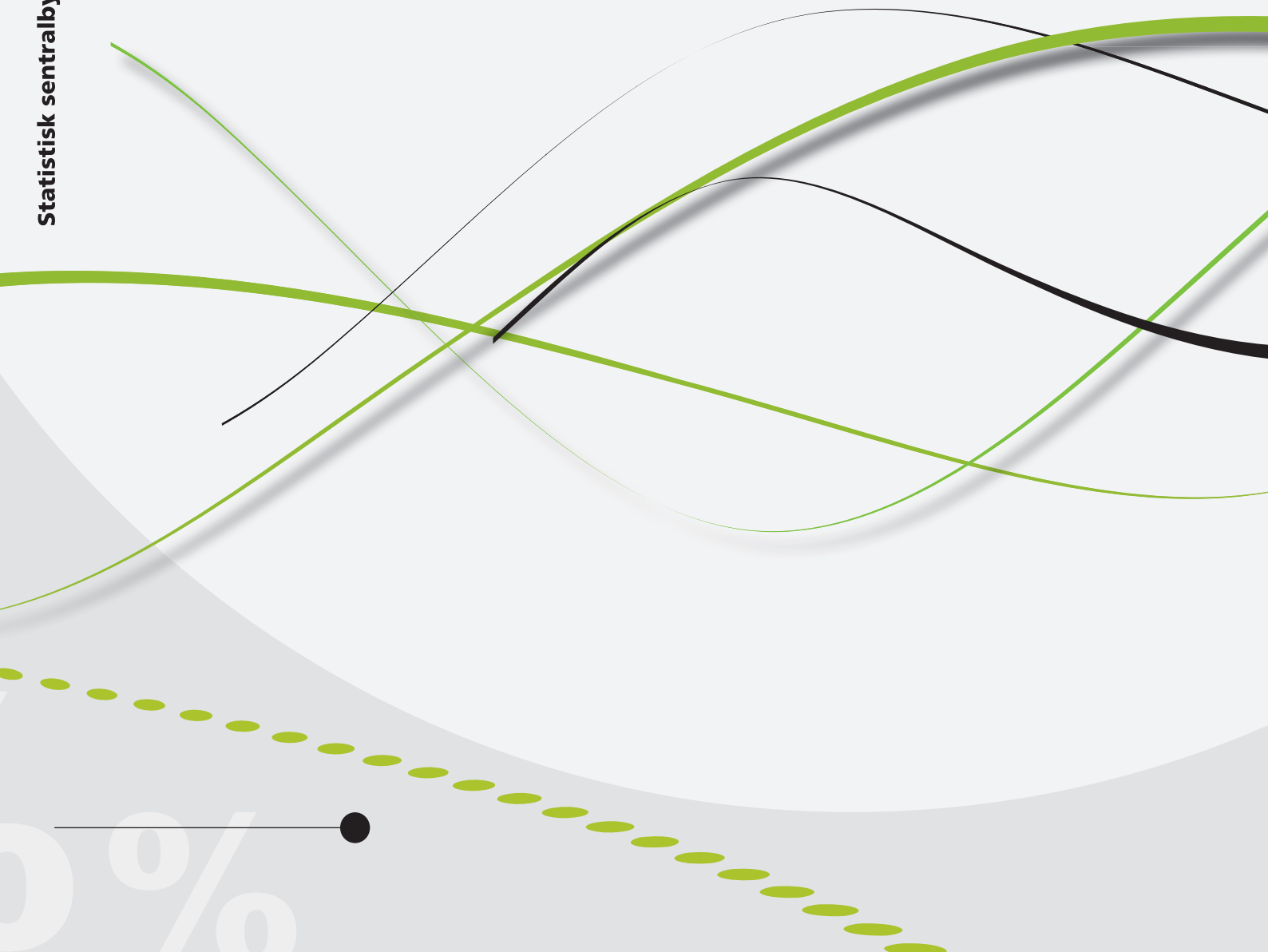




*Elin Skretting Lunde, Berit Otnes og Jorun Ramm*

## **Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester**

En kartlegging





*Elin Skretting Lunde, Berit Otnes og Jorun Ramm*

## **Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester**

En kartlegging

I serien Rapporter publiseres analyser og kommenterte statistiske resultater fra ulike undersøkelser. Undersøkelser inkluderer både utvalgsundersøkelser, tellinger og registerbaserte undersøkelser.

© Statistisk sentralbyrå  
Ved bruk av materiale fra denne publikasjonen  
skal Statistisk sentralbyrå oppgis som kilde.

Publisert 20. juni 2017  
Rettet 15. august 2017, s. 18

ISBN 978-82-537-9556-0 (trykt)  
ISBN 978-82-537-9557-7 (elektronisk)  
ISSN 0806-2056

<b>Standardtegn i tabeller</b>	<b>Symbol</b>
Tall kan ikke forekomme	.
Oppgave mangler	..
Oppgave mangler foreløpig	...
Tall kan ikke offentliggjøres	:
Null	-
Mindre enn 0,5 av den brukte enheten	0
Mindre enn 0,05 av den brukte enheten	0,0
Foreløpig tall	*
Brudd i den loddrette serien	—
Brudd i den vannrette serien	
Desimaltegn	,

## Forord

Statistisk sentralbyrå har utarbeidet en oversikt over bruk av helsetjenester i ulike grupper av befolkningen. Oversikten består av enkle tabeller og figurer som viser bruk av helsetjenester og medisiner etter kjennetegn ved befolkningen som kjønn, alder, helsetilstand, utdanning og inntekt. Den omtaler også tilfredshet med helsetjenester og udekkede behov for tjenester. Rapporten kan være et utgangspunkt for en mer inngående analyse, og brukes til å utlede hypoteser om mer avgrensede eller komplekse sammenhenger.

Datagrunnlaget er Statistisk sentralbyrås Levekårsundersøkelse om helse 2015. Arbeidet med denne rapporten er finansiert av Helsedirektoratets Avdeling for levekår og helse.

Statistisk sentralbyrå, 11.mai. 2017

Torstein Bye

## Sammendrag

Formålet med denne rapporten er å kartlegge i hvilken grad det er sosiale forskjeller i bruk av helsetjenester. Inntekt ser ut til å være en sterkere markør for sosial ulikhet i bruk av helsetjenester enn utdanning. Sammenhengene er litt ulike, avhengig av hvilke helsetjenester det er snakk om, og avhengig av kjønn, alder og helsetilstand. Helt generelt kan man si at grupper med mindre enn god helse, som man kan forvente, bruker helsetjenester i større grad enn dem med god helse. Kvinner bruker helsetjenester mer enn menn, og eldre bruker mer enn yngre.

Det er en klar sosial gradient i tjenestebruk etter inntekt for grupper med mindre enn god helse. Størst forskjeller er det blant eldre. Blant yngre er ikke forskjellene i helsetjenestebruk etter utdanning og inntekt like markert. For eldre 45 år og over med mindre enn god helse er det en omvendt sosial gradient etter inntekt i bruk av allmenlegetjenester, men ikke etter utdanning. Forskjellen mellom gruppene blir mindre når vi ser på flere gangers bruk av tjenesten. Det er en klar sosial gradient etter utdanning i bruk av fysioterapeut og mindre bruk i grupper med lav inntekt. Det er en sosial gradient i bruk av legespesialist, både etter utdanning og inntekt. Det er en sterk omvendt gradient i sykehusinnleggelse, men ser vi på oppholdstid er det ingen forskjeller etter inntekt. Det er unge med mindre enn god helse og grunnskoleutdanning som går til psykolog. For tannlegekontakt er det en klar sosial gradient etter både inntekt og utdanning.

I grupper med god helse er det større forskjeller i helsetjenestebruk etter inntekt og utdanning, enn i grupper med mindre enn god helse. Det er en sosial gradient etter inntekt, også for flere gangers bruk av tjenestene. Mønsteret for sykehusinnleggelse er mindre tydelig, men det er flest i høyeste inntektsgruppe som har ligget flere døgn på sykehus siste år.

Det er større bruk av reseptfrie legemidler blant høyt utdannede, mens det er langt flere med lav utdanning som opplyser at de bruker legemidler foreskrevet av lege. Reseptbelagte legemidler brukes i langt større grad av personer 45 år og eldre og i lavere utdanningsgrupper, sammenliknet med yngre.

Det er flere i den høyeste utdanningsgruppen som sier at de har vaksinert seg mot influensa siste år, også hvis det kontrolleres for helsetilstand – både blant yngre og eldre. Blant kvinner og personer 45 år og eldre er det flere som har tatt ulike prøver siste 2 år blant dem med lavere utdanning, enn blant dem med høyere utdanning - det gjelder måling av blodtrykk, kolesterol og blodsukker. Mønsteret for prøvetaking er omvendt for inntekt, en klar sosial gradient.

Folk flest opplever at de får tilstrekkelig helsehjelp. Det er imidlertid flere yngre enn eldre som har et udekket behov for helsetjenester. De vanligste grunnene til udekket behov for legehjelp er at det tar for lang tid å få en timeavtale og at personene det gjelder ikke har tid til å gå til legen på grunn av jobb eller omsorgsforpliktelser. Blant dem som har et udekket behov for tannlegehjelp oppgir halvparten at de ikke har råd til å gå til tannlegen. Det er spesielt grupper med lav inntekt som ikke har råd til tannlegehjelp. Det er kun en liten del av den voksne befolkningen som ikke har hentet ut reseptmedisiner på apoteket fordi de ikke har råd. I grupper med nedsatt helse er det en kraftig sosial gradient etter inntekt.

Det er generelt sett stor tilfredshet med helsetjenestene. Gruppene med høyest inntekt er mer tilfreds med legen enn grupper med lavere inntekt. Langt de fleste opplever at problemene deres blir tatt på alvor av legen, og at de blir henvist videre ved behov. De fleste pasientene føler også at de får nok tid med legen. Det er imidlertid over dobbelt så mange i den laveste inntektsgruppen som synes at de får for liten tid med legen, det er også flere eldre enn yngre.

## Abstract

This report aims at surveying social inequalities in health service utilization. Income appears to be a stronger marker for inequalities in health service utilization than education. The correlations vary according to type of health service, and according to gender, age and health status. Generally speaking, groups with less than good health, as expected, use health services to a greater extent than groups with good health. Women use health services more than men, and older people use more health services than younger people.

There is a marked social gradient in health services utilization by income for groups with less than good health. There are more marked differences among older people. Among young people (under 45 years) the differences in health service utilization by education and income are not as pronounced. For people 45 years and older there is a reversed social gradient by income in use of GP, but not by education. The difference between the groups is less pronounced when we look at repeated use of services. There is a clear social gradient by education in use of physiotherapists, and lower utilization in the lowest income group. There is a social gradient in the use of specialists by both education and income. There is a strong reversed gradient in hospital admissions, but when we look at time spent in hospital there are no differences by income. Young people with less than good health and lower education are the most frequent users of psychologists. There is a marked social gradient in the use of dentists by both income and education.

Groups with higher education use more non-prescription medicines, while the percentage using prescription medicines is markedly higher among groups with lower education. Prescription medicines are used far more among people 45 years and older and in groups with lower education, compared to younger people.

More people in the highest educational group were vaccinated against influenza during the last 12 months, even when controlling for health status and age. Women and people 45 years and older were more likely than others to have tested their blood pressure, blood sugar and cholesterol. There is, however, a social gradient in the use of different tests by income.

Most people feel that they get sufficient health care. More among the young than among the old have an unmet need for health care. The most common reason for unmet need for care from a doctor is that it takes too long to get an appointment, and that people do not have time to see the doctor because of work or family obligations. Among those with an unmet need for dental care half of them say they could not afford to see a dentist. This is most common among people with low income. Very few have not been able to collect prescription medicine at the pharmacy because they could not afford it. In groups with less than good health there is a strong social gradient.

There is a high degree of satisfaction with the health services. Groups with high income are more satisfied with the doctor than groups with lower income. A majority agrees that the doctor takes their problems seriously, and gives them referral to specialist if needed. Most patients also feel that they get enough time with their doctor. More than twice as many in the lowest income group feel that they get too little time with the doctor compared to the highest income group, and more among the old than the young feel they get too little time with their doctor.

## Innhold

<b>Forord</b> .....	<b>3</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>4</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Innledning</b> .....	<b>7</b>
<b>2. Helse - store forskjeller etter alder, utdanning og inntekt</b> .....	<b>9</b>
2.1. Hvordan måle behov for helsetjenester?.....	9
<b>3. Forskjeller i helsetjenestebruk</b> .....	<b>11</b>
3.1. Lavt utdannede bruker helsetjenester i større grad.....	11
3.2. Forskjeller etter utdanning blant kvinner og eldre.....	13
3.3. Flest med lav utdanning på sykehus.....	15
3.4. Eldre og syke med lav utdanning bruker mest helsetjenester.....	16
3.5. Mindre sosiale forskjeller i bruk av helsetjenester blant «storbrukere».....	20
3.6. Oppsummert.....	21
<b>4. Forskjeller i helsetjenestebruk - et spørsmål om økonomi?</b> .....	<b>22</b>
4.1. Oppsummert.....	29
<b>5. Bruk av legemidler</b> .....	<b>31</b>
5.1. Smertestillende legemidler.....	32
5.2. Sovemedisiner.....	33
5.3. Beroligende medisiner og medisiner mot depresjon.....	34
5.4. Ikke råd til å hente ut resepten?.....	35
5.5. Oppsummert.....	35
<b>6. Forebyggende helseatferd og prøvetaking</b> .....	<b>36</b>
6.1. Vitaminer.....	36
6.2. Influensavaksine.....	36
6.3. Måling av blodtrykk.....	37
6.4. Måling av kolesterol i blodet.....	37
6.5. Blodsukkermålinger.....	38
6.6. Prøver for å påvise tarmkreft.....	39
6.7. Inntekt og forebyggende helseatferd.....	40
6.8. Deltakelse i screeningprogrammer.....	40
6.9. Oppsummert.....	42
<b>7. Sosial ulikhet i udekkede behov for helsetjenester?</b> .....	<b>43</b>
7.1. Udekket behov for lege eller legespesialist.....	43
7.2. Udekket behov for tannlege.....	46
7.3. Udekket behov for psykolog eller psykiater.....	49
7.4. Oppsummert.....	52
<b>8. Regionale forskjeller i helsetjenestebruk</b> .....	<b>53</b>
8.1. Færre til spesialist i spredtbygde strøk.....	53
8.2. Spiller avstand til helsetjenesten en rolle for dem med et udekket behov?.....	54
<b>9. Tilfredshet med helsetjenestene</b> .....	<b>57</b>
9.1. Tilfredshet med lege eller legespesialist.....	57
9.2. Tilfredshet med psykolog eller psykiater.....	62
9.3. Oppsummert.....	64
<b>10. Oppsummering og veien videre</b> .....	<b>65</b>
10.1. Veien videre.....	68
<b>Referanser</b> .....	<b>70</b>
<b>Vedlegg A: Tabeller til kapittel 7</b> .....	<b>71</b>
<b>Vedlegg B: Tabeller til kapittel 9</b> .....	<b>74</b>
<b>Vedlegg C: Beskrivelse av ulike variable benyttet i rapporten</b> .....	<b>76</b>
<b>Vedlegg D: Overlapp mellom ulike grupper</b> .....	<b>79</b>
<b>Figurregister</b> .....	<b>80</b>
<b>Tabellregister</b> .....	<b>83</b>



## 1. Innledning

Tidligere studier er samstemte i at det er sosial ulikhet i helse. Ofte snakkes det om en sosial gradient; at andelen med god helse øker med økende utdannings- og inntektsnivå. Også denne kartleggingen viser at det er en sosial gradient i helse, både blant menn og kvinner og blant yngre og eldre.

Det er mange grunner til forskjeller i helsetilstand, men mye taler for at ulik helseatferd er en av flere faktorer. Det er en sammenheng mellom utdanning og forhold som påvirker helsen negativt. Det gjelder røyking, alkoholbruk, passivitet og utrygghet. Tidligere studier viser til sosiale gradienter der grupper med høyere utdanning har en atferd som fremmer god helse. Det er imidlertid viktig å ta hensyn til at helseatferden også kan medføre ulik bruk av helsetjenester. Samtidig vil tilgang til tjenestene og kvalitet på tjenestene ha betydning. Det kan også handle om kommunikasjonen med helsepersonell og evne til å nyttiggjøre seg relevant informasjon som er tilgjengelig.

Tilgang til helsetjenester skal være lik for personer med samme behov, uavhengig av økonomi, kjønn, bosted, etnisitet og religion (jf. Pasient og brukerrettighetsloven). En kunnskapsoversikt av Finnvold (2009) og senere en oversikt av Godager og Iversen (2013) om sosial ulikhet i bruk av helsetjenester viser at det ikke er særlig forskjell i bruk av allmennlegetjenester, mens flere studier peker på en ulikhet i bruk av privatpraktiserende spesialister, og til dels også offentlige spesialistpoliklinikker, men i liten grad når det gjelder sykehusinnleggelser.

Fra Gradientutfordringen (Helsedirektoratet 2005) heter det «*Forskere har pekt på at en rekke endringer de senere årene kan bidra til å øke de sosiale forskjellene i helsetjenestebruk. Dette gjelder blant annet økende egenandeler for helsetjenester og medikamenter, ordninger med kjøp av helsetjenester for sykmeldte, utbredelsen av private helsetjenester med høye egenandeler, markedstilpasning i sykehussektoren og fremveksten av private helseforsikringer. Et annet eksempel kan være diskusjonen om offentlig finansiering av ulike kreftscreeningsordninger, blant annet knyttet til brystkreft og livmorhalskreft. Etter all sannsynlighet kommer høyere egenandeler eller selvkost til å skape større sosiale forskjeller i oppslutningen om slike ordninger*».

Over tid er det innført ordninger i helsetjenesten som skal øke valgfriheten og styrke brukermedvirkning. En slik rettighet skulle man tenke er et ubetinget gode. Imidlertid krever dette både at helsepersonell aktivt informerer om rettigheter og tilbud, og at det finnes god og tilgjengelig informasjon om tjenestene. Informasjonstilfanget kan være en utfordring for den enkelte bruker. Og vil stille krav til brukernes evne og kapasitet til å orientere seg i tilbud og informasjon. Dette kan koste både i tid, penger og innsats, og for enkelte i noen tilfeller virke uoverkommelig særlig kombinert med at man kan være redusert på grunn av sykdom.

Et eksempel er fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten: La oss tenke oss en eldre dame som har behov for ny hofte. På den offentlige nettsiden <https://helsenorge.no/rettigheter/fritt-behandlingsvalg/slik-velger-du-steg-for-steg> kan hun lese om forventet ventetid for hofteoperasjoner på ulike behandlingssteder, hun kan se på sykehusenes skår på relevante kvalitetsindikatorer – for eksempel om infeksjoner ved ulike inngrep. Hun kan også finne oversikter over hvor mange ganger et sykehus har utført hofteoperasjoner. I tillegg kan hun velge forskjellig behandlingssted i ulike faser av helsehjelpen. Hun vil kunne velge å få vurdering av helsetilstanden på ett behandlingssted, utføre operasjon på et annet, og få rehabilitering ved et tredje sykehus. Det sier seg selv at det kan være krevende å

orientere seg i all informasjonen som tilbys, og å sile ut informasjonen som er relevant.

I kapittel 3 og 4 ser vi nærmere på helsetjenestebruk blant kvinner og menn, unge og eldre etter utdanning og inntekt. Det er kjent at grupper med lav utdanning eller lav inntekt har en nesten dobbelt så høy sykkelighet sammenliknet med grupper med høyere utdanning og inntekt– målt med ulike mål på helsetilstand. Hvis bruk av helsetjenester bare var bestemt av behovet, skulle man forvente at grupper lav utdanning eller inntekt bruker helsetjenester i større grad sammenliknet med grupper med høy utdanning eller inntekt. Og slik er det i ganske stor utstrekning sett i forhold til utdanningsnivå, men ikke målt med inntekt. I forhold til inntekt er det en sosial gradient i bruk av en rekke tjenester.

Grupper med lavere utdanning bruker i større grad reseptlegemidler, mens grupper med høyere utdanning bruker legemidler uten resept (kapittel 5). Data om prøvetaking i forebyggende øyemed, måling av blodtrykk, blodsukker, kolesterol mv. viser at det er liten sammenheng med utdanning, men en klar sosial gradient etter inntekt, også når det kontrolleres for helsetilstand. I grupper med nedsatt helse er det flere som har tatt influensavaksine blant dem med høyere utdanning, men det er liten forskjell etter inntekt. Når det gjelder screeningprogrammer for brystkreft og livmorhalskreft blant kvinner og tarmkreft, er det en tydelig sosial gradient i deltakelsen når inntekt legges til grunn (kapittel 6).

Allmenne kvalitetskriterier i forhold til helsetjenesten er at man opplever å bli tatt på alvor, blir behandlet med respekt, føler tillit til behandler og trygghet og får hjelp ved behov. Kapittel 7 tar for seg tilfeller der man opplever at man har hatt behov for helsehjelp, men ikke har tatt kontakt, og årsaker til at man ikke har kontaktet lege, psykolog, psykiater og tannlege. I kapittel 8 er det regionale forskjeller i helsetjenestebruk som er fokuset, mens kapittel 9 ser nærmere på tilfredshet med ulike helsetjenester og ventetider.

## 2. Helse - store forskjeller etter alder, utdanning og inntekt

Det er en klar sammenheng mellom utdannings- og inntektsnivå og helse. Jo høyere utdannings-/inntektsnivå, jo færre har helseproblemer. Det gjelder enten helseproblemer måles ved hjelp av egenvurdert helse, om man har varig sykdom, eller opplever at helseproblemer skaper begrensninger i å utføre alminnelige hverdagsaktiviteter. Ser vi på personer 16-44 år er ikke helseforskjellene mellom utdannings- og inntektsnivåene like store som når vi ser på personer som er 45 år og over. Risikoen for å pådra seg sykdommer øker med alderen, og ser ut til å være større for personer med lavt utdannings- eller inntektsnivå. I arbeidslivet vil et høyere utdannings- og inntektsnivå øke sannsynligheten for at man har en jobb som i mindre grad er belastende i forhold til egen helse. Det gjelder både fysisk arbeidsmiljø, arbeidstid, arbeidsoppgaver, samt opplevelse av innflytelse og medbestemmelse. For enkelte grupper kan det være tale om en samlet effekt av faktorer som alle kan virke negativt på helsetilstanden.

Hvis personer med høy utdanning eller inntekt bruker helsetjenester i mindre grad enn personer med lav utdanning eller inntekt, vil dette henge sammen med at de har bedre helse, og mest sannsynlig har et mindre behov for helsetjenester.

### 2.1. Hvordan måle behov for helsetjenester?

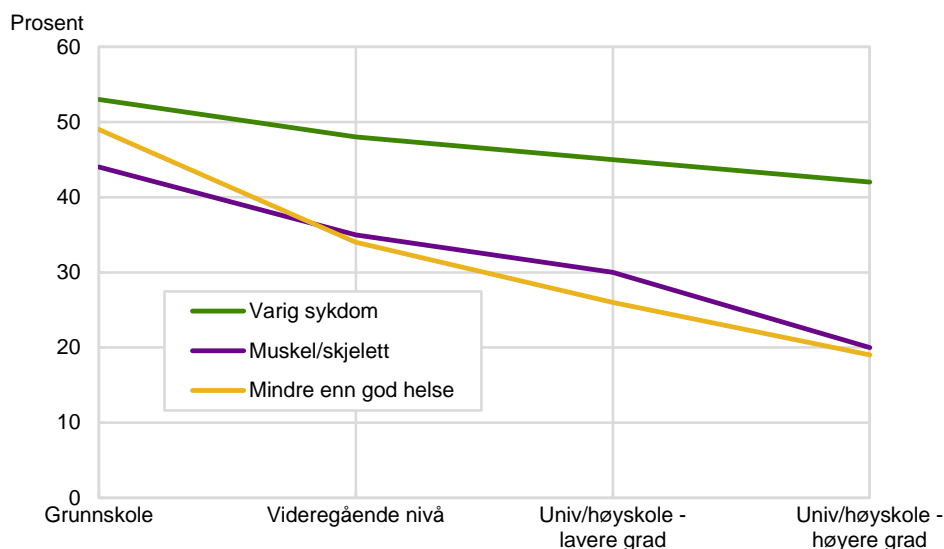
Det er nærmest umulig på et generelt plan å måle behov for helsetjenester. Imidlertid har vi konstruert noen mål som vil indikere nedsatt helsetilstand og derigjennom et mulig behov for helsetjenester. Felles for målene er at alle viser en sosial gradient i helse - at helsetilstanden er bedre i grupper med høyere utdanningsnivå, og i grupper som bor i hushold med høy husholdningsinntekt. Vi viser for øvrig til Helsedirektoratets rapport fra 2009 der ulike tilnærminger til måling av behov for helsetjenester blir belyst (Finnvold, 2009).

Følgende mål er valgt:

- **mindre enn god helse (indeks).** Dette målet er sammensatt av spørsmålet om hvordan man vurderer egen helse og spørsmålet om hvordan man vurderer egen tannhelse. Begge spørsmålene har en svarskala fra 1-5: svært god, god, verken god eller dårlig, dårlig, svært dårlig. Dette utgjør en indeks med verdier fra 2-10. Verdier fra 5-10 på indeksen anses som et uttrykk for redusert helsetilstand.
- **varig sykdom/nedsatt funksjonsnivå.** Dette målet reflekterer personer som i intervjuet har svart ja på at de har en varig sykdom eller varig nedsatt funksjonsevne.
- **muskel-/skjelettsykdom.** Personer som har svart at de har nakkeproblemer, ryggproblemer etc., artrose mv. Svakheten ved dette målet er at intervjupersonene også kan ha andre helseproblemer/sykdommer som ikke er kjent.

Noen eksempler på hvordan ulike sykdomsmål varierer etter utdanning og inntekt er vist i figur 2.1 og figur 2.2. Her presenteres grupper med varig sykdom og mindre enn god helse, alle 45 år og eldre. Andelen med mindre enn god helse reduseres betraktelig med økt utdanningsnivå. Mønsteret er det samme for yngre (16-44 år), men her er forskjellen mellom gruppene mindre.

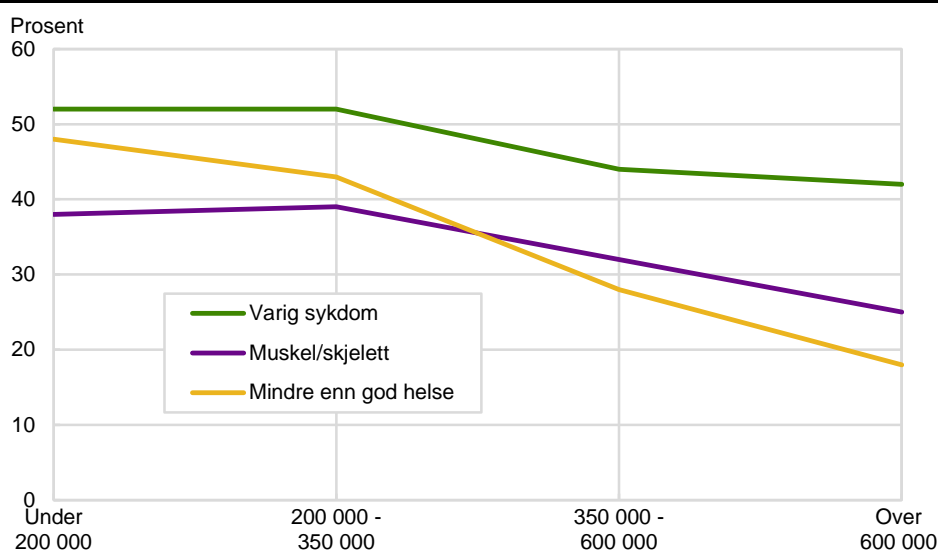
**Figur 2.1** Personer 45 år og eldre med mindre enn god helse, varig sykdom eller muskel/skjelettplager. Utdanningsnivå. 2015



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

Helsetilstanden er også dårligere i gruppen med lav husholdningsinntekt enn i grupper med høyere inntekt, se figur 2.2. Dette er særlig tydelig for dem med mindre enn god helse, hvor andelen varierer med 30 prosentpoeng mellom laveste og høyeste inntektsgruppe.

**Figur 2.2** Personer 45 år og eldre med mindre enn god helse, varig sykdom eller muskel-/skjelettplager. Inntekt etter skatt per forbruksenhet, 2015



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

Om vi ikke justerer for alder er kurvene etter husholdningsinntekt og utdanningsnivå ikke like bratte. I den laveste inntektsgruppen og den laveste utdanningsgruppen er to av tre personer yngre enn 45 år, og unge har som kjent bedre helse enn eldre. Yngre har lavere inntekt enn mer etablerte eldre, og mange er fremdeles under utdanning. Tallene for disse gruppene vil således være påvirket av at mange er unge og friske. Likeledes vil helt unge som ikke har avsluttet utdanningsløpet være underrepresentert i de høyeste utdanningsgruppene. Dersom vi ser bort fra de aller yngste (16-25 år) vil andelen med mindre enn god helse i den laveste inntekts- og utdanningsgruppene øke noe, mens andelen med mindre enn god helse vil gå noe ned i de høyeste gruppene. Men mønsteret for helsetilstand og helsetjenestebruk etter inntekt og utdanning opprettholdes.

### 3. Forskjeller i helsetjenestebruk

En artikkel fra OECD (Feinstein m.fl., 2006) refererer til en del nasjonale studier av sammenhengen mellom helsetjenestebruk og utdanning. Funnene kan oppsummeres veldig kort som følger:

- Primary health services: Associational evidence is contradictory.
- Specialist services: Clear associational evidence of higher service use by those with more education.
- Hospitalizations: Robust evidence suggests that years of schooling reduce hospitalizations.
- Preventive health services: Evidence from different countries suggests that more education is associated with greater utilization of preventive health care.

En nyere studie av sammenhengen mellom helsetjenestebruk og inntekt i 19 OECD land der det justeres for behov for helsetjenester (Devaux m.fl., 2012) at:

- The worse-off are as likely as the better-off to contact a GP, and they visit more often.
- The better-off are more likely to visit specialists.
- The better-off make more use of dental services.
- The better-off make more use of breast and cervical cancer screening.

Det er også funn langs disse generelle linjene som kommer frem i denne kartleggingen.

#### Spørsmål om bruk av helsetjenester

- Når var du sist hos fastlege eller annen allmennlege? *Ta med alle typer konsultasjoner, også telefonkonsultasjoner.* Omtrent hvor mange kontakter siste 12 måneder?
- Har du i løpet av de siste 12 måneder vært hos fysioterapeut? Omtrent hvor mange ganger?
- Når var du sist hos tannlege?
- Når var du sist hos legespesialist på poliklinikk eller hos en privat spesialist? *Hjertespesialist, hudspesialist, gynekolog eller liknende. Se bort fra kontakter du eventuelt har hatt i forbindelse med sykehusinnleggelse.* Omtrent hvor mange ganger siste 12 måneder?
- Har du i løpet av de siste 12 månedene vært innlagt på sykehus over natten? *Hvis ja:* Hvor mange opphold har du hatt siste 12 måneder? *Sykehusopphold i forbindelse med fødsel er ikke regnet med.*
- Har du i løpet av de siste 12 månedene vært på sykehus som dagpasient? *Det vil si å ha vært på sykehus til utredning eller behandling som er mer omfattende enn en poliklinisk konsultasjon, men UTEN å overnatte.* *Hvis ja:* Hvor mange ganger har du vært på sykehus som dagpasient siste 12 måneder?
- Har du i løpet av de siste 12 måneder vært hos psykolog? *Hvis ja:* Hvor mange ganger?
- Har du i løpet av de siste 12 måneder vært hos psykiater? *Hvis ja:* Hvor mange ganger?

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse 2015

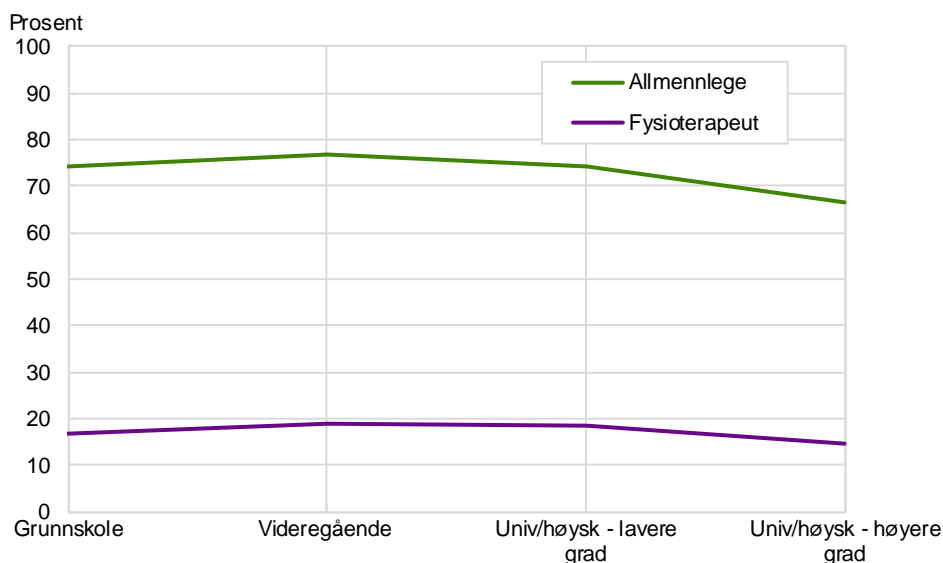
#### 3.1. Lavt utdannede bruker helsetjenester i større grad

Det er, som vi har sett, klare sammenhenger mellom utdanningsnivå og helse. Jo lavere utdanning, desto flere er det som har dårlig helse, uansett hvilket mål på helse vi bruker. Det er imidlertid ikke like store forskjeller mellom utdanningsgruppene i bruk av ulike helsetjenester. Hvis bruk av helsetjenester bare var bestemt av behovet, skulle man forvente at flere i gruppen med lav utdanning bruker helsetjenestene i større grad sammenlignet med grupper med høy utdanning. Og slik er det i ganske stor utstrekning.

##### Flest med videregående utdanning til allmennlege/fastlege

Mens 74 prosent av dem med grunnskole som høyeste utdanning hadde vært hos allmennlege siste år, hadde 66 prosent av dem med universitetsutdanning på høyere nivå vært hos allmennlege. Andelen er litt høyere blant dem med videregående utdanning enn blant dem med grunnskole. Det samme mønsteret finner vi også for flere av de andre helsetjenestene, for eksempel fysioterapi, som vist i figur 3.1.

**Figur 3.1 Andel 16 år og over som har brukt utvalgte primærhelsetjenester siste 12 måneder. Utdanning. 2015**



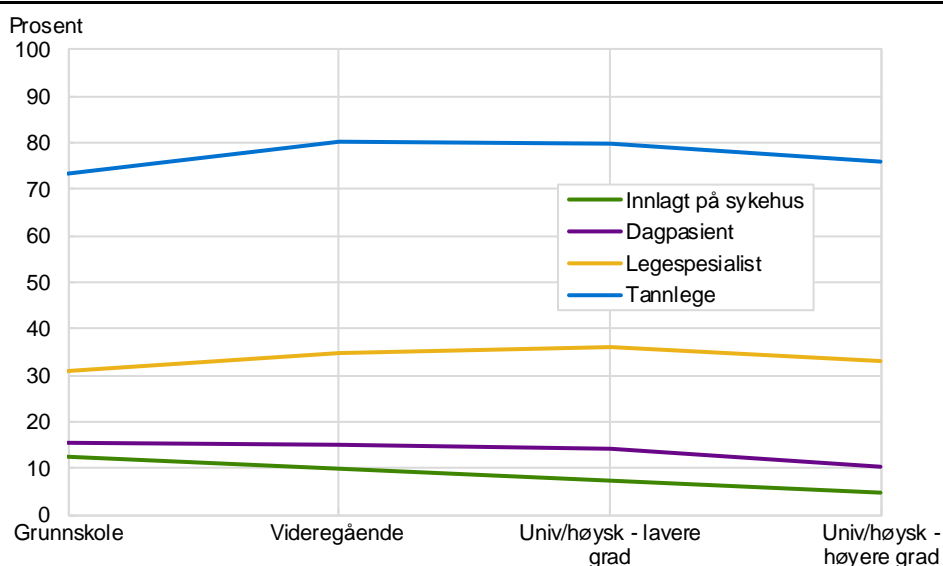
Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

**Jo lavere utdanning, jo flere har vært på sykehus**

15 prosent av dem med grunnskoleutdanning og 5 prosent blant dem med høyeste utdanningsnivå har vært innlagt på sykehus siste år, figur 3.2. Vi finner omtrent samme sammenheng også for dem som har vært dagpasienter på sykehus.

Derimot er det noe flere som bruker legespesialist og tannlegetjenester i grupper med høy utdanning enn i grupper med lav utdanning. Av de med høyeste utdanningsnivå har 33 prosent vært hos legespesialist siste år, mot 31 prosent blant dem med grunnskole som høyeste utdanning, en forskjell på 2 prosentpoeng. Vi ser også at andelen som har vært hos tannlege og legespesialist ikke øker jevnt med utdanningsnivå, men er litt høyere blant dem med videregående skole eller universitets-/høyskoleutdanning av lavere grad enn blant dem med universitets-/høyskoleutdanning av høyere grad (figur 3.2).

**Figur 3.2 Andel 16 år og over som har brukt utvalgte spesialisthelsetjenester og tannlege siste 12 måneder. Utdanning. 2015**



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

Psykiatriske helsetjenester (vært hos psykiater, innlagt på psykiatrisk avdeling, vært hos psykolog siste år) har få brukere i alle utdanningsgrupper. Tallene og

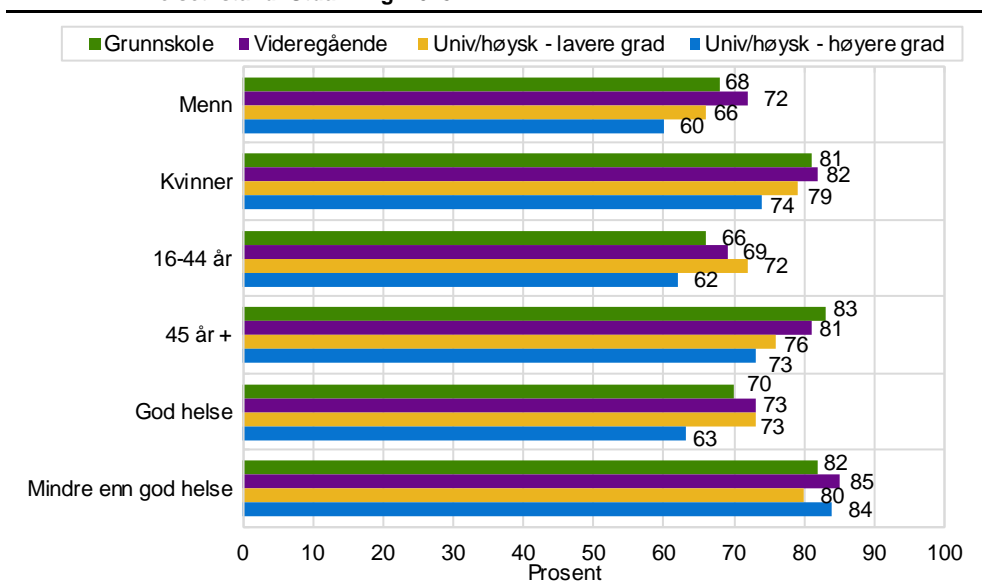
forskjellene etter utdanning er svært små. Det kan se ut til at andelen som har vært hos psykolog er litt høyere blant personer med grunnskoleutdanning enn blant personer med høyere utdanning, henholdsvis 7 og 5 prosent.

### 3.2. Forskjeller etter utdanning blant kvinner og eldre

Vi har sett på om sammenhengen mellom utdanningsnivå og andelen som bruker helsetjenester er den samme når vi ser på yngre og eldre, kvinner og menn, og for personer med god eller mindre enn god helse. Mønsteret er stort sett det samme som beskrevet over, men sammenhengen mellom utdanningsnivå og bruk av helsetjenester er sterkere blant personer 45 år eller eldre, enn blant personer 16-44 år. Kvinner bruker helsetjenester i større grad enn menn. Utdanningsnivå ser ut til å bety mer i kvinners bruk av helsetjenester som fysioterapi, legespesialist, sykehusopphold og psykolog enn for menn.

Det er generelt mer utbredt bruk av allmennlege i lavere utdanningsgrupper. Til tross for større grupper med dårlig helse blant lavt utdannede er det liten forskjell i bruk av allmennlege etter utdanning. For yngre er det en omvendt sosial gradient i bruk av allmennlege, mens det for eldre er en sosial gradient etter utdanning.

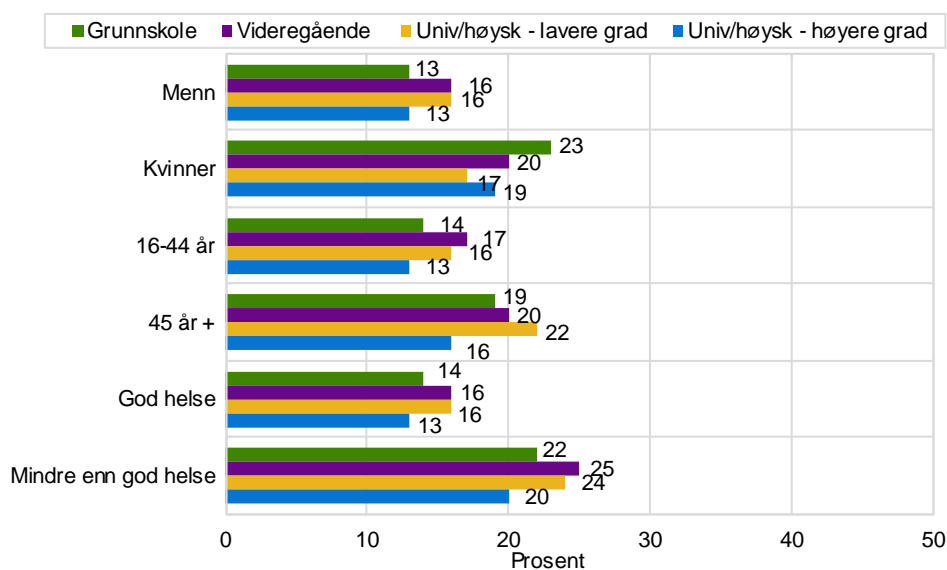
**Figur 3.3** Andel som har vært hos allmennlege siste 12 måneder. Kjønn, alder og helsetilstand. Utdanning. 2015



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

Kvinner bruker mer fysioterapi enn menn og eldre mer enn yngre. Blant eldre er det en omvendt sosial gradient etter utdanning. Det er en litt høyere andel med midlere utdanning som har vært hos fysioterapeut i gruppen med mindre enn god helse.

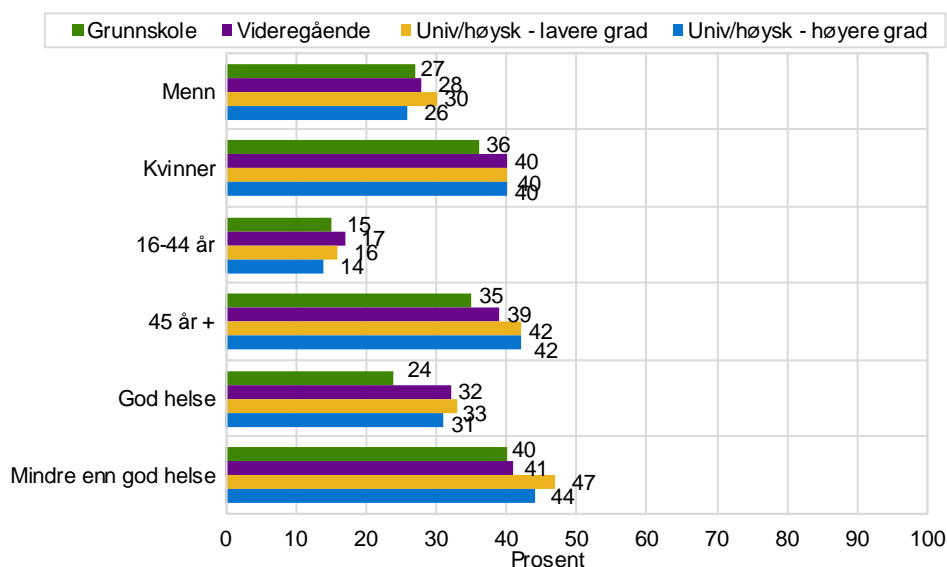
**Figur 3.4 Andel som har vært hos fysioterapeut siste 12 måneder. Kjønn, alder, helsetilstand og utdanning. 2015**



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

Det er kvinner, eldre 45 år og over og grupper med mindre enn god helse som bruker legespesialist i størst grad. Forskjellene etter utdanning er størst blant dem 45 år og over - 42 prosent av eldre med høyere utdanning har vært hos legespesialist siste år, mot 35 prosent av dem med utdanning på grunnskolenivå, en forskjell på 7 prosentpoeng. I gruppen med høyere utdanning og mindre enn god helse er det også mer utbredt bruk av legespesialist sammenliknet med andre grupper.

**Figur 3.5 Andel som har vært hos legespesialist siste 12 måneder. Kjønn, alder, helsetilstand og utdanning. 2015**

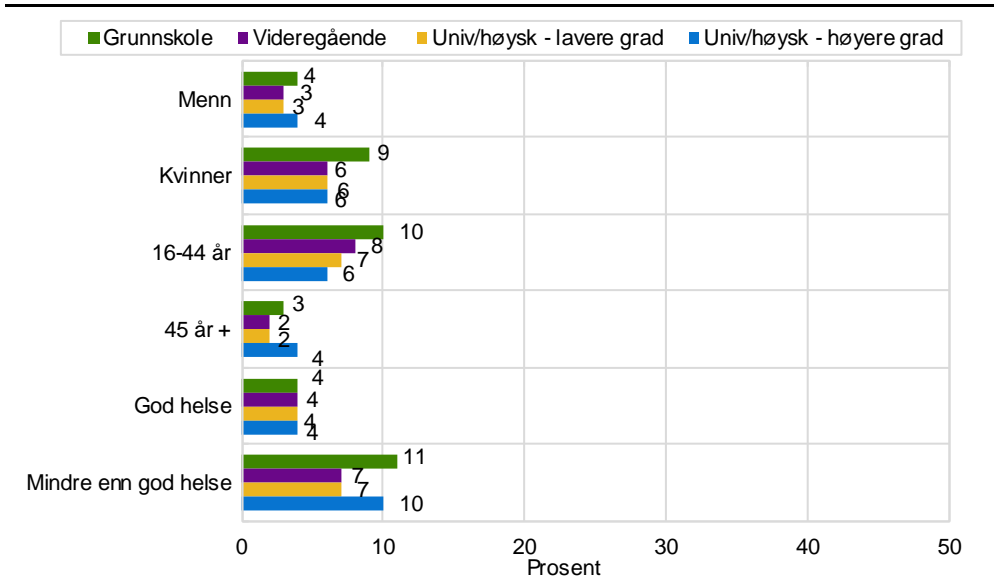


Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

Andelene for bruk av psykolog er små og det gir stor usikkerhet i tallene. Figur 3.6 viser at det er flest kvinner med grunnskoleutdanning som har vært hos psykolog siste år. Blant yngre er det en omvendt sosial gradient etter utdanning. Blant personer med mindre enn god helse er bildet mindre entydig.



**Figur 3.6 Andel som har vært hos psykolog siste 12 måneder. Kjønn, alder og helsetilstand. Utdanning. 2015**

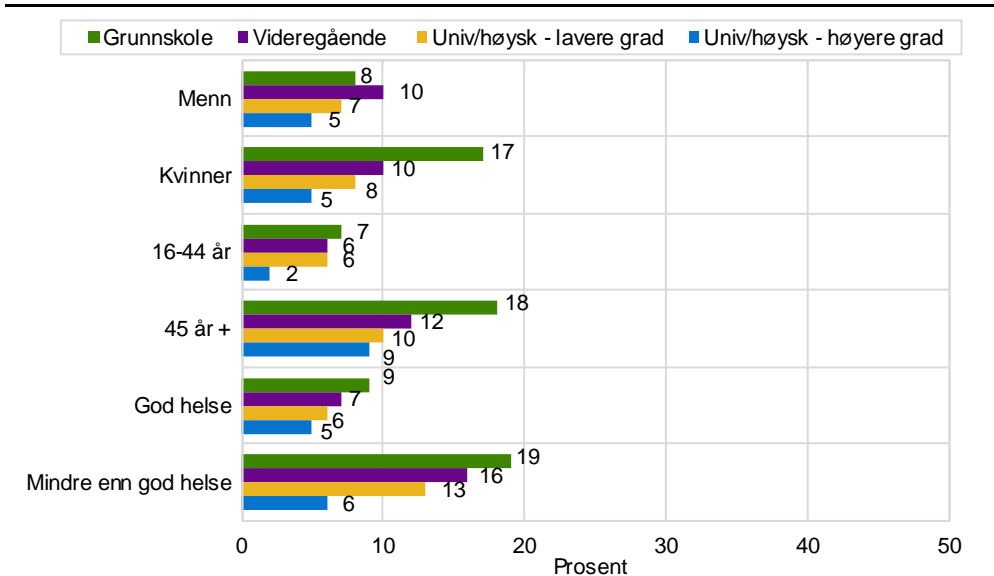


Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

### 3.3. Flest med lav utdanning på sykehus

Det er eldre og kvinner med grunnskoleutdanning som blir innlagt på sykehus i størst grad (fødsler er ikke regnet med). I disse gruppene er det en tydelig sosial gradient etter utdanning. I gruppen med mindre enn god helse er det klart flest med lavere utdanning som har vært innlagt siste år. Mens 19 prosent av dem med grunnskoleutdanning og mindre enn god helse har ligget på sykehus siste år, har kun 6 prosent i gruppen med høyeste utdanning og mindre enn god helse vært innlagt, en forskjell mellom gruppene på 13 prosentpoeng.

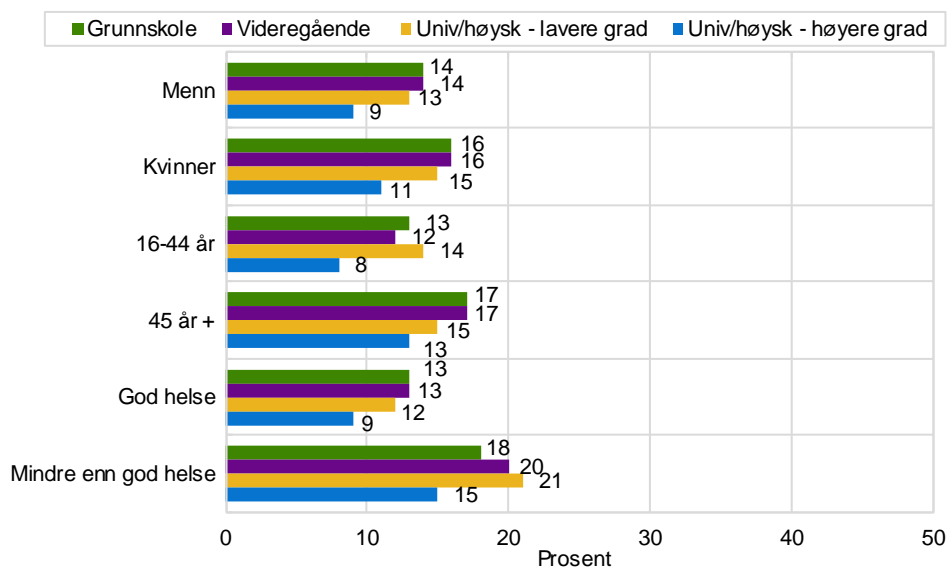
**Figur 3.7 Andel som har vært innlagt på sykehus siste 12 måneder (ikke fødsler). Kjønn, alder og helsetilstand. Utdanning. 2015**



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

Det er også flest i lavere utdanningsgrupper som har hatt dagopphold på sykehus etter utdanning. I gruppen med mindre enn god helse er det en sosial gradient etter utdanning. Det er imidlertid lavere andeler i høyeste utdanningsgruppe uavhengig av kjennetegn som har hatt dagopphold på sykehus. I gruppen med mindre enn god helse er det en klar sosial gradient i dagopphold.

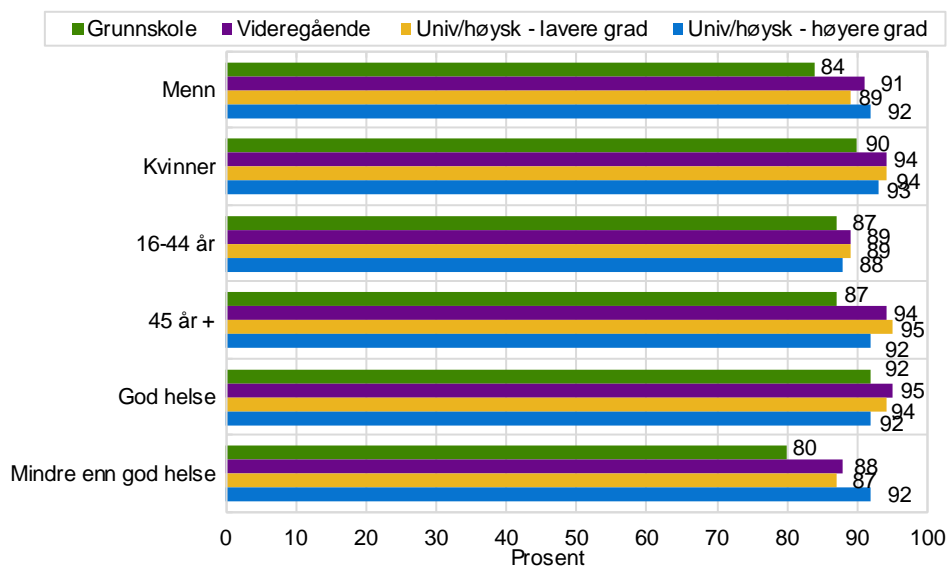
**Figur 3.8 Andel som har vært dagpasient på sykehus siste 12 måneder. Kjønn, alder og helsetilstand. Utdanning. 2015**



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

Godt over 80 prosent i alle grupper har vært hos tannlege siste 2 år. Det ses imidlertid en tydelig sosial gradient etter utdanning i bruk av tannlege blant eldre 45 år og over og i gruppen med mindre enn god helse. Andelen som har vært hos tannlege siste to år er gjennomgående lavere for dem med grunnskoleutdanning. Blant yngre er det er så å si ingen forskjell etter utdanningsnivå.

**Figur 3.9 Andel som har vært hos tannlege siste 2 år. Kjønn, alder og helsetilstand. Utdanning. 2015**



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

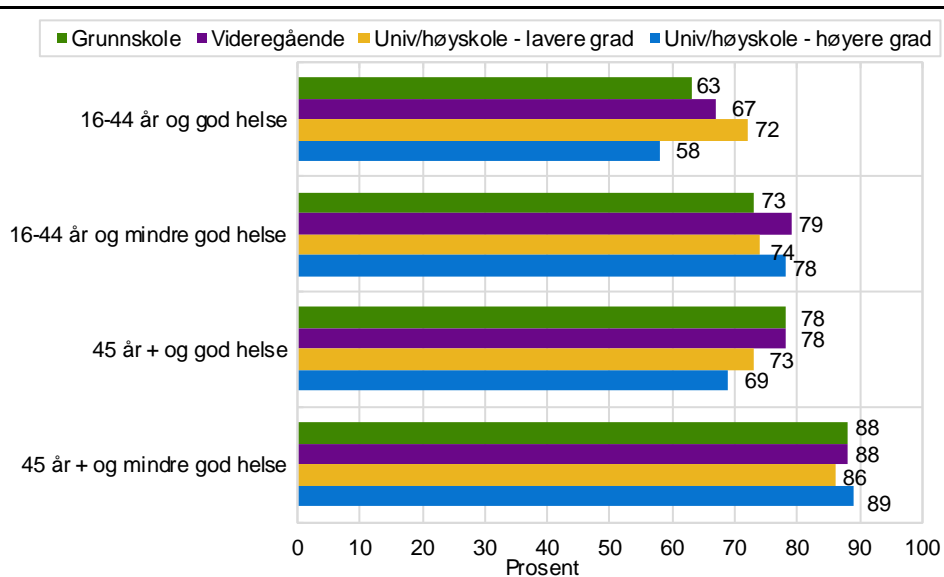
### 3.4. Eldre og syke med lav utdanning bruker mest helsetjenester

I de følgende figurene er «unge og syke» stilt sammen med «eldre og syke» for å illustrere at tjenestebruken i den siste gruppen både er høyere og har sterkere sammenheng med utdanningsnivå. Forskjellene mellom utdanningsgruppene følger det samme mønsteret som beskrevet over, men forskjellene mellom utdanningsgruppene blir mindre når vi bruker mindre enn god helse som behovsmål. Det ser ikke ut til at sammenhengen mellom utdanningsnivå og bruk av helsetjenester

påvirkes særlig av om man har et stort eller mindre behov for helsetjenester, målt som god eller mindre god helse.

Allmennlegen brukes i utstrakt grad av alle grupper. Det ser ikke ut til å være særlige sosiale forskjeller i bruksmønsteret av allmennlege for dem med mindre enn god helse etter utdanning. I gruppen yngre med god helse øker bruk av allmennlegetjenester med utdanningsnivå opp til høyere utdanning av lavere grad - en forskjell på 9 prosentpoeng. Sammenhengen er omvendt blant eldre (45 år og over) der grupper med lavere utdanning bruker tjenesten i større grad enn grupper med høy utdanning, en forskjell på 10 prosentpoeng.

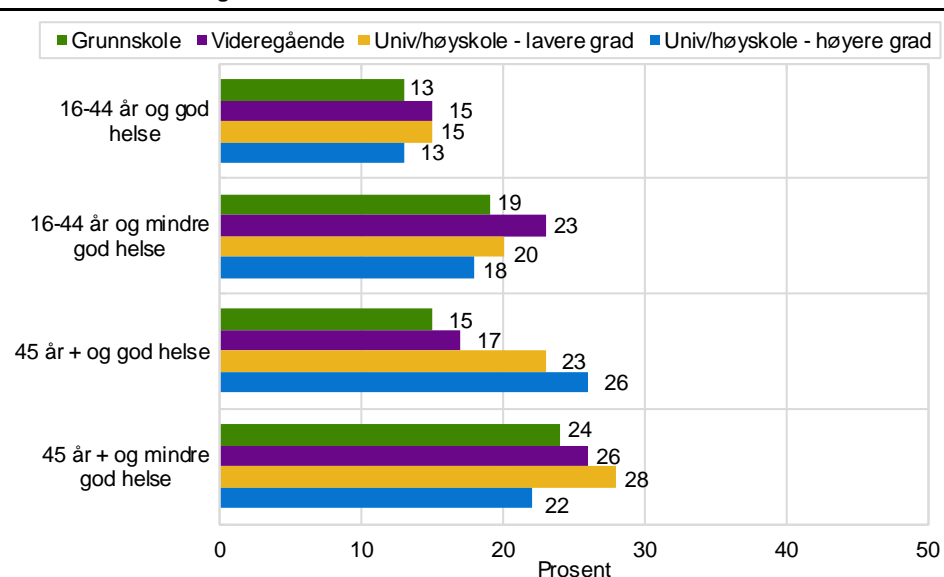
**Figur 3.10 Andel som vært hos allmennlege/fastlege siste 12 måneder. Alder og helsetilstand. Utdanning. 2015**



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

Det er litt høyere bruk av fysioterapitjenester i midlere utdanningsgrupper blant yngre. I gruppen 45 år og over med god helse er det snakk om en sosial gradient - en forskjell på 11 prosentpoeng mellom laveste og høyeste utdanningsgruppe. For eldre med mindre enn god helse er det også en sosial gradient i bruk av fysioterapi etter utdanning.

**Figur 3.11 Andel som vært hos fysioterapeut siste 12 måneder. Alder og helsetilstand. Utdanning. 2015**

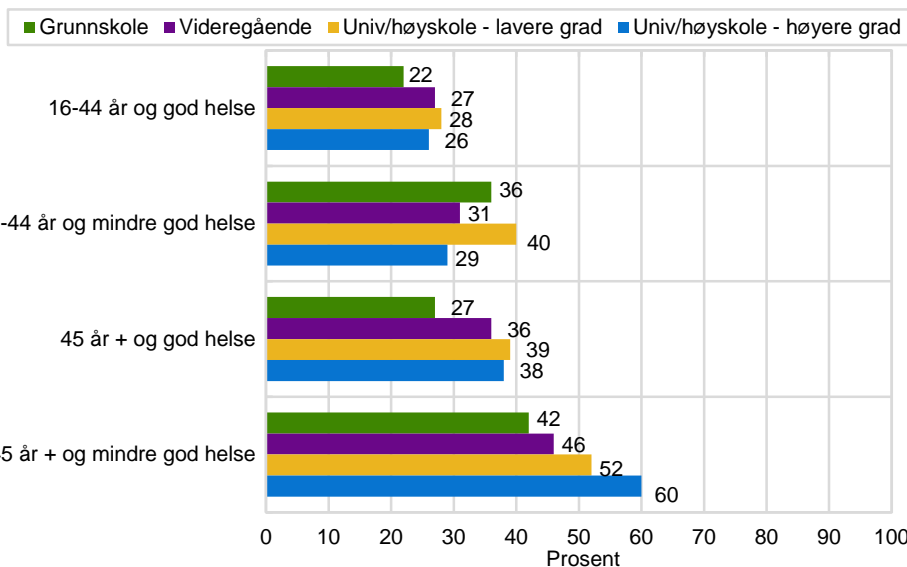


Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

### Eldre med mindre enn god helse - sosial gradient etter utdanning

Når vi ser på eldre (45 år og over) bruker de med høy utdanning i større grad legespesialist sammenliknet med grupper med lavere utdanning. I gruppen 45 år og eldre med mindre enn god helse er det en forskjell på 18 prosentpoeng mellom laveste og høyeste utdanningsgruppe. At den sosiale gradienten slår inn for denne tjenesten kan ha sammenheng med kommunikasjonen med allmennlegen/fastlegen og henvisningspraksis eller at høyutdanningsgrupper har et nettverk som gjør at de har lettere tilgang til legespesialister enn grupper med grunnskoleutdanning.

**Figur 3.12** Andel som vært hos legespesialist siste 12 måneder. Alder og helsetilstand. Utdanning. 2015<sup>1</sup>

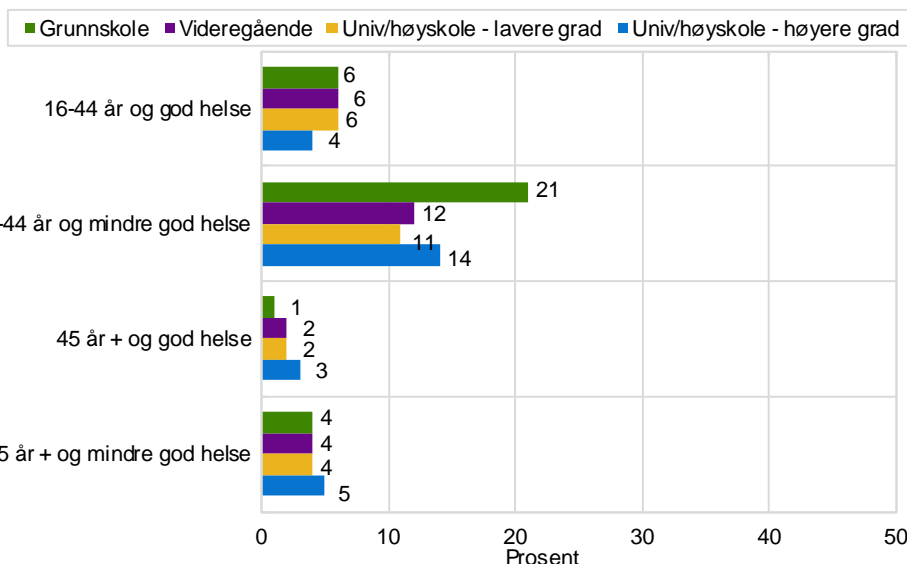


Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

<sup>1</sup> Rettet 15. august 2017.

Det er yngre med mindre god helse som har vært hos psykolog siste år.

**Figur 3.13** Andel som vært hos psykolog siste 12 måneder. Alder og helsetilstand. Utdanning. 2015

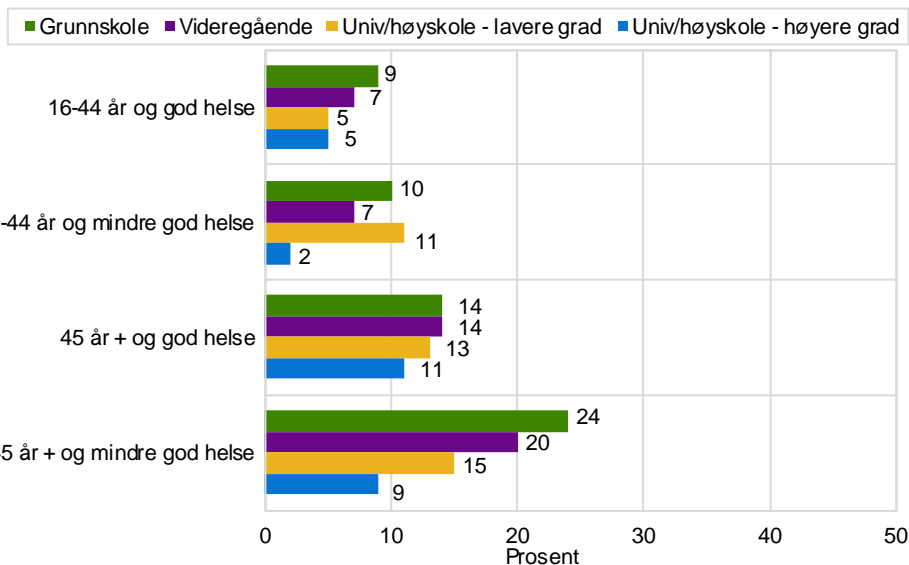


Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

Grupper med høyeste utdanning har i mindre grad vært innlagt på sykehus sammenliknet med personer med grunnskole som høyeste utdanning. Det er noe lavere andeler blant yngre i høyere utdanningsgrupper som har ligget på sykehus. I gruppen yngre med mindre enn god helse er det en sosial gradient etter utdanning med unntak av den høyeste utdanningsgruppen. I eldre aldersgrupper med mindre

enn god helse er det liten forskjell etter utdanning i andelen som har ligget på sykehus.

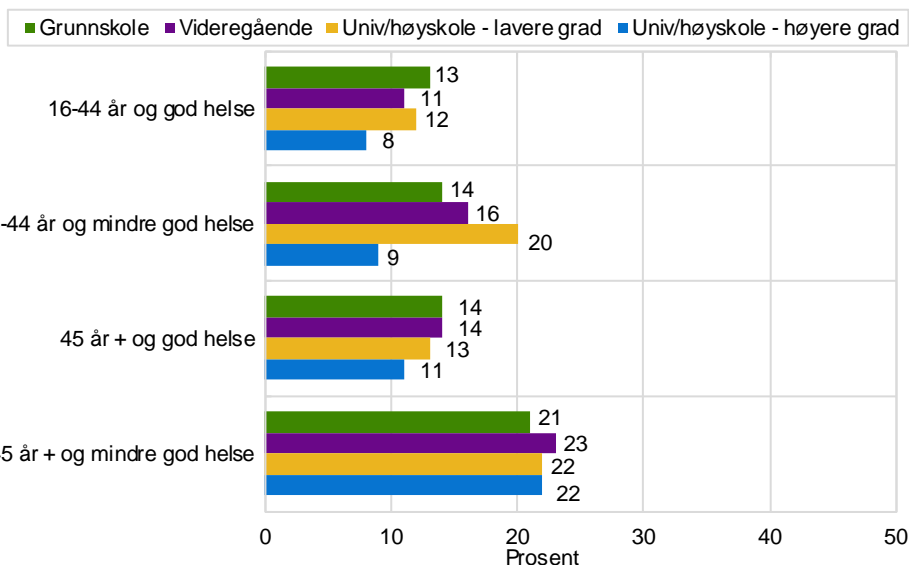
**Figur 3.14 Andel som vært innlagt på sykehus siste 12 måneder. Alder og helsetilstand. Utdanning. 2015**



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

For dagopphold på sykehus er det et liknende bruksmønster som for sykehusinnleggelse. Det er en sosial gradient blant unge 16-44 år med mindre enn god helse etter utdanning, med unntak av den høyeste utdanningsgruppen. Blant eldre med mindre enn god helse er det kun små forskjeller.

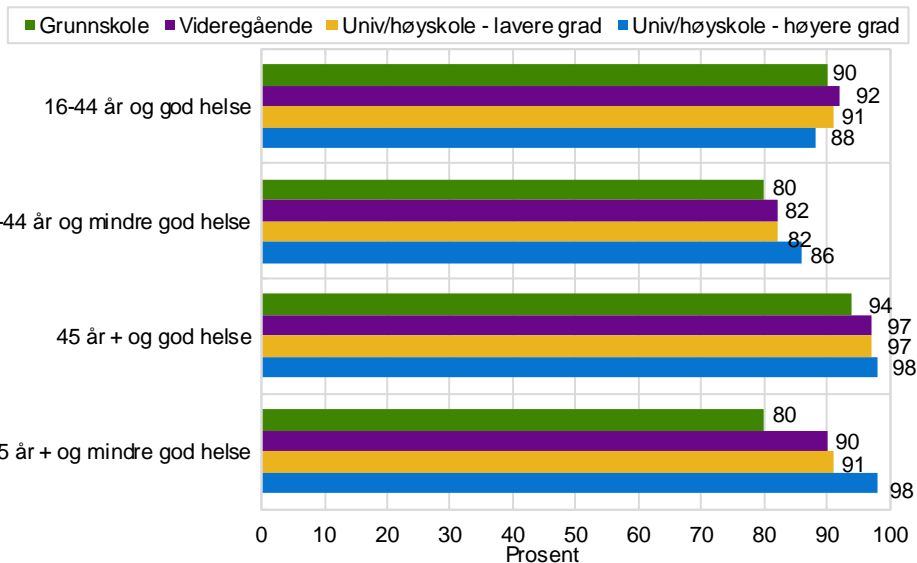
**Figur 3.15 Andel som har hatt dagopphold på sykehus siste 12 måneder. Alder og helsetilstand. Utdanning. 2015**



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

For tannlegebruk er det større forskjeller i grupper med mindre enn god helse. Blant eldre med mindre enn god helse er det en forskjell på 18 prosentpoeng mellom laveste og høyeste utdanningsgruppe.

**Figur 3.16 Andel som har vært til tannlege siste 2 år. Alder og helsetilstand. Utdanning. 2015**

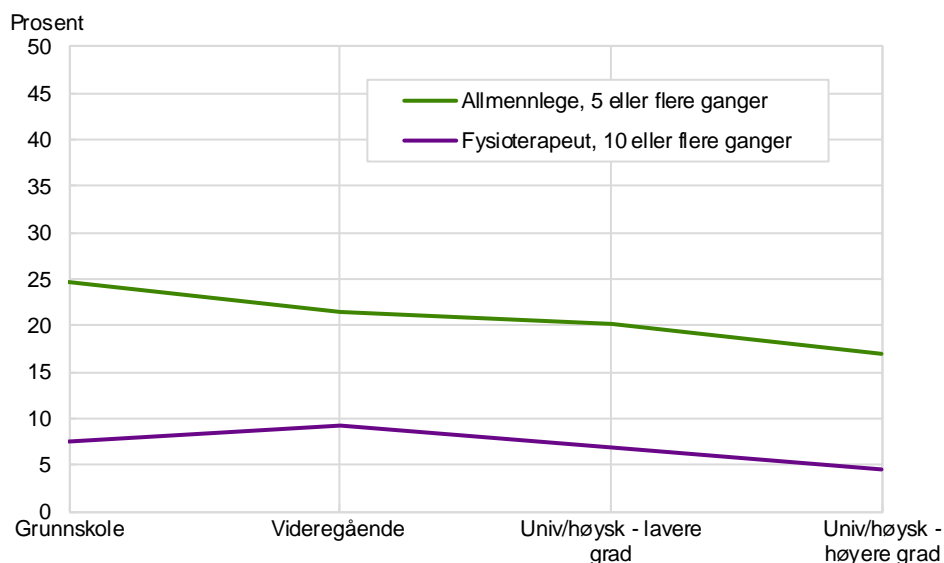


Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

### 3.5. Mindre sosiale forskjeller i bruk av helsetjenester blant «storbrukere»

De mønstrene vi har vist for sammenheng mellom utdanningsnivå og for om man bruker ulike helsetjenester, ser ut til å gjelde langt på vei også for dem som bruker tjenestene flere ganger per år (se figur 3.1 og 3.2 for bruk av tjenestene siste år).

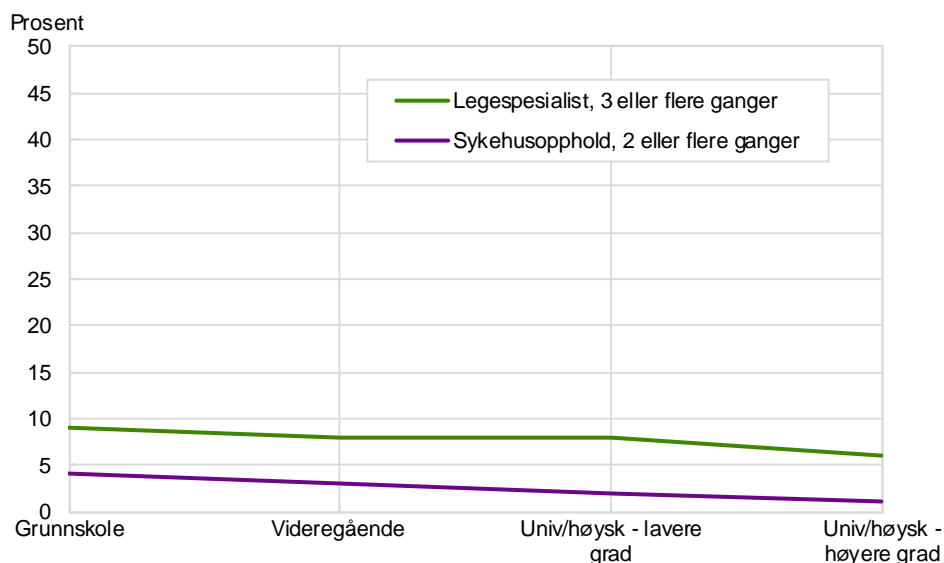
**Figur 3.17 Andel som har brukt allmennlegetjenesten eller fysioterapeut flere ganger siste 12 måneder. Utdanning. 2015**



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

Sammenhengen mellom bruk av allmennlege fem eller flere ganger siste år og utdanning går i samme retning som for dem som har brukt tjenesten en eller flere ganger siste år. Forskjellen mellom laveste og høyeste utdanningsnivå opprettholdes – en forskjell på 8 prosentpoeng. Omtrent den samme sammenhengen finner vi for dem som har vært hos fysioterapeut ti eller flere ganger siste år. Retningen på sammenhengen er den samme, og forskjellen mellom høyeste og laveste utdanningsgruppe opprettholdes på 3 prosentpoeng.

**Figur 3.18 Andel som har vært hos legespesialist eller vært innlagt på sykehus flere ganger siste 12 måneder. Utdanning, 2015**



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

Andelen som har vært innlagt på sykehus to eller flere ganger siste år har også samme retning som for dem som har vært innlagt en eller flere ganger, men tallene er langt lavere. Det er en noe høyere andel som har ligget på sykehus blant dem med laveste utdanningsnivå og lavest blant dem med høyeste utdanningsnivå – se for øvrig figur 3.2 for oversikt over alle sykehusinnleggelsene siste år.

Forskjellen i bruk av legespesialist en eller flere ganger siste år mellom utdanningsgruppene forsvinner når vi ser på andelen som har brukt tjenestene tre eller flere ganger siste år.

### 3.6. Oppsummert

Lavt utdannede bruker generelt sett helsetjenester i større grad enn grupper med høyere utdanning. Det gjelder primært tjenester som allmennlege og innleggelse på sykehus. Yngre med lav utdanning har i større grad vært hos psykolog. Det er en sosial gradient etter utdanning i bruk av fysioterapeut blant eldre, med unntak av gruppen med høyeste utdanning. Kontrollert for helsetilstand er det liten forskjell i bruk av fysioterapeut blant yngre, men en klar sosial gradient blant eldre. Grupper med høyere utdanning har i større grad vært hos legespesialist og tannlege.

I grupper med mindre enn god helse er det mindre forskjeller mellom utdanningsgruppene for de fleste tjenestene. Størst forskjeller er det imidlertid blant eldre 45 år og over. Blant yngre er ikke forskjellene i helsetjenestebruk etter utdanning like markert. Det gjelder bruk av tjenester som fysioterapi, legespesialist og sykehusinnleggelsene. Blant eldre er det en tydelig sosial gradient i bruk av tjenester som fysioterapi, legespesialist og dagopphold på sykehus. Det er lavere utdanningsgrupper som blir innlagt på sykehus i størst grad. Psykolog brukes i størst grad av unge med lav utdanning og mindre enn god helse.

## 4. Forskjeller i helsetjenestebruk - et spørsmål om økonomi?

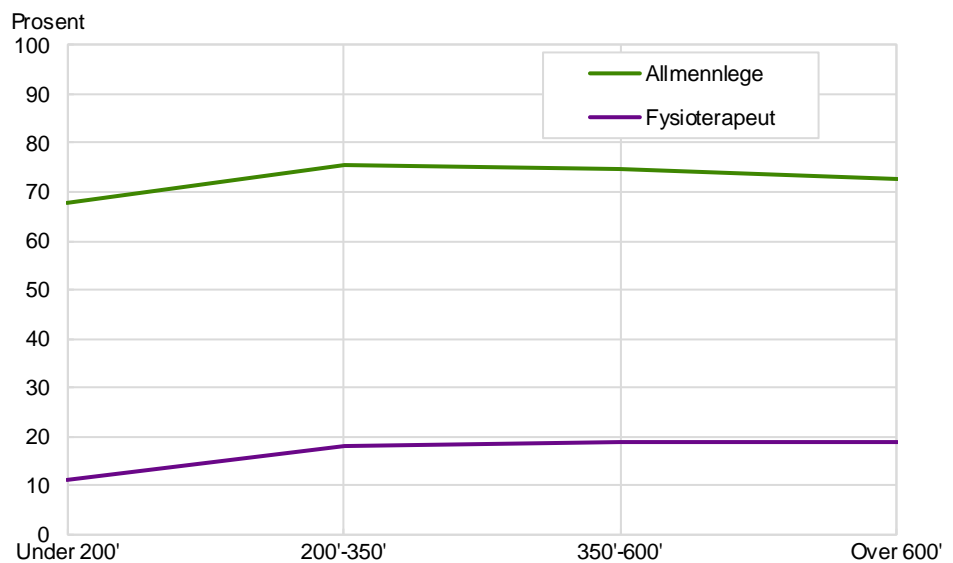
Det ser ut til å være en mer tydelig sammenheng mellom inntektsnivå og bruk av helsetjenester enn mellom utdanningsnivå og helsetjenestebruk. Bruk av tjenestetyper med høy egenbetaling, som tannlege og legespesialist, ser ut til å være høyere i grupper med høy inntekt.

### Inntekt etter skatt per forbruksenhet, OECD ekvivalensskala

Summen av husholdningens skattepliktige og skattefrie inntekter, fratrukket skatt, fordelt på antall forbruksenheter i husholdningen. Antall forbruksenheter er beregnet ved bruk av OECDs ekvivalensskala, der første voksne får vekt lik 1, neste voksne vekt lik 0,5, mens hvert barn får vekt lik 0,3. Disse forbruksvektene skal både ta hensyn til at store husholdninger trenger høyere inntekt enn små for å ha tilsvarende levestandard, samt at store husholdninger vil ha stordriftsfordeler når det gjelder flere levekostnader. Ifølge denne ekvivalensskalaen må en husholdning på to voksne og to barn ha en husholdningsinntekt som er 2,1 ganger så høy som en enslig for å ha samme økonomiske velferd. OECDs definisjon gir tilsvarende en medianinntekt per forbruksenhet i treårsperioden 2009-2011 som omregnet til faste priser i gjennomsnitt var på 252 000 kroner.

Det er langt færre i den laveste inntektsgruppen som har vært hos allmennlege eller hos fysioterapeut siste år sammenliknet med øvrige inntektsgrupper. Det ser ikke ut til å være noen forskjell i tjenestebruk etter inntekt for allmennlege og fysioterapeut for dem som bor i hushold med inntekt over 200 000 kroner etter skatt per forbruksinntekt (figur 4.1).

**Figur 4.1** Andel som har brukt allmennlege og fysioterapeut siste 12 måneder. Inntekt etter skatt per forbruksenhet. 2015

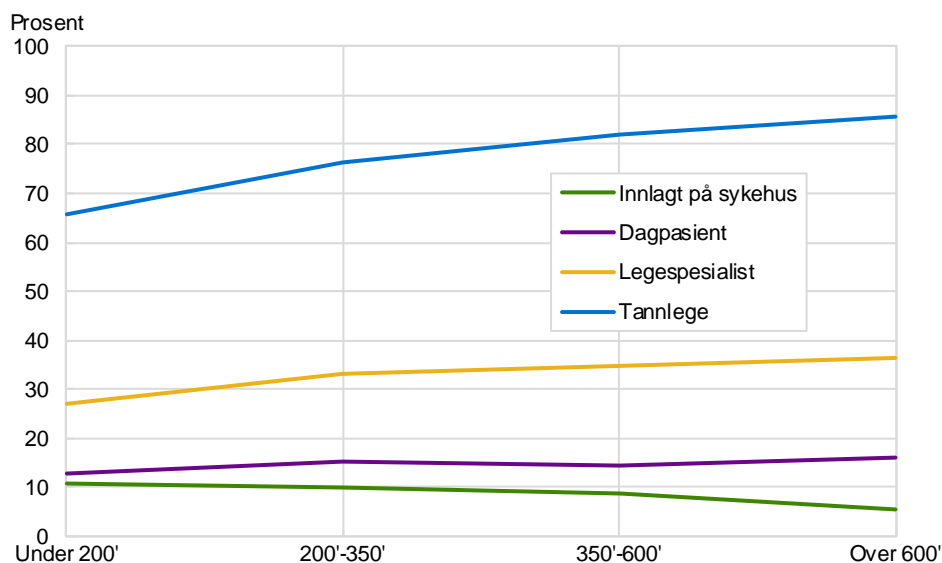


Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

Det er imidlertid en klar sosial gradient etter inntekt i bruk av tannlegetjenester. Det er flest som har vært hos tannlege siste år blant dem med høyest inntekt. Det samme gjelder for bruk av legespesialist. I den laveste inntektsgruppen hadde 27 prosent vært hos spesialist, sammenliknet med vel 35 prosent i grupper med inntekter over 350 000 i året. Andelen som har vært innlagt på sykehus ser derimot ut til å være mindre jo høyere inntekt man har, figur 4.2.



**Figur 4.2 Andel som har brukt utvalgte spesialisthelsetjenester og tannlege siste 12 måneder. Inntekt etter skatt per forbruksenhet. 2015**

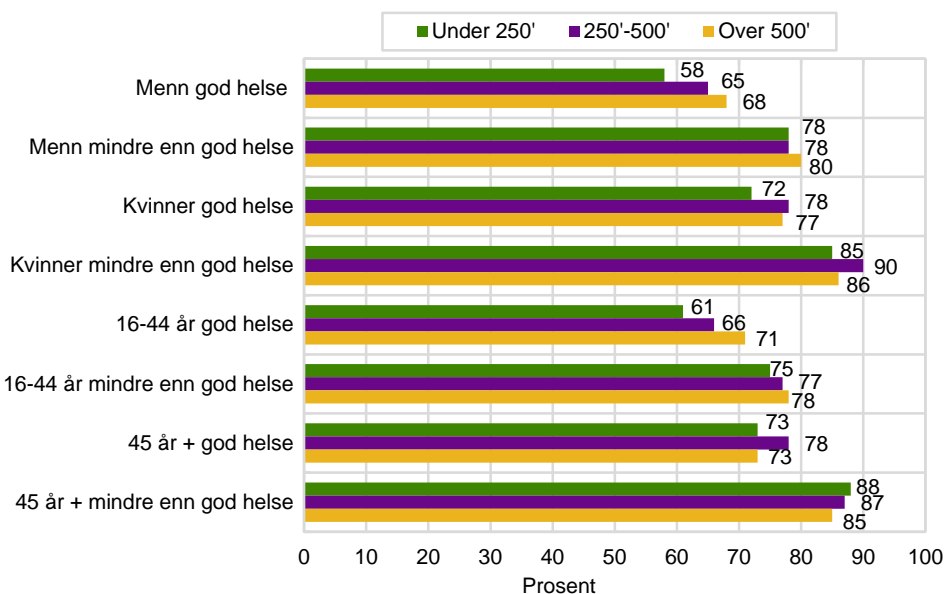


Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

Forskjellene i helsetjenestebruk etter inntekt reduseres når det kontrolleres for helsetilstand. Det gjelder tjenester som allmennlege, dagopphold på sykehus og fysioterapitjenester. For de aller fleste helsetjenestene referert i det følgende er bruksmønsteret etter inntekt tilnærmet likt om de har brukt tjenesten en gang siste år eller om de har brukt tjenesten flere ganger, men forskjellene er mindre.

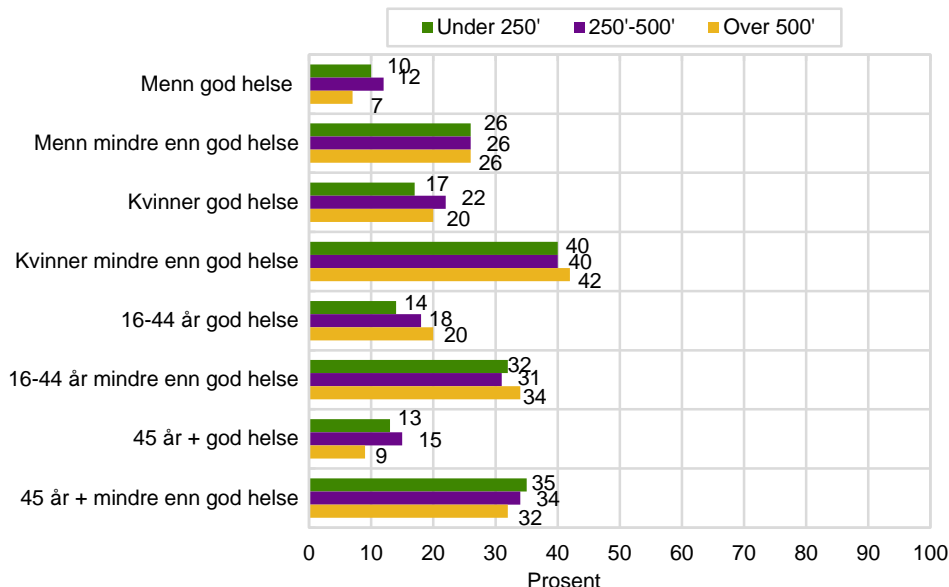
Forskjellen i bruk av allmennlegetjenester mellom inntektsgruppene er større for dem som har god helse enn for grupper som har mindre enn god helse. For andre helsetjenester er forskjellene etter inntekt størst i gruppen med mindre enn god helse. Ved flere gangers bruk av allmennlege blir forskjellene etter inntekt vesentlig redusert. Det er i større grad kvinner med mindre enn god helse enn menn med mindre enn god helse som har vært hos allmennlegen flere ganger siste år.

**Figur 4.3 Andel som har vært hos allmennlege/fastlege siste 12 måneder. Kjønn, alder og helsetilstand. Inntekt etter skatt per forbruksenhet. 2015**



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

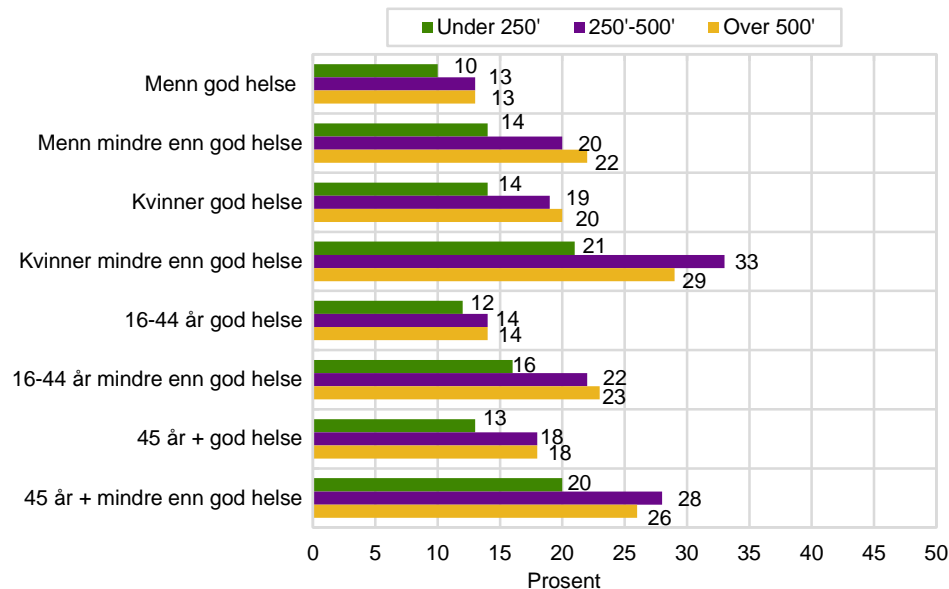
**Figur 4.4** Andel som har vært fem eller flere ganger hos allmennlege/fastlege siste 12 måneder. Kjønn, alder og helsetilstand. Inntekt etter skatt per forbruksenhet, 2015



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

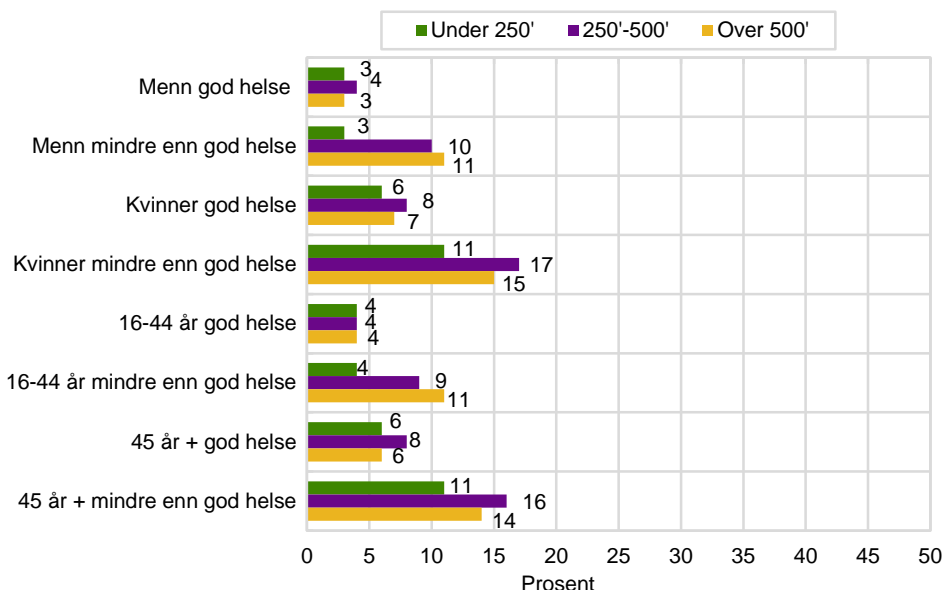
I alle grupper øker bruk av fysioterapitjenester med inntekt. I gruppen med mindre enn god helse er forskjellene større, og det er grupper med høyere inntekter og mindre enn god helse som bruker fysioterapeut i størst grad. For ti eller flere gangers bruk av fysioterapeut er det liten forskjell etter inntekt for grupper med god helse, men en klar sosial gradient i grupper med mindre enn god helse.

**Figur 4.5** Andel som har vært hos fysioterapeut siste 12 måneder. Kjønn, alder og helsetilstand. Inntekt etter skatt per forbruksenhet, 2015



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

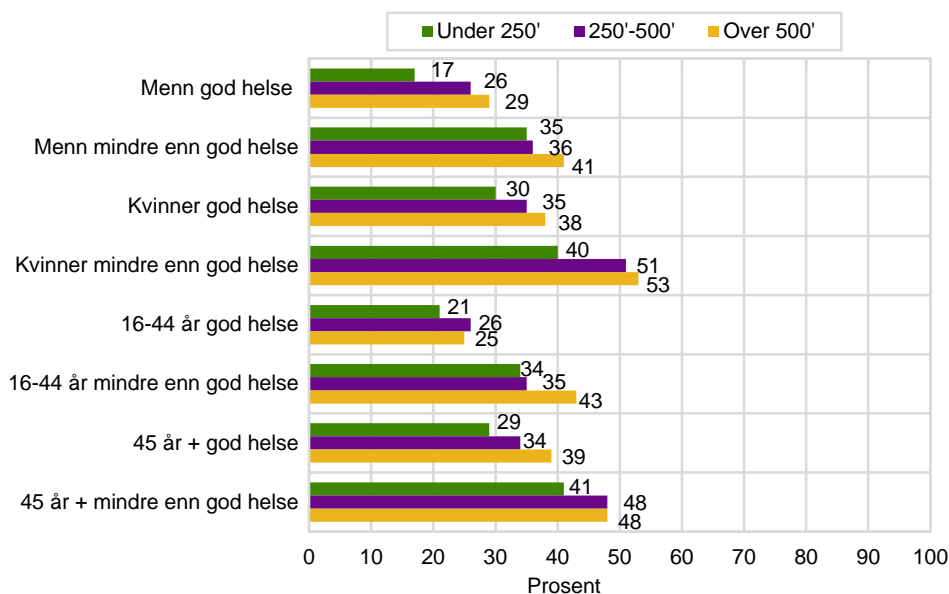
**Figur 4.6** Andel som vært hos fysioterapeut ti eller flere ganger siste 12 måneder. Kjønn, alder og helsetilstand. Inntekt etter skatt per forbruksenhet, 2015



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

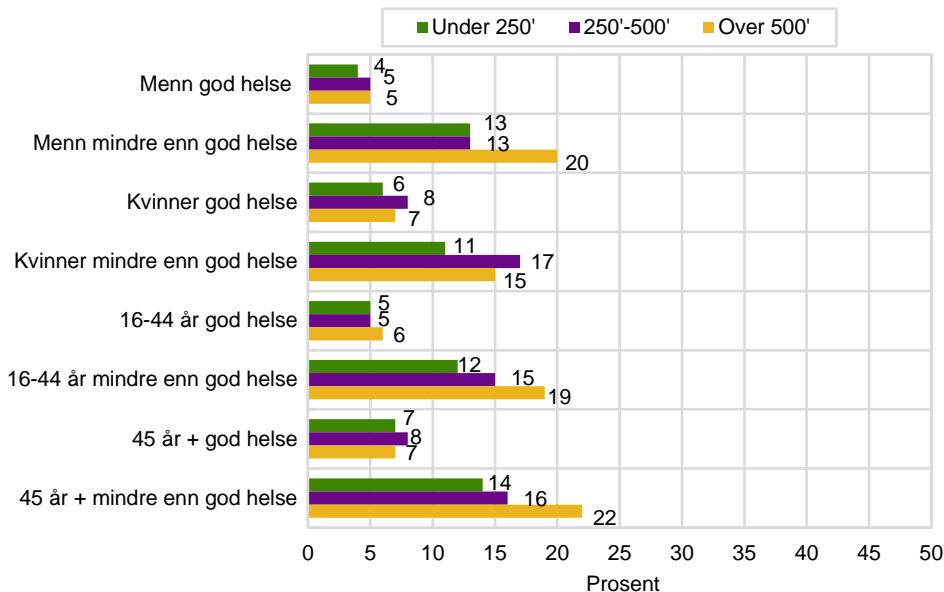
For bruk av spesialisthelsetjenester er det en klar sosial gradient etter inntekt i de fleste gruppene. For flere gangers bruk legespesialist forsterkes den sosiale gradienten i bruk av legespesialist for grupper med mindre enn god helse, mens forskjellen i bruk reduseres for dem med god helse.

**Figur 4.7** Andel som har vært hos legespesialist siste 12 måneder. Kjønn, alder og helsetilstand. Inntekt etter skatt per forbruksenhet, 2015



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

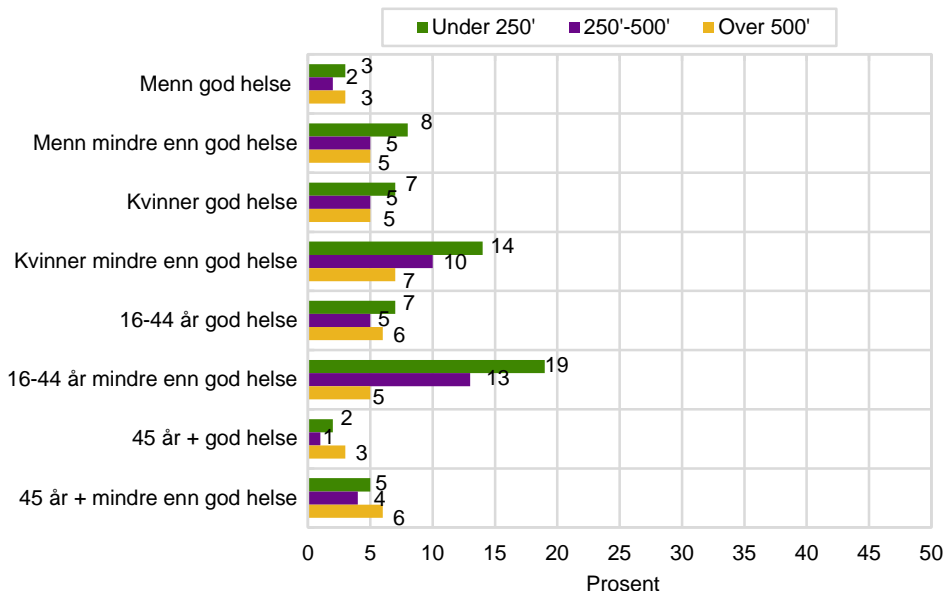
**Figur 4.8 Andel som har vært tre eller flere ganger hos legespesialist siste 12 måneder. Kjønn, alder og helsetilstand. Inntekt etter skatt per forbruksenhet, 2015**



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

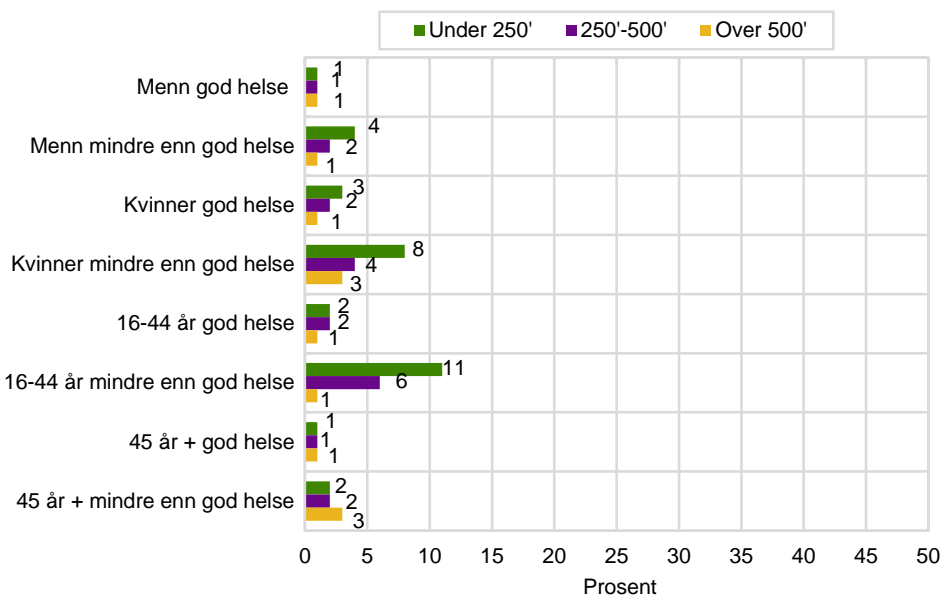
Også for bruk av psykolog er det liten forskjell etter inntekt i grupper med god helse. I grupper med mindre enn god helse er det en omvendt sosial gradient. Det er lavinntektsgrupper med mindre enn god helse som i størst grad har brukt psykologtjenester flere ganger i løpet av et år. Særlig gjelder dette for kvinner og yngre med mindre enn god helse.

**Figur 4.9 Andel som har vært hos psykolog siste 12 måneder. Kjønn, alder og helsetilstand. Inntekt etter skatt per forbruksenhet, 2015**



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

**Figur 4.10 Andel som har vært ti eller flere ganger hos psykolog siste 12 måneder. Helsetilstand, kjønn, alder og inntekt etter skatt per forbruksenhet, 2015**

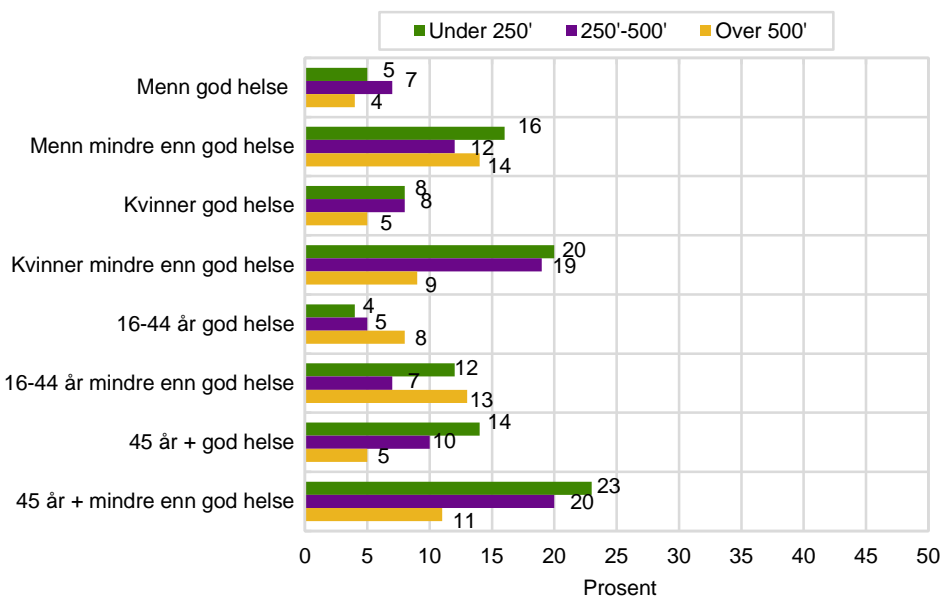


Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

Det er lavinntektsgrupper som blir innlagt på sykehus i størst grad (figur 4.11). I grupper med god helse er det relativt liten forskjell mellom inntektsgruppene, mens kontrollert for helsetilstand er det kvinner og personer 45 år og eldre i lavere inntektsgrupper som har ligget på sykehus (fødsler er ikke regnet med). For yngre med god helse er det en sosial gradient i sykehusinnleggelser.

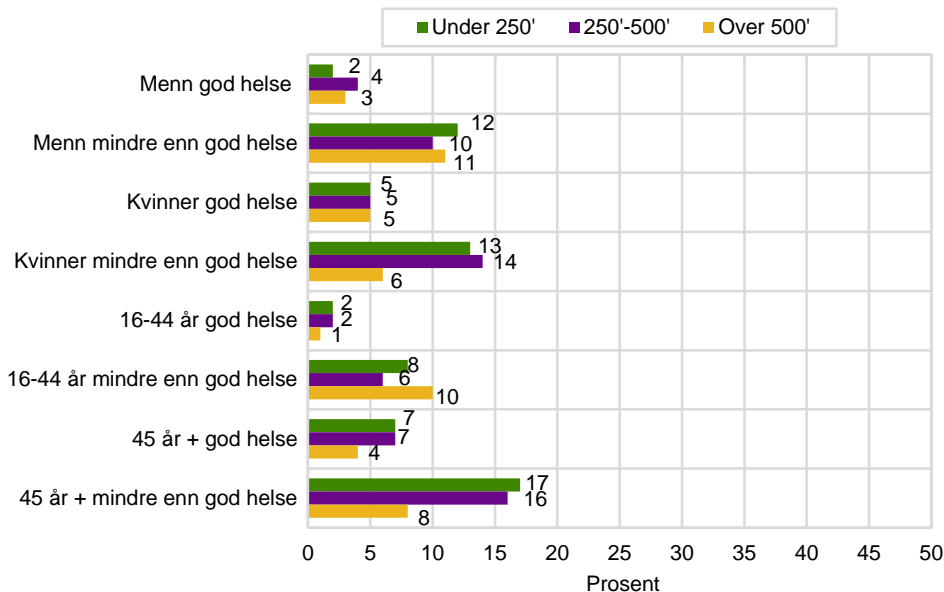
Hvis vi ser på grupper som har vært innlagt fem døgn eller mer siste år er det flest blant eldre 45 år og over i inntektsgrupper under 500 000. Blant menn med mindre enn god helse er det like høye andeler som har ligget på sykehus uavhengig av inntekt, mens det er en omvendt sosial gradient etter inntekt for kvinner som har vært innlagt fem eller flere døgn siste år.

**Figur 4.11 Andel som har vært innlagt på sykehus siste 12 måneder (ikke fødsler). Kjønn, alder og helsetilstand. Inntekt etter skatt per forbruksenhet, 2015**



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

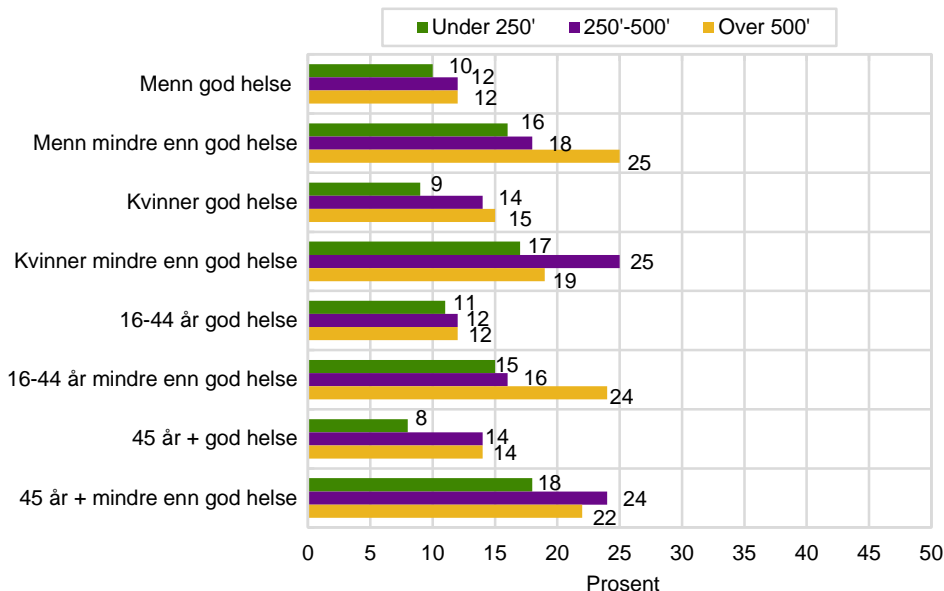
**Figur 4.12 Andel som har vært innlagt på sykehus fem eller flere døgn siste 12 måneder (ikke fødsler). Kjønn, alder og helsetilstand. Inntekt etter skatt per forbruksenhet, 2015**



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

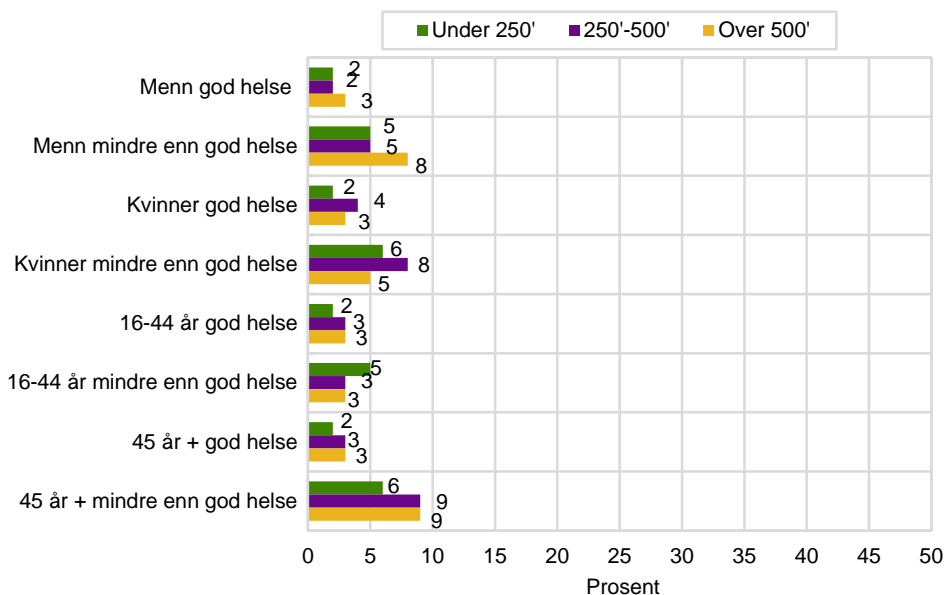
Det er flest med mindre enn god helse i høyere inntektsgrupper som har hatt dagopphold på sykehus siste år. Det er relativt lave andeler som har hatt tre eller flere dagopphold på sykehus siste år. Det er liten forskjell etter inntekt i grupper med god helse, mens bruksmønsteret i gruppen med mindre enn god helse varierer noe med kjønn og alder.

**Figur 4.13 Andel som har vært på sykehus til dagbehandling siste 12 måneder. Kjønn, alder og helsetilstand. Inntekt etter skatt per forbruksenhet, 2015**



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

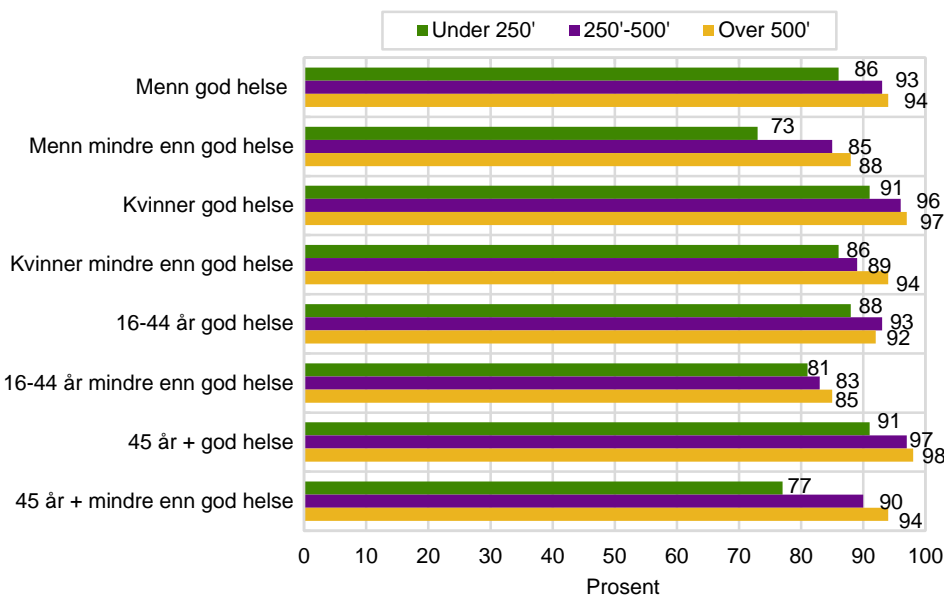
**Figur 4.14** Andel som har vært på sykehus til dagbehandling tre eller flere ganger siste 12 måneder. Kjønn, alder og helsetilstand. Inntekt etter skatt per forbruksenhet, 2015



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

For de fleste grupper har godt over 80 prosent vært hos tannlege siste to år. Det er imidlertid en klar sosial gradient i tjenestebruken uavhengig av helsetilstand. Andelen som har vært hos tannlege siste to år er lavest for menn og eldre med lav inntekt og mindre enn god helse, henholdsvis 73 og 77 prosent.

**Figur 4.15** Andel som har vært hos tannlege siste to år. Kjønn, alder og helsetilstand. Inntekt etter skatt per forbruksenhet, 2015



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

### 4.1. Oppsummert

Det er liten forskjell etter inntekt i bruk av ulike tjenester i grupper med god helse, mens det er en klar sosial gradient i tjenestebruk etter inntekt for grupper med mindre enn god helse, særlig blant eldre. Forskjellene er ikke like tydelige blant yngre.

Justert for behov er sammenhengen mellom inntekt og bruk av legespesialist og fysioterapi langt sterkere sammenliknet med bruksmønsteret for

allmennlegetjenester. For flere gangers bruk av disse tjenestene er det en klar sosial gradient etter inntekt i grupper med mindre enn god helse. Det er en klar sosial gradient i bruk av tannlege etter inntekt, uavhengig av helsetilstand.

For bruk av psykolog er det en omvendt sosial gradient i grupper med mindre enn god helse. Det er i størst grad unge med lav inntekt som har vært hos psykolog ti eller flere ganger i løpet av et år. Grupper med lav inntekt har også i større grad hatt sykehusopphold enn grupper med høy inntekt. Det er særlig kvinner og eldre med mindre enn god helse som har ligget fem eller flere døgn på sykehus siste år.



## 5. Bruk av legemidler

Bruk av legemidler gjenspeiler sykdommer og helseproblemer i befolkningen. Vi har vist at det er forskjell mellom sosioøkonomiske grupper i helsetilstand og i bruk av enkelte helsetjenester, men finner vi også forskjeller mellom gruppene i bruk av legemidler? En studie fra Folkehelseinstituttet i 2012 basert på opplysninger fra reseptregisteret viser at personer med lav utdanning fikk utlevert mer legemidler på apoteket enn dem med høy utdanning. Målt i kroner fikk grunnskoleutdannede utlevert omtrent 2,5 ganger så mye legemidler som forskerutdannede, både kvinner og menn (Hjellvik m.fl. 2012).

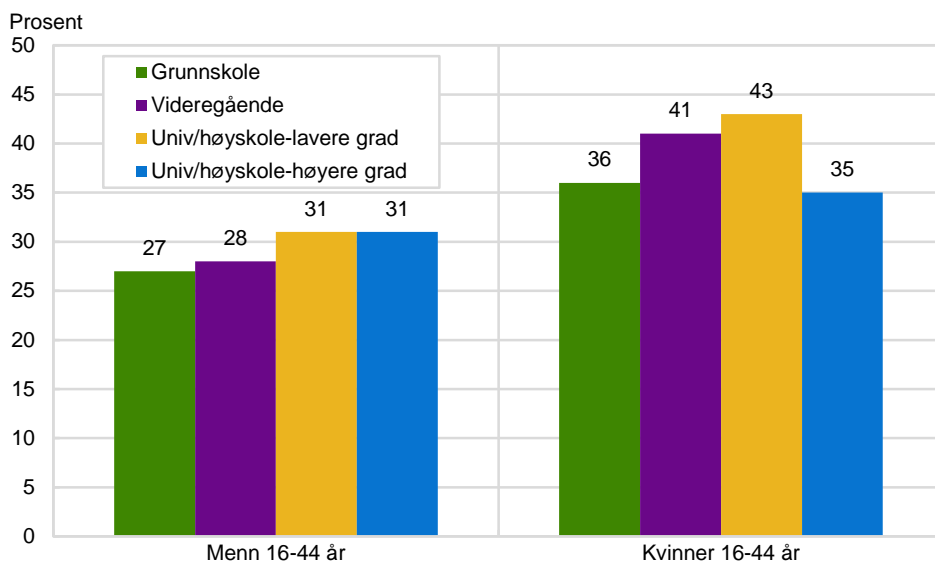
### Spørsmål om legemiddelbruk

- Har du, i løpet av de siste 14 dagene, tatt reseptbelagte medisiner som en lege har skrevet ut til deg? Hvis ja: Var dette [type medisin\*]? Tok du [type medisin\*] daglig eller nesten daglig? [smertestillende medisiner, sovemedisiner, beroligende medisiner, medisiner mot depresjon]
- Har du, i løpet av de siste 14 dagene, tatt reseptfrie medisiner? Hvis ja: Var dette smertestillende medisiner? Tok du dette daglig eller nesten daglig?

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse 2015

En av tre voksne har brukt reseptfrie legemidler målt gjennom en fjortendagersperiode, 27 prosent menn og 39 prosent kvinner. 36 prosent av unge under 45 år og 27 prosent av personer 45 år og eldre. Forbruket av reseptfrie legemidler er høyere blant unge enn blant eldre. Høyest forbruk er det blant unge kvinner med videregående eller universitets-/høyskoleutdanning – lavere grad. (figur 5.1).

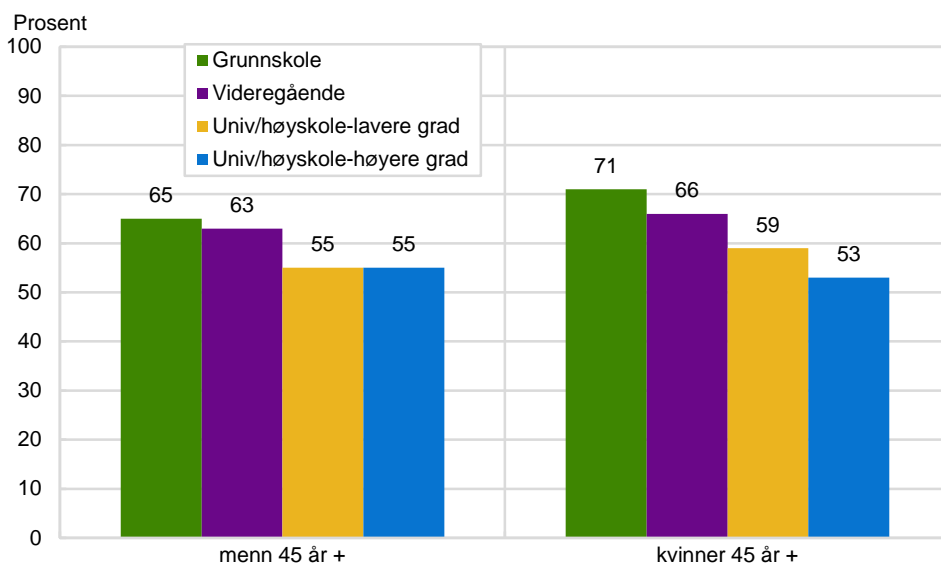
**Figur 5.1 Andel 16-44 år som har brukt reseptfrie legemidler generelt i en fjortendagersperiode. Kjønn og utdanning. 2015**



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

Knapt halvparten av alle voksne har brukt legemidler *på resept* gjennom en måleperiode på fjorten dager, 42 prosent menn og 53 prosent kvinner, 31 prosent yngre og 64 prosent eldre. Reseptbelagte legemidler brukes i størst grad av menn og kvinner 45 år og over med lavere utdanning (figur 5.2).

**Figur 5.2 Andel 45 år og over som har brukt legemidler på resept generelt i en fjortendagersperiode. Kjønn og utdanning. 2015**



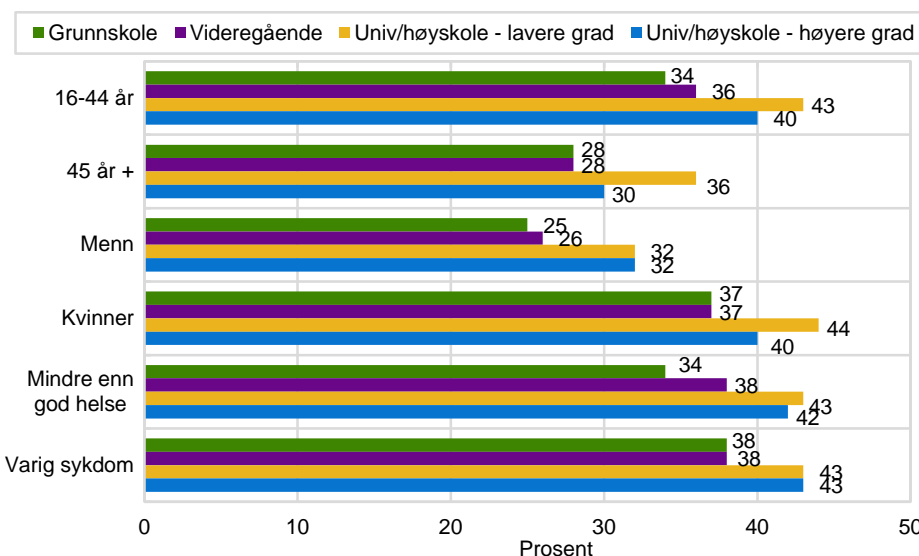
Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

### 5.1. Smertestillende legemidler

Sammen med antibiotika er smertestillende legemidler blant de mest brukte legemidlene i befolkningen (FHI, Reseptregisteret, 2015). Knapt tre av ti har brukt smertestillende medisiner *uten resept* målt gjennom en fjortendagersperiode, og vel en av ti sier at de har brukt smertestillende *på resept*. 6 prosent sier de har tatt smertestillende *uten resept* daglig og 8 prosent har tatt smertestillende *på resept* hver dag i fjortendagersperioden.

De med universitets-/høyskole utdanning bruker smertestillende *uten resept* i noe større grad enn andre utdanningsgrupper. I gruppen med mindre enn god helse eller varig sykdom er det større forbruk av *reseptfrie* smertestillende blant høyere utdannede.

**Figur 5.3 Andel som har brukt smertestillende legemidler uten resept i en fjortendagersperiode. Alder, kjønn og helsetilstand. Utdanning, 2015**

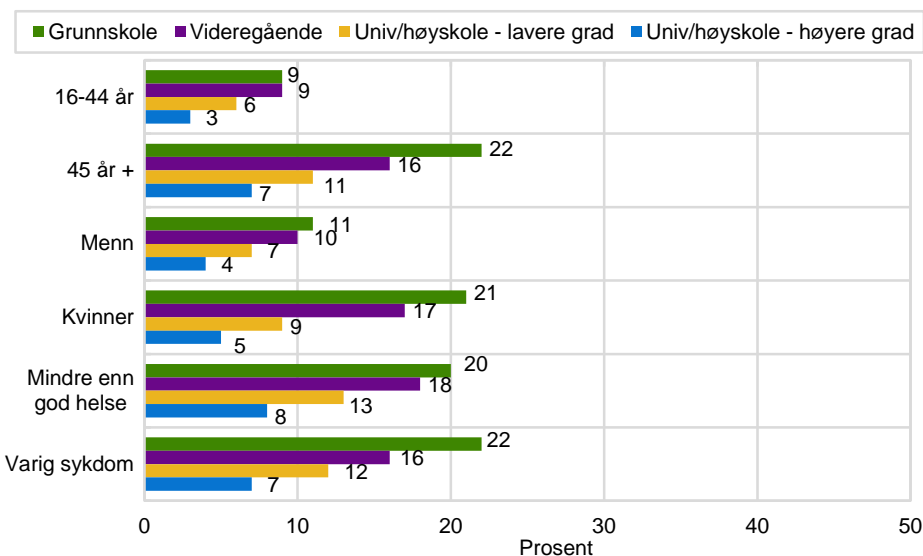


Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

Mens det er større bruk av *reseptfrie legemidler mot smerter* blant høyt utdannede, er det langt flere med lav utdanning som bruker *legemidler mot smerter foreskrevet*

av lege. Bruksomfanget av smertestillende på resept er også mye mindre sammenlignet med bruk av smertestillende uten resept.

**Figur 5.4 Andel som har brukt smertestillende legemidler på resept i en fjortendagersperiode. Alder, kjønn, helsetilstand. Utdanning. 2015**



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

Det er gjennomgående høyere andeler med grunn- og videregående utdanning som bruker smertestillende legemidler på resept, også for dem med mindre enn god helse eller varig sykdom (figur 5.4). Det er vel en tredobling av andelen som bruker smertestillende på resept mellom den laveste og den høyeste utdanningsgruppen.

**Smerter og bruk av smertestillende mest utbredt blant lavt utdannede**

Tabell 5.1 viser bruk av smertestillende legemidler i grupper som har oppgitt at de har hatt tilbakevendende smerter i en tremånedersperiode. Det er flere i lavere utdanningsgrupper som oppgir at de har vært plaget med smerter i kroppen siste tre måneder, størst forskjeller etter utdanning er det for dem som er over 45 år. I tillegg til at grupper med lavere utdanning oppgir smerter i større grad bruker de også i større grad smertestillende legemidler.

**Tabell 5.1 Andel som har vært plaget med smerter i kroppen i en tre måneders periode og som har brukt reseptfrie smertestillende og smertestillende medisiner på resept daglig i en fjortendagersperiode. Alder og utdanning. 2015. Prosent**

Eksempel	Grunnskole	Videregående	Univ/høyskole - lavere grad	Univ/høyskole - høyere grad
Andel 16-44 år med smerter i kroppen	31	30	28	20
Av disse:				
Brukt reseptfrie smertestillende daglig (N=994)	14	13	12	6
Brukt smertestillende på resept daglig (N=994)	13	16	8	6
Andel 45 år og eldre med smerter i kroppen	44	39	35	28
Av disse:				
Brukt reseptfrie smertestillende daglig (N=1727)	10	12	11	7
Brukt smertestillende på resept daglig (N=1727)	29	21	19	12

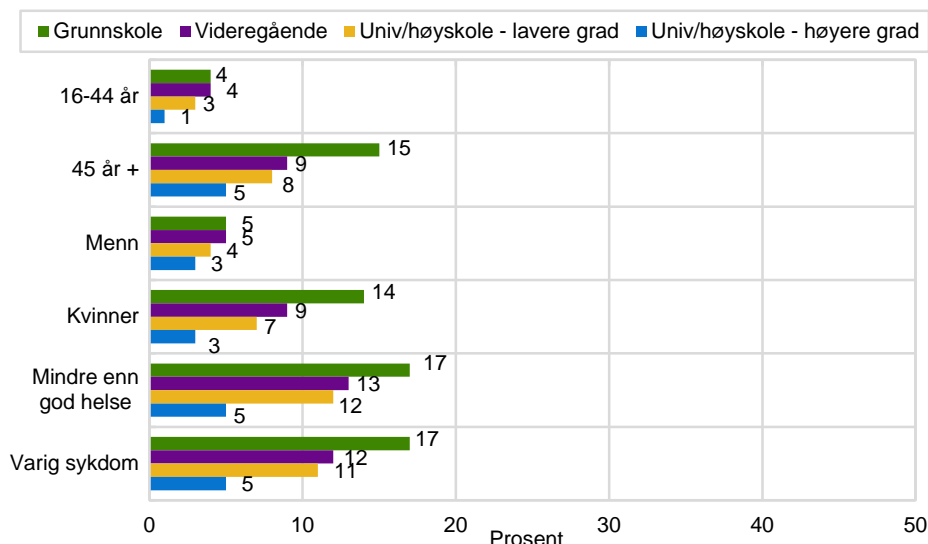
Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

**5.2. Sovemedisiner**

7 prosent av voksne bruker sovemedisiner, 4 prosent menn og 9 prosent kvinner. 5 prosent har brukt dette daglig i løpet av en måleperiode på fjorten dager. Andelen som bruker sovemedisiner reduseres med økende utdanningsnivå. Det samme mønsteret gjelder også for daglig bruk av sovemedisiner, og her er den sosiale gradienten brattere.

Menn og yngre bruker sovemedisiner i liten grad, uavhengig av utdanningsnivå. Det er i gruppen 45 år og eldre og blant kvinner at det er markert høyere bruk. Det er i størst grad grupper med lavere utdanning og mindre enn god helse eller varig sykdom som bruker sovemidler.

**Figur 5.5 Andel 16 år og over som har brukt sovemedisiner i en fjortendagersperiode. Alder, kjønn og helsetilstand. Utdanning. 2015**



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

### Søvnproblemer og bruk av sovemedisiner mest utbredt blant lavt utdannede

Mange både yngre og eldre har søvnproblemer og det er ikke noe klar sammenheng med utdanningsnivå. Det er noe mindre vanlig å bruke sovemedisiner blant dem med høyere utdanning og søvnproblemer enn dem med grunnskoleutdanning og søvnproblemer. Den sosiale gradienten er tydeligst i den eldste aldersgruppen.

**Tabell 5.2 Andel som har vært plaget med søvnproblemer siste fjorten dager og som har brukt sovemedisiner i samme periode, samt daglig bruk. Alder og utdanning. 2015. Prosent**

Eksempel	Grunnskole	Videregående	Univ/høysk-lavere grad	Univ/høysk-høyere grad
Andel 16-44 år med søvnproblemer	36	26	26	26
Av disse: brukt sovemedisiner (N=1034)	11	14	11	3
Av disse: brukt sovemedisiner daglig (N=1034)	8	10	4	2
Andel 45 år og eldre med søvnproblemer	33	27	32	25
Av disse: brukt sovemedisiner (N=1264)	33	22	21	14
Av disse: brukt sovemedisiner daglig (N=1264)	23	15	12	7

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

### 5.3. Beroligende medisiner og medisiner mot depresjon

Det er beskjedne bruk av beroligende medisiner og medisiner mot depresjon i befolkningen. 4 prosent har brukt beroligende medisiner i løpet av en fjortendagersperiode, 3 prosent menn og 4 prosent kvinner, 2 prosent blant unge og 5 prosent blant eldre. Videre har 4 prosent brukt medisin mot depresjon, 2 prosent menn og 5 prosent kvinner, 3 prosent blant unge og 4 prosent blant eldre.

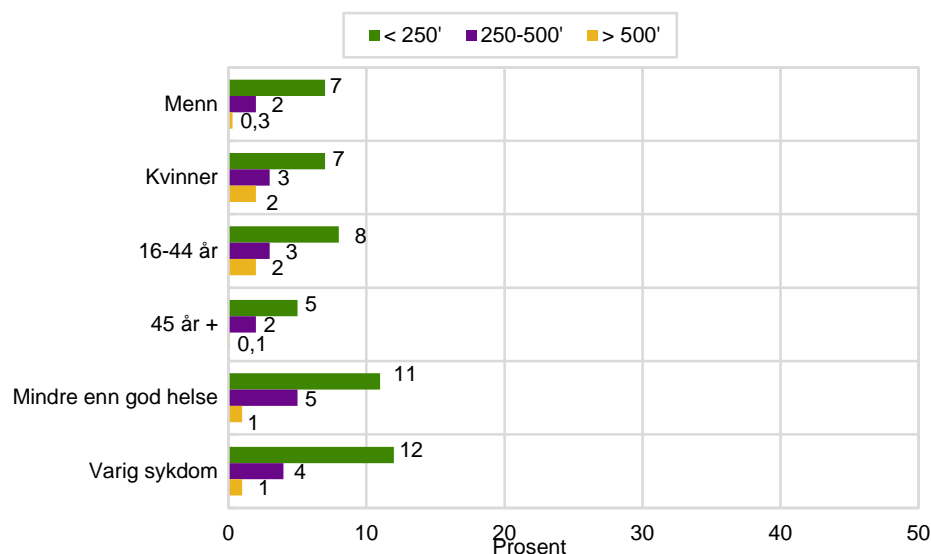
Det kan se ut til at det er noe mer bruk av beroligende medisin og medisin mot depresjon i eldre aldersgrupper og blant dem med lavere utdanning. 8 prosent av eldre med grunnskole har brukt beroligende i en fjortendagersperiode, mens 6 prosent i denne gruppen har brukt medisin mot depresjon. I de høyeste

utdanningsgruppene er det en helt marginal bruk av denne typen preparater (mellom 1 og 3 prosent). Det er liten forskjell i bruk av beroligende medisin etter utdanning blant yngre.

#### 5.4. Ikke råd til å hente ut resepten?

Om lag 3 prosent av den voksne befolkningen har unnlatt å hente ut medisiner på apoteket eller medisinutsalget fordi de ikke hadde råd, til tross for at de hadde resept fra lege. Det er litt flere unge enn eldre som oppgir økonomi som årsak. Andelen går rimeligvis ned med økende inntekt. I grupper med nedsatt helse er det en tydelig gradient der det er lavinntektsgrupper som i størst grad sier at de ikke har hatt råd til å hente ut reseptmedisiner (figur 5.6).

**Figur 5.6** Andel som ikke har hatt råd til å hente ut reseptmedisiner på apotek/medisinutsalg. Kjønn, alder og helsetilstand. Inntekt etter skatt per forbruksenhet. 2015



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

#### 5.5. Oppsummert

Det er mer utbredt bruk av legemidler uten resept i høyere utdanningsgrupper, mens lavere utdanningsgrupper bruker reseptlegemidler i større grad. Det er langt mer utbredt bruk av sovemedisiner, antidepressiva og beroligende medikamenter i lavere utdanningsgrupper, også blant dem med mindre enn god helse.

Det er unge og lavinntektsgrupper som sier at de ikke har råd til å hente ut reseptmedisiner på apoteket. Det er store forskjeller etter inntekt i grupper med mindre enn god helse.

## 6. Forebyggende helseatferd og prøvetaking

### Spørsmål om vitaminer, vaksine og ulike prøver

- Har du, i løpet av de siste 14 dagene, tatt vitaminer eller mineraler?
- Har du noen gang blitt vaksinert mot influensa? *Ikke regn med vaksine mot lungebetennelse. Hvis ja: Når ble du vaksinert mot influensa sist?*
- Har du noen gang målt blodtrykket? *Hvis ja: Når ble blodtrykket ditt målt sist?*
- Har du noen gang målt kolesterolnivået i blodet? *Hvis ja: Når ble kolesterolnivået målt sist?*
- Har du noen gang målt blodsukkeret? *Hvis ja: Når ble blodsukkeret ditt målt sist?*

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse 2015

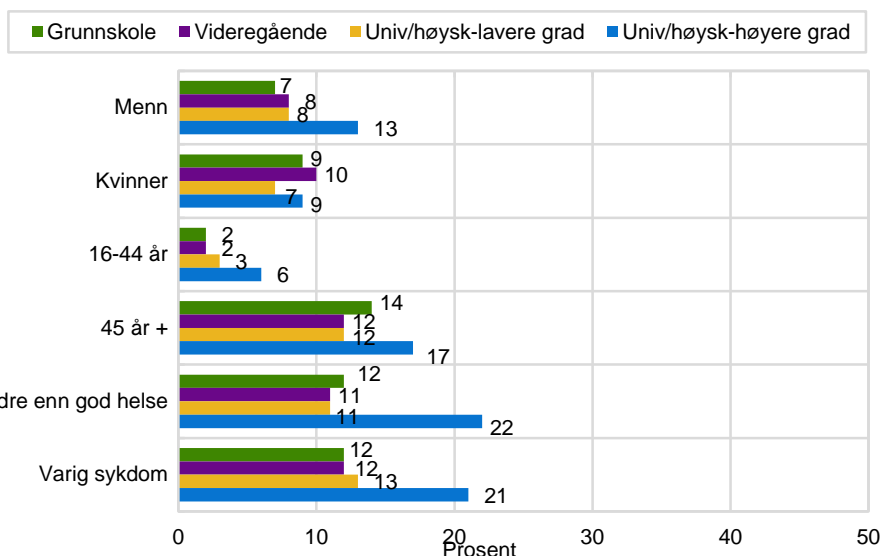
### 6.1. Vitaminer

Mer enn halvparten av nordmenn tar vitamintilskudd. Dette er utbredt i alle utdanningsgrupper, men mest vanlig er det i den høyeste utdanningsgruppen. Dette er også mønsteret i grupper med mindre enn god helse eller med varig sykdom. 63 prosent med høyere utdanning og 50 prosent med grunnskoleutdanning tar vitamintilskudd målt i en fjortendagers periode. Det er litt flere kvinner sammenliknet med menn og litt flere eldre (over 45 år) enn yngre som tar vitaminer daglig.

### 6.2. Influensavaksine

Høyt utdannede vaccinerer seg i større grad mot influensa enn grupper med lavere utdanning. I grupper med svekket helse er det også langt flere med høyeste utdanning som har vaksinert seg siste år. Dette til tross for at det er flere med lavere utdanning som lever med sykdom.

Figur 6.1 Andel som er vaksinert mot influensa siste 12 måneder. Kjønn, alder, helsetilstand. Utdanning. 2015



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

Tabell 6.1 Andel 45 år og eldre som har mindre enn god helse eller en kronisk lungesykdom<sup>1</sup> og andel av disse som har tatt influensavaksine siste 12 måneder. Utdanning. 2015. Prosent

Eksempel	Grunnskole	Videregående	Univ/høysk-lavere grad	Univ/høysk-høyere grad
Har mindre enn god helse	49	34	26	19
Av disse: (N=1524)				
Er vaksinert mot influensa siste år	19	15	18	34
Har kronisk bronkitt, kols, emfysem	7	4	2	3
Av disse: (N=185)				
Er vaksinert mot influensa siste år	39	28	42	76

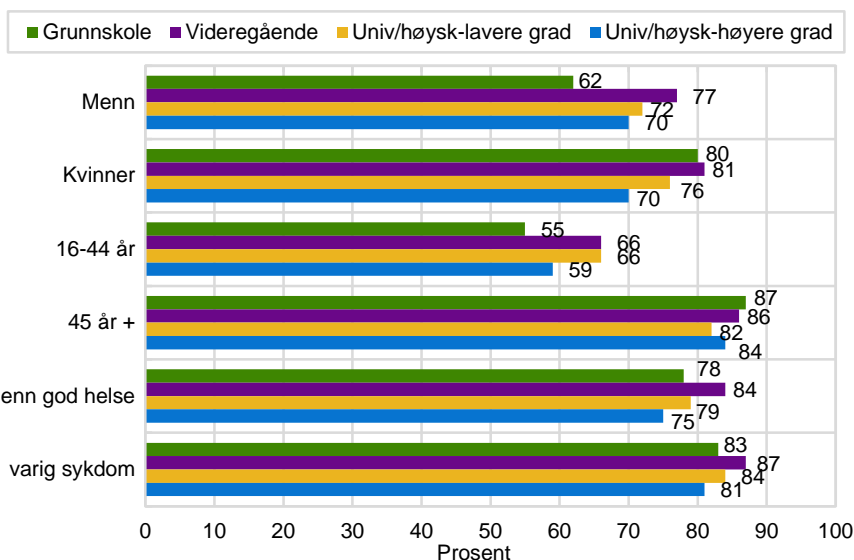
<sup>1</sup> Kronisk bronkitt, kols eller emfysem.

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

### 6.3. Måling av blodtrykk

Høyt blodtrykk øker risikoen for flere sykdommer, blant annet hjerteinfarkt og slag. Jo lavere utdanning, jo høyere skårer kvinner og menn på risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer - røyking, overvekt, blodtrykk og kolesterol. Forskjellene er uavhengig av alder (Strand, 2006).

**Figur 6.2** Andel som har fått blodtrykket målt siste to år. Kjønn, alder og helsetilstand. Utdanning. 2015



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

Det er en høyere andel kvinner og personer 45 år og eldre med lavere utdanning enn med høyere utdanning som har fått blodtrykket målt i løpet av de siste to årene. Blant unge (16-44 år) ser det ut til at det er mer tilfeldige variasjoner og andelen er høyest i de midlere utdanningsgruppene.

**Tabell 6.2** Andel 45 år og eldre med mindre enn god helse og andel med hjerte-/kar sykdom<sup>1</sup>, samt andel av disse som har målt blodtrykket siste to år. Utdanning. 2015. Prosent

Eksempel	Grunnskole	Videregående	Univ/høysk-lavere grad	Univ/høysk-høyere grad
Har mindre enn god helse	49	34	26	19
Av disse: (N=1524)				
Har fått blodtrykket målt siste to år	91	90	89	92
Har hjerte-/kar sykdom	11	7	4	3
Av disse: (N=273)				
Har fått blodtrykket målt siste to år	97	96	100	100

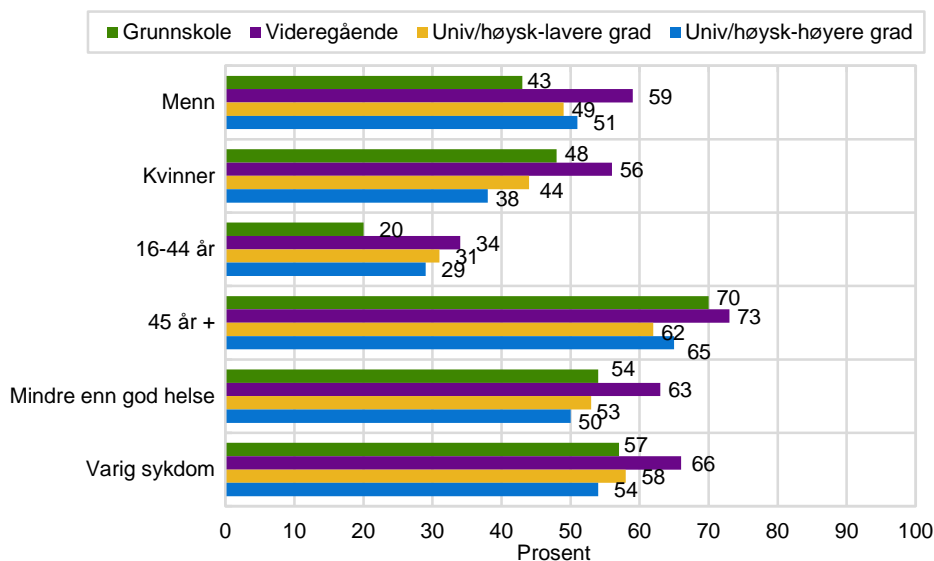
<sup>1</sup> Hjerteinfarkt eller varige plager etter hjerteinfarkt, angina, hjertekramper, hjerneslag eller varige plager etter slag.  
Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

Hjerte-/karsykdom, slik det er målt her, har størst utbredelse blant eldre med grunnskoleutdanning og andelen synker med utdanningsnivå. Det er høye andeler som sier at de har målt blodtrykket i alle utdanningsgrupper.

### 6.4. Måling av kolesterol i blodet

Forhøyet kolesterol øker risikoen for flere sykdommer, blant annet hjertesykdom, stoffskiftesykdommer, nyresykdom og sukkersyke. Det er færrest yngre med lav utdanning som har fått målt kolesterolnivået i blodet i løpet av de siste to årene. I eldre aldersgrupper er det tvert imot flest som har målt kolesteroleet i grupper med grunnskole og videregående utdanning. I gruppen med mindre enn god helse eller varig sykdom er det en omvendt sosial gradient i utdanningsgrupper utover grunnskolenivå.

**Figur 6.3 Andel 16 år og over som har fått kolesterolet målt siste to år. Kjønn, alder og helsetilstand. Utdanning. 2015**



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

Blant dem med mindre enn god helse er det høyere andeler som har målt kolesterolet siste to år blant eldre med grunnskole og videregående utdanning. Blant eldre med hjerte-/karsykdom er det mange som har målt kolesterolet siste 2 år i alle utdanningsgrupper. 97prosent av eldre med høyeste utdanning og hjerte- og karsykdom har fått kolesterolet målt i løpet av de siste to årene.

**Tabell 6.3 Andel 45 år og eldre med mindre enn god helse og andel med hjerte-/kar sykdom<sup>1</sup>. Andel av disse som har fått kolesterolet målt siste to år. Utdanning. 2015. Prosent**

Eksempel	Grunnskole	Videregående	Univ/høysk-lavere grad	Univ/høysk-høyere grad
Har mindre enn god helse	49	34	26	19
Av disse: (N=1524)				
Fått kolesterolet målt siste to år	72	75	69	68
Har hjerte-/kar sykdom	11	7	4	3
Av disse: (N=273)				
fått kolesterolet målt siste to år	82	90	82	97

<sup>1</sup> Hjerteinfarkt eller varige plager etter hjerteinfarkt, angina, hjertekramper, hjerneslag eller varige plager etter slag.

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

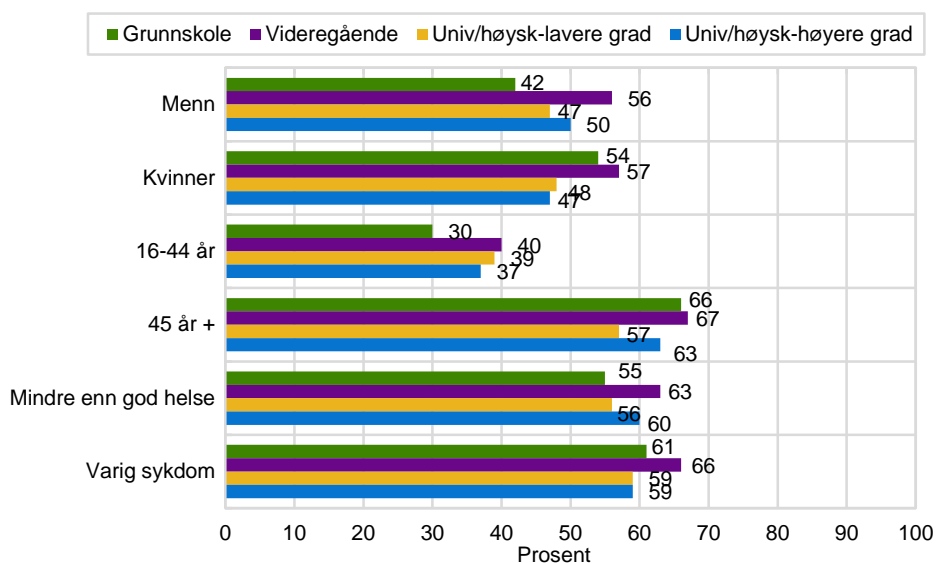
### 6.5. Blodsuktermålinger

Blodsukkeret kan gi informasjon knyttet til risiko for blant annet diabetes. Som for kolesterolmålinger er andelen som har fått blodsukkeret målt av helsepersonell siste to år minst i den laveste utdanningsgruppen blant unge, mens mønsteret er omvendt for personer 45 år og eldre. I gruppen med mindre enn god helse eller varig sykdom er det bare mindre forskjeller etter utdanning.

Eldre med mindre enn god helse og lavere utdanning har i noe større grad fått blodsukkeret målt de siste 2 årene. I grupper med diabetes, som bør måle blodsukkeret regelmessig, har høye andeler i alle utdanningsgruppene fått dette målt. I gruppen med høyeste utdanning sier alle at de har målt blodsukkeret siste to år, mens i gruppen med grunnskole har 92 prosent fått dette målt.



**Figur 6.4 Andel som har fått blodsukkeret målt siste to år. Kjønn, alder og helsetilstand. Utdanning. 2015**



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

**Tabell 6.4 Andel 45 år og eldre med mindre enn god helse og andel med diabetes. Andel av disse med som har fått blodsukkeret målt de siste to årene. Utdanningsnivå. 2015. Prosent**

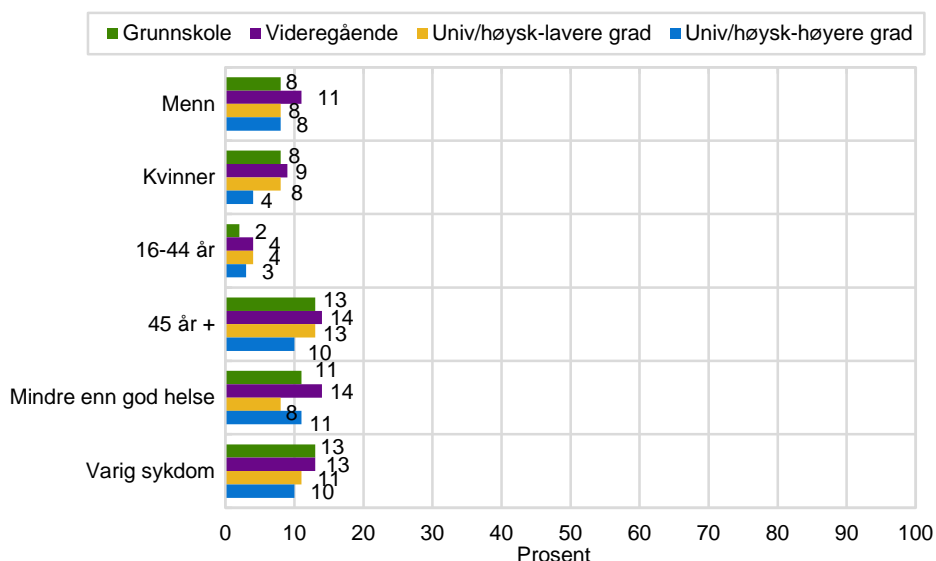
Eksempel	Grunnskole	Videregående	Univ/høysk-lavere grad	Univ/høysk-høyere grad
Har mindre enn god helse	49	34	26	19
Av disse: (N=1524)				
Har fått blodsukkeret målt siste to år	72	75	69	68
Har diabetes	8	7	5	4
Av disse: (N=302)				
har fått blodsukkeret målt siste to år	92	98	89	100

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

### 6.6. Prøver for å påvise tarmkreft

Blant personer 45 år og over har vel 20 prosent av voksne vært til undersøkelse for tarmkreft i løpet av de siste tre årene dvs. levert avføringsprøve til analyse eller hatt koloskopi. Det er ingen veldig tydelig gradient etter utdanning i disse undersøkelsene. I gruppen med varig sykdom er det imidlertid noe flere i de lavere utdanningsgruppene som er undersøkt for tarmkreft.

**Figur 6.5 Andel som har tatt koloskopi eller avføringsprøve siste tre år. Kjønn, alder og helsetilstand. Utdanning. 2015**



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

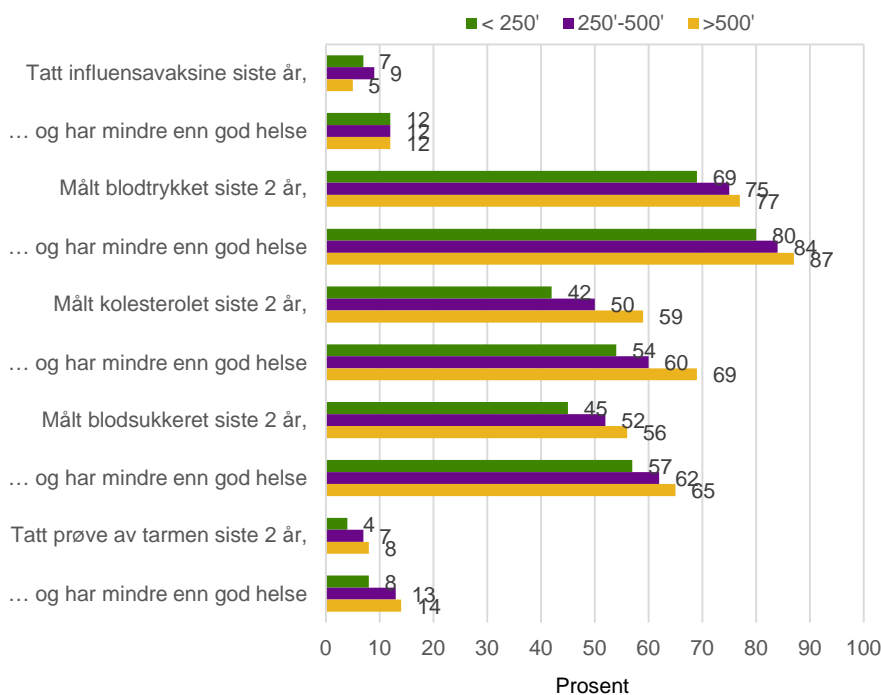
Generelt sett vil tallene om prøvetaking være påvirket av sykdomsbildet som eksemplene over illustrerer. Det er langt flere i lavere utdanningsgrupper med sykdom og det er dermed rimelig at de ligger høyt på prøvetaking. For grupper med mindre enn god helse er det ingen tydelig sosial gradient, men det ser ut til av grupper med videregående utdanning i større grad har tatt en del av prøvene omtalt over.

### 6.7. Inntekt og forebyggende helseatferd

Kan det å ta prøver for å sjekke for sykdom være et spørsmål om økonomiske ressurser? Figur 6.6 viser andeler som har tatt ulike prøver og andeler som har mindre enn god helse og som har tatt ulike prøver etter inntekt.

Til tross for at det er flere med høyeste utdanning som har vaksinert seg siste år (figur 6.1), er det liten forskjell etter inntekt (figur 6.6). For øvrige prøver er det ikke noe klart mønster etter utdanning, men en antydning til høyere andeler i gruppen med videregående utdanning. Målt med inntekt fremkommer en helt klar sosial gradient, uavhengig av helsetilstand.

**Figur 6.6 Andel 16 år og over og andel med mindre enn god helse som har tatt ulike prøver. Inntekt etter skatt per forbruksenhet. 2015**



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

### 6.8. Deltakelse i screeningprogrammer

#### Spørsmål om screening

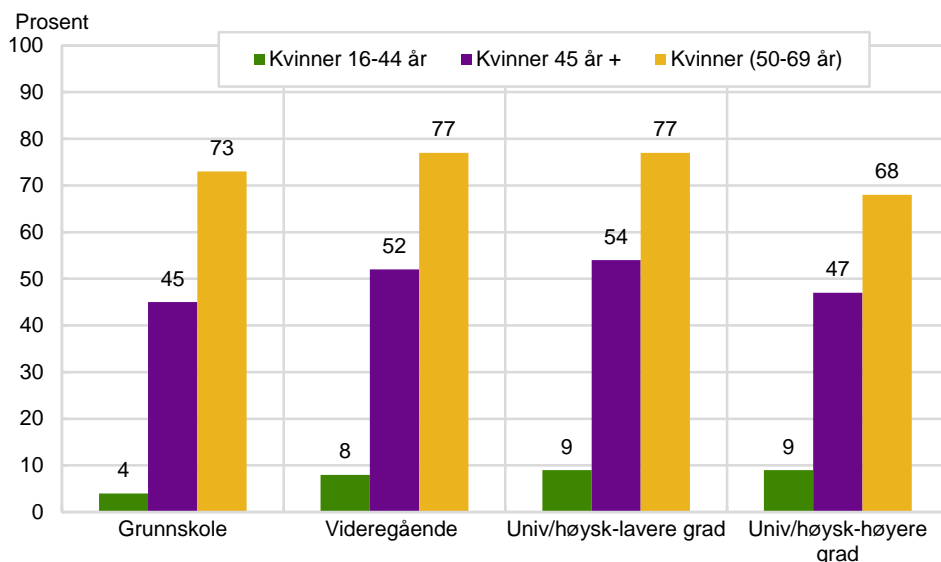
- KVINNER: Har du noen gang tatt mammografi? Røntgenbilde av brystene. Hvis ja: Når hadde du sist en slik undersøkelse?
- KVINNER: Har du noen gang tatt celleprøve av livmorhalsen? Hvis ja: Når tok du sist en slik prøve?
- Har du noen gang blitt undersøkt eller tatt prøver med tanke på tykktarms- eller endetarmskreft? Hvis ja: Når tok du sist en slik prøve?
- Har du noen gang tatt en koloskopiundersøkelse? Koloskopi er en fysisk undersøkelse av tykktarmen. Hvis ja: Når hadde du sist en slik undersøkelse?

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse 2015

Alle kvinner mellom 50 og 69 år blir regelmessig kalt inn til mammografiundersøkelse. Undersøkelsen er frivillig. I målgruppen har 76 prosent av kvinner deltatt i programmet i løpet av de siste to årene. Det kan se ut til at det er større deltakelse blant kvinner i de midlere utdanningsgruppene.

I kvinnebefolkningen generelt har om lag en av tre kvinner har vært til mammografiundersøkelse i løpet av de siste to årene. Det er forholdsvis få yngre som har vært til mammografiundersøkelse. Men det kan se ut til at andelen yngre kvinner, som i utgangspunktet ikke er i målgruppen for screeningprogrammet, men som av ulike årsaker tar mammografi, er større i grupper med utdanning utover grunnskolenivå. Kvinner 45 år og eldre har høy deltakelse, særlig i høyere inntektsgrupper. En av tre kvinner fra lavinntekts-hushold, omtrent halvparten av kvinner fra hushold med midlere inntekt og to av tre kvinner fra høyinntekts-hushold har vært til mammografiundersøkelse i løpet av de siste to årene.

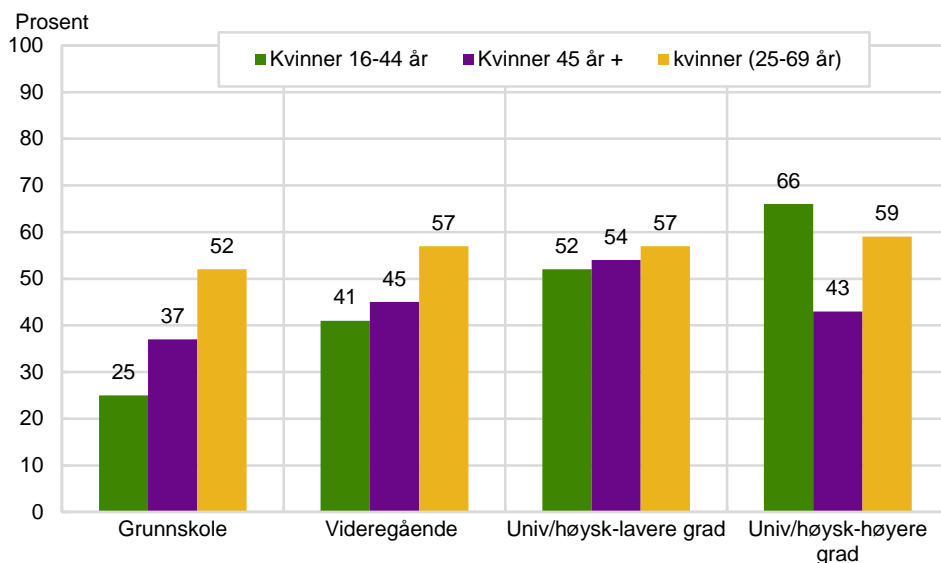
**Figur 6.7** Andel kvinner som har vært til mammografi-undersøkelse siste to år. Alder og utdanning. 2015



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

Kvinner i alderen 25-69 år oppfordres regelmessig til å ta celleprøve av livmorhalsen hos lege. 55 prosent av kvinner i målgruppen har tatt celleprøve innenfor de to siste årene. Det er flest kvinner i de høyeste utdanningsgruppene og kvinner som bor i hushold med inntekter over 250 000 kr. i året som har deltatt i programmet.

**Figur 6.8** Andel kvinner som har vært til lege for å ta celleprøve fra livmorhalsen siste to år. Alder og utdanning. 2015



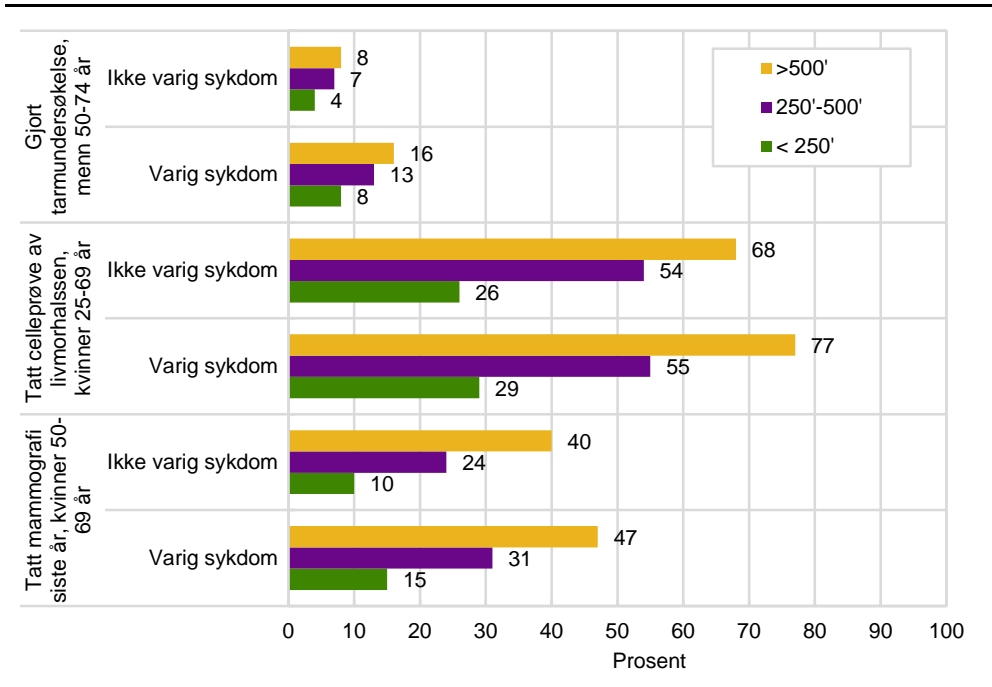
Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

### Inntekt og deltakelse i screeningprogrammer

Det er en helt klar sosial gradient i deltakelse i screeningprogrammer etter husholdningsinntekt både blant yngre og eldre kvinner (figur 6.9). Fordelingen på utdanningsgrupper er ikke like entydig. Mens 26 prosent av kvinner fra lavinntektshushold hadde tatt prøven, gjelder dette rundt 50 prosent av kvinner i andre inntektssjikt. Det er langt flere med høy inntekt som deltar uavhengig av helsetilstand. Vi har tatt med tarmscreening blant menn siden det nå er til utprøving i enkelte fylker.

Oppsummert – det er gjennomgående høyere andeler som har deltatt i screeningprogrammene med økt inntekt når vi ser på målgruppene for screeningen.

**Figur 6.9** Andel i målgruppene som har deltatt i screeningprogrammer. Helsetilstand og inntekt etter skatt per forbruksenhet, 2015



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

### 6.9. Oppsummert

Det er en tydelig sosial gradient etter inntekt i andelen som har målt blodtrykk, kolesterol, blodsukker siste 2 år, også når vi ser på gruppen med mindre enn god helse.

Flere med høyeste utdanning har vaksinert seg mot influensa siste år. Det er imidlertid liten forskjell etter inntekt, også når kontrolleres for helsetilstand. Høyinntektsgrupper deltar i større grad i screeningprogrammer for brystkreft, livmorhalskreft og tarmkreft.

## 7. Sosial ulikhet i udekkede behov for helsetjenester?

I Norge har vi et godt utbygget helsevesen og stort sett lave egenandeler. Dette gjelder for eksempel ved bruk av allmennlege, poliklinikker og sykehus. Det er også et tak for egenandeler i løpet av ett år. Mens konsultasjon hos tannlege kun er gratis for uvalgte grupper, har alle rett til en fastlege med tilhørende lave egenandeler. I tillegg har barn, gravide og pasienter med utvalgte sykdommer rett på gratis legehjelp. Når det legges så stor vekt på at helsetjenestene skal være lett tilgjengelig for alle er det interessant å se om disse tjenestene brukes likt av ulike sosioøkonomiske grupper. Og om tannhelsetjenesten skiller seg ut, siden folk flest må betale tjenesten selv.

I dette kapitlet har vi valgt å se nærmere på arbeids status, - om man er i jobb, arbeidsledig, student, pensjonist mv., siden dette er et bakgrunns kjennetegn som har vært brukt i flere av SSBs tidligere analyser innenfor udekket behov for tannhelsetjenester.

Fokuset vil ligge på hva som kjennetegner dem som har et udekket behov for helsehjelp, og hvilke grunner de oppgir til sitt udekkede behov innenfor tre ulike helsetjenesteområder – lege (allmennlege og legespesialist), tannlege og psykolog/psykiater.

### Spørsmål om behov for helsetjenester

- Har du i løpet av de siste 12 månedene hatt behov for time hos [lege\*] uten å ta kontakt?
- Gjelder både allmennleger og spesialister. \*[psykolog, psykiater, tannlege]. Hvis behov: Var det fordi.... *Flere svar er mulig.*
  - ... du ikke hadde råd?
  - ... det tar for lang tid å få en timeavtale?
  - ... det er vanskelig med transport eller langt å reise?
  - ... du ikke hadde tid? Arbeid, omsorgsforpliktelse
  - ... eller var det andre grunner?

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse 2015

### 7.1. Udekket behov for lege eller legespesialist

Det er en forholdsvis liten andel i Norge som har et udekket behov for legehjelp - 8 prosent av befolkningen 16 år og over. Ni av ti får dermed dekket sine behov. Andelen som har et udekket behov for legetjenester varierer mellom 3 og 16 prosent når vi ser på ulike grupper i befolkningen. Den høyeste andelen finner vi blant personer på uføretrygd og personer med mindre enn god helse. Her er det en dobbelt så høy andel som har et udekket behov som blant dem med god helse, 13 mot 6 prosent. Det er også en høyere andel blant dem med lav inntekt og lav utdanning.

Det er små forskjeller mellom menn og kvinner, mens det er langt flere yngre (12 prosent) enn eldre (5 prosent) som opplever at de har et udekket behov for legehjelp. Det er også små forskjeller etter størrelsen på stedet der man bor.

**Tabell 7.1 Andel 16 år og over som ikke har tatt kontakt med lege eller legespesialist til tross for behov, samt grunner for ikke å ha tatt kontakt (flere grunner kan oppgis). Alder, kjønn, helsetilstand, urbaniseringsgrad, inntekt etter skatt per forbruksenhet, utdanning og arbeidsstatus. 2015. Prosent**

	Udekket behov lege	Hadde ikke råd	For lang tid å få time-avtale	Transportvansker/ lang reisevei	Ikke tid arbeid omsorg	Annen grunn	N
Alle	8	1	3	1	3	4	8 164
Mann	8	1	3	1	3	4	4 109
Kvinne	9	1	3	1	3	5	4 055
16-44 år	12	2	4	2	5	5	3 623
45 år og over	5	0	1	0	1	3	4 511
God helse	6	1	2	1	3	3	5 775
Mindre enn god helse	13	2	4	2	4	7	2 384
Spredtbygde strøk	8	1	2	1	3	4	2 697
Tettsteder	9	1	3	1	3	5	3 339
Storbyer	8	1	3	1	3	4	2 128
Under 200 000 kroner	13	4	4	3	4	6	996
200 000 - 350 000 kroner	8	1	2	1	2	4	3 320
350 000 - 600 000 kroner	7	0	2	1	3	4	3 388
Over 600 000 kroner	5	-	2	0	3	2	460
Grunnskole	10	2	3	1	3	6	1 783
Videregående nivå	7	1	2	1	3	3	3 310
Univ/høyskole - lavere grad	8	0	3	1	4	4	2 057
Univ/høyskole - høyere grad	6	-	1	1	2	3	706
I jobb	9	1	3	1	4	4	4 858
Arbeidsledig	15	4	3	2	4	7	182
Student el i arbeidsrettet opplæring eller verneplikt	10	2	2	2	4	5	946
Alders- eller AFP-pensjonist	3	0	1	0	0	2	1 547
Ufør eller ikke i stand til å arbeide	16	5	6	3	1	9	480
Hjemmearbeidende eller annet	10	2	1	4	2	6	151

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

### Hvorfor går man ikke bare til legen ...

Det er flere ulike grunner til at folk ikke kontakter fastlege eller legespesialist, selv om de har behov for medisinsk hjelp. Som vist i tabell 7.1 er det ikke veldig store forskjeller mellom gruppene når vi ser på hele befolkningen, det er 1 prosent som ikke har råd til legebesøk, og dette øker til 4 prosent blant dem med lavest husholdningsinntekt, og blant arbeidsledige og uføre. Det er 3 prosent som mener at det tar for lang tid å få time hos legen, en andel som øker til 6 prosent blant uføre. Det er også en litt høyere andel personer med udekket behov blant dem med mindre enn god helse og blant personer 16-44 år.

Det er få som oppgir transportvansker eller lang reisevei som grunn til manglende kontakt, 1 prosent. Mens det er noen flere i den laveste inntektsgruppen og blant uføre og hjemmearbeidende. 3 prosent oppgir at de ikke har kontaktet lege fordi de ikke har hatt tid pga. arbeid eller omsorgsforpliktelser, det gjelder 5 prosent av den yngste aldersgruppen og 4 prosent av alle som er i jobb, men også studenter og arbeidsledige. 4 prosent oppga andre grunner enn dem som er nevnt her.

### Knapphet på tid – en viktig årsak til at man ikke går til legen

Ser vi derimot kun på dem som har oppgitt et udekket legebehov, blir forskjellene større. Omtrent en av tre med et udekket behov sier at det tar for lang tid å få time hos legen og lar være å ta kontakt. Det er også en av tre sier at de ikke har tid til å gå til legen på grunn av arbeids- og/eller familiesituasjonen. Mens flest oppgir

«andre grunner» for hvorfor de ikke har tatt kontakt med legen. Her kan vi anta at frykt for hva legen kan finne, redsel for at det skal gjøre vondt eller et håp om at tilstanden vil gå over av seg selv, gjør denne kategorien såpass stor. Det er drøyt en av ti med udekket behov som ikke har råd til legehjelp, og det er også drøyt en av ti som mener det er for vanskelig å komme seg til legen på grunn av manglende transport eller lang reisevei. Se flere tall i vedleggstabell A1 bakerst i rapporten.

Det at mange oppgir at de ikke har tid til å oppsøke lege selv om de har behov, tyder på at det ikke er prisen på legebesøket som er et hinder for de fleste, men derimot mangelen på tid. Flere yngre enn eldre opplever at de har et udekket behov for lege, og fire av ti oppgir knapphet på tid som årsak. Yngre personer vil ofte være i en situasjon hvor jobben og/eller familiesituasjonen (små barn f. eks.), kan gjøre det vanskelig å få tiden til å strekke til.

### Flere unge enn eldre som ikke har råd til legebesøk

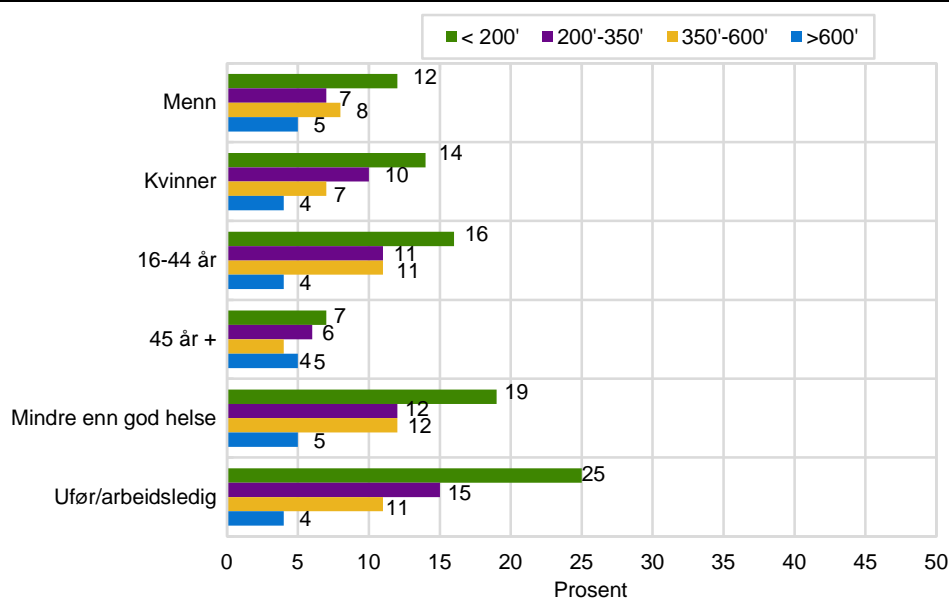
Andel personer som ikke har råd til å gå til allmennlege eller legespesialist selv om de har behov for time, er ikke så stor, kun 1 prosent av befolkningen 16 år og over. Ser vi kun på gruppen som har udekket behov, utgjør disse 12 prosent.

Det er liten forskjell mellom menn og kvinner som ikke har råd til legehjelp, men det er en tydelig forskjell etter alder - se vedleggstabell A1. Det er den yngre delen av befolkningen som i større grad rapporterer at de ikke har råd. Ellers ser vi det samme mønsteret som for gruppen totalt sett, at det er dobbelt så mange blant dem med mindre enn god helse enn blant dem med god helse, og langt flere blant personer som bor i hushold med lav husholdningsinntekt eller som har lavere utdanning som ikke har råd til å gå til legen. Drøyt en av fire uføre og en av fire arbeidsledige oppgir at de ikke har hatt råd til legebesøk, til tross for behov.

### En sosial gradient for udekket legebehov

Det er en klar sosial gradient målt ved husholdningens inntekt etter skatt – se figur 7.1. Andelen med udekket behov synker kraftig med økende husholdningsinntekt for de fleste gruppene. Det er særlig mange med mindre enn god helse, uføre eller arbeidsledige i den laveste inntektsgruppen (under 200 000 kr) som har et udekket behov for lege eller legespesialist.

**Figur 7.1 Andel 16 år og over med udekket behov for allmennlege eller legespesialist. Alder, kjønn, helsetilstand og arbeidsstatus og inntekt etter skatt per forbruksenhet. 2015**



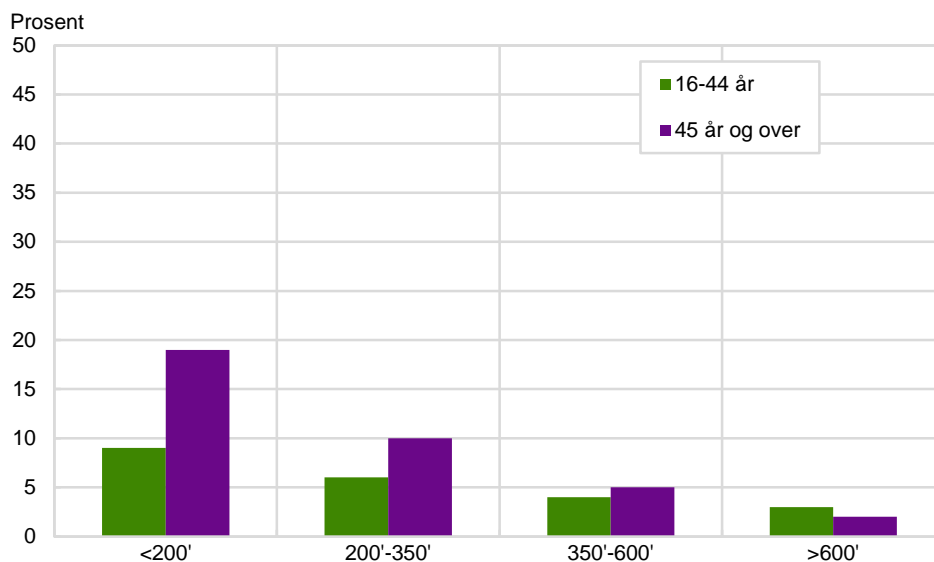
Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

## 7.2. Udekket behov for tannlege

For helsetjenester betaler man en egenandel inntil en beløpsgrense, og så dekker det offentlige resten. Slik er det ikke med tannlegen. Tannhelsetjenesten i Norge er todelt, - en offentlig og en privat del. Den offentlige delen av tannhelsetjenesten tilbyr gratis eller delvis subsidierte tjenester til prioriterte grupper. Barn 0 til 18 år får gratis tannbehandling for eksempel, mens ungdom 19 til 20 får dekket 75 prosent av utgiftene. Det gis ikke refusjon av utgifter til tannbehandling for voksne over 20 år. Unntaket er personer med visse sykdommer. I og med vanlig tannlegebehandling ikke er subsidiert på samme måte som behandling hos fastleger og legespesialister med driftsavtale, kan vi forvente å se en større andel som oppgir et udekket behov på grunn av dårlig råd.

Folk flest har god tannhelse, og 76 prosent oppgir å ha god eller svært god egenvurdert tannhelse. Men en del lever med dårlig tannhelse og andelen øker med økende alder. Det er også slik at tannhelsen varierer etter hva slags bakgrunn man har, og personer fra hushold med lav inntekt har vesentlig dårligere tannhelse enn personer fra hushold med høy inntekt, og her forsterkes forskjellene i den laveste inntektsgruppen når det justeres for alder, se figur 7.2.

**Figur 7.2** Andel 16–44 år og andel 45 år og over med dårlig tannhelse. Inntekt etter skatt per forbruksenhet. 2015



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

### En av fire arbeidsledige har udekket behov for tannlegebehandling

Det er 7 prosent som har hatt behov for å oppsøke en tannlege siste året, men som likevel har unnlatt å ta kontakt (tabell 7.2). Mens like mange menn som kvinner har et udekket behov for tannlege, ser vi en klar forskjell etter alder. Det er 10 prosent som har hatt behov for tannlege i den yngste gruppen uten å ta kontakt, mot 4 prosent i den eldste gruppen. Videre er det også fler blant dem med mindre enn god helse, 14 prosent, mot 4 prosent blant dem med god helse. Inntekt ser også ut til å spille en rolle, da 11 prosent i den laveste inntektsgruppen har unnlatt å gå til tannlegen, mot 4 prosent i den høyeste inntektsgruppen.

Mens det er forholdsvis små forskjeller etter utdanningsnivå og etter bostedets urbaniseringsgrad, finner vi de største forskjellene etter arbeids status, her varierer det udekkede behovet mellom 2 prosent blant pensjonistene til 25 prosent av de arbeidsledige. Også uføre og studenter ligger over landssnittet.



**Tabell 7.2 Andel 16 år og over som ikke har tatt kontakt med tannlege til tross for behov, og grunner til at de ikke har tatt kontakt (flere grunner kan oppgis). Alder, kjønn, helsetilstand, urbaniseringsgrad, inntekt etter skatt per forbruksenhet, utdanning og arbeidsstatus. 2015. Prosent**

	Udekket behov tannlege	Ikke råd	For lang tid å få time-avtale	Transport- vansker/ lang reisevei	Ikke tid pga. arbeid/ omsorg	Annen grunn	N
Alle	7	3	0	0	2	3	8 164
Mann	7	3	1	0	2	3	4 109
Kvinne	7	3	0	0	2	3	4 055
16-44 år	10	5	1	0	3	4	3 623
45 år og over	4	1	0	0	1	2	4 511
God helse	4	1	0	0	1	1	5 775
Mindre enn god helse	14	8	1	1	2	5	2 384
Sprettbygde strøk.	7	3	0	1	2	2	2 697
Tettsteder	7	3	1	0	2	3	3 339
Storbyer	7	4	0	0	1	3	2 128
Under 200 000 kroner	11	8	1	1	2	3	996
200 000 - 350 000 kroner	7	4	1	0	2	3	3 320
350 000 - 600 000 kroner	6	2	0	0	2	2	3 388
Over 600 000 kroner	4	0	1	0	1	2	460
Grunnskole	9	5	1	0	2	4	1 783
Videregående nivå	6	3	0	0	2	2	3 310
Univ/høyskole, lavere grad	7	2	1	0	2	3	2 057
Univ/høyskole, høyere grad	5	3	0	0	1	2	706
I jobb	7	3	0	0	2	2	4 858
Arbeidsledig	25	18	2	1	3	6	182
Student eller elev i arbeidsrettet opplæring	9	4	1	1	3	3	946
Alders- eller AFP-pensjonist	2	1	0	0	0	1	1 547
Ufør el. kan ikke arbeide	15	9	0	1	1	6	480
Hjemmearbeidende eller annet	6	3	-	-	1	3	151

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

### For dyrt eller tannlegeskrekk?

Nesten halvparten av dem som har hatt et behov for tannlege, men som ikke har tatt kontakt, oppgir dårlig råd som grunn<sup>1</sup>. Disse utgjør 3 prosent av befolkningen 16 år og eldre (tabell 7.2). Dermed følger *Andre grunner*, her er det nok en del som misliker å gå til tannlegen. Siden det er mange som misliker å gå til tannlegen eller har ulike typer tannlegeskrekk, kan vi anta at det vil være en vanlig grunn innenfor denne kategorien. Det at tiden ikke strekker til på grunn av arbeids- og/eller familieforpliktelser oppgis også av mange. En av fire som har behov for tannlegetjenester sier at de ikke har tid til et tannlegebesøk. Lang ventetid på å få time eller lang reisevei, og/eller vansker med transport, er blant de mindre vanlige grunnene som oppgis.

Vi skal nå se nærmere på den gruppen som har oppgitt *dårlig råd* som grunn til ikke å oppsøke tannlege. Som vist i tabell 7.2 varierer andelen som oppgir dårlig råd mellom 1 og 8 prosent av den voksne befolkningen. Færrest finner vi blant dem med god helse, og dem med god råd. Og flest blant arbeidsledige og uføre. Også personer i den laveste inntektsgruppen og personer med mindre enn god helse peker seg ut.

<sup>1</sup> Se vedleggstabell A2

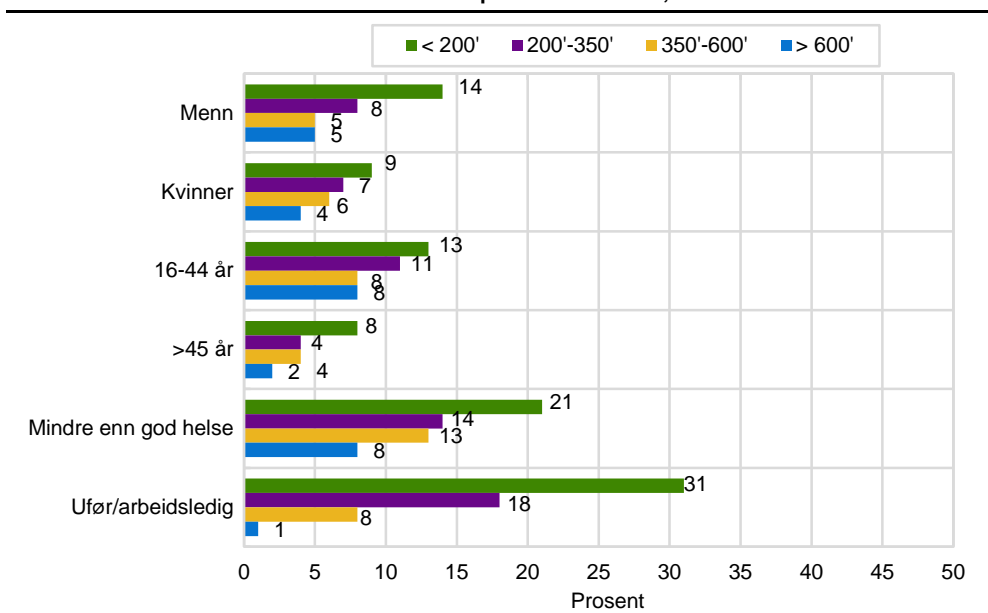
Av dem som sier at de har et udekket behov for tannhelsetjenester svarer to tredjedeler i gruppen med lavest husholdningsinntekt at de ikke har råd, mot svært få i den høyeste inntektsgruppen, se tallene i vedleggstabell A2. Den yngste aldersgruppen har en høyere andel som oppgir at de ikke har råd, sammenliknet med den eldste. Vel halvparten av dem som oppgir å ha et udekket behov for tannhelsetjenester og mindre enn god helse har ikke råd til tannlege, mot en tredel i gruppen med god helse. Det er forholdsvis små forskjeller i andelen som har et udekket behov for tannlegetjenester etter størrelsen på stedet man bor. Andelen er litt høyere blant dem som bor spredtbygd. Om lag halvparten av dem med lav utdanning som har et udekket behov for tannhelsetjenester har ikke råd til tannlege, men mønsteret er ikke helt entydig. Også de med utdanning på høyeste nivå kommer litt dårligere ut enn gjennomsnittet. Arbeidsledige og uføre kommer dårligst ut når vi ser på arbeids status, fulgt av hjemmearbeidende og studenter. Dette er ikke uventet, i og med at personer på trygd som regel har lavere inntekt enn personer i jobb og dermed dårligere råd.

### En sosial gradient i udekket behov for tannlege etter inntekt

Som med udekket behov for lege ser vi også her en klar gradient blant uføre og arbeidsledige og blant kvinnene. Men også for de andre gruppene øker andelen med udekket behov med minkende inntekt, se figur 7.3.

Det er flere menn enn kvinner i lavinntektsgruppen som oppgir et udekket behov for tannlege, det er en forskjell på fem prosentpoeng mellom menn og kvinner i den laveste inntektsgruppen. Det er også flere yngre enn eldre.

**Figur 7.3 Andel 16 år og over med udekket behov for tannlege. Kjønn, alder, helsetilstand og arbeidsstatus. Inntekt etter skatt per forbruksenhet, 2015**



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

### Svenskene får dekket flere utgifter – men fortsatt er udekket behov nokså likt som i Norge

I rapporten *Tannhelse blant voksne i Sverige og Norge – ein sosioøkonomisk analyse* fra 2016 ser Ekorud og Skjøstad på forskjellene i udekket behov for tannlegetjenester mellom Norge og Sverige. Disse to landene har en lignende organisering av tannhelsetjenesten, men ulike finansieringsordninger. I Sverige finnes det flere støtteordninger enn i Norge for den voksne delen av befolkningen.

En sammenligning mellom dem som har benyttet seg av tannlegetjenesten i Sverige og den gruppen som ikke har gjort det, viser at det er en opphopning av

personer med lav inntekt, lav utdanning og personer på ulike trygder blant dem som ikke har vært hos tannlegen.

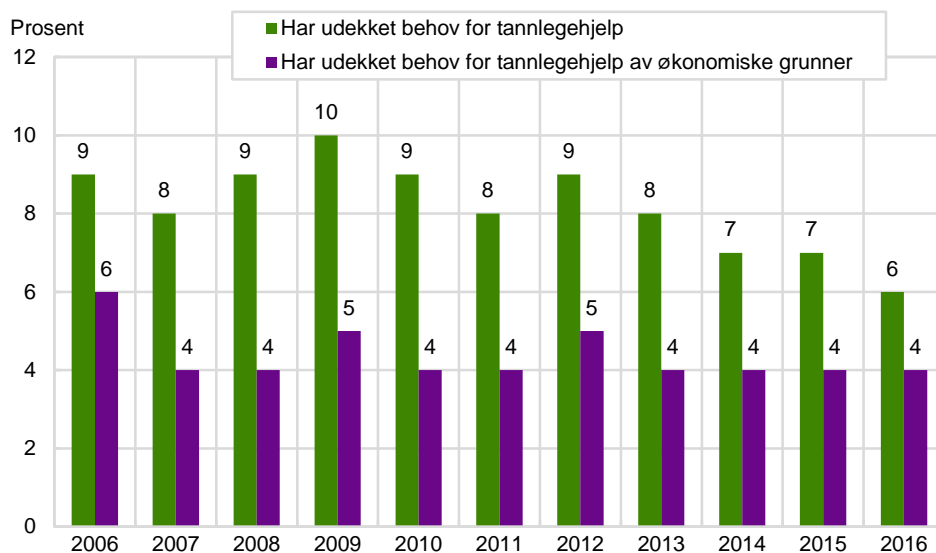
Videre viser rapporten at det udekkete behovet for tannhelsetjenester er nokså likt – og at økonomi er vanligste grunn til at folk ikke oppsøker tannlege i begge land. Dette tyder på at det fortsatt vil kunne være grupper det er vanskelig å nå, uavhengig av finansieringsordninger. Riksrevisjonen i Sverige har avdekket at mange, spesielt unge, fortsatt ikke kjenner til støtteordningene til tannbehandling som ble innført i 2008. En annen forklaring på det udekkete behovet for tannlege i Sverige<sup>2</sup> kan være at taket på 3000 kroner før man får dekket 50 prosent<sup>3</sup> av beløpet, er for høyt for dem som har et stort tannbehandlingsbehov og lav inntekt.

En annen rapport skrevet av Ekornerud og Jensen (2013) viser at økonomi er viktigste årsak til udekket tannhelsetjenestebehov, ikke bare i Norge og Sverige, men også i EU. I EU var økonomi viktigste årsak for 56 prosent av dem med et udekket behov. Andre forklaringer var *tannlegeskrekk* (13 prosent), at de ikke *hadde tid* (8 prosent), *andre årsaker* (8 prosent), *venteliste* (7 prosent), *ville se om problemet gikk over av seg selv* (6 prosent) og *kjente ikke noen god tannlege/behandler* (1 prosent).

### Færre med udekket behov, men fortsatt like mange som ikke har råd

Inntekts- og levekårsundersøkelsen (EU-Silc) viser at andelen med udekket behov for tannlege har gått noe ned de siste ti årene. Andelen var 9 prosent i 2006, og den har vært oppe i 10 prosent i 2009, før det flatet ut. I 2016 lå var andelen på 6 prosent. Andelen som oppgir økonomiske årsaker til udekket behov, har ligget stabilt på rundt 4 prosent av befolkningen i flere år, se figur 7.4. Dette tyder på at det er andre årsaker enn økonomi som er grunnen til nedgangen. Det er også verd å merke seg at andelen eldre (67 år og over) som rapporterer om god/svært god tannhelse i perioden 2008 til 2015 har økt med 7 prosentpoeng.

**Figur 7.4** Andel 16 år og over med udekket behov for tannlegehjelp og andel som har udekket behov for tannlege av økonomiske grunner



Kilde: Inntekt og levekårsundersøkelsen, EU-Silc, Statistisk sentralbyrå.

### 7.3. Udekket behov for psykolog eller psykiater

Når man opplever problemer eller lidelser av mer psykisk natur, sorg eller traumer, kan man ha behov for å oppsøke en psykolog eller en psykiater. En psykolog har

<sup>2</sup> Basert på tall hentet fra Inntekts- og levekårsundersøkelsen EU-SILC

<sup>3</sup> Ved behandlingsutgifter over 15 000 kr dekkes 85 prosent av utgiftene

kunnskap om både normal utvikling og psykiske lidelser. Mens en psykiater er en lege som har videreutdanning i utredning og behandling av psykiske lidelser, ofte via medikamentell behandling (Fraas-Johansen).

Det er færre som oppgir et udekket behov for psykolog eller psykiater enn for allmennlege/spesialist og tannlege, 3 prosent på landsnivå. Men det er også færre som regelmessig benytter seg av psykolog eller psykiater enn av leger og tannleger. Mens 5 prosent har vært hos psykolog og 1 prosent har vært hos psykiater siste år, har 74 prosent vært hos legen og 78 prosent vært hos tannlegen. Således er det naturlig at det er færre som oppgir å ha et udekket behov for disse tjenestene. Samtidig kan det være mer stigmatiserende å fortelle at man har behov for time hos psykolog eller psykiater, noe som igjen kan medføre at andelen som er oppgitt her er for lav.

Det er færre menn enn kvinner som oppgir et udekket behov, 1 prosent mot 4 prosent (tabell 7.3). Det er også en litt høyere andel blant de yngste, enn den eldste aldersgruppen (4 prosent mot 1 prosent). Videre er det noen flere blant dem med mindre enn god helse. Også her finner vi den høyeste andelen blant husholdninger med lavest inntekt, 6 prosent. Det er små forskjeller etter bosted og også små forskjeller etter utdanningsnivå, men noen flere i den laveste utdanningsgruppen.

**Tabell 7.3 Andel 16 år og over som ikke har tatt kontakt med psykolog eller psykiater til tross for behov, og grunner til at de ikke har tatt kontakt. Alder, kjønn, helsetilstand, urbaniseringsgrad, inntekt etter skatt per forbruksenhet, utdanning og arbeidsstatus. 2015**

	Udekket behov psykolog/psykiater	Ikke råd	For lang tid å få time-avtale	Transportvansker/lang reisevei	Ikke tid pga. arbeid/omsorg	Annen grunn	N
<b>Alle</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>8 164</b>
Mann	1	0	1	0	0	1	4 109
Kvinne	4	1	2	0	1	2	4 055
16-44 år	4	1	2	0	1	3	3 623
45 år og over	1	0	0	0	0	0	4 511
			1	0	1	2	
God helse	2	0	1	0	0	1	5 775
Mindre enn god helse	5	1	2	0	1	2	2 384
Spredtbygde strøk.	2	1	1	0	1	1	2 697
Tettsteder	2	1	1	0	1	1	3 339
Storbyer	3	1	1	0	1	2	2 128
Under 200 000 kroner	6	2	2	0	2	3	996
200 000 - 350 000 kroner	3	1	1	0	1	1	3 320
350 000 - 600 000 kroner	2	0	1	0	0	1	3 388
Over 600 000 kroner	1	-	0	-	-	1	460
Grunnskole	4	1	2	0	1	2	1 783
Videregående nivå	2	1	1	0	1	1	3 310
Univ/høyskole, lavere grad	2	1	1	0	0	1	2 057
Univ/høyskole, høyere grad	1	-	0	-	0	1	706
I jobb	2	1	1	0	1	1	4 858
Arbeidsledig	10	2	2	1	1	6	182
Student/arbeidsrettet oppl.	5	1	2	0	2	3	946
Alders- eller AFP-pensjonist	0	0	0	0	0	0	1 547
Ufør eller kan ikke arbeide	4	1	2	1	1	3	480
Hjemmearbeidende el. a.	2	1	1	-	-	1	151

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

Størst behov ser vi hos arbeidsledige, hvor en av ti rapporterer om et udekket behov for psykolog eller psykiater. Videre ligger også studentene over snittet. Det kan nok forklares med at disse ofte er unge mennesker og bruk av psykolog er høyest blant unge i aldersgruppen 16-24 år. 14 prosent av kvinnene i denne aldersgruppen har vært hos en psykolog siste 12 måneder.

### Hvorfor går vi ikke til psykolog eller psykiater til tross for behov for tjenesten?

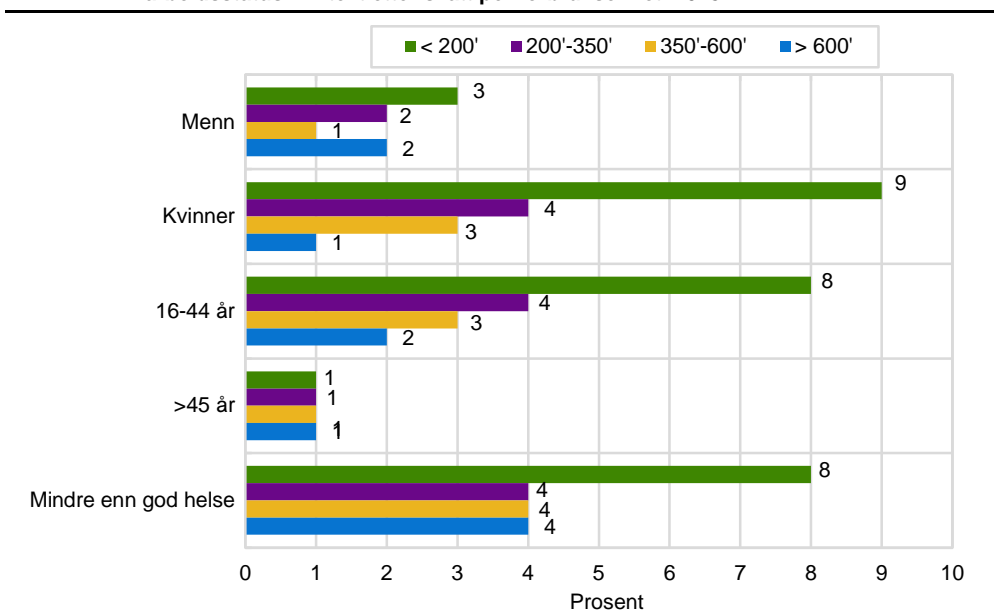
På spørsmålene om hvorfor man ikke har oppsøkt psykolog eller psykiater til tross for behov, er det flest som mener at det vil ta for lang tid å få time. Av dem som har et udekket behov sier fire av ti at det tar for lang tid å få en timeavtale, en av fire at de ikke har råd, mens knapt en av fire ikke har tatt seg tid til å oppsøke en psykolog eller psykiater.

I spørsmålene om bruk av psykolog og psykiater er det ikke skilt mellom offentlig og private tjenester. I og med at tilgangen på psykologer eller psykiatere med refusjonsrett er begrenset, og man må ha henvisning fra en lege, kan ventetiden på å få en time være lang. Mens private psykologer og psykiatere ofte har kortere ventetid, må man dekke hele kostnaden selv.

I de laveste inntektsgruppene er det en av tre som oppgir at de ikke har råd til å gå til psykolog/psykiater til tross for behov, se vedleggstabell A3. Det er litt flere menn enn kvinner, og flest blant de yngre som ikke har råd til å bruke tjenestene.

Ser vi på andel med udekket behov for psykolog eller psykiater etter inntektsgruppe som vist i figur 7.5, kan vi se en sosial gradient blant kvinner og yngre, men ikke blant menn og eldre. Dobbelte så mange i den laveste inntektsgruppen blant dem med mindre enn god helse oppgav et utdekket behov.

**Figur 7.5** Andel med udekket behov for psykolog eller psykiater. Alder, kjønn, helsetilstand, arbeidsstatus. Inntekt etter skatt per forbruksenhet. 2015



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

#### **7.4. Oppsummert**

Folk flest har ikke udekket behov for legehjelp, men likevel er det nesten en av ti som har hatt behov for hjelp og unnlatt å ta kontakt i 2015. Det er flere yngre enn eldre. De vanligste grunnene er at det tar for lang tid å få time, at de ikke har hatt tid til å gå til legen på grunn av jobb eller omsorgsforpliktelser, og kategorien "andre grunner". Halvparten av dem med et udekket behov for tannlegetjenester sier at de ikke har råd til å gå til tannlege, særlig blant grupper med lav inntekt.

Det er en langt lavere andel som oppgir udekket behov for psykolog eller psykiater, 3 prosent. Også her er det flere blant dem i den laveste inntektsgruppen, - flest sier at det tar for lang tid å få time, det er også en del som oppgir at de ikke har råd. Vi ser et mønster for tjenester hvor man må betale mer selv (evt. alt selv), her øker andelen som ikke har råd merkbart.

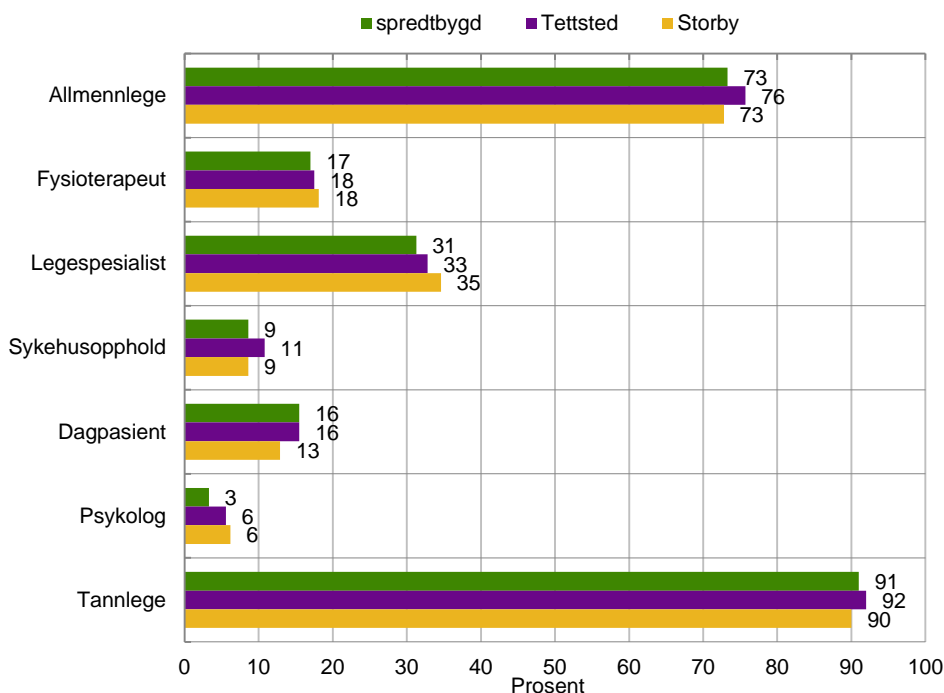
## 8. Regionale forskjeller i helsetjenestebruk

Det er ingen klar sammenheng mellom bruk av de fleste typene helsetjenester vi ser på her, og om man bor i spredtbygde strøk, tettsteder eller storbyer. Forskjellene er små, mellom 1 og 4 prosentpoeng.

### 8.1. Færre til spesialist i spredtbygde strøk

Det ser imidlertid ut til å være litt færre i spredtbygde strøk som sier de har vært hos legespesialist eller psykolog, enn det som er tilfelle i større tettsteder og storbyer.

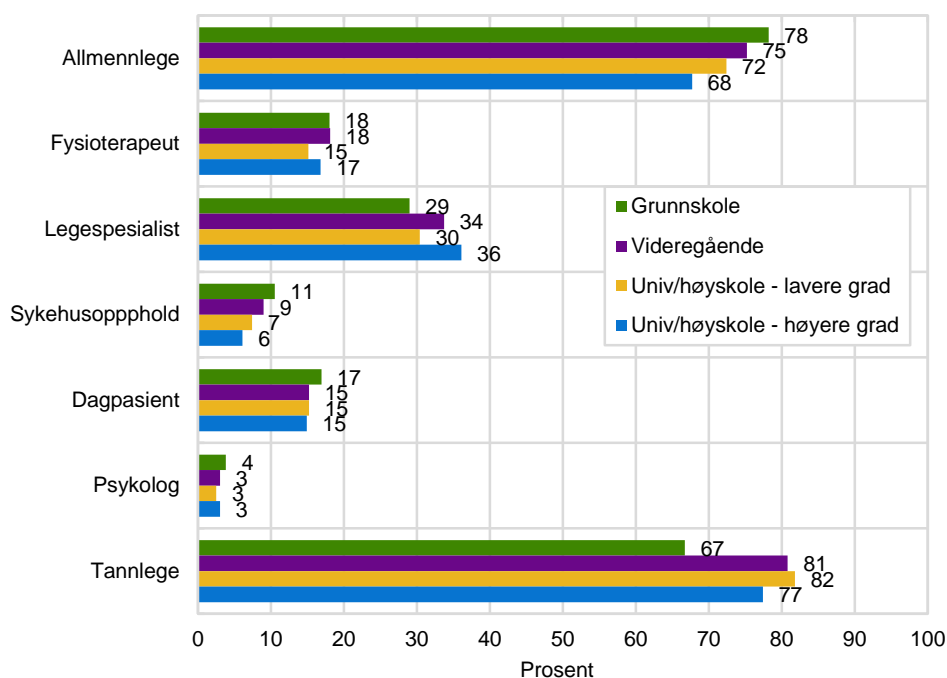
**Figur 8.1** Andel 16 år og over som har brukt utvalgte helsetjenester siste 12 måneder eller vært hos tannlege siste 2 år. Urbaniseringsgrad. 2015



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

Sammenhengen mellom utdanningsnivå og bruk av helsetjenester følger samme mønster som vist tidligere, og det er ingen vesentlige forskjeller mellom personer bosatt i tettbygde og spredtbygde strøk. Men det ser ut til å være sterkere sammenheng mellom utdanningsnivå og bruk av allmennlege i spredtbygde strøk – der 78 prosent av dem med lavest utdanning har vært hos allmennlege, mot 68 prosent av dem med høyest utdanning, en forskjell på 10 prosentpoeng (se figur 8.2). Forskjellen i bruk av allmennlegetjenester mellom utdanningsgruppene er mindre mellom personer bosatt i tettbygde strøk og storbyer, 3 prosentpoeng.

**Figur 8.2 Andel 16 år og over som bor i spredtbygde strøk som har brukt utvalgte helsetjenester siste 12 måneder. Utdanning. 2015**



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

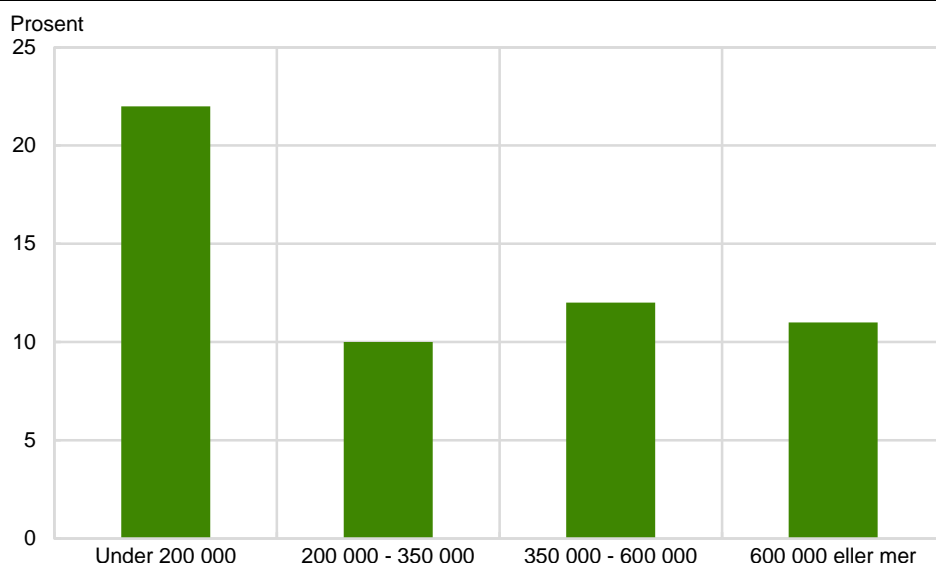
## 8.2. Spiller avstand til helsetjenesten en rolle for dem med et udekket behov?

Bor man på et lite sted med dårlig kollektivt transporttilbud, og kanskje lang vei til lege eller tannlege, vil det å komme seg dit kunne være et problem. Det kan ta lang tid (vente på buss f.eks. /bytte mellom ulike transportmidler), eller det kan bli dyrt om man må ty til taxi. Dette vil være enklere for alle som bor på større steder eller har tilgang på bil.

I gruppen med udekket behov for tannlege er det 6 prosent som har svart vansker med transport, det er det også i gruppen som har hatt behov for psykolog eller psykiater. Flest finner vi blant dem som har unnlatt å ta kontakt med allmennelege eller legespesialist, her er det 13 prosent som oppgir transportvansker/lang reisevei som grunn. Andelen som oppgir at transportproblemer eller lang vei har medført udekket behov for legehjelp er f. eks høyere for studenter og uføre, her gjelder det en av fem. Det er også flere i den yngste aldersgruppen enn i den eldste gruppen. Det er også forskjeller etter inntekt, da de med lavest husholdningsinntekt i større grad har vansker med å komme seg til legen enn dem med høyere inntekter - se figur 8.3.



**Figur 8.3** Personer 16 år og over med udekket behov for legehjelp: Andel som ikke har tatt kontakt på grunn av vansker med transport eller lang reisevei. Inntekt etter skatt per forbruksenhet, 2015

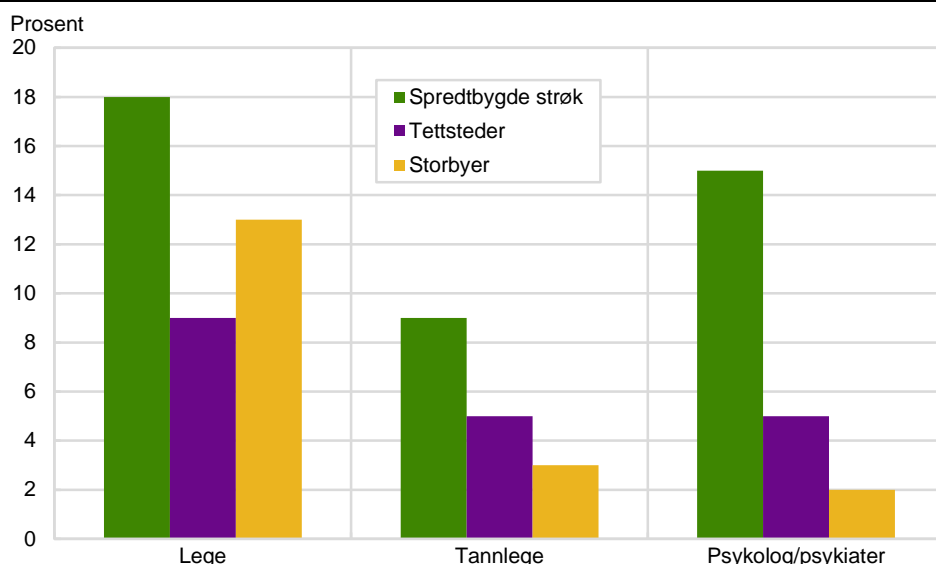


Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

Nesten en av fem med udekket legebehov som bor i spredtbygde strøk sier at årsaken til at de ikke har oppsøkt lege skyldes transportproblemer eller lang reisevei. Mens det bare gjelder en av ti som bor på tettsteder med inntil 100 000 innbyggere (figur 8.4).

Vi finner et enda tydeligere mønster når vi ser på udekket behov for tannlege og dem som har oppgitt transportproblemer. Det er flere med transportproblemer i gruppen som bor spredt (inntil 2000 beboere), enn grupper som bor i mer urbane strøk, færrest finner vi i storbyene, og andelen varierer mellom 9 og 3 prosent.

**Figur 8.4** Personer 16 år og over med udekket behov for helsehjelp: Andel som ikke har tatt kontakt på grunn av transportproblemer eller lang reisevei. Urbaniseringsgrad, 2015



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

Også for psykolog og psykiater er det langt flere som oppgir vansker med transport eller lang reisevei blant dem som bor spredtbygde. Mens 15 prosent oppgir transportvansker i mer spredtbygde strøk, gjelder det bare 2 prosent av dem som bor i storbyer med over 100 000 innbyggere (figur 8.4).

### Ikke store variasjoner etter landsdel, men stor forskjell på hvor mange som ikke har råd

Som vist i tabell 8.1 er det ingen veldig store geografiske forskjeller. Udekket behov for lege varierer mellom 6 prosent i Trøndelag og 10 prosent i Akershus og Oslo-regionen. Andelen av dem som har et udekket behov som ikke har råd til legebesøk går fra 5 prosent i Trøndelagsfylkene og opp til 16 prosent i Nord-Norge.

Det er Østlandet ellers og Nord-Norge som har flest med udekket behov for tannbehandling. Her er andelen blant dem med udekket behov som oppgir at de ikke har råd også mye høyere enn for legetjenesten, og varierer mellom 51 prosent på Østlandet ellers og 37 prosent av dem med et udekket behov i Nord-Norge. I nord hvor en av ti oppgir et udekket behov for tannlege, er det i underkant av fire av ti som oppgir dårlig råd som grunn. Mens på Østlandet ellers hvor færre hadde et udekket behov, oppga halvparten dårlig råd som grunn.

Det er færre som har et udekket behov for psykolog eller psykiater, og her er forskjellene mellom landsdelene svært små, og andelen som oppgir dårlig råd varierer mye. Fra 38 prosent på Østlandet ellers, til bare 9 prosent av dem med udekket behov i Nord-Norge. Men her er bakgrunnstallene små, og dermed blir resultatene mer usikre.

**Tabell 8.1 Personer 16 år og over med udekket behov for helsehjelp hos lege, tannlege eller psykolog/psykiater: Andel som ikke har tatt kontakt på grunn av dårlig råd. Landsdel. 2015. Prosent**

	Akershus og Oslo	Øst-landet ellers	Agder og Rogaland	Vest-landet	Trøndelag	Nord-Norge
Udekket behov lege:	10	8	8	8	6	9
Av disse: andel med dårlig råd	15	11	8	13	5	16
Udekket behov tannlege:	8	6	6	7	6	10
Av disse: andel med dårlig råd	48	51	49	44	39	37
Udekket behov psykolog eller psykiater:	3	3	2	2	2	2
Av disse: andel med dårlig råd	26	38	27	11	21	9

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

## 9. Tilfredshet med helsetjenestene

Vi lever i et land med generelt god tilgang til offentlige helsetjenester. Og folk flest får den hjelpen de trenger, men som vist faller noen utenfor. I kapittel 7 så vi at for lege/legespesialist, psykolog og psykiater er det ikke dårlig råd som er vanligste grunn til at enkelte ikke oppsøker de helsetjenestene de har bruk for, men at det tar for lang tid å få en pasienttime og/eller at de ikke har tid til å oppsøke en behandler. Unntaket her er tannhelsetjenester, hvor dårlig råd er vanligste grunn til ikke å oppsøke en tannlege selv om man trenger behandling. Kvaliteten på tjenestene kan også ha noe å si for bruken av dem og ikke bare tilgang og kostnader.

### 9.1. Tilfredshet med lege eller legespesialist

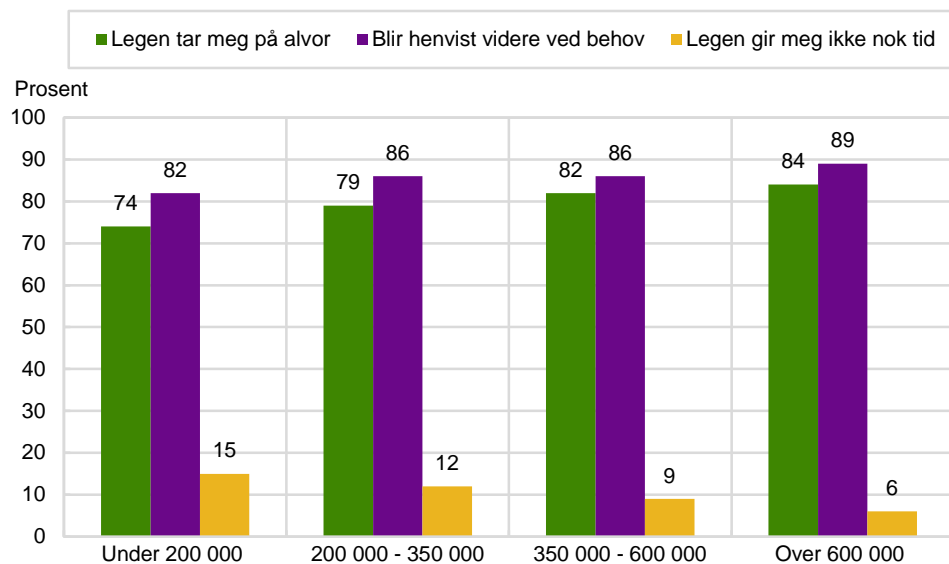
I tillegg til årsakene vi har sett på i kapittel 7, med blant annet knapphet på tid, vansker med transport eller økonomi kan det også være andre grunner til udekket behov for helsetjenester. En mulig forklaring ligger i kvaliteten på tjenestene. Hvordan opplever pasientene tjenesten og behandleren? Det er stilt tre spørsmål i levekårsundersøkelsen om helse om pasienttilfredshet – se beskrivelsen under. Vi ser hovedsakelig på dem som sier seg *helt enige* i påstandene om legen/behandler. Generelt sett er folk i stor grad tilfreds med helsetjenestene, men det finnes også noen forskjeller som blir nærmere presentert under.

#### Påstander om fastlege/allmennlege

- Jeg skal nå lese opp noen påstander om kontakt med fastlegen eller allmennlegen du bruker. For hver påstand vil jeg at du sier om du er helt enig, litt enig, verken enig eller uenig, litt uenig eller helt uenig.
  - «Legen tar meg og mine problemer på alvor»
  - «Legen gir meg ikke nok tid»
  - «Jeg blir henvist videre hvis jeg har behov for det»

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse 2015

**Figur 9.1** Personer 16 år og over som har vært hos lege siste 12 måneder: Andel som er helt enig i ulike utsagn om allmennlegen/fastlegen. Inntekt etter skatt per forbruksenhet, 2015



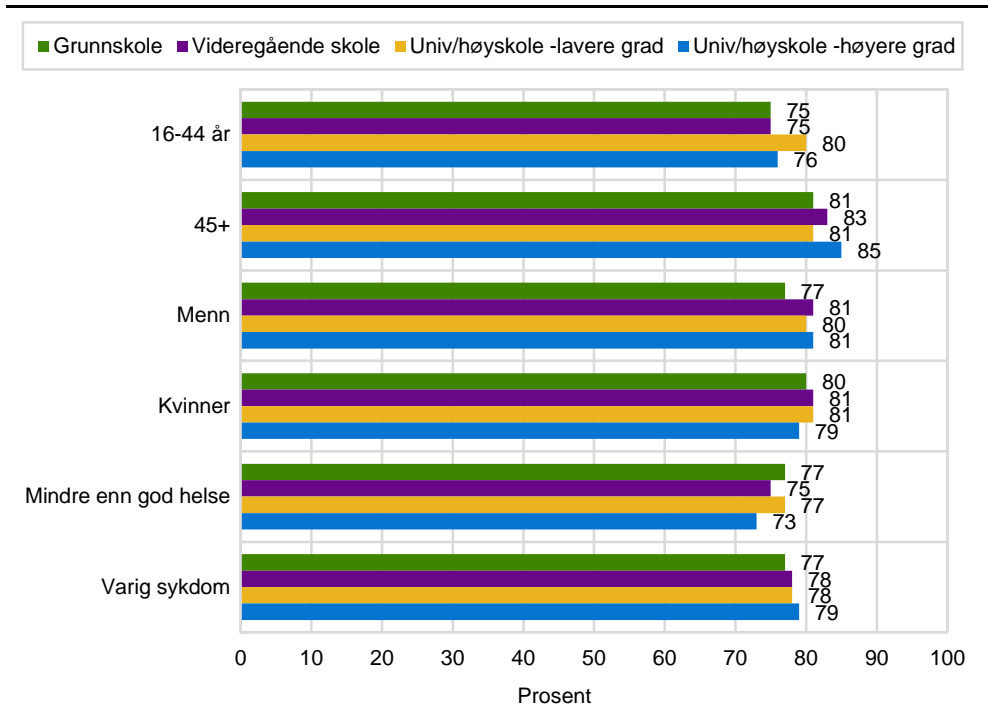
Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

#### «Legen tar meg og mine problemer på alvor»

Det er viktig at pasientene blir sett og hørt av sin behandler, og 80 prosent er helt enige i at legen tar dem og problemene deres på alvor, mens ytterligere 12 prosent er litt enige i dette utsagnet. Unge er litt mer kritiske enn eldre og det samme mønsteret kan vi se blant dem med mindre enn god helse (se mer i vedleggstabell B1). Det er 10 prosentpoengs forskjell mellom laveste og høyeste inntektsgruppe i andelen som opplever at de blir tatt på alvor av legen (figur 9.1).

Det er generelt ikke så store forskjeller etter utdanning, men det er en litt lavere andel som opplever at de blir tatt på alvor av legen i den yngste aldersgruppen. Spesielt i de to lavest utdanningsnivåene, sammenlignet med den eldste aldersgruppen. Videre er de med mindre enn god helse i den høyeste utdanningsgruppen litt mer kritiske, her er det 73 prosent som sier seg helt enig i at de blir tatt på alvor av legen, mot 77 prosent av dem med utdanning på grunnskolenivå og lavere universitetsnivå (figur 9.2).

**Figur 9.2 Personer 16 år og over som har vært hos lege siste år: Andel som er helt enig i utsagnet om at allmennlegen/fastlegen tar meg og mine problemer på alvor. Utdanning. 2015**



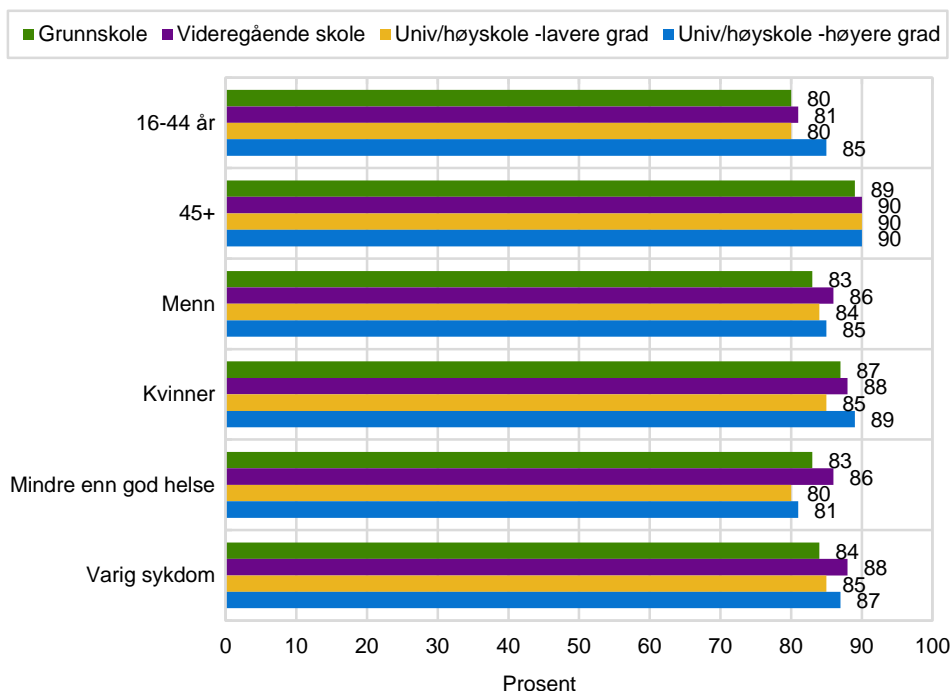
Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

**«Jeg blir henvist videre hvis jeg har behov for det»**

Pasienter flest opplever at de blir henvist videre til en spesialist når det er behov for det. Om lag 86 prosent er helt enige i at de blir henvist videre ved behov, mens 5 prosent er litt enige i dette. Det er litt færre menn enn kvinner som er helt enig i at de blir henvist videre når det trengs, men forskjellen er ikke stor. Det er flere eldre enn yngre som er helt enig, og de med god helse er litt mer enige enn de med mindre enn god helse. Andelene øker også etter husholdningsinntekt, som vist i figur 9.1, på side 57.

Det er generelt forholdsvis små forskjeller etter utdanning også for henvisninger (figur 9.3 på side 59) og ingen klar gradient. Men det er en tendens til at det er litt færre som er enige i utsagnet blant dem med grunnskole utdanning enn blant personer i de øvrige utdanningsgruppene. Unntaket er dem med mindre enn god helse, her er det de med høyest utdanning som har en litt lavere andel som er helt enige i at de blir henvist videre ved behov.

**Figur 9.3 Personer 16 år og over som har vært hos lege siste år: Andel som er helt enig i at de blir henvist videre dersom det er behov for det. Utdanning, 2015**



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

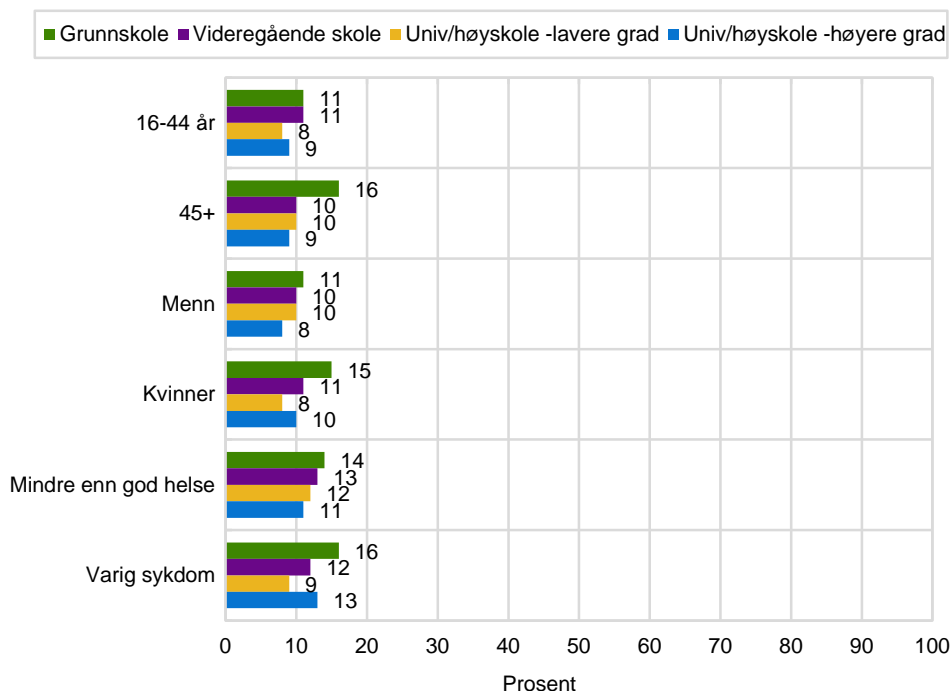
**«Legen gir meg ikke nok tid»**

Det er studier som tyder på at tiden legene bruker på pasienten har en positiv innvirkning på kvaliteten og gir mer fornøyde pasienter og leger. En årlig undersøkelse gjennomført av The Commonwealth Fund viser at lengden på konsultasjonene varierer, mens allmennleger i Norge og Sverige brukte 20 minutter i gjennomsnitt per konsultasjon, var den nede i ti minutter i Tyskland, Nederland og Storbritannia (Rosta, 2017).

De fleste pasienter har tilstrekkelig tid til å ta opp det de ønsker med legen i løpet av en konsultasjon. Men 11 prosent er helt enige i utsagnet om at de ikke får nok tid hos legen, og 10 prosent er litt enige i dette. Det er en tendens til økende tiltro til legen etter økt inntekt (som vist i figur 9.1). Dette stemmer også for opplevelsen av å ikke få nok tid med legen, her viser figuren en synkende andel når den disponible husholdningsinntekten øker. Det er over dobbelt så mange i lav-inntektsgruppen som i den høyeste inntektsgruppen, som mener de ikke får tid nok sammen med legen.

Figur 9.4 viser at kvinner med lav utdanning og personer med varig sykdom med lav utdanning, er i mindre grad enn andre helt enige i at de ikke får nok tid med legen. Slik er mønsteret også for den eldste aldersgruppen, her er det 16 prosent som sier seg enig i at de ikke får nok tid blant dem med grunnskoleutdanning, mot 9 prosent i den høyeste utdanningskategorien. Generelt sett er det den laveste utdanningsgruppen som i minst grad syntes de får nok tid. Dette kan henge sammen med bl.a. evnen til å kommunisere med legen, og få muligheten til å stille de spørsmålene man ønsker, og motta svar man forstår.

**Figur 9.4 Personer 16 år og over som har vært hos lege siste år: Andel som er helt enig i at de får for liten tid med allmennlegen/fastlegen. Utdanning. 2015**



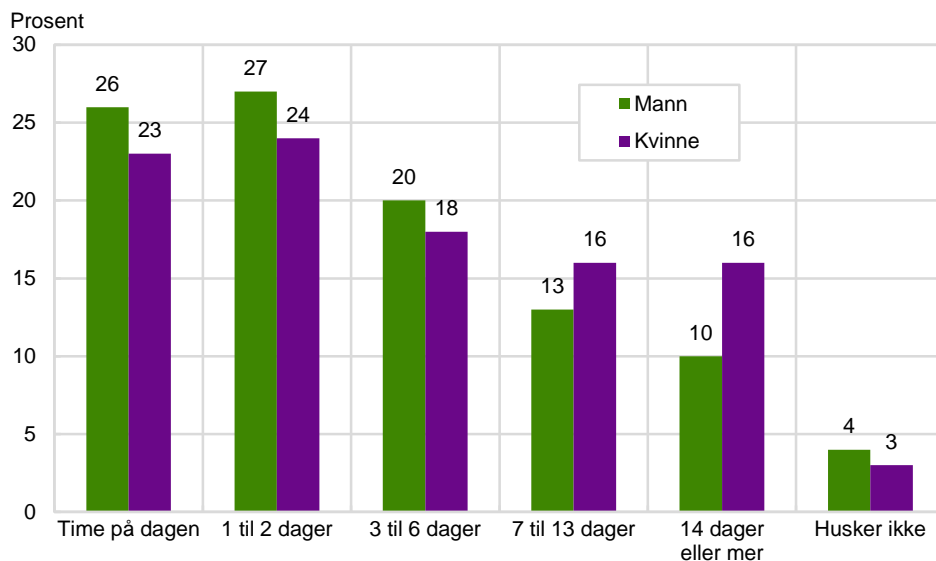
Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

En vanlig fastlegetime er som regel på 15-20 minutter inkludert journalføring, og har man flere problemstillinger man ønsker å ta opp, er det ikke alltid tid til det. Mange leger vil da ønske at man bestiller en time til. Det kan oppleves som en ekstra byrde å måtte bestille flere legetimer og finne tid til dem i hverdagen, og dette kan være med og bidra til et udekket behov for legehjelp. I følge Stortingsmelding 13 om Kvalitet og pasientsikkerhet 2015, får Pasient og brukerombudene mange henvendelser fra fastlegepasientene. Det er spesielt mangel på tilgjengelighet og mulighet til å få en timeavtale innen rimelig tid som er et vanlig tema i klagen, i tillegg til klager på leger som snakker dårlig norsk (Stortingsmelding 13, side 17).

En annen viktig funksjon som fastlegene har er øyeblikkelig hjelp-timer på dagtid. Legen må sette av tid til egne pasienter med behov som ikke kan vente til neste dag, og hvor lang tid en slik øyeblikkelig hjelp-pasient trenger vil variere. Dette gjør at det lettere blir forsinkelser, slik at pasienter med vanlig legetime må vente og ikke kommer inn til legen til avtalt tid, noe som kan påvirke følelsen av at det tar mye tid å gå til legen.

En av fire pasienter fikk time på dagen ved forrige legetime. Tar vi med dem som måtte vente 1 til 2 dager, fikk halvparten av pasientene time i løpet av bare to dager. En av fem har ventet 3 til 6 dager. Mens 13 prosent har måttet vente to uker eller mer på en legetime ved forrige bestilling. Menn får i litt større grad enn kvinner time raskt. Andelen kvinner som har ventet 14 dager eller mer på en legetime er 6 prosentpoeng høyere enn for mennene.

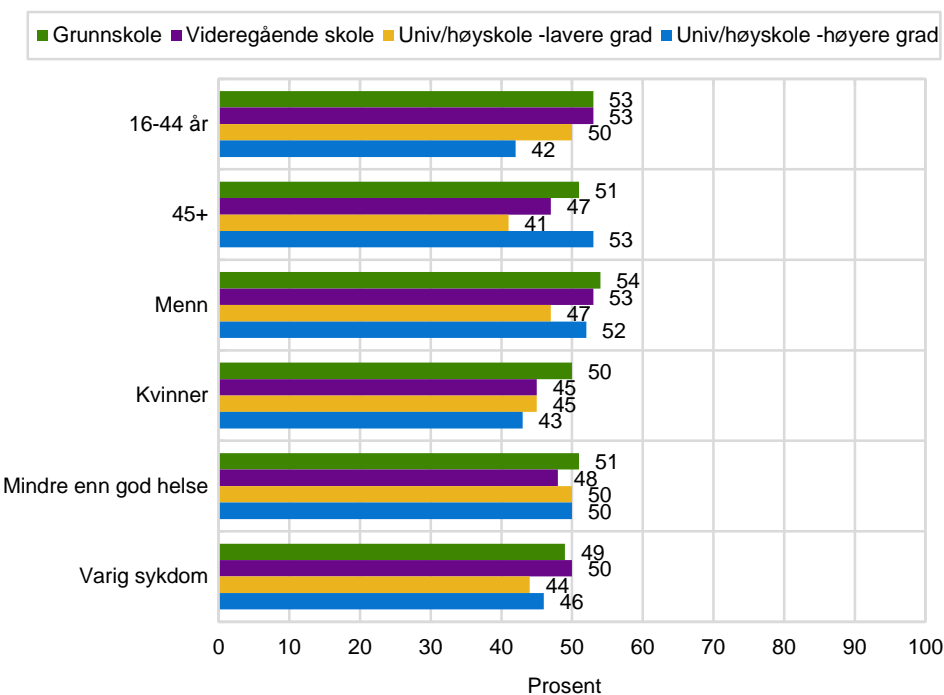
**Figur 9.5 Personer 16 år og over som har vært hos allmennlege/fastlege siste år: Andel som har ventet på time og antall dager de har ventet. Kjønn. 2015**



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

Av dem som har vært hos legen, er det noen forskjeller i ventetid etter utdanningsnivå, men de er ikke så store. Som vist i figur 9.6, som viser dem som har fått time i løpet av to dager, er det er litt flere kvinner med lav utdanning enn med høy utdanning som fikk raskt time. Dette mønsteret finner vi også når vi ser på yngre, her er det flere med lavere utdanning enn med høyere utdanning som raskt har fått time. Mens for gruppen 45 år og eldre er det omvendt, her er det flest i den høyeste utdanningsgruppen. Det er generelt små forskjeller i ventetid etter utdanning for de med mindre enn god helse. Det er litt flere menn enn kvinner som fikk time i løpet av to dager. Og forskjellen er størst mellom menn og kvinner med høyere universitetsutdanning, 9 prosentpoeng.

**Figur 9.6 Personer 16 år og over som har vært hos allmennlege/fastlege siste år: Andel personer som har fått time i løpet av to dager ved forrige bestilling av legetime. Utdanning. 2015. Prosent**



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

## 9.2. Tilfredshet med psykolog eller psykiater

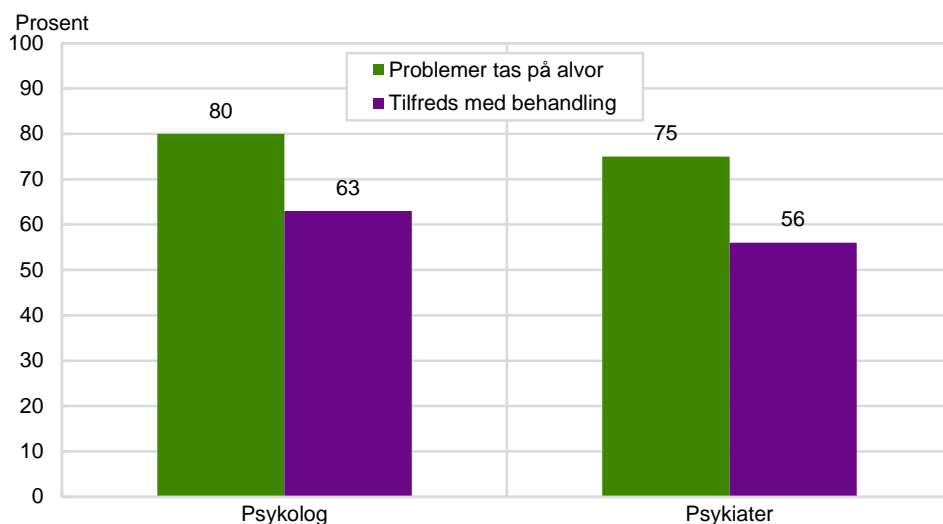
Også pasientene som har oppsøkt psykolog eller psykiater er spurt om de er tilfredse med tilbudet via to utsagn. Her ser vi på dem som er helt enige i de ulike påstandene. De fleste er godt fornøyd med tilbudet, åtte av ti er helt enig i at problemene deres blir tatt på alvor hos psykologen og drøyt seks av ti er helt tilfreds med behandlingen (figur 9.7). For psykiateren er andelen litt lavere for begge påstandene, henholdsvis 75 prosent og 56 prosent, men her er det også et mindre utvalg, noe som gir økt usikkerhet for disse tallene. I den videre analysen er de to profesjonene slått sammen, og tallene presenteres samlet.

### Påstander om psykolog/psykiater

- *Har vært hos psykolog siste 12 måneder:* Jeg skal nå lese opp to påstander om din kontakt med psykolog [psykiater]. For hver påstand vil jeg at du sier om du er helt enig, litt enig, verken enig eller uenig, litt uenig eller helt uenig.
  - «Psykologen [Psykiateren] tar meg om mine problemer på alvor»
  - «Jeg er tilfreds med behandlingen jeg får hos psykologen [psykiateren]»

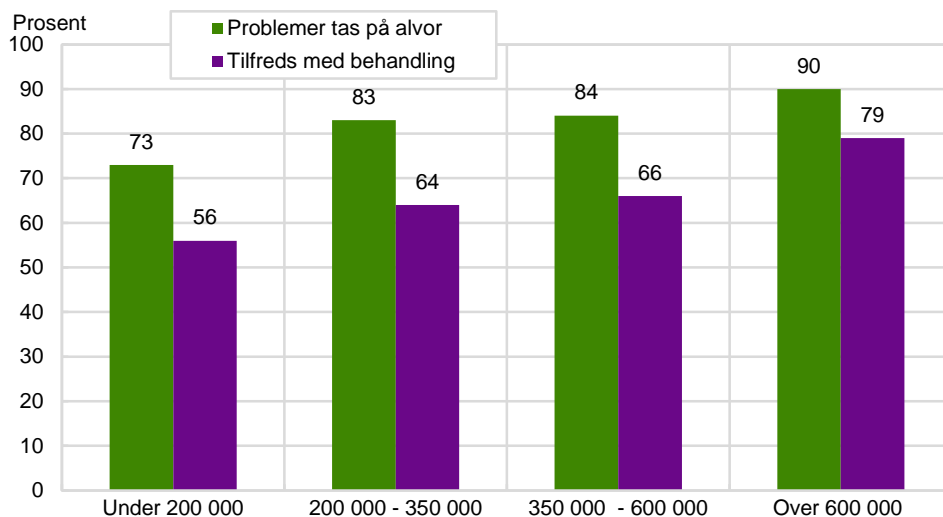
Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse 2015

**Figur 9.7** Personer 16 år og over som har vært hos psykolog eller psykiater siste år: Andel som er helt enig i utsagnet om at de blir tatt på alvor av behandler og at de er tilfreds med behandlingen de får. 2015



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

**Figur 9.8** Personer 16 år og over som har vært hos psykolog/psykiater siste 12 måneder: Andel som er helt enig i at de blir tatt på alvor av behandler, og andel som er helt tilfreds med behandlingen de får. Inntekt etter skatt per forbruksenhet, 2015



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

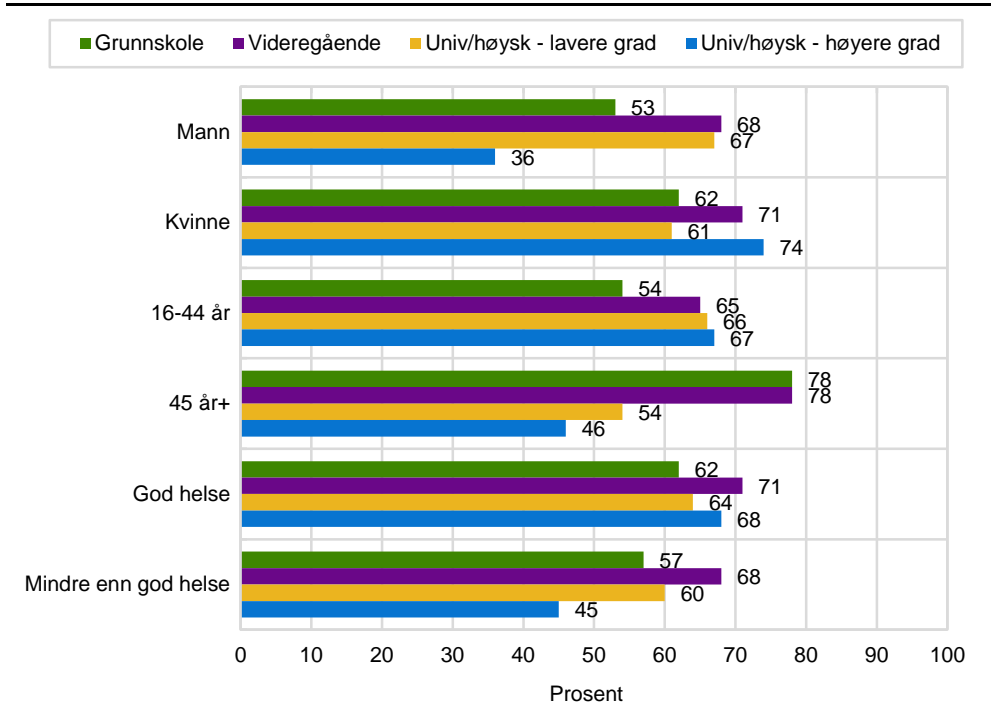


**«Tilfreds med behandlingen»**

Det er 64 prosent som er tilfreds med behandlingen psykologen og/eller psykiateren gir, og det er flere kvinner enn menn som er helt enig i dette. Det er også flere eldre enn yngre som er helt enige. De med mindre enn god helse er ikke fullt så fornøyde som dem som har god helse, her er det en forskjell på 9 prosentpoeng. Dette ser vi også blant dem med lav inntekt, her er andelen som er helt tilfreds er 23 prosentpoeng lavere enn i gruppen med høyest inntekt, se flere tall i vedleggstabell B2. Unge menn er i minst grad helt tilfreds med behandlingen, mens eldre kvinner har størst tillit til behandleren sin, de ligger 9 prosentpoeng over landsnittet (ikke vist i tabell).

Figur 9.9 viser utvalgte bakgrunnskjenne­tegn etter utdanning og tilfredshet. Her ser vi at det er en svak sosial gradient blant de yngste og en omvendt sosial gradient blant de eldste, hvor de med høyere utdanning er mindre tilfredse enn de med lavere utdanning. Det er ingen klar gradient for kjønn, men menn med høy utdanning er langt mindre tilfredse enn kvinner med høy utdanning, men siden det er så pass få i denne gruppen, gjør det tallene mer usikre.

**Figur 9.9** Personer 16 år og over som har vært hos psykolog/psykiater siste 12 måneder: Andel som er helt enig i utsagnet om at de tilfreds med behandlingen de får. Utdanning. 2015



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

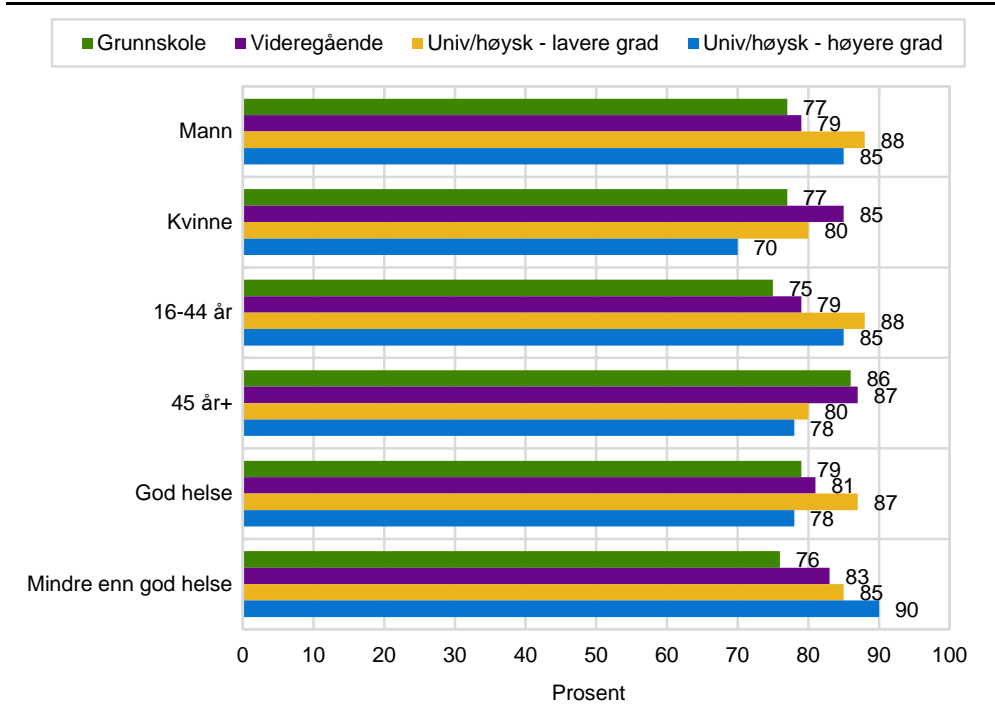
**«Føler seg tatt på alvor»**

Det er 82 prosent som sier seg helt enige i at psykolog eller psykiater tar dem og problemene deres på alvor. Det er kun små forskjeller mellom kvinner og menn. Litt flere eldre enn unge føler seg tatt på alvor, henholdsvis 85 mot 81 prosent. Mens ni av ti med høy inntekt er helt enige, gjelder dette sju av ti med lav inntekt, se figur 9.8. Det er en litt lavere andel blant dem med grunnskoleutdanning som føler seg tatt på alvor, enn i de andre gruppene. Høyest andel som er tilfreds med tjenesten finner vi blant dem med universitets- og høyskoleutdanning på lavere nivå ifølge vedleggstabell B2.

Figur 9.10 viser et utvalg kjennetegn etter utdanningsnivå for pasienten, og figuren viser en klar sosial gradient for de med mindre enn god helse, hvor andelen som føler seg tatt på alvor øker med utdanningsnivået til pasientene. Det er ikke så klare sammenhenger for de øvrige gruppene, men yngre med grunnskoleutdanning føler

seg i mye mindre grad tatt på alvor enn dem i den eldre aldersgruppen med samme utdanningsnivå. Dette mønsteret er omvendt for de med høy utdanning, men også her må tallene tolkes med forsiktighet, da gruppen med høy utdanning som har vært hos psykolog/psykiater er liten. Ellers er forskjellene etter utdanning mindre i figur 9.10 - å føle seg tatt på alvor, enn i figur 9.9 som viser tilfredshet med behandler.

**Figur 9.10 Personer 16 år og over som har vært hos psykolog/psykiater siste 12 måneder: Andel som er helt enig i utsagnet om at de føler seg tatt på alvor av behandleren. Utdanning. 2015**



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

### 9.3. Oppsummert

Det er stor grad av tilfredshet med helsetjenestene som har blitt omtalt i dette kapitlet, og behandler eller behandlingen ser ikke ut til å gi grunn til udekket behov. Samtidig øker tilfredsheten med legen med økende husholdningsinntekt.

Langt de fleste er enig i at problemene deres blir tatt på alvor av legen, og i at de blir henvist videre ved behov. De fleste opplever også at de får nok tid sammen med legen, men en av ti er helt uenige i dette og føler at det blir for lite. Det er flere i lavinntektsgruppene som synes at de får for liten tid sammen med legen, det er også flere eldre enn yngre. En av fire sier at de fikk time på dagen sist gang de kontaktet allmennlegen, og tar vi også med dem som fikk en time i løpet av to dager, gjaldt det halvparten.

Det er stor tilfredshet også med psykolog og psykiater, men det er en lavere andel blant dem med lavest inntekt som er tilfreds, en slik sosial gradient etter inntekt er det også når vi ser på om man mener at man blir tatt på alvor av behandleren.

## 10. Oppsummering og veien videre

Det er vist at det er sosiale forskjeller i helse, og i noen grad i bruk av helsetjenester. Vurdert mot at grupper med lav utdanning eller lav inntekt har høyere sykkelighet og dermed mest sannsynlig et større behov for helsetjenester kan man spørre seg om mønsteret for bruk av helsetjenester, vist i denne rapporten, gjenspeiler denne forskjellen.

Helt generelt kan man si at grupper med mindre enn god helse, som forventet, bruker helsetjenester i større grad enn dem med god helse. Kvinner bruker helsetjenester mer enn menn, og eldre bruker mer enn yngre. De mønstrene vi har vist for sammenheng mellom utdanningsnivå og inntektsnivå og om man har brukt en helsetjeneste siste år, ser langt på vei ut til å gjelde også for dem som bruker tjenestene flere ganger per år. Det gjelder primært tjenester som allmennlege og innleggelse på sykehus. Det er mindre forskjeller mellom utdanningsgruppene i bruk av fysioterapi, men klart mindre bruk i laveste inntektsgruppe. Grupper med høyere utdanning har i større grad har vært hos legespesialist og tannlege.

I grupper med mindre enn god helse er det mindre forskjeller mellom utdanningsgruppene enn i grupper med god helse. Det er en klar sosial gradient i tjenestebruk etter inntekt for grupper med mindre enn god helse. Størst forskjeller etter utdanning og inntekt er det blant eldre. Blant yngre er ikke forskjellene i helsetjenestebruk etter utdanning og inntekt like markert.

Det er flere som bruker legespesialist og tannlegetjenester i grupper med høy utdanning og høy inntekt enn i grupper med lav utdanning og lav inntekt. Dette med unntak av psykologtjenester der den laveste inntekts- og utdanningsgruppen bruker tjenesten i større grad, også når vi ser på grupper som har hatt flere konsultasjoner.

### ***Bruk av helsetjenester - unge 16-44 år med god helse***

Blant yngre med god helse er det relativt sett små forskjeller etter utdanning i bruk av helsetjenester. Man kan imidlertid se en litt lavere bruk i laveste utdanningsgruppe. Det gjelder for tjenestene fysioterapi, legespesialist, psykolog, dagopphold på sykehus og tannlegetjenester.

For allmennlege er det en sosial gradient i bruksmønsteret etter både inntekt og utdanning. Gradienten etter inntekt opprettholdes også ved flere gangers bruk av tjenesten. For sykehusinnleggelse er det en svak omvendt gradient etter utdanning og en tydelig omvendt sosial gradient etter inntekt. Det er ingen forskjell etter utdanning og inntekt når vi ser på dem som har ligget fem eller flere døgn på sykehus. For øvrige tjenester er det små forskjeller etter inntekt i flere gangers bruk av tjenestene.

### ***Bruk av helsetjenester - eldre 45 år og over med god helse***

Blant eldre 45 år og over med god helse er det større forskjeller i helsetjenestebruk etter inntekt og utdanning sammenliknet med yngre. Eldre med god helse og høyere utdanning bruker allmennlege i mindre grad og legespesialist i større grad enn andre utdanningsgrupper. Det er en svak omvendt gradient etter utdanning og inntekt i sykehusinnleggelser og i bruk av allmennlege/fastlege. For bruk av fysioterapi og legespesialist er det en tydelig sosial gradient etter utdanning og inntekt. For flere gangers bruk av legespesialist er det liten forskjell mellom utdannings- og inntektsgruppene.

Det er relativt små forskjeller i bruk av dagopphold på sykehus, og kun små forskjeller i bruk av psykolog og tannlege. Det er imidlertid litt færre med lav inntekt eller lav utdanning som har vært hos tannlege siste 2 år.

***Bruk av helsetjenester - menn 16 år og over med god helse***

Det er en sosial gradient i bruk av allmennlege og legespesialist etter inntekt, og det er færrest i laveste inntektsgruppe som har vært hos fysioterapeut. Det er bare mindre forskjeller i bruk av øvrige tjenester. For alle tjenestene forsvinner forskjeller etter inntekt ved flere gangers bruk. For tannlege er det klart færrest brukere i laveste inntektsgruppe.

***Bruk av helsetjenester - kvinner 16 år og over med god helse***

For allmennlegetjenester, fysioterapi, dagbehandling er det færrest i laveste inntektsgruppe som har brukt tjenestene. Ser vi på flere gangers bruk, er det små forskjeller etter inntekt. For bruk av psykolog og innleggelse på sykehus er det derimot flest brukere i laveste inntektsgruppe.

***Bruk av helsetjenester - unge 16-44 år med mindre enn god helse***

Yngre med mindre enn god helse og høy inntekt bruker fysioterapi og legespesialist i større grad enn andre grupper. For disse tjenestene er det ikke noe tydelig mønster etter utdanning, men det er en sosial gradient etter inntekt, også for flere gangers bruk av disse tjenestene. Det er også en sosial gradient etter inntekt i bruk av allmennlege/fastlege, men ikke etter utdanning. Mønsteret for sykehusinnleggelse er mindre tydelig, men det er flest i høyeste inntektsgruppe som har ligget flere døgn på sykehus siste år. Til tross for at det er en sosial gradient i dagbehandling (unntatt gruppen med høyest utdanning), er det flest i lavinntektsgruppen som har hatt flere dagbehandlinger siste år. Det er unge med mindre enn god helse og grunnskoleutdanning som går til psykolog. Ved ti eller flere gangers bruk av psykolog fremkommer en omvendt sosial gradient. For tannlegekontakt siste to år er det en klar sosial gradient etter både inntekt og utdanning.

***Bruk av helsetjenester - eldre 45 år og over med mindre enn god helse***

For eldre 45 år og over med mindre enn god helse er det en omvendt sosial gradient etter inntekt i bruk av allmennlegetjenester, men ikke etter utdanning. Forskjellen mellom gruppene blir mindre når vi ser på flere gangers bruk av tjenesten. Det er en klar sosial gradient etter utdanning i bruk av fysioterapeut og legespesialist. Det er langt færre i den laveste inntektsgruppen som har vært hos fysioterapeut og legespesialist siste år, også når vi ser på flere gangers bruk. Det er liten forskjell i bruk av psykolog for denne gruppen. Lavt utdannede med mindre enn god helse blir oftere lagt inn på sykehus. Det er en sterk omvendt gradient i sykehusinnleggelser, men ser vi på oppholdstid er det ingen forskjeller etter inntekt. Den laveste inntektsgruppen har i mindre grad vært til dagbehandling.

***Bruk av helsetjenester - menn 16 år og over med mindre enn god helse***

For menn med mindre enn god helse er det liten forskjell etter inntekt i bruk av allmennlege og i innleggelse på sykehus. Det gjelder også flere gangers bruk av tjenestene. Det er en sosial gradient i bruk av fysioterapi og dagbehandling, og det er flest med høy inntekt som har brukt tjenestene flere ganger. Det er også høyinntektsgrupper som i størst grad har vært hos legespesialist, også flere ganger. Mens det er lavinntektsgrupper som i størst grad har vært hos psykolog, også flere gangers bruk. Videre er det langt færre i lavinntektsgruppen som har vært hos tannlege siste 2 år.

***Bruk av helsetjenester - kvinner 16 år og over med mindre enn god helse***

Kvinner med mindre enn god helse har relativt lik bruk av allmennlege kontrollert for inntekt, også flere gangers bruk. Det er langt lavere andeler med lav inntekt som har vært hos fysioterapeut, og også brukt tjenesten flere ganger. Det er en sosial gradient etter inntekt i bruk av legespesialist og tannlege. For bruk av psykolog er det en omvendt sosial gradient. Det er lavinntektsgruppen som i størst

grad har brukt disse tjenestene flere ganger siste år. Det er flest med midlere inntekt som har hatt dagopphold på sykehus, også flere opphold siste år.

### ***Bruk av legemidler***

Det er større bruk av reseptfrie legemidler blant høyt utdannede, mens det er langt flere med lav utdanning som opplyser at de bruker legemidler foreskrevet av lege. Reseptbelagte legemidler brukes i langt større grad av personer 45 år og eldre og i lavere utdanningsgrupper, sammenliknet med yngre. Det er imidlertid utbredt bruk av smertestillende legemidler på resept blant unge kvinner, særlig blant dem med lavere grads universitets/høyskole utdanning.

Det er en klar sosial gradient etter utdanning i bruksmønsteret av smertestillende legemidler *på resept* for grupper med mindre enn god helse eller varig sykdom, dette gjelder også for daglig bruk. Blant grupper med muskel-/skjelettsykdom er det størst bruk av smertestillende på resept blant grunnskoleutdannede, og andelen avtar med økende utdanningsnivå.

I grupper med varig sykdom eller med mindre enn god helse har langt flere personer med grunnskoleutdanning brukt sovemedisiner i løpet av en måleperiode på 14 dager sammenliknet med andre utdanningsgrupper. Det samme mønsteret gjelder for daglig bruk, og her er den sosiale gradienten brattere. Det kan se ut til at det er noe mer bruk av beroligende medisin og medisin mot depresjon blant eldre i lavere utdanningsgrupper. I de høyeste utdanningsgruppene er det en helt marginal bruk av denne typen preparater.

### ***Prøvetaking og screening***

Det er flere i den høyeste utdanningsgruppen som sier at de har vaksinert seg mot influensa siste år – både blant yngre og eldre, men det er ingen forskjell etter inntekt. For grupper med svekket helse er det langt flere med høyere utdanning som har vaksinert seg siste år.

Det er en høyere andel som har tatt ulike prøver siste 2 år blant kvinner og personer 45 år og eldre med lavere utdanning, enn blant tilsvarende grupper med høyere utdanning. Det gjelder måling av blodtrykk, kolesterol og blodsukker. Mønsteret er omvendt etter inntekt. Her ses en sosial gradient i prøvetaking.

### ***Ikke oppsøkt helsetjenester til tross for behov***

Folk flest opplever at de får tilstrekkelig helsehjelp. Likevel har en av ti hatt behov for hjelp og unnlatt å ta kontakt. Det er langt flere yngre enn eldre som har et udekket behov for helsetjenester, og mønsteret går på tvers av tjenestene. De vanligste grunnene til udekket behov for legehjelp er at det tar for lang tid å få time og at personene det gjelder ikke har tid til å gå til legen på grunn av jobb eller omsorgsforpliktelser. Det er annerledes med udekket behov for tannlegehjelp, her oppgir halvparten av dem med et udekket behov at de ikke har råd til å gå til tannlegen. Det er spesielt grupper med lav inntekt som ikke har råd til tannlegehjelp. Det er en langt lavere andel som oppgir udekket behov for psykolog eller psykiater. Også her er det flere blant dem i den laveste inntektsgruppen. Når det kommer til grunner til at man har unnlatt å ta kontakt, oppgir flest at det tar for lang tid å få time, men det er også en del som ikke har råd til behandling.

Det er ikke så vanlig at personer ikke henter ut medisiner på apotek eller medisinsalg fordi de ikke har råd. Dette gjelder kun en liten del av den voksne befolkningen, men det gjelder litt flere unge enn eldre. Det er grupper med lav inntekt og lav utdanning som oppgir dette. I grupper med nedsatt helse er det en kraftig sosial gradient og det er lavinntektsgrupper som i størst grad sier at de ikke har hatt råd til å hente ut reseptmedisiner.

### ***Tilfredshet med helsetjenester***

Det er stor grad av tilfredshet med helsetjenestene som har blitt omtalt i denne rapporten. Høyinntektsgrupper er mer tilfreds med legen enn grupper med lavere inntekt. Langt de fleste er helt enig i at problemene deres blir tatt på alvor av legen, og i at de blir henvist videre ved behov. De fleste pasientene føler også at de får nok tid med legen sin, mens en av ti er helt uenige i dette og opplever at det blir for lite tid. Det er over dobbelt så mange i den laveste inntektsgruppen, som i den høyeste, som sier at de får for liten tid med legen, det er også flere eldre enn yngre. Tilgjengeligheten til fastlegen oppleves som rimelig god. En av fire sier at de fikk time på dagen sist gang de kontaktet allmennlegen, og halvparten hadde fått time i løpet av to dager.

Det er stor tilfredshet også med psykolog og psykiater, men det er en lavere andel blant dem med lavest inntekt som er tilfredse, en slik sosial gradient etter inntekt finnes også når vi ser på om man mener at man blir tatt på alvor av behandleren sin.

## **10.1. Veien videre**

Her har vi benyttet levekårsundersøkelsen om helse som utgangspunkt for en kartlegging av helsetjenestebruk. Denne kilden har både styrker og svakheter. Styrken ligger i muligheten til å se på bruk og bruksmønster med utgangspunkt i ulike befolkningskennetegn slik vi har gjort i denne rapporten. Man kan også gå et skritt lengre og se på levevaner, helseatferd og andre atferdsmessige parametere. Svakheten med denne datakilden er at det er relativt grove mål på helsetjenestebruk. Det blir for eksempel i liten grad skilt mellom offentlige og private tjenester.

Vi har vist at det er forskjeller i helsetjenestebruk, også når vi forsøker å kontrollere for behov for tjenester. Man kan spørre seg om hvor ulikhetene oppstår. Hva ligger i livsstilen til den enkelte og hva kan tillegges tilbudet gjennom helsetjenestene? Man kan også stille spørsmål om tjenestene brukes forskjellig. Denne kartleggingen tyder på at det til tross for stor forskjell i helsetilstand mellom lavere og høyere utdannings- og inntektsgrupper, ikke er en tilsvarende forskjell i helsetjenestebruk. Er det da slik at grupper med mindre enn god helse og lav utdanning eller inntekt i større grad er avhengig av å bli fanget opp av helse-tjenestene, - at de inntar en mer passiv rolle og oppsøker tjenestene når de virkelig blir syke, mens grupper med høyere utdanning eller inntekt ligger et skritt foran og også bruker helsetjenesten forebyggende? Bruksmønsteret for tjenestene kan tyde på en slik sammenheng. Litt satt på spissen bruker grupper med lavere utdanning og inntekt primærhelsetjenester og blir oftere innlagt på sykehus, mens grupper med høyere utdanning eller inntekt bruker legespesialist og fysioterapi, samt vaksiner og screening i større grad. Dette er interessante problemstillinger som bør utredes nærmere.

Det er vanskelig å si om ulike grupper mottar nok helsetjenester, men tall for udekket behov kan gi en indikasjon. Vi har sett at grupper med lav inntekt/ utdanning og sårbare grupper som arbeidsledige/uføre i større grad gir uttrykk for at de har et udekket behov for helsetjenester. Ser vi på de ulike begrunnelsene som de med udekket behov har oppgitt, handler dette mye om tid, enten at man ikke har tid på grunn av arbeids- eller omsorgsforpliktelser eller at det tar lang tid å få time. Mange i lavinntektsgrupper oppgir også dårlig råd som begrunnelse, særlig for bruk av tannlegetjenester.

Resultatene fra denne forstudien kan være et utgangspunkt for å utlede hypoteser som kan testes i mer sammensatte analyser av enkelttjenester eller snevrere grupper. Det er helt klart et behov for modeller som korrigerer for ulike kjennetegn. En fruktbar tilnærming kan være å gjøre mer detaljerte analyser av

bruk av utvalgte tjenester sett i sammenheng med befolkningskjennetegn, helsetilstand og helseatferd. For eksempel å se nærmere på grupper som bruker legespesialist og fysioterapitjenester, og på hvordan de brukes. Denne kartleggingen har vist at det er større bruk av disse tjenestene i høyinntektsgrupper, også når det gjelder konsultasjonshyppighet. I dag er det et tak på utgifter som skulle tilsi at de fleste gruppene vil kunne benytte disse tjenestene uavhengig av økonomi. Ulikheter i bruk kan selvfølgelig ha sammenheng med ventetid på behandling hos fysioterapeut eller legespesialist med offentlig avtale. Andre fysioterapitjenester kan bli fort bli veldig kostbare. En tilsvarende tilnærming kan brukes også for andre tjenester.

## Referanser

- Cutler, David; Adriane Lleras-Muney (2006): *Education and Health: Evaluating Theories and Evidence*, (NBER Working Paper No. 12352).  
<http://www.nber.org/papers/w12352>.
- Devaux, Marion and Michael de Looze (2012): Income-related inequalities in health service utilization in 19 OECD countries, 2008-09: OECD Health Working Paper No. 58.
- Ekornrud, Trond; Arne Jensen, (2013): *Udekt behov for tannlegetjenester. Internasjonale samanlikningar og analysar av sosiale og regionale skilnader i Noreg*. Rapport 7/2013, Statistisk sentralbyrå.
- Ekornrud, Trond og Othilde Skjøstad (2016): *Tannhelse blant vaksne i Sverige og Noreg. Ein sosioøkonomisk analyse*. Rapport 28/2016, Statistisk sentralbyrå.
- Folkehelsepolitisk rapport 2012, Helsedirektoratets årlige rapport om arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller, Helsedirektoratet. IS-2075.
- Feinstein, Leon; Ricardo Sabates; Tashweka M. Anderson; Annik Sorhaindo and Cathie Hammond (2006): Measuring the Effects of Education on Health and Civic Engagement, Proceedings of the Copenhagen Symposium.
- Finnvold, Jon Erik (2009): *Likt for alle? Sosiale skilnader i bruk av helsetjenester*. Helsedirektoratet 2009. IS-1738.
- Fraas-Johansen, Aina: informerer kort om forskjellen mellom psykolog og psykiater på hjemmesidene til Norsk psykologforening.  
<http://www.psykologforeningen.no/publikum/velkommen-til-psykologhjelp/hva-kan-psykologen-hjelpe-deg-med>
- Godager, Geir; Tor Iversen (2013): *Empirisk litteratur om sosial ulikhet i bruk av helsetjenester i Norge*, Institutt for Helse og samfunn, Universitetet i Oslo, 2013.
- Hjellvik, Vidar; Milada Mahic; Aage Tverdal (2012): *Utdanning og legemiddelbruk*, Tidsskriftet Den norske legeforening, No. 19 132:2166-70
- Meld. St. 13 (2016-2017): Kvalitet og pasientsikkerhet 2015, Helse- og omsorgsdepartementet.
- Rosta, Judith (2017): Allmennlegenes tid til pasientarbeid i ulike land. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 3/2017, 137:223.
- Strand, Bjørn Heine; Aage Tverdal (2006): *Lav utdanning øker risiko for hjertedød*, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Oslo
- Lov om bruker- og pasientrettigheter. Lovdata.



## Vedlegg A: Tabeller til kapittel 7

**Tabell A 1** Andel som har udekket behov for lege, etter grunn til at de ikke har tatt kontakt med lege eller legespesialist. Flere grunner kan oppgis. Etter kjønn, alder, utdanning, inntekt etter skatt per forbruksenhet, helsetilstand, urbaniseringsgrad, og arbeidsstatus 2015. Prosent

Udekket behov lege/legespesialist	Hadde ikke råd	For lang tid å få time-avtale	Transportvansker/lang reisevei	Hadde ikke tid pga arbeid/omsorg	Andre grunner	N
Alle	12	31	13	34	50	642
Mann	13	33	14	38	47	297
Kvinne	12	29	12	31	53	345
16-44 år	15	32	15	42	46	402
45 år og over	6	28	9	19	59	240
Grunnskole	21	31	14	25	55	167
Videregående nivå	10	30	13	35	46	241
Univ/høyskole - lavere grad	6	35	7	44	50	169
Univ/høyskole - høyere grad	.	24	13	36	51	44
Under 200 000 kroner	27	30	22	30	44	126
200 000 - 350 000 kroner	12	27	10	30	53	261
350 000 - 600 000 kroner	5	34	12	41	51	231
Over 600 000 kroner	.	45	11	56	34	24
God helse	8	30	11	41	48	362
Mindre enn god helse	17	31	15	27	52	280
Spredtbygde strøk	12	23	18	37	46	193
Tettsteder	11	30	9	31	53	277
Storbyer	13	37	13	36	49	172
I jobb	8	34	9	43	48	389
Arbeidsledig	26	21	13	25	50	25
Student, elev i arb.rett oppl. el. verneplikt	16	24	21	44	45	97
Alders- eller AFP-pensjonist	4	23	7	5	67	39
Ufør eller ikke i stand til å arbeide	28	35	20	4	55	77
Hjemmearbeidende eller annet	22	15	35	18	55	15

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

**Tabell A 2 Andel som har udekket behov for tannlege, etter grunn til at de ikke har tatt kontakt med tannlegen. Flere grunner kan oppgis. Etter kjønn, alder, utdanning, inntekt etter skatt per forbruksenhet, helsetilstand, urbaniseringsgrad, og arbeidsstatus 2015. Prosent**

Udekket behov tannlege	Hadde ikke råd	For lang tid å få time-avtale	Transport- vansker/ lang reisevei	Hadde ikke tid pga arbeid/ omsorg	Andre grunner	N
Alle	46	7	6	25	37	540
Mann	45	7	6	26	35	274
Kvinne	47	6	5	25	39	266
16-44 år	49	6	5	28	35	358
45 år og over	39	7	8	20	42	182
Grunnskole	52	5	5	19	41	158
Videregående nivå	45	8	7	28	32	197
Univ/høyskole - lavere grad	35	8	6	36	42	136
Univ/høyskole - høyere grad	48	3	1	15	38	33
Under 200 000 kroner	68	6	9	16	30	112
200 000 - 350 000 kroner	51	7	3	22	35	232
350 000 - 600 000 kroner	30	5	6	37	43	178
Over 600 000 kroner	2	13	6	23	42	18
God helse	32	8	6	38	36	219
Mindre enn god helse	55	6	6	18	37	321
Spredtbygde strøk	48	5	9	29	32	168
Tettsteder	43	10	5	29	40	215
Storbyer	47	5	3	20	38	157
I jobb	39	5	5	32	38	299
Arbeidsledig	75	6	4	14	26	39
Student, elev i arb.rettet oppl. eller verneplikt	47	16	7	32	29	85
Alders- eller AFP-pensjonist	28	8	6	15	49	36
Utfør eller ikke i stand til å arbeide	62	3	8	6	42	71
Hjemmearbeidende eller annet	49	.	.	17	48	10

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

**Tabell A 3 Andel som har udekket behov for psykolog eller psykiater, etter grunn til at de ikke har tatt kontakt med psykologen/psykiateren. Flere grunner kan oppgis. Etter kjønn, alder, utdanning, inntekt etter skatt per forbruksenhet, helsetilstand, urbaniseringsgrad, og arbeidsstatus 2015. Prosent**

Udekket behov psykolog el psykiater	Hadde ikke råd	For lang tid å få time- avtale	Transpo- rt- vansker / lang reisevei	Hadde ikke tid pga arbeid/ omsorg	Andre grunner	N
Alle	26	41	6	23	56	192
Mann	29	43	11	18	59	50
Kvinne	25	41	5	25	55	142
16-44 år	28	40	7	26	59	143
45 år og over	17	44	4	13	44	49
Grunnskole	28	44	10	20	60	61
Videregående nivå	30	36	7	29	51	64
Univ/høyskole - lavere grad	22	52	2	17	45	45
Univ/høyskole - høyere grad	.	30	.	25	67	11
Under 200 000 kroner	32	31	4	31	56	54
200 000 - 350 000 kroner	31	47	11	22	53	77
350 000 - 600 000 kroner	15	43	3	19	59	57
Over 600 000 kroner	.	38	.	.	57	4
God helse	23	34	5	27	61	93
Mindre enn god helse	28	48	8	19	51	99
Spredtbygde strøk	21	37	15	23	59	54
Tettsteder	24	45	5	24	58	75
Storbyer	30	40	2	22	53	63
I jobb	23	48	6	23	50	98
Arbeidsledig	27	17	6	14	57	15
Student, elev i arb.rett oppl. eller verneplikt	27	30	3	30	62	50
Alders- eller AFP-pensjonist	18	67	18	18	33	4
Ufør eller ikke i stand til å arbeide	32	50	16	19	76	23
Hjemmearbeidende eller annet	:	:	.	.	:	2

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

## Vedlegg B: Tabeller til kapittel 9.

**Tabell B 1** Andel som har vært hos lege og som er helt enig i at legen tar dem og problemene deres på alvor, at de blir henvist videre ved behov og andel som mener at legen ikke gir dem nok tid. Etter kjønn, alder, helsetilstand, inntekt etter skatt per forbruksenhet. Prosent. 2015

	Legen tar meg og mine problemer på alvor	Jeg blir henvist videre hvis jeg har behov for det	Legen gir meg ikke nok tid	N
Alle	80	86	11	5 957
Menn	80	84	10	2 770
Kvinner	80	87	11	3 187
16-44 år	77	81	10	2 534
45 år og over	82	90	11	3 423
God helse	82	87	10	4 036
Mindre enn god helse	76	83	13	1 921
Under 200 000 kroner	74	82	15	650
200 000 - 350 000 kroner	79	86	12	2 466
350 000 - 600 000 kroner	82	86	9	2 506
Over 600 000 kroner	84	89	6	335
Grunnskolenivå	78	85	13	1 283
Videregående nivå	81	87	10	2 518
Univ/høyskole - lavere grad	81	85	9	1 507
Univ/høyskole - høyere grad	80	87	9	469

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

**Tabell B 2** Andel som har vært hos psykolog eller psykiater og som er helt tilfreds med behandlingen, og andel som er helt enig i at psykolog eller psykiater tar dem og problemene deres på alvor. Etter kjønn, alder, helsetilstand, inntekt etter skatt per forbruksenhet og utdanning. Prosent. 2015

	Jeg er tilfreds med behandlingen hos psykolog eller psykiater	Psykolog/ psykiater tar meg og mine problemer på alvor	N
Alle	64	82	443
Menn	60	80	155
Kvinner	66	82	288
16-44 år	62	81	312
45 år og over	69	85	131
God helse	68	83	231
Mindre enn god helse	59	80	212
<i>Under 200 000 kroner</i>	56	73	86
<i>200 000 - 350 000 kroner</i>	64	83	172
<i>350 000 - 600 000 kroner</i>	66	84	167
<i>Over 600 000 kroner</i>	79	90	18
Grunnskolenivå	58	77	123
Videregående nivå	71	84	151
Univ/høyskole - lavere grad	62	86	114
Univ/høyskole - høyere grad	60	83	34

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

## Vedlegg C: Beskrivelse av ulike variable benyttet i rapporten

Datagrunnlaget i denne rapporten er nesten utelukkende fra Levekårsundersøkelsen om helse 2015. En beskrivelse av utvalg, frafall, datainnsamling og opplysninger koplet fra registre - se dokumentasjonsrapporten; <http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/levkarsundersokelsen-om-helse-2015>.

Under følger en beskrivelse av variable som er benyttet i tabeller og figurer og hvordan de er kodet.

### **Inntekt etter skatt per forbruksenhet, OECD ekvivalensskala:**

Når man skal benytte inntekt som mål på levestandard er det ikke tilstrekkelig å kun se på den individuelle inntekten. Personer med lav eller ingen inntekt kan likevel ha en høy levestandard fordi de er del av et hushold hvor en eller flere i husholdet har høy inntekt. Dette gjelder for eksempel de fleste barn og ungdommer. Det er derfor vanlig å se på husholdets samlede netto inntekt, og husholdets størrelse og sammensetning. For å korrigere for husholdnings-størrelse er det vanlig å bruke en ekvivalensskala. Slik at man får inntekt etter skatt per forbruksenhet. Inntektsdata som er benyttet her stammer fra inntektsåret 2014, i og med at inntektsdata for året 2015 ikke var klare da arbeidet med rapporten ble igangsatt.

*Inntekt etter skatt per forbruksenhet = Total netto inntekt i husholdet / Ekvivalent husholdsstørrelse.*

Ekvivalent husholds-størrelse er summen av vektene tilknyttet hvert enkelt medlem av husholdet i henhold til OECD ekvivalensskalaen: Første voksne person får vekt 1, følgende voksne personer får vekt 0,5, og hvert barn under 14 år får vekt 0,3. Deretter lages det to inntektsmål:

En tredelt inndeling:

- Under 250 000 kroner
- 250 000 til 499 999 kroner
- Over 500 000

Og en noe mer detaljert inndeling som benyttes i noen av kapitlene, med fire grupper:

- Under 200 000 kroner
- 200 000 - 350 000 kroner
- 350 000 - 600 000 kroner
- Over 600 000 kroner

**Utdanningsnivå:** Utdanning er hentet fra SSBs utdanningsregister og viser personens høyeste fullførte utdanningsnivå per 1. oktober 2014. Originalvariabelen er inndelt i følgende nivåer:

Tredeling av nivå	Nivå	Nivånavn	Klassetrinn
	0	Ingen utdanning og førskoleutdanning	Under skoleplikt
Obligatorisk utdanning	1	Barneskoleutdanning	1.-7. klassetrinn
	2	Ungdomsskoleutdanning	8.-10. klassetrinn
	3	Videregående, grunnutdanning	11.-12. klassetrinn
Mellomutdanning	4	Videregående, avsluttende utdanning	13. klassetrinn +
	5	Påbygging til videregående utdanning	14. klassetrinn +
Universitets- og høyskoleutdanning	6	Universitets- og høyskoleutdanning, lavere nivå	14.-17. klassetrinn
	7	Universitets- og høyskoleutdanning, høyere nivå	18.-19. klassetrinn
	8	Forskerutdanning	20. klassetrinn +
	9	Uoppgitt utdanningsnivå	

For å forenkle fremstillingen er de ulike nivåene omkodet til fire, på denne måten:

Verdiene 0, 1 og 2 utgjør grunnskolenivå  
 3, 4 og 5 utgjør videregående utdanning  
 6 utgjør universitets-/høyskoleutdanning – lavere grad  
 7 og 8 utgjør universitets-/høyskoleutdanning – høyere grad  
 9 uoppgitt utdanning er ikke tatt med i figurer og tabeller

**Urbaniseringsgrad:** I levekårsundersøkelsen om helse finnes det to ulike variable tilgjengelig, TS\_kode og TS\_stor:

*TS\_Kode:* Tett/spredt kode har to verdier:  
 s = person ikke bosatt i tettsted  
 t = person bosatt i tettsted.

*TS\_Stor:* Tettstedsstørrelse har syv verdier:  
 11 Inntil 199 bosatte (Ikke tettsted)  
 12 Tettsted med 200 - 499 bosatte  
 13 Tettsted med 500 - 999 bosatte  
 14 Tettsted med 1 000 - 1 999 bosatte  
 15 Tettsted med 2 000 - 19 999 bosatte  
 16 Tettsted med 20 000 - 99 999 bosatte  
 17 Tettsted med 100 000 eller flere bosatte

Disse har vi valgt å kode om på følgende vis: Verdiene 11, 12, 13, 14 er kategorisert som spredtbygde strøk, 15 og 16 er tettsted og 17 er storby.

**Alder:** Helsetilstand og alder henger sammen. Vi skiller derfor mellom unge og eldre. Vi har valgt å dele utvalget i to, personer 16-44 år og personer som er 45 år eller eldre. Tidvis refereres de under 45 år til som de «unge», mens de over 45 år blir referert til som «eldre».

**Økonomisk status:** Variabelen viser økonomisk status for intervjupersonen, og er selvrapportert. 11 kategorier er slått sammen til 6 i rapporten.

*Selvsosstat (original variabel):*

1 Ansatt, fulltid  
 2 Ansatt, deltid  
 3 Selvstendig næringsdrivende, fulltid  
 4 Selvstendig næringsdrivende, deltid  
 5 Arbeidsledig  
 6 Student eller elev i arbeidsrettet opplæring  
 7 Alders- eller AFP-pensjonist

- 8 Ufør eller ikke i stand til å arbeide
- 9 Utfører verneplikt
- 10 Hjemmearbeidende
- 11 Annen inaktiv person

Etter sammenslåing ser den slik ut:

- 1,2,3,4 = I jobb
- 5 = Arbeidsledig
- 6,9 = Student eller elev med arbeidsrettet opplæring, eller i verneplikt
- 7 = Alders- eller AFP-pensjonist
- 8 = Ufør eller ikke i stand til å arbeide
- 10,11 = Hjemmearbeidende eller annet.



## Vedlegg D: Overlapp mellom ulike grupper

Tabellen viser overlapp mellom ulike grupper i utvalget.

	Alle	Mann	Kvinner	16-44 år	45 år og over	Grunnskole	Videregående nivå	Univ/høyskole - lavere	Univ/høyskole - høyere	Under 250 000 kr	250 000 til 500 000 kr	Over 500 000 kr	God helse	Mildeste enn god helse	Ikke varig sykdom	Varig sykdom	Inntil 1999 bosatte	Inntil 99 999 bosatte	100 000 +	I jobb	Arbeidsledig	Student, elev, verneplikt	Alders- eller AFP-pensjonist	Ufør	Hjemmearbeidende/annet	
Alle	100	50	50	48	52	27	38	21	8	24	63	13	70	30	61	39	28	35	35	36	58	3	12	19	6	2 8134
Mann	100	100	.	49	51	27	42	17	9	22	65	13	70	30	64	36	29	35	36	62	2	11	18	5	1 4090	
Kvinner	100	.	100	47	53	27	35	26	7	26	61	13	71	29	58	42	28	36	37	54	3	13	20	7	3 4044	
16-44 år	100	51	49	100	.	28	30	23	9	28	61	11	76	24	71	29	25	34	41	67	4	25	0	2	2 3623	
45 år og over	100	49	51	.	100	27	46	20	7	20	65	15	65	35	52	48	31	37	32	51	1	1	36	9	2 4511	
Grunnskole	100	50	50	49	51	100	.	.	.	34	61	5	60	40	57	43	33	36	31	42	4	19	22	11	3 1781	
Videregående nivå	100	55	45	38	62	.	100	.	.	21	67	12	70	30	59	41	32	36	32	59	2	8	24	6	2 3308	
Univ/høyskole - lavere	100	39	61	51	49	.	100	.	.	16	65	19	77	23	64	36	22	35	43	74	2	6	13	3	2 2056	
Univ/høyskole - høyere	100	54	46	56	44	.	.	100	9	58	33	83	17	69	31	13	29	57	83	3	1	11	2	2	2 706	
Under 250 000 kr	100	46	54	57	43	39	35	15	3	100	.	61	39	59	41	27	36	37	37	37	5	23	22	9	4 1786	
250 000 til 500 000 kr	100	51	49	46	54	26	41	22	7	.	100	.	71	29	61	39	30	36	34	62	2	9	20	5	1 5226	
Over 500 000 kr	100	51	49	40	60	11	35	30	20	.	100	83	17	65	35	22	31	47	79	2	6	9	3	1 1122		
God helse	100	50	50	52	48	23	38	23	9	21	64	16	100	.	72	28	27	35	38	65	2	13	15	2	2 5756	
Mildeste enn god helse	100	51	49	38	62	36	39	16	5	31	62	7	.	100	36	64	31	36	33	43	4	9	27	15	2 2378	
Ikke varig sykdom	100	53	47	56	44	25	37	22	9	23	63	14	83	17	100	.	28	35	37	65	3	15	15	1	2 4936	
Varig sykdom	100	46	54	35	65	30	41	20	6	25	63	12	51	49	.	100	29	37	34	48	3	9	25	14	2 3198	
Inntil 1999 bosatte	100	51	49	43	57	32	43	16	4	23	67	10	67	33	60	40	100	.	59	2	11	19	7	2 2689		
Inntil 99 999 bosatte	100	50	50	46	54	28	39	21	7	24	64	12	70	30	60	40	.	100	57	3	12	21	6	2 3329		
100 000 +	100	49	51	54	46	23	34	25	13	24	59	17	73	27	63	37	.	100	60	3	13	16	5	3 2116		
I jobb	100	54	46	55	45	19	39	27	11	15	67	18	78	22	68	32	29	35	37	100	.	.	.	.	4835	
Arbeidsledig	100	44	56	75	25	42	23	15	8	47	45	8	51	49	62	38	21	37	42	100	.	.	.	.	181	
Student, elev, verneplikt	100	47	53	97	3	42	25	11	0	45	49	7	77	23	73	27	25	36	39	.	100	.	.	.	944	
Alders- eller AFP-pensjonist	100	48	52	0	100	31	49	14	5	27	66	6	58	42	48	52	29	39	32	.	.	100	.	.	1546	
Ufør	100	42	58	19	81	49	38	11	2	37	57	6	24	76	11	89	35	33	32	.	.	.	100	.	480	
Hjemmearbeidende/annet	100	22	78	55	45	36	31	17	7	45	46	10	74	26	59	41	22	30	47	.	.	.	.	.	100 148	

## Figurregister

Figur 2.1	Personer 45 år og eldre med mindre enn god helse, varig sykdom og muskel/skjelettplager. Utdanningsnivå. 2015. Prosent.....	10
Figur 2.2	Personer 45 år og eldre med mindre enn god helse, varig sykdom eller muskel-/skjelettplager. Inntekt etter skatt per forbruksenhet, 2015. Prosent..	10
Figur 3.1	Andel 16 år og over som har brukt utvalgte primærhelsetjenester siste 12 måneder. Utdanning. 2015 .....	12
Figur 3.2	Andel 16 år og over som har brukt utvalgte spesialisthelsetjenester og tannlege siste 12 måneder. Utdanning. 2015 .....	12
Figur 3.3	Andel som har vært hos allmennlege siste 12 måneder. Kjønn, alder og helsetilstand. Utdanning. 2015.....	13
Figur 3.4	Andel som har vært hos fysioterapeut siste 12 måneder. Kjønn, alder, helsetilstand og utdanning. 2015 .....	14
Figur 3.5	Andel som har vært hos legespesialist siste 12 måneder. Kjønn, alder, helsetilstand og utdanning. 2015 .....	14
Figur 3.6	Andel som har vært hos psykolog siste 12 måneder. Kjønn, alder og helsetilstand. Utdanning. 2015.....	15
Figur 3.7	Andel som har vært innlagt på sykehus siste 12 måneder (ikke fødsler). Kjønn, alder og helsetilstand. Utdanning. 2015 .....	15
Figur 3.8	Andel som har vært dagpasient på sykehus siste 12 måneder. Kjønn, alder og helsetilstand. Utdanning. 2015.....	16
Figur 3.9	Andel som har vært hos tannlege siste 2 år. Kjønn, alder og helsetilstand. Utdanning. 2015.....	16
Figur 3.10	Andel som vært hos allmennlege/fastlege siste 12 måneder. Alder og helsetilstand. Utdanning. 2015.....	17
Figur 3.11	Andel som vært hos fysioterapeut siste 12 måneder. Alder og helsetilstand. Utdanning. 2015.....	17
Figur 3.12	Andel som vært hos legespesialist siste 12 måneder. Alder og helsetilstand. Utdanning. 2015.....	18
Figur 3.13	Andel som vært hos psykolog siste 12 måneder. Alder og helsetilstand. Utdanning. 2015.....	18
Figur 3.14	Andel som vært innlagt på sykehus siste 12 måneder. Alder og helsetilstand. Utdanning. 2015.....	19
Figur 3.15	Andel som har hatt dagopphold på sykehus siste 12 måneder. Alder og helsetilstand. Utdanning. 2015.....	19
Figur 3.16	Andel som har vært til tannlege siste 2 år. Alder og helsetilstand. Utdanning. 2015.....	20
Figur 3.17	Andel som har brukt allmennlegetjenesten eller fysioterapeut flere ganger siste 12 måneder. Utdanning. 2015 .....	20
Figur 3.18	Andel som har vært hos legespesialist eller vært innlagt på sykehus flere ganger siste 12 måneder. Utdanning. 2015 .....	21
Figur 4.1	Andel som har brukt allmennlege og fysioterapeut siste 12 måneder. Inntekt etter skatt per forbruksenhet. 2015 .....	22
Figur 4.2	Andel som har brukt utvalgte spesialisthelsetjenester og tannlege siste 12 måneder. Inntekt etter skatt per forbruksenhet. 2015 .....	23
Figur 4.3	Andel som har vært hos allmennlege/fastlege siste 12 måneder. Kjønn, alder og helsetilstand. Inntekt etter skatt per forbruksenhet. 2015.....	23
Figur 4.4	Andel som har vært fem eller flere ganger hos allmennlege/fastlege siste 12 måneder. Kjønn, alder og helsetilstand. Inntekt etter skatt per forbruksenhet, 2015 .....	24
Figur 4.5	Andel som har vært hos fysioterapeut siste 12 måneder. Kjønn, alder og helsetilstand. Inntekt etter skatt per forbruksenhet, 2015" .....	24
Figur 4.6	Andel som vært hos fysioterapeut ti eller flere ganger siste 12 måneder. Kjønn, alder og helsetilstand. Inntekt etter skatt per forbruksenhet, 2015 .....	25
Figur 4.7	Andel som har vært hos legespesialist siste 12 måneder. Kjønn, alder og helsetilstand. Inntekt etter skatt per forbruksenhet, 2015.....	25
Figur 4.8	Andel som har vært tre eller flere ganger hos legespesialist siste 12 måneder. Kjønn, alder og helsetilstand. Inntekt etter skatt per forbruksenhet, 2015 .....	26
Figur 4.9	Andel som har vært hos psykolog siste 12 måneder. Kjønn, alder og helsetilstand. Inntekt etter skatt per forbruksenhet, 2015.....	26
Figur 4.10	Andel som har vært ti eller flere ganger hos psykolog siste 12 måneder. Helsetilstand, kjønn, alder og inntekt etter skatt per forbruksenhet, 2015.....	27
Figur 4.11	Andel som har vært innlagt på sykehus siste 12 måneder (ikke fødsler). Kjønn, alder og helsetilstand. Inntekt etter skatt per forbruksenhet, 2015 .....	27
Figur 4.12	Andel som har vært innlagt på sykehus fem eller flere døgn siste 12 måneder (ikke fødsler). Kjønn, alder og helsetilstand. Inntekt etter skatt per forbruksenhet, 2015.....	28

Figur 4.13	Andel som har vært på sykehus til dagbehandling siste 12 måneder. Kjønn, alder og helsetilstand. Inntekt etter skatt per forbruksenhet, 2015 .....	28
Figur 4.14	Andel som har vært på sykehus til dagbehandling tre eller flere ganger siste 12 måneder. Kjønn, alder og helsetilstand. Inntekt etter skatt per forbruksenhet, 2015 .....	29
Figur 4.15	Andel som har vært hos tannlege siste to år. Kjønn, alder og helsetilstand. Inntekt etter skatt per forbruksenhet, 2015 .....	29
Figur 5.1	Andel 16-44 år som har brukt reseptfrie legemidler generelt i en fjortendagersperiode. Kjønn og utdanning, 2015 .....	31
Figur 5.2	Andel 45 år og over som har brukt legemidler på resept generelt i en fjortendagersperiode. Kjønn og utdanning, 2015 .....	32
Figur 5.3	Andel som har brukt smertestillende legemidler uten resept i en fjortendagersperiode. Alder, kjønn og helsetilstand. Utdanning, 2015 .....	32
Figur 5.4	Andel som har brukt smertestillende legemidler på resept i en fjortendagersperiode. Alder, kjønn, helsetilstand. Utdanning, 2015 .....	33
Figur 5.5	Andel 16 år og over som har brukt sovemedisiner i en fjortendagersperiode. Alder, kjønn og helsetilstand. Utdanning, 2015 .....	34
Figur 5.6	Andel som ikke har hatt råd til å hente ut reseptmedisiner på apotek/medisinsalg. Kjønn, alder og helsetilstand. Inntekt etter skatt per forbruksenhet, 2015 .....	35
Figur 6.1	Andel som er vaksinert mot influensa siste 12 måneder. Kjønn, alder, helsetilstand. Utdanning, 2015 .....	36
Figur 6.2	Andel som har fått blodtrykket målt siste to år. Kjønn, alder og helsetilstand. Utdanning, 2015 .....	37
Figur 6.3	Andel 16 år og over som har fått kolesterolet målt siste to år. Kjønn, alder og helsetilstand. Utdanning, 2015 .....	38
Figur 6.4	Andel som har fått blodsukkeret målt siste to år. Kjønn, alder og helsetilstand. Utdanning, 2015 .....	39
Figur 6.5	Andel som har tatt koloskopi eller avføringsprøve siste tre år. Kjønn, alder og helsetilstand. Utdanning, 2015 .....	39
Figur 6.6	Andel 16 år og over og andel med mindre enn god helse som har tatt ulike prøver. Inntekt etter skatt per forbruksenhet, 2015 .....	40
Figur 6.7	Andel kvinner som har vært til mammografi-undersøkelse siste to år. Alder og utdanning, 2015 .....	41
Figur 6.8	Andel kvinner som har vært til lege for å ta celleprøve fra livmorhalsen siste to år. Alder og utdanning, 2015 .....	41
Figur 6.9	Andel i målgruppene som har deltatt i screeningprogrammer. Helsetilstand og inntekt etter skatt per forbruksenhet, 2015 .....	42
Figur 7.1	Andel 16 år og over med udekket behov for allmennlege eller legespesialist. Alder, kjønn, helsetilstand og arbeidsstatus og inntekt etter skatt per forbruksenhet, 2015 .....	45
Figur 7.2	Andel 16-44 år og andel 45 år og over med dårlig tannhelse. Inntekt etter skatt per forbruksenhet, 2015 .....	46
Figur 7.3	Andel 16 år og over med udekket behov for tannlege. Kjønn, alder, helsetilstand og arbeidsstatus. Inntekt etter skatt per forbruksenhet, 2015 ...	48
Figur 7.4	Andel 16 år og over med udekket behov for tannlegehjelp og andel som har udekket behov for tannlege av økonomiske grunner .....	49
Figur 7.5	Andel med udekket behov for psykolog eller psykiater. Alder, kjønn, helsetilstand, arbeidsstatus. Inntekt etter skatt per forbruksenhet, 2015 .....	51
Figur 8.1	Andel 16 år og over som har brukt utvalgte helsetjenester siste 12 måneder eller vært hos tannlege siste 2 år. Urbaniseringsgrad, 2015 .....	53
Figur 8.2	Andel 16 år og over som bor i spredtbygde strøk som har brukt utvalgte helsetjenester siste 12 måneder. Utdanning, 2015. Prosent .....	54
Figur 8.3	Personer 16 år og over med udekket behov for legehjelp: Andel som ikke har tatt kontakt på grunn av vansker med transport eller lang reisevei. Inntekt etter skatt per forbruksenhet, 2015 .....	55
Figur 8.4	Personer 16 år og over med udekket behov for helsehjelp: Andel som ikke har tatt kontakt på grunn av transportproblemer eller lang reisevei. Urbaniseringsgrad, 2015 .....	55
Figur 9.1	Personer 16 år og over som har vært hos lege siste 12 måneder: Andel som er helt enig i ulike utsagn om allmennlegen/fastlegen. Inntekt etter skatt per forbruksenhet, 2015 .....	57
Figur 9.2	Personer 16 år og over som har vært hos lege siste år: Andel som er helt enig i utsagnet om at allmennlegen/fastlegen tar meg og mine problemer på alvor. Utdanning, 2015 .....	58
Figur 9.3	Personer 16 år og over som har vært hos lege siste år: Andel som er helt enig i utsagnet om at de blir henvist videre dersom det er behov for det. Utdanning, 2015 .....	59
Figur 9.4	Personer 16 år og over som har vært hos lege siste år: Andel som er helt enig i at de får for liten tid med allmennlegen/fastlegen. Utdanning, 2015 .....	60

Figur 9.5	Personer 16 år og over som har vært hos allmennlege/fastlege siste år: Andel som har ventet på time og antall dager de har ventet. Kjønn. 2015.....	61
Figur 9.6	Personer 16 år og over som har vært hos allmennlege/fastlege siste år: Andel personer som har fått time i løpet av to dager ved forrige bestilling av legetime. Utdanning. 2015. Prosent.....	61
Figur 9.7	Personer 16 år og over som har vært hos psykolog eller psykiater siste år: Andel som er helt enig i utsagnet om at de blir tatt på alvor av behandler og at de er tilfreds med behandlingen de får. 2015.....	62
Figur 9.8	Personer 16 år og over som har vært hos psykolog/psykiater siste 12 måneder: Andel som er helt enig i at de blir tatt på alvor av behandler, og andel som er helt tilfreds med behandlingen de får. Inntekt etter skatt per forbruksenhet, 2015.....	62
Figur 9.9	Personer 16 år og over som har vært hos psykolog/psykiater siste 12 måneder: Andel som er helt enig i utsagnet om at de tilfreds med behandlingen de får. Utdanning. 2015.....	63
Figur 9.10	Personer 16 år og over som har vært hos psykolog/psykiater siste 12 måneder: Andel som er helt enig i utsagnet om at de føler seg tatt på alvor av behandleren. Utdanning. 2015. Prosent.....	64

## Tabellregister

Tabell 5.1	Andel som har vært plaget med smerter i kroppen i en tre måneders periode og som har brukt reseptfrie smertestillende og smertestillende medisiner på resept daglig i en fjortendagsperiode. Alder og utdanning. 2015. Prosent .....	33
Tabell 5.2	Andel som har vært plaget med søvnproblemer siste fjorten dager og som har brukt sovemedisiner i samme periode, samt daglig bruk. Alder og utdanning. 2015. Prosent.....	34
Tabell 6.1	Andel 45 år og eldre som har mindre enn god helse eller en kronisk lungesykdom <sup>1</sup> og andel av disse som har tatt influensavaksine siste 12 måneder. Utdanning. 2015. Prosent.....	36
Tabell 6.2	Andel 45 år og eldre med mindre enn god helse og andel med hjerte-/kar sykdom <sup>1</sup> , samt andel av disse som har målt blodtrykket siste to år. Utdanning. 2015. Prosent.....	37
Tabell 6.3	Andel 45 år og eldre med mindre enn god helse og andel med hjerte-/kar sykdom <sup>1</sup> . Andel av disse som har fått kolesterolet målt siste to år. Utdanning. 2015. Prosent.....	38
Tabell 6.4	Andel 45 år og eldre med mindre enn god helse og andel med diabetes. Andel av disse med som har fått blodsukkeret målt de siste to årene. Utdanningsnivå. 2015. Prosent.....	39
Tabell 7.1	Andel 16 år og over som ikke har tatt kontakt med lege eller legespesialist til tross for behov, samt grunner for ikke å ha tatt kontakt (flere grunner kan oppgis). Alder, kjønn, helsetilstand, urbaniseringsgrad, inntekt etter skatt per forbruksenhet, utdanning og arbeidsstatus. 2015. Prosent.....	44
Tabell 7.2	Andel 16 år og over som ikke har tatt kontakt med tannlege til tross for behov, og grunner til at de ikke har tatt kontakt (flere grunner kan oppgis). Alder, kjønn, helsetilstand, urbaniseringsgrad, inntekt etter skatt per forbruksenhet, utdanning og arbeidsstatus. 2015. Prosent.....	47
Tabell 7.3	Andel 16 år og over som ikke har tatt kontakt med psykolog eller psykiater til tross for behov, og grunner til at de ikke har tatt kontakt. Alder, kjønn, helsetilstand, urbaniseringsgrad, inntekt etter skatt per forbruksenhet, utdanning og arbeidsstatus. 2015.....	50
Tabell 8.1	Personer 16 år og over med udekket behov for helsehjelp hos lege, tannlege eller psykolog/psykiater: Andel som ikke har tatt kontakt på grunn av dårlig råd. Landsdel. 2015. Prosent .....	56
Tabell A 1	Andel som har udekket behov for lege, etter grunn til at de ikke har tatt kontakt med lege eller legespesialist. Flere grunner kan oppgis. Etter kjønn, alder, utdanning, husholds-inntekt, helsetilstand, urbaniseringsgrad, og arbeidsstatus 2015. Prosent .....	71
Tabell A 2	Andel som har udekket behov for tannlege, etter grunn til at de ikke har tatt kontakt med tannlegen. Flere grunner kan oppgis. Etter kjønn, alder, utdanning, husholds-inntekt, helsetilstand, urbaniseringsgrad, og arbeidsstatus 2015. Prosent .....	72
Tabell A 3	Andel som har udekket behov for psykolog eller psykiater, etter grunn til at de ikke har tatt kontakt med psykologen/psykiateren. Flere grunner kan oppgis. Etter kjønn, alder, utdanning, husholds-inntekt, helsetilstand, urbaniseringsgrad, og arbeidsstatus 2015. Prosent.....	73
Tabell B 1	Andel som har vært hos lege og som er helt enig i at legen tar dem og problemene deres på alvor, at de blir henvist videre ved behov og andel som mener at legen ikke gir dem nok tid. Etter kjønn, alder, helsetilstand, inntekt per forbruksenhet. Prosent. 2015.....	74
Tabell B 2	Andel som har vært hos psykolog eller psykiater og som er helt tilfreds med behandlingen, og andel som er helt enig i at psykolog eller psykiater tar dem og problemene deres på alvor. Etter kjønn, alder, helsetilstand, inntekt per forbruksenhet og utdanning. Prosent. 2015.....	75

## Statistisk sentralbyrå

Postadresse:  
Postboks 8131 Dep  
NO-0033 Oslo

Besøksadresse:  
Akersveien 26, Oslo  
Oterveien 23, Kongsvinger

E-post: [ssb@ssb.no](mailto:ssb@ssb.no)  
Internett: [www.ssb.no](http://www.ssb.no)  
Telefon: 62 88 50 00

ISBN 978-82-537-9556-0 (trykt)  
ISBN 978-82-537-9557-7 (elektronisk)  
ISSN 0806-2056

