Norge, fylker | SSB |
| Døde av magekreft (etter kjønn/aldersgrupper) | | Norge, fylker | SSB |
| Døde av tykktarmkreft (etter kjønn/aldersgrupper) | | Norge, fylker | SSB |
| Døde av lungekreft (etter kjønn/aldersgrupper) | 1986-96 | Norge, fylker | SSB |
| Døde av brystkreft (kvinner/aldersgrupper) | | Norge, fylker | SSB |
| Døde av prostatakreft (menn/aldersgrupper) | | Norge, fylker | SSB |
| Døde av føflekkreft (etter kjønn/aldersgrupper) | | Norge, fylker | SSB |
| Døde av diabetes ((etter kjønn/aldersgrupper) | | Norge, fylker | SSB |
| Døde av hjerte- og karsykdommer (etter kjønn/aldersgrupper) | 1986-96 | Norge, fylker | SSB |
| Døde av ischemisk hjertesykdom (etter kjønn/aldersgrupper) | 1986-96 | Norge, fylker | SSB |
| Døde av slag (etter kjønn/aldersgrupper) | 1986-96 | Norge, fylker | SSB |
| Døde av sykdommer i respirasjonsorganer (etter kjønn/aldersgrupper) | 1986-96 | Norge, fylker | SSB |
| Døde av bronkitt, emfysem, astma (etter kjønn/aldersgrupper) | | Norge, fylker | SSB |
| Døde av sykdommer i fordøyelsesorganene (etter kjønn/aldersgrupper) | | Norge, fylker | SSB |
| Døde av lever-chirrhose (etter kjønn/aldersgrupper) | | Norge, fylker | SSB |
| Døde av sykdommer i urin- og kjønnsorganene (etter kjønn/aldersgrupper) | | Norge, fylker | SSB |
| Voldsomme dødsfall (etter kjønn/aldersgrupper) | 1986-96 | Norge, fylker | SSB |
| Døde av trafikkulykker (etter kjønn/aldersgrupper) | | Norge, fylker | SSB |
| Døde av selvmord (etter kjønn/aldersgrupper) | | Norge, fylker | SSB |
| Alkoholrelaterte dødsfall (etter kjønn/aldersgrupper) | | Norge, fylker | SSB |
| Narkotikarelaterte dødsfall (etter kjønn/aldersgrupper) | | Norge, fylker | SSB |
| Forventet levetid | | Norge, fylker | SSB |
| Forventet levetid, 0 år – samlet og etter kjønn | | Norge, fylker | SSB |
| Forventet levetid, 40 år, samlet og etter kjønn | | Norge, fylker | SSB |
| Forventet levetid, 80 år, samlet og etter kjønn | | Norge, fylker | SSB |
| Tapte leveår | | Norge, fylker | SSB |
| Tapte leveår, alle årsaker, 1-74 år (samlet og etter kjønn) | | Norge, fylker | SSB |

| | | |
|--------------------------------------------------------------------|---------------|-----|
| Tapte leveår, hjerte-karsykdommer, 1-74 år (samlet og etter kjønn) | Norge, fylker | SSB |
| Tapte leveår, kreftsykdommer, 1-74 år (samlet og etter kjønn) | Norge, fylker | SSB |
| Tapte leveår, luftveissykdommer, 1-74 år (samlet og etter kjønn) | Norge, fylker | SSB |
| Tapte leveår, ulykker og selvmord, 1-74 år (samlet og etter kjønn) | Norge, fylker | SSB |

4. Sykelighet, kreft, skader, etc.

Smittsomme sykdommer

Seksuelt overførbare sykdommer

| | | | |
|--------------------------------------------------|---------|----------------|------------|
| HIV, antall og andel (etter kjønn og alder) | 1984-99 | Landet, fylker | Folkehelsa |
| AIDS, antall og andel (etter kjønn og alder) | 1983-99 | Landet, fylker | Folkehelsa |
| Syfilis, antall og andel (etter kjønn og alder) | 1993-99 | Landet, fylker | Folkehelsa |
| Gonore, antall og andel (etter kjønn og alder) | 1993-99 | Landet, fylker | Folkehelsa |
| Klamydia, antall og andel (etter kjønn og alder) | | | Folkehelsa |

Sykdommer det vaksineres mot

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------|---------|----------------|------------|
| Kikhoste, antall tilfeller totalt + barn 0-2 år + andel pr 100 000 | 1993-99 | Landet, fylker | Folkehelsa |
| Kikhoste, antall og andel 1-14 år | 1993-99 | Landet, fylker | Folkehelsa |
| Difteri, antall og andel | | | Folkehelsa |
| Stivkrampe, antall og andel | 1977-99 | Landet | Folkehelsa |
| Poliomyelitt, antall og andel | 1979-92 | Landet | Folkehelsa |
| Røde hunder, antall og andel | 1998-99 | Landet | Folkehelsa |
| Røde hunder, antall og andel kvinner 15 - 44 år | | | Folkehelsa |
| Kusma, antall andel | 1995-99 | Landet, fylker | Folkehelsa |
| Meslinger, antall og andel | 1988-99 | Landet, fylker | Folkehelsa |
| Hemophilus influenza, type b, antall og andel, totalt og etter alder | 1994-99 | Landet, fylker | Folkehelsa |

Næringsmiddelbårne infeksjoner

| | | | |
|---------------------------------------------|---------|------------------------------------|------------|
| Campylobacterinfeksjoner, antall tilfeller | 1981-99 | Landet, fylker, storbyer (1998-99) | Folkehelsa |
| Campylobacterinfeksjoner, antall pr 100 000 | 1981-99 | Landet, fylker, storbyer (1998-99) | Folkehelsa |
| Salmonellainfeksjoner, antall tilfeller | 1977-99 | Landet, fylker | Folkehelsa |
| Salmonellainfeksjoner, antall pr 100 000 | | | Folkehelsa |

Andre viktige smittsomme sykdommer

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------|------------|
| Hepatiitt A, antall og andel | 1977-99 | Landet, fylker, storbyer | Folkehelsa |
| Hepatiitt B, antall og andel | 1977-99 | Landet, fylker | Folkehelsa |
| Tuberkolose, antall og andel | 1989-98 | Landet, fylker | Folkehelsa |
| Meningokokksykdom, antall og andel og etter aldersgrupper(0-14, 15-24, alle eldre) | 1977-99 | Landet, fylker, storbyer | Folkehelsa |
| Meningitt, viral, antall og andel | | | Folkehelsa |
| Pneumokokksykdom, antall tilfeller | 1977-99 | Landet, fylker | Folkehelsa |
| Pneumokokksykdom, antall og andel, alle eldre og 65 - 74 år | 1977-99 | Landet, fylker | Folkehelsa |
| Lyme borreliose, antall og andel | 1995-99 | Landet, fylker | Folkehelsa |
| Streptokokk, type A, antall og andel | 1977-99 | Landet, fylker | Folkehelsa |

Kreftsykelighet – insidens av nye diagnostiserte tilfeller

| | | | |
|--------------------------------------------------------|---------|--------------------------|------------------|
| Ondartede svulster, andel etter kjønn og aldersgrupper | 1970-96 | Landet, fylker, storbyer | Kreftregister et |
| Lungekreft, andel etter kjønn og aldersgrupper | 1970-96 | Landet, fylker, storbyer | Kreftregister et |
| Prostatakreft, andel – menn etter aldersgrupper | 1970-96 | Landet, fylker, storbyer | Kreftregister et |
| Brystkreft, andel – kvinner etter aldersgrupper | 1970-96 | Landet, fylker, storbyer | Kreftregister et |
| Kreft i magesekk, andel etter kjønn og aldersgrupper | 1970-96 | Landet, fylker, storbyer | Kreftregister et |
| Kreft i tykktarm, andel etter kjønn og aldersgrupper | 1970-96 | Landet, fylker, storbyer | Kreftregister et |

| | | | |
|-----------------------------------------------------|---------|--------------------------|----------------|
| Livmorhalskreft, kvinner etter aldersgrupper | 1970-96 | Landet, fylker, storbyer | Krefregisteret |
| Malignt melanom, andel etter kjønn og aldersgrupper | 1970-96 | Landet, fylker, storbyer | Krefregisteret |

Skader

| | | | |
|----------------------------------------------------------------|---------|------------------------|------------|
| Skader antall og antall (nye tilfeller), etter kjønn | 1990-97 | Norge | Folkehelsa |
| Skader-sykehusinnleggelser, antall og andel, alder og kjønn | | | Folkehelsa |
| Skader-trafikkulykker, antall og andel etter kjønn | 1990-97 | Norge | Folkehelsa |
| Skader - hjem og fritid, totalt – antall og andel, kjønn/alder | | | Folkehelsa |
| Benbrudd, antall og andel, etter kjønn | 1990-97 | Norge | Folkehelsa |
| Hode og ryggmargsskader, antall og andel etter kjønn | | | Folkehelsa |
| Voldskader, antall og andel, etter kjønn | 1990-97 | Norge | Folkehelsa |
| Skader selvpåført, antall og andel, etter kjønn | 1990-97 | Norge | Folkehelsa |
| Lårshalsbrudd, antall og andel, etter kjønn og aldersgrupper | | Norge, fylke, kommuner | NPR |

Tannhelse

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------|---------------|
| Antall og andel barn/unge under tilsyn av tannlege | 1992-97, 99 | Norge, fylker (1999) | Helsetilsynet |
| Antall pers. i prioriterte gr. fylkeskomm. vedtak | 1999 | Norge, fylker | Helsetilsynet |
| Antall og andel psykisk utv.h. over 18 år under tilsyn/behandlet av tannlege | 1992-97, 99 | Norge, fylker (1999) | Helsetilsynet |
| Antall eldre/uføre i inst./hj.spl. under tilsyn/behandlet av tannlege | 1999 | Norge, fylker | Helsetilsynet |
| Antall eldre og uføre i hjemmesykepleie under tilsyn/behandlet av tannlege | 1999 | Norge, fylker | Helsetilsynet |
| Gj.snitt antall friske tenner pr. individ etter alder | 1999 | Norge, fylker | Helsetilsynet |
| Antall og andel individer - etter dmft og alder | 1999 | Norge, fylker | Helsetilsynet |

5.Reproduktiv helse, aborter

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------|-----|
| Antall fødte (totalt)/fødsler – totalt og etter kjønn | 1970-98 | Landet, fylker, storbyer | MFR |
| Antall levendefødte, tvillingfødsler, trillingfødsler og større kull | 1970-98 | Landet, fylker, storbyer | MFR |
| Antall fødsler pr 1000 kvinner – etter morens alder | 1970-98 | Landet, fylker, storbyer | MFR |
| Gjennomsnittsalder for førstegangsfødende | 1970-98 | Landet, fylker, storbyer | MFR |
| Gjennomsnittsalder for fødende | 1970-98 | Landet, fylker, storbyer | MFR |
| Antall fødte etter paritet | 1970-98 | Landet, fylker, storbyer | MFR |
| Fødselsvekt, gjennomsnitt i gram, samlet og etter kjønn | 1970-98 | Landet, fylker, storbyer | MFR |
| Lav fødselsvekt (<2500 g), antall og % av nyfødte | 1970-98 | Landet, fylker, storbyer | MFR |
| Veldig lav fødselsvekt (<1500 g), antall og % av nyfødte | 1970-98 | Landet, fylker, storbyer | MFR |
| Svangerskapslengde: Gjennomsnitt i uker | 1970-98 | Landet, fylker, storbyer | MFR |
| Svangerskapslengde: -27 uker, antall og andel | 1970-98 | Landet, fylker, storbyer | MFR |
| Svangerskapslengde: 28-36 uker, antall og andel | 1970-98 | Landet, fylker, storbyer | MFR |
| Svangerskapslengde: 37+ uker, antall og andel | 1970-98 | Landet, fylker, storbyer | MFR |
| Fødested: 0-49 fødte, 50-499 fødte, hjemme, transport - antall og andel av fødte | 1970-98 | Landet, fylker, storbyer | MFR |
| Keisersnitt: Født ved keiserenitt, antall og andel, etter mors alder | 1970-98 | Landet, fylker, storbyer | MFR |
| Medfødte misdannelser: Antall og andel, etter mors alder, begge kjønn samlet og separat for hvert kjønn | 1970-98 | Landet, fylker, storbyer | MFR |
| Medfødte misdannelser: Nevralrørsdefekter, andel per 10 000 fødte | | | MFR |
| Medfødte misdannelser: "Clefts" totalt, andel per 10 000 fødte | | | MFR |
| Medfødte misdannelser: Downs syndrom, andel per 10 000 fødte | | | MFR |
| Alvorlige medfødte misdannelser, antall og andel, etter mors alder, begge kjønn samlet og separat for hvert kjønn | 1970-98 | Landet, fylker, storbyer | MFR |
| Dødfødt: Antall fødte (totalt) og andel | 1970-98 | Landet, fylker, storbyer | MFR |
| Dødfødt: ≥ 500 gram, antall og andel | 1970-98 | Landet, fylker, storbyer | MFR |
| Perinatal død: Antall fødte og andel (totalt), etter kjønn | 1970-98 | Landet, fylker, storbyer | MFR |
| Neonatal død: Antall og andel (totalt), etter kjønn | 1970-98 | Landet, fylker, storbyer | MFR |
| Postneonatal død: Antall og andel (totalt), etter kjønn | 1970-98 | Landet, fylker, storbyer | MFR |
| Spedbarnsdød: Antall og andel (totalt), etter kjønn | 1970-98 | Landet, fylker, storbyer | MFR |
| Spedbarnsdød: Fødselsvekt: < 2500 gram, antall og andel | 1970-98 | Landet, fylker, storbyer | MFR |
| Spedbarnsdød: Fødselsvekt: < 1500 gram, antall og andel | 1970-98 | Landet, fylker, storbyer | MFR |

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------|-----|
| Senabort: Antall fødte (totalt), Andel per 1000 levendefødte | | | MFR |
| Senabort – etter mors alder | | | MFR |
| Senabort: etter 3 hyppigste årsaker, % av totalt antall senaborter | | | MFR |
| Antall provoserte abortinngrep | 1996-98 | Landet, fylker, storbyer | SSB |
| Antall aborter per 1000 levendefødte, totalt og etter kvinnens alder | 1996-98 | Landet, fylker, storbyer | SSB |
| Antall aborter per 1000 kvinne, etter aldersgrupper | 1996-98 | Landet, fylker, storbyer | SSB |

Seksualiet

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--|------------|
| Seksuell debutalder, median, etter kjønn | 1987,92, Landet 97 | | Folkehelsa |
| Andel som har debutert ved ulike alder, etter kjønn | 1987,92, Landet 97 | | Folkehelsa |
| Antall seksualpartnere hittil i livet, etter kjønn, samboerstatus. | 1987,92, Landet 97 | | Folkehelsa |
| Prevensjonsbruk ved siste samleie med ikke samboende partner, etter prevensjonsmidler | 1987,92, Landet 97 | | Folkehelsa |
| Prevensjonsbruk ved siste samleie med samboende partner | 1987,92, Landet 97 | | Folkehelsa |
| Seksuelt samvær med partner av samme kjønn, etter kjønn | 1987,92, Landet 97 | | Folkehelsa |
| Kjøpere av sex, etter kjønn | 1987,92, Landet 97 | | Folkehelsa |

6. Selvrapportert helse

Generell vurdering av egen helse.

| | | | |
|---------------------------------------------------|-----------------------|--|-----|
| Andel med "utmerket helse", samlet og etter kjønn | 1985,95, Landet 98 | | SSB |
| Andel med "Dårlig helse", samlet og etter kjønn | 1985,95, Landet 98 | | SSB |

Andel som vurderer helsen bedre enn for ett år siden, samlet og etter kjønn **SSB**

Andel som forventer forverret helse, samlet og etter kjønn **SSB**

Selvrapporterte sykdommer, symptomer og plager

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-----|
| Fysisk helse aggregert, totalt og etter kjønn | | | SSB |
| Andel med sykdom/lidelse med varighet > 6 mdr, etter kjønn | | | SSB |
| Andel med sykdom/lidelse med varighet > 6 mnd som skyldes skade, etter kjønn | | | SSB |
| Andel med sykdom/lidelse/funksjonshemming på intervju tidspunkt, etter kjønn | | | SSB |
| Andel med sykdom/lidelse/funksjonshemming på intervju tidspunktet som skyldes skade, etter kjønn | | | SSB |
| Andel med kroppslig smerte siste 4 uker, etter kjønn | | | SSB |
| Andel med hodepine siste 4 ukene, etter kjønn | | | SSB |
| Andel med Epilepsi, etter kjønn | | | SSB |

Psykisk helse

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|------|--------|-----|
| Andel med psykiske symptomer/plager, etter kjønn | | | SSB |
| Mental helse aggregert – (SF 36) etter kjønn og alder | | | SSB |
| Andel med betydelige psykiske plager siste 14 dager (HSCL), etter alder og kjønn | | | SSB |
| Andel med angst, depresjon og selvmordstanker- etter kjønn og alder | | | SSB |
| Andel med astma, etter kjønn og alder | | | SSB |
| Andel med kronisk obstruktiv lungesykdom, etter kjønn og alder | | | SSB |
| Andel med lungebetennelse-alle typer, etter kjønn og alder | | | SSB |
| Andel med tett nese/rennende øyne i løpet av siste 3 mnd, kjønn | 1998 | Landet | SSB |
| Andel med hoste, kjønn | 1998 | Landet | SSB |

Muskel/skjelett apparatet

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|--|--|-----|
| Belastningslidelse – prevalens (må antakelig omdefineres) | | | SSB |
| Belastningslidelse - prevalens etter alder og kjønn (må antakelig omdefineres) | | | SSB |
| Smerte i muskel/skjelettapparatet etter vanligste lokalisasjoner, alder og kjønn | | | SSB |

Andre sykdommer i spørsmål H2b/H2e, H3a-H3b i HUS? F. eks. Hjertesykdom (ischemisk hjertesykdom, SSB rytmeforstyrrelser, hjertesvikt), sukkersyke, sykdom i skjoldbruskkjertel, sykdommer i nyre/urinveier, gynekologisk sykdom, kreftsykdom (totalt og fordelt på noen av de vanligste organsystemer?) mm

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----|
| Helsetilstandens innvirkning på andre livsområder | | SSB |
| <i>Helseproblemers innvirkning på hverdagene, andel, alder og kjønn</i> | | SSB |
| <i>5 viktigste helseplager som påvirker hverdagen, alder og kjønn</i> | | SSB |
| <i>Helseproblemers innvirkning på sosial omgang, andel, alder, kjønn</i> | | SSB |
| Andel som har vansker med å bevege seg ut av boligen selv, kjønn | 1985,95, Landet 98 | SSB |
| Andel som pga helseplager har vansker med å få kontakt med andre, kjønn | 1985,95, Landet 98 | SSB |
| Andel som pga helseplager har problemer med å klare jobben sin, kjønn | 1985,95, Landet 98 | SSB |
| Andel som pga fysiske helseplager har hatt redusert arbeidstid siste 4 uker, kjønn | | SSB |
| Andel som pga psykiske helseplager har hatt redusert arbeidstid siste 4 uker, kjønn | | SSB |
| Andel som blir påvirket av smerter i sine daglige gjøremål, kjønn | | SSB |
| Andel som bruker høreapparat, kjønn | | SSB |
| Andel med problemer med å følge normal samtale (med/ uten høreapparat), kjønn | 1985,95, Landet 98 | SSB |
| Andel som bruker briller/linser permanent, kjønn og alder | | SSB |
| Andel som trenger briller ved lesing, kjønn og alder | | SSB |
| Andel med leseproblemer pga syn (med/uten briller), kjønn og alder | 1985,95, Landet 98 | SSB |
| Andel eldre (>75 år) med kroniske balanseproblemer, kjønn | | SSB |
| Andel eldre (>75 år) med kroniske gang problemer, kjønn | | SSB |
| Andel som pga helseplager ikke kan gå opp en etasje trapp, kjønn | 1985,95, Landet 98 | SSB |
| Andel som pga helseplager ikke kan gå hundre meter, kjønn og alder | | SSB |
| Andel som pga helseplager ikke kan vaske/ kle seg, kjønn og alder | 1985,95, Landet 98 | SSB |
| Andel med annen funksjonshemming og som bruker hjelpemidler, etter kjønn og alder | | SSB |

7. Helsetjenester, trygd, legemidler

Utskrivning fra somatiske sykehus

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----|
| Utskrivninger fra somatisk sykehus - Antall og andel (pr år), totalt og etter kjønn og alder | | NPR |
| Antall utskrivninger fra somatisk sykehus (pr år) fødsler | | NPR |
| Akutt-opphold (% av totalt antall opphold) | | NPR |
| Elektive/planlagte opphold (% av totalt antall opphold) | | NPR |
| Senger i somatisk sykehus Antall og antall pr 1000 innb. | | NPR |
| Antall senger i somatisk sykehus pr. 1000 innbygger | | NPR |
| Gjennomsnittlig antall oppholdsdager, totalt alle diagnoser, alder og kjønn | | NPR |
| Gjennomsnittlig antall oppholdsdager, akutttopphold | | NPR |
| Gjennomsnittlig antall oppholdsdager, elektive opphold | | NPR |
| Gjennomsnittsalder for pasient, akutttopphold | | NPR |
| Gjennomsnittsalder for pasient, elektive opphold | | NPR |
| Polikliniske konsultasjoner ved somatisk sykehus (pr år) - antall og andel | | NPR |
| Utskrivninger pga Infeksjons- og parasittsykdommer (ICD-9: 001-139) - antall og andel etter kjønn og alder | | NPR |
| Gjennomsnittlig antall oppholdsdager i forbindelse med Infeksjons- og parasittsykdommer (ICD-9: 001-139) | | NPR |
| Utskrivning pga Kreftsykdommer (ICD-9: 140-208)- antall og andel etter kjønn og alder | | NPR |
| Gjennomsnittlig antall oppholdsdager i forbindelse med Kreftsykdommer (ICD-9: 140-208) | | NPR |
| Utskrivning pga sykdommer i sirkulasjonssystemet (alle typer hjerte/karsykdommer - ICD-9: 390-460) - antall og andel etter kjønn og alder | | NPR |
| Gjennomsnittlig antall oppholdsdager i forbindelse med sykdommer i sirkulasjonssystemet (alle typer hjerte/karsykdommer - ICD-9: 390-460) | | NPR |
| Utskrivning pga hjerteinfarkt og annen ischemisk hjertesykdom | | NPR |

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----|
| (ICD9: 410-414) -antall og andel etter kjønn og alder | | |
| Gjennomsnittlig antall oppholdsdager i forbindelse med hjerteinfarkt og ischemisk hjertesykdom (ICD9: 410-414) | | NPR |
| Utskrivning pga hjerneslag (ICD9: 430-438)-antall og andel etter kjønn og alder | | NPR |
| Gjennomsnittlig antall oppholdsdager i forbindelse med hjerneslag (ICD 9: 430-438) | | NPR |
| Utskrivning pga sykdom i luftveiene (ICD-9: 460-519) - antall og andel etter kjønn og alder | | NPR |
| Gjennomsnittlig antall oppholdsdager i forbindelse med sykdom i luftveiene (ICD-9: 460-519) | | NPR |
| Utskrivning pga akutte infeksjoner og kronisk obstruktive lungesykdommer (ICD9: 464-466 og 490-496)-antall og andel etter kjønn og alder | | NPR |
| Gjennomsnittlig antall oppholdsdager i forbindelse med akutte infeksjoner og kronisk obstruktive lungesykdommer (ICD9: 464-466 og 490-496) | | NPR |
| Utskrivninger pga Sykdommer i fordøyelsesorganene (ICD 9: 520-579) -antall og andel etter kjønn og alder | | NPR |
| Gjennomsnittlig antall oppholdsdager i forbindelse med sykdom i fordøyelsesorganene | | NPR |
| Utskrivning pga Sykdommer i muskelskjelettsystemet og bindevev (ICD 9: 710-739) - antall og andel etter kjønn og alder | | NPR |
| Gjennomsnittlig antall oppholdsdager i forbindelse med sykdom i muskelskjelettsystem og bindevev (ICD 9: 710-739) | | NPR |
| Utskrivning pga Skader (brudd, Indre skader og åpne sår og forgiftninger ICD 9: 800-829, 850-897, 960-979) - antall og andel etter kjønn og alder | | NPR |
| Gjennomsnittlig antall oppholdsdager i forbindelse med alle skader | | NPR |
| Utskrivning pga bruddskader (ICD 9: 800-829) - antall og andel etter kjønn og alder | | NPR |
| Gjennomsnittlig antall oppholdsdager i forbindelse med bruddskader (ICD 9: 800-829) | | NPR |
| Utskrivning pga lårhalsbrudd (ICD 9: 820) - antall og andel etter kjønn og alder | | NPR |
| Gjennomsnittlig antall oppholdsdager i forbindelse med lårhalsbrudd (ICD 9: 820-829) - | | NPR |
| Utskrivning pga alkoholrelatert sykdom (nevnt i en av 3 diagnoser: ICD-9: 303, 291, 980, 571, 535) - antall og andel etter kjønn og alder | | NPR |
| Gjennomsnittlig antall oppholdsdager i forbindelse med alkoholrelatert sykdom | | NPR |
| Utførte hofteproteseoperasjoner - antall operasjoner og andel etter kjønn og alder | | NPR |
| Gjennomsnittlig antall oppholdsdager i forbindelse med hofteproteseoperasjoner | | NPR |
| Utførte Coronar bypas-operasjoner -antall operasjoner og andel etter kjønn og alder | | NPR |
| Gjennomsnittlig antall oppholdsdager i forbindelse med Coronar by-passoperasjoner | | NPR |

Primærhelsetjenester og andre helsetjenester

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------|--|-----|
| Bruk av legevakt de siste 12 mnd, totalt og etter alder og kjønn | | SSB |
| Besøk hos allmennpraktiserende lege - Antall og andel etter alder og kjønn | | SSB |
| Besøk på helsestasjon -Antall og andel per 100 barn | | SSB |
| Plasser på sykehjem - Antall og antall pr 1000 65+ (80+) | | SSB |
| Bruk av homøopatiske tjenester i løpet av de siste 12 mnd | | SSB |
| Bruk av akupunktur minst en gang i løpet av de siste 12 mnd | | SSB |
| Bruk av kiropraktiske tjenester minst en gang i løpet av de siste 12 mnd | | SSB |
| Antall leger pr. 1000 personer | | SSB |
| Annet helsepersonell pr. 1000 innbygger | | SSB |
| Psykisk utviklingshemmede over 18 år – antall og andel | | |
| Eldre og uføre i institusjon eller hjemmesykepleie – antall og andel | | |

Legemidler

| | | |
|---------------------------------------|--------|-----------------------|
| Antall apotek pr. 100,000 befolkning | Landet | Norsk Medisinal-depot |
| Totalt legemiddelsalg (kr) pr. capita | Landet | Norsk Medisinal- |

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------|---------------------------------------|
| Utgiftene til legemidler på blå resept pr innbygg, faste kroner | | Landet | depot Norsk Medisinal- depot |
| Utgiftene til legemidler finansiert av sykehus | | Landet | Norsk Medisinal- depot |
| Utgiftene til legemidler finansiert av privathusholdninger | | Landet | Norsk Medisinal- depot |
| Salg av blodtrykksmedisin pr. capita (kr) og DDD | Flere år, 1999 | Landet, fylker | Norsk Medisinal- depot |
| Salg av antihypertensiva pr. capita (kr) og DDD | 1999 | Landet, fylker | Norsk Medisinal- depot |
| Salg av vanndrivende midler / diuretika pr. capita (kr) og DDD | 1999 | Landet, fylker | Norsk Medisinal- depot |
| Salg av betablokkere pr. capita (kr) og DDD | 1999 | Landet, fylker | Norsk Medisinal- depot |
| Salg av kalsiumantagonister pr. capita (kr) og DDD | 1999 | Landet, fylker | Norsk Medisinal- depot |
| Salg av midler med virkning på renin-angiotensinsystemet pr. capita (kr) og DDD | 1999 | Landet, fylker | Norsk Medisinal- depot |
| Salg av astmamedisiner pr. capita (kr) og DDD | 1999 | Landet, fylker | Norsk Medisinal- depot |
| Salg av reseptfrie smertestillende midler pr. capita (kr) og DDD | 1999 | Landet, fylker | Norsk Medisinal- depot |
| Salg av reseptbelagte smertestillende midler pr. capita (kr) og DDD | 1999 | Landet, fylker | Norsk Medisinal- depot |
| Salg av psykofarmaka pr. capita (kr) og DDD | 1999 | Landet, fylker | Norsk Medisinal- depot |
| Salg av antidepressiva pr. capita (kr) og DDD | 1999 | Landet, fylker | Norsk Medisinal- depot |
| Salg av beroligende midler / anxiolytika pr. capita (kr) og DDD | 1999 | Landet, fylker | Norsk Medisinal- depot |
| Salg av sovemidler / hypnotika og sedativa pr. capita (kr) og DDD | 1999 | Landet, fylker | Norsk Medisinal- depot |
| Salg av antipsykotika i DDD | 1999 | Landet, fylker | Norsk Medisinal- depot |
| Salg av kolesterolsenkende midler pr. capita (kr) og DDD | 1999 | Landet, fylker | Norsk Medisinal- depot |
| Salg av midler mot magesår (ulcus) og gastroøsofagalt reflukssyndrom pr. capita (kr) og DDD | 1999 | Landet, fylker | Norsk Medisinal- depot |
| Salg av midler til diabetesbehandling pr. capita (kr) og DDD | 1999 | Landet, fylker | Norsk Medisinal- depot |
| Salg av insulin og analoger pr. capita (kr) og DDD | 1999 | Landet, fylker | Norsk Medisinal- depot |
| Salg av blodglukosesenkende midler til oralt bruk pr. capita (kr) og DDD | 1999 | Landet, fylker | Norsk Medisinal- depot |
| Vaksinasjon | | | |
| Andel barn som er vaksinert mot kikhoste | | | Helsetilsynet |
| Andel barn som er vaksinert mot difteri | | | Helsetilsynet |
| Andel barn som er vaksinert mot stivkrampe (tetanus) | | | Helsetilsynet |
| Andel barn vaksinert mot MMR | | | Helsetilsynet |

