

Arne Jensen

Sosiale ulikheter i bruk av helsetjenester

En analyse av data fra Statistisk sentralbyrås
levetårsundersøkelse om helse, omsorg og sosial
kontakt

Rapporter I denne serien publiseres statistiske analyser, metode- og modellbeskrivelser fra de enkelte forsknings- og statistikkområder. Også resultater av ulike enkeltundersøkelser publiseres her, oftest med utfyllende kommentarer og analyser.

© Statistisk sentralbyrå, mars 2009	Standardtegn i tabeller	Symbol
Ved bruk av materiale fra denne publikasjonen skal Statistisk sentralbyrå oppgis som kilde.	Tall kan ikke forekomme	.
	Oppgave mangler	..
	Oppgave mangler foreløpig	...
	Tall kan ikke offentliggjøres	:
	Null	-
ISBN 978-82-537-7547-0 Trykt versjon	Mindre enn 0,5 av den brukte enheten	0
ISBN 978-82-537-7548-7 Elektronisk versjon	Mindre enn 0,05 av den brukte enheten	0,0
ISSN 0806-2056	Foreløpig tall	*
Emne: 03.02/00.02	Brudd i den loddrette serien	—
Trykk: Statistisk sentralbyrå	Brudd i den vannrette serien	
	Desimaltegn	,

Forord

Denne rapporten er et resultat av et oppdrag Statistisk sentralbyrå har utført for Helse- og omsorgsdepartementet høsten 2008. Temaet sosial ulikhet i bruk av helsetjenester er i rapporten belyst ved hjelp av opplysninger Statistisk sentralbyrå har samlet inn i forbindelse med levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt.

Figurene og tabellene som er publisert i rapporten er basert på opplysninger fra levekårsundersøkelsen som ble gjennomført i 2005. Grunnlagsmaterialet består imidlertid også av opplysninger fra levekårsundersøkelsene i henholdsvis 1998 og 2002. Der hvor det finnes tidsserier fra ulike tidspunkt, er sammenligninger mellom årganger tatt med i analysen.

For mer informasjon om levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt de respektive årene undersøkelsen er gjennomført, vises det til dokumentasjonsrapportene som er publisert på Statistisk sentralbyrås nettsider. Ellers vises det til statistikkbanken på www.ssb.no hvor grunnlagsdata for de tre årgangene er gjort tilgjengelig

Innhold

Forord	3
1. Sammendrag	5
2. Bakgrunn, metode og tilnærming	6
2.1. Innledning.....	6
2.2. Datakilde	6
2.3. Datakvalitet og statistisk metode	7
2.4. Behovsdefinerte grupper	7
2.5. Indikatorer for sosial status.....	10
2.6. Indikatorer for helsetjenester	12
2.7. Begrepsavklaring og tilnærming	13
3. Resultater	15
3.1. Personer med dårlig helsetilstand	15
3.2. Personer med varig sykdom	29
3.3. Personer med hjerte- og karsykdommer	39
3.4. Personer med sykdommer i muskel-skjelettsystemet.....	48
4. Diskusjon	61
4.1. Generelt om resultatene	61
4.2. Resultater i forhold til andre studier	61
4.3. Sosiale ulikheter i bruk av helsetjenester over tid?.....	62
Referanser	63
Vedlegg	65
Figur- og tabellregister	67

1. Sammendrag

Det er flere måter å tilnærme seg problemstillinger om sosiale ulikheter i helse. I litteraturen er det benyttet ulike tilnærminger, teoretisk, metodisk og empirisk, og det er relativt godt dokumentert at det eksisterer helseforskjeller som er sosialt betinget. Den teoretiske tilnærmingen som er lagt til grunn er den som sier at helseforskjeller, her innholdsbestemt som forskjeller i bruk av helsetjenester, følger en sosial gradient gjennom hele befolkningen (gradienttilnærmingen).

Bruken av ulike typer av helsetjenester antas å variere systematisk etter forskjellige sosiale kjennetegn blant personer med tilnærmet samme behov for tjenestene. Det vil si at andelen som bruker ulike helsetjenester øker med stigende utdanning, inntekt og/eller sosioøkonomisk status i grupper med samme behov for helse-tjenesten. Det er i alt definert fire grupper som hver for seg antas å bestå av personer med tilnærmet samme behov for helsetjenester. Disse fire gruppene er ikke gjensidig utelukkende, men er innholdsbestemt på bakgrunn av utvalgte indikatorer i Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse om helse, omsorg og sosial kontakt. Lavekårsundersøkelsen er dernest brukt som datakilde for å belyse eventuelle systematiske helseforskjeller innenfor gruppene.

Den teoretiske, metodiske og empiriske tilnærmingen er presentert i kapittel 2.

Resultatene viser at det er forskjeller i bruk av helsetjenester som kan sies å være sosialt betinget i alle de forhåndsdefinerte gruppene av personer med tilnærmet samme behov for helsetjenester. Blant personer med dårlig helsetilstand, personer med varig sykdom, personer med hjerte- og karsykdommer og personer med sykdommer i muskel-skjelettsystemet, er det sosialt betingete forskjeller i bruk av primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester.

Tjenestebruken varierer særlig etter utdanning, men også dels etter inntekt og sosioøkonomisk status. Ulikhetene i bruk av tjenester etter sosiale kjennetegn gjør seg gjeldende både blant kvinner og menn i alle aldersgrupper, men særlig i de to eldste aldersgruppene, 45-66 år og 67 år og eldre. I tillegg viser resultatene at forskjellene ofte vedvarer over tid. Det vil si at sosiale ulikheter i bruk av helse-tjenester opprettholdes fra én årgang av levekårsundersøkelsen til en annen på flere av indikatorene for primær- og spesialisthelsetjenester.

Resultatene for alle de fire gruppene er presentert i kapittel 3.

Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester er definert som forskjeller som varierer systematisk etter utdanning, inntekt og sosioøkonomisk status i grupper med samme behov for tjenestene. Gitt forutsetningen om at de identifiserte gruppene består av personer med om lag samme tjenestebehov, gir resultatene relativt klare indikasjoner på at det eksisterer sosiale ulikheter og at det både med hensyn til primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester er slik at andelen som bruker tjenestene øker med stigende sosial status (utdanning, inntekt og sosioøkonomisk status). Resultatene viser også at forskjellene i flere sammenhenger består over tid.

Resultatene stemmer dels med funn i studier av sosiale ulikheter i helse i andre land. Datamaterialet er ikke entydig i forhold til at den sosiale gradienten er brattere blant menn enn blant kvinner, med andre ord at andelen som bruker tjenester øker mer med stigende sosial status blant menn enn blant kvinner. Videre støtter data fra levekårsundersøkelsen det andre har vist om at sosiale forskjeller er størst blant middelaldrende, selv om de fleste sosialt betingete ulikhetene er å finne blant de eldre. Til sist viser undersøkelsen at forskjellene varierer etter valg av indikator for sosial status, det vil si etter utdanning, inntekt og sosioøkonomisk status.

Diskusjonen av resultatene er presentert i kapittel 4.

2. Bakgrunn, metode og tilnærming

2.1. Innledning

Nasjonalt og internasjonalt er sosiale ulikheter i helse relativt godt dokumentert. Ett av de viktigste funnene er at individers og befolkningers helse i betydelig grad er bestemt av sosiale faktorer (sosiale determinanter), for eksempel inntekt, utdanning og yrke, og at de sosiale faktorene bidrar til store forskjeller i sykkelighet og dødelighet i og mellom ulike samfunn. Det er dokumentert at det i alle samfunn er noen som har dårligere helse, dårligere tilgang til helsetjenester og dør i yngre alder enn andre, og at dette i all hovedsak skyldes fattigdom. Det er imidlertid også dokumentert at det i alle samfunn finnes sosiale gradienter i helsetilstand, hvor personer nederst på samfunnsstigen har dårligere helse enn de på midten, mens de på midten av stigen har dårligere helse enn de på toppen. Helseforskjeller er altså ikke bare et problem for den fattigste delen av befolkningen, men en utfordring som går på tvers av samfunnet og gjennom hele befolkningen (Siegrist og Marmot 2006).

Nasjonalt er det bred enighet om at det er mange faktorer som bidrar til å skape og opprettholde sosiale helseforskjeller. Det er også enighet om at sammenhengene er komplekse. Sistnevnte gjelder blant annet i vurderingen av om den norske helsetjenesten er med på å utjevne eller forsterke de sosiale forskjellene i befolkningen. Kunnskap om hvem brukerne av primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester er, kan bidra til å gi noe informasjon om hvilken rolle helsetjenesten spiller.

Gjennom Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse om helse, omsorg og sosial kontakt, innhentes det opplysninger om befolkningens helse og helsetilstand. Befolkningens sykkelighet og bruk av ulike typer av helsetjenester er to av temaområdene som kartlegges gjennom undersøkelsen. I tillegg innhentes det bakgrunnsopplysninger fra administrative og statistiske registre for alle deltakerne i undersøkelsen. Dette gjelder for eksempel opplysninger om inntekt, yrkesaktivitet og utdanningsnivå. Ved hjelp av informasjon fra levekårsundersøkelsen kan det derfor sies noe om hvem som bruker helsetjenester, hvilken helsetilstand brukerne av helsetjenester har, og om det er tendenser til systematiske forskjeller mellom brukerne etter sosiale bakgrunnskjennetegn.

2.2. Datakilde

Samordnet levekårsundersøkelse er samlebetegnelsen for den temaroterende spørreskjema- og intervjuundersøkelsen Statistisk sentralbyrå gjennomfører hvert år. Undersøkelsen har som hovedmål at den over tid skal dekke alle viktige levekårsområder, og er samordnet i den forstand at den er utformet i samarbeid mellom Statistisk sentralbyrå og ledende forsknings- og forvaltningsinstitusjoner innen hvert temaområde (Hougen 2006). Samordnet levekårsundersøkelse med helse, omsorg og sosial kontakt som tema gjennomføres hvert tredje år, senest i 2005. Undersøkelsen er landsrepresentativ for den norske befolkningen i alderen 16 år og eldre, og bidrar med informasjon om nordmenns helse og helsetilstand.

Det kan reises spørsmål om befolkningsundersøkelser er adekvate tilnærminger for å belyse sosiale ulikheter. Til tross for at denne typen makroundersøkelser dekker mange viktige helsetemaer, er det et spørsmål om hvor godt egnet undersøkelsene er til å fange opp de komplekse mekanismene som skaper sosiale forskjeller, og da særlig på gruppe- eller individnivå. Videre kan det diskuteres om selve undersøkelsesdesignet er med på å utviske faktiske forskjeller mellom sosiale grupper, blant annet i bruk av helsetjenester. Designet kan til og med gi et skinn av en motsatt gradient, i den forstand at personer og grupper på den nedre delen av den sosiale rangstigen bruker flere tjenester og tilsynelatende forfordes på bekostning av de på den øvre delen.

Utfordringen med å bruke levekårsundersøkelsen som datakilde er derfor ikke bare å identifisere indikatorer som kan belyse om det eksisterer ulikheter i bruk av helsetjenester i den norske befolkningen. Utfordringen består også i å identifisere indikatorer som belyser om sosiale faktorer som utdanning, yrke og inntekt bidrar til forskjellene.

2.3. Datakvalitet og statistisk metode

Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt er en spørreskjema-/intervjuundersøkelse som gjennomføres på et representativt utvalg av den norske befolkningen. Målsetningen er at opplysningene som samles inn om utvalget kan gi opplysninger om helse, omsorg og sosial kontakt i hele befolkningen.

I likhet med andre tilsvarende undersøkelser er det en viss frafallsproblematikk knyttet til levekårsundersøkelsen. Hvis det er store systematiske skjevheter mellom det utvalget som er trukket til å delta i undersøkelsen (bruttoutvalget) og det utvalget som faktisk deltar i undersøkelsen (nettoutvalget), vil også resultatene for befolkningen (populasjonen) bære preg av skjevheter. I levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt er det ikke registrert store systematiske skjevheter. Det brukes enkle frafallsvekter som gjør at nettoutvalget gjenspeiler de viktigste kjennetegnene ved bruttoutvalget, for eksempel ved å justere utvalgets alderssammensetning. Frafallsproblematikken og representativiteten i levekårsundersøkelsen er for øvrig behandlet nærmere i egne dokumentasjonsrapporter (bl.a. Hougen 2006).

Levekårsundersøkelsen er i utgangspunktet en befolkningsundersøkelse. Det betyr at når utvalget til levekårsundersøkelsen brytes ned til mindre grupper, slik det gjøres i denne sammenhengen, stilles det blant annet enda større krav til å teste om de forholdene som avdekkes i gruppene er statistisk sikre. Levekårsundersøkelsens utvalgsplaner og trekkrutiner er ikke lagt opp for å gjenspeile grupper som er innholdsbestemt etter behov for helsetjenester. Dette innebærer at det kan være noe usikkerhet knyttet til de relative størrelsene (prosentandelene) i de fire behovsbestemte gruppene, men frafallsanalysene indikerer at de enkelte gruppene er relativt representativt sammensatt. I de sammenhengene resultatene er usikre, er det derfor hovedsakelig i den forstand at gruppene i utvalget blir for små til å generalisere til populasjonen i befolkningen. Dette er kommentert i rapporten.

Testingen av data viser at fordelingene etter kjønn, alder og ulike mål for sosial status på de utvalgte indikatorene for helsetjenester, gir gode indikasjoner på sosiale ulikheter i bruk av helsetjenester. Eksistensen av forskjeller mellom ulike grupper er belyst med kjikvadratter for uavhengighet og med logistisk regresjon når modelltilpasningen er adekvat. Hovedvekten er lagt på å teste hvordan indikatorvariablene varierer med de utvalgte målene for sosial status. I tillegg til at den statistiske sikkerheten er kommentert underveis i resultatgjennomgangen i kapittel 3, er testene behandlet i eget metodeappendiks.

Formålet med denne analysen er å belyse om det er tendenser til systematiske forskjeller mellom brukerne av helsetjenester etter sosiale bakgrunnskjenneegn. Formålet er ikke å presentere årsaksforklaringer på eventuelle systematiske forskjeller, eksempelvis på bakgrunn av mer avanserte kausalanalyser. Formålet er heller ikke å analysere forholdet mellom de sosiale bakgrunnskjenneegnene, for eksempel ved å undersøke forklaringskraft eller korrelasjonen mellom dem i forhold til befolkningens bruk av helsetjenester.

2.4. Behovsdefinerte grupper

For å kunne sammenligne tjenestebruk fra én person til en annen eller mellom grupper, er det en forutsetning at sykkeligheten og behovet for tjenestene kan betraktes som tilnærmet likt for enhetene som sammenlignes. Det er også hensiktsmessig å sammenligne de som har størst behov. I litteraturen er begrepet

om behov operasjonalisert på flere måter, og variasjon i innholdsbestemmelse har blant annet utløst en begrepsdiskusjon i ulike fagmiljøer. Helsetilstand (health status) er likevel det begrepet om behov som i størst utstrekning er anvendt i makroundersøkelser (Dixon m.fl. 2003).

Levekårsundersøkelsen kartlegger egenrapportert helsetilstand og sykkelighet på flere måter. I litteraturen er det reist spørsmål om egenrapportert sykkelighet kan beskrive sosiale klasseforskjeller i helse, blant annet med den begrunnelsen at lavere klasser (arbeiderklassen) til forskjell fra middelklassen har en tendens til å overrapportere sykdom og lidelse. Det er imidlertid funnet at sosiale ulikheter i sykkelighet målt ved hjelp av egenvurdert langvarig sykdom og lidelse ofte vil undervurdere faktiske klasseforskjeller (Elstad 1996).

Flere har for øvrig brukt egenrapportert sykkelighet i befolkningsundersøkelser som grunnlag for å belyse sosiale ulikheter i helse, både nasjonalt og internasjonalt. På bakgrunn av en regional befolkningsundersøkelse i Norge (HUNT – Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag) er det blant annet vist at egenrapporterte helseproblemer målt som egenvurdert helsetilstand, langvarige helseproblemer og kroniske lidelser, øker med avtakende utdanningsnivå (Krokstad m.fl. 2002).

I levekårsundersøkelsen kartlegges generell helsetilstand gjennom spørsmålet om *egenvurdert helse*: ”Hvordan vurderer du din egen helse sånn i alminnelighet. Vil du si den er meget god, god, verken god eller dårlig, dårlig eller meget dårlig?”. Generell sykkelighet kartlegges gjennom spørsmålet om *varig sykdom* (minst seks måneder): ”Har du noen sykdom eller lidelse av mer varig natur, noen medfødt sykdom eller virkning av skade?”. I tillegg kartlegges *type varig sykdom* (diagnose) ved hjelp av spørsmålet ”Hva slags sykdom, skade eller lidelse dreier det seg om?”.

På bakgrunn av kartleggingen i levekårsundersøkelsen er det definert 4 grupper av personer (populasjoner) som hver for seg antas å bestå av personer med om lag samme behov for ulike helsetjenester. Alle de fire gruppene blir brukt for å belyse om det er forskjeller i tjenestebruk mellom personer som i utgangspunktet antas å ha tilnærmet samme behov for helsetjenester. Det er likevel nødvendig med noen kommentarer til gruppeinndelingen.

Gruppene er ikke gjensidig utelukkende. I praksis vil det si at personer i utvalget til levekårsundersøkelsen kan oppfylle kriteriene for å bli inkludert i én eller flere av de utvalgte gruppene. Videre er gruppene av ulik størrelse. Eksempelvis varierer størrelsen fra 405 (personer med dårlig helsetilstand) til 2 469 (personer med varig sykdom) i 2005. Dernest er de utvalgte gruppene definert på bakgrunn av mål for helsetilstand og sykkelighet som varierer i ”presisjonsnivå”. Mens de to som er definert først nedenfor er mer generelle grupper av personer med forskjellige sykdommer og lidelser, representerer de to sist definerte gruppene personer som i hvert fall har én diagnoserelatert sykdom. Endelig kan gruppene inkludere personer med sammensatte sykdomsbilder og lidelser. For eksempel kan en person som rapporterer hjerte- og karsykdommer også lide av andre typer av sykdommer, noe som kan bidra til et sterkere behov for helsetjenester.

2.4.1. Personer med dårlig helsetilstand

Personene i levekårsutvalget som rapporterer å ha dårlig eller meget dårlig helse på spørsmål om egenvurdert helse. Denne rapporteringen skjer ved hjelp av følgende spørsmål i levekårsundersøkelsen (Hougen 2006):

- Hvordan vurderer du din egen helse sånn i alminnelighet. Vil du si den er meget god, god, verken god eller dårlig, dårlig eller meget dårlig?

Tabell 2.1. Personer med dårlig helsetilstand, etter kjønn og alder. Antall. 2005

Alder	Kjønn		Sum
	Kvinner	Menn	
16-24 år	9	4	13
25-44 år	50	34	84
45-66 år	91	101	192
67 år og eldre	62	54	116
Sum	212	193	405

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå

2.4.2. Personer med varig sykdom

Personene i levekårsutvalget som rapporterer å ha varig sykdom, det vil si en sykdom som har vart eller forventes å vare i minst seks måneder, på spørsmål om varig sykdom. Denne rapporteringen skjer ved hjelp av følgende spørsmål i levekårsundersøkelsen (Hougen 2006):

- Har du noen sykdom eller lidelse av mer varig natur, noen medfødt sykdom eller virkning av skade?

Tabell 2.2. Personer med varig sykdom, etter kjønn og alder. Antall. 2005

Alder	Kjønn		Sum
	Kvinner	Menn	
16-24 år	113	95	208
25-44 år	393	333	726
45-66 år	517	485	1002
67 år og eldre	294	239	533
Sum	1317	1152	2469

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå

2.4.3. Personer med hjerte- og karsykdommer

Personene i levekårsutvalget som rapporterer å ha hjerte- og karsykdommer i kartleggingen av type varig sykdom. Denne rapporteringen skjer ved hjelp av følgende spørsmål i levekårsundersøkelsen (Hougen 2006):

- Har du noen sykdom eller lidelse av mer varig natur, noen medfødt sykdom eller virkning av skade?
- Hva slags sykdom, skade eller lidelse dreier det seg om?

Tabell 2.3. Personer med hjerte- og karsykdommer, etter kjønn og alder. Antall. 2005

Alder	Kjønn		Sum
	Kvinner	Menn	
16-24 år	7	3	10
25-44 år	63	37	100
45-66 år	254	270	524
67 år og eldre	246	220	466
Sum	570	530	1100

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå

2.4.4 Personer med sykdommer i muskel-skjelettsystemet

De som rapporterer å ha sykdommer i muskel-skjelettsystemet i kartleggingen av type varig sykdom. Denne rapporteringen skjer ved hjelp av følgende spørsmål i levekårsundersøkelsen (Hougen 2006):

- Har du noen sykdom eller lidelse av mer varig natur, noen medfødt sykdom eller virkning av skade?
- Hva slags sykdom, skade eller lidelse dreier det seg om?

Tabell 2.4. Personer med sykdommer i muskel-skjelettsystemet, etter kjønn og alder. Antall. 2005

Alder	Kjønn		Sum
	Kvinner	Menn	
16-24 år	43	28	71
25-44 år	195	159	354
45-66 år	437	319	756
67 år og eldre	266	154	420
Sum	941	660	1601

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå

2.5. Indikatorer for sosial status

2.5.1. Utdanningsnivå

Utdanningskategorisering i form av nivåinndeling kan variere noe fra én undersøkelse til en annen. Noen studier vektlegger en grov inndeling med få kategorier, mens andre opererer med flere kategorier og dermed en finere nivåinndeling. For statistikkformål foreskriver internasjonale retningslinjer (OECD) tre nivåer for å sammenligne befolkningens utdanning over landegrensene. Dette er grunnskolenivå, videregående nivå og universitets- og høghskolenivå. Nasjonale tilpasninger i forhold til utdanningssystemet er nødvendig, men hovedregelen er at høyeste fullførte utdanning avgjør kategoriseringen (Jørgensen 2006).

Indikatoren utdanningsnivå har en fordel i det at den i all hovedsak unngår problemet med helse-relatert sosial mobilitet senere i livet. Til tross for at helseproblemer som utvikler seg i senere livsfaser kan medføre inntektstap og påvirke sysselsettingsmuligheter, og derigjennom skape en sammenheng mellom helseproblemer og sosial posisjon, gjelder ikke dette for utdanning som er fullført før helseproblemer melder seg (Siegrist og Marmot 2006). I den forstand er utdanningsnivå en mer robust indikator enn sosioøkonomisk status og husholdningsinntekt som er omtalt nedenfor.

I levekårsundersøkelsen blir utdanningsopplysninger fra Nasjonal utdanningsdatabase (NUDB) koblet på alle personene i utvalget. Mer presist er det opplysninger om respondentens høyeste fullførte utdanning som innhentes og kategoriseres etter en inndeling i fire nivåer. Tilsvarende utdanningsopplysninger blir også koblet på for andre medlemmer av respondentens husholdning. I en sammenheng hvor sosiale ulikheter i helse skal belyses, antas det at utdanningsnivået i husholdningen er en faktor som har sterkere påvirkningskraft enn respondentens utdanningsnivå. Et mål for husholdningens utdanning gir dessuten et bilde av utdanningsnivå uavhengig av respondentens alder.

Begrepet om utdanningsnivå som brukes her er høyeste fullførte utdanning i husholdningen - *høyeste utdanning i husholdningen* - og nivåinndelingen har fire nivåer. Det høyeste nivået inkluderer for øvrig også forskerutdanning.

Tabell 2.5. Kategorier for høyeste utdanning i husholdningen

Utdanningsnivå:
Grunnskole eller kortere utdanning
Videregående utdanning eventuelt med påbygging (13 år og mer)
Universitet/høgskole lavere grad (14-17 år)
Universitet/høgskole høyere grad (18 år og mer)

Kilde: Utdanningsstatistikken, Statistisk sentralbyrå

2.5.2. Husholdningsinntekt

Forskjellige begreper om inntekt innholdsbestemmes ulikt etter hvilke økonomiske størrelser i inntektsregnskapet som inkluderes. For eksempel er inntekt etter skatt et uttrykk for samlet inntekt. Det vil si summen av yrkesinntekter, kapitalinntekter og overføringer, fratrukket utlignet skatt og negative overføringer. Et annet eksempel er lønnsinntekt som omfatter lønn, sykepenger, fødsels- og adopsjonspenger, honorarer og andre godtgjørelser (inkludert inntekt opptjent til sjøs). I tillegg inngår naturalytelser som for eksempel verdi av fri bil, fri avis, og lignende, og over-skudd på utgiftsgodtgjørelse, annen arbeidsinntekt og skattepliktige sykepenger. Lønnsinntekt inngår i begrepet om inntekt etter skatt, og er ifølge inntektsstatistikken den viktigste inntektskilden for norske husholdninger (NOS D 310 2002).

De ulike inntektsbegrepene kan brukes på ulike nivåer etter hvilke enheter inntekten knyttes til. Det vanligste skillet går mellom personnivå (personinntekt) og husholdningsnivå (husholdningsinntekt). Personinntekt inkluderer alle økonomiske størrelser i inntektsregnskapet som er knyttet til den enkelte person,

mens alle størrelser knyttet til enkeltpersoner som inngår i den enkelte husholdning inkluderes i husholdningsinntekt.

I levekårsundersøkelsen blir inntektsopplysninger fra ulike registre koblet på utvalgspersonene. I tillegg kobles det på inntektsopplysninger om personene som inngår i respondentenes husholdning. På samme måte som i diskusjonen om utdanningsindikatoren, antas husholdningens inntekt å gi det beste målet for respondentens faktiske situasjon når det gjelder inntekt. Til tross for at det er enkeltpersoners bruk av helsetjenester som senere blir analysert, antas det at husholdningens inntekt er en bedre indikator for sosial status enn enkeltpersonens inntekt.

Inntektsbegrepet som brukes i denne sammenhengen er inntekt etter skatt på husholdningsnivå - *husholdningsinntekt* - slik det er definert over, og er inndelt i 7 kategorier/inntektsgrupper.

Tabell 2.7. Kategorier for husholdningsinntekt

Inntektsgruppe:
Under 200 000
200-300 000
300-400 000
400-500 000
500-750 000
750-1 000 000
Over 1 000 000

Kilde: Inntektsstatistikken, Statistisk sentralbyrå

2.5.3. Sosioøkonomisk status

Det eksisterer flere muligheter når det gjelder å belyse hvordan faktorer som sysselsettingsstatus, yrkestilhørighet og type næring påvirker enkeltpersoners helse. Mens sysselsettingsstatus viser til om personen er yrkesaktiv eller ikke-yrkesaktiv, inneholder yrkestilhørighet og type næring mer detaljert informasjon om henholdsvis arbeidsforholdets yrkes- og næringsgruppering. Selv om de to sistnevnte faktorene gir sysselsettingsinformasjon som dekker de mest relevante aspektene ved sosioøkonomiske ulikheter, er det en ulempe at de bare gir informasjon om den sysselsatte delen av befolkningen (Siegrist og Marmot 2006).

Ved publisering av resultater fra levekårsundersøkelsen brukes målet sosioøkonomisk status. Respondentens sosioøkonomiske status er en gruppering basert på yrke, utdanning og arbeidslivstilknytning, og er derfor en indikator som inneholder informasjon om yrkestilhørighet og utdanningsnivå så vel som sysselsettingsstatus. Ved å bruke sosioøkonomisk status som indikator er det imidlertid ikke mulig å isolere hvilken effekt yrkestilhørighet har som sosial helsedeterminant. Det kan også innvendes at grupperingen (nivåinndelingen) av indikatoren er for generell og at det er problematisk å rangere gruppene (nivåene) innbyrdes.

For dette formålet, å belyse sosiale ulikheter i bruk av helsetjenester, brukes *sosioøkonomisk status* som indikator for sosial status nettopp fordi den inneholder en kombinasjon av opplysninger om personers yrke, utdanning og arbeidslivstilknytning. Det bør understrekes at indikatoren for sosioøkonomisk status som brukes i presentasjon av resultater fra levekårsundersøkelsen andre steder, også inneholder en egen gruppe for ikke yrkesaktive. Denne gruppen er utelatt her siden det er eventuelle forskjeller mellom ulike grupper av yrkesaktive som ønskes belyst. I noen sammenhenger er det likevel relevant å trekke inn gruppen ikke yrkesaktive, men da for å sammenligne eventuelle forskjeller mellom denne gruppen og yrkesaktive samlet.

Tabell 2.6. Kategorier for sosioøkonomisk status

Sosioøkonomisk status:
Kort deltidsarbeidende
Andre ansatte
Håndverkere og prosessarbeidere
Selvstendige med mindre firma
Funksjonærer på mellomnivå
Andre i yrker med kort høyere utdanning
Ledere, høyere funksjonærer, selvstendige med større firma

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt, Statistisk sentralbyrå

2.6. Indikatorer for helsetjenester

Ulike helseproblemer behandles på forskjellige nivåer av medisinsk behandlingskompetanse og -ekspertise i helsetjenesten. I de fleste sammenhenger brukes en to-nivå inndeling av helsetjenesten, hvor det laveste nivået er primærhelsetjenesten og det høyeste er spesialisthelsetjenesten. Primærhelsetjenesten brukes ofte synonymt med kommunehelsetjenesten, og omfatter blant annet fastlegeordningen, offentlig tannhelsetjeneste (fylkeskommunen) og offentlig fysioterapitjeneste. Spesialisthelsetjenesten omfatter blant annet sykehus og institusjoner innen somatikk, psykisk helsevern og privatpraktiserende spesialister med driftsavtale. Innenfor spesialisthelsetjenesten utføres det imidlertid oppgaver og funksjoner som varierer med hensyn til hvor spesialiserte de er. To-nivå inndelingen av det medisinske behandlingshierarkiet i norsk helsevesen kan derfor nyanseres (Finnvold 2002).

Levekårsundersøkelsen kartlegger både primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester. Innenfor primærhelsetjenesten inkluderer kartleggingen hovedsakelig *bruk av allmennlege og tilgjengelighet til og oppfatning av egen fastlege* spesielt. Kartleggingen omfatter både tjenestebruk siste 14 dager og siste 12 måneder. Innenfor spesialisthelsetjenesten er det *bruk av spesialister på og utenfor sykehus og bruk av forskjellige tjenesteytere innenfor spesialisthelsetjenesten*, for eksempel psykolog og psykiater, som blir kartlagt. Kartleggingen omfatter tjenestebruk siste 12 måneder.

I forbindelse med indikatorer for helsetjenester er det en utfordring å identifisere indikatorer som gir informasjon om forskjeller i tjenestebruk blant personer med tilnærmet likt behov. Det er tilfeller av behandlingstilbud der to-nivå inndelingen i henholdsvis primær- og spesialisthelsetjenester kan bli for grov og dermed ikke fanger opp ulike spesialiseringsgrader i tjenestene. Innen spesialisthelsetjenesten finnes det både tjenestetilbud som er relativt lett tilgjengelig for alle pasienter (lavterskeltilbud) og tjenestetilbud som er vanskelig tilgjengelig og forbeholdt pasienter som oppfyller spesifikke kriterier (høyterskeltilbud). I denne sammenhengen er det levekårsundersøkelsens kartlegging av bruk av helsetjenester som ligger til grunn, og den fanger i liten grad opp forskjeller i spesialiseringsgrad mellom ulike tjenester.

Tabell 2.8. Indikatorer for bruk av primærhelsetjenester

Indikator:	1998	2002	2005
Konsultert allmennlege siste 14 dager	x	x	x
Konsultert allmennlege siste 12 måneder	x	x	x
Kontakt med allmennlege på grunn av øyeblikkelig hjelp siste 14 dager		x	x
Kontakt med allmennlege på grunn av øyeblikkelig hjelp siste 12 måneder		x	x
Henvist til spesialist i eller utenfor sykehus av fastlege siste 12 måneder			x
Legen tar meg og mine problemer på alvor			x
Jeg har full tillit til den behandlingen legen gir			x
Jeg blir forklart ting på en forståelig måte av legen			x

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 1998, 2002 og 2005, Statistisk sentralbyrå

Tabell 2.9. Indikatorer for bruk av spesialisthelsetjenester

Indikator	1998	2002	2005
Konsultert legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder	x	x	x
Konsultert legespesialist på sykehus siste 12 måneder	x	x	x
Konsultert psykolog siste 12 måneder	x	x	x
Innlagt på sykehus siste 12 måneder	x	x	x
Konsultert fysioterapeut siste 12 måneder		x	x
Konsultert kiropraktor siste 12 måneder		x	x
Konsultert alternativ behandler siste 12 måneder		x	x

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 1998, 2002 og 2005, Statistisk sentralbyrå

2.7. Begrepsavklaring og tilnærming

2.7.1. Sosial ulikhet i helse

Sosiale ulikheter i helse kan innholdsbestemmes forskjellig i ulike sammenhenger. Det er flere kjennetegn ved individer, grupper eller samfunn som bidrar til å skape og opprettholde ulikheter i helse. Valg av forklaringsfaktorer varierer noe mellom undersøkelser, men utdanning, yrke og inntekt er likevel de kjennetegnene som hyppigst har blitt tatt i bruk for å belyse sosialt betingete helseforskjeller i en befolkning. Utgangspunktet er da en forståelse av sosiale helseforskjeller som helseforskjeller som varierer systematisk med utdanningsnivå, yrkesgruppe eller inntektsnivå.

Størrelsen på sosiale ulikheter i helse kan også måles på flere måter. De ulike måtene kategoriseres gjerne etter om de måler relative eller absolutte forskjeller, om de måler en effekt av lavere sosioøkonomisk status eller den totale påvirkningen av sosioøkonomiske forskjeller i helse på populasjonens helsetilstand, og om de måler ved hjelp av enkle eller mer sofistikerte måleteknikker (Mackenbach og Kunst 1997).

Det er dødelighet og sykelighet som oftest anvendes som dimensjoner for å analysere en befolknings helse og helseforskjeller. I denne sammenhengen blir sykelighet brukt som et mål på behov for helsetjenester og som et middel for å belyse sosiale ulikheter i bruk av forskjellige helsetjenester. Mer presist er formålet å belyse forskjeller i bruk av helsetjenester som varierer systematisk med utdanning, inntekt eller sosioøkonomisk status i nærmere definerte grupper av personer som antas å ha tilnærmet likt behov for tjenestene.

2.7.2. Gradienttilnærmingen

Begrepet om at helseforskjeller følger en sosial gradient tar utgangspunkt i at helseforskjeller ikke bare er et problem som utelukkende gjelder for de svakeste i samfunnet, men at det er en sosial helsegradient som går på tvers av hele samfunnet. For hvert trinn et samfunnsmedlem beveger seg opp på samfunnsstigen, desto bedre blir medlemmets helse. Foruten utfordringen forbundet med bruk av levekårsundersøkelsen som datakilde, og utfordringen ved valg av indikatorer for sykelighet (behov) og helsetjenester for å belyse en sosial gradient i bruk av helsetjenester i den norske befolkningen, er det verdt å understreke noen av hovedfunnene fra studier som har brukt en gradienttilnærming (Siegrist og Marmot 2006).

For det første varierer den sosiale helsegradienten etter livsløpet. Det er vist at gradienten er på sitt bratteste i tidlig barndom og for personer midt i livet, mens det er mindre ulikheter å spore blant tenåringer og blant de eldste. I levekårsundersøkelsen er det et representativt utvalg av befolkningen i alderen 16 år og eldre som kartlegges. Gruppene som er undersøkt her er delt inn i fire aldersgrupper, henholdsvis 16-24 år, 25-44 år, 45-66 år og 67 år og eldre. Det er dermed naturlig å forvente at eventuelle sosiale ulikheter vil komme sterkest til syne i de to midterste aldersgruppene.

For det andre varierer helsegradienten etter kjønn. Studier har vist at gradienten er brattere blant menn enn blant kvinner. Det er med andre ord større ulikheter

mellom menn på ulike trinn på samfunnsstigen enn mellom kvinner. Kjønn-dimensjonen er belyst i analysen av de fire utvalgte gruppene. Det forventes at forskjeller i bruk av helsetjenester som kan relateres til sosiale faktorer, er større blant menn enn blant kvinner.

For det tredje varierer helseforskjeller etter hvilket mål for helse som anvendes. Med noen unntak går den sosiale helsegradienten på tvers av spesifikke medisinske lidelser. Ulikhetene i sykkelighet og dødelighet blant personer med vanlige kroniske sykdommer og lidelser, som for eksempel hjerte- og karsykdommer og lungekreft, er utvetydige, mens de for andre sykdommer, for eksempel andre krefttyper, er mer uklare. For noen sykdommer, for eksempel brystkreft og astma, følger ulikhetene en motsatt sosial gradient: jo høyere sosial status, desto mer utbredt er sykdommen. De fire gruppene som er identifisert her er definert med utgangspunkt i fire ulike kriterier, hvorav to av gruppene er innholdsbestemt etter mer diagnoserelaterte kriterier.

For det fjerde varierer helseforskjeller etter hvilket mål for sosial status som brukes. De mest brukte målene er sysselsetting eller yrkesgruppe, utdanning og inntekt. Til tross for at målene står i et gjensidig forhold til hverandre, peker de på ulike fenomener. I denne sammenhengen er husholdningens høyeste utdanning, sosioøkonomisk status (et mål sammensatt av blant annet sysselsetting og yrke), og husholdningsinntekt brukt som tre ulike mål på sosial status.

3. Resultater

I framstillingen av resultater er det opplysninger om bruk av helsetjenester fra levekårsundersøkelsen i 2005 som er tillagt mest vekt, mens opplysninger fra 1998- og 2002-årgangen kommenteres der disse er relevante og bidrar til å belyse temaet sosiale ulikheter i bruk av helsetjenester. Formålet er både å belyse forholdene som ble kartlagt i 2005 og hva eventuelle tidsserier viser om tendenser og utvikling over tid.

Resultatbeskrivelsen følger gruppeinndelingen, hvor de respektive gruppene antas å bestå av personer med om lag samme behov for helsetjenester. De fire gruppene er henholdsvis personer med dårlig helsetilstand, personer med varig sykdom, personer med hjerte- og karsykdommer og personer med sykdommer i muskel-skjelettsystemet. For hver av gruppene blir resultatene presentert etter type tjeneste (primær- eller spesialisthelsetjeneste), og da med henblikk på de tre utvalgte indikatorene for sosial status - utdanning, sosioøkonomisk status og inntekt.

Det bør understrekes at de fire gruppene ikke er gjensidig utelukkende. Gruppene er samlinger av personer som antas å ha et tilnærmet likt behov for helsetjenester, hvor behovet er bestemt av den indikatoren for sykkelighet som er brukt. En og samme person kan med andre ord ha flere sykdommer og på bakgrunn av dette bli inkludert i én eller flere av de behovsbestemte gruppene.

3.1. Personer med dårlig helsetilstand

Gruppen personer med dårlig helsetilstand består av alle personer som gjennom levekårsundersøkelsen har rapportert at de vurderer egen helse som dårlig eller meget dårlig i henholdsvis 1998, 2002 og 2005. I hver av årgangene utgjør gruppen om lag 6 prosent av utvalget, noe som er en relativt lav andel av de som har besvart undersøkelsen. I absolutte tall besto for øvrig gruppen av i alt 405 personer i 2005, hvorav 212 var kvinner og 193 var menn. Både størrelsen på gruppen og kjønnsfordelingen har holdt seg stabil de tre årene undersøkelsen er gjennomført.

Til tross for at det kan være stor variasjon i hvilke helseproblemer personene med dårlig eller meget dårlig helse har, og at gruppen derfor ikke er homogen etter medisinske kriterier som sykdomsbetegnelser og diagnoser, er det nærliggende å anta at dette er en gruppe personer som alle har et stort behov for helsetjenester.

Nedenfor blir først noen av resultatene for personer med dårlig helsetilstand oppsummert (kapittel 3.1.1), for dernest å bli presentert i en mer detaljert form (kapittel 3.1.2 og 3.1.3). Til sist blir noen hovedtendenser for gruppen presentert (kapittel 3.1.4).

3.1.1. Oppsummering av resultater

Bruk av primærhelsetjenester

- Andelen menn i alderen 67 år og eldre som har konsultert allmennlege siste 14 dager, øker med stigende utdanning både i 2002 og 2005.
- Andelen menn i alderen 67 år og eldre som har konsultert allmennlege siste 14 dager, øker med stigende inntekt både i 2002 og 2005.
- Andelen menn i aldersgruppene 25-44 år og 45-66 år som har konsultert allmennlege for øyeblikkelig hjelp siste 14 dager, øker med stigende inntekt i 2005.
- Andelen kvinner i alderen 67 år og eldre og andelen menn i aldersgruppene 25-44 år, 45-66 år og 67 år og eldre som har konsultert allmennlege for øyeblikkelig hjelp siste 12 måneder, øker med stigende utdanning i 2002 og 2005.
- Andelen menn i alderen 67 år og eldre som er henvist til spesialist i eller utenfor sykehus siste 12 måneder, øker med stigende utdanning i 2005.

- Andelen kvinner i alderen 67 år og eldre som mener at deres fastlege tar dem og deres problemer på alvor, øker med stigende utdanning i 2005.
- Andelen kvinner i alderen 67 år og eldre som har full tillit til den behandlingen deres fastlege gir, øker med stigende utdanning i 2005.
- Andelen kvinner i alderen 45-66 år og andelen menn i alderen 67 år og eldre som har full tillit til fastlegens behandling, øker med stigende inntekt i 2005.
- Andelen menn i aldersgruppene 25-44 år og 67 år og eldre som mener fastlegen forklarer ting på en forståelig måte, øker med stigende utdanning.
- Andelen kvinner i alderen 67 år og eldre som mener fastlegen forklarer ting på en forståelig måte, øker med stigende inntekt i 2005.

Bruk av spesialisthelsetjenester

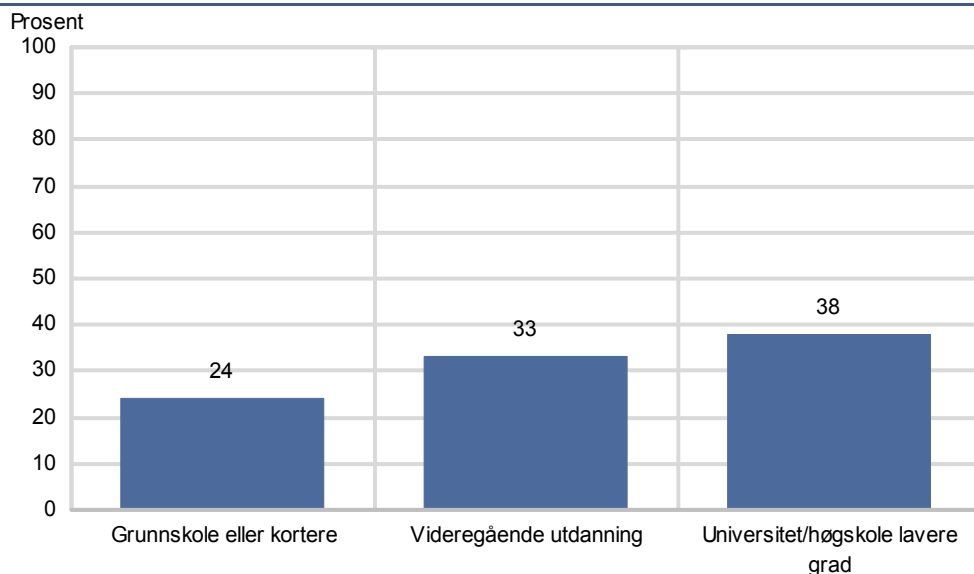
- Andelen kvinner i aldersgruppene 25-44 år og 67 år og eldre som har konsultert legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder, øker med stigende utdanning i 2002 og 2005, mens andelen menn i aldersgruppene 25-44 år og 67 år og eldre som har konsultert legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder, øker med stigende utdanning i 1998, 2002 og 2005.
- Andelen kvinner i aldersgruppene 25-44 år og 67 år og eldre som har konsultert legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder, øker med stigende inntekt i 2005.
- Andelen menn i alderen 25-44 år som har konsultert legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder, øker med stigende sosioøkonomisk status i 2005.
- Andelen kvinner i alderen 67 år og eldre og andelen menn i aldersgruppene 45-66 år og 67 år og eldre som har konsultert legespesialist på sykehus siste 12 måneder, øker med stigende utdanning i 2002 og 2005.
- Andelen kvinner i alderen 67 år og eldre som har konsultert legespesialist på sykehus siste 12 måneder, øker med stigende inntekt i 2005.
- Andelen kvinner og menn i alderen 45-66 år som har konsultert psykolog siste 12 måneder, øker med stigende utdanning i 2005. For kvinner i denne aldersgruppen økte andelen med stigende utdanning også i 2002.
- Andelen kvinner og menn i alderen 25-44 år som har konsultert psykolog siste 12 måneder, øker med stigende sosioøkonomisk status i 2005.
- Andelen kvinner i alderen 45-66 år og andelen menn i alderen 25-44 år som har vært innlagt på sykehus siste 12 måneder, øker med stigende utdanning i 2005.
- Andelen kvinner i alderen 45-66 år og andelen menn i aldersgruppene 25-44 år og 67 år og eldre som har konsultert fysioterapeut siste 12 måneder, øker med stigende utdanning i 2005.

3.1.2. Bruk av primærhelsetjenester

Konsultasjoner med allmennlege siste 14 dager

Rapporteringen av konsultasjoner med allmennlege siste 14 dager etter kjønn, alder og utdanning blant personer med dårlig helsetilstand, viser at det er forskjeller i bruken av tjenesten blant menn i alderen 67 år og eldre i 2005. Figur 3.1 viser hvordan andelen menn i alderen 67 år og eldre som har konsultert allmennlege siste 14 dager fordeler seg etter utdanning i 2005. Det var for øvrig ingen rapportering på det høyeste utdanningsnivået for menn i denne aldersgruppen.

Figur 3.1. Menn i alderen 67 år og eldre i gruppen personer med dårlig helsetilstand som har konsultert allmennlege siste 14 dager, etter utdanning. 2005. N = 26. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå

Figur 3.1 viser at andelen som har konsultert allmennlege siste 14 dager blant menn i aldersgruppen 67 år og eldre, øker med stigende utdanning. Figuren viser videre at den sterkeste økningen skjer mellom det laveste og det nest laveste utdanningsnivået.

Blant menn i den eldste aldersgruppen med grunnskole eller kortere utdanning som høyeste utdanningsnivå i husholdningen, var det 24 prosent som hadde konsultert allmennlege siste 14 dager. For menn i samme aldersgruppe med henholdsvis videregående og universitets-/høgskoleutdanning lavere grad som høyeste utdanning, var de tilsvarende andelene 33 prosent og 38 prosent. Grunnlagsdata viser for øvrig at denne tendensen også gjorde seg gjeldende i 2002.

Grunnlagsdata viser også at det er en tilsvarende tendens blant kvinner i aldersgruppen 45-66 år i 1998 og 2002. I 2005 er ikke denne tendensen like klar. Andelene i aldersgruppen 45-66 år som hadde konsultert allmennlege siste 14 dager i 2005, var likevel høyere blant kvinner med henholdsvis universitets-/høgskoleutdanning lavere grad (76 prosent) og universitets-/høgskoleutdanning høyere grad (72 prosent) enn blant kvinner med videregående utdanning som høyeste utdanningsnivå i husholdningen (34 prosent). Forskjellene etter utdanning blant kvinner i alderen 45-66 år er for øvrig relativt statistisk sikre jf. kjikvadrat-testen ($p < 0,05$).

Når det gjelder rapporteringen av konsultasjoner med allmennlege siste 14 dager etter kjønn, alder og inntekt i 2005, er det en tendens til ulikheter i bruk av tjenesten blant menn i aldersgruppen 67 år og eldre. Mens det blant menn i alderen 67 år og eldre som hadde en husholdningsinntekt på under 200 000 kroner var 16 prosent som hadde konsultert allmennlege siste 14 dager, var tilsvarende andel 28 prosent blant de med inntekt på 200 000-300 000 kroner, og 32 prosent blant de med inntekt på 300 000-400 000 kroner. Denne tendensen til sosialt betingete forskjeller i tjenestebruk etter inntekt blant menn i den eldste aldersgruppen, er relativt statistisk sikker jf. kjikvadrat-testen ($p < 0,05$).

Konsultasjoner med allmennlege for øyeblikkelig hjelp siste 14 dager

Med hensyn til konsultasjoner med allmennlege for øyeblikkelig hjelp siste 14 dager etter kjønn, alder og inntekt, viser rapporteringen en tendens til at andelen som har brukt tjenesten øker med stigende inntekt blant menn i aldersgruppene 25-44 år og 45-66 år. For den sistnevnte aldersgruppen var det for eksempel 18 prosent blant de med husholdningsinntekt på 400 000-500 000 kroner som hadde konsultert allmennlege siste 14 dager, mens tilsvarende andel var 51 prosent blant

de med inntekt på 750 000-1 mill. kroner. For de øvrige inntektsgruppene var det ingen rapporteringer.

Kjikkvadrattesten viser at det er en ganske høy grad av statistisk sikkerhet knyttet til disse forskjellene ($p < 0,01$).

Konsultasjoner med allmennlege siste 12 måneder

Resultatene fra levekårsundersøkelsen gir ikke grunnlag for å konkludere med at det er systematiske forskjeller når det gjelder ordinære konsultasjoner med allmennlege siste 12 måneder etter utdanning, inntekt eller sosioøkonomisk status i 2005. Likevel er det verdt å merke seg to tendenser som framgår av datamaterialet.

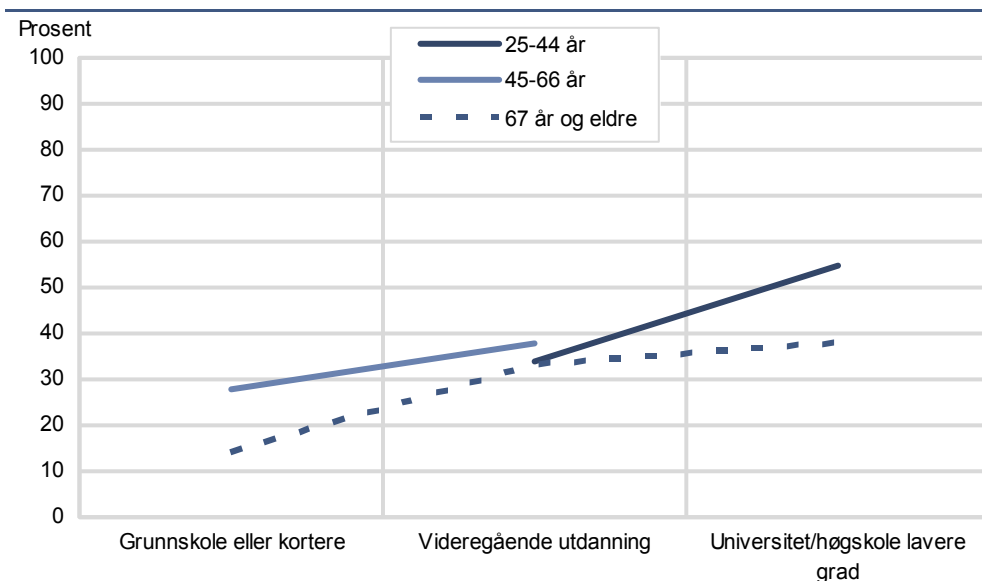
Den ene tendensen er at andelen som har konsultert allmennlege siste 12 måneder blant kvinner i alderen 67 år og eldre, er størst blant de i de høyeste inntektsgruppene. Mens det var 81 prosent blant kvinner i inntektsgruppen under 200 000 kroner og 90 prosent blant kvinner i inntektsgruppen 200 000-300 000 kroner som hadde konsultert allmennlege, var tilsvarende andel 100 prosent blant kvinner i inntektsgruppene 300 000-400 000 kroner og høyere. Den logistiske regresjonsanalysen viser for øvrig at sammenhengen mellom inntekt og bruk av tjenesten blant kvinner i den eldste aldersgruppen er relativt sikker ($p < 0,05$).

Den andre tendensen er at andelen som har konsultert allmennlege siste 12 måneder er størst i de fire høyeste inntektsgruppene blant menn i alderen 45-66 år. Mens det var 100 prosent blant menn med husholdningsinntekter på 400 000 kroner eller mer som hadde konsultert allmennlege, var andelen om lag 10 prosentpoeng lavere blant menn i inntektsgruppene under 400 000 kroner. Grunnlagsdata fra 2002 viser for øvrig tilsvarende tendens for denne aldersgruppen.

Konsultasjoner med allmennlege for øyeblikkelig hjelp siste 12 måneder

Når det gjelder rapporteringen av konsultasjoner med allmennlege for øyeblikkelig hjelp siste 12 måneder etter kjønn, alder og utdanning, er det en klar tendens til ulikheter i bruk av tjenesten i flere aldersgrupper. Figur 3.2 viser hvordan andelen menn som har konsultert allmennlege for øyeblikkelig hjelp siste 12 måneder fordeler seg etter alder og utdanning i 2005. Den laveste aldersgruppen er utelatt på grunn av få rapporteringer for menn i alderen 16-24 år, mens det høyeste utdanningsnivået ikke er inkludert i figuren som følge av få rapporteringer på dette nivået.

Figur 3.2. Menn i gruppen personer med dårlig helsetilstand som har konsultert allmennlege for øyeblikkelig hjelp siste 12 måneder, etter alder og utdanning. 2005. N = 147. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå

Figur 3.2 viser at andelen som har konsultert allmennlege for øyeblikkelig hjelp siste 12 måneder blant menn i aldersgruppene 25-44 år, 45-66 år og 67 år og eldre, øker med stigende utdanning. Figuren viser også at de største forskjellene er å finne i aldersgruppene 25-44 år og 67 år og eldre.

Mens det blant menn i alderen 25-44 år som hadde videregående utdanning som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var 34 prosent som hadde konsultert allmennlege for øyeblikkelig hjelp siste 12 måneder, var tilsvarende andel 55 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad. Blant menn i alderen 45-66 år som hadde grunnskole eller kortere utdanning som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var det 28 prosent som hadde konsultert allmennlege for øyeblikkelig hjelp siste 12 måneder. Tilsvarende andel var 38 prosent blant de med videregående utdanning. Mens det blant menn i alderen 67 år og eldre som hadde grunnskole eller kortere utdanning som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var 14 prosent som hadde konsultert allmennlege for øyeblikkelig hjelp siste 12 måneder, var tilsvarende andel 33 prosent blant de med videregående utdanning og 38 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad som høyeste utdanning.

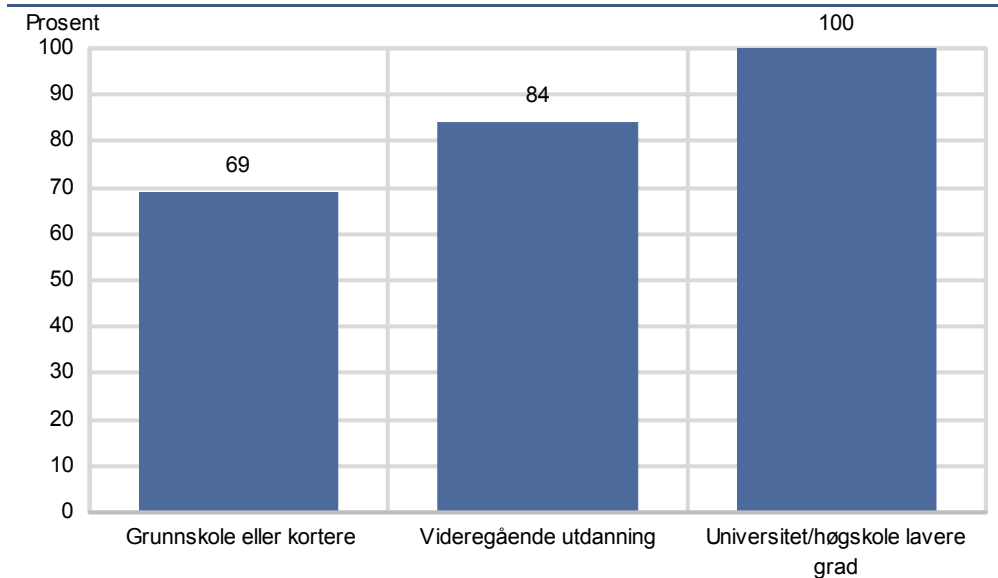
Tendensen til at andelen menn som har konsultert allmennlege for øyeblikkelig hjelp siste 12 måneder øker med stigende utdanning, gjelder også for resultatene fra 2002. Dette gjelder for rapporteringen blant menn i alle de tre eldste aldersgruppene. Det er imidlertid blant menn i alderen 45-66 år de sosialt betingete forskjellene er sikrest i statistisk sammenheng jf. kjikvadrattesten ($p < 0,05$). Dette gjelder for begge årgangene.

Når det gjelder kvinnene viser resultatene for aldersgruppen 67 år og eldre seg å tilsvare resultatene for menn i samme aldersgruppe i 2005. Andelen som har konsultert allmennlege for øyeblikkelig hjelp siste 12 måneder, øker med stigende utdanning. Blant kvinner med grunnskole eller kortere utdanning som høyeste utdanning i husholdningen, var det 17 prosent som hadde konsultert allmennlege for øyeblikkelig hjelp siste 12 måneder. Blant kvinner med videregående utdanning og universitets-/høgskoleutdanning lavere grad som høyeste utdanning, var andelen henholdsvis 29 prosent og 42 prosent. Den logistiske regresjonsanalysen viser for øvrig at det for kvinner og menn samlet er en sammenheng mellom utdanning og bruk av tjenesten i aldersgruppen 67 år og eldre ($p < 0,05$).

Fastlegens henvisninger

Rapporteringen av henvisninger til spesialist i eller utenfor sykehus av fastlege siste 12 måneder etter kjønn, alder og utdanning, viser en tendens til ulikheter blant menn i den eldste aldersgruppen. Figur 3.3 viser hvordan andelen menn i aldersgruppen 67 år og eldre som er henvist til spesialist siste 12 måneder fordeler seg etter utdanning i 2005. Det var for øvrig ingen rapportering av henvisninger fra fastlege på det høyeste utdanningsnivået blant menn i alderen 67 år og eldre.

Figur 3.3. Menn i alderen 67 år og eldre i gruppen personer med dårlig helsetilstand som er henvist til spesialist i eller utenfor sykehus siste 12 måneder, etter utdanning. 2005. N = 26. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå

Figur 3.3 viser at andelen som er henvist til spesialist i eller utenfor sykehus siste 12 måneder blant menn i aldersgruppen 67 år og eldre, øker med stigende utdanning. Figuren viser også at økningen er relativt lik mellom de ulike utdanningsnivåene.

Mens det blant menn i alderen 67 år og eldre med grunnskole eller kortere som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var 69 prosent som rapporterte å ha blitt henvist til spesialist siste 12 måneder, var tilsvarende andel 84 prosent blant de med videregående utdanning, og 100 prosent blant de med universitet/høgskole lavere grad som høyeste utdanningsnivå i 2005.

Grunnlagsdata viser noe av den samme tendensen blant kvinner i den eldste aldersgruppen. Selv om andelen som rapporterte å ha blitt henvist av fastlege ikke øker jevnt med stigende utdanning, er det et klart skille mellom kvinner med videregående utdanning eller lavere og kvinner med universitet/høgskole lavere grad som høyeste utdanningsnivå i husholdningen. Blant de med videregående utdanning som høyeste utdanningsnivå var det eksempelvis 82 prosent som hadde blitt henvist videre av fastlege, mens andelen var 100 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad.

Vurdering av fastlege

Resultatene fra levekårsundersøkelsen viser noen tendenser til at vurderingen av fastlegen kan avhenge av pasientenes sosiale bakgrunnsfaktorer. Pasientenes kjønn, alder, utdanning og inntekt synes å ha en viss betydning for oppfatningen av å bli tatt på alvor av fastlegen, av å ha full tillit til behandlingen fastlegen gir, og av å bli forklart ting forståelig av fastlegen.

I vurderingen av om fastlegen tar pasienten og pasientens problemer på alvor etter kjønn, alder og utdanning, er det en tendens til ulikheter i vurderingen blant kvinner i alderen 67 år og eldre i 2005. Tendensen er ikke entydig i den forstand at andelen som mener at de blir tatt på alvor øker jevnt med stigende utdanning. Det går likevel et relativt klart skille mellom kvinner med henholdsvis grunnskole eller kortere utdanning (77 prosent) og videregående utdanning (73 prosent), og kvinner med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad (100 prosent).

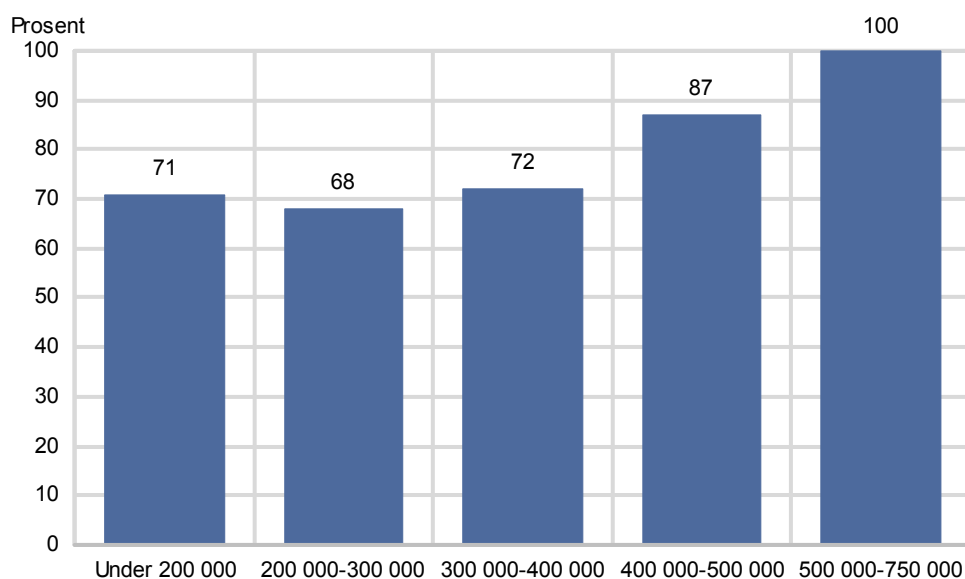
Grunnlagsdata viser for øvrig noe av den samme tendensen blant menn i aldersgruppene 25-44 år og 45-66 år. Til tross for at andelen ikke øker jevnt med

stigende utdanning, er det også her et forholdsvis klart skille mellom de med videregående utdanning eller lavere og de med universitet/høgskole lavere grad eller høyere som høyeste utdanning i husholdningen i begge aldersgruppene. Mens det for eksempel blant menn i alderen 45-66 år med grunnskole eller kortere og videregående utdanning som høyeste utdanning var henholdsvis 87 prosent og 75 prosent som mente at fastlegen tok dem og deres problemer på alvor, var tilsvarende andel 100 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad.

Når det gjelder hvem som har full tillit til behandlingen fastlegen gir i 2005 fordelt etter kjønn, alder og utdanning, viser resultatene fra levekårsundersøkelsen samme tendens blant kvinner i den eldste og blant menn i den nest eldste aldersgruppen. Både blant kvinner i alderen 67 år og eldre og blant menn i alderen 45-66 år går det et skille mellom de med videregående utdanning eller lavere og de med universitet/høgskole lavere grad som høyeste utdanning i husholdningen. I begge gruppene er andelene om lag ti prosentpoeng høyere blant de med universitet/høgskole lavere grad som høyeste utdanning.

I vurderingen av om pasienten har full tillit til den behandlingen deres fastlege gir etter kjønn, alder og inntekt, er det en tendens til ulikheter i vurderingen blant kvinner i alderen 45-66 år i 2005. Figur 3.4 viser hvordan andelen kvinner i aldersgruppen 45-66 år som har full tillit til fastlegens behandling fordeler seg etter inntekt i 2005. De to høyeste inntektsgruppene er utelatt fordi de inkluderer få personer.

Figur 3.4. Kvinner i alderen 45-66 år i gruppen personer med dårlig helsetilstand som har full tillit til den behandlingen deres fastlege gir, etter inntekt. 2005. N = 52. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå

Figur 3.4 viser at andelen som har full tillit til den behandlingen deres fastlege gir blant kvinner i aldersgruppen 45-66 år, i all hovedsak øker med stigende inntekt. Figuren viser videre at den sterkeste økningen skjer mellom inntektsgruppene 300 000-400 000 og 400 000-500 000 og mellom inntektsgruppene 400 000-500 000 og 500 000-750 000.

Mens det blant kvinner i alderen 45-66 år i de tre laveste inntektsgruppene var om lag 70 prosent som hadde full tillit til fastlegens behandling, var tilsvarende andel 87 prosent blant de med en husholdningsinntekt på 400 000-500 000 kroner og 100 prosent blant de i inntektsgruppen 500 000-750 000 i 2005.

Grunnlagsdata viser ellers den samme tendensen blant menn i aldersgruppen 67 år og eldre. Riktignok er det bare rapporteringer i noen av de sju inntektsgruppene, men andelen med full tillit til fastlegens behandling øker med stigende inntekt. Andelen var 78 prosent i den laveste inntektsgruppen, 91 prosent blant de med husholdningsinntekt på 200 000-300 000 kroner, og 100 prosent i inntektsgruppene 300 000-400 000.

Forskjellene i tillit til behandlingen etter inntekt blant kvinner i alderen 45-66 år ($p < 0,05$) og blant menn i den eldste aldersgruppen ($p < 0,01$), er relativt sikre i statistisk sammenheng jf. kjikvadrattesten.

I vurderingen av om fastlegen forklarer ting på en forståelig måte, viser rapporteringen i levekårsundersøkelsen fra 2005 at det er noen forskjeller etter kjønn, alder og utdanning. Disse forskjellene er først og fremst å finne blant menn i aldersgruppene 25-44 år og 67 år og eldre.

Til tross for at det kun er rapporteringer på to utdanningsnivåer, viser resultatene en tendens til at andelen som mener fastlegen forklarer på en forståelig måte øker med stigende utdanning. For eksempel er det 32 prosent som mener fastlegen forklarer ting forståelig blant menn i aldersgruppen 67 år og eldre med videregående utdanning som høyeste utdanning i husholdningen, mens tilsvarende andel er 62 prosent blant de med universitet/høgskole lavere grad som høyeste utdanning. Både kjikvadrattesten ($p < 0,01$) og den logistiske regresjonsanalysen ($p < 0,05$) viser at sammenhengen mellom utdanning og vurdering av fastlegen blant menn i den eldste aldersgruppen er relativt statistisk sikker.

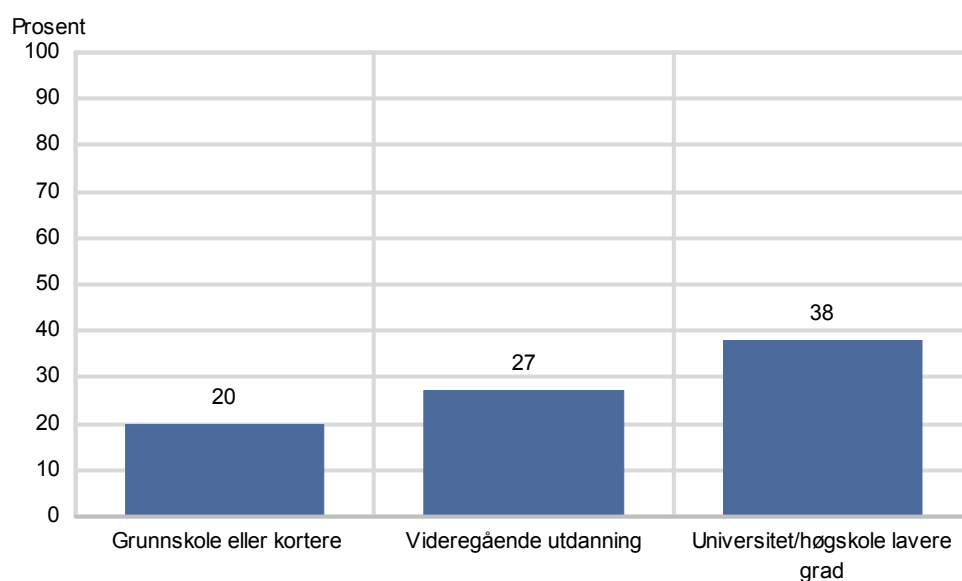
Blant kvinner er det tendenser til forskjeller etter alder og inntekt, og da særlig i den eldste aldersgruppen. Resultatene viser at andelen som mener fastlegen forklarer på en forståelig måte, øker med stigende inntekt. Mens det blant kvinner i aldersgruppen 67 år og eldre i inntektsgruppen under 200 000 kroner er 31 prosent som mener at fastlegen forklarer ting på en forståelig måte, er tilsvarende andel 49 prosent i inntektsgruppen 200 000-300 000 kroner og 69 prosent i gruppen 300 000-400 000 kroner i 2005.

3.1.3. Bruk av spesialisthelsetjenester

Konsultasjoner med legespesialist utenfor sykehus

Rapporteringen av konsultasjoner med legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder etter kjønn, alder og utdanning i 2005, viser at det er ulikheter både blant kvinner og menn i ulike aldersgrupper. Figur 3.5 viser hvordan andelen menn i alderen 67 år og eldre som har konsultert legespesialist utenfor sykehus fordeler seg etter utdanning i 2005. Det høyeste utdanningsnivået er utelatt fra figuren fordi det er få personer med universitets-/høgskoleutdanning høyere utdanning.

Figur 3.5. Menn i alderen 67 år og eldre i gruppen personer med dårlig helsetilstand som har konsultert legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder, etter utdanning. 2005. N = 52. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå

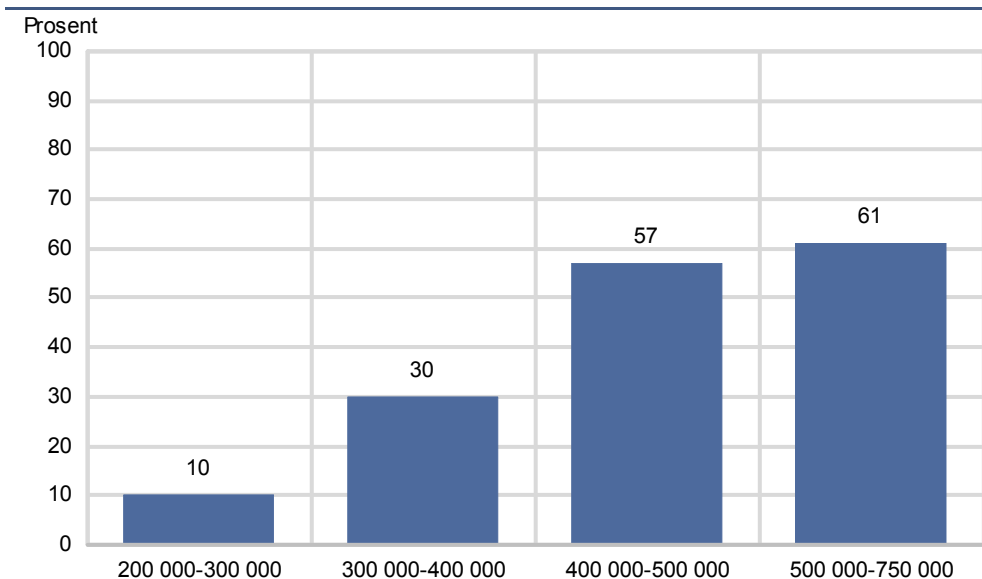
Figur 3.5 viser at andelen som har konsultert legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder blant menn i aldersgruppen 67 år og eldre, øker med stigende utdanning. Figuren viser videre at den sterkeste økningen skjer mellom utdanningsnivåene videregående utdanning og universitet/høgskole lavere grad.

Mens det blant menn i alderen 67 år og eldre med grunnskole eller kortere som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var 20 prosent som hadde konsultert legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder, var tilsvarende andel 27 prosent blant de med videregående utdanning, og 38 prosent blant de med universitet/høgskole lavere grad som høyeste utdanningsnivå i 2005. Grunnlagsdata viser for øvrig at denne tendensen har vedvart over tid fra 1998 via 2002 til 2005 for menn i den eldste aldersgruppen.

Grunnlagsdata viser at tendensen til at andelen som bruker tjenesten øker med stigende utdanning, også gjør seg gjeldende blant menn i aldersgruppen 25-44 år. Det er bare rapporteringer på to av utdanningsnivåene, men resultatene er i statistisk sammenheng relativt sikre for menn i denne aldersgruppen jf. kjikvadrattesten ($p < 0,01$). Grunnlagsdata viser dessuten at tendensen gjør seg gjeldende blant kvinner i aldersgruppene 25-44 år og 67 år og eldre i 2002 og 2005. For eksempel var det 12 prosent av kvinnene i alderen 67 år og eldre med grunnskole eller høyere som høyeste utdanning i husholdningen som hadde konsultert legespesialist utenfor sykehus i 2005. Tilsvarende andel blant kvinner i samme aldersgruppe med videregående utdanning som høyeste utdanning var 39 prosent. Også forskjellene blant kvinner i denne aldersgruppen er relativt sikre jf. kjikvadrattesten ($p < 0,01$).

Med hensyn til konsultasjoner med legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder etter kjønn, alder og inntekt i 2005, viser resultater fra levekårsundersøkelsen at det er forskjeller blant kvinner i flere aldersgrupper. Figur 3.6 viser hvordan andelen kvinner i alderen 25-44 år som har konsultert legespesialist utenfor sykehus fordeler seg etter inntekt i 2005. Det er for øvrig ingen rapporteringer blant kvinner i den laveste (under 200 000 kroner) og de to høyeste inntektsgruppene (750 000-1 mill. kroner og over 1 mill. kroner).

Figur 3.6. Kvinner i alderen 25-44 år i gruppen personer med dårlig helsetilstand som har konsultert legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder, etter inntekt. 2005. N= 40. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå

Figur 3.6 viser at andelen som har konsultert legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder blant kvinner i aldersgruppen 25-44 år, øker med stigende inntekt. Figuren viser videre at den sterkeste økningen skjer mellom inntektsgruppene 300 000-400 000 og 400 000-500 000.

Mens det blant kvinner i alderen 25-44 år med husholdningsinntekt på 200 000-300 000 kroner var 10 prosent som hadde konsultert legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder, var tilsvarende andel 30 prosent blant de med 300 000-400 000 kroner, 57 prosent blant de med 400 000-500 000 kroner, og 61 prosent blant de med 500 000-750 000 kroner i husholdningsinntekt i 2005. Både kjikvadrattesten ($p < 0,01$) og regresjonsanalysen ($p < 0,01$) viser at disse resultatene er statistisk sikre.

Grunnlagsdata viser at tendensen også gjør seg gjeldende blant kvinner i alderen 67 år og eldre, men at det i denne aldersgruppen bare er rapporteringer i de tre laveste inntektsgruppene. Også blant kvinner i den eldste aldersgruppen viser kjikvadrattesten ($p < 0,01$) og regresjonsanalysen ($p < 0,05$) at resultatene er relativt sikre. Grunnlagsdata viser videre at det verken i 1998 eller i 2002 var slike forskjeller i tjenestebruk etter inntekt blant kvinner i noen aldersgrupper. Riktignok er det gjennomgående størst andeler i de høyeste inntektsgruppene, men det er ingen prov på at andelen øker jevnt med stigende inntekt. Sistnevnte gjelder for øvrig for menn i alle aldersgrupper i alle de tre årgangene.

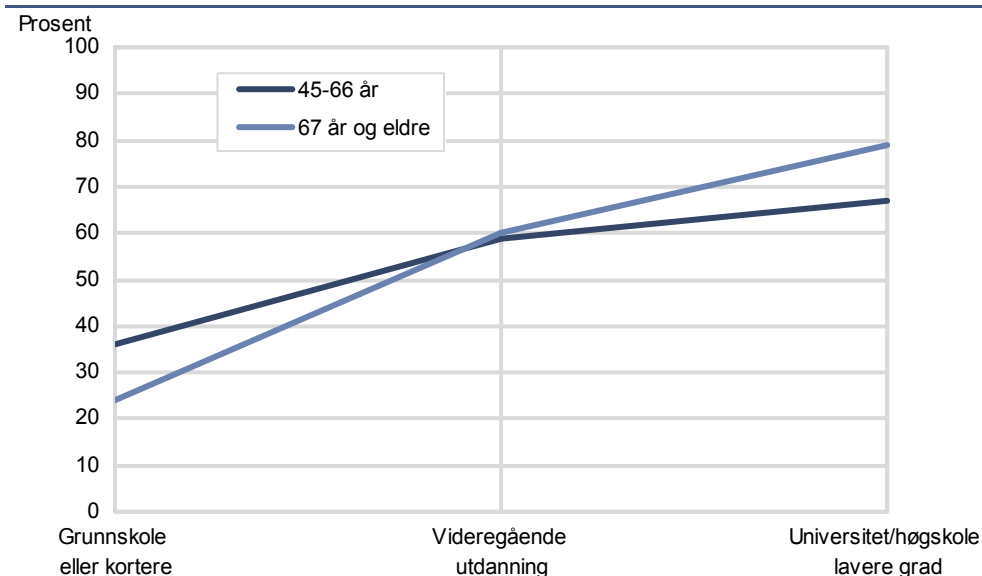
Når det gjelder konsultasjoner med legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder etter kjønn, alder og sosioøkonomisk status, er det en tendens til at andelen øker med stigende sosioøkonomisk status blant menn i alderen 25-44 år i 2005. Mens det i gruppen håndverkere og prosessarbeidere var 17 prosent som hadde konsultert legespesialist utenfor sykehus, var tilsvarende andel 47 prosent blant selvstendige med mindre firma, og 100 prosent i gruppen ledere, høyere funksjonærer og selvstendige med større firma. Kjikvadrattesten viser at disse resultatene er relativt sikre i statistisk forstand ($p < 0,05$). For menn i denne aldersgruppen var det for øvrig ingen rapporteringer i de andre gruppene for sosioøkonomisk status.

Konsultasjoner med legespesialist på sykehus

Rapporteringen av konsultasjoner med legespesialist på sykehus siste 12 måneder etter kjønn, alder og utdanning, viser en tendens til ulikheter i bruk av tjenesten blant menn i flere aldersgrupper. Figur 3.7 viser hvordan andelen menn i alderen

45-66 år og 67 år og eldre som har konsultert legespesialist på sykehus siste 12 måneder fordeler seg etter utdanning i 2005.

Figur 3.7. Menn i alderen 45-66 år og 67 år og eldre i gruppen personer med dårlig helsetilstand som har konsultert legespesialist på sykehus siste 12 måneder, etter utdanning. 2005. N = 136. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå

Figur 3.7 viser at andelen som har konsultert legespesialist på sykehus siste 12 måneder blant menn i aldersgruppene 45-66 år og 67 år og eldre, øker med stigende utdanning. Figuren viser også at økningen er sterkest fra det laveste til det nest laveste utdanningsnivået i begge aldersgruppene.

Mens det blant menn i alderen 45-66 år som hadde grunnskole eller kortere som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var 36 prosent som hadde konsultert legespesialist på sykehus siste 12 måneder, var tilsvarende andel 59 prosent blant de med videregående utdanning og 67 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad som høyeste utdanning. Mens det blant menn i alderen 67 år og eldre som hadde grunnskole eller kortere utdanning som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var 24 prosent som hadde konsultert legespesialist på sykehus siste 12 måneder, var tilsvarende andel 60 prosent blant de med videregående utdanning og 79 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad som høyeste utdanning. Både kjikvadrattesten ($p < 0,001$) og den logistiske regresjonsanalysen ($p < 0,01$) viser at resultatene for menn i den eldste aldersgruppen er sikre i en statistisk sammenheng.

Tendensen til at andelen menn som har konsultert legespesialist på sykehus siste 12 måneder øker med stigende utdanning, gjelder også for resultatene fra 2002. Dette gjelder særlig for rapporteringen blant menn i den eldste aldersgruppen. Kjikvadrattesten ($p < 0,001$) og regresjonsanalysen ($p < 0,01$) viser for øvrig at resultatene for menn i alderen 67 år og eldre er statistisk sikre i 2002-årgangen av levekårsundersøkelsen.

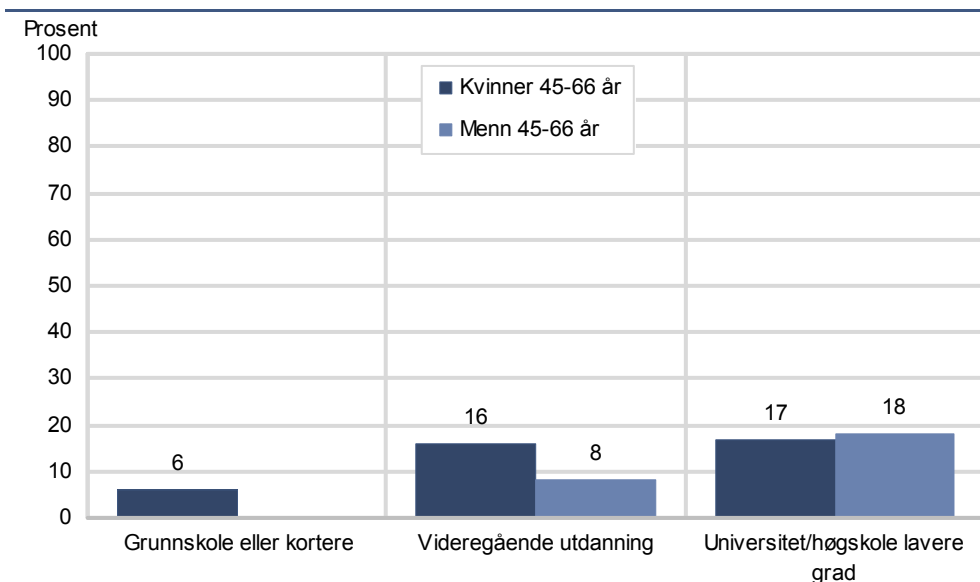
Når det gjelder kvinner viser resultatene for aldersgruppen 67 år og eldre seg å være tilnærmet like resultatene for menn i samme aldersgruppe i 2005. Andelen som har konsultert legespesialist på sykehus siste 12 måneder, øker med stigende utdanning. Blant kvinner med grunnskole eller kortere utdanning som høyeste utdanning i husholdningen, var det 39 prosent som hadde konsultert legespesialist på sykehus siste 12 måneder. Blant kvinner med videregående utdanning og universitets-/høgskoleutdanning lavere grad som høyeste utdanning, var andelen henholdsvis 52 prosent og 64 prosent. Denne tendensen blant kvinner i aldersgruppen 67 år og eldre har vedvart over tid i alle tre årgangene.

I forbindelse med konsultasjoner med legespesialist på sykehus siste 12 måneder etter kjønn, alder og inntekt, er det en tendens til at andelen øker med stigende inntekt blant kvinner i aldersgruppen 67 år og eldre i 2005. Mens det i gruppen under 200 000 kroner var 42 prosent som hadde konsultert legespesialist på sykehus, var tilsvarende andel 45 prosent i gruppen 200 000-300 000 kroner, 47 prosent i gruppen 300 000-400 000 kroner, og 100 prosent blant de med en husholdningsinntekt på 400 000-500 000 kroner.

Konsultasjoner med psykolog

Levekårsundersøkelsen for 2005 viser at det både blant kvinner og menn er forskjeller i andelen som har konsultert psykolog siste 12 måneder etter alder og utdanning. Figur 3.8 viser hvordan andelen kvinner og menn i alderen 45-66 år som har konsultert psykolog siste 12 måneder fordeler seg etter utdanning i 2005. Det høyeste utdanningsnivået er utelatt fra figuren fordi det er få personer med universitets-/høgskoleutdanning høyere grad i de aktuelle gruppene.

Figur 3.8. Kvinner og menn i alderen 45-66 år i gruppen personer med dårlig helsetilstand som har konsultert psykolog siste 12 måneder, etter utdanning. 2005. N = 141. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå

Figur 3.8 viser at andelen som har konsultert psykolog siste 12 måneder blant kvinner og menn i aldersgruppen 45-66 år, øker med stigende utdanning. Figuren viser også at den sterkeste økningen blant kvinner er å finne i overgangen mellom det laveste og det nest laveste utdanningsnivået.

Mens det var 6 prosent blant kvinner i alderen 45-66 år med grunnskole eller kortere som høyeste utdanning i husholdningen som hadde konsultert psykolog, var tilsvarende andel 16 prosent blant de med videregående utdanning og 17 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad som høyeste utdanning. Mens det var 8 prosent blant menn i alderen 45-66 år med videregående utdanning som høyeste utdanning i husholdningen som hadde konsultert psykolog, var tilsvarende andel 18 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad.

Grunnlagsdata viser at andelen som hadde konsultert psykolog siste 12 måneder blant menn i alderen 25-44 år, også økte med stigende utdanning. Riktignok er det få personer på de høyere utdanningsnivåene, men både kjikvadrattesten ($p < 0,01$) og regresjonsanalysen ($p < 0,01$) viser at resultatene er relativt statistisk sikre. Tendensen til at andelen som har konsultert psykolog øker med stigende utdanning, gjorde seg for øvrig også gjeldende for kvinner i alderen 45-66 år i 2002.

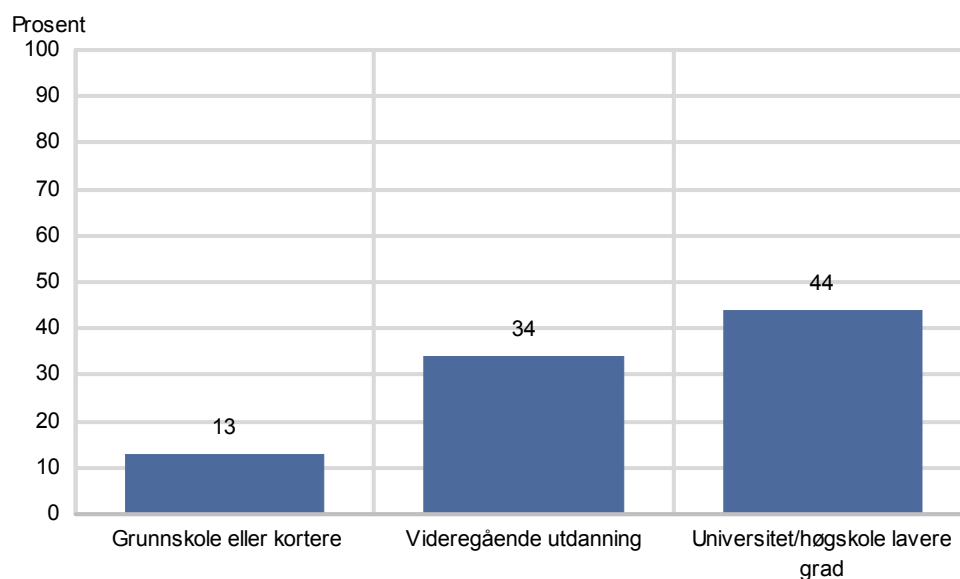
Når det gjelder rapporteringen av konsultasjoner med psykolog siste 12 måneder etter kjønn, alder og sosioøkonomisk status, viser den en tendens til ulikheter i bruk av tjenesten hos begge kjønn i aldersgruppen 25-44 år i 2005. Andelen som bruker tjenesten øker med stigende sosioøkonomisk status. Det er likevel blant menn forskjellen etter sosioøkonomisk status er sterkest. Blant menn i alderen 25-44 år i gruppen håndverkere og prosessarbeidere, var det 16 prosent som hadde konsultert psykolog siste 12 måneder. Tilsvarende andel var 22 prosent i gruppen andre i yrker med kort høyere utdanning, og 50 prosent i gruppen ledere, høyere funksjonærer, selvstendige med større firma.

Med hensyn til konsultasjoner med psykolog siste 12 måneder, er det ellers interessant å sammenligne resultatene fra 2005 for henholdsvis ikke yrkesaktive og yrkesaktive samlet. For kvinner er andelen som har konsultert psykolog høyere blant ikke yrkesaktive enn blant yrkesaktive samlet i aldersgruppen 45-66 år, mens andelen er tilnærmet lik i aldersgruppen 25-44 år. For menn er det en entydig tendens til at andelen er høyere blant ikke yrkesaktive enn blant yrkesaktive samlet i alle aldersgrupper. For menn i alderen 25-44 år er disse resultatene relativt statistisk sikre, jf. kjikvadrattesten ($p < 0,05$).

Innleggelse på sykehus

Rapporteringen av innleggelser på sykehus siste 12 måneder etter kjønn, alder og utdanning, viser en tendens til ulikheter i bruk av tjenesten blant kvinner i flere aldersgrupper. Figur 3.9 viser hvordan andelen kvinner i alderen 45-66 år som har vært innlagt på sykehus siste 12 måneder fordeler seg etter utdanning i 2005.

Figur 3.9. Kvinner i alderen 45-66 år i gruppen personer med dårlig helsetilstand som har vært innlagt på sykehus siste 12 måneder, etter utdanning, 2005. N = 74. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå

Figur 3.9 viser at andelen som har vært innlagt på sykehus siste 12 måneder blant kvinner i aldersgruppen 45-66 år, øker med stigende utdanning. Figuren viser også at den sterkeste økningen blant kvinner er å finne i overgangen mellom det laveste og det nest laveste utdanningsnivået.

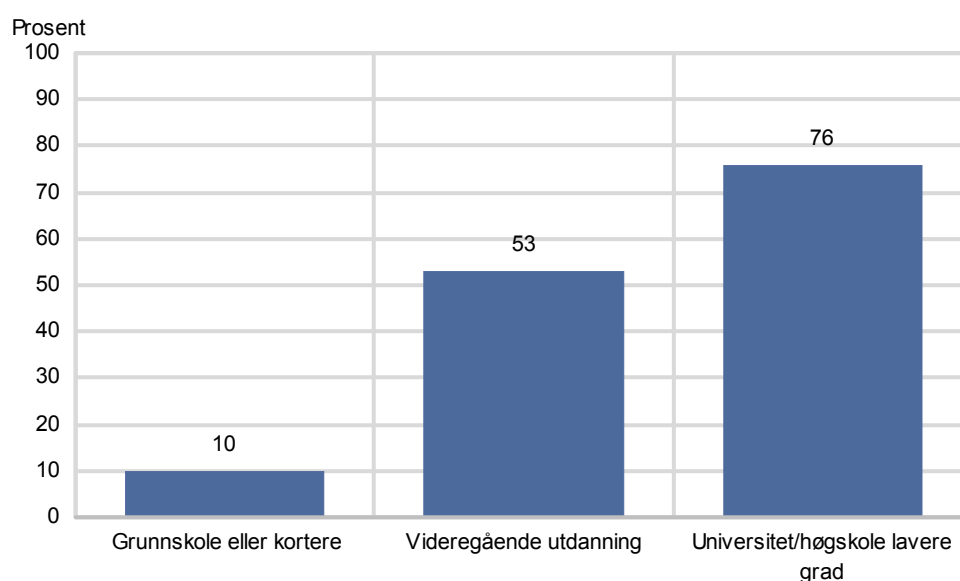
Mens det blant kvinner i alderen 45-66 år som hadde grunnskole eller kortere som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var 13 prosent som hadde vært innlagt på sykehus siste 12 måneder, var tilsvarende andel 34 prosent blant de med videregående utdanning og 44 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad som høyeste utdanning. Resultatene blant kvinner i denne aldersgruppen er relativt sikre i statistisk sammenheng, jf. kjikvadrattesten ($p < 0,05$).

Grunnlagsdata viser for øvrig at tendensen til at andelen kvinner i alderen 45-66 år som har vært innlagt, også økte med stigende utdanning i 2002. Grunnlagsdata viser dessuten at andelen menn i alderen 25-44 år som var innlagt på sykehus, økte med stigende utdanning i 2005.

Konsultasjoner med fysioterapeut

Resultatene viser at det blant kvinner i alderen 45-66 år er forskjeller i andelen som har konsultert fysioterapeut siste 12 måneder etter utdanning. Figur 3.10 viser hvordan andelen kvinner i alderen 45-66 år som har konsultert fysioterapeut siste 12 måneder fordeler seg etter utdanning i 2005. For utdanningsnivået universitets/høgskole høyere grad var det for øvrig ingen rapportering blant kvinner i alderen 45-66 år.

Figur 3.10. Kvinner i alderen 45-66 år i gruppen personer med dårlig helsetilstand som har konsultert fysioterapeut siste 12 måneder, utdanning. 2005. N = 74. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå

Figur 3.10 viser at andelen som har konsultert fysioterapeut siste 12 måneder blant kvinner i aldersgruppen 45-66 år, øker med stigende utdanning. Figuren viser også at den sterkeste økningen er å finne i overgangen mellom det laveste og det nest laveste utdanningsnivået.

Mens det var 10 prosent blant kvinner i alderen 45-66 år med grunnskole eller kortere som høyeste utdanning i husholdningen som hadde konsultert fysioterapeut, var tilsvarende andel 53 prosent blant de med videregående utdanning og 76 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad som høyeste utdanning. Kjikkvadrattesten viser at disse resultatene er relativt statistisk sikre ($p < 0,01$).

Grunnlagsdata viser at det er tilnærmet samme forhold mellom utdanningsnivå og andel som konsulterte fysioterapeut i 2002 for kvinner i alderen 45-66 år. Unntaket er at andelen avtar noe med stigende utdanning mellom det nest høyeste og høyeste utdanningsnivået. Grunnlagsdata viser ellers at det også blant menn i aldersgruppene 25-44 år og 67 år og eldre er tendenser til at andelen som har konsultert fysioterapeut øker med stigende utdanning i 2005. I den eldste aldersgruppen var det 7 prosent blant menn med grunnskole eller kortere som hadde konsultert fysioterapeut, mens tilsvarende andel var 32 prosent blant de med videregående utdanning som høyeste utdanningsnivå i husholdningen. Disse resultatene er statistisk sikre, jf. den logistiske regresjonsanalysen ($p < 0,01$).

3.1.4. Hovedtendenser

- Det er tendenser til sosialt betingete forskjeller i bruk av primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester blant personer med dårlig helsetilstand, særlig etter utdanning, men også etter inntekt.
- Forskjeller i bruk av tjenester etter utdanning og inntekt gjør seg gjeldende både blant kvinner og menn.
- Det er tendenser til sosiale ulikheter i de fleste aldersgrupper, men tendensen er sterkest i de to eldste aldersgruppene, 45-66 år og 67 år og eldre.
- I flere sammenhenger opprettholdes forskjellene etter utdanning og inntekt over tid.

3.2. Personer med varig sykdom

Gruppen personer med varig sykdom består av alle personer som gjennom levekårsundersøkelsen har rapportert at de har en sykdom som har vart eller forventes å vare i minst seks måneder i henholdsvis 1998, 2002 og 2005. Denne gruppen utgjør om lag 37 prosent av levekårsutvalget de respektive årene, noe som er en relativt stor andel. I absolute tall var det i alt 2 469 personer i gruppen i 2005, hvorav 1 317 var kvinner og 1 152 var menn. Størrelsen på gruppen er noe redusert fra 2002 til 2005, mens fordelingen etter kjønn er tilnærmet den samme over tid.

I likhet med gruppen av personer med dårlig helsetilstand, er det sannsynligvis stor variasjon i hvilke typer av sykdommer og lidelser personer med varig sykdom har. I og med at dette i tillegg er en relativt stor gruppe, er det også sannsynlig at behovet for helsetjenester vil variere noe mer. På den annen side representerer gruppen de personene som har hatt helseproblemer over tid. Det antas derfor at gruppen består av personer med et relativt stort behov for helsetjenester, og at dette behovet har eksistert over tid.

Nedenfor blir først noen av resultatene for personer med varig sykdom oppsummert (kapittel 3.2.1), for dernest å bli presentert i en mer detaljert form (kapittel 3.2.2 og 3.2.3). Til sist blir noen hovedtendenser for gruppen presentert (kapittel 3.2.4).

3.2.1. Oppsummering av resultater

Bruk av primærhelsetjenester

- Andelen kvinner i alderen 67 år og eldre som har konsultert allmennlege siste 14 dager, øker med stigende utdanning i 2005.
- Andelen kvinner i alderen 16-24 år som har konsultert allmennlege siste 14 dager, øker med stigende sosioøkonomisk status i 2005.
- Andelen kvinner i alderen 25-44 år som er henvist til spesialist i eller utenfor sykehus av fastlege siste 12 måneder, øker med stigende utdanning i 2005.
- Andelen kvinner i alderen 67 år og eldre som mener fastlegen tar dem og deres problemer på alvor, øker med stigende utdanning i 2005.
- Andelen kvinner i alderen 67 år og eldre som har full tillit til behandlingen fastlegen gir, øker med stigende utdanning i 2005.
- Andelen kvinner som mener at fastlegen forklarer ting på en forståelig måte, øker med stigende utdanning i nær sagt alle aldersgrupper i 2005.

Bruk av spesialisthelsetjenester

- Andelen kvinner og menn som har konsultert legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder, øker med stigende utdanning i de to eldste aldersgruppene i 2005. Blant kvinner og menn i alderen 67 år og eldre, økte andelen med stigende utdanning også i 1998 og 2002.
- Andelen kvinner i alderen 67 år og eldre som har konsultert legespesialist på sykehus siste 12 måneder, øker med stigende utdanning i 2005.
- Andelen kvinner i alderen 25-44 år som har konsultert fysioterapeut siste 12 måneder, øker med stigende utdanning i 2005.

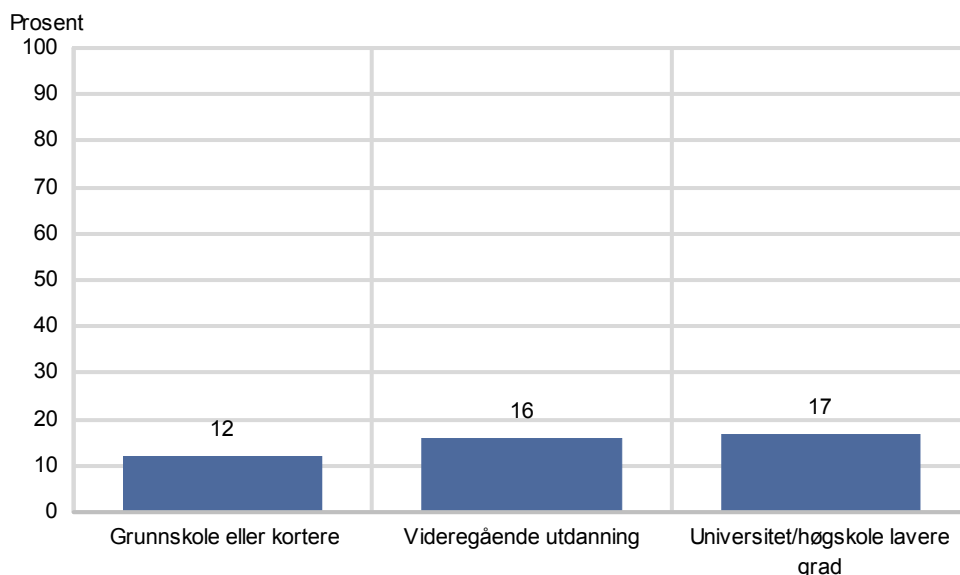
- Andelen kvinner og menn i alderen 25-44 år som har konsultert kiropraktor siste 12 måneder, øker med stigende utdanning i 2005. For menn i alderen 25-44 år økte andelen med stigende utdanning også i 2002.
- Andelen kvinner i alderen 25-44 år og andelen menn i aldersgruppene 45-66 år og 67 år og eldre som har konsultert alternativ behandler siste 12 måneder, øker med stigende utdanning i 2005.

3.2.2. Bruk av primærhelsetjenester

Konsultasjoner med allmennlege siste 14 dager

Rapporteringen av konsultasjoner med allmennlege siste 14 dager etter kjønn, alder og utdanning blant personer med varig sykdom, viser en tendens til ulikheter i bruk av tjenesten blant kvinner i aldersgruppen 67 år og eldre i 2005. Figur 3.11 viser hvordan andelen kvinner i alderen 67 år og eldre som har konsultert allmennlege siste 14 dager fordeler seg etter utdanning i 2005. Rapporteringene på det høyeste utdanningsnivået er for øvrig utelatt på grunn av den statistiske usikkerheten knyttet til resultatene på dette utdanningsnivået.

Figur 3.11. Kvinner i alderen 67 år og eldre i gruppen personer med varig sykdom som har konsultert allmennlege siste 14 dager, etter utdanning, 2005. N = 138. Prosent



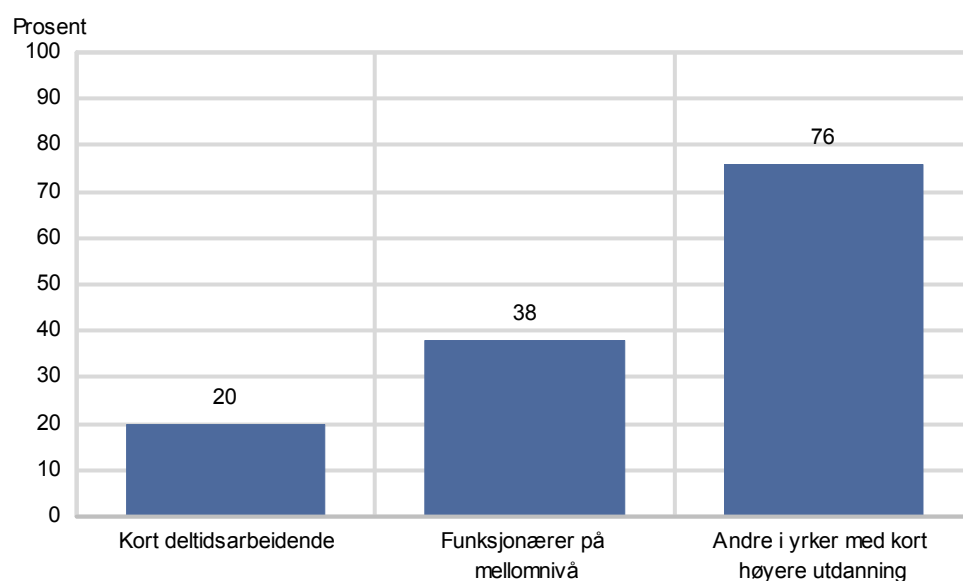
Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå

Figur 3.11 viser at andelen som har konsultert allmennlege siste 14 dager blant kvinner i aldersgruppen 67 år og eldre, øker med stigende utdanning. Figuren viser også at økningen er størst mellom det laveste og det nest laveste utdanningsnivået.

Mens det blant kvinner i alderen 67 år og eldre som hadde grunnskole eller kortere som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var 12 prosent som hadde konsultert allmennlege siste 14 dager, var tilsvarende andel 16 prosent blant de med videregående utdanning, og 17 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad som høyeste utdanning i husholdningen i 2005.

Også når det gjelder konsultasjoner med allmennlege siste 14 dager etter kjønn, alder og sosioøkonomisk status, er det blant kvinner forskjellene er å finne, og da i den yngste aldersgruppen 16-24 år. Figur 3.12 viser hvordan andelen kvinner i alderen 16-24 år som har konsultert allmennlege siste 14 dager fordeler seg etter sosioøkonomisk status i 2005. De gruppene hvor det ikke er noen rapportering, er utelatt fra figuren.

Figur 3.12. Kvinner i alderen 16-24 år i gruppen personer med varig sykdom som har konsultert allmennlege siste 14 dager, etter sosioøkonomisk status. 2005. N = 34. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå

Figur 3.12 viser at andelen som har konsultert allmennlege siste 14 dager blant kvinner i aldersgruppen 16-24 år, øker med stigende sosioøkonomisk status. Figuren viser også at den sterkeste økningen er å finne i overgangen mellom gruppene funksjonærer på mellomnivå og andre i yrker med kort høyere utdanning.

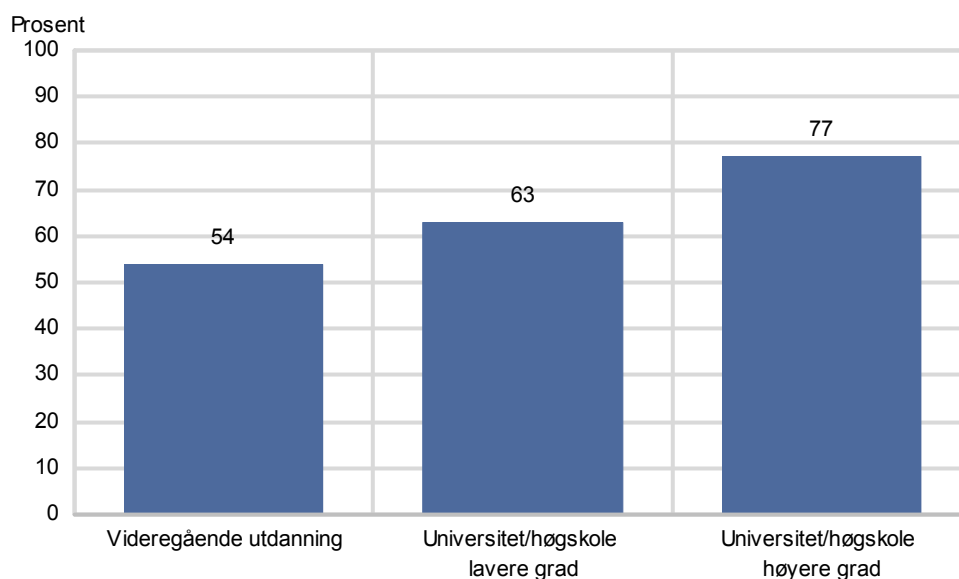
Blant kvinner i alderen 16-24 år med status som kort deltidsarbeidende, var det 20 prosent som hadde konsultert allmennlege siste 14 dager. Tilsvarende andel var 38 prosent blant de med status som funksjonærer på mellomnivå og 76 prosent blant de med status som andre i yrker med kort høyere utdanning. Disse resultatene er statistisk sikre, jf. kjikvadrattesten ($p < 0,01$).

Ved sammenligning av forholdet mellom ikke yrkesaktive og yrkesaktive samlet, viser grunnlagsdata at tendensen er relativt entydig blant kvinner. Selv om forskjellene målt i prosentpoeng i andeler som har konsultert allmennlege siste 14 dager avtar noe med stigende alder, er andelen høyere blant yrkesaktive samlet enn blant ikke yrkesaktive i alle aldersgrupper. I den yngste aldersgruppen var det eksempelvis 14 prosent blant de ikke yrkesaktive kvinnene som hadde konsultert allmennlege siste 14 dager, mens den tilsvarende andelen var 33 prosent de yrkesaktive. Disse resultatene er ganske sikre i en statistisk sammenheng, jf. kjikvadrattesten ($p < 0,05$).

Fastlegens henvisninger

Resultatene viser at det blant kvinner i alderen 25-44 år er forskjeller i andelen som har blitt henvist til spesialist i eller utenfor sykehus av fastlege siste 12 måneder etter utdanning. Figur 3.13 viser hvordan andelen kvinner i alderen 25-44 år som har blitt henvist til spesialist siste 12 måneder fordeler seg etter utdanning i 2005. For utdanningsnivået grunnskole eller kortere var det for øvrig ingen rapportering blant kvinner i alderen 25-44 år.

Figur 3.13. Kvinner i alderen 25-44 år i gruppen personer med varig sykdom som er henvist til spesialist i eller utenfor sykehus av fastlege siste 12 måneder, etter utdanning, 2005. N = 71. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå

Figur 3.13 viser at andelen som er henvist til spesialist i eller utenfor sykehus av fastlege siste 12 måneder blant kvinner i aldersgruppen 25-44 år, øker med stigende utdanning. Figuren viser også at den sterkeste økningen er å finne i overgangen mellom det nest høyeste og det høyeste utdanningsnivået.

Mens det blant kvinner i alderen 25-44 år som hadde videregående utdanning som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var 54 prosent som var henvist til spesialist av fastlege siste 12 måneder, var tilsvarende andel 63 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad, og 77 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning høyere grad som høyeste utdanning i 2005. Resultatene er relative statistisk sikre, jf. kjikvadrattesten ($p < 0,01$).

Grunnlagsdata viser ellers at tendensen er omtrent den samme blant menn i den eldste aldersgruppen i 2005. Andelen blant menn i alderen 67 år og eldre som var henvist til spesialist av fastlege økte med stigende utdanning til og med det nest høyeste utdanningsnivået, for så å avta i overgangen til det høyeste utdanningsnivået.

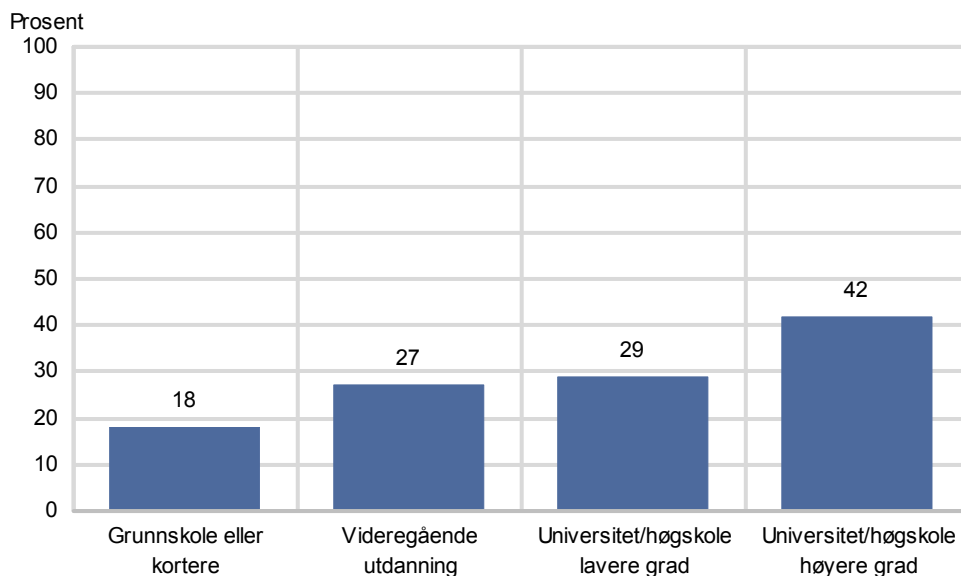
Vurdering av fastlege

I vurderingen av fastlegen er det blant kvinner i den eldste aldersgruppen ulikhetene kommer klarest til uttrykk. Det er særlig forskjeller etter høyeste utdanning i husholdningen. Både når det gjelder vurderingen av om fastlegen tar dem og deres problemer på alvor og vurderingen av tillit til fastlegens behandling, øker andelen med stigende utdanning blant kvinner i alderen 67 år og eldre. Langs begge disse dimensjonene er det også slik at det går et klart skille mellom kvinner med videregående utdanning eller kortere og kvinner med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad eller lengre.

I 2005 var det for eksempel 84 prosent av kvinnene i alderen 67 år og eldre med grunnskole eller kortere utdanning som høyeste utdanning i husholdningen, som mente at deres fastlege tok dem og deres problemer på alvor. Tilsvarende andel blant kvinner i samme aldersgruppe med videregående utdanning som høyeste utdanning var 88 prosent, mens andelen var 100 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad og blant de med universitets-/høgskoleutdanning høyere grad som høyeste utdanning. Disse resultatene er ganske sikre i statistisk sammenheng, jf. kjikvadrattesten ($p < 0,05$).

I vurderingen av om fastlegen forklarer ting på en forståelig måte fordelt etter kjønn, alder og utdanning, er det en tendens til ulikheter blant kvinner i den nest eldste aldersgruppen. Figur 3.14 viser hvordan andelen kvinner i alderen 45-66 år som mener at fastlegen forklarer ting på en forståelig måte fordeler seg etter utdanning i 2005.

Figur 3.14. Kvinner i alderen 45-66 år i gruppen personer med varig sykdom som mener at fastlegen forklarer ting på en forståelig måte, etter alder og utdanning. 2005. N = 237. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå

Figur 3.14 viser at andelen kvinner i alderen 45-66 år som mener at fastlegen forklarer ting på en forståelig måte, øker med stigende utdanning. Figuren viser også at den sterkeste økningen er å finne i overgangen mellom det nest høyeste og det høyeste utdanningsnivået.

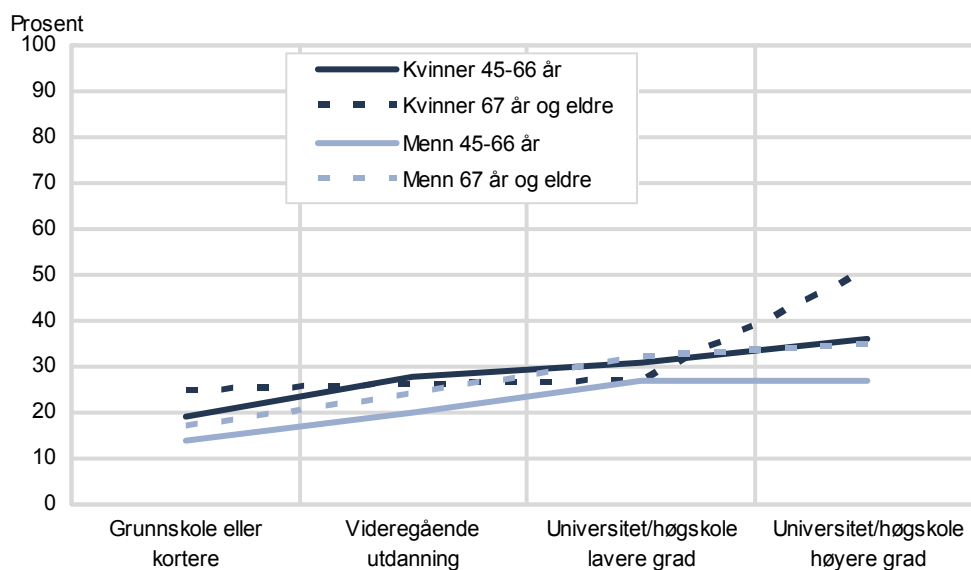
Mens det blant kvinner i alderen 45-66 år som hadde grunnskole eller kortere utdanning som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var 18 prosent som mente at fastlegen forklarer ting på en forståelig måte, var tilsvarende andel 27 prosent blant de med videregående utdanning, 29 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad, og 42 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning høyere grad som høyeste utdanning i 2005. Kjikkvadrattest (p<0,05) viser at resultatene er statistisk sikre.

3.2.3. Bruk av spesialisthelsetjenester

Konsultasjoner med legespesialist utenfor sykehus

Rapporteringen av konsultasjoner med legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder etter kjønn, alder og utdanning i 2005, viser en tendens til ulikheter i bruk av tjenesten både blant kvinner og menn i aldersgruppene 45-66 år og 67 år og eldre. Figur 3.15 viser hvordan andelen kvinner og menn i de to eldste aldersgruppene som har konsultert legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder fordeler seg etter utdanning i 2005.

Figur 3.15. Kvinner og menn i aldersgruppene 45-66 år og 67 år og eldre i gruppen personer med varig sykdom som har konsultert legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder, etter utdanning. 2005. N = 1383. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå

Figur 3.15 viser at andelen som har konsultert legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder, øker med stigende utdanning både blant kvinner og menn i de to eldste aldersgruppene. Figuren viser også at den sterkeste økningen er å finne blant kvinner i alderen 67 år og eldre i overgangen mellom det nest høyeste og det høyeste utdanningsnivået.

For begge kjønn er det i aldersgruppen 67 år og eldre tendensen er mest entydig. Mens det blant kvinner i alderen 67 år og eldre som hadde grunnskole eller kortere som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var 25 prosent som hadde konsultert legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder, var tilsvarende andel 26 prosent blant de med videregående utdanning, 27 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad, og 51 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning høyere grad som høyeste utdanning i 2005.

Blant menn i alderen 67 år og eldre som hadde grunnskole eller kortere som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var det 17 prosent som hadde konsultert legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder. Tilsvarende andel var 24 prosent blant de med videregående utdanning, 32 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad, og 35 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning høyere grad som høyeste utdanning i 2005. Den logistiske regresjonsanalysen ($p < 0,01$) viser at resultatene blant menn er relativt statistisk sikre.

Grunnlagsdata viser ellers at tendensen til at andelen som har konsultert legespesialist utenfor sykehus øker med stigende utdanning, også gjelder for kvinner og menn i den eldste aldersgruppen i 1998 og 2002. For kvinner viser for øvrig kjikvadrattesten ($p < 0,001$) at resultatene i 2002 var statistisk sikre. Blant menn i den eldste aldersgruppen er det også en tendens til at andelen som har konsultert legespesialist utenfor sykehus øker med stigende inntekt. Tendensen er ikke like entydig som den for utdanning, men viser generelt at andelene er større i de høyeste inntektsgruppene enn i de laveste. Ifølge kjikvadrattesten ($p < 0,01$) og den logistiske regresjonsanalysen ($p < 0,01$), er disse resultatene statistisk sikre.

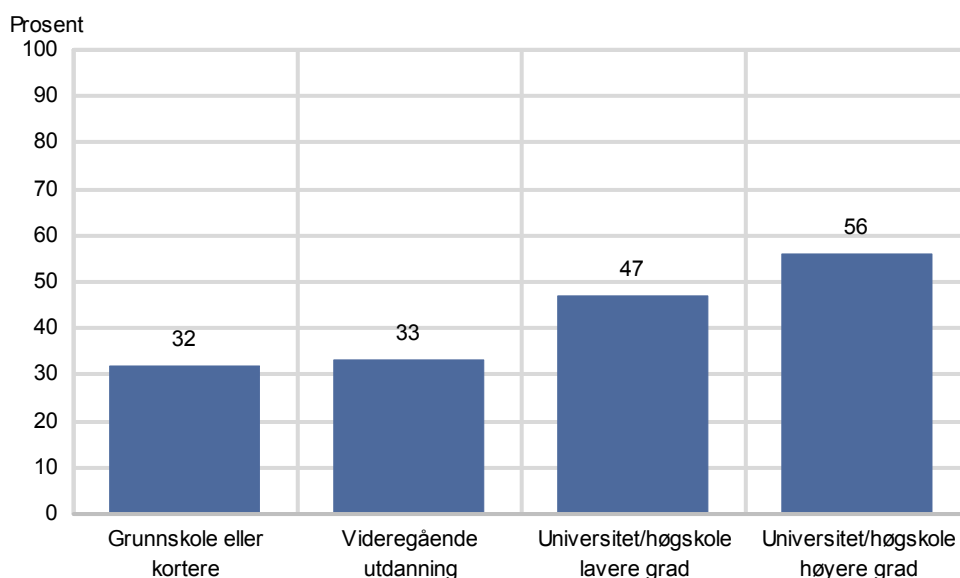
Den samme tendensen gjelder for øvrig når andelene fordeles etter sosioøkonomisk status. Blant menn i alderen 67 år og eldre viser resultatene fra 2005 at det var 37 prosent av de kort deltidsarbeidende som hadde konsultert legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder, mens tilsvarende andel var 49 prosent i gruppen andre

ansatte og 67 prosent i gruppen ledere, høyere funksjonærer og selvstendige med større firma.

Konsultasjoner med legespesialist på sykehus

Resultatene viser at det blant kvinner i alderen 67 år og eldre er forskjeller i andelen som har konsultert legespesialist på sykehus siste 12 måneder etter utdanning. Figur 3.16 viser hvordan andelen kvinner i alderen 67 år og eldre som har konsultert legespesialist siste 12 måneder fordeler seg etter utdanning i 2005.

Figur 3.16. Kvinner i alderen 67 år og eldre i gruppen personer med varig sykdom som har konsultert legespesialist på sykehus siste 12 måneder, etter utdanning. 2005. N = 292. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå

Figur 3.16 viser at andelen som har konsultert legespesialist på sykehus siste 12 måneder blant kvinner i aldersgruppen 67 år og eldre, øker med stigende utdanning. Figuren viser også at den sterkeste økningen er å finne i overgangen mellom videregående utdanning og universitets/høgskole lavere grad.

Mens det blant kvinner i alderen 67 år og eldre som hadde grunnskole eller kortere som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var 32 prosent som hadde konsultert legespesialist på sykehus siste 12 måneder, var tilsvarende andel 33 prosent blant de med videregående utdanning, 47 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad, og 56 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning høyere grad som høyeste utdanning i 2005. Disse resultatene er relativt sikre i statistisk sammenheng, jf. kjikvadrattesten ($p < 0,05$).

Grunnlagsdata viser at noe av den samme tendensen også gjaldt for rapporteringen i 1998 og 2002. Andelen som har konsultert legespesialist på sykehus siste 12 måneder økte ikke like entydig med stigende utdanning disse årene, men resultatene viser at andelene generelt er større på de høyere utdanningsnivåene.

Konsultasjoner med psykolog

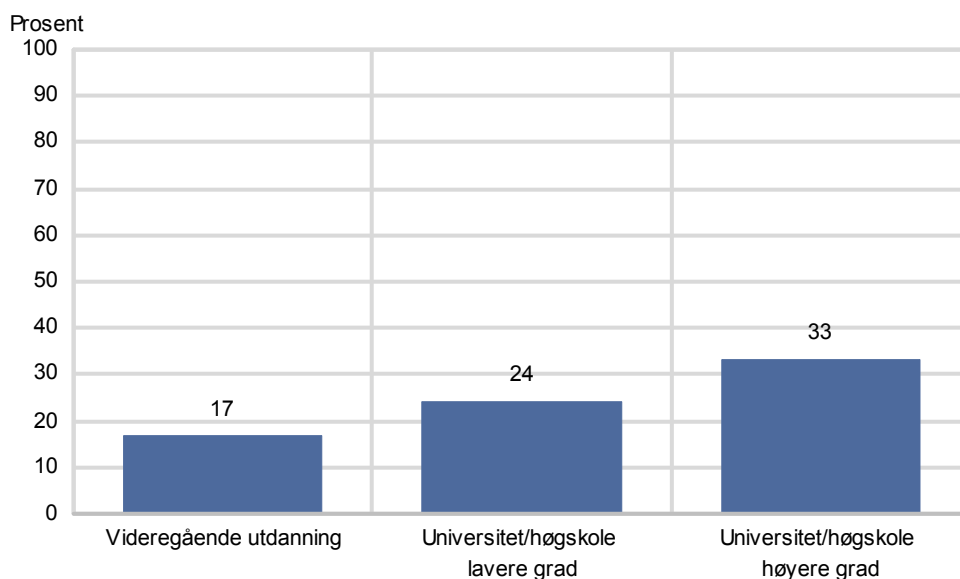
Når det gjelder konsultasjoner med psykolog siste 12 måneder viser resultatene fra 2005 det som ofte omtales som en motsatt sosial gradient, nemlig at andelen som har brukt tjenesten avtar med økende sosial status. Spesielt blant kvinner i de to yngste aldersgruppene viser rapporteringen at andelen som har konsultert psykolog siste 12 måneder avtar med stigende utdanning. Forskjellene er dessuten relativt store.

Mens det blant kvinner i alderen 16-24 år som hadde grunnskole eller kortere som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var 52 prosent som hadde konsultert psykolog siste 12 måneder, var tilsvarende andel 10 prosent blant de med videregående utdanning, og 4 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad som høyeste utdanning i 2005. Resultatene er relativt sikre i en statistisk sammenheng, jf. kjikvadrattesten ($p < 0,05$). Grunnlagsdata viser for øvrig at denne tendensen til en motsatt sosial gradient også gjorde seg gjeldende i 2002.

Konsultasjoner med fysioterapeut

Rapporteringen av konsultasjoner med fysioterapeut siste 12 måneder etter kjønn, alder og utdanning i 2005, viser en tendens til ulikheter i bruk av tjenesten blant kvinner i aldersgruppen 25-44 år. Figur 3.17 viser hvordan andelen kvinner i alderen 25-44 år som har konsultert fysioterapeut siste 12 måneder fordeler seg etter utdanning i 2005. Det finnes for øvrig ingen rapporteringer i 2005 blant kvinner på det laveste utdanningsnivået.

Figur 3.17. Kvinner i alderen 25-44 år i gruppen personer med varig sykdom som har konsultert fysioterapeut siste 12 måneder, etter utdanning, 2005. N = 71. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå

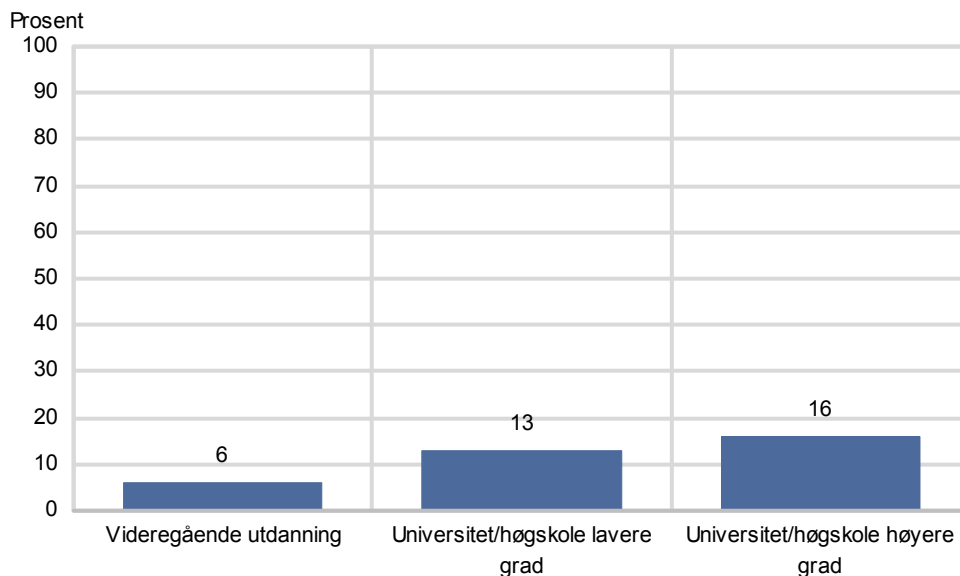
Figur 3.17 viser at andelen som har konsultert fysioterapeut siste 12 måneder blant kvinner i aldersgruppen 25-44 år, øker med stigende utdanning. Figuren viser også at den sterkeste økningen er å finne i overgangen mellom de to høyeste utdanningsnivåene.

Mens det blant kvinner i alderen 25-44 år som hadde videregående utdanning som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var 17 prosent som hadde konsultert fysioterapeut siste 12 måneder, var tilsvarende andel 24 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad, og 33 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning høyere grad som høyeste utdanning i 2005.

Konsultasjoner med kiropraktor

Den samme tendensen som gjaldt for konsultasjoner med fysioterapeut blant kvinner i alderen 25-44 år, finnes blant menn i samme aldersgruppe i forbindelse med konsultasjoner med kiropraktor siste 12 måneder. Figur 3.18 viser hvordan andelen menn i alderen 25-44 år som har konsultert kiropraktor siste 12 måneder fordeler seg etter utdanning i 2005. Det finnes for øvrig ingen rapporteringer av konsultasjoner i 2005 blant menn på det laveste utdanningsnivået.

Figur 3.18. Menn i alderen 25-44 år i gruppen personer med varig sykdom som har konsultert kiropraktor siste 12 måneder, etter utdanning. 2005. N = 72. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå

Figur 3.18 viser at andelen som har konsultert kiropraktor siste 12 måneder blant menn i aldersgruppen 25-44 år, øker med stigende utdanning. Figuren viser også at den sterkeste økningen er å finne i overgangen mellom utdanningsnivåene videregående utdanning og universitet/høgskole lavere grad.

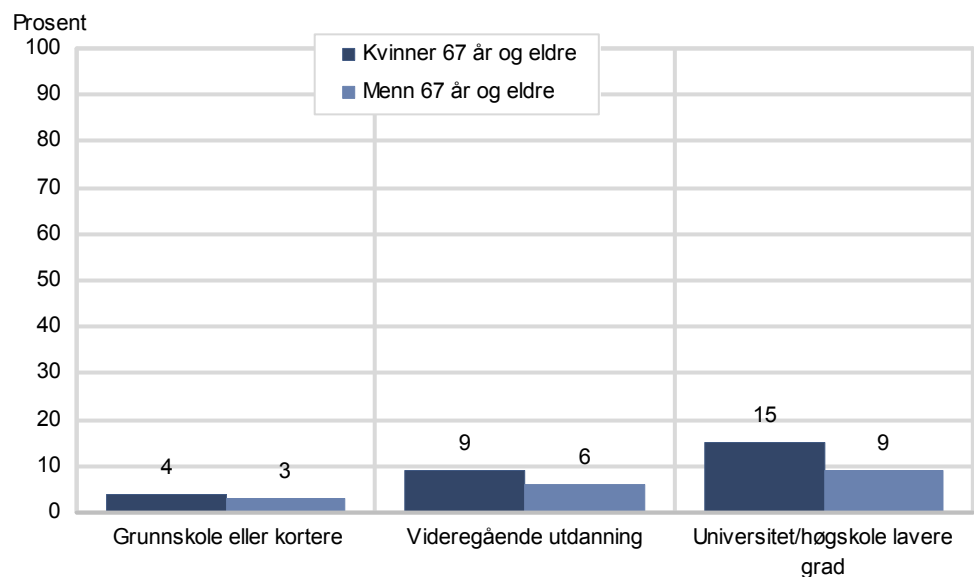
Mens det blant menn i alderen 25-44 år som hadde videregående utdanning som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var 6 prosent som hadde konsultert kiropraktor siste 12 måneder, var tilsvarende andel 13 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad, og 16 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning høyere grad som høyeste utdanning i 2005.

Grunnlagsdata viser at det også i 2002 var en tendens til at andelen som hadde konsultert kiropraktor økte med stigende utdanning blant menn i alderen 25-44 år. Grunnlagsdata viser dessuten at denne tendensen også gjaldt for kvinner i samme aldersgruppe i 2005, men da var det kun rapporteringer på de to høyeste utdanningsnivåene. Mens det var 9 prosent av kvinnene som hadde universitets-/høgskoleutdanning lavere grad som konsulterte kiropraktor, var tilsvarende andel 23 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning høyere grad som høyeste utdanningsnivå i husholdningen. Disse resultatene er relativt statistisk sikre, jf. kjikvadrattesten ($p < 0,01$).

Konsultasjoner med alternativ behandler

Rapporteringen av konsultasjoner med alternativ behandler siste 12 måneder etter kjønn, alder og utdanning i 2005, viser en tendens til ulikheter i bruk av tjenesten både blant kvinner og menn i den eldste aldersgruppen. Figur 3.19 viser hvordan andelen kvinner og menn i alderen 67 år og eldre som har konsultert alternativ behandler siste 12 måneder fordeler seg etter utdanning i 2005. For øvrig finnes det ingen rapporteringer verken blant kvinner eller menn i den eldste aldersgruppen på det høyeste utdanningsnivået.

Figur 3.19. Kvinner og menn i alderen 67 år og eldre i gruppen personer med varig sykdom som har konsultert alternativ behandler siste 12 måneder, etter utdanning. 2005. N = 237. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå

Figur 3.19 viser at andelen som har konsultert alternativ behandler siste 12 måneder blant kvinner og menn i aldersgruppen 67 år og eldre, øker med stigende utdanning. Figuren viser også at den sterkeste økningen er å finne blant kvinner i overgangen mellom utdanningsnivåene videregående utdanning og universitet/høgskole lavere grad.

Mens det blant kvinner i alderen 67 år og eldre som hadde grunnskole eller kortere som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var 4 prosent som hadde konsultert alternativ behandler siste 12 måneder, var tilsvarende andel 9 prosent blant de med videregående utdanning, og 15 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad som høyeste utdanning i 2005. Kjikkvadrattesten ($p < 0,001$) viser at disse resultatene er statistisk sikre. Mens det blant menn i alderen 67 år og eldre som hadde grunnskole eller kortere som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var 3 prosent som hadde konsultert alternativ behandler siste 12 måneder, var tilsvarende andel 6 prosent blant de med videregående utdanning, og 9 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad som høyeste utdanning samme år.

Grunnlagsdata viser ellers at det også blant kvinner i aldersgruppen 25-44 år og blant menn i alderen 45-66 år, er en entydig tendens til at andelen som har konsultert alternativ behandler siste 12 måneder øker med stigende utdanning. I begge disse sammenhengene er resultatene relativt statistisk sikre, jf. kjikkvadrattesten ($p < 0,05$).

3.2.4. Hovedtendenser

- Det er tendenser til sosialt betingete forskjeller i bruk av primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester blant personer med varig sykdom, og da særlig etter utdanning.
- Forskjeller i bruk av tjenester etter utdanning gjør seg gjeldende både blant kvinner og menn.
- Det er tendenser til sosiale ulikheter i de fleste aldersgrupper, men tendensen er sterkest i den eldste aldersgruppen, 67 år og eldre.
- I flere sammenhenger opprettholdes forskjellene etter utdanning over tid.

3.3. Personer med hjerte- og karsykdommer

Gruppen personer med hjerte- og karsykdommer består av alle personer som gjennom levekårsundersøkelsen har rapportert en varig sykdom som er en hjerte- og karsykdom i henholdsvis 1998, 2002 og 2005. Denne gruppen utgjør om lag 16 prosent av levekårsutvalget i 2005, mens andelen var 15 prosent i 2002 og 14 prosent i 1998. Samtidig som både gruppens andel av utvalget og størrelsen på gruppen har økt noe over tid, er kjønnsfordelingen stabil mellom årgangene. I 2005 besto for øvrig gruppen av i alt 1 100 personer, hvorav 570 var kvinner og 530 var menn.

I motsetning til de to førstnevnte gruppene, hvor det kan være stor variasjon i type helseproblemer og sykdomsbetegnelser, representerer denne gruppen personer som i hvert fall har det til felles at de har en varig hjerte- og karsykdom. Riktignok kan det være variasjon i type hjerte- og karsykdom og alvorlighetsgrad fra én person til en annen i gruppen. Behovet for ulike tjenester på forskjellige spesialiseringsnivåer kan derfor være noe forskjellig. Det faktum at personene har en hjerte- og karsykdom som har vart eller forventes å vare i minst 6 måneder, sannsynliggjør imidlertid at personene i gruppen er sammenlignbar med hensyn til behov for helsetjenester, uavhengig av behandlingsnivå.

Nedenfor blir først noen av resultatene for personer med hjerte- og karsykdommer oppsummert (kapittel 3.3.1), for dernest å bli presentert i en mer detaljert form (kapittel 3.3.2 og 3.3.3). Til sist blir noen hovedtendenser for gruppen presentert (kapittel 3.3.4).

3.3.1. Oppsummering av resultater

Bruk av primærhelsetjenester

- Andelen menn i alderen 67 år og eldre som har konsultert allmennlege siste 14 dager, øker i all hovedsak med stigende utdanning i 2005.
- Andelen kvinner i alderen 45-66 år som har konsultert allmennlege for øyeblikkelig hjelp siste 12 måneder, øker med stigende utdanning i 2005.
- Andelen kvinner og menn i alderen 25-44 år som har blitt henvist til spesialist i eller utenfor sykehus siste 12 måneder, øker med stigende utdanning i 2005.
- Andelen kvinner i alderen 45-66 år som mener at deres fastlege tar dem og deres problemer på alvor, øker med stigende utdanning i 2005.
- Andelen kvinner i alderen 45-66 år som mener at fastlegen forklarer ting på en forståelig måte, øker med stigende utdanning i 2005.

Bruk av spesialisthelsetjenester

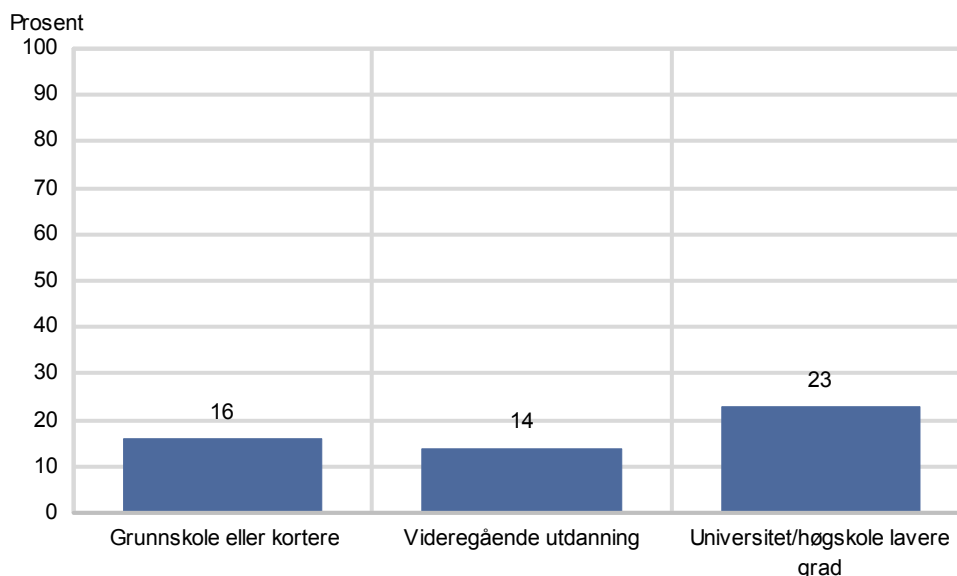
- Andelen kvinner i alderen 45-66 år som har konsultert legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder, øker med stigende utdanning i 2005.
- Andelen kvinner i alderen 45-66 år som har konsultert legespesialist på sykehus siste 12 måneder, øker med stigende utdanning i 2005.
- Andelen kvinner og menn i alderen 45-66 år som har konsultert psykolog siste 12 måneder, øker i all hovedsak med stigende utdanning i 2005. For menn i alderen 45-66 år gjaldt samme tendens i 1998 og 2002.
- Andelen kvinner i aldersgruppen 67 år og eldre som har konsultert fysioterapeut siste 12 måneder, øker med stigende utdanning i 2005.
- Andelen menn i alderen 67 år og eldre som har konsultert kiropraktor siste 12 måneder, øker med stigende utdanning i 2005.
- Andelen kvinner og menn i aldersgruppene 45-66 år og 67 år og eldre som har konsultert alternativ behandler siste 12 måneder, øker med stigende utdanning i 2005.
- Andelen kvinner i alderen 67 år og eldre som har konsultert alternativ behandler siste 12 måneder, øker med stigende inntekt i 2005.

3.3.2. Bruk av primærhelsetjenester

Konsultasjoner med allmennlege siste 14 dager

Resultatene viser at det blant kvinner i alderen 67 år og eldre er noen forskjeller, om enn ikke entydige, i andelen som har konsultert allmennlege siste 14 dager etter utdanning. Figur 3.20 viser hvordan andelen kvinner i alderen 67 år og eldre som har konsultert allmennlege siste 14 dager fordeler seg etter utdanning i 2005. Det høyeste utdanningsnivået er utelatt fra figuren fordi det er få personer med universitets-/høgskoleutdanning høyere grad blant kvinner i denne aldersgruppen.

Figur 3.20. Kvinner i alderen 67 år og eldre i gruppen personer med hjerte- og karsykdommer som har konsultert allmennlege siste 14 dager, etter utdanning. 2005. N = 120. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå

Figur 3.20 viser at andelen som har konsultert allmennlege siste 14 dager blant kvinner i aldersgruppen 67 år og eldre, først avtar noe for så å øke med stigende utdanning. Figuren viser også at den sterkeste endringen er å finne i overgangen mellom videregående utdanning og universitets-/høgskoleutdanning lavere grad.

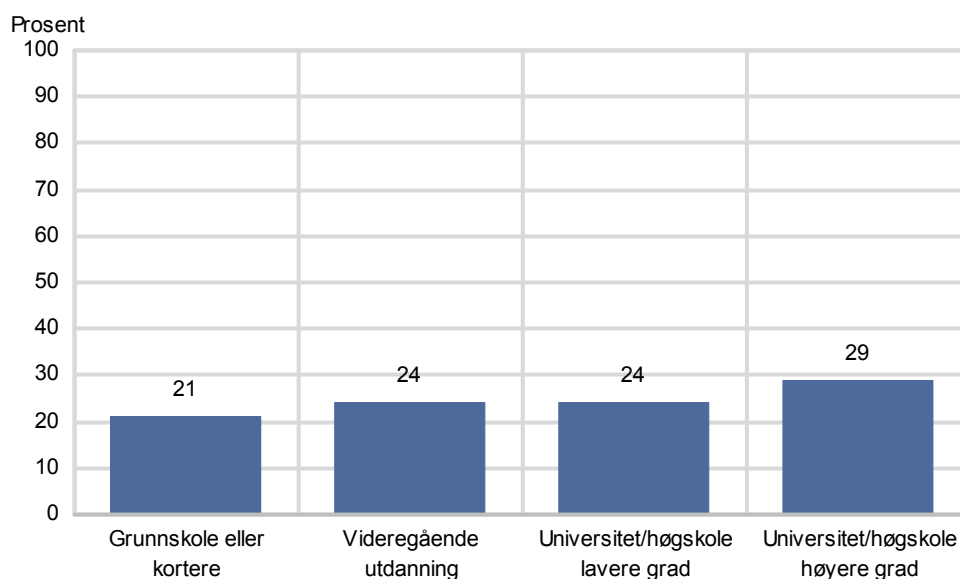
Mens det blant kvinner i alderen 67 år og eldre som hadde grunnskole eller kortere som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var 16 prosent som hadde konsultert allmennlege siste 14 dager, var tilsvarende andel 14 prosent blant de med videregående utdanning, og 21 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad som høyeste utdanning i 2005.

Blant menn i den eldste aldersgruppen er det for øvrig en entydig tendens til en motsatt sosial gradient når det gjelder inntekt. Bruken av tjenesten avtar relativt klart med stigende inntekt. Mens det blant menn med en husholdningsinntekt på under 200 000 kroner var 26 prosent som hadde konsultert allmennlege siste 14 dager, var tilsvarende andel 16 prosent blant de med en inntekt på 200 000-300 000 kroner, 13 prosent blant de med en inntekt på 300 000-400 000 kroner, og 8 prosent blant de med en inntekt på 400 000-500 000 kroner.

Konsultasjoner med allmennlege for øyeblikkelig hjelp siste 12 måneder

Når det gjelder konsultasjoner med allmennlege for øyeblikkelig hjelp siste 12 måneder, viser resultatene tendenser til forskjeller etter utdanning blant kvinner i alderen 45-66 år. Figur 3.21 viser hvordan andelen kvinner i alderen 45-66 år som har konsultert allmennlege for øyeblikkelig hjelp siste 12 måneder fordeler seg etter utdanning i 2005.

Figur 3.21. Kvinner i alderen 45-66 år i gruppen personer med hjerte- og karsykdommer som har konsultert allmennlege for øyeblikkelig hjelp siste 12 måneder, etter utdanning, 2005. N = 222. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå

Figur 3.21 viser at andelen som har konsultert allmennlege for øyeblikkelig hjelp siste 12 måneder blant kvinner i aldersgruppen 45-66 år, i all hovedsak øker med stigende utdanning i 2005. Figuren viser også at den sterkeste økningen er å finne i overgangen mellom det nest høyeste og det høyeste utdanningsnivået.

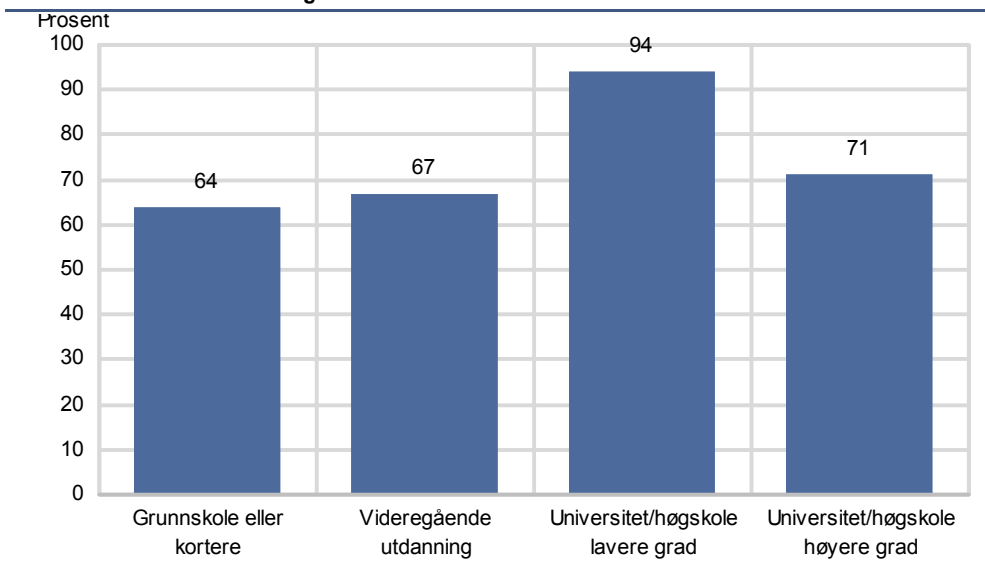
Mens det blant kvinner i alderen 45-66 år som hadde grunnskole eller kortere som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var 21 prosent som hadde konsultert allmennlege for øyeblikkelig hjelp siste 12 måneder, var tilsvarende andel 24 prosent blant de med henholdsvis videregående utdanning og universitets-/høgskoleutdanning lavere grad, og 29 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning høyere grad som høyeste utdanning i 2005. Kjikkvadrattesten ($p < 0,05$) viser at disse resultatene er relativt sikre i en statistisk sammenheng.

Grunnlagsdata viser for øvrig at det blant menn i den eldste aldersgruppen er en svak tendens til at andelen som har konsultert allmennlege for øyeblikkelig hjelp siste 12 måneder, øker med stigende utdanning. Mens det blant menn i alderen 67 år og eldre som hadde grunnskole eller kortere som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var 20 prosent som hadde konsultert allmennlege for øyeblikkelig hjelp siste 12 måneder, var tilsvarende andel 21 prosent blant de med videregående utdanning, 22 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad, og 23 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning høyere grad som høyeste utdanning i 2005.

Fastlegens henvisninger

Rapporteringen av henvisninger til spesialist i eller utenfor sykehus av fastlege siste 12 måneder etter kjønn, alder og utdanning, viser en tendens til ulikheter blant menn i alderen 67 år og eldre i 2005. Figur 3.22 viser hvordan andelen menn i aldersgruppen 67 år og eldre som har blitt henvist til spesialist i eller utenfor sykehus siste 12 måneder fordeler seg etter utdanning i 2005.

Figur 3.22. Menn i alderen 67 år og eldre i gruppen personer med hjerte- og karsykdommer som er henvist til spesialist i eller utenfor sykehus av fastlege siste 12 måneder, etter utdanning. 2005. N = 113. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå

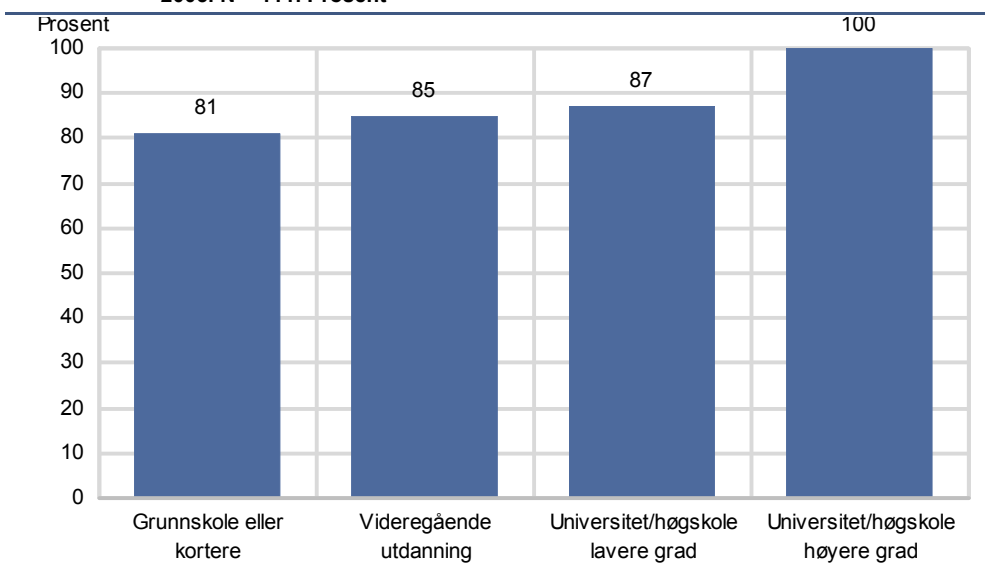
Figur 3.22 viser at andelen som har blitt henvist til spesialist i eller utenfor sykehus siste 12 måneder blant menn i aldersgruppen 67 år og eldre, øker med stigende utdanning til og med det nest høyeste utdanningsnivået i 2005, for så å avta mellom det nest høyeste og det høyeste utdanningsnivået.

Mens det blant menn i alderen 67 år og eldre som hadde grunnskole eller kortere som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var 64 prosent som ble henvist til spesialist i eller utenfor sykehus av fastlege siste 12 måneder, var tilsvarende andel 67 prosent blant de med videregående utdanning, 94 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad, og 71 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning høyere grad som høyeste utdanning i 2005.

Vurdering av fastlege

I vurderingen av om fastlegen tar pasienten og deres problemer på alvor etter kjønn, alder og utdanning, er det en tendens til forskjeller blant kvinner i aldersgruppen 45-66 år. Figur 3.23 viser hvordan andelen kvinner i alderen 45-66 år som mener at deres fastlege tar dem og deres problemer på alvor fordeler seg etter utdanning i 2005.

Figur 3.23. Kvinner i alderen 45-66 år i gruppen personer med hjerte- og karsykdommer som mener at deres fastlege tar dem og deres problemer på alvor, etter utdanning. 2005. N = 111. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå

Figur 3.23 viser at andelen som mener at deres fastlege tar dem og deres problemer på alvor blant kvinner i aldersgruppen 45-66 år, øker med stigende utdanning i 2005. Figuren viser også at den sterkeste økningen er å finne i overgangen mellom det nest høyeste og det høyeste utdanningsnivået.

Mens det blant kvinner i alderen 45-66 år som hadde grunnskole eller kortere som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var 81 prosent som mente at deres fastlege tok dem og deres problemer på alvor, var tilsvarende andel 85 prosent blant de med videregående utdanning, 87 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad, og 100 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning høyere grad som høyeste utdanning i 2005.

I vurderingen av fastlegen er det blant kvinner i den eldste aldersgruppen ulikheter i tillit til fastlegens behandling kommer til uttrykk. Dette gjelder spesielt forskjeller etter husholdningsinntekt. Andelen som har full tillit til den behandlingen deres fastlege gir blant kvinner i aldersgruppen 67 år og eldre, øker i all hovedsak med stigende inntekt i 2005.

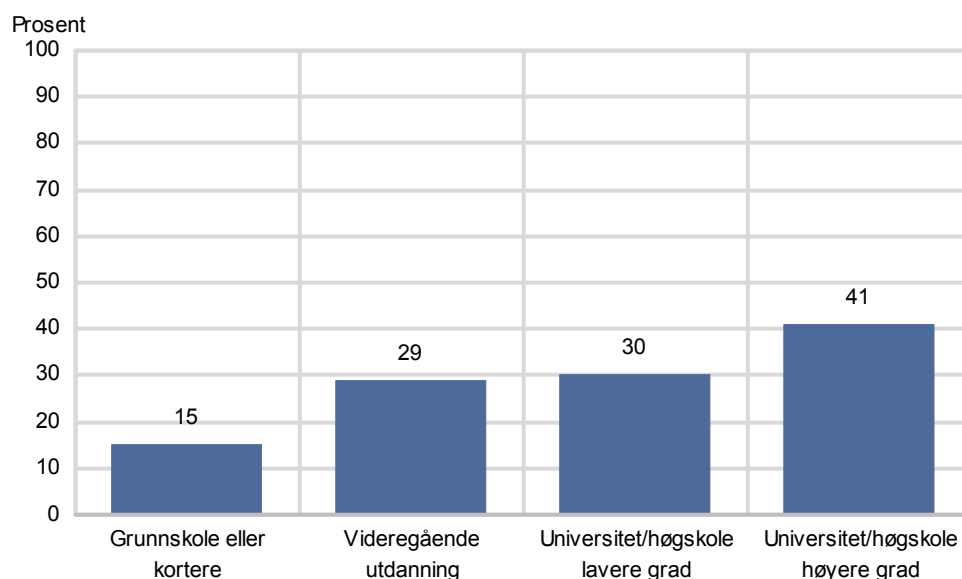
Også når det gjelder vurderingen av om fastlegen forklarer ting på en forståelig måte er det forskjeller blant kvinner. Andelen øker med stigende utdanning blant kvinner i alderen 45-66 år. Mens det var 9 prosent av kvinnene i alderen 45-66 år med grunnskole eller kortere utdanning som høyeste utdanning i husholdningen som mente at fastlegen forklarte ting på en forståelig måte, var tilsvarende andel 22 prosent blant de med videregående utdanning som høyeste utdanning. Blant kvinner på de to høyeste utdanningsnivåene var til sammenligning andelen 32 prosent. Disse resultatene er relativt sikre i en statistisk sammenheng, jf. kjiqvadrattesten ($p < 0,05$).

3.3.3. Bruk av spesialisthelsetjenester

Konsultasjoner med legespesialist utenfor sykehus

Rapporteringen av konsultasjoner med legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder etter kjønn, alder og utdanning, viser en tendens til ulikheter i bruk av tjenesten blant kvinner i alderen 45-66 år i 2005. Figur 3.24 viser hvordan andelen kvinner i aldersgruppen 45-66 år som har konsultert legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder fordeler seg etter utdanning i 2005.

Figur 3.24. Kvinner i alderen 45-66 år i gruppen personer med hjerte- og karsykdommer som har konsultert legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder, etter utdanning. 2005. N = 222. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå

Figur 3.24 viser at andelen som har konsultert legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder blant kvinner i aldersgruppen 45-66 år, øker med stigende utdanning i 2005. Figuren viser også at den sterkeste økningen er å finne i overgangen mellom det nest høyeste og det høyeste utdanningsnivået.

Mens det blant kvinner i alderen 45-66 år som hadde grunnskole eller kortere som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var 15 prosent som hadde konsultert legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder, var tilsvarende andel 29 prosent blant de med videregående utdanning, 30 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad, og 41 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning høyere grad som høyeste utdanning i 2005.

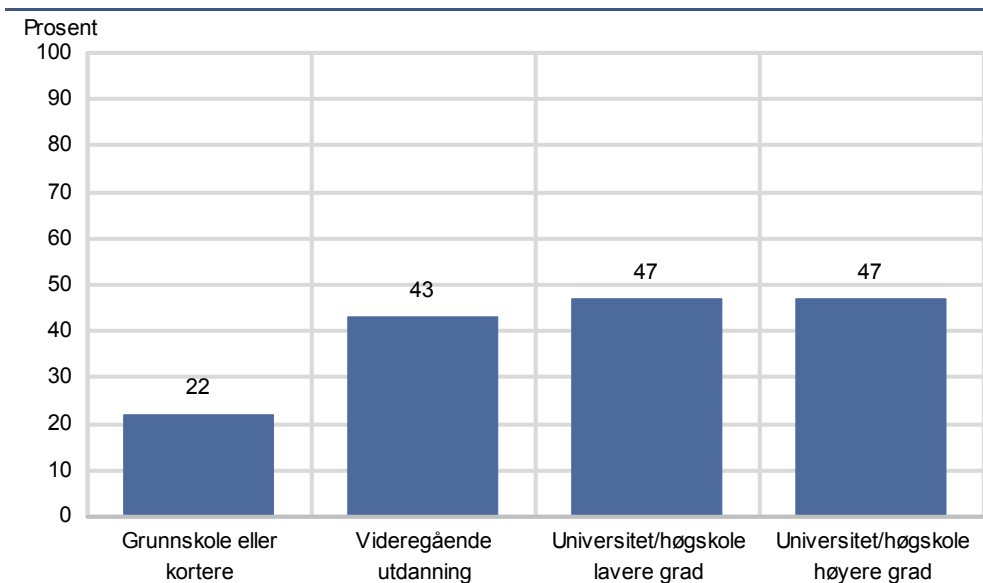
Blant menn er det spesielt i den eldste aldersgruppen det forekommer forskjeller, og da forskjeller etter husholdningsinntekt. Til tross for at det ikke er en entydig tendens til at andelen som har konsultert legespesialist utenfor sykehus øker med stigende inntekt, viser grunnlagsdata at andelen øker relativt jevnt i de høyere inntektsgruppene.

Mens det var 17 prosent blant menn i alderen 67 år og eldre i inntektsgruppen under 200 000 kroner som hadde konsultert legespesialist utenfor sykehus, var tilsvarende andel 28 prosent blant de med inntekt på 200 000-300 000 kroner, 26 prosent blant de med 300 000-400 000 kroner i inntekt, 35 prosent blant de med inntekt på 400 000-500 000 kroner, og 55 prosent blant menn i inntektsgruppen 500 000-750 000 kroner. Kjikvadrattesten ($p < 0,01$) viser for øvrig at disse resultatene er statistisk sikre.

Konsultasjoner med legespesialist på sykehus

Rapporteringen av konsultasjoner med legespesialist på sykehus siste 12 måneder etter kjønn, alder og utdanning, viser en tendens til ulik bruk av tjenesten blant kvinner i alderen 45-66 år i 2005. Figur 3.25 viser hvordan andelen kvinner i aldersgruppen 45-66 år som har konsultert legespesialist på sykehus siste 12 måneder fordeler seg etter utdanning i 2005.

Figur 3.25. Kvinner i alderen 45-66 år i gruppen personer med hjerte- og karsykdommer som har konsultert legespesialist på sykehus siste 12 måneder, etter utdanning. 2005. N = 222. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå

Figur 3.25 viser at andelen som har konsultert legespesialist på sykehus siste 12 måneder blant kvinner i aldersgruppen 45-66 år, i all hovedsak øker med stigende utdanning i 2005. Figuren viser også at den sterkeste økningen er å finne i over-

gangen mellom det laveste og det nest laveste utdanningsnivået, og at det er relativt små forskjeller mellom de tre høyeste utdanningsnivåene.

Mens det blant kvinner i alderen 45-66 år som hadde grunnskole eller kortere som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var 22 prosent som hadde konsultert legespesialist på sykehus siste 12 måneder, var tilsvarende andel 43 prosent blant de med videregående utdanning, og 47 prosent blant de med henholdsvis universitets-/høgskoleutdanning lavere grad, og universitets-/høgskoleutdanning høyere grad som høyeste utdanning i 2005. Både kjikvadrattesten ($p < 0,05$) og den logistiske regresjonsanalysen ($p < 0,01$) viser at disse resultatene er relativt sikre i statistisk sammenheng.

Konsultasjoner med psykolog

Opplysninger fra levekårsundersøkelsen i 2005 viser noen tendenser til ulikheter etter kjønn, alder og utdanning med hensyn til konsultasjoner med psykolog. Dette gjelder både for kvinner og menn i alderen 45-66 år.

Blant kvinner i alderen 45-66 år med videregående utdanning som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var det 4 prosent som hadde konsultert psykolog siste 12 måneder, mens tilsvarende andel blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad var 6 prosent. Blant menn i samme aldersgruppe med henholdsvis videregående utdanning og universitets-/høgskoleutdanning lavere grad som høyeste utdanningsnivå, var andelen 3 prosent. Til sammenligning var det 5 prosent blant menn i alderen 45-66 år med universitets-/høgskoleutdanning høyere grad som hadde konsultert psykolog.

Grunnlagsdata viser at tendensen til ulikheter etter utdanning blant menn i alderen 45-66 år også gjaldt for 1998 og 2002, mens tendensen utelukkende gjaldt for 2005 for kvinner i samme aldersgruppe.

Innleggelse på sykehus

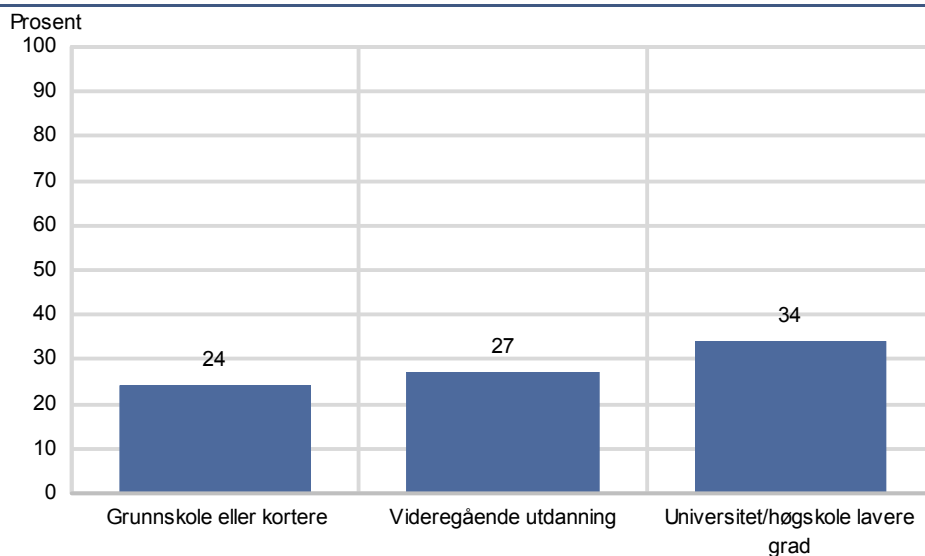
Når det gjelder innleggelser på sykehus er det en svak om enn ikke helt entydig tendens til at andelen som har vært innlagt på sykehus siste 12 måneder øker med stigende utdanning blant kvinner i de to eldste aldersgruppene i 2005. I begge aldersgruppene er det kvinnene med universitets-/høgskoleutdanning høyere grad som høyeste utdanningsnivå i husholdningen som skiller seg ut.

For eksempel viser rapporteringen for den nest eldste aldersgruppen at andelen som har vært innlagt på sykehus blant kvinner med enten grunnskole eller kortere, videregående utdanning eller universitets-/høgskoleutdanning lavere grad som høyeste utdanning i husholdningen, var om lag 14 prosent. Tilsvarende andel var 23 prosent blant kvinner i alderen 45-66 år med universitets-/høgskoleutdanning høyere grad.

Konsultasjoner med fysioterapeut

Resultatene for personer med hjerte- og karsykdommer viser at det blant kvinner i alderen 67 år og eldre er noen forskjeller i andelen som har konsultert fysioterapeut siste 12 måneder etter utdanning. Figur 3.26 viser hvordan andelen kvinner i alderen 67 år og eldre som har konsultert fysioterapeut siste 12 måneder fordeler seg etter utdanning i 2005. Det høyeste utdanningsnivået er utelatt fra figuren fordi det er for få personer med universitets-/høgskoleutdanning høyere grad blant kvinner i den eldste aldersgruppen.

Figur 3.26. Kvinner i alderen 67 år og eldre i gruppen personer med hjerte- og karsykdommer som har konsultert fysioterapeut siste 12 måneder, etter utdanning. 2005. N = 120. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå

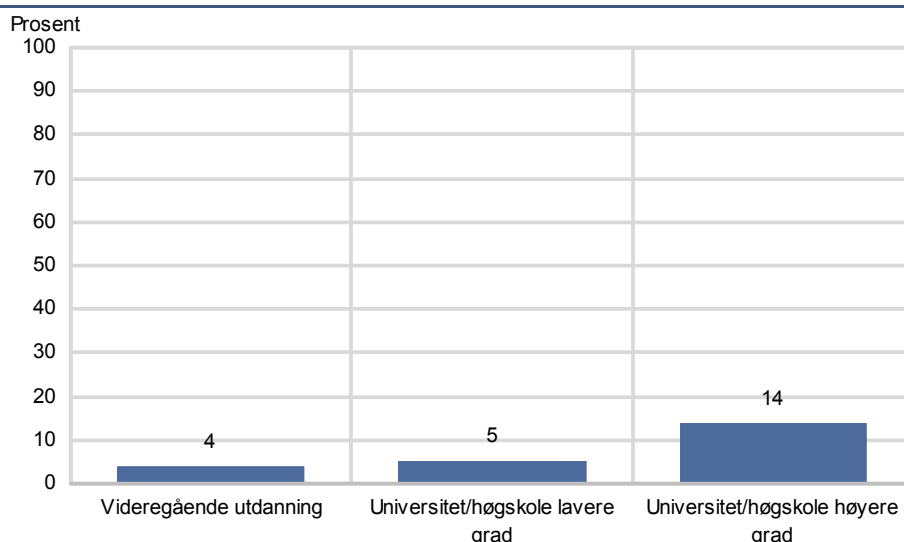
Figur 3.26 viser at andelen som har konsultert fysioterapeut siste 12 måneder blant kvinner i aldersgruppen 67 år og eldre, øker med stigende utdanning i 2005. Figuren viser også at den sterkeste økningen er å finne i overgangen mellom videregående utdanning og universitets-/høgskoleutdanning lavere grad.

Mens det blant kvinner i alderen 67 år og eldre som hadde grunnskole eller kortere som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var 24 prosent som hadde konsultert fysioterapeut siste 12 måneder, var tilsvarende andel 27 prosent blant de med videregående utdanning, og 34 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad som høyeste utdanning i 2005.

Konsultasjoner med kiropraktor

Rapporteringen av konsultasjoner med kiropraktor siste 12 måneder etter kjønn, alder og utdanning, viser en tendens til ulik bruk av tjenesten blant menn i den eldste aldersgruppen i 2005. Figur 3.27 viser hvordan andelen menn i alderen 67 år og eldre som har konsultert kiropraktor siste 12 måneder fordeler seg etter utdanning i 2005. Det er for øvrig ingen rapporteringer i 2005 blant menn på det laveste utdanningsnivået.

Figur 3.27. Menn i alderen 67 år og eldre i gruppen personer med hjerte- og karsykdommer som har konsultert kiropraktor siste 12 måneder, etter utdanning. 2005. N = 71. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå

Figur 3.27 viser at andelen som har konsultert kiropraktor siste 12 måneder blant menn i aldersgruppen 67 år og eldre, øker med stigende utdanning i 2005. Figuren viser også at den sterkeste økningen er å finne i overgangen mellom det nest høyeste og det høyeste utdanningsnivået.

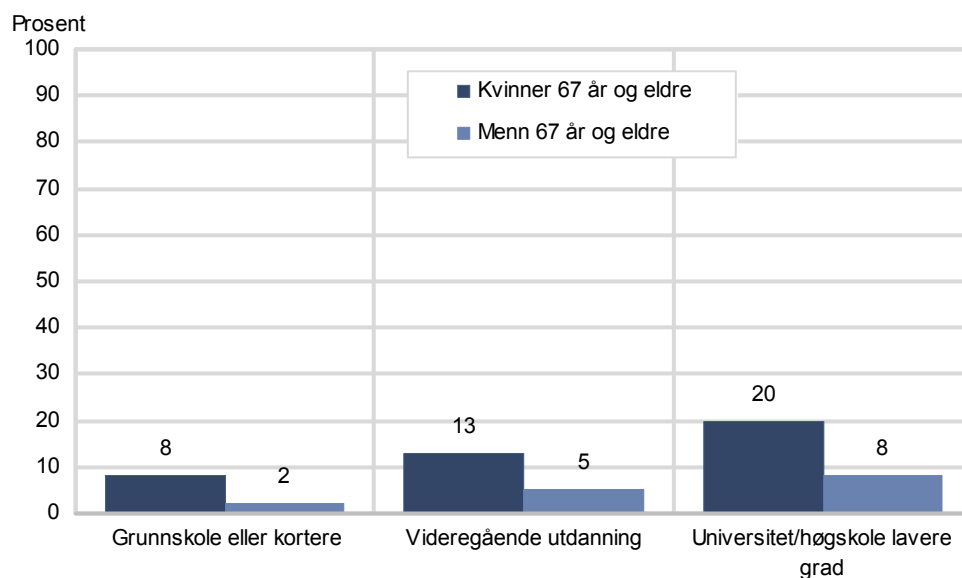
Mens det blant menn i alderen 67 år og eldre som hadde videregående utdanning som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var 4 prosent som hadde konsultert kiropraktor siste 12 måneder, var tilsvarende andel 5 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad, og 14 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning høyere grad som høyeste utdanning i 2005. Både kjikvadrattesten ($p < 0,05$) og den logistiske regresjonsanalysen ($p < 0,05$) viser at disse resultatene er relativt sikre i statistisk sammenheng.

Grunnlagsdata viser for øvrig at den samme tendensen gjør seg gjeldende blant menn i alderen 45-66 år i 2005, men at det bare er rapporteringer på utdanningsnivåene videregående utdanning (4 prosent) og universitets-/høgskoleutdanning lavere grad (10 prosent) i denne aldersgruppen. Disse resultatene er også relativt sikre, jf. kjikvadrattesten ($p < 0,05$).

Konsultasjoner med alternativ behandler

Når det gjelder rapporteringen av konsultasjoner med alternativ behandler siste 12 måneder etter kjønn, alder og utdanning, viser resultatene fra 2005 at det er forskjeller i bruk av tjenesten blant begge kjønn i ulike aldersgrupper. Figur 3.28 viser hvordan andelen kvinner og menn i alderen 67 år og eldre som har konsultert alternativ behandler siste 12 måneder fordeler seg etter utdanning i 2005. For øvrig er det ingen rapporteringer for verken kvinner eller menn på det høyeste utdanningsnivået i 2005.

Figur 3.28. Kvinner og menn i alderen 67 år og eldre i gruppen personer med hjerte- og karsykdommer som har konsultert alternativ behandler siste 12 måneder, etter utdanning, 2005. N = 226. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå

Figur 3.28 viser at andelen som har konsultert alternativ behandler siste 12 måneder blant henholdsvis kvinner og menn i aldersgruppen 67 år og eldre, øker med stigende utdanning i 2005. Figuren viser også at den sterkeste økningen er å finne blant kvinner i overgangen mellom videregående utdanning og universitets-/høgskoleutdanning lavere grad, og at det er høyere andeler blant kvinner på alle utdanningsnivåene.

Mens det blant kvinner i alderen 67 år og eldre som hadde grunnskole eller kortere som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var 8 prosent som hadde konsultert alternativ behandler siste 12 måneder, var tilsvarende andel 13 prosent blant de med videregående utdanning, og 20 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad som høyeste utdanning i 2005. Mens det blant menn i alderen 67 år og eldre som hadde grunnskole eller kortere som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var 2 prosent som hadde konsultert alternativ behandler siste 12 måneder, var tilsvarende andel 5 prosent blant de med videregående utdanning, og 8 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad som høyeste utdanning i 2005.

Grunnlagsdata viser videre at de samme tendensene gjelder blant kvinner og menn i alderen 45-66 år. Også for denne aldersgruppen øker i all hovedsak andelen som har konsultert alternativ behandler med stigende utdanning i 2005. Blant menn i alderen 45-66 år med videregående utdanning som høyeste utdanningsnivå i husholdningen, var det eksempelvis 9 prosent som hadde konsultert alternativ behandler siste 12 måneder. Tilsvarende andel var 18 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad. Disse resultatene er relativt statistisk sikre, jf. kjikvadrattesten ($p < 0,05$).

Grunnlagsdata viser dessuten at andelen kvinner i alderen 67 år og eldre som har konsultert alternativ behandler siste 12 måneder, øker med stigende inntekt. Mens andelen blant de med under 200 000 kroner i husholdningsinntekt var 6 prosent, var tilsvarende andel 10 prosent blant de med 200 000-300 000 kroner, 22 prosent blant de med 300 000-400 000 kroner, og 26 prosent blant de med 400 000-500 000 kroner i husholdningsinntekt i 2005. Både kjikvadrattesten ($p < 0,05$) og den logistiske regresjonsanalysen ($p < 0,05$) viser at resultatene er relativt sikre.

3.3.4. Hovedtendenser

- Det er tendenser til sosialt betingete forskjeller i bruk av primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester blant personer med hjerte- og karsykdommer, og da særlig etter utdanning.
- Forskjeller i bruk av tjenester etter utdanning gjør seg gjeldende både blant kvinner og menn.
- Det er tendenser til sosiale ulikheter i de fleste aldersgrupper, men tendensen er sterkest i den eldste aldersgruppen, 67 år og eldre.
- I noen sammenhenger opprettholdes forskjellene etter utdanning over tid.

3.4. Personer med sykdommer i muskel-skjelettsystemet

Gruppen personer med sykdommer i muskel-skjelettsystemet består av alle personer som gjennom levekårsundersøkelsen har rapportert en varig sykdom som er en muskel-skjelettsykdom i henholdsvis 1998, 2002 og 2005. I 2005 utgjorde gruppen om lag 24 prosent av levekårsutvalget. Med en andel på 23 prosent i 2002 og 24 prosent i 1998 har denne andelen vært stabil over tid. I 2005 besto for øvrig gruppen av 1 601 personer, hvorav 941 var kvinner og 660 var menn.

På samme måte som sykdomsbetegnelsen hjerte- og karsykdommer inkluderer betegnelsen sykdommer i muskel-skjelettsystemet flere ulike medisinske diagnoser. Både alvorlighetsgrad og behovet for ulike tjenester på forskjellige spesialiseringnivåer kan derfor variere fra én person til en annen i gruppen. Sykdommens varighet gir imidlertid grunn til å tro at gruppen inkluderer personer med relativt alvorlige sykdommer, og at dette bidrar til at behovet for primær- og/eller spesialisthelsetjenester er relativt stort og tilnærmet likt fra én person til en annen.

Nedenfor blir først noen av resultatene for personer med sykdommer i muskel-skjelettsystemet oppsummert (kapittel 3.4.1), for dernest å bli presentert i en mer detaljert form (kapittel 3.4.2 og 3.4.3). Til sist blir noen hovedtendenser for gruppen presentert (kapittel 3.4.4).

3.4.1. Oppsummering av resultater

Primærhelsetjenester

- Andelen kvinner og menn i alderen 67 år og eldre som har konsultert allmennlege siste 14 dager, øker med stigende utdanning i 2005.
- Andelen menn i aldersgruppen 67 år og eldre som har konsultert allmennlege siste 12 måneder, øker med stigende utdanning i 2002 og 2005.
- Andelen kvinner i alderen 45-66 år som har blitt henvist til spesialist i eller utenfor sykehus siste 12 måneder, øker med stigende utdanning i 2005.
- Andelen kvinner i aldersgruppene 45-66 år og 67 år og eldre som mener at deres fastlege tar dem og deres problemer på alvor, øker i all hovedsak med stigende utdanning i 2005. Blant menn øker andelen med stigende utdanning i aldersgruppen 45-66 år.
- Andelen kvinner i alderen 67 år og eldre og andelen menn i alderen 45-66 år som har full tillit til den behandlingen deres fastlege gir, øker med stigende utdanning i 2005.

Spesialisthelsetjenester

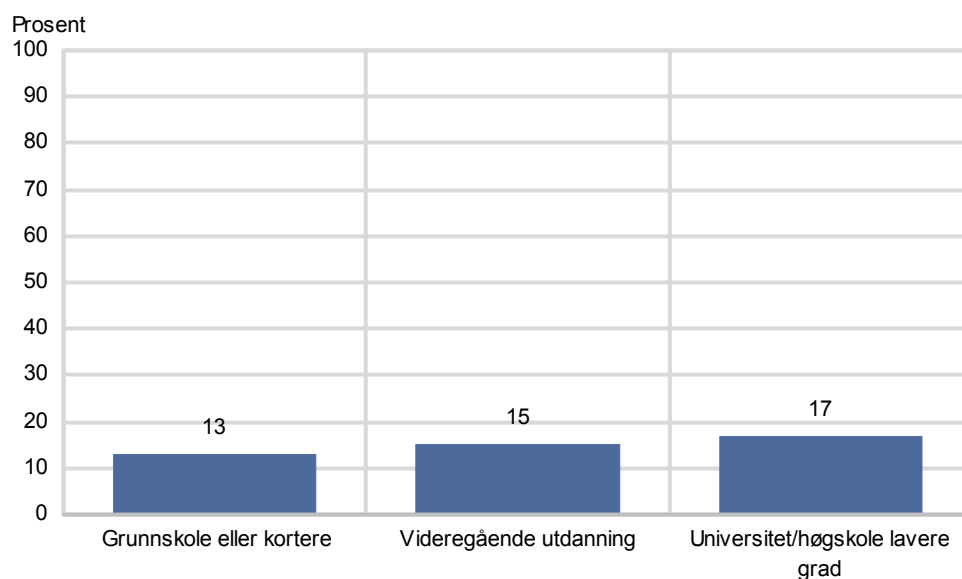
- Andelen menn i alderen 45-66 år som har konsultert legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder, øker med stigende utdanning i 2002 og 2005.
- Andelen kvinner og menn i alderen 45-66 år som har konsultert fysioterapeut siste 12 måneder, øker med stigende utdanning i 2002 og 2005.
- Andelen menn i alderen 67 år og eldre som har konsultert kiropraktor siste 12 måneder, øker med stigende utdanning i 2002 og 2005. Andelen som har brukt tjenesten øker dessuten med stigende utdanning blant kvinner i aldersgruppene 25-44 år og 45-66 år og blant menn i alderen 45-66 år i 2005.
- Andelen kvinner i alderen 67 år og eldre og andelen menn i alderen 67 år og eldre som har konsultert kiropraktor siste 12 måneder, øker med stigende inntekt i 2005.
- Andelen kvinner i aldersgruppene 45-66 år og 67 år og eldre som har konsultert alternativ behandler, øker med stigende utdanning i 2005.

3.4.2. Bruk av primærhelsetjenester

Konsultasjoner med allmennlege siste 14 dager

Resultatene for personer med sykdommer i muskel-skjelettsystemet viser at det blant kvinner i alderen 67 år og eldre er noen forskjeller i andelen som har konsultert allmennlege siste 14 dager etter utdanning. Figur 3.29 viser hvordan andelen kvinner i alderen 67 år og eldre som har konsultert allmennlege siste 14 dager fordeler seg etter utdanning i 2005. Rapporteringene på det høyeste utdanningsnivået er for øvrig utelatt på grunn av få personer i denne gruppen.

Figur 3.29. Kvinner i alderen 67 år og eldre i gruppen personer med sykdommer i muskel-skjelettsystemet som har konsultert allmennlege siste 14 dager, etter utdanning. 2005. N = 117. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå

Figur 3.29 viser at andelen som har konsultert allmennlege siste 14 dager blant kvinner i aldersgruppen 67 år og eldre, øker med stigende utdanning i 2005. Figuren viser også at økningen målt i prosentpoeng er lik mellom utdanningsnivåene.

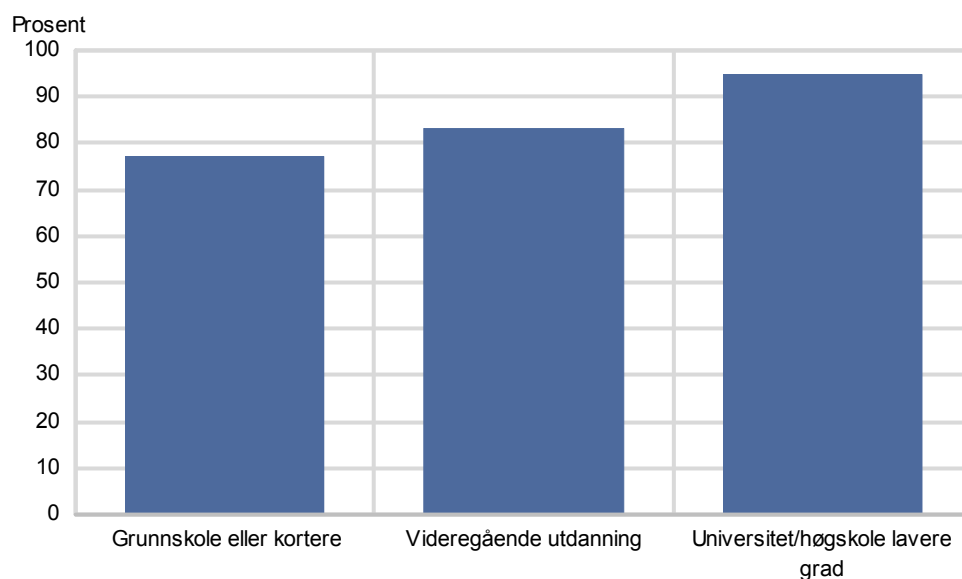
Mens det blant kvinner i alderen 67 år og eldre som hadde grunnskole eller kortere som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var 13 prosent som hadde konsultert allmennlege siste 14 dager, var andelen 15 prosent blant de med videregående utdanning, og 17 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad som høyeste utdanning i 2005.

Grunnlagsdata viser ellers at det blant menn i alderen 45-66 år er relativt klare forskjeller mellom yrkesaktive og ikke yrkesaktive i 2005. Mens det blant yrkesaktive menn var 23 prosent som hadde hatt kontakt med allmennlege siste 14 dager, var tilsvarende andel 6 prosent blant ikke yrkesaktive menn i denne aldersgruppen. Disse resultatene er ganske sikre i en statistisk sammenheng, jf. kjikvadrattesten ($p < 0,01$). Grunnlagsdata viser for øvrig at samme tendens gjorde seg gjeldende for kvinner i aldersgruppene 25-44 år og 45-66 år.

Konsultasjoner med allmennlege siste 12 måneder

Rapporteringen av konsultasjoner med allmennlege siste 12 måneder etter kjønn, alder og utdanning, viser en tendens til ulik bruk av tjenesten blant menn i den eldste aldersgruppen i 2005. Figur 3.30 viser hvordan andelen menn i aldersgruppen 67 år og eldre som har konsultert allmennlege siste 12 måneder fordeler seg etter utdanning i 2005. Rapporteringene på det høyeste utdanningsnivået er for øvrig utelatt på grunn av få personer i denne gruppen.

Figur 3.30. Menn i alderen 67 år og eldre i gruppen personer med sykdommer i muskel-skjelettsystemet som har konsultert allmennlege siste 12 måneder, etter utdanning. 2005. N = 144. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå

Figur 3.30 viser at andelen som har konsultert allmennlege siste 12 måneder blant menn i aldersgruppen 67 år og eldre, øker med stigende utdanning i 2005. Figuren viser også at den sterkeste økningen er å finne i overgangen mellom videregående utdanning og universitets-/høgskoleutdanning lavere grad.

Mens det blant menn i alderen 67 år og eldre som hadde grunnskole eller kortere som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var 77 prosent som hadde konsultert allmennlege siste 12 måneder, var tilsvarende andel 83 prosent blant de med videregående utdanning, og 95 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad som høyeste utdanning i 2005. Resultatene er for øvrig relativt sikre, jf. den logistiske regresjonsanalysen ($p < 0,05$).

Grunnlagsdata viser ellers at den samme tendensen gjorde seg gjeldende i 2002. Blant menn i den eldste aldersgruppen økte andelen som hadde konsultert allmennlege siste 12 måneder med stigende utdanning.

Konsultasjoner med allmennlege for øyeblikkelig hjelp siste 12 måneder

Når det gjelder konsultasjoner med allmennlege for øyeblikkelig hjelp siste 12 måneder etter kjønn, alder og utdanning, viser resultatene fra levekårsundersøkelsen at det er en tendens til forskjeller blant menn i alderen 25-44 år. Riktignok er det få personer på det laveste og det høyeste utdanningsnivået blant menn i denne aldersgruppen, men andelen som har brukt tjenesten øker med stigende utdanning.

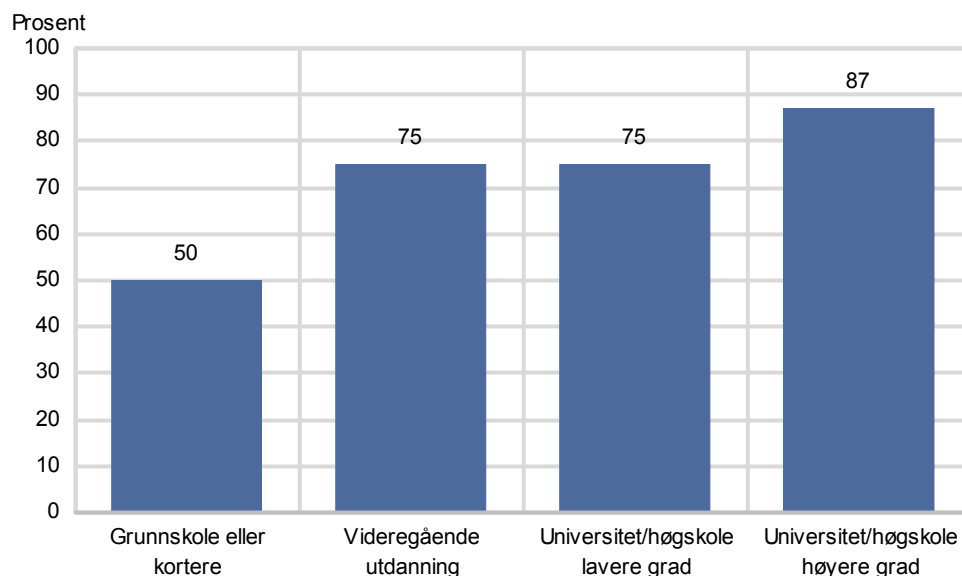
Blant menn i alderen 25-44 år med grunnskole eller kortere som høyeste utdanning, var det 15 prosent som hadde konsultert allmennlege for øyeblikkelig hjelp siste 12 måneder. Tilsvarende andel var 28 prosent blant de med videregående utdanning, 33 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad, og 51 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning som høyeste utdanningsnivå i husholdningen.

Fastlegens henvisninger

Rapporteringen av henvisninger til spesialist i eller utenfor sykehus av fastlegen siste 12 måneder etter kjønn, alder og utdanning, viser en tendens til forskjeller blant kvinner i alderen 45-66 år i 2005. Figur 3.31 viser hvordan andelen kvinner i

alderen 45-66 år som er henvist til spesialist i eller utenfor sykehus fordeler seg etter utdanning i 2005.

Figur 3.31. Kvinner i alderen 45-66 år i gruppen personer med sykdommer i muskel-skjelettsystemet som er henvist til spesialist i eller utenfor sykehus av fastlege siste 12 måneder, etter utdanning. 2005. N = 198. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå

Figur 3.31 viser at andelen som har blitt henvist til spesialist i eller utenfor sykehus siste 12 måneder blant kvinner i alderen 45-66 år, i all hovedsak øker med stigende utdanning i 2005. Figuren viser også at den største økningen er mellom det laveste og det nest laveste utdanningsnivået.

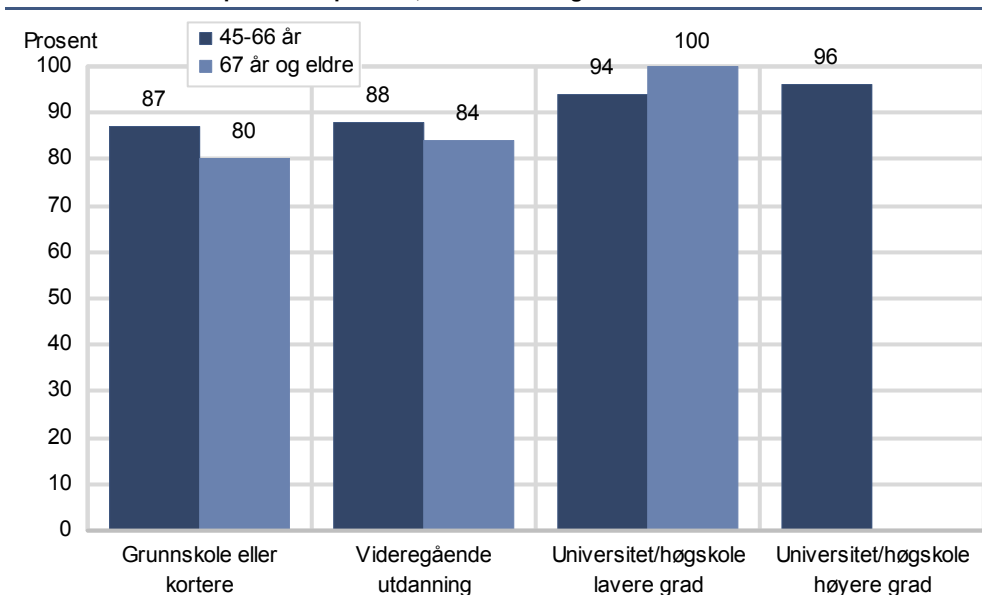
Mens det blant kvinner i alderen 45-66 år som hadde grunnskole eller kortere som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var 50 prosent som var henvist til spesialist i eller utenfor sykehus siste 12 måneder, var tilsvarende andel 75 prosent blant de med henholdsvis videregående utdanning og universitets-/høgskoleutdanning lavere grad, og 87 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning høyere grad som høyeste utdanning i 2005. Både kjikvadrattesten ($p < 0,05$) og den logistiske regresjonsanalysen ($p < 0,01$) viser at disse resultatene er relativt sikre.

Grunnlagsdata viser ellers at andelen som ble henvist til spesialist i eller utenfor sykehus siste 12 måneder, også økte med stigende utdanning blant menn i aldersgruppen 25-44 år i 2005. Mens det blant menn i denne aldersgruppen som hadde grunnskole eller kortere som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var 33 prosent som var henvist til spesialist i eller utenfor sykehus siste 12 måneder, var tilsvarende andel 37 prosent blant de med videregående utdanning, 57 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad, og 64 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning høyere grad som høyeste utdanning i 2005. Resultatene er relativt sikre i en statistisk sammenheng, jf. kjikvadrattesten ($p < 0,05$).

Vurdering av fastlegen

I vurderingen av om fastlegen tar pasienten og deres problemer på alvor etter kjønn, alder og utdanning, er det en tendens til forskjeller blant kvinner i alle aldersgrupper. Figur 3.32 viser hvordan andelen kvinner i aldersgruppene 45-66 år og 67 år og eldre som mener at deres fastlege tar dem og deres problemer på alvor fordeler seg etter utdanning i 2005. Rapporteringene for kvinner i alderen 67 år og eldre på det høyeste utdanningsnivået er for øvrig utelatt fra figuren på grunn av få personer i denne gruppen.

Figur 3.32. Kvinner i aldersgruppene 45-66 år og 67 år og eldre i gruppen personer med sykdommer i muskel-skjelettsystemet som mener at deres fastlege tar dem og deres problemer på alvor, etter utdanning. 2005. N = 293. Prosent



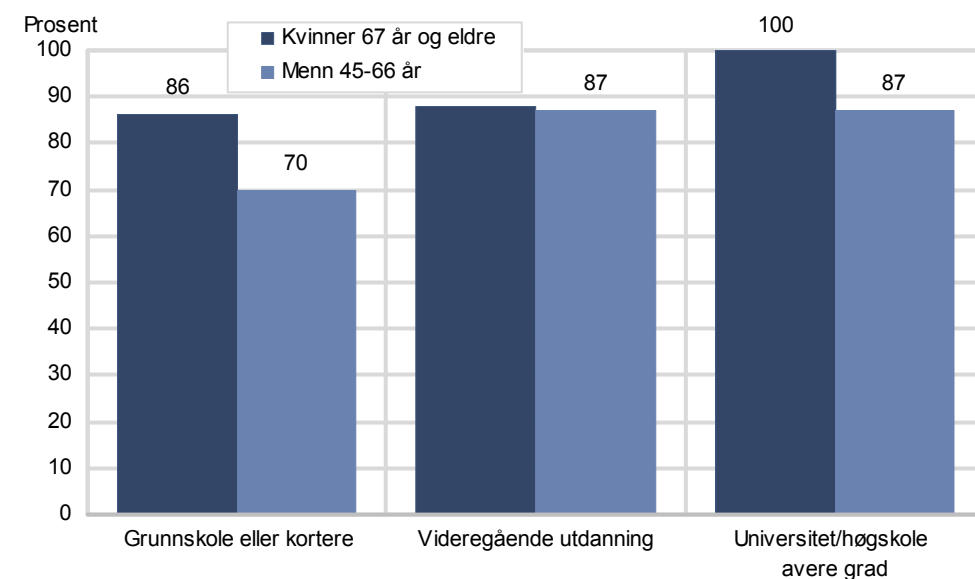
Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå

Figur 3.32 viser at andelen som mener at deres fastlege tar dem og deres problemer på alvor blant kvinner, øker med stigende utdanning i begge aldersgruppene i 2005. Figuren viser også at de største forskjellene etter utdanning er i aldersgruppen 67 år og eldre i overgangen mellom utdanningsnivåene videregående utdanning og universitets-/høgskoleutdanning lavere grad.

Mens det blant kvinner i alderen 45-66 år som hadde grunnskole eller kortere utdanning som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var 87 prosent som mente at deres fastlege tok dem og deres problemer på alvor, var tilsvarende andel 88 prosent blant de med videregående utdanning, 94 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad og 96 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning høyere grad som høyeste utdanning i 2005. Mens det blant kvinner i alderen 67 år og eldre som hadde grunnskole eller kortere som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var 80 prosent som mente at deres fastlege tok dem og deres problemer på alvor, var tilsvarende andel 84 prosent blant de med videregående utdanning, og 100 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad som høyeste utdanning i 2005. Resultatene for kvinner i den eldste aldersgruppen er for øvrig relativt sikre, jf. kjikvadrattesten ($p < 0,05$).

Vurderingen av om pasienten har full tillit til den behandlingen fastlegen gir etter kjønn, alder og utdanning, viser noe av den samme tendensen som den foregående vurderingen av om fastlegen tar pasienten og deres problemer på alvor viste. Dette gjelder særlig blant kvinner i alderen 67 år og eldre, men også blant menn i alderen 45-66 år.

Figur 3.33. Kvinner i alderen 67 år og eldre og menn i alderen 45-66 år i gruppen personer med sykdommer i muskel-skjelettsystemet som har full tillit til den behandlingen deres fastlege gir, etter utdanning. 2005. N = 236. Prosent



Figur 3.33 viser hvordan andelen kvinner i alderen 67 år og eldre og andelen menn i alderen 45-66 år som mener at de har full tillit til den behandlingen deres fastlege gir fordeler seg etter utdanning i 2005. Rapporteringene på det høyeste utdanningsnivået er for øvrig utelatt på grunn av få personer på dette utdanningsnivået i utvalget.

Figur 3.33 viser at andelen som har full tillit til den behandlingen deres fastlege gir blant kvinner i alderen 67 år og eldre og blant menn i alderen 45-66 år, i all hovedsak øker med stigende utdanning i 2005. Figuren viser også at den største forskjellen er å finne mellom menn med henholdsvis grunnskole eller kortere og videregående utdanning som høyeste utdanningsnivå.

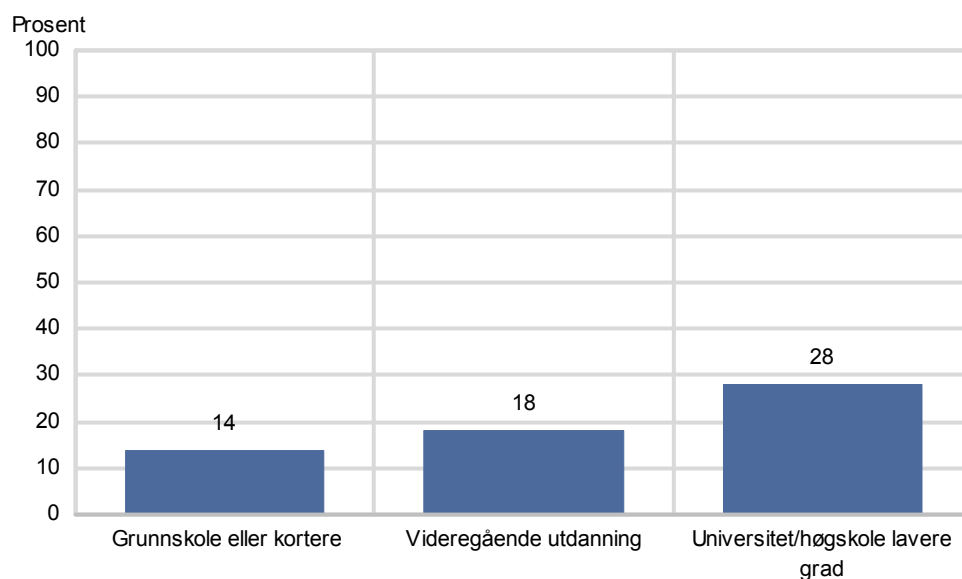
Mens det blant kvinner i alderen 67 år og eldre som hadde grunnskole eller kortere som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var 86 prosent som hadde full tillit til den behandlingen fastlegen ga, var tilsvarende andel 88 prosent blant de med videregående utdanning, og 100 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad som høyeste utdanning i 2005. Mens det blant menn i alderen 44-66 år som hadde grunnskole eller kortere som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var 70 prosent som hadde full tillit til den behandlingen fastlegen ga, var tilsvarende andel 87 prosent blant de med henholdsvis videregående utdanning og universitets-/høgskoleutdanning lavere grad som høyeste utdanning i 2005.

3.4.3. Bruk av spesialisthelsetjenester

Konsultasjoner med legespesialist utenfor sykehus

Resultatene for personer med sykdommer i muskel-skjelettsystemet viser at det både blant kvinner og menn i flere aldersgrupper er noen forskjeller i andelen som har konsultert legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder etter utdanning. Figur 3.34 viser hvordan andelen menn i alderen 45-66 år som har konsultert legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder fordeler seg etter utdanning i 2005. For menn i denne aldersgruppen var det for øvrig ingen rapportering blant de med universitet/høgskole høyere grad som høyeste utdanningsnivå i husholdningen.

Figur 3.34. Menn i alderen 45-66 år i gruppen personer med sykdommer i muskel-skjelettsystemet som har konsultert legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder, etter utdanning. 2005. N = 247. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå

Figur 3.34 viser at andelen som har konsultert legespesialist utenfor sykehus blant menn i alderen 45-66 år, øker med stigende utdanning i 2005. Figuren viser også at den sterkeste økningen er å finne i overgangen mellom videregående utdanning og universitets-/høgskoleutdanning lavere grad.

Mens det blant menn i alderen 45-66 år som hadde grunnskole eller kortere som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var 14 prosent som hadde konsultert legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder, var tilsvarende andel 18 prosent blant de med videregående utdanning, og 28 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad som høyeste utdanning i 2005. Disse resultatene er relativt sikre i en statistisk sammenheng, jf. kjikvadrattesten ($p < 0,05$).

Grunnlagsdata fra 2002 viser ellers at andelen menn i alderen 45-66 år som har konsultert legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder, øker med stigende utdanning også i denne årgangen.

Konsultasjoner med legespesialist på sykehus

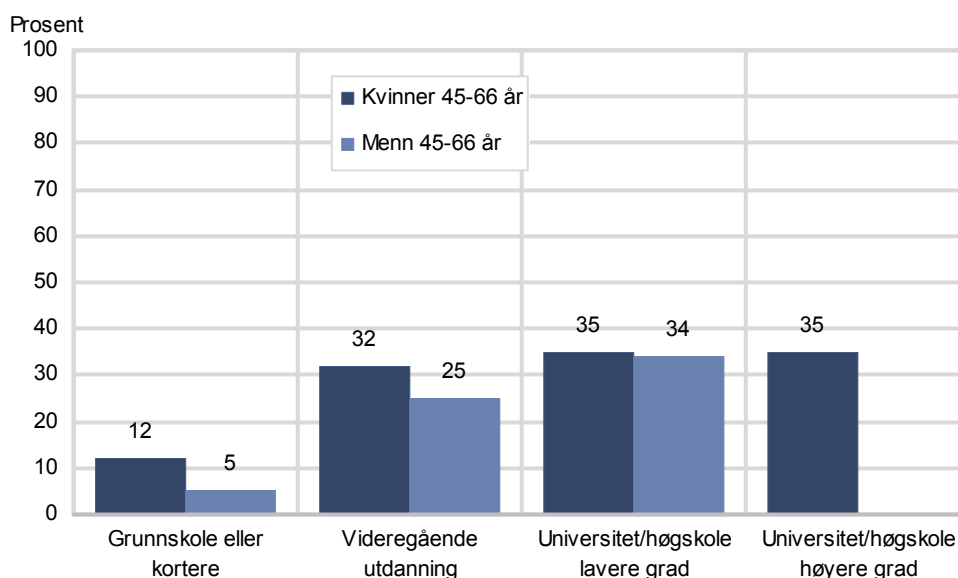
Når det gjelder konsultasjoner med legespesialist på sykehus siste 12 måneder, viser rapporteringen fra 2005 fordelt etter kjønn, alder og utdanning at det er noen ulikheter blant kvinner i den eldste aldersgruppen. Til tross for at det ikke er en entydig tendens til at andelen som har benyttet tjenesten øker med stigende utdanning, går det et relativt klart skille mellom de med videregående utdanning eller lavere som høyeste utdanningsnivå i husholdningen og de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad.

Mens det blant kvinner i alderen 67 år og eldre som hadde grunnskole eller kortere som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var 34 prosent som hadde konsultert legespesialist på sykehus siste 12 måneder, var tilsvarende andel 33 prosent blant de med videregående utdanning, og 50 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad som høyeste utdanning i 2005. For øvrig var tilsvarende andel 77 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning høyere grad som høyeste utdanning i husholdningen, men denne gruppen besto av få personer i denne årgangen. Både kjikvadrattesten ($p < 0,01$) og den logistiske regresjonsanalysen ($p < 0,05$) viser at resultatene blant kvinner i den eldste aldersgruppen er relativt sikre.

Konsultasjoner med fysioterapeut

Rapporteringen av konsultasjoner med fysioterapeut siste 12 måneder etter kjønn, alder og utdanning, viser en tendens til forskjeller i bruken av tjenesten blant kvinner og menn i alderen 45-66 år i 2005. Figur 3.35 viser hvordan andelen kvinner og menn i aldersgruppen 45-66 år som har konsultert fysioterapeut siste 12 måneder fordeler seg etter alder og utdanning i 2005. Rapporteringene for menn på det høyeste utdanningsnivået er for øvrig utelatt på grunn av at det er få personer i denne gruppen.

Figur 3.35. Kvinner og menn i aldersgruppen 45-66 år i gruppen personer med sykdommer i muskel-skjelettsystemet som har konsultert fysioterapeut siste 12 måneder, etter utdanning, 2005. N = 295. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå

Figur 3.35 viser at andelen som har konsultert fysioterapeut blant kvinner og menn i alderen 45-66 år, i all hovedsak øker med stigende utdanning i 2005. Figuren viser også at den sterkeste økningen for begge kjønn er å finne i overgangen mellom utdanningsnivåene grunnskole eller kortere og videregående utdanning.

Mens det blant kvinner i alderen 45-66 år som hadde grunnskole eller kortere som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var 12 prosent som hadde konsultert fysioterapeut siste 12 måneder, var tilsvarende andel 32 prosent blant de med videregående utdanning, og 35 prosent blant de med henholdsvis universitets-/høgskoleutdanning lavere grad og universitets-/høgskoleutdanning høyere grad som høyeste utdanning i 2005. Disse resultatene er relativt sikre i statistisk sammenheng, jf, den logistiske regresjonsanalysen ($p < 0,05$).

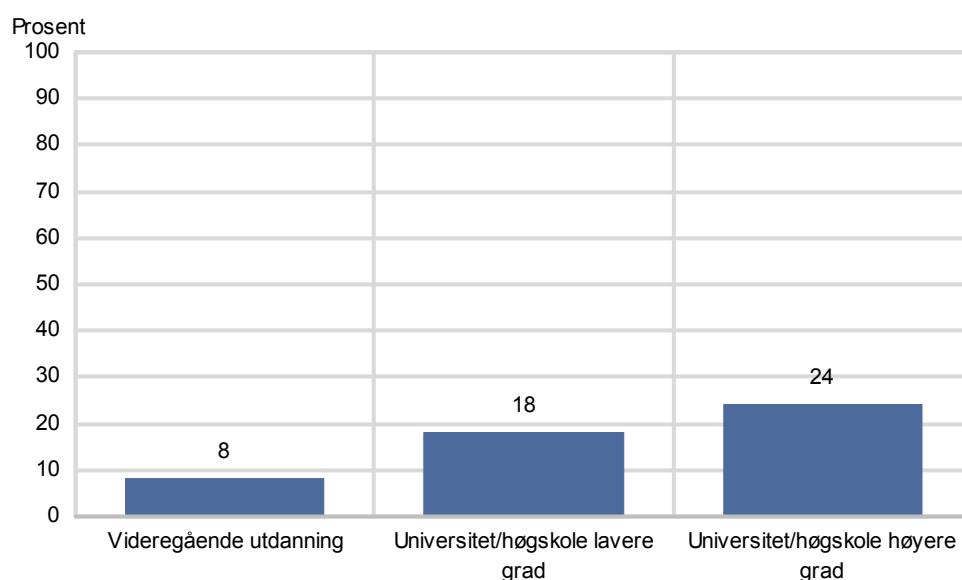
Blant menn i alderen 45-66 år som hadde grunnskole eller kortere som høyeste utdanningsnivå i husholdningen, var det 5 prosent som hadde konsultert fysioterapeut siste 12 måneder. Tilsvarende andel var 25 prosent blant de med videregående utdanning, og 34 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad som høyeste utdanning i 2005. Både kjikvadrattesten ($p < 0,01$) og den logistiske regresjonsanalysen ($p < 0,05$) viser at resultatene er statistisk sikre.

Grunnlagsdata fra 2002 viser ellers at andelen kvinner i alderen 45-66 år som har konsultert fysioterapeut siste 12 måneder, øker med stigende utdanning også i denne årgangen. Kjikvadrattesten ($p < 0,05$) viser for øvrig at resultatene er relativt statistisk sikre.

Konsultasjoner med kiropraktor

Rapporteringen av konsultasjoner med kiropraktor fra 2005, viser at det er forskjeller både blant kvinner og menn i ulike aldersgrupper. Disse forskjellene kommer fram i fordelinger etter utdanning, inntekt og dels sosioøkonomisk status. Figur 3.36 viser hvordan andelen menn i alderen 67 år og eldre som har konsultert kiropraktor siste 12 måneder fordeler seg etter utdanning i 2005. For øvrig var det ingen rapporteringer av konsultasjoner blant menn i alderen 67 år og eldre på det laveste utdanningsnivået.

Figur 3.36. Menn i alderen 67 år og eldre i gruppen personer med sykdommer i muskel-skjelettsystemet som har konsultert kiropraktor siste 12 måneder, etter utdanning, 2005. N = 45. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå

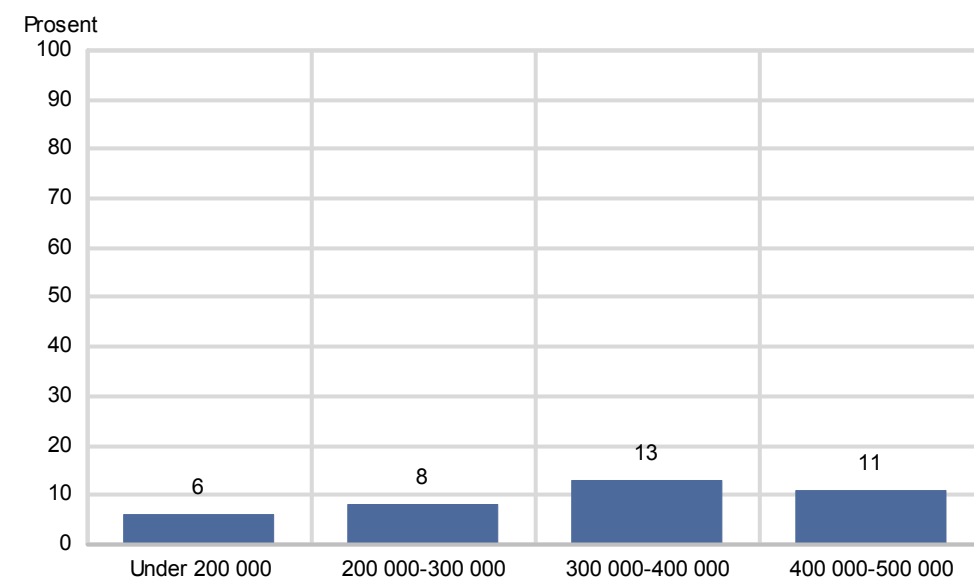
Figur 3.36 viser at andelen som har konsultert kiropraktor blant menn i aldersgruppen 67 år og eldre, øker med stigende utdanning i 2005. Figuren viser også at den sterkeste økningen er å finne i overgangen mellom utdanningsnivåene videregående utdanning og universitets/høgskole lavere grad.

Mens det blant menn i alderen 67 år og eldre som hadde videregående utdanning som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var 8 prosent som hadde konsultert kiropraktor siste 12 måneder, var tilsvarende andel 18 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad, og 24 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning høyere grad som høyeste utdanning i 2005. Både kjiqvadrattesten ($p < 0,05$) og den logistiske regresjonsanalysen ($p < 0,05$) viser at disse resultatene er relativt sikre.

Grunnlagsdata viser at tendensen til at andelen menn i alderen 67 år og eldre som har konsultert kiropraktor øker med stigende utdanning, har vedvart fra 2002- til 2005-årgangen. Grunnlagsdata fra 2005 viser i tillegg at andelen som har brukt tjenesten i all hovedsak også øker med stigende utdanning blant kvinner i aldersgruppene 25-44 år og 45-66 år og blant menn i alderen 45-66 år.

Når det gjelder konsultasjoner med kiropraktor siste 12 måneder etter kjønn, alder og inntekt, viser resultatene at det er forskjeller blant kvinner så vel som blant menn i den eldste aldersgruppen. Figur 3.37 viser hvordan andelen kvinner i alderen 67 år og eldre som har konsultert kiropraktor siste 12 måneder fordeler seg etter inntekt i 2005. For øvrig var det ingen rapporteringer av konsultasjoner blant kvinner i alderen 67 år og eldre i de tre høyeste inntektsgruppene.

Figur 3.37. Kvinner i alderen 67 år og eldre i gruppen personer med sykdommer i muskel-skjelettsystemet som har konsultert kiropraktor siste 12 måneder, etter inntekt. 2005. N = 119. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå

Figur 3.37 viser at andelen som har konsultert kiropraktor blant kvinner i aldersgruppen 67 år og eldre, i all hovedsak øker med stigende inntekt i 2005. Figuren viser også at den sterkeste økningen er å finne i overgangen mellom inntektsgruppene 200 000-300 000 kroner og 300 000-400 000 kroner.

Mens det blant kvinner i alderen 67 år og eldre med en husholdningsinntekt på under 200 000 kroner var 6 prosent som hadde konsultert kiropraktor siste 12 måneder, var tilsvarende andel 8 prosent blant de med 200 000-300 000 kroner, 13 prosent blant de med 300 000-400 000 kroner, og 11 prosent blant de med 400 000-500 000 kroner i husholdningsinntekt i 2005.

Grunnlagsmaterialet viser dessuten at det også blant menn er en svak tendens til at andelen som har konsultert kiropraktor siste 12 måneder øker med stigende inntekt i 2005. Dette gjelder særlig for den eldste aldersgruppen. Her er det for øvrig bare rapportert konsultasjoner i inntektsgruppene 300 000-400 000 kroner (8 prosent), 400 000-500 000 kroner (25 prosent) og over 1 mill. kroner (34 prosent). Både kjikvadrattesten ($p < 0,01$) og den logistiske regresjonsanalysen ($p < 0,01$) viser at disse resultatene er statistisk sikre.

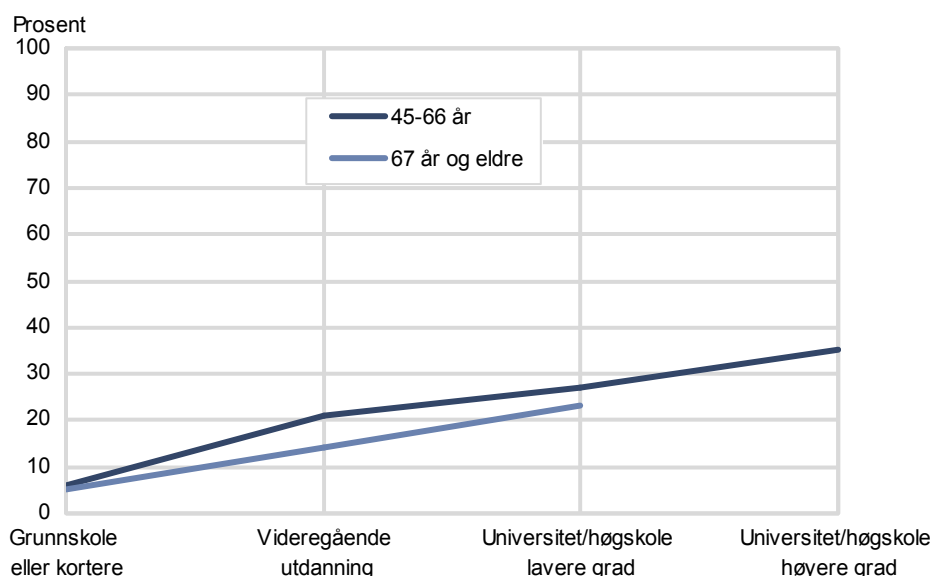
Rapporteringen av konsultasjoner med kiropraktor etter kjønn, alder og sosioøkonomisk status, viser ellers en tendens til forskjeller blant kvinner i aldersgruppen 25-44 år og 45-66 år. Til tross for at tendensen ikke er entydig i form av at andelen som har benyttet tjenesten øker med stigende sosioøkonomisk status, er det for eksempel en klar forskjell mellom kvinnene i gruppen ledere, høyere funksjonærer, selvstendige med større firma (54 prosent) og kvinnene i de øvrige statusgruppene (10-25 prosent) i aldersgruppen 25-44 år. Kjikvadrattesten ($p < 0,01$) og den logistiske regresjonsanalysen ($p < 0,01$) viser at disse resultatene er relativt sikre i en statistisk sammenheng.

Når det gjelder skillet mellom gruppene ikke yrkesaktive og yrkesaktive samlet, viser grunnlagsdata forskjeller i andeler som har konsultert kiropraktor både blant kvinner og menn i aldersgruppene 25-44 år og 45-66 år. Disse forskjellene har vedvart over tid fra én årgang til en annen. Blant ikke yrkesaktive kvinner i alderen 25-44 år var det for eksempel 7 prosent som hadde konsultert kiropraktor siste 12 måneder, mens tilsvarende andel blant yrkesaktive var 20 prosent i 2005. Disse resultatene er relativt statistisk sikre, jf. kjikvadrattesten ($p < 0,01$).

Konsultasjoner med alternativ behandler

Resultatene fra 2005 viser at det både blant kvinner og menn i flere aldersgrupper er forskjeller i andelen som har konsultert alternativ behandler siste 12 måneder etter utdanning. Figur 3.38 viser hvordan andelen kvinner i aldersgruppene 45-66 år og 67 år og eldre som har konsultert alternativ behandler siste 12 måneder fordeler seg etter utdanning i 2005. Det var for øvrig ingen rapportering i 2005 for kvinner i alderen 67 år og eldre med universitet/høgskole høyere grad som høyeste utdanning.

Figur 3.38. Kvinner i aldersgruppene 45-66 år og 67 år og eldre i gruppen personer med sykdommer i muskel-skjelettsystemet som har konsultert alternativ behandler siste 12 måneder, etter utdanning. 2005. N = 315. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå

Figur 3.38 viser at andelen som har konsultert alternativ behandler blant kvinner i aldersgruppene 45-66 år og 67 år og eldre, øker med stigende utdanning i 2005. Figuren viser også at den sterkeste økningen er å finne blant kvinner i alderen 45-66 år i overgangen mellom utdanningsnivåene grunnskole eller kortere og videregående utdanning.

Mens det blant kvinner i alderen 45-66 år som hadde grunnskole eller kortere som høyeste utdanningsnivå i husholdningen var 6 prosent som hadde konsultert alternativ behandler siste 12 måneder, var tilsvarende andel 21 prosent blant de med videregående utdanning, 27 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad, og 35 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning høyere grad som høyeste utdanning i 2005. Disse resultatene er relativt statistisk sikre, jf. kjikvadrattesten ($p < 0,01$). Blant kvinner i alderen 67 år og eldre som hadde grunnskole eller kortere som høyeste utdanningsnivå i husholdningen, var det 5 prosent som hadde konsultert alternativ behandler siste 12 måneder. Tilsvarende andel var 14 prosent blant de med videregående utdanning og 23 prosent blant de med universitets-/høgskoleutdanning lavere grad som høyeste utdanning i 2005. Kjikvadrattesten ($p < 0,001$) viser at også disse resultatene er statistisk sikre.

Grunnlagsdata fra 2005 viser for øvrig at det også blant menn i de tre eldste aldersgruppene er en tendens til at andelen som har konsultert alternativ behandler øker med stigende utdanning. Blant menn er det imidlertid færre rapporteringer og bare rapporteringer på to utdanningsnivåer i hver av de tre aldersgruppene 25-44 år, 45-66 år og 67 år og eldre. Blant menn i alderen 45-66 år med videregående utdanning som høyeste utdanningsnivå, var det eksempelvis 5 prosent som hadde konsultert alternativ behandler siste 12 måneder. Blant de med universitets-/høg-

skoleutdanning lavere grad var tilsvarende andel 16 prosent. Disse resultatene er relativt sikre, jf. kjikvadrattesten ($p < 0,05$).

3.4.4. Hovedtendenser

- Det er tendenser til sosialt betingete forskjeller i bruk av primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester blant personer med sykdommer i muskel-skjelettsystemet, og da særlig etter utdanning.
- Forskjeller i bruk av tjenester etter utdanning gjør seg gjeldende både blant kvinner og menn.
- Det er tendenser til sosiale ulikheter i flere aldersgrupper, men tendensen er sterkest i de to eldste aldersgruppene, 45-66 år og 67 år og eldre.
- I noen sammenhenger opprettholdes forskjellene etter utdanning over tid.

4. Diskusjon

4.1. Generelt om resultatene

Resultatene viser at det er forskjeller i bruk av helsetjenester som kan sies å være sosialt betinget i alle de forhåndsdefinerte gruppene av personer med tilnærmet samme behov for helsetjenester. Blant personer med dårlig helsetilstand, personer med varig sykdom, personer med hjerte- og karsykdommer og personer med sykdommer i muskel-skjelettsystemet, er det flere tilfeller hvor bruken av ulike typer av primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester øker med stigende sosial status (utdanning, inntekt og sosioøkonomisk status). Innenfor primærhelsetjenester er det også slik at vurderingen av forholdet til fastlegen, i form av følelsen av å ha tillit til, å oppnå forståelse hos og bli tatt på alvor av fastlegen, varierer med sosial status.

Tjenestebruken varierer særlig etter utdanning, men også dels etter inntekt og sosioøkonomisk status. Som mål på sosial ulikhet har utdanning den fordel at den unngår problemet med helserelatert sosial mobilitet senere i livet. Mens for eksempel dårlig helse som utvikler seg blant middelaldrende kan medføre inntektsreduksjon og påvirke arbeidsmarkedsmuligheter, og derigjennom føre til en sammenheng mellom dårlig helse og lav sosial status, gjelder ikke dette for utdanning som i all hovedsak er fullført innen dårlig helse melder seg for personer midt i livet (Siegrist og Marmot 2006).

På bakgrunn av at tjenestebruk varierer etter utdanningsnivået i husholdningen på flere indikatorer, og at det spesielt er variasjoner i de to eldste aldersgruppene, bidrar dette til å styrke oppfatningen av at utdanning har betydning for den norske befolkningens bruk av helsetjenester.

4.2. Resultater i forhold til andre studier

Ulikhetene i bruk av tjenester etter sosiale kjennetegn gjør seg gjeldende både blant kvinner og menn. Andre studier har vist at den sosiale gradienten er brattere blant menn enn blant kvinner. Det vil for eksempel si at helseforskjeller blant menn øker sterkere med stigende utdanning enn blant kvinner. Resultatene i de fire gruppene når det gjelder bruk av helsetjenester gir få indikasjoner på dette.

Riktignok viser resultatene at det langs noen indikatorer er tydeligere forskjeller blant menn enn blant kvinner, men forholdet er tvert om langs andre indikatorer. Og der hvor det er en entydig sosial gradient både blant kvinner og menn i utvalgte aldersgrupper, viser det seg ofte at andelene øker om lag like mye med stigende sosial status blant begge kjønn. Ett eksempel kan være forholdet mellom kvinner og menn i gruppen personer med varig sykdom som har konsultert legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder, etter alder og utdanning (figur 3.15).

Forskjeller i bruk av helsetjenester etter sosial status gjør seg gjeldende i alle aldersgrupper. Det er likevel særlig i de to eldste aldersgruppene, 45-66 år og 67 år og eldre, forskjellene kommer sterkest til syne. Dette er bare delvis i tråd med andre studier av sosiale helseforskjeller som viser at gradienten er på sitt bratteste i tidlig barndom og for middelaldrende. Med andre ord øker for eksempel helseforskjeller blant middelaldrende sterkere enn blant de eldste med stigende utdanning.

Resultatene for alle gruppene viser at den sosiale gradienten gjør seg mest gjeldende i aldersgruppene 45-66 år og 67 år og eldre, og da kanskje aller mest blant de eldste. Fra resultatgjennomgangen i kapittel 3 kan det imidlertid hentes eksempler på at gradienten utelukkende kommer til uttrykk i aldersgruppen 45-66 år. I gruppen personer med sykdommer i muskel-skjelettsystemet er det for eksempel blant kvinner og menn i aldersgruppen 45-66 år andelen som har konsultert fysioterapeut siste 12 måneder øker med stigende utdanning (figur 3.35).

Forskjeller i bruken av helsetjenester varierer noe etter hvilket mål for sosial status som brukes. Resultatene for de fire gruppene viser som tidligere nevnt at forskjellene er tydeligst etter utdanning (husholdningens høyeste utdanningsnivå), men at det også er en del variasjoner etter inntekt (husholdningsinntekt) og noen få etter sosioøkonomisk status.

Valget av så vidt mange inntektsgrupper kan ha bidratt til å redusere muligheten til å få fram forskjeller etter inntekt. Uten at hypotesen er testet i forhold til datamaterialet, kan det tenkes at færre og videre inntektsgrupper ville gitt flere forskjeller. På den annen side er inntektsgruppeinndelingen basert på normen for inndeling som i all hovedsak brukes ved publisering av offisiell inntektsstatistikk.

Når det gjelder sosioøkonomisk status er dette et utfordrende rangeringsmål. De ulike gruppene innenfor dette målet er definert både med bakgrunn i sysselsetting, yrke og utdanning. Ved å utelate ikke yrkesaktive ble målet tilpasset til å gjelde alle som hadde en yrkestilhørighet, og ved å bruke distinksjonen ikke yrkesaktive og yrkesaktive samlet, ble det laget et mål som kunne gi mer informasjon om betydningen av å være del av arbeidsmarkedet. Det er trolig at en yrkesinndeling basert på en rendyrket yrkesklassifisering kunne gitt et annet bilde på bakgrunn av data fra levekårsundersøkelsen.

4.3. Sosiale ulikheter i bruk av helsetjenester over tid?

Det er utfordrende å skulle konkludere på om resultatene fra levekårsundersøkelsen indikerer at det er sosiale ulikheter i bruk av helsetjenester. På bakgrunn av det undersøkelsesdesignet som er anvendt, er det likevel flere funn og tendenser som bekrefter at det er forskjeller i bruk av helsetjenester etter sosial status.

Når det gjelder primærhelsetjenester er det tendenser i datamaterialet som vitner om at så vel bruk av allmennlege som henvisninger til spesialist og vurdering av fastlegen kan variere med sosial status. Disse varierer dessuten med kjønn og alder, og det er ingen nevneverdige forskjeller mellom de ulike behovsdefinerte gruppene. Det samme bildet tegner seg når det gjelder spesialisthelsetjenester. Resultatene viser at bruken av tjenestene varierer noe etter kjønn, alder og ulike sosiale bakgrunnsfaktorer, for eksempel med hensyn til konsultasjoner med legespesialister og innleggelser på sykehus.

Resultatene viser ellers at sosiale forskjeller i bruk av helsetjenester ofte vedvarer over tid. Det finnes riktignok ikke tidsserier for alle de utvalgte indikatorene for primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester, men der slike tidsserier finnes, viser resultatene at ulikheter ofte opprettholdes fra én årgang av levekårsundersøkelsen til en annen.

Ett eksempel er menn i gruppen personer med dårlig helsetilstand som har konsultert legespesialist på sykehus siste 12 måneder, etter alder og utdanning (figur 3.7). Rapporteringene viser at andelen øker med stigende utdanning i alle aldersgruppene både i 2002 og 2005. Et annet eksempel er kvinner i gruppen personer med dårlig helsetilstand i aldersgruppene 45-66 år og 67 år og eldre som har vært innlagt på sykehus siste 12 måneder, etter utdanning (figur 3.9). Også i dette tilfellet viser rapporteringene fra 2002 og 2005 at andelen i all hovedsak øker med stigende utdanning i begge aldersgruppene i begge årgangene.

Ved hjelp av gradienttilnærmingen som teoretisk utgangspunkt, identifiseringen av grupper av personer med om lag samme behov for helsetjenester, og levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt som datagrunnlag, er sosiale ulikheter i bruk av helsetjenester i Norge belyst. Resultatene viser at sosial status, og da særlig utdanning, har betydning for tjenestebruken. Resultatene viser også at tjenestebruken i flere sammenhenger følger en sosial gradient, der andelen som bruker tjenesten øker med stigende sosial status.

Referanser

Dixon, Anna, Julian Le Grand, John Henderson, Richard Murray og Emmi Poteliakhoff (2003): Is the NHS equitable? A review of the evidence, paper, London: London school of Economics and Political Science (http://66.102.1.104/scholar?hl=no&lr=&q=cache:W3fY2pL5KqAJ:w.lse.ac.uk/collections/pressAndInformationOffice/PDF/DP11_2003_Is_the_NHS_equitable.pdf+)

Elstad, Jon Ivar (1996): How large are the differences - really? Self-reported long-standing illness among working class and middle class men. *Sociology of Health and Illness*, **18**, 475-498 (<http://www3.interscience.wiley.com/journal/119211507/abstract>)

Finnvold, Jon Erik (2002): "Bestemmer behovene bruken av legespesialistene?", i *Helse- og omsorgstjenester*, Statistiske analyser 56, Statistisk sentralbyrå, 41-52 (<http://www.ssb.no/emner/03/02/sa56/index.html>)

Hellevik, Ottar (1997): *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*, 5. utgave, 5. opplag, Oslo: Universitetsforlaget

Helse- og omsorgsdepartementet (2006): St.meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller (<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2006-2007/Stmeld-nr-20-2006-2007-.html?id=449531>)

Hougen, Hanne Cecilie (2006): *Samordnet levekårsundersøkelse 2005 - tverrsnittsundersøkelsen. Dokumentasjonsrapport*, Notater 2006/39, Statistisk sentralbyrå (<http://www.ssb.no/emner/00/90/levekaar/>)

Jørgensen, Tor (2006): "Nye definisjoner av utdanningsnivåer", SSBmagasinet 14.9.2006, (http://www.ssb.no/vis/magasinet/slik_lever_vi/art-2006-09-14-01.html)

Krokstad, S., Anton E. Kunst og Steinar Westin (2002): Trends in health inequalities by educational level in a Norwegian total population study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, **56**, 375-380 (http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VBF-3SWV5WT-1K&_user=826904&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=c&_acct=C00044705&_version=1&_urlVersion=0&_userid=826904&md5=e0523ad71a883c525f53593d413e6767)

Mackenbach, Johan P. og Anton E. Kunst (1997): Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: An overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Social Science & Medicine*, **44**, 757-771. (http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VBF-3SWV5WT-1K&_user=826904&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=c&_acct=C00044705&_version=1&_urlVersion=0&_userid=826904&md5=e0523ad71a883c525f53593d413e6767)

Siegrist, Johannes og Michael Marmot (2006): *Social inequalities in health. New evidence and policy implications*, Oxford: Oxford University Press

Statistisk sentralbyrå (2008): *Standard for næringsgruppering. Korrigert utgave*. Norges offisielle statistikk D 383 (http://www.ssb.no/vis/emner/10/01/nos_sn/nos_d383/main.html)

Statistisk sentralbyrå (2002): *Inntekts- og formuesstatistikk for husholdninger 2002*, Norges offisielle statistikk D 310
(http://www.ssb.no/emner/05/01/nos_inntektformue/nos_d310/index.html)

Statistisk sentralbyrå (2001): *Norsk standard for utdanningsgruppering. Revidert 2000*, Norges offisielle statistikk C 617
(http://www.ssb.no/emner/04/90/nos_c617/index.html)

Statistisk sentralbyrå (1998): *Standard for yrkesklassifisering*, Norges offisielle statistikk C 521 (http://www.ssb.no/emner/06/01/nos_c521/index.html)

Vedlegg

Kjikkvadrattester

Som nevnt i kapittel 2.3 er den statistiske sikkerheten knyttet til forskjeller mellom ulike grupper belyst ved hjelp av *kjikkvadrattester*. Formålet har vært å teste sannsynligheten for at det ikke er sammenheng mellom utvalgte variabler i universet. Med andre ord har hensikten vært å sjekke sannsynligheten for at eventuelle forskjeller som eksisterer i de behovsdefinerte gruppene, ikke er å finne i befolkningen gruppene er trukket fra.

Et eksempel på kjikkvadrattest kan hentes fra gruppen personer med dårlig helsetilstand. Datamaterialet viser at andelen menn i alderen 67 år og eldre som har konsultert allmennlege siste 14 dager, øker med stigende utdanning (figur 3.1). I dette tilfellet sier nullhypotesen at det ikke er noen sammenheng mellom kjønn (menn), alder (67 år og eldre) og utdanning i befolkningen med dårlig helsetilstand. Resultatet av testen viser at nullhypotesen ikke kan forkastes. Den observerte sammenhengen kan derfor ikke sies å være statistisk sikker (se tabell A.1 nedenfor).

Logistisk regresjon

Sammenhengen mellom bruk av forskjellige helsetjenester og mulige forklaringsvariabler er videre testet ved hjelp av *logistisk regresjon*. Formålet har igjen vært å teste sannsynligheten for at det ikke er sammenheng mellom utvalgte variabler i universet.

Et eksempel på logistisk regresjon kan hentes fra gruppen personer med varig sykdom. Datamaterialet viser at andelen kvinner og menn i aldersgruppene 44-66 år og 67 år og eldre som har konsultert legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder, øker med stigende utdanning (figur 3.15). Den logistiske regresjonsanalysen viser at denne sammenhengen med stor sannsynlighet også er å finne i befolkningen, både for begge kjønn samlet og for kvinner og menn hver for seg i disse aldersgruppene (se tabell A.2 nedenfor).

P-verdier

Både ved bruk av kjikkvadrattest og logistisk regresjon er det beregnet nøyaktig hvor sannsynlig utvalgsresultatet er, gitt at nullhypotesen om at det ikke er noen sammenheng i universet er sann. Denne sannsynligheten kalles ofte resultatets p-verdi (Hellevik 1997). Logikken er at jo lavere p-verdien er, desto større sannsynlighet er det for at forskjellene i de fire behovsdefinerte utvalgene også er å finne i befolkningen utvalgene er trukket fra. I rapporten er tre nivåer for p-verdier angitt:

- $p < 0,001$ (signifikansnivå fastlagt til 1 promille)
- $p < 0,01$ (signifikansnivå fastlagt til 1 prosent)
- $p < 0,05$ (signifikansnivå fastlagt til 5 prosent)

I tabellene nedenfor, hvor resultatene av kjikkvadrattester og logistisk regresjon er presentert for eksemplene som er nevnt ovenfor, er signifikansnivåene angitt med stjerner *. For p-verdier som er mindre enn 0,001 forekommer tre stjerner (***), for p-verdier som er mindre enn 0,01 forekommer to stjerner (**), og for p-verdier som er mindre enn 0,05 forekommer én stjerne (*). I de tabellcellene hvor det ikke forekommer stjerner, er det mer usikkerhet knyttet til resultatene.

Tabell A.1. Personer med dårlig helsetilstand som har konsultert allmennlege siste 14 dager

	Utdanning		Inntekt		Sosioøkonomisk status	
	Regresjon	Kji	Regresjon	Kji	Regresjon	Kji
Begge kjønn						
16-24 år				*		
25-44 år				*		
45-66 år		*		**		
67 år og eldre				*		
Alder samlet				*		
Kvinner						
16-24 år						
25-44 år						
45-66 år		**	*			
67 år og eldre						
Alder samlet			*			
Menn						
16-24 år						
25-44 år						*
45-66 år		***		**		
67 år og eldre				*		
Alder samlet						

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå.

Tabell A.2. Personer med varig sykdom som har konsultert legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder

	Utdanning		Inntekt		Sosioøkonomisk status	
	Regresjon	Kji	Regresjon	Kji	Regresjon	Kji
Begge kjønn						
16-24 år						
25-44 år					**	
45-66 år	***	**				*
67 år og eldre	**	*	*	**		**
Alder samlet	***	**		**		
Kvinner						
16-24 år						
25-44 år						
45-66 år	*				*	
67 år og eldre				*		
Alder samlet	**					
Menn						
16-24 år						
25-44 år						
45-66 år						
67 år og eldre	**		**	**		
Alder samlet	**	*		**		

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2005, Statistisk sentralbyrå.

Figur- og tabellregister

Figurregister

3. Resultater

3.1.	Menn i alderen 67 år og eldre i gruppen personer med dårlig helsetilstand som har konsultert allmennlege siste 14 dager, etter utdanning. 2005. N = 26. Prosent	17
3.2.	Menn i gruppen personer med dårlig helsetilstand som har konsultert allmennlege for øyeblikkelig hjelp siste 12 måneder, etter alder og utdanning. 2005. N = 147. Prosent	18
3.3.	Menn i alderen 67 år og eldre i gruppen personer med dårlig helsetilstand som er henvist til spesialist i eller utenfor sykehus siste 12 måneder, etter utdanning. 2005. N = 26. Prosent	20
3.4.	Kvinner i alderen 45-66 år i gruppen personer med dårlig helsetilstand som har full tillit til den behandlingen deres fastlege gir, etter inntekt. 2005. N = 52. Prosent	21
3.5.	Menn i alderen 67 år og eldre i gruppen personer med dårlig helsetilstand som har konsultert legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder, etter utdanning. 2005. N = 52. Prosent	23
3.6.	Kvinner i alderen 25-44 år i gruppen personer med dårlig helsetilstand som har konsultert legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder, etter inntekt. 2005. N = 40. Prosent	24
3.7.	Menn i alderen 45-66 år og 67 år og eldre i gruppen personer med dårlig helsetilstand som har konsultert legespesialist på sykehus siste 12 måneder, etter utdanning. 2005. N = 136. Prosent	25
3.8.	Kvinner og menn i alderen 45-66 år i gruppen personer med dårlig helsetilstand som har konsultert psykolog siste 12 måneder, etter utdanning. 2005. N = 141. Prosent	26
3.9.	Kvinner i alderen 45-66 år i gruppen personer med dårlig helsetilstand som har vært innlagt på sykehus siste 12 måneder, etter utdanning. 2005. N = 74. Prosent	27
3.10.	Kvinner i alderen 45-66 år i gruppen personer med dårlig helsetilstand som har konsultert fysioterapeut siste 12 måneder, utdanning. 2005. N = 74. Prosent	28
3.11.	Kvinner i alderen 67 år og eldre i gruppen personer med varig sykdom som har konsultert allmennlege siste 14 dager, etter utdanning. 2005. N = 138. Prosent	30
3.12.	Kvinner i alderen 16-24 år i gruppen personer med varig sykdom som har konsultert allmennlege siste 14 dager, etter sosioøkonomisk status. 2005. N = 34. Prosent	31
3.13.	Kvinner i alderen 25-44 år i gruppen personer med varig sykdom som er henvist til spesialist i eller utenfor sykehus av fastlege siste 12 måneder, etter utdanning. 2005. N = 71. Prosent	32
3.14.	Kvinner i alderen 45-66 år i gruppen personer med varig sykdom som mener at fastlegen forklarer ting på en forståelig måte, etter alder og utdanning. 2005. N = 237. Prosent	33
3.15.	Kvinner og menn i aldersgruppene 45-66 år og 67 år og eldre i gruppen personer med varig sykdom som har konsultert legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder, etter utdanning. 2005. N = 1383. Prosent	34
3.16.	Kvinner i alderen 67 år og eldre i gruppen personer med varig sykdom som har konsultert legespesialist på sykehus siste 12 måneder, etter utdanning. 2005. N = 292. Prosent	35
3.17.	Kvinner i alderen 25-44 år i gruppen personer med varig sykdom som har konsultert fysioterapeut siste 12 måneder, etter utdanning. 2005. N = 71. Prosent	36
3.18.	Menn i alderen 25-44 år i gruppen personer med varig sykdom som har konsultert kiropraktor siste 12 måneder, etter utdanning. 2005. N = 72. Prosent	37
3.19.	Kvinner og menn i alderen 67 år og eldre i gruppen personer med varig sykdom som har konsultert alternativ behandler siste 12 måneder, etter utdanning. 2005. N = 237. Prosent	38
3.20.	Kvinner i alderen 67 år og eldre i gruppen personer med hjerte- og karsykdommer som har konsultert allmennlege siste 14 dager, etter utdanning. 2005. N = 120. Prosent	40
3.21.	Kvinner i alderen 45-66 år i gruppen personer med hjerte- og karsykdommer som har konsultert allmennlege for øyeblikkelig hjelp siste 12 måneder, etter utdanning. 2005. N = 222. Prosent	41
3.22.	Menn i alderen 67 år og eldre i gruppen personer med hjerte- og karsykdommer som er henvist til spesialist i eller utenfor sykehus av fastlege siste 12 måneder, etter utdanning. 2005. N = 113. Prosent	42
3.23.	Kvinner i alderen 45-66 år i gruppen personer med hjerte- og karsykdommer som mener at deres fastlege tar dem og deres problemer på alvor, etter utdanning. 2005. N = 111. Prosent	42

3.24.	Kvinner i alderen 45-66 år i gruppen personer med hjerte- og karsykdommer som har konsultert legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder, etter utdanning. 2005. N = 222. Prosent.....	43
3.25.	Kvinner i alderen 45-66 år i gruppen personer med hjerte- og karsykdommer som har konsultert legespesialist på sykehus siste 12 måneder, etter utdanning. 2005. N = 222. Prosent	44
3.26.	Kvinner i alderen 67 år og eldre i gruppen personer med hjerte- og karsykdommer som har konsultert fysioterapeut siste 12 måneder, etter utdanning. 2005. N = 120. Prosent.....	46
3.27.	Menn i alderen 67 år og eldre i gruppen personer med hjerte- og karsykdommer som har konsultert kiropraktor siste 12 måneder, etter utdanning. 2005. N = 71. Prosent	46
3.28.	Kvinner og menn i alderen 67 år og eldre i gruppen personer med hjerte- og karsykdommer som har konsultert alternativ behandler siste 12 måneder, etter utdanning. 2005. N = 226. Prosent.....	47
3.29.	Kvinner i alderen 67 år og eldre i gruppen personer med sykdommer i muskel-skjelettsystemet som har konsultert allmennlege siste 14 dager, etter utdanning. 2005. N = 117. Prosent	50
3.30.	Menn i alderen 67 år og eldre i gruppen personer med sykdommer i muskel-skjelettsystemet som har konsultert allmennlege siste 12 måneder, etter utdanning. 2005. N = 144. Prosent.....	51
3.31.	Kvinner i alderen 45-66 år i gruppen personer med sykdommer i muskel-skjelettsystemet som er henvist til spesialist i eller utenfor sykehus av fastlege siste 12 måneder, etter utdanning. 2005. N = 198. Prosent	52
3.32.	Kvinner i aldersgruppene 45-66 år og 67 år og eldre i gruppen personer med sykdommer i muskel-skjelettsystemet som mener at deres fastlege tar dem og deres problemer på alvor, etter utdanning. 2005. N = 293. Prosent.....	53
3.33.	Kvinner i alderen 67 år og eldre og menn i alderen 45-66 år i gruppen personer med sykdommer i muskel-skjelettsystemet som har full tillit til den behandlingen deres fastlege gir, etter utdanning. 2005. N = 236. Prosent	54
3.34.	Menn i alderen 45-66 år i gruppen personer med sykdommer i muskel-skjelettsystemet som har konsultert legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder, etter utdanning. 2005. N = 247. Prosent.....	55
3.35.	Kvinner og menn i aldersgruppen 45-66 år i gruppen personer med sykdommer i muskel-skjelettsystemet som har konsultert fysioterapeut siste 12 måneder, etter utdanning. 2005. N = 295. Prosent.....	56
3.36.	Menn i alderen 67 år og eldre i gruppen personer med sykdommer i muskel-skjelettsystemet som har konsultert kiropraktor siste 12 måneder, etter utdanning. 2005. N = 45. Prosent.....	57
3.37.	Kvinner i alderen 67 år og eldre i gruppen personer med sykdommer i muskel-skjelettsystemet som har konsultert kiropraktor siste 12 måneder, etter inntekt. 2005. N = 119. Prosent	58
3.38.	Kvinner i aldersgruppene 45-66 år og 67 år og eldre i gruppen personer med sykdommer i muskel-skjelettsystemet som har konsultert alternativ behandler siste 12 måneder, etter utdanning. 2005. N = 315. Prosent	59

Tabellregister

2. Bakgrunn, metode og tilnærming

2.1.	Personer med dårlig helsetilstand, etter kjønn og alder. Antall. 2005.....	9
2.2.	Personer med varig sykdom, etter kjønn og alder. Antall. 2005	9
2.3.	Personer med hjerte- og karsykdommer, etter kjønn og alder. Antall. 2005.....	9
2.4.	Personer med sykdommer i muskel-skjelettsystemet, etter kjønn og alder. Antall. 2005	9
2.5.	Kategorier for høyeste utdanning i husholdningen	10
2.7.	Kategorier for husholdningsinntekt	11
2.6.	Kategorier for sosioøkonomisk status.....	12
2.8.	Indikatorer for bruk av primærhelsetjenester	12
2.9.	Indikatorer for bruk av spesialisthelsetjenester.....	13

Vedlegg

A.1.	Personer med dårlig helsetilstand som har konsultert allmennlege siste 14 dager	66
A.2.	Personer med varig sykdom som har konsultert legespesialist utenfor sykehus siste 12 måneder	66