

# Kvinner og menns helse – flere likheter enn ulikheter?

*Kvinner rapporterer flere symptomer på sykdom og bruker flere helsetjenester enn det menn gjør. Men er det sykdommer og symptomer som leder til den høyere bruken av helsetjenester blant kvinner? Helse- og levekårsundersøkelsen og pasientstatistikken viser at bildet er mer nyansert enn som så, og at forskjellene mellom kvinners og menns helse i realiteten ikke er så store. Like fullt viser det seg at det er flere kvinner enn menn som helt eller delvis står utenfor arbeidslivet på grunn av «sykdom, skade eller lyte», og at det er noen ulikheter mellom kvinner og menn når det gjelder de helsemessige årsakene til at de ikke kan jobbe.*

---

Arne Jensen

---

Kjønn og helse er et område som favner om mange temaer som kan belyses med forskjellige opplysninger fra ulike helsestatistikker. I denne artikkelen er det valgt ut noen temaer som kan bidra til å belyse helselikheter og -ulikheter mellom norske kvinner og menn. De utvalgte temaene er *helsetilstanden, bruk av helsetjenester, levevaner og uførhet*. Når det gjelder temaene helsetilstanden og levevaner, er for øvrig noen resultater fra levekårsundersøkelsen som gjennomføres i Sverige, tatt med for å belyse de norske forholdene.

Hver for seg er de utvalgte temaene omfangsrike. For eksempel kan begrepet om helsetilstanden romme alt fra dødelighet og levealder til konkrete forekomster av sykdommer og egenvurdert helse. Bruk av helsetjenester kan på sin side omhandle alle de ulike helsetjenestene som utføres i primær- og spesialisthelsetjenesten. I denne sammenhengen er formålet å belyse noen sider ved de fire temaene uten å foreta noe dypdykk.

*Vi kan bare bevare en god helse ved å spise det vi ikke har lyst på, drikke det vi ikke liker og gjøre det vi helst vil slippe (Mark Twain).*

## **Vi er fornøyd med egen helse ...**

Helsetilstanden i den norske befolkningen er generelt god. Helse- og levekårsundersøkelsen fra 2005 viser at fire av fem personer i alderen 16 år og eldre vurderer egen helse som meget god eller god. Undersøkelsen viser også at det er én av tjue som vurderer egen helse som meget dårlig eller dårlig<sup>1</sup>. I Sverige er det til sammenligning tre av fire i alderen 16 år og eldre som vurderer egen helse som meget god eller god, mens andelen som vurderer egen helse som meget dårlig eller dårlig er på om lag samme nivå som i Norge.

## **... og det er liten forskjell i egenvurdert helse mellom kvinner og menn**

Det er ytterst få, om noen, forskjeller i egenvurdert helse i den norske befolkningen som kan tilskrives kjønnsdimensjonen direkte. Det er omtrent like store andeler av både kvinner og menn som vurderer egen helse som henholdsvis meget god eller god – og meget dårlig eller dårlig. Ulikheter i

*Arne Jensen er seniorrådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk (arne.jensen@ssb.no).*

### Helse- og levekårsundersøkelsen og undersøkningarna av levnadsförhållanden

I Norge gjennomføres helse- og levekårsundersøkelsen hvert tredje år. Undersøkelsen ble sist gjennomført i 2005 og inngår i Statistisk sentralbyrås samordnet levekårsundersøkelse, en temaroterende undersøkelse (tverrsnittundersøkelse) som har som hovedmål at den over tid skal dekke alle viktige levekårsområder. Det ble i alt oppnådd intervju med 6 766 personer i alderen 16 år og eldre i Helse- og levekårsundersøkelsen 2005. Av disse var det 3 365 kvinner og 3 401 menn (Hougen, 2006).

I Sverige gjennomføres det en tilsvarende levekårsundersøkelse gjennom undersøkningarna av levnadsförhållanden (ULF) i regi av Statistiska Centralbyrån (SCB). Undersøkelsen gjennomføres årlig, og de nyeste resultatene som er publisert, er fra 2005. Det ble i alt oppnådd intervju med 4 429 personer i alderen 16 år og eldre i ULF i 2005. Av disse var det 2 303 kvinner og 2 126 menn<sup>2</sup>.

den egenvurderte helsen forklares bedre med for eksempel alder, bostedsstrøk, landsdel og sosioøkonomisk status<sup>3</sup>.

Til sammenligning er det en tendens til mer kjønnsrelaterte forskjeller i egenvurdert helse i Sverige. I den svenske befolkningen er det en lavere andel blant kvinnene som vurderer egen helse som meget god eller god, enn det er blant mennene. Samtidig er det noen flere av kvinnene som vurderer egen helse som meget dårlig eller dårlig. Med svensk terminologi kan det sies å være en tendens til mer *ohälsa* (dårlig helse) blant kvinner enn det er blant menn i Sverige<sup>4</sup>.

### Kvinner lever lenger enn menn, men dødsårsakene er i all hovedsak de samme

Den gjennomsnittlige levealderen i Norge var 82,7 år for kvinner og 78,1 år for menn i 2006. Kvinner lever altså lenger enn menn. Samtidig viser utviklingen over tid at menn nærmer seg kvinner i levealder. Siden 1970 har den gjennomsnittlige levealderen for kvinner og menn økt med henholdsvis 5,7 år og 7 år. Økningen i levealder kan blant annet tilskrives redusert dødelighet av hjerte- og karsykdommer gjennom flere år og en lav spedbarnsdødelighet.

De aller fleste registrerte dødsfall blant bosatte i Norge i 2004 var forårsaket av sykdom. I alt 94 prosent av dødsfallene var sykdomsrelatert. Restende dødsfall skyldtes ulykker eller andre voldsomme dødsfall. Statistikken over dødsårsaker viser at dødsårsakene er forholdsvis jevnt fordelt mellom kjønnene. Kvinner og menn dør med andre ord hovedsakelig av de samme årsakene. Samtidig eksisterer det blant de 41 257 registrerte dødsfallene i 2004 noen forskjeller som kan relateres til kjønn.

De fleste dødsfall skyldes sykdommer i sirkulasjonsorganene, og svulster. Av alle dødsfall i 2004 var det 38 prosent som skyldtes sykdommer i sirkulasjonsorganene og i overkant av 26 prosent som ble forårsaket av svulster. Når det gjelder sykdommer i sirkulasjonsorganene, var dette årsak til om lag 40 prosent av dødsfallene blant kvinner og rundt 36 prosent av dødsfallene blant menn i 2004. Videre var det om lag 24 prosent av døds-

**Tabell 1. Egenvurdert helse i Norge og Sverige, etter kjønn. 2005. Prosent**

Egenvurdert helse	Norge			Sverige		
	Begge kjønn	Kvinner	Menn	Begge kjønn	Kvinner	Menn
Meget god eller god ...	81	80	82	75	72	78
Meget dårlig eller dårlig	6	6	6	6	7	5

Kilde: Helse- og levekårsundersøkelsen 2005, Statistisk sentralbyrå. Undersökningarna av levnadsförhållanden 2005, Statistiska centralbyrån.

fallene blant kvinner som skyldtes svulster, mens den tilsvarende andelen blant menn var 28 prosent. Det må imidlertid nevnes at det er flere yngre kvinner enn menn som dør av kreft. Dette skyldes primært forekomsten av brystkreft blant kvinner.

Statistikken over dødsårsaker viser at det i alt var om lag 6 prosent av dødsfallene i 2004 som kunne kategoriseres som voldsomme dødsfall. Voldsomme dødsfall, som for eksempel dødsfall på grunn av ulykker, er mindre utbredt blant kvinner enn blant menn. I 2004 var tre av fem av de som døde voldsomme dødsfall menn, og blant registrerte selvmord var det to av tre som var menn.

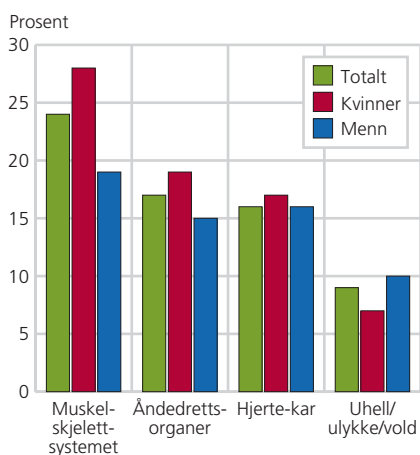
### Kvinner rapporterer flere sykdommer og symptomer enn menn

I Helse- og levekårsundersøkelsen 2005 rapporterer kvinner og menn et litt forskjellig sykdomsbilde. Kvinner rapporterer generelt flere sykdommer enn menn. Forskjellene er størst når det gjelder sykdommer i muskel-/skjelettsystemet. Videre rapporterer kvinner noen flere symptomer på helseproblemer/sykdom enn det

menn gjør. Ett eksempel er at kvinner, og da spesielt i den yngste aldersgruppen 16-24 år, rapporterer om flere symptomer på psykiske lidelser.

Figur 1 viser de tre sykdommene som er rapportert mest i Helse- og levekårsundersøkelsen 2005. Sykdomsbegrepet inkluderer i denne sammenhengen all langvarig sykdom. Langvarig sykdom er i Helse- og levekårsundersøkelsen 2005 definert som sykdom eller lidelse som har vart i minst seks måneder, eller nyere sykdom eller lidelse som den enkelte regner med vil bli varig. Figuren viser også rapporteringen av skader som skyldtes uhell/ulykke, vold, overfall eller håndgemeng samme år. Referanserammen for skader er siste 12 måneder.

**Figur 1. Utvalgte langvarige sykdommer og årsak til skade, etter kjønn. 2005. Prosent**



Kilde: Helse- og levekårsundersøkelsen 2005, Statistisk sentralbyrå.

Det er flere kvinner enn menn som rapporterer «de vanligste» sykdommene, og den største forskjellen er å finne i rapporteringen av sykdommer i muskel-/skjelettsystemet. Helse- og levekårsundersøkelsene viser at forskjellene mellom kvinner og menn i rapportering av sykdommer har holdt seg stabile fra 1998 til 2005. Det er særlig kvinner over 45 år som lider av sykdommer i muskel-/skjelettsystemet.

Med hensyn til skader er det flere menn enn kvinner som rapporterer skader som skyldes uhell/ulykke, vold, overfall eller håndgemeng. De største forskjellene mellom menn og kvinner er å finne blant de som rapporterer skader som følge av vold og håndgemeng, og det er særlig de yngste mennene i aldersgruppen 16-24 år som skiller seg ut.

### Kvinner bruker flere helsetjenester enn menn, og mye av bruken er svangerskapsrelatert

Helse- og levekårsundersøkelsen 2005 viser at det er forskjeller mellom kvinner og menn i bruk av helsetjenester. Forskjellene kommer til syne både i rapporteringen av bruk av primærhelsetjenester (for eksempel konsul-

tasjoner hos allmennlege) og bruk av spesialisthelsetjenester (for eksempel konsultasjoner hos legespesialist på sykehus og psykolog).

Det er flere kvinner enn menn som konsulterer allmennlege. Sentrale data fra allmennlegetjenesten (SEDA) viser at det blant pasientene som var i kontakt med fastlegen i løpet av de tre første månedene i 2005, var 60 prosent kvinner og 40 prosent menn (Brøyn, Skretting Lunde og Kvalstad, 2007).

Resultatene fra Helse- og levekårsundersøkelsen 2005 viser at de største forskjellene i bruk av helsetjenester i 2005 var å finne i de yngste aldersgruppene. I aldersgruppen 16-24 år var det 71 prosent av kvinnene og 58 prosent av mennene som oppga at de hadde konsultert allmennlege de siste tolv månedene. I aldersgruppen 25-44 år var tilsvarende andeler 71 prosent blant kvinnene og 60 prosent blant mennene. Opplysninger om konsultasjoner og diagnoser i SEDA viser at noe av denne forskjellen kan tilskrives svangerskapsrelatert bruk av allmennlege blant kvinner.

Videre viser resultatene fra Helse- og levekårsundersøkelsen 2005 at det var flere kvinner enn menn som rapporterte å ha konsultert legespesialist på sykehus de siste tolv månedene. Dette gjaldt både for konsultasjoner hos legespesialister på offentlig sykehus og andre steder. Forskjellene mellom kvinner og menn var i størrelsesorden 5-6 prosentpoeng i alle aldersgrupper. På spørsmål om psykolog er konsultert de siste tolv månedene, skilte spesielt kvinner i de to yngste aldersgruppene 16-24 år og 25-44 år seg ut. Dette sammenfaller med at det særlig er kvinner i disse gruppene som rapporterer om psykiske helseproblemer.

### Flere døgnopphold på somatiske sykehus blant kvinner

Pasientstatistikken viser at det i 2006 var om lag 70 000 flere døgnopphold på somatiske sykehus blant kvinner enn blant menn. Forskjellen var størst i aldersgruppen 20-39 år, en forskjell som først og fremst skyldtes svangerskapsrelatert bruk av helsetjenester. Flere døgnopphold blant kvinner over 80 år kan på sin side tilskrives høyere levealder blant kvinner. På grunn av høyere levealder er det flere kvinner enn menn i aldersgruppen over 80 år, og det er derfor naturlig at det er flere døgnopphold blant kvinner. I andre aldersgrupper var det en jevnere fordeling, og til og med en overvekt, av døgnopphold blant menn i 2006. Dette gjaldt særlig aldersgruppen 0-9 år.

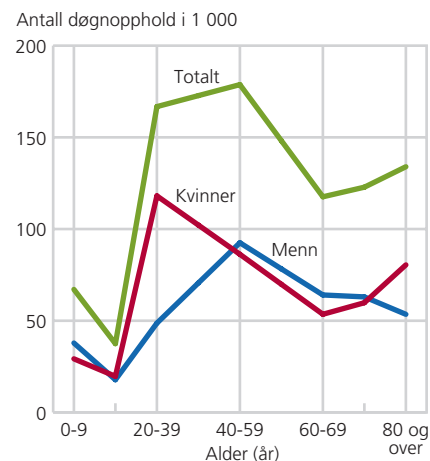
Figur 2 viser at det er i aldersgruppene 20-39 år og 80 år og eldre det er størst forskjeller mellom kvinner og menn. Den store forskjellen i aldersgruppen 20-39 år forklares langt på vei med døgnopphold som skyldes svangerskap. I alt er om lag 67 000 av de rundt 118 000 døgnoppholdene blant kvinner i alderen 20-39 år svangerskapsrelaterte.

Det er ikke tatt hensyn til hvor mange kvinner og menn som er i de ulike aldersgruppene. Dette slår særlig ut for aldersgruppen 80 år og eldre, hvor det er flere kvinner enn menn. Tendensen i den eldste gruppen er at kvinner har størst antall døgnopphold totalt, mens menn har flere døgnopphold relativt sett.

### Sykehusopphold

Et sykehusopphold registreres som døgnopphold når pasienten er skrevet inn, har fått tildelt en seng og skal tilbringe minst én natt på sykehuset. Ett døgnopphold kan strekke seg over flere netter/døgn. Et sykehusopphold registreres som dagopphold når det er en planlagt innleggelse hvor pasienten ikke overnatter.

Figur 2. Døgnopphold ved somatiske sykehus, etter kjønn og alder. 2006. Antall



Kilde: Pasientstatistikk 2006, Statistisk sentralbyrå.

### **Flest døgnopphold på somatiske sykehus og flest polikliniske konsultasjoner ved offentlige sykehus i aldersgruppen 40-59 år**

Fordelt etter alder er det flest døgnopphold i aldersgruppen 40-59 år. Selv om forskjellen mellom kvinner og menn i denne aldersgruppen er liten med hensyn til antall døgnopphold, viser pasientstatistikken at det er forskjeller mellom kjønnene når det gjelder årsakene til sykehusoppholdet. Grunnlagsmaterialet viser at svulster er den viktigste enkeltårsaken til døgnopphold for kvinner i aldersgruppen 40-59 år, mens sykdommer i sirkulasjonssystemet (spesielt hjerte-relaterte sykdommer) er den viktigste enkeltårsaken for menn i denne aldersgruppen.

Pasientstatistikken viser at i 2006 var kvinner til flere polikliniske konsultasjoner på offentlige sykehus enn menn. Mye av det samme bildet som gjaldt med hensyn til døgnopphold, gjør seg også gjeldende for polikliniske konsultasjoner. I aldersgruppen 20-39 år var kvinner til flest polikliniske konsultasjoner, mens menn var til flest konsultasjoner i aldersgruppen 0-9 år. I

de øvrige gruppene var polikliniske konsultasjoner jevnere fordelt mellom kjønnene. I likhet med døgnopphold var det i 2006 størst forekomst av polikliniske konsultasjoner i aldersgruppen 40-59 år. Sykdommer i muskel-/skjelettsystemet og bindevev var den dominerende årsaken til de polikliniske konsultasjonene blant både kvinner og menn.

### **Levevaner er helsevaner ...**

Levevaner er en dimensjon som har vært inkludert i helse- og levekårsundersøkelsen i mange år. Dimensjonen er viktig for å kunne si noe mer generelt om helseatferden og forebygging av helseproblemer i befolkningen.

I medisinsk faglig litteratur brukes gjerne begrepet *helsevaner* om helse- og levekårsundersøkelsens begrep *levevaner*. Røyking, kosthold og fysisk aktivitet er blant de helsevanene som oftest blir drøftet. Det har blitt påvist at røyking forkorter levetiden og gir omfattende helseskader, mens kosthold og fysisk aktivitet har en klar sammenheng med total dødelighet og død forårsaket av hjerte- og karsykdom. Videre har studier vist at sannsynligheten for å unngå hjerte- og karsykdom og diabetes øker hos menn som driver fysisk aktivitet, har moderat alkoholkonsum, lav kroppsmasseindeks og avstår fra røyking, mens sunne levevaner kan være asso-

Foto: Colorbox.com



siert med blant annet bedre psykisk helse (Holme, Søgaard, Lund-Larsen, Tonstad og Håheim, 2006).

I Helse- og levekårsundersøkelsen 2005 blir både dagligrøyking og av-og-tilrøyking målt. Undersøkelsen viser at andelen dagligrøykere i befolkningen har gått ned fra 31 prosent i 1998 til 25 prosent i 2005, mens andelen som røyker av og til, har holdt seg rundt 10 prosent i den samme perioden. Det er ingen store forskjeller mellom kjønnene. Det er likevel noen flere kvinner enn menn som røyker daglig og av og til, i den yngste aldersgruppen 16-24 år, og noen færre kvinner enn menn som røyker av og til i aldersgruppen 25-44 år.

Undersøkingarna av levnadsförhållanden (ULF) viser at andelen dagligrøykere var om lag 16 prosent i Sverige i 2005. Blant kvinner var det totalt i underkant av 18 prosent dagligrøykere mens den tilsvarende andelen blant menn var om lag 14 prosent. Undersøkelsen viser videre at andelen dagligrøykere var størst blant kvinner i alle aldersgrupper. For øvrig bør det nevnes at det blant svenske menn i alle aldersgrupper er langt vanligere å bruke snus enn å røyke daglig.

### ... og helsevanene er noe bedre hos kvinner enn hos menn

Helse- og levekårsundersøkelsen viser videre at menn er mer overvektige og har noe mer fedme, at kvinner spiser mer frukt og grønt, og at det er flere kvinner enn menn som jevnlig spiser frokost. Når det gjelder fysisk aktivitet, viser Helse- og levekårsundersøkelsen 2005 at vi blir en stadig mer mosjonerende befolkning, og at kvinner mosjonerer mer enn menn i de fleste aldersgrupper. Det var en større andel av kvinnene som rapporterte å mosjonere ukentlig eller oftere i 2005. Unntaket var den eldste gruppen, fra 67 år og eldre. Det er også verdt å merke seg at den største aktivitetsøkningen fra 1998 til 2005 har skjedd i midlere og eldre aldersgrupper, og at mye av økningen skyldtes mer mosjonering blant kvinner.

Til sammenligning er det også flere overvektige og større forekomster av fedme blant menn enn blant kvinner i Sverige. Videre viser Undersøkingarna av levnadsförhållanden 2005 (ULF) at det i 2005 var om lag 45 prosent som rapporterte at de mosjonerte minst to ganger i uken. Dette er med andre ord et litt «strengere» mål på fysisk aktivitet og mosjon enn det som brukes i den norske helse- og levekårsundersøkelsen. Forskjellene mellom svenske kvinner og menn når det gjelder fysisk aktivitet målt som mosjonering minst to ganger i uken, er for øvrig relativt små.

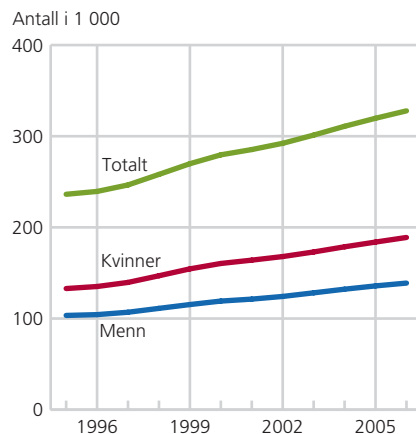
Tabell 3 viser at det har vært en økning i fysisk aktivitet i alle aldersgrupper over tid. Økningen i fysisk aktivitet er såpass stor i alle aldersgrupper at det er en reell stigning i aktivitetsnivået. Samtidig er det betimelig å reise spørsmålet om det stadig større fokuset på trening og mosjon i media er med på å påvirke respondentene til å svare det de anser er sosialt akseptabelt. Dette er en utfordring for enhver intervjuundersøkelse, og noe av økningen i fy-

**Tabell 3. Mosjonerer ukentlig eller oftere, etter kjønn og alder. 1998, 2002 og 2005. Prosent**

Alder	1998		2002		2005	
	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
16-24 år .....	72	66	77	73	78	78
25-44 år .....	63	57	67	63	75	66
45-66 år .....	58	54	67	59	76	67
67 år og over .....	43	52	48	57	59	66
Alder i alt .....	59	57	65	62	73	68

Kilde: Helse- og levekårsundersøkelsen 1998, 2002 og 2005, Statistisk sentralbyrå.

**Figur 3. Mottakere av uføreytelser, etter kjønn. 1995-2006. Antall**



Kilde: www.nav.no (Tall og analyse), Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV); og Statistisk årbok 2006, Statistisk sentralbyrå.

Uføreytelser er hjemlet i folketrygdloven og kan innvilges personer som er mellom 18 og 67 år, har vært medlem av folketrygden de siste tre årene og har nedsatt inntektsevne på grunn av langvarig sykdom, skade eller lyte. Inntektsevnen må være nedsatt med minst 50 prosent.

Uføreytelser omfatter folketrygdytelsene uførepensjon og tidsbegrenset uførestønad. Uførepensjon kan gis dersom det ikke er utsikt til bedring av inntektsevnen/ arbeidsevnen og er derfor en varig ytelse. Tidsbegrenset uførestønad kan gis dersom det etter en helhetsvurdering er sannsynlig at inntektsevnen kan bedres. Tidsbegrenset uførestønad ble innført fra og med 1. januar 2004. NAV forvalter uføreytelsene.

sisk aktivitet kan nok tilskrives en slik effekt. På bakgrunn av Helse- og levekårsundersøkelsen 2005 er det uansett en klar tendens til at kvinner lever et sunnere liv med hensyn til ulike laster, kosthold og fysisk aktivitet.

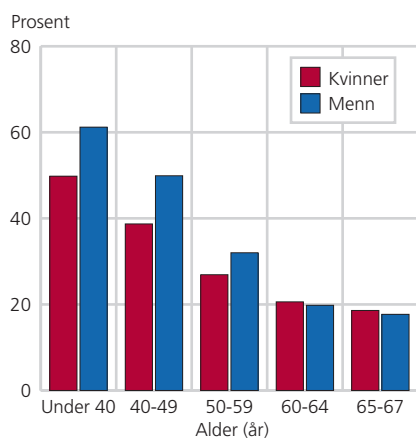
### Det er stadig flere som mottar uføreytelser

Trygdestatistikk viser at det blir stadig flere som står utenfor arbeidslivet av helsemessige årsaker, og som mottar uføreytelser i form av uførepensjon eller tidsbegrenset uførestønad. Det har riktignok vært en liten reduksjon i antallet som mottok uførepensjon i perioden fra 2004 til 2006, men denne reduksjonen fant sted samtidig med at ordningen med tidsbegrenset uførestønad ble innført. Trygdestatistikken viser at det totale antallet mottakere av uføreytelser fortsetter å stige<sup>5</sup>.

### Kvinner er i flertall blant mottakere av uføreytelser ...

Opplysninger fra 2005 viser at om lag 12 prosent av kvinner i yrkesaktiv alder (18-67 år) mottok uførepensjon, mens den tilsvarende andelen for menn var i underkant av 9 prosent. Av alle som mottok uførepensjon i 2006, var om lag 57 prosent kvinner. Av alle som mottok tidsbegrenset uførestønad det samme året, var om lag 64 prosent kvinner. Blant de som mottok uførepensjon, var det flest kvinner i alle aldersgrupper, med unntak av gruppen under 30 år. Blant de som mottok tidsbegrenset uførestønad, var det flest kvinner i alle aldersgruppene.

**Figur 4. Andel uførepensjonister med psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som uføreårsak, etter kjønn og alder. 2005. Prosent**



<sup>1</sup> Under 40: N=14 227 (kvinner) og 14 084 (menn), 40-49: N=27 860 (kvinner) og 20 957 (menn), 50-59: N=64 332 (kvinner) og 44 177 (menn), 60-64: N=46 002 (kvinner) og 34 548 (menn), 65-67: N=19 269 (kvinner) og 15 421 (menn).

Kilde: www.nav.no (Tall og analyse), Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV).

### .... har litt andre uføreårsaker ...

Den viktigste uføreårsaken blant kvinner som mottok en av de to uføreytelsene i 2005, var sykdommer i muskel-/skjelettsystemet og bindevev. På samme måte som Helse- og levekårsundersøkelsen 2005 viser at sykdommer i muskel-/skjelettsystemet blant kvinner særlig forekommer blant middelaldrende og eldre, viser trygdestatistikken at dette er en uføreårsak som særlig gjorde seg gjeldende for kvinner over 40 år i 2005. Blant kvinner under 40 år var psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser den viktigste årsaken.

Blant menn var psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser den viktigste årsaken til uførhet i 2005. Denne årsaken var særlig utbredt blant menn under 40 år. Blant uføre menn over 40 år varierte uføreårsaken mer, men de viktigste årsakene ved siden av psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser var sykdommer i muskel-/skjelettsystemet og bindevev samt sykdommer i sirkulasjonssystemet.

### .... og har mer gradert uførhet enn menn

Trygdestatistikken viser videre at det er en lavere andel blant uføre kvinner enn blant uføre menn som har en uføregrad på 100 prosent. Blant kvinner blir gradert uførhet benyttet i større utstrekning. I 2006 var det 77 prosent av uføre kvinner som hadde en uføregrad på 100 prosent mens den tilsvarende andelen blant menn var over 86 prosent. Andelen med 100 prosent uføregrad synker for øvrig med stigende alder både blant kvinner og menn.

## Likheter og ulikheter mellom kvinners og menns helse

Gjennomgangen av kvinners og menns helse viser at det eksisterer både likheter og ulikheter mellom kjønnene. Norske kvinner og menn vurderer egen helse ganske likt og dør stort sett av de samme årsakene. Samtidig viser blant annet forekomsten av sykdommer og symptomer samt bruken av helsetjenester at kvinner er mer syke og har behov for flere helsetjenester. Og selv om en stor del av kvinners kontakter med helsevesenet kan sies å være svangerskapsrelatert, tegner trygdestatistikken et bilde av flere ulikheter enn likheter mellom kjønnene. Det er flere kvinner enn menn som mottar ytelse på grunn av sykdom, skade eller lyte, og den viktigste årsaken er sykdommer i muskel-/skjelettsystemet.

På den annen side kan det se ut til at kvinner i større utstrekning enn menn forsøker å forebygge helseproblemer gjennom sunn livsførsel og bedre helsevaner. Medisinsk forskning har dokumentert at dette har en helsegevinst, og det er grunn til å tro at kvinners noe lengre levealder blant annet skyldes helsevaner. Dessuten viser trygdestatistikken at gradert uførhet er mer utbredt blant kvinner, og at tidsbegrenset uførestønad er en ordning som omfatter kvinner i større grad enn menn. Til tross for at det er flere kvinner enn menn som mottar uføreytelser, tyder disse forholdene på at det relativt sett er flere uføre kvinner enn menn som opprettholder sin tilknytning til arbeidsmarkedet. I praksis kan det bety at helseproblemene hos uføre kvinner er mindre enn hos menn, og at det er større sannsynlighet for at kvinner kan rehabilitere arbeids- og inntektsevnen.

Det er viktig å understreke at det kan eksistere mer strukturelle forhold som kan bidra til å belyse likheter og ulikheter i kvinners og menns helse, enn de som har vært berørt i denne artikkelen. I omtalen av egenvurdert helse ble det blant annet nevnt at andre faktorer enn kjønn, som for eksempel sosioøkonomisk status (utdanning og yrke), bidrar til og forklarer forskjeller bedre. På samme måte kan for eksempel kvinners og menns tradisjonelle utdannings- og yrkesvalg ha betydning for framtidig nedsatt arbeids- og inntektsevne på grunn av yrkesrelatert belastning. I denne sammenhengen har det imidlertid vært et poeng å ta utgangspunkt i eksisterende helsestatistikk og kun fokusere på deler av denne i et kjønnsperspektiv.

<sup>1</sup> Se [www.ssb.no](http://www.ssb.no) for mer informasjon om resultater fra Helse- og levekårsundersøkelsen i 2005 og tidligere år.

<sup>2</sup> Se [www.scb.se](http://www.scb.se) for mer informasjon om resultater og dokumentasjon av undersøkningarna av levnadsförhållanden (ULF).

<sup>3</sup> I denne artikkelen er det ikke kontrollert for eventuelle sammenhenger mellom kjønn og andre faktorer som for eksempel alder, bostedsstrøk, landsdel og sosioøkonomisk status. Det er følgelig heller ikke kontrollert for om eventuelle sammenhenger mellom kjønn og andre faktorer har betydning for egen-vurdert helse.

<sup>4</sup> Undersøkningarna om levnadsförhållanden (ULF) er én av fire statistikker som inngår i Statistiska centralbyråns produksjon av statistikk over ohälsa (dårlig helse), og spørsmålet om egenvurdert helse er et viktig mål på ohälsa i ULF (SCB Samlad statistikk från SCB avseende ohälsa).

<sup>5</sup> Informasjonen om trygdeordningene uførepensjon og tidsbegrenset uførestønad er innhentet fra Arbeids- og velferdsforvaltningens (NAV)s publikasjoner Trygdestatistisk årbok og Folketrygden Nøkkeltall. Trygdestatistisk årbok ble publisert for siste gang i 2005. Denne inneholder opplysninger til og med 31. desember 2004. På samme måte er Folketrygden Nøkkeltall 1. halvår 2005 den siste nøkkeltallpublikasjonen fra Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV). Opplysninger fra perioden som ikke dekkes av disse publikasjonene, er hentet fra [www.nav.no](http://www.nav.no) – Tall og analyse.

### Referanser

Brøyn, Nina, Elin Skretting Lunde og Inge Kvalstad (2007): *SEDA - Sentrale data fra allmennelegetjenesten 2004-2006*, Rapport 2007/15, Statistisk sentralbyrå.

Holme, Ingar, Anne Johanne Søgaard, Per G. Lund-Larsen, Serena Tonstad og Lise Lund Håheim (2006): «Lønner det seg å leve sunt?» i *Tidsskrift for Den norske lægeförening*, 126: 2246-9. Nr. 17 2006.

Hougen, Hanne Cecilie (2006): Samordnet levekårsundersøkelse 2005 – tverrsnittundersøkelsen, Dokumentasjonsrapport, Notater 2006/39, Statistisk sentralbyrå.