

1880–2005 – fra fattigdomssykdommer til overflodslidelser

For 125 år siden var Norge et av de fattigste land i Europa. Dårlig ernæring og mangelfull hygiene gav fattigdomssykdommer som tuberkulose og lepra gode vekstvilkår. I dag lever vi et av verdens rikeste land. Overvekt og mangel på fysisk aktivitet utgjør nå to av de største truslene. Levekårene – i bred forstand – var den gang, som i dag, det som hadde størst innvirkning på folkehelsen. Den medisinske utviklingen har også vært viktig – evnen til å forebygge og behandle sykdom har ikke bare gitt endrede leveutsikter for den enkelte, den har også forandret sykdomsbildet. Flere lever lenger, men flere må også leve med kroniske sykdommer.

Spedbarnsdødeligheten er redusert fra 10 % til 3 %. Gjennomsnittlig livslengde er økt med mer enn 25 år. I 1880 dominerte epidemier og infeksjonssykdommer. De siste 50–60 årene har hjerte- og karsykdom og kreft, senere også type 2-diabetes og kronisk obstruktiv lungesykdom, utgjort de største folkesykdommene. Forekomsten av ulykker og voldelige dødsfall har vært forholdsvis konstant, men årsakene er andre. Et høyt antall arbeidsulykker er blitt avløst av ulykker i hjemmet og fritidsulykker.

Utbredelsen av alvorlige psykiske sykdommer som schizofreni og bipolar lidelse har vært uendret, men forekomsten av rusbruk, antisosial atferd og bulimi, og kanskje også angst og depresjon, er økt. Det er blitt større oppmerksomhet omkring psykiske lidelser som folkehelseproblem.

Noen sykdommer skyldes genetiske feil. De bryter ut på gitte tidspunkter og påvirkes ikke av ytre omstendigheter. Men det er et fåtall. De aller fleste sykdommer er et resultat av samspill mellom gener, miljø og tilfældigheter. De oppstår når personer som er disponert for det, genetisk eller på annen måte, utsettes for spesielle påvirkninger, f.eks. en mikrobe, et kjemisk stoff eller en psykisk belastning.

Endringer i menneskets arvemateriale skjer langsomt. Forandringene i sykdomspanoramaet de siste 125 årene skyldes derfor ikke annerledes genetisk disposisjon, men en kombinasjon av endringer i befolkningens motstandskraft mot sykdom og endringer i de miljøfaktorene den enkelte utsettes for. Disse har vært betydelige. Derfor er også sykdomspanoramaet i dag et helt annet enn det var i 1880.

Levealder og dødelighet

Spedbarnsdødeligheten er et godt mål på helsetilstanden i en befolkning. I 1880 var spedbarnsdødeligheten i Norge på nivå med det man finner i u-land i dag, ca. 10 % (1). Nå er den på nivå med det man finner i de aller rikeste og best organiserte samfunn i verden, ca. 3 % (fig 1). Det forteller mye om helsetilstanden til befolkningen i dag, men det forteller enda mer om den fantastiske utviklingen som har skjedd de siste 125 år. Norge er blitt et av verdens sunneste land å leve i, og befolkningen er blant de aller friskeste.

Den gode helsetilstanden gjenspeiles også i den høye gjennomsnittlige levealderen. Som det fremgår av figur 1 har levealderen både for menn og for kvinner økt med mer enn et kvart århundre. Mesteparten av dette skyldes nedgang i spedbarnsdødeligheten, men det viser likevel at det forrige århundre var helsens sekel.

Fattigdomssykdommer – epidemier og infeksjoner

Fattigdom øker risikoen for sykdom og for tidlig død i alle faser av livet. Fattige mennesker har dårligere ernærings- og allmenntilstand, mindre evne og mulighet til å ta vare på helsen og lavere tilgang til adekvat helsehjelp. Oversykkeligheten gjelder derfor en rekke forskjellige tilstander, også der det tilsynelatende ikke er noen åpenbar sammenheng. Men det gjelder i særlig grad infeksjonssykdommer.

I 1880 var epidemier og ulike typer infeksjonssykdommer de dominerende

folkesykdommene. Av disse var det tuberkulose, kopper og spedalskhet som skapte størst frykt, var mest tabubelagt og fikk størst oppmerksomhet.

Tuberkulose var uten sammenlikning den dominerende dødsårsaken (2). Men de stadig tilbakevendende epidemiene med influensa, difteri, poliomyelitt, meslinger, kikhoste, tyfoidfeber, kolera, salmonella og meningitt tok også mange liv. Det samme gjorde luftveisinfeksjoner, særlig bakterielle lungebetennelser, virale og bakterielle diaréesykdommer og en rekke andre mer eller mindre banale infeksjoner som ofte fikk et alvorlig forløp fordi de syke hadde lav motstandskraft og legene ikke hadde virksom behandling. Langt ut på 1900-tallet var derfor infeksjoner den aller viktigste dødsårsaken i landet, slik det også var i resten av verden (3). I 1880 forårsaket tuberkulose alene 36 % av alle dødsfall, i 1900 hele 47 %.

Det er særlig fire forhold som førte til at epidemiene etter hvert ble sjeldnere og infeksjoner et mindre folkehelseproblem:

- Landet ble rikere og befolkningen fikk høyere levestandard. Med dette kom moderne kloakksystemer, trygg drikkevannsforsyning, bedre ernæring, bedre boliger og mindre trangbodddhet.
- Det generelle hygienearbeidet ble intensivert. Tiltak for å oppspore og isolere smitekilder, bedre den allmenne hygien og sørge for et sunt levesett førte til at befolkningen ble utsatt for lavere smittepress og fikk styrket motstandsevne.
- Sera og vaksiner ble tilgjengelig. Det gjorde det mulig å forebygge infeksjonssykdommer ved å vaksinere de friske og behandle de smittefarlige.
- Antibiotika og andre antimikrobielle midler ble utviklet. Dermed ble det mulig å gi effektiv medisinsk behandling.

Av disse faktorene var nok de to første de mest utslagsgivende totalt sett, men de var ikke tilstrekkelige (ramme 1, ramme 2) (4, 5). Det var først da man fikk utviklet serum i midten av 1880-årene, senere ulike typer vaksiner – og langt senere også antibiotika – at man for alvor fikk bukt med infeksjonssykdommene.

Selv om dødeligheten av mange infeksjonssykdommer allerede var sterkt redusert da vaksiner kom, er innføringen av vaksinasjon, ikke minst det obligatoriske barnevaksinasjonsprogrammet i 1952, antakelig det

Geir Stene-Larsen

geir.stene-larsen@fhi.no

Geir Stene-Larsen (f. 1955) er dr.med. og direktør for Nasjonalt folkehelseinstitutt.



Kvinnene kjemper om gårsdagens brødvarer som deles ut gratis til fattige i Karl Johans gate. Kampen for tilværelsen (studie), Christian Krohg 1887. Foto © O. Væring Eftf. AS

enkeltiltaket som har betydd mest for endringene i sykdomspanoramaet. Takket være en effektiv vaksinasjonsstrategi har det lyktes oss å utrydde sykdommer som poliomyelitt og difteri i vårt land, for ikke å snakke om kopper, som er utryddet i hele verden. Stivkrampe er blitt en sjeldenhet, og alvorlige barnesykdommer som meslinger, kusma og røde hunder er praktisk talt blitt borte (fig 2).

Antibiotika har også betydd mye. Helt frem til den annen verdenskrig var både tuberkulose og klassisk bakteriell lungebetennelse alvorlige lidelser med høy dødelighet. Etter at sulfa kom på markedet i 1938, penicillin i 1942 og streptomycin i 1943 og deretter en rekke andre antimikrobielle midler, ble det mulig å behandle disse og en rekke andre infeksjonssykdommer. Dødeligheten falt betydelig. Dermed ble også infeksjonssykdommer et stadig mindre krevende folkehelseproblem.

Suksessene på infeksjonsfronten førte til stor optimisme i samfunnet generelt og også i medisinske kretser. I 1960-årene gikk enkelte så langt som til å si at moderne medisin hadde vunnet kampen mot infeksjonene. Det viste seg å være feil.

Etter at antibiotika hadde vært i bruk i et par tiår, kom rapportene om at enkelte bakteriestammer hadde utviklet resistens mot penicillin, sulfa og de andre midlene som legevitskapen hadde bygd sin seier på. Etter hvert oppstod det nye infeksjonssykdommer – HIV, legionella og SARS – noe som viste at kampen mot infeksjonssykdommene ikke kan vinnes én gang for alle.

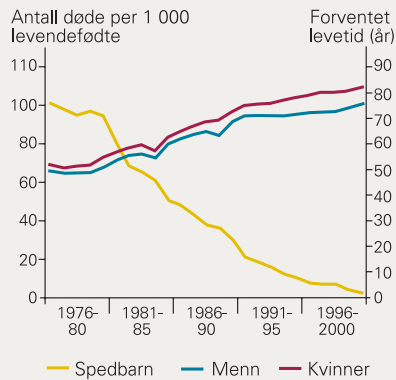
Tallmessig er fortsatt infeksjoner heldigvis et forholdsvis lite folkehelseproblem i Norge. De siste 50 årene har vi lyktes godt i det forebyggende smittevernarbeidet. Men trusselen er kanskje like stor som den alltid har vært. En verdensomspennende pandemi med et mutert dødbringende influensavirus kan forandre bildet totalt. Økt reisevirksomhet vil gi større import av infeksjoner. Derfor er dette en folkehelseutfordring vi bare har kontroll over så lenge vi klarer å vedlikeholde et sterkt og kontinuerlig smittevern.

Velferds- og sivilisasjonssykdommer

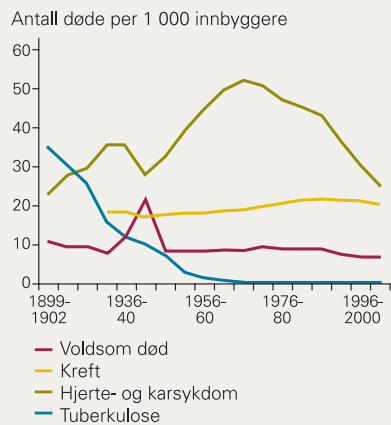
I løpet av 1900-tallet, særlig etter 1950, ble fattigdom gradvis til rikdom og velstand. Med dette ble betydningen av infeksjonssyk-

dommer som kilde til sykkelighet og død sterkt redusert. Dermed ble leveutsiktene for barn og unge betydelig forbedret. Men de nye levebetingelsene, og livsstilen som fulgte med, hadde også sine negative sider. De førte blant annet til at forekomsten av flere ikke-infeksiøse sykdommer økte hos voksne og eldre. Tiden etter den annen verdenskrig ble derfor et vendepunkt. Før var det særlig barn og unge som ble syke, i dag er det voksne og eldre som rammes – i 1880 fulgte foreldrene sine barn til graven, i 2005 er det heldigvis som regel omvendt.

Det vil føre for langt å gå inn på årsaksforholdene for hver enkelt av de ikke-infeksiøse sykdommene, men på generelt grunnlag kan man si at faktorer som økt forbruk av tobakk, mettett fett og raffinert sukker, mindre fysisk aktivitet i dagliglivet, høyere forekomst av kjemiske substanser i vårt miljø og en mer psykisk stressende hverdag sannsynligvis har bidratt til økt forekomst av en rekke sykdommer, f.eks. hjerte- og karsykdommer, kreft, type 2-diabetes, kronisk obstruktiv lungesykdom, belastningslidelser, muskel- og skjelettsykdommer og muligens allergier.



Figur 1



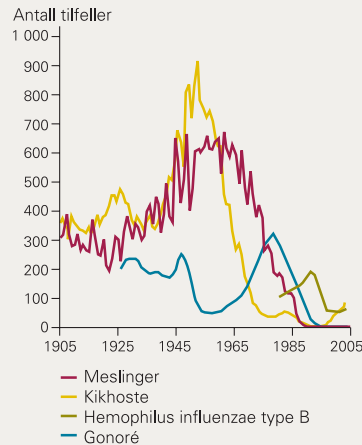
Figur 3

Figur 1 Spedbarnsdødelighet og gjennomsnittlig levealder i Norge 1880–2005. Ifølge Statistisk sentralbyrå er levealderen økt med 25 år det siste hundreåret, mens spedbarnsdødeligheten er redusert fra 10 % til 3 %

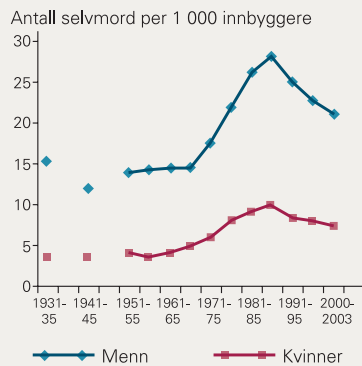
Figur 2 Infeksjonssykdommer i Norge 1900–2000. Glidende gjennomsnitt. Ifølge Meldings-system for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet, ble forekomsten av barnesykdommer som meslinger, kikhoste og Hemophilus influenzae type B sterkt redusert etter at vaksinasjonsprogrammet ble satt i gang. Gonorré ble bekjempet med kampanjer og smittesaning

Figur 3 Dødelighet for menn i Norge i perioden 1899–2003 i fire årsaksgrupper. Aldersjusterte rater for menn over 15 år. Dødsårsaksregisteret, Statistisk sentralbyrå

Figur 4 Forekomst av selvmord blant personer over 15 år i perioden 1931–2003. Aldersjusterte rater. Dødsårsaksregisteret, Statistisk sentralbyrå (tall fra og med 1951), Statistisk sentralbyrå (tall før 1951)



Figur 2



Figur 4

endringer i kostholdet. Innføring av kjøle- og fryseteknologi førte til at folk spiste mindre røkt mat. Det er også blitt et høyere forbruk av frukt og grønnsaker. Dette er antakelig viktige grunner til at forekomsten av kreft i magesekken er gått ned. På den annen side har økt inntak av fett og redusert inntak av fiberrik mat, og sannsynligvis også mer kontakt med ulike kjemiske stoffer og muligens alkohol, bidratt til mer kreft i tykk- og endetarmen (6). I de siste tiårene har vi også hatt en epidemi av ondartet føflekksvulst, forårsaket av økt soling.

Samlet har imidlertid forekomsten av kreft, målt i aldersjusterte insidensrater, økt med 80 % de siste 50 årene (7). Det er lungekreft, ondartet føflekksvulst, testikkelkreft og prostatakreft som har hatt den største økningen, mens det er blitt mindre kreft i livmorhals, magesekk og på leppe. Den økte livslengden i befolkningen har også bidratt sterkt til at det totale antallet krefttilfeller er økt, siden forekomsten av kreft øker med alderen. I dag er de hyppigste kreftformene brystkreft hos kvinner, prostatakreft hos menn og tykktarmskreft hos begge kjønn samlet.

Diabetes er en folkesykdom på fremmarsj. Av ukjent grunn har Norge en av verdens høyeste forekomster av type 1-diabetes. Det er imidlertid type 2-diabetes som gir grunn til bekymring. Risikoen for å utvikle type 2-diabetes øker med graden av overvekt. De siste tiårene har befolkningens gjennomsnittlige vekt økt i alle aldersklasser. Det er antakelig årsaken til at forekomsten av type 2-diabetes har økt, og denne utviklingen ser ut å fortsette.

Luftveissykdommer er også viktig i et folkehelseperspektiv. Forekomsten av kronisk obstruktiv lungesykdom har økt de siste tiårene. Det skyldes sannsynligvis hovedsakelig mer tobakksrøyking, men luftforurensning kan også ha bidratt.

Muskel- og skjelettsykdommer og belastningsslidelser blir stadig viktigere som årsaker til arbeidsuførhet. Det er imidlertid usikkert om det er endringer i forekomst, tålegrense for symptomer eller arbeidslivets toleranse som har mest å si.

Hjerte- og karsykdommene er fortsatt blant våre største lidelser. Det er også den sykdomsgruppen som i størst grad økte hyppighet i takt med velstandsutviklingen. Som det fremgår av figur 3 var det nærmest en epidemi av hjerte- og karsykdom i perioden 1945–85 i Norge. Dette rammet hele den vestlige verden, først USA og noe senere Europa og Norge. Selv om årsaken ikke fullt ut er kartlagt, er det sannsynlig at endringer i de kjente livsstilsfaktorene har hatt stor betydning.

I dag er dødeligheten av hjerte- og karsykdommer lavere enn den var før den annen verdenskrig. Det skyldes ikke bare endret livsstil – selv om det antakelig er

en viktig del av forklaringen – men også at nye medikamenter og nye kirurgiske teknikker har gjort det mulig å forebygge og behandle slike lidelser mer effektivt enn før.

Kreft er den nest største folkesykdommen i vårt samfunn. Her kan vi også et stykke på vei snakke om en epidemi forårsaket av endringer i livsstil. Etter den annen verdenskrig fikk vi en lungekreftepidemi blant menn pga. økt tobakksrøyking. En tilsvarende epidemi har senere utviklet seg hos kvinner, som følge av at kvinnene de siste tiårene har overtatt menns tidligere røykevaner.

På samme måte har forekomsten av mage- og tarmkreft endret seg i takt med

Det finnes ikke tall for utbredelsen av slike sykdommer i tidligere tider. Men anekdotiske beskrivelser tyder på at det fysisk belastende arbeidslivet våre forfedre var utsatt for, medførte både nedslitte ledd og stive muskler, gjerne i ung alder. Mye tyder derfor på at det først og fremst er de høye kravene som stilles på moderne arbeidsplasser og de store forventningene vi har til et symptomfritt liv, som gjør dette til et større folkehelseproblem nå enn før.

Allergier har helt til de siste årene vært et økende problem. Årsaken er uklar, men det er mulig at påvirkninger fra miljøet gjør oss mer følsomme for tradisjonelle allergener i omgivelsene.

Beinskjørhet er også et økende folkehelseproblem. Av ukjent grunn er forekomsten høyere i Norge enn i de fleste andre land.

Ulykker er en unngåelig konsekvens av livet selv. Det er ikke mulig å leve et langt liv uten å oppleve en eller annen form for fysisk skadelig hendelse. Men typen ulykker er forandret. Tidligere skjedde de fleste skadene i forbindelse med arbeid, særlig i fiske og skipsfart. I dag skjer de fleste i hjemmene, i forbindelse med fritidsaktiviteter eller ved transport. Innføring av moderne transportmidler, særlig privatbilen, har betydd mye. Det forandret ikke bare skadetallet, men brakte også kvinner og barn sterkere inn i dødsstatistikken. Frem til 1930 var voldelig død omtrent ti ganger så hyppig blant menn som blant kvinner. Etter dette økte forekomsten betydelig, særlig

hos kvinner. Hos menn ble antall ulykkesdødsfall firedoblet i løpet av et par tiår – hos kvinner ble antallet 30 ganger så høyt. De siste 30 årene har det vært en gradvis reduksjon i antall ulykkesdødsfall. Nå er den viktigste enkeltårsaken til dødsulykker fall.

Fremskrittssykdommer – medaljens bakside

Det er lett å bli fascinert av alle de avanserte medisinske nyvinningene vi har fått det siste hundreåret. Etter nærmere øyesyn vil vi imidlertid se at dagens høyteknologiske medisin har flere viktige mangler. Selv om mange pasienter får forlenget livet betydelig, er det ikke alltid slik at de blir helbredet og fullstendig friske. I noen tilfeller fører medisinske tiltak til at pasientene blir over-

ført fra en akutt til en kronisk fase, i andre til at de må leve med varig funksjonstap eller bivirkninger av behandling. I et større perspektiv kan vi derfor si at vi de siste 50–60 årene har fått en sterk økning i forekomsten av kroniske sykdommer i befolkningen, særlig blant eldre, og at en av grunnene til det paradoksalt nok er de medisinske fremskrittene vi har hatt i denne perioden.

Legemidlene har i stor grad bidratt til å påvirke sykdomspanoramaet. De positive sidene er uomtvistelige, men begrensningene er også viktige. De fleste – om ikke alle – legemidler har større eller mindre bivirkninger, noen alvorlige. I takt med økende bruk er sykkelighet og helseskade forårsaket av bivirkninger og feilbruk av legemidler blitt et økende helseproblem. Legemiddelskade er



Et halvspist brød er blitt liggende igjen etter et måltid. Maleriet henger på venteværelset til Lipidklinikken, Rikshospitalet. Bordet, Håkon Gullvåg 2001. Foto © Thomas Widerberg

Ramme 1**Fattigdomssykdommer**

Tuberkulose og lepra regnes som typiske fattigdomssykdommer. Det skyldes at både tuberkel- og leprabasilen i høyere grad forårsaker sykdom hos personer som er under- eller feilernært og som lever i kummerlige kår, gjerne med trangboddhet. Begge smitter gjennom luftveiene og begge utløser sykdom bare hos noen av dem som blir smittet.

Lepra var i Norge særlig utbredt på Vestlandet og i Nord-Norge (4, 5). Forekomsten økte sterkt på 1800-tallet og nådde en topp rundt 1850. Deretter sank den sterkt fra 1850 til 1900. Den intensive jakten man førte på smittekildene, ikke minst gjennom lepraregisteret, som ble opprettet i 1856 og drevet kontinuerlig helt frem til vår tid, var en viktig grunn til at sykdommen gikk tilbake. De som fikk påvist sykdommen, ble isolert fra samfunnet for resten av livet, frivillig eller under tvang. Men dette var antakelig ikke den eneste forklaringen. Mye tyder på at en selektiv proteinunderernæring i visse grupper i befolkningen hadde ført til svekket immunforsvar og redusert motstandskraft. Bedre ernæring har derfor sannsynligvis også bidratt sterkt til sykdommens tilbakegang. Endelig gjorde utviklingen av antibiotika i 1930-årene det mulig å sette sluttstrek for sykdommen i Norge rundt 1950.

Ramme 2**Bedre levekår eller ny medisin – hva var viktigst?**

Hvilke faktorer som har spilt størst rolle, varierer fra sykdom til sykdom. For tuberkulose var utvilsomt bedringen i de generelle levevilkårene det viktigste. Den store nedgangen i tuberkulosedødelighet inntrådte før BCG-vaksine og effektive antibiotika ble tilgjengelig i slutten av 1940-årene. Men vaksinen og legemidlene har vært viktige for å holde sykdommen borte i så høy grad som vi senere har klart. Likeledes var dødeligheten av kikhoste betydelig redusert før vaksinen ble innført i 1952, likevel gjennomgikk de fleste barn en langvarig og plagsom sykdom, og hvert år var det noen som fikk varige hjerneskadene som følge av sykdommen.

For poliomyelitt var forholdene annerledes. Risikoen for alvorlig sykdom med lammelser er minst når man smittes som spedbarn, den øker med økende alder. Bedrede hygieniske forhold, spesielt bedre vann- og kloakksystemer, gjorde at folk generelt ble eldre før de kom i kontakt med poliomyelittsmitte. Derfor ble epidemiene større og alvorligere opp gjennom årene, helt til vaksinen ble innført i 1956 og sykdommen etter hvert ble helt borte.

Ramme 3**Utvikling av byene**

Byer har, nesten inntil vår egen tid, alltid vært svært sårbare for infeksjonssykdommer. I tidligere tider var dødeligheten så høy at byene måtte få tilsig fra landområdene for å kunne opprettholde befolkningstallet. Det var derfor ikke tilfeldig at de første koleraepidemiene rammet byene, og at tuberkulose og diaréssykdommer hadde særlig gode levevilkår der.

Før 1900 betydde ikke dette så mye, for de fleste bodde på landsbygda, men særlig etter den annen verdenskrig økte byene i størrelse. Likevel gikk dødeligheten fortsatt ned i Norge. Det skyldes i hovedsak at man samtidig lyktes med å innføre effektive offentlige hygienetiltak, omplassere forurensende industri fra sentrum til periferi og sanere slumområdene.

Urbaniseringen har også hatt betydning for forekomsten av psykiske og psykososiale lidelser. Spesielt i perioder med sterk innflytting er det en overhyppighet av psykiske lidelser i byene, sannsynligvis forårsaket av dårligere sosiale nettverk. Også dette er imidlertid blitt bedret etter hvert som man i bydelene har klart å skape sitt eget sosiale miljø.

nå en av de viktigste dødsårsakene i vestlige land. I USA er det den 5. hyppigste dødsårsak (8). I Norge kan mer enn 1 000 dødsfall hvert år tilskrives legemiddelskade. Dermed blir dette også en av vår moderne tids «folkesykdommer».

Nevrodegenerative sykdommer er en annen gruppe lidelser som kan knyttes til vår egen suksess. Det er lite som tyder på at

forekomsten av slike sykdommer er særlig annerledes enn for 100 år siden. Men siden det er så mange flere som får oppleve å bli gammel nå og forekomsten av disse sykdommene øker så sterkt med alderen, blir det også langt flere pasienter totalt sett.

Bedre levekår, bedre medisinsk behandling og høyere levealder har derfor bidratt til at tilstander som Alzheimers sykdom og Par-

kinsonssykdom utgjør en større andel av sykdomsbelastningen i samfunnet. Vi har ingen statistikk for utbredelsen av disse sykdommene i tidligere tider, men det er beregnet at det er ca. 65 000 som nå lider av aldersdemens og at det oppstår 9 000 nye tilfeller hvert år (9).

Psykiske lidelser

Psykiske lidelse er utbredt. I 2001 fant Kringlen og medarbeidere at ca. 30 % av den voksne befolkningen i Oslo hadde hatt en psykisk lidelse i løpet av det siste året, og de beregnet at ca. 50 % ville få det en gang i løpet av livet (10). Det gir en god beskrivelse av omfanget i dag av denne folkesykdommen i de fleste vestlige land.

Ut fra det vi vet om utbredelsen av psykiske lidelser i tidligere tider (11), er det ikke sannsynlig at forekomsten av de alvorligste tilstandene, som schizofreni og bipolar lidelse (manisk-depressiv sinnslidelse), er endret nevneverdig fra 1880 til i dag. Det er imidlertid mye som tyder på at det er blitt mer alkohol- og stoffmisbruk, antisosial atferd og bulimi de siste 50–60 årene. Særlig har svingninger i forbruket av alkohol og rusmidler hatt stor betydning. Sannsynligvis er også forekomsten av depresjon, angst og personlighetsforstyrrelser gått opp (12). Vi har ikke pålitelige registreringer av dette fra tidligere tider, men forekomsten av selvmord kan brukes som en indikator. Som det fremgår av figur 4 var selvmordshyppigheten forholdsvis konstant frem til 1960-årene. Deretter økte den sterkt, før den flatet og etter hvert avtok utover i 1990-årene. Et bekymringsfullt trekk er at den sannsynlige økte hyppigheten disse psykiske lidelsene særlig har rammet unge mennesker. Tidligere var selvmord hyppigst blant menn over 70 år og blant kvinner over 60. Nå er det en topp blant unge menn og blant kvinner i alderen 30–50 år. Det er sannsynlig at psykiske lidelser påvirkes av levekår og levestett på samme måte som de somatiske lidelsene gjør. Men for de psykiske lidelsene ser det ut til at sosialt nettverk og stabilitet er viktigere enn velstand.

Den bedrede levestandarden i etterkrigstiden gav individet nye muligheter til å utfolde seg. Men den gjorde det også mulig – og av og til nødvendig – å velge bort den livsnødvendige tryggheten som familie, naboer og venner representerte i tider da samfunnet ikke kunne tilby noe sosialt sikkerhetsnett. Dermed kan vi ha fått et mer individualistisk samfunn med høyere skilsmissefrekvens og mange enslige – og flere psykisk syke. Det å bryte opp fra et kulturelt fellesskap kan være en trussel mot den psykiske helsen. Derfor har både ut- og innvandring og innflytting til byene bidratt til å øke forekomsten av de psykiske lidelsene som er omtalt over (ramme 3).

Noen psykiske lidelser er også blitt påvirket av måten samfunnet har behandlet de rammede og det tilbudet helsetjenesten har kunnet gi.

I 1880 var psykisk sykdom sterkt tabubelagt. De sinnssyke var regnet som uhelbredelige og ble isolert fra samfunnet i asyl, der formålet snarere var oppbevaring enn behandling. Etter hvert som psykiatrien som fag utviklet seg og man i 1950- og 60-årene fikk effektive medikamenter, ble synet på psykiske lidelser gradvis endret. Slike lidelser ble i høyere grad sidestilt med somatiske – terskelen for å innrømme og søke hjelp for psykiske plager ble lavere og både pasienter og tjenester fikk høyere status og oppmerksomhet. Psykiske lidelser fremstår i dag som et større helseproblem enn for få tiår siden. For eksempel er dette nå en av de aller viktigste årsakene til arbeidsuførhet. Det er imidlertid vanskelig å avgjøre hvor mye som skyldes en reell økning i sykkeligheten og hvor mye som skyldes at plager og symptomer som før ble skjult, nå kommer frem i lyset.

Noen tilstander fremstår imidlertid nærmest som epidemier. For hundre år siden ble det oppdaget et «nytt» syndrom som ble kalt nevraseni. Symptomene var tretthet, svakhet, muskel- og leddplager, hodepine og konsentrasjons- og søvnvansker (13). Så kom amalgamsyken i 1970-årene og

kronisk tretthetssyndrom i 1980-årene med omtrent samme symptomatologi. Dette er eksempler på plager og tilstander som mennesker antakelig alltid har hatt og alltid vil ha, selv om den medisinske diagnosen kan skifte. Mer fibromyalgi og nakkeslengskade og fenomener som multipel personlighetsforstyrrelse, multipel kjemisk overfølsomhet og posttraumatisk stressforstyrrelse er andre eksempler på endringer som antakelig mer er uttrykk for strømninger i tiden enn økt sykkelighet i befolkningen.

I løpet av de siste tiårene er imidlertid psykiske og psykosomatiske lidelser som folkehelseproblem blitt tillagt stadig større vekt. Det har kanskje vært et naturlig skifte av fokus etter hvert som samfunnet er blitt rikere. Når smittsomme sykdommer ikke lenger er en overhengende trussel og det ikke er nødvendig å kjempe for å overleve, får livskvalitet, livsglede og psykisk helse større betydning. Det paradoksale er at det kanskje nettopp er «tilværelsens utholdelige letthet» som er kilden til mistilpasningen og den følelsen av manglende mening med livet som mange sliter med.

Jeg takker Einar Kringlen for gode råd og kommentarer til manuskriptet og Inger Cappelen og Aage Tverdal for hjelp med tallmaterialet.

Litteratur

1. Backer JE, Aagenæs Ø. Dødelighet blant spedbarn i Norge 1901–1963. Samfunnsøkonomiske studier nr. 17. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1966.
2. Statistisk sentralbyrå. Dødeligheten og dens årsaker i Norge 1856–1955. Samfunnsøkonomiske studier nr. 10. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1961.
3. Armstrong GL, Conn LA, Pinner RW. Trends in infectious disease mortality in the United States during the 20th century. *JAMA* 1999; 281: 61–6.
4. Irgens L. Folkesykdommen lepra. *Naturen* 1989; 113: 207–12.
5. Irgens L. Lepra: fra fortidens Norge og nåtidens u-land. *Naturen* 1983; 107: 17–20.
6. Dybing E. Det ytre miljø – før og nå. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 4540–53.
7. Kreft i Norge 2003. Oslo: Kreftregisteret, 2005.
8. Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. *JAMA* 1998; 279: 1200–5.
9. Engedal K. Utredning av demens og bruk av legemidler mot demens i sykehjem. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 1188–90.
10. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1091–8.
11. Dalgard OS. Psykiatrisk epidemiologi i Norge – et historisk tilbakeblikk. *Norsk Epidemiologi* 2002; 12: 163–72.
12. Kringlen E. Trekk fra internasjonal psykiatrisk epidemiologi. *Norsk Epidemiologi* 2002; 12: 173–9.
13. Kringlen E. Psykiatriens stilling og fremtid. *Det Kongelige Norske Vitenskabers Selskabs skrifter* 2005, nr. 1. Trondheim: Tapir, 2005.

