



Kvinneres liv og helse siste 20 år

TALL

SOM FORTELLER

RAPPORTER / REPORTS

2022/41

Elin Skretting Lunde, Jorun Skoglund Ramm og Astri Syse

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

© Statistisk sentralbyrå

Publisert: 27. september 2022

ISBN 978-82-587-1594-5 (trykt)

ISBN 978-82-587-1595-2 (elektronisk)

ISSN 0806-2056

Standardtegn i tabeller	Symbol
Ikke mulig å oppgi tall Tall finnes ikke på dette tidspunktet fordi kategorien ikke var i bruk da tallene ble samlet inn.	.
Tallgrunnlag mangler Tall er ikke kommet inn i våre databaser eller er for usikre til å publiseres.	..
Vises ikke av konfidensialitetshensyn Tall publiseres ikke for å unngå å identifisere personer eller virksomheter.	:
Desimaltegn	,

Forord

Regjeringen har oppnevnt et utvalg som skal lage ny utredning om kvinners helse og helse i et kjønnsperspektiv. Utvalget ble oppnevnt 5. mars 2021 og ledes av Christine Meyer. Målet er å få en oppdatert oversikt over kvinners helse i Norge og kjønnsforskjeller i helse. Utvalget skal se på utfordringer for kvinner når det gjelder risiko og forekomst av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenester. Mandatet er å undersøke hvordan kjønnsforskjeller og kjønnsperspektivet blir håndtert i arbeidet med folkehelse, i helse- og omsorgstjenestene og i forskning og utdanning. Utredningen skal inngå i grunnlaget for en kommende kvinnehelsestrategi.

Denne rapporten er svar på dette oppdraget og faller inn under delen som omhandler 'helse i livsfaser'. Rapporten beskriver kvinnehelse, helsetjenestebruk og demografisk utvikling de siste 20 årene i ulike aldersgrupper og livsfaser, og forsøker å se kvinners helse i lys av samfunnsutviklingen ellers.

Oppdragsgiver er Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).

Statistisk sentralbyrå, 12. september 2022

Ann-Kristin Brændvang

Sammendrag

Denne rapporten tar for seg kvinners helse gjennom livsløpet. Til forskjell fra en sykdomsorientert tilnærming, som primært ser på én enkelt tilstand ofte på et gitt sted i livet, vil et livsløpsperspektiv ta for seg endringer i helse og behovet for helse- og omsorgstjenester som jenter og kvinner opplever gjennom livet. Rapporten viser at kvinneliv og kvinnehelse er tett forbundet, og mange kvinner sjonglerer en rekke ulike roller, som elev, student, arbeidstaker, partner, mor, datter og venninne. Mange kvinner er også omsorgsgiver og støttepersoner for personer i og utenfor egen husholdning. Ikke uventet kan det være utfordrende å få de ulike livsrollene til å gå i hop. Dette kan 'sette seg' i kvinnekroppen, og gi ulike helseplager. Også svangerskap, fødsler og overgangsalder kan medføre ulike helseproblemer, både kroppslig og mentalt.

Kvinneliv har endret seg betydelig de siste 20 årene. Langt flere kvinner har høyere utdanning og flere kvinner er yrkesaktive. Selv om en høyere andel jobber heltid i dag, er det fortsatt relativt mange kvinner som jobber deltid. Innvandringen til Norge har periodevis vært høy, og andelen innvandrerkvinner har økt betraktelig de siste 20 årene. Også familielivet er i endring. Det fødes færre barn enn tidligere og kvinnene venter lenger med å få det første barnet. Videre har andelen barnløse kvinner økt noe, mens andelen kvinner som får tre eller flere barn har gått ned. Det er også endringer i samlivsmønstre. Unge venter lenger med å etablere seg og færre velger å gifte seg. Men fortsatt lever de fleste nye mødre med en partner. Over tid opplever en større andel enn før samlivsbrudd, og nær 1 av 4 unge opplever at foreldrene flytter fra hverandre i løpet av oppveksten, og andelen barn som lever i en lavinntektsfamilie har økt. Samtidig bor flere av de eldste kvinnene sammen med en partner nå enn tidligere, blant annet fordi menn lever lenger enn før.

Det er en vedvarende sosial gradient i helsen blant jenter og kvinner på tvers av alder. I et livsløpsperspektiv sliter barn og unge tilsynelatende mer enn før, for eksempel med psykiske plager og ensomhet. Det er også en del som forteller om hodepine, smerter i kroppen og søvnproblemer. Samtidig er den egenvurderte helsen langt bedre blant yngre enn eldre kvinner, primært fordi unge i mindre grad har varig sykdom, begrensinger i hverdagen og funksjonsnedsettelse. Flesteparten av voksne kvinner (25-44 år) har god egenvurdert helse, og kun en liten andel har dårlig helse. Mange lever imidlertid med ulike plager, som hodepine og smerter i kroppen. En del opplever også ulike psykiske lidelser som depresjon og angst. Blant middelaldrende kvinner (45-64 år) har livskvaliteten økt noe over tid og nær halvparten er tilfredse med livet. Også her oppgir mange god helse. Flere enn før har imidlertid søvnproblemer, og det samme gjelder hodepine og kroppslige smerter. Mange middelaldrende kvinner opplever flere plager i muskler og skjelett, en del har også høyt blodtrykk og høyt kolesterol, mens det er relativt få som får alvorligere hjerte- og karsykdommer som infarkt, angina og slag. Sammenliknet med tidligere, synes dagens eldre hjemmeboende kvinner å ha noe bedre funksjonsnivå og helsetilstand. Dette kan både komme av økt utdanningsnivå i gruppen over tid, men også bedre levevaner og mer effektive medisiner. Rundt 3 av 4 over 67 år oppgir at de er fornøyde med livet, men livskvaliteten synker med økende alder. Flere eldre kvinner enn menn oppgir at de er ensomme. Samtidig har mange eldre kvinner flere og sammensatte helseproblemer, og andelen med ulike kroniske lidelser som muskel- og skjelettplager, hjerte- og karsykdommer og kreft øker. Hver fjerde eldre kvinne oppgir begrensinger i hverdagen som følge av helseproblemer, og 1 av 3 kvinner over 75 år rapporterer om søvnvansker. Blant de aller eldste har det vært en økning i demensforekomst, primært fordi levetiden øker slik at flere når de høye aldre hvor demens oftest inntreffer.

Kvinner bruker helsetjenester i større grad enn menn, og bruken varierer både etter hvor de er i livsløpet og med andre sosiodemografiske kjennetegn, som utdanning, inntekt og innvandrerbakgrunn. Antallet konsultasjoner hos fastlegen har økt noe over tid. Bruk av fastlegen øker med økende alder, og kvinner i aldersgruppen 80-89 år bruker helsetjenester i størst grad når vi ser på antall konsultasjoner per person. Også kvinner i alderen 30-49 år har mange

fastlegekonsultasjoner, hvorav mange er knyttet til oppfølging av svangerskap og fødsler. En av de vanligste grunnene til å oppsøke fastlegen er ulike muskel- og skjelettlidelser, og her er det flest konsultasjoner blant middelaldrende kvinner (50-66 år).

Rundt 4 av 10 kvinner har vært pasient på et somatisk sykehus i 2021, og langt de fleste har blitt behandlet poliklinisk. Fordi de fleste fødsler skjer på et sykehus, er svangerskap og fødsler en vanlig grunn til sykehusopphold for kvinner, sammen med blant annet skader, hjerte- og karsykdommer og sykdommer i fordøyelsesorganene. Andelen som har vært på sykehus øker med alderen og er høyest blant de eldre kvinnene. Andel kvinner med døgnbehandling har gått noe ned over tid. Det har også antall liggedager per opphold, mest i de eldste aldersgruppene.

Ulike helse- og omsorgstjenester brukes ikke bare av eldre, men i økende grad også av yngre aldersgrupper. Både antall mottakere og antall tjenester har økt over tid. Det er fortsatt flere kvinner enn menn som mottar tjenester, men kvinneandelen har gått litt ned de siste årene. Det er litt færre enn før som har langtidsopphold på institusjon, også blant de helt eldste kvinnene. Over tid har andelen kvinner som mottar praktisk bistand hjemme gått ned, mens andelen med helsetjenester i hjemmet har økt. Andelen kvinner med omfattende bistandsbehov og andelen kvinner med middels til stort bistandsbehov har gått noe opp over tid, men andelen med noe til avgrenset bistandsbehov utgjør fortsatt den største gruppen, nær 4 av 10 mottakere.

Oppsummert ser vi vedvarende ulikheter i sykkelighet, tilgang til helsetjenester, erfaringer med helsetjenesten og helseutfall etter sosiodemografiske kjennetegn blant kvinner i alle livsfaser. Rapporten har vist at mens kunnskapsgrunnlaget er relativt godt på enkelte områder med betydning for kvinners liv og helse, er kunnskapen mindre god på andre områder. Det er behov for mer kunnskap om

- betydningen av de ulike rollene kvinner påtar seg, på hjemmebane, i arbeidslivet og i lokalsamfunnet
- det problematiske knyttet til at et av særtrekkene ved kvinnehelse er uspesifikke lidelser og helseproblemer som vanskeliggjør skolegang, arbeidsdeltakelse, god helsebehandling og særskilte tiltak. Særlig bør det følges med på økningen i problemer hos unge jenter.
- utfordringer knyttet til økt sosial ulikhet, både på helseområdet, samt på andre områder med betydning for kvinnehelse
- demens (forebygging, behandling og oppfølging). Det framskrives en nær femdobling av personer over 90 år mot 2050-2060, og i denne gruppa er demensforekomsten nær 50 prosent. Dette vil få konsekvenser for helse, bruk av helse- og omsorgstjenester, men også for behov for oppfølging fra nærmeste familie. Siden kvinner i stor grad bistår i uformell omsorg, kan dette få implikasjoner for kvinneliv og helse også tidligere i livsløpet

Framover vil det være vesentlig å se kvinners opplevelser av helse, livskvalitet og deres behov for helse- og omsorgshjelp i et bredere samfunnsperspektiv. Med det mener vi at totalbelastningen i kvinneliv må belyses i større grad enn til nå. Et livsløpsperspektiv på friske, gode og selvstendige kvinneliv er viktig for arbeidsdeltakelse, bruk av helserelaterte ytelser og behov for helse- og omsorgstjenester. Det vil derfor bli viktig med samhandling på tvers av politiske sektorer, som folkehelse, boligpolitikk, levekår, integrering, utdanning med videre. De sosiodemografiske endringene, samt den teknologiske og medisinske utviklingen kan føre til flere muligheter for en økt satsing på helse, samtidig som ressursituasjonen vil tvinge fram sterke prioriteringsdiskusjoner fremover.

Abstract

This report examines women's health in a life course perspective. Unlike a disease-oriented approach, which primarily looks at a single condition at a given time in life, a life course perspective will address changes in health and the need for health and care services girls and women experience throughout their lives. We have shown that women's lives and health are intertwined, and many women juggle a variety of roles, such as being a pupil, student, employee, partner, mother, daughter and friend. Many women are also caregivers and provide support to other persons, both within and outside of their household. Finding the balance between the different tasks may be challenging, and such balancing acts can manifest itself in the female body as various health problems. Pregnancies, births and menopause can also affect women's health adversely, either physically or mentally.

Women's lives have changed quite a bit over the last 20 years. A higher share of women has completed higher education and are active in the labour force today than earlier. Although more women today work full time, many still work part time. Immigration to Norway has been fairly high, and the share of immigrant women has increased substantially. Family life is also changing: Fewer children are being born than before and women are waiting longer to have children. More women remain childless, while the share of women with many children has declined. There are also changes in partnership formation patterns. Younger people today wait longer before they establish a family, and fewer opt to marry and remain cohabiting. Still, most new mothers live with a partner. Over time, a larger share than previously experiences a break-up, and near 1 in 4 children have parents who move apart. The share of children in low-income families has thus increased over time. At the same time, a higher share of the oldest old women lives with a partner today, primarily because men live longer than before.

The social gradient in women's health persists over time. In a life course perspective, children and youths appear to struggle more than before, related to e.g. mental health problems and loneliness. Headaches, body aches and sleep problems are also on the rise. At the same time, self-assessed health is far better among younger women compared to older women, primarily because young people are less likely to have permanent illnesses and functional disabilities. Most adult women (aged 25-44) report good health, and only a small share report poor health. Still, many live with various aches and pains. Some also experience various mental health problems, e.g. depression and anxiety. Near 50 percent of middle-aged women (aged 45-65) are satisfied with their lives today, and the quality of life has increased over time. Many also report good health, although a larger share than before report problems with sleep, aches and pains. Relatively many also report musculoskeletal problems, some have high blood pressure and high cholesterol, whereas relatively few experiences more serious cardiovascular conditions, e.g. infarction, angina or stroke. Elderly women living at home (aged 67 and over) report improved functioning and better health than earlier. This may be due to improvements in education but could also relate to better living habits and more effective medication. Around 3 in 4 elderly women report satisfaction with life, albeit the quality of life generally decreases with age. More elderly women than men report loneliness. Quite a few elderly women have multiple and complex health problems, and the proportion with various chronic conditions such as musculoskeletal disorders, cardiovascular diseases and cancer is increasing. Near 1 in 4 elderly women report limitations in their daily lives due to health problems, and 1 in 3 aged 75 years and over report having sleeping problems. Among the very oldest, the prevalence of dementia is on the rise as life expectancy is increasing and more people reach the high ages where dementia is common.

Women use health services more than men, and their use varies across the life course and across sociodemographic characteristics, such as education, income and immigrant background. The number of people consulting a GP has increased somewhat over time, particularly during the

coronavirus pandemic. The GP use increases with age, and women in the age group 80-89 years use health services to the greatest extent when we look at the number of consultations per person. Women aged 30-49 also have many GP consultations, largely due to follow-ups of pregnancies and births. One of the most common reasons for seeing a GP is various musculoskeletal disorders, and most consultations (in total) are observed for middle-aged women (50-66 years).

In 2021, 4 in 10 women were admitted to a somatic hospital. The vast majority were treated as outpatients. Because most births take place in a hospital, pregnancies and births are common reasons for hospital stays among women, along with injuries, cardiovascular diseases and diseases of the digestive system. The share who has been hospitalized increases with age and is highest among the oldest women. The number of women with inpatient stays has decreased over time, as has the number of bed days per stay. This decline has been most pronounced among the oldest.

Various care services are used not only by the elderly, but increasingly also by younger age groups. Both the number of recipients and the number of services have increased over time. There are still more women than men receiving services. The share of women receiving services has decreased slightly in recent years. Somewhat fewer than before have long-term stays in institutions, even among the oldest women. Over time, the share of women receiving practical assistance at home has decreased, while the share receiving home health services has increased. The proportion of women with extensive need for assistance and the proportion of women with medium to large need for assistance have increased somewhat over time. The proportion of women with somewhat limited need for assistance is still the largest group (4 in 10).

In summary, we see persistent inequalities in morbidity, access to health services, experiences with the health service and health outcomes according to sociodemographic characteristics in all stages of the life course. We have shown that while the knowledge is relatively good in some areas of importance for women's lives and health, knowledge is rather scarce in other areas. There is a need for more knowledge related to

- the importance of the various 'shifts' women take on, at home, in the workplace and in the local community,
- the problematic aspect in that 'unspecific' symptoms largely characterize women's health, resulting in inadequate treatment and follow-up care, hindering effective interventions to ensure optimal quality of life, combining the various roles inherent to many female lives. The increase in young women's mental health problems deserves attention,
- challenges related to increased social inequality, both in the health area and in other areas of importance for women's health,
- dementia. People over the age of 90 are projected to increase almost fivefold in the coming decades. In this age group, the dementia prevalence is 50 percent, with implications for health, use of health and care services, but also for the need for informal care from the immediate family. Since women largely assist in such care tasks, this can have implications for women's health and lives also earlier in the life course.

Going forward, a broad societal perspective on women's experiences of health, quality of life and the need for health and care services are warranted, with more focus directed at the total burden in women's everyday life. Taking on a life course perspective to help ensure healthy, good and independent lives matter also for work participation, the use of health-related benefits, and health and care service needs. This warrant increased collaboration across policy sectors, such as public health, housing, living conditions, integration, education etc. Future sociodemographic changes, as well as rapid technological and medical development, will increase the opportunities for health interventions, whereas the resource situation will mandate tough priority discussions.

Innhold

Forord	3
Sammendrag	4
Abstract	6
1. Innledning	10
1.1. Tematisk avgrensning	10
1.2. Datatilfang	11
2. Sosiale og demografiske endringer	14
2.1. Folketall, alder og kjønn.....	14
2.2. Kvinnerens utdanning, arbeid og inntekt	15
2.3. Familieforhold	18
2.4. Kvinner med innvandrerbakgrunn.....	20
2.5. Sosiodemografiske kjennetegn og helse i et livsløpsperspektiv	22
3. Kvinnerens helse	30
3.1. Helseatferd	30
3.2. Endring i helse og dødelighet.....	34
3.3. Helse i ulike livsfaser	37
3.4. Oppsummering.....	49
4. Kvinnerens bruk av helsetjenester	50
4.1. Kvinnerens bruk av fastlegen	50
4.2. Kvinnerens bruk av allmennlege – utvalgsdata	54
4.3. Kvinnerens bruk av legevakt.....	57
4.4. Sykehusopphold fra registerdata	61
4.5. Sykehustjenester med data fra utvalgsundersøkelser	67
4.6. Kvinnerens bruk av psykolog og psykiater	73
4.7. Kvinnerens bruk av fysioterapeut, ernæringsfysiolog og alternative behandlere	77
4.8. Innvandreres bruk av helsetjenester	79
4.9. Oppsummering.....	81
5. Kvinnerens sykefravær	82
5.1. Kvinner har litt høyere sykefravær enn menn.....	83
5.2. Legemeldt sykefravær i ulike livsfaser	84
5.3. Årsaker til tapte dagsverk.....	85
5.4. Kvinnerens bruk av arbeidsavklaringspenger og uføretrygd.....	89
5.5. Oppsummering.....	93
6. Kvinnerens bruk av omsorgstjenester	94
6.1. Omsorgstjenestebruk i et kjønnsperspektiv	95
6.2. Endringer i tjenestetilbudet over tid	96
6.3. Tjenester etter alder og behov	101
6.4. Bruk av omsorgstjenester i ulike livsfaser.....	112
6.5. Oppsummering.....	114
7. En sammenstilling	115
7.1. Utviklingstrekk i kvinnehelse og bruk av tjenester.....	115
8. Veien videre	118

8.1. Kvinnehelse i Norge sammenliknet med status i andre land	118
8.2. Forventede demografiske endringer med særlig betydning for kvinnehelse	119
8.3. Områder med behov for økt oppmerksomhet	120
8.4. Avslutning og konklusjon.....	123
Referanser	124
Vedlegg A: Kvinner og kreft. Forekomst, overlevelse og oppfølgingsbehov i et livsløpsperspektiv	134
Vedlegg B: Antall mottakere av helse- og omsorgstjenester	152
Figurregister	153
Tabellregister	156

1. Innledning

Helse skiller seg fra andre levekår ved at helse, i et individperspektiv, rammer mer tilfeldig enn andre forhold som er vesentlige for gode levekår. I et større perspektiv er det klare forskjeller mellom grupper med ulike ressurser. På individnivå er folkehelsen viktig i seg selv, fordi helse har stor betydning for enkeltindividers livskvalitet og muligheter for å nå viktige livsmål. I et samfunns-perspektiv er en stor og kompetent arbeidsstokk en viktig ressurs. Helse henger nært sammen med arbeidsdeltakelse og produktivitet, selv om tilrettelegging og inkludering kan bidra til å minimere mulige uheldige konsekvenser av suboptimal eller dårlig helse, på makro-, meso og mikronivåer. Samtidig har en befolknings helse også implikasjoner for behov for helse- og omsorgstjenester, og dermed helseutgifter, samt personellbehov i disse tjenestene. Helseutgiftene legger beslag på en økende del av de offentlige utgiftene (SSB 2022a). Denne veksten i helseutgifter henger sammen med helsetilstand, men også med økte muligheter for å behandle stadig flere sykdommer. Fordi eldre i snitt er sykere enn yngre, fører den generelle aldringen av befolkningen til at utgiftene øker. Framskrivningene viser at disse utgiftene vil fortsette å øke også framover (Holmøy et al. 2019, OECD 2019).

Denne rapporten tar utgangspunkt i en bestilling fra kvinnehelsesekretariatet om kvinners helse og helsetjenestebruk over tid. Det handler om viktige risikofaktorer knyttet til helse, sykdomsforekomst, samt kvinners bruk av helse- og omsorgstjenester. Rapporten beskriver utviklingen de siste 20 årene på disse områdene, det vil si i årene som har gått siden siste NOU på samme tema ble publisert i 1999. Rapporten ser på helse og bruk av helsetjenester i ulike aldersgrupper og livsfaser, og forsøker å se kvinners helse i lys av samfunnsutviklingen ellers. Siden vi akkurat har vært gjennom en pandemi, har vi forsøkt å ta høyde for påvirkningen av denne der dette har vært relevant og der datagrunnlaget har vært tilstrekkelig.

Innledningsvis beskrives tematiske avgrensinger som er foretatt, samt muligheter og begrensninger i datakildene om kvinnehelse. Videre omtaler vi datatilfanget med særlig vekt på data fra Statistisk sentralbyrå. Kapittel 2 beskriver den sosiale og demografiske utviklingen som kan antas å ha særlig betydning for kvinnehelse. Her beskrives utviklingen i kvinners utdanningsnivå, arbeidsdeltakelse og inntekt, samt endring i familiemønstre og kjennetegn ved innvandrerbefolkningen. Kapittel 3 tar for seg risikofaktorer for helseplager og sykdomsbyrde hos kvinner. Kapittel 4 beskriver utviklingen i kvinners helsetjenestebruk, og tar for seg bruk av fastlege- og legevakt, sykehus, og bruk av legespesialister. Det benyttes både register og utvalgsdata. I kapittel 5 ser vi på utviklingen i kvinners sykefravær over tid, og hva slags diagnoser som ofte medfører sykefravær. Videre blir også kvinnelige mottakere av uføretrygd og arbeidsavklaringspenger omtalt. Kapittel 6 omhandler kvinners bruk av omsorgstjenester, her beskrives både hjemmetjenester og institusjonsopphold, videre ses det nærmere på bistandsbehov og familieomsorg.

I kapittel 7 forsøker vi å se funn fra de forutgående kapitlene i sammenheng, for å gi et mer helhetlig bilde av kvinners liv og helse de siste årtiene. Kapittel 8 er et avslutningskapittel hvor vi ser situasjonen i Norge opp mot situasjonen i andre land, samtidig som vi løfter blikket og peker på mulige utfordringer. I et vedleggskapittel har vi valgt ut en sykdomsgruppe (kreft) som eksempel, og viser hvordan denne typen sykdom kan få ulike konsekvenser for kvinner og deres nærmeste, dels avhengig av når i livsløpet kvinnene blir syke.

1.1. Tematisk avgrensning

Den tematiske avgrensningen av dette arbeidet kan kort oppsummeres slik: Innledningsvis har vi tatt utgangspunkt i store sykdomsgrupper som ofte rammer kvinner. Dernest har vi valgt ut sykdomsgrupper som rammer færre, men som er av stor betydning for dem som rammes. Dette gjelder både i et kvinneperspektiv, samt i et familie- og samfunns-perspektiv. Videre har vi omtalt enkelte helseforhold som kun angår kvinner. Avslutningsvis har vi valgt å fokusere særlig på

helseplager og sykdommer hvor vi ser relativt markante endringer over tid, i enten positiv eller negativ retning. I alle disse vurderingene har vi måttet ta hensyn til datatilfanget, og hva som allerede eksisterer av kunnskap. Oppsummert er dette temaene som omtales særskilt i rapporten:

- Generell helse, sykdomsplager og funksjonsvansker
- Tilfredshet med tilværelsen, livskvalitet
- Tobakks- og alkoholbruk, og fysisk aktivitet
- Symptomer som smerter, søvnproblemer og hodepine (migrene)
- Typiske livsstilssykdommer, som fedme, diabetes og hjerte- og karsykdom
- Psykisk helse
- Muskel-/skjelett lidelser (smerter og utmattelse)
- Kreft, forekomst og oppfølging
- Konsultasjoner hos fastleger/allmennlege og legevakt
- Sykehusopphold
- Sykefravær og bruk av utvalgte andre helserelaterte trygdeytelser
- Bruk av kommunale omsorgstjenester, i hjemmet og på institusjon
- Uformell omsorg og pårørendeoppgaver.

1.2. Datatilfang

Rapporten tar i hovedsak utgangspunkt i helseopplysninger fra SSBs statistikk, og analysene vil primært basere seg på de siste tilgjengelige årgangene, samt data som er sammenliknbare over tid. SSB har tidsseriedata på mange forhold, men det forekommer brudd og endringer i dataene over en så vidt lang tidsperiode som 20 år. Dette skaper noen utfordringer som er nærmere omtalt under. SSBs tall kommer primært fra ulike offentlige helseregistre og relevante utvalgsundersøkelser. Begge disse datatypene vil brukes som kilder til informasjon i denne rapporten, med de fordelene og ulempene det medfører. Omfanget og kvaliteten på dataene varierer mellom de ulike områdene. Der SSB mangler informasjon har vi lent oss på Folkehelseinstituttets folkehelse rapport (<https://www.fhi.no/nettpub/hin/>) hvor enkeltsykdommer og helseplager er mer utførlig beskrevet, samt data fra Dødsårsaksregisteret. I vedleggskapitlet om kreft er det tall fra Kreftregisteret som primært ligger til grunn. Generelt vil vi påpeke at tall for forhold med lav forekomst i befolkningen og/eller undergrupper av kvinner vil kunne være beheftet med vesentlig usikkerhet.

Registerdata

Registrene som benyttes her omfatter data om hele befolkningen. Til tross for fulltelling er det likevel noe usikkerhet knyttet til om alle er fanget opp, samt andre mulige problemstillinger knyttet til registertall. Det er utarbeidet kvalitetsrapporter for flere av registrene som kan tallfeste avvik. Kort oppsummert er dette de viktigste registrene vi bruker i denne rapporten:

- KUHR-databasen (Kontroll og Utbetaling av Helse Refusjoner). Dette er et register over refusjonskrav som legene sender til Helseøkonomiforvaltningen (HELFO). Registeret gir blant annet data om befolkningens bruk av fastlege, legevakt og avtalespesialister.
- Norsk pasientregister (NPR), Helsedirektoratet, inneholder data knyttet til bruk av tjenester på somatiske sykehus, i psykisk helsevern for voksne, i institusjoner for rehabilitering med videre, og konsultasjoner hos privatpraktiserende avtalespesialister. Registeret samler inn opplysninger om alle behandlinger innen de nevnte områdene. KUHR-databasen og NPR er to av hovedkildene i kapittel 4 om bruk av helsetjenester.
- Sykemeldingsregisteret fra NAV inneholder informasjon om legemeldt sykefravær. Data om avtalte dagsverk og andre kjennemerker på arbeidsforholds-, person- og virksomhetsnivå hentes fra a-ordningen. Sykefraværstatistikken måler sykefraværet blant lønnstakere i norske

virksomheter, dokumentert gjennom egen- og legemeldt fravær. Sykefraværstatistikken ligger til grunn for informasjonen presentert i kapittel 5 om helserelaterte trygdeytelser.

- IPLOS-registeret (Individbasert Pleie- og Omsorgsstatistikk) og KPR (Kommunalt pasient- og brukerregister) inneholder i all hovedsak data om befolkningens bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester. Registrene inneholder informasjon om mottakere og søkere av helse- og omsorgstjenester i kommunene, samt opplysninger om hva slags tjenester de mottar. Dette er tjenester til eldre, personer med funksjonsnedsettelse, utviklingshemmede og andre med sykdommer som krever helsehjelp og annen bistand, når de ikke er under behandling i spesialisthelsetjenesten. Det gjelder blant annet helsetjenester og praktisk bistand i hjemmet, samt langtidsopphold i institusjon. Informasjonen som er omtalt i kapittel 6 lener seg primært på disse opplysningene.

Det brukes også data fra andre registre som for eksempel Dødsårsaksregisteret, Reseptregisteret og Kreftregisteret. Disse registrene er benyttet for å supplere informasjonen i kapittel 3. Kreftregisteret er også hovedkilden til vedlegget om kvinner og kreft.

Utvalgsdata

I tillegg til registerdata benytter vi også data fra utvalgsundersøkelser. Statistikken over egenmeldt sykefravær er en utvalgsundersøkelse blant rundt 10 000 virksomheter som gjennomføres av SSB. Andre utvalgsundersøkelser fra SSB som benyttes er levekårsundersøkelsene om helse/The Health Interview Survey (EHIS)¹, men også levekårsundersøkelsen EU-Silc og livskvalitetsundersøkelsen. Tall fra SSB-undersøkelsene danner hovedgrunnlaget for informasjonen som presenteres i kapittel 3.

Livskvalitetsundersøkelsen er en relativt nyopprettet nasjonal webundersøkelse om livskvalitet som har vært gjennomført to ganger (2020² og 2021), på oppdrag fra Helsedirektoratet. Et representativt utvalg på rundt 40 000 personer over 18 år ble invitert til å delta. Det kobles på registerdata i etterkant. Undersøkelsen omhandler primært spørsmål om tilfredshet med livet og ulike mål på livskvalitet. Den har også spørsmål om fysisk og psykisk helse, diskriminerings erfaringer, sosial kontakt, samt andre spørsmål som er nært relatert til helse og velferd. Se for øvrig rapporten *Livskvalitet. Anbefalinger for et bedre målesystem* fra 2018, samt utredningsarbeidet *Gode liv i Norge* fra 2016.

SSBs levekårsundersøkelse ble i 2011 samordnet med den EU-forordnede undersøkelsen Statistics on income and Living Conditions (EU-silc). Det er en årlig undersøkelse, med temaroterende moduler som inkluderer blant annet boforhold, arbeidsmiljø, friluftsliv, organisasjonsaktivitet, politisk deltakelse og sosialt nettverk. Utvalget ligger på rundt 11 000 personer brutto og svarprosenten i 2020 var 52 prosent.

Levekårsundersøkelsen om helse har en lang historie i SSB (helt tilbake til 1968) og den har vært gjennom flere større omlegginger. Se for øvrig beskrivelse i boks. Siste undersøkelse ble gjennomført i 2019. Da ble 14 000 personer over 15 år og som bor i private husholdninger invitert til å delta. Svarprosenten var på 57 prosent. Det blir koblet på registerdata i etterkant, blant annet inntekt, utdanning og andre befolkningsopplysninger. Tidligere gikk denne undersøkelsen hvert tredje eller fjerde år, men framover vil den gjennomføres hvert sjette år. Selve undersøkelsen består av fire moduler om helsetilstand, funksjonsevne, helsedeterminanter og bruk av helsetjenester, samt sosioøkonomiske bakgrunnsvariabler. På helseområdet dekkes temaer som egenvurdert helse, kroniske tilstander, begrensning i vanlige aktiviteter, sykkelighet, fysiske og sensoriske funksjonsbegrensninger mv. For helsetjenestebruk dekkes sykehusinnleggelse, konsultasjoner med

¹ <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey>

² <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/livskvalitetsundersokelsen-2020>

helsetjenesten, samt udekkede behov for ulike helsetjenester, bruk av medisiner mv. Når det gjelder helsedeterminanter spørres det blant annet om høyde og vekt, røykevaner og alkoholbruk. Det er særlig levekårsundersøkelsen om helse (EHIS) som brukes i denne rapporten, da den har det bredeste tilfanget av helsedata (SSB 2020).

I alle utvalgsundersøkelser er det bare en del av populasjonen som deltar. Det vil alltid være knyttet en viss usikkerhet til populasjonsanslagene basert på utvalget, men ved hjelp av statistiske metoder kan denne usikkerheten beregnes (Bjørnstad 2016). Brudd i tidsserier er også problematisk, og bruddet som er mest vesentlig for vår del skyldes, som nevnt over, er sammenslåingen av levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt med EHIS. Dette er nærmere omtalt i boksen under.

Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt (Helseundersøkelsen) - forklaringer på brudd i tidsserier

Helseundersøkelsen har en lang historie i SSB og den har vært gjennom flere større omlegginger, blant annet i 1995. Under navnet levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt ble undersøkelsen gjennomført fem ganger (1998, 2002, 2005, 2008, 2012). I forbindelse med 2015-undersøkelsen ble det gjort en større omlegging, som følge av Eurostats krav om en felles europeisk helseundersøkelse på tvers av land (The European Health Interview Survey, EHIS). Det har alltid vært et mål å kunne sammenlikne data med tidligere årganger, og derfor har spørsmålene i stor grad vært likt formulert, og stilt på samme måte som i tidligere undersøkelser. Men endringene i forbindelse med innføringen av EHIS-spørsmål i 2015 medførte at en del tidsserier ble brutt. Blant annet ble registreringen av sykdommer lagt helt om. Undersøkelsen fra 2019 er imidlertid samlet inn med omtrent de samme spørsmålene som i 2015. Over tid vil det bygges opp nye tidsserier som også vil være sammenliknbare med andre europeiske land.

Fra åpen til lukket kartlegging av sykdom

I de tidligere undersøkelsene ble det stilt spørsmål om man har en varig sykdom (definert som en sykdom eller lidelse som har vart i seks måneder eller mer) og alle som svarte ja, ble spurt om hva slags type sykdom det var snakk om. Deretter ble det stilt oppfølgingsspørsmål om flere sykdommer. Det var mulig å oppgi inntil fem sykdommer per person. I tillegg hadde de som ble intervjuet tilgang på et sykdomskort som de selv kunne lese eller få lest høyt av intervjueren. Dette kortet inneholdt forslag til ulike sykdommer og tilstander (57 forslag) som regnes som varige eller forventes å være varige. Sykdommene var av varierende alvorlighetsgrad, fra åreknuter og B12-vitaminmangel til diabetes, Parkinson og hjerteinfarkt. Etter endt intervju ble svarene kodet om til ICD-10 koder. Data fra 12 ulike diagnosegrupper ble publisert i statistikkbanken til SSB.

I 2015 undersøkelsen blir det også stilt spørsmål om varig sykdom, men registreringspraksisen for sykdommer er endret. Både fordi den tidligere praksisen var tidsmessig krevende, men også fordi Eurostat hadde egne spørsmål som skulle stilles. SSB gikk fra en åpen til en lukket kartlegging av sykdommer/helseproblemer. Intervjupersonen blir spurt om å svare ja eller nei på om de har hatt bestemte sykdommer de siste 12 måneder. Listen inneholder 16 ulike sykdommer, blant annet astma, høyt blodtrykk, diabetes og hjerneslag. Siden måten man spør om sykdom på er vesentlig endret, blir det et brudd i sykdomstallene basert på levekårsundersøkelsen om helse/ helseundersøkelsen, fra og med 2015 årgangen.

Av øvrige store lokale befolkningsundersøkelser som ikke omtales nærmere her, men som også gir god kunnskap om kvinnehelse, finner vi blant andre Hordalandsundersøkelsen, Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT) og Tromsøundersøkelsen. Flere av disse er gjennomført i flere runder. Vi viser til primærkildene for disse undersøkelsene for mer utførlig informasjon.

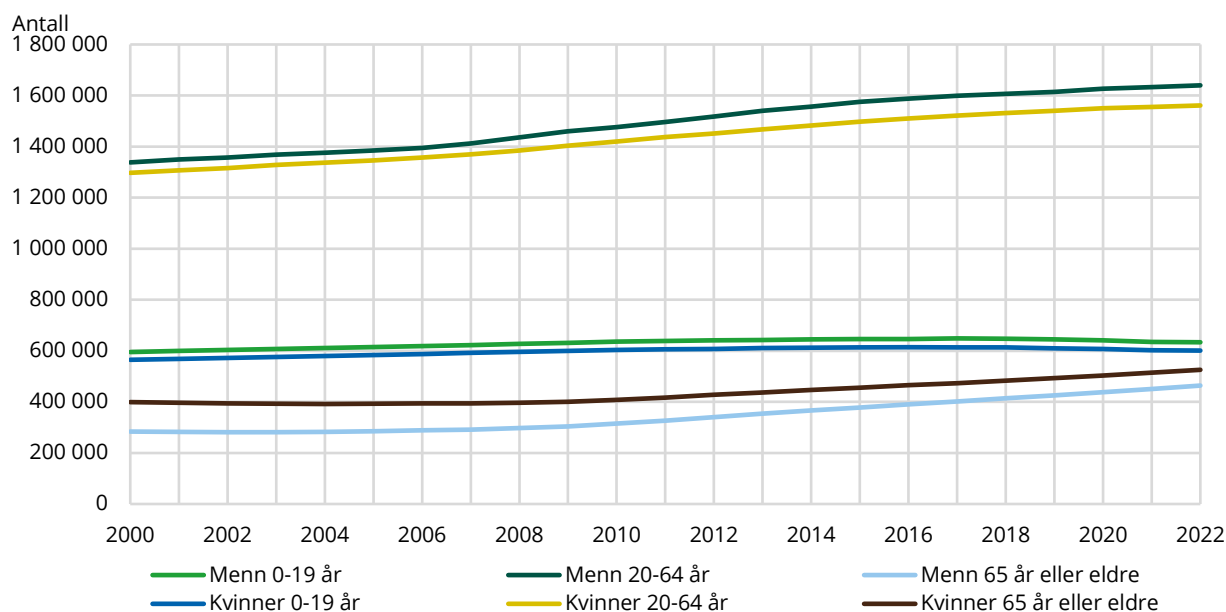
2. Sosiale og demografiske endringer

Denne rapporten omhandler utviklingen i kvinners helse og helsetjenestebruk de siste 20 årene. Både helse, sykkelighet og bruk av helsetjenester er nært knyttet til demografiske og sosiale forhold (Dahl et al. 2014). I det følgende vil vi se spesielt på kjennetegn som alder, utdanningsnivå, inntektsnivå, arbeidsdeltakelse, familieforhold og minoritetsbakgrunn. Den nære forbindelsen mellom disse kjennetegnene og helse kan skyldes en reell årsakssammenheng, det vil si at visse kjennetegn, som for eksempel lav utdanning er assosiert med røyking, som fører til økt sykkelighet. Det kan imidlertid også være en konsekvens av seleksjon, som innebærer at det er ulikheter etter helsekjennetegn som er assosiert med sosiodemografiske kjennetegn, for eksempel at friskere kvinner i større grad inngår samliv. I det videre forsøker vi ikke å skille mellom disse to mekanismene, men legger til grunn at de ofte sameksisterer. Samtidig er det viktig å minne om at variasjonene i helse og bruk av helsetjenester etter sosiodemografiske kjennetegn reflekterer ulikheter på gruppenivå. Når vi ser på utvikling over tid spiller både størrelsen og sammensetningen av gruppene som sammenliknes derfor en viktig rolle.

2.1. Folketall, alder og kjønn

De siste 20 årene har Norges befolkning økt med nær millionen, fra 4,5 til 5,4 millioner. Mens det var et lite overskudd av kvinner i Norge fram til midten av 2010, har det vært et lite overskudd av menn den siste halvdel av perioden. I hele perioden har det imidlertid vært et overskudd av menn blant dem som er yngre enn 65 år (figur 2.1). Det samlede kvinneoverskuddet i 2000 var på 50,5 prosent, som er likt det tilsvarende mannoverskuddet i 2022.

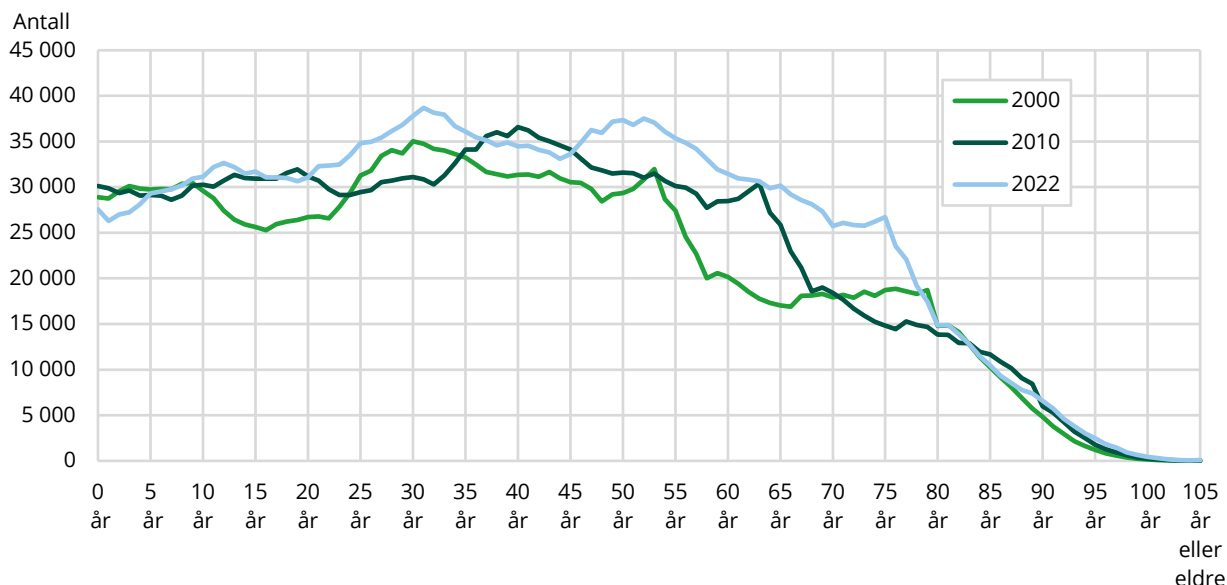
Figur 2.1 Antall kvinner og menn i tre aldersgrupper, 2000-2022



Kilde: Statistisk sentralbyrå, tabell 07459.

Både figur 2.1 og figur 2.2 viser at antallet kvinner har økt i takt med at befolkningen har vokst. I tillegg viser figurene at økningen primært har funnet sted blant voksne og eldre. Ser vi på endringer i de ulike aldersgruppene, har den prosentvise endringen vært klart størst blant de eldste. Antallet kvinner som er 65 år og eldre har økt med 32 prosent fra 2000 til 2022, mens tilsvarende tall for menn er hele 63 prosent. Samtidig viser figur 2.2 at antallet kvinner i 80-årene ikke har økt de siste årene, med implikasjoner for omsorgstjenestebruk, og dette skyldes i stor grad at det er de små kullene fra før krigen som nå har nådd denne alderen. I yngre aldersgrupper har økningen vært langt mindre. For både kvinner og menn var det en økning på 6 prosent i aldersgruppen 0-19 år, mens økningen i aldersgruppen 20-64 år var på rundt 20 prosent (20 prosent for kvinner og 23 prosent for menn).

Figur 2.2 Utviklingen i antall kvinner i befolkningen etter 5 års aldersgrupper. 2000, 2010, 2022



Kilde: Statistisk sentralbyrå, tabell 07459

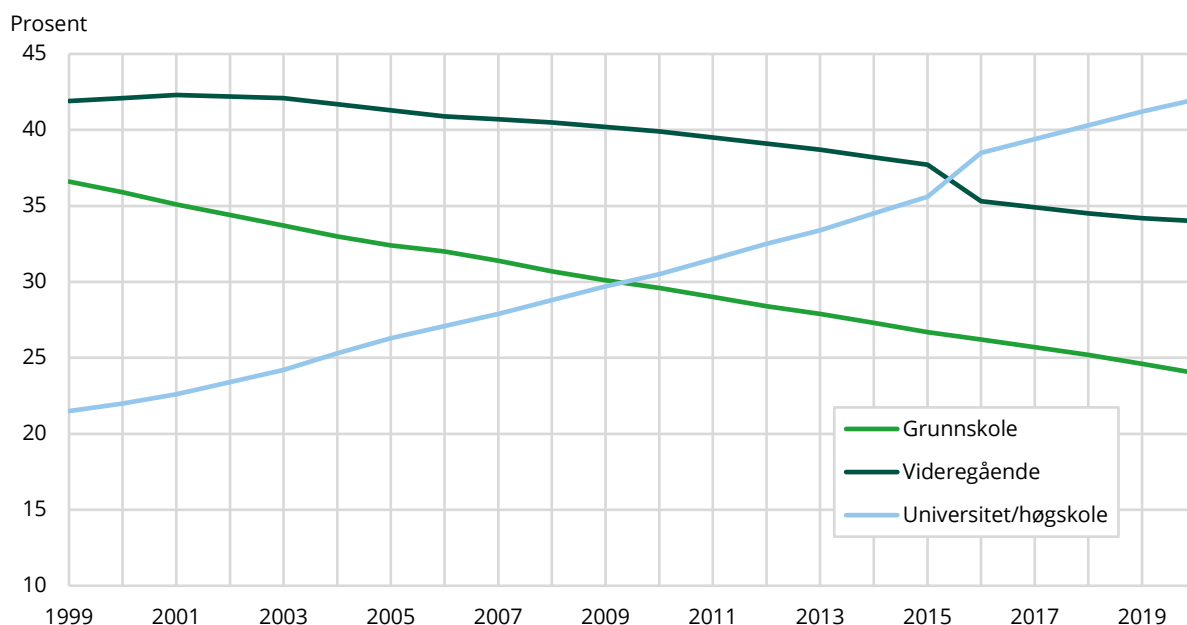
2.2. Kvinnerens utdanning, arbeid og inntekt

Det har vært markante endringer i kvinnerens deltakelse i utdanning og arbeidsliv de siste 20 årene, med implikasjoner for egen helse og deres nærmeste (barn, partnere, foreldre, naboer og venner).

Utdanning

I Norge har det vært en markant økning i befolkningens utdanningsnivå, og det er langt færre i dag med lav utdanning enn det som var tilfellet for noen tiår siden (SSB 2021a). Kvinner utgjør i dag et klart flertall av dem som blir uteksaminert fra universitet og høyskoler. Andelen kvinner som kun har grunnskoleutdanning har sunket betraktelig fra 2000 fram til i dag (fra 36 til 24 prosent). Samtidig har andelen med universitets- eller høyskoleutdanning økt (fra 22 til 42 prosent), figur 2.3.

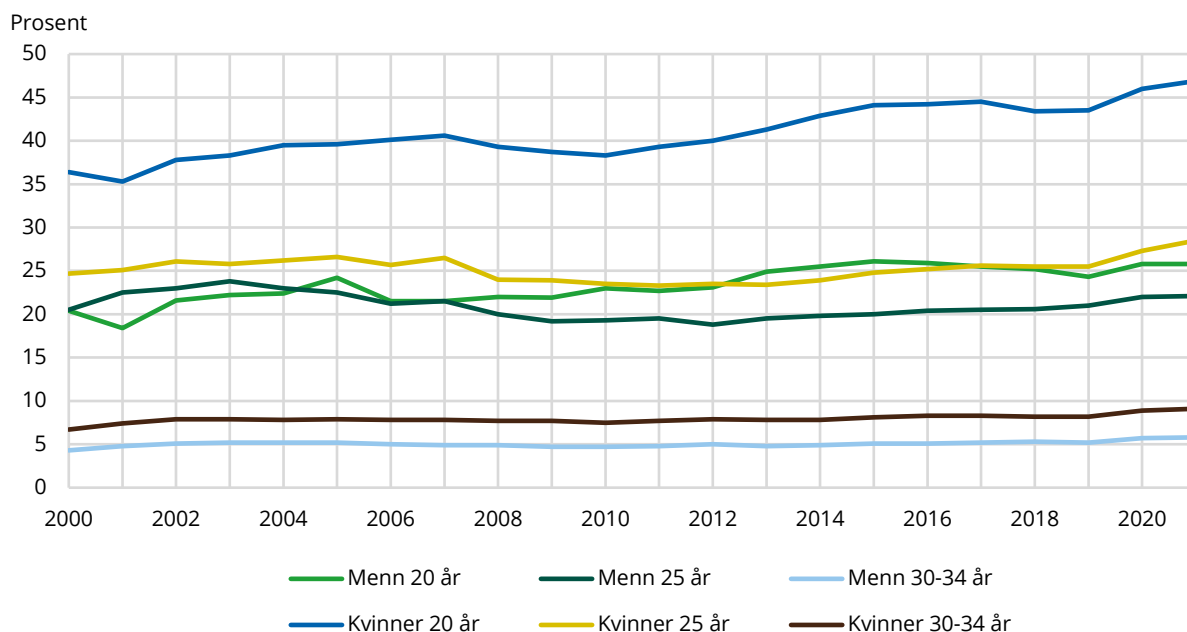
Figur 2.3 Høyeste utdanningsnivå for kvinner, 16 år og eldre, 1999-2020. Prosent



Kilde: Statistisk sentralbyrå, tabell 08921

Figur 2.4 viser at det er betraktelig flere kvinner enn menn som er under utdanning i alderen 20, 25 og 30-34 år, og trenden har vært økende over tid. Faktisk har kvinner vært i flertall i høyere utdanning siden midten av 1980-tallet (SSB 2021a).

Figur 2.4 Kvinner og menn innrullert i høyere utdanning, 2000-2021. Prosent



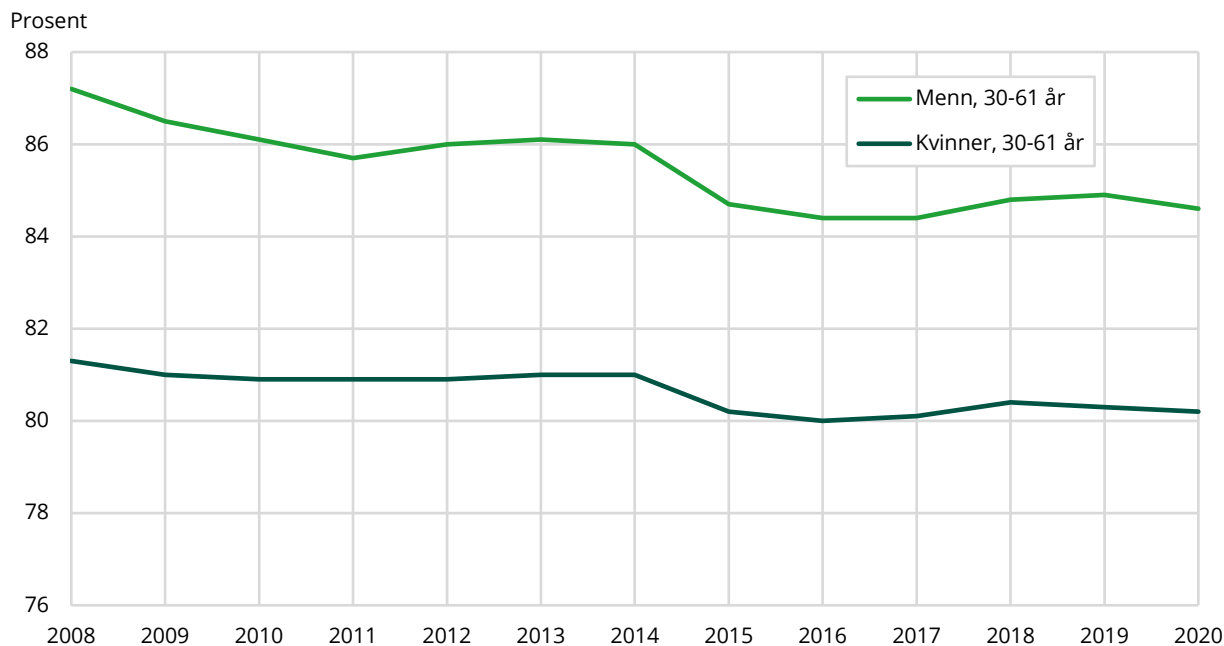
Kilde: Statistisk sentralbyrå, tabell 06129

Blant de under 60 år er det nå langt flere kvinner enn menn med høyere utdanning. Særlig stor er forskjellen i aldersgruppen 25–29 år, hvor 60 prosent av kvinnene har høyere utdanning, sammenliknet med 38 prosent av mennene. Blant de eldste er det imidlertid fortsatt menn som har lengst utdanning.

Arbeid

I 2020 var det 2,8 millioner personer i arbeidsstyrken, tilsvarende drøyt 70 prosent av befolkningen i alderen 15-74 år (67 prosent av kvinnene og 73 prosent av mennene). I 2002 var de tilsvarende tallene 2,3 millioner og 73 prosent, 70 prosent av kvinnene og 77 prosent av mennene (SSB 2003). På begge tidspunktene utgjorde kvinnene omtrent 47 prosent av arbeidsstyrken. Figur 2.5 viser andelen kvinner og menn i arbeidsstyrken fra 2008 fram til i dag, i aldersgruppen 30-61 år. Det er fortsatt en større andel menn enn kvinner i arbeidsstyrken, men relativt sett har gruppene nærmet seg hverandre over tid. Dette skyldes primært at menns deltakelse har falt noe, mens kvinners andel har holdt seg relativt stabil. Samtidig er det flere kvinner i dag som arbeider heltid enn før, selv om en relativt høy andel fortsatt jobber deltid, enten frivillig eller ufrivillig (Sandvik 2017). Som for 20 år siden er vel 1 av 3 sysselsatte kvinner i deltidsarbeid. I tidsrommet 2006 til 2016 økte andelen mødre i fulltidsjobb med 11 prosentpoeng (ibid.). I 2016 var om lag 80 prosent av mødre med barn i alderen 1-5 år i jobb med en gjennomsnittlig arbeidstid på cirka 32 timer i uken.

Figur 2.5 Sysselsatte kvinner og menn, 2008-2020. Prosent

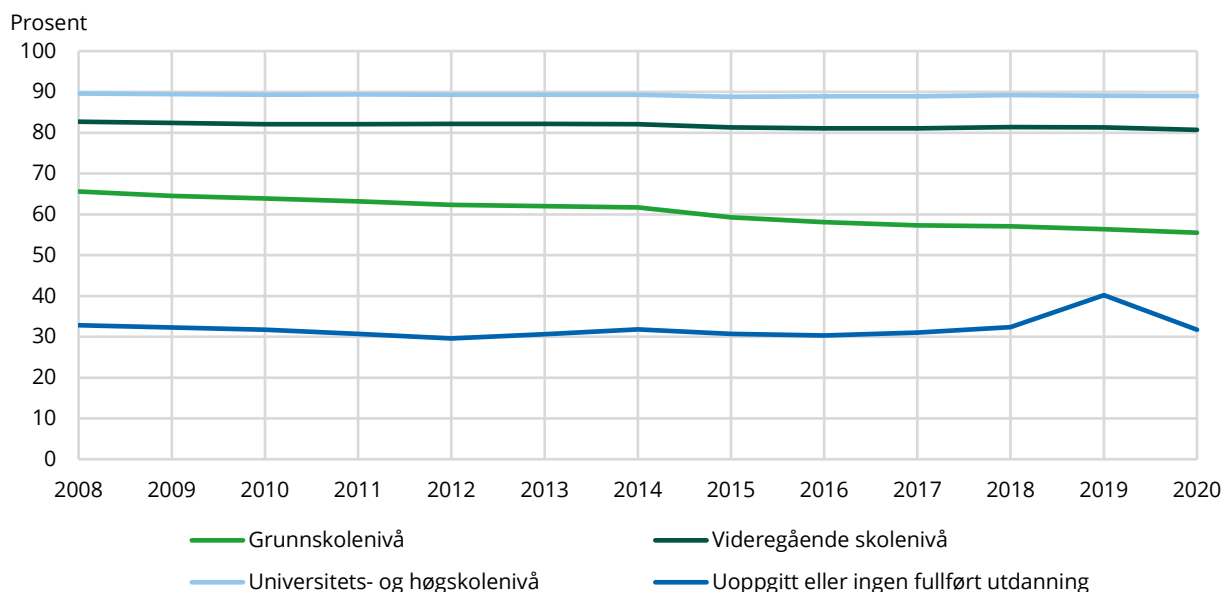


Kilde: Statistisk sentralbyrå, tabell 12438

De tjenesteytende næringene har vokst kraftig og sysselsetter i dag rundt 2,2 millioner personer, noe som utgjør hele 78 prosent av alle sysselsatte i Norge. Med over 600 000 sysselsatte i 2021 er helse- og omsorgssektoren den dominerende næringen, mens det tilsvarende tallet i 1995 var rundt 365 000. Sett i forhold til den totale andelen sysselsatte jobber nå mer enn 1 av 5 med helse- og omsorgsrelatert tjenesteyting, og kvinner utgjør et stort flertall av disse (83 prosent). Kvinneandelen har sunket svakt fra 2000, da var det tilsvarende tallet 85 prosent. Vel 1 av 3 sysselsatte kvinner er i deltidsarbeid.

Figur 2.6 viser at kvinner med lengre utdanning oftere er sysselsatt enn kvinner med kortere utdanning. Det er færrest i arbeid blant dem med kun grunnskole eller uoppgitt/ingen fullført utdanning. I sistnevnte grupper utgjør innvandrerkvinner en ikke ubetydelig andel (SSB 2022b).

Figur 2.6 Sysselsatte kvinner (30-61 år), etter høyeste utdanningsnivå, 2008-2020. Prosent



Kilde: Statistisk sentralbyrå, tabell 12438

Inntekt

I gjennomsnitt var månedslønnen for kvinner og menn i 2020 henholdsvis 45 200 og 51 600 kroner, brutto (SSB 2021b). Kvinnenes månedslønn utgjør altså knapt 88 prosent av mennenes. Det er stor forskjell mellom ulike næringer. I finanssektoren er forholdstallet 74 prosent, mens det er 95 prosent i undervisningssektoren (ibid.). Det er også store forskjeller mellom ulike yrker. Kvinner har oftere typiske lavlønte yrker, mens det motsatte er tilfelle for menn. Samtidig har økningen i den gjennomsnittlige bruttoinntekten fra 2008 til 2020 vært større for kvinner (52 prosent) enn for menn, selv om andelen kvinner som jobber deltid har holdt seg stabil på 36-37 prosent. I samme tidsrom har andelen kvinner som har en lederstilling steget fra 32 til 37 prosent (SSB 2022c).

Til tross for en generell forbedring av inntektsnivået i befolkningen, har andelen som lever i vedvarende fattigdom økt fra 8 til 10 prosent de siste 20 årene (Helsedirektoratet 2021a). I den samme perioden har det vært en forskyvning i hvilke aldersgrupper som er fattige. Andelen barn som lever i vedvarende fattigdom er tredoblet, og det har vært en tydelig økning også blant unge voksne, mens andelen eldre som opplever dette har sunket betydelig, fra rundt en tredjedel til under 20 prosent (ibid.).

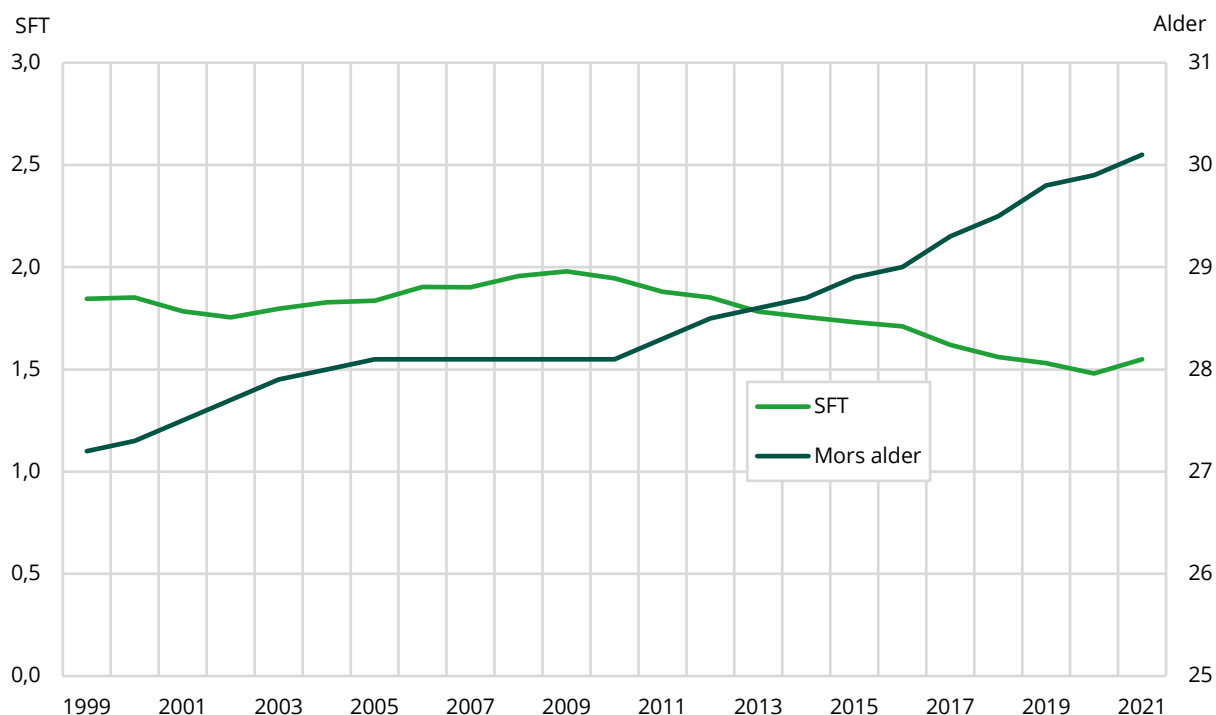
Bruk av velferdsytelser

Antallet sosialhjelpsmottakere har sunket de siste 20 årene, fra nær 140 000 i 2000 til 125 000 i dag. Totalt sett mottar nær 3 prosent av befolkningen som er 18 år og eldre slik hjelp, men kun et mindretall har dette som sin hovedinntektskilde. Gjennomsnittlig stønadstid i 2020 var 5,5 måneder, og gjennomsnittlig stønadsbeløp var nær 10 000 kroner per måned. Andelen sosialhjelpsmottakere er særlig stor blant unge, enslige (særlig menn) og enslige forsørgere (særlig kvinner). Innvandrere er også overrepresentert blant mottakerne. Innvandrerdelen var 47 prosent i 2020.

Rundt 2000 var antall uføretrygdede omtrent 280 000, og kvinner utgjorde et klart flertall av disse (57 prosent). I dag er det samlede antallet uføretrygdede 361 000, hvorav 211 000 er kvinner (58 prosent). Til sammen utgjør dette rundt 10 prosent av den kvinnelige befolkningen i alderen 18-67 år. Antallet uføretrygdede øker kraftig med økt alder. Historisk sett har det vært noe flere menn enn kvinner som mottar uføretrygd fram til de er i 30-årene. Med økende alder øker antallet kvinner og de kommer i flertall blant uføretrygdete. I 2021 var det for første gang også en overvekt av kvinner fra midten av 20-årene (Ellingsen 2022). Psykiske lidelser og muskel- og skjelettsykdommer er de vanligste årsakene til uførhet. Bildet er også dels tilsvarende for andre helserelaterte ytelser (sykepenges og arbeidsavklaringspenges). Også for disse ytelsene er det flere kvinnelige enn mannlige mottakere, og flere eldre enn yngre mottakere (Kalstø & Kann 2018). Med en framskrevet aldring av både befolkningen og arbeidsstyrken, forventes det at antallet kvinner (og menn) som mottar uføretrygd eller øvrige helserelaterte ytelser vil fortsette å stige også framover.

2.3. Familieforhold

Selv om fruktbarheten i et gitt år svinger noe, føder kvinner i Norge (og mange andre land) færre barn og er eldre enn tidligere når de får sitt første barn. Dette er illustrert i figur 2.7. Ser vi på det endelige barnetallet, som kan måles ved 45-års alder, er fruktbarheten mer stabil, men det er en tendens til flere barnløse og mindre søskenflokker. Som vist i tabell 2.1, har kvinner født i 1976 (som fylte 45 år i 2021) fått i snitt nær 2 barn. I 2000 var det tilsvarende tallet i overkant av 2 barn for 1955-kullet. Andelen barnløse kvinner har økt fra 11 til 14 prosent, mens andelen som har fått tre eller flere barn har gått ned fra 32,3 til 28,5 prosent.

Figur 2.7 Samlet fruktbarhetstall (SFT) og alder ved første fødsel, 1999-2021

Kilde: Statistisk sentralbyrå, tabell 04232 og 07872

Tabell 2.1 Antall barn blant kvinner ved alder 45 år (prosent) og totalt barnetall for utvalgte fødselskohorter

Fødselskohort	0 barn	1 barn	2 barn	3 barn	4+ barn	Totalt barnetall (kohortfruktbarhet)
1955	11,2	14,3	42,1	24,2	8,1	2,04
1960	11,9	13,8	39,4	25,6	9,2	2,10
1965	12,5	14,2	40,2	24,7	8,4	2,06
1970	13,4	14,7	41,2	23,1	7,6	2,00
1971	13,3	14,9	41,8	22,7	7,3	1,99
1972	13,4	15,0	42,1	22,2	7,4	1,98
1973	13,3	15,4	42,0	22,2	7,2	1,98
1974	13,8	15,4	41,8	22,0	7,0	1,96
1975	14,2	15,3	41,7	21,8	7,0	1,96
1976	14,4	15,3	41,8	21,2	7,3	1,95

Kilde: Statistisk sentralbyrå

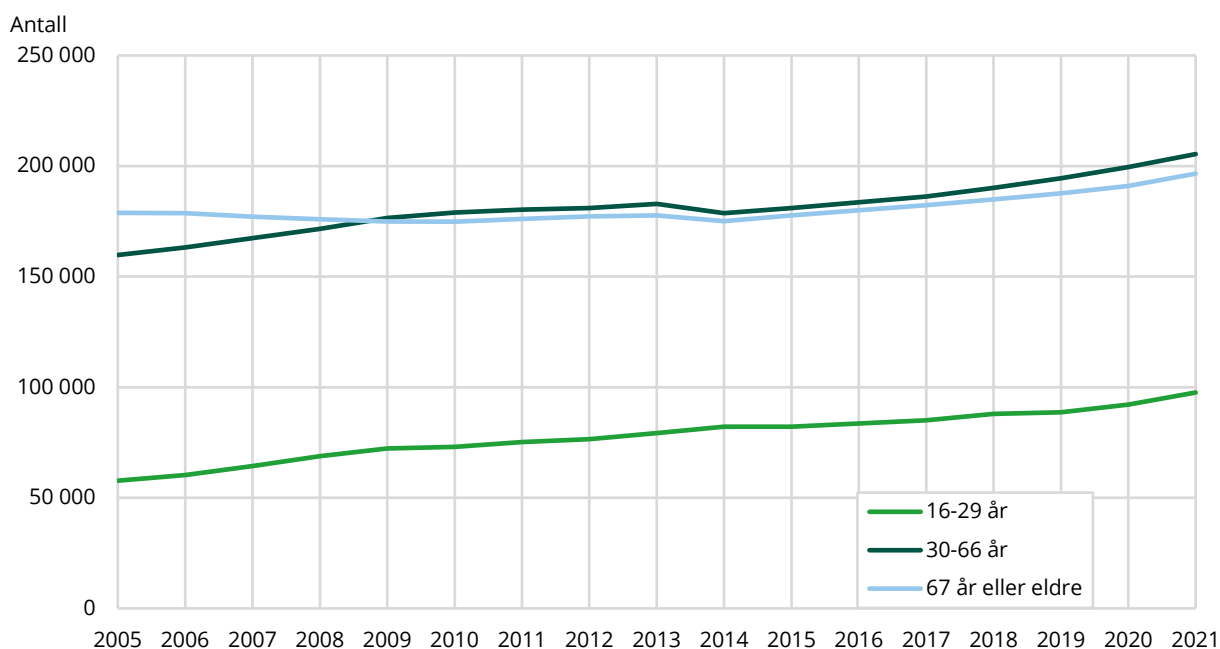
En del av endringene i fruktbarheten kan muligens tilskrives endringer i samlivsmønstre. Unge i dag venter stadig lenger med å etablere seg, og færre enn før velger ekteskap som samlivsform. Fra 2000 til 2020 har andelen av befolkningen som er gift, falt fra 47 til 41 prosent. Andelen som aldri har vært gift har samtidig økt fra 35 til 43 prosent. Samtidig har andelen som er skilt økt fra 8 til 10 prosent (Andersen 2020). Dermed stiger andelen som bor alene svakt, også blant yngre kvinner som vist i figur 2.8.

Oppsummert er det, over tid, blitt større variasjon i når kvinner etablerer seg med familie og barn. De fleste som er i alderen 25-44 år er etablert med en partner og gjerne barn. Rundt 2 av 3 kvinner i denne alderen bor med en partner i 2019 (67 prosent). Andelen som har høyere utdanning har økt kraftig. I utdanningsnivå er det jevnere mellom kvinner og menn i denne alderen enn tidligere. Likevel har andelen barn som er født utenfor ekteskap økt kraftig. Andelen utgjør nå 60 prosent av alle fødte, og nesten 70 prosent av alle førstefødte. Langt de fleste nye mødre lever imidlertid i et samboerforhold. Kun 11 prosent av barna født i 2020 ble født av enslige kvinner.

En registeranalyse viser at samboere med barn har lavere bruddrisiko sammenliknet med samboere uten barn (Goplen 2014). Barns familiesituasjon endrer seg imidlertid med barnets alder. Mens 91 prosent av ettåringene i 2020 bodde med enten gifte eller samboende foreldre, falt dette til 83 prosent av 5-åringene, 73 prosent av 10-åringene og 67 prosent av 15-åringene. På tvers av aldersgrupper bodde 77 prosent av barn (0-17 år) med begge foreldre, både i 2001 og i 2020. Blant foreldre som ikke bor sammen, har det blitt vanligere med delt omsorg mellom foreldrene (Bufdir 2022, Lyngstad et al. 2014). I tillegg har samværet med den forelder barnet *ikke* bor hos økt (ibid.). I 2020 bor mer enn 1 300 norske barn med to foreldre av samme kjønn, og dette antallet har økt noe over tid (Bufdir 2022).

Mens 20 prosent av yngre kvinner (16-29 år) bor alene, gjelder dette om lag 40 prosent av kvinner 30 år og eldre. Stadig flere av de eldste kvinnene bor imidlertid med en partner, mye fordi menn har tatt kraftig innpå kvinner når det gjelder levealder. Mens forskjellen i levealder i 2000 var rundt 5,4 år, er den i dag kun 3,1 år (SSB 2022d).

Figur 2.8 Antall aleneboende kvinner i tre aldersgrupper, 2005-2021



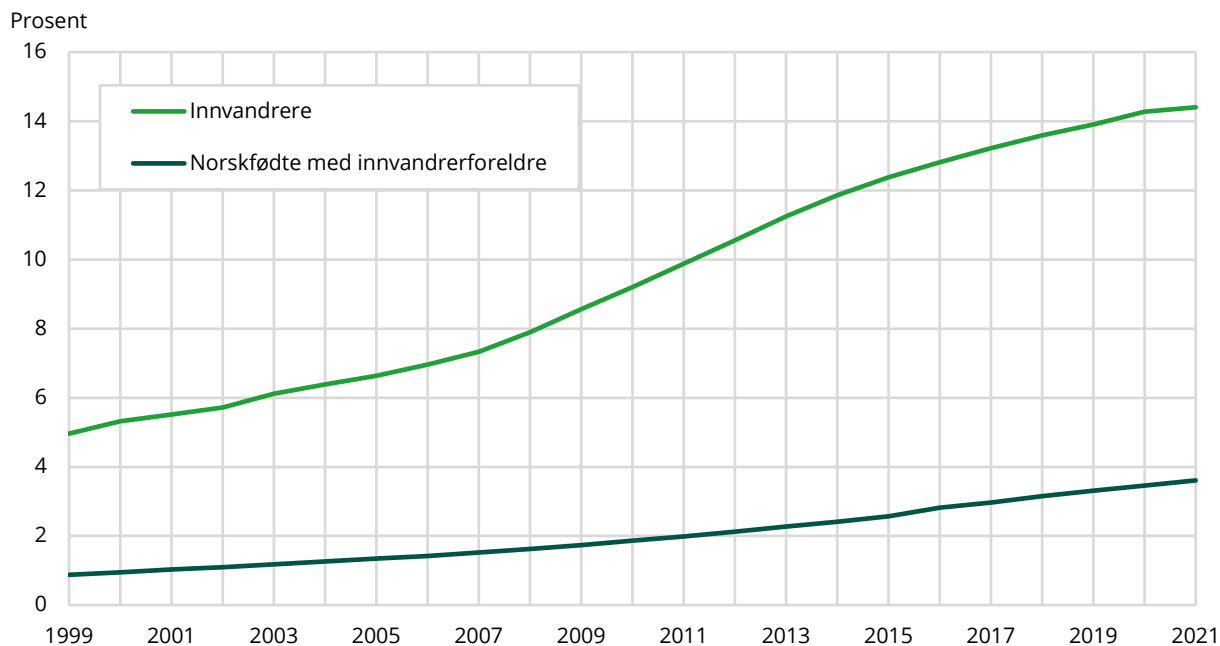
Kilde: Statistisk sentralbyrå, tabell 04232 og 07872

2.4. Kvinner med innvandrerbakgrunn

Den årlige innvandringen til Norge steg betydelig i perioden 2000-2011, fra 36 500 til 79 500, men har siden sunket noe. I pandemiåret 2020 var innvandringen spesielt lav (38 100), sammenliknet med både året forut (52 200) og året etter (53 900) (SSB 2022b). Dermed er det flere innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i dag, både målt i antall og som andel av befolkningen, enn det som var tilfellet i 2000. Totalt er det i dag 820 000 innvandrere i Norge, mens antallet norskfødte med to innvandrerforeldre er 206 000. I 2000 var de tilsvarende tallene i underkant av 240 000 og 44 000. Mens innvandrere i 2000 utgjorde 5 prosent av befolkningen, utgjorde de i 2021 om lag 15 prosent. De tilsvarende tallene for norskfødte med to innvandrerforeldre er henholdsvis 1 og 4 prosent.

Fordelingen av innvandrere etter kjønn er nokså lik, og figur 2.9 viser kvinner med innvandrerbakgrunn som andel av alle kvinner. Antallet innvandrerkvinner er mer enn tredoblet den siste 20-årsperioden, og har steget fra 120 300 til 394 600. Tilsvarende har norskfødte kvinner med to innvandrerforeldre steget fra 21 400 til rett i overkant av 100 000, som tilsvarer en nær femdobling.

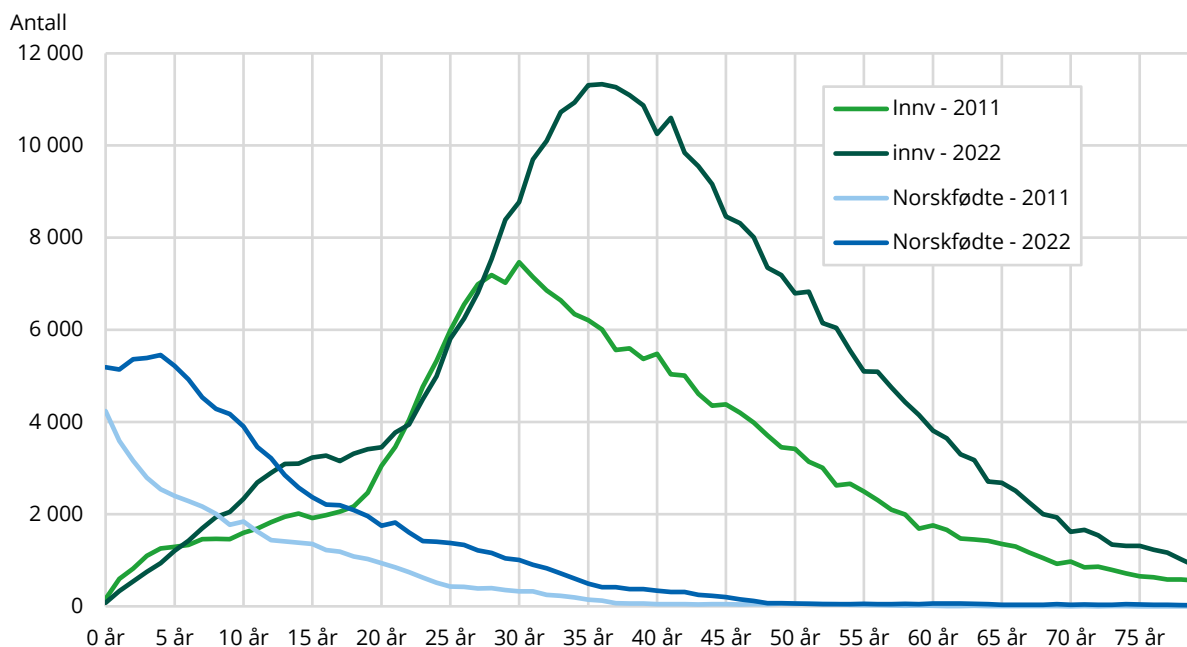
Figur 2.9 Innvandrerkvinner og norskfødte kvinner med to innvandrerforeldre som andel av alle kvinner. Prosent



Kilde: Statistisk sentralbyrå, tabell 05182.

Figur 2.10 viser antallet kvinner med innvandrerbakgrunn etter alder, og viser at det har blitt flere eldre innvandrerkvinner i Norge de siste ti årene. Gruppen av norskfødte jenter og kvinner med to innvandrerforeldre er fortsatt er en relativt ung gruppe.

Figur 2.10 Antall innvandrerkvinner og norskfødte kvinner med to innvandrerforeldre etter alder, 2011 og 2022



Kilde: Statistisk sentralbyrå, tabell 13055.

For noen aldersgrupper i 30-årene er nær en tredjedel av befolkningen innvandrere, og den vanligste alderen blant innvandrerne i Norge i dag er 35 år. For befolkningen totalt er den 51 år. Innvandring bidrar dermed til å bremse aldringen av den norske befolkningen. Det er flest som innvandrer i 25-29 års alder, og økningen i aldersgruppene over 30 år skyldes både at innvandrere som allerede er i Norge, har blitt eldre, samt at det har innvandret nye personer i disse aldersgruppene.

Innvandrerne i Norge kommer fra mer enn 220 ulike land. Innvandrere fra Polen utgjør fortsatt den klart største gruppen på over 100 000 personer (13 prosent (SSB 2022b)). Derneft følger innvandrere fra Litauen (over 40 000) og Sverige (36 000). Den fjerde største gruppen er innvandrere fra Syria (34 000), og deretter følger innvandrere fra Somalia (28 000). Kvinneandelen i disse innvandrergruppene har endret seg over tid. Fra 2000 til 2022 sank kvinneandelen fra Polen (fra 66 til 37 prosent), Litauen (fra 82 til 42 prosent), Sverige (fra 56 til 49 prosent) og Syria (fra 43 til 41 prosent), mens det har vært en svak økning i kvinneandelen fra Somalia (fra 44 til 47 prosent). Ser vi på antallet innvandrerkvinner i Norge, er det klart flest fra Polen. Derneft følger kvinner fra Thailand og Filippinene (begge med rundt 20 000), hvor kvinneandelen utgjør henholdsvis 84 og 78 prosent. Et annet stort avsenderland med et klart flertall av kvinner er Russland (70 prosent).

Hvor man kommer fra, henger dels sammen med *hvorfor* man har kommet til Norge. For begge kjønn samlet er arbeid den vanligste innvandringsgrunnen for innvandrere fra Europa, mens familie, etterfulgt av flukt, er de vanligste innvandringsgrunnene for personer fra land utenfor Europa (SSB 2022b). Ser vi på innvandrerkvinner spesielt, har det vært stabilitet over tid i årsaker til innvandring. Rundt halvparten av innvandring fra land utenfor Norden blant kvinner skyldes familiegjenforening, etterfulgt av arbeid (rundt 20 prosent), flukt (rundt 15 prosent), og utdanning (rundt 13 prosent). Dersom vi sammenlikner menn og kvinner, utgjør kvinner nær 70 prosent av all familieinnvandring, 60 prosent av utdanningsinnvandring, 40 prosent av innvandring på grunn av flukt og 25 prosent av arbeidsinnvandringen. Det er altså slik at menn primært innvandrer for arbeid, mens kvinners innvandring i hovedsak skyldes familie.

2.5. Sosiodemografiske kjennetegn og helse i et livsløpsperspektiv

De siste 20 årene har kvinner i Norge opplevd endrete rammebetingelser, og mange av disse endringene har implikasjoner for helse, sykdom og behovet for helse- og omsorgstjenester. Konsekvensene er ulike avhengig av hvilke sosiodemografiske kjennetegn kvinnene har, samt hvor sterk sammenhengen er. Det avhenger også av hvor i livsløpet jenter og kvinner befinner seg. De sosiodemografiske forholdene virker dels sammen, og kan forsterke hverandre i enten positiv eller negativ retning. For eksempel er et høyere utdanningsnivå assosiert med høyere sysselsetting og bedre betalte stillinger. Det er også assosiert med det å ha en partner og det å tilhøre majoritetsbefolkningen. Lavere utdanning, på den andre siden, er assosiert med en lavere sysselsettingsgrad, lavere inntekt, singelliv og bruk av velferdsytelser, samt å tilhøre minoritetsbefolkningen. Dette er, som nevnt innledningsvis, sammenhenger som framtrer på gruppenivå, og det er store individuelle forskjeller.

Hva er et livsløps- eller et livsfaseperspektiv? Det er flere innfallsvinkler til forståelse av alder og aldring. Den biologiske alderen er ikke alltid et godt mål på hvilken livsfase den enkelte befinner seg i, selv om det for mange vil være en stor grad av overlapp. Ofte er sosial alder mer betegnende for hvilken livsfase man befinner seg i. Det er overganger og rolleendringer som preger den sosiale aldringsprosessen. Betydningsfulle hendelser kan være å gifte seg, få barn, fullføre en utdanning, gå ut i yrkeslivet eller å bli pensjonist. Peter Laslett (1991), en britisk historiker og sosiolog, omtaler disse overgangene som livsfaser eller 'stages of the life course'. I stedet for å tenke at livet består av tre faser; barndom, voksenliv og alderdom, argumenterte han for en firedeling av livsløpet, hvor alderdommen er delt inn i en aktiv og 'frisk' fase, en tredje alder, som viser til en gruppe eldre som er friske og aktive og som ser for seg en alderdom der de kan bruke tid på seg selv, etter et avsluttet yrkesliv og etter at eventuelle barn har flyttet ut. Denne fasen etterfølges av en fase mot slutten av livet (en fjerde alder) hvor eldre lever mindre selvstendige liv i dårligere helse med økt hjelpebehov.

De ulike livsfasene preges av ulike helseutfordringer. En grunnleggende antakelse er at et individs helse på et gitt tidspunkt (stadium i livsløpet) er påvirket av et samspill mellom ressurser, seleksjon, egne valg, handlinger og tilpasninger tidligere i livsløpet (NOU 1999). I det videre ser vi på

sammenhengen mellom sosiodemografiske kjennetegn og helse på gruppenivå i ulike perioder av livet. Det er ingen tvil om at det er sosiale forskjeller i helse etter utdannings- og inntektsnivået i befolkningen. Det er også forskjeller i helsetjenestebruk. Slik var det for 20 år siden og slik er det i dag. I tillegg har studier vist at ulike sosioøkonomiske grupper ikke alltid blir behandlet likt i helsevesenet. Det blir sagt at tjenestene skal utjevne forskjeller og ikke forsterke dem – se ramme for eksempler. Spørsmålet er hvorfor disse forskjellene oppstår.

Eksempler på sosiale ulikheter i behandling og behandlingsutfall

Studier har vist at *kreftpasienter* med høy utdanning og inntekt gjennomgående har bedre overlevelse for de vanligste kreftformene, sammenliknet med pasienter med lavere utdanning og inntekt (Kravdal 2014, Skyrud et al. 2016). Årsakene til dette er ikke kjent, men det er funnet at grupper med lav sosioøkonomisk status i mindre grad enn grupper med høy status får intensiv behandling, slik som kirurgi (Nilssen et al. 2016), samt at de med lav utdanning sjeldnere henvises til mer spesialisert behandling (Fiva et al. 2014, Rostoft et al. 2022). Les mer om kreft i et livsløpsperspektiv i vedlegg A.

Det er også vist at det er bedre behandling og bedre helseutfall blant *hjerterpasienter* med høy utdanning sammenliknet med hjerterpasienter med lavere utdanning (Sulo et al. 2020, Sulo et al. 2016). Det er også funnet tilsvarende behandlingsforskjeller for døende pasienter (Elstad 2018). Det er ikke opplagt om disse forskjellene i behandling skyldes samsykelighet eller andre forhold som det er vanskelig å ta hensyn til i analyser.

I avsnittene nedenfor gir vi noen eksempler for å vise enkelte sammenhenger mellom sosiodemografiske forhold og helse i ulike livsfaser, før dette utdypes i større grad i etterfølgende kapitler.

Barndom og ungdomsår

Ulike undersøkelser viser at det er sosiale forskjeller i helseatferd, sykkelighet og dødelighet blant barn og unge. Sykdom i ung alder kan gi helsemessige utfordringer som samles opp over livsløpet, og slik kan helseforskjeller som oppstår i barndommen prege en også senere i livet (Evensen et al. 2021). Ifølge Folkehelse rapporten er det vist at foreldre med kortere utdanning oftere opplever høyere spedbarnsdødelighet, lavere fødselsvekt og høyere risiko for tidlig fødsel (FHI 2022a). Barn og ungdom som vokser opp i familier med høy sosioøkonomisk status har det bedre med seg selv, er mer fornøyde med foreldrene sine, med skolen de går på og med lokalmiljøet de bor i enn ungdommer fra lavere sosiale lag (ibid.). De er også i større grad med i organiserte fritidsaktiviteter, de trener mer, spiser sunnere og har færre helseplager enn ungdommer fra lavere sosiale lag. Barn i lavinntektsfamilier eller i familier med lav utdanning synes altså å være mest utsatt (FHI 2022a). Studier har vist at omfanget av subjektive helseplager er størst blant dem som har minst ressurser i oppveksten (Sletten & Bakken 2016). Blant annet er psykiske lidelser 3-4 ganger mer utbredt hos barn med foreldre med lav inntekt (Kinge et al. 2021), og forskjellene vedvarer over livsløpet og gjenfinnes også når disse barna blir voksne (Evensen et al. 2021).

Å oppleve at foreldrene går fra hverandre, har blitt knyttet til negative helseutfall blant enkelte barn både på kort og lang sikt. Nær 1 av 4 barn og unge opplever at foreldrene flytter fra hverandre i oppveksten. Det kan være mange grunner til forskjeller i helse og helseatferd som oppstår. For det første fører samlivsbrudd ofte til mindre samvær med en av foreldrene. Konflikt mellom foreldrene før og/eller etter bruddet kan dessuten være belastende for barnet. At foreldrene nå må ha hver sin husholdning kan også medføre dårligere økonomi. Det kan også være at foreldre som går fra hverandre, oftere har psykiske helseplager og en mindre helsefremmende atferd, og at dette påvirker barna direkte. Det er blant annet observert høyere forekomst av angst og depresjon og bruk av tobakk, alkohol og ulovlige rusmidler blant tenåringer etter foreldres samlivsbrudd (Størksen et al. 2005). Også studier som har sett på utfall inn i ung voksen alder har funnet at de

som har opplevd foreldrenes samlivsbrudd, har dårligere psykisk helse og helseatferd, som høyere forekomst av røyking og høyere alkoholforbruk (Auersperg et al. 2019).

Ungdomstiden har gradvis endret seg i takt med samfunnsutviklingen. Blant annet handler det om at overgangen til voksenlivet er blitt lengre. En annen endring er knyttet til familielivet. Det handler om tettere relasjoner mellom foreldre og ungdom (Bakken et al. 2021). Flere forskere de siste årene hevder at dagens ungdom vokser opp 'langsommere' enn før. Mens de fleste ungdommer tidligere etablerte seg ganske raskt i jobb, med partner og barn etter tenårene, kan perioden fra slutten av tenårene og utover i 20-årene nå forstås som en egen livsfase preget av utforskning uten klare forventninger til ansvar (ibid.). Eksempelvis er prevensjonsbruken utstrakt i dag, og tenåringsgraviditeter forekommer stadig sjeldnere.

Teknologisk utvikling og digitalisering er en stadig mer integrert del av hverdagslivet for alle, men særlig blant unge. De digitale verktøyene har både gitt muligheter og utfordringer, og endret ungdoms atferd. NOVAs ungdomsundersøkelser (Bakken 2019) viser at det har vært en dreining fra å være 'ute' med venner til å tilbringe mer tid hjemme. I hverdagssamtaler og i mediene har 'generasjon prestasjon' etter hvert blitt historien om hvordan det er å være ung i dag (Madsen 2018). I det store bildet er dagens unge i større grad skikkelige, lovlidige og mer skoletilpasset enn tidligere ungdomsgenerasjoner. Det gjelder særlig jentene (Hegna et al. 2013). Til tross for dette er det mange jenter som føler seg 'utilstrekkelige', som 'stresser seg syke' og som utvikler psykosomatiske plager.

Etableringsfasen og voksenlivet

Med etableringsfasen refererer vi til overgangen mellom utdanning og arbeid, samt familiedanning. Med noen få unntak er helseproblemer vanligere blant kvinner med lav utdanning enn blant de med høy utdanning. Det er flere kvinner i dag med høy utdanning, og dette kan slå positivt ut for helsetilstanden til kvinner og deres barn i denne fasen. Kvinner med høy utdanning deltar også i arbeidslivet i større grad, og har en bedre inntekt, og også på dette området har utviklingen vært positiv, selv om bruken av helserelaterte trygdeytelser er nokså høy blant kvinner i denne fasen. En del av sykefraværet er knyttet til svangerskap og barsel (se for øvrig kapittel 5.2 om sykefravær i ulike livsfaser).

Kvinner er som nevnt eldre nå enn før når de får barn, og andelen barn som fødes etter assistert befruktning har økt fra rundt 2 til 6 prosent siden 2000 (FHI 2022b). Fødselshelsen og omsorgen for fødende kvinner i Norge er generelt sett god. Nær 70 prosent hos førstegangsfødende og over 90 prosent av alle fødsler hos flergangsfødende forløper uten inngrep eller komplikasjoner (ibid.), samtidig som den norske spedbarnsdødeligheten er svært lav (ibid.). Overvekt og fedme, og også svangerskapsdiabetes, er mer ustrakt nå enn før (Helsedirektoratet 2017). Forekomsten av fødselsdepresjon har vært nokså stabil, men er på hele 10 prosent (FHI 2022b).

Når det gjelder familieforhold og helse, viser studier at kvinner som har barn og lever i et parforhold generelt har bedre helse enn single og barnløse kvinner. Om man finner en partner, blir samboer og om man etter hvert gifter seg, har sammenheng med både helse og helseatferd. For eksempel har det blitt funnet at de som er overvektige og de med høyt alkoholforbruk har mindre sannsynlighet for å bli gift (Fu & Goldman 1996). Andre studier viser at de som er gift, har konsekvent lavere dødelighet enn de som ikke er gift, og forskjellen har økt de siste årene (Kravdal et al. 2018, Kravdal et al. 2022). Dette kan henge sammen med at det er positive effekter på helse og helseatferd av å ha en partner, for eksempel gjennom mer 'sosial kontroll'. De som er gift, har også oftere bedre råd enn de som bor alene (Kinge et al. 2019), noe som i seg selv kan ha positive helseeffekter. De positive helsegevinstene av å være gift eller samboer kan skyldes at partnere yter sosial støtte og hjelp, for eksempel ved å være en pådriver for å søke medisinsk hjelp, finne beste behandlingstilbud og følge behandlingsopplegg ved sykdom, som vist ved for eksempel kreftsykdom (Syse & Lyngstad 2017).

Det kan imidlertid også være at de med dårligere helse og helseatferd i større grad ikke blir gift eller opplever skilsmisse (e.g. Blekesaune 2003). For eksempel er både røyking og et høyt alkoholforbruk forbundet med økt skilsmisserisiko (Torvik et al., 2015, Torvik et al. 2013). Samtidig kan stresset forbundet med å oppleve et samlivsbrudd føre til negative endringer i helse målt ved for eksempel økt bruk av antidepressiva og økt helsetjenestebruk (Reneflot et al. 2020), iallfall på kort sikt. At antallet (og andelen) aleneboende kvinner øker, kan oppsummert ha negative implikasjoner for kvinnehelsen og er noe det blir viktig å følge med på videre.

Samtidig er forskningen mer delt når det gjelder betydningen av kvinners helse for det å få barn; mens mindre plager (målt ved sykefravær) er positivt assosiert med foreldreskap, er større plager (målt ved langvarige helserelevante ytelser) negativt assosiert med foreldreskap (Syse et al. 2022a). Flere familiepoltiske reformer har gitt endrede rammebetingelser for foreldres tilpasninger. Lovfestet rett til barnehageplass, samt en romslig foreldrepermisjon for både mor og far i forbindelse med fødsel, har gjort det enklere for mødre å være yrkesaktive, også på fulltid (Kitterød & Halrynjo 2019). I 1996 var 45 prosent av barn i alderen 0-6 år i barnehage. I dag er barnehagedekningen langt bedre. I 2020 hadde 93 prosent av barn 1-5 år barnehageplass.

Når det gjelder arbeidsdeltakelse og helse, viser SSBs leveårsundersøkelser om helse at kvinner i heltidsarbeid har overveiende svært god helse. Samtidig deltar kvinner med høy utdanning i arbeidslivet i større grad enn kvinner med lav utdanning, og de har dermed bedre inntekt. Andelen 45-64 år med høyere utdanning er langt høyere i dag sammenliknet med samme aldersgruppe i 2005. Nå har 41 prosent av kvinnene mellom 45-64 år høyere utdanning, og 49 prosent av dem er i heltidsarbeid. I 2005 hadde 28 prosent en tilknytning til arbeidslivet. At flere har høyere utdanning blir også reflektert i husholdningsinntekten som har økt i samme periode. I 2019 bodde 44 prosent av kvinnene i denne aldersgruppen i en husholdning med brutto inntekter over 500 000 i året, mens kun 7 prosent bodde i lavinntektshusholdninger (under 250 000 i året).

Å være i arbeid er i hovedsak helsefremmende, og kan gi tilknytning, struktur, mening og økonomisk trygghet. Samtidig vil betydningen for helse selvfølgelig avhenge av arbeidsmiljø og graden av belastninger i ulike yrker. Arbeidsmiljøundersøkelsen (SSB 2019) viser at 46 prosent av kvinner som er i jobb arbeider stående eller gjentar de samme oppgavene i stor utstrekning (42 prosent), og 26 prosent må forholde seg til sterke følelser hos kunder og klienter. Hverdagen for mange kvinner er bedret sammenliknet med tidligere med flere hjelpemidler i hjemmet og på jobben. Hjelpemidler har trolig ført til mindre fysisk tungt arbeid over tid, men mange kvinner forteller likevel om stort arbeidspress. Høy belastning på jobben og arbeidspress, kanskje kombinert med familie og barn, fører til at noen kvinner faller helt ut av arbeidslivet. Imidlertid er det også en sterk seleksjon av 'friskere' kvinner inn i arbeidslivet ('the healthy worker effect'). Ikke alle forskjellene i kvinners helse i og utenfor arbeidslivet skyldes at arbeid i seg selv kan være helsefremmende (Helse- og omsorgsdepartementet 2015).

De vanligste helseproblemene blant kvinner i etableringsfasen med konsekvenser for blant annet arbeidsdeltakelse inkluderer muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser. Dette er nærmere omtalt i kapittel 3. Til sammen utgjør disse to sykdomsgruppene mer enn halvparten av alt arbeidsrelatert fravær i denne gruppen (Syse et al. 2022a). De vanligste psykiske lidelsene blant voksne er angstlidelse og depresjon, som henholdsvis 15 og 10 prosent vil oppleve i løpet av et år (FHI 2018). Slike problemer kan være kortvarige (ofte relatert til rus eller kraftig stress) eller vedvarende, med negative konsekvenser for utdanning, jobb og sosiale relasjoner. Tall fra NAV viser at stadig flere kvinner mottar uføretrygd, som er en langvarig ytelse, og dette er nærmere omtalt i kapittel 5.

Eldre studier viser at *type* yrke har stor betydning for kvinners helsetilstand (Texmon & Borgan 2016). Kvinner med lav utdanning jobber ofte i service- og omsorgsykker. Typiske kvinneyrker er

frisør, lærer og sykepleier. Dette er yrker med høy belastning, både fysisk og menneskelig sett. Det finnes imidlertid lite oppdatert kunnskap om sammenhengen mellom yrke og helse, særlig blant kvinner, og på dette området er det behov for flere studier og oppdaterte tall.

Tidsbruksundersøkelsene viser at kvinners timer med husarbeid har gått ned, og menns bidrag i hjemmet har økt noe over tid. Imidlertid bruker mødre om lag én time mer enn fedre på hus- og omsorgsarbeid i dag, og i overkant av én time mindre per dag til yrkesaktivitet (Kitterød & Rønsen 2016). Imidlertid viser forskning at kvinner i større grad tar ansvaret for og belastes med familiens 'tredje skift'. Det handler om planlegging og det administrative arbeidet i hjemmet på kveldstid (Smeby 2017). De tar ansvar for at jobb og familie lar seg kombinere. Noen forskere beskriver kvinners merbelastning og tidsklemme ved hjelp av begreper som intensiverte eller grenseløse normer for foreldreskap, og viser til at dagens krav til tilstedeværelse med barna er større enn før, og belaster mødre i større grad enn fedre (Hauge 2010). Hvordan påvirker dette dobbeltarbeidet kvinners helse? Flere studier viser til en konfliktfylt balansegang mellom arbeid og barneomsorg som gir belastninger, stress, utbrenthet og depresjon (Alstveit et al. 2011). Man kan tenke seg at kvinner som jobber i svært belastende yrker og som har barn kanskje har en trippel belastning?

Det er diskusjoner rundt hvorvidt innvandreres helse er bedre eller dårligere enn helsen i den øvrige befolkningen. Kort oppsummert er helsen bedre og dødeligheten i gjennomsnitt lavere kort tid etter ankomst til Norge, men med økt botid i Norge reduseres helsen og dødeligheten øker. Også forekomsten av ulike helseproblemer og bruken av helsetjenester (og arbeidsrelaterte helseytelser) er noe forskjellig blant innvandrere og øvrig befolkning. Slike forskjeller er omtalt i mer detalj i kapitlet om innvandrerhelse i Folkehelse rapporten (FHI 2022c). Forskjellene er også omtalt i denne rapporten, se for eksempel kapittel 3 og 4. At antallet innvandrerkvinner har økt betydelig fra 2000 fram til i dag, samt at antallet er forventet å øke også framover, vil dermed ha implikasjoner for den framtidige utviklingen i helse og helsetjenestebruk for både innvandrerkvinner og kvinner i Norge generelt.

De godt voksne og aller eldste

Økt levetid i eldre aldre er et ubetinget gode såframt kvaliteten på den ekstra levetiden er god. Med økende alder øker imidlertid risikoen for kroniske sykdommer, nedsatt syn og hørsel, samt generelt nedsatt funksjonsevne og skrøpeligheit. Det finnes imidlertid ingen typisk 'eldre kvinne'. Noen er aktive og funksjonsfriske langt oppe i 90-årene, mens andre blir skrøpelige allerede i 60-årene.

De positive helseeffektene som er nevnt i forbindelse med etableringsfasen med hensyn til familie- og arbeidsforhold, enten de skyldes et reelt årsaksforhold og/eller seleksjon, vedvarer også utover i livet og gjelder således også 'de godt voksne' og i stor grad også de aller eldste.

Forutsetningene for en aktiv alderdom ser altså ut til å bli stadig bedre. 65 prosent av kvinner 65-74 år lever i parforhold. Langt de fleste kvinner har da gått av med alderspensjon. Men 12 prosent har fremdeles en eller annen arbeidstilknytning. Med hensyn til utdanning er det flest med videregående utdanning (50 prosent), mens 27 prosent har høyere utdanning. Parallelt med økt utdanningsnivå i den eldre befolkningen er også forestillinger om, og forventninger til pensjonisttilværelsen, eller 'den tredje alder', i endring (Laslett 1991). Dette er en fase der mange slutter i jobben, og ansvaret for barn reduseres. Med mindre ansvar for barn kan den enkelte bruke ressurser til å mobilisere for et fysisk og psykisk aktivt liv for seg selv. Ifølge Laslett (ibid.) finner den tydeligste sosiale aldersforandringen sted ved overgang fra arbeid til pensjonering fra arbeidslivet. Han kaller denne fasen for 'the crown of life'. Det er dersom helsen fremdeles er god. Dette er en fase som har blitt lengre både som følge av økt levealder, men også (for enkelte) ved tidligere avgang fra arbeidslivet. Eldre innvandrere har, i snitt, en lavere avgangsalder fra arbeidslivet enn det som er gjennomsnittet for den øvrige befolkningen, og dette gjelder innvandrerkvinner spesielt. Det kan bety at den sosiale delen av aldringsprosessen vil starte noe tidligere blant dem.

Studier tyder på at de godt voksne (65-79 år) i gjennomsnitt har bedre funksjon (kognitivt og fysisk) og bedre helse enn tidligere. Det kan altså se ut som økningen i levealder følges av flere funksjonsfriske år. For eksempel har kvinnerens gjensvående levetid uten hjelpebehov etter 70 år økt med rundt fire år fra 1995 til 2017, mens tiden med hjelpebehov har gått litt ned (Storeng et al. 2021). Også andre nyere norske studier tyder på en bedring i funksjonsnivå og iboende kapasitet hos eldre. Gripestyrke, hørsel, kognisjon og selvhjulpenhet er bedre i dag sammenliknet med tidligere (Engdahl et al. 2021, Johnsen et al. 2021, Storeng et al. 2021, Strand et al. 2019). Hukommelsen var faktisk like god for 70-åringene i 2015 som for 60-åringene i 2001 (Johnsen et al. 2021), noe forskerne dels tilskriver et høyere utdanningsnivå og en sunnere livsstil i de nyeste kohortene av eldre. Tydelig forbedret kognisjon i nyere kohorter av eldre er også nylig rapportert fra Sverige og Finland (Munukka et al. 2021, Thorvaldsson et al. 2017). Samtidig er bruken av helsetjenester stabil, og relativt mange rapporterer om flere samtidige kroniske sykdommer og helseproblemer (Storeng et al. 2020).

Det er lite kunnskap om sosioøkonomiske forskjeller i helse blant eldre i Norge, men studier tyder på at de sosiale forskjellene fortsetter inn i alderdommen (Kinge et al. 2015, Moe et al. 2012). Tall fra Norgeshelsa statistikkbank (FHI 2022d) viser at blant 65-åringe kvinner og menn er forventet levealder om lag 3-4 år lengre for de som har høy utdanning enn de som har lav utdanning. En nordisk studie viser at forskjellene i Norge har økt fra 2001 til 2015 og at de er større enn i de øvrige nordiske landene (Enroth et al. 2022). For kvinner i Norge økte gjensvående levetid ved alder 65 år med 1,2 år, og her kunne mer av økningen (30 prosent) tilskrives at flere fikk høy utdanning, mens resten av økningen (70 prosent) skyldtes redusert dødelighet innad i utdanningsgruppene. Noe av forklaringen kan være at eldre kvinner i Norge med lav utdanning utgjør en mindre andel enn i de andre landene, og dermed er mer marginalisert. Også grupper av eldre med god økonomi har høyere forventet levealder enn de med dårlig økonomi (ibid.). Høyere sosioøkonomisk status ser blant annet ut til å være knyttet til det å ha sosiale nettverk.

I Norge ser man større sosial ulikhet i helsetjenestebruk blant de over 45 år, sammenliknet med de yngre. For grupper med mindre god helse øker helsetjenestebruken med inntekten. Tidligere undersøkelser viser imidlertid lite ulikhet i bruk av helsetjenester som allmennlegetjenester og sykehusinnleggelse, men at det er mer bruk av privatpraktiserende spesialister, tannleger og offentlige spesialistpoliklinikker i grupper med høy sosioøkonomisk status (Helsedirektoratet 2009, Lunde et al. 2017, Lunde & Ramm 2021). Analyser av data fra SSBs levekårsundersøkelse viser imidlertid at det var liten forskjell etter inntekt i bruk av ulike tjenester i grupper med god helse, mens det var en klar sosial gradient³ i tjenestebruk for grupper med mindre god helse, særlig blant eldre (Lunde et al. 2017). Forskjellene var ikke like tydelige blant yngre. Bruk av pleie- og omsorgstjenester er imidlertid mer vanlig blant personer med lav utdanning, lav inntekt og som er uten familie enn blant de med motsatte kjennetegn (Syse et al. 2022b). Også internasjonale studier viser at eldre med lav sosioøkonomisk status i snitt har flere sykdommer og helseplager enn eldre med høy sosioøkonomisk status. I WHO-rapporten *Decade of Healthy Ageing* (WHO 2021) blir det framhevet at det også er denne gruppen som har minst ressurser til å ta hånd om sin egen helse. En nordisk studie viser at de sosiale forskjellene blant eldre i Norge har økt fra 2001 til 2015, og at forskjellene er større enn i de øvrige nordiske landene (Enroth et al. 2022).

Som nevnt har gjensvående levetid for kvinner ved 65 års alder økt, og nesten 30 prosent av økningen skyldes at flere har høy utdanning, mens resten av økningen skyldes redusert dødelighet innad i utdanningsgruppene (Enroth et al. 2022). Det har vært en økning i utdanningsnivået blant kvinner 75 år og eldre de siste 20 årene, og i 2019 hadde 17 prosent av kvinner 75 år og eldre

³ Med sosial gradient menes det at det er en klar og visuell sammenheng mellom fenomenet som studeres, for eksempel helsen og sosioøkonomiske kjennetegn ved populasjonen, for eksempel utdanningsnivå (Marmot 2005).

høyere utdanning. Dette henger dels sammen med at kvinner med lavt utdanningsnivå har høyere dødelighet. Dermed utgjør eldre kvinner med lav utdanning en mindre andel av de som blir 'gamle'. De fleste kvinner 75 år og eldre bor i en husholdning med brutto årsinntekt i sjiktet mellom 250 000 og 500 000 (69 prosent), mens 24 prosent bor i en husholdning med lav inntekt (< 250 000 i året). Kun 7 prosent har en brutto husholdningsinntekt i året på over 500 000. Dette henger dels sammen med familieforhold. Om lag 60 prosent av kvinner 75 år og eldre bor uten en partner i 2019. Fordi menn nå lever lenger, vil kvinner i parforhold beholde sine partnere lengre. Det har vært en nær doubling av eldste eldre kvinner som bor med en partner, fra 20 prosent i 2010 til 40 prosent i 2019. Andelen skilte kvinner i denne aldersgruppen har derimot økt fra 5 prosent til 14 prosent. I 2000 hadde 8 prosent av kvinnene i denne aldersgruppen aldri vært gift, men i 2020 har denne andelen falt til 5 prosent.

Grupper av eldre med god økonomi har høyere forventet levealder enn eldre med dårlig økonomi. Bedret helse og økt levealder legger til rette for mer egenaktivitet og økt egentid. Denne livsfasen har for stadig flere friske eldre blitt en tid for å realisere ønsker og drømmer, og er i ulike sammenhenger omtalt som 'livets dessert'. Bildet av den vellykkede eldre er langt på vei blitt en person som er vital og handlekraftig. Disse nye forestillingene om vellykket aldring har imidlertid en bakside; spriket mellom ambisjoner og fysisk og kognitiv kapasitet kan skape grobunn for psykiske problemer.

Utfordringer i denne aldersgruppen og i det Laslett (1991) omtaler som 'den tredje alderen' kan i noen grad knyttes til livsstil og relasjoner. Det gjelder samlivsbrudd og barns løsrivelse. Mange kvinner har store omsorgsoppgaver. Det kan være omsorg for gamle foreldre eller syk partner og/eller voksne barn. Dette omtales i ulike sammenhenger som 'the sandwich generation' eller de som er 'caught in the middle'. Denne fasen inntreffer gjerne i 50-60 års alderen, men for enkelte først i 70-årene. Betegnelsen kommer av at de gjerne er presset mellom eldre foreldre som trenger oppfølging og omsorg for barn. Økt levealder og senere barnefødsler har bidratt til denne skivisen. I dag ser vi at barn bor hjemme lengre, og at de kanskje kommer tilbake etter noen år, såkalte 'boomerang kids'. Enkelte kvinner i denne generasjonen utsetter pensjoneringen for å kunne gi økonomisk støtte til aldrende foreldre og til voksne barn. I tillegg vil en del også ha omsorg for barnebarn. Dette medfører at en del kvinner som tilhører denne generasjonen er utsatt for et stort økonomisk og følelsesmessig stress.

Det er særlig blant de aller eldste (80 år og eldre) at helseproblemer og funksjonstap er framtrepende, og det er ofte i denne perioden at behovet for helse- og omsorgstjenester øker. Fordi de aller eldste i mindre grad enn de godt voksne deltar i spørreundersøkelser og studier, er imidlertid kunnskapsgrunnet langt svakere for denne gruppen. Kroppens funksjonsevne gir en god pekepinn på robusthet, særlig blant de eldste. I en stor dansk studie fulgte man 92- og 93-åringer over en 8-års periode, og blant kvinner som klarte å reise seg fra en stol uten å bruke hendene som støtte, ble hele 22 prosent 100 år (Thinggaard et al. 2016). For de som ikke klarte dette nådde kun 2 prosent 100-års alder. Resultater fra Tromsøundersøkelsen viser en markant bedring i hukommelse og prosesseringshastighet i nyere generasjoner av også de aller eldste (Johnsen et al. 2021). Dette kan tyde på at risikoen for å få demens for hver enkelt går ned, men antallet med demens har økt og vil fortsette å øke fordi det blir så mange flere av de aller eldste og forekomsten av demens øker når man passerer 80 år (18 prosent i alderen 80-84 år og 33 prosent i alderen 85-89 år) og omfatter nær halvparten etter 90 år (48 prosent) (FHI 2021a).

Legemiddelbruken blant eldre er høy, og mange bruker flere legemidler, og dette gjelder særlig blant de aller eldste. Likevel er mange eldre tilfredse med livet, men blant de aller eldste øker forekomsten av depressive symptomer og ensomhet. Den sosiale ulikheten i dødelighet ser man også for de aller eldste (Enroth et al. 2022).

Mange av sykdommene og funksjons- og sansefunksjonene i eldre år kan ofte kontrolleres med medisinsk behandling og tilrettelegging slik at mange eldre kan leve aktive liv med god livskvalitet. Livskvaliteten holder seg altså nokså stabil på gruppenivå til langt inn i alderdommen. Men i høy alder, fra 75-80 års alderen, synker livskvaliteten, og det er særlig forekomsten av depressive plager og ensomhet som øker (Hansen & Slagsvold 2012). Mange opplever også redusert mestring og sosial støtte (Støren & Rønning 2021). Undersøkelser viser at livskvaliteten er lavest blant de med dårlig helse, dårlig økonomi og lite sosial kontakt (Helsedirektoratet 2016).

Blant de aller eldste er både partnere og voksne barn viktige støttespillere. Uformell omsorg i eldre år, for eksempel, mottas oftest av en partner, og dernest av voksne barn (Jacobs et al. 2013). Å ha en partner og/eller barn er samtidig nært assosiert med sosiodemografiske kjennetegn, samtidig som det å ha et nettverk rundt seg kan virke direkte inn på helse og helsetjenestebruk, for eksempel for bruken av hjelpetjenester i hjemmet og for hvorvidt man flytter til en omsorgsbolig (Førland & Folkestad 2016, Syse et al. 2022b). Oppsummert er bruken av pleie- og omsorgstjenester mer vanlig blant personer med lav utdanning, lav inntekt og blant dem som er uten familie enn blant dem med motsatte kjennetegn (Syse & Tønnesen 2022). Blant eldre innvandrere er omsorgstjenestebruken lavere enn i øvrig befolkning (Dzamarija 2022), men hvorvidt dette skyldes bedre helse eller om det reflekterer en underbruk, er ikke opplagt (Syse & Tønnesen 2022). Både helse og bruk av helsetjenester varierer etter de fleste sosiodemografiske kjennetegn, noe som beskrives i mer detalj i etterfølgende kapitler i denne rapporten.

3. Kvinnerns helse

Dette kapitlet tar for seg risikofaktorer for helseplager og sykdomsbyrde hos kvinner. Kapitlet tar primært utgangspunkt i SSBs tall på området, men lener seg også på [Folkehelseinstituttets folkehelse rapport](#) hvor enkeltsykdommer og helseplager er mer utførlig beskrevet.

3.1. Helseatferd

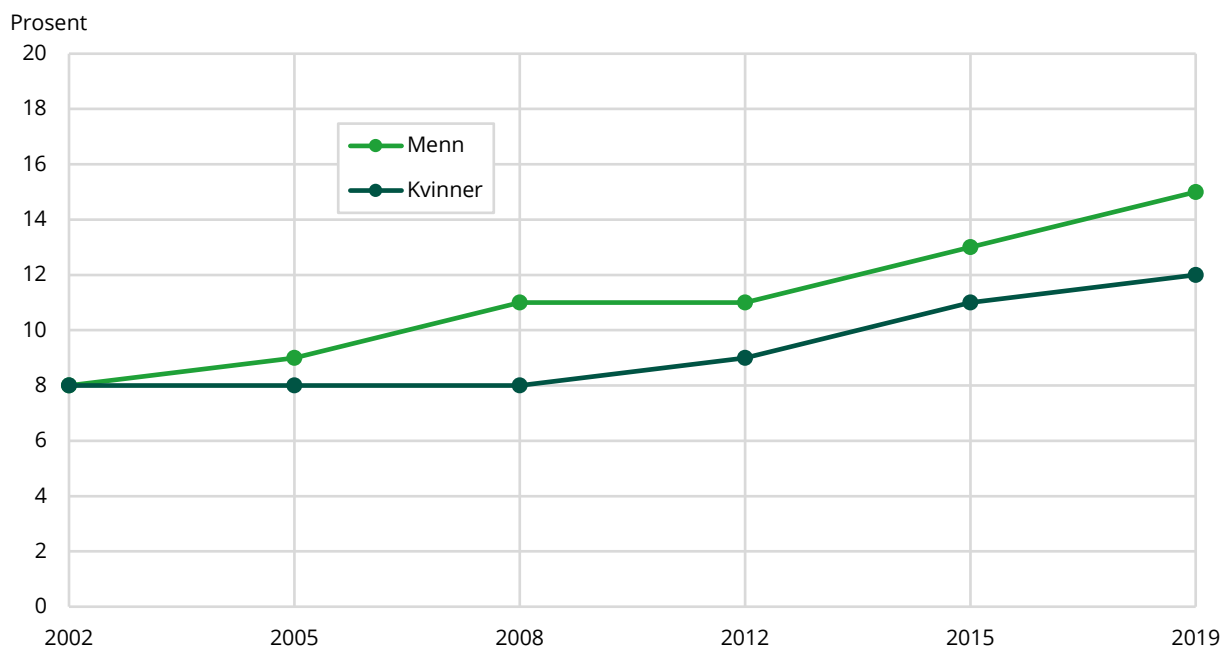
Gode helsevaner virker forbyggende mot mange sykdommer, og kanskje særlig mange av de livsstilsrelaterte sykdommene som hjertesykdommer og hjerneslag, diabetes type-2, kreft, benskjørhet og brudd, samt demens og depresjon. På gruppenivå kan noe av årsaken til ulike sykdommer knyttes til usunt kosthold, fysisk inaktivitet, tobakksbruk og/eller høyt alkoholforbruk. Sosioøkonomiske forskjeller i helserelatert atferd gir seg utslag i tilsvarende forskjeller helse, sykkelighet og dødelighet.

Studier viser at rusmiddelbruk, kosthold og fysisk aktivitet ofte følger utdannings- og inntektsnivået i befolkningen. De som har lengre utdanning og høyere inntekt har gunstigere levevaner helsemessig sett enn de som har kortere utdanning og lavere inntekt. Jo lengre utdanning, desto sunnere vaner (Knapstad et al. 2022). Men ikke all helserelatert atferd følger det samme mønsteret. Det er for eksempel høyest andeler i høyere utdanningsgrupper som sitter i ro ti timer eller mer i løpet av en hverdag (på jobb, på skole eller på fritiden) (SSB 2020). Dette henger mest sannsynlig sammen med at flere med høy utdanning har kontorarbeid. Alkoholbruk øker også med høyere utdannings- og inntektsnivå, og er høyest blant dem med høyest sosioøkonomisk status (ibid.). Fordi forbruket av alkohol totalt sett er lavere i disse gruppene, er alkoholrelatert sykkelighet og alkoholproblemer likevel vanligere i grupper med lavere sosioøkonomisk status (Degerud et al. 2018).

Vekt og inaktivitet

Fedme øker risiko for mange helseproblemer. Per i dag er fedme mest utbredt blant menn, men er økende også blant kvinner. Figur 3.1 viser hvordan andelen med fedme har økt blant kvinner over tid, fra 8 prosent i 2002 til 12 prosent i 2019 (SSB 2020).

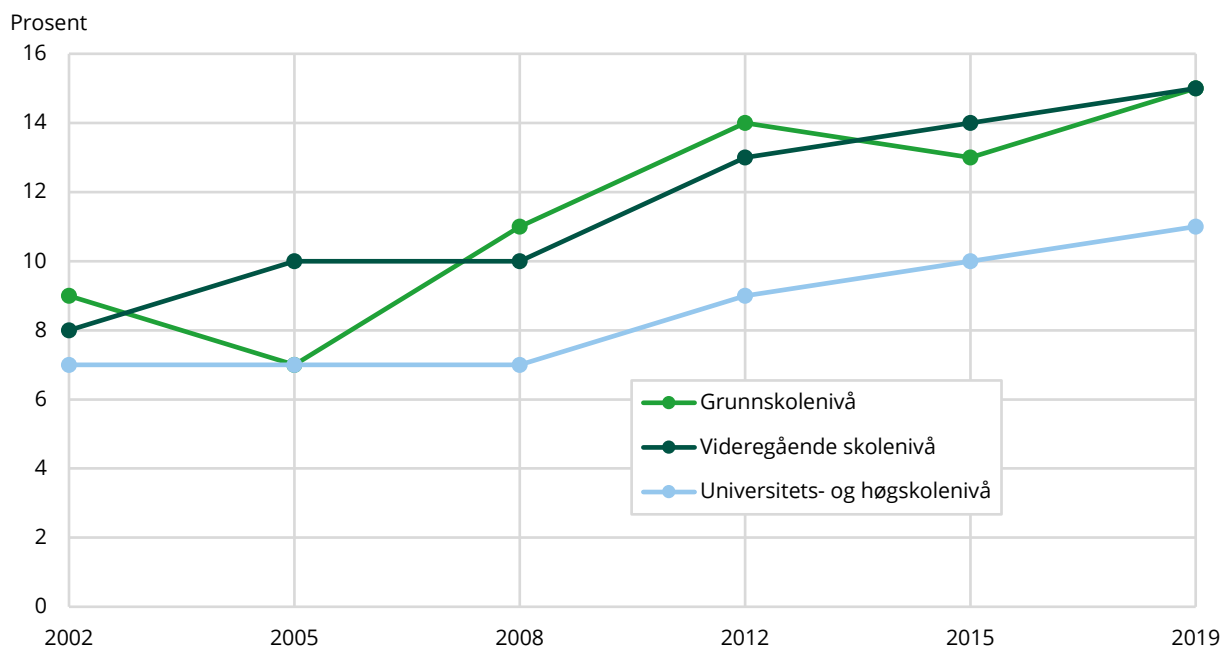
Figur 3.1 Andel med fedme i utvalgte år. Menn og kvinner 16 år og eldre. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå, tabell 06181

Det har vært en økning i fedme i alle utdanningsgrupper over tid, men mest i lavere utdanningsgrupper. Fedme er minst utbredt blant kvinner med høyere utdanning (11 prosent), figur 3.2.

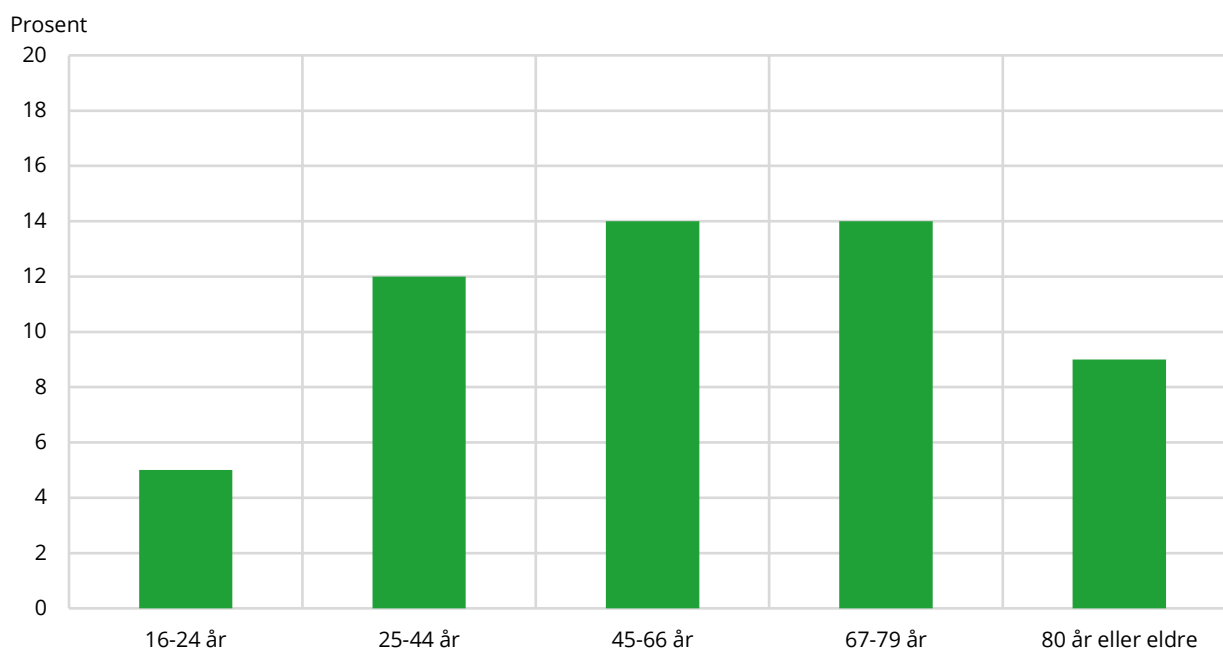
Figur 3.2 Andel kvinner 16 år og over med fedme (BMI ≥ 30) etter utdanningsnivå, 2002-2019. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå, tabell 08250

Om lag 15 prosent av unge kvinner (16-24 år) er overvektige (BMI ≥27). Av disse har 5 prosent fedme (BMI ≥ 30) i 2019, figur 3.3. Tidlig på 2000-tallet var det kun 1 prosent av unge jenter som hadde fedme jf. selvrapporterte opplysninger på høyde og vekt i levekårsundersøkelsen om helse (SSB 2020).

Figur 3.3 Fedme (BMI ≥ 30) i ulike aldersgrupper. 2019. Kvinner. 2019. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå, tabell 06181

Det er særlig voksne kvinner som har fedme, 14 prosent av kvinner mellom 45 og 79 år hadde fedme i 2019. Siden 2002 er andelen kvinner mellom 25-44 år med fedme nesten doblet. Fedme er

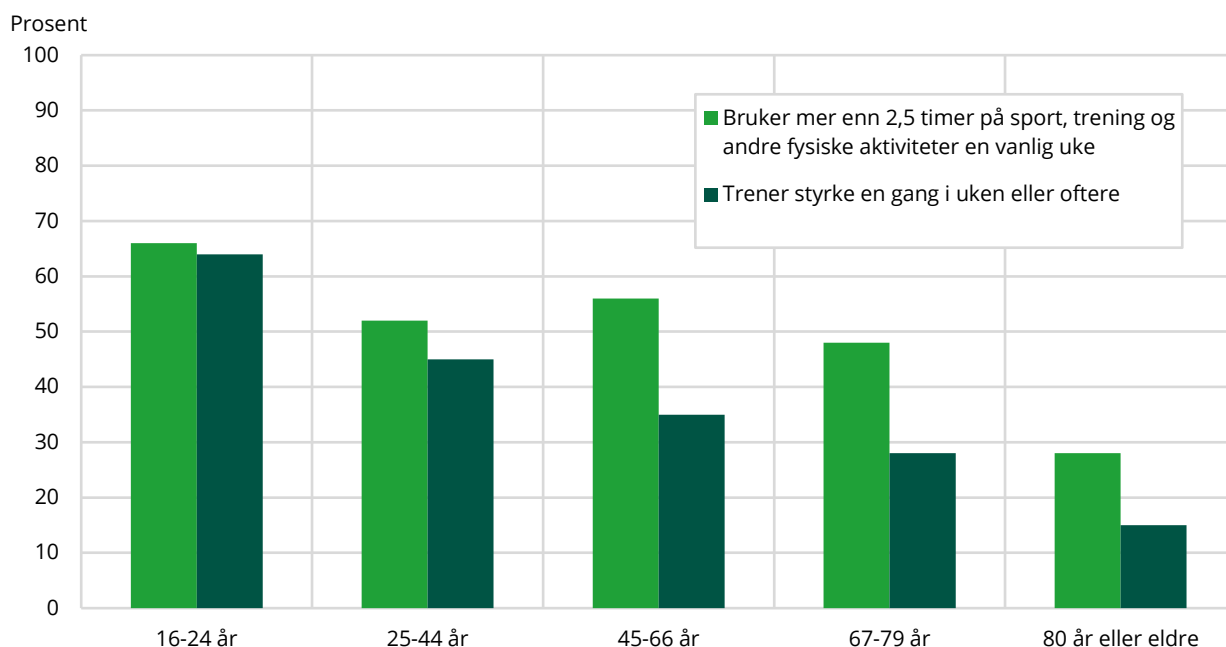
mer utbredt blant kvinner som bor alene. Det samme mønsteret finner vi for inaktivitet. På spørsmål i levekårsundersøkelsen om helse om hvor ofte man mosjonerer sier flere med lav utdanning at de aldri mosjonerer (SSB 2020). Tre ganger så høye andeler blant kvinner med grunnskole som kvinner med høyere utdanning (7 prosent) sier at de ikke mosjonerer regelmessig. Uføretrygdete har særlig høye verdier for fedme (22 prosent) og inaktivitet (19 prosent).

Om lag 13 prosent av innvandrerkvinner har fedme (Vrålstad & Wiggen 2017). Blant innvandrere er andelen som aldri mosjonerer, betydelig lavere i 2016 enn ti år tidligere, henholdsvis 20 og 33 prosent. (ibid.). Men en høyere andel kvinner med innvandrerbakgrunn er inaktive sammenliknet med øvrige kvinner.

Fedme (BMI ≥ 30) har en negativ innvirkning på sykkelighet og dødelighet blant eldre. 9 prosent av kvinner 80 år og eldre hadde fedme i 2019. Undervekt er også utbredt blant de eldste. Ifølge levekårsundersøkelsen om helse var 6 prosent av kvinnene 80 år og eldre undervektige i 2015 og 4 prosent i 2019. Her er det snakk om selvrapportert vekt og høyde. Se for øvrig artikkel av Arne Jensen, SSB (2007) om BMI (Body Mass Index) for måling av overvekt.

Hele 1 av 3 kvinner 80 år og eldre mosjonerer aldri. Nå er 'mosjon' et litt ullent begrep og mest sannsynlig vil ulike aldersgrupper oppfatte og tolke begrepet forskjellig i en intervjuundersøkelse. Figur 3.4 viser et annet mål på fysisk aktivitet. Der ser vi på andel som bruker 2,5 timer på sport, trening og andre fysiske aktiviteter og andel som trener styrke. Figuren viser at aktiviteten reduseres med økende alder. Det er mange av de eldste kvinnene som ikke trener, 72 prosent. Tidsbruk i denne aldersgruppen er mer preget av passive aktiviteter. Det som øker mest med alderen er tiden man ser på TV, leser og slapper av. Samtidig øker tiden til nattesøvn og personlige behov generelt, ifølge tidsbruksundersøkelsen (SSB 2012).

Figur 3.4 Andel som bruker mer enn 2,5 timer på sport, trening og andre fysiske aktiviteter en vanlig uke og andel som trener styrke en gang i uken eller oftere. 2019. Prosent



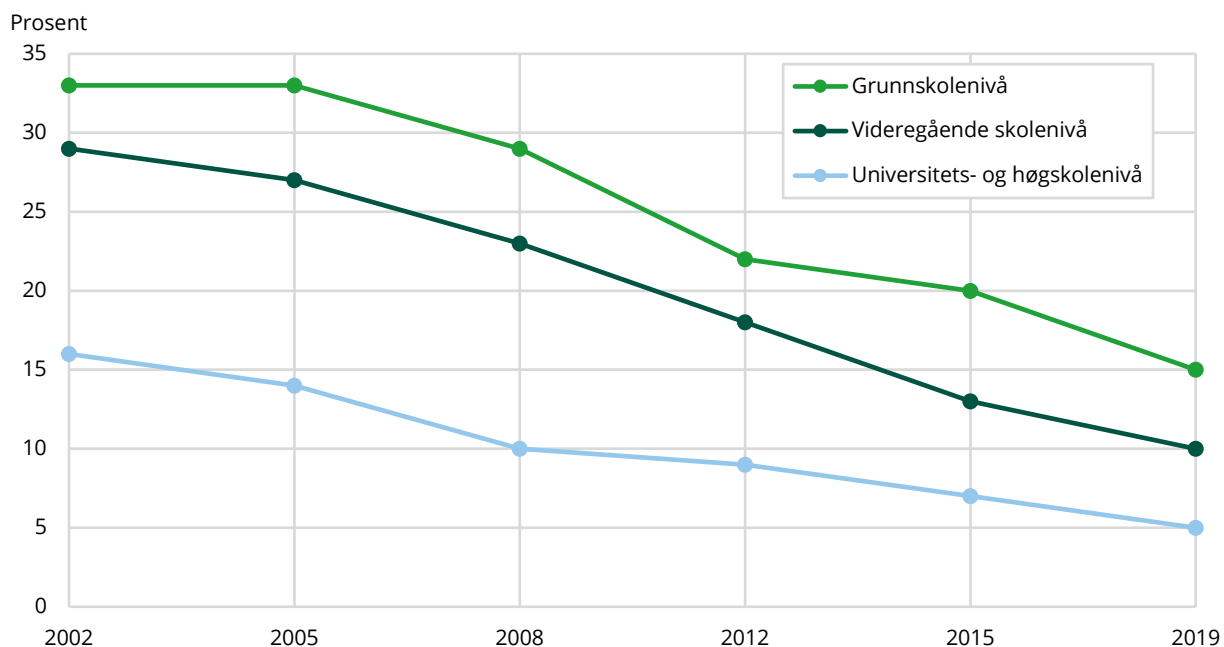
Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå

Dagligrøyking og alkoholbruk

Dagligrøyking er vist som en svært viktig faktor for utvikling av livsstilsrelaterte sykdommer. Tall fra røykevaneundersøkelsene som gjennomføres av SSB, viser at 7 prosent av menn og 10 prosent av kvinner i alderen 25-74 år var dagligrøykere i 2021 (SSB 2022e). Blant ungdom og i de yngste

aldersgruppene av voksne er det imidlertid svært få som røyker daglig. I dag røyker kun 2 prosent av unge kvinner daglig, mens 9 prosent av kvinner (25-44 år) røyker daglig. Parallelt med nedgangen i andelen kvinner som røyker har imidlertid bruk av snus blitt langt vanligere blant unge kvinner (ibid.). Dagligrøyking er også redusert for innvandrerkvinner, en nedgang på 20 prosentpoeng siden forrige undersøkelse blant innvandrere i 2005/2006 (Vrålstad & Wiggen 2017).

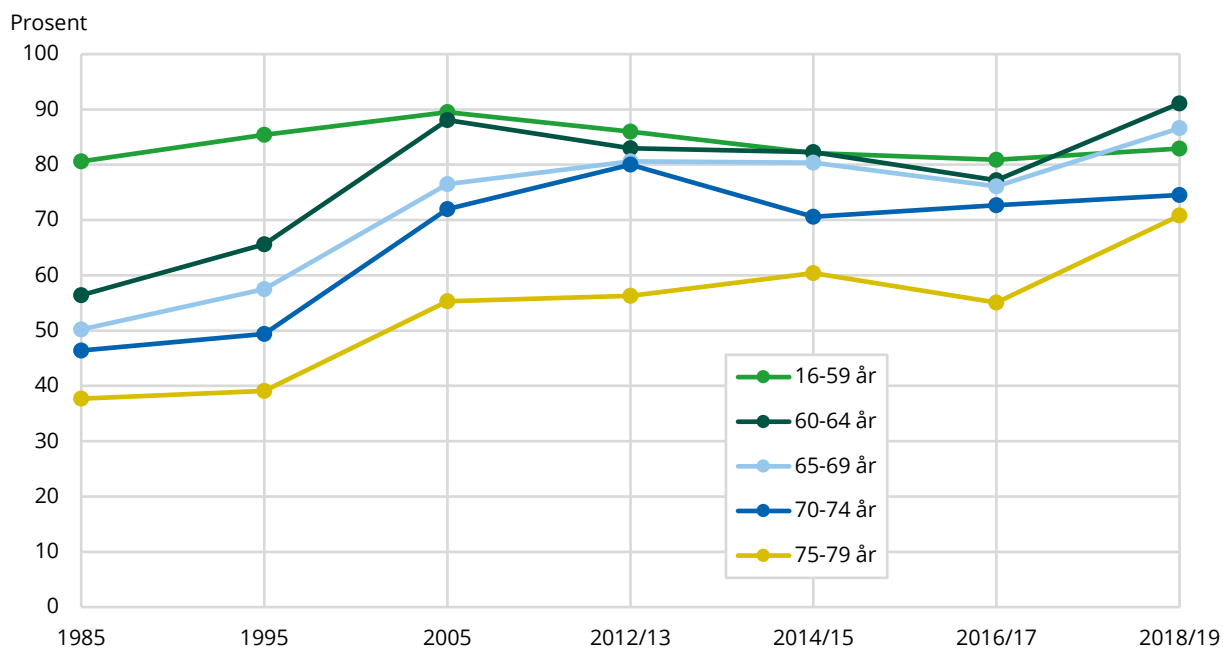
Figur 3.5 Andel kvinner 16 år og eldre som røyker daglig i ulike utdanningsgrupper, 2019. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå, tabell 07743

Det er markante forskjeller i røykeatferd etter utdanning. Figur 3.5 viser at andelen dagligrøykere har vært høyest blant dem med minst utdanning og lavest blant de med mest utdanning gjennom hele perioden. Både blant kvinner og menn startet nedgangen først blant grupper med høy utdanning. En tre ganger så høy andel kvinner med grunnskoleutdanning røyker daglig, sammenliknet med 5 prosent av kvinner med høyere utdanning i 2019. Det er noe høyere andeler som røyker blant kvinner som bor alene. Kvinner i 50 og 60 årene henger etter når det gjelder røykeslutt. Det er flest voksne kvinner mellom 45 og 66 år som røyker daglig, 15 prosent. Det er enslige kvinner og kvinner i lavere utdanningsgrupper som i størst grad røyker daglig og er inaktive i denne alderen.

På den annen side er det kvinner med høy utdanning som drikker alkohol ofte sammenliknet med øvrige utdanningsgrupper. Voksne kvinner drikker alkohol oftere, men i mindre mengder enn yngre kvinner. Mens 16 prosent av kvinner med grunnskole drikker alkohol en gang i uken eller oftere, er andelen for kvinner med høyere utdanning 41 prosent ifølge levekårsundersøkelsen om helse (SSB 2020). Om lag 76 prosent av kvinner svarte ja på spørsmål om de har drukket alkohol i løpet av de siste 12 månedene. Andelen som har drukket alkohol blant innvandrerkvinnene, er under halvparten av andelen blant kvinnene i hele befolkningen, 35 prosent (Vrålstad & Wiggen 2017).

Figur 3.6 Andel kvinner som drikker alkohol i løpet av et år i ulike aldersgrupper, utvalgte år. Prosent

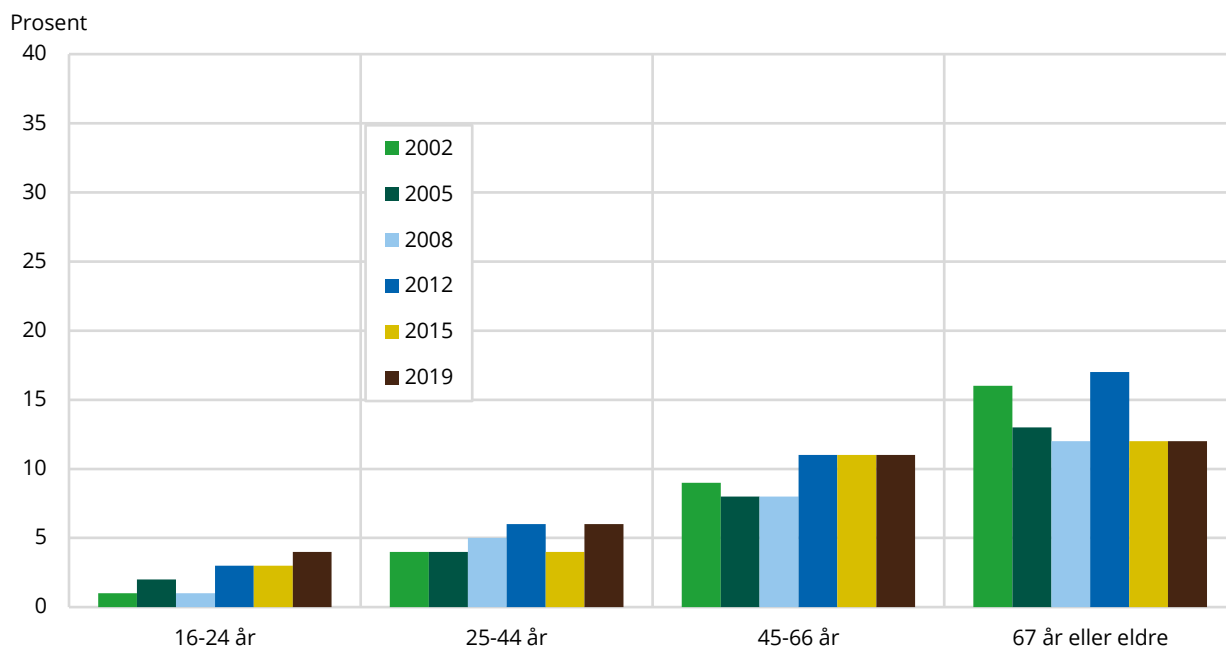
Kilde: Bye & Moan 2021, Folkehelseinstituttet/Statistisk sentralbyrå

Det har vært en vesentlig økning i alkoholbruk over tid blant kvinner, som vist i figur 3.6. Størst økning har det vært blant eldre kvinner (Bye & Moan 2020). Eldre har imidlertid et noe annerledes drikkemønster enn yngre. Den gjennomsnittlige drikkerefrekvensen er høyere blant eldre, mens gjennomsnittlig frekvens for høykonsumepisoder (inntak av 6 enheter eller mer ved én anledning) synker med økende alder (FHI 2022e).

3.2. Endring i helse og dødelighet

I utredningen om *Kvinnerens helse i Norge* fra 1999 (NOU 1999) skriver Kari Skrede, SSB at 'Befolkningens helsetilstand preges av en del motstridende utviklingstrekk eller helseparadokser'. Dette paradokset er fremdeles gjeldende i dag. Utviklingen i levealder blant kvinner er positiv, samtidig som sykkeligheten i kvinnebefolkningen generelt synes å øke, med unntak av de eldre kvinnene.

Nesten 8 av 10 i alderen 16 år og eldre sa i Levekårsundersøkelsen om helse i 2019 at de hadde god helse, 78 prosent kvinner og 81 prosent menn (SSB 2020). Forventninger til egen helse varierer imidlertid med alder og kjønn. Med økende alder justeres krav og forventninger til egen helse og kapasitet, men samtidig øker forekomsten av helseproblemer. Det har generelt sett vært liten endring i den egenvurderte helsen i kvinnebefolkningen fra 2002 og fram til i dag (ibid.). Andelen med dårlig helse ser imidlertid ut til å ha økt noe for kvinner, men ikke for menn. Andelen med dårlig helse øker mest blant yngre kvinner, mens andelen med dårlig helse er redusert over tid for eldre kvinner.

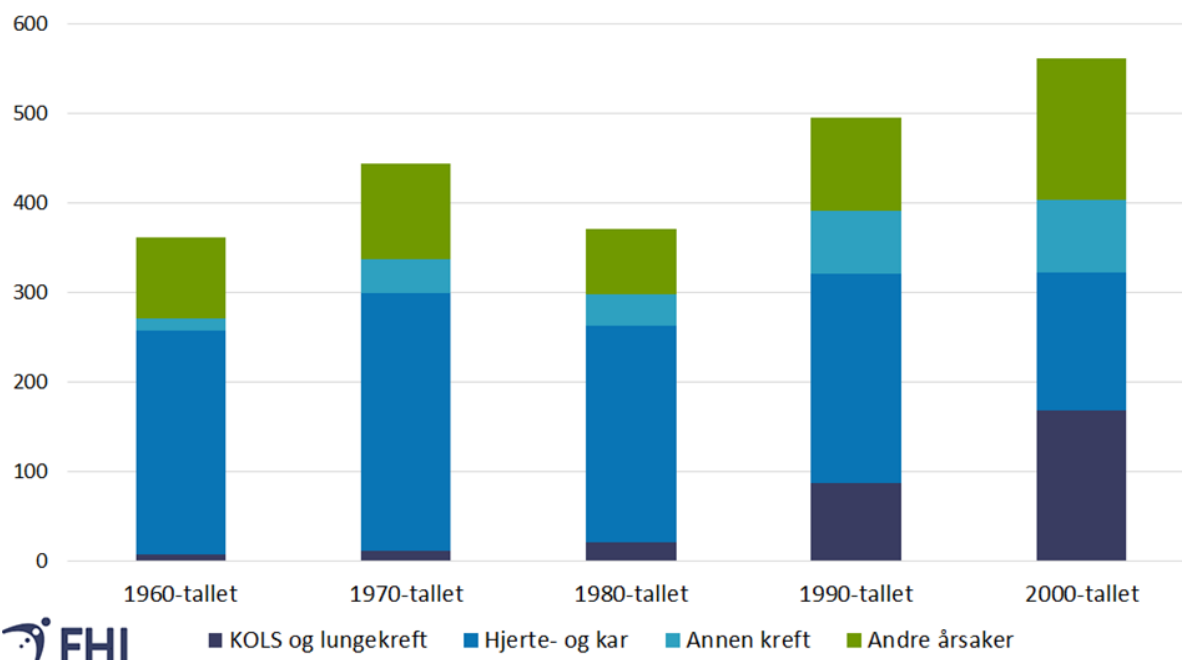
Figur 3.7 Andel kvinner med dårlig egenvurdert helse. Aldersgrupper, 2019. Prosent

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå, tabell 11190

Levekårsundersøkelsen blant innvandrere (Vrålstad & Wiggen 2017) viser at kvinner med innvandrerbakgrunn som bor i Norge har dårligere egenvurdert helse sammenliknet med kvinner uten innvandrerbakgrunn. Det er imidlertid store forskjeller mellom grupper av innvandrere etter opprinnelsesland, innvandringsgrunn og botid i Norge (ibid.). Vurderingen av helsen blir mindre positiv med økende alder, og denne tendensen er sterkere blant innvandrerne enn i befolkningen. Det er mye som tyder på at helsen i gjennomsnitt er bedre og dødeligheten lavere kort tid etter ankomst til Norge, men at økt botid er knyttet til redusert helse og høyere dødelighet. Innvandrere går fra å være 'healthy' til å bli 'exhausted' med økende botid i Norge (Aambø 2020).

Stadig færre dør av kreft og hjerte- og karsykdommer

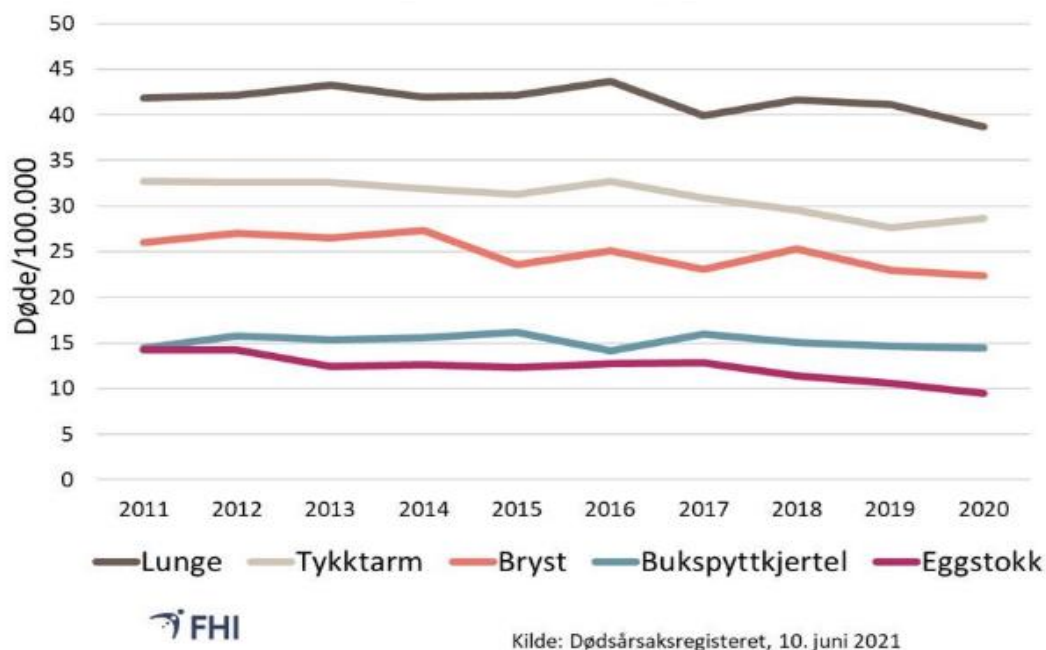
Dødeligheten gått ned over tid både blant kvinner og menn. Imidlertid er det store sosiale forskjeller i risiko for død. Blant kvinner var forskjellen i dødelighet mellom utdanningsgrupper totalt sett størst på 2000-tallet. Figur 3.8 viser forskjeller i aldersjusterte dødsrater blant kvinner etter utdanning. Høyden på søylene viser de absolutte utdanningsforskjellene i kvinners totaldødelighet.

Figur 3.8 Forskjell i antall dødsfall blant kvinner med høy og lav utdanning per 100 000 kvinner 45-74 år

Kilde: Strand et al. 2014

Forskjellene i dødelighet etter utdanning er redusert noe fra 2001 til 2009 for menn, mens forskjellene økte for kvinner. Rundt 2000 døde langt flere kvinner før 75 års alder av hjerteinfarkt i grupper med lav utdanning sammenliknet med grupper med høy utdanning. Dødsfall av lungesykdommer som lungebetennelse og kroniske sykdommer i nedre luftveier (KOLS) har økt over tid. Den har senere flatet ut, og gått markert ned (med forbehold om de siste årene grunnet pandemi). Dødeligheten av lungelidelser i aldersgruppene under 60 år har imidlertid vært økende for kvinner det siste tiåret. Denne dødsårsaken er nå like vanlig blant kvinner som blant menn. Dødsfall av demens har steget jevnt de siste ti årene. I 2020 var aldersstandardisert dødelighetsrate for demens for første gang høyere enn for lungesykdommer (FHI 2022f).

Samlet sett forklarer hjerte- og karsykdommer om lag halvparten av forskjellene mellom utdanningsgruppene i tidlig død de siste tiårene. Lungekreft og KOLS er også en viktig årsak til økningen i dødelighetsforskjellene mellom grupper med høy og lav inntekt fra 2005 til 2015 (Kinge et al. 2019). I 2020 var kreft den hyppigste dødsårsaken blant kvinner, mens hjerte- og karsykdommer var mest utbredt 20 år tidligere (FHI 2022f). Figur 3.9 viser dødelighet av de vanligste kreftformene over tid blant kvinner. Se for øvrig vedleggsartikkel A om kreft i et livsløpsperspektiv.

Figur 3.9 Dødsfall av kreft blant kvinner etter type og over tid. Antall døde per 100 000 kvinner

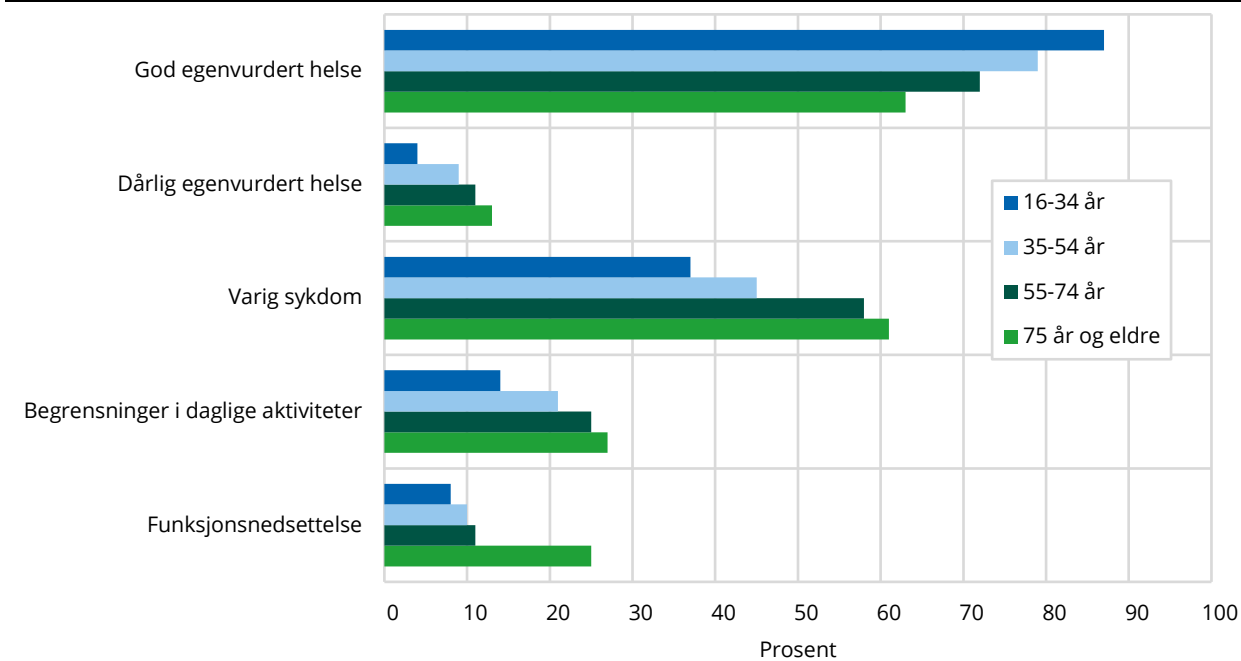
Kilde: Strand et al. 2014

At stadig færre dør av kreft og hjerte- og karsykdommer, tyder på en gunstig effekt av endringer i livsstil, forebygging og behandling. Siden røyking og fedme er viktige risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer og kreft, får sosiale forskjeller i røykevaner og kosthold stor betydning også for forekomsten av disse sykdommene etter sosioøkonomiske status.

3.3. Helse i ulike livsfaser

I det videre ser vi nærmere på sykkelighet i ulike aldersgrupper i kronologisk rekkefølge. I kapittel 7 settes dette i sammenheng med funn i øvrige kapitler før vi vurderer implikasjoner for kvinner generelt og kvinnehelse spesielt i ulike livsfaser.

Figur 3.10 er en visuell framstilling av hvordan den generelle helsen endrer seg gjennom et livsløp. Figuren viser at den selvrapporterte helsen er klart best blant unge, og at den deretter faller med økende alder. Det motsatte mønsteret ser vi for opplevelsen av dårlig helse, varig sykdom, begrensninger i daglige aktiviteter og funksjonsnedsettelse.

Figur 3.10 Helse blant kvinner 16 år og eldre i ulike aldersgrupper. 2019. Prosent

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå, tabell 11190

Mens 87 prosent av unge 16-34 år har god helse, faller denne andelen til 63 prosent for kvinner 75 år og eldre. Likeledes er andelen med dårlig helse kun 4 prosent blant unge, mens andelen blant eldre er 13 prosent. Av kvinner som har varig sykdom er andelen markert høyere for kvinner fra 55 år og oppover. Når det gjelder begrensning i daglige aktiviteter på grunn av helseproblemer ser dette ut til å slå ut i tidligere aldre, sammenliknet med funksjonsnedsettelse. Allerede ved 35-54 års alder sier 21 prosent av kvinner at de opplever begrensninger i daglige aktiviteter på grunn av helseproblemer. Funksjonsnedsettelse er mest utbredt blant eldre. Det er en stor forskjell etter 75 års alder der 1 av 4 eldre kvinner har en funksjonsnedsettelse, figur 3.10.

Helse blant barn og unge

I dag er det kun et fåtall av barn som dør, og dødeligheten er lavere blant jentebarn enn blant guttebarn. Tall fra Dødsårsaksregisteret (FHI 2022f) viser at det døde 104 jenter 0-19 år i 2021, mens nesten dobbelt så mange unge jenter døde 20 år tidligere (202 jenter). Spedbarnsdødeligheten har vært synkende over lang tid og er svært lav i dag. Ifølge Folkehelse rapporten (FHI 2022b) er det vist at foreldre med lavere utdanning opplever høyere spedbarnsdødelighet, lavere fødselsvekt hos barna og høyere risiko for tidlig fødsel. Dødeligheten er også høyere blant barn født av innvandrerkvinner enn blant øvrige kvinner.

Ser vi på mindre alvorlige helseutfall, er astma og allergi en hyppig årsak til plager hos barn og unge. Omtrent 25 prosent av barn i skolealder og 30 prosent av unge i puberteten har allergisk sykdom (FHI 2022g). Fram til puberteten har gutter høyere forekomst av astma. Etter puberteten øker forekomsten blant jentene mer enn hos guttene. 1 av 3 unge har allergiske plager; allergi, høysnue eller matallergi. I en norsk studie av 10-åringere hadde 87 prosent av barna høysnue (rhinitt), astma, atopisk eksem eller konjunktivitt (kløende/rennende øyne) (Bertelsen et al. 2010). Hos barn er det en stor grad av samsykelighet mellom astma og allergiske sykdommer. Om lag 12 prosent av barna hadde alle disse sykdommene (ibid.).

Data fra allmennlegetjenesten viser videre at jenter 0-15 år ofte kommer til fastlegetjenesten med ulike luftveisinfeksjoner, ørebetennelser og hudlidelser. I tillegg er det en del konsultasjoner for magesmerter, diare og forstoppelse. Blant jenter 10-19 år er skader og forgiftninger,

blindtarmbetennelse og epilepsi, samt luftveislidelser de mest vanlige årsakene til døgnopphold i spesialisthelsetjenesten (se også i kapittel 4 om bruk av helsetjenester).

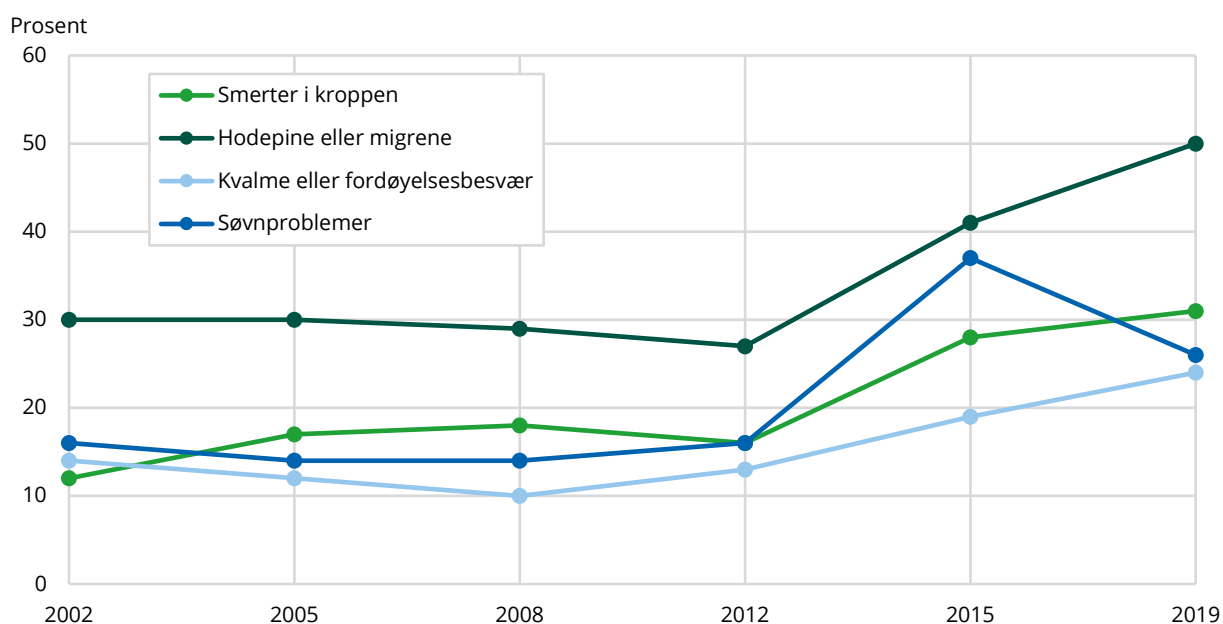
Forekomsten av diabetes øker blant barn og unge. Det har vært en dobling i antall nye tilfeller av type-1 diabetes per år blant barn og unge siden 1970-årene. Diabetes type-1 utgjør 97 prosent diabetestilfellene i aldersgruppen 0-17 år viser tall fra Barnediabetesregisteret i 2019 (Skrivarhaug et al. 2020)

De siste ti årene har psykiske helseplager økt blant barn og unge. Depresjon, angst og anoreksi er ikke uvanlig (Sundby 2019). Tall fra SINTEF i 2009 viser at 2 av 3 klienter under 12 år som behandles i psykisk helsevern er gutter. Etter puberteten er kjønnsforskjellene motsatt, der 2 av 3 klienter er jenter (ibid.). Hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker, atferdsforstyrrelser og ADHD er de vanligste henvisningsgrunnene for gutter. Mens jenter oftere henvises med tristhet og depresjon og emosjonelle symptomer. Sett under ett er angstlidelser den vanligste typen psykiske lidelser blant barn og unge (ibid.). Økningen har vært størst blant jenter, men også gutter rapporterer i økende grad om slike plager. Andelen barn og unge som blir diagnostisert med en psykisk lidelse i spesialisthelsetjenesten har økt de siste ti årene – spesielt for jenter og kvinner i alderen 12-24 år (FHI 2022h). Det har også vært en kraftig økning i polikliniske konsultasjoner for barn og unge innen psykisk helsevern (se for øvrig kapittel 4 om bruk av helsetjenester). Og en økning i bruk av legemidler for psykiske lidelser blant barn og unge de siste ti årene (FHI 2021b).

Økende helseplager blant jenter

Ungdom flest opplever i all hovedsak at de har god helse og er tilfredse med livet. Jenter har imidlertid mer subjektive helseplager og mindre god helse og livstilfredshet enn gutter (Elstad 2008). Det kan se ut til at unge kvinner i dag har litt dårligere helse sammenliknet med jevnaldrende kvinner i 2002. Mens 90 prosent av unge kvinner (16-24 år) hadde god helse i 2002, hadde 87 prosent god helse i 2019. En andel på 4 prosent sa at helsen var dårlig i 2019 sammenliknet med 1 prosent i 2002 (SSB 2020). Mange unge jenter utvikler psykosomatiske symptomer som magesmerter, hodepine og søvnvansker. Dette er mer utbredt enn før (Aarø 2015, Turner et al. 2015). Tall fra Levekårsundersøkelsen om helse (SSB 2020) viser også at det har vært en økning i psykosomatiske plager blant unge kvinner (16-24 år), figur 3.11.

Figur 3.11 Andel unge kvinner (16-24 år) med symptomer som smerter i kroppen, hodepine, søvnproblemer eller kvalme/fordøyelsesbesvær i utvalgte år. Prosent



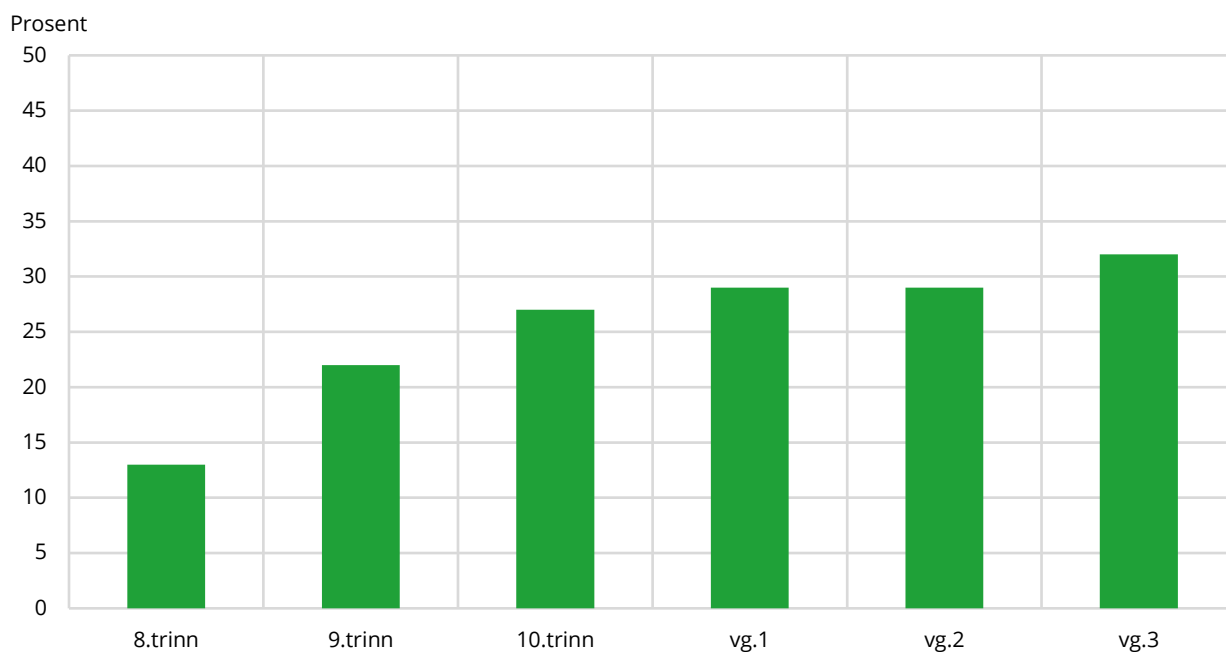
Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå, tabell 04432

Halvparten av unge kvinner 16-24 år har vært plaget av hodepine eller migrene i løpet av en måleperiode på tre måneder, og 1 av 3 hadde smerter i kroppen. En andel på 7 prosent sier at de hadde sterke hodesmerter. Så mange som 1 av 5 unge kvinner (16-24 år) hadde søvnvansker i 2019. En undersøkelse blant ungdom fra NOVA (Eriksen & Bakken 2020) viser at mye av plagene for jenter handler om skolerelatert stress og krav og press knyttet til kropp og utseende. Omfanget og økningen i psykosomatiske symptomer må ses i sammenheng med at stadig flere unge kvinner har psykiske plager. 22 prosent av unge kvinner mellom 16 og 24 år hadde betydelige psykiske plager i 2019 målt med HSCL-5, se ramme (SSB 2020).

HSCL (Hopkins Symptoms Check list) er et måleinstrument utviklet for bruk i befolkningsundersøkelser for å kartlegge psykiske helseplager i.e. angst og depresjon. Opprinnelig har instrumentet 25 spørsmål. (Se for øvrig Derogatis et al. 1974). I en forkortet versjon (HSCL-5) omfatter spørsmålene i hvilken grad man har 'vært nervøs eller hatt indre uro', 'vært stadig redd eller engstelig', 'hatt en følelse av håpløshet med tanke på framtiden', og 'vært nedtrykt eller tungsindig', eller 'vært mye bekymret eller urolig'. Svaralternativene er 'ikke plaget', 'vært litt plaget', 'vært ganske mye plaget' eller 'vært veldig mye plaget'.

Ungdata (NOVA) viste at så mange som 1 av 3 unge jenter på ungdoms- eller videregående skole var mye plaget av depressive symptomer i 2018, figur 3.13. Gutter hadde plager i størrelsesorden 5-13 prosent i de samme klassetrinnene. Andelene har økt både blant ungdomsskolejenter og jenter på videregående skolenivå (ibid.).

Figur 3.12 Andel jenter på ulike klassetrinn på ungdomsskole og videregående skole som er mye plaget av depressive symptomer, 2018. Prosent¹



¹ Ungdommene blir bedt om å oppgi hvor ofte de i løpet av den siste uka har vært plaget av følgende: 'Følt at alt er et slit', 'hatt søvnproblemer', 'følt deg ulykkelig, trist eller deprimeret', 'følt håpløshet med tanke på framtida', 'følt deg stiv eller ansent', 'bekymret deg for mye om ting'. Svaralternativene er: 'Ikke plaget i det hele tatt', 'lite plaget', 'ganske mye plaget' og 'veldig mye plaget'. I Ungdata brukes svarene på disse seks spørsmålene for å identifisere en gruppe som er spesielt mye plaget. De som i rapporten omtales som å ha et 'høyt nivå på depressive symptomer', omfatter de som i 'gjennomsnitt' minst krysser av for at de er 'ganske mye plaget' når de seks symptomene summeres på en skala. Kilde: Ungdata, NOVA

I tillegg er det en del unge som har ubestemte symptomer eller lidelser. Symptombildet er ofte sammensatt og varierer mellom individer. Å føle seg sliten og utmattet er ikke uvanlig, men med kronisk utmattelsessyndrom (ME) føler man seg utmattet og energiløs mesteparten av tiden uten noen åpenbar grunn (BMJ Best Practice 2020). Det er tre ganger så vanlig for unge kvinner å ha ME sammenliknet med unge menn. Nasjonal veileder fra Helsedirektoratet (2013) har anslått forekomst av kronisk utmattelsessyndrom til 10 000– 20 000 personer i den norske befolkningen, med betydelig høyere forekomst hos kvinner enn hos menn (ibid.).

Spiseforstyrrelser opptrer i hovedsak hos unge kvinner, men forekommer også blant gutter. Kvinner står for nær tre firedeler av forekomsten (Stokke et al. 2022). Spiseforstyrrelser kjennetegnes ved overopptatthet av mat, kropp og spising. Det skiller i hovedsak mellom tre typer spiseforstyrrelser; anoreksi, bulimi og overspisingslidelse. En litteraturgjennomgang av norske og internasjonale studier gir et estimat på forekomsten av spiseforstyrrelser i Norge til om lag 1,7 prosent av befolkningen (om lag 88 000 personer) i 2021 (ibid.). Til sammenlikning estimerte Folkehelseinstituttet (2021) at om lag 55 000 kvinner mellom 15 og 44 år lider av anoreksi, bulimi eller en overspisingslidelse. Anoreksi er mye vanligere blant kvinner enn blant menn, og de fleste er unge kvinner i tenårene eller tidlig i 20-årene. Forekomsten av anoreksi økte betydelig på 90-tallet og tidlig på 2000-tallet, men har flatet ut i senere år.⁴ Imidlertid viser tall fra Norsk pasientregister at det har vært en kraftig økning i antallet pasienter som behandles for spiseforstyrrelser i helsetjenesten. Antallet som behandles for anoreksi har økt med 25 prosent fra 2015 til 2020 (Helsedirektoratet 2022).

Økt ensomhet blant unge

Ungdata (NOVA) viste at de aller fleste ungdommer har venner som de kan stole på i 2018. Andelen som mangler en fortrolig venn, har ikke endret seg videre de senere årene. Ungdata viser samtidig at ikke alle har venner. Nær 1 av 10 mangler en fortrolig venn, og 3 av 10 jenter synes det er ganske vanskelig å få venner. Det er også en god del ungdommer som har venner som de kun har kontakt med gjennom nettet. På ungdomstrinnet gjelder dette så mange som 4 av 10 jenter (Bakken 2018).

Flere undersøkelser tyder på at ensomhet øker blant norsk ungdom, også før korona-pandemien. Ifølge Ungdata-undersøkelsene, som gjennomføres på ungdomsskolene og videregående skoler, har det vært en jevnt økende andel unge som oppgir at de er plaget av ensomhet i perioden 2011-2019. Både data fra Livskvalitetsundersøkelsen, SSB i 2020 og data fra Norsk Monitor (Hellevik & Hellevik 2021) viser at ungdom i økende grad sier at de føler seg ensomme. Blant gutter økte andelen som var mye plaget av ensomhet fra 16 til 23 prosent, blant jenter fra 29 til 32 prosent fra 2012 til 2020 (Barstad 2021).

Det har også vært en nedgang i opplevd lykkefølelse og tilfredshet med tilværelsen blant ungdom og yngre voksne (ibid.). Denne utviklingen støttes av forskning på unge og psykisk helse, der flere studier viser til at psykiske helseplager har økt de siste årene. Årsakene knyttes i hovedsak til stress i forbindelse med skole og utdanning, kroppspress og negative effekter av bruk av sosiale medier (Bakken et al. 2018). Flere unge voksne føler også en større bekymring for fremtiden. Det kan være bekymringer knyttet til usikkerhet i verdensøkonomien, klima og miljø eller bekymringer knyttet til egen økonomi og framtid. En utvikling som representerer en spesiell økonomisk utfordring for unge mennesker i etableringsfasen i dag, er blant annet den ekstreme veksten i boligpriser i sentrale områder (Hellevik & Hellevik 2021).

Mye smerter og plager blant voksne kvinner

Langt de fleste kvinner mellom 25 og 44 år har god helse (88 prosent), men en andel på 6 prosent sier at helsen er dårlig. Det er en sosial gradient i helse blant kvinner i denne alderen. Av kvinner med grunnskole har 14 prosent dårlig helse, mens kun 4 prosent av kvinner med høyere utdanning har dårlig helse. 1 av 5 kvinner som er aleneforsørgere har mindre god helse. 18 prosent av kvinner i denne alderen har helseproblemer som begrenser dem i hverdagen i noen eller i stor grad. Dette gjelder absolutt flest trygdede (65 prosent), og færrest som er i heltidsarbeid (10 prosent).

En god del av helseproblemene blant kvinner i denne alderen er knyttet til reproduktiv helse, sykdom i muskler eller skjelett og psykisk helse, i tillegg til diffuse eller ubestemte symptomer. Med

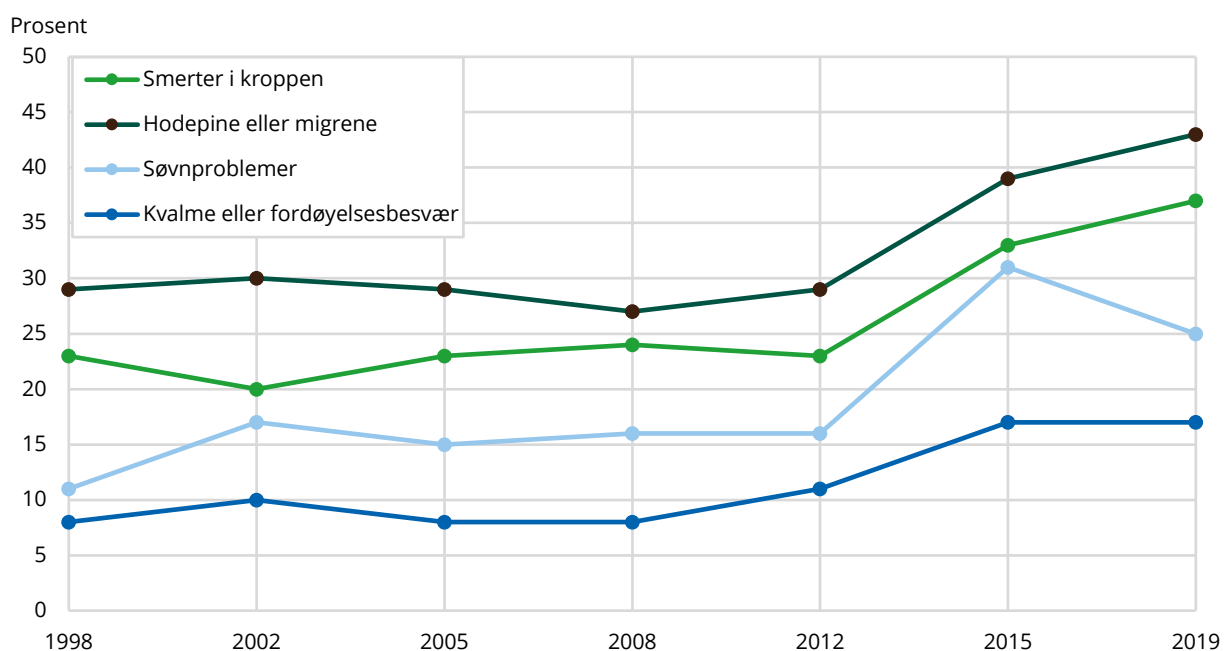
⁴ Se for eksempel <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/anoreksi/anoreksi-forekomst/>.

noen få unntak er helseproblemer mer utbredt blant kvinner med lav utdanning enn blant dem med høy utdanning.

De vanligste psykiske lidelsene blant voksne kvinner er angstlidelser og depresjon, som henholdsvis 15 og 10 prosent vil oppleve i løpet av et år (FHI 2018). Levekårsundersøkelsen om helse (SSB 2020) viser at 14 prosent av kvinner 16 år og eldre har psykiske vansker. Det er i første rekke barnløse single og par uten barn som sliter med psykiske vansker (26 og 21 prosent). Vi ser også en sosial gradient etter utdanning og inntekt.

Mange kvinner i denne alderen lever med smerter og plager. I levekårsundersøkelsen om helse oppga 43 prosent av kvinnene i alderen 25-44 år at de var plaget med varige eller tilbakevendende hodesmerter og 37 prosent var plaget med smerter i kroppen (SSB 2020). Det har vært en økning i slike plager over tid i alle utdanningsgruppene. Hodepine er en av de vanligste smertetilstandene. Likeledes er smerter i rygg og nakke utbredt blant kvinner. Samtidig rammes en del kvinner av bekken smerter som følge av svangerskap. Andre svangerskapsrelaterte plager kan være kvalme og brekninger. Dette er ofte årsaken til sykemeldinger for mange førstegangsfødende kvinner.

Figur 3.13 Andel kvinner 25-44 år som har hatt smerter i kroppen, hodepine/migræne, søvnproblemer eller fordøyelsesbesvær. Plaget siste 3 måneder. 2019. Prosent



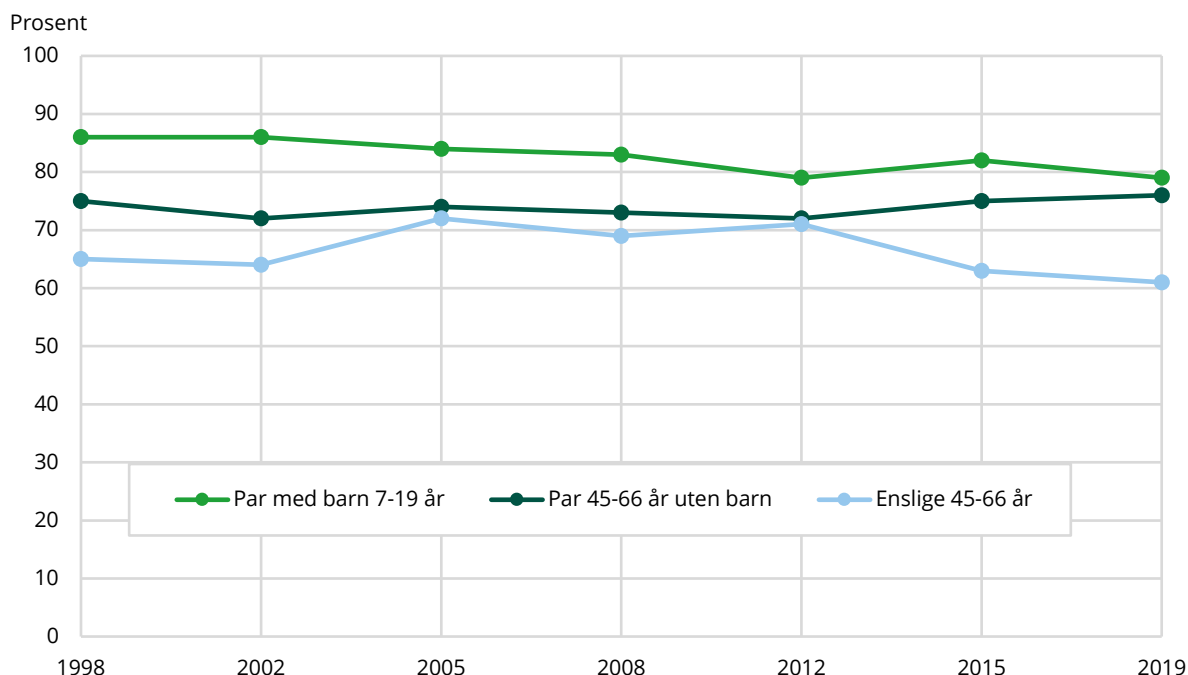
Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå, tabell 04432

Det er en høyere andel kvinner i alderen 30-60 år som får kreft i dag enn tidligere. Blant annet ser andelen lungekrefttilfeller blant kvinner ut til å øke (se vedleggsartikkel om kvinner og kreft). Kreftrisikoen øker med alderen. Mer enn 85 prosent av krefttilfellene blant kvinner og 90 prosent av tilfellene blant menn opptrer etter 50-års alder.

Det kan se ut til at livskvaliteten blant middelaldrende kvinner har økt over tid. 45 prosent av kvinner 45-64 år sier de er tilfredse med livet i 2019 (SSB 2020). Det at flere har høyere utdanning og at flere er i arbeid gir en helsegevinst for denne generasjonen kvinner. 73 prosent av kvinner 45-65 år oppgir god helse, mens 11 prosent sa at helsen var dårlig i 2019. Det er en klar sosial gradient i helse etter utdanningsnivå. Mens 86 prosent med høyere utdanning har god helse gjelder dette 53 prosent av kvinner med grunnskoleutdanning, og 71 prosent av kvinner med utdanning fra videregående skole. Enslige har dårligere helse enn øvrige grupper. Kun 61 prosent av enslige

kvinner 45-66 år sa at helsen var god i 2019, og det kan se ut til at helsen til single kvinner 45-64 år har forverret seg noe siden 2012, jf. figur 3.14.

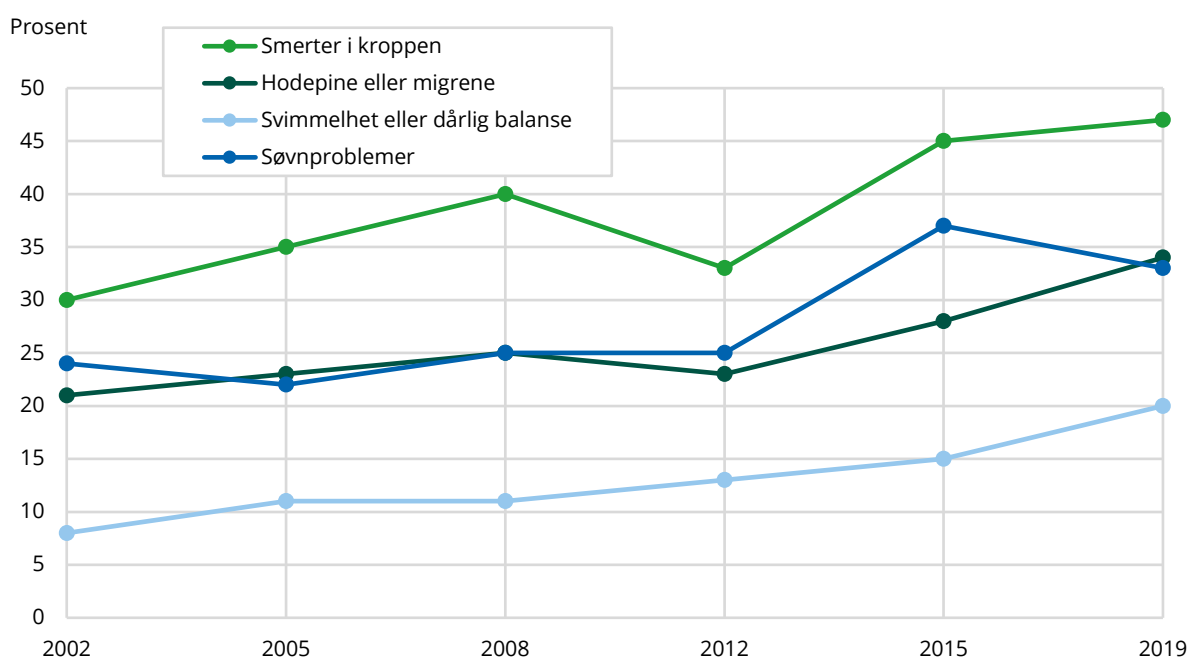
Figur 3.14 Andel kvinner 45-66 år med god helse etter familiefase over tid. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå

Mange kvinner i denne alderen har vært igjennom svangerskap og småbarnstid med aktivitet nærmest døgnet rundt. Manglende søvn og hvile og tunge løft setter spor i kroppen. Kvinner som er, eller har vært i arbeid, har kanskje jobbet i yrker der de står eller går mye og/eller har vært utsatt for ensidige og tunge belastninger. Og en del har hatt følelsesmessige utfordringer i møte med andre mennesker gjennom arbeidet.

Figur 3.15 Andel kvinner 45-66 år med smerter i kroppen, hodepine, svimmelhet eller søvnproblemer. 2019. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå, tabell 04432

Det er en rekke symptomer som av ulike årsaker skaper plager hos kvinner i denne alderen. Søvnvansker er utbredt. Over tid har det vært en økning i andelen kvinner i denne alderen med søvnproblemer. I 2019 hadde 1 av 3 kvinner (45-64 år) problemer med søvnen (SSB 2020).

Smerter i muskler og skjelett er svært utbredt blant kvinner generelt, men særlig i denne fasen av livet. Andelen kvinner med kroppssmerter og hodesmerter har økt siden 2002, figur 3.15. Om lag 47 prosent hadde kroppssmerter og 33 prosent hadde hodesmerter i løpet av en måleperiode på tre måneder i 2019 (ibid.). Nakke- og ryggplager er særlig utbredt. Andelen som har smerter er noe lavere blant kvinner som lever i parforhold med hjemmeboende barn, sammenliknet med enslige kvinner.

Slitasjegikt og artrose kan være smertefulle tilstander og omfanget av artrose (slitasjegikt) ser ut til å øke blant kvinner i denne alderen. I 2019 hadde 22 prosent av kvinner 45-64 år og 37 prosent av kvinner 65-74 år artrose (SSB 2020). Denne tilstanden er mest utbredt blant kvinner med lav utdanning. Artrose øker risikoen for brudd. Om lag annenhver kvinne og hver fjerde mann vil oppleve å få et brudd i hofta, underarm eller overarm etter fylte 50 år (Ahmed et al. 2009). Høyt blodtrykk kan sammen med mange andre årsaker gi svimmelhet. 1 av 5 kvinner mellom 45-64 år hadde følt seg svimle i måleperioden i 2019, jf. figur 3.15, og omfanget har økt over tid.

Kvinner får ofte hjertesykdom senere i livsløpet enn menn. Imidlertid har relativt mange kvinner i denne alderen høyt blodtrykk og høyt kolesterol (hhv. 20 og 17 prosent). Noe som øker faren for nettopp hjertesykdom. Det er imidlertid en relativt lav forekomst av hjertesykdommer som infarkt, angina eller slag (3 prosent) blant kvinner 45-64 år.

Levekårsundersøkelsen om helse (SSB 2020) viser at 14 prosent av kvinner 55-74 år har en lungesykdom som kols, emfysem, bronkitt eller astma. Disse lungesykdommene er mest utbredt blant kvinner som lever uten en partner. Her er det en åpenbar sosial gradient etter utdanningsnivå. Forekomsten av kols øker med økende alder. Reduksjon i røyking kan imidlertid bidra til færre nye tilfeller av kols på sikt.

Om lag 8 prosent av kvinner 55-74 år hadde diabetes i 2019. Både andelen som lever med type 2 diabetes og antall nye tilfeller er høyest i de eldste aldersgruppene. Risikoen for type 2 diabetes øker kraftig med alderen. Levekårsundersøkelsen om helse viste at om lag 13 prosent av kvinner 75 år og eldre hadde diabetes i 2019 (SSB 2020). Undersøkelsen skiller ikke på type 1 og type 2 diabetes. Tall fra Reseptregisteret (FHI 2021b) viste at rundt 11,2 prosent av befolkningen over 80 år brukte blodsukkersenkende legemidler i 2020. Diabetes er mer utbredt i grupper med lav utdanning.

Det har vært en økning i omfanget av psykiske plager i perioden 2015 til 2019 blant middelaldrende kvinner. 12 prosent hadde betydelige psykiske plager i 2019 (HSCL-5 \geq 2.0 - se ramme for definisjon). Sammenliknet med yngre kvinner er det imidlertid lavere rapportering av psykiske plager blant voksne kvinner. Det kan se ut til at kvinner som bor uten partner i større grad har dårlig psykisk helse sammenliknet med kvinner som lever i parforhold. 16 prosent av enslige kvinner og 7 prosent av kvinner i parforhold hadde symptomer på psykiske problemer (SSB 2020). Psykisk helse er imidlertid vanskelig å måle i utvalgsundersøkelser, og hvordan unge og eldre rapporterer på dette feltet er ikke kjent. Men når det gjelder rapportering av egenvurdert helse viser kognitive intervjuer at det er en forskjell på yngre og eldre. Mens yngre ofte ser helsen relatert til fysisk kapasitet, vil eldre i større grad relatere helsen til hvordan jevnaldrende har det. 5 prosent av kvinner (45-64 år) har vansker med sosial kontakt eller har følt seg ensomme. Det er særlig mange enslige kvinner som sier at de har følt seg ensomme i en måleperiode på tre måneder i 2019 (14 prosent). Ensomhet er mer utbredt i lavere utdannings- og inntektsgrupper.

Flere voksne kvinner med aldrende foreldre

Det er relativt få som mister foreldrene sine tidlig i livsløpet. 63 prosent (45-66 år) har foreldre i live. Andelen med foreldrekontakt ved 50 års alder har økt, noe som kan innebære omsorgsoppgaver for kvinner som er midt i livet eller i en tidlig pensjonisttilværelse. Noen opplever at partner eller foreldre utvikler demens. Dette er gjerne en tilstand som går over lang tid og som gir en tung omsorgsbyrde for pårørende. 1 av 4 kvinner i aldersgruppen 45-66 år yter ulønnet omsorgsarbeid eller hjelp til eldre, syke eller funksjonshemmede totalt sett. Og om lag 15 prosent i aldersgruppen 45-66 år gir regelmessig hjelp til foreldre utenfor egen husholdning, mens 9 prosent oppgir å gi hjelp til andre slektninger (SSB 2020), se for øvrig kapittel 6 for mer om ulønnet omsorg. Med økende levealder er det flere kvinner som fortsatt har foreldre i live, og ofte foreldre som har behov for oppfølging og omsorg. Når flere av de eldste bor hjemme ligger det et ansvar på pårørende for å følge opp. Dette til tross for at de etter hvert har relativt høy alder selv.

Studier tyder på at eldre kvinner har bedre funksjon (kognitivt og fysisk) og bedre helse enn tidligere. Det kan altså se ut som økningen i levealder følges av flere funksjonsfriske år, jf. Folkehelse rapporten (FHI 2022i). For eksempel har kvinners gjenstående levetid uten hjelpebehov etter 70 år økt med rundt fire år fra 1995 til 2017, mens tiden med hjelpebehov har gått litt ned. Bedringen i Eldres funksjon blir til dels tilskrevet høyere utdanningsnivå og en sunnere livsstil i de nyeste kohortene av eldre (ibid.)

Livskvalitetsundersøkelsen, SSB viser at 3 av 4 eldre over 67 år er middels eller svært fornøyd med livet (Støren & Rønning 2021). Resultater fra norske studier viser at mange kvinner har god livskvalitet langt inn i alderdommen. I høy alder, fra 75-80 års alderen, synker livskvaliteten. Særlig øker forekomsten av depressive plager og ensomhet (Slagsvold & Hansen 2017). Mange opplever også redusert mestring og sosial støtte (Nes et al. 2021, Støren & Rønning 2021). Livskvaliteten er lavest blant dem med dårlig helse, dårlig økonomi og lite sosial kontakt (Hansen & Daatland 2016).

En del av kvinnene i denne alderen har kanskje hatt fysisk tungt arbeid innenfor omsorgs- eller serviceyrker, eller opplevd belastninger ved barnefødsler og omsorg for barn og/eller omsorg for foreldre som har betydning for hvordan helsen oppleves i dag. De har gjerne flere og sammensatte helseproblemer. Forekomsten av kroniske lidelser som muskel- og skjelettsykdom, sykdommer i sanseorganer, hjerte- og karsykdom og kreft øker med økt alder.

Liten endring i eldre kvinners egenvurderte helse

Det har vært liten endring i hvordan eldre opplever sin egen helse i perioden 2002-2019 (SSB 2020). En del eldre i spørreundersøkelser svarer på spørsmål om helsetilstanden sett i relasjon til andre. Å si at de har god helse betyr ikke nødvendigvis fravær av sykdom og plager, men at de opplever at de har bedre helse enn andre på samme alder. Nesten 3 av 4 kvinner (72 prosent) i alderen 65 til 74 år hadde god helse og 28 prosent hadde mindre enn god helse i 2019. Det er en klar sosial gradient i andelen med god helse med økt utdanning og inntektsnivå. Og studier tyder på at forskjellene i helse etter sosioøkonomisk status fortsetter inn i alderdommen (Moe et al. 2012, Kinge et al. 2015).

Blant kvinner 75 år og eldre er andelen med god helse lavere enn for kvinner 65-74 år. 63 prosent sa at helsen var god, og 13 prosent sa at helsen var dårlig. Kvinner med høyere utdanning har bedre helse og høyere forventet levealder enn grupper med lav utdanning og dårlig økonomi (Enroth et al. 2022, Huisman et al. 2005, Kinge et al. 2015).

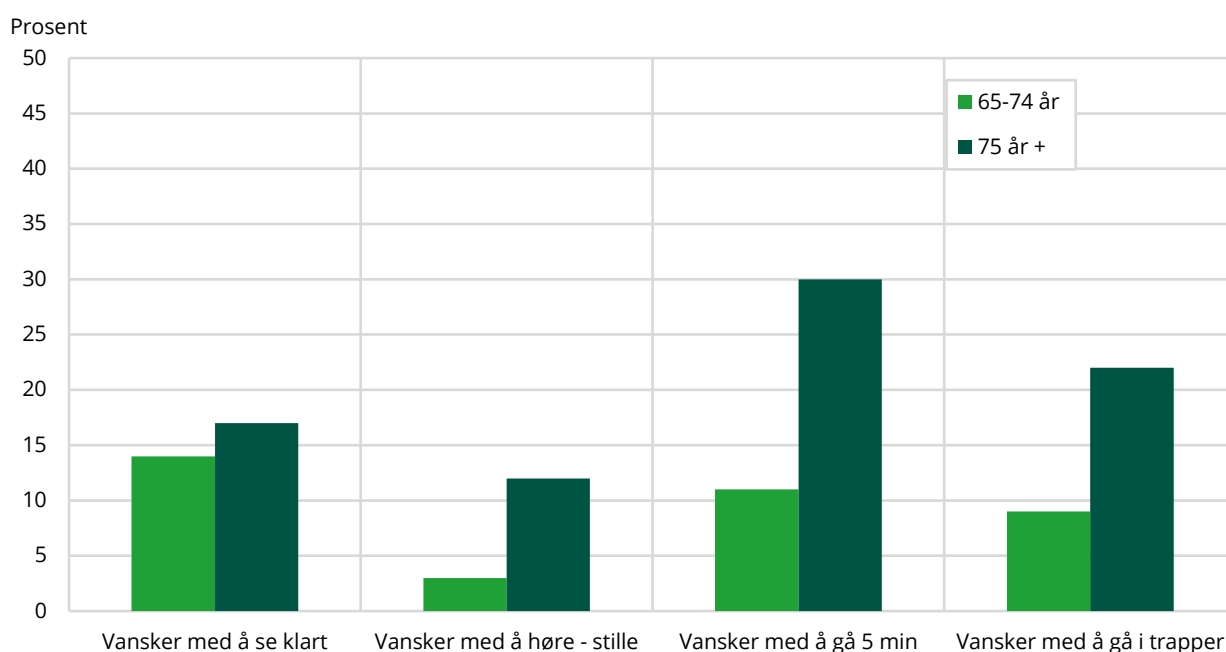
1 av 4 eldre kvinner har nedsatt funksjonsevne

Noen kvinner er aktive og funksjonsfriske til langt opp i eldre år, mens andre blir skrøpelige langt tidligere i livsløpet. Evnen til å møte påkjenninger som sykdommer og skader svekkes med alder. Med økende alder får flere kroniske sykdommer, og flere får nedsatt funksjonsevne. 27 prosent av

kvinner 75 år og eldre sier at helsen begrenser dem i utførelsen av hverdagslige aktiviteter, og 1 av 4 har en funksjonsnedsettelse (SSB 2020).

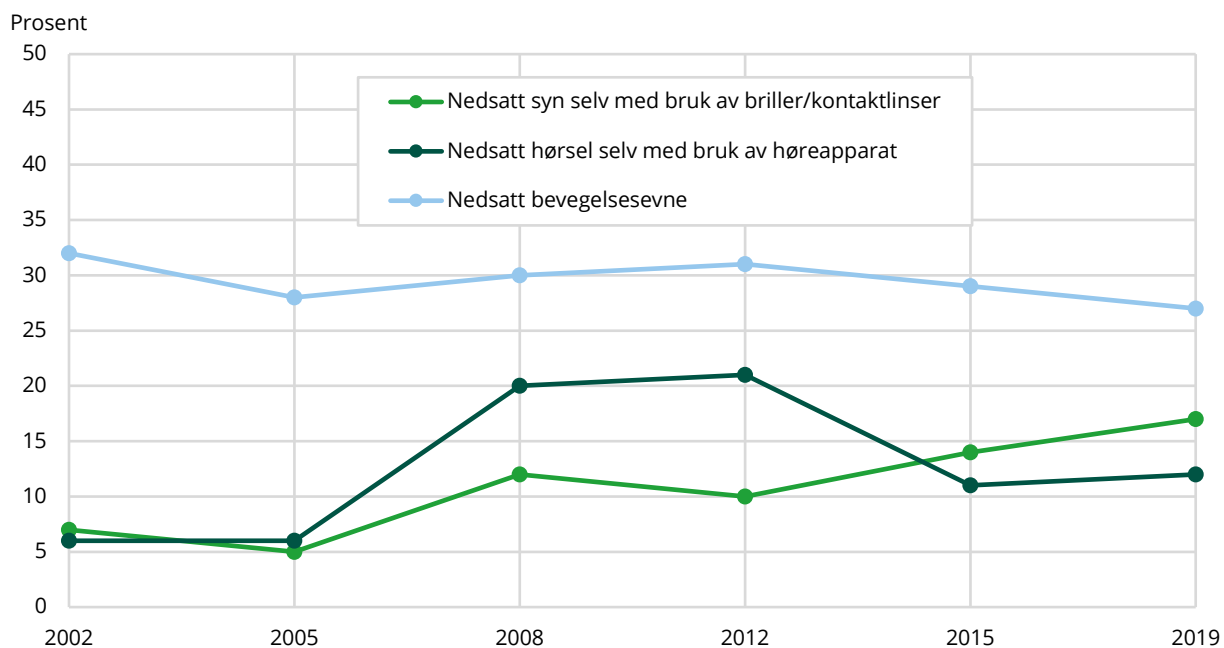
Naturlig aldring gjør at kvinner hører, ser og husker dårligere. Og mange blir dårlig til bens. Nedsatt syn og hørsel kan redusere omfanget av sosial kontakt og mulighetene til å fungere godt i hverdagen. 14 prosent av kvinner 65-74 år og 17 prosent av kvinner 75 år og eldre hadde problemer med synet, selv om de bruker briller eller kontaktlinser. Kun 3 prosent av kvinner 65-74 år og 12 prosent av kvinner 75 år og eldre har problemer med hørselen selv om de bruker høreapparat (SSB 2020). Figur 3.16 illustrerer hvordan funksjonsevnen svekkes ganske dramatisk etter 75 års alder. I denne alderen har nesten 1 av 3 kvinner vansker med å gå en fem minutters tur, og 1 av 5 har vansker med å gå i trapper (en etasje opp eller ned). Tallene det refereres til her er fra levekårsundersøkelsen om helse, SSB som kun omfatter tall for den hjemmeboende eldrebefolkningen. Eldre på institusjon har gjennomgående dårligere helse og funksjonsnivå.

Figur 3.16 Andel kvinner 65 år og eldre med nedsatt syn, hørsel eller vansker med bevegelse. 2019. Prosent



Kilde: Lvekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå

Det kan se ut som om det har vært en bedring i funksjon blant hjemmeboende eldre kvinner over tid. I 2002 hadde 32 prosent av kvinner 67 år og eldre nedsatt bevegelsesevne. I 2019 var denne andelen redusert til 27 prosent jf. figur 3.17.

Figur 3.17 Andel kvinner 67 år og over med nedsatt syn, hørsel og bevegelseevne i utvalgte år. Prosent

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå

Økt arbeidsdeltakelse blant kvinner har trolig ført til en økning i belastningsrelaterte helseproblemer i eldre år. I 2019 opplevde 1 av 4 eldre kvinner begrensninger i hverdagen på grunn av helseproblemer (SSB 2020). Benskjørhet, artroser og rygglidelser er utbredte tilstander blant eldre kvinner. Levekårsundersøkelsen om helse viste videre at 44 prosent av de eldste kvinnene (75 år og eldre) hadde artrose (slitasjegikt) og 35 prosent hadde muskel-/skjelettplager fra rygg og nakke. Både for nakke- og ryggplager og for artrose er det en sosial gradient etter utdanning. Det er med andre ord en høyere forekomst i lavere utdanningsgrupper. Plager i muskler og skjelett er også en vanlig grunn til at eldre kvinner oppsøker lege. Det handler om slitasjegikt og benskjørhet i tillegg til forstuing eller bruddskader etter fall (se for øvrig kapittel 4 om bruk av helsetjenester). Svimmelhet og manglende balanse øker risikoen for fall. 46 prosent av kvinner i aldersgruppen 75 år og eldre har følt seg svimle i løpet av en måleperiode på tre måneder i 2019 (ibid.). Hoftebrudd, som er det mest alvorlige bruddet med høy overdødelighet, øker kraftig etter 70 års alder (Søgaard et al. 2016). Tall fra Nasjonalt hoftebruddregister (2021) viser imidlertid at antallet hoftebrudd har holdt seg rimelig stabilt de siste årene.

Det har vært en kraftig økning i forekomsten av høyt blodtrykk blant de eldste kvinnene. 47 prosent av kvinner 75 år og eldre hadde høyt blodtrykk og 29 prosent hadde høyt kolesterol i 2019 (SSB 2020). Det er flest i lavere utdanningsgrupper som har høyt blodtrykk. Dette har trolig sammenheng med økningen i overvekt og fedme. Tall fra Reseptregisteret (FHI 2021b) viser at det vært en økning i bruk av blodtrykksenkende medisiner i grupper over 65 år fra 2005 til 2020. I dag bruker 3 av 4 kvinner mellom 80 og 89 år blodtrykksenkende legemidler (ibid.). Om lag 13 prosent av kvinner 75 år og eldre har hatt hjertesykdom som infarkt, angina eller slag eller lever med ettervirkninger av dette i 2019 (SSB 2020). Hjerte- og karsykdom er også den vanligste grunnen til besøk hos fastlege/allmennlege blant eldre kvinner, og har vært den vanligste dødsårsaken blant eldre over tid. Fra 2000 og fram til i dag er imidlertid dødeligheten av hjerteinfarkt nesten halvert (FHI 2022f). Mye av dette kan nok tilskrives en kraftig nedgang i daglig røyking over tid.

Mer psykiske vansker blant lavt utdannede eldre kvinner

Levekårsundersøkelsen om helse (SSB) viste at 8 prosent av eldre kvinner 65-74 år hadde betydelige psykiske vansker i 2019. Det kan handle om nedstemthet, uro, dårlig søvn, mindre appetitt og

reduert energi. Det er store sosiale ulikheter omfanget av plager, med høyest forekomst blant personer med lavere utdanning (Hansen et. al 2017).

Tall fra levekårsundersøkelsen om helse i 2019 (SSB 2020) viste at det er relativt lave andeler som hadde symptomer på betydelige psykiske vansker blant de eldste kvinnene (6 prosent) sammenliknet med yngre aldersgrupper (15-20 prosent). Trolig er ikke dette tallet representativt for aldersgruppen. Det er vanskelig å fange opp psykisk helse i utvalgsundersøkelser generelt, og det kan være et vanskelig tema for mange eldre. Resultater fra NorLAG-studien, også en intervjuundersøkelse (SSB/NOVA) fra 2017, viste at hele 15 prosent av kvinner i aldersgruppen 60-80 år hadde depresjonssymptomer (Slagsvold & Hansen 2017). Andelen kvinner som behandles med antidepressiva for angst og depresjon har vært stabil de siste ti årene. I 2020 fikk 5,9 prosent og 1,9 prosent av eldre kvinner antidepressiva for behandling av henholdsvis depresjon og angst (FHI 2021b). Eldre mottar i mindre grad behandling innenfor psykisk helsevern enn yngre. Enkelte studier viser at dette kommer av lavere forekomst av psykiske lidelser blant eldre, mens andre påpeker at det kan komme av at eldre ofte har et mindre opplevd behov for hjelp mot psykiske lidelser, dels på grunn av stigma knyttet til disse (Hovland & Nordhus 2017), og dels fordi forventninger reduseres. Trolig vil etterspørselen etter psykologhjelp øke blant eldre som opplever funksjonstap og kognitiv svikt framover knyttet til mismatch mellom ønsket om en vellykket og aktiv alderdom og manglende kapasitet til å imøtekomme denne forventningen, både overfor en selv og andre (ibid.).

Bedret kognisjon blant eldre kvinner

Det har imidlertid vært en bedring i kognisjon (hukommelse) blant grupper av eldre over tid (Johnsen et al. 2021), noe forskere dels tilskriver et høyere utdanningsnivå og en sunnere livsstil i de nyeste kohortene av eldre. På den annen side øker omfanget av Parkinsons sykdom. Dette rammer om lag 1 prosent av befolkningen i aldersgruppen 50-70 år, økende til litt over 3 prosent i alderen over 85 år. Over halvparten av tilfellene fører etter noen år til demens.

Nye tall viser at om lag 16 prosent av kvinner over 70 år har demens (FHI 2021a, GjØra 2020), og totalt anslås det at 101 000 personer lever med demens i Norge i dag. Det rapporterte antallet med demens er høyere enn det som er vist i tidligere studier, og tallene varierer betydelig i ulike utvalg. For eksempel er forekomstene av mild kognitiv svikt nær 36 prosent og forekomsten av demens nær 15 prosent blant kvinner som er 70 år eller eldre i HUNT4-studien, mens forekomstene i en tilsvarende studie, begrenset til Trondheim by med langt flere sykehjemspasienter, var langt høyere: Her var det kun 46 prosent som ikke hadde noen form for kognitiv svikt, og hele 21 prosent hadde en demenssykdom (ibid.). Av sykehjemsbeboerne hadde hele 92 prosent en demenssykdom (ibid.).

Demensrisikoen øker betydelig med alder. Mens kvinner og menn har en relativt lik forekomst fram til 85-års alder (18 prosent i alderen 80-84 år), er forekomsten klart høyere blant kvinner i den aller eldste aldersgruppen, 35 prosent blant kvinner 85-89 år og 30 prosent blant menn. Av de eldste kvinnene over 90 år har 51 prosent demens mot 42 prosent blant mennene (FHI 2021a, GjØra et al. 2020). Dette betyr at selv om risikoen for å få demens for hver enkelt går ned, vil antallet eldre med demens øke over tid og mer enn dobles mot 2050 fordi det blir så mange flere av de aller eldste framover (GjØra et al. 2020).

Problemer knyttet til søvn er utbredt blant eldre kvinner. Mangel på søvn gir redusert energi og livskvalitet. Vel 1 av 3 kvinner 75 år og eldre hadde søvnproblemer løpet av en måleperiode på tre måneder i 2019 (SSB 2020). Urininkontinens og fordøyelsesproblemer er heller ikke uvanlig blant eldre kvinner. Opplevelsen av å ikke kunne holde på 'vannet/luften' er invalidiserende og begrenser i en viss grad både fysisk aktivitet og sosialt samvær. 1 av 5 kvinner 75 år og over hadde urininkontinens i 2019 (ibid.).

For de fleste er sosial kontakt en forutsetning for å kunne oppleve livet som meningsfullt. Det å være med i et fellesskap gir tilhørighet og samhold med mulighet for utveksling av omsorg og hjelp. For mange er det en sammenheng mellom sosial isolasjon og ensomhet, mens andre føler seg ensomme selv om de har mange rundt seg, og andre igjen ikke føler seg ensomme selv om de er mye alene (Barstad 2021). Mens andelen som føler seg ensom synker nokså jevnt med alderen blant menn, øker andelen som er plaget av ensomhet i slutten av livsløpet blant kvinner. En dobbelt så høy andel kvinner 75 år og eldre sammenliknet med menn i samme alder sier at de er mye plaget av ensomhet i en måleperiode på fjorten dager. Forskjellen mellom kvinner og menn har sannsynligvis sammenheng med forskjeller i samlivsstatus. Langt flere eldre menn enn eldre kvinner lever i et parforhold (ibid.).

3.4. Oppsummering

- Kvinner med lengre utdanning og høyere inntekt har gunstigere levevaner helsemessig sett enn kvinner som har kortere utdanning og lavere inntekt. Men ikke all helserelatert atferd følger det samme mønsteret. Høyt utdannede har oftere yrker med mye stillesitting og de drikker alkohol oftere enn andre utdanningsgrupper. Kvinnerens alkoholbruk har økt over tid. Størst økning har det vært blant eldre kvinner. Fedme er også økende blant kvinner.
- Andelen med dårlig helse ser ut til å ha økt noe for kvinner, men ikke for menn. Andelene med dårlig helse øker mest blant yngre kvinner, mens andelen er redusert over tid blant eldre kvinner. Kvinner med innvandrerbakgrunn har dårligere egenvurdert helse sammenliknet med kvinner uten innvandrerbakgrunn. Det er imidlertid store forskjeller mellom grupper av innvandrere etter opprinnelsesland, innvandringsgrunn og botid i Norge.
- Dødeligheten har gått ned over tid både blant kvinner og menn. Det er store sosiale forskjeller i risiko for død. Forskjellene i dødelighet etter utdanning er redusert noe for menn, mens forskjellene har økt for kvinner. I dag er kreft den hyppigste dødsårsaken blant kvinner, mens hjerte- og karsykdommer var mest utbredt 20 år tidligere.
- Norske barn har god helse. Astma og allergi er imidlertid utbredt. Mange barn kommer til helsetjenesten med luftveisproblemer, ørebetennelse mv. Og det kan se ut til at flere barn får diabetes. Ungdom har i økende grad psykiske plager, og mye av plagene henger sammen med kroppspress og prestasjonspress både i forhold til skole og venner. Omfanget av ensomhet ser også ut til å øke. Flere unge kvinner har vært i kontakt med psykisk helsevern. Det kan se ut til at livskvaliteten blant middelaldrende kvinner har økt over tid. At flere har høyere utdanning, og at flere er i arbeid gir en helsegevinst for kvinner i denne livsfasen. Det er imidlertid stor forskjell i helsen etter utdanningsnivå. Det kan se ut til at helsen til single kvinner 45-64 år har forverret seg. I denne alderen er søvnvansker og smerter i muskler og skjelett svært utbredt, og dette har økt over tid. Det har også vært en økning i omfanget av psykiske plager. Det kan se ut til at kvinner som bor uten partner i større grad har dårlig psykisk helse sammenliknet med kvinner som lever i parforhold. Det er også mange enslige kvinner som har følt seg ensomme. Ensomhet er mer utbredt i lavere utdannings- og inntektsgrupper. Eldre kvinner i dag har bedre funksjon (kognitivt og fysisk), og bedre helse enn eldre kvinner for 20 år siden. Bedringen i eldres funksjon blir til dels tilskrevet høyere utdanningsnivå og en sunnere livsstil. Enslige eldre kvinner har i større grad dårlig helse sammenliknet med eldre kvinner som bor sammen med en partner. Forekomsten av kroniske lidelser som muskel- og skjelettsykdom, sykdommer i sanseorganer, hjerte- og karsykdom og kreft øker. Særlig øker forekomsten av depressive plager og ensomhet. En del av de eldste kvinnene føler seg nedstemt, urolig, har dårlig søvn, mindre appetitt og redusert energi. Naturlig aldring gjør at kvinner hører, ser og husker dårligere. Mange blir også dårlig til bens og funksjonsevnen svekkes betraktelig etter 75 års alder. Eldre som bor på institusjon har gjennomgående dårligere helse og funksjonsnivå enn hjemmeboende eldre.

4. Kvinner bruk av helsetjenester

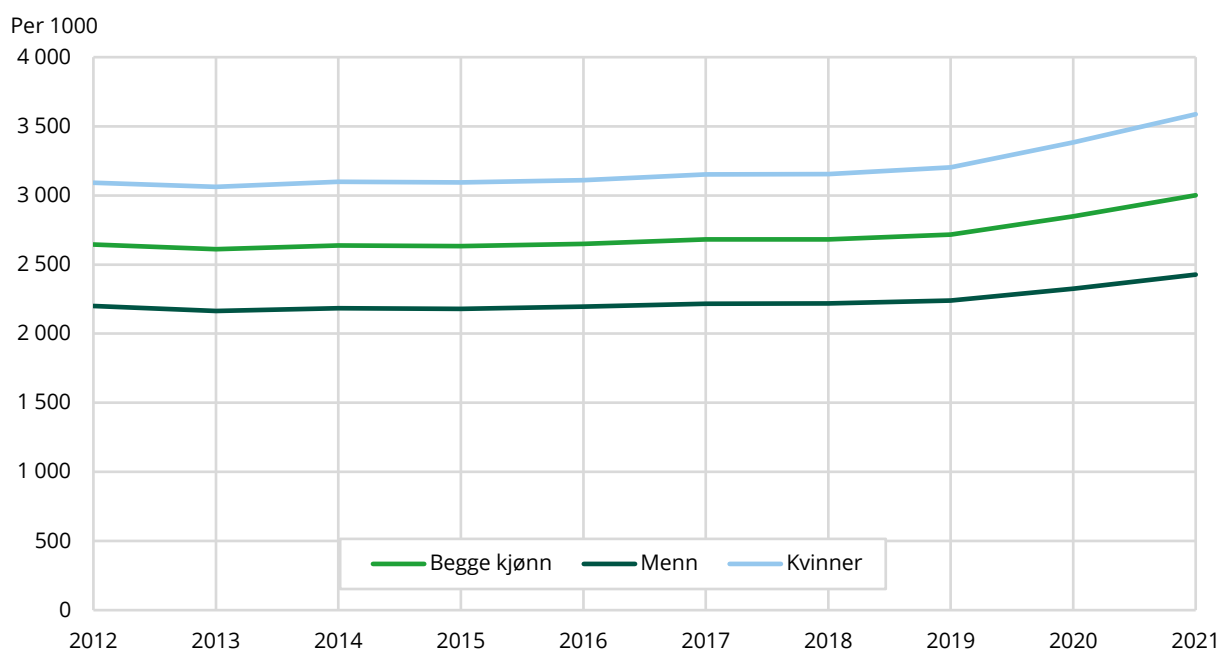
Kapittel 3 har gitt en oversikt over kvinners helsetilstand og plager, og ulike utfordringer etter alder og livsløp. Særlig eldre kvinner har dårligere helse og flere helseutfordringer enn yngre. Selv om kvinner flest oppgir god egenvurdert helse, betyr ikke det nødvendigvis fravær av sykdom eller symptomer. Kvinners helse og anatomi, som muligheten til å bære fram barn, vil påvirke både bruk og behov for helsetjenester. I dette kapitlet ser vi på kvinners bruk av helsetjenester generelt, men også bruk av tjenester over tid der data er tilgjengelig. Vi vil også se på hvordan bruken varierer over livsløpet og etter andre tilgjengelige sosioøkonomiske kjennetegn.

4.1. Kvinners bruk av fastlegen

Fastlegen er mange kvinners første møte med helsevesenet. Fastlegene følger opp kvinners helse i alle livsfaser, fra barnesykdommer, første gynekologiske undersøkelse til svangerskapsoppfølging, smerter og sammensatte helseutfordringer, gjennom overgangsalder og alderdom. Av 16,5 millioner konsultasjoner med fastlegen årlig, står kvinnene for omtrent 60 prosent av kontaktene. Kjønnforskjellen opprettholdes også dersom vi ser bort fra kontakter relatert til reproduktiv helse.

Det er flere kvinner enn menn som har vært hos fastlegen siste året, og de har også flere besøk i snitt enn menn, ifølge SSBs allmennlegestatistikk. I 2021 hadde kvinnene 9,7 millioner konsultasjoner hos fastlegen, mot mennenes 6,7 millioner, til tross for at det er flere menn i befolkningen enn kvinner. Figur 4.1 viser at kvinner har flere konsultasjoner enn menn per 1000 innbyggere. Antall konsultasjoner har økt noe over tid, men særlig ser vi en økning i 2020 og 2021 som følge av koronapandemien for begge kjønn, og mer for kvinner enn for menn.

Figur 4.1 Antall konsultasjoner hos fastlegen per 1 000 innbyggere etter kjønn og årgang. 2012-2021



Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå, tabell 10141

Pandemiens påvirkning

Allmennlegestatistikken til SSB viser befolkningens konsultasjoner hos fastlege og legevakt. I 2021 økte antall konsultasjoner hos fastlegen med nesten én million (6 prosent) fra året før. Det var en økning i antall konsultasjoner for begge kjønn og i alle aldersgrupper, men liten endring blant de eldste. Koronapandemien har også påvirket bruken av konsultasjoner, ved at flere enn før har valgt å ha digital kontakt med legen framfor fysisk oppmøte. Det antas at en del personer ikke ønsket å

sitte på et venterom i denne perioden av frykt for å bli smittet eller for å smitte andre. 27 prosent av konsultasjonene var elektroniske i 2021, en stor økning fra 2019, hvor andelen elektroniske konsultasjoner lå på 3 prosent. I 2020, 'første pandemiår', var antallet elektroniske konsultasjoner 24 prosent. Tiden vil vise om andelen som velger å benytte elektroniske konsultasjoner opprettholdes også etter at karantene og pandemi er over.

80-89 åringene har flest konsultasjoner

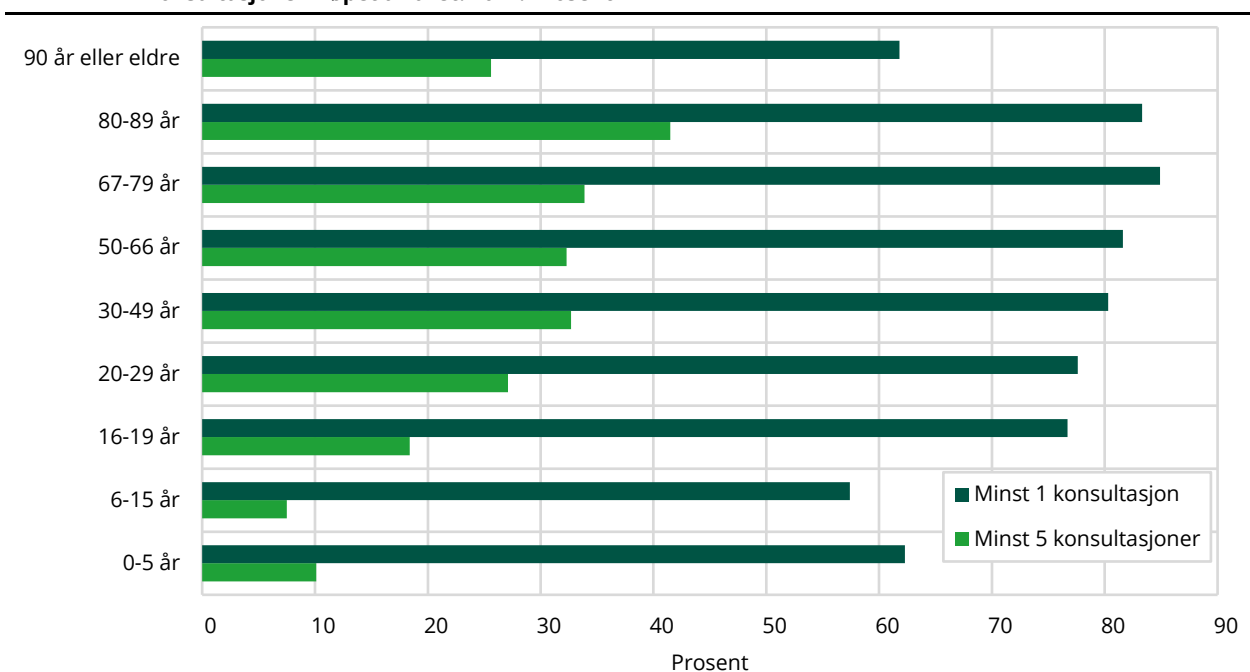
Antall konsultasjoner per person varierer også etter alder, og særlig mange finner vi blant de kvinnelige pensjonistene, og flest i aldersgruppen 80 til 89 år. Her er det nesten fem i gjennomsnitt. Blant de aller eldste, 90 år og eldre, er det en del kvinner som bor på institusjon, og antallet er dermed lavere, 3,1 konsultasjoner i snitt.

Det er også mange legebesøk i gruppen 30 til 49 år. Her vil det være en del svangerskapsoppfølging og barsel, ettersom alderen på fødende kvinner har gått opp over tid og ligger på 30,1 år for førstegangsfødende i 2021. I tillegg til fastlegene spiller også jordmødre en sentral rolle i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen.

Også i gruppen 50-66 år er det mange legekonsultasjoner. I denne aldersgruppen er mange kvinner fortsatt i arbeid, samtidig som økt alder gir større sannsynlighet for ulike plager og sykdommer. Færrest konsultasjoner finner vi blant barn, særlig blant jenter mellom 6 og 15 år.

Om vi går fra *antall* konsultasjoner per person til *andel* kvinner som har konsultert en lege, endrer mønsteret seg litt, ved at andelen med minst en konsultasjon i løpet av året er høyest blant kvinner i alderen 67-79 år, tett fulgt av kvinner 80-89 år og gruppen 50-66 år som vist i figur 4.2.

Figur 4.2 Andel kvinner med minst en konsultasjon hos fastlegen i løpet av året, og andel kvinner med minst fem konsultasjoner i løpet av året. 2021. Prosent



Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

Andelen kvinner som har hatt minst fem konsultasjoner varierer også etter alder og flest 'storbrukere' finner vi i aldersgruppen 80-89 år. Her har 4 av 10 kvinner hatt fem eller flere fastlegebesøk siste året. I denne aldersgruppen bor fortsatt mange eldre hjemme og bruker blant annet fastlegen i sin helseoppfølging, mens i gruppen 90 år og eldre bor 1 av 4 kvinner på institusjon

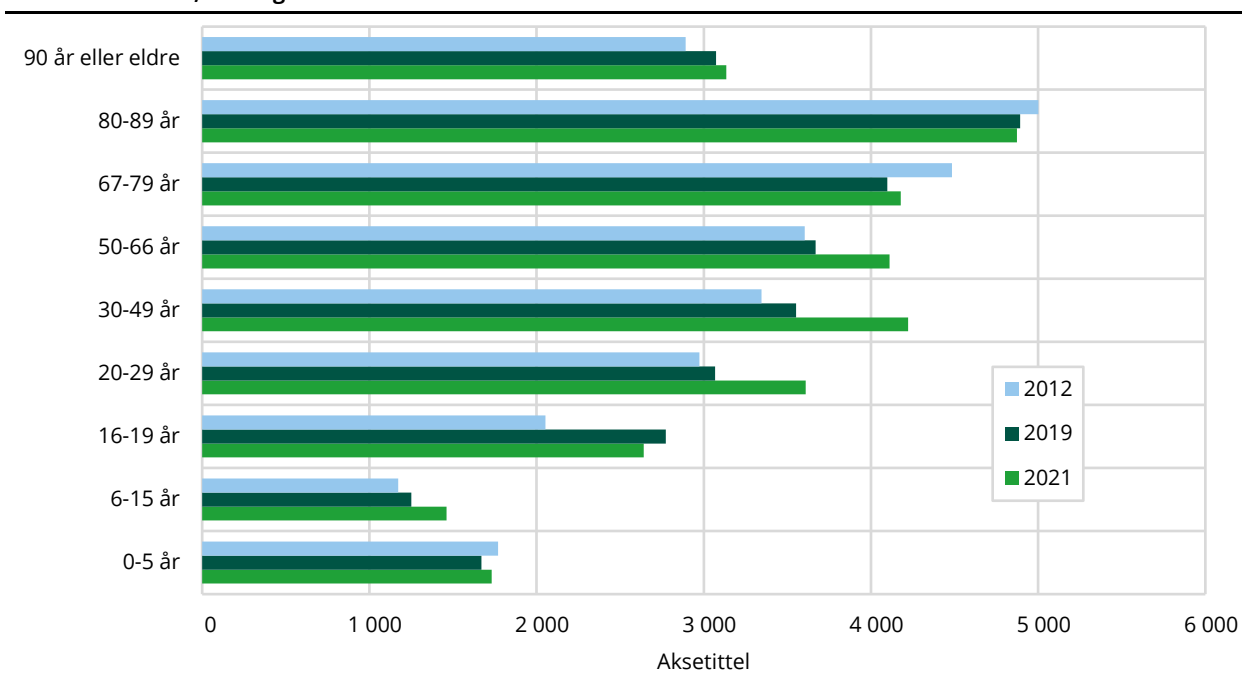
og får sin helsehjelp der (jf. kapittel 6). Mange får også noe helsehjelp hjemme via omsorgstjenesten, slik som hjelp med medikamenter og sykepleie (blant annet sårstell).

Endringer i legebruk over tid

Kvinner har i gjennomsnitt 3,6 legebesøk i året, mot menns 2,4. Det har også vært visse endringer over tid, om vi ser på antall konsultasjoner per 1 000 kvinner etter aldersgrupper for årgangene 2012, 2019 og 2021. Her er 2019 tatt med som et eksempel på et 'normalår' uten korona. Antallet konsultasjoner per person har økt mest blant voksne kvinner i alderen 30-49 år, fra 3,3 til 4,2 i snitt. Men det er også økning siden 2012 i antallet konsultasjoner hos flere andre grupper, som blant unge jenter i alderen 16-19 år og unge kvinner 20-29 år. For unge jenter på videregående skole har innføringen av nye fraværsregler i 2016 også påvirket bruken av fastlegen, men under pandemien var disse reglene tidvis satt til side⁵.

For noen aldersgrupper har antallet fastlegekonsultasjoner gått litt ned over tid, som blant eldre kvinner 80-89 år, og mest for gruppen 67 til 79 år, fra 4,5 til 4,2 besøk årlig. Samtidig kan vi se en økning blant de eldste kvinnene 90 år og eldre. Det kan være fordi eldre kvinner bor noe lengre hjemme nå enn for ti år siden, vi vet også at antallet med langtidsplass på institusjon har gått litt ned over tid (se også kapittel 6).

Figur 4.3 Antall konsultasjoner hos fastlege blant kvinner per 1 000 innbyggere etter aldersgrupper og årgang. 2012, 2019 og 2021



Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå, tabell 10141

Årsaker til hyppige legebesøk

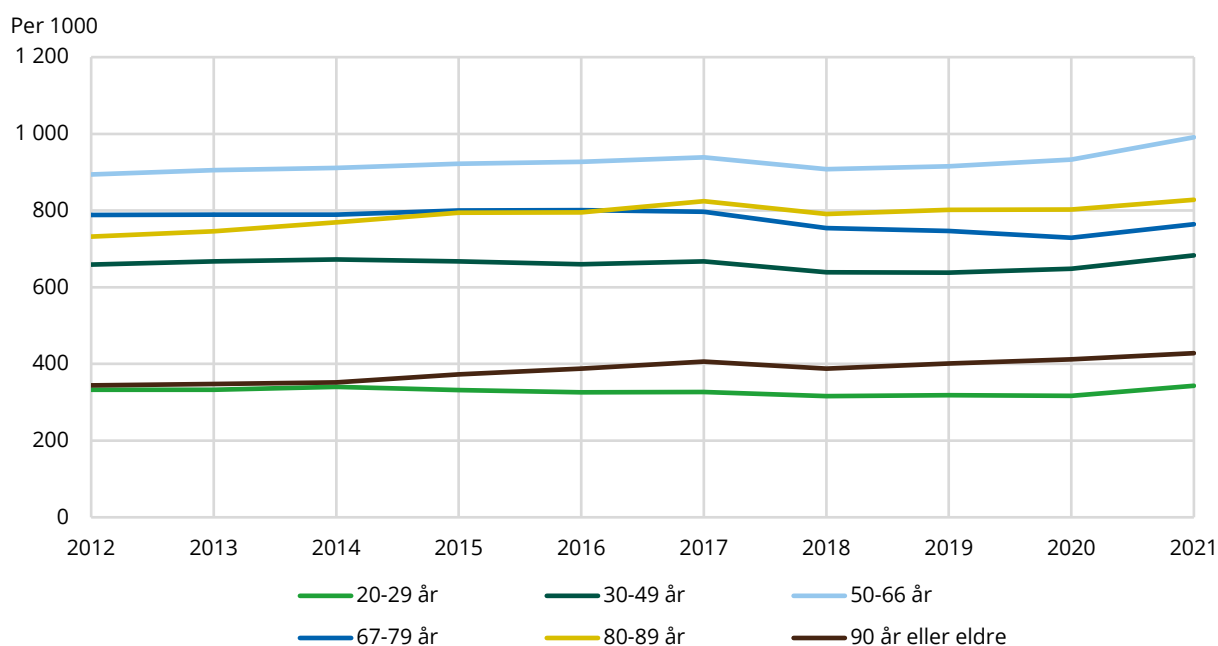
Kvinner tar kontakt med fastlegen sin av en rekke ulike grunner, fra regelmessige legesjekker til konsultasjoner i forbindelse med ulike infeksjoner, men særlig er plager og sykdommer i muskel- og skjelettsystemet vanlig. Her vil vi finne alt fra ryggsmertor, nakkesmerter, ulike typer brudd, artrose (slitasjegikt) og andre revmatiske sykdommer, som blant annet Bekhterevs. Blant gravide er det ikke uvanlig med bekkenmerter, og for noen fortsetter disse plagene også etter endt svangerskap.

⁵ Fraværs grensen i videregående skole fungerer slik at hvis en elev har mer enn 10 prosent udokumentert fravær i et fag, får ikke eleven karakter i faget. Eleven kan få dokumentert fravær med gyldig dokumentasjon, som legeattest. Men under pandemien innførte regjeringen midlertidige unntak for dokumentasjonskravet ved helse relatert fravær. Ut skoleåret 2021/2022 måtte ikke elevene oppsøke helsetjenesten for å få dokumentert helse relatert fravær.

Ifølge Levekårsundersøkelsen om helse fra 2019 oppgir 27 prosent av kvinnene og 23 prosent av mennene (16 år og eldre) langvarige rygg- og nakkelidelser, mens 17 prosent kvinner og 9 prosent menn oppgir artrose.

Ulike muskel- og skjelettlidelser er den vanligste grunnen til å oppsøke fastlegen⁶ og står for 17 prosent av alle fastlegekonsultasjonene blant kvinner. Andelen legebesøk for muskel- og skjelettplager varierer med alderen, og er særlig høy i aldersgruppen 50 til 66 år, her dreier hver fjerde konsultasjon seg om en form for muskel- og skjelettplager. Dette er en aldersgruppe hvor de fleste kvinner fortsatt er i jobb, men hvor slitasjeskader og aldersrelaterte plager kan begynne å vise seg, særlig for kvinner med fysisk anstrengende arbeid.

Figur 4.4 Antall fastlegekonsultasjoner blant kvinner per 1 000 innbyggere med muskel- og skjelettlidelser. 2012 til 2021



Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå, tabell 10141

Antall kvinner som søker legehjelp for slike plager har økt over tid for enkelte grupper. Økningen er særlig merkbar blant de helt eldste kvinnene, men også i aldersgruppen 80-89 år har antallet muskel- og skjelettkonsultasjoner per 1 000 kvinner økt siden 2012, men antallet har flatet litt ut de senere årene. I gruppen 67-79 år har det vært en liten nedgang noen år, men i 2021 gikk antallet litt opp igjen. For de øvrige gruppene har trenden vært mer stabil, samtidig som det ser ut til at antallet har gått litt opp for samtlige grupper fra 2020 til 2021. Men siden dette sammenfaller med koronapandemien og økt bruk av fastlege, kan det ha påvirket tallene.

Årsaker til fastlegebesøk i ulike livsfaser

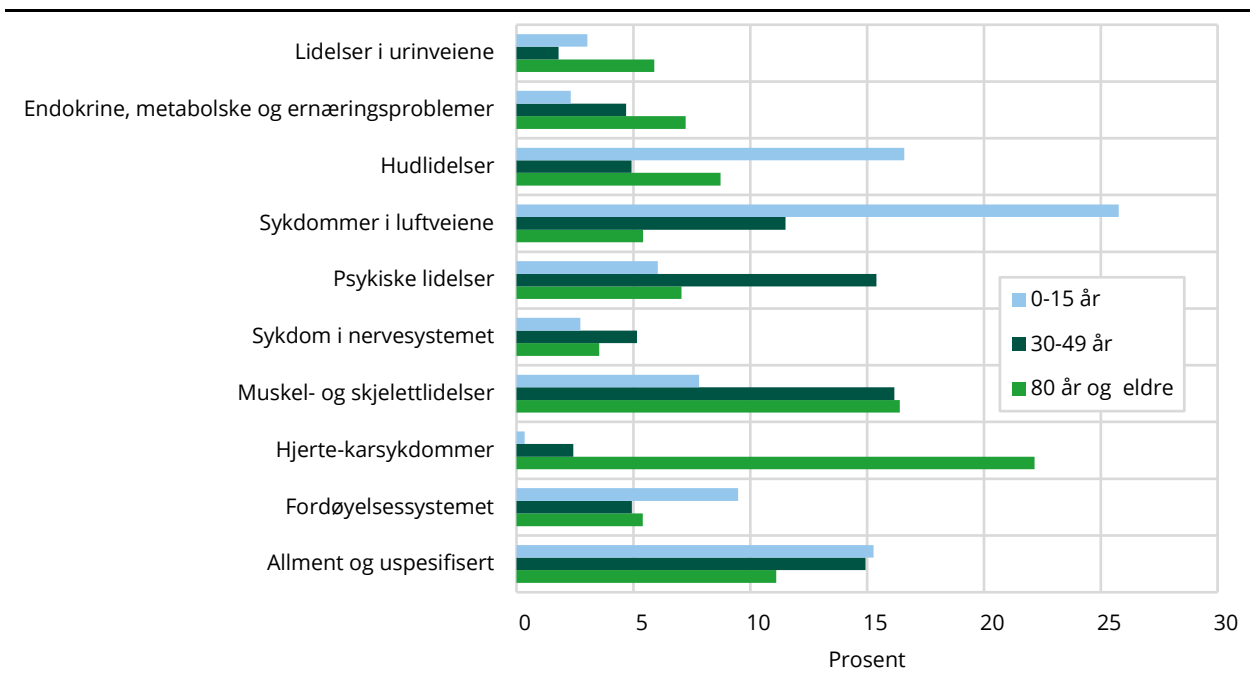
I figur 4.5 er tre utvalgte grupper tatt med som representerer hver sin livsfase; jenter 0 til 15 år, voksne kvinner 30-49 år og eldre kvinner 80 år og eldre. Blant de yngste jentene (0-15 år) er de vanligste årsakene til legebesøk ulike luftveisinfeksjoner og hudlidelser, og mer enn 40 prosent av konsultasjonene faller innenfor disse to diagnosekapitlene alene. På den andre siden har de sjelden

⁶ Når konsultasjonene sorteres etter ICPC-2s hovedkapitler, er det hoveddiagnoser som faller innenfor kapitlet om muskel- og skjelettlidelser som er vanligst blant kvinner. Sorterer man etter diagnosegrupper isteden, som kan gå på tvers av kapitlene, endrer bildet seg. For gruppene som er lagt ut i statistikkbanken er det etter denne inndelingen psykiske plager som er vanligste grunn.

problemer med hjerte- og kar eller nervesystemet. Det er også en del konsultasjoner i forbindelse med fordøyelsessystemet, som magesmerter, diare og forstoppelse blant annet.

Voksne kvinner kommer ofte med muskel- og skjelettplager og mange har psykiske plager eller andre lidelser de ønsker å følge opp. De eldste kvinnene (80 år og eldre) har klart flest legebesøk pga. ulike hjerte-karsykdommer. Her vil vi finne alle typer lidelser, fra høyt blodtrykk og kolesterol til mer alvorlige hjertelidelser, men det er også mange legekontakter pga. plager i muskel- og skjelettsystemet, blant annet slitasjegikt og benskjørhet.

Figur 4.5 Andel kvinner med konsultasjon hos fastlegen, etter utvalgte ICPC-2 diagnosekapitler og aldersgrupper. 2021. Prosent



Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

4.2. Kvinners bruk av allmennlege – utvalgsdata

Registerdata bidrar med god informasjon over hele befolkningens bruk av fastlegetjenester, men utvalgsdata kan bidra med utfyllende opplysninger, og da særlig informasjon om brukeren, i og med utvalgsdata ofte har mange flere bakgrunnsopplysninger tilgjengelig enn registeret har.

Ifølge siste levekårsundersøkelse om helse fra 2019, SSB, har 8 av 10 kvinner vært hos allmennlegen siste 12 måneder, mens nær 3 av 10 sier de har vært hos allmennlegen fem eller flere ganger i løpet av året. Ifølge registerdataene fra KUHR hadde 76 prosent av alle kvinner vært hos fastlegen i 2019, men de to datasettene er ikke helt sammenliknbare. Utvalgsdataene omfatter kun personer 16 år og eldre og et tilfeldig utvalgt spurte, i motsetning til registerdata hvor alle er inkludert, også barna. I tillegg omfatter allmennlegebegrepet i utvalgsundersøkelsen mer enn bare fastlegene, for eksempel allmennleger som jobber i privat praksis uten en fastlegetavle.

Tabeller med ulike bakgrunnsvariabler

Tabell 4.1 viser bruk av allmennlege etter en rekke ulike bakgrunnsvariabler, for å gi et overblikk over ulik bruk i kvinnebefolkningen. Det gjøres oppmerksom på at noen av gruppene kan være overlappende. En kvinne kan for eksempel både ha svekket helse og psykiske plager. Videre har noen av gruppene ulik alderssammensetning. De kvinnelige studentene er yngre i snitt enn kvinnene på uføre- eller arbeidsledighetstrygd. Det er også få eldre (67 år og eldre) innvandrerkvinner som har blitt intervjuet. Antallet personer (N) i de ulike gruppene varierer, og vi gjør oppmerksom på at andeler basert på grupper med få personer vil være forbundet med en viss usikkerhet.

God helse: Personer som har svart 'svært god' eller 'god' helse på spørsmål om egenvurdert helse (svarskala fra 1 til 5).

Svekket helse (indeks): En indeks satt sammen av egenvurdert helse (5 verdier; 'svært god', 'god', 'verken god eller dårlig', 'dårlig', 'svært dårlig helse') og egenvurdert tannhelse (5 verdier; 'svært god', 'god', 'verken god eller dårlig', 'dårlig', 'svært dårlig tannhelse') - en skala for helsetilstand fra 2-10. Her anses helsen å være svekket dersom intervjupersonen skårer 6 eller høyere på denne skalaen.

Psykiske plager (indeks): Personer som scorer 2.0 eller høyere på en indeks over psykiske symptomer (HSCL-5)

Andelen som har vært hos en allmennlege øker med alderen og er høyest blant kvinner 80 år og eldre, men dette mønsteret endrer seg når vi ser på fem konsultasjoner eller mer, her er det de yngre kvinnene mellom 16 og 44 år som har den høyeste andelen, 32 prosent, mot 26 prosent blant de eldste kvinnene. Bruken er høyest blant kvinner på arbeidsrelatert trygd og alderstrygd, og det er en høyere andel kvinner som har vært hos legen siste året blant kvinner med lavere utdanning enn blant kvinner med høy utdanning, se tabell 4.1.

Kvinner med psykiske plager har vært oftere hos allmennlege siste året enn gjennomsnittet (91 vs. 80 prosent) og over halvparten har mer enn fem konsultasjoner de siste 12 månedene. Et liknende mønster finner vi blant kvinnene med svekket helsetilstand.

Tabell 4.1 Andel kvinner som har vært hos allmennlege siste 12 måneder, og andel kvinner som har hatt 5 eller flere konsultasjoner i løpet av denne perioden. 2019. Prosent

	Vært hos allmennlege	5 konsultasjoner eller mer	Antall
Kvinner	80	28	3871
16-24 år	77	32	482
25-44 år	79	32	1199
45-66 år	79	24	1412
67-79 år	84	21	569
80 år og eldre	93	26	209
Befolkning			
Uten innvandrerbakgrunn	80	28	3416
Med innvandrerbakgrunn	78	26	455
Familiefase			
Enslig	80	28	1351
Enslig med hjemmeboende barn	83	36	231
Par uten barn	81	24	1319
Par med hjemmeboende barn	79	29	970
Aktivitet			
I arbeid > 1 time i uken	78	25	2225
I heltidsarbeid =>37 timer i uken, register	76	20	1360
Trygdet (arbeidsrelatert)	86	46	327
Student/verneplikt	77	32	443
Alders- /AFP-pensjonist	86	23	812
Hjemmearbeidende/inaktivitet	77	35	64
Utdanning			
Grunnskolenivå	83	33	802
Videregående nivå	80	28	1356
Høyere utdanning	78	24	1634
Inntekt etter skatt per forbruksenhet			
Under 250 000	80	30	500
250 000 - 500 000	82	29	2212
Over 500 000	77	24	1159
Helsetilstand			
God helse	77	21	3008
Svekket helse	89	48	537
Psykiske plager	91	54	495

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå

1 av 3 kvinner fikk raskt legetime

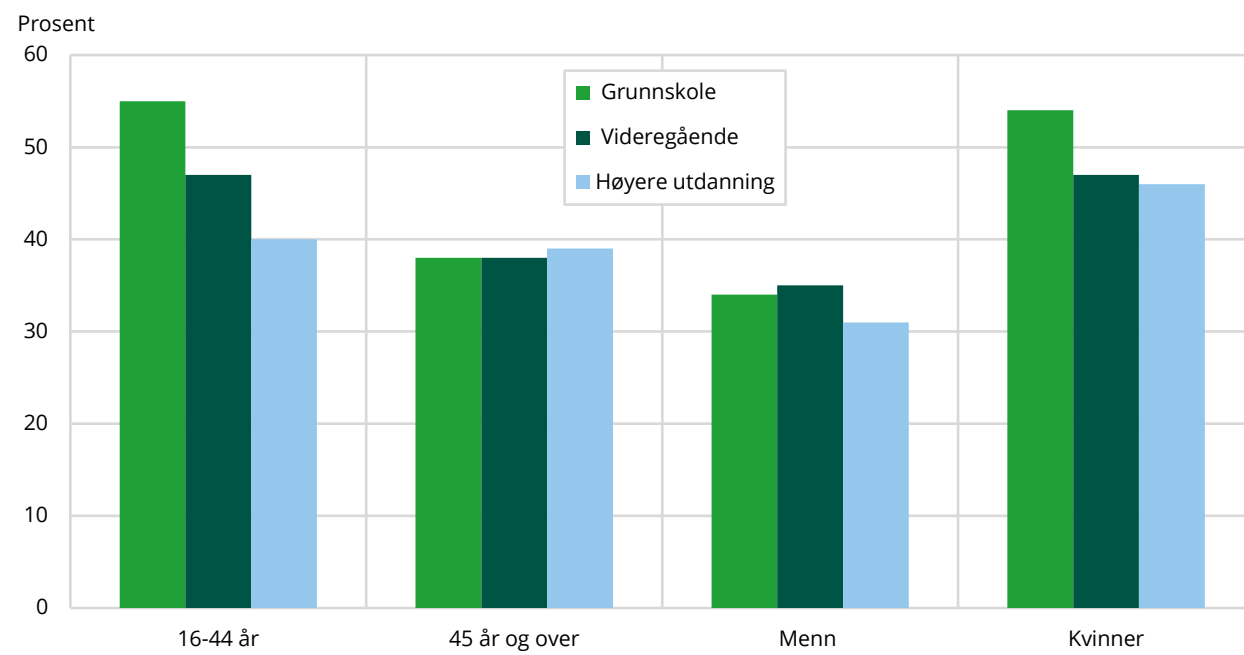
30 prosent av kvinnene i levekårsundersøkelsen fikk time hos legen enten samme dag eller neste dag, og da regner vi ikke med akutt-tilfellene. Andelen som raskt fikk time hos legen varierer noe etter alder, eldre kvinner (80 år og eldre) fikk oftere time samme dag eller neste dag, og særlig sammenliknet med unge kvinner (16-24 år), henholdsvis 39 og 26 prosent. Andelen kvinner som får allmennlegetime i løpet av kort tid har vært stabil i de siste undersøkelsene, og ligget omkring 29-31 prosent. Høyest var andelen i 2005-undersøkelsen, hvor 36 prosent fikk legetime i løpet av kort tid.

I undersøkelsen blir det også stilt noen spørsmål for å kartlegge hvor fornøyde kvinnene er med legen sin. Kvinner flest har stor tillit til sin faste allmennlege, 8 av 10 sier seg helt enig i at legen tar problemene deres på alvor, og høyest er andelen blant pensjonistene 67 til 79 år. Nesten 9 av 10 kvinner er helt enige i at de blir henvist videre ved behov. Mens 1 av 10 er helt enige i påstanden om at legen ikke gir dem nok tid under en konsultasjon. Velger vi å inkludere dem som er litt enige i utsagnet også, blir det 22 prosent som mener at tiden de har fått tildelt hos legen er for kort. Det er en litt høyere andel misfornøyde blant kvinner med lav inntekt, innvandrerkvinner og kvinner med psykiske plager, men forskjellene er forholdsvis små.

Lite sosial ulikhet i bruk av allmennlegetjenester

Det er kjent at personer med høyere utdanning ofte har bedre helse enn personer med lav utdanning. Personer med god helse vil trenge lege i mindre grad enn personer med dårlig helse, selv om også friske personer kan oppsøke lege i forbindelse med for eksempel generell helsesjekk eller vaksinerings. Det er flest kvinner med grunnskoleutdanning som har vært hos fastlegen, 83 prosent. Det er 5 prosentpoeng høyere enn blant kvinner med universitets- og høyskoleutdanning. Det er noe mer bruk av allmennlegetjenester i lavere utdanningsgrupper også når det blir kontrollert for helsetilstand, se mer i SSB-rapporten *Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester* (Lunde & Ramm 2021), som figuren under er hentet fra.

Figur 4.6 Andel med svekket helse som har vært hos allmennlege/fastlege fem eller flere ganger i løpet av 12 måneder. Alder, kjønn etter utdanningsnivå. 2019. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå

I figur 4.6 er det bare personer med svekket helse som ofte har vært hos fastlegen det siste året som vises, og det er yngre 16 til 44 år og kvinner med utdanning på grunnskolenivå som bruker allmennlegetjenesten mest. Blant voksne og eldre med svekket helse (45 år og eldre) er det ikke noen forskjeller etter utdanningsnivå i bruken av allmennlegetjenester. Økt bruk blant dem med svekket helse og med utdanning på grunnskolenivå tyder på en omvendt sosial gradient, og at bruken av allmennlegetjenester i stor grad er behovsstyrt.

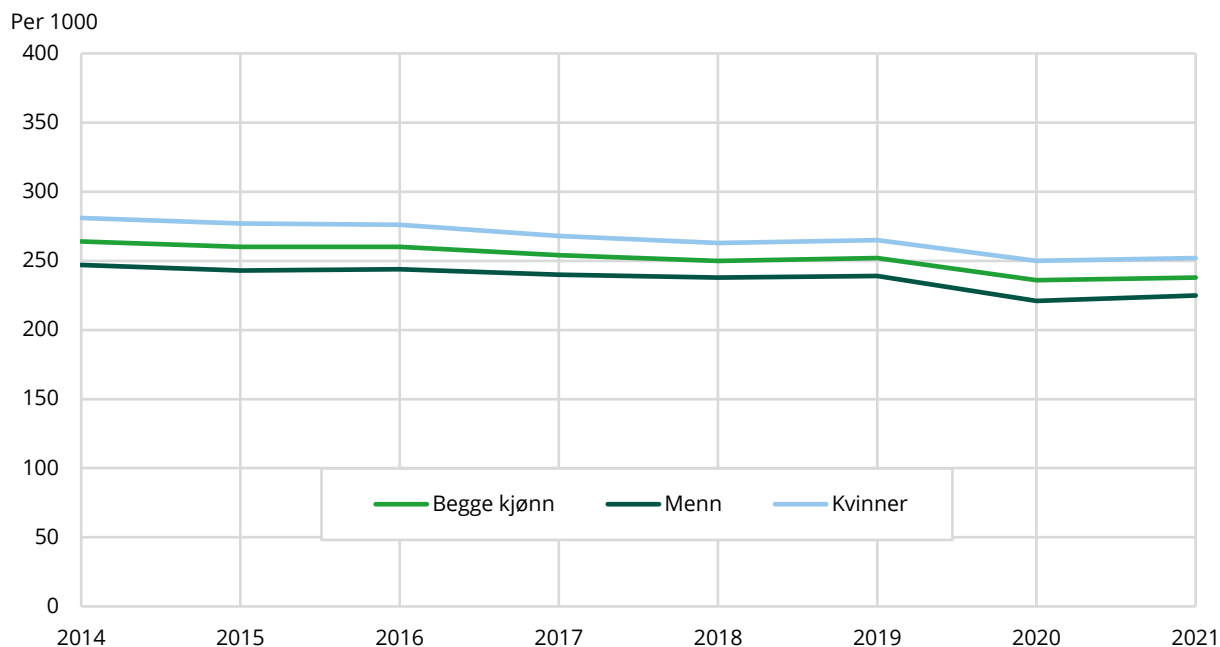
4.3. Kvinnerns bruk av legevakt

Når noe uventet skjer, som et fall eller akutt sykdom, kan det være nødvendig å oppsøke en legevakt. Legevakten skal holde åpent når fastlegene har stengt, som på kveldstid og i helgene, men enkelte større legevakter i byene kan ha døgnåpent. Overgangen mellom legevakt og fastleger være litt diffus til tider, da enkelte fastleger også tilbyr konsultasjoner på kveldstid (kveldstakst⁷) som kommer i tillegg til legevaktens tjenester. Dessuten vil det også være enkelte som venter litt for lenge med å oppsøke en lege, og dermed ender på legevakten når det blir akutt.

⁷ I april 2020 ble det åpnet for bruk av kveldstakster ved konsultasjon hos lege når det var nødvendig (etter kl. 16.) pga. pandemien, også e-konsultasjon ble inkludert. Se mer i *Normaltariffen – fastleger 2021-2022*.

Når vi ser på antall besøk hos legevakten, har kvinner litt flere besøk i gjennomsnitt enn menn, 0,25 vs. 0,22. Antallet har gått svakt ned over tid, før en liten økning i 2019, fulgt av nedgang i 2020, mest sannsynlig på grunn av pandemien. Antallet besøk i 2021 er nesten like lavt som i 2020, men dette er også et år preget av koronapandemi.

Figur 4.7 Antall per 1 000 innbyggere som har hatt konsultasjon hos legevakt i løpet av året. 2014-2021



Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå, tabell 10903

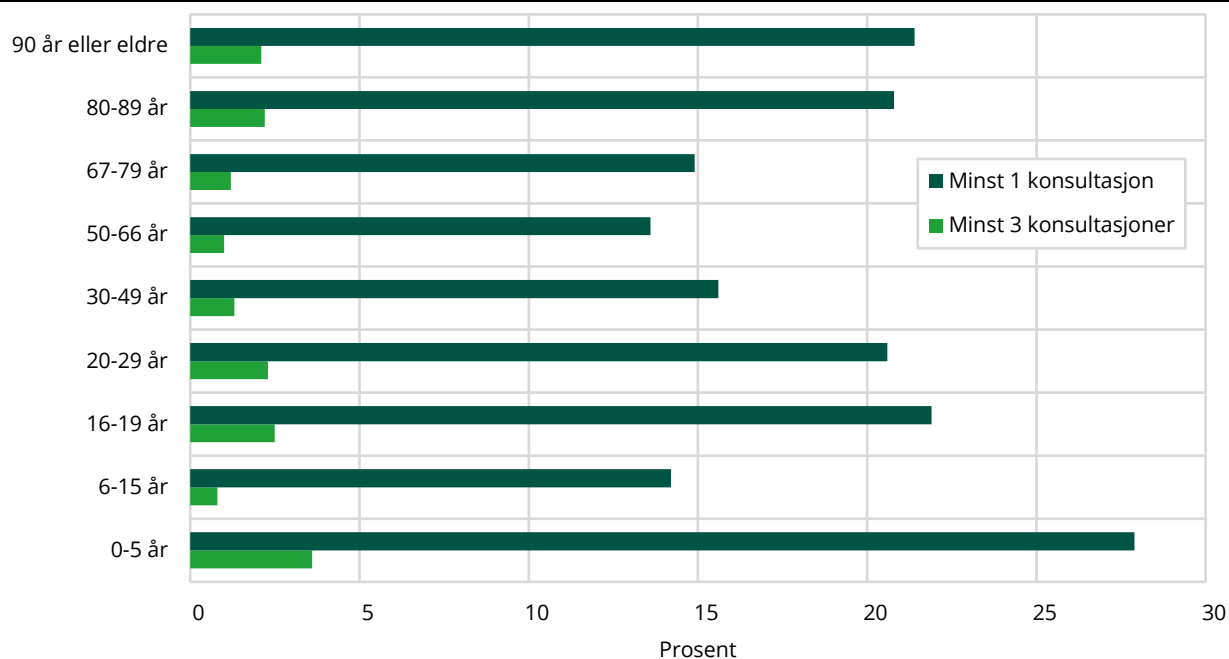
Kvinner hadde 680 000 besøk på legevakten i 2021, og antallet varierer mye etter alder. Det er særlig små barn og ungdommer som har flest besøk per 1 000 innbyggere. Men det er også forholdsvis mange besøk blant yngre kvinner i alderen 20 til 29 år og blant de eldste aldersgruppene (over 80 år).

Det er langt færre kvinner som har hatt konsultasjon med en legevaktslege enn med fastlegen sin i løpet av året. Noe som er som forventet, da fastlegen skal være primærkontakten, både for pasienten selv og inn mot resten av helsevesenet. Kvinner har som nevnt 0,25 legevaktbesøk i snitt, mot 3,6 fastlegebesøk årlig. Og mens antallet konsultasjoner per 1 000 innbyggere hos fastlegen øker klart med alderen, er mønsteret i legevaktbruken ikke like tydelig. Her er det flere yngre grupper som bruker legevakten mer enn befolkningen for øvrig, både blant de helt yngste barna og blant unge kvinner.

Ser vi på andel kvinner framfor antall per 1 000 innbyggere som har vært hos legevakten siste året, finner vi et liknende mønster. Det er mange jentebarn 0 til 5 år, her har drøyt 1 av 4 vært på legevakten det siste året, mens blant de eldste kvinnene gjelder dette omtrent 1 av 5. Det gjør det også blant unge voksne. Videre var det 17 prosent kvinner og 16 prosent menn som hadde oppsøkt en kommunal legevakt i 2021.

Det er de færreste som har hatt tre eller flere besøk på legevakten i løpet av et år, bare 1,5 prosent av den kvinnelige befolkningen. Flest finner vi blant de yngste jentene 0- 5 år, hvor andelen ligger på 3,6 prosent, etterfulgt av ungdommer 16-19 år (2,5 prosent).

Figur 4.8 Andel kvinner med konsultasjon hos legevakt siste 12 måneder, etter antall og alder. 2021. Prosent

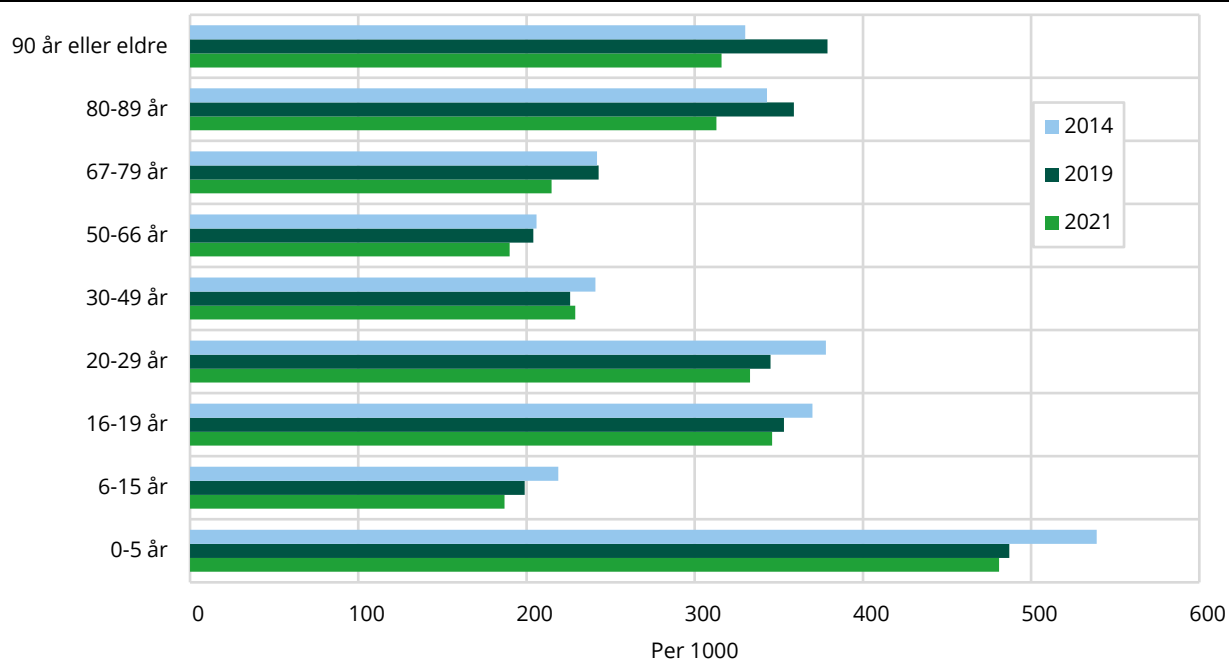


Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå, tabell 10310

Færre yngre barn hos legevakten

Andelen små barn med konsultasjon hos legevakten har gått ned de siste årene, det er også mindre bruk blant kvinner i de andre aldersgruppene. Noen grupper har redusert bruken mer enn andre, som unge voksne 20-29 år. Også blant de aller eldste kvinnene kan vi se en liten nedgang over tid, men dette ser ut til å være en nedgang påvirket av pandemien, da tallene fra pre-pandemi året 2019 er høyere, særlig blant de eldste kvinnene. Det er sannsynlig at en del eldre har unngått legevakten av frykt for koronasmitte. Det vil nok gjelde enkelte i andre aldersgrupper også.

Figur 4.9 Antall legevaktkonsultasjoner blant kvinner per 1 000 innbyggere etter aldersgruppe. 2014, 2019 og 2021



Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå, tabell 10903

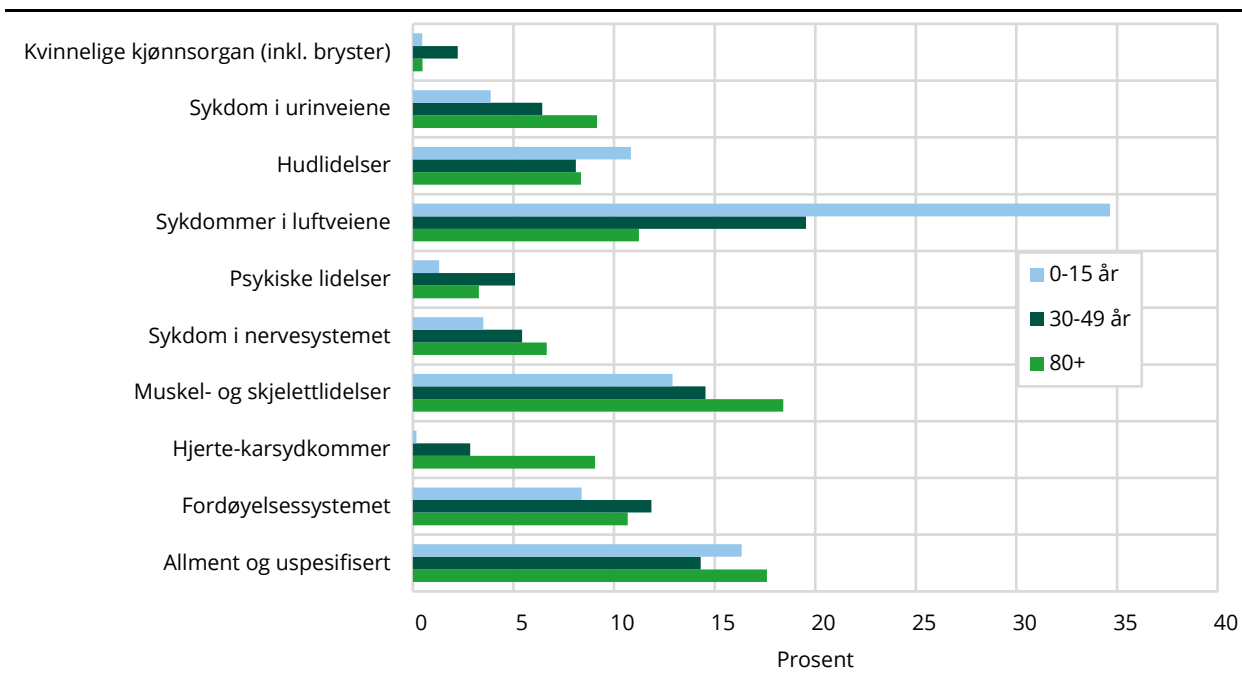
Diagnoser – hva oppsøker kvinner legevakten med?

Hva er det som gjør at man oppsøker legevakten, ofte på et ugunstig tidspunkt på døgnet. Flest kvinner oppsøker legevakten på grunn av ulykker og skader, men nesten like mange oppsøker legevakten på grunn av luftveisinfectionsjoner og ørebetennelser, særlig gjelder dette barn og unge. Men også mage- og tarmsplager, og smerter eller betennelser er vanlige grunner til legevaktbesøk. Det er ikke helt overlappende plager og lidelser hos legevakten og fastlegen, hos sistnevnte er vanlige grunner til legebesøk blant annet psykiske lidelser, smerter og betennelser. Videre er svangerskapsoppfølging en vanlig grunn til konsultasjon blant kvinner i fruktbar alder.

Om vi ser nærmere på sykdomskapitlene (ICPC-2) som sorterer symptomer og diagnoser etter hvor i kroppen de sitter (som øre, øye, sirkulasjonssystemet osv.), blir mønsteret litt annerledes enn når vi ser på diagnosegrupper, som kan gå på tvers av flere kapitler i klassifikasjonen. Sortert etter kapitler er det ulike luftveislidelser som medfører flest legevaktkonsultasjoner per 1 000 innbyggere (korona faller inn under denne gruppen), etterfulgt av ulike symptomer og lidelser som sorterer under allment og uspesifisert kapitlet, som feber og sykdomsfølelse, og ulike virussykdommer. Det er også mange legevaktbesøk for lidelser i muskel- og skjelettsystemet. Her finner vi blant annet nakke- og ryggsymptomer, forstuinger og bruddskader.

Hvorfor man trenger legevakthjelp varierer også etter alder og livsfase, og i figur 4.10 ser vi at blant jenter under 16 år er det særlig ulike luftveislidelser som medfører mange legevaktbesøk. Rundt 1 av 3 besøk gjelder lidelser som for eksempel RS-virus, korona, influensa og forkjølelser blant annet. Også under allment og uspesifisert er det en del besøk, herunder ulike infeksjonssykdommer. Samme mønster finner vi for muskel- og skjelettlidelser, hvor vi blant annet finner alt av forstuinger og brudd. Legevaktbesøk for ulike hudlidelser, som blant annet eksem og allergiske utslett er også ganske vanlig blant jenter 0 til 15 år.

Figur 4.10 Andel kvinner med legevaktkonsultasjon etter utvalgte diagnosekapitler og aldersgrupper. 2021. Prosent



Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

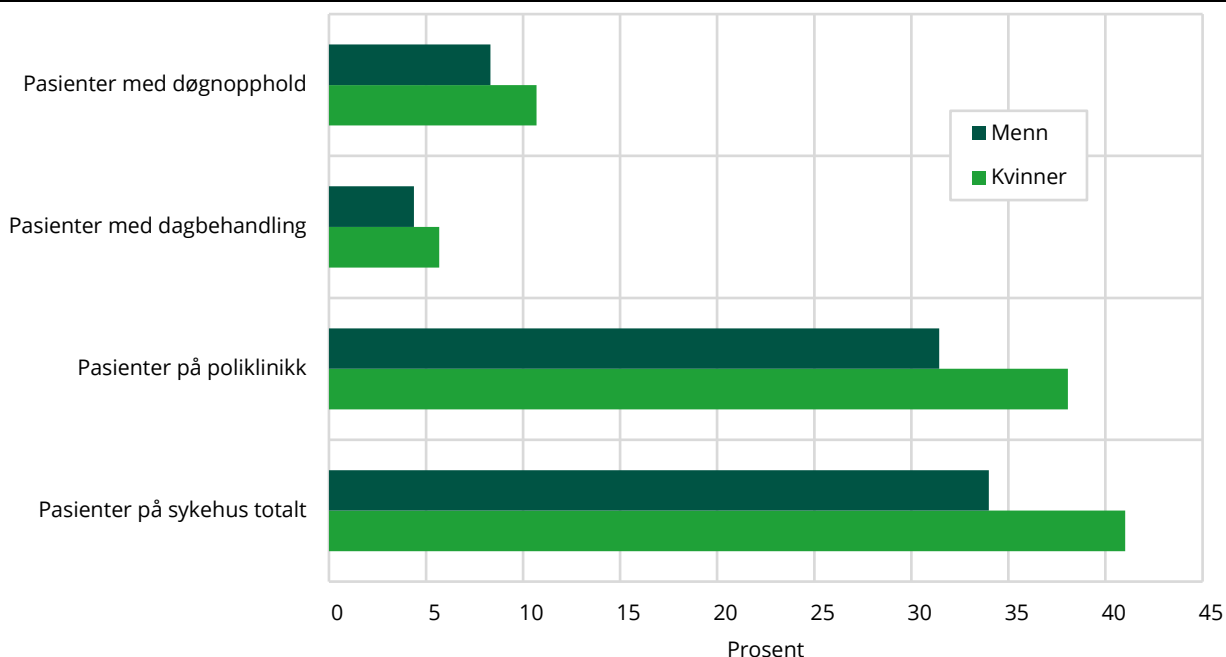
Blant voksne kvinner i fruktbar alder er det særlig luftveislidelser (inkludert korona), muskel- og skjelettlidelser, diagnoser som sorterer under allment og uspesifisert og ulike lidelser i fordøyelsessystemet som medfører legevaktbesøk. Blant de eldste kvinnene (80 år og eldre) er det særlig ulike muskel- og skjelettlidelser som medfører mange besøk på legevakten, blant annet forstuinger og

brudd etter fall. Nesten 1 av 5 besøk faller inn under denne diagnosegruppen. Allment og uspesifisert står for nesten like mange konsultasjoner, også luftveislidelser og hjerte- og karlidelser medfører en del legevaktbesøk.

4.4. Sykehusopphold fra registerdata

De aller fleste blir født på et sykehus⁸ og drøyt 1 av 4 dør⁹ der. I mellomtiden er flesteparten innom for behandling en eller flere ganger, 4 av 10 kvinner har vært pasient på et somatisk sykehus i 2021. Flere kvinner enn menn har vært behandlet på sykehus, nesten 1,1 millioner kvinner mot drøyt 920 000 menn. Kjønnforskjellen gjelder for samtlige omsorgsnivå¹⁰. En del av denne forskjellen skyldes graviditet og barnefødsler. Flest pasienter har blitt behandlet poliklinisk, 38 prosent kvinner og 31 prosent menn. Poliklinisk behandling brukes i forbindelse med utredning og behandling som utføres uten at pasienten legges inn på sykehuset. Dagbehandling er mer omfattende enn poliklinisk konsultasjon, men fortsatt uten at pasienten trenger å overnatte på sykehuset. Dagbehandling er et samlebegrep for dagkirurgi og dagmedisin, og 6 prosent kvinner og 4 prosent menn mottok dagbehandling i 2021. 11 prosent kvinner og 8 prosent menn har imidlertid hatt ett eller flere døgnopphold, som er sykehusbehandling hvor pasienten blir innlagt og overnatter. Dette er oftest tilfelle ved større kirurgiske inngrep eller der pasienten er så syk eller skadet at vedkommende må behandles på et sykehus over noe lengre tid.

Figur 4.11 Andel personer¹ som hadde minst en behandling ved somatiske sykehus, etter kjønn. 2021. Prosent



¹ Samme person kan ha vært til behandling på mer enn ett behandlingsnivå. Utenlandsbosatte er ekskludert.

Kilde: Norsk Pasientregister og Statistisk sentralbyrå, tabell 10261

Færre overnatter på sykehuset

Over tid har antallet døgnopphold og antall liggedøgn (antall dager innlagt) gått ned, mens antallet polikliniske konsultasjoner har gått opp. Dagbehandling har hatt en noe mer stabil utvikling de siste årene, men der har innholdet i hva som inngår i begrepet endret seg fra og med 2015.

⁸ I 2021 var det 446 fødsler utenfor institusjon av totalt 55 889 fødsler. Tall hentet fra Medisinsk fødselsregister (FHI 2021c), tabell over *Fødte og fødsler i institusjon*.

⁹ Antall dødsfall på sykehus i 2020 var 10 835 av totalt 40 534 dødsfall ifølge Dødsårsaksregisteret, dvs. 27 prosent (FHI 2022f).

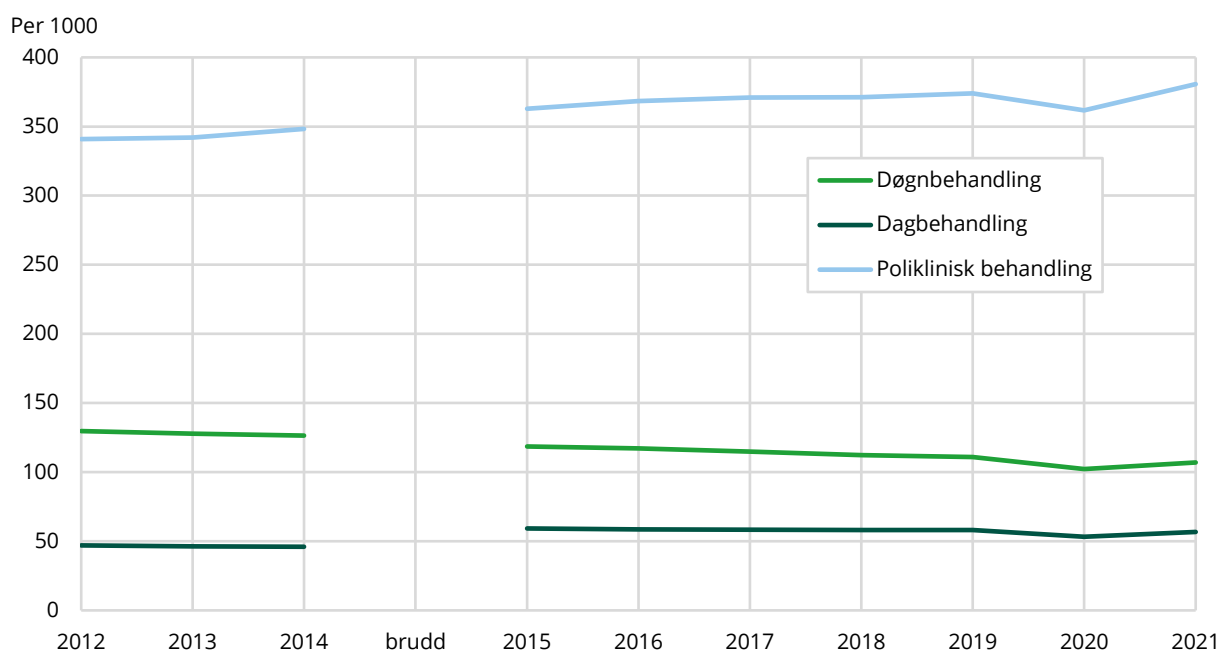
¹⁰ Omsorgsnivå omfatter døgnbehandling, dagbehandling og poliklinisk behandling.

Dagbehandling inkluderer nå innleggelser med 0 liggedager¹¹, dette ble tidligere definert som døgnbehandling. For eksempel ble dialysebehandling med 0 liggedager tidligere definert som dagbehandling, mens det nå defineres som poliklinisk kontakt. Tallene for de ulike behandlingsnivåene i 2015 er derfor ikke direkte sammenliknbare med tidligere årganger. I figuren som går tilbake til 2012¹², økte både antallet pasienter per 1 000 innbyggere som fikk dagbehandling og poliklinisk behandling noe mellom 2014 og 2015 som følge av omleggingen i registreringspraksis, mens antall kvinnelige pasienter med døgnbehandling gikk noe ned.

Nedgang som følge av pandemien

For alle omsorgsnivåene kan vi se en nedgang i antall pasienter i 2020, som følge av koronapandemien. Aktiviteten gikk ned både som følge av færre planlagte behandlinger, men også fordi restriksjoner og nedstengninger førte til færre smittsomme sykdommer i befolkningen. Pandemien ser ikke ut til å ha påvirket behandlingene på samme måte i 2021, da aktiviteten på sykehusene ser ut til å ha normalisert seg på tilnærmet samme nivå som før pandemien.

Figur 4.12 Antall kvinnelige pasienter per 1 000 innbyggere, fordelt etter behandlingsnivå - døgnbehandling, dagbehandling og poliklinisk behandling, 2012-2021



Kilde: Norsk pasientregister og Statistisk sentralbyrå

Det er flest syke blant eldre personer, og flertallet av de eldste er kvinner¹³. I 2021 utgjorde aldersgruppen 80 år og eldre 4,4 prosent av befolkningen, men de stod for 17,2 prosent av alle døgnoppholdene. Framover mot 2040 vil antallet eldre (80 år og eldre) øke fra dagens rundt 235 000 personer til nærmere 500 000 og utgjøre rundt 8 prosent av befolkningen, ifølge befolkningsframskrivingene til SSB (hovedalternativet¹⁴). 30 prosent av alle kvinner 80 år og eldre har vært innlagt på sykehus minst en gang det siste året, jamfør figur 4,3. Også blant yngre eldre kvinner (70-79 år) er det mange som har vært innlagt, 17 prosent. Drøyt 1 av 10 kvinner var innlagt i aldersgruppen 20-39 år, og det er i dette alderssegmentet at de fleste fødslene befinner seg. Det er

¹¹ Liggedager er utskrivningsdato minus innskrivningsdato. Når en pasient er innlagt og utskrevet samme dag, regnes null liggedager.

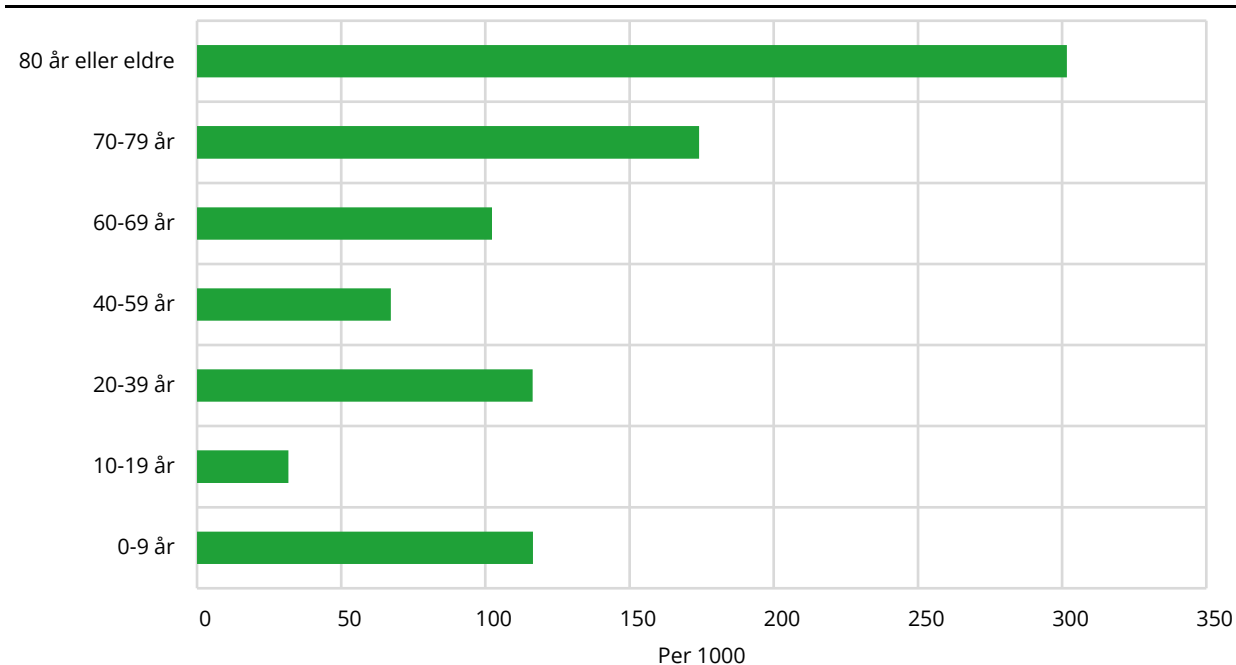
¹² Fra og med 2012 ble pasientstatistikken i SSB lagt om, noe som innebærer at tidligere årganger ikke er tilgjengelig via statistikkbanken. I 2008 ble det gjort større endringer hos Norsk pasientregister og det ble et brudd med tidligere praksis ved at sykehusdataene fra da av ble gjort personidentifiserbare.

¹³ Kvinnene utgjør 60 prosent av befolkningsgruppen 80 år og eldre 1.1. 2021.

¹⁴ <https://www.ssb.no/befolkning/befolkningsframskrivinger/statistikk/nasjonale-befolkningsframskrivinger>

også ganske mange av de yngste barna som har hatt et sykehusopphold. 12 prosent av alle jentebarn mellom 0 og 9 år har vært innlagt på sykehus i 2021. En av grunnene til den høye andelen, er at friske nyfødte er inkludert i sykehusstallene. Det ble født 56 500 barn i 2021, nesten 3 000 flere enn året før, noe som antas å være relatert til koronapandemien (FHI 2021c).

Figur 4.13 Antall kvinnelige pasienter per 1 000 innbyggere med døgnopphold på somatisk sykehus, etter aldersgruppe. 2021



Kilde: Norsk pasientregister og Statistisk sentralbyrå

Kvinner har kortere liggetid på sykehus enn menn

Sykehusomsorgen har endret seg over tid, og mer medisinsk behandling enn tidligere foregår på dagtid uten at det er nødvendig med overnatting. Det gjelder særlig mindre kirurgiske inngrep, dagmedisin og oppfølging. Men også en del større operasjoner krever kortere liggetid enn tidligere, på grunn av nye og mer avanserte operasjonsmetoder. Der pasienten legges inn, et såkalt døgnopphold, har også lengden på disse gått ned. Antallet dager kvinner ligger på sykehus etter en fødsel har også gått noe ned, fra et gjennomsnitt på 2,9 dager i 2011 til 2,6 i 2021 (FHI 2021c).

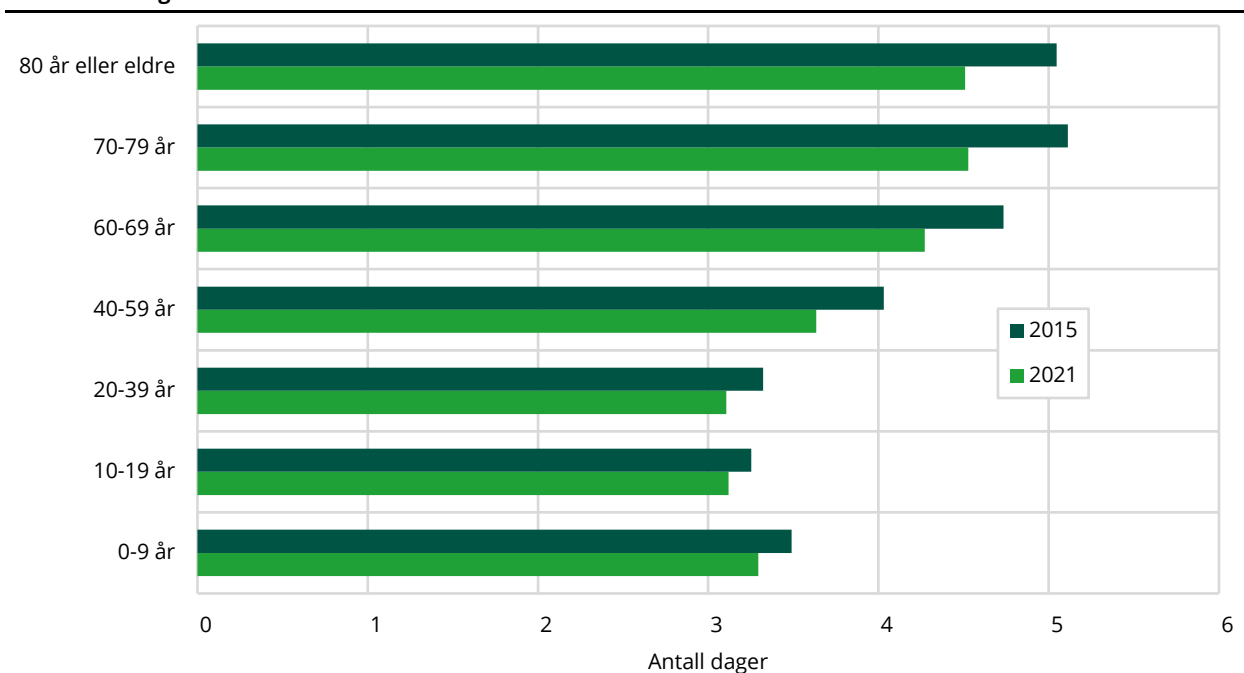
Kvinnelige pasienter hadde nær 1,6 millioner (1 577 026) liggedager på sykehus i 2021. I gjennomsnitt varer et døgnopphold for kvinnene 3,8 dager, mot mennenes 4,3 dager. De eldste ligger lenger på sykehus enn de yngre, og det er forskjeller mellom eldre kvinner (80 år og eldre) som ligger i snitt 4,5 dager per opphold mot eldre menns 4,8 dager.

Hittil har vi sett på antall liggedager per sykehusopphold, men en del pasienter har flere døgnopphold per kalenderår. Gjennomsnittlige antall liggedager per pasient for begge kjønn var 6,1 dager i 2021. Kvinnelige pasienter har 5,5 liggedager i snitt, mens mannlige pasienter har 6,8 dager. Det er stor variasjon i hvor lenge vi ligger på sykehus også etter alder; mens jentebarn 0-9 år ligger 3,9 dager i snitt, ligger eldre kvinner i alderen 70 til 79 år 7,7 dager i snitt, og kvinner 80 år og eldre ligger 7,5 dager på sykehus i gjennomsnitt. Mennene har et liknende mønster, men med unntak av aldersgruppen 20-39 år, en aldersgruppe hvor mange av oppholdene for kvinner er relatert til barnefødsler, er antall liggedager høyere for mennene i samtlige aldersgrupper. Noe som gjør at vi kan stille spørsmål ved om kvinner blir raskere skrevet ut til eget hjem eller til institusjon, eller om menn venter lenger med å kontakte lege og dermed er sykere og trenger lengere sykehusopphold enn det kvinner gjør.

Nedgang i antall liggedager

I perioden fra 2012 til 2021 har antallet liggedager for kvinner gått ned med 330 559 dager, en nedgang på 17 prosent. Men siden det også har vært en endring i registreringspraksis fra og med 2015 for pasientstatistikken, har vi i figuren valgt å bare gå tilbake til denne årgangen. Men selv i løpet av denne forholdsvis korte tidsperioden kan vi se endringer, blant annet har gjennomsnittlig antall liggedager for kvinner gått ned fra 4,2 i 2015 og til 3,8 dager i 2021. Det er også endring for samtlige aldersgrupper. Og særlig blant de eldste aldersgruppene, hvor kvinnene i snitt ligger en halv dag kortere per opphold enn seks år tidligere.

Figur 4.14 Gjennomsnittlig antall liggedager per døgnopphold for kvinnelige pasienter på somatiske sykehus i 2015 og 2021



Kilde: Norsk pasientregister og Statistisk sentralbyrå

I 2012 ble samhandlingsreformen innført, noe som medførte at kommunene fikk et økt ansvar for sine innbyggers helsetilbud og samordningen av dette. Det har vært et helsepolitisk mål at pasienter som er ferdig behandlet på sykehus skal raskere tilbake til kommunen, enten til eget hjem eller til en institusjon/sykehjem. Siden kommunene har et utvidet ansvar for å gi tjenester til utskrivningsklare pasienter, kan oppbyggingen av kommunale øyeblikkelig hjelp-plasser ha bidratt til å redusere behovet for døgnopphold på sykehus.

Hvorfor ligger kvinner på sykehus?

Det er en rekke ulike grunner til at kvinner havner på sykehus og må behandles enten via innleggelse, dagbehandling eller poliklinisk behandling. For kvinner i fruktbar alder er det særlig fødsel og barseltid som medfører et døgnopphold på sykehus. Blant de aller yngste finner vi mange nyfødte siden disse er inkludert i statistikken, men også en del nyfødte som trenger ytterligere behandling. Ellers er det særlig sykdommer i åndedrettsystemet som medfører innleggelser for jentebarn i alderen 0-9 år, blant annet akutte infeksjoner i luftveiene, lungebetennelser og influensa. Jenter i alderen 10-19 år er sjelden på sykehus, de tilhører den gruppen som i minst grad må legges inn. Her er det blant annet skader og forgiftninger, sykdom i fordøyelsessystemet (som blindtarmbetennelse), nervesystemet (bl.a. epilepsi) og luftveislidelser som er blant de vanligste grunnene til sykehusinnleggelse.

Som nevnt er det særlig blant de eldste kvinnene at det er mange sykehusopphold, og antallet øker med stigende alder. Som vist i tabell 4.2 er antallet pasienter per 1 000 innbyggere høyest i

aldersgruppen 80 år og eldre i nesten samtlige diagnosekapitler, med unntak av muskel- og skjelettlidelser, hvor det er flest kvinnelige pasienter i 70-79 års gruppen. Det er særlig mange døgnopphold som følge av hjerte- og karsykdommer blant de eldste kvinnene, men også mange sykehusopphold på grunn av ulike skader, som for eksempel lårbensbrudd.

En **hoveddiagnose** gis for den tilstanden som er hovedårsaken til at pasienten trenger behandling eller undersøkelse på sykehus. Ved flere tilstander velges den mest ressurskrevende diagnosen. I pasientstatistikken brukes den internasjonale sykdomsklassifikasjonen ICD-10. Denne er delt inn i flere ulike kapitler etter hvor sykdommen eller lidelsen sitter i kroppen.

Tabell 4.2 Antall kvinner per 1 000 som har fått døgnbehandling i 2021, etter diagnosekapitler. Aldersgrupper

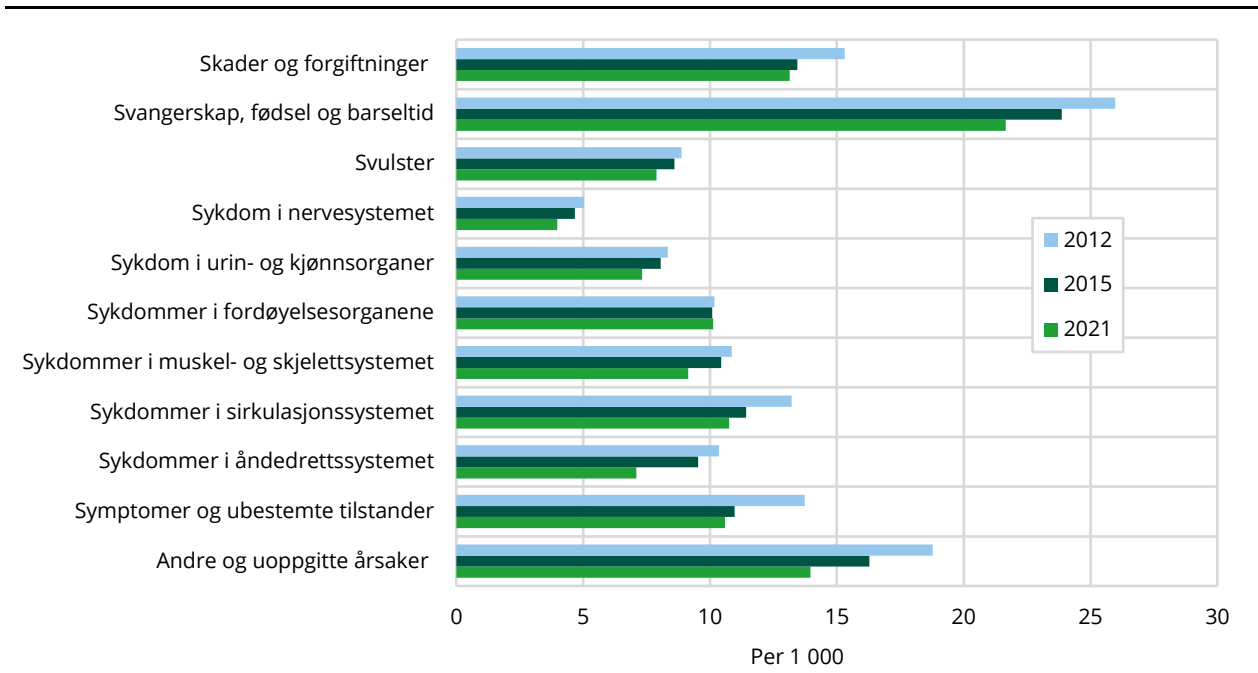
	Alle kvinner	0-9 år	10-19 år	20-39 år	40-59 år	60-69 år	70-79 år	80 år og eldre
Infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	2,5	1,5	1,0	1,3	1,6	3,3	5,4	10,9
Svulster	7,9	0,5	0,5	1,8	8,0	15,0	24,6	26,8
Sykdommer i blod og bloddannende organer	1,1	0,2	0,3	0,4	0,7	1,1	2,8	7,8
Endokrine sykdommer og ernæringsykdommer	3,1	1,1	1,4	1,8	3,1	3,9	6,3	11,3
Sykdom i nervesystemet	4,0	2,1	2,6	3,0	3,2	4,5	7,7	11,8
Sykdommer i øyet/øyets omgivelser	0,8	0,3	0,3	0,4	0,7	1,2	2,1	2,7
Sykdommer i øret og ørebenskne	0,8	0,3	0,3	0,4	0,8	1,3	1,8	2,3
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	10,8	0,3	0,6	1,4	5,1	14,5	35,2	80,1
Sykdommer i åndedrettsystemet	7,1	8,5	2,0	2,5	3,7	8,8	18,1	33,5
Sykdommer i fordøyelsesorganene	10,1	2,0	4,0	6,4	9,1	13,5	21,7	37,3
Sykdommer i hud og underhud	1,6	0,7	0,5	1,3	1,8	1,8	2,4	5,1
Sykdommer i muskel- og skjelettsystemet	9,1	0,6	2,2	3,2	8,3	16,8	28,5	27,8
Svangerskap, fødsel og barseltid	21,7	0,0	0,8	77,8	4,2	.	.	.
Tilstander med begynnelse i den perinatale perioden	1,1	10,0	0,0	0,0
Medfødte misdannelser	0,7	2,5	1,2	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1
Symptomer og ubestemte tilstander	10,6	4,1	5,4	8,3	9,1	12,1	20,2	34,8
Skader og forgiftninger	13,1	5,2	7,8	5,8	8,1	15,0	28,1	73,5
Andre og uoppgitte årsaker	14,0	85,8	2,9	5,0	4,2	5,6	7,7	12,4

Kilde: Norsk pasientregister og Statistisk sentralbyrå

Endringer over tid for diagnoser som medfører døgnopphold

Selv om antallet døgnopphold går ned over tid, og sammenliknet med tall fra 2012 har det vært en nedgang i antall innlagte kvinnelige pasienter i alle diagnosegrupper, er ikke dette nødvendigvis et uttrykk for at kvinnene er friskere enn før. Nedgangen skyldes også at det har vært endring i hva som teller med som et døgnopphold i statistikken. Et eksempel er enkelte behandlinger som tidligere ble gitt som døgnopphold og som nå blir utført poliklinisk. Derfor er tall for 2015 også tatt med, siden dette var året da endringene ble innført.

Det er særlig innenfor svangerskap og barsel at det er færre døgnopphold per 1 000 kvinner, men også innenfor sykdommer i åndedrettsystemet og muskel- og skjelett ser vi en klar nedgang. Det er også en viss nedgang innenfor flere andre diagnosegrupper med unntak av sykdommer i fordøyelsesorganene, som har ligget på samme nivå i hele perioden.

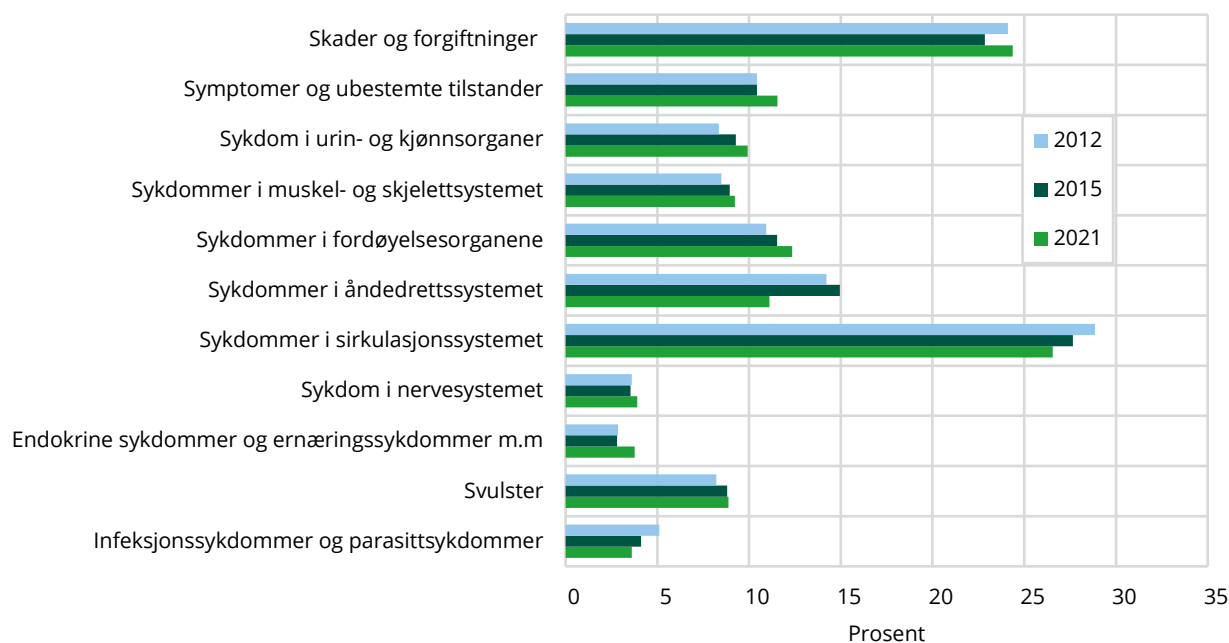
Figur 4.15 Antall kvinner per 1 000 innbyggere med døgnopphold etter utvalgte diagnosegrupper, 2012, 2015 og 2021

Kilde: Norsk pasientregister og Statistisk sentralbyrå

Ifølge en rapport fra Helsedirektoratet (2019) er det nå flere eldre på sykehus enn tidligere med lidelser som antagelig kunne vært forebygget ved tettere oppfølging av fastlegen. Omtrent halvparten av innleggelsene for eldre over 67 år er øyeblikkelig hjelp. Siden andelen eldre i Norge øker, vil slike innleggelsener kunne legge et press på spesialisthelsetjenestene framover (Helsedirektoratet 2019a). Det er mange eldre som må legges inn akutt med lidelser som dehydrering, ulike mangelsykdommer, infeksjoner og influensa. Det er også mange eldre som ligger på sykehuset med sykdommer som astma, kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og hjertesvikt (ibid).

Eldre kvinner havner på sykehus av mange ulike grunner. Fallulykker medfører blant annet mange lårbensbrudd årlig, men også andre skader i ulike deler av kroppen, som i overekstremiteter og hodet, blant annet hjernerystelse. Skader gir dermed mange døgnopphold for de eldste. Flest har imidlertid ulike hjertesykdommer, og da særlig hjertesvikt, hjertearytmier og cerebrovaskulære sykdommer (som hjerneslag). Denne diagnosegruppen står for 27 prosent av døgnoppholdene blant de eldste kvinnene (80 år og eldre).

Det er også mange eldre kvinner som legges inn på grunn av sykdommer i luftveiene, og da særlig lungebetennelse og influensa, men også mange med KOLS. I 2020 og 2021 har det vært mindre influensa enn vanlig, så andelen har gått ned, samtidig har korona medført innleggelsener blant de eldste, også blant vaksinerte.

Figur 4.16 Andel¹ kvinnelige pasienter 80 år og eldre med døgnopphold etter utvalgte diagnosegrupper. 2012, 2015 og 2021. Prosent

¹ Andel regnet ut av antall kvinner 80 år og eldre som har hatt døgnopphold, (N 2012: 46 528, 2015: 43 771 og 2021: 42 998).

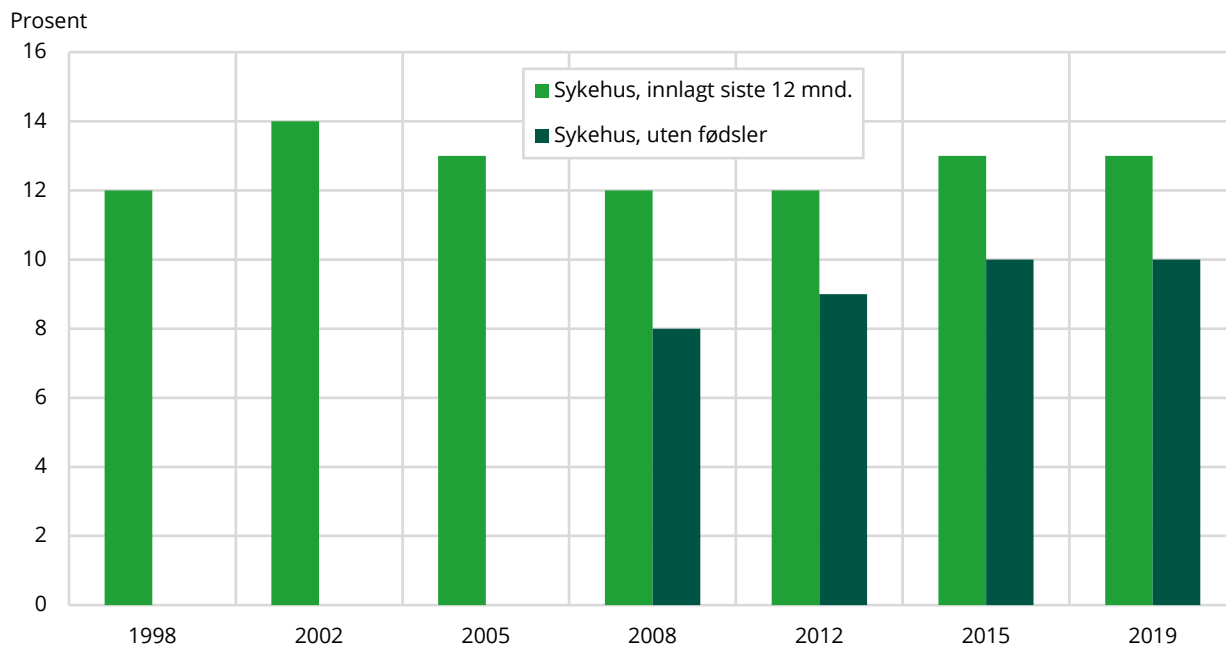
Kilde: Norsk pasientregister og Statistisk sentralbyrå

Antall pasienter med døgnopphold har gått ned over tid, og det er også endringer i hva slags sykdommer eldre kvinner blir innlagt for. Som vist i figur 4.16 er det en lavere andel innlagte kvinner med hjerte- og karlidelser enn tidligere, som til dels kan reflektere den fallende forekomsten i befolkningen. Det er også en nedgang i andel innlagte eldre med åndedrettlidelser til tross for koronaen, og i andel med infeksjonssykdommer, mens vi ser en liten økning innenfor sykdommer i fordøyelsesorganene, urin- og kjønnsorganer, endokrine sykdommer og innenfor symptomer og ubestemte tilstander. Andel eldre kvinnelige pasienter innlagt med kreft eller pga. godartede svulster har også gått svakt oppover siden 2012.

4.5. Sykehustjenester med data fra utvalgsundersøkelser

I levekårsundersøkelsen om helse (EHIS) er det også spørsmål om bruk av somatiske sykehus. Her ligger fokuset primært på de som har vært innlagt på sykehus over natten. Det er 13 prosent kvinner og 9 prosent menn 16 år og eldre som oppgir at de har vært på sykehus over natten i 2019. Om vi tar bort alle opphold i forbindelse med fødsler blir kjønnsforskjellen omtrent borte, og andelen som har ligget på sykehus synker til 10 prosent for kvinnene. Andelen kvinner som oppgir at de har ligget på sykehus har holdt seg stabil over tid, og har vekslet mellom 12 og 14 prosent de siste 20 årene, se figur 4.17. Andelen kvinner som har ligget på sykehus for annet enn fødsel har gått svakt opp, fra 8 prosent i 2008 til 10 prosent i 2019. Ifølge registertall fra Norsk pasientregister (Helsedirektoratet 2022) er det 11 prosent av den kvinnelige befolkningen som har vært på et offentlig finansiert somatisk sykehus i 2019, og andelen øker til 12 prosent om vi utelater barn og unge under 20 år. Tallene framstår altså som nokså sammenliknbare.

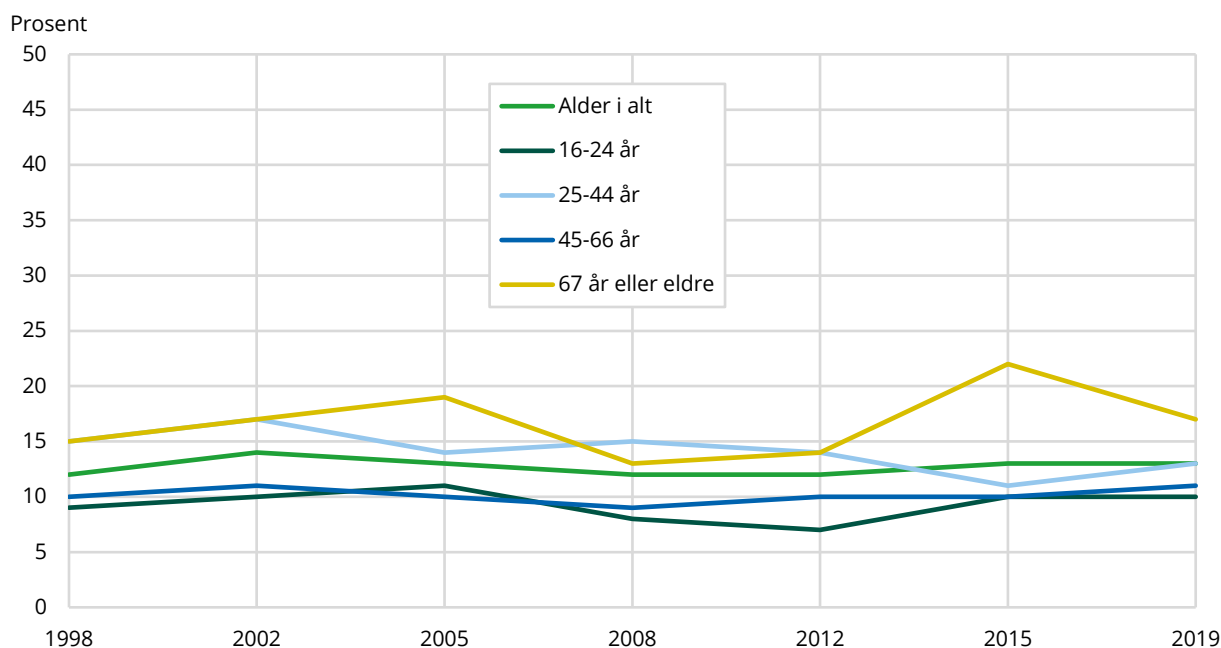
Figur 4.17 Andel kvinner som har vært innlagt på sykehus siste året, med og uten fødsler. 1998-2019. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå, tabell 11201

I tråd med registerdatafunn er det også i utvalgsundersøkelsene flere eldre enn yngre kvinner som har hatt døgnopphold på sykehus siste året, og flest finner vi i gruppen over 67 år. I 2015 og 2019 finnes det også tall for de som er 80 år og eldre, og her lå andelen på 24 prosent i 2019, en nedgang på 6 prosentpoeng fra 2015. Siden antall kvinner i den aller eldste aldersgruppen er få i disse utvalgsundersøkelsene, er det mer usikkerhet forbundet med disse tallene enn for de yngre aldersgruppene.

Figur 4.18 Andel kvinner som har vært innlagt på sykehus det siste året, inkludert fødsler. 1998-2019. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå, tabell 11201

10 prosent av de unge kvinnene oppgir at de har vært innlagt på sykehus i løpet av året, mot 17 prosent av de eldste. Blant de eldste kvinnene (67 år og eldre) har andelen variert mellom 15

prosent i 1998, til en foreløpig topp i 2015 på 22 prosent. I 2019-undersøkelsen lå andelen på 17 prosent.

Tabell 4.3 Andel kvinner som har ligget på sykehus over natten, og andel kvinner som har fått dagbehandling siste 12 måneder. 2019. Prosent

	Vært på sykehus over natten	Dagopphold	Antall
Kvinner	12	18	3872
16-24 år	9	16	483
25-44 år	13	20	1198
45-66 år	11	19	1413
67-79 år	14	16	570
80 år og eldre	24	16	208
Befolkning			
Uten innvandrerbakgrunn	12	19	3417
Med innvandrerbakgrunn	13	13	455
Familiefase			
Enslig	12	17	1352
Enslig med hjemmeboende barn	12	22	231
Par uten barn	11	19	1319
Par med hjemmeboende barn	15	19	970
Aktivitet			
I arbeid > 1 time i uken	10	18	2226
I heltidsarbeid =>37 timer i uken, register	7	16	1361
Trygdet (arbeidsrelatert)	23	32	326
Student/verneplikt	8	17	444
Alders- /AFP-pensjonist	17	16	812
Hjemmearbeidende/inaktivitet	14	10	64
Utdanning			
Grunnskolenivå	18	19	801
Videregående nivå	11	21	1357
Høyere utdanning	10	17	1635
Inntekt etter skatt per forbruksenhet			
Under 250 000	17	20	500
250 000 - 500 000	13	18	2211
Over 500 000	9	19	1161
Helsetilstand			
God helse	10	15	3011
Svekket helse	25	32	536
Psykiske plager	19	27	493

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå

Andelen kvinner som har hatt døgnopphold på sykehus varierer både etter alder, sosial status og helsetilstand. Ikke uventet har eldre kvinner oftere vært på sykehus enn gjennomsnittet. Blant kvinner over 80 år har 1 av 4 hatt minst en natt på sykehus, mens 16 prosent har vært dagpasienter. Det er minimale forskjeller mellom kvinner med innvandrerbakgrunn og øvrige kvinner når det kommer til døgnopphold, mens det er noe mindre bruk av dagbehandling blant innvandrerkvinner enn i kvinnebefolkningen ellers.

Det er kvinner i fulltidsjobb som har vært på sykehus sjeldnest (7 prosent). Trygdede (uføre og arbeidsledige) har langt oftere hatt et sykehusopphold (23 prosent). Det er færre som har vært på sykehus over natten blant kvinner med høy utdanning og høy inntekt enn blant kvinner med kortere utdanning og lavere inntekt. Dette mønsteret finner vi ikke blant dagpasientene. Blant dagpasienter er det små forskjeller i andelen som har blitt behandlet uavhengig av utdanning og inntekt.

Ikke uventet har kvinner med svekket helse i høyere grad enn andre hatt behov for døgnopphold på sykehus (25 prosent) og dagbehandling (32 prosent). Det ser ut til å være en omvendt sosial gradient i bruken av døgnopphold på sykehus. Det er høyere bruk i kvinnegrupper med svekket helse og med lav sosial status enn blant kvinner med høyere sosial status. Når det justeres for helsetilstand, øker

forskjellen etter utdanning for kvinner ytterligere. Kvinner med lav utdanning har 13 prosentpoeng høyere bruk av døgnopphold enn kvinner med høy utdanning (Lunde & Ramm 2021).

Kvinner bruk av legespesialister

Det stilles også spørsmål om konsultasjon hos legespesialister i levekårsundersøkelsen om helse (SSB 2020) og dette kan for eksempel være konsultasjoner hos hjertespesialist, gynekolog eller hudspesialist. Fra og med 2015, da undersøkelsen ble lagt om, og integrert med den europeiske helseundersøkelsen, har det vært en endring i hvordan disse spørsmålene stilles. Mens det før ble stilt to spørsmål om bruk av legespesialist enten på eller utenfor sykehus, stilles det nå kun ett samlespørsmål, hvor både poliklinikk og private spesialister skal telle med.

42 prosent av kvinnene har hatt en eller flere konsultasjoner hos en spesialist siste 12 måneder. Andelen varierer noe med alder. Færrest finner vi blant unge voksne (31 prosent), mens de øvrige aldersgruppene ligger på mellom 40 og 45 prosent. Bruk av legespesialist er imidlertid ikke like tett forbundet med økt alder som fastlegebruken er.

Det er færre kvinner med innvandrerbakgrunn som har vært hos en spesialist sammenliknet med øvrig kvinnebefolkning. Bruk av legespesialist varierer også noe etter familietype, og den høyeste andelen av brukere finner vi blant par uten hjemmeboende barn, og den laveste blant enslige kvinner.

Tabell 4.4 Andel kvinner som har vært hos legespesialist på poliklinikk eller hos privat spesialist, etter alder, innvandrerbakgrunn, familiefase, aktivitet, utdanning, inntekt og helsetilstand. 2019. Prosent

	Vært hos legespesialist	Antall
Kvinner	42	3 860
16-24 år	31	477
25-44 år	43	1 195
45-66 år	45	1 410
67-79 år	40	570
80 år og eldre	44	208
Befolkning		
Uten innvandrerbakgrunn	43	3 407
Med innvandrerbakgrunn	37	449
Familiefase		
Enslig	38	1 344
Enslig med hjemmeboende barn	41	229
Par uten barn	45	1 316
Par med hjemmeboende barn	44	967
Aktivitet		
I arbeid > 1 time i uken	41	2 222
I heltidsarbeid =>37 timer i uken, register	41	1 355
Trygdet (arbeidsrelatert)	53	325
Student/verneplikt	35	439
Alders- /AFP-pensjonist	43	810
Hjemmearbeidende/inaktivitet	38	60
Utdanning		
Grunnskolenivå	39	791
Videregående nivå	42	1 354
Høyere utdanning	44	1 633
Inntekt etter skatt per forbruksenhet		
Under 250 000	36	495
250 000 - 500 000	41	2 202
Over 500 000	46	1 159
Helsetilstand		
God helse	37	2 995
Svekket helse	54	534
Psykiske plager	50	492

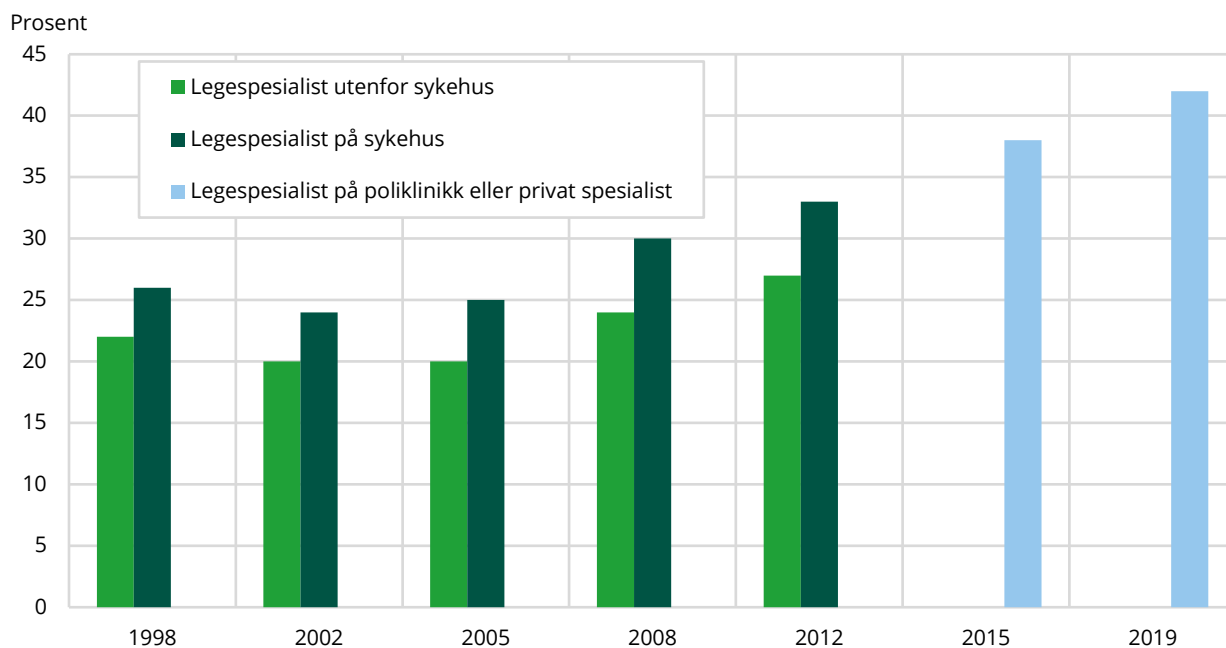
Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå

Det er lavere bruk av spesialist blant studenter, og blant kvinner i arbeid, mens trygdede oftere er hos en spesialist enn pensjonistene. Andelen kvinner som har vært hos en legespesialist siste 12 måneder øker med økt utdanning og inntekt. Det er 10 prosentpoeng flere kvinner blant dem med høy inntekt enn blant kvinner med lav inntekt som har vært hos en legespesialist. Dermed ser det ut til å være sosiale forskjeller i bruken av spesialister. Det er ikke noen opplagt grunn til at kvinner med høy utdanning og høy inntekt i større grad enn andre kvinner skal trenge spesialiserte helsetjenester jf. helsetilstanden.

Endring over tid

Siden det har vært endringer i hvordan spørsmålene stilles, er det ikke så lett å si noe om endring i bruk av legespesialister over tid, men om vi ser på data hver for seg, kan det se ut til at andelen som bruker spesialist har gått opp de siste 20 årene. Vi ser både en viss økning i bruk av spesialister i og utenfor sykehus, og når spørsmålet stilles samlet, som i 2015- og 2019-undersøkelsen.

Figur 4.19 Andel kvinner som har hatt konsultasjon med legespesialist, på sykehuset og utenfor sykehuset 1998-2012. Andel kvinner som konsultert legespesialist på poliklinikk eller privat spesialist 2015 og 2019. Prosent

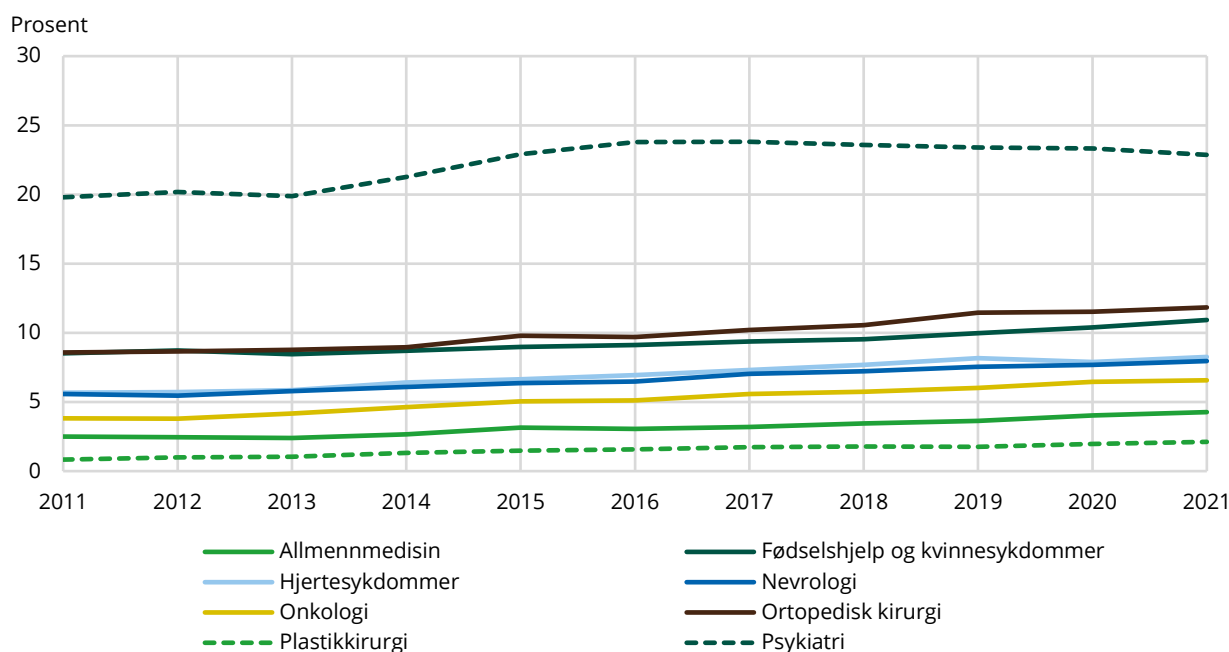


Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå, tabell 04217 og 11201

Antall legespesialister

Ved norske sykehus jobber det drøyt 11 000 legespesialister. I tillegg finnes det 1 245 årsverk blant legespesialister og kliniske psykologer som jobber utenfor sykehusene, men med en driftsavtale som medfører at de fortsatt er en del av det offentlige spesialiserte helsetilbudet til befolkningen. Figur 4.20 viser utviklingen over tid for noen utvalgte spesialiseringer per 100 000 innbyggere og tallene gjelder for begge kjønn samlet.

For legespesialistene som er ansatt på sykehusene har det vært en økning i antallet for mange av spesialiseringene, og innenfor samtlige som er tatt med i figur 4.20. Blant annet ser vi en økning for psykiatere, men også for innenfor allmenntilleggsmedisin, hjertesykdom og onkologi. Det er også en økning i antallet legespesialister som jobber med fødselshjelp og kvinnesykdommer på sykehusene, der antallet per 100 000 innbyggere har økt fra 8,5 til 10,9 i perioden 2011 til 2021.

Figur 4.20 Antall legespesialister¹ per 100 000 innbyggere ansatt i spesialisthelsetjenesten (helseforetak og private institusjoner), etter utvalgte spesialiteter. 2011-2021

¹ Figuren viser kun legespesialistene som er ansatt i spesialisthelsetjenesten. Spesialister som har avtale med spesialisthelsetjenesten, men er ansatt utenfor spesialisthelsetjenesten er ikke inkludert. For full oversikt over alle leger med spesialistutdanning i Norge se SSB-tabell: 07935: Lege-, tannlege og optikerspesialister, etter kjønn, alder og spesialitet.
Kilde: Spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå, tabell 09544

For spesialistene utenfor sykehuset er trenden over tid for mange av spesialiseringene forholdsvis stabil, men med noen endringer. Det er for eksempel en liten nedgang i antall årsverk innenfor fødsel- og kvinnesykdommer, fra 1,9 til 1,5 årsverk per 100 000 innbyggere for leger med driftsavtale. For psykiatere utenfor sykehus har det også vært en liten nedgang, fra 3,9 i 2001 til 3,5 årsverk i 2021. Årsverk for hud- og veneriske sykdommer (kjønnsykdommer) har økt svakt fra 1,2 i 2001 til 1,3 årsverk i 2021.

4.6. Kvinnerens bruk av psykolog og psykiater

Ulike lidelser gir ulike behov for hjelp og oppfølging. Enkelte lider av alvorlige psykiske lidelser, som anoreksi, schizofreni og psykoser, mens andre har lettere problemer eller symptomer som følge av ettervirkninger av et traume, en skilsmisse eller et personlig tap. Noe som kan medføre et behov for terapeutisk behandling hos en psykolog eller en psykiater. Psykologer og psykiatere brukes i langt mindre grad enn leger av befolkningen. 6 prosent oppgir å ha vært hos en psykolog i løpet av de siste 12 månedene, dobbelt så mange kvinner som menn, henholdsvis 8 og 4 prosent. Det er færre som oppgir at de har vært hos en psykiater, 2 prosent kvinner og 1 prosent menn.

Å gå til psykolog er langt vanligere i den yngre delen av befolkningen. Andelen kvinner som har vært hos psykolog synker med økende alder, fra 19 prosent blant kvinner i alderen 16 til 24 år og ned til 1 prosent blant eldre 67-79 år og 0,5 prosent blant de eldste kvinnene. Et liknende mønster finner vi blant dem som oppgir psykiske plager. Psykiske plager er vanligere blant yngre kvinner, hvor drøyt 1 av 5 er plaget, mens det gjelder kun 7 prosent av de eldste kvinnene (80 år og eldre). Samtidig utgjør de eldste en liten gruppe, så andelen er beheftet med noe usikkerhet.

Tabell 4.5 Andel kvinner som har vært hos psykolog, og/eller psykiater siste 12 måneder, etter alder, innvandringsstatus, familiefase, aktivitet, utdanning, inntekt og helsetilstand. 2019. Prosent

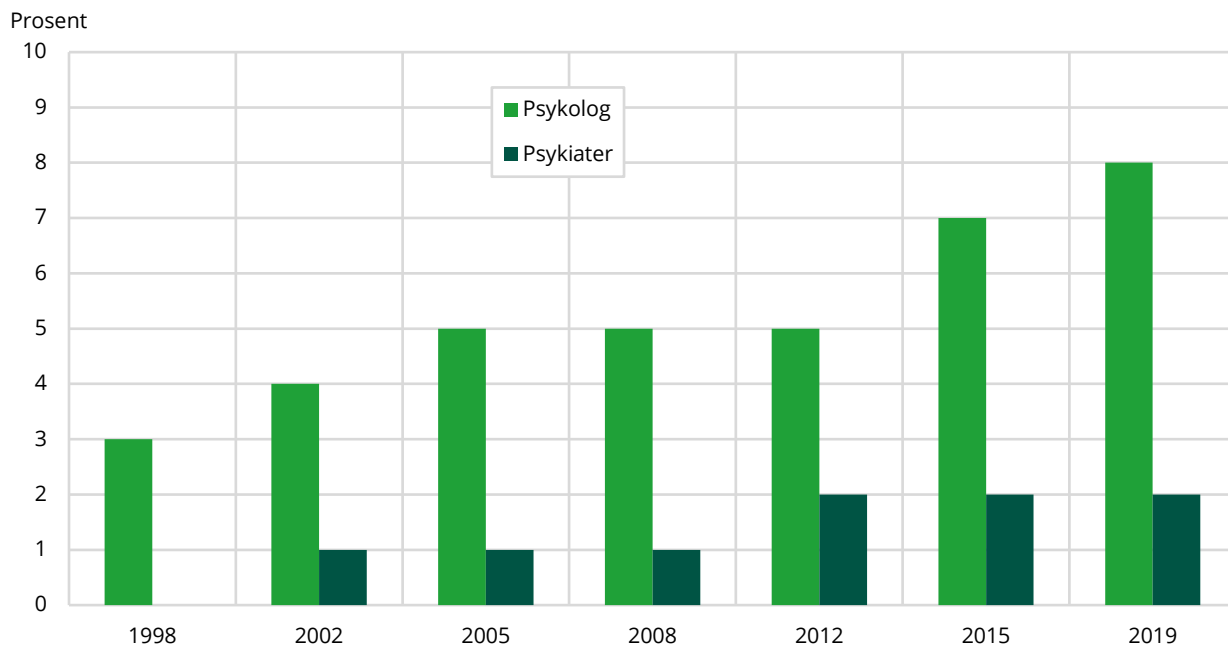
	Vært hos psykolog	Vært hos psykiater	Antall
Kvinner	8	2	3867
16-24 år	19	4	482
25-44 år	11	3	1196
45-66 år	5	1	1413
67-79 år	1	1	568
80 år og eldre	0,5	0,2	208
Befolkning			
Uten innvandrerbakgrunn	8	2	3418
Med innvandrerbakgrunn	7	1	454
Familiefase			
Enslig	12	3	1351
Enslig med hjemmeboende barn	15	3	231
Par uten barn	3	1	1322
Par med hjemmeboende barn	7	2	968
Aktivitet			
I arbeid > 1 time i uken	7	1	2226
I heltidsarbeid =>37 timer i uken, register	6	1	1358
Trygdet (arbeidsrelatert)	12	4	327
Student/verneplikt	22	4	444
Elev/student =>10 timer uken	19	4	546
Alders- /AFP-pensjonist	1	0	813
Hjemmearbeidende/inaktivitet	8	3	62
Utdanning			
Grunnskolenivå	9	2	802
Videregående nivå	7	2	1356
Høyere utdanning	9	2	1635
Inntekt etter skatt per forbruksenhet			
Under 250 000	14	3	499
250 000 - 500 000	7	2	2212
Over 500 000	7	1	1161
Helsetilstand			
God helse	7	1	3004
Svekket helse	13	4	536
Psykiske plager	30	7	494

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå

Om man har konsultert en psykolog det siste året varierer etter familiefase. Andelen ser ut til å være høyest blant enslige med hjemmeboende barn, og lavest blant kvinner som lever i parforhold uten barn. Å ha ulike psykiske utfordringer eller lidelser som øker behovet for en psykolog ser ut til å være nært forbundet med ungdomstid og ung voksentid. Når vi ser på aktivitet, er det særlig de kvinnelige studentene som utpeker seg, her har nesten 1 av 4 vært hos en psykolog. Det er små forskjeller etter utdanningsnivå, men det er variasjon etter inntektsnivå. Blant kvinner med lav inntekt er andelen som har vært hos psykolog høyere, 14 prosent. Her vil vi nok også finne mange av de unge studentene, som har lavere inntekt enn andre mens de studerer.

Andelen kvinner som oppgir at de har vært hos en psykolog har doblet seg de siste 20 årene, ifølge levekårsundersøkelsen om helse (SSB 2020). Andelen som har vært hos en psykiater har økt, fra 1 prosent i 2002, og til 2 prosent i 2012, for deretter å holde seg på dette nivået som vist i figur 4.21.

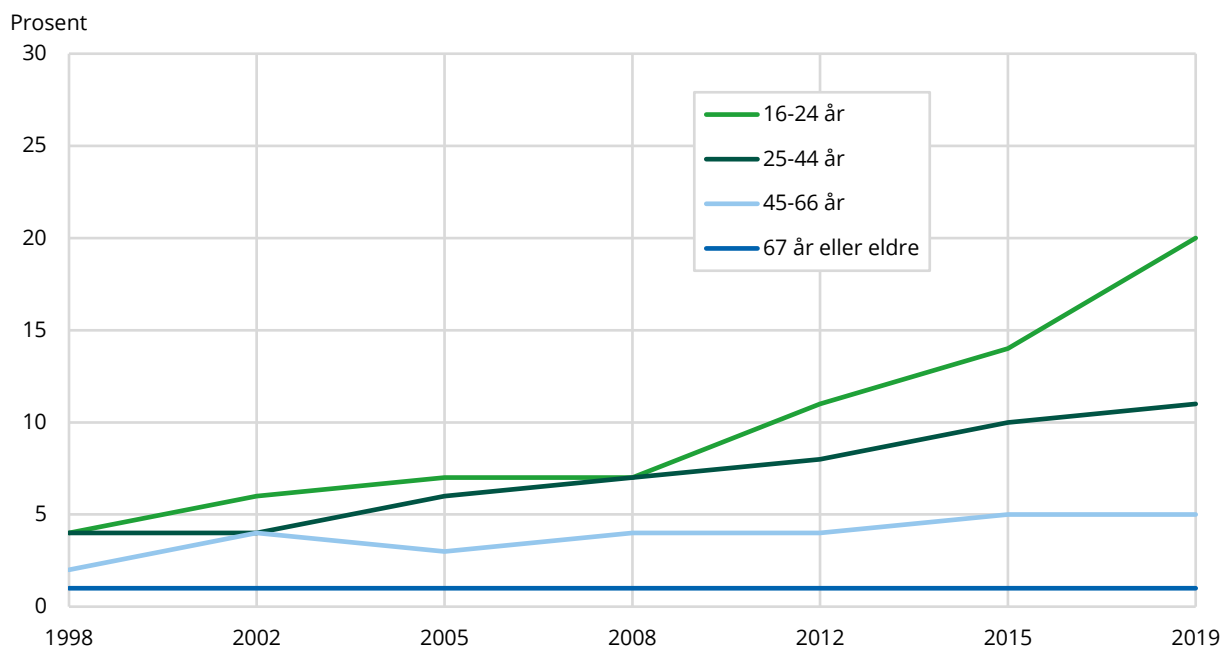
Figur 4.21 Andel kvinner som har konsultert psykolog og psykiater siste 12 måneder. 1998-2019. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå, tabell 11201

Økningen i bruk av psykolog vises også i flere av de ulike aldersgruppene. Det er særlig i de to yngste aldersgruppene at økningen er mest markant. Blant middelaldrende har det vært en viss økning, som har stabilisert seg de siste årene, mens blant eldre kvinner over 67 år er det ingen endring i 20 årsperioden.

Figur 4.22 Andel kvinner som har konsultert psykolog siste 12 måneder. Aldersgrupper. 1998-2019. Prosent



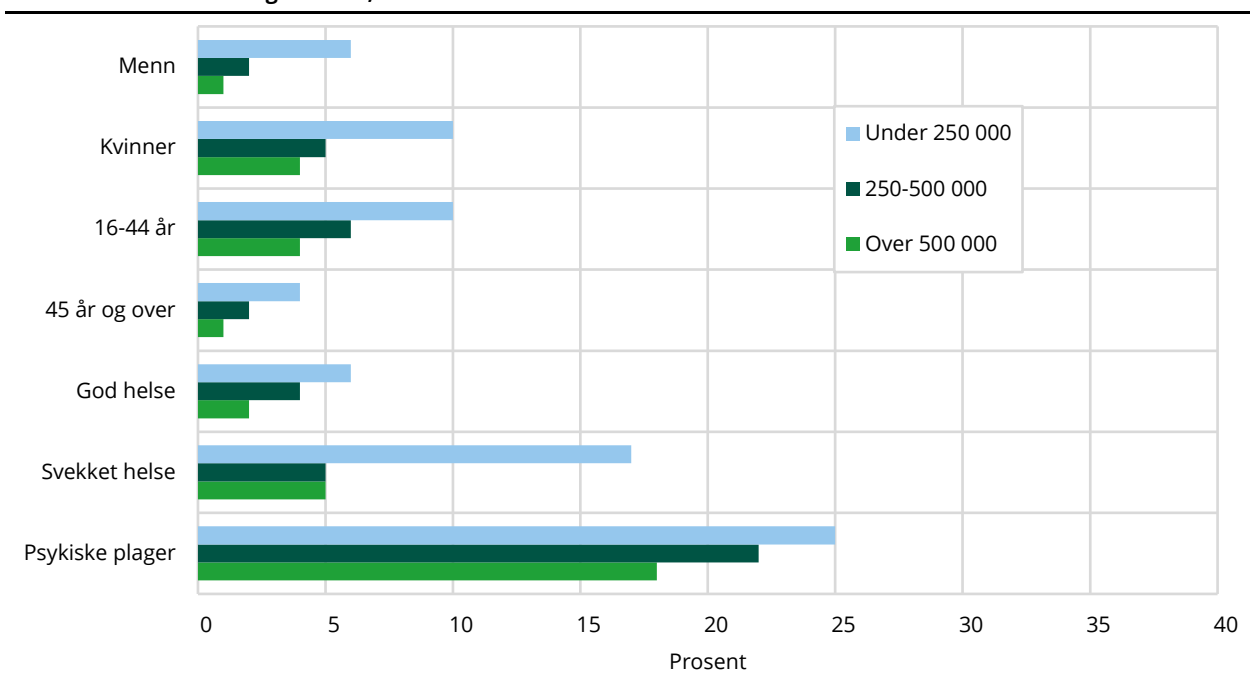
Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå

For å få tilgang til en psykolog gjennom det offentlige helsevesenet må man ha en henvisning, for eksempel fra fastlegen. Men det kan være lang ventetid på å få time, selv med henvisning. Private psykologer uten driftsavtale kan da være et alternativ, men da må hele timeprisen dekkes av den enkelte og dermed kan det bli et økonomisk spørsmål om man har råd til behandling. I levekårsundersøkelsen om helse (SSB 2020) er det stilt spørsmål om udekket behov for psykolog eller

psykiater, og det er snakk om selvopplevd udekket behov (*Har du i løpet av de siste 12 månedene hatt behov for time hos psykolog eller psykiater uten å ta kontakt?*). Det er 6 prosent av kvinner og 2 prosent av menn som oppgir at de har et udekket behov for psykiske helsetjenester og det er flere yngre enn eldre som oppgir et slikt behov.

Vi kan også se en sosial gradient etter inntekt for både kvinner og menn, og etter helsetilstand. Det er flere med lav inntekt som oppgir et udekket behov for psykolog eller psykiater, særlig blant kvinnene og de med svekket helse og psykiske plager. Som vist i figur 4.23 er det 10 prosent av kvinnene i den laveste inntektsgruppen som oppgir et udekket behov for psykolog eller psykiater, mot 4 prosent i den høyeste gruppen.

Figur 4.23 Andel 16 år og eldre med et udekket behov for psykolog eller psykiater. Kjønn og helsetilstand, justert husholdningsinntekt, 2019¹ Prosent



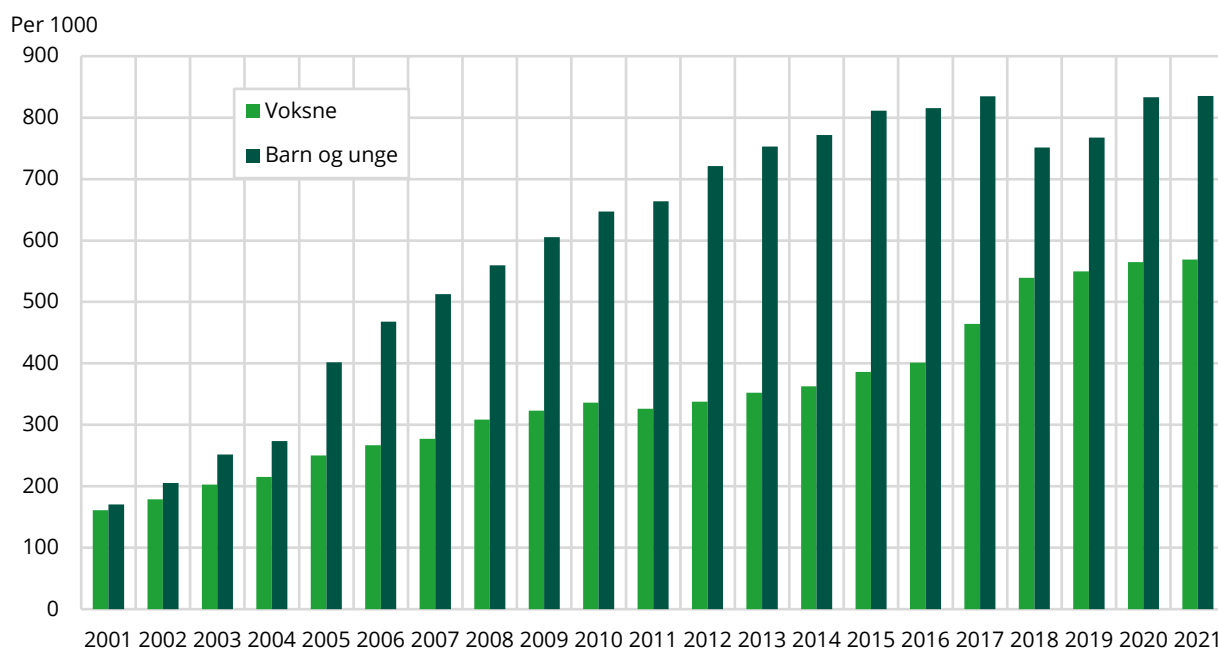
¹ Figuren er hentet fra rapporten Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester (Lunde & Ramm 2021).

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå

Økt bruk av poliklinikk i psykisk helsevern

Psykisk helsevern er tilbudt til personer med psykiske lidelser som gis via spesialisthelsetjenesten, før kalt psykiatrien. I enkelte tilfeller kan det være snakk om tvunget psykisk helsevern i enten åpen eller lukket avdeling. I tillegg til døgnplasser og døgnbehandling, gis det også dagbehandling og poliklinisk behandling. Det har vært en stor økning i bruk av polikliniske konsultasjoner for voksne innenfor psykisk helsevern de siste 20 årene. Antallet døgnplasser har imidlertid gått ned, fra 5 800 plasser til rundt 3 300. Antallet polikliniske konsultasjoner har derimot steget kraftig, fra 530 000 konsultasjoner i 2000 til 1 930 000 i 2017. I 2018 ble også avtalespesialistene inkludert i tallene og i 2021 er antallet polikliniske konsultasjoner i voksenpsykiatrien nesten 2 500 000 (begge kjønn).

Også innenfor psykisk helsevern for barn og unge (BUP) har det vært en sterk økning i antall polikliniske konsultasjoner, mens antallet tilgjengelige døgnplasser har vært omtrent uendret de siste 20 årene (drøyt 300 plasser). I 2021 ble det registrert nesten 93 000 døgnopphold for barn under 18 år, en økning på 20 prosent fra forrige år. Det har fra myndighetenes side vært et ønske om færre pasienter i døgnbehandling på institusjon og mer poliklinisk behandling og lavterskeltilbud, slik at pasientene kan fortsette å bo hjemme. Koronasituasjonen kan ha påvirket antallet barn som trengte hjelp i 2020 og 2021.

Figur4.24 Antall polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbyggere innenfor psykisk helsevern for voksne, barn og unge (begge kjønn). 2001-2021

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå, tabell 04511 og 04513

Mellom 2020 og 2021 økte antallet sysselsatte innenfor BUP med over 300 ansatte. Det var særlig antall psykologer som gikk opp, og antallet har økt med 30 prosent siden 2015.

Nedbyggingen av sengeplasser kan medføre at pasienter som har behov for ekstra oppfølging må vente lenger på hjelp. Barne- og ungdomspsykiatrien har vært under press, og under pandemien ble situasjonen verre på grunn av et økende antall henvendelser, ifølge Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenester (Ukom 2021). Barn og unge ble henvist blant annet på grunn av ensomhet, spiseforstyrrelser, selvmordstanker, samt vold og rus i nære relasjoner. Det var en økning av ny-henviste på 21 prosent i perioden januar til februar i 2021 (ibid.).

4.7. Kvinnerens bruk av fysioterapeut, ernæringsfysiolog og alternative behandlere

Mange kvinner lever med ulike smerter og plager. Ifølge levekårsundersøkelsen om helse fra 2019 (SSB 2020) oppga 41 prosent av kvinnene 16 år og eldre at de var plaget med varige eller tilbakevendende smerter i kroppen siste 3 måneder. En fysioterapeut kan behandle og forebygge ulike skader og sykdommer som gir smerter eller nedsatt funksjonsevne i muskel- og skjelettsystemet (Norsk fysioterapeutforbund). I 2019 oppgav 22 prosent av kvinnene at de hadde vært en eller flere ganger hos en fysioterapeut, mot 17 prosent av mennene.

Bruk av fysioterapi øker med økende alder, fram til 67-79 år, hvor 27 prosent har vært hos en fysioterapeut siste 12 måneder. Det er litt vanligere å bruke fysioterapi i kvinnebefolkningen for øvrig enn blant innvandrerkvinner, det er også noen forskjeller etter familiefase, hvor enslige med barn bruker mer fysioterapi enn enslige uten barn. Det er nesten 1 av 3 trygdede (uføre og arbeidsledige) som har hatt behov for fysioterapi, mens færrest finner vi blant de kvinnelige studentene (15 prosent). Samtidig er studentene yngre enn kvinnene som er trygdet, så dette kan også være en alderseffekt.

Det er noen forskjeller i bruk etter utdannings- og inntektsnivå, og selv om de ikke er så store, ser vi at bruken av fysioterapi øker med økende inntektsnivå. Dette antyder en sosial ulikhet i bruken av fysioterapi. Det er flest kvinner med svekket helse som har vært hos fysioterapeut det siste året, 34

prosent, mot 19 prosent blant kvinner med god helse. Også mange kvinner med ulike psykiske plager har vært hos fysioterapeut, 27 prosent, se flere tall i tabell 4.6.

Tabell 4.6 Andel kvinner 16 år og eldre som har vært hos fysioterapeut, ernæringsfysiolog og alternativ behandler siste 12 måneder. 2019. Prosent

	Fysioterapeut	Ernærings- fysiolog	Alternativ behandler	Antall
Kvinner	22	3	11	3871
16-24 år	16	3	9	483
25-44 år	20	2	13	1199
45-66 år	24	3	14	1411
67-79 år	27	3	6	570
80 år og eldre	26	1	4	208
Befolkning				
Uten innvandrerbakgrunn	23	3	12	3417
Med innvandrerbakgrunn	17	3	10	454
Familiefase				
Enslig	20	3	9	1352
Enslig med hjemmeboende barn	26	2	14	231
Par uten barn	24	2	13	1318
Par med hjemmeboende barn	22	3	13	970
Aktivitet				
I arbeid > 1 time i uken	21	2	14	2225
I heltidsarbeid =>37 timer i uken, register	21	2	13	1361
Trygdet (arbeidsrelatert)	32	6	13	327
Student/verneplikt	15	4	10	444
Alders- /AFP-pensjonist	25	2	6	811
Hjemmearbeidende/inaktivitet	23	2	12	64
Utdanning				
Grunnskolenivå	21	3	9	803
Videregående nivå	23	3	12	1357
Høyere utdanning	23	2	13	1632
Inntekt etter skatt per forbruksenhet				
Under 250 000	20	4	9	500
250 000 - 500 000	22	2	11	2211
Over 500 000	24	2	14	1160
Helsetilstand				
God helse	19	1	11	3008
Svekket helse	34	8	12	537
Psykiske plager	27	6	15	494

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå

Det finnes bare sammenliknbare data over bruk av fysioterapeut fra en annen årgang, 2015 undersøkelsen, og det er kun små endringer i løpet av denne perioden. Andelen kvinner som har konsultert en fysioterapeut lå på 21 prosent i 2015, og det meste er likt i de ulike aldersgruppene, med unntak av en liten økning i bruk i aldersgruppen 25-44 år i 2019.

Bruk av ernæringsfysiolog

En ernæringsfysiolog gir kostholdsrad, det kan være til f.eks. gravide, idrettsutøvere og eldre. De kan hjelpe til med å forebygge og behandle ulike livsstilssykdommer som diabetes type 2, høyt kolesterol, høyt blodtrykk eller fedme. I befolkningen er det ikke så vanlig å benytte en ernæringsfysiolog eller kostholdseksperter, kun 3 prosent kvinner og 2 prosent menn oppgir at de har vært hos en ernæringsfysiolog siste 12 måneder i 2019. Andelen er ganske like etter både alder og familietype, men vi ser en liten forskjell etter aktivitet. Kvinner som er uføretrygdet eller på arbeidsledighetstrygd har i litt større grad (6 prosent) oppsøkt en ernæringsfysiolog enn andre.

Bruken er så liten at det er vanskelig med våre tall å undersøke vesentlige forskjeller etter utdanning og inntekt, men de synes små. Vi ser større forskjeller etter helsetilstand. Blant kvinner med god helse har kun 1 prosent vært hos en ernæringsfysiolog, mens det omfatter 8 prosent av kvinnene med svekket helse og 6 prosent av dem med psykiske plager. Dette spørsmålet ble også stilt i 2012 (men ikke i 2015), den gangen var det 2 prosent av kvinnene som oppga at de hadde vært hos en ernæringsfysiolog. Inndelt etter alder var tallene 2 prosent av unge kvinner, 3 prosent av voksne og middelaldrende kvinner, og 1 prosent av kvinnene over 67 år.

Bruk av alternativ behandler

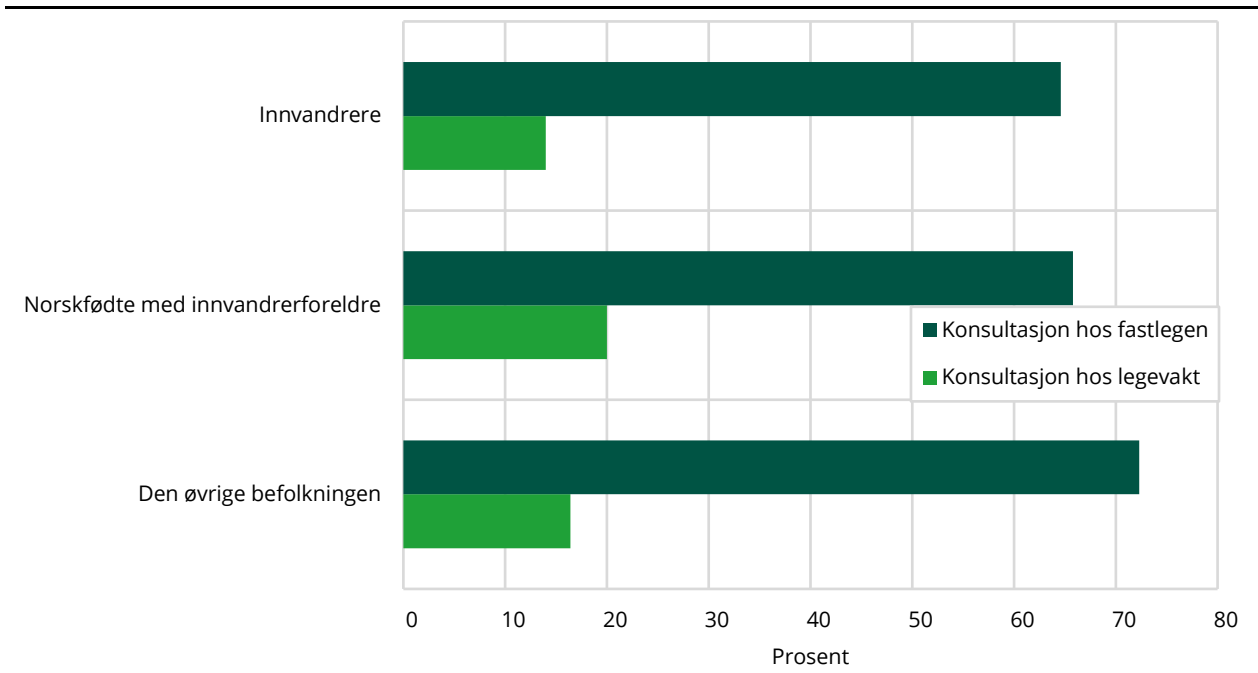
Alternativ behandlere omfatter flere ulike yrkesgrupper, som for eksempel homeopat, akupunktør, fotsoneterapeut, aromaterapeut, massasjeterapeut, naprapat, osteopat og healer. Drøyt 1 av 10 kvinner har vært hos en alternativ behandler siste 12 måneder i 2019, mens 7 prosent av mennene oppgir det samme. Flest finner vi blant middelaldrende kvinner mellom 45 og 66 år, hvor 14 prosent har vært en eller flere ganger hos en alternativ behandler siste året. Det er langt færre blant de eldre kvinnene, 6 prosent blant kvinner 67 til 79 år og 4 prosent 80 år og eldre. Det er kun små forskjeller etter innvandrerbakgrunn. Enslige kvinner har i mindre grad benyttet seg av alternativ behandler enn kvinner i forhold med og uten barn. Videre er andelen som har oppsøkt en alternativ behandler litt over gjennomsnittet blant kvinner i arbeid, mens den er lavere blant studenter og pensjonister.

Vi finner heller ikke store forskjeller i bruk etter utdanning eller inntekt. Det er også små forskjeller etter helsetilstand, og kvinner med god og svekket helse har omtrent lik bruk av ulike alternative behandlere. Andelen brukere blant kvinner med psykiske plager ligger imidlertid litt over gjennomsnittet, på 15 prosent. Også her har vi bare sammenliknbare data tilbake til 2015, og vi kan se en liten nedgang over tid, fra 14 til 11 prosent blant kvinnene. Dette gjelder også på tvers av alder, med unntak av de eldste kvinnene. Størst er nedgangen blant voksne kvinner i gruppen 25 til 44 år, hvor andelen som har vært hos en alternativ behandler siste året har gått ned fra 17 til 13 prosent.

4.8. Innvanderers bruk av helsetjenester

Innvandrere bruker helsetjenester i mindre grad enn befolkningen generelt, men dette varierer noe mellom tjenestetyper. Mange som har behov for legehjelp, oppsøker ikke lege (Nissen-Meyer et al. 2008). Ifølge tall fra allmennlegestatistikken til SSB hadde 65 prosent av innvanderne hatt minst en konsultasjon hos fastlegen i 2021, mot 72 prosent av den øvrige befolkningen. Innvandre har også litt færre legebesøk i snitt; 2,9 mot den øvrige befolkningens 3 i året. De bruker også legevakten noe mindre enn øvrig befolkning, som vist i figur 4.25.

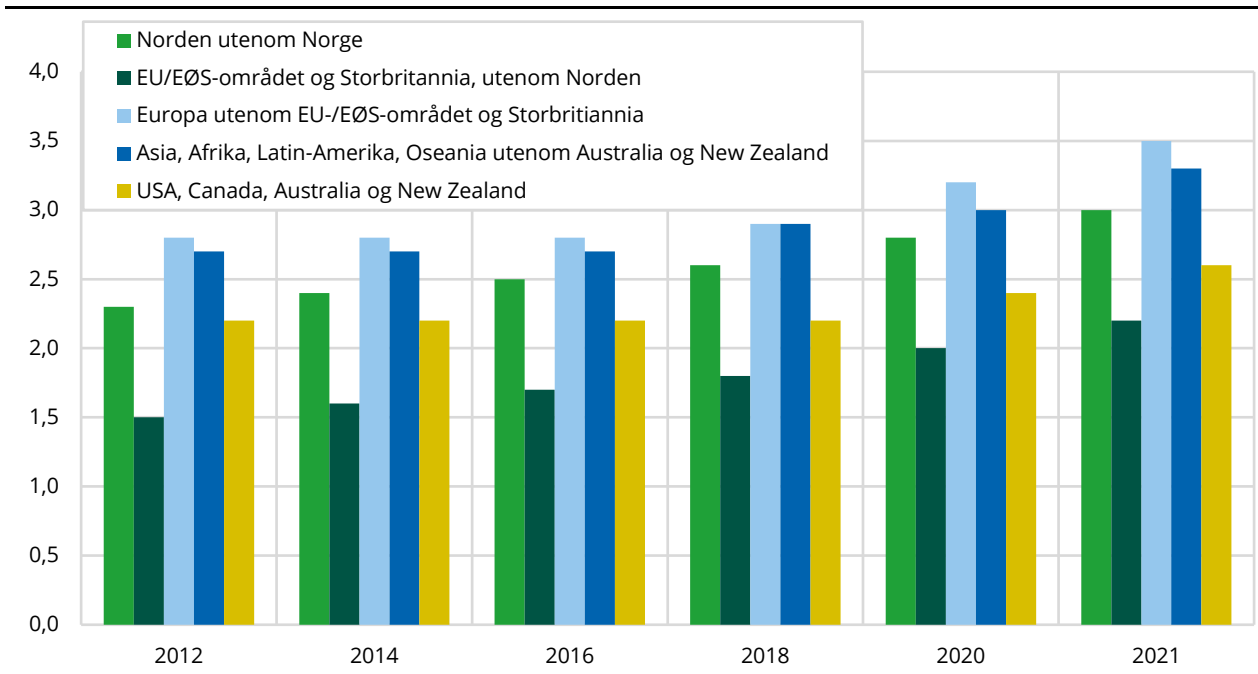
Figur 4.25. Andel innvandrere, norskfødte med innvandrerforeldre og øvrig befolkning (begge kjønn) med minst 1 konsultasjon hos fastlegen eller legevakt i 2021. Prosent



Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå, tabell 09492 og 10312

Selv om innvandrere bruker fastlegen litt mindre enn befolkningen totalt sett, er det store forskjeller etter landbakgrunn. Innvandrere fra land i EU og EØS og fra blant annet USA og Australia bruker fastlegen sjeldnere enn befolkningen ellers, mens innvandrere fra andre deler av verden, som Asia, Afrika og Latin-Amerika bruker fastlegen mer, jf. figur 4.26.

Figur 4.26. Antall fastlegekonsultasjoner per person for innvandrere (begge kjønn), etter ulike regioner. 2021



Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå, tabell 09493

I en SSB-rapport ses det nærmere på eldre innvandreres bruk av fastlegen, dvs. innvandrere 60 år og eldre som er registrert med en eller flere konsultasjoner hos legen. Bruken er lavere enn blant eldre i den øvrige befolkningen, men den varierer mellom ulike grupper av innvandrere og mellom ulike aldersgrupper. Innvandrere fra land utenfor EU/EØS og som er under 75 år bruker legen mye,

mens de aller eldste i denne innvandrerguppen har lav legebruk. Innvandrere fra innenfor EU/EØS-området har også lavere bruk enn befolkningen for øvrig. Ulik legebruk har sannsynligvis sammenheng med blant annet botid og innvandringsgrunn (Dzamarija 2022).

Også når det gjelder bruken av kommunale helse- og omsorgstjenester er det gjennomgående lavere andel brukere blant eldre innvandrere enn blant øvrige eldre. Forskjellene øker med økende alder. For hjemmetjenestene forsterkes forskjellene om vi ser på omfanget av tjenestebruk (ibid.).

Ulik bruk av tjenester kan være uttrykk for ulike holdninger eller preferanser. Men mindre bruk kan også bunne i manglende kjennskap til tjenestene, lite kunnskap om egenbetaling og refusjon, språkbarrierer eller at tjenestene avviker for mye fra det innvandrere har erfaring med fra opprinnelseslandet. Noen tjenester forutsetter henvisning fra annet helsepersonell, og det vil da være et spørsmål om hvordan man har nådd fram med formidlingen av sitt behov. Bruk av helsetjenester sier altså noe om helsetilstanden i grupper av innvandrere, men også i hvilken grad de er integrert i det norske samfunnet og klarer å ta helsetjenestene i bruk.

4.9. Oppsummering

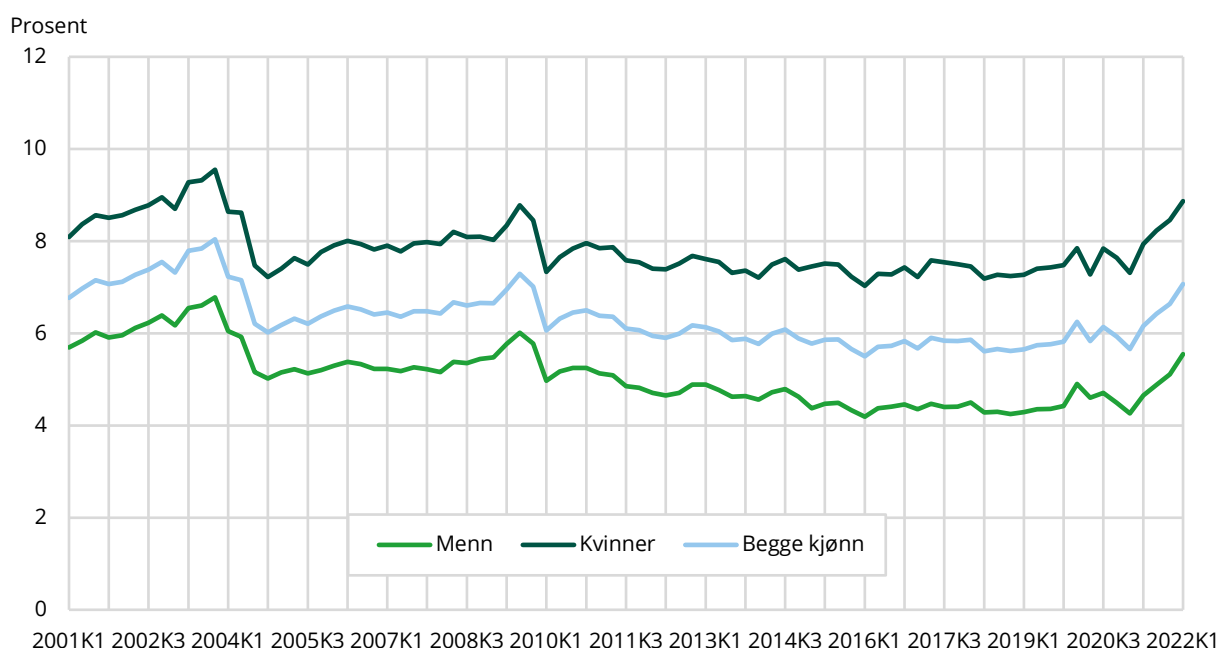
- Fastlegen brukes av kvinner flest og bruken øker med alderen. Høyest bruk ser vi blant eldre kvinner, særlig i gruppen 80 til 89 år. Men antall konsultasjoner per person er høyt også blant kvinner i fruktbar alder (30-49 år), hvor mange kvinner skal følge opp svangerskap og barnefødsler. Antall konsultasjoner per person har økt mest blant voksne kvinner (30-49 år), men vi ser også en økning blant unge jenter (16-19 år) og unge kvinner (20-29 år). Mens vi ser en nedgang de siste ti årene blant eldre, med unntak av de aller eldste kvinnene (90 år og eldre).
- Bruksmønsteret for legevaktjenester er forskjellig fra bruk av fastlegetjenester. Her er antallet konsultasjoner per person høyest blant de yngste jentene 0-5 år, men vi finner også mange legevaktkonsultasjoner blant jenter på videregående skole og blant yngre kvinner. Men eldre kvinner (80 år og eldre) bruker også en del legevakt. Over tid har antallet konsultasjoner gått noe ned i samtlige aldersgrupper, men særlig blant små barn og blant unge kvinner. Blant de eldste kvinnene (80 år og eldre) ser vi en større nedgang enn blant andre aldersgrupper mellom 2019 og 2021, noe som nok er forårsaket av pandemien.
- 4 av 10 kvinner har vært behandlet på et somatisk sykehus siste 12 måneder. Flest er behandlet poliklinisk, mens drøyt 1 av 10 kvinner har hatt en sykdom eller lidelse som medførte behov for innleggelse. Over tid har antall kvinner med døgnopphold gått ned, mens antallet som behandles poliklinisk har økt. Det er flest eldre kvinner (80 år og eldre) som legges inn på sykehus over natten. Men det er også mange pasienter i gruppen 70-79 år, voksne kvinner 20-39 år og barn 0-9 år, her finner vi blant annet fødende kvinner og friske nyfødte. Over tid kan vi se en nedgang i både antallet døgnopphold og i hvor lenge kvinner ligger på sykehuset per opphold. Gjennomsnittlig antall liggedager har gått noe ned for samtlige aldersgrupper de siste årene, og mest for eldre kvinner.
- Også andre helsetjenester benyttes i ulik grad av den kvinnelige befolkningen. Bruk av psykolog er langt vanligere i den yngre delen av befolkningen, og andelen kvinner som går til psykolog har økt over tid. Vel 1 av 4 kvinner har vært hos en fysioterapeut i løpet av et år og bruken øker med alderen. Kun en liten andel har vært hos en ernæringsfysiolog, flest finner vi blant dem med svekket helse. Rundt 1 av 10 har benyttet seg av alternativ behandler, flest blant middelaldrende kvinner.

5. Kvinner sykefravær

Dårlig helse, sykdom og skader kan medføre fravær fra jobben, enten egenmeldt eller legemeldt sykefravær¹⁵. Det sesongjusterte sykefraværet ligger på 7,1 prosent blant lønnstakerne i alderen 16 til 69 år 1. kvartal 2022. Kvinner sykefravær er høyere enn menns, og kjønnsforskjellene er størst for det legemeldte fraværet. Vi har vært inne i en spesiell periode hvor sykefraværet har vært veldig høyt på grunn av korona og influensa, mens det uten disse diagnosene er historisk lavt.

Figur 5.1 viser utviklingen i egen- og legemeldt sykefravær de siste 20 årene, og tallene er sesongjusterte. Det er særlig sykemeldingsreformen¹⁶ i 2004 og svineinfluensaen i 2009 som gir tydelige utslag for begge kjønn, i tillegg til koronapandemien i slutten av perioden. Kvinner har jevnt over rundt 2-3 prosentpoeng høyere sykefravær enn menn.

Figur 5.1 Utviklingen i egen- og legemeldt sesongjustert sykefravær blant lønnstakere 16-69 år, fra 2001 til 1. kvartal 2022. Prosent

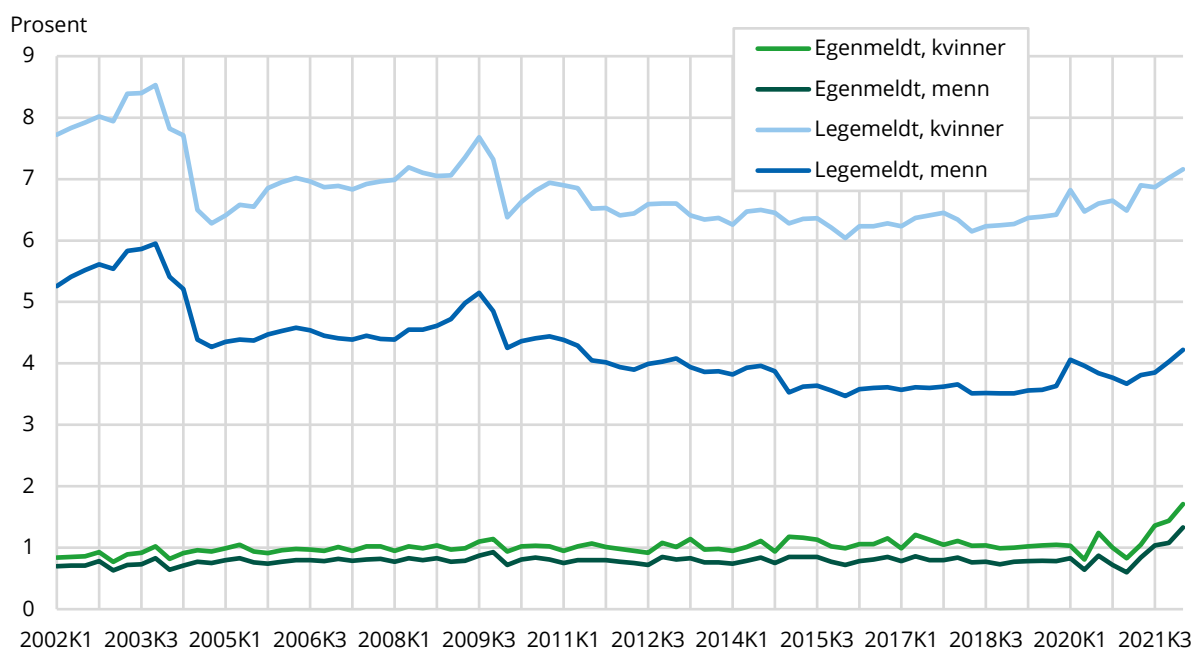


Kilde: NAV og Statistisk sentralbyrå, tabell 12439

Første kvartal 2022 lå sykefraværspersenten for egenmeldt fravær på 1,7 for kvinner og 1,3 for menn. Mens det legemeldte fraværet lå på 7,2 prosent blant kvinnene og 4,2 prosent blant mennene. Sammenliknet med forrige kvartal, var det større økning for det egenmeldte sykefraværet, enn det legemeldte fraværet. Men det har vært større variasjoner over tid i det legemeldte fraværet, enn i det egenmeldte. Sistnevnte varierer mellom 0,8 prosent og 1,2 prosent i perioden før 2020. Selv om kvinner har høyere legemeldt sykefravær enn menn, kan vi se at de to kurvene i figur 5.1 som viser menn og kvinners legemeldte fravær, har et forholdsvis likt mønster.

¹⁵ Ved korte fravær har lønnstakerne rett til å erstatte sykemeldingen med en [egenmelding](#) om arbeidsuførhet på grunn av sykdom. Varer sykdommen mer enn tre kalenderdager, må sykefraværet dokumenteres av lege i form av en sykemelding, og egenmelding kan bare leveres inntil fire ganger i året. Lønnstakere som arbeider i virksomheter som er tilsluttet [IA-avtalen](#) har en utvidet rett til egenmelding. De kan benytte egenmelding for samlet inntil 24 dagers fravær per år, og her kreves legeerklæring (sykemelding) først etter åtte dagers fravær. Kilde: Store medisinske leksikon.

¹⁶ Sykemeldingsreformen i 2004: Fra 1. juli 2004 ble det gjort flere endringer, der hovedformålet var å få legene til å bruke gradert sykemelding i større grad før man attesterte for 100 prosent arbeidsuførhet.

Figur 5.2 Sesongjustert sykefravær for lønnstakere etter kjønn og type sykefravær i perioden 2002 til og med 1. kvartal 2022. Prosent

Kilde: NAV og Statistisk sentralbyrå, tabell 12439

Målt i antall tilfeller er det langt flere egenmeldinger enn legemeldinger. Men ettersom egenmeldinger kun kan brukes sammenhengene i tre kalenderdager¹⁷ er ofte legemeldingene lengre i varighet enn egenmeldingene. Målt i sykefraværsdagsverk¹⁸ står derfor legemeldt sykefravær for rundt tre fjerdedeler av de totale sykefraværsdagsverkene.

I resten av kapitlet vil vi se på tall for det legemeldte sykefraværet som ikke er justert for sesongvariasjoner (ujusterte tall). Dette medfører at tall for et kvartal må sammenliknes med samme kvartal årene før.

5.1. Kvinner har litt høyere sykefravær enn menn

Når vi ser på legemeldt sykefravær har kvinner høyere sykefravær enn menn over tid, og i alle aldersgrupper. Det at kvinnene har høyere legemeldt sykefravær enn menn gjelder ikke bare i Norge, men også internasjonalt. Differansen i det legemeldte sykefraværet mellom kjønnene ligger som regel på rundt 3 prosentpoeng. Det er vanskelig å finne ut hvorfor det er en slik forskjell, men noen av forskjellene mellom kvinner og menn i aldersgruppen 20 til 40 år skyldes delvis plager i forbindelse med svangerskap. Ifølge en artikkel av Helde & Nossen (2016) kan graviditet forklare rundt 18 prosent av kjønnsforskjellene samlet sett for legemeldt sykefravær. Om vi kun ser på kvinner i alderen 20 til 39 år, som er aldersgruppen de fleste kvinner får barn i, forklarer sykefraværet for gravide 38 prosent av kjønnsforskjellene i denne aldersgruppen. Det er særlig ulike svangerskapsrelaterte plager som gir opphav til sykemelding. I alle aldersgrupper var sykefraværet lavest blant førstegangs fødende og steg med antall barn de gravide hadde fra før (ibid.).

Kvinner med barn har et høyere legemeldt sykefravær enn kvinner uten barn, spesielt i aldersgruppen 25-35 år. En artikkel av Lima (2018) viser at sykefraværet øker for både menn og kvinner etter at de har blitt foreldre, men det øker mer for kvinnene. Kjønnsforskjellen er størst 2 til

¹⁷ Opptil åtte dager i virksomheter som er tilsluttet IA-avtalen.

¹⁸ Sykefraværsdagsverk er antall arbeidsdager med sykefravær, justert for stillingsprosent og sykemeldingsgrad.

5 år etter fødsel og avtar deretter noe. For kvinner som får to barn, øker sykefraværet ytterligere, men avtar igjen rundt 4-5 år etter siste fødsel. En av grunnene til at mødrenes fravær økte mer enn fedrenes, var en økning i tapte dagsverk som følge av blant annet depressive lidelser, men også andre psykiske lidelser, ryggplager og symptomer som utslitthet og trøtthet. Men dette gjelder ikke alle småbarnsmødrene, studien viste at det var *enkelte* mødre som fikk lange sykefravær, og ikke mange mødre med noe sykefravær (Lima 2018).

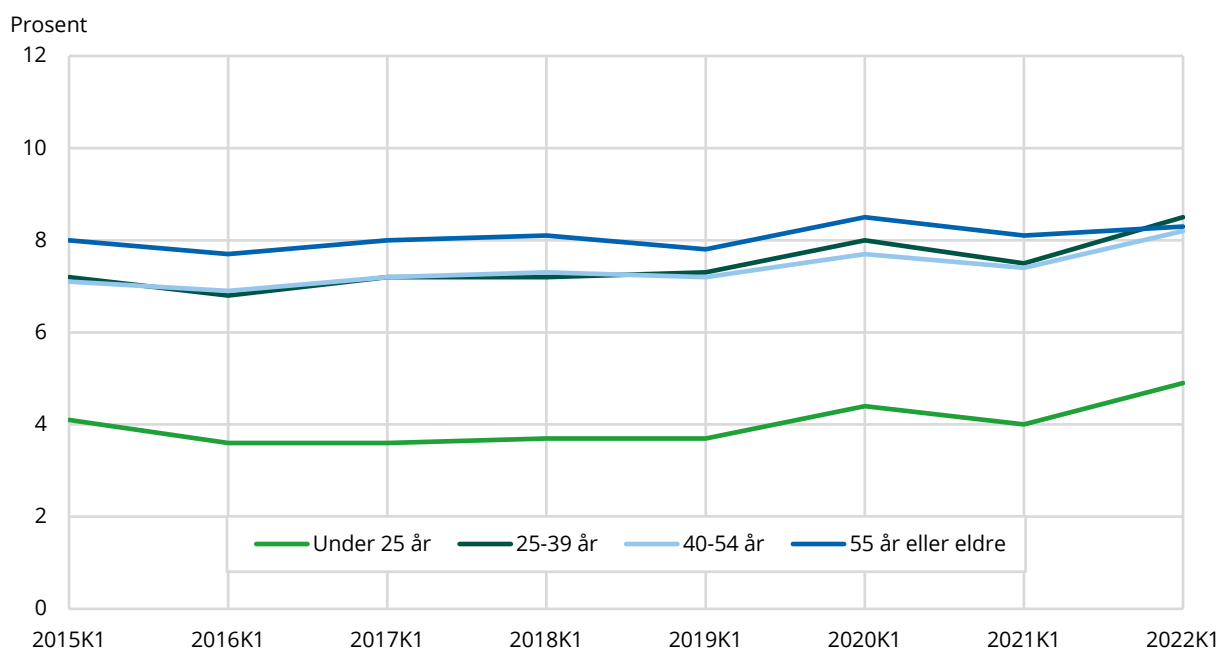
Men også kvinner uten barn sykemeldes, og det samme gjør kvinner med voksne barn. I en annen artikkel fra 2018 ses det nærmere på forskjellene i sykefraværet mellom kvinner og menn ved å justere for flere faktorer enn tidligere (Østby et al. 2018). Blant annet ble tallene justert for helsetilstand, jobbutfordringer, foreldre- barn konflikter og seksuelle overgrep, men likevel klarte forskerne ikke å forklare hoveddelen av forskjellene i sykefraværet mellom kvinner og menn (ibid.). Vi vet fra kapitlet om kvinners helsetilstand at kvinner rapporterer om noe dårligere helse enn menn, og de melder om flere plager og symptomer i hverdagen (SSB 2020). Dette vil også kunne påvirke i hvilken grad kvinnene trenger sykemelding og hvor lenge den varer.

5.2. Legemeldt sykefravær i ulike livsfaser

Det finnes ikke data om egenmeldt fravær etter alder, så omtalen av sykefravær blant kvinner etter ulike aldersgrupper gjelder dermed bare det legemeldte fraværet. Dette fraværet er heller ikke sesongjustert, derfor vil figurene inneholde samme kvartal for hver årgang for å unngå at sesongvariasjoner påvirker tallene.

Legemeldt sykefravær øker med alderen. Det er lavest blant unge kvinner under 25 år, hvor det ligger på 4,9 prosent i 1. kvartal 2022. Sykefraværsprosenten for gruppene 25 til 39 år og 40 til 54 år ligger på henholdsvis 8,5 og 8,2. Fraværet blant de eldste kvinnene (55 år og eldre) ligger på 8,3 prosent. Vanligvis har de eldste kvinnelige lønnstakerne noe høyere legemeldt sykefravær enn de to yngre aldersgruppene, men dette endret seg i 1. kvartal 2022, hvor kvinner i alderen 25 til 39 år har den høyeste sykefraværsprosenten. Dette må sees i sammenheng med koronapandemien og det høye sykefraværet vi så dette kvartalet.

Figur 5.3 Legemeldt sykefravær for kvinnelige lønnstakere. 1. kvartal 2015 til 1. kvartal 2022, etter aldersgrupper. Prosent



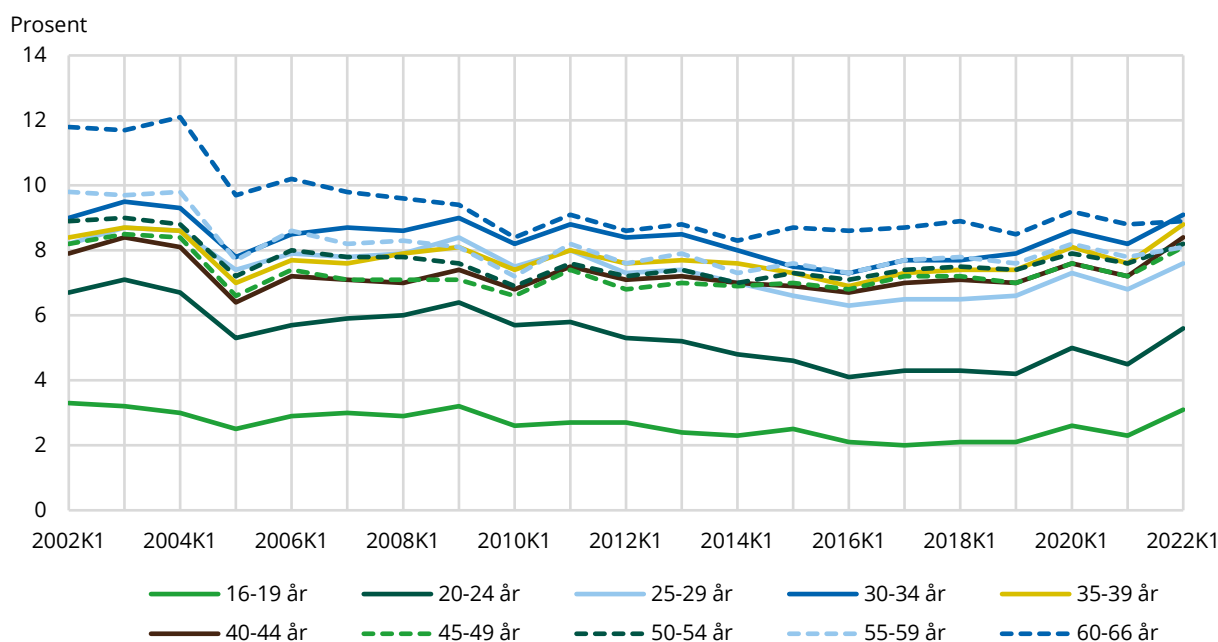
Kilde: NAV og Statistisk sentralbyrå, tabell 13333

Figur 5.4 viser ujustert legemeldt fravær i 1. kvartal hvert år tilbake til 2002. Sykefraværet blant de yngste kvinnene 16 til 19 år er ganske lavt og varierer mellom å ligge på 2 til 3 prosent i løpet av 20 årsperioden. I denne gruppen er det få lønnstakere i forhold til de andre aldersgruppene, fordi mange er fulltids skoleelever.

For samtlige grupper kan vi se en nedgang i legemeldt fravær i 2004, omkring perioden for sykemeldingsreformen, men fraværet går opp igjen i 2005. Svingninger i sykefraværet ser ut til å treffe ganske likt i de ulike aldersgruppene. I 2022 medførte pandemien at det legemeldte fraværet steg i nesten alle aldersgrupper. I og med at sykefraværsprosenten etter alder ikke er sesongjustert, vil den over tid variere med blant annet luftveislidelser, som influensa. I perioden desember til april er det vanlig med influensautbrudd i Norge, og hvor mange som smittes varierer, men det ligger som regel på mellom 5 og 10 prosent av befolkningen i løpet av vintersesongen (Helsenorge.no). Større influensautbrudd vil vises i den ujusterte sykefraværsstatistikken.

Blant de eldste kvinnene som er lønnstakere, 60 til 66 år, har sykefraværsprosenten variert mellom 12,1 prosent (i 2004) og 8,3 prosent (i 2014). I første kvartal i 2022 ligger legemeldt sykefravær for de eldste kvinnelige arbeidstakerne på 8,9 prosent. For kvinnene i denne aldersgruppen er ikke økningen fra 1. kvartal 2021 til 1. kvartal 2022 like markant som i de andre aldersgruppene.

Figur 5.4 Ujustert legemeldt sykefravær for kvinnelige lønnstakere. 1. kvartal 2002 til 1. kvartal 2022, etter aldersgrupper. Prosent



Kilde: NAV og Statistisk sentralbyrå, tabell 12448

Det er også verdt å merke seg at selv om sykefraværsprosenten øker med alderen, skiller kvinnene i aldersgruppen 30 til 34 år seg ut, med en høyere andel sykefravær enn de andre aldersgruppene i 1. kvartal 2022, med 9,1 prosent. Som nevnt er dette en aldersgruppe hvor mange kvinner er gravide og får barn.

5.3. Årsaker til tapte dagsverk

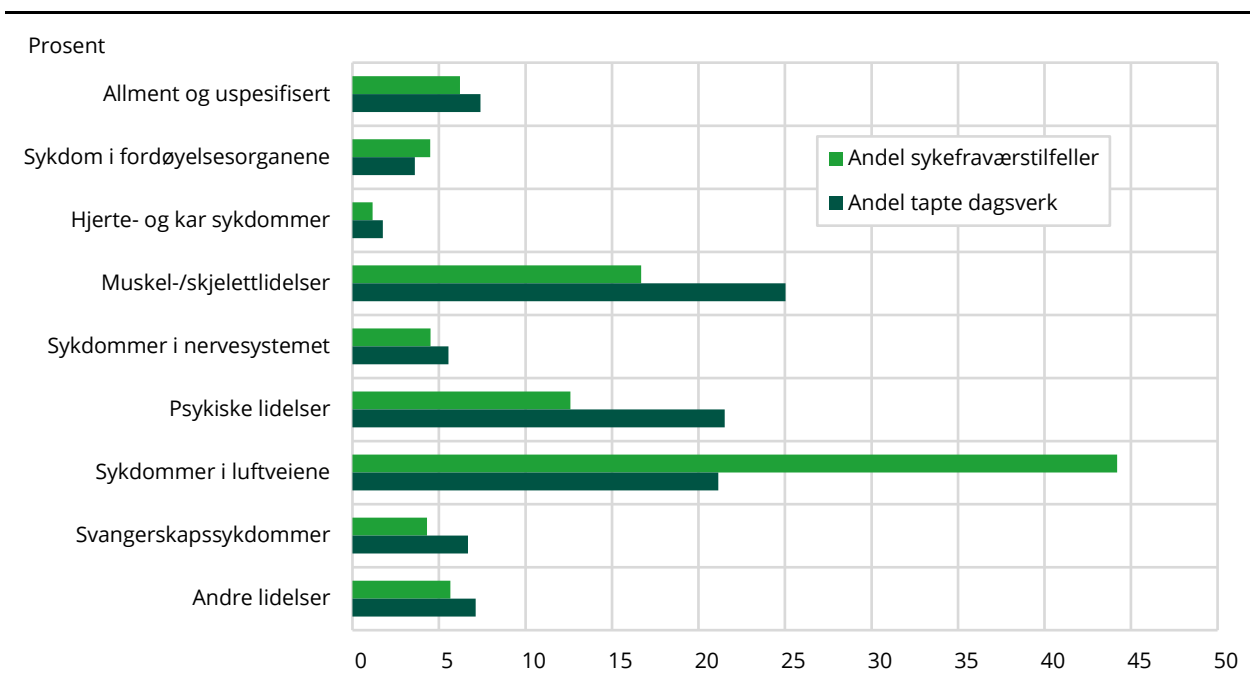
Mange tapte dagsverk pga. muskel- og skjelettlidelser

NAV har også tall over diagnoser i sykemeldingsregisteret, og det legemeldte sykefraværet er kodet med allmennlegetjenestens kodeverk, ICPC-2. Når vi ser på utvalgte diagnosekapitler i figur 5.5, får vi et overblikk over hva slags diagnosegrupper som gir opphav til flest legemeldte

sykefraværstilfeller, og flest tapte dagsverk for sykemeldte kvinner 1. kvartal 2022. Både 2021 og 2022 er år som skiller seg ut fra tidligere årganger på grunn av den store økningen i legemeldte sykefraværstilfeller innenfor luftveislidelser, se figur 5.5.

Selv om sykdommer i luftveiene står for nesten halvparten (44 prosent) av alle sykefraværstilfeller blant kvinner 1. kvartal 2022, står de ikke for like mange tapte dagsverk (21 prosent). Vanligvis er det særlig muskel- og skjelettlidelser som gir opphav til mange tapte dagsverk, men også ulike psykiske lidelser medfører mange tapte dagsverk blant kvinner, henholdsvis 25 og 22 prosent av alle dagsverkene. Svangerskapsrelaterte sykdommer er opphavet til 4 prosent av sykefraværstilfellene blant kvinner, og 7 prosent av tapte dagsverk 1. kvartal 2022.

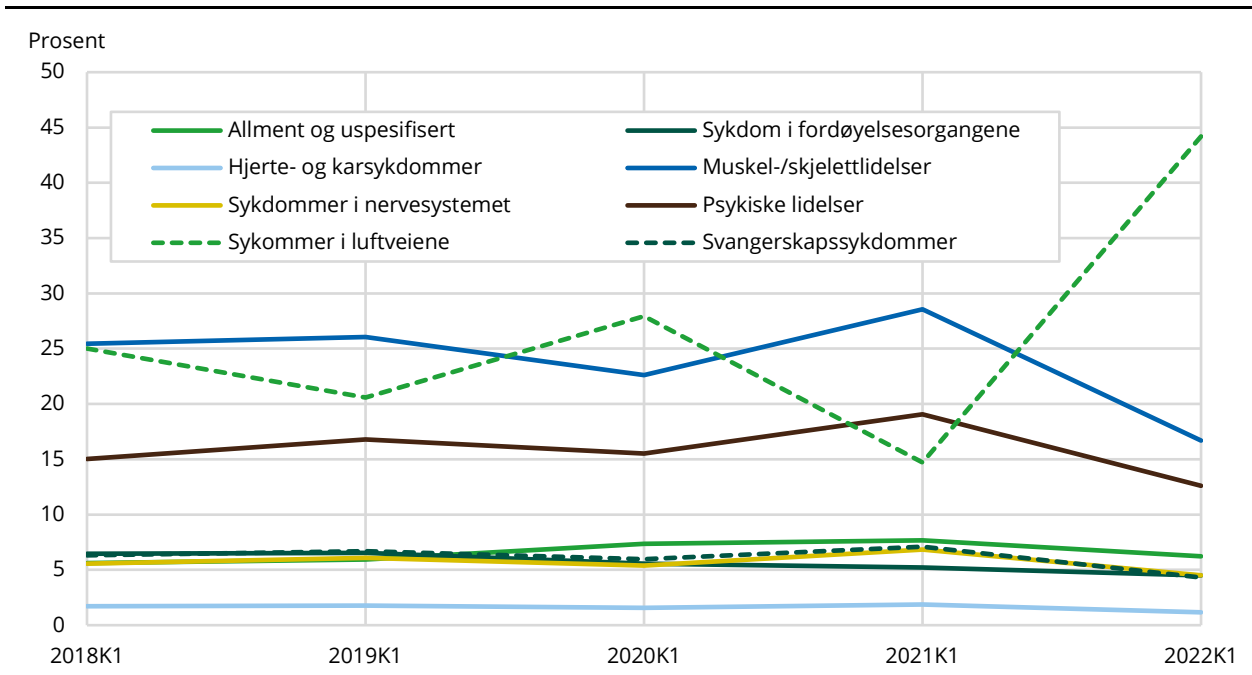
Figur 5.5 Andel tapte dagsverk og andel sykefraværstilfeller blant kvinner, etter utvalgte ICPC-2 kapitler. 1. kvartal 2022. Prosent



Kilde: NAV

Fordelingen av sykefravær etter diagnoser i starten av 2022 er annerledes enn i et normalår, og det blir synlig når vi ser på fordelingen av utvalgte diagnosegrupper for de siste fem år. Her er andelen de ulike diagnosegruppene utgjør for sykemeldte kvinner forholdsvis stabile i 2018 og 2019. En stor økning i antall sykemeldinger som følge av koronapandemien, gjør imidlertid at andelen tilfeller med sykdommer i luftveiene øker fra 20,6 prosent 1. kvartal 2019 til 44,2 prosent 1. kvartal 2022.

Andelen sykefraværstilfeller blant kvinner med ulike muskel- og skjelettlidelser har gått ned fra 26,1 prosent i 2019 til 16,7 prosent i 2022, sannsynligvis som følge av en økning i luftveislidelser. Andelen sykefraværstilfeller pga. muskel- og skjelettlidelser har ligget på rundt 25-26 prosent 1. kvartal før pandemien, mens psykiske lidelser har stått for 15-16 prosent av kvinners sykefraværstilfeller. 1. kvartal 2022 utgjør psykiske lidelser 12,6 prosent. Andel tapte dagsverk som følge av muskel- og skjelettlidelser har også endret seg, men mindre enn sykefraværstilfellene, fra å utgjøre 29,1 prosent (1. kvartal) 2019 til 25 prosent av tapte dagsverk (1. kvartal) 2022.

Figur 5.6 Andel sykefraværstilfeller blant kvinner etter utvalgte ICPC-diagnosekapitler 1. kvartal 2018 til 1. kvartal 2022. Prosent

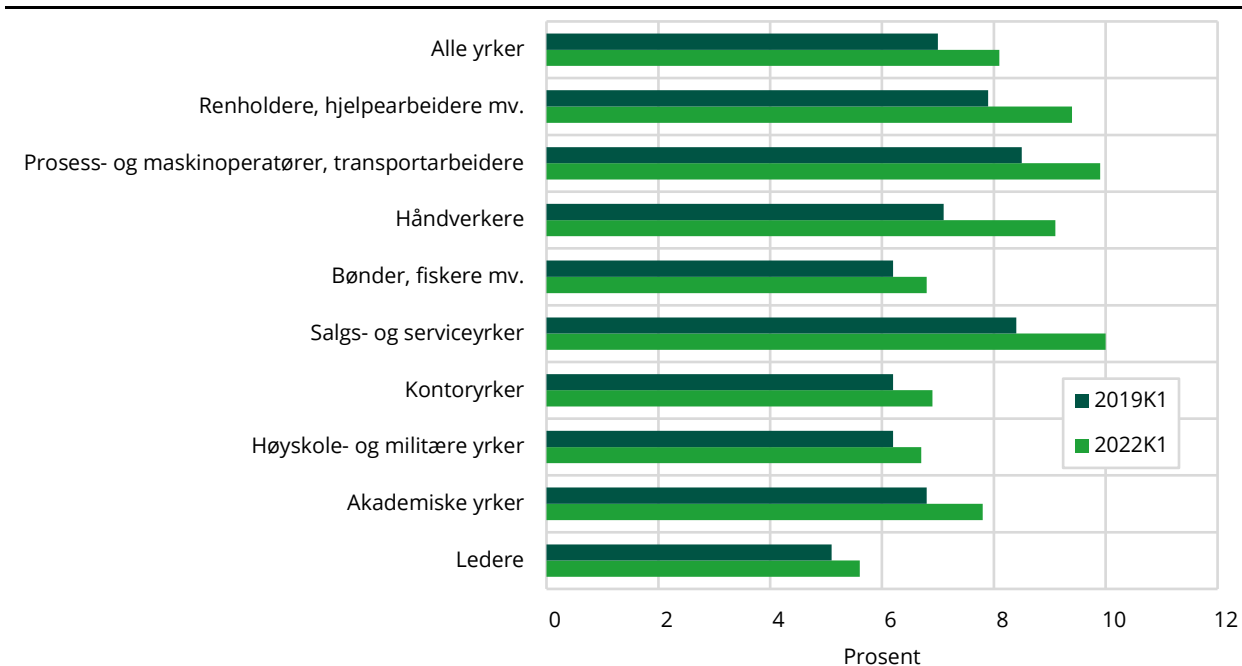
Kilde: NAV

Ledere har mindre sykefravær

Tall fra sykefraværstatistikken viser at sykefraværet ikke bare varierer etter kjønn og alder, men også etter yrke og næring. For alle yrker totalt sett ligger det legemeldte fraværet på 8,1 prosent for kvinner 1. kvartal 2022, og det varierer mellom 5,6 prosent blant ledere til 10 prosent blant kvinner som jobber innenfor salgs- og serviceyrker. Siden fraværet har økt som følge av pandemien, tas det også med tall fra 1. kvartal 2019, som et sammenlikningsgrunnlag i figur 5.7. Også kvinner som jobber innenfor prosess- og maskinoperatører og transportarbeid har forholdsvis høyt legemeldt fravær (9,9 prosent). For renholdere og hjelpearbeidere ligger det på 9,4 prosent.

Yrkene med det høyeste legemeldte fraværet er også yrker hvor det ofte vil være vanskelig eller umulig å ha hjemmekontor. Det kan være mulig for en leder å sitte hjemme og jobbe med forkjølelse eller en mild variant av korona, men jobber du i butikk med kundebehandling kan det være vanskeligere å stille syk på jobben, særlig under pandemien, hvor det tidvis var strenge regler for når man måtte holde seg hjemme ved luftveissymptomer.

Figur 5.7 Ujustert legemeldt sykefravær for kvinnelige lønntakere etter yrke (ett siffer), 1. kvartal 2019 og 1. kvartal 2022. Prosent



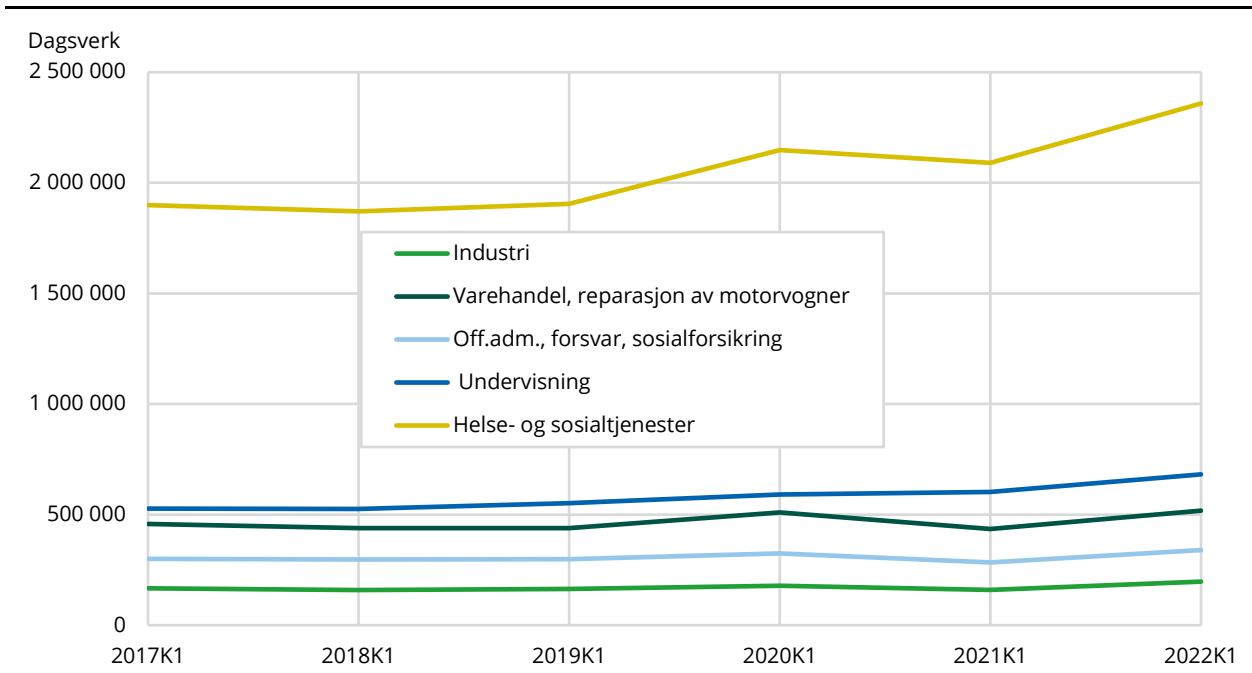
Kilde: NAV og Statistisk sentralbyrå, tabell 12452

Mange tapte dagsverk innenfor helse- og sosialsektoren

Variasjonene mellom næringene kan skyldes forhold som er spesifikke for næringene og forskjeller i sammensetningen av arbeidsstyrken mellom næringene. Eksempler på slike forhold kan være forskjeller i arbeidstid, fysisk og psykisk arbeidsbelastning, utdanningsnivå og alders- og kjønnsammensetning. Dette vil også gjelde for ulike yrker.

Første kvartal 2022 ble det registrert omtrent 8,95 millioner sykefraværsdagsverk totalt for de ulike næringene. Det var flere tapte dagsverk blant kvinner enn blant menn, henholdsvis 5,3 millioner og 3,6 millioner dagsverk. Næringsgruppene med flest tapte dagsverk er helse- og sosialtjenestene, undervisning og varehandel. I de to første er andelen kvinner dominerende med henholdsvis 65 og 79 prosent av jobbene i 1. kvartal 2022. For kvinnene er godt over halvparten (57 prosent) av de tapte dagsverkene i disse to næringene i 1. kvartal 2022.

Figur 5.8 viser at antallet tapte dagsverk for kvinner har økt de siste årene. Særlig innenfor helse- og sosialtjenester, fra 1,9 millioner dagsverk 1. kvartal 2017 til nesten 2,4 millioner dagsverk 1. kvartal 2022. Også innenfor undervisning ser vi en større økning, fra 525 000 tapte dagsverk i 1. kvartal 2017 til 682 000 tapte dagsverk 1. kvartal 2022. Dette må igjen sees i sammenheng med koronapandemien som har påvirket disse næringene i særlig stor grad.

Figur 5.8 Antall tapte dagsverk ved legemeldt sykefravær for kvinnelige lønnstakere 1. kvartal 2017-2022, etter utvalgte næringer

Kilde: NAV og Statistisk sentralbyrå, tabell 12 450

Koronapandemien

Pandemien og smitteverntiltak har påvirket sykefraværet svært forskjellig i ulike deler av arbeidslivet og gjennom året den siste tiden. Det har også til dels vært store geografiske forskjeller. På slutten av 2021 var påvirkningen av koronapandemien særlig merkbar, noe som medførte at sykefraværet var på det høyeste nivået på over ti år. Økningen i sykefravær fortsatte i 1. kvartal 2022, og særlig for egenmeldt fravær som økte med 21,1 prosent fra kvartalet før. Men når sykefraværsprosenten justeres for influensa- og koronadiagnoser, synker sykefraværet til bare 4,9 prosent (3,88 for menn og 6,04 for kvinner), noe som er den laveste sykefraværsprosenten siden 2000.

Om statistikken:

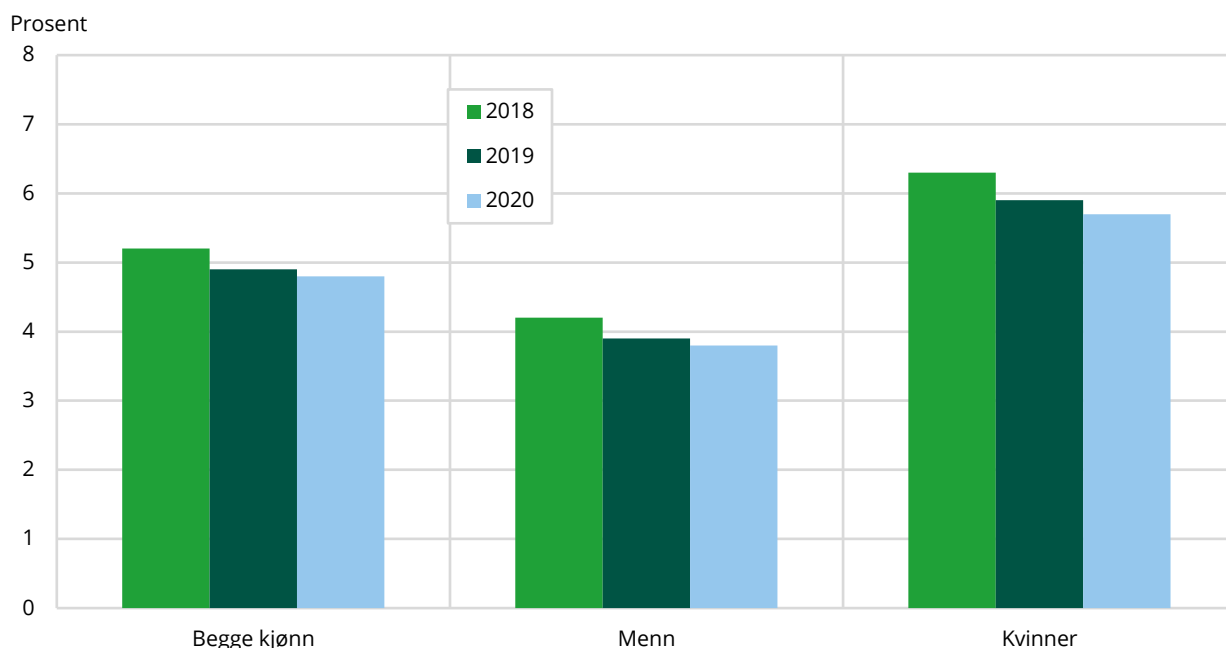
Sykefraværstatistikken til SSB måler sykefraværet blant lønnstakere i norske virksomheter, dokumentert gjennom egen- og legemelding. Statistikken over egenmeldt sykefravær er en utvalgsundersøkelse blant rundt 10 000 virksomheter. Legemeldt sykefravær hentes fra sykemeldingsregisteret til NAV. Informasjon om hvor mye arbeidstakere har avtalt å jobbe, samt andre kjennemerker på arbeidsforholds-, person- og virksomhetsnivå, hentes gjennom [a-ordningen](#). Antall tapte dagsverk utgjøres av antall avtalte dagsverk tapt i et sykefraværstilfelle i perioden multiplisert med sykeuføregrad.

5.4. Kvinnens bruk av arbeidsavklaringspenger og uføretrygd

For enkelte vil sykdom eller skader medføre at en langvarig sykemelding blir etterfulgt av arbeidsavklaringspenger og/eller uføretrygd. Formålet med uføretrygd er å sikre inntekt for alle som har fått sin inntektsevne varig svekket på grunn av sykdom, skade eller lyte. Inntektsevnen må være redusert med minst 50 prosent som hovedregel, men kravet kan senkes ved yrkesskade. Før uføretrygd kan innvilges av NAV er det vanlig med arbeidsrettede tiltak, som medisinsk avklaring og yrkesrettet avklaring. Mange vil motta arbeidsavklaringspenger (AAP) før de går over på uføretrygd. For å kvalifisere til AAP må man ha redusert arbeidsevne med minst 50 prosent, mens man for å kvalifisere til uføretrygd må man ha redusert inntektsevne med 50 prosent.

Arbeidsavklaringspenger ble innført i 2010, og brukes kun i en overgangsperiode¹⁹, mens man avklarer muligheten den enkelte har for å kunne være i jobb. Målet er å sjekke mulighetene for å beholde eller skaffe seg en jobb, ved for eksempel nye behandlingsmetoder, en annen måte å jobbe på eller ved å skaffe seg ny kompetanse. I løpet av 2020 gikk 4,8 prosent av befolkningen i alderen 18-67 år på arbeidsavklaringspenger²⁰, 5,7 prosent kvinner og 3,8 prosent menn. Andelen blant kvinner har gått litt ned siden 2018, fra 6,3 til 5,7 i 2020.

Figur 5.9 Andel mottakere av arbeidsavklaringspenger (AAP) 18-67 år, etter kjønn. 2018-2020. Prosent



Kilde: NAV og Statistisk sentralbyrå, tabell 13 059

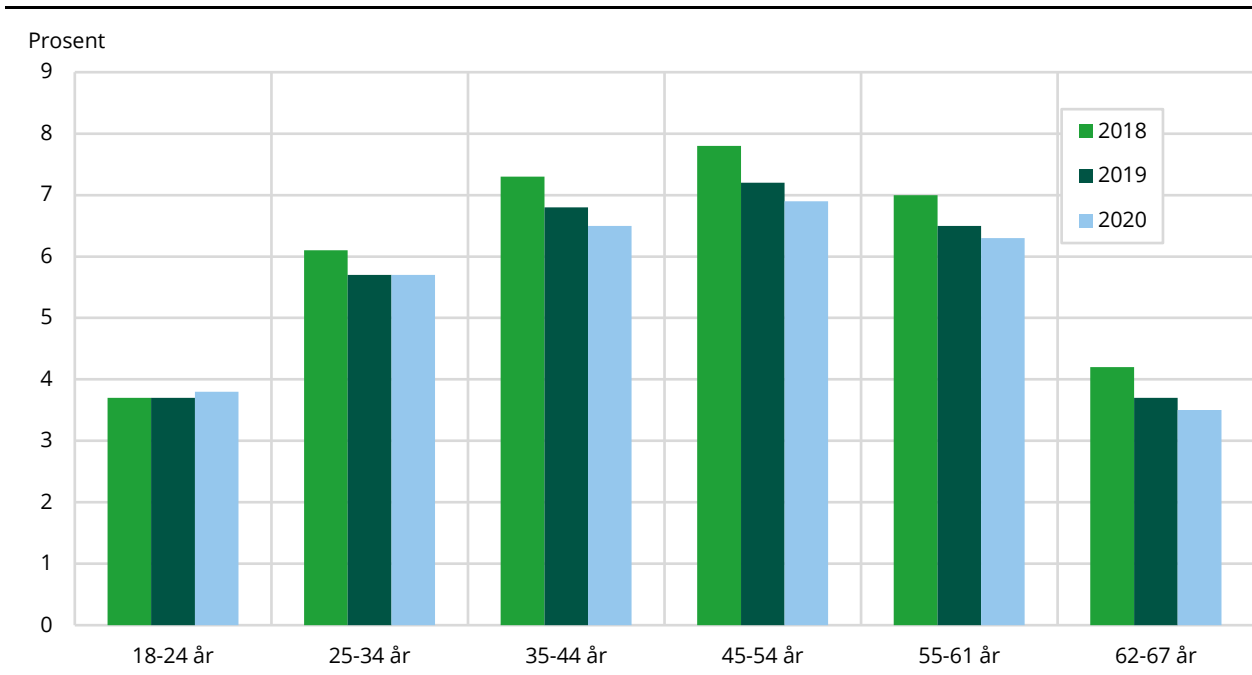
Andelen kvinnelige mottakere varierer mye etter alder, og flest finner vi i aldersgruppen 45-54 år, 6,9 prosent, tett fulgt av gruppene 35-44 år og 55-61 år. Færrest finner vi blant de yngste og eldste kvinnene, her ligger andelen på henholdsvis 3,8 og 3,5 prosent. Blant de helt yngste kvinnene er tallene forholdsvis stabile, selv om vi kan se en svak økning i 2020, mens vi i de øvrige aldersgruppene kan se en liten nedgang siden 2018. Det gjøres oppmerksom på at tallene fra SSB viser mottakere gjennom hele året, så kommer det endring i løpet av et år, vil ikke dette vises før året etter.

2020 var et år preget av korona, og dette påvirker også statistikken. Blant annet medførte pandemien forsinkelser i AAP- avklaringer, og mange har fått forlenget tiden sin på AAP. Noe som medfører noen færre nye mottakere av uføretrygd i 2020. Det er sannsynlig at antallet som går over til uføretrygd vil øke tilsvarende de neste årene (NAV 2022).

¹⁹ Som hovedregel får man AAP i inntil 3 år, men det finnes egne regler for forlengelse utover dette. Se mer på nav.no

²⁰ Mottakere av arbeidsavklaringspenger er definert som personer mellom 18 og 67 år registrert med utbetaling av arbeidsavklaringspenger fra Folketrygden i minst en måned i løpet av året.

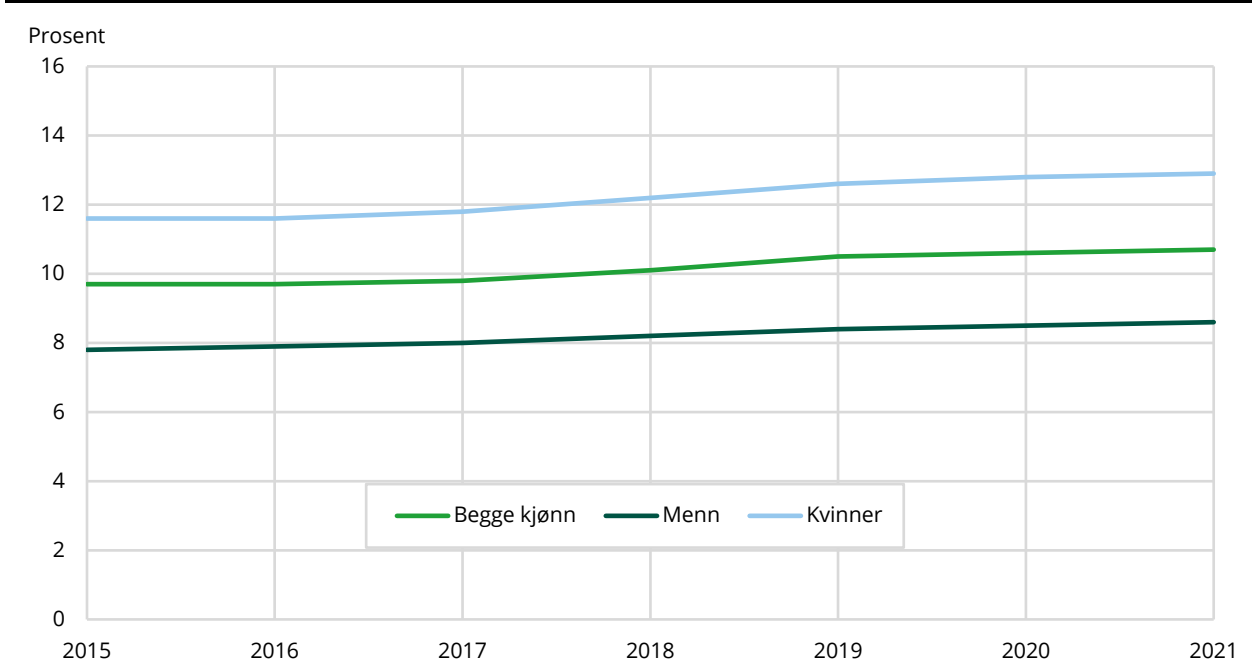
Figur 5.10 Andel kvinnelige mottakere av arbeidsavklaringspenger 18-67 år etter aldersgrupper. 2018-2020. Prosent



Kilde: NAV og Statistisk sentralbyrå, tabell 13 058

I 2021 er 1 av 10 i befolkningen (18-67 år) uføretrygdet, 13 prosent kvinner og 9 prosent menn. Andelen uføretrygdede kvinner har gått noe opp over tid, fra 11,6 prosent i 2015 til 12,9 i 2021. Antallet uføre fortsetter å øke, selv om økningen avtok noe under pandemien.

Figur 5.11 Andel uføretrygdede 18-67 år etter kjønn. 2015 til 2021. Prosent

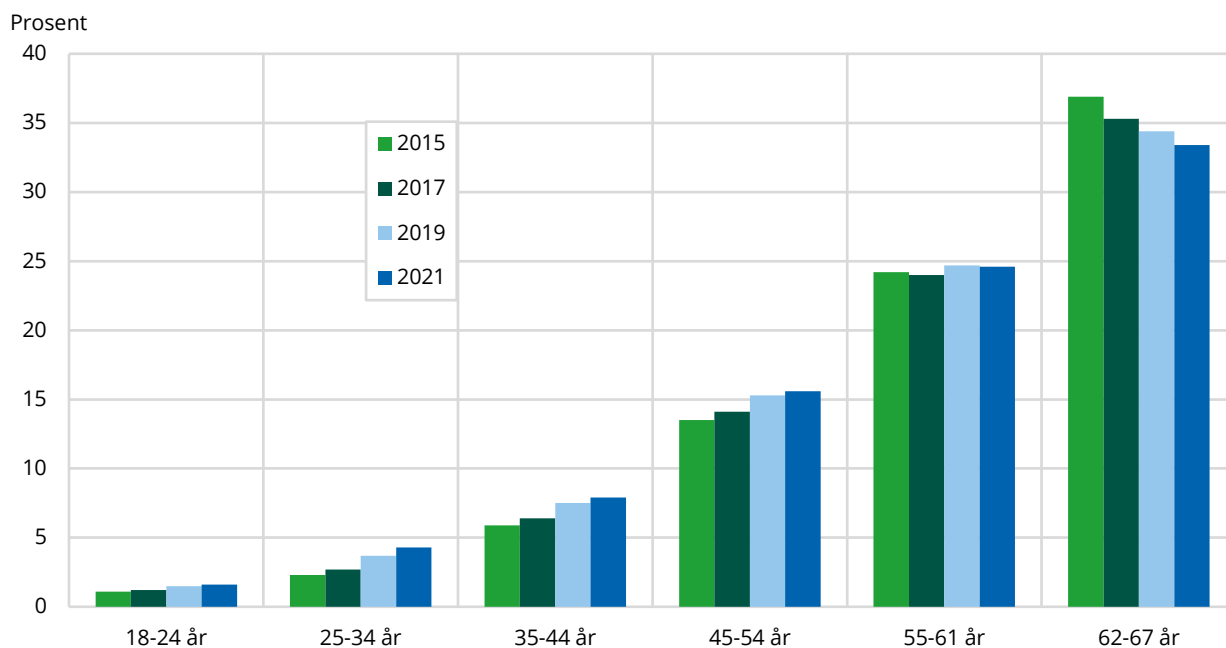


Kilde: NAV og Statistisk sentralbyrå, tabell 11695

Det har vært en trend de siste årene at andel eldre kvinner (62 til 67 år) på uføretrygd går ned, mens andel yngre kvinner går opp. Denne trenden fortsetter i 2021. Andelen kvinner i alderen 25-34 år på uføretrygd lå på 2,3 prosent i 2015, i 2021 ligger den på 4,3 prosent, en økning på 2 prosentpoeng. Mens middelaldrene kvinner i gruppen 55-61 år har ligget ganske stabilt mellom 24,0 og 24,7

prosent i samme periode. Dette mønsteret gjelder også for menn, men de har litt lavere andeler enn kvinnene, og ligger om lag 4 prosentpoeng under i gjennomsnitt (se figur 5.11).

Figur 5.12 Andel kvinner på uføretrygd (18-67 år) etter ulike aldersgrupper. 2021. Prosent



Kilde: NAV og Statistisk sentralbyrå, tabell 11714

NAV tall fra 2016²¹ viser at over 6 av 10 mottakere av uføretrygd hadde enten en psykisk lidelse eller muskel- og skjelettsykdom, dette er de to store diagnosegruppene og slik har det vært i flere år. Siden 2010 har andelen uføretrygdede med psykiske lidelser økt, mens andelen med muskel- og skjelettlidelser har gått ned. Grunnen til at andelen med psykiske lidelser øker, er at uførepopulasjonen er i endring. Det kommer inn flere yngre med ulike psykiske lidelser, mens mange eldre som går ut av ordningen har muskel- og skjelettlidelser (NAV 2021). Andre større diagnosegrupper er lidelser i nervesystemet (8 prosent), og skader, forgiftninger og vold (5 prosent). I tillegg til sykdom i sirkulasjonssystemet og svulster (4,5 og 3 prosent).

Om vi ser nærmere kun på kvinner, har omtrent 1 av 3 kvinner på uføretrygd en muskel- og skjelettlidelse i 2016. Underkategoriene ryggsykdom og fibromyalgi er mest vanlige og står for ca. 10 prosent hver. Muskel- og skjelett er den vanligste grunnen til å få innvilget uføretrygd for middelaldrende og eldre kvinner, mens blant yngre kvinner 18 til 39 år er det ulike psykiske lidelser som er vanligst, blant annet står nevroser og atferdsforstyrrelser for 23 prosent, mens psykisk utviklingshemming står for 14 prosent (NAV 2021).

²¹ NAV koder alle nye uførediagnoser manuelt, så det er et etterslep på kodingen, tall fra 2017 vil publiseres høsten 2022.

5.5. Oppsummering

- Det egenmeldte sykefraværet har endret seg forholdsvis lite de siste 20 årene, mens det legemeldte fraværet svinger mer over tid, og det er særlig sykemeldingsreformen i 2004 og svineinfluensaen i 2009 som gir utslag for begge kjønn, i tillegg til koronapandemien. Sykefraværsprosenten for egenmeldt fravær for kvinnelige lønnsinntakere (16-69 år) var 1,7 prosent, mens det legemeldte sykefraværet lå på 7,2 prosent 1. kvartal 2022. Kvinner har høyere legemeldt sykefravær enn menn, og differansen ligger på rundt 3 prosentpoeng.
- Det legemeldte sykefraværet øker med alderen, og er lavest blant de helt yngste kvinnene. Samtidig hadde kvinner i alderen 30-34 år det høyeste sykefraværet 1. kvartal 2022, med 9,1 prosent. I denne alderen er mange kvinner gravide og føder barn.
- Det legemeldte sykefraværet varierer også etter yrke og næring, og er lavest blant kvinnelige ledere, mens det er høyest blant kvinner innenfor salgs- og serviceyrker. Det høyeste legemeldte fraværet er i yrker hvor det ofte vil være vanskelig eller ikke mulig å ha hjemmekontor ved f.eks. luftveissymptomer.
- Det er flest tapte dagsverk blant kvinner som følge av legemeldt sykefravær i helse- og sosialtjenestene, en næring med mange kvinnelige ansatte og en næring som ble ekstra rammet under pandemien. Nettopp pandemien har medført at sykefraværet har vært ekstra høyt en periode, men om vi ser helt bort fra korona og influensa, er det lavere enn på mange år.
- I 2020 mottok 5,7 prosent av kvinnene i arbeidsfør alder arbeidsavklaringspenger. Andelen har gått litt ned de siste tre årene. Det er flest kvinnelige mottakere i aldersgruppen 45-54 år, tett fulgt av gruppene 35-44 år og 55-61 år. Færrest finner vi blant de yngste og de eldste kvinnene.
- I 2021 var 1 av 10 i arbeidsfør alder uføretrygdet, litt flere kvinner enn menn. Andelen kvinner som er uføretrygdet har økt noe de siste årene. Over tid har det blitt færre uføretrygdede kvinner i alderen 62 til 67 år, mens vi ser en økning i andel uføre blant yngre og voksne kvinner.

6. Kvinners bruk av omsorgstjenester

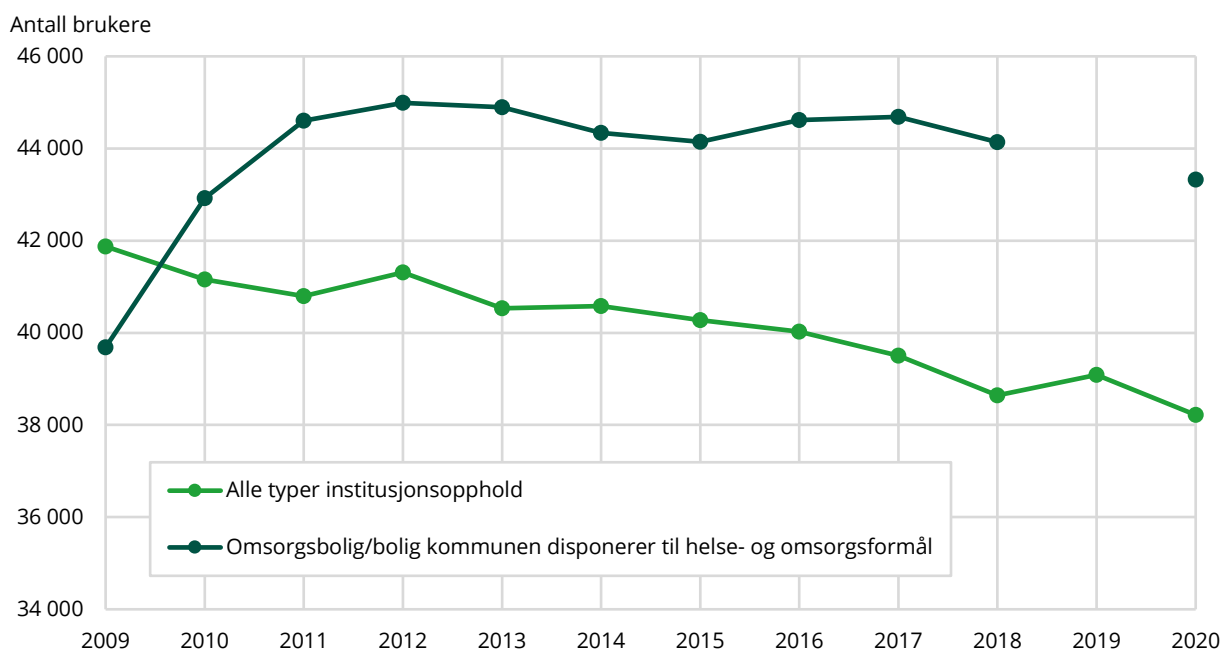
I dette kapitlet ser vi nærmere på kvinners bruk av omsorgstjenester. Det formelle navnet på tjenestene er *Kommunale helse- og omsorgstjenester*, og de omfatter en rekke ulike tilbud og tjenester, i hjemmet og på institusjon. Antallet tjenester som tilbys har økt over tid. Tjenestene tilbys til eldre, til personer med nedsatt funksjonsevne, til personer med utviklingshemning og andre med sykdommer eller lidelser som krever omsorg eller helsehjelp fra kommunen.

Helse- og omsorgsdata fra kommunen er hentet inn av SSB via IPLOS-registeret i perioden 2007 til 2017, deretter av Helsedirektoratet via Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) fra og med 2018 årgangen. Disse to registrene inneholder data om personer som har søkt om, eller som mottar eller har mottatt kommunale helse- og omsorgstjenester.

Det er ikke undersøkt om pandemien har påvirket tjenestene som er rapportert inn til registeret i 2020, men det bør tas høyde for at pandemien kan ha påvirket kommunenes drift (Helsedirektoratet 2021b, side 4).

Ulike langvarige sykdommer eller nedsatt funksjonsevne kan medføre behov for helse- eller omsorgshjelp. For enkelte vil behovet være midlertidig, mens for andre vil det vare livet ut. Mange forbinder denne typen tjenester med eldre mennesker som på grunn av redusert helsetilstand trenger hjelp i det daglige, men over tid har brukergruppen endret seg. Det er fortsatt klart flest eldre som får hjelp, men mottakerne finnes i alle aldersgrupper og andelen yngre brukere har økt. Drøyt 4 av 10 brukere er under pensjonsalder, og 1 av 4 er under 50 år. Det har over lengre tid vært en tendens til færre brukere på institusjon, særlig langtidsopphold, og flere i kommunalt disponerte omsorgsboliger eller bofellesskap. Men de fleste mottakere bor i eget privat hjem.

Figur 6.1 Antall brukere av boliger som kommunen disponerer for helse- og omsorgsformål og antall brukere på institusjon (tidsavgrenset og langtidsopphold), 2009 til 2020



Kilde: IPLOS og KPR, tabell 04469

Figur 6.1 viser antall brukere med institusjonsopphold, både korttids- og langtidsopphold. Dette har gått noe ned over tid, selv om befolkningen har økt i antall. Videre kan vi se at antall brukere av boliger som kommunen disponerer til helse- og omsorgsformål overgikk antall brukere på institusjon allerede i 2010. Antallet brukere i ulike former for omsorgsboliger har variert mellom 40 000 og 45 000 brukere over tid. I 2020 ligger antallet på 43 000 brukere, men dette tallet kan være litt for lavt. Tall for 2019 er ikke tatt med i figuren, siden det har vært visse problemer med

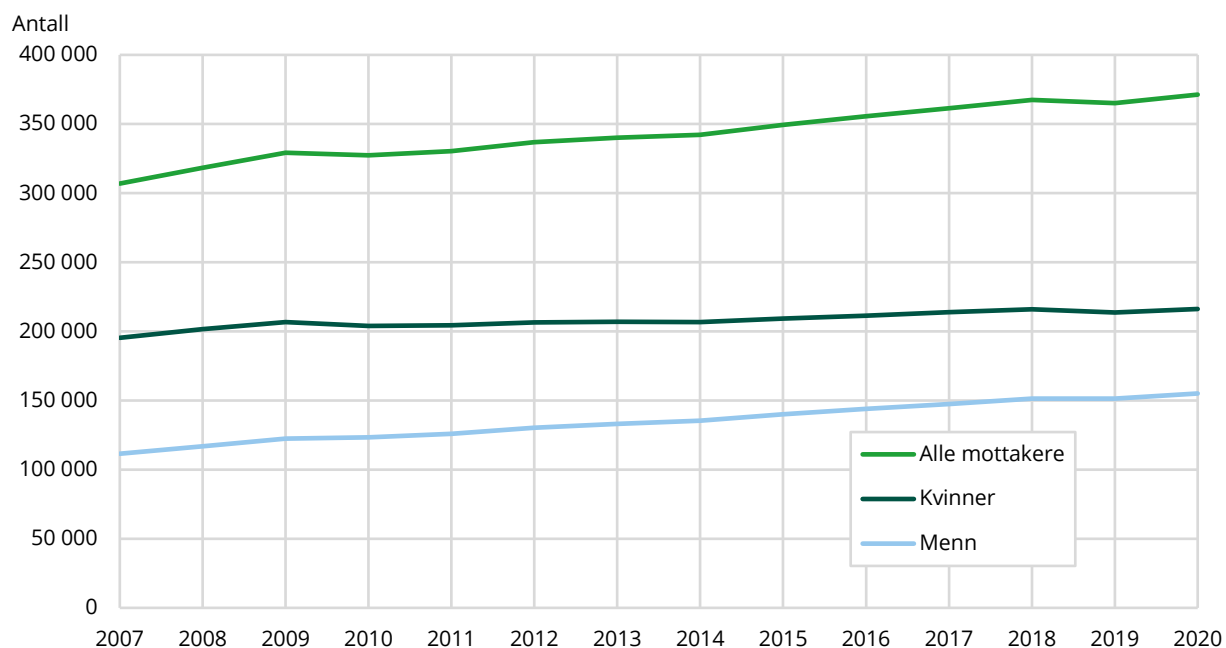
endret registrering av boliger, noe ikke alle fagsystemene i kommunene hadde fått iverksatt tidsnok til rapporteringen.

6.1. Omsorgstjenestebruk i et kjønnsperspektiv

Det er mange som mottar tjenester i løpet av et år. 371 262 personer mottok en eller flere helse- og omsorgstjenester i 2020, 216 162 kvinner og 155 080 menn. Nesten 7 prosent av befolkningen. Det var 1,8 prosent flere tjenestemottakere i 2020 enn året før. Andelen som mottar tjenester øker kraftig med alder, fra å utgjøre 1,5 prosent av barnebefolkningen 0-17 år, til å omfatte 9 av 10 i befolkningen 90 år og eldre.

I figur 6.2 kan vi se antall kvinnelige og mannlige tjenestemottakere i løpet av året, fra 2007 til 2020. Det har vært en økning over tid for begge kjønn. Antall mannlige mottakere har økt mer enn antall kvinnelige mottakere, 43 600 flere menn mot 20 800 flere kvinner siden 2007. Dette skyldes primært at levealderen blant menn øker (Mørk et al. 2018). Sekundært skyldes det at vi har gått fra et kvinnetil et mannsoverskudd jf. demografikapitlet. Blant annet har det siden 2006 innvandret langt flere menn enn kvinner til Norge.

Figur 6.2 Antall unike tjenestemottakere i løpet av året, etter kjønn og årgang. 2007-2020



Kilde: IPLOS/KPR

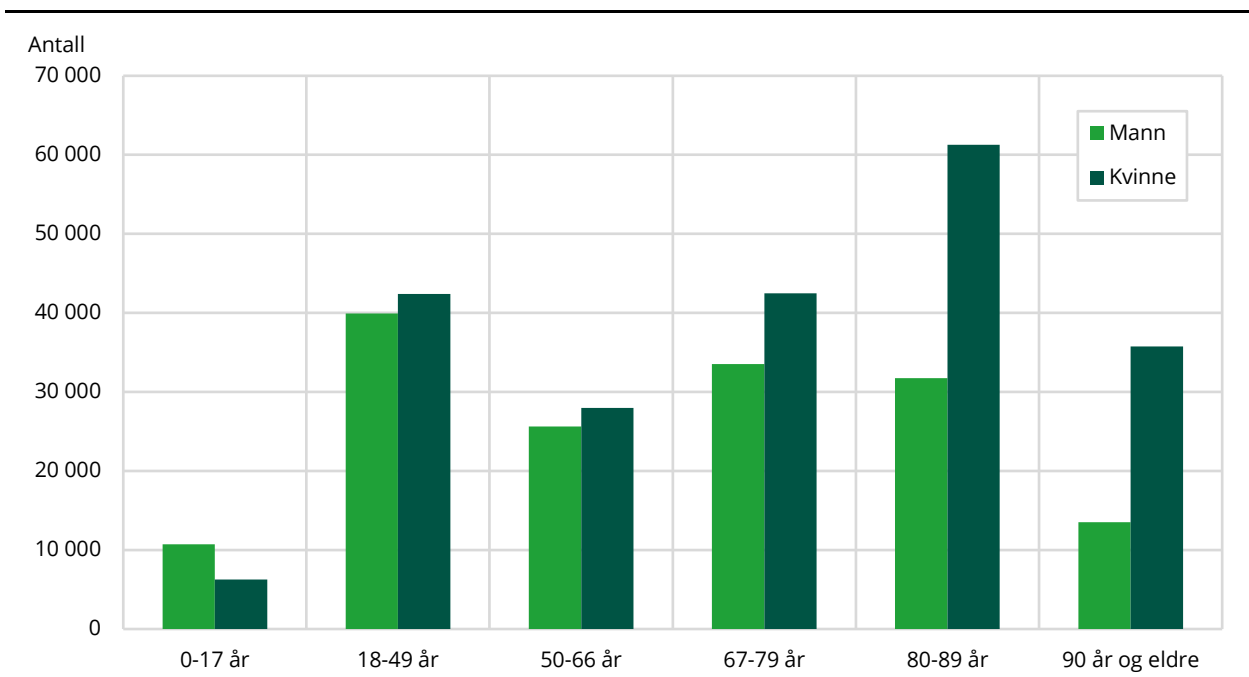
Antall årsverk innenfor omsorgssektoren har også økt, fra om lag 118 000 årsverk i 2007 til 146 000 i 2020. Og brutto driftsutgifter til omsorgstjenestene²² utgjorde i 2020 130,5 milliarder kroner. Utgiftene har økt med 20 prosent de siste fem årene. I 2007 var 64 prosent av mottakerne kvinner, men kvinneandelen har gått ned over tid og ligger på 58 prosent 13 år senere. Andelen tjenestemottakere varierer også etter alder. Det er flest 80-89 åringer (25 prosent) som mottar tjenester, etterfulgt av kvinner i alderen 18-49 år (22 prosent).

Som vist i figur 6.3 er det bare i den yngste aldersgruppen 0 -17 år at menn er i flertall. I aldersgruppene 18-49 år og 50-66 år er kjønnsforskjellene forholdsvis små, i eldre aldre utgjør kvinnene

²² Brutto driftsutgifter for omsorgstjenestene inkluderer følgende KOSTRA-funksjoner: 234 Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettinger; 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon; 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende; 256 Tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene; og 261 Institusjonslokale.

en vesentlig større andel av brukergruppen enn mennene. Størst er forskjellen blant de eldste. Det er nesten tre ganger så mange kvinnelige som mannlige brukere i aldersgruppen 90 år og eldre.

Figur 6.3 Andel mottakere av helse- og omsorgstjenester i løpet av året, etter kjønn og aldersgrupper. 2020. Prosent



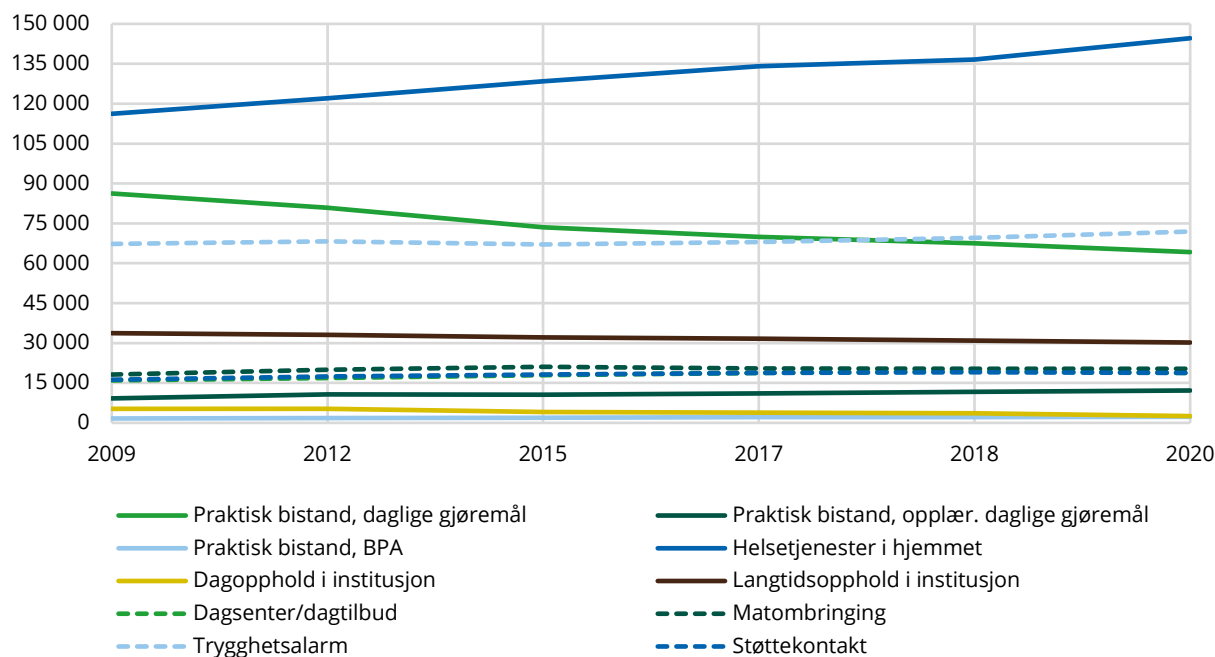
Kilde: IPLOS/KPR

6.2. Endringer i tjenestetilbudet over tid

Innenfor helse- og omsorgssektoren tilbys det en rekke ulike tjenester, som praktisk bistand i ulike varianter, dagaktivitetstilbud, matombringing, trygghetsalarm, avlastning i eller utenfor institusjon, støttekontakt, helsetjenester i hjemmet, dagopphold i institusjon, langtidsopphold i institusjon, nattopphold i institusjon, lokaliseringsteknologi (GPS), elektronisk medisineringsstøtte og digitalt tilsyn. Over tid har enkelte tjenestetilbud hatt en økning i deler eller hele perioden 2007 til 2020, som helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand (opplæring) og brukerstyrt personlig assistanse, BPA og tidsbegrenset opphold i institusjon, mens noen tjenester har gått ned i deler eller hele perioden, som praktisk bistand (daglige gjøremål) og langtidsopphold på institusjon.

Om vi kun ser på kvinner, som i figur 6.4, ser vi at disse hovedtrendene også gjelder for dem. Antallet kvinner som mottar helsetjenester i hjemmet har gått opp i hele perioden, det er også en økning i bruk av opplæring i daglige gjøremål og brukerstyrt personlig assistent (BPA). Vi ser imidlertid en nedgang i praktisk bistand (tidligere hjemmehjelp) og langtidsopphold på institusjon. Dagsentertilbud og matombringing har hatt en forholdsvis flat trend de siste årene.

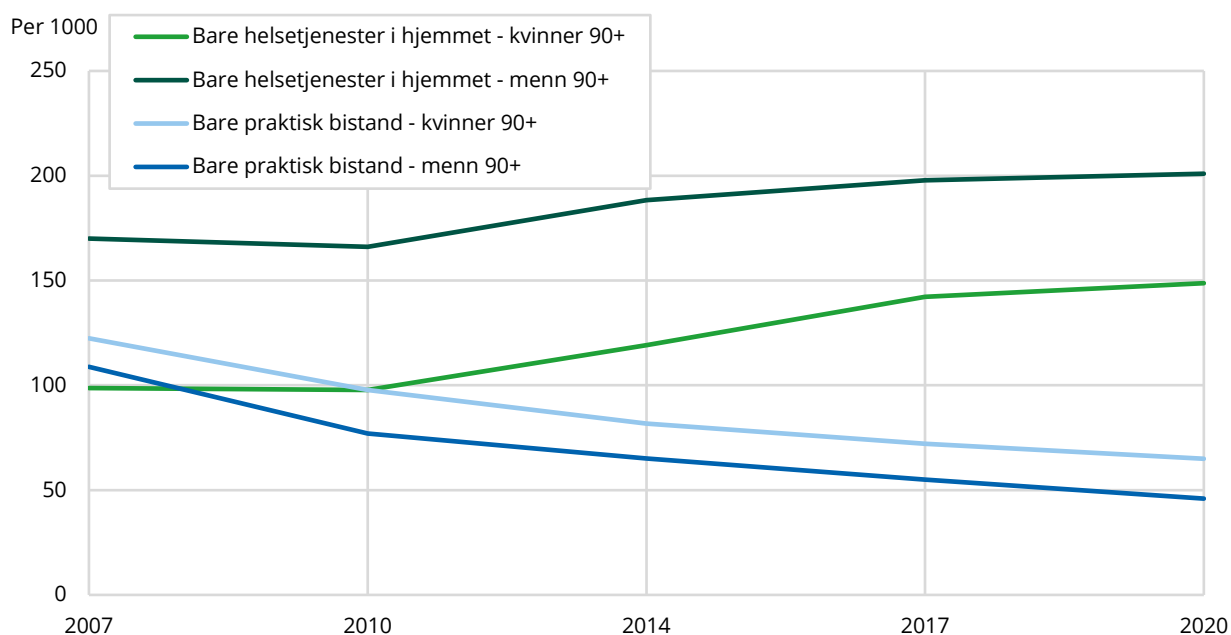
Figur 6.4 Antall kvinnelige brukere i løpet av året av utvalgte helse- og omsorgstjenester etter utvalgte årganger



Kilde: IPLOS og KPR

Siden det særlig er blant de eldste at det er veldig mange som mottar tjenester, viser figur 6.5 utviklingen over tid for kvinner og menn som er 90 år og eldre og som mottar enten helsetjenester i hjemmet eller praktisk bistand. Det er tydelig at andelen som mottar bare praktisk bistand har gått ned for begge kjønn. Det er flere eldre kvinner enn menn som bare mottar praktisk bistand. Mens for helsetjenester i hjemmet er det omvendt, her er det flere eldre menn enn kvinner som mottar hjelp. Vi ser en økning i bruk av helsetjenester i hjemmet for begge kjønn, men mer for de eldste kvinnene enn de eldste mennene.

Figur 6.5 Antall kvinner og menn per 1 000 innbyggere 90 år og eldre som mottar helsetjenester i hjemmet eller som mottar praktisk bistand etter utvalgte årganger

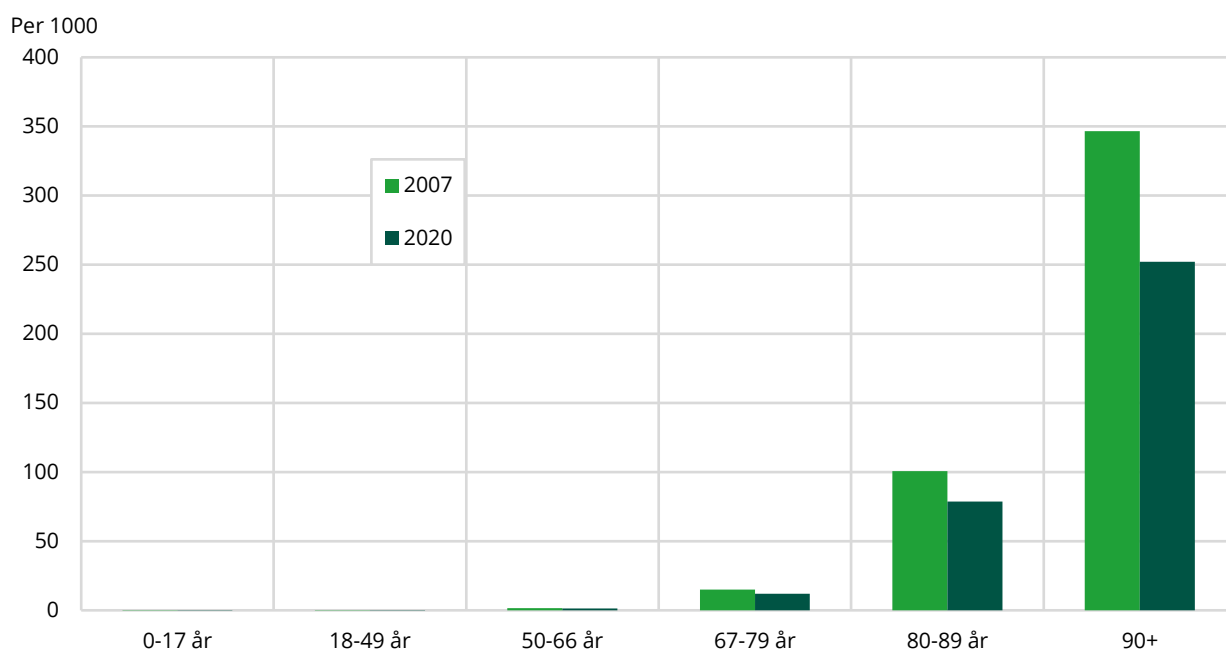


Kilde: IPLOS og KPR.

Nedgang i antall kvinner med langtidsopphold på institusjon

I det videre vil vi primært se på kvinnelige mottakere og deres behov for og bruk av pleie- og omsorgstjenester. For kvinner med stort behov for pleie eller bistand kan et langtidsopphold på institusjon være nødvendig. Et langtidsopphold er som regel permanent og medfører oppfølging og tilsyn hele døgnet. Dette er det siste steget i omsorgskjeden. Det skiller seg fra et tidsbegrenset opphold, hvor bruken er av kortere varighet. Figur 6.6 viser antall (per 1 000 kvinner) som har fått tildelt langtidsopphold på institusjon i 2007²³ og i 2020 etter alder. Vi kan se en nedgang i bruk av langtidsopphold på institusjon over tid, særlig for de eldste kvinnene. Men i tillegg til at et lavere antall eldre kvinnelige innbyggere er på institusjon, har det i den samme periode vært en viss utflating i antall eldre kvinner over 80 år, som også medvirker til at tilfanget ikke øker.

Figur 6.6 Antall kvinner per 1 000 innbyggere som har langtidsopphold per 31.12. på institusjon i 2007 og i 2020



Kilde: IPLOS og KPR

Mange eldre kvinner ender opp alene på slutten av livet, både fordi det ikke er uvanlig at kvinnen er yngre enn mannen i et forhold, men også fordi kvinner fortsatt lever lengre enn menn. Eldre som lever alene trenger mer omsorg enn hver av personene i en topersons-husholdning (Holmøy et al. 2019). I aldersgruppen 90 år og eldre var det i 2007 drøyt 1 av 3 kvinner som hadde langtidsplass på institusjon, mens i 2020 hadde antallet gått ned til 1 av 4. Som vist i figur 6.6 er endringen blant yngre kvinner små, og det er generelt få yngre som bor på institusjon permanent. Dette henger sammen med at det er en helsepolitisk målsetning at personer under 50 år ikke skal ha langtidsopphold på institusjon. Blant de yngste jentene i alderen 0 -17 år er det flere som har tidsavgrenset opphold. Dette er opphold som ofte vil være avlastningsopphold eller opphold i barnebolig. Det handler om boenheter som er særlig tilpasset yngre beboere. Dette er et tilbud til barn med svært alvorlige funksjonsnedsettelse eller som av andre grunner har et omfattende behov for omsorg og derfor må bo utenfor foreldrehjemmet.

²³ 2007 er første årgang med IPLOS-register tall over mottakere av pleie- og omsorgstjenester.

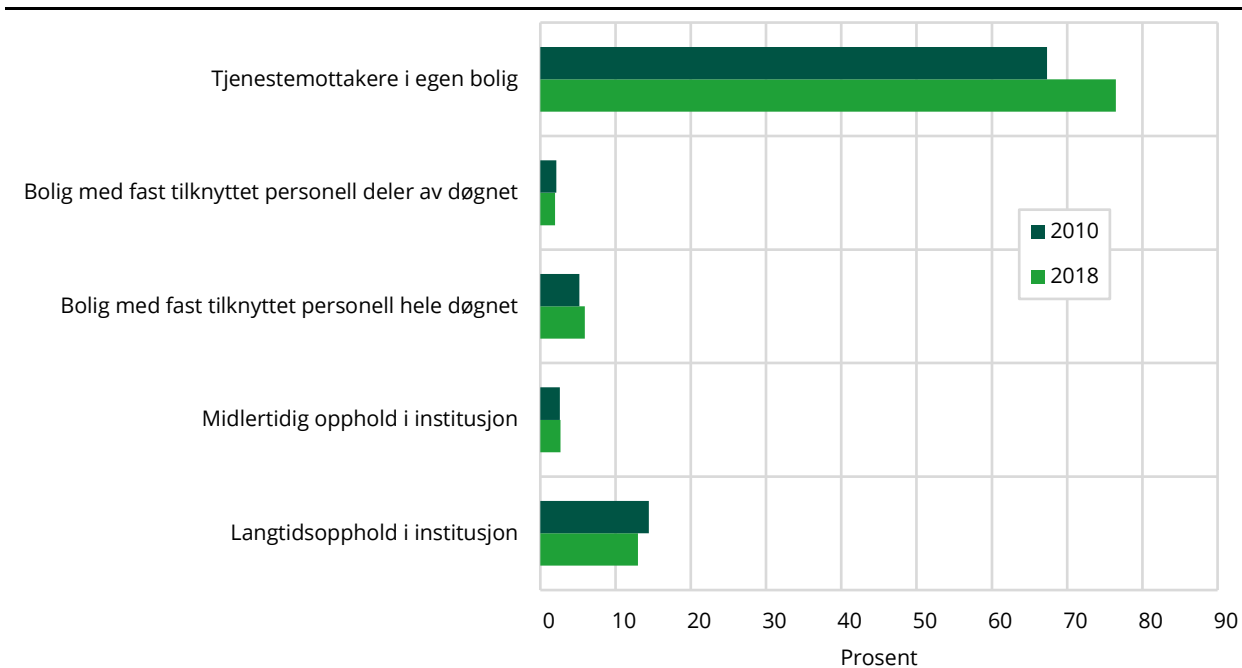
Brukere gjennom året vs. per 31.12.

Mange tjenestemottakere mottar mer enn én tjeneste i løpet av et år, enten flere forskjellige tjenester eller samme tjeneste, overlappende i tid eller med avbrudd innimellom. Mange tjenester er av kort varighet. For antall brukere gjennom året, telles samme bruker av flere tjenester eller samme tjeneste på flere tidspunkt bare en gang, mens et tverrsnitt av brukerne på en bestemt dato, bare teller antall brukere akkurat da. Det medfører at antallet som mottar tjenester er høyere når man ser på antallet gjennom året, enn antallet mottakere ved utgangen av året. SSB publiserer både tall for tjenester gjennom året og tverrsnittsdata per 31.12 (det aktuelle året).

Omtrent 8 av 10 kvinnelige mottakere bor hjemme

Det samles ikke lenger inn data over bemanningsgrad i kommunale boliger i KPR-registeret. Siste tilgjengelige tall er dermed fra 2018. Disse presenteres kort for å vise situasjonen for kvinnelige mottakere av helse- og omsorgstjenester ved siste innsamlingstidspunkt. Andelen tjenestemottakere i egen privat bolig er som forventet økende og utgjør 77 prosent av alle de kvinnelige brukerne. Andel kvinner med langtidsopphold på institusjon har gått litt ned siden 2010, til 13 prosent i 2018. Tidsbegrensede opphold i institusjon ligger stabilt på 3 prosent, og det er også stabilitet i andelen kvinner som bor i boliger med fast personell deler eller hele døgnet.

Figur 6.7 Andel kvinnelige tjenestemottakeres bosituasjon per 31.12. 2010 og 2018. Prosent (N=alle kvinnelige mottakere)

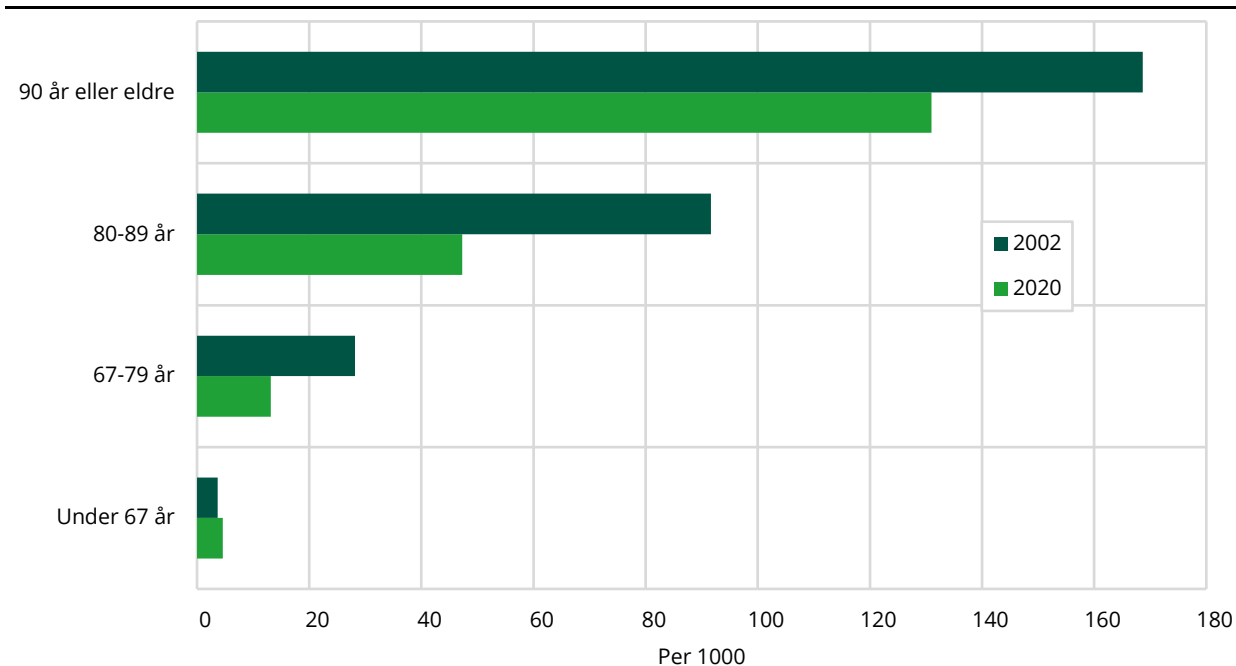


Kilde: IPLOS/KPR

Langtidsopphold på institusjon er i hovedsak blitt en tjeneste for de eldste eldre (som vist i figur 6.6), mens boliger med personell tilknyttet hele døgnet i større grad tildeles mottakere under 80 år.

Om vi ser på utviklingen over tid i andel beboere i omsorgsboliger etter aldersgrupper (tall for begge kjønn), har andelen under 67 år som bor i en slik bolig gått svakt opp over tid, mens i alle de andre aldersgruppene, og særlig i gruppene 80-89 år og 90 år og eldre er det langt færre beboere nå enn i 2002 som bor i kommunalt disponerte boliger til pleie- og omsorgsformål. Antallet beboere totalt har gått ned fra 46 000 i 2002 til rundt 43 000 i 2020, og dette i kombinasjon med at befolkningen har økt og blitt eldre i løpet av perioden, gir nedgangen illustrert i figur 6.8.

Figur 6.8 Antall beboere per 1 000 innbyggere i boliger kommunen disponerer til pleie- og omsorgsformål. Menn og kvinner, 2002 og 2020



Kilde: IPLOS og KPR

Et mål at man skal kunne bo hjemme så lenge som mulig

Med økende levealder og flere eldre i samfunnet kunne man sett for seg en økende andel av de eldste på institusjon. I stedet gis mesteparten av hjelpen i private hjem. Allerede på 1950-tallet ble målet om å få hjelp hjemme så lenge som mulig lansert (Skoglund 2009). Dette ble forsterket på 1990-tallet med flere ulike utredninger og den påfølgende Velferdsmeldingen (St.meld. 35 1994-95) og handlingsplanen for eldreomsorgen (1996-97). På 1990-tallet kom også HVPU-reformen, hvor ansvaret for personer med utviklingshemning ble overført fra fylkeskommunene til kommunene, og hvor man gikk bort fra bruk av spesialinstitusjoner og over til blant annet kommunale omsorgsboliger og bofellesskap. I 1999 til 2008 gav opptrappingsplanen for psykisk helse (St.meld. nr. 25) kommunene ansvar for botilbud til personer med psykiske lidelser og til rusmisbrukere. Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47) som ble innført fra og med 2012 medførte at kommunene skulle overta oppfølging av utskrivningsklare pasienter på sykehus.

De siste tretti årene kan vi se en utvidelse av kommunenes ansvarsområde. Flere nye brukergrupper har kommet til. Dette er også med på å forklare økningen over tid i antall yngre brukere (under 67 år) som mottar helse- og omsorgstjenester. Som nevnt er 4 av 10 mottakere under pensjonsalder, og disse står for omtrent 50 prosent av utgiftene til pleie- og omsorgstjenester²⁴. For å få en oversikt over utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene i perioden 1962 til 2010, se Borgan (2013) eller Otnes (2012).

²⁴ Utgiftene kan estimeres med utgangspunkt i timefordeling etter alder i statistikkbanktabell 11643, forutsatt at timeprisen er uavhengig av alder.

Tre viktige lovendringer på helsefeltet siste 20 år:

*Pasient- og brukerrettighetsloven*²⁵ (fra 2001), med blant annet etablering av retten til individuell plan for brukere med behov for langvarige helse- og omsorgstjenester, retten til koordinator i spesialisthelsetjenesten og koordinator i kommunen for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

*Helse- og omsorgstjenesteloven*²⁶ (fra 2012), pålegger blant annet kommunene å tilby bestemte tjenester. Den stiller krav om forsvarlighet og kvalitet, og kommunene har plikt til å samarbeide med de regionale helseforetakene. Helse- og omsorgstjenesteloven opphever det tidligere juridiske skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester.

*Folkehelseloven*²⁷ (fra 2012) skal fremme folkehelse, og utjevne sosiale helseforskjeller. Den skal danne grunnlag for bedre samordning av folkehelsearbeidet på tvers av sektorer, kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter.

6.3. Tjenester etter alder og behov

De helt yngste og eldste kvinnene har størst behov for hjelp

Hvor mye hjelp man har behov for vil variere med både helsetilstand og funksjonsnivå, og med tilgangen på uformell omsorg. I Helse- og omsorgstjenesteloven er ordet 'nødvendig' tatt ned, og viser til at pasientens totalsituasjon skal tas i betraktning. Hjelpet behovet, også kalt bistandsbehovet, er beregnet på grunnlag av opplysninger om i hvilken grad mottakerne har behov for assistanse i forhold til 15 ulike aktiviteter i dagliglivet²⁸. Det utgjør et samlemaal for mottakernes behov for hjelp i hverdagen. Det benyttes vanligvis fire kategorier. Personer som har

- Noe eller avgrenset behov for bistand
- Middels til stort bistandsbehov
- Omfattende bistandsbehov, eller
- Uoppgitt bistandsbehov

Gruppen med ukjent bistandsbehov ligger på rundt 9 prosent av brukerne totalt sett, men varierer mye med alder. Det er flest unge som ikke har en funksjonsvurdering, og færrest blant de eldste. Det er noen forskjeller mellom kjønnene. Det er en høyere andel kvinnelige brukere som har et avgrenset behov for bistand, 38 prosent vs. mennenes 31 prosent, mens det er en høyere andel mannlige brukere som har middels til stort bistandsbehov og omfattende bistandsbehov, men her er forskjellene mindre. Særlig for omfattende bistandsbehov, 24 vs. 22 prosent (se figur 6.9).

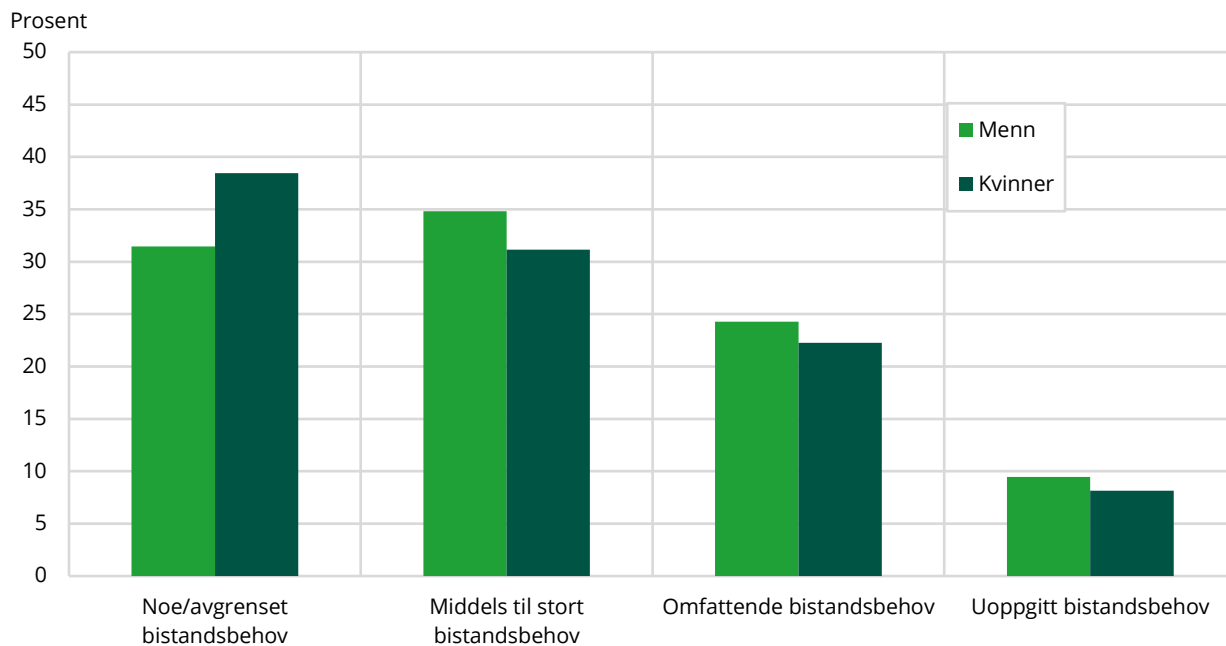
²⁵ <https://snl.no/pasient-og-brukerrettighetsloven>

²⁶ <https://snl.no/helse-og-omsorgstjenesteloven>

²⁷ <https://snl.no/folkehelseloven>

²⁸ Bistandsbehovet til hver enkelt mottaker beregnes etter ADL- og IADL-målene (se mer i SSB-rapport 2018/26, kapittel 2 og vedlegg B)

Figur 6.9. Andel tjenestemottakere per 31.12. etter kjønn og bistandsbehov. 2020. Prosent

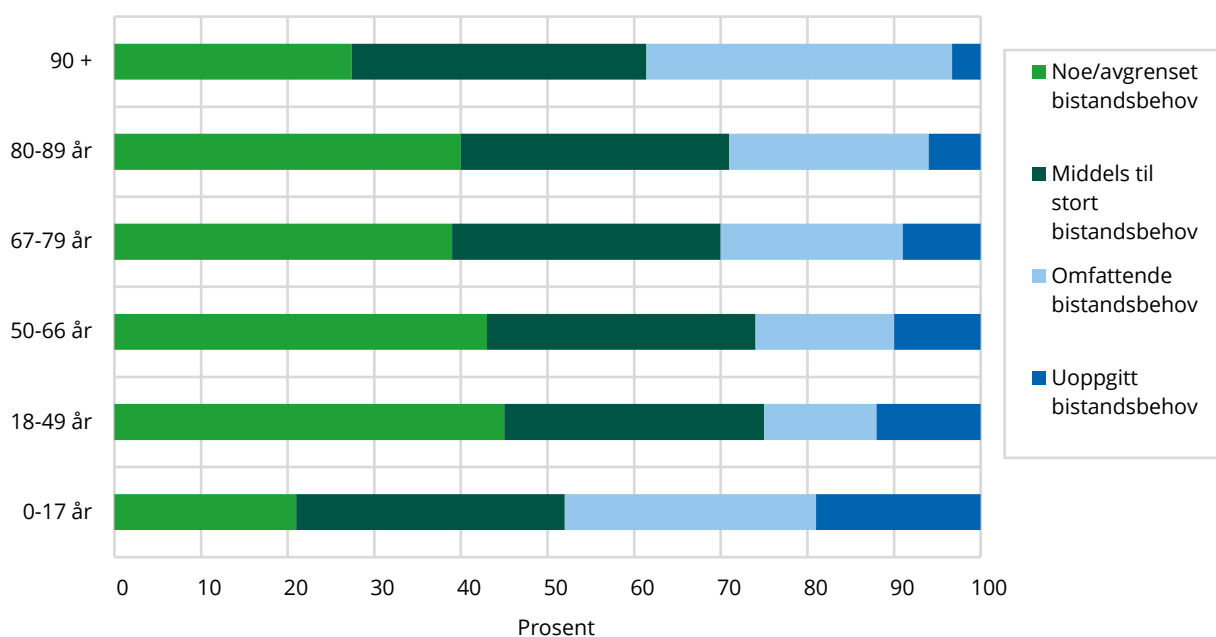


Kilde: KPR og SSB

Det er til dels store forskjeller mellom ulike aldersgrupper, og det er de eldste og de yngste av de kvinnelige mottakerne som har det største behovet for bistand. I aldersgruppen 90 år og eldre er det 35 prosent av kvinnene som har et omfattende bistandsbehov. Mens blant unge jenter 0-17 år ligger andelen på 29 prosent. Færrest finner vi i aldersgruppen 18-49 år, hvor de utgjør 13 prosent av kvinnene som mottar tjenester, jf. figur 6.10.

Andelen kvinner med middels til stort bistandsbehov varierer mindre mellom de ulike aldersgruppene og ligger på mellom 30 og 34 prosent. Den høyeste andelen finner vi blant de eldste kvinnene (90 år og eldre).

Figur 6.10 Andel kvinnelige mottakere av helse- og omsorgstjenester etter bistandsbehov og aldersgrupper per 31.12. 2020. Prosent

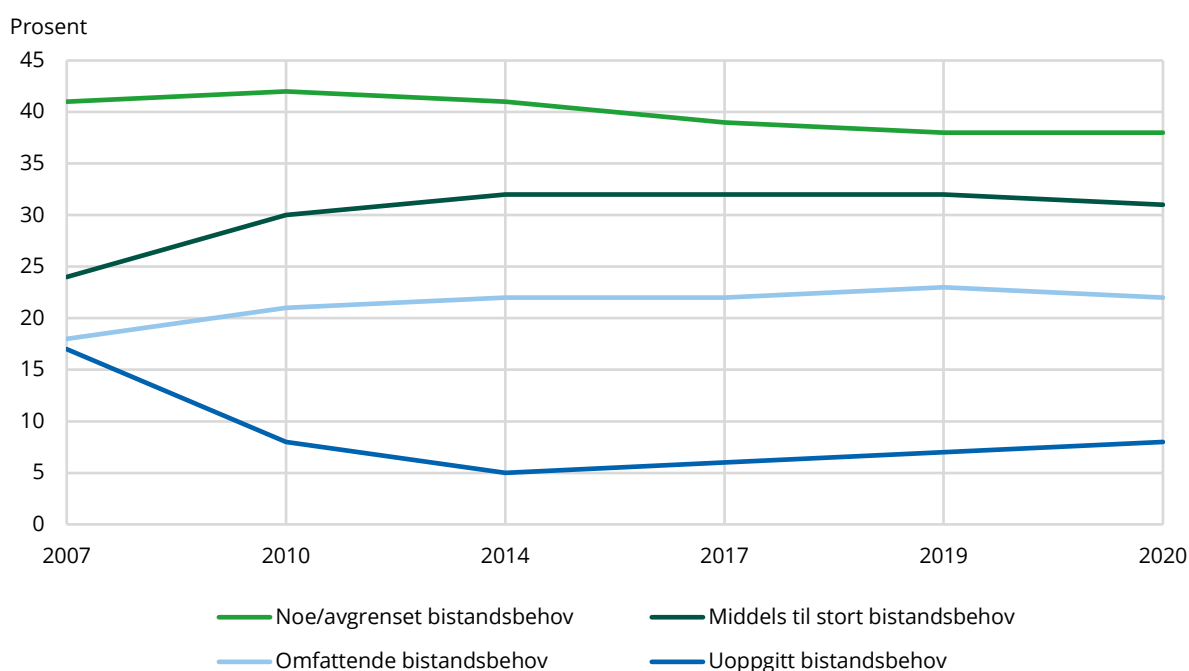


Kilde: KPR og SSB

Det er blant kvinnelige brukere i alderen 18-49 år vi finner den høyeste andelen som har noe eller avgrenset behov for bistand (45 prosent), mens den er lavest blant de yngste jentene (21 prosent).

Vi kan også se en viss økning for noen av kategoriene over tid. Prosentandelen med omfattende bistandsbehov blant kvinner har gått opp i deler av perioden, fra 18 til 22 prosent, for deretter å flate ut. Det vil si at drøyt 1 av 5 kvinnelige mottakere har omfattende behov for hjelp. Størst er økningen blant kvinnene med middels til stort bistandsbehov, som har økt fra 24 til 32 prosent i løpet av tidsperioden, mens den ligger på 31 prosent i 2020. Andelen med noe eller avgrenset bistandsbehov har gått litt ned, og ligger nå på 38 prosent. Selv om en kvinnelig bruker befinner seg i den 'lette' kategorien kan vedkommende likevel ha store behov innenfor enkeltområder. Det forklarer hvorfor enkelte brukere i denne gruppen også kan ha behov for omfattende timebistand eller institusjonsopphold.

Figur 6.11 Andel kvinnelige mottakere per 31.12. av helse- og omsorgstjenester etter bistandsbehov og utvalgte årganger. Prosent

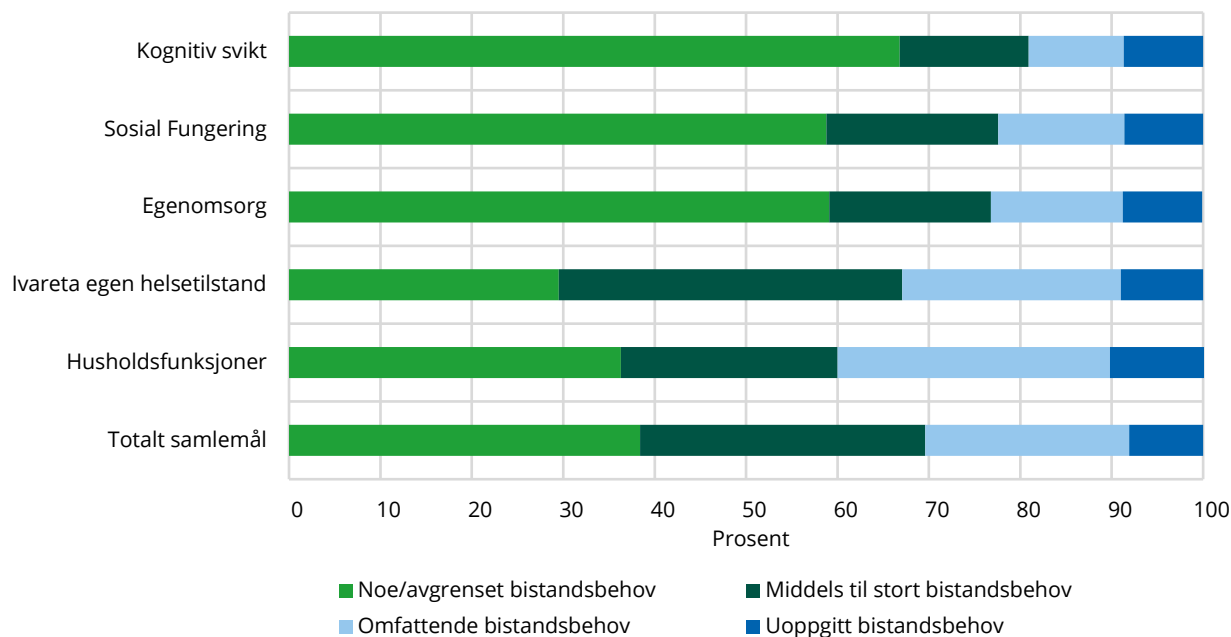


Kilde: IPLOS og KPR

I figur 6.12 er de ulike bistandsnivåene delt inn etter ulike delmål. Dette er fem grupper med aktiviteter som dagliglivet deles inn i, og som representerer en vurdering av graden av brukerens funksjonsevne fra 1 (stor grad av selvhjelpenhet), til 5 (svært hjelpetrengende). De fem gruppene deles inn slik:

- Sosial fungering
- Kognitiv svikt
- Ivareta egen helsetilstand
- Husholdsfunksjoner
- Egenomsorg

Sosial fungering omfatter sosial deltakelse, beslutninger i dagliglivet og atferd. Kognitiv svikt går på hukommelse og evnen til kommunikasjon. Å ivareta egen helsetilstand går på brukerens mulighet til å ivareta egen helse. Husholdsfunksjoner omfatter blant annet innkjøp av varer og tjenester, husarbeid og matlaging. Egenomsorg går på hygiene, bruk av toalett, av/påkledning, spising og å kunne bevege seg innendørs og utendørs. Det lages også et samlemål, basert på alle fem delmål.

Figur 6.12 Andel kvinner etter bistandsbehov. Del- og samlemål per 31.12. 2020. Prosent

Kilde: KPR og SSB

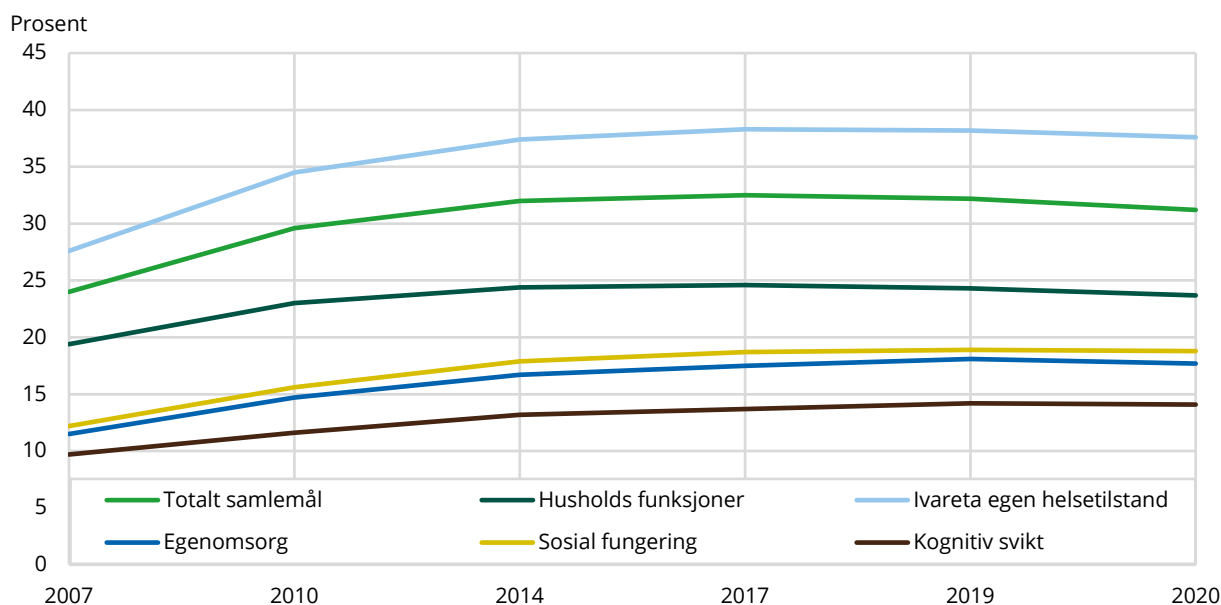
Som vist over har over halvparten av de kvinnelige brukerne av helse- og omsorgstjenester et middels til stort eller et omfattende behov for bistand. Figuren viser videre at bistandsbehovet varierer mellom de ulike delmålgruppene. Når det gjelder kognitiv svikt, sosial fungering og egenomsorg har flesteparten av de kvinnelige brukerne noe til avgrenset bistandsbehov; 1 av 6 har middels til stort behov, mens drøyt 1 av 8 har omfattende behov for hjelp.

Dette endrer seg for helsetilstand og husholdsfunksjoner, hvor det er langt færre av mottakerne som har noe til avgrenset bistandsbehov. Her har 1 av 4 kvinnelige brukere et omfattende bistandsbehov når det kommer til å kunne ivareta egen helse. Nær 1 av 3 kvinner har et omfattende behov for bistand til husarbeid, matlaging og innkjøp.

Endring i bistandsbehov over tid

Andelen kvinnelige mottakere med noe eller avgrenset bistandsbehov har vært forholdsvis stabilt, men har gått ned over tid, mens vi kan se en økning i andel kvinner med *middels til stort behov for bistand* om vi går tilbake til 2007. Det er innenfor denne bistandsgruppen at endringene er størst over tid, men for flere av delmålene kan vi se en utflating på slutten av perioden. Andelen kvinnelige brukere med middels til stort behov for bistand på grunn av kognitiv svikt har gått noe opp. Det samme kan vi se for delmålet sosial fungering hvor andelen har økt fra 12 til 19 prosent i løpet av perioden 2007 til 2020.

Andelen med middels til stort bistandsbehov innen husholdsfunksjoner steg fra 19 prosent i 2007 til 25 prosent i 2017, mens den ligger på 24 prosent i 2020. Andelen kvinner med middels til stort behov for hjelp for å kunne ivareta egen helse har økt med 10 prosentpoeng, til 38 prosent. Totalt sett tyder samlemålet på en viss utflatende trend de siste årene.

Figur 6.13 Andel kvinnelige mottakere av helse- og omsorgstjenester per 31.12. med middels til stort bistandsbehov, etter samlemål og delmål. Utvalgte årganger. Prosent

Kilder: IPLOS og KPR

Andel kvinnelige mottakere med *omfattende* behov for bistand etter ulike delmål har endret seg mindre, men også her ser vi en økning over tid. Andelen kvinner med omfattende behov for hjelp med husholdsfunksjoner har økt fra 26 til 30 prosent. Andelen med omfattende behov for hjelp til å kunne ivareta egen helse har også økt med 4 prosentpoeng, fra 20 til 24 prosent i løpet av tidsperioden. Dette kan være en refleksjon av at helsetilstanden til de aller eldste har endret seg, eller det kan være et uttrykk for at terskelen for å motta tjenester er hevet noe.

Det gjøres oppmerksom på at i beregningen av samlemål betyr de høyeste skårene på delmålene mer for hvilket bistandsnivå man plasseres på enn lavere skår gjør. For å havne i kategorien med høyest bistandsnivå er det nok at brukeren har et omfattende behov i ett delmål og middels til stort behov i alle de andre målene, for at totalt bistandsbehov skal bli regnet som omfattende. Se mer i rapporten til Mørk et al. 2018 (s. 54-56).

Økende antall timer til yngre og voksne kvinner

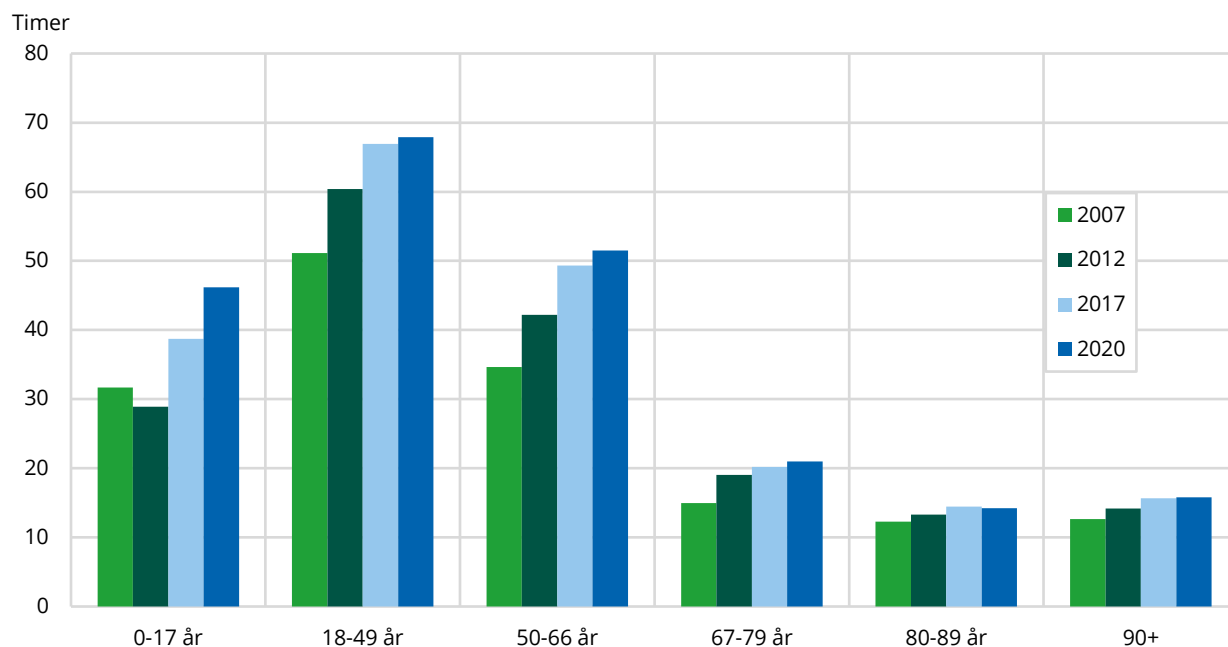
Hvor mye pleie- og omsorgstjenester de kvinnelige brukerne mottar fra det offentlige varierer etter både behov og livssituasjon. Vi skal nå se på gjennomsnittlig antall tildelte timer med praktisk bistand og helsetjenester i hjemmet. Kvinner med noe eller avgrenset behov for bistand mottar færrest timer, mellom 1,5 og 3 timer i snitt, avhengig av alder. Mens kvinner med middels til stort bistandsbehov i gjennomsnitt får mellom 4,7 timer i uken (blant 80 åringene) til 15,3 timer (blant jenter 0 til 17 år).

Ikke uventet er det kvinnelige mottakere med *omfattende* bistandsbehov som mottar flest timer i gjennomsnitt per uke, og som vist i figur 6.14 er det en økning over tid i gjennomsnittlig antall timer som mottas innenfor hver enkelt aldersgruppe. Det er særlig i de yngste aldersgruppene at timeantallet har økt siden 2007, fra 32 til 46 timer ukentlig for unge kvinner (< 18 år) med omfattende bistandsbehov. Disse utgjør imidlertid en liten gruppe i antall. En liknende trend ses også blant kvinnelige brukere i aldersgruppene 18-49 år og 50-66 år.

Gruppen som mottar flest timer med hjelp er voksne kvinner opp til 49 år med omfattende behov. Her har timeantallet økt fra 51 til 68 timer ukentlig. I denne aldersgruppen vil vi blant annet finne kvinner med ulike former for utviklingshemming og med psykiske lidelser. Myndighetenes ønske om

å holde unge og voksne brukere med omfattende bistandsbehov utenfor institusjon, medfører at disse mottar flest tildelte timer fra hjemmetjenestene. I tillegg har rettighetsfesting av BPA (Brukerstyrt Personlig Assistent) ført til økning i timeverkbruken blant de yngre brukerne. Selv om antall brukere er lavere blant de yngre, er det gjennomsnittlige antallet timer disse får tildelt, stort.

Figur 6.14 Kvinner med omfattende bistandsbehov etter gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken med helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand etter alder og utvalgte årganger. Timer



Kilde: IPLOS og KPR

Unge mottar mer uformell omsorg enn eldre

Det er ikke uvanlig å motta hjelp i ulike former fra familie, venner eller naboer. Hvor mye hjelp den enkelte mottar vil variere med brukerens behov og de pårørendes livssituasjon. For eksempel vil brukere med en frisk partner ofte motta mye uformell omsorg fra han/henne i tillegg til den offentlige omsorgen. Slik vil det også være for pleietrengende barn og unge, men også for eldre som fortsatt bor hjemme. Hvor mye bistand som ytes av private aktører totalt sett er høyst usikkert, men beregninger basert på selvrapporterte tall fra levekårsundersøkelsen om helse (SSB), tyder på at omsorgen gitt av pårørende²⁹ nesten er på størrelse med den som ytes av de kommunale omsorgstjenestene (Hjemås et al. 2019).

I desember 2020 lanserte regjeringen handlingsplanen *Vi – de pårørende* (Helse- og omsorgsdepartementet 2020), der målet er å gi pårørende mer anerkjennelse for den viktige jobben de utfører. I planen er det også et mål at pårørende skal kunne leve et godt liv ved siden av pårørendeoppgavene. Pårørendestrategien gjelder for perioden 2021 til 2025 og framhever behovet for at de pårørende også i framtiden bidrar aktivt med uformell omsorg for pleietrengende og syke, ikke minst siden andelen eldre i befolkningen er økende og det kan bli vanskelig å få rekruttert nok fagpersonell (ibid.).

²⁹ Beregninger gjort på data fra levekårsundersøkelsen om helse fra 2015 tyder på at antall timer pårørende bruker på familieomsorg for personer i eget hushold tidligere har blitt undervurdert. De selvrapporterte tallene over ulønnet hjelp eller tilsyn med syke, eldre eller funksjonshemmede i og utenfor egen husholdning, antyder at det legges ned omsorgsarbeid som tilsvarer ca. 136 000 årsverk totalt basert på befolkningstall fra 2017, mens kommunale omsorgstjenester lå på rundt 141 000 årsverk det samme året (Hjemås et al. 2019).

De yngste mottar mest uformell omsorg

Til nå har vi kun sett på hjelp via det offentlige helse- og omsorgstilbudet, men IPLOS/KPR registeret har også et spørsmål om tilgangen til privat, ikke-betalt hjelp for sine brukere. Det er snakk om ubetalt hjelp til nødvendige daglige gjøremål som registreres i den elektroniske pasientjournalen (EPJ). Hjelpen registreres uavhengig av hvor brukeren bor, og inkluderer også institusjonsbeboere. De som bistår med hjelp kan være egen familie, venner eller naboer. Hjelpen kan omfatte å handle inn, rydde, følge til legen/tannlegen eller betale regninger. Evt. hjelp som dekkes av omsorgsstønning fra kommunen eller hjelpestønning fra NAV tas ikke med. For foreldre med barn som mottar omsorgstjenester vil det være snakk om omsorg *utover* det som er forventet i henhold til alderen på barnet. Omsorg som foreldre eller foresatte normalt ville ivareta skal ikke telles med (Helsedirektoratet 2019b).

Det er litt ulikt hvor godt disse spørsmålene er besvart i den elektroniske pasientjournalen, særlig for nye brukere. Ved utgangen av 2020 mottok 4 av 10 kvinnelige tjenestemottakere en form for ubetalt hjelp. Andelen som mottar privat bistand varierer med ulike tjenestetyper. Andelen er lavest for mottakere som bor permanent på institusjon, der mesteparten av omsorgsbehovet ivaretas av personalet.

Som vist i tabell 6.1 er det ikke uvanlig for kvinnelige mottakere å motta hjelp, dette vil typisk være fra ektefelle, voksne barn eller venner. Om man mottar privat hjelp og eventuelt hvor mye, varierer med alderen. Blant de yngste brukerne er det mange som får regelmessig hjelp. Nesten halvparten oppgir at de mottar privat ubetalt hjelp i tillegg til offentlig hjelp, men for en stor del av denne hjelpen vet vi ikke omfanget i timer. Det er også mange i uoppgittgruppen, 19 prosent, så timetallene bør tolkes med en viss forsiktighet. For nesten 10 prosent av de yngste rapporteres det om privat hjelp på 15 timer eller mer ukentlig. At en del jenter under 18 år mottar mye ubetalt hjelp har nok sammenheng med foreldrenes naturlige omsorgsfunksjon for denne gruppen barn og unge, men tyder også på at en del foreldre gjør mer enn forventet i forhold til alder, siden det bare er dette som skal telles med i pasientjournalen (EPJ'en) til barna.

Andelen som mottar 15 timer eller mer ubetalt hjelp per uke synker med økende alder. For de eldste aldersgruppene ligger den på mellom 1 og 1,5 prosent. Blant de eldre kvinnene er det langt mer vanlig å få inntil 3 timer i uken i privat hjelp, det gjelder f.eks. 1 av 10 kvinner som er 90 år og eldre. Men også her er det mange som befinner seg i uoppgitt-gruppen, så andelen kan være høyere enn vist. Andelen som ikke mottar ubetalt hjelp er størst i aldersgruppene 18-49 år og 50-66 år, her er det 6 av 10 som ikke mottar noen form for privat ubetalt hjelp. Som vist i figur 6.13, er det kvinner med omfattende omsorgsbehov i nettopp disse to aldersgruppene som mottar mest hjelp fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Tabell 6.1 Kvinner som mottar helse- og omsorgstjenester per 31.12 som får privat ubetalt hjelp, etter alder. 2020. Prosent

Aldersgrupper	Antall	Mottar hjelp, ukjent omfang				Mottar ikke privat hjelp	Uoppgitt
		Inntil 3 timer/uke	3 inntil 9 timer/ uke	9 inntil 15 timer/uke	15 timer uke/ og mer		
0-17 år	5306	1,7	1,6	1,5	9,4	32,5	18,8
18-49 år	31498	3,4	1,6	0,7	3,9	16,9	11,5
50-66 år	21330	5,6	1,8	0,7	1,8	18,5	9,3
67-79 år	32773	6,8	2,3	0,5	1,5	30,0	9,2
80-89 år	51848	8,1	2,5	0,5	0,9	35,4	6,6
90 år +	28315	9,9	3,1	0,6	0,8	35,4	3,1

Kilde: KPR og SSB

Ser vi kun på andelen kvinner som har mottatt noen form for privat hjelp (som er rapportert inn via IPLOS/KPR systemet), så er det blant de yngste og eldste kvinnene at flest rapporterer om tilgang på privat ubetalt hjelp fra blant annet familie eller venner ukentlig. Blant de yngste jentene i alderen 0

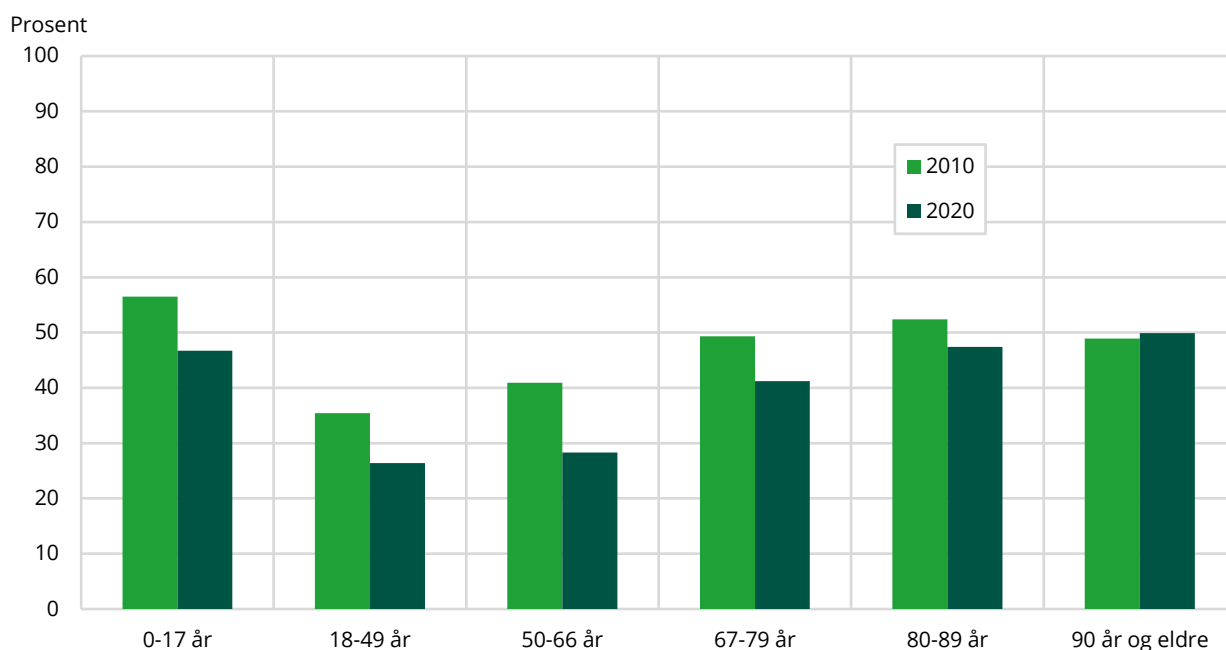
til 17 år gjelder dette 47 prosent, så synker andelen til 26 prosent for de mellom 18 og 49 år, for så å stige igjen blant middelaldrende og eldre. Høyest er den for de eldste kvinnene (90 år og eldre) hvor halvparten har tilgang på en form for privat ubetalt hjelp ukentlig.

Nedgang i andel som mottar ubetalt hjelp

Om vi sammenlikner med tall fra 2010 årgangen, ser vi at andelen kvinner som mottar privat ubetalt hjelp har gått ned i alle aldersgrupper med unntak av de eldste kvinnene 90 år og eldre. Her har andelen økt med ett prosentpoeng. Det er særlig blant de middelaldrende i gruppen 50-66 år at andelen kvinner som mottar ubetalt hjelp har gått ned, fra 41 til 28 prosent. Også timeantallet per uke har endret seg for de middelaldrende kvinnene. Andelen som får mye hjelp (15 timer eller mer ukentlig) har gått ned fra 10 til 2 prosent. Samtidig er det en økning i andelen vi ikke kjenner timeantallet til, så timetallet bør tolkes med forsiktighet. Det er også 8 prosent uoppgitt³⁰, hvor vi ikke vet om kvinnene mottar noen privat hjelp eller ikke, og disse er utelatt fra figuren under. Andelen uoppgitt har imidlertid gått noe ned siden 2010.

Også i de yngre aldersgruppene har det vært en nedgang sammenliknet med 2010, både i andel som mottar privat hjelp og i antall timer mottatt per uke.

Figur 6.15 Andel kvinnelige mottakere¹ av helse- og omsorgstjenester per 31.12 som får privat ubetalt hjelp ukentlig etter aldersgrupper. Årgang 2010 og 2020. Prosent



¹ Kun kvinnelige brukere med et kjent eller et ukjent antall timer ubetalt privat hjelp er med i figuren. Uoppgitt eller de som ikke mottar privat hjelp er holdt utenfor.

Kilde: IPLOS/KPR

Flest gir ubetalt hjelp til personer de ikke bor sammen med

En annen datakilde som kan si noe om utbredelsen av ubetalt omsorg for syke, personer med funksjonsnedsettelse og eldre er levekårsundersøkelsen om helse (SSB 2020). Med et økende antall eldre vil det være flere som opplever å få omsorgsforpliktelser ovenfor egne foreldre, andre slektninger eller venner. Det er 16 prosent menn og 17 prosent kvinner som har gitt regelmessig ulønnet hjelp eller omsorg, uavhengig av om man bor sammen med dem man ivaretar eller ikke.

³⁰ Andelen uoppgitt varierer mye mellom aldersgruppene, flest finner vi blant de yngste 0-17 år, 18,8 prosent og færrest blant de eldste, 3,1 prosent.

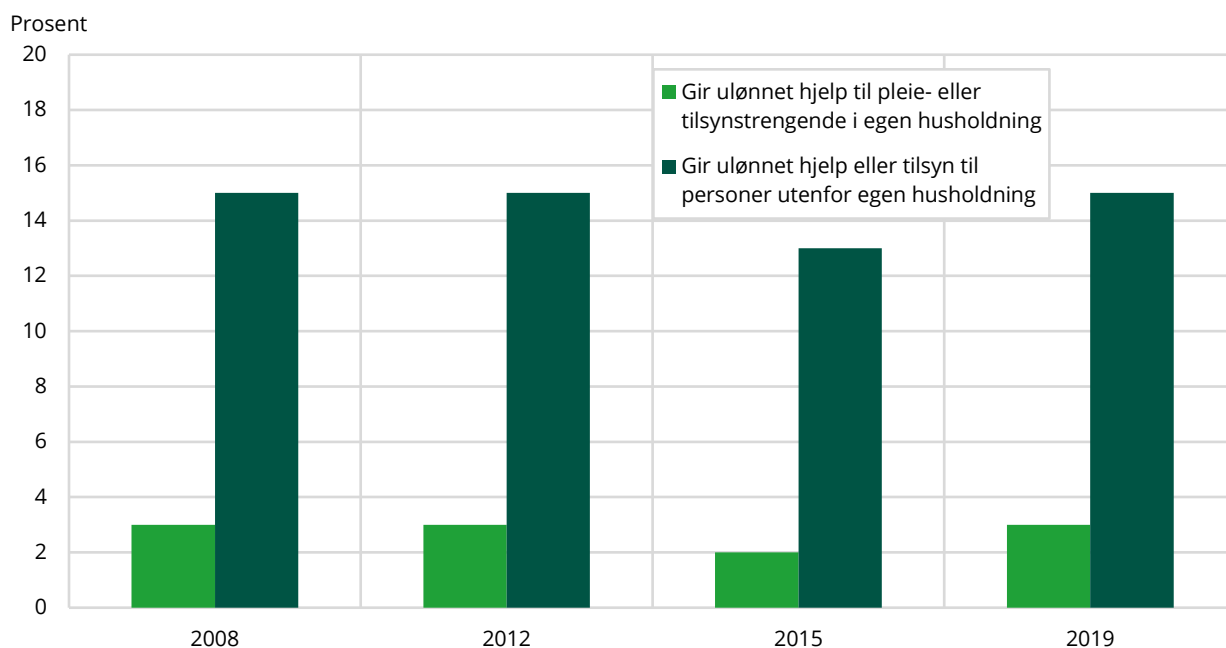
Det er små forskjeller mellom kjønnene, og forskjellene har minket over tid. I 2008-undersøkelsen lå andelen menn som ga ulønnet hjelp regelmessig på 13 prosent, mens andelen kvinner lå på 18 prosent. Det er ingen forskjell i hvor mye tid menn og kvinner bruker på ulønnet omsorgsarbeid ukentlig, men hvem tiden brukes på er forskjellig. Der kvinner bruker noe mer tid på hjelp og tilsyn med egne foreldre, bruker menn tilsvarende mer tid på hjelp og tilsyn med andre, som øvrige slektninger og naboer.

Spørsmål om ulønnet hjelp og omsorg

I levekårsundersøkelsen om helse (SSB) har det blitt stilt spørsmål om det er noen i egen husholdning som trenger ekstra stell, tilsyn eller hjelp pga. varig sykdom, nedsatt funksjonsevne eller høy alder. Og om husholdet i så fall får noe ubetalt hjelp av slekt, venner eller naboer. Det blir også i en egen sekvens spurt om man regelmessig gir omsorg eller hjelp til personer i egen husholdning eller til personer utenfor husholdningen, og i så fall antall timer hjelp som gis og hvem man gir hjelp til.

Det er vanligst å gi ulønnet omsorg eller hjelp til personer man ikke selv bor sammen med. 15 prosent av kvinnene har gitt regelmessig hjelp eller tilsyn til familie og venner utenfor egen husholdning, mens 3 prosent av kvinnene oppgir at de gir regelmessig hjelp til en de bor sammen med. Disse prosentandelene har endret seg lite de siste 11 årene, som vist i figur 6.16.

Figur 6.16 Andel kvinner som har gitt regelmessig ulønnet hjelp eller tilsyn til pleie- eller tilsynstrengende i og utenfor eget hushold. 2008 – 2019. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå

Andelen kvinner som tilhører en husholdning med pleie- eller tilsynstrengende³¹ har gått litt opp over tid, fra 4 prosent i 2008 til 7 prosent i 2019. Mens andelen som sier de regelmessig gir ubetalt hjelp eller tilsyn til noen i eget hushold har ligget stabilt på mellom 2 og 3 prosent i den samme tidsperioden.

Ikke uventet øker andelen kvinner som bor i en husholdning med en pleietrengende med økende alder, og flest finner vi blant kvinnene 67 år og eldre. Her er det 16 prosent som bor sammen med en person med pleie- eller tilsynsbehov, og det vil som oftest være ektefellen. Bare 4 prosent av de

³¹ Tilsynstrengende vil si personer som må passes på, føres tilsyn med eller stelles for.

eldste kvinnene (67 år og eldre) oppgir at de regelmessig bidrar med ubetalt omsorg til en person i eget hushold.

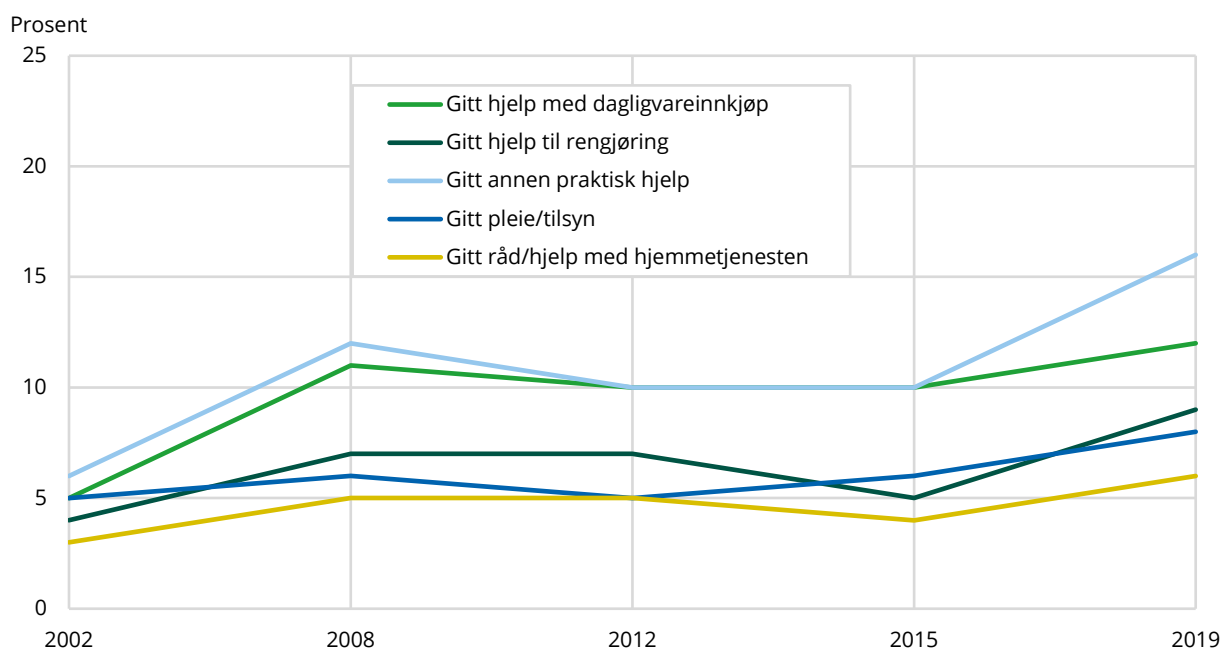
Hjelper egne foreldre i gjennomsnitt fire timer i uken

I levekårsundersøkelsen om helse (SSB) er det også stilt spørsmål om hvem man har gitt hjelp til og hvor mye. 7 prosent av kvinnene har gitt regelmessig hjelp eller omsorg til foreldre de ikke bor sammen med, og om vi velger å kun se på de kvinnene som har foreldre i live, øker andelen til 11 prosent. Og denne andelen har variert mellom 9 og 11 prosent siden 2008 undersøkelsen. I gjennomsnitt har kvinnene brukt 4 timer per uke på ulike typer ubetalt hjelp til egne foreldre.

Det har også blitt stilt spørsmål om hva slags type hjelp som er gitt de siste fire ukene til foreldre som har hatt behov for bistand. 12 prosent av kvinnene sier de har hjulpet til med dagligvarekjøp, 9 prosent har hjulpet til med rengjøring, mens flest har gitt annen praktisk hjelp. Det kan for eksempel være transport til butikk eller lege, hjelp til betaling av regninger osv., totalt 16 prosent. 8 prosent oppgir at de har bidratt med pleie og tilsyn av egne foreldre, mens 6 prosent av kvinnene har gitt råd om eller hjulpet til med hjemmetjenesten.

Andelene som har gitt ulike former for uformell hjelp har vært ganske stabile i de siste undersøkelsene. Det ser imidlertid ut til å være flere kvinner enn tidligere som bidrar med annet praktisk arbeid, men andelen har variert noe over tid, fra 6 prosent i 2002 til 16 prosent i 2019.

Figur 6.17. Andel kvinner som har gitt hjelp med dagligvarekjøp, rengjøring, annen praktisk hjelp, pleie/tilsyn og råd/hjelp med hjemmetjenesten siste 4 uker til foreldre som har behov for hjelp. 2002-2019. Prosent



Kilder: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå

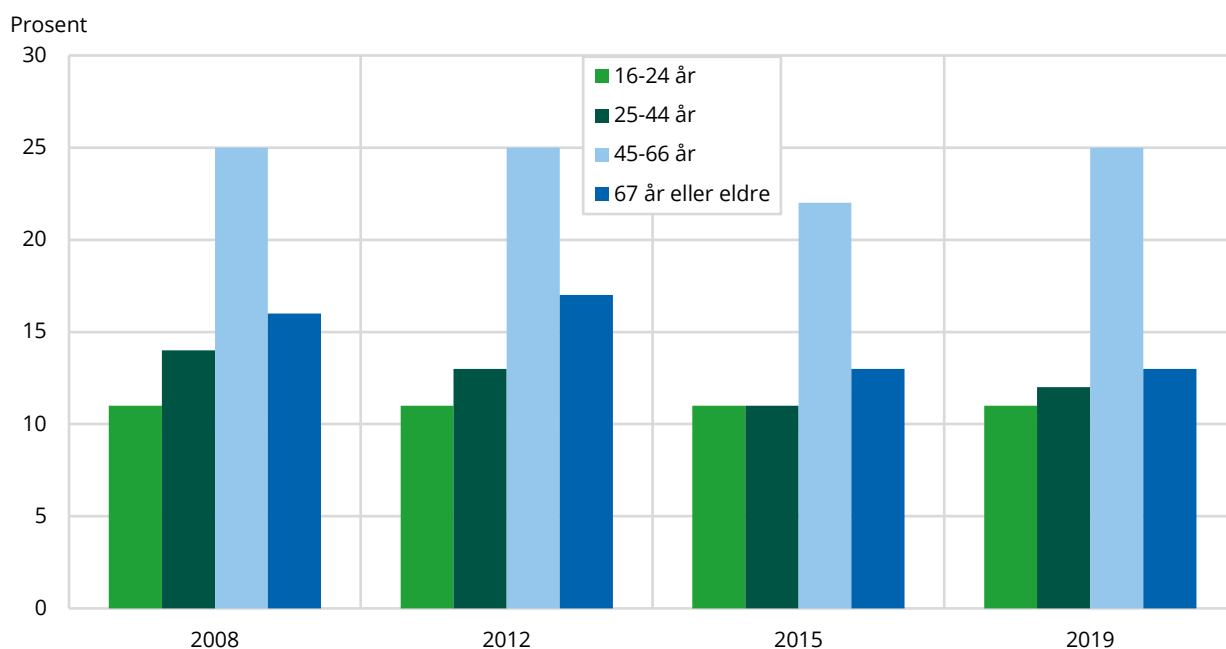
Middelaldrende kvinner gir mest hjelp

Andelen kvinner som gir regelmessig ulønnet hjelp eller omsorg til egne foreldre som de ikke bor sammen med, varierer mye med alder og livsfase. Mens bare 2 prosent av unge kvinner gir regelmessig hjelp til egne foreldre, gjelder det 15 prosent av middelaldrende kvinner (45-66 år). Dette er en gruppe kvinner som enten har barn som begynner å bli store eller som har blitt voksne, og som har foreldre som begynner å bli gamle og har behov for hjelp. Blant de eldste kvinnene (67 år og eldre) er det svært få som fortsatt har foreldre i live, så her ligger andelen på 1 prosent.

Om vi ser på andel kvinner som totalt sett har gitt ulønnet hjelp eller tilsyn til egne foreldre eller andre med hjelpebehov i 2019, varierer andelen mellom 11 og 13 prosent for de ulike aldersgruppene, med unntak av kvinner i alderen 45 til 66 år, her er det 1 av 4 som regelmessig gir ubetalt hjelp til noen i eller utenfor egen husholdning.

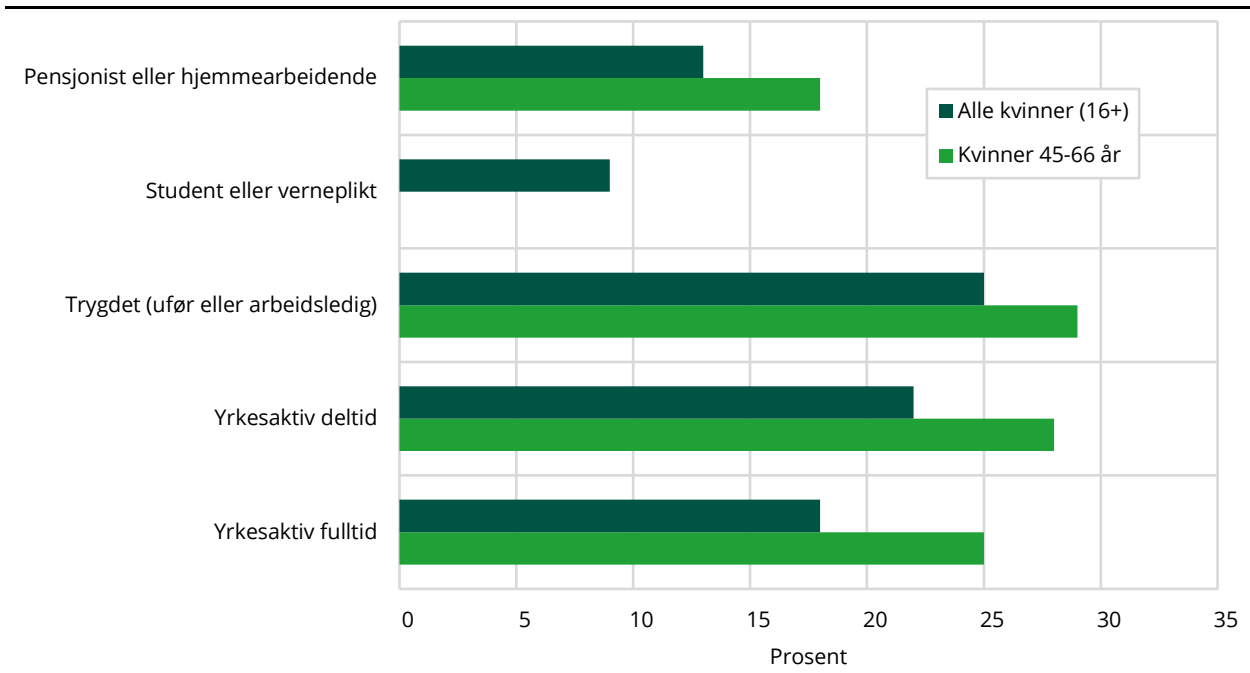
Det har ikke vært så store endringer i andelen kvinner som gir regelmessig hjelp til syke, funksjonshemmede eller eldre i de siste fire levekårsundersøkelsene om helse (SSB). De yngste kvinnene har ligget på 11 prosent i samtlige undersøkelser, mens voksne 25 til 44 år har variert mellom 14 og 11 prosent. Kvinnene mellom 45 til 66 år har ligget stabilt på 25 prosent, med unntak av i 2015. Mens blant eldre kvinner (67 år og eldre) var andelen oppe i 17 prosent i 2012, før den gikk ned til 13 prosent i de to siste undersøkelsene.

Figur 6.18. Andel kvinner som gir regelmessig ulønnet hjelp eller tilsyn totalt, etter ulike årganger. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå

Middelaldrende kvinner gjør mye ulønnet omsorgsarbeid og utgjør en viktig ressurs for egne foreldre, men også for andre slektninger, naboer eller venner. Det er kvinner i aldersgruppen 45 til 66 år som bistår mest med ulønnet omsorg. Omfanget avhenger av tilknytningen til arbeidslivet. 28 prosent av deltidsarbeidende kvinner og 29 prosent av kvinner på arbeidsrelaterte ytelser/trygd bidrar regelmessig med ulønnet omsorgsarbeid. Kvinner i arbeid kan fort havne i en tidsklemme. Hver fjerde kvinne i fulltidsstilling i denne aldersgruppen bruker regelmessig tid på ubetalt omsorgsarbeid (SSB 2020). De kvinnelige pensjonistene gjør i mindre grad ulønnet omsorgsarbeid (14 prosent). Fordi det er få hjemmearbeidende blant middelaldrende kvinner, er disse slått sammen med pensjonistene i figur 6.19 for å gi sikrere tall. Dette øker andelen som gir ulønnet hjelp til 18 prosent.

Figur 6.19. Andel kvinner som gir regelmessig ulønnet hjelp eller tilsyn totalt etter selvrapportert økonomisk status. 2019. Prosent

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå

6.4. Bruk av omsorgstjenester i ulike livsfaser

Som vist tidligere i dette kapitlet varierer bruken av tjenester med ulike aldergrupper og med hvor i livsløpet de er. De aller fleste barn og ungdommer er friske og det er svært få barn i alderen 0 til 17 år som mottar omsorgstjenester, bare 1,5 prosent av barnebefolkningen. Samtidig har en del av barna det gjelder til dels store behov. Det er nedfelt i barnekonvensjonen³² at barn med ulike funksjonshemminger har rett til særlig omsorg og at barnets omsorgspersoner bør få den hjelpen de har søkt om i henhold til barnets tilstand. Det er færre jenter (6 300) enn gutter (11 000) som mottar helse- og omsorgstjenester.

Det er generelt få yngre jenter (under 18 år) som har opphold på institusjon permanent, 0,1 per 1 000 innbyggere. Det er vanligere med avgrensede avlastningsopphold på institusjon eller opphold i barnebolig. Blant jenter 0 til 17 år er det ganske mange av mottakerne som har et omfattende bistandsbehov, 29 prosent. 31 prosent har middels til stort behov, mens bare 21 prosent av jentene har et avgrenset behov. Vi kan også se en endring over tid. I 2010 var det litt flere jenter med avgrenset behov, mens andelen med omfattende behov har økt, fra 24 til 29 prosent. Gruppen jenter med omfattende behov er liten i antall, men de mottar flest timer praktisk bistand og hjemmesykepleie, 46 timer i uken i gjennomsnitt. Og timeantallet har økt over tid. Mange unge jenter mottar også privat ubetalt hjelp til nødvendige daglige gjøremål, såkalt familieomsorg. Omtrent 1 av 10 mottar 15 timer i uka eller mer. Det er også i denne aldersgruppen at andelen brukere som ikke mottar privat hjelp er minst (35 prosent). Samtidig har andelen som mottar privat ubetalt hjelp gått ned med 10 prosentpoeng i løpet av en tiårs periode.

Voksne kvinner er her definert som kvinner 18-49 år. Andelen brukere under pensjonsalder har økt over tid og 1 av 4 brukere er nå under 50 år. Det er litt flere kvinnelige enn mannlige brukere i denne gruppen, rundt 42 000 kvinner mot 40 000 menn. Forholdsvis få kvinner har et omfattende bistandsbehov (13 prosent) og mange har noe eller et avgrenset behov for hjelp fra den kommunale omsorgstjenesten (45 prosent). Det er få mottakere i denne aldersgruppen som ikke bor hjemme,

³² Barnekonvensjonens artikkel nr. 2. og 3.

men av dem som bor i omsorgsbolig eller på institusjon vil vi ofte finne kvinner med utviklingshemming eller psykiske lidelser. Det er kvinner med omfattende behov for hjelp eller bistand som mottar flest timer i gjennomsnitt. Og blant kvinner i denne alderen som har omfattende behov for hjelp, har timeantallet økt over tid fra 51 til 68 timer i uken i snitt. I denne aldersgruppen er det forholdsvis få som oppgir at de mottar privat ubetalt hjelp, ifølge IPLOS/KPR registeret, 26 prosent og andelen er lavere enn for ti år siden.

Middelaldrende kvinner i alderen 50 til 66 år utgjør ikke en så veldig stor gruppe innenfor mottakerne av omsorgstjenester, men også her er kvinnene i flertall, med 28 000 mot 26 000 menn. Også blant de middelaldrende kvinnelige brukerne er det mange som har et avgrenset behov for hjelp (43 prosent), mens 31 prosent har middels til stort behov, og 16 prosent av kvinnene har et omfattende behov for hjelp. Disse andelene har vært forholdsvis stabile siste ti år. Også i denne gruppen har det vært en øking i antall tildelte timer i uken. Kvinner med omfattende bistandsbehov har økt fra 35 timer i 2007 til rundt 52 timer i gjennomsnitt ukentlig i 2020 for helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand. Det er mange i denne gruppen som ikke mottar privat ubetalt hjelp av noe slag (63 prosent). Rundt 28 prosent oppgir at de mottar hjelp, og av disse er det flest som mottar inntil 3 timer i uken (nær 6 prosent), men for flesteparten i denne gruppen kjenner vi ikke til timeantallet.

Mange eldre kvinner bor alene, særlig blant de aller eldste, både fordi kvinner lever lenger enn menn og fordi eldre kvinner ofte er litt yngre enn ektefellen eller samboeren. Helsen blir dårligere med økende alder, og sykdommer eller nedsatt funksjonsevne vil øke behovet for helse- og omsorgstjenester særlig mot slutten av livet (FHI 2022i). Det er derfor blant de eldste eldre vi finner aller flest mottakere. Antallet er høyest i gruppen 80 til 89 år, med 61 000 kvinner og 32 000 menn og kjønnsforskjellene øker med økende alder. Forskjellene er ikke like store blant de yngre pensjonistene 67 til 79 år. Mens blant de som er 90 år og eldre finner vi 14 000 mannlige mottakere og 36 000 kvinnelige mottakere.

Det er få blant de yngre kvinnelige pensjonistene som har langtidsopphold på institusjon. Det er noen flere blant 80-89 åringene og aller flest blant de som er 90 år eller eldre, her bor 1 av 4 på institusjon. Det er ulike grunner til at kvinner trenger langtidsopphold på institusjon, men det er ikke uvanlig med demensdiagnoser. Flere eldre kvinner enn tidligere bor hjemme og mottar hjelp og hjemmesykepleie der. Andelen kvinner som har et omfattende behov for bistand varierer blant de tre eldste aldersgruppene, og øker fra 21 prosent blant yngre pensjonister, til 35 prosent³³ av de aller eldste kvinnene (90 år og eldre). Andelen med middels til stort behov for bistand er ganske likt mellom gruppene, men litt høyere blant de aller eldste. Det er forholdsvis små endringer siste ti år.

Timeantallet for helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand til de eldste aldersgruppene med omfattende behov, har ikke endret seg like mye som i de yngre aldersgruppene. Det er enkelte endringer blant de yngste eldre (67-79 år), mens blant de eldste kvinnene er det stabilt og timeantallet har ligget på rundt 12- 14 timer i uken for 80 åringene, mens tallet for 90 åringene er på mellom 13-16 timer i uken i snitt. Derimot er det mange eldre kvinner som får privat ubetalt hjelp av ektefelle, egne barn eller naboer og venner. Dette gjelder nær halvparten (47 prosent) i gruppen 80-89 år og halvparten av alle 90 åringene. Der hvor vi kjenner timeantallet som gis ukentlig, er det vanligst med inntil 3 timer i uken.

³³ Det er her snakk om mottakere per 31.12. 2020.

6.5. Oppsummering

- Det er flere kvinner enn menn som mottar helse- og omsorgstjenester. I 2020 utgjorde kvinnene 58 prosent av alle brukerne. Antall tjenestemottakere har økt over tid, og antallet mannlige mottakere har økt mer enn antallet kvinnelige mottakere. Bruken av omsorgstjenester har også endret seg over tid, med mindre bruk av praktisk bistand og økt bruk av helsetjenester i hjemmet. Vi ser også en viss nedgang i antallet kvinner med langtidsopphold på institusjon, både som følge av at flere bor hjemme lenger, og at antallet kvinner over 80 år ikke har økt de siste årene. Omtrent 8 av 10 kvinnelige mottakere av helse- og omsorgstjenester bor i eget hjem.
- Bruk av omsorgstjenester er høyest blant de yngste og de eldste kvinnene. De yngste utgjør et relativt lite antall brukere, men de mottar en stor andel av tjenesteressursene totalt. De eldste kvinnene utgjør langt flere brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester, men deres bruk av tjenesteressurser er lavere per bruker. Unntaket er kvinner 90 år og eldre som utgjør en vesentlig andel av dem som er på institusjon. Det er også de yngste og de eldste kvinnene som har det største behovet for bistand. Drøyt 1 av 5 kvinnelige mottakere har et omfattende behov for bistand, og andelen har økt siden 2007. Det har også vært en økning i andelen med middels- til stort bistandsbehov.
- 4 av 10 kvinnelige mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester oppgir at de også mottar en form for privat ubetalt hjelp til nødvendige daglige gjøremål fra egen familie, slekt eller venner. Det er yngre under 18 år og eldre kvinner som oftest mottar uformell omsorg fra familie og venner, viser data fra KPR.
- Ifølge utvalgsdata gir 15 prosent av alle kvinner regelmessig ubetalt omsorg til syke, funksjonshemmede eller eldre slektninger/venner som de ikke bor sammen med. Mens 3 prosent rapporterer at de gir ubetalt omsorg til noen i egen husholdning. Det er særlig mange middelaldrende kvinner som jevnlig bruker tid på ubetalt omsorg og tilsyn, 1 av 4.

7. En sammenstilling

Helse henger som vist sammen med øvrige levekår som utdanningsnivå, inntektsnivå, arbeidstilknytning, familieforhold, nettverk mv., og dette gjelder over hele livsløpet selv om helsetilstand og bruk av helserelaterte tjenester varierer i de ulike aldersgruppene og livsfasene. Til sammen danner dette rammen om den enkeltes livssituasjon. Vi har beskrevet demografiske endringer i kvinnebefolkningen i kapittel 2, helseatferd, helsetilstand og helseplager i kapittel 3, kvinners bruk av helsetjenester i kapittel 4, mens trygdeytelser knyttet til helse omtales i kapittel 5 og kvinners bruk av omsorgstjenester omtales i kapittel 6. I et vedleggskapittel er kreft valgt som eksempel for å tydeliggjøre betydningen av alder og livsfase for de som rammes, enten direkte eller indirekte.

7.1. Utviklingstrekk i kvinnehelse og bruk av tjenester

Utdanning, yrkeshistorie, familiesituasjon og sosiodemografiske forhold endrer seg over tid. Som vist i kapittel 2 har kvinners liv endret seg vesentlig de siste 20 årene. Det har vært betydelig endring over kvinnegenerasjoner i reproduktivt livsløp. Både når det gjelder andel kvinner som blir mødre, antall fødsler og aldersplassering av fødslene. Det er også blitt noe flere barnløse kvinner over tid.

Det har til dels vært store endringer samlivsform de siste 20 årene. Blant unge er det nå et lengre tidsspenn mellom utflytting fra foreldrehjemmet til etablering med egen familie. Og det er flere som utsetter samlivsinngåelse. Færre ekteskap inngås og de inngås i høyere alder. Det betyr ikke nødvendigvis at det er færre som lever i parforhold. Årsaken er mer knyttet til at flere inngår og forblir i samboerskap. Dette er blitt en vanlig samlivsform blant yngre. Mange kvinner bor alene i kortere eller lengre perioder av livsløpet, både unge og eldre kvinner. Enslige kvinner er i flertall i den eldre delen av befolkningen, mens enslige menn er i flertall blant yngre.

Det har vært liten endring i den egenvurderte helsen i løpet av de siste 20 årene generelt sett. Andelen med dårlig helse ser imidlertid ut til å ha økt noe for kvinner, men ikke for menn. Andelen med dårlig helse øker mest blant yngre kvinner, og er redusert over tid for eldre kvinner. Kvinner med innvandrerbakgrunn har dårligere egenvurdert helse sammenliknet med kvinner uten innvandrerbakgrunn. Det er imidlertid store forskjeller mellom grupper av innvandrere etter opprinnelsesland, innvandringsgrunn og botid i Norge.

Dødeligheten er redusert både for kvinner og menn. Imidlertid er det store sosiale forskjeller i risiko for død. Forskjellene i dødelighet etter utdanning har økt for kvinner. I dag er kreft den hyppigste dødsårsaken blant kvinner, mens dødelighet av hjerte- og karsykdommer var mest utbredt 20 år tidligere (FHI 2022f).

Kvinner med lengre utdanning og høyere inntekt har gunstigere levevaner helsemessig sett enn kvinner som har kortere utdanning og lavere inntekt. Men ikke all helserelatert atferd følger det samme mønsteret. Høyt utdannede har oftere yrker med mye stillesitting og de drikker alkohol oftere enn andre utdanningsgrupper. Kvinners alkoholbruk har økt over tid. Størst økning har det vært blant eldre kvinner. Det er svært få unge kvinner som røyker daglig i dag. Kvinner i 50 og 60 årene henger etter når det gjelder røykeslutt. Det er enslige kvinner og kvinner i lavere utdanningsgrupper som i størst grad røyker daglig og som er inaktive. Per i dag er fedme mest utbredt blant menn, men er økende også blant kvinner. Fedme har økt i alle aldersgrupper blant kvinner. Det er særlig godt voksne kvinner som har fedme. Fedme er minst utbredt blant kvinner med høyere utdanning. Både fedme, inaktivitet og daglig røyking er mest utbredt blant godt voksne kvinner som bor alene og i lavere utdanningsgrupper.

Norske barn har gjennomgående god helse. Astma og allergi er imidlertid utbredt. Mange barn kommer til helsetjenesten med luftveisproblemer, ørebetennelse mv. Og det kan se ut til at flere barn får diabetes. Barn har færrest konsultasjoner med fastlegen sammenliknet med øvrige aldersgrupper. Det har imidlertid vært en økning i antallet konsultasjoner blant unge jenter i alderen 16-19 år og unge kvinner 20-29 år. Antall legevaktkonsultasjoner per person er størst blant de minste barna, men også jenter på videregående skole og yngre kvinner bruker legevakten en del. Jenter rapporterer i større grad om subjektive helseplager og mindre god helse og livstilfredshet enn gutter. Det kan se ut til at unge kvinner i dag har litt dårligere helse og mer psykosomatiske symptomer som magesmerter, hodepine og søvnvansker sammenliknet med jevnaldrende kvinner i 2002. Mye av plagene henger sannsynligvis sammen med opplevd kroppspress og prestasjonspress både i forhold til skole og venner. Omfanget av ensomhet blant unge kvinner ser også ut til å øke. Og stadig flere unge kvinner har psykiske plager. Andelen barn og unge som blir diagnostisert med en psykisk lidelse i spesialisthelsetjenesten har økt. Det har også vært en kraftig økning i polikliniske konsultasjoner for barn og unge innen psykisk helsevern. Parallelt har det vært en økning i bruk av legemidler for psykiske lidelser blant unge.

De vanligste helseproblemene blant unge voksne kvinner er knyttet til reproduktiv helse, plager knyttet til muskler eller skjelett og psykisk helse, i tillegg til diffuse eller ubestemte symptomer. Varige og tilbakevendende hodepine og smerter i rygg og nakke er særlig utbredt. Det er også flere kvinner i denne alderen som lever med kreft eller med ettervirkninger av kreftsykdom. Det har særlig vært en økning i antall lungekrefttilfeller. Unge kvinner 30 til 49 år har mange besøk hos fastlegen i løpet av et år, og antallet besøk har økt over tid. Mange av disse konsultasjonene er svangerskapsoppfølging og oppfølging etter fødsel. Drøyt 1 av 10 kvinner var innlagt på sykehus i aldersgruppen 20-39 år i løpet av et år, en god del av oppholdene er knyttet til barnefødsler. Helseproblemer i denne livsfasen er mer utbredt blant kvinner med lav utdanning enn blant dem med høy utdanning.

Det egenmeldte sykefraværet øker med alderen for yrkesaktive kvinner, og er lavest blant de helt yngste kvinnene. Kvinner i alderen 30-34 år har relativt høyt legemeldt sykefravær sammenliknet med andre aldersgrupper. I denne alderen er mange kvinner gravide og føder barn. Andelen kvinner som mottar arbeidsavklaringspenger fra NAV har gått litt ned de siste tre årene. Det er flest kvinnelige mottakere i aldersgruppen 45-54 år, tett fulgt av gruppene 35-44 år og 55-61 år. Færrest finner vi blant de yngste og de eldste kvinnene. Andelen kvinner som er uføretrygdet har økt noe de siste årene. Over tid har det blitt færre uføretrygdete kvinner i alderen 62 til 67 år, mens vi ser en økning i andel uføre blant unge og voksne kvinner.

Det kan se ut til at livskvaliteten blant middelaldrende kvinner har økt over tid. Det at flere har høyere utdanning, og at flere er i arbeid, gir en helsegevinst for denne generasjonen kvinner. Over tid har det imidlertid vært en økning i andelen kvinner med søvnproblemer og smerter i muskler og skjelett og hodesmerter. Det har også vært en økning i omfanget av psykiske plager. Plager knyttet til artrose (slitasjegikt) ser også ut til å ha økt. Voksne kvinner kommer ofte til fastlegen med muskel- og skjelettplager og mange har psykiske plager. Høyt blodtrykk og/eller høyt kolesterol er relativt vanlig. Det er imidlertid en relativt lav forekomst av hjertesykdommer som infarkt, angina eller slag blant kvinner 45-64 år. Det er imidlertid stor forskjell i helsen etter utdanningsnivå. Det kan se ut til at helsen til single kvinner 45-64 år har forverret seg, og at kvinner som bor uten partner i større grad har dårlig psykisk helse sammenliknet med kvinner som lever i parforhold. Det er også mange av de enslige kvinnene som er ensomme.

Mange kvinner har god livskvalitet langt inn i alderdommen. Men i høy alder, fra 75-80 års alderen, synker livskvaliteten. Særlig øker forekomsten av depressive plager og ensomhet. Mange opplever også redusert mestring og sosial støtte. Kvinner i denne alderen har gjerne flere og sammensatte helseproblemer. Forekomsten av kroniske lidelser som muskel- og skjelettlidelser, sykdommer i

sanseorganer, hjerte- og karsykdom og kreft øker. Benskjørhet, artroser og ryggplager er også utbredte tilstander. Både for nakke- og ryggplager og for artrose er det en sosial gradient etter utdanning.

Det er eldre kvinner som bruker fastlegen mest, særlig i gruppen 80 til 89 år. Plager i muskler og skjelett er en vanlig grunn til at eldre kvinner oppsøker lege. Det handler om slitasjegikt og benskjørhet i tillegg til forstuinger eller bruddskader etter fall. Det har vært en kraftig økning i forekomsten av høyt blodtrykk blant de eldste kvinnene, særlig blant lavt utdannede. Det har også vært en økning i bruk av blodtrykksenkende medisiner. Eldre kvinner som bor alene har i større grad dårlig helse sammenliknet med eldre kvinner som bor sammen med en partner.

Eldre kvinner i dag har bedre funksjon (kognitivt og fysisk), og bedre helse enn eldre kvinner for 20 år siden. Færre kvinner 67-89 år oppsøker fastlegen, men denne gruppen har totalt sett flest konsultasjoner sammenliknet med andre aldersgrupper. En del av de eldste kvinnene føler seg nedstemt, urolig, har dårlig søvn, mindre appetitt og redusert energi. Urininkontinens og fordøyelsesproblemer er heller ikke uvanlig blant eldre kvinner.

Med økt alder øker andel kvinner som hører, ser og husker dårligere. Og mange blir dårlig til bens. På gruppenivå svekkes funksjonsevnen ganske dramatisk blant de som runder 80 år, selv om det er store individuelle forskjeller. Den individuelle risikoen for å utvikle demens synes å ha blitt redusert over tid (Johnsen et al. 2021), men antallet eldre med demens øker og vil fortsette å øke over tid fordi det blir så mange flere av de aller eldste framover. Blant kvinner 70-79 år er det mange opphold på sykehus for muskel- og skjelettlidelser. Mens kvinner 80 år og eldre har særlig mange døgnopphold som følge av hjerte- og karsykdommer, men også mange sykehusopphold på grunn av ulike skader. Det er også mange eldre som legges inn akutt med lidelser som dehydrering, ulike mangelsykdommer, infeksjoner og influensa. Gjennomsnittlig antall liggedager har gått ned for samtlige aldersgrupper de siste årene, men mest for eldre kvinner.

Flere hjemmeboende eldre kvinner trenger hjelp med husholdningsfunksjoner eller hjelp til å ivareta egen helse. Antall tjenestemottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester hjemme har økt. Kvinner som har et omfattende behov for hjelp og som mottar helse- og omsorgstjenester i hjemmet har også økt noe over tid. Samtidig har det vært en viss nedgang i antallet kvinner med langtidsopphold på institusjon. Bruk av omsorgstjenester er høyest blant de yngste og de eldste kvinnene. De yngste utgjør et relativt lite antall brukere, men mottar en stor andel av tjenesteressursene totalt. De eldste kvinnene utgjør langt flere brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester, men deres bruk av tjenesteressurser er lavere per bruker. Unntaket er kvinner 90 år og eldre som utgjør en vesentlig andel av dem som er på institusjon.

4 av 10 kvinnelige mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester oppgir at de også mottar en form for privat ubetalt hjelp fra egen familie, slekt eller venner. Det er yngre og eldre kvinner som oftest mottar uformell omsorg. Og det er særlig middelaldrende kvinner som gir ubetalt omsorg, og som ser til syke, funksjonshemmede eller eldre familiemedlemmer.

8. Veien videre

Denne rapporten har pekt på noen viktige sider ved utviklingen i kvinners helse og bruk av helsetjenester over tid, og forsøkt å se utviklingen i lys av de øvrige sosiale og demografiske endringene som kvinner har opplevd de siste 20 årene.

I dette avslutningskapitlet ser vi utviklingen for kvinner i Norge opp mot utviklingen i andre sammenliknbare land, før vi ser på hvilke utfordringer vi tenker det er særlig viktig å følge med på framover. Kort oppsummert gjelder dette

- de ulike 'skiftene' kvinner har, på hjemmebane, i arbeidslivet og i lokalsamfunnet,
- det problematiske knyttet til at et av særtrekkene ved kvinnehelse er *uspesifikke* lidelser og helseproblemer som vanskeliggjør skolegang (særlig knyttet til psykisk helse), arbeidsdeltakelse, god helsebehandling og også særskilte tiltak – blant både yngre og eldre
- utfordringer knyttet til økt *sosial ulikhet*, både på helseområdet, samt på andre områder med betydning for kvinnehelse, og
- at økt levetid blant kvinner og en aldring av befolkningen vil resultere i langt flere eldre kvinner med hukommelsesproblemer, og antallet eldre kvinner (og menn) med *demens* vil øke betraktelig som en følge av dette, med konsekvenser for helse, bruk av helse- og omsorgstjenester, men også behovet for oppfølging fra nærmeste familie. Siden kvinner i stor grad bistår i uformell omsorg, kan dette få implikasjoner for helsen og kvinneliv også tidligere i livsløpet.

8.1. Kvinnehelse i Norge sammenliknet med status i andre land

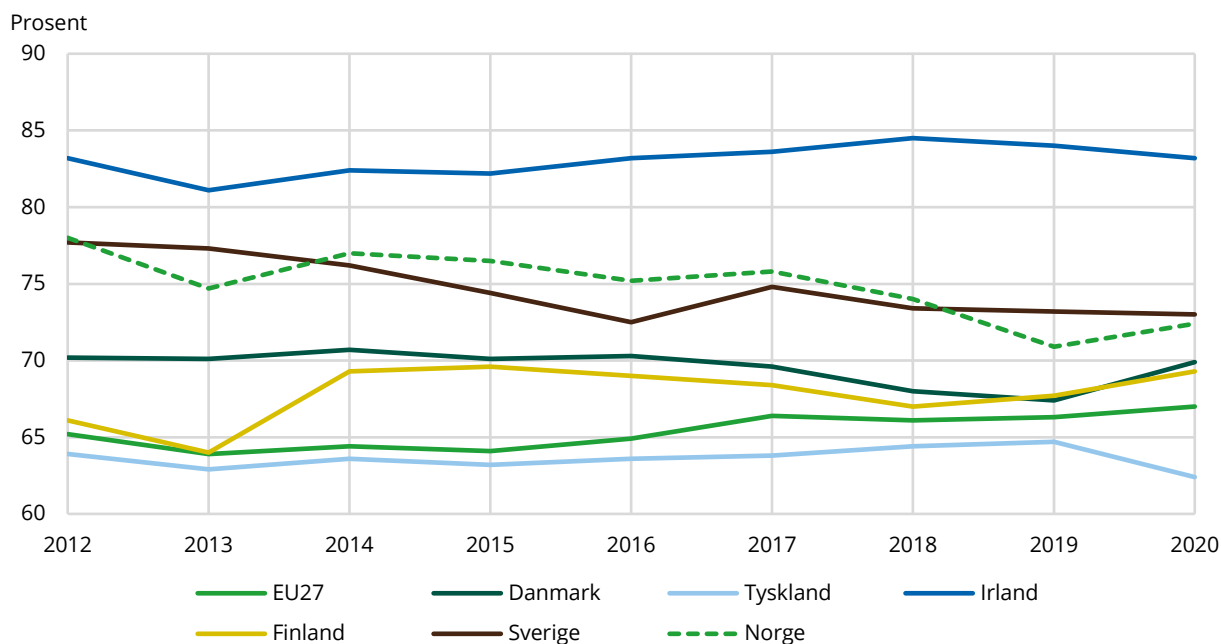
Norske kvinner har en relativt høy levealder i et internasjonalt perspektiv, samtidig som andelen som rapporterer om helseproblemer og/eller benytter helserelaterte velferdsytelser også er relativt høy (OECD 2019). Ser vi på forskjeller mellom kvinner i Norge etter ulike sosiodemografiske kjennetegn er forskjellene i helse (OECD 2019, 2021) og dødelighet (Mackenbach et al. 2017) mellom utdanningsgruppene nokså store og sammenliknbare med dem som finnes ellers i Europa. Men siden det er færre med lav utdanning i Norge sammenliknet med mange andre land, og da særlig færre kvinner (World Economic Forum 2017), omfatter disse forskjellene relativt sett en mindre andel. Forskjellene etter utdanning i Norge er altså nokså store i relativ forstand, men mindre i absolutt forstand (OECD 2019).

Norge ligger også godt an sammenliknet med andre europeiske land når det gjelder inntektsulikhet. Gini-koeffisienten måler hvordan den totale inntekten i et land er fordelt i befolkningen, og jo lavere tall dess mindre ulikhet. Kun Tsjekkia, Slovenia og Slovakia har en lavere Gini enn Norge (Eurostat 2022). Ifølge OECD er det mindre helseforskjeller etter inntekt enn etter utdanning i Norge. Dette mønsteret skiller seg noe fra det som finnes i andre land (OECD 2019). Norske studier viser imidlertid at også inntektsulikhetene er framtrepende i Norge (FHI 2022a), selv om vi har et offentlig helsevesen med relativt lave egenandeler i et komparativt perspektiv. Egenandelene for omsorgstjenester er i snitt høyere enn for tradisjonelle helsetjenester, som igjen kan ha implikasjoner for helsen og velferden til de aller eldste kvinnene.

Også livskvaliteten blant eldre i Norge er høy i internasjonal sammenheng. Sammenliknet med land lenger sør og øst i Europa, hvor relativt mange eldre, og særlig eldre kvinner, opplever økt ensomhet, depressive symptomer og redusert tilfredshet, er livskvaliteten høyere og mer stabil på tvers av aldersgrupper og kjønn i Norge (Slagsvold & Hansen 2017, Nes et al. 2021). Figur 8.1 viser at norske kvinner ligger relativt godt an også med hensyn til egenvurdert helse, selv om flere land har hatt en mer positiv utvikling enn oss den siste tiårsperioden. Dette gjelder særlig østlige og sørlige

europiske land. Innad i Norden holder vi, enn så lenge, tritt med Sverige og gjør det klart bedre enn Danmark og Finland.

Figur 8.1 Andel kvinner som rapporterer om god eller svært god helse. Utvalgte land, 2012-2020. Prosent



Kilde: EU-silc, Eurostat

8.2. Forventede demografiske endringer med særlig betydning for kvinnehelse

Det er dobbelt så mange kvinner med høyere utdanning (22 prosent vs. 42 prosent) og flere kvinner har høyere yrkesinntekt i dag sammenliknet med for 20 år siden. Samtidig utsetter kvinner samlevingsinngåelse og barnefødsler, og er eldre når de blir mødre. Det er også langt flere innvandrerkvinner i Norge i dag (5 prosent vs. 14 prosent). Alle disse forholdene har betydning for kvinnehelsen og utviklingen i denne, som nevnt i kapittel 2. For eksempel vil den økte innvandrerandelen og endringer i sammensetningen av innvandrerne ha implikasjoner for integrering og sysselsetting, med betydningen for deres helse så vel som for helsen til andre, dersom de for eksempel arbeider i helsesektoren. Mange innvandrerkvinner jobber innenfor denne sektoren eller innenfor rengjøring, med krevende arbeidsoppgaver som kan gi slitasje og helseproblemer over tid. Som vi har vist, er de fleste innvandrerne i typisk 'arbeidsalder' og dette kan bidra positivt til arbeidsstyrken. Imidlertid har innvandrerkvinner i Norge i gjennomsnitt lavere utdanning og sysselsetting enn øvrige kvinner i befolkningen (Tønnessen & Syse 2021). Dermed kan et økt antall innvandrere også få negative konsekvenser for de offentlige finansene i Norge, samt for ulikheten mellom forskjellige grupper i samfunnet og opplevelsen av samhold og tillit, slik blant annet Brochmann II-utvalget påpeker (NOU 2017). Opphevelsen i særregler for flyktninger for de fleste ytelser i folketrygden understreker at 'arbeidslinjen' skal gjelde også for denne gruppen av innvandrere, og vektlegger både hensynet til individers velferd og velferdsstatens bærekraft (Arbeids- og sosialdepartementet 2019). Hvilke konsekvenser dette kan få for helsen til kvinnelige flyktninger blir det interessant å følge med på.

En nylig publisert artikkel viser at det vil bli langt flere eldre innvandrere i tiden som kommer (Syse & Tønnessen 2022). De fleste av disse innvandrerne vil være født i land utenfor Europa, de vil ha bodd i Norge i lang tid, men relativt mange av dem vil ha et lavt utdanningsnivå, som er sterkt forbundet med dårligere helse, og dermed behovet for omsorgstjenester. Selv om vi kan forvente at mange kommer til å bo sammen med en partner, vil andelen som har barn i Norge, sannsynligvis være lavere for disse gruppene. Dette kan påvirke deres tilgang på hjelp fra familie. På den andre siden

kan innslaget av uformell omsorg være noe større, siden relativt mange er kommet som familieinnvandrere og fra land hvor familieomsorg er mer vanlig. Dagens eldre innvandrere i Norge bruker generelt mindre offentlige omsorgstjenester enn eldre i befolkningen ellers, men dette kan endre seg ettersom sammensetningen av de eldre innvandrergруппene i Norge endres. Helse- og omsorgstjenestene bør framover være oppmerksom på både økningen i antall innvandrere som forventes i den aller eldste aldersgruppen, samt endringene i sammensetningen av gruppen.

Hva viser befolkningsframskrivingene?

SSB oppdaterer annethvert år befolkningsframskrivinger på nasjonalt og regionalt nivå. I befolkningsframskrivingene i 2020 har SSB flere alternativer når det gjelder å beregne hvor stor befolkningen blir framover (Gleditsch et al. 2020). I hovedalternativet anslås et framtidig fruktbarhetsnivå på rundt 1,7 barn per kvinne, og en økning i kvinners forventede levealder ved fødselen til 91 år for kvinner fram mot 2060, samt en stabil nettoinnvandring på rundt 10 500 årlig.³⁴ Dermed vil antallet kvinner nå 3 millioner i 2060, mot dagens 2,7 millioner. Ifølge SSBs hovedalternativ vil dette gi vesentlige endringer i befolkningssammensetningen, med implikasjoner for (kvinne)helse og helse- og omsorgstjenestebruk. Kort oppsummert forventer SSB at:

- Antallet innvandrerkvinner vil øke fra dagens nivå på 380 000 til 562 000 i 2060. De vil da utgjøre 19 prosent av den kvinnelige befolkningen i 2060
- Andelen kvinner i yrkesaktiv alder (20-64 år) vil avta, fra 58 til 51 prosent. Antallet vil holde seg relativt stabilt på rundt 1,5 millioner
- Antallet kvinner 65 år og eldre vil øke fra dagens vel 500 000 til nær 900 000 i 2060. Andelen de utgjør av alle kvinner vil da øke fra 19 til 30 prosent
- Antallet kvinner over 80 år vil nær tredobles, fra 140 000 i 2020 til 383 000 i 2060, og andelen de utgjør av alle kvinner øker fra 5,3 til 12,8 prosent

De demografiske endringene framover vil føre til knappere ressurser i helse- og omsorgstjenestene (OECD 2019, 2021). Dette kan tenkes å føre til dårligere helse i befolkningen totalt sett samtidig som de sosiale forskjellene i helse mellom ulike grupper av kvinner (og menn) kan tenkes å øke. Å legge til rette for en god samhandling med hjelpeapparatet for kvinner med høy risiko for sykdom, og blant de som allerede bruker helse- og omsorgstjenester, vil dermed bli viktig i årene som kommer.

Å øke helsekompetansen og kompetansen til å bruke digitale tjenester og annen teknologi blant (eldre) kvinner og særlig blant dem med lav utdanning og/eller lav inntekt, vil være et viktig moment for å optimalisere samhandlingen med helsetjenestene i forebyggings- og behandlingsøyemed. Dette kan bidra til å redusere og effektivisere ressursbruken totalt sett, samt bidra til å redusere sosial ulikhet i helse i årene som kommer (Helse- og omsorgsdepartementet 2019).

8.3. Områder med behov for økt oppmerksomhet

Den tematiske avgrensningen vi har foretatt i denne rapporten, har vist at det er mye kunnskap om enkelte forhold, mens det på andre områder finnes svært lite data. De store sykdomsgruppene som ofte rammer kvinner som muskel- og skjelettlidelser, psykiske lidelser, hjerte- og karsykdom og kreft finnes det mye kunnskap om. Imidlertid baserer noe av kunnskapen seg primært på studier av personer innenfor gitte aldersgrupper, og langt de fleste studiene inkluderer en overvekt av menn. Flere og bedre studier av kvinner i ulike livsfaser vil derfor være vesentlig på dette området framover.

³⁴ Det ble publisert nye befolkningsframskrivinger i juli 2022, se www.ssb.no/folkfram. Imidlertid er resultatene svært like de som refereres til i denne oppsummeringen og tallene er derfor ikke oppdatert.

Når det gjelder sykdommer som rammer få, men som er av stor betydning for dem som rammes, er tallgrunnlaget rett og slett for dårlig til at det er mulig å kommentere. Når det gjelder helseforhold som er kvinnespesifikke, i.e. at det kun er kvinner som berøres av disse, synes det å være relativt lite data tilgjengelig, med unntak av reproduktiv helse. Spesifikke kvinnelidelser som for eksempel endometriose har vært omtalt i media den siste tiden som et eksempel på en lidelse som oppdages og behandles for sent hos kvinner.

Framover blir det vesentlig å fokusere særlig på helseplager og sykdommer hvor vi ser relativt markante endringer i negativ retning over tid. Som eksempel kan nevnes at det kan synes som om tiltak bør rettes særlig mot jenter for å redusere deres opplevelse av helseplager og stress knyttet til skole/utdanning, og mot barn og unge fra familier med lav sosioøkonomisk status ettersom belastninger og atferd som etableres i barne- og ungdomsårene ofte videreføres inn i voksen alder. Helseatferd og helseplager i tenårene vil kunne vedvare og eventuelt forsterkes i voksenalder, med mulige implikasjoner for deltakelse i utdanning og arbeid.

Som vist i kapittel 2, er det store sosiodemografiske forskjeller mellom kvinner, og mange av disse forskjellene har konsekvenser for helse og hjelpebehov. Med aldring og strammere prioriteringsdiskusjoner, vil det å forsøke å minimere *sosial ulikhet* være vesentlig i tiden som kommer. Det synes også vesentlig at kvinnehelse vurderes og håndteres og tar hensyn til de rammene som ofte ligger relativt fast for kvinneliv. Kort oppsummert handler dette om de ulike '*skiftene*' kvinner har på hjemmebane, i arbeidslivet og i lokalsamfunnet. I tråd med dette, og kanskje som en følge av en relativt høy totalbelastning med stort ansvar i arbeidslivet og på hjemmeplan, er mange helseplager hos kvinner '*uspesifikke*'. Det bør derfor legges mer vekt på at et av særtrekkene ved kvinnehelse er *uspesifikke* lidelser og symptomer som vanskeliggjør arbeidsdeltakelse, god helsebehandling og også spesifikke tiltak. Dette omtales i mer detalj under.

Økt sosial ulikhet i helse blant kvinner?

Alle forhold som påvirker helsen og som er sosialt skjevt fordelt, vil bidra til å skape og opprettholde sosiale ulikheter i helse. En styrking av kvinners evne til å forholde seg til helsefremmende informasjon, og dermed oppfordre til helseforebyggende atferd og deltakelse i tiltak for å opprettholde og bevare funksjon, kan øke kvinners muligheter til å mestre ulike livssituasjoner. Samtidig er det vesentlig å øke kunnskapsgrunnlaget om effekter av ulike folkehelseiltak for kvinneliv spesielt, mer generelle reformer og øvrige samfunnsendringer i det videre arbeidet med å sikre best mulig kvinnehelse framover og å redusere sosial ulikhet i helse blant kvinner med ulike sosiodemografiske kjennetegn.

Skattepolitiske fordelingsordninger, sysselsettingstiltak, velferdsordninger og utdanningstiltak er eksempler på virkemidler som kan demme opp for ulikheter i grunnleggende sosiale forhold, og som favner bredt. I et mer individrettet perspektiv virker også levevaner, sosial støtte, familieforhold, innvandrer kjennetegn (e.g. landbakgrunn, botid og innvandringsgrunn) og andre fysiske og sosiale miljøfaktorer direkte inn på helsen og dermed på behovet for helsetjenester. Likeverdige tjenester, tilpasset behovene i de ulike sosiodemografiske gruppene, kan bidra til å redusere helseforskjellene, enten de favner bredt eller er målrettet mot sårbare grupper spesielt.

Lav helsekompetanse er forbundet med dårlig helse og svakere oppfølging av egen sykdom, større sykdomsforekomst og hyppigere innleggelse i sykehus. Utfordringene kan dreie seg om både en livsstil som ikke er helsefremmende, og om vanskeligheter med å orientere seg i helse- og omsorgstjenesten. Det kan være å følge opp timeavtaler, konsultasjoner eller egenbehandlingsplaner. Lav helsekompetanse er mer vanlig i grupper med lavere utdanning enn i befolkningen ellers (Helse- og omsorgsdepartementet 2019). Det å øke helsekompetansen i grupper hvor denne er lav kan dermed bidra til å redusere ulikhet.

Generelle helseopplysningstiltak når i større grad fram til grupper med høy utdanning og inntekt. Likevel kan brukerinvolvering og systematisk utprøving av målrettede tiltak i utvalgte grupper bidra til at virkemidlene også appellerer til de gruppene som det er vanskeligst å nå (ibid.). Helse- og omsorgstjenesten blir stadig mer digital, og det vil være viktig å redusere sosial ulikhet også i digital helsekompetanse framover. Dette inkluderer å søke opp, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon fra elektroniske kilder som for eksempel Helsenorge.no, og å kunne bruke elektroniske verktøy i oppfølging av egen helse og sykdom, som blant annet e-konsultasjon og e-resept.

Kvinnerens liv og helse – er totalbelastningen økende?

I kapittel 2 viste vi til forskning som omhandlet det store ansvaret kvinner belastes med i familien, ofte omtalt som 'det tredje skiftet' (Smeby 2017), som vedvarer gjennom livsløpet, enten det er ansvar knyttet til småbarnsfasen, omsorg for syke partnere eller gamle foreldre i eldre år. Et slikt 'dobbelarbeid' kan være en viktig medårsak til uhelse hos kvinner. Som nevnt viser flere studier at en konfliktfylt balansegang mellom arbeid og barneomsorg gir belastninger, stress, utbrenthet og depresjon (Alstveit et al. 2011). Samtidig er mange kvinneyrker typiske relasjonsyrker, som i mindre grad enn andre yrker har hatt nytte av den teknologiske utviklingen når det gjelder å redusere helseplager.

Siden vi lever lenger enn før vil andelen eldre øke i tiårene framover. Det betyr at andelen som lever med ulike sykdommer og funksjonsnedsettelse også vil øke. Det kan igjen gi et økt behov for helse- og omsorgstjenester, noe som kan være utfordrende å håndtere for kommunene. En studie av demografisk utvikling og potensialet for uformell omsorg, viser at kommunene og særlig mindre kommuner, vil kunne oppleve et markant fall i tilgjengeligheten av hjelp fra pårørende, andre frivillige og arbeidskraft fram mot 2040. Dette medfører at myndighetenes ønsker om samme eller økt innsats fra pårørende og frivillige for hjemmeboende eldre i framtidens helse- og omsorgstjenester, ikke ser ut til å understøttes av den kommende demografiske sammensetningen i samfunnet (Blix et al. 2021). Dette indikerer igjen at belastningen på omsorgstjenestene, men også på de pårørende, kan bli større enn den har vært tidligere og også større enn slik den har vært framskrevet til å bli. Det stadig sterkere søkelyset på 'arbeidslinja' i politiske diskusjoner og målsetninger bør trolig drøfte mulige konsekvenser for uformell omsorg og mulige endringer i påkjenninger for grupper som allerede yter mye hjelp av denne typen, for å unngå at kvinnerens helse blir redusert som følge av ytterligere belastninger. Og det at 'mange bekker små gjør en stor å' viser til at utviklingen også på andre politikkområder enn bare det rent helsepolitiske kan få konsekvenser med implikasjoner for kvinnehelse. Det problematiske knyttet til at et av særtrekkene ved kvinnehelse er *uspesifikke* lidelser, symptomer og helseproblemer som vanskeliggjør arbeidsdeltakelse, god helsebehandling og også spesifikke tiltak. Dette vil neppe kunne løses innenfor helsefeltet alene.

Økt demensforekomst

I 2020 ble totale antallet personer med demens i Norge beregnet til 101 000 personer, samtidig som antallet med mild kognitiv svikt er enda høyere (GjØra et al. 2020). Kvinner er overrepresentert blant de med demens, mens menn er overrepresentert blant de med mild kognitiv svikt (ibid.). Det rapporterte antallet med demens er høyere enn det som er vist i tidligere studier, og tallene varierer betydelig i ulike utvalg, som vist i kapittel 3. Disse ferske og relativt høye tallene på forekomst av demens og mild kognitiv svikt i Norge utgjØr et viktig fundament for bedre å kunne planlegge riktige tjenester for kvinner med kognitiv svikt og demens i dag, samt for å planlegge tjenestebehovene også framover. Gitt den forventede økte levetiden blant eldre, er det estimert at antall personer med demens vil mer enn dobles fram mot år 2050 (til hele 235 000) (GjØra et al. 2020). Framover vil vi dermed se langt flere eldre kvinner med kognitiv svikt, med konsekvenser for helse, bruk av helse- og omsorgstjenester, men også for behov for oppfølging fra nærmeste familie. Siden kvinner i stor

grad bistår i uformell omsorg, kan dette få implikasjoner for helsen og kvinneliv også tidligere i livsløpet. Dette fortjener oppmerksomhet i årene som kommer.

Behov for data og forskning på kvinnehelse og områder med betydning for denne

Det er behov for et økt tilfang av data om kvinners helse generelt, men særlig sett i sammenheng med de sosiodemografiske kjennetegnene og livsfasene vi har vist til her i rapporten. I registerdata kan dette gjøres i dag, men i utvalgsundersøkelser er det viktig at det inkluderes tilstrekkelig med kvinner fra ulike grupper (for eksempel innvandrerkvinner eller kvinner med lav inntekt og/eller utdanning) slik at mer kunnskap kan framskaffes. Videre er det viktig med data på ulike tidspunkt i kvinners livsløp, som både kan sammenliknes over tid på tvers av kvinnekull, men også analyseres fra 'vugge til grav' for gitte kvinnegrupper. Det er også viktig med økt oppmerksomhet på spesifikke kvinneplager, utover den reproduktive livsfasen. Et eksempel her er helseproblemer som oppstår i forbindelse med overgangsalderen. Videre vil det være interessant å forsøke å undersøke om kvinner, som benytter mange helsetjenester i større grad enn menn, faktisk er sykere eller har en lavere terskel for å be om hjelp. Dette vet vi for lite om i dag. En bedre innsikt i de mer uspesifikke plagene som er vanligere blant kvinner enn menn kan bidra til økt forståelse av hvilke konsekvenser de har, i et individ- og samfunnsperspektiv, og også bidra til økt kunnskap om hvordan fenomenet best bør håndteres.

Gitt digitaliseringen av mange typer tjenester, inkludert helsetjenester, er det også viktig å kartlegge helsekompetansen i ulike kvinnegrupper, og eventuelt sette i verk tiltak for å øke denne der dette synes hensiktsmessig. I så henseende er det viktig å understreke at alle tiltak som iverksettes på kvinnehelsefeltet bør planlegges slik at mulige effekter, både intenderte og uintenderte, kan undersøkes. Dette vil bidra til å sikre at ressursbruken kan optimaliseres. Generelt vil helseøkonomiske analyser kunne bidra til å øke forståelsen av hvorvidt ulike intervensjoner på ulike tidspunkt i livet kan føre til færre problemer og mindre hjelpebehov på et senere tidspunkt. Samtidig kan slike analyser bidra til å avdekke både under- og overbehandling av kvinner. Førstnevnte er et problem i et 'rettferdighetsperspektiv', mens sistnevnte både kan innebære en unødvendig bruk av ressurser, samt at kvinner påføres plager og skader som følge av unødvendig behandling og sykelligjøring.

8.4. Avslutning og konklusjon

Denne rapporten er et bidrag til å øke kunnskapsgrunnlaget med hensyn til kvinnehelse de siste 20 årene. Rapporten har vist at mens kunnskapsgrunnlaget er relativt godt på enkelte områder med betydning for kvinners liv og helse, er kunnskapen mindre god på andre områder. Framover vil det være vesentlig å se kvinners opplevelser av helse, livskvalitet og deres behov for helse- og omsorgshjelp i et bredere samfunnsperspektiv. Med det mener vi at *totalbelastningen* i kvinneliv må belyses i større grad enn til nå. At det i ung alder legges til rette for friske, gode og selvstendige kvinneliv er vesentlig for senere behov for helse- og omsorgstjenester, men også for andre områder som for eksempel arbeidsdeltakelse og bruk av helserelaterte ytelser. Framover vil det derfor bli viktig med samhandling på tvers av politiske sektorer, som folkehelse, boligpolitikk, levekår, integrering, utdanning med videre.

De sosiodemografiske endringene, samt teknologisk og medisinsk utvikling kan føre til flere muligheter for en økt satsing på helse, samtidig som ressursituasjonen vil tvinge fram sterke prioriteringsdiskusjoner. Dette kan dreie seg om prioriteringer av helse versus andre samfunnsgoder, eller for eksempel prioriteringer av yngre versus eldre kvinner. Oppsummert vil behovet for å se flere politiske ambisjoner i sammenheng øke, og flere politikkområder vil møtes i større grad enn før. Hvilke konsekvenser dette vil få for kvinnehelse de neste 20 årene, blir det interessant å følge med på.

Referanser

- Ahmed, L. A., Schirmer, H., Bjørnerem, A., Emaus, N., Jørgensen, L., Størmer, J., & Joakimsen, R. M. (2009). The gender- and age-specific 10-year and lifetime absolute fracture risk in Tromsø, Norway. *European Journal of Epidemiology*, 24(8), 441-448.
- Alstveit, Marit; Elisabeth Severinsson; Bjørg Karlsen (2011). Maternity care professionals' perceptions of supporting employed women in Norway, *Nursing & Health Sciences*, Volume 13, Issue 3, pages 316-322. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2011.00620.x>
- Andersen, E. (2020). *Flere bor alene*. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/flere-bor-alene>
- Arbeids- og sosialdepartementet. (2019). Prop. 10 L (2019–2020). *Endringer i folketrygdloven og enkelte andre lover* (samleproposisjon høsten 2019). Oslo
- Auersperg, F.; T. Vlasak; I. Ponocny; A. Barth (2019). Long-term effects of parental divorce on mental health - A meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 119, 107-115. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.09.011>
- Bakken, Anders (2018). *Nasjonale resultater 2018, Ungdata*. NOVA Rapport 8/18. Oslo: NOVA, OsloMet
- Bakken, Anders (2019). *Ungdata. Nasjonale resultater 2019*, NOVA Rapport 9/19. Oslo: NOVA, OsloMet
- Bakken, Anders; M. Aa. Sletten; I.M. Eriksen (2018). Generasjon prestasjon? Ungdoms opplevelse av press og stress. *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 18(2), 46–76.
- Bakken, Anders; Kristinn Hegna; Mira Aaboen (2021). Offline, online. Digitale ungdomsliv gjennom tre tiår i Guro Ødegård og Willy Pedersen (2021). *Ungdommen*. <https://doi.org/10.23865/noasp.142>
- Barstad, Anders (2016). *Gode liv i Norge. Utredning om måling av befolkningens livskvalitet*. Rapport IS-2479. Helsedirektoratet
- Barstad, Anders; Ottar Hellevik (2011). Innledning. *Tidsskrift for Velferdsforskning* (spesialnummer om levekår og subjektiv livskvalitet), 14(3), 134–137.123
- Barstad, Anders (2021). Blir vi stadig mer ensomme? SSB Analyse 2021/08, Statistisk sentralbyrå
- Bertelsen, Randi. J.; Karin C. Lødrup Carlsen; Kai-Håkon Carlsen (2010). Rhinitis in children: co-morbidities and phenotypes. *Pediatric Allergy and Immunology*, 21(4 Pt 1), 612-622. <https://doi.org/10.1111/j.1399-3038.2010.01066.x>
- Bjørnstad, Jan Henrik (2016). *En introduksjon i statistiske metoder for offisiell statistikk*, Notater 23/2016. Statistisk sentralbyrå. Oslo-Kongsvinger
- Blekesaune, Morten (2003). Helsevake partnere mindre populære, *Samfunnsspeilet* 3/2003, Statistisk sentralbyrå
- Blix, B.H.; H. Stalsberg; J-M. Moholt (2021). Demografisk utvikling og potensialet for uformell omsorg i Norge. *Tidsskrift for omsorgsforskning* (1), 1 -14
- BMJ Best Practice. (2020). Medisinsk oppslagsverk <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/nevrologi/kronisk-utmattelsessyndrom>
- Borgan, Jens-Kristian (2012). *Pleie- og omsorgsstatistikk 1962-2010*, Rapporter 10/2012, Statistisk sentralbyrå.
- Bufdir. (2022). Barn og samlivsbrudd. 2022. https://www.bufdir.no/statistikk_og_analyse/oppvekst/familie_omsorg_og_relasjoner/barn_og_samlivsbrudd

- Bye, Elin K; Inger Synnøve Moan (2020). Trends in older adults' alcohol use in Norway 1985–2019. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, Volume 37, Issue 5, pp. 444-458, <https://doi.org/10.1177/1455072520954325>
- Dahl, E; H.; K. Bergsli; K. van der Wel (2014). *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/738/Sosial%20ulikhet%20i%20helse%20En%20norsk%20kunnskapsoversikt.%20Hovedrapport.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
- Degerud, E.; I. Ariansen; E. Ystrom; S. Graff-Iversen; G. Høiseth; J. Mørland; G. Davey Smith; Ø. Næss (2018). Life course socioeconomic position, alcohol drinking patterns in midlife, and cardiovascular mortality: Analysis of Norwegian population-based health surveys. *PLoS Med*, 15(1), e1002476. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002476>
- Derogatis, L. R.; R.S. Lipman, K. Rickels; E.H. Uhlenhuth; L. Covi, (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19 (1), 1–15. <https://doi.org/10.1002/bs.3830190102>
- Dzamarija, M. T. (2022). Eldre innvandrere i Norge. Demografi, boforhold, inntekt, formue og helse. Rapport 2022/2. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/artikler/eldre-innvandrere-i-norge.demografi-boforhold-inntekt-formue-og-helse>
- Ellingsen, Jostein (2022). *Utviklingen i uføretrygd per 31. desember 2021*. Statistikknotat, NAV. file:///C:/Users/jrm/Downloads/Statistikknotat_uf%C3%B8retrygd_desember2021.pdf
- Elstad, Jon Ivar (2018). Educational inequalities in hospital care for mortally ill patients in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(1), 74-82. <https://doi.org/10.1177/1403494817705998>
- Engdahl, B., Stigum, H., & Aarhus, L. (2021). Explaining better hearing in Norway: a comparison of two cohorts 20 years apart - the HUNT study. *BMC Public Health*, 21(1), 242. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10301-1>
- Enroth, L.; D. Jasilionis, D.; L. Németh; B.H. Strand; I. Tanjung; L., Sundberg; S. Fors; M. Jylhä; H. Brønnum-Hansen. (2022). Changes in socioeconomic differentials in old age life expectancy in four Nordic countries: the impact of educational expansion and education-specific mortality. *European Journal of Ageing*, 19(2), 161-173. <https://doi.org/10.1007/s10433-022-00698-y>
- Eriksen, Ingunn Marie; Anders Bakken (2020). Mange tenåringer forteller om stress, press og psykiske plager. I Lars Ravn Øhlckers, Ove Heradstveit; Liv Sand (red.). *Ungdom og psykisk helse*. Fagbokforlaget, 2020
- Eurostat. (2022). *Gini coefficient of equivalised disposable income - EU-SILC survey*. Eurostat. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tessi190/default/table>
- Evensen, Miriam.; S.T. Klitkou; M.C. Tollånes; S. Øverland; T.H. Lyngstad; S.E. Vollset; J.M. Kinge (2021). Parental income gradients in adult health: a national cohort study. *BMC Medicine*, 19(1), 152. <https://doi.org/10.1186/s12916-021-02022-4>
- FHI. (2016) <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/spiseforstyrrelser2/>
- FHI. (2018). *Psykisk helse i Norge*. https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf
- FHI. (2021a). Demens. I *Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- FHI. (2021b). *Statistikk fra Reseptregisteret*. <http://www.reseptregisteret.no/Prevalens.aspx>
- FHI (2021c). *Medisinsk fødselsregister*. <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/mfr/2021-tallene-fra-medisinsk-fodselsregister/#stadig-flere-igangsatte-foedsler>

- FHI. (2022a). Sosiale helseforskjeller. I *Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller/>
- FHI. (2022b). Helse i svangerskap og fødsel. I *Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/svangerskap/>
- FHI. (2022c). Helse i innvandrerbefolkningen. I *Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/helse-i-innvandrerbefolkningen/>
- FHI. (2022d). *Norges helse statistikkbank*. Folkehelseinstituttet. <https://helsedata.no/no/forvaltere/folkehelseinstituttet/norges-helse-statistikkbank/>
- FHI. (2022e). Bruken av alkohol og andre rusmiddel i Norge. I *Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/alkohol-og-andre-rusmiddel--folkehe/>
- FHI. (2022f). Dødsårsaksregisteret. <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>
- FHI. (2022g). Barn og unges fysiske helse. I *Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/barn-fysisk-helse/?term=&h=1>
- FHI. (2022h). Psykiske plager og lidelser hos barn og unge. I *Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/?term=&h=1>
- FHI. (2022i). Helse hos eldre i Norge. I *Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. Oppdatert 17.06.2022. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/>
- Fiva, J. H.; T. Hægeland; M. Ronning; A. Syse (2014). Access to treatment and educational inequalities in cancer survival. *Journal of Health Economics*, 2014, 36, 98-111. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2014.04.001>
- Fu, H., & Goldman, N. (1996). Incorporating Health into Models of Marriage Choice: Demographic and Sociological Perspectives. *Journal of Marriage and Family*, 58(3), 740-758. <https://doi.org/https://doi.org/10.2307/353733>
- Førland, O.; B. Folkestad (2016). *Hjemmetjenestene i Norge i et befolknings- og brukerperspektiv. En populasjonsstudie basert på innbyggerundersøkelsene fra 2010, 2013 og 2015*. <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2825299>
- Gjøra, Linda; Grete Kjelvik; Bjørn Heine Strand; Marte Kvello-Alme; Geir Selbæk (2020). *Forekomst av demens i Norge, Demensplan 2020, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (Aldring og Helse)*
- Gleditsch, R. F.; M.J. Thomas; A. Syse (2020). *Nasjonale befolkningsframskrivninger 2020: modeller, forutsetninger og resultater*. https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/422992?_ts=172798fae98
- Goplen, Einar (2014). *Barn i det moderne samboerskap – en bindende eller splittende faktor? En analyse av SSBs registerbaserte samboerdata*, Masteroppgave ved Økonomisk institutt, Universitetet i Oslo. <http://www.duo.uio.no/>
- Hansen T; M. Veenstra; B. Slagsvold (2017). Educational inequalities in late-life depression across Europe. Results from the Generations and Gender Survey. *European Journal of Ageing*. 2017;14(4):407-418
- Hansen, Thomas; Svein Olav Daatland. (2016). *Aldring, mestringsbetingelser og livskvalitet*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aldring-mestringsbetingelser-og-livskvalitet/Aldring,%20mestringsbetingelser%20og%20livskvalitet.pdf/_attachment/inline/8eb8c451-2e98-4e41-859c-

9008c05a8ded:fddecdbd64bb4227305494f4314cea8aa97e894ac/Aldring,%20mestringsbetingelser%20og%20livskvalitet.pdf

- Hansen, T., & Slagsvold, B. (2012). The age and subjective well-being paradox revisited: A multidimensional perspective. *Norsk Epidemiologi*, 22(2)
- Hauge, Mona Iren (2010). Når far ikke lenger er riset bak speilet. Grensesetting og foreldreskap i en omskiftelig tid. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 47, nummer 12, 2010, side 1119-1123
- Hegna, Kristinn; Guro Ødegård; Åse Strandbu (2013). En 'sykt seriøs ungdomsgenerasjon', *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 2014. <https://psykologtidsskriftet.no/oppsummert/2013/04/en-sykt-serios-ungdomsgenerasjon>
- Helde, Ingunn; Jon Petter Nossen (2016). Sykefravær blant gravide 2001 – 2014. *Arbeid og velferd* nr. 1. 2016
- Hellevik, Ottar; Tale Hellevik (2021). Hvorfor ser færre unge lyst på livet? Utviklingen for opplevd livskvalitet blant ungdom og yngre voksne i Norge, *Nordisk tidsskrift for ungdomsforskning* Årgang 2, nr. 2-2021, s. 104-128. <https://doi.org/10.18261/issn.2535-8162-2021-02-02>
- Helsedirektoratet. (2009). Likt for alle? Sosiale skilnader i bruk av helsetjenester. <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/likt-for-alle-sosiale-skilnader-i-bruk-av-helsetenester>
- Helsedirektoratet (2013). *Nasjonal veileder Pasienter med CFS/ME: Utredning, diagnostikk, behandling, rehabilitering, pleie og omsorg*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/pasienter-med-cfsme-utredning-diagnostikk-behandling-rehabilitering-pleie-og-omsorg/CFS-ME>
- Helsedirektoratet. (2016). *Aldring, mestringsbetingelser og livskvalitet*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aldring-mestringsbetingelser-og-livskvalitet/Aldring>
- Helsedirektoratet. (2017). *Bakgrunn: Folkehelse- og livsløpsperspektiv på svangerskapsomsorgen* <https://www.helsedirektoratet.no/tema/svangerskap-fodsels-og-barsel>
- Helsedirektoratet, (2019a). *Helhet og sammenheng - Utvikling og variasjon i bruk av helse og omsorgstjenester blant pasienter med behov for helhetlige tjenester*. Rapport IS-2765
- Helsedirektoratet (2019b). Registering av helse- og omsorgsdata i kommunen. Nasjonal veileder.
- Helsedirektoratet. (2021 a). *Sektorrapport om folkehelse 2021*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sektorrapport-om-folkehelse>
- Helsedirektoratet (2021b). Kommunale helse- og omsorgstjenester 2020.
- Helsedirektoratet (2022). *Norsk pasientregister (NPR)*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/norsk-pasientregister-npr>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). Folkehelsemeldingen: Mestring og muligheter (2014-2015). Meld. St. 19.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/strategi-for-a-oke-helsekompetansen-i-befolkningen-2019-2023/id2644707/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2020). *Vi – de pårørende*. Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan for perioden 2021-2025
- Hjemås, Geir; Erling Holmøy; Fatima Haugstvedt (2019). *Behovet for arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060*. Rapporter 2019/12, Statistisk sentralbyrå

- Hovland, A.; I.H. Nordhus (2017). Behandling av psykiske lidelser hos eldre. *Tidsskrift for norsk psykologforening*. 54(1). 93-99.
- Huseby, B. M. (2017). Botid i sykehjem og varighet av tjenester til hjemmeboende. I Ihlebæk, Camilla, Søren Brage, Bård Natvig, Dag Bruusgaard. (2010). Forekomst av muskel- og skjelettlidelser i Norge. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, nr 23. 2.12. 2010.
- Jensen, A. (2007). Feilslutninger om fedmeproblemet? *Samfunnsspeilet*, 2007/4
- Johnsen, B; B.H. Strand; I. Martinaityte; E.B., Mathiesen; H. Schirmer (2021). Improved Cognitive Function in the Tromsø Study in Norway from 2001 to 2016. *American Academy of Neurology* 11(6), e856-e866. <https://doi.org/10.1212/>
- Kalstø, Å. M., & Kann, I. C. (2018). Færre på helserelaterede ytelser – friskere befolkning? *Arbeid og velferd*, 4.
- Kinge, J. M.; J.H. Modalsli; S. Øverland; H.K. Gjessing; M.C. Tollånes; A.K. Knudsen; V. Skirbekk; B.H. Strand; S.E. Håberg; S.E. Vollset (2019). Association of Household Income with Life Expectancy and Cause-Specific Mortality in Norway, 2005-2015. *JAMA*, 321(19), 1916-1925. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.4329>
- Kinge, J. M; Ó, A. Steingrimsdóttir; J.O., Moe; V. Skirbekk; Ø. Næss; B.H. Strand (2015). Educational differences in life expectancy over five decades among the oldest old in Norway. *Age and Ageing*, 44 (6), 1040-1045. <https://doi.org/10.1093/ageing/afv128>
- Kinge, J. M.; S. Øverland; M. Flatø; J. Dieleman; O. Røgeberg; M.C. Magnus; M. Evensen; M. Tesli; A. Skrondal; C. Stoltenberg; S.E. Vollset; S. Håberg, F.A. Torvik (2021). Parental income and mental disorders in children and adolescents: prospective register-based study. *International Journal of Epidemiology*, 50(5), 1615-1627. <https://doi.org/10.1093/ije/dyab066>
- Kitterød, Ragni Hege; Marit Rønsen (2016). Innebærer den moderne farsrollen et 'second shift' for far? Samlet arbeidstid blant foreldre med ulike yrkestilpasninger. I Halrynjo, Sigtona & Teigen, Mari (Red.), *Ulik likestilling i arbeidslivet*. Gyldendal Akademisk. s. 99–121.
- Kitterød, Hege; Sigtona Halrynjo (2019). Mer likestilling med fedrekvote? *Tidsskrift for kjønnsforskning*, Årgang 43, 2/2019.
- Knapstad, M., Skogen, J. C., Leino, T., Nilsen, T. S., Nes, R. B., Aarø, L. E. (2022). *Folkehelseundersøkelsen – Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021: Fremgangsmåte og utvalgte resultater*. Bergen: Folkehelseinstituttet.
- Kravdal, H. (2014). Widening educational differences in cancer survival in Norway. *European Journal of Public Health*, 24(2), 270-275. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt082>
- Kravdal, O., Grundy, E., & Keenan, K. (2018). The increasing mortality advantage of the married: The role played by education. *Demographic Research*, 38, 471-512. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.4054/DemRes.2018.38.20>
- Kravdal, O., Wörn, J., & Reme, B. A. (2022). Mental health benefits of cohabitation and marriage: A longitudinal analysis of Norwegian register data. *Popul Stud (Camb)*, 1-20. <https://doi.org/10.1080/00324728.2022.2063933>
- Laslett, P. (1991). *A fresh map of life: The emergence of the Third Age*. London: George Wiedenfield and Nicholson
- Lima, Ivar Andreas Åsland (2018). Kjønnforskjeller i sykefraværet øker når par får barn. I *Arbeid og velferd*, nr. 1
- Lunde, E. S.; B. Otnes; J. Ramm (2017). *Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester: En kartlegging*, Rapport nr.16/2017, Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/312917?_ts=15de5f0f480

- Lunde, E. S.; J. Ramm (2021). *Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester – 2*. Rapport nr 23/2021, Statistisk sentralbyrå
- Lyngstad, T. H.; R.H. Kitterød; E.H. Nymoen. (2014). *Bosted og samvær 2002, 2004 og 2012. Endringer i ansvar og omsorg for barna når mor og far bor hver for seg*. Rapporter 2014/2, Statistisk sentralbyrå <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/bosted-og-samvaer-2002-2004-og-2012>
- Mackenbach, J. P.; I. Kulhanova; B. Artnik; M. Bopp; C. Borrell; T. Clemens; G. Costa; C. Dibben; R. Kalediene; O. Lundberg; P. Martikainen; G. Menvielle; O. Ostergren; R. Prochorskas Rodriguez-Marques, A. P., Santo, A., Berssaneti, A. A., Matsutani, L. A., & Yuan, S. L. K. (2017). Prevalence of fibromyalgia: literature review update. *Rev Bras Reumatol Engl Ed*, 57(4), 356-363
- Madsen, Ole Jacob (2018). *Generasjon prestasjon. Hva er det som feiler oss?* Universitetsforlaget
- Marmot, Michael (2005). Social determinants of health inequalities, *The Lancet*, Volume 365, Issue 9464, pp. 1099-1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
- Moe, J. O.; O.A. Steingrimsdottir; B.H. Strand; Ø. Næss (2012). Trends in remaining life expectancy at retirement age (65 years) by educational level in Norway 1961-2009. *Norwegian Journal of Epidemiology*, 22(2), 85-94.
- Munukka, M., Koivunen, K., von Bonsdorff, M., Sipilä, S., Portegijs, E., Ruoppila, I., & Rantanen, T. (2021). Birth cohort differences in cognitive performance in 75- and 80-year-olds: a comparison of two cohorts over 28 years. *Aging Clinical and Experimental Research*, 33(1), 57-65. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01702-0>
- Mørk, Eiliv, Svetlana Beyrer, Fatima Valdes Haugstveit, Brith Sundby og Håkon Torfinn Karlsen (2018). *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2017*. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere. Rapporter 26/2018. Statistisk sentralbyrå
- Nasjonalt hoftebruddregister. (2021). *Nasjonalt hoftebruddregister*. <https://www.kvalitetsregistre.no/register/muskel-og-skjelett/nasjonalt-hoftebruddregister>
- NAV. (2022). *Forventa auke i talet på uføretrygda i 2022*. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/nyheter/forventa-auke-i-talet-pa-uforetrygda-i-2022>
- Nes, Ragnhild Bang; Thomas Hansen, Anders Barstad (2018). *Livskvalitet. Anbefalinger for et bedre målesystem*, Rapport IS-2727, Helsedirektoratet. <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/livskvalitet-anbefalinger-for-et-bedre-malesystem124>
- Nilssen, Y.; T.E. Strand; L. Fjellbirkeland; K. Bartnes; O.T. Brustugun; D.L. O'Connell; X.Q. Yu; B. Moller (2016). Lung cancer treatment is influenced by income, education, age and place of residence in a country with universal health coverage. *International Journal of Cancer*, 138(6), 1350-1360. <https://doi.org/10.1002/ijc.29875>
- NOU. (2017). Norges offentlige utredninger (2017:2). *Integrasjon og tillit - Langsiktige konsekvenser av høy innvandring*. Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet
- NOU. (1999). Norges offentlige utredninger (1999:13). *Kvinnerens helse i Norge*. Oslo, Sosial- og helsedepartementet
- OECD. (2019). Health for Everyone? *Social Inequalities in Health and Health Systems*. <https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en>
- OECD. (2021). *Health at a Glance 2021*. OECD Indicators. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>

- Otnes, Berit (2012): Utviklingslinjer i pleie- og omsorgstjenestene, I Daatland, Svein Olav og Marijke Veenstra (red.): *Bærekraftig omsorg? Familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen*. NOVA, Rapport 2/2012
- Pedersen, Willy.; I.M. Eriksen (2019). Hva de snakker om når de snakker om stress. *Norsk sosiologisk tidsskrift*, 3(2), 101–118. <https://doi.org/10.18261/issn.2535-2512-2019-02-01>
- Reneflot, A.; C. Øien-Ødegaard; L.J. Hauge (2020). Marital separation and contact with primary healthcare services for mental health problems: a register-based study. *BMC Psychol*, 8(1), 124. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00488-0>
- Rostoft S, Thomas MJ, Slaaen M, Møller B, Syse A. The effect of age on specialized palliative care use in the last year of life for patients who die of cancer: A nationwide study from Norway. *J Geriatr Oncol*. 2022 Aug 13;S1879-4068(22)00193-X. doi: 10.1016/j.jgo.2022.08.002. Epub ahead of print.
- Sandvik, Ole (2017). *Hvordan deler småbarnsforeldre på arbeidet - hjemme og ute?* Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/hvordan-deler-smabarnsforeldre-pa-arbeidet-hjemme-og-ute--325443>
- Sanz, M., Strand, B. H., Looman, C. W., & de Gelder, R. (2016). Changes in mortality inequalities over
- Skoglund, Einar (2009). Spesialistutdanningens historie, *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 2009, 129:1124-7. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.09.0432>
- Skrivarhaug, Torhild; Siv Janne Kummernes; Osman Gani. (2020). *Årsrapport 2020 med plan for forbedringstiltak*, Barnediabetesregisteret, Barne- og ungdomsklinikken, Oslo universitetssykehus
- Skyrud, K. D., Bray, F., Eriksen, M. T., Nilssen, Y., & Moller, B. (2016). Regional variations in cancer survival: Impact of tumour stage, socioeconomic status, comorbidity and type of treatment in Norway. *International Journal of Cancer*, 138(9), 2190-2200. <https://doi.org/10.1002/ijc.29967>
- Slagsvold, Britt; Thomas Hansen (2017). Morgendagens eldre. Betydningen av økt utdanning for mental helse. *Tidsskrift for den norske psykologforening* 3. januar 2017
- Sletten, M.Aa.; A.Bakken (2016). *Psykiske helseplager blant ungdom – tidstrender og samfunnsmessige forklaringer. En kunnskapsoversikt og en empirisk analyse*. Notat nr. 4/16. Oslo: NOVA/HiOA. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/5203/Web-Utgave-Notat-4-16.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Smeby, Kristine Warhuus (2017). *Likestilling i det tredje skiftet?* Doktoravhandling ved NTNU, 2017:226
- SSB. (2003). *Dette er Norge 2003*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/39373/dette-er-norge-2003>
- SSB. (2012). *Tidsbruksundersøkelsene*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/tids-og-mediebruk/statistikk/tidsbruksundersokelsen>
- SSB. (2020). *Helseforhold, levekårsundersøkelsen*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/helse/helseforhold-og-levevaner/statistikk/helseforhold-levekarsundersokelsen>
- SSB. (2021a). *Befolkningens utdanningsnivå*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/utdanning/utdanningsniva/statistikk/befolkningens-utdanningsniva>
- SSB. (2021b). *Dette er Norge 2021*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/befolkning/folketall/artikler/dette-er-norge-2021>
- SSB. (2022a). *Helseregnskap*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/nasjonalregnskap/statistikk/helseregnskap>

- SSB. (2022b). *Fakta om innvandring*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/faktaside/innvandring>
- SSB. (2022c). *Fakta om likestilling*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/befolkning/faktaside/likestilling>
- SSB. (2022d). *Døde*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/befolkning/fodte-og-dode/statistikk/dode>
- SSB (2022e). *Røyk, alkohol og andre rusmidler*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/helse/helseforhold-og-levevaner/statistikk/royk-alkohol-og-andre-rusmidler>
- Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenester (Ukom). Webinar 25. mars 2021: Barn og unges psykiske helse ett år inn i pandemien.
- Steinkellner Alice (2022). *Innvandrere og barna deres teller nå over en million*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/statistikk/innvandrere-og-norskfodte-med-innvandrerforeldre/artikler/innvandrere-og-barna-deres-teller-na-over-en-million>
- Stene, Lars Christian, Paz Lopez-Doriga Ruiz, Bjørn Olav Åsvold, Vera Vik Bjarkø, Elin Pettersen Sørgerd, Inger Njølstad, Laila Arnesdatter Hopstock, Kåre I. Birkeland, Hanne L. Gulseth (2020): Hvor mange har diabetes i Norge i 2020. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 17/2020.
- St.meld. nr. 35 (1994-1995): *Velferdsmeldingen*, Sosialdepartementet
- St.meld. nr. 25 (1996-1997): *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Sosial- og helsedepartementet.
- St.meld. nr. 50 (1996-1997): *Handlingsplan for eldreomsorgen*. Sosial- og helsedepartementet
- St.meld. nr. 16 (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge: Folkehelsepolitikken*. Oslo: Det kongelige helsedepartement, 2003
- St.meld.nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet, 19.6. 2009.
- St. meld (2009-2010), *Nasjonalbudsjettet 2010*, <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-1-2009-2010/id579759/>
- St. meld. 19 (2014-2015). *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter*. Helse- og omsorgsdepartementet (2015). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>
- Stokke, Ole Magnus; Erika Karttinen; Caroline Aarre Halvorsen; Caroline Vinter; Erland Skogli (2022). *Samfunnsverdien av å forebygge spiseforstyrrelser*, Menon Economics, Rapport 3/2022
- Storeng, S.H.; S., Øverland; V., Skirbekk; L.A. Hopstock; E.R. Sund; S. Krokstad; B.H. Strand (2021). Trends in Disability-Free Life Expectancy (DFLE) from 1995 to 2017 in the older Norwegian population by sex and education: The HUNT Study. *Scand J Public Health*, <https://doi.org/10.1177/14034948211011796>
- Storeng, S. H.; K.H. Vinjerui; E.R. Sund; S. Krokstad (2020). Associations between complex multimorbidity, activities of daily living and mortality among older Norwegians. A prospective cohort study: the HUNT Study, Norway. *BMC Geriatrics*, 20(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1425-3>
- St.prp. nr. 63 (1997-98) *Om opptrappingsplan for psykisk helse*. Helse- og omsorgsdepartementet
- Strand, B. H; A.B. Knapskog; K. Persson, T. Holt Edwin; E. Bjertness; K. Engedal; G. Selbaek. (2019). The Loss in Expectation of Life due to Early-Onset Mild Cognitive Impairment and Early-Onset

- Dementia in Norway. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 47(4-6), 355-365.
<https://doi.org/10.1159/000501269>
- Strand, B. H., Steingrimsdottir, O. A., Groholt, E. K., Ariansen, I., Graff-Iversen, S., & Naess, O. (2014). Trends in educational inequalities in cause specific mortality in Norway from 1960 to 2010: a turning point for educational inequalities in cause specific mortality of Norwegian men after the millennium? *BMC Public Health*, 14, 1208. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1208>.
- Strand Bjørn Heine; O.S. Dalgard; K.Tambs, M. Rognerud (2003): Measuring the mental health status of the Norwegian population: a comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nord J Psychiatry*. 2003;57(2):113-8
- Støren, Kristina; Elisabet Rønning (2021). *Livskvalitet i Norge 2021*. Rapporter 2021/27. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/artikler/livskvalitet-i-norge-2021>
- Størksen, I.; E. Røysamb; T. Moum; K.Tambs (2005). Adolescents with a childhood experience of parental divorce: A longitudinal study of mental health and adjustment. *Journal of Adolescence*, 28(6), 725-739. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2005.01.001>
- Sulo, G.; J. Igland; S. Øverland; E. Sulo; J.M. Kinge; G.A.Roth; G.S.Tell (2020). Socioeconomic Gradients in Mortality Following HF Hospitalization in a Country with Universal Health Care Coverage. *JACC Heart Fail*, 8(11), 917-927. <https://doi.org/10.1016/j.jchf.2020.05.015>
- Sulo, G.; O.Nygaard; S.E. Vollset; J. Igland; M. Ebbing; E. Sulo; G.M. Egeland; G.S. Tell (2016). Higher education is associated with reduced risk of heart failure among patients with acute myocardial infarction: A nationwide analysis using data from the CVDNOR project. *Eur J Prev Cardiol*, 23(16), 1743-1750. <https://doi.org/10.1177/2047487316655910>
- Sundby, Johanne (2019). *Forskning på unge jenter og eldre kvinners helse blir ikke prioritert*. <https://kjonnsforskning.no/nb/2019/05/forskning-pa-unge-jenter-og-eldre-kvinner-helse-blir-ikke-prioritert>
- Søgaard, A. J., Holvik, K., Meyer, H. E., Tell, G. S., Gjesdal, C. G., Emaus, N., Grimnes, G., Schei, B., Forsmo, S. and Omsland, T. K. (2016), Continued decline in hip fracture incidence in Norway: a NOREPOS study, *Osteoporosis International*, doi: 10.1007/s00198-016-3516-8
- Sørbye, Liv Wergeland; Else Vengnes Grue; Einar Vetvik (2009). *Kunnskap om svikt i tjenester til skrøpelige eldre. Nyere norsk forskning relatert til helse- og sosialtjenesten*. Rapporter 5/2009. Diakonhjemmet høgskole
- Syse, A.; M. Thomas; L. Dommermuth; R.K. Hart (2022a). Does women's health matter for fertility? Evidence from Norwegian administrative data. *Popul Stud (Camb)*, 1-22.
<https://doi.org/10.1080/00324728.2022.2041075>
- Syse, A; A. Artamonova; M. Thomas; M. Veenstra (2022b). Do characteristics of family members influence older persons' transition to long-term healthcare services? *BMC Health Services Research*, 22(1), 362. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07745-5>
- Syse, A., & Tønnessen, M. (2022). Flere eldre innvandrere blant framtidens brukere av helse- og omsorgstjenester. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, s.8-29. Utg.2.
- Texmon, Inger (2021). *Dødelighet etter yrke Utvikling etter 2000*. Rapporter 2022/24, Statistisk sentralbyrå
- Texmon, Inger; Jens-Kristian Borgan. (2016). Høy utdanning og godt arbeidsmiljø bidrar til et langt liv. *Samfunnsspeilet*, 2/2016, 9. Statistisk sentralbyrå

- Thinggaard, M., McGue, M., Jeune, B., Osler, M., Vaupel, J. W., & Christensen, K. (2016). Survival Prognosis in Very Old Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(1), 81-88. <https://doi.org/10.1111/jgs.13838>
- Thorvaldsson, V.; P. Karlsson; J. Skoog; I. Skoog, I; B. Johansson. (2017). Better Cognition in New Birth Cohorts of 70 Year Olds, but Greater Decline Thereafter. *The Journals of Gerontology: Series B*, 72(1), 16-24. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw125>
- Torvik, F. A.; K. Gustavson; E. Røysamb; K. Tambs (2015). Health, health behaviors, and health dissimilarities predict divorce: results from the HUNT study. *BMC Psychology*, 3(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s40359-015-0072-5>
- Torvik, F. A.; E. Røysamb; K. Gustavson; M. Idstad; K. Tambs (2013). Discordant and concordant alcohol use in spouses as predictors of marital dissolution in the general population: results from the Hunt study. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 37(5), 877-884. <https://doi.org/10.1111/acer.12029>
- Tømmerås, A. (2021). Andelen samboere fortsetter å øke. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/andelen-samboere-fortsetter-a-oke>
- Tønnessen, M.; A. Syse (2021). Flere eldre innvandrere i framtidens arbeidsstyrke. Søkelys på arbeidslivet, 38(1), s. 4-22. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-7989-2021-01-01>
- Tønnessen, Marianne (2014). *Fruktbarhet og annen demografi hos innvandrere og deres barn født i Norge*, Rapport 2014/4, Statistisk sentralbyrå
- Twenge, J.M. (2019). More time on technology, less happiness? Associations between digital-media use and psychological well-being. *Current Directions in Psychological Science*, 28(4), 372-379. <https://doi.org/10.1177/0963721419838244>
- Vist, Gunn Elisabeth; Christine Hillestad Hestevik; Louise Forsetlund; Gyri Hval Vigdis Underland Bahar Kucuk; Ingvild Kirkehei (2022). *Forskningskart om behandling av sykdommer hos kvinner*, Rapport, Oslo: Folkehelseinstituttet, 2022
- Von Soest, T.; A. Bakken; W. Pedersen; M.Aa.Sletten (2020). Livstilfredshet blant ungdom før og under covid-19-pandemien. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0437>
- Vrålstad, Signe; Kjersti Stabell Wiggen (2017). *Levekår blant innvandrere i Norge 2016*. Rapport 2017/13. Statistisk sentralbyrå
- White, S.C, S.O. Gaines Jr; S. Jha (2012). Beyond subjective well-being: A critical review of the Stiglitz report approach to subjective perspectives on quality of life. *Journal of International Development*, 24(6),763-776.<https://doi.org/10.1002/jid>
- WHO. (2021). *Decade of healthy ageing: baseline report*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>
- World Economic Forum. (2017). *The Global Human Capital Report 2017*.
- Østby, K A, A Mykletun, W Nilsen (2018). Explaining the gender gap in sickness absence. *Occupational Medicine*, Vol. 68, Issue 5, July 2018. Page 320:326
- Aambø, Arild (2020). *Innvandrerens helse – en utfordring for helsetjenesten*. Det norske medisinske Selskab, 2/2020, 17:510-27
- Aarø, Leif Edvard (2015). *Fakta om mobbing blant barn og unge*. <https://www.fhi.no/fp/oppvekst/fakta-om-mobbing-blant-barn-og-unge/>

Vedlegg A: Kvinner og kreft. Forekomst, overlevelse og oppfølgingsbehov i et livsløpsperspektiv

Kreft er en stor sykdomsgruppe, og mange blir direkte berørt. Enda flere blir indirekte berørt, som pårørende, enten som partner, barn eller forelder. Kreft er samlenavnet på rundt 200 ulike kreftformer, hvor fellesnevneren er ukontrollert celledeling. Kreftceller kan spres til andre deler av kroppen via blod og lymfesystem. Selv om det er mange fellestrekk mellom ulike kreftformer, er det også stor variasjon i sykdomsforløp, behandling og overlevelse. Selv om flere menn enn kvinner blir diagnostisert med kreft, rammes mange kvinner både direkte og indirekte.

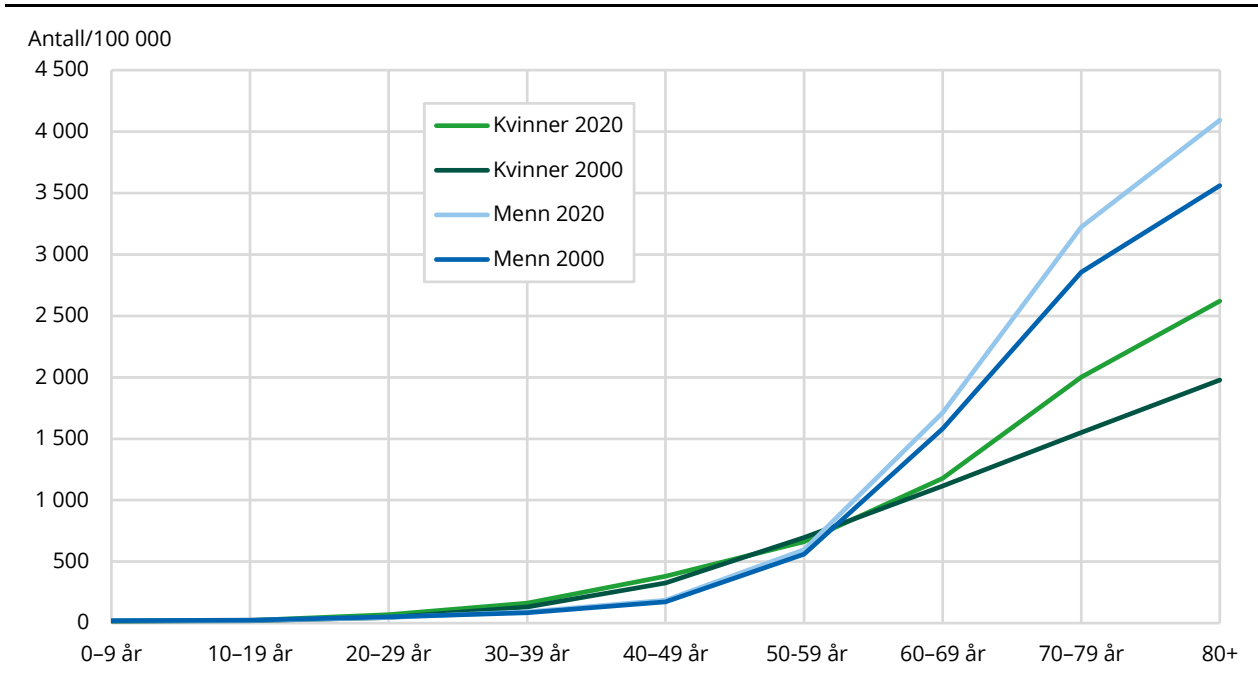
Kreft er primært en alderssykdom. Medianalderen for en kreftdiagnose er hele 70 år, og før fylte 75 år har 1 av 3 nordmenn fått minst én kreftdiagnose (Kreftregisteret 2021a). Likevel er det også flere yngre som rammes av denne sykdommen, og i det videre beskrives forekomst, risikofaktorer, dødelighet og overlevelse blant kvinner i ulike aldersgrupper over tid, samt hvordan dette påvirker kvinners liv i ulike livsfaser. Avslutningsvis ser vi også på hvordan dette forventes å endre seg framover, og hvordan det vil berøre de direkte berørte, deres pårørende og det formelle helse- og omsorgsapparatet.

A.1. Forekomst og risikofaktorer

I 2020 fikk 35 500 personer i Norge kreft, 16 300 (46 prosent) kvinner og 19 200 (54 prosent) menn (Kreftregisteret 2022).³⁵ For 20 år siden var de respektive tallene henholdsvis 10 900 (48 prosent) og 11 700 (52 prosent), som tilsvarer en økning på henholdsvis 49 og 65 prosent (ibid.). Ifølge Kreftregisteret (2021a) er en viss økning i antall krefttilfeller å forvente, både fordi vi blir flere mennesker i Norge og fordi befolkningen blir eldre. Samtidig har også bedre diagnostiske metoder og økt screening bidratt til at flere diagnostiseres tidligere i dag, som dels gjenspeiles i figur A.1 som viser at de aldersspesifikke ratene er høyere blant de eldste nå enn for 20 år siden. Figuren understreker også at høy alder er den sterkeste risikofaktoren for kreft. Blant menn i 2020 ble 80 prosent av alle tilfeller diagnostisert blant de over 60 år, mens blant kvinner gjaldt dette 70 prosent. For 20 år siden var de respektive prosentandelene 77 og 68. Kvinner er altså i gjennomsnitt yngre enn menn når de får kreft (figur A.1). Dette gjenspeiles også i den akkumulerte risikoen for å få kreft innen man fyller 75 år, som er 36 prosent for menn og 30 prosent for kvinner (Kreftregisteret 2021a).

³⁵ Tall for 2021 ble sluppet 8. juni 2022, og viser at det ble registrert nær 37 000 nye krefttilfeller i Norge i fjor (<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>). Utviklingen er svært lik den som er beskrevet i perioden til og med 2020, og kapitlet er derfor ikke oppdatert med 2021-tall.

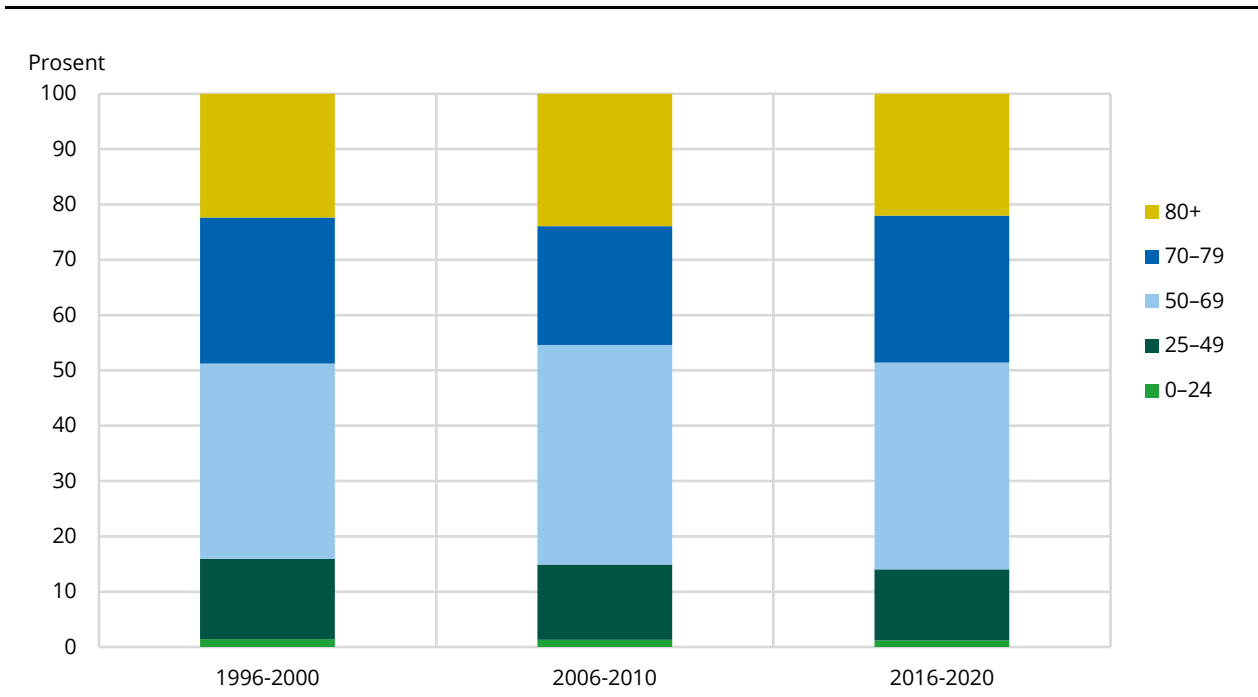
Figur A.1 Aldersspesifikke rater (per 100 000) for nye krefttilfeller blant kvinner og menn i 2000 og 2020



Kilde: Kreftregisteret

Figur A.2 tar utgangspunkt i absolutte tall, og viser at aldersfordelingen av krefttilfeller har vært relativt stabil over tid. Samtidig viser figuren at selv om det klart er flest eldre som får kreft, er det også en god del som får kreft tidlig i livet. Selve sykdommen, behandlingen og ulike senvirkninger kan få stor innvirkning på ulike livsområder når den rammer tidlig i livet, og dette omtales derfor nærmere nedenfor.

Figur A.2 Fordeling av nye krefttilfeller etter alder i tre tidsperioder. Prosent



Kilde: Kreftregisteret

Ser vi på menn og kvinner samlet, er de fire vanligste kreftformene prostata-, bryst-, lunge-, og tykktarmskreft. Disse utgjør til sammen mer enn halvparten av alle nye krefttilfeller i Norge. Tabell A.1 viser fordelingen av vanlige kreftformer i henholdsvis 1996-2000, 2006-2010 og 2016-2020 blant

kvinner i ulike aldersgrupper. Radene summerer altså til 100 prosent for hver aldersgruppe, i hver tidsperiode. Tabellen viser at det har vært minimale endringer i fordelingen av krefttyper etter alder over tid, men at det er ulike kreftformer som rammer kvinner i ulike aldre. Mens kreft i sentralnervesystemet (CNS) og lymfe- og blodkreft er mest vanlig blant de aller yngste (0-24 år), er brystkreft den vanligste kreftformen blant kvinner 25-49 og 50-69 år. Blant kvinner 70-79 år 80 år eller eldre er kreft i fordøyelsesorganene mest vanlig. Samlet sett har norske kvinner den høyeste risikoen for tykk- og endetarmskreft i verden. I løpet av 2022 igangsettes et nasjonalt screeningprogram for denne kreftformen.

Tabell A.1 Fordeling av nye krefttilfeller blant kvinner i brede aldersgrupper i tre tidsperioder

Alder	År	Leppe, munn etc. (C00-14)	For- døyelse (C15-26)	Ånde- drett (C30-34, Melanom (C43)	Annen hud (C44)	Kjønns- org.		Urinveier (C64-68)	Endok- rine (C70-72)	Lymfe/ leukemi (C81-96)	Øvrige		
						Bryst (C50)	(C51-58)						
0-24		1.3	1.5	1.1	11.4	1.2	0.5	4.8	3.8	24.6	9.0	31.5	9.2
25-49	1996- 2000	1.1	8.6	3.6	10.4	1.6	33.2	20.2	1.8	6.2	4.9	6.3	2.0
50-69		1.3	18.2	9.4	4.7	2.4	29.6	15.6	4.0	3.9	1.4	6.4	3.0
70-79		1.2	29.7	8.9	3.3	4.9	16.6	11.8	6.2	3.0	0.9	8.5	4.9
80+		1.4	33.7	4.1	2.7	9.2	15.1	8.7	6.1	2.1	0.6	9.0	7.3
0-24		0.9	4.1	0.9	5.8	2.1	1.5	6.2	2.7	22.7	13.7	30.0	9.2
25-49	2006- 2010	1.2	7.7	2.9	10.9	1.4	33.1	16.0	2.1	8.5	7.6	6.4	2.0
50-69		1.5	17.2	10.6	5.3	2.7	28.0	14.3	4.2	5.0	2.0	7.3	1.9
70-79		1.4	27.1	13.4	4.0	6.1	12.7	11.8	6.2	3.9	1.3	9.3	2.8
80+		1.4	31.5	7.4	3.7	11.7	12.8	9.0	5.7	2.9	0.7	8.7	4.5
0-24		1.0	7.9	0.7	8.8	2.2	1.4	6.4	2.9	19.1	11.0	30.9	7.7
25-49	2016- 2020	1.1	9.4	2.1	11.8	1.6	33.5	16.5	2.3	6.0	7.9	6.4	1.4
50-69		1.5	16.9	10.4	7.2	3.4	29.9	11.8	4.4	3.4	2.4	7.3	1.4
70-79		1.6	24.0	15.6	5.6	7.4	14.7	10.4	5.7	2.6	1.4	9.4	1.8
80+		1.5	27.8	8.9	5.1	17.0	11.6	8.0	5.2	1.7	0.7	9.0	3.4

Kilde: Kreftregisteret

En klar trend er at det i dag er stadig flere som får mer enn en kreftdiagnose. I dag gjelder dette rundt 10 prosent av alle kvinnelige kreftoverlevende, og dette må håndteres særskilt i behandlingsforløp (Kreftregisteret 2021b). Årsaken til at flere får mer enn en kreftdiagnose, er både at flere overlever den første diagnosen (se nedenfor), men også at levealderen generelt har økt.

Minst 1 av 3 krefttilfeller har sammenheng med levemåten vår, og enkelte helsevalg reduserer risikoen for å få kreft selv om slike valg ikke gir noen garanti (Kreftforeningen 2022b). Det som oftest nevnes er å unngå tobakksbruk, være forsiktig med alkohol og sol (Norge har i dag den høyeste dødeligheten av melanom i Europa), å mosjonere og ha et sunt kosthold. I tillegg kan vi delta i screeningprogram, som er undersøkelser som oppdager kreft på et så tidlig stadium at forebygging og behandling gir god overlevelse. For kvinner gjelder dette særlig brystkreft og livmorhalskreft, og fra og med 2022, også tarmkreft. Det nasjonale mammografiprogrammet ble gradvis innført fra 1996, og har vært landsdekkende siden 2005. Det inviterer alle kvinner mellom 50 og 69 år til en røntgenundersøkelse av brystene (mammografi) annethvert år, og har vist seg å redusere brystkreftdødelighet (Norges Forskningsråd 2015). Livmorhalsprogrammet ble innført som landsomfattende helsetilbud på begynnelsen av 1990-tallet, og siden den gang har antall nye tilfeller per år blitt redusert med 13 prosent, og dødeligheten er 68 prosent lavere nå enn da programmet startet (Kreftregisteret 2022).

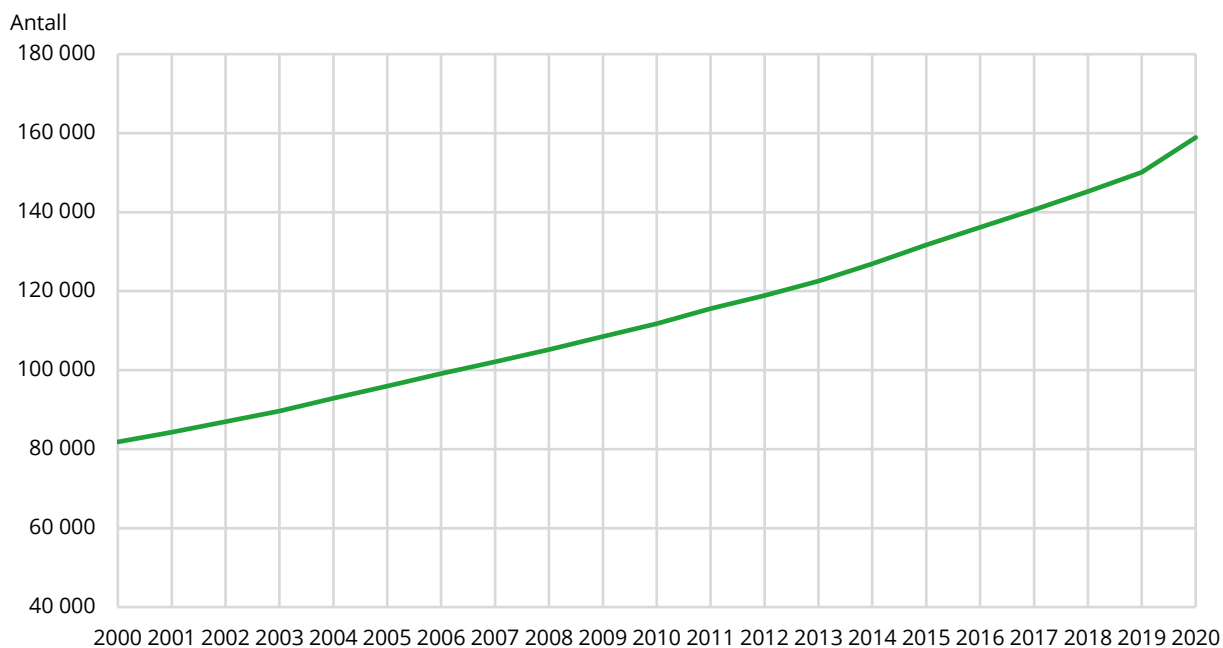
De siste årene er det også kommet vaksiner som forebygger kroniske infeksjoner. I 2009 ble HPV-vaksinasjon innført i barnevaksinasjonsprogrammet i Norge for jenter på 7. klassetrinn. Fra 2018 tilbys vaksinen også til gutter. Man regner med at vaksinen på sikt vil føre til en ytterligere reduksjon i forekomsten av livmorhalskreft. Hepatitt B og C øker risikoen for leverkreft. Hepatitt B-vaksine

tilbys nå i barnevaksinasjonsprogrammet til alle barn født fra og med 2016. Vaksinen anbefales også til grupper med økt risiko for smitte. Også faktorer i omgivelsene kan føre til kreft, og i dag er det 120 eksponeringer som er klassifisert som sikkert kreftfremkallende for mennesker. I tillegg er det 380 kjente eksponeringer som antas å være kreftfremkallende. For yrkeseksponering er dokumentasjonen klart best for menn (Purdue et al. 2015), men tiltak i arbeidslivet som beskytter ansatte mot kreftfremkallende stoffer som asbest og kjemikalier – både enkeltvis og i kombinasjon – vil kunne bidra til å redusere eksponering og forebygge kreft. Andre faktorer som miljø og arv kan øke risikoen for kreft, men det er fortsatt vanskelig å fastslå klare årsaker til at noen får kreft og andre ikke. I de tilfeller hvor kreft er en arvelig sykdom, er man født med en eller flere genforandringer som gir en større risiko for å utvikle kreft. Denne typen kreft kommer ofte tidligere i livet enn annen kreft, og gir også oftere flere kreftdiagnoser i løpet av livet, dels fordi kreftbehandling i seg selv øker kreftrisikoen, men også fordi man i større grad er genetisk predisponert for kreft. Familiær kreft brukes ofte dersom en familie har høyere forekomst av kreft enn hva som er forventet, men hvor det ikke er påvist en kjent genfeil. De sistnevnte kreftformene opptrer oftest som bryst-, eggstokk-, tykktarms- og føflekkreft.

A.2. Dødelighet, overlevelse og kreftoverlevelse

Levealderen øker i Norge. Fra 2000 og fram til i dag har forventet levealder ved fødsel for kvinner økt fra 81,4 år til 84,9 år (SSB 2022d). Samtidig har gjenstående forventet levetid ved alder 60 år økt fra 24,0 år til 26,5 år. Dette kan i stor grad tilskrives nedgangen i hjerte- og karsykdommer, og i dag er kreft den vanligste dødsårsaken i Norge og sykdommen stod for nær 11 000 dødsfall i 2020 (Kreftregisteret 2021b). Dødsfall blant kvinner utgjorde 46 prosent av disse (rundt 5 000 totalt), og lunge-, tykktarm-, endetarm-, bryst-, bukspyttkjertelkreft utgjorde mer enn halvparten av alle kreftdødsfall blant kvinner i 2020. Dødeligheten av kreft har samlet sett vært relativt stabil de siste tiårene, og det er kun det siste tiåret det kan ses en liten nedgang i dødelighetsratene, og da særlig for kreft i magesekk, endetarm, livmor og bryst. For de to sistnevnte har tidlig diagnostikk og screening sannsynligvis bidratt noe. For lungekreft er det en klar nedgang i dødeligheten blant menn, mens det er en stabilisering av ratene blant kvinner.

Ser vi på alle dødsfall blant kvinner i 2020, utgjorde kreft en fjerdedel (24 prosent) av alle dødsfall, og andelen har økt svakt over tid (22 prosent i 2000). For menn er andelen noe høyere (29 prosent) og også her har det vært en svak økning. Men, blant dem som dør før 65-årsalder, er kreft er den hyppigste dødsårsaken. Dermed er kreft hovedårsaken til tapte leveår i Norge, blant både kvinner og menn. Samtidig øker sannsynligheten for å overleve en kreftdiagnose, og flere blir helt friske og har en høyere livskvalitet enn tidligere. Den relative 5-års-overlevelsen ligger på hele 76 prosent blant kvinner den siste 5-års perioden (2016-2020), mot 62 prosent for 20 år siden (1996-2000). Figur A.3 viser utviklingen i antallet kvinnelige kreftoverlevende, fra 2000 og fram til i dag. I løpet av bare 20 år har antallet kvinner som lever med en krefthistorie doblet seg, fra i overkant av 80 000 til nær 160 000.

Figur A.3 Antall kvinnelige kreftoverlevende i Norge, 2000-2020

Kilde: NORDCAN/Kreftregisteret

Mens kvinner tidlig på 2000-tallet utgjorde den klart største andelen (58 prosent) av kreftoverlevende, har andelen sunket år for år, og kvinnelige kreftoverlevende utgjør i dag bare litt over halvparten (52 prosent). Over halvparten av kvinnelige kreftoverlevende har levd i minst 10 år etter diagnose (NORDCAN 2022). Likevel er det stor variasjon mellom kreftformer og stadier. Mens overlevelsen (2015-2019) blant kvinner er svært god etter skjoldkirtelkreft (95 prosent), melanom, en type hudkreft (95 prosent) og brystkreft (92 prosent), er det fortsatt få behandlingssmessige gjennombrudd og svært dårlig overlevelse ved bukspyttkjertelkreft (15 prosent), leverkreft (24 prosent) og gallekreft (26 prosent) (Kreftregisteret 2022). Antallet overlevende avhenger både av hvor hyppig en kreftform forekommer, i hvilken alder man får diagnosen og hvor god (eller dårlig) overlevelsen er. Som et eksempel kan nevnes at selv om det er nokså liten forskjell i antallet som får lungekreft og hudkreft, er det likevel fem ganger flere overlevende etter hudkreft enn lungekreft. I dag er de vanligste kreftformene blant kvinnelige kreftoverlevende brystkreft (51 000), kreft i underliv (25 000), hudkreft, både melanom og annen hudkreft (25 000), tarmkreft (19 000), nyre- og blærekreft (7 000), kreft i sentralnervesystemet (8 000) og lymfom (6 000). Selv om mange klarer seg fint etter kreftsykdom, er det også mange som har markerte plager etter henholdsvis sykdom og behandling, og dette diskuteres nærmere nedenfor.

Kreftbehandling

Kreftbehandling er i stadig utvikling, og det er markante forskjeller på behandlinger gitt for 20 år siden og i dag, og utviklingen forventes å fortsette også framover (Kreftforeningen 2022a). De siste 20 årene har antallet tilgjengelige kreftmedisiner mer enn fordoblet seg. Primærbehandlingen for langt de fleste (solide) kreftsvulster er kirurgi. Men ofte benyttes også cellegift, stråling, hormonterapi og annen medikamentell behandling, enten som hoved- eller tilleggsbehandling. Behandlingslengden og -formen avhenger av kreftform, utbredelse (stadium), og hva målet med behandlingen er. I tillegg vil kjennetegn ved pasientene også påvirke behandlingsforløpet. Dermed er det stor variasjon i den gjennomsnittlige varigheten av behandlingsforløp, fra noen uker eller måneder til flere år. Det er imidlertid en viss andel som opplever at det fra diagnose til endt behandling kan ta opp mot ett år. Innenfor denne rammen dekkes de fleste av sykepengene. For andre tar selve behandlingen enten kortere eller lengre tid, men senvirkninger (se under) kan gjøre at helsen fortsatt er dårlig etter endt behandling slik at evnen til å utføre daglige gjøremål påvirkes

negativt. Dette kan omfatte for eksempel utdannings- og arbeidslivsdeltakelse. I hvilken grad den vanlige 'livsrytmen' forstyrres vil imidlertid avhenge både av helse, alder og forpliktelser en har, for eksempel når det gjelder familie og arbeid. Dette diskuteres derfor nærmere i et livsløpsperspektiv nedenfor.

Senvirkninger av kreftsykdom og behandling

Etter avsluttet kreftbehandling er forventningene fra både pasienter og pårørende ofte at helsen skal være som før, men slik er det ikke for alle. Helsen kan være svært forskjellig hos ulike kreftoverlevende. Noen vil i liten grad være preget av sin diagnose og behandling, mens andre vil leve med skader etter sykdommen eller behandlingen, og enkelte vil også ha senvirkninger. Stråling, cellegift og kirurgisk behandling fjerner kreftceller, men representerer en stor belastning for friske deler av kroppen. Dermed kan både kreftsykdom i seg selv og behandling gi helseplager. Noen er alvorlige, mens andre er mindre alvorlige. Noen oppstår relativt umiddelbart, mens andre oppstår etter lang tid (opptil 20-30 år etter diagnose). Noen er forbigående, mens andre er langvarige.

Senvirkninger defineres oftest som helseplager som varer i mer enn ett år etter avsluttet kreftbehandling, og avhenger til en viss grad av alder ved diagnose. For eksempel er det relativt få barn og unge som får kreft, men blant disse er overlevelsen god selv om rundt halvparten opplever senvirkninger siden intens kreftbehandling er gitt i en livsfase hvor organene er under utvikling. Det er særlig stråling (men også visse typer cellegift) som utløser denne typen plager. Fordi barnekreft er relativt uvanlig (se nedenfor), diskuteres ikke dette nærmere her, men interesserte lesere henvises til Kiserud mfl. (2019). Blant flertallet som får kreft i voksen alder, kan senvirkninger være fysiske, psykiske, eller sosiale tilstander med ulik alvorlighetsgrad.

Av de alvorligste fysiske senvirkningene er hjerte- og karproblemer, samt ny kreftdiagnose (Kreftforeningen 2022d). På lang sikt (10-40 år) kan hjertefunksjonen bli påvirket både av stråling mot hjerteregionen og av enkelte kreftmedisiner (for eksempel antracycliner, en spesiell type cellegift), og det er derfor viktig at kreftoverlevende følges opp med tanke på denne typen komplikasjoner selv om det er relativt få som vil oppleve akkurat denne typen senskade. Ny kreftsykdom (sekundær kreft) er nevnt innledningsvis, og rammer så mange som 10 prosent av alle kreftoverlevende. Sekundær kreft skyldes ofte behandlingen man opprinnelig fikk, siden både strålebehandling og enkelte typer cellegift kan ha en kreftfremkallende virkning. Sekundær kreft omfatter både solide svulster og leukemi (blodkreft). De førstnevnte opptrer vanligvis 10-30 år etter den opprinnelige kreftbehandlingen, mens leukemi ofte kommer før, innen 10 år. Langtidsoverlevende etter kreftbehandling i barndom eller ungdomstid er spesielt utsatt på lang sikt. Kvinner som har fått kraftig strålebehandling mot brystregionen (>20 Gy) i barnealder er et eksempel på dette. For denne gruppen er det anbefalt med brystkreftovervåking fra 25 års-alder, eventuelt i 8 år etter avsluttet strålebehandling på grunn av økt risiko for brystkreft. Det er imidlertid viktig å huske at sekundær kreft ofte har sammenheng med en behandling som ble gitt for mange år siden, og som kanskje ikke brukes lenger eller som er forandret. Det betyr at senvirkninger av dagens behandling først vil være kunne identifiseres 10-30 år fram i tid.

Av plagsomme, men mindre alvorlige, senvirkninger nevnes ofte utmattelse (fatigue) og tretthet, redusert funksjon, metabolsk syndrom, konsentrasjonsvansker eller andre kognitive problemer, munn- eller tannproblemer og nedsatt smaksfunksjon, fordøyelsesplager, urinveisproblemer, lymfødem, nevropati (nummenhet i føtter, bein, fingre samt redusert hørsel), benskjørhet, smerteproblemer, angst, depresjoner og søvnvansker og nedsatt muskelkraft og bevegelighet (Kiserud et al. 2019). For kvinner nevnes også spesielt hetetokter, tidlig overgangsalder, samt problemer knyttet til fruktbarhet og/eller seksualitet. Samlet sett gir dette ofte redusert livskvalitet og noen kan oppleve at de tar stor plass i livet (Reinertsen et al. 2017).

Uttalt tretthet og slitenhet er vanlig både under og etter avsluttet kreftbehandling, og 15–35 prosent av voksne kreftoverlevende har kronisk tretthet som påvirker sosial yteevne, funksjonsnivå og arbeidsevne på en negativ måte, og kan medføre betydelig redusert livskvalitet (Reinertsen et al. 2017). Likeledes gjelder for kognitive problemer, nevropati, seksuelle problemer, angst og søvnvansker. Mens noen kreftoverlevende klarer seg svært bra og har få problemer, gir livet etter kreft varige utfordringer for mange. Mange er også redd for hva fremtiden vil bringe. Det er derfor viktig å minne om at selv om flere og flere får kreft, er det stadig flere som blir helt friske, og mange av de som har kreft lever lenger og har høyere livskvalitet enn tidligere. Dette skyldes en kombinasjon av forebygging, tidligere diagnostisering, og flere, bedre og mer tilpassede behandlingsmåter for de ulike kreftformene (Kreftforeningen 2022c). Endringer mot en sunnere livsstil med sunt kosthold, røykekutt, fysisk aktivitet, og begrenset alkoholinntak er anbefalt. Likeledes er det viktig med langtidsoppfølging i helsetjenesten.

A.3. Kreft i et livsløpsperspektiv

Opprettholdelse av familiestrukturer og produktivitet under og etter sykdom er viktig i velferdssamfunn, både på individ- og samfunnsnivå. Kreftsykdom i seg selv, behandlingsbivirkninger, langtids- og seneffekter samt frykt for tilbakefall kan påvirke den fysiske, psykiske og sosiale helsen negativt. Dette kan være en utfordring både for den som har hatt kreft og for de pårørende. Å få en god utdanning, å stifte familie og å delta i arbeidslivet er viktige livsmål for mange, og er nært forbundet med helse og livskvalitet. Samtidig er arbeidsdeltakelse viktig for økonomisk uavhengighet. Kreftsykdom kan påvirke muligheten for og ønsket om inngåelse og avslutning av parforhold, samt ønsker eller muligheter for barn (Syse 2010). Kreftsykdom kan også virke negativt inn på utdanningsløp, arbeidsdeltakelse og inntekt ved svekket helse og/eller endrete preferanser (Bøhn et al. 2022, Ghaderi et al. 2016, Gunnes et al. 2016, PROBA 2015, Vandraas et al. 2022). Blant de aller eldste kan kreft innskrenke helsen i så stor grad at evnen til å leve selvstendig reduseres (Fjose et al. 2018, Huseby 2017, Johansen et al. 2018).

I det følgende ser vi på konsekvenser av kreftsykdom og behandling (fysisk, psykisk og sosialt) i ulike perioder i kvinners livsløp, med fokus på både de som er direkte berørt, samt de som berøres som pårørende. De samfunnsmessige konsekvensene (som for eksempel implikasjoner for arbeidstilbud og/eller kapasitetsbehov i helse- og omsorgstjenesten) diskuteres ikke her, men nevnes kort avslutningsvis.

Kreft blant barn og unge

Årlig får rundt 150 barn under 15 år kreft. Barnekreft var tidligere assosiert med høy dødelighet, men dette har endret seg betydelig og i dag er den samlede overlevelsen rundt 80 prosent. For enkelte kreftformer er overlevelsen lik som for andre barn. Dermed er det en svært høy andel som vokser opp som langtidsoverlevende. Disse barna gjennomgår ofte intens behandling over lang tid, som gjør at barndommen/ungdomstiden blir annerledes enn for andre barn, og at også søsken og foreldre påvirkes (se under). Også voksenlivet og livet i eldre dager kan påvirkes av kreft i barndommen.

Leukemi og kreft i sentralnervesystemet er de vanligste kreftformene blant både jenter og gutter, og utgjør rundt 60 prosent av alle tilfellene i aldersgruppen 0–14 år. Diagnostikk, behandling og oppfølging etter barnekreft er i stor grad sentralisert i Norge, og relativt få sykehus er involvert i behandlingen, i hvert fall tidlig i forløpet. Sykehusene skal følge opp barna enten i 10 år etter at behandlingen er avsluttet, eller til barna fyller 18 år, deretter blir ansvaret overført til fastlegen og pasienten selv (Gunnes 2016). En studie av unge kreftoverlevende viser at rundt halvparten ønsker langsiktig oppfølging for seneffekter, blant annet kognitive problemer, muskel- og skjelettplager og fatigue. Andre mulige seneffekter inkluderer sekundær kreft (utvikling av ny kreftsykdom), synsvansker, hørselsproblemer, skade i hjerte- og karsystemet, lungeskader, problemer med

hormonsystemet (e.g. veksthemming og subfertilitet), skader i urinveiene og mage- og tarmsystemet, problemer med tenner og spyttkjertler, samt psykososiale senskader. Det synes være enighet om at en delt ansvarsmodell for oppfølging er hensiktsmessig, der fastlegene tar seg av pasienter med lav til moderat risiko for seneffekter, mens de med høy risiko følges opp av spesialisthelsetjenesten.

Forskning viser at barn og unge som overlever kreft har et noe større frafall fra videregående skole og høyere utdanning enn den øvrige befolkningen, og dette gjelder særlig de med hjernesvulst (Ghaderi et al. 2016). Imidlertid er det ingen forskjeller i valg av fagfelt på universitetsnivå blant de som velger denne typen utdanning, sammenliknet med den øvrige befolkningen (ibid.). Studier viser også at overlevende etter kreft i ung alder oftere mottar ulike trygdeytelser (hele fire ganger oftere) enn andre jevnaldrende (Ghaderi et al. 2013), og dette gjelder særlig overlevende etter svulster i ben og bindevev, hjernesvulster og leukemier. Trygdeytelser gis for kreftsykdommen i seg selv, og dernest for sykdommer i nervesystemet, skader og forgiftninger, samt psykiske vansker som kan relateres til kreftsykdom og behandlingen av denne. Dermed blir også årsinntekten (beregnet ut fra lønn) blant kreftoverlevende i arbeid noe lavere, som kanskje kan tilskrives en økt andel som jobber deltid (Grunnes et al. 2016). Samtidig viser studien en økt risiko for å stå utenfor arbeidslivet (opp mot 30 prosent), som dels kan forklare at sannsynligheten for å motta økonomisk sosialhjelp er forhøyet (opp mot 40 prosent), for både kvinner og menn. De negative konsekvensene omfatter primært de som fikk kreft i veldig ung alder. Grunnes mfl. (2016) viser at det er kjønnsforskjeller i konsekvensene av kreft i ung alder, og at kvinnelige kreftoverlevende har en høyere risiko for å bli økonomisk avhengig av sine partnere, sammenliknet med mannlige kreftoverlevende. Når det gjelder type arbeid, er det noen færre kreftoverlevende med utdanningsretninger rettet mot manuelt arbeid, men dette gjelder kvinner i mindre grad enn menn. I yrker som krever høy kompetanse, er imidlertid utdanningsfordelingen lik blant kreftoverlevende og andre (Ghaderi et al. 2016). Oppsummert går det i det store og hele nokså bra med yngre kreftoverlevende som deltar i arbeidslivet, men større ressurser bør settes inn for å få unge voksne med en krefthistorie inn i/tilbake til arbeidslivet (Ghaderi et al. 2016, Ghaderi et al. 2013, Grunnes 2016).

Når det gjelder familiedanning, er resultatene for kreftoverlevende relativt like for de som fikk kreft som barn, ungdom og unge voksne, selv om fruktbarheten påvirkes mer negativt av behandling som skjer i yngre alder, og da særlig jenter (Schover et al. 2014, van den Berg et al. 2021). Dette omtales nærmere i neste avsnitt.

Kreft blant unge voksne og middelaldrende

Mer enn 85 prosent av kreftilfellene hos kvinner (90 prosent hos menn), oppstår etter 50 års alder. Livmorhalskreft er blant de få kreftformene som opptrer hyppigst i yngre aldersgrupper, og median alder ved diagnose er 45 år. Selv om livmorhalskreft opptrer hyppigere i yngre aldersgrupper, er det melanom som er den vanligste kreftformen blant de yngste kvinnene (15–24 år), mens brystkreft er den vanligste kreftformen blant kvinner i aldersgruppene 25–49 år og 50–69 år.

Studier av pardannelse har vist at det er små forskjeller i sannsynligheten for å inngå samboerskap eller ekteskap blant yngre kvinnelige kreftoverlevende sammenliknet med befolkningen ellers i kontekster som kan minne om den norske. Et unntak her er yngre brystkreftoverlevende, overlevende etter barnekreft samt godt voksne kreftoverlevende, som synes å ha noen større vanskeligheter i partnermarkedet (Kirchhoff et al. 2012, Rauck et al. 1999, Syse 2008, Syse & Aas 2009). Avansert kreft øker ikke sannsynligheten for ekteskapsinngåelse, selv om arveregler etc. kan være et insentiv i denne retningen (Syse 2010). Studien som refereres er noen år gamle, og inkluderer i liten grad samboerskap. Hvordan dette er i dag, bør derfor undersøkes.

Mange kreftoverlevende får barn, og forskjellene mellom kreftoverlevende og den øvrige befolkningen er mindre i dag enn de var før (Syse 2010). Tidligere var fruktbarheten 20-40 prosent lavere etter

kreft i Norge, men med stor variasjon (fra 0-80 prosent reduksjon) avhengig av kjønn, kreftform, tidsperiode, design, etc. Lavere barnetall kan skyldes behandlingseffekter som påvirker fekunditet negativt, men kan også kobles til psykologiske eller sosiale mekanismer (Schover et al. 2014, van den Berg et al. 2021). I dag er fruktbarheten så vidt lavere, og noe av dette skyldes at det finnes langt flere muligheter når det gjelder å bevare fekunditet enn tidligere (van den Berg et al. 2021), samtidig som mulighetene for assistert befruktning er blitt langt bedre (Øvlisen et al. 2021). Enkelte nyere nordiske studier av kvinnelige kreftoverlevende rapporterer så lite som 0-10 prosent reduksjon i fruktbarhet, men reduksjonen er mer markant for kreftformer knyttet til reproduksjon (Armuand et al. 2017, Weibull et al. 2018). Totalt har 90 prosent av barna som fødes av foreldre med kreft, foreldre med lokalisert kreft og dermed god prognose på diagnosetidspunktet. Kreftoverlevende synes dermed å ta gode valg når det gjelder familieførøkelse. Studier som ser på konsekvenser for barn som blir født etter kreft hos mor eller far viser i hovedsak at disse klarer seg godt, men noen negative konsekvenser er omtalt nedenfor.

Det finnes myter om at kvinner som får kreft blir forlatt av sine ektemenn, men det finnes relativt få studier på skilsmisse etter kreft, og enda færre på oppløsning av samboerskap. En eldre norsk studie viser at kvinnelige kreftoverlevende totalt sett har en lik skilsmisserisiko som den øvrige befolkningen (Syse 2010). Studien fant imidlertid en kortvarig redusert risiko de første fem årene etter diagnose, samt en betraktelig reduksjon (40 prosent) dersom prognosen er dårlig (at kreftsykdommen er avansert). Den eneste kreftformen blant kvinner som er assosiert med en økt skilsmisserisiko er livmorhalskreft (35 prosent). Tilsvarende økt risiko etter livmorhalskreft er også sett i Danmark (Carlsen et al. 2007). Dette kan henge sammen med faktorer forbundet med utvikling av sykdom og behøver ikke (bare) være en konsekvens. På gruppenivå er livmorhalskreft knyttet til lavere sosioøkonomisk status, som i seg selv er assosiert med en økt skilsmisserisiko. Sykdommen er også assosiert med lavere fruktbarhet, og har i mindre studier av mer kvalitativ art også vist å innvirke negativt på seksualitet og intimitet i parforhold, som igjen er forbundet med en økt skilsmissesannsynlighet. At det ikke er en sterk sammenheng mellom kreftsykdom samlet og skilsmisserisiko er også stadfestet i en nylig publisert oppsummeringsartikkel (Fugmann et al. 2022), selv om funn fra USA synes å vise at kvinner som får kreft har en langt høyere risiko for skilsmisse og/eller separasjon enn menn (Kirchhoff et al. 2012).

Kreftoverlevende i arbeidsalder kan ha vansker med å opprettholde arbeidsdeltakelse, på grunn av plager knyttet til selve sykdommen eller behandlingen. Dette gjelder i mindre grad i Norge enn i land som USA og England. Norske funn varierer imidlertid også noe, avhengig av tidsperiode, alder, design og hvilke kreftoverlevende som er inkludert i studiene. Studier fra starten av århundret viser at majoriteten (80-90 prosent) av de som får kreft og som er i arbeid, forblir i arbeid også etter kreftsykdom. Samlet sett er kreft assosiert med rundt 10-30 prosent reduksjon i arbeidsdeltakelse 3-4 år etter diagnose. Sterkest nedgang (opptil 50 prosent) finner man etter avansert sykdom. Ellers er det markert variasjon (0-80 prosent) i effekten av ulike kreftformer: Hodgkins lymfom og hudkreft gir ingen reduksjon, mens det er størst nedgang etter lunge-, hjerne, hode/hals-, tykk- og endetarmskreft, leukemi og NH-lymfom (e.g. PROBA 2015, Syse 2010, Syse & Tønnessen 2012).

Redusert arbeidsdeltakelse har implikasjoner for arbeidsinntekt. Totalt reduseres arbeidsinntekten med rundt 12 prosent. Imidlertid er det relativt gode velferdsordninger ved sykdom i Norge. Om man tar hensyn til kompensasjonsordninger er inntektsfallet under 10 prosent. Begge tallene er lave, gitt de mange mulige uheldige konsekvensene av sykdom og behandling. Mer avansert sykdom gir større nedgang (30 prosent). Ellers er effekten størst 1-2 år fra diagnose om man ikke inkluderer trygdeytelser. Om disse inkluderes, er effekten størst 3-4 år fra diagnose. Det er imidlertid betydelig variasjon (0-50 prosent) mellom ulike kreftformer, også for inntektsfall. Fallet er størst etter hjerne- lunge- og tarmkreft, leukemi og lymfomer, mens den er relativt minimal etter gynekologiske kreftformer og hudkreft (e.g. Gunnes 2016, PROBA 2015, Syse 2010, Syse & Tønnessen 2012). Det er også stor forskjell på effekten av kreft på arbeidsdeltakelse og -inntekt for personer med ulikt

utdanningsnivå, og særlig stor er forskjellen for lymfom og lungekreft. Dette kan gi grunn til bekymring i et relativt egalitært samfunn med et offentlig helsevesen og et arbeidsliv med diskrimineringsvern.

Arbeidsevne har en fysisk, psykisk og sosial komponent, og mange norske kreftpasienter trenger lang sykemelding før de kommer tilbake i jobb. Noen faller helt ut av arbeidslivet med tidlig uføretrygd, andre helserelaterte ytelser og/eller økonomisk sosialhjelp. Som nevnt er arbeidsdeltakelsen etter kreft i Norge vel så høy som den er i land med dårligere kompensasjonsordninger. PROBA (2015) har sett nærmere på bruk av ulike velferdsordninger, og finner at bare en svært liten andel (10 prosent) i arbeidsalder med ny kreftdiagnose *ikke* har legemeldt sykefravær. Rundt 20 prosent hadde et fravær på under 3 måneder, mens rundt 35 prosent var sykmeldt 3-11 måneder, mens de resterende (35 prosent) var sykmeldt i 12 måneder. I løpet av de første to årene etter kreftdiagnosen fikk rundt 30 prosent arbeidsavklaringspenger. To år etter diagnosetidspunktet var langt over halvparten (60 prosent) tilbake i arbeid uten sykemelding, mens en liten andel (7 prosent) hadde fått uførepensjon. Bruk av trygdeytelser avhenger av behandling, og de som har en kreftform som bare er behandlet med kirurgi bruker minst, mens de som behandles med kjemoterapi i tillegg til annen behandling bruker klart mest (PROBA 2015). Analysen viser også at kjennetegn ved arbeidsplassen har betydning. Ledere, samt ansatte i akademia, høgskoleyrker, samt kontor og kundeservice har relativt lite sykefravær etter kreft, få mottar arbeidsavklaringspenger, og relativt mange er tilbake i jobb etter to år. I motsetning til dette har ansatte i yrker uten spesielle krav til utdanning, samt prosess- og maskinoperatører, arbeidere innen transport og salgs-, service- og omsorgsykker et utstrakt sykefravær, etterfulgt av overganger til arbeidsavklaringspenger. Samtidig er relativt få tilbake i jobb etter to år. Ifølge PROBA (2015) kan dette ha flere årsaker, hvorav fleksibiliteten på arbeidsplassen trekkes fram spesielt. Videre rapporteres det at bruken av ytelser er større for de som arbeider innen yrker med direkte kontakt med kunder og brukere. Dette er yrker der man i mindre grad kan bestemme arbeidstempoet selv, og det å være til stede i redusert stilling kan være vanskeligere.

Mange norske kreftoverlevende når livsmål i samme grad som de uten kreft. Funnene er kanskje overraskende, gitt de mange dokumenterte negative helsemessige konsekvensene og konklusjoner fra mindre, selekterte studier. Likevel må ikke den krevende situasjonen unge voksne og middelaldrende kvinner med kreft står i underkjennes; å fortsette sitt 'gamle liv' med familiedannelse, oppfølging av barn og arbeidsdeltakelse samtidig som man deltar i behandling og oppfølging vil for langt de fleste være svært krevende.

Kreft blant eldre

Som figur A.1 viser, er det langt flere eldre kvinner som får kreft i dag sammenliknet med for 20 år siden, og hele 70 prosent av kvinnene får sin kreftdiagnose etter fylte 60 år. Mens brystkreft er den vanligste kreftformen blant kvinner 50-69 år, er kreft i fordøyelsesorganene mest vanlig i aldersgruppen 65-79 år. Blant norske kvinner 65-79 år har nær sagt alle gjennomført sin utdanning, og langt de fleste er blitt pensjonister. Kun en svært liten andel fortsetter i arbeidslivet. For de som mottar pensjon, vil en eventuell reduksjon i arbeidsinntekt bety mindre enn for yngre kreftoverlevende. Pardannelse og barnefødsler er også unnagjort for de fleste, selv om det har blitt noe mer vanlig med nye pardannelser i eldre år over tid, men da primært som særbo (kun 5 prosent er samboere blant de som er 70-79 år). Blant eldre (70-79 år) er det i underkant av 30 prosent som *ikke* lever i samliv, mens den tilsvarende andelen var på 40 prosent i 1995 (Tømmerås 2021).

Eldre kvinnelige kreftoverlevende har altså andre roller å fylle enn yngre kreftoverlevende. Mange er viktige som partnere, foreldre, besteforeldre og døtre, og flere bidrar i frivillig arbeid og ivaretar sosiale nettverk blant venner og naboer. Kvinner har i snitt partnere som er rundt to år eldre, og flere har også svært gamle foreldre i live. Dermed har mange store omsorgsoppgaver. En kreftsykdom vil for mange interferere med denne typen oppgaver. Dette skyldes dels at eldre

samtidig har andre sykdommer og andre helseproblemer (FHI 2022a). Det er per dags dato lite kunnskap om erfaringene med kreft blant eldre kreftoverlevende, med unntak av kjennetegn knyttet til ulikheter i sykdoms-, behandlings-, og overlevelsesforløp. Folkehelse rapporten (FHI 2022a) oppsummerer at yngre eldre, i.e. de som er rundt 65-79 år gamle, synes å rapportere om bedre helse og funksjon i dag sammenliknet med for 20 år siden. Dette kan bety at også konsekvensene av kreftsykdom og -behandling blir mer håndterlige, ettersom det generelle funksjonsnivået har stor betydning for hvordan man takler kreftsykdom og dens konsekvenser. Men dette er det et behov for mer kunnskap om.

Kreft blant de aller eldste

Blant de som er 80 år eller eldre, er det svært vanlig å oppleve kreft (jf. figur A.1). Det å få kreft i høy alder kan være krevende. Mange har flere samtidige helseproblemer de også behandles for. Forskning har vist at blant personer eldre enn 75 år, har over halvparten fire eller flere andre sykdommer som fordrer oppfølging og kontakt med helsevesenet (FHI 2022a). Veldig få av de aller eldste kreftpasientene eller kreftoverlevende har dermed 'bare' kreft. Blant de sprekeste av de aller eldste, er det mange som har uformelle omsorgsoppgaver, som kreftsykdommen kan sette en stopper for. Blant de som er mindre spreke, kan en kreftsykdom være det som 'får begeret til å renne over', i.e. at man så vidt har klart seg selvstendig hjemme, evt. med hjelp fra kommunale hjemmetjenester, men at kreftsykdommen gjør at dette ikke lenger er mulig. Det er generelt lite kunnskap om hvilken type (og hvilken dose) behandling de aller eldste med kreft bør få, både med hensyn til nytte og bivirkninger, siden de i liten grad inkluderes i kliniske studier. Norsk forskning viser at eldre som får kreft, bør undersøkes nøye med hensyn til hvor godt de vil kunne nyttiggjøre seg av behandlingen (Kirkhus 2020, Kristjansson 2011). Når det gjelder behandling i livets slutfase (palliasjon), viser nyere forskning at eldre bruker mindre slik behandling enn yngre, men at eldre kvinner i snitt mottar mer enn eldre menn (Rostoft et al. 2022).

A.4. Konsekvenser av kreft blant kvinner i et familie- og generasjonsperspektiv

Ovenfor har vi oppsummert og diskutert konsekvenser på individnivå, men også hele *familier* påvirkes av kreft, det være seg i kjernefamilier eller i utvidete familier hvor de som er direkte berørt lever utenfor husholdningen, noe som er reflektert i *regjeringens pårørendestrategi* (Departementene 2020). Dette gjelder både voksne barn som opplever at en forelder får kreft, men også eldre foreldre som opplever at et ungt voksent barn (eller et yngre barnebarn) får kreft. Fordi kreft er en alderssykdom, er det ofte enklere å akseptere kreft blant eldre foreldre og/eller eldre partnere, enn kreft blant barn og/eller unge voksne partnere.

Et interessant funn er at det er kjønnsforskjeller i effekten av kreft hos partnere: En norsk studie viser at gifte menns inntekt ikke påvirkes av konas kreftsykdom, mens gifte kvinner opplever en reduksjon i inntekt tilsvarende egen sykdom når mannen blir syk (Syse et al. 2009). Dette gjelder særlig etter hjerne-, lunge- og tarmkreft. Kvinner som får redusert inntekt når mannen er kreftsyk kommer heller ikke opp på tidligere inntektsnivå etter at mannen dør.

Det er få studier av hvor mange barn som opplever at deres foreldre får kreft, selv om barn med en forelder med kreft har krav på informasjon og oppfølging fra helsevesenets side. I Norge ble antall barn og unge med kreftsyke foreldre undersøkt for ti år siden (Syse et al. 2012). Da ble det anslått at hele 34 000 barn og unge har en forelder som har (hatt) kreft, mens det tilsvarende tallet i aldersgruppen 19-25 år er 31 000. Dette betyr at i et gitt år vil 3 500 barn og 2 300 19-25-åringere oppleve at en forelder får kreft. Dette tilsvarer rundt 1 av 300 familier med barn i denne alderen. Det er mer vanlig å oppleve at mor får kreft (56 prosent) enn at far får kreft (44 prosent). De vanligste kreftformene som rammer barnefamilier er bryst-, testikkel-, hud-, tarm- og livmorhalskreft. Samtidig anslås det at rundt 1 500 barn og unge under 25 år vil miste en forelder av kreft i et gitt år, og det er mer vanlig å miste en far enn en mor (ibid.). Det antas at disse tallene er

høyere i dag, men oppdaterte tall finnes ikke. En nyere studie viser at barn og unge bistår med omsorgsarbeid for foreldre og i husholdningen når foreldre blir kreftsyke (Kallander et al. 2018).

Som nevnt innledningsvis er kreft hos barn relativt uvanlig. Imidlertid er dette noe som i stor grad virker inn på familieliv for dem som rammes, og dette gjelder både foreldre og søsken. Registerstudier viser at kreft hos barn i liten grad påvirker foreldres arbeidsdeltakelse, men dette kan dels skyldes relativt rause trygdeordninger. Noen kreftformer hos barn er imidlertid assosiert med redusert arbeidsinntekt, særlig hos mor. Reduksjonen varierer med kreftform (fra 10-60 prosent reduksjon etter leukemi, hjerne-, og germinalcellekreft), er særlig tydelig for små barn, og barn som er i live, men nedgangen blir mindre jo lengre tid som går fra diagnosen er satt. Kreft hos barn påvirker i liten grad foreldres skilsmisserisiko. En nyere dansk studie viser imidlertid lite tegn til økt somatisk sykkelighet blant mødre som har et barn med kreft (von Heymann et al. 2022). Videre er det slik at barn med kreft har best overlevelse om de har en mor med høy utdanning og er enebarn (Syse et al. 2011, Syse et al. 2010, Syse et al. 2012). Når det gjelder søsken, er det få studier fra Norge, men internasjonal forskning tyder på at også søsken rammes, både psykososialt og med hensyn til deltakelse i skolegang og fritidsaktiviteter (French et al. 2013, Samson et al. 2016).

For de aller eldste kan kreft også påvirke evnen til å yte støtte og omsorg til en partner og/eller barnebarn. Det kan også gjøre det vanskelig å delta i sosiale sammenhenger og i familiesammenhenger, samtidig som også de pårørende vil måtte yte hjelp og omsorg (Aba & Fredriksen 2022, Bjørnelv et al. 2020). Aba og Fredriksen (2022) sette søkelyset på eldre *kvinner* omsorgsoppgaver for sine eldre kreftsyke menn, og rapporterer at mange kvinner blir utmattet både på grunn av langvarige omsorgsoppgaver og mangel på egenomsorg.

A.5. Kreft i et ulikhetsperspektiv

Både kreftforekomst og kreftoverlevelse er sterkt assosiert med sosiodemografiske og -økonomiske forhold (SES), som for eksempel utdanning, inntekt, minoritetsbakgrunn, etc. Generelt sett har innvandrere lavere risiko for kreft enn norskfødte, men noen få kreftformer forekommer oftere i enkelte innvandrergupper, som for eksempel leverkreft blant kvinner fra Asia (Hjerkind et al. 2020). Noen kreftformer opptrer klart hyppigere blant de med lav SES (e.g. lungekreft og andre røykerelaterte kreftformer), mens andre er assosiert med høy SES (e.g. brystkreft, hudkreft) (Larsen et al. 2020). Uavhengig av kreftform og forekomst, er høy SES hos kreftoverlevende og/eller deres nærmeste forbundet med økt overlevelse, som tilskrives både seleksjons- og årsaksmekanismer. Særlig sterke sammenhenger er vist for utdanning (Kravdal 2014, Skyrud et al. 2016), inntekt (Larsen et al. 2020), yrke, samt for de med familie (partnere og barn) (Kravdal & Syse 2011). Dette innebærer at kreftoverlevende, på gruppenivå, er en ressursmessig positivt selektert gruppe (Fiva et al. 2014, Syse & Lyngstad 2017). Likevel er det store forskjeller både mellom og innad i grupper med ulike kreftformer. Som vist over, opplever kreftoverlevende med visse sosiodemografiske kjennetegn spesielt lave inntekter etter kreft, og tiltak rettet spesielt mot disse gruppene kan synes berettiget.

Mens kreft tidligere i stor grad ble behandlet og fulgt opp i spesialisthelsetjenesten, er det i dag slik at mange følges opp av fastleger. For en stor andel skjer overføringen fra spesialist- til primærtjenestene relativt tidlig i forløpet. Dette fordrer en større grad av helsekompetanse blant kreftpasienter og -overlevende enn før (FHI 2022b). Mangelen på en nasjonal modell, uklare ansvarsfordeling mellom fastlege og onkolog, mangel på kontinuitet gjennom hele kreftforløpet, begrenset kunnskap om seneffekter hos fastleger, vanskelige kommunikasjonsforhold mellom onkolog og fastlege, opplevelse av manglende interesse og ressurser for seneffekter fra kolleger og politikere gjør at selv om de fleste pasientene stort sett får den helsehjelpen de trenger, kan systemet bli bedre, og dette er også vist internasjonalt (DiMartino et al. 2017). I dag er systemet basert på at pasienten selv må ta kontakt med lege når det er behov for vurdering av, eller oppfølging knyttet til seneffekter av kreftbehandling utover den rutinemessige polikliniske

oppfølgingen. Som nevnt over, fungerer dette greit for pasienter som kan ta ansvar for egen helse, men en stor gruppe er ikke i stand til det enten fordi de har for liten helsekompetanse selv eller mangler et nettverk rundt seg med slik kompetanse, eller fordi tilstanden er såpass kompleks (Helse- og omsorgsdepartementet 2019).

Ettersom befolkningen generelt blir eldre og overlevelsen etter kreft fortsetter å øke, forventes det at antallet som blir helt eller delvis uføre etter kreftsykdom vil øke. Også for helsetjenestene vil flere kronisk syke kreftpasienter som lever stadig lenger føre til økende belastninger. For eksempel er det et stadig større antall kreftpasienter/kreftoverlevende som er i live med spredning av kreftceller til andre steder i kroppen i dag sammenliknet med tidligere. Disse pasientene utgjør en stor belastning for helsevesenet både med hensyn til behov for personell og økte kostnader. Helsevesenet må rustes for behandling av betydelig flere krefttilfeller, og da også mer kompliserte tilfeller. Hvorvidt det offentlige tilbudet vil øke i takt med medisinske nyvinninger når den generelle ressurstilgangen blir trangere, eller om det vil vokse fram et privat marked som resulterer i større ulikhet blir viktig å følge med på. Vil vi se (enda) større sosial ulikhet når antallet kronisk syke kreftpasienter som lever stadig lenger øker og fører til press på både primær- og spesialisthelsetjenestene?

A.6. Utviklingen framover og konsekvenser for ulike aktører

Endring i utviklingen i risikofaktorer, som for eksempel endring i befolkningens kosthold, fysiske aktivitetsnivå, røykevaner og soling, kan påvirke antallet nye krefttilfeller framover. Slike endringer vil mest trolig medføre relativt små endringer. Det at befolkningen er blitt større og betydelig eldre fra 2000 til i dag, og at aldringen er framskrevet å fortsette (Gleditsch et al. 2020), vil imidlertid føre til en sterk økning i antallet nye krefttilfeller i årene som kommer, og særlig blant de eldste. Dette er rimelig sikkert, siden framtidens eldre allerede er født og bosatt i Norge, og med stor sannsynlighet vil fortsette å være det også framover. Og fordi det blir så mange flere eldre, vil det også bli langt flere kreftdødsfall selv om kreftoverlevelsen i seg selv holder seg stabil eller øker. Samtidig vil også antallet (eldre) kreftoverlevende øke. De nyeste estimatene fra NORDCAN viser at det totale antallet nye krefttilfeller er forventet å øke med 33 prosent blant kvinner (49 prosent blant menn) innen 2040. Den sterkeste økningen blant kvinner er forventet for tykk- og endetarmskreft (44 prosent), mens den minste økningen er forventet for bryst- og lungekreft. Med dagens kreftbilde vil om lag 40 prosent av den norske befolkningen få en kreftdiagnose innen de fyller 80 år, og den største økningen er forventet blant de som er 70 år eller eldre.

Dermed vil svært mange av framtidens eldre kreftpasienter og kreftoverlevende være eldre – med sammensatte sykdomsbilder og/eller multimorbiditet. Dette gjør at det vil bli en markant økning i antallet kreftpasienter og kreftoverlevende med både nye og eldre diagnoser som må ivaretas av helse- og omsorgstjenestene, i helseforetakene så vel som i kommunene. I *Leve med kreft. Nasjonal kreftstrategi (2018–2022)* nevnes endringen i kreftforekomst blant eldre som en stor utfordring (Helse- og omsorgsdepartementet 2018). I strategien heter det at økningen vil stille store krav til kapasitet og kompetanse i tjenestene, med behov for investeringer i utstyr og infrastruktur. Samtidig er det en rivende utvikling når det gjelder kreftmedisiner og annen behandling, og det oppstår stadig flere behandlingsmuligheter. Noen av disse innebærer svært høye kostnader, spesielt for et offentlig helsevesen.

Kreftstrategien er relativt uspesifikk når det gjelder *hva* som må gjøres for å forberede behovene innenfor kreftomsorg for både yngre og eldre, og til hvilken tid nødvendig kapasitet og kompetanse skal og må være på plass. Imidlertid synes det opplagt at er behov for langsiktige og konkrete løsninger. Prioriteringsdiskusjonene i tiden framover kommer til å bli tøffe, og politikere vil bli nødt til å ta krevende valg, både i prioriteringen mellom helse og andre sektorer, mellom kreft og andre sykdommer, men også internt blant kreftpasientene. Tydelige nasjonale retningslinjer når det gjelder prioriteringer av ulike grupper med kreft, for eksempel når det gjelder kreftform og alder,

samt hvor i sykdomsforløpet personer befinner seg med hensyn til sykdomsprogresjon (det vil si om personer er ferdigbehandlet og 'friske', under oppfølging, i aktiv behandling eller i livets slutfase) kan dermed vurderes.

Mye arbeid gjenstår når det gjelder hvordan kreft vil påvirke kvinnehelse direkte og indirekte framover. Norge har sluttet seg til WHO's mål for å redusere ikke-smittsomme sykdommer, blant annet kreft, og de felles risikofaktorene røyking, overvekt, fysisk inaktivitet og usunt kosthold (WHO 2011). Tiltak mot disse risikofaktorene kan redusere kreftrisikoen framover, og for kvinner kanskje særlig utfordringer knyttet til lungekreft som følge av røyking og hudkreft som følge av UV-stråling og solforbrenning. Med flere kreftoverlevende blir det også flere som får senvirkninger av kreftbehandlingen. Antallet som blir helt eller delvis uføre etter kreftsykdom kan tenkes å øke. Også for helsetjenestene vil flere kronisk syke kreftpasienter som stadig lever lenger føre til økende belastninger. Arbeidet med å kartlegge behov, og utvikle handlingsplaner som også inkluderer retningslinjer for prioriteringer, er også noe som relevante aktører i samarbeid med myndighetene kan vurdere å starte med nokså raskt.

Det blir særlig interessant å følge med på utviklingen når det gjelder både diagnostikk, behandling, og oppfølging etter hvert som det økonomiske handlingsrommet forverres og helseressursbehovet øker i årene som kommer. Kapasitetsøkning med hensyn til tilgjengelig helsepersonell som kan ivareta de som skal diagnostiseres, behandles og følges opp vil være viktig.

A.7. Referanser til vedleggsartikkel om kreft

- Aba, R., & Fredriksen, S. D. (2022). Kvinnelige pårørende som omsorgsytere for sine eldre kreftsyke menn. *Geriatrisk sykepleie*, 1, 6-16.
- Armuan, G., Skoog-Svanberg, A., Bladh, M., & Sydsjö, G. (2017). Reproductive Patterns Among Childhood and Adolescent Cancer Survivors in Sweden: A Population-Based Matched-Cohort Study. *Journal of Clinical Oncology*, 35(14), 1577-1583. <https://doi.org/10.1200/jco.2016.71.0582>
- Bjørnelv, G. M. W., Edwin, B., Fretland Å, A., Deb, P., & Aas, E. (2020). Till death do us part: the effect of marital status on health care utilization and costs at end-of-life. A register study on all colorectal cancer decedents in Norway between 2009 and 2013. *BMC Health Services Research*, 20(1), 115. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4794-6>
- Bøhn, S. H., Vandraas, K. F., Kiserud, C. E., Dahl, A. A., Thorsen, L., Ewertz, M., Lie, H. C., Falk, R., & Reinertsen, K. V. (2022). Work status changes and associated factors in a nationwide sample of Norwegian long-term breast cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*. <https://doi.org/10.1007/s11764-022-01202-2>
- Carlsen, K., Dalton, S. O., Frederiksen, K., Diderichsen, F., & Johansen, C. (2007). Are cancer survivors at an increased risk for divorce? A Danish cohort study. *European Journal of Cancer*, 43(14), 2093-2099. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2007.05.024>
- Departementene. (2020). *Vi – de pårørende: Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan 2021–2025*. Oslo: Departementene Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/08948819b8244ec893d90a66deb1aa4a/vi-de-parorende.pdf>
- DiMartino, L. D., Birken, S. A., & Mayer, D. K. (2017). The Relationship Between Cancer Survivors' Socioeconomic Status and Reports of Follow-up Care Discussions with Providers. *Journal of Cancer Education*, 32(4), 749-755. <https://doi.org/10.1007/s13187-016-1024-3>
- FHI. (2022a). Helse hos eldre. I *Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/>
- FHI. (2022b). Sosiale helseforskjeller. I *Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller/>
- Fiva, J. H., Haegeland, T., Ronning, M., & Syse, A. (2014). Access to treatment and educational inequalities in cancer survival. *Journal of Health Economics*, 36, 98-111. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2014.04.001>
- Fjose, M., Eilertsen, G., Kirkevold, M., & Grov, E. K. (2018). 'Non-palliative care' - a qualitative study of older cancer patients' and their family members' experiences with the health care system. *BMC Health Services Research*, 18(1), 745. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3548-1>
- French, A. E., Tsangaris, E., Barrera, M., Guger, S., Brown, R., Urbach, S., Stephens, D., & Nathan, P. C. (2013). School attendance in childhood cancer survivors and their siblings. *Journal of Pediatrics*, 162(1), 160-165. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2012.06.066>
- Fugmann, D., Boeker, M., Holsteg, S., Steiner, N., Prins, J., & Karger, A. (2022). A Systematic Review: The Effect of Cancer on the Divorce Rate [Systematic Review]. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.828656>
- Ghaderi, S., Engeland, A., Gunnes, M. W., Moster, D., Ruud, E., Syse, A., Wesenberg, F., & Bjorge, T. (2016). Educational attainment among long-term survivors of cancer in childhood and adolescence: a Norwegian population-based cohort study. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(1), 87-95. <https://doi.org/10.1007/s11764-015-0453-z>
- Ghaderi, S., Engeland, A., Moster, D., Ruud, E., Syse, A., Wesenberg, F., & Bjorge, T. (2013). Increased uptake of social security benefits among long-term survivors of cancer in childhood, adolescence and young adulthood: a Norwegian population-based cohort study. *British Journal of Cancer*, 108(7), 1525-1533. <https://doi.org/10.1038/bjc.2013.107>

- Gleditsch, R. F., Thomas, M. J., & Syse, A. (2020). *Nasjonale befolkningsframskrivninger 2020: modeller, forutsetninger og resultater*. https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/422992?_ts=172798fae98
- Gunnes, M. W. (2016). *Economic independence in survivors of cancer diagnosed at a young age: A Norwegian nation cohort study*, Universitetet i Bergen. Bergen.
- Gunnes, M. W., Lie, R. T., Bjorge, T., Syse, A., Ruud, E., Wesenberg, F., & Moster, D. (2016). Economic independence in survivors of cancer diagnosed at a young age: A Norwegian national cohort study. *Cancer*, 122(24), 3873-3882. <https://doi.org/10.1002/cncr.30253>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve med kreft. Nasjonal kreftstrategi (2018–2022)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet,
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/strategi-for-a-oke-helsekompetansen-i-befolkningen-2019-2023/id2644707/>
- Hjerkind, K. V., Larsen, I. K., Aaserud, S., Møller, B., & Ursin, G. (2020). Cancer incidence in non-immigrants and immigrants in Norway. *Acta Oncologica*, 59(11), 1275-1283. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2020.1817549>
- Huseby, Beate Margrethe. (2017). *Botid i sykehjem og varighet av tjenester til hjemmeboende*, Rapport 2/17, Helsedirektoratet, Trondheim
- Kallander, E. K., Weimand, B. M., Becker, S., Van Roy, B., Hanssen-Bauer, K., Stavnes, K., Faugli, A., Kufås, E., & Ruud, T. (2018). Children with ill parents: extent and nature of caring activities. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 793-804. <https://doi.org/10.1111/scs.12510>
- Kirchhoff, A. C., Yi, J., Wright, J., Warner, E. L., & Smith, K. R. (2012). Marriage and divorce among young adult cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*, 6(4), 441-450. <https://doi.org/10.1007/s11764-012-0238-6>
- Kirkhus, L. (2020). *Assessment and impact of frailty and comorbidity in older cancer patients* University of Oslo. Oslo. <https://www.med.uio.no/klinmed/english/research/news-and-events/events/disputations/2020/kirkhus-lene.html>
- Kiserud, C. E., Dahl, A. A., & Fosså, S. D. (2019). *Kreftoverlevende – ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*. Gyldendal.
- Kravdal, H. (2014). Widening educational differences in cancer survival in Norway. *European Journal of Public Health*, 24(2), 270-275. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt082>
- Kravdal, H., & Syse, A. (2011). Changes over time in the effect of marital status on cancer survival. *BMC Public Health*, 11, 804. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-804>
- Kreftforeningen. (2022a). *Behandling*. Kreftforeningen. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/behandling/>
- Kreftforeningen. (2022b). *Forebygging*. Kreftforeningen. <https://kreftforeningen.no/forebygging/>
- Kreftforeningen. (2022c). *Om kreft*. Kreftforeningen. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/>
- Kreftforeningen. (2022d). *Senskader etter kreftbehandling blant voksne*. Kreftforeningen. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/senskader-voksne/>
- Kreftregisteret. (2021a). *Cancer in Norway 2020 – Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway*.
- Kreftregisteret. (2021b). *Kreft i Norge – hva sier tallene?*
- Kreftregisteret. (2022). *Statistikkbank og verktøy*. <https://www.kreftregisteret.no/Registrene/data-og-statistikk/>
- Kristjansson, S. R. (2011). *The role of geriatric assessment and frailty measurements in predicting surgical risk and survival in elderly patients with colorectal cancer*, University of Oslo. Oslo. <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/28000/dravhandling-kristjansson.pdf?sequence=3>
- Larsen, I. K., Myklebust, T., Babigumira, R., Vinberg, E., Møller, B., & Ursin, G. (2020). Education, income and risk of cancer: results from a Norwegian registry-based study. *Acta Oncologica*, 59(11), 1300-1307. <https://doi.org/10.1080/0284186x.2020.1817548>

- Lima, Ivar Andreas Åsland. Kjønnforskjeller i sykefraværet øker når par får barn. *Arbeid og velferd*, nr. 1, 2018
- NORDCAN. (2022). *Comparable cancer statistics for Denmark, Finland, Iceland, Norway, Sweden, the Faroe Islands, and Greenland*. <https://nordcan.iarc.fr/en>
- Norges Forskningsråd. (2015). *Research-based evaluation of the Norwegian Breast Cancer Screening Program*. <https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1254012138940.pdf>
- PROBA. (2015). *Kreftrammede arbeidstakere og arbeidsnærvær: muligheter og begrensninger*. <https://proba.no/wp-content/uploads/proba-rapport-2015-9-kreftrammede-arbeidstakere-og-arbeidsnaervaer-muligheter-og-begrensninger-1.pdf>
- Purdue, M. P., Hutchings, S. J., Rushton, L., & Silverman, D. T. (2015). The proportion of cancer attributable to occupational exposures. *Annals of Epidemiology*, 25(3), 188-192. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2014.11.009>
- Rauk, A. M., Green, D. M., Yasui, Y., Mertens, A., & Robison, L. L. (1999). Marriage in the survivors of childhood cancer: a preliminary description from the Childhood Cancer Survivor Study. *Medical and Pediatric Oncology*, 33(1), 60-63. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1096-911x\(199907\)33:1](https://doi.org/10.1002/(sici)1096-911x(199907)33:1)
- Reinertsen, K. V., Loge, J. H., Brekke, M., & Kiserud, C. E. (2017). Kronisk tretthet hos voksne kreftoverlevende. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 137(21) <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.17.0040>
- Rostoft, S, Thomas, M. J., Slaaen, M., Møller, B., & Syse, A. (2022). The effect of age on specialized palliative care use in the last year of life for patients who die of cancer: A nationwide study from Norway. *Journal of Geriatric Oncology*, online first <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2022.08.002>.
- Samson, K., Rourke, M. T., & Alderfer, M. A. (2016). A qualitative analysis of the impact of childhood cancer on the lives of siblings at school, in extracurricular activities, and with friends. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 4(4), 362-372. <https://doi.org/10.1037/cpp0000161>
- Schover, L. R., van der Kaaij, M., van Dorst, E., Creutzberg, C., Huyghe, E., & Kiserud, C. E. (2014). Sexual dysfunction and infertility as late effects of cancer treatment. *EJC Suppl*, 12(1), 41-53. <https://doi.org/10.1016/j.ejcsup.2014.03.004>
- Skyrud, K. D., Bray, F., Eriksen, M. T., Nilssen, Y., & Moller, B. (2016). Regional variations in cancer survival: Impact of tumour stage, socioeconomic status, comorbidity and type of treatment in Norway. *International Journal of Cancer*, 138(9), 2190-2200. <https://doi.org/10.1002/ijc.29967>
- SSB. (2022). *Døde*. Statistisk sentralbyrå <https://www.ssb.no/befolkning/fodte-og-ode/statistikk/dode>
- Syse, A. (2008). Does cancer affect marriage rates? *Journal of Cancer Survivorship*, 2(3), 205-214. <https://doi.org/10.1007/s11764-008-0062-1>
- Syse, A. (2010). *Life after Cancer: A registry-based study of the social and economic consequences of cancer in Norway*. VDM Verlag
- Syse, A., Larsen, I. K., & Tretli, S. (2011). Does cancer in a child affect parents' employment and earnings? A population-based study. *Cancer Epidemiology*, 35(3), 298-305 <https://doi.org/10.1016/j.canep.2010.08.002>
- Syse, A., Loge, J. H., & Lyngstad, T. H. (2010). Does childhood cancer affect parental divorce rates? A population-based study. *Journal of Clinical Oncology*, 28(5), 872-877 <https://doi.org/10.1200/JCO.2009.24.0556>
- Syse, A., & Lyngstad, T. H. (2017). In sickness and in health: The role of marital partners in cancer survival. *SSM Popul Health*, 3, 99-110. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.12.007>
- Syse, A., Lyngstad, T. H., & Kravdal, O. (2012). Is mortality after childhood cancer dependent on social or economic resources of parents? A population-based study. *International Journal of Cancer*, 130(8), 1870-1878. <https://doi.org/10.1002/ijc.26186>

- Syse, A., & Tonnessen, M. (2012). Cancer's unequal impact on incomes in Norway. *Acta Oncologica*, 51(4), 480-489. <https://doi.org/10.3109/0284186X.2011.640710>
- Syse, A., Tretli, S., & Kravdal, O. (2009). The impact of cancer on spouses' labor earnings: a population-based study. *Cancer*, 115(18 Suppl), 4350-4361. <https://doi.org/10.1002/cncr.24582>
- Syse, A., & Aas, G. B. (2009). Marriage after cancer in older adulthood. *Journal of Cancer Survivorship*, 3(1), 66-71. <https://doi.org/10.1007/s11764-008-0078-6>
- Syse, A., Aas, G. B., & Loge, J. H. (2012). Children and young adults with parents with cancer: a population-based study. *Clinical Epidemiology*, 4, 41-52. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S28984>
- Tømmerås, A. (2021). *Andelen samboere fortsetter å øke*. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/andelen-samboere-fortsetter-a-oke>
- van den Berg, M. H., van Dijk, M., Byrne, J., Berger, C., Dirksen, U., Winther, J. F., Fossa, S. D., Grabow, D., Grandage, V. L., Haupt, R., van den Heuvel-Eibrink, M. M., Kaiser, M., Kepak, T., van der Kooi, A. L. F., Kremer, L. C. M., Kruseova, J., Lambalk, C. B., van Leeuwen, F. E., Leiper, A., . . . van Dulmen-den Broeder, E. (2021). Treatment-related fertility impairment in long-term female childhood, adolescent and young adult cancer survivors: investigating dose-effect relationships in a European case-control study (PanCareLIFE). *Human Reproduction*, 36(6), 1561-1573. <https://doi.org/10.1093/humrep/deab035>
- Vandraas, K., Falk, R. S., Bøhn, S. K. H., Kiserud, C., Lie, H. C., Smedsland, S. K., Ewertz, M., Dahl, S., Brekke, M., & Reinertsen, K. V. (2022). Work ability 8 years after breast cancer: exploring the role of social support in a nation-wide survey. *Breast Cancer Research and Treatment*, 193(3), 685-694. <https://doi.org/10.1007/s10549-022-06599-z>
- von Heymann, A., Alef-Defoe, S., Salem, H., Andersen, E. A. W., Dalton, S. O., Schmiegelow, K., Wadt, K. A. W., Winther, J. F., Johansen, C., & Bidstrup, P. E. (2022). Risk of somatic hospitalization in parents after cancer in a child, a nationwide cohort study. *Psycho-Oncology*. <https://doi.org/10.1002/pon.5909>
- Weibull, C. E., Johansson, A. L. V., Eloranta, S., Smedby, K. E., Björkholm, M., Lambert, P. C., Dickman, P. W., & Glimelius, I. (2018). Contemporarily Treated Patients With Hodgkin Lymphoma Have Childbearing Potential in Line With Matched Comparators. *Journal of Clinical Oncology*, 36(26), 2718-2725. <https://doi.org/10.1200/jco.2018.78.3514>
- WHO. (2011). Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. Rio de Janeiro.
- Øvlisen, A. K., Jakobsen, L. H., Eloranta, S., Kragholm, K. H., Hutchings, M., Frederiksen, H., Kamper, P., Dahl-Sørensen, R. B., Stoltenberg, D., Weibull, C. E., Entrop, J. P., Glimelius, I., Smedby, K. E., Torp-Pedersen, C., Severinsen, M. T., & El-Galaly, T. C. (2021). Parenthood Rates and Use of Assisted Reproductive Techniques in Younger Hodgkin Lymphoma Survivors: A Danish Population-Based Study. *Journal of Clinical Oncology*, 39(31), 3463-3472. <https://doi.org/10.1200/jco.21.00357>

Vedlegg B: Antall mottakere av helse- og omsorgstjenester

Tabell B1. Antall mottakere av helse- og omsorgstjenester gjennom året, etter kjønn og aldersgrupper. 2020. Antall

	Antall			I alt	Alders-		fordeling
	Mottakere	Kvinner	Menn		Kvinner	Menn	
2007	306 919	195 343	111 504	100	64	36	
2008	318 432	201 555	116 828	100	63	37	
2009	329 306	206 684	122 479	100	63	37	
2010	327 444	203 949	123 426	100	62	38	
2011	330 468	204 420	125 983	100	62	38	
2012	336 864	206 545	130 211	100	61	39	
2013	340 093	206 933	133 058	100	61	39	
2014	342 216	206 620	135 405	100	60	40	
2015	349 419	209 243	139 917	100	60	40	
2016	355 635	211 370	143 997	100	59	40	
2017	361 471	213 829	147 456	100	59	41	
2018	367 311	215 988	151 323	100	59	41	
2019	365 052	213 570	151 482	100	59	41	
2020	371 262	216 182	155 080	100	58	42	
2020							
0-17 år	17 004	6 274	10 730	100	37	63	5
18-49 år	82 340	42 406	39 934	100	52	48	22
50-66 år	53 601	27 975	25 626	100	52	48	14
67-79 år	76 023	42 495	33 528	100	56	44	20
80-89 år	93 025	61 285	31 740	100	66	34	25
90 år og eldre	49 269	35 747	13 522	100	73	27	13

Figurregister

Figur 2.1	Antall kvinner og menn i tre aldersgrupper, 2000-2022.....	14
Figur 2.2	Utviklingen i antall kvinner i befolkningen etter 5 års aldersgrupper. 2000, 2010, 2022	15
Figur 2.3	Høyeste utdanningsnivå for kvinner, 16 år og eldre, 1999-2020. Prosent.....	15
Figur 2.4	Kvinner og menn innrullert i høyere utdanning, 2000-2021. Prosent.....	16
Figur 2.5	Sysselsatte kvinner og menn, 2008-2020. Prosent.....	17
Figur 2.6	Sysselsatte kvinner (30-61 år), etter høyeste utdanningsnivå, 2008-2020. Prosent.....	17
Figur 2.7	Samlet fruktbarhetstall (SFT) og alder ved første fødsel, 1999-2021	19
Figur 2.8	Antall aleneboende kvinner i tre aldersgrupper, 2005-2021	20
Figur 2.9	Innvandrerkvinner og norskfødte kvinner med to innvandrerforeldre som andel av alle kvinner. Prosent.....	21
Figur 2.10	Antall innvandrerkvinner og norskfødte kvinner med to innvandrerforeldre etter alder, 2011 og 2022	21
Figur 3.1	Andel med fedme i utvalgte år. Menn og kvinner 16 år og eldre. Prosent	30
Figur 3.2	Andel kvinner 16 år og over med fedme (BMI \geq 30) etter utdanningsnivå, 2002-2019. Prosent	31
Figur 3.3	Fedme (BMI \geq 30) i ulike aldersgrupper. 2019. Kvinner. 2019. Prosent	31
Figur 3.4	Andel som bruker mer enn 2,5 timer på sport, trening og andre fysiske aktiviteter en vanlig uke og andel som trener styrke en gang i uken eller oftere. 2019. Prosent	32
Figur 3.5	Andel kvinner 16 år og eldre som røyker daglig i ulike utdanningsgrupper, 2019. Prosent	33
Figur 3.6	Andel kvinner som drikker alkohol i løpet av et år i ulike aldersgrupper, utvalgte år. Prosent	34
Figur 3.7	Andel kvinner med dårlig egenvurdert helse. Aldersgrupper, 2019. Prosent	35
Figur 3.8	Forskjell i antall dødsfall blant kvinner med høy og lav utdanning per 100 000 kvinner 45-74 år	36
Figur 3.9	Dødsfall av kreft blant kvinner etter type og over tid. Antall døde per 100 000 kvinner .	37
Figur 3.10	Helse blant kvinner 16 år og eldre i ulike aldersgrupper. 2019. Prosent.....	38
Figur 3.11	Andel unge kvinner (16-24 år) med symptomer som smerter i kroppen, hodepine, søvnproblemer eller kvalme/fordøyelsesbesvær i utvalgte år. Prosent	39
Figur 3.12	Andel jenter på ulike klassetrinn på ungdomsskole og videregående skole som er mye plaget av depressive symptomer, 2018. Prosent ¹	40
Figur 3.13	Andel kvinner 25-44 år som har hatt smerter i kroppen, hodepine/migrene, søvnproblemer eller fordøyelsesbesvær. Plaget siste 3 måneder. 2019. Prosent	42
Figur 3.14	Andel kvinner 45-66 år med god helse etter familiefase over tid. Prosent	43
Figur 3.15	Andel kvinner 45-66 år med smerter i kroppen, hodepine, svimmelhet eller søvnproblemer. 2019. Prosent	43
Figur 3.16	Andel kvinner 65 år og eldre med nedsatt syn, hørsel eller vansker med bevegelse. 2019. Prosent.....	46
Figur 3.17	Andel kvinner 67 år og over med nedsatt syn, hørsel og bevegelsesevne i utvalgte år. Prosent	47
Figur 4.1	Antall konsultasjoner hos fastlegen per 1 000 innbyggere etter kjønn og årgang. 2012-2021	50
Figur 4.2	Andel kvinner med minst en konsultasjon hos fastlegen i løpet av året, og andel kvinner med minst fem konsultasjoner i løpet av året. 2021. Prosent	51
Figur 4.3	Antall konsultasjoner hos fastlege blant kvinner per 1 000 innbyggere etter aldersgrupper og årgang. 2012, 2019 og 2021	52
Figur 4.4	Antall fastlegekonsultasjoner blant kvinner per 1 000 innbyggere med muskel- og skjelettlidelser. 2012 til 2021	53
Figur 4.5	Andel kvinner med konsultasjon hos fastlegen, etter utvalgte ICPC-2 diagnosekapitler og aldersgrupper. 2021. Prosent	54

Tabell 4.1	Andel kvinner som har vært hos allmennlege siste 12 måneder, og andel kvinner som har hatt 5 eller	56
Figur 4.6	Andel med svekket helse som har vært hos allmennlege/fastlege fem eller flere ganger i løpet av 12 måneder. Alder, kjønn etter utdanningsnivå. 2019. Prosent	57
Figur 4.7	Antall per 1 000 innbyggere som har hatt konsultasjon hos legevakt i løpet av året. 2014-2021	58
Figur 4.8	Andel kvinner med konsultasjon hos legevakt siste 12 måneder, etter antall og alder. 2021. Prosent.....	59
Figur 4.9	Antall legevaktkonsultasjoner blant kvinner per 1 000 innbyggere etter aldersgruppe. 2014, 2019 og 2021	59
Figur 4.10	Andel kvinner med legevaktkonsultasjon etter utvalgte diagnosekapitler og aldersgrupper. 2021. Prosent	60
Figur 4.11	Andel personer ¹ som hadde minst en behandling ved somatiske sykehus, etter kjønn. 2021. Prosent.....	61
Figur 4.12	Antall kvinnelige pasienter per 1 000 innbyggere, fordelt etter behandlingsnivå - døgnbehandling, dagbehandling og poliklinisk behandling. 2012-2021	62
Figur 4.13	Antall kvinnelige pasienter per 1 000 innbyggere med døgnopphold på somatisk sykehus, etter aldersgruppe. 2021	63
Figur 4.14	Gjennomsnittlig antall liggedager per døgnopphold for kvinnelige pasienter på somatiske sykehus i 2015 og 2021	64
Figur 4.15	Antall kvinner per 1 000 innbyggere med døgnopphold etter utvalgte diagnosegrupper, 2012, 2015 og 2021	66
Figur 4.16	Andel ¹ kvinnelige pasienter 80 år og eldre med døgnopphold etter utvalgte diagnosegrupper. 2012, 2015 og 2021. Prosent.....	67
Figur 4.17	Andel kvinner som har vært innlagt på sykehus siste året, med og uten fødsler. 1998-2019. Prosent.....	68
Figur 4.18	Andel kvinner som har vært innlagt på sykehus det siste året, inkludert fødsler. 1998-2019. Prosent.....	68
Figur 4.19	Andel kvinner som har hatt konsultasjon med legespesialist, på sykehuset og utenfor sykehuset 1998-2012. Andel kvinner som konsultert legespesialist på poliklinikk eller privat spesialist 2015 og 2019. Prosent	72
Figur 4.20	Antall legespesialister ¹ per 100 000 innbyggere ansatt i spesialisthelsetjenesten (helseforetak og private institusjoner), etter utvalgte spesialiteter. 2011-2021	73
Figur 4.21	Andel kvinner som har konsultert psykolog og psykiater siste 12 måneder. 1998-2019. Prosent.....	75
Figur 4.22	Andel kvinner som har konsultert psykolog siste 12 måneder. Aldersgrupper. 1998-2019. Prosent.....	75
Figur 4.23	Andel 16 år og eldre med et udekket behov for psykolog eller psykiater. Kjønn og helsetilstand, justert husholdningsinntekt, 2019 ¹ Prosent	76
Figur 4.25.	Andel innvandrere, norskfødte med innvandrerforeldre og øvrig befolkning (begge kjønn) med minst 1 konsultasjon hos fastlegen eller legevakt i 2021. Prosent	80
Figur 4.26.	Antall fastlegekonsultasjoner per person for innvandrere (begge kjønn), etter ulike regioner. 2021	80
Figur 5.1	Utviklingen i egen- og legemeldt sesongjustert sykefravær blant lønnstakere 16-69 år, fra 2001 til 1. kvartal 2022. Prosent.....	82
Figur 5.2	Sesongjustert sykefravær for lønnstakere etter kjønn og type sykefravær i perioden 2002 til og med 1. kvartal 2022. Prosent	83
Figur 5.3	Legemeldt sykefravær for kvinnelige lønnstakere. 1. kvartal 2015 til 1. kvartal 2022, etter aldersgrupper. Prosent.....	84
Figur 5.4	Ujustert legemeldt sykefravær for kvinnelige lønnstakere. 1. kvartal 2002 til 1. kvartal 2022, etter aldersgrupper. Prosent	85

Figur 5.5	Andel tapte dagsverk og andel sykefraværstilfeller blant kvinner, etter utvalgte ICPC-2 kapitler. 1. kvartal 2022. Prosent.....	86
Figur5.6	Andel sykefraværstilfeller blant kvinner etter utvalgte ICPC-diagnosekapitler 1. kvartal 2018 til 1. kvartal 2022. Prosent.....	87
Figur 5.7	Ujustert legemeldt sykefravær for kvinnelige lønnstakere etter yrke (ett siffer), 1. kvartal 2019 og 1. kvartal 2022. Prosent.....	88
Figur 5.8	Antall tapte dagsverk ved legemeldt sykefravær for kvinnelige lønnstakere 1. kvartal 2017-2022, etter utvalgte næringer.....	89
Figur 5.9	Andel mottakere av arbeidsavklaringspenger (AAP) 18-67 år, etter kjønn. 2018-2020. Prosent.....	90
Figur 5.10	Andel kvinnelige mottakere av arbeidsavklaringspenger 18-67 år etter aldersgrupper. 2018-2020. Prosent.....	91
Figur 5.11	Andel uføretrygdede 18- 67 år etter kjønn. 2015 til 2021. Prosent.....	91
Figur 5.12	Andel kvinner på uføretrygd (18-67 år) etter ulike aldersgrupper. 2021. Prosent.....	92
Figur 6.1	Antall brukere av boliger som kommunen disponerer for helse- og omsorgsformål og antall brukere på institusjon (tidsavgrenset og langtidsopphold), 2009 til 2020.....	94
Figur 6.2	Antall unike tjenestemottakere i løpet av året, etter kjønn og årgang. 2007-2020.....	95
Figur 6.3	Andel mottakere av helse- og omsorgstjenester i løpet av året, etter kjønn og aldersgrupper. 2020. Prosent.....	96
Figur 6.4	Antall kvinnelige brukere i løpet av året av utvalgte helse- og omsorgstjenester etter utvalgte årganger.....	97
Figur 6.5	Antall kvinner og menn per 1 000 innbyggere 90 år og eldre som mottar helsetjenester i hjemmet eller som mottar praktisk bistand etter utvalgte årganger.....	97
Figur 6.6	Antall kvinner per 1 000 innbyggere som har langtidsopphold per 31.12. på institusjon i 2007 og i 2020.....	98
Figur 6.8	Antall beboere per 1 000 innbyggere i boliger kommunen disponerer til pleie- og omsorgsformål. Menn og kvinner, 2002 og 2020.....	100
Figur 6.9.	Andel tjenestemottakere per 31.12. etter kjønn og bistandsbehov. 2020. Prosent.....	102
Figur 6.10	Andel kvinnelige mottakere av helse- og omsorgstjenester etter bistandsbehov og aldersgrupper per 31.12. 2020. Prosent.....	102
Figur 6.11	Andel kvinnelige mottakere per 31.12. av helse- og omsorgstjenester etter bistandsbehov og utvalgte årganger. Prosent.....	103
Figur 6.12	Andel kvinner etter bistandsbehov. Del- og samlemål per 31.12. 2020. Prosent.....	104
Figur 6.15	Andel kvinnelige mottakere ¹ av helse- og omsorgstjenester per 31.12 som får privat ubetalt hjelp ukentlig etter aldersgrupper. Årgang 2010 og 2020. Prosent.....	108
Figur 6.16	Andel kvinner som har gitt regelmessig ulønnet hjelp eller tilsyn til pleie- eller tilsynstrengende i og utenfor eget hushold. 2008 – 2019. Prosent.....	109
Figur 6.17.	Andel kvinner som har gitt hjelp med dagligvarekjøp, rengjøring, annen praktisk hjelp, pleie/tilsyn og råd/hjelp med hjemmetjenesten siste 4 uker til foreldre som har behov for hjelp. 2002-2019. Prosent.....	110
Figur 6.18.	Andel kvinner som gir regelmessig ulønnet hjelp eller tilsyn totalt, etter ulike årganger. Prosent.....	111
Figur 6.19.	Andel kvinner som gir regelmessig ulønnet hjelp eller tilsyn totalt etter selvrapportert økonomisk status. 2019. Prosent.....	112
Figur 8.1	Andel kvinner som rapporterer om god eller svært god helse. Utvalgte land, 2012-2020. Prosent.....	119
Figur A.1	Aldersspesifikke rater (per 100 000) for nye krefttilfeller blant kvinner og menn i 2000 og 2020.....	135
Figur A.2	Fordeling av nye krefttilfeller etter alder i tre tidsperioder. Prosent.....	135
Figur A.3	Antall kvinnelige kreftoverlevende i Norge, 2000-2020.....	138

Tabellregister

Tabell 2.1	Antall barn blant kvinner ved alder 45 år (prosent) og totalt barnetall for utvalgte fødselskohorter	19
Tabell 4.1	Andel kvinner som har vært hos allmennlege siste 12 måneder, og andel kvinner som har hatt 5 eller flere konsultasjoner i løpet av denne perioden. 2019. Prosent	56
Tabell 4.2	Antall kvinner per 1 000 som har fått døgntilrettelagt behandling i 2021, etter diagnosekapitler. Aldersgrupper	65
Tabell 4.3	Andel kvinner som har ligget på sykehus over natten, og andel kvinner som har fått dagbehandling siste 12 måneder. 2019. Prosent.....	69
Tabell 4.4	Andel kvinner som har vært hos legespesialist på poliklinikk eller hos privat spesialist, etter alder, innvandrerbakgrunn, familiefase, aktivitet, utdanning, inntekt og helsetilstand. 2019. Prosent	71
Tabell 4.5	Andel kvinner som har vært hos psykolog, og/eller psykiater siste 12 måneder, etter alder, innvandringsstatus, familiefase, aktivitet, utdanning, inntekt og helsetilstand. 2019. Prosent.....	74
Tabell 4.6	Andel kvinner 16 år og eldre som har vært hos fysioterapeut, ernæringsfysiolog og alternativ behandler siste 12 måneder. 2019. Prosent	78
Tabell 6.1	Kvinner som mottar helse- og omsorgstjenester per 31.12 som får privat ubetalt hjelp, etter alder. 2020. Prosent	107
Tabell A.1	Fordeling av nye krefttilfeller blant kvinner i brede aldersgrupper i tre tidsperioder ...	136
Tabell B1.	Antall mottakere av helse- og omsorgstjenester gjennom året, etter kjønn og aldersgrupper. 2020. Antall	152